

С. З. МУХАМЕДОВА

Опыт применения влагалищных тампонов из местной торфяной грязи для лечения гинекологических больных

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

В предисловии к монографии А. А. Новицкого и А. М. Волосовича „Влагалищное грязелечение“, проф. В. С. Груздев говорит: „Среди различных способов грязевого лечения гинекологических заболеваний одно из самых видных мест занимает в настоящее время влагалищное грязелечение в форме грязевых рукавных тампонов, впервые предложенное моим учителем проф. А. И. Лебедевым. Хотя этот способ был предложен им не так давно, — всего в 1923 г., — тем не менее он успел получить широкое применение как на наших грязевых курортах, так и во внекурортной обстановке“.

Не останавливаясь на исторических данных о грязелечении вообще, о влагалищном в частности, на важности этого вида лечения и на методах его применения, — так как все указанные вопросы прекрасно изложены в упомянутой выше монографии, — я перейду сразу к изложению собственного материала.

Местную торфяную грязь, в форме влагалищных тампонов, мы начали применять для лечения гинекологических больных с 1934 года.

Наши наблюдения обнимают 582 случая, причем в 1934 г. лечилось 111 гинекологических больных, в 1935 г. — 178, в 1936 г. — 151 и за 6 мес. 1937 года — 147 больных.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 7, от 20 до 30 — 299, от 30 до 40 — 242, от 40 до 50 — 31 и от 50 до 60 лет — 3 больных.

Давность заболевания до 1 года была у 103 больных, от 1 до 2 лет — у 66, от 2 до 3 лет — у 71, от 3 до 4 лет — у 48, от 4 до 5 лет — у 73, от 5 до 10 лет — у 133, свыше 10 лет у 56 и на давность заболевания не могли указать 32 больные.

Из 582 больных имели беременность 461 больная, имели роды 375. искусственные выкидыши — 282, естественные выкидыши — 71 и внематочную беременность — 15 больных. На первичные бесплодие указывала 121 больная, на вторичное бесплодие — 190.

Возникновение болезни больные связывали с послеродовыми заболеваниями в 167 случаях, с искусственными выкидышами — в 219, с самопроизвольными выкидышами — в 47, с замужеством (гонорей) — в 76, перенесенными операциями — в 17 сл. (кесарское сечение по поводу узкого таза имело место в 2 случаях, по поводу эклампсии — в 1, чревосечение по поводу внематочной беременности — в 8, кисты яичника — в 4, рубец во влагалище после зашивания послеродового свища в 1, после Colpotomia posterior по поводу Haemotocoele retrouterina в 1), в связи с вступлением в половую жизнь без указания на характер заболевания — 55 и наконец в связи с перенесенным гриппом — в 1 сл.

Всех больных, направленных для применения влагалищного грязелечения, я распределяла на 7 диагностических групп: к первой группе отнесла больных с воспалительными заболеваниями входа во влагалище и самого влагалища, без вовлечения в воспалительный процесс матки и придатков (таких больных было 9); ко второй группе — с воспалительными заболеваниями *portionis vaginalis* и канала шейки матки (таких больных было 45); к 3-й группе — больных с воспалительными заболеваниями матки и придатков без изменений со стороны тазовой брюшины и клетчатки (таких было 322); к 4-й группе — больных с воспалительными заболеваниями матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки (таких было 76); к 5-й группе — больных с воспалительными заболеваниями матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки, осложненными неправильным положением матки, с ограничением ее подвижности (таких было 96); к 6-й группе — больных с воспалительными заболеваниями придатков в виде воспалительных опухолей (*tumor salpingoovarialis*) (таких было 22); и, наконец, к последней, 7-й группе больных с инфантилизмом половой сферы, *Hypofunctio ovariorum*, *dysmenorrhoea* без наличия воспалительных изменений (таких было 12).

Метод влагалищного грязелечения в нашем физио-терапевтическом кабинете состоял в следующем: грязь, привезенная из местной торфопереработки, протиралась через металлическое сито для освобождения от посторонних примесей (от остатков деревьев, ракушек и т. п. веществ), затем она разбавлялась водой по тестоподобной консистенции и нагревалась в устроенной по типу водяной бани кастрюле до температуры 60—70°. Приготовленная и нагретая таким образом грязь накладывалась на тарелку и перемешивалась деревянной лопаткой, чтобы температура была приблизительно равномерна во всех слоях грязевой массы, что проверялось при помощи термометра. Стекло, трубчатое зеркало, наполненное остуженной до желательной температуры грязью на гинекологическом столе вводилось во влагалище, а затем при помощи большого ватного комка на пинцете грязь проталкивалась в глубь влагалища при постепенном выведении зеркала. Чтобы грязь не выпала, во влагалище вводился ватный тампон. Таким способом введенная грязь, представляя пластическую массу, равномерно располагалась по сводам, заполняя влагалище. Температура грязевых тампонов была от 40 до 50°.

