

С. З. МУХАМЕДОВА

Торфяная грязь в лечении гинекологических заболеваний

Из гинекологической клиники (директор профессор И. Ф. Козлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Целесообразность применения грязелечения для гинекологических больных в виде грязевых трупов в комбинации с влагалитчными тампонами на курортах, имеющих всеоюзное значение, доказана с достаточной ясностью, но обеспечить курортным грязелечением всех женщин, страдающих гинекологическими воспалительными заболеваниями и нуждающихся в применении указанного вида лечения, не представляется возможным.

В силу этого у нас возникла мысль использовать местную торфяную грязь для лечения гинекологических больных.

Наш лечебный торф залегает на глубине 1—1½ метра в районе Кизической слободы около города Казани. Он представляется преимущественно осоково-лесным и разнотравным. Из древесных остатков в нем преобладает береза. Степень разложения 60—70%; связанность невысокая, удельный вес большой. В торфе в верхнем его метровом горизонте и очесе минерализованного торфа встречается много включений и прослойки ила, извести, ракушек, охры, сурика и вивианта.

Химический состав торфа следующий: сера общая—3,7, азот—0,51 до 2,30%, кальций—1,21—6,23%, фосфор—0,17—0,73%, окись железа и алюминия—1,03—3,03% (данные приведены согласно исследованию Казанского химико-технологического института).

Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы торфяной грязью уже давно применяется с успехом на многих курортах Западной Европы (Франценсбад, Мариенбад, Эльстер, Каммерн и друг.).

У нас в СССР лечение торфяной грязью проводится на курортах в Липецке, Кашине, Миргороде, Варзятчах, в Ленинграде, Москве, Туле, Орехове-Зуеве, Серпухове, Калинин и др. городах. В ТАССР — на курорте Бакирово.

Как за границей, так и у нас в СССР местный торф применяется только после длительной и сложной обработки. Торфяная грязь предварительно выветривается и высушивается в течение 1—1½ и 2 лет, затем измельчается в порошок. Перед употреблением этот порошок замешивается минеральной водой до консистенции густой кашицеобразной массы и нагревается обычно в устроенных по принципу водяной бани приспособлениях. Таким образом приготовленная грязь считается пригодной для применения с лечебной целью. В 1931 году в Московском институте физиотерапии и физиопрофилактики, в 1934 году в Казанском институте усовершенствования врачей, а с 1935 г. в Ленинградском научно-исследовательском институте физиотерапии и курортологии начали применять местный торф без предварительной его обработки, в так называемом сыром виде (торф-сырец).

Приготовление грязи из торфа-сырца производилось у нас следующим образом: привезенная из местной торфообработки грязь хранилась в подвальном помещении грязехранилища; перед употреблением она очищалась от посторонних примесей—остатков неистлевших корней деревьев, камней, ракушек и т. п. плотных веществ, (для влагалищных тампонов—путем протирания, просеивания через металлическое сито), после этого разбавлялась водой, замешивалась в кашицеобразную массу, затем нагревалась до 70—80° в устроенных в плите по принципу водяной бани больших ведрах; приготовленная таким образом грязь применялась для лечения больных.

Данное наше сообщение касается результатов комбинированного грязелечения 207 гинекологических больных, причем в 1934 г. лечилось 92, в 1935 г.—55 и в 1936 г.—60 больных.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет—5 больных, от 20 до 30 лет—102, от 30 до 40 лет—84 и от 40 до 50 лет—16.

Давность заболевания до 1 года была у 26 больных, от 1 до 2 лет—у 20, от 2 до 3 лет—у 19, от 3 до 4—у 20, от 4 до 5—у 22, от 5 до 10—у 50, свыше 10 лет—у 25 и не могли указать на давность заболевания 25 больных.

Из 207 больных имели беременность 149, имели роды—123, искусственные выкидыши—81, самопроизвольные—21, внематочную беременность—7.

На первичное бесплодие указывали 58 больных и на вторичное—51.

Основные жалобы у наших пациенток—ноющие боли в низу живота, в пахах, в крестце и бели, часть больных жаловалась на бесплодие.

Возникновение болезни больные связывали с послеродовыми заболеваниями в 49 случаях, с искусственными выкидышами—в 66, с самопроизвольными выкидышами—в 16, в связи с замужеством (с вступлением в половую жизнь)—в 50 случаях, причем из этих 50 больных у 19 была установлена гонорея, а 9 указывали на перенесенные гинекологические операции (послеоперационные спайки). Этиологический момент неизвестен в 17 случаях.

Всех больных, направленных для применения комбинированного грязелечения, мы распределили на 6 диагностических групп: к первой группе отнесли больных с хроническими воспалительными заболеваниями матки и придатков без видимых изменений со стороны тазовой брюшины и клетчатки (40 больных); ко второй группе—с хроническими одно или двусторонними воспалительными заболеваниями придатков матки (47 больных); к 3-й группе—с хроническими воспалительными заболеваниями матки, придатков с вовлечением в процесс околоматочной клетчатки и тазовой брюшины (66 больных); к 4-й группе—с хроническими воспалительными заболеваниями матки, придатков, околоматочной клетчатки и тазовой брюшины, осложненными смещением матки (31 чел.), а к 5-й группе—с воспалительными заболеваниями придатков матки в виде воспалительных опухолей (*Tumor salpingoovarialis*—12) и наконец, к 6-й группе—11 больных с инфантилизмом половой сферы и *Hypofunctio ovariorum* (11).

У всех больных с воспалительными заболеваниями, направленных для применения комбинированного грязелечения, мы определяли реакцию осаждения эритроцитов по методу Линценмейера, и в тех слу-

чаях, где РОЭ была меньше одного часа, больные на данный вид лечения не принимались.

