Библиотека практического врача

В. Г. Дик

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Медгиз · 1958

elibrary.lib.sfu-kras.ru

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Проф. В. Г. ДИК

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

akusher-lib.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1958 — МОСКВА

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора 3
Введение 5

Глава I. Лечебная грязь (Краткие сведения) . . . 8

Глава II. Влияние лечебной грязи на функции генитального аппарата 15

Глава III. Грязевая реакция 22

Глава IV. Методы грязелечения. Техника применения . . 28
1. Грязевые аппликации. Митигированное грязелечение 28
2. Вагинальное и ректальное грязелечение 38
3. Грязевые аппликации на молочные железы. Грязевые вытяжки. Грязевые согревающие компрессы . . . 51
4. Комплексные методы лечения 55

Глава V. Грязелечение в клинике гинекологических заболеваний 62
1. Показания и противопоказания 62
2. Воспалительные заболевания 64
3. Профилактическое значение грязелечения 72
4. Расстройство менструального цикла. Бесплодие . . 78

Глава VI. Санаторно-курортный режим 88

Глава VII. Учет результатов грязелечения 94

Глава VIII. Отбор гинекологических больных для грязелечения 98

Глава IX. Внекурортное грязелечение гинекологических больных 105
Литература 116

ДИК ВЛАДИМИР ГАВРИЛОВИЧ
Грязелечение гинекологических больных
Редактор *И. И. Катунян*
Техн. редактор *Н. А. Бульдяев* Корректор *Е. И. Плисс*

Сдано в набор 18/II—1957. Подписано к печати 11/VII—1958.
Формат бумаги 84×108/32 2,13 бум. л.. 6,97 печ. л. 7,46 уч.-изд. л.
Тираж 7000 экз. Т07214 МБ-58

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Зак. 145. Типография Медгиза, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1
Цена 3 р. 75 к. Переплет 1 р. 25 к.

akusher-lib.ru

ОТ АВТОРА

Грязелечение занимает одно из первых мест среди консервативных методов лечения гинекологических больных.

Не удивительно поэтому, что на некоторых грязевых курортах количество гинекологических больных достигает 40% всех лечащихся на курортах.

Большая эффективность грязелечения гинекологических больных привлекает внимание как практических врачей, так и научных работников.

В отечественной литературе опубликовано свыше 620 работ, принадлежащих перу 324 авторов, о курортотерапии гинекологических больных; большинство из них (свыше 460) посвящено грязелечению.

Накопившийся опыт обобщен в вышедших в свет монографиях: Э. И. Черникова — «Ректальное грязелечение» (1935), А. А. Новицкий и А. М. Волосович — «Влагалищное грязелечение» (1936), С. А. Юрьевский — «Холодное грязелечение при острых и подострых воспалительных процессах женской половой сферы» (1939), Г. К. Живатов — «Грязелечение женских болезней» (1940), А. М. Мажбиц — «Бальнеотерапия в гинекологии и акушерстве» (1947, второе издание), С. К. Лесной — «Лечение гипоовариальных расстройств грязями и эндокринными препаратами» (1950).

Со времени выхода в свет указанных монографий советская медицина в области грязелечения гинекологических больных достигла значительных успехов.

Пришло время оглянуться на пройденный путь, суммировать, подытожить, обобщить накопленные наблюдения.

В этой монографии мы поставили себе задачу — объединить накопленные знания в области грязелечения гинекологических больных, поделиться собствен-

ным опытом научно-практической работы в области курортологии. В возможно сжатом виде мы попытались осветить главным образом такие вопросы, с которыми врачам-гинекологам приходится повседневно встречаться в их лечебной работе на курорте. Практическому работнику курорта преимущественно и посвящаю я свой труд.

Проф. В. Г. Дик

---

akusher-lib.ru

ВВЕДЕНИЕ

Курортное дело в дореволюционной России стояло на низком уровне. Развитию курортов в значительной мере препятствовали отсталость, бедность и низкий уровень культуры; курортов было мало; они были неблагоустроены, дороги и доступны лишь состоятельным слоям населения.