Грязевые тампоны, введенные во влагалище больных, оставались в нем от 2 до 10 часов, по истечении этого срока грязевые тампоны извлекались пальцами самой больной с одновременным промыванием влагалища при помощи кружки Эсмарха 1—2% раствором поваренной соли температуры 38—40° С.

Грязевой тампон больные получали ежедневно, за исключением выходных дней и 3—4 дней перерыва во время менструации (теперь, если менструация не обильная, я не делаю перерыва). Курс лечения состоял из 20—30 тампонов, в зависимости от степени воспалительного процесса.

Переходя к учету результатов, нужно прежде всего указать на то, что особенно быстрый эффект мы наблюдали у больных, отнесенных к первой и второй группе воспалительных заболеваний. Эродированная поверхность на *Portio vaginalis* обычно после 10—15 сеансов, в некоторых случаях даже после 6—8 сеансов, покрывалась новым гладким белесоватым эпителием, бели уменьшались или вовсе прекраща-

лись, воспалительная гиперемия стенок влагалища исчезала; только в двух случаях наблюдалось резкое ухудшение; гистологическое исследование кусочков, взятых из Portionis vaginalis у этих больных, показало картину плоскоклеточного рака: эти больные были направлены в стационар, где они подвергались операции Вертгейма.

Воспалительные заболевания, отнесенные к 3-й группе, значительно легче поддавались лечению (продукты воспаления быстрее рассасывались, увеличенные органы уменьшались), чем воспалительные заболевания, отнесенные к 4—5—6-й группам. В последних случаях требовалось более длительное применение, а иногда даже повторение курса лечения. Эффект же, полученный при 7-й группе заболеваний, выражался в следующем: явления дисменореи уменьшались в значительной степени или совершенно исчезали; количество крови, теряемой во время месячных, также увеличивалось, улучшилось настроение больных. У некоторых из этой группы больных наблюдалось и прибавление в весе.

В 7 случаях грязевые тампоны спровоцировали латентную форму гонореи.

Реакция, появлявшаяся после 2—5—6, иногда и после 10 грязевых влагалищных тампонов, выражалась в усиленном отделении влагалищного секрета, в отежности и увеличении воспалительных органов малого таза (матки и придатков), в набухании тазовой клетчатки, в болезненности при пальпации, а субъективно—в ощущении тяжести внизу живота. Реакция эта в большинстве случаев была очаговая: только в 15 случаях реакция сопровождалась повышением температуры с резким увеличением воспаленных органов; в таких случаях отменялось лечение, и больные поступали в клинику для стационарного наблюдения, а в случаях довольно резко выраженной очаговой реакции делались 3—5-дневные перерывы, по истечении которых лечение возобновлялось.

Общие результаты лечения грязевыми влагалищными тампонами выражаются в цифровых данных следующим образом: клиническое излечение наступило у 177 (30,6%), улучшение у 351 (61,85%), ухудшение у 16 (2,75%), осталось без заметных улучшений у 38 (6,7%).

Результаты лечения по отдельным группам

Диагнозы заболеваний	Об- щее число	Клини- ческое выздо- ровлен.	Улуч- шение	Осталось без пере- мен	Ухуд- ше- ние	Примечание
1. Воспалительные заболевания входа во влагалище и самого влагалища	9	5	3	1	.	
2. Воспалительные заболевания portionis vaginalis и канала шейки матки	45	18	22	3	2	В этих случаях оказав- ся рак шей- ки матки.
3. Воспалительные заболевания матки, придатков без вовлечения тазовой брюшины и клетчатки	322	100	200	17	5	
4. Воспалительные заболевания матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки	76	25	45	4	2	

(Продолжение табл.).

Диагнозы заболевания	Об- щее число	Клини- ческое выздо- ровлен.	Улуч- шение	Осталось без пере- мен	Ухуд- ше- ние	Примечание
5. Воспалительные заболевания матки, придатков, тазовой брю- шины, клетчатки, осложненные неправильным положением мат- ки с ограничением ее в под- вижности	96	20	63	8	5	
6. Воспалительные заболевания придатков в виде воспалитель- ных опухолей	22	7	10	3	2	
7. Infantilisimus, Hypofunctio ovari- orum и dysmenorrhoea.	12	2	8	2		
	582	177	351	38	16	
	100%	30,6%	61,85%	6,7%	2,75%	

В случаях клинического излечения исчезали боли, бели, увеличенные органы уменьшились до нормы, воспалительные экссудаты рассасывались. В случаях же улучшения эти явления были менее выражены.

