

*Литература.* 1. Ковтунович Г. П. и Черная Л. А., Сов. хир., № 2, 1936.—2. Квох Г. И., Нов. хир. арх., том 6, 1925.—3. Никитин Б. А. и Комарова Б. С., Нов. хир. архив, том XXXII, 1934.—4. Петрова Б. Н., Журнал соврем. хир., том III, 1928.—5. Фронштейн Р. Н., Циститы, Больш. мед. энциклоп., том 34, 1936.—6. Хольцов Б. Н. Вестник хир. и пограничн. обл., том VIII, 1926.—7. Шауфлер К. К., Вестник хир., том XXXVI, 1934.—8. Шевляков А. Ф., Труды II съезда рос. урологов, 1928.

Из Акушерско-гинекологической клиники Саратовского мед. института (директор проф. О. С. Парсамов).

## Лечение трихомонадных кольпитов хлорацидом.

А. И. Краснова.

В 1837 г. Доппе обнаружил *trichomonas vaginalis* во влагалищных выделениях у женщин. Он характеризует его как паразита, часто встречающегося у женщин в вагинальных выделениях на патологически измененной слизистой. Вопрос о патогенности трихомонад до настоящего времени остается не выясненным. Одни отрицают их патогенность и считают *trichomonas vaginalis* безвредным спутником воспалительных заболеваний (Гаусман, Фют, Вольфринг, Шредер и др.). Другие, наоборот, категорически утверждают за *trichomonas vaginalis* роль агента, вызывающего кольпит (Гене, Шмидт, Грагерт и др.). Наконец Фласкамп, Шмидт, Камникер и другие, не отрицая патогенности паразита, предрасполагающим моментом считают наличие изменений эпителиального покрова вагины. Кватер, допуская существование как патогенных, так и непатогенных трихомонад, считает, что до 70% женщин заражены ими.

Вопрос о первоисточнике заражения также остается не выясненным. Беац, Док, Маршан и другие находили *trichomonas vaginalis* в моче, поэтому допускают возможным занесение их из мочевых путей, другие—из кишечника.

Терапия трихомонадных кольпитов чрезвычайно разнообразна по применяемым средствам: раствор сулемы (Гене, Шмидт, Камникер, Васильева, Чебогарева), метиленовая синька, бура, биолактин (Дубинчик), сода-глицерин, зеленое мыло, аммиачные соли серебра (Кричевский и Вербатус, Смирнов) и многое другое. Однако все эти средства дают мало утешительные результаты, главным образом в смысле предупреждения рецидива. Недаром некоторые характеризуют трихомонадный кольпит, как хроническую рецидивирующую форму заболевания.

Учитывая ненадежность применяемых средств, мы стали пользоваться при лечении трихомонадных кольпитов хлорацидом. Хлорацид Шауфлера, который является сильным антисептическим средством, не раздражающим кожу, слизистые оболочки и даже раневую поверхность, успешно применяется в нашей клинике при воспалительных заболеваниях шейки матки и влагалища (Куликова).

Клиническая картина у наших больных вполне соответствовала описанным в литературе данным, а именно: гнойные выделения пенистого характера, разъедающие как слизистую, так и наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер, точечные кровоизлияния на передней стенке вагины, жалобы на зуд у 50% б-ных и почти у всех 100%—большая чувствительность входа во влагалище (болезненное исследование и введение зеркала). Все больные проводили лечение в амбулаторной обстановке и дома никаких спринцеваний не делали, также давался совет воздерживаться от половой жизни.

Диагнозы выявлялись на основании клинической картины и исследования влагалищного содержимого под микроскопом. После предварительного туалета зеркала наружных половых органов, вводились зеркала Симсона, и взятую с помощью предварительно обожженной стеклянной палочки каплю белей, смешанную с физиологическим раствором, наносили на стекло, покрывали покровным стеклом и, подогрев, смотрели под микроскопом; некоторые авторы рекомендуют брать бели Фолькмановской ложечкой, которая дает возможность более глубокого проникновения в слои слизистой, где находят *trichomonas vaginalis*. При исследовании в свежей капле белей обнаруживались подвижные трихомонады, у 39 больных найдено большое количество от 3 до 5 в нескольких полях зрения, у 10—от 1 до 5 не в каждом поле зрения, у 9—единичные и, наконец, у 2 *trichomonas vaginalis* вовсе не найдена, хотя клиническая картина давала повод подозревать наличие *trichomonas vaginalis*.

