

Наблюдения над лечением хронических простатитов, сперматоциститов и функциональных расстройств мужского полового аппарата грязевыми комбинатами на „Сергиевских минеральных водах“ в лечебный сезон 1928 года ¹⁾.

Д-ра А. И. Дмитриева.

(Предварительное сообщение).

Известно достаточно большое количество хронических поражений мужского полового аппарата, не поддающихся порой никаким методам современной консервативной терапии. Имея ввиду это обстоятельство, я решил испытать применение грязи „Сергиевских минеральных вод“ для лечения хронических простатитов, сперматоциститов и других расстройств половой сферы мужчин, употребляя ее в виде грязевых тазовых ванн и грязевых тампонов.

Нужно заметить, что для своих наблюдений я пользовался большими, прибывшими на курорт для лечения других заболеваний: ревматизм, подагра и др.; хотя был и известный контингент больных, прибывших на курорт лечить специально гонорройные заболевания; поэтому первым больным я назначал чаще компрессы на руки или ноги и всегда на таз, а также одновременно им применялся грязевой ректальный тампон, второй же категории больных назначались грязевые тазовые ванны и такой же тампон.

Способ приготовления грязи для тампонов прост: целебная грязь, доведенная испарением на воздухе до концентрации жидкой кашицы и протертая через мелкое сито, нагревается на водяной бане в особых стаканчиках (емкостью приблизительно в 150,0) до нужной температуры и затем быстро перекладывается в шприц (конструкции д-ра Бартанского, см. „Курортное дело“ № 5, 1927 г.) и при помощи точеного деревянного наконечника вводится *per anum* в прямую кишку. Далее больной или садится в тазовую ванну, или обкладывается грязевым компрессом той или иной температуры, где он остается 15 минут, затем, отправляясь домой, удаляет грязь дефекацией. Что касается температуры грязевых тампонов, то я обычно начинал лечение с $t^{\circ} 38-39^{\circ} R$ и заканчивал его $45-46^{\circ} R$.

Субъективные ощущения были весьма незначительны: введение наконечника равносильно введению пальца для обычного исследования; наполнение грязью *ampullae recti* обычно регулировалось субъективным ощущением полноты в последней. Вскоре, через 20—25 минут после введения тампона, появляется позыв на низ и грязь удаляется. Через несколько часов наблюдается скоропроходящее ощущение незначительной тяжести в прямой кишке, не сопровождающееся какими бы то ни было болевыми расстройствами.

Такой методикой было пользовано 30 больных, причем по картине болезни они распределялись следующим образом: 1) хронических простатитов—16, 2) хронических простатитов и сперматоциститов—6, 3) хро-

¹⁾ Сообщено на конференции врачей курорта 24 августа 1928 года и на заседании секции венерологов и дерматологов О-ва врачей при Казанском ун-те.

нических циститов—2, 4) старчески гипертрофированных предст. жел.—1 и 5) функциональных расстройств полов. аппарата—5, а всего—30 больных. К пункту 5. Два больных страдали импотенцией, причем один из них занимался онанизмом в молодости в течение долгого времени, другой перенес 17 лет тому назад гоноррею с поражением предстательной железы; у этих больных при анализе мочи, секрета предстательной железы и при уретроскопии не было обнаружено каких-либо патологических изменений. Трое остальных больных страдали *ejaculatio praecox* и *semipotencia coeundi*, имея в анамнезе гоноррею, они в момент лечения также не дали при исследовании каких либо заметных следов от бывшей инфекции.

Замечу здесь, что всем больным, кроме двух, страдавших циститом, производился массаж предстательной железы и семенных пузырьков 2 раза в неделю с последующей инстилляцией по *G u o n' u* азотно-кислым серебром 1—2% крепости. В дни массажа больные получали серные ванны, таким образом на неделю приходилось 4 комбината и 2 серных ванны, а всего за курс лечения 10—16 комбинатов.

