

всех больных, которым переливалась кровь, температура на протяжении всего курса лечения была более или менее стабильной (не превышала  $37,6^{\circ}$ ) в то время как большие, перенесшие радий-рентгенотечение без трансфузии, зачастую давали неожиданные подъемы температуры (до  $39^{\circ}$ ), из-за чего неоднократно приходилось прерывать лечение до установления стабильной температуры. Этот факт понизил количество дней пребывания больных в стационаре: среднее пребывание больных, которым параллельно с основным лечением проводились трансфузии, равнялось 43 дням, больных без трансфузии—62 дням. Реакции после переливания плацентарной крови наблюдались в 39% и относились к категории неспецифических протеиновых реакций легкой тяжести. Изменение морфологического состава крови под влиянием трансфузии плацентарной крови у раковых больных проверялось путем исследования перед переливанием через 24 часа и на пятые сутки. Эти исследования и также наблюдавшийся нами клинический эффект показывают, что трансфузии плацентарной крови раковым больным во время радий-рентгенотечения являются хорошим вспомогательным средством в борьбе с анемией, кахексией, радий-рентгенкатером и кровотечением. Они же наряду с этим способствуют более быстрому заживлению раневой поверхности (в месте локализации ракового поражения) и укорачивают среднее пребывание этих больных в стационаре.

---

Из Сталинградского физио-терапевтического института.

## **Опыт применения диатермии в лечении гипофункции яичников.**

**С. И. Гэлиновская.**

Работа в гинекологическом отделении Сталинградского ФТИ показала, что диатермия при лечении некоторых форм недостаточной функции яичников, гипоплазий половых органов дает утешительные результаты, поэтому мы поставили себе задачей провести, доступными в наших условиях методами, систематическое наблюдение над применением диатермии—этого сравнительно нового метода лечения при гипофункции яичников, руководствуясь работами проф. Шербака в Государственном институте физических методов лечения им. Сеченова.

Вопросу лечения аменоррей—гипофункции яичников—посвящена довольно большая литература и предложено много методов: бальнеотерапия, гальваноионоотерапия с овариальными препаратами, гормонотерапия в расчете на активирование пролиферативных процессов в половом тракте, наконец, трансплантация части яичника от здоровой женщины, но ни один из применяемых методов лечения не выводил авторов подчас из затруднительных положений и не избавлял больных от страданий при

аменоррее. Безуспешность лечения аменоррей в основном лежит в трудности дифференциации их по этиологическому признаку. В нашем отделении мы придерживаемся классификации аменоррей, предложенной проф. Черток, которая наиболее отвечает современным научным воззрениям о причине аменоррей. В этой классификации имеется пять групп: 1) аменорреи вследствие изменений слизистой оболочки матки при нормальных яичниках; 2) аменорреи вследствие недостаточной функции яичников при местных воспалительных заболеваниях и общих интоксикациях; 3) аменорреи вследствие недостаточной функции передней доли гипофиза; 4) аменорреи вследствие чрезмерной функции фолликулярного аппарата; 5) аменорреи вследствие причин общего характера.

Мы располагаем материалом из 71 истории болезней б-ных, прошедших через ФТИ от 1930 до 1933 года включительно, с различными проявлениями недостаточной функции яичников. Выводы о терапевтической эффективности лечения диатермией строились на основании 44 случаев, вполне закончивших лечение и прослеженных на достаточном протяжении времени.

Не желая затемнять картины терапевтического эффекта от лечения диатермией, мы не применяли в данных случаях гормонотерапии.

Наших больных с явлениями недостаточности функции яичников можно распределить по степени овариальной недостаточности на три группы: 1) 28 случаев гипоменорреи, когда менструальный цикл не нарушен, но количество кровотоделений скудно; 2) 9 случаев олигоменорреи—менструации с паузами в 2—3 месяца; 3) 7 случаев полной аменорреи с отсутствием менструаций от 7 месяцев до 5-ти лет и более, т. е. климах праесох.

Первичным этиологическим моментом гипоменорреи в наших случаях служили интоксикации яичников послеродовой, послеабортной, послетифозной, гонорройной инфекцией

В случаях полных аменоррей были психические травмы и недоразвитие полового аппарата.

Периодические аменорреи—олигоменорреи находили себе объяснение в нарушении корреляции эндокринных желез.

По возрастному составу наши больные группируются так: от 18 до 25 лет 32 чел. (72,7%), от 25 до 39 лет 12 чел. (27,3%).

По телосложению: астеничек—53%, пикничек—29%, нормостеничек—18%.