Лечение курортными факторами применялось крайне ограниченно — в основном их использовали частнопрактикующие врачи, заинтересованные в личной выгоде. Лечение больных проводилось по раз навсегда установленному шаблону и базировалось преимущественно на эмпирии; санатории находились в руках частных предпринимателей, которые преследовали исключительно коммерческие цели. Совершенно изменилось положение после Великой Октябрьской социалистической революции: в марте 1919 г. В. И. Ленин подписал декрет о национализации курортов — этим было положено начало расцвета курортного дела в СССР.

Развитие советских курортов основывалось на плановом изучении курортных богатств нашей родины, на разработке лечебных методик, на строительстве новых здравниц.

О том, в каком состоянии находилось курортное дело в старой России и как оно развивается при советской власти, говорят следующие цифры: вместо 36 курортов в царской России в СССР в 1955 г. функционировало около 400 курортов с 2200 санаториями, в которых было более 280 000 мест; в 1955 г. на курортах отдыхало и лечилось около 5 млн. трудящихся.

На советских курортах много внимания уделяют специализированному лечению больных, в том числе и гинекологических. Лечение таких больных на старых курортах сводилось почти исключительно к грязелече-

нию; оно ограничивалось применением полных и разводных грязевых ванн, грязевых медальонов солнечного нагрева, грязевых аппликаций парового нагрева.

Благодаря усилиям советских гинекологов-бальнеотерапевтов широко стали применяться сероводородные, углекислые, радоновые воды, нафталанотерапия; особенно широкое развитие получило грязелечение (иловая, сапропелевая, торфяная грязь). Усовершенствованы старые и вошли в строй новые методы грязелечения: вагинальный, ректальный, грязевые аппликации на молочные железы, грязевые вытяжки; усовершенствованы комплексные методы грязелечения с использованием современных методов физиотерапии, медикаментозной терапии и лечебной физической культуры. Постепенно внедряется в практику грязелечение гинекологических больных с подострыми воспалительными процессами; разработана методика митигированного[1] грязелечения. Научно обоснованы показания и противопоказания для грязелечения гинекологических больных. Разработаны основы отбора для грязелечения на курортах, организованы специализированные санатории и отделения, процедурные гинекологические кабинеты; с каждым годом увеличивается строительство грязелечебниц в пригородных санаториях, в городах и колхозах.

Ученые и практические врачи всесторонне изучали физические свойства грязи — теплоемкость, теплопроводность, конвекцию, механическое и электрическое воздействие грязи на организм, ее радиоактивные свойства, химический состав, вопросы всасывания через кожу составных частей грязи. Многочисленные наблюдения позволили выдвинуть ряд теорий действия грязи на организм: химическую, механическую, электрическую, иммунобиологическую, протеиновую, аллергическую, эндокринно-вегетативную и др.

В дореволюционной медицинской литературе по вопросам лечения на курортах гинекологических больных напечатано всего около 40 работ.

Научно-исследовательская деятельность советских гинекологов-курортотерапевтов особенно широко развернулась с 1923 г. В ряде республик и областей были организованы институты курортологии, а в некоторых

---

[1] Объяснение этого термина см. на стр...

из них начали функционировать гинекологические отделения, — тем самым было положено начало организованному плановому изучению курортных факторов и использованию их при гинекологических заболеваниях.

В настоящее время по вопросам курортотерапии гинекологических больных опубликовано свыше 620 научных работ (из них о грязелечении свыше 460), 7 монографий (из них посвящено грязелечению 6) и 16 диссертаций (из них 10 освещают различные вопросы грязелечения гинекологических больных). Исключительное значение в развитии курортной науки сыграл журнал «Курортное дело», начавший выходить в 1923 г. За 18 лет существования журнала — с 1923 по 1941 г. — в нем напечатано 69 работ по гинекологии, из которых 48 посвящено вопросам грязелечения.

В процессе дальнейшего развития курортологии появился ряд экспериментальных работ, темой которых было влияние бальнеофакторов на генитальный аппарат, разрабатывались различные клинические темы.