Нескольким больным в начале лечения были назначены серные клизмы t° 37—40° R в 150—200 к. см. с целью подготовить слизистую оболочку прямой кишки к грязевым процедурам, однако, в дальнейшем я от этих клизм из серной воды отказался, ибо заметил, что они были излишни, так как грязевые тампоны и без предварительной подготовки клизмами переносились хорошо.

Большинство больных с простатитами и сперматоциститами были старые гонорройки с 1910—15—20 и 24 г.г., некоторые из них лечились очень аккуратно в продолжение 3—5 лет и даже более, причем им применялись, кроме обычных методов, новейшие способы лечения, как-то: диатермия, д'Арсонваль, прогревание предстательной железы электро-термом и т. д., и где эти способы не давали положительных результатов.

В процессе грязелечения отмечалось обострение процесса, выражавшееся наличием припухлости, отечности, сочности предстательной железы, набуханием семенных пузырьков, в некоторых же случаях присоединялась незначительная болезненность в прямой кишке, пояснице, а также и в промежности; все эти явления я отмечаю в дальнейшем под именем „реактивных явлений“. Для уяснения и понимания тех изменений клинического характера в органах мочеполового аппарата, которые наступают под влиянием грязелечения, каждому больному регулярно чрез 8—10 дней производился анализ мочи и секрета предстательной железы 3-х стаканной пробой; этот анализ и служил до некоторой степени опознавательным пунктом в деле дальнейшей терапии и диагноза.

Результаты, полученные после этого способа лечения, оказались в общем неодинаковыми вследствие того, что простатиты и сперматоциститы, имея различную клиническую картину, различную давность своего существования, резко отличались друг от друга. Наглядности ради я позволю себе разделить случаи простатитов и сперматоциститов (22) на три группы: I группа—давностью до 2-х лет, II гр.—от 2 до 5 лет и III гр.—5 и более лет.

Что касается первой группы больных, где имелось наличие асимметрии железы, уплотнение *in toto* или только одной из долей, реактивные явления наступали чрез 5—7 тампонов и исчезали к 10—14 тампону, когда наблюдалось исчезновение плотности в железе, пальпация давала

картину ровной поверхности и симметрию ее. Только в одном случае реактивные явления держались до конца лечения (11 комбинатов) и больной должен был покинуть курорт, не закончив лечения. Клиническим изменениям в простате обычно соответствовали и изменения лейкоцитарной картины в секрете железы. В 2-х случаях было отмечено увеличение вдвое числа лейкоцитов в секрете в момент обострения; с его исчезновением параллельно шло и уменьшение лейкоцитоза. В одном случае наблюдалось снижение числа лейкоцитов в секрете в 10 раз по сравнению с числом их до лечения.

Вторую группу больных необходимо подразделить на 2 подгруппы: а) случаи с ясно выраженными изменениями в железе и пузырьках и б) случаи, где пальпация давала незначительные отклонения от нормы, но в наличии были либо болезненность в железе, либо значительный лейкоцитоз в секрете ее. В подгруппе „а“ обострение наступало через 5—6 комбинатов, держалось до 9-ти и, далее, к 12 комбинату процесс шел на убыль, давая улучшение. Параллельно с картиной клинических изменений в органах, наблюдалось вначале увеличение лейкоцитоза в секрете, а затем падение его до единичных гнойных клеток в поле зрения. Клинически к концу лечения можно отметить у данной подгруппы больных исчезновение асимметрии железы, восстановление эластичности в ней, ровную поверхность и уменьшение или исчезновение болей. В случаях подгруппы „б“ обострение наступало на 5—6 комбинате, держалось до 9—11-го и исчезало к 13—14-му. Здесь наблюдалась даже закономерность: увеличение лейкоцитоза в секрете временами достигало до 4—5 раз в момент обострения и в конечном результате приближение его либо к первоначальным цифрам, либо падение до единичных гнойных клеток в поле зрения.

Группа III. В случаях более застарелых реактивные явления наступали более поздно—в среднем к 7 комбинату и к 12—16 комбинату наблюдалось клиническое улучшение; только в 2-х случаях лейкоцитоз оставался на одних и тех же цифрах в течение всего курса лечения, во всех же остальных отмечалось его повышение в момент обострения и резкое падение до единичных гнойных клеток к концу лечения, т. е. к исчезновению клинических явлений болезни. Старчески гипертрофированная железа под влиянием 10 тампонов стала значительно мягче, меньше в размерах и менее болезненной при пальпации.