По детородной функции: первичное бесплодие—28,3%, рожавших—37,2%, абортировавших—32,2%, virgo— 1 случай.

По давности заболевания: от 2 до 7 мес.—16 чел. (36,3%), от 1 г. до 5 лет—9 чел. (20,5%), от 5 до 10 лет—19 чел. (43,2%).

По профессии: рабочих 20 чел. (45,5%), служащих 15 чел. (34%), членов семей 9 человек (20,5%).

Результаты лечения диатермией недостаточной функции яичников представляются в следующей таблице:

Название болезней	Количество больных	Значительн. клинич. улучшение	Клиническ. улучшение	Без перемен
Гипоменоррея . . . . .	28	5	18	5
Олигомноррея . . . . .	9	4	4	1
Аменоррея . . . . .	7	—	2	5
Итого . . . . .	44	9(20,5%)	24(54,5%)	11(25%)

Итак, диатермия при овариальной недостаточности дала удовлетворительные результаты в 75%.

Клиническая эффективность сказывалась в следующем: общее самочувствие больных улучшалось, тягостные явления „выпадения“ исчезали, восстанавливалась или улучшалась менструальная функция, ослабевали дисменоррейные боли, нервные инсульты сглаживались, поднималась жизненная энергия. Хорошие результаты убеждали, что интенсивное тепло в глубине тканей и гиперемия, развиваемые диатермией, действуют прежде всего болеутоляющим образом, затем рассасывающим на продукты воспалительных процессов и в конечном итоге активируют биохимические функции половых желез и всего организма в целом.

Безрезультатность лечения в 11 случаях получилась при полных аменорреях и других видах овариальной недостаточности большой давности и тяжелых интоксикациях, когда никакая терапия не может вызвать регенерации деструктивно-измененных элементов яичника и слизистой оболочки матки.

Однако, в случаях безрезультатного лечения в смысле восстановления менструаций все же некоторые больные получали облегчение тягостных явлений „выпадения“.

Техника и методика применения диатермии такова: больная укладывается на спине. Металлический электрод овальной формы, простерилизованный кипячением, привинчивается к рукоятке и вводится в правый или левый свод влагалища до отказа.

Второй электрод пластинчатый свинцовый, размером 9 на 14 см располагается на правой или левой подвздошной области живота, придерживается песочной подушкой. Оба электрода соединяются с проводами диатермического аппарата и включается ток. Сила тока назначается индивидуально от 0,3 до 1,5 А и вводится постепенно, продолжительностью от 10 до 25 минут. Процедуры повторяются ежедневно. После курса лечения в 20—25 сеансов дается отдых в 3—4 недели, затем снова повторяется курс, и так до 2—3 раз. Чтобы проследить влияние диатермии на прогревание тканей в глубине, мы пользовались методами непосредственного наблюдения за эффектом действия. Измерение температуры в сводах влагалища до и после процедур показало повышение на 0,2—0,4°.

Гиперемия тканей, доступных наблюдению, набухание тканей, усиление секреции желез матки под влиянием прогревания диа-

термией констатировались путем осмотра через зеркало Куско-слизистой сводов влагалища и шейки матки до и после процедур, что косвенно подтверждало и прогревание тканей на глубине.

Бактерицидное действие диатермии выявлялось микроскопированием выделений цервикального канала и заднего свода влагалища, причем в результате лечения наблюдался переход высшей степени загрязнения микрофлоры женских половых органов в низшие степени.

Исследование морфологического состава крови, как объекта наблюдения за реакциями организма в целом, до и после лечения обнаруживало положительные сдвиги повышением лейкоцитоза, появлением юных форм белой крови, что в дальнейшем выравнивалось. Мы часто слышим от больных, что диатермия даст им бодрость и поднимает трудоспособность.

*Выводы:* 1) Диатермия повышает физиологическую активность половых желез, стимулирует выработку гормональных веществ, являясь ценным фактором не только в сфере влияния проходящего тока, но и за пределами наложения электродов.

2) Диатермия в борьбе с гипофункцией яичников есть физическая терапия, которая по месту приложения (кожа и слизистые оболочки) и по характеру наступающих реакций является в значительной ее части рефлекторно-трофической терапией, ведущей к перестройке всех систем организма.

3) Благоприятные результаты, полученные нами при лечении овариальной недостаточности диатермией в Сталинградском ФГИ, дают нам право в дальнейшей практической работе широко применять этот физиотерапевтический метод, углубляя наблюдения и совершенствуя методику.

---