Много сделано для научного обоснования методик бальнеолечения гинекологических больных. В отечественной литературе по этому разделу опубликовано 150 работ, большинство которых (122) освещает вопросы грязелечения. В настоящее время широко используются аппараты для вагинального грязелечения и орошений.

За последние годы значительно расширились наши знания о биологических свойствах лечебной грязи. В ней обнаружены и изучены вещества типа антибиотиков, бактериофагов, эстрогенных веществ, биогенных стимуляторов, установлена бактерицидность некоторых видов грязи.

akusher.ru

Глава I

ЛЕЧЕБНАЯ ГРЯЗЬ

(Краткие сведения)

Существует много разновидностей лечебной грязи. Все они объединены в группу пелоидов (т. е. грязеподобных веществ). В практическом отношении наибольшую ценность имеют грязи иловая (соленых водоемов), торфяная и сапропелевая.

Иловая грязь отлагается преимущественно на дне морских лиманов (т. е. защищенных от волнения моря заливов) или на дне некоторых соленых озер.

В образовании иловой грязи участвуют глинистые частицы, солевой компонент рапы, организмы животного и растительного происхождения, живущие в водоеме (водоросли, рачки, личинки, инфузории, бактерии и т. д.).

Грязеобразование происходит чрезвычайно медленно. Так, по подсчетам гидрогеологов и микробиологов грязевой пласт Сакского озера толщиной в 8,5 м образовался в течение 6700 лет (Б. В. Перфильев) [1].

Иловая грязь соленых водоемов представляет собой черную, пластичную однородную массу, пахнущую сероводородом. Реакция этой грязи щелочная. В ней различают три главных составных части: кристаллический скелет, коллоидную фракцию, грязевой раствор.

Кристаллический скелет (10—52% всей грязевой массы) состоит из мельчайших нерастворимых частиц различных пород, отлагающихся в водоеме, преимущественно из силикатов (кристаллы солей, частицы песка, глины, ракушки).

---

[1] Б. В. Перфильев. Биология лечебных грязей. Основы курортологии, 1932, т. 1, стр. 216.

Коллоидная фракция по объему составляет сего от 2 до 8% всей грязевой массы, однако она является наиболее существенной частью грязи, придающей ей пластичность. Главнейший коллоид грязи — сернистое железо, обусловливающее черный цвет грязи.

Грязевой раствор — это жидкость, пропитывающая коллоидную фракцию. Концентрация солей в грязевом растворе не идентична рапе озера. Грязевой раствор распределяется в грязи равномерно; его концентрация — в противоположность концентрации рапы — не подвержена сезонным колебаниям; химический состав тоже постоянен (Г. П. Сабо[1]). Содержание воды в иловой грязи колеблется от 40 до 60%.

Рапа — минерализованная жидкая среда водоема, в состав которой входят ионы хлора, натрия, кальция и магния.

Главные физические свойства иловой грязи: незначительная теплоемкость и теплопроводность и, особенно низкая конвекция тепла (т. е. переход тепла от одной частицы грязи к другой). Благодаря этому возможно применять грязевые процедуры гораздо более высокой температуры по сравнению с процедурами водными.

По сравнению с торфяной и сапропелевой грязями иловая грязь соленых водоемов характеризуется меньшей влажностью. Основное отличие иловой грязи — преобладание кристаллического скелета и неорганических веществ. Благодаря этому иловую грязь называли минеральной грязью; органический компанент ее почти игнорировался. Однако новейшие исследования показали, что органическая составная часть грязи содержит ряд биологических активных веществ: эстрогенные вещества (Г. К. Живатов, С. К. Лесной), бактериофаги (А. Я. Лейбензон), биогенные стимуляторы (В. П. Филатов). Установлены также бактерицидные свойства грязи благодаря наличию в ней пенициллиноподобных веществ (О. Ю. Волкова[2], А. Л. Шинкаренко — Пятигорск).

---

[1] Г. П. Сабо. Сероводородо-углекисло-грязевые ванны как новый бальнеологический фактор. Советская медицина, 1950, № 9.