Все больные, как правило, во время лечения отмечали усиление libido через 5—6 тампонов, причем у импотентиков начали появляться эрекции. У 10 больных имелись довольно выраженные остатки бывшего когда-то гонорройного эпидидимита; под влиянием тазовых грязевых процедур эти остатки уменьшились в размерах; в одном случае подострого эпидидимита под влиянием тех же ванн быстро был получен благоприятный терапевтический эффект, выразившийся скорым исчезновением болей и уменьшением в размерах большого придатка.

Ввиду того, что я пользовался материалом случайного, курортного характера, я, разумеется, не мог выяснить конечные результаты лечения грязевыми комбинатами и мои наблюдения касаются только тех явлений, которые удалось увидеть в процессе лечения. В настоящее время я могу в заключение ограничиться только немногими замечаниями:

1. Грязь Серноводского курорта, применяемая в виде грязевых комбинатов (компресс + тампон, тазовая + тампон) показана для лечения хро-

нических простатитов и сперматоциститов, в особенности в тех случаях, где имеется плотная, увеличенная предстательная железа и семенные пузырьки и где другие методы лечения не имели успеха.

2. Те же комбинаты также показаны и при функциональных расстройствах половой деятельности мужчин: impotentia, semipotentia coeundi и ejaculatio praecox.

Кафедра экспериментальной гигиены Казанского ун-та. (Зав. проф. В. В. Милославский).

Материалы к характеристике основной профвредности ванщиков на курорте „Серноводск“ Самарской губернии.

Ассистент С. С. Шулкинов.

Основными профвредностями ванщиков (36—40 человек) на Серноводском курорте являются: содержание H_2S в воздухе кабин, относительная влажность, температура и скорость движения воздуха. Кроме всех этих моментов нами попутно в некоторых местах определено и количество CO_2 ; последнее, главным образом, как показатель работы естественной вентиляции, т. к. искусственной в ванниках курорта нет.

Работа ванщиков, сама по себе сходная во всех кабинках (официальный рабочий день—6 часов), все же несколько различается. Так, наиболее легкой она является в кабинках, где отпускаются углекислые и сероводородные ванны. Здесь по техническим условиям лучше возможна вентиляция сквозняками и есть небольшие перерывы в работе, когда ванщики могут выйти в коридор и не находиться в самих кабинках. Хуже дело в грязевых, где работают по преимуществу женщины; здесь кабинки хуже вентилируются, меньше свободного времени и работа связана с передвижением тяжестей (ванна с грязью). Самыми плохими условиями труда обладают компрессные. Работа дня здесь очень уплотнена, нет никаких перерывов; работа идет все время в атмосфере газа. Источником последнего является, главным образом, минеральная вода; по условиям оборудования курорта—обмывание больных после грязи производится минеральной же водой, почему в помещение грязевых больных вводится H_2S , который мог бы и не загрязнять воздуха.

Количество H_2S и CO_2 в воздухе разных ванников и разных кабин приводится в таблице № I. Из этой таблицы видно, что количество H_2S в большинстве случаев, как правило, не достигает нормы Лемана в 0,1 mgr. на 1 литр воздуха (определяется H_2S иодометрически). Исключение составляет тот момент, когда идет приготовление ванны. Лицо ванщика в это время может находиться низко склоненным в парах воды из ванны. Здесь получена цифра 0,0763 и даже 0,142 mgr. на 1 л. Вдыхание таких доз, не являясь длительным, может влиять только во время приготовления ванны, и притом ванны с высоко поставленными кранами, сильно разбрызгивающими воду.

Метеорологические факторы, определенные во всех ванниках, сведены в таблицу № II. Здесь во всех графах приводятся двойные цифры. Над чертой цифра относится к уровню роста, а под чертой около 30—35 смт. от пола.