Наш комбинированный метод грязелечения проводился следующим образом: сначала во влагалище вводился грязевой тампон (метод введения грязевого тампона описан в моей работе „Опыт применения влагалищных тампонов из местной торфяной грязи для лечения гинекологических больных“ („Казан. мед. журн.“, № 2—3, 1939 г.), после чего больные получали грязевые трусы, которые применялись таким образом: нагретая до 70—80° грязь выкладывалась на топчан на брезент, затем она раскладывалась величиной, соответствующей больному месту, и толщиной в 4—5 см., перемешивалась деревянной лопаткой, чтобы температура была приблизительно равномерна во всех слоях грязевой массы (это проверялось при помощи термометра); больная укладывалась в грязь подлежащей частью тела, т. е. крестцом, затем нижняя часть живота, средняя треть бедер—вообще тазовая область большой укутывалась слоем грязи в 4—5 см толщиной, после чего поверх грязи больная укутывалась еще 3-мя слоями: в брезент, клеенку, одеяло и в таком виде больная оставалась от 10 до 20 минут. По снятии наружной грязевой обкладки больная обмывалась под душем 39—40° С., а затем она переходила в комнату отдыха, где и отдыхала на кушетке в течение 30 минут. Введенный тампон оставался во влагалище от 2 до 10 часов с момента его введения, после чего тампон удалялся уже самой больной на дому путем спринцеваний одно- или двухпроцентным раствором поваренной соли при температуре 38—40° С.

Курс комбинированного грязелечения состоял из 12—15 трусов и 20—30 влагалищных тампонов. Температура грязи для трусов в первый день равнялась 40°, продолжительность сеанса 10 мин. В каждый последующий сеанс температура повышалась на 2 градуса до 50—52° максимально. Продолжительность сеанса также увеличивалась на 2—3 мин. в каждый последующий сеанс до 20 минут максимально. В дальнейшем температура и продолжительность сеанса оставались одинаковыми до конца курса лечения.

Грязевые трусы больные получали через день, влагалищные грязевые тампоны каждый день за исключением выходных дней.

Грязевые трусы во время менструации не отменялись, только влагалищные грязевые тампоны в первые 2—3 дня менструации не применялись.

Вопрос о допустимости наружного грязелечения во время менструации разрешается в настоящее время большинством гинекологов в положительном смысле (Глушкова, Киш, Макаев, Ненадович, Молдавская-Свет, Лебедев Шмидгоф, Скробанский, Корчагина). Что касается применения влагалищных грязевых тампонов во время менструации, то на этот счет проф. Скробанский советует—„в периоде месячных от влагалищного грязелечения воздержаться не только по соображениям гинекологического характера, но и потому, что половая сфера во время месячных обладает повышенной чувствительностью и на всякие при вагинальном раздражении короткие аксонные рефлексы может дать чрезмерную по силе реакцию“.

Лечение гинекологических больных местной торфяной грязью в лечебнице нашего Института проводилось почти круглый год, за исключением одного или двух летних месяцев, когда лечебница закрывалась на ремонт. Каких-либо осложнений в виде „простудных“

заболеваний, которые могли бы возникнуть в связи с применением грязевых процедур в зимнее время, нам не приходилось отмечать.

Результаты нашего лечения характеризуются следующими цифровыми данными: по всем 6 группам гинекологических заболеваний из 207 больных клиническое выздоровление наблюдалось у 54 (26%), улучшение у 129 (62,32%), ухудшение у 5 (2,41%), эффект не наблюдался у 15 (7,15%) и отменено было лечение в виду ухудшения — у 4 (1,93%), следовательно общий процент улучшений равен 88,32.

Гроссе, Желоховец, Левина, Шолохова и др. из Московского института физиотерапии и физиопрофилактики, применявшие местную торфяную грязь (торф-сырец) для лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы у 300 гинекологических больных, получили клиническое выздоровление в 7,5%, значительное улучшение — в 24%, улучшение в 59%, ухудшение в 2%. Таким образом общий процент улучшений у указанных авторов выразился в 90,3%.

На курорте Бакирово (ТАССР) Корчагина наблюдала клиническое выздоровление в 17,04%, улучшение в 59,09%, эффекта не было в 21,6%, ухудшение наблюдалось в 2,27%. Примерно такие же результаты получены при применении торфа-сырца в Ленинграде Лебедевым-Шмидгофом. Последний автор наблюдал в 74,6% улучшение, при этом в рубрику улучшений были включены и случаи выздоровлений.

Как видно из приведенных сравнительных результатов лечения, наша местная торфяная грязь, применяемая нами во внекурортной обстановке, дает почти одинаковые результаты, даже в сравнении с грязелечением, применяемым в условиях курорта (Бакирово).

Выводы

1. Казанская торфяная грязь является ценным лечебным фактором при гинекологических заболеваниях.

2. Надо полагать, что широко распространенные у нас в Советском Союзе торфяные залежи могут быть повсеместно использованы с целью грязелечения гинекологических больных.

3. Лечение местной торфяной грязью можно проводить в любое время года без отрыва пациенток от производства, а стало быть почти без затрат государственных средств и без затрат средств самой больной.

4. Местная торфяная грязь доступна обслужить такие группы женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, которые по условиям своей работы не могут использовать летнее сезонное время для грязелечения.

5. Эффективность местной торфяной грязи, доступность и дешевизна ее при огромном спросе на грязелечение со стороны женщин, страдающих воспалительными заболеваниями половой сферы, позволяют широко рекомендовать использование местных торфяных ресурсов для грязелечения.

Поступила 19.VII. 1939.