[2] О. Ю. Волкова и А. В. Балабанова. О бактерицидных свойствах тамбуканской грязи. Микробиология, 1944, т. 13, вып. 6.

В настоящее время иловая грязь находит широкое применение свыше чем на 100 курортах, среди которых отметим Одесские лиманы, Саки, Евпаторию, Осипенко и Славянск (Украина), курорты группы кавказских минеральных вод, Сергиевские минеральные воды (Куйбышевская область), Тинаки (Астраханская область), Садгород (Приморский край) и ряд других.

Лечебный торф отлагается в болотистых местностях со стоячей водой и с растительностью, развивающейся в условиях заболачивания. Главными торфообразователями являются различные мхи и травянистые растения. Отмирающая растительность погружается на дно и при прекращении притока воздуха постепенно подвергается гумификации (разложению).

Лечебный торф — бурая масса густой консистенции иногда с примесью растительных остатков. Влажность торфяной грязи значительно превышает влажность иловой и достигает 75—85%. Торф обладает ясно выраженной бактерицидностью (В. А. Александров), а также сильным вяжущим свойством, так как содержит значительное количество дубильных веществ.

Основой торфа — в отличие от иловой грязи — являются органические вещества; неорганический компонент содержится в торфяной грязи в незначительных количествах.

Важным критерием пригодности торфа для лечебных целей является степень разложения и засоренности. Торфы, содержащие свыше 25% засоренности (песка), не пригодны для лечебных целей (Н. В. Кудряшова[1], 1937).

На западноевропейских курортах торф для лечебных целей приготавливают путем длительного высушивания, размалывания в порошок и замешивания с минеральной водой. Советские бальнеологи установили, что торф в своем естественном виде (торф-сырец) может применяться непосредственно без предварительной обработки.

Советский Союз чрезвычайно богат торфами; достаточно указать, что в одной только Московской области насчитывается свыше180 торфяных месторождений;

[1] Н. В. Кудряшова. Опыт сравнительной физико-химической характеристики торфяных, сапропелевых и иловых отложений (грязей). Биомедгиз, 1937.

ко торфяная грязь сравнительно мало используется для лечебных целей. Широко применяется лечение торфяной грязью на курортах Краинка (Тульская область), Кашин (Калининская область), Варзи-Ятчи (Удмуртская АССР) на курортах Прибалтики — Зеленоградск и Светлогорск (Калининградская область), Друскининкай и Бирштонас (Литовская ССР) Кемери и Балдоне (Латвийская ССР) и на других курортах.

Сапропель — гниющий ил — образуется в стоячих водоемах с пресной водой.

В образовании сапропеля принимают участие организмы растительного и животного происхождения, находящиеся в водоеме. При отмирании эти организмы опускаются на дно и здесь, под слоем воды, подвергаются гниению.

Сапропель представляет собой массу студенистой консистенции. В зависимости от почвы, характера растительного и животного мира водоема цвет сапропеля бывает серый, бурый, оливковый, коричневый.

Содержание воды в сапропеле очень велико и может достигать, по Н. В. Кудряшовой, 90—96%. Очень жидкий сапропель мало пригоден для лечебных целей. В целях уплотнения его приходится хранить в баках с продырявленным дном, через которое вытекает излишняя вода. Засоренность сапропеля ничтожна.

Основная масса сапропеля состоит из органического вещества, что сближает его с торфяной грязью и существенно отличает от иловой грязи соленых озер, состоящей преимущественно из минеральных солей. Следует отметить, что сапропель содержит значительное количество витаминов.

В сапропеле нет патогенных микробов, но много микробов-антагонистов, а также микробов, выделяющих антибиотики (В. В. Никольский [1]).

Сапропель стали применять с лечебной целью сравнительно недавно, несмотря на то, что запасы сапропелевой грязи в Советском Союзе исключительно велики. Особенно много их на Урале. Здесь на базе многочисленных сапропелевых озер функционируют курорты

---

[1] В. В. Никольский, Е. А. Никольская, Н. П. Плотников и Г. Б. Пигулевский. Микробиологическая характеристика сапропеля озера Молтаево. В кн.: «Сапропель озера Молтаево». Свердловск, 1951, стр. 143—158.

«Молтаево» и «Увильды» и много колхозных сапропелевых грязелечебниц.

Изучение физико-химического состава иловой грязи позволило советским бальнеологам изготовить грязь искусственным путем; если смешать с водой — в определенных пропорциях — глину, хлористый натрий, железный купорос, сернистый натрий и хлористый аммоний, то спустя 3 часа получится черная маслянистая масса, пахнущая сероводородом и мало отличающаяся по своим физико-химическим свойствам от натуральной грязи (Е. С. Бурксер, 1937). Однако практического применения искусственная грязь не получила вследствие необходимости применять большие количества химических веществ. Кроме того, практическая значимость такой грязи снижается еще и потому, что в ней отсутствуют биологически активные вещества (антибиотики, бактериофаги, эстрогенные вещества и др.).

Кроме основных видов лечебной грязи — иловой, торфяной и сапропелевой, встречается изредка грязь вулканического происхождения (сопочная). Эта грязь выбрасывается иногда в жидком виде из недр земли вместе с нефтяными газами из сопок (конусовидные возвышения различной высоты с кратерообразной вершиной) и представляет собой глиноподобное коллоидальное вещество серого цвета, иногда с запахом сероводорода (С. Ф. Федоров[1]).

Наибольшее значение имеет грязь Булганакских сопок на Керченском полуострове и в особенности грязь Ахтальских сопок (Алазанская долина в Кахетии). На базе ахтальской сопочной грязи функционирует курорт Ахтала.

Эксплуатация грязевых месторождений, в особенности грязей соленых озер, проводится по плану на базе специально организованного грязевого хозяйства.

Грязь извлекают со дна озер равномерно по участкам, что облегчает грязеобразование. Грязь после использования для лечебных целей не выбрасывают, а возвращают обратно в озеро, в специально отведенное для этого место. В естественных условиях она в течение короткого времени снова приобретает свойства

[1] С. Ф. Федоров. Грязевые вулканы. БСЭ, т. 13, стр. 152.

свежей, нативной грязи, т. е. подвергается регенерации. Благодаря правильной эксплуатации грязевых озер создается правильный грязеоборот, обеспечиваются благоприятные условия для сбережения грязевых запасов и для правильной их эксплуатации.

В целях обеспечения правильного режима озер на некоторых грязевых курортах (Саки и др.) организованы специальные наблюдательные станции. Химики, гидрогеологи, микробиологи ведут систематическое наблюдение за уровнем воды в озере, следят за изменениями химического состава рапы и грязи, за биологическими процессами. В целях борьбы с высыханием некоторых грязевых озер приходится устраивать обводнительные каналы, по которым в них притекает вода из моря (Сакское озеро) или из близлежащего пресного водоема (Тамбуканское озеро) и др.

Там, где грязелечебницы расположены вдали от грязевого озера, отработанную грязь хранят в специальных грязевых хранилищах — грязеотстойниках или в бетонных резервуарах — и заливают слоем искусственно приготовленного раствора солей (преимущественно хлориды и сульфаты), имитирующего озерную рапу. Под этим слоем в течение нескольких месяцев грязь регенерирует, т. е. приобретает свойства свежей грязи и может быть пущена снова в эксплуатацию. Специальные лаборатории ведут наблюдение за физико-химическим составом и микробиологическими процессами регенерированной грязи. Для ускорения процесса регенерации к отработанной грязи добавляют небольшое количество свежей.

Грязь нагревают различными способами.

Солнечный нагрев грязи широкого распространения не получил, так как им можно пользоваться лишь на южных курортах с жарким, сухим климатом. При этом методе грязь раскладывают на деревянных настилах в виде медальонов, где она и подвергается непосредственному нагреву солнечными лучами.

Паровой нагрев грязи может быть осуществлен с помощью «острого пара» — струю горячего пара пропускают непосредственно через толщу грязевой массы; она быстро нагревается, но разжижается и заметно изменяет свои физико-химические свойства. Этот метод применяют редко.

Наиболее широко применяют метод парового нагрева грязи в водяной бане: в ящики, наполненные водой, подогреваемой при помощи змеевиков, в которых циркулирует пар, ставят ведра с грязью. При этом способе грязь не «травмируется», прогревание происходит равномерно.

Более совершенным способом является нагрев грязи в так называемой «гряземешалке» — полом цилиндре, внутри которого проходит змеевик с циркулирующим паром. Грязь, заполняющая цилиндр, прогревается змеевиком и в то же время размешивается и передвигается при помощи лопастей, вмонтированных в цилиндре. Благодаря этому она выходит из гряземешалки равномерно прогретая и равномерно размешанная в виде однородной, гомогенной массы.

Для прогревания небольших масс грязи применим электронагрев. При этом способе в противоположные концы деревянных ящиков помещают широкие пластинчатые электроды; ток проходит через толщу грязи и равномерно ее нагревает.

Температура грязи после нагрева не должна быть выше 55—60°, так как при перегреве значительно изменяются ее физико-химические свойства, особенно коллоидальность, что значительно снижает лечебную ценность грязи.

akusher.ru

Глава II

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ НА ФУНКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО АППАРАТА

Воздействие лечебной грязи на организм очень сложно и многообразно. Совместными усилиями физиков, химиков, физиологов и бальнеотерапевтов изучены различные проявления этого воздействия.

Если систематизировать многочисленные наблюдения над влиянием грязевого раздражителя на организм, то можно сделать следующие выводы.

Грязь не только воздействует на местный процесс, но оказывает влияние и на весь организм, на все органы и системы. Термическое воздействие вызывает ряд изменений в кровообращении, дыхании, обмене веществ; механическое давление грязевой массы на тело оказывает своеобразное массирующее действие; своими химическими компонентами грязь вызывает раздражение экстеро- и интерорецепторов. Установлено также влияние электрических проявлений, возникающих между телом и грязью (Л. И. Вейнгеров[1]), влияние биологически активных веществ, содержащихся в грязях: фолликулиноподобных веществ (С. К. Лесной), митогенетических излучений, антибиотиков (О. Ю. Волкова), биогенных стимуляторов (В. П. Филатов[2], В. А. Александров[3]) и т. д.

---

[1] Л. И. Вейнгеров. Физико-химические свойства грязевой массы и механизм действия на организм. Труды I Всероссийского съезда физиотерапевтов, 1925.

[2] В. П. Филатов, В. А. Бнбер, В. В. Скородинская, И. М. Фармак. Лиманная грязь как источник биогенных стимуляторов. Ученые записки Украинского экспериментального института глазных болезней имени академика Филатова, т. 1, 1949.

[3] В. А. Александров. Научные основы курортного лечения в СССР. Стенограмма публичной лекции, 1951, стр. 11.

Экспериментальные исследования И. М. Жданов (Центральный институт курортологии, 1948) показали что местные грязевые аппликации вызывают у здорового кролика ряд морфологических изменений в центральной нервной системе: пролиферацию мозговых гистиоцитов (клеток Гортега) и астроцитов; изменени основного аргирофильного вещества в стенках сосудов повышение проницаемости сосудистой стенки.

При местном вагинальном применении грязи отмечаются изменения в красной и белой крови; меняетс пульс, кровяное давление, температура тела.

Таким образом, местная грязевая процедура вызывает ответные реакции всего организма. Эти реакции по А. Р. Киричинскому[1], представляют собой акт приспособления организма к новым условиям внешнеі среды. Они формируются под регулирующим влиянием коры головного мозга.

Среди воздействий лечебной грязи на организм выдающееся место занимает тепловое действие высоко оцениваемое бальнеотерапевтами, как терапевтический агент. Как известно, терморегуляция, осуществляемая центральной нервной системой, поддерживает при помощи приспособительных механизмов (регуляция просвета сосудов, потоотделения, дыхания) тепловой баланс организма на определенном уровне Однако под воздействием чрезмерно нагретой грязи могут нарушиться тепловые регуляторные возможности организма, в результате чего вместо положительного терапевтического действия грязь может оказать отрицательное действие.

В течение продолжительного времени бальнеотерапевты придавали исключительное значение влиянию на организм грязи высокой температуры, однако наблюдения последних десятилетий поколебали мнение о терапевтическом значении гипертермического метода грязелечения. Клиническими и экспериментальными наблюдениями установлена терапевтическая ценность изотермического (т. е. температуры тела), гипотермического (т. е. не нагретой грязью) и даже атермическог (ледяной грязью) грязелечения.

---

[1] А. Р. Киричинский и В. Я. Осипов. Роль и значени курортных факторов. Врачебное дело, 1952, 9, 773—776.

Таким образом, при оценке роли теплового фактора в механизме действия лечебной грязи необходимо учитывать влияние грязи разных температур.

Хорошо изученные физические свойства грязи в значительной мере позволяют объяснить ее тепловое действие (незначительная теплоемкость, большое внутреннее трение грязевых коллоидов и отсюда медленное перемещение частиц грязи — замедленная конвекция). Грязь медленно нагревается и медленно остывает; вся масса грязи равномерно прогревается и равномерно отдает тепло организму; благодаря этому нагретую грязь легче переносят, чем воду той же температуры. Эти особенности позволяют широко использовать грязь в лечебной практике.

Активирующее действие грязи. Под влиянием грязевой процедуры повышается температура тела, усиливается потоотделение, активируется обмен веществ, дыхание учащается, усиливается кровообращение — учащается пульс, улучшается периферическое кровообращение, увеличивается минутный объем крови.

Грязевые процедуры особенно активируют функции генитального аппарата. По наблюдениям большинства авторов, они регулируют и активируют менструальную функцию — очень четко это сказывается на сокращении интервалов. Видимо, грязь действует активирующим образом на обе фазы менструального цикла. У ряда больных, которым грязелечение назначалось в пролиферативную фазу, ближайшая менструация приходила раньше обычного (активация функции фолликулярного аппарата); если же грязевые процедуры начинали в секреторную фазу, то ближайшая менструация приходила позже обычного (активация функции желтого тела).

Секреторная функция в начале грязелечения обычно усиливается за счет усиленной функции цервикальных и маточных желез, стенки которых, как известно, оплетены густой сетью капилляров. Степень чистоты вагинального содержимого под влиянием грязелечения улучшается, а кислотность повышается.

Весьма вероятно, что под влиянием грязелечения улучшается также и овуляция. В пользу такого пред-

положения говорит то обстоятельство, что многие бесплодные женщины без наличия ясных объективных причин бесплодия (как со стороны жены, так и со стороны мужа) после грязелечения нередко беременеют. Таким образом, можно предположить, что грязь стимулирует созревание фолликула и продукцию полноценного яйца.

Грязелечение действует усиливающим образом на сексуальную функцию. Во многих случаях после грязелечения отмечается длительное стойкое усиление полового чувства. Основой сексуальной функции является безусловный рефлекс. На базе этого безусловного полового рефлекса возникает бесчисленное количество условных рефлексов.

Психо-сексуальные эмоциональные рефлексы благодаря грязелечению и тонизирующему влиянию внешней среды, особенно в условиях курорта, и активированию внутрисекреторной функции яичника значительно повышаются.

Таким образом, наиболее яркое воздействие грязи на генитальные функции заключается в овариотропном стимулирующем влиянии грязи на инкреторную функцию яичников: грязь усиливает менструацию, улучшает овуляторную и усиливает либидонозную функции.

Стимулирующее действие грязи объективно подтверждается увеличением недоразвитой матки и усилением тонуса матки гипотрофической.

Гисто-морфологические исследования соскобов эндометрия до и после грязелечения показали, что в железистом аппарате эндометрия появляются признаки повышенной активности, железистые клетки содержат много секрета, энергично делятся (С. К. Лесной).

Грязь активирует также и функцию молочной железы, которая в функциональном и генетическом отношении является неотъемлемой частью полового аппарата. Под влиянием нагретой грязи, наложенной на молочные железы, они увеличиваются часто в объеме; железистые дольки нагрубают; нередко выделяется молозиво.

Грязь активирует функции органов малого таза. Как правило, после грязевых процедур повышается кожная и полостная температура, улучшается кровооб-

ращение в органах малого таза. При пальпации после однократной грязевой процедуры можно констатировать усиленную пульсацию не только маточной, но и вагинальной артерий. При исследовании зеркалом заметна яркая окраска слизистой вагины; с помощью кольпоскопа можно увидеть яркий фон и увеличенное количество средних и мелких сосудов.

Таким образом, возникает артериальная гиперемия.

Грязь обладает способностью усиливать и провоцировать латентную, «дремлющую», инфекцию. Доказательством этого служит, например, выявление аднексита на «здоровой» стороне, выявление гонококка, упорно не отзывавшегося на всевозможные приемы провокации.

Грязевые процедуры при правильном их применении усиливают иммунобиологические процессы, смягчают и даже ликвидируют воспалительные процессы. Этому в значительной мере способствует наличие в лечебной грязи ряда биологически активных веществ (бактериофаги, антибиотики, биогенные стимуляторы).

Грязь резко усиливает рост новообразований: кисты заметно увеличиваются уже во время курса грязелечения, заметно увеличивается рост миомы.

В случаях нераспознанной раковой эрозии при грязелечении отмечался настолько быстрый рост раковой опухоли, что иногда еще на курорте приходилось ставить вопрос об операбильности больной.

Все сказанное позволяет сделать заключение, что грязевые процедуры являются весьма мощным и разносторонним активатором, с которым по степени стимулирования вряд ли можно сравнить какой-либо другой бальнеофактор, физиотерапевтический метод или медикаментозное средство.

Следует заметить, что все изложенные свойства грязи, изученные многочисленными бальнеологами в течение многих лет, дают объяснение лишь отдельным сторонам грязевого раздражителя.

Экспериментальные исследования физиологов подтвердили, что курортные факторы имеют рефлекторную природу действия. Опровергнуты прежние представления о ведущем значении гуморальных механизмов регуляции, отчетливо выяснилось ведущее значение нерв-

ной системы и ее высшего отдела — коры головного мозга; гуморальная регуляция является лишь звеном сложнорефлекторной реакции (В. Г. Прокопенко).

Накопились наблюдения, позволяющие сделать вывод о том, что все курортные факторы влияют на организм, изменяя уровень процессов, определяющих его жизнедеятельность и трофику, причем действие курортных факторов приобретает особое значение не только в период покоя, но и в рабочем состоянии организма.

В. Г. Прокопенко (1951) предложил оценивать курортные факторы как раздражители адекватные[1]. Адекватное действие курортных факторов он рассматривает как изменение уровня обменных процессов в направлении обеспечения большими полушариями наивыгоднейшего осуществления деятельности организма в связи с условиями окружающей среды.

Указанные закономерности позволяют установить в механизме действия курортных факторов три взаимозависимые фазы: сложнорефлекторную, нервно-химическую и фазу последействия.

Первая фаза, сложнорефлекторная, начинается при соприкосновении грязи с рецепторами кожи и слизистых оболочек (вагины и прямой кишки). Эта фаза включает рефлекторные воздействия и гуморальные сдвиги, возникающие под влиянием действия грязевого раздражителя.

Вторая фаза — нервно-химическая — возникает на фоне сложнорефлекторной фазы, когда некоторые химические вещества грязи (преимущественно газы — сероводород, аммиак, углекислота) проникают сквозь кожу и слизистые оболочки и циркулируют в крови. Эти вещества в соединении с составными частями крови образуют сложные биологически активные вещества, которые под регулирующим воздействием центральной нервной системы осуществляют сложные физиологические процессы.

Третья фаза — фаза последействия — является непосредственным продолжением второй фазы и возникает сразу после окончания процедуры