

Относительно количества кровей мы имели следующие данные: 4 женщины имели до лечения скудные menses по 1—2 дня, после лечения у 3 из них крови стали более обильными—по 3 дня; у 10 больных menses, типа polyhypermenorrhoea (по 8—10 дней обильно), после вагинального грязелечения уменьшились у 6 женщин в среднем на 1—2 дня, остальные 4 пациентки сохранили после лечения тот же тип menses. У наблюдавшихся нами двадцати женщин имелись до лечения menses (по количеству выделяемой крови) нормального типа, причем у 5 из них после вагинального грязелечения промежутки между менструациями увеличились на 4—5 дней, количество же менструальных дней и количество теряемой крови уменьшилось.

Учитывая небольшое количество своих наблюдений, мы позволим все же сделать следующие выводы:

1. Комбинированное лечение гинекологических больных в курортной обстановке дает лучшие результаты, чем изолированное вагинальное грязелечение во внекурортной обстановке.

2. Бальнеологическая реакция организма на вагинальное грязелечение во внекурортной обстановке, выражающаяся в ухудшении степени чистоты секрета цервикального канала, увеличении количества лейкоцитов, ускорении SR и увеличении нейтрофилов за счет лимфоцитов, является благоприятным терапевтическим симптомом, но не обязательным условием для улучшения, наблюдаемого и без такой реакции.

3. По окончании курса вагинального грязелечения показателем стойкого улучшения местного процесса является незначительное уменьшение общего количества лейкоцитов, увеличение лимфоцитов за счет сегментоядерных нейтрофилов, замедление SR и улучшение степени чистоты выделений цервикального канала.

Из Цивильской глазной лечебницы (Зав.—д-р. А. В. Свешников).

К вопросу о классификации трахомы.

Врача Э. Г. Клейн.

Классификации заболеваний органов или системы органов в различных отделах медицины имеют значение не только рабочих схем, но также, представляют собой известный итог теоретической работы медицины в данной области. По мере накопления нового материала эти классификации подвергаются переработке и принимают новый вид. Предлагая в этой небольшой заметке новую классификацию трахомы, я поэтому считаю нужным предварить здесь же, что эта классификация не подводит итогов в деле теоретического изучения трахомы и не основана на этиологических и патолого-анатомических данных. Она исходит из чисто практической необходимости врача, работающего на периферии и проводящего массовые обследования трахомы. Весьма возможно, что клиника

и клиницисты в изменении существующей классификации и не нуждаются, но б-цы и врачи, работающие в пораженных трахомой областях, пропускающие тысячи больных в год и проводящие массовые лечебно-профилактические мероприятия, ею уже не удовлетворяются и по следующим соображениям:

а) Существующая классификация трахомы с делением болезни на три периода ни в коем случае не отображает всего разнообразия существующих форм болезни.

б) Получаемый статистический материал не дает полного представления о трахоме как социальном бедствии, в виду отсутствия указаний на поражения роговицы—фактора нетрудоспособности.

в) Не представляется возможным учитывать происходящие изменения при повторных обследованиях после проводимого массового лечения.

д) Большие неточности происходят с диагнозом трахома III, когда в указанную рубрику заносятся одновременно как формы с законченным рубцеванием (практически здоровые), так и формы с преобладанием рубцов и значительной инфильтрацией.

е) При обследовании мне приходилось наблюдать такие селения, где, несмотря на значительную заболеваемость трахомой, количество осложненных форм поразительно невелико; очевидно, в данном случае мы имеем дело с иммунно-биологическими особенностями как вируса, так и самого населения. Подобных обстоятельств существующая классификация учесть совершенно не в состоянии.

Исходя из вышеизложенного, я считаю, что в схему деления трахомы на периоды должны войти указания и на осложнения со стороны как век, так и роговицы.

Вот почему все осложнения со стороны век (entropion, trichiasis, districhiasis) я обозначаю буквою А., а осложнения со стороны роговицы в виде pannus'а, язв роговицы, лейком буквою В.

Таким образом каждый из периодов трахомы может быть обозначен как: трахома I, II, III; трахома I, II, III А; трахома I, II, III В. и, наконец, трахома I, II, III АВ, когда одновременно имеются осложнения со стороны век и роговицы.

Что касается третьего периода, то для уточнения, помимо вышесказанного деления, формы с законченным рубцеванием обозначаются буквою F (finita) или, как это предлагает д-р А. В. Свешников, выделить их как трахома IV. Формы же с преобладанием рубцов и значительной инфильтрацией, еще нуждающиеся в лечении, обозначать буквами non F' (non finita).

Предлагая для обсуждения настоящую классификацию, мне думается отвечающую вполне назревшей в этом потребности, я хотел бы услышать отклик со стороны тех, которые работают в этой же области.