Таким образом, применяя местную торфяную грязь в форме влагалищных тампонов, мы получали довольно хорошие результаты, вряд ли уступающие результатам грязелечения на курортах Союзного значения.

Для изучения влияния местной торфяной грязи на влагалищную флору мы производили исследование влагалищного секрета у 122 больных (из 582 чел.) До лечения грязевыми тампонами при исследовании влагалищного секрета у этих больных было найдено: I степень чистоты влагалищной флоры у 7 больных, II ст.—у 15, III ст.—у 31 и IV—у 69.

После применения курса лечения грязевыми тампонами изменение влагалищной флоры выражалось в следующем: из 7 случаев I степень чистоты осталась без изменений у 3 больных, перешла в III степень у 3 и в IV—у 1 больной. Из 15 случаев II степени флора осталась без перемен у 11 больных, перешла в I степень у 2 и в IV степень у 2. Из 31 случая III степени флора осталась без изменений у 24 больных, перешла во II степень чистоты у 5, в IV—у 1, и после 8 сеансов в мазке влагалищного секрета были обнаружены гонококки у 1 больной. Из 69 случаев IV степени флора осталась без изменений у 47, во II степень перешла у 3 больных, в III степень у 13. После 6—8—10 сеансов в мазке влагалищного секрета были обнаружены гонококки у 6 больных. Эти больные направлялись в вендиспансер для специального лечения.

Исследование вагинальной флоры производилось до начала применения грязевых тампонов, через каждые 2—3 сеанса и через 1—2 дня после заключительного сеанса, а у части больных исследование производилось через 1—1½ месяца после проведенного курса лечения. Наши наблюдения показали, что в начале лечения, как правило, влагалищная флора загрязнялась. Только по истечении более длительного периода времени отмечалось улучшение степени чистоты.

Наличие III и IV степени чистоты и переход из I—II в III и IV

степень чистоты не влияли на процессы рассасывания воспалительных заболеваний; рассасывание шло независимо от степени чистоты влагалищного секрета, что отмечено другими авторами (Маненков и Корчагина.).

Таким образом, сравнивая результаты лечения гинекологических больных местной торфяной грязью в форме влагалищных тампонов с результатами лечения на грязевых курортах, приходится констатировать, что местная торфяная грязь не уступает по своей эффективности курортным грязям.

Полученные благоприятные результаты дают основание широко рекомендовать лечение грязевыми тампонами воспалительных гинекологических заболеваний.

Как известно, благоприятный эффект грязевого лечения приписывается механическому, термическому и химическому факторам применяемой грязи.

На вопрос о том, какими химическими агентами действует грязь, отвечают различно. Так, по предположению Лебеля действующими агентами грязи являются их химические особенности, в частности вяжущее действие сернокислых солей. Лойманн приписывает действие грязей содержащимся в них свободным кислотам—серной и муравьиной, валериановой, дубильной и т. д., Коберт и Триллер—растворам солей алюминия, железа и гумусовым кислотам, Веригу, Мочутковский—иоду и аминовым основаниям (цит. по Звоницкому).

Действием каких химических факторов может быть обусловлен такой благоприятный эффект нашей местной торфяной грязи сказать с достаточной определенностью нельзя. Однако на основании нижеприведенного химического анализа можно предполагать, что благоприятно действующими химическими агентами здесь являются сера, железо и алюминий в соответствующих их химических соединениях.

Химический состав торфа по произведенному в Казанском химико-технологическом институте анализу следующий: сера общая—3,7%, азот—0,51—2,30%, кальций—1,21—6,23%, фосфор—0,17—0,73%, окись железа и алюминия—1,03—3,03%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волосович, Труды Госуд. бальнеол. ин-та на КМВ, т. 6. — 2. Горизонтов. Опыты влагалищного применения грязи Карачинского озера при женских болезнях, Курорт Озеро Карачи, 1926. — 3. Дик, Курортное дело, № 4—5, 1924. — 4. Корчагина, Казанский медицинский журнал, № 5, 1937. — 5. Кучкова, К вопросу о вагинальном грязелечении на озере Карачи в 1926—27 г. Сборник, посвященный М. Г. Круглову. — 6. Лейбчик, Журнал акуш. и жен. болезней, № 7—8, 1928. — 7. Маненков, Сборник работ Казанского ГМИ, № № 5—6, 1933. — 8. Новицкий и Волосович, Влагалищное грязелечение. Казань, 1936. — 9. Третьяков, Омский мед. журнал, № 2, 1928. — 10. Лебедев-Шмидгоф, Журнал акушерства и гинекологии, № 12, 1937.

Поступила 31. X. 1938.