Одновременно с этим мы брали мазки на определение влагалищной флоры, в отдельных случаях определялась и реакция влагалищного секрета, которая была в одних случаях щелочная, в других—кислая.

После предварительного туалета мы применяли хлорацид комнатной температуры в виде ванночки; на каждую ванночку брали 100—200 см<sup>3</sup> хлорацита. Влагалище расширяли зеркалами, обнажали шейку и, влив хлорацид, вращательными движениями нижнего зеркала омывали стенки влагалища, чем одновременно достигали и растяжения складок слизистой влагалища.

Курс лечения продолжался 21 день.

О результатах лечения судили по клинической картине и исчезновению трихомонад, при этом последние исчезли: после 3 ванн—в 10 случаях, после 5—в 14, после 10—в 10, после 21—в 23 и после 42—в 3.

Нужно отметить, что при лечении трихомонады исчезали не сразу, а постепенно уменьшались в количестве. Клиническая картина изменялась также постепенно: бели, раздражение, зуд исчезали после 5—6 ванночек, слизистая из ярко красной превращалась в бледно-красную, а после 10 ванночек принимала нормальный вид. Почти все больные отмечали, что бели их уже не беспокоят, а объективно—белые, жидкие бели выделяются в небольшом количестве. Нервное состояние больных значительно

улучшалось. Следует отметить, что в процессе лечения наступившая менструация или беременность часто давали рецидивы вновь находили *trichomonas vaginalis*, ухудшалась клиническая картина.

Флора влагалища при *trichomonas vaginalis* была значительно загрязнена. Так, до лечения в 7 сл. была вторая степень чистоты и в 53—третья. Однако, вскоре после начала лечения, примерно с третьей процедуры, флора постепенно очищается, переходя из третьей степени чистоты во вторую, и даже в первую, что видно из следующего: из III во II степень после 3 ванн флора перешла в 24 случаях, из II в I после 5 ванн в 13, из II в I после 10 в I сл. Причем стойко держалась II ст. в 10 случаях, а III—в 12. Соответственные данные других авторов совпадают с нашими.

Сопоставляя приведенные данные, можно отметить некоторый параллелизм между изменением степени чистоты влагалищной флоры и исчезновением *trichomonas vaginalis*.

Отдаленные результаты нам удалось проследить у 38 больных: от 1 до 3 мес.—в 14 случаях, от 3 до 6—в 10 случаях, от 6 до 9—в 8 случ. и от 9 до 12—в 6 случаях. Повторное исследование выделений, спустя указанные сроки, в 18 случаях вновь обнаружено наличие *trichomonas vaginalis*, в остальных 20 случаях найти их не удалось. В этих последних случаях отсутствовали и жалобы со стороны больных. В первых же 18 случаях, где вновь были обнаружены трихомонады, клиническая картина, по сравнению с началом заболевания, все же была более благоприятной: выделения в умеренном количестве, белого или желтоватого цвета, незначительное раздражение и зуд. Больные отмечают, что такого тягостного состояния, которое у них наблюдалось до лечения, нет. Соответственно мы отмечали в этих случаях и загрязнение чистоты влагалищной флоры.

На основании приведенных наблюдений можно сказать:

1. Хлорацид не является специфическим лечебным средством при трихомонадных кольпитах.

2. Эффективность лечебного действия хлорацида при трихомонадных кольпитах довольно значительна по сравнению с другими средствами и может занимать известное место в лечении подобных кольпитов.

3. Наблюдение отдаленных результатов (до одного года) показывает, что хотя в 50% случаев вновь обнаруживается в выделениях *trichomonas vaginalis*, но клиническая картина и самочувствие больных значительно лучше, чем это было до начала лечения.

4. Не вполне благоприятные результаты мы склонны объяснить методикой лечения. Учитывая, что *trichomonas vaginalis* одновременно могут гнездиться и в мочевом пузыре и в rectum необходимо, повидимому, одновременное введение хлорацида и в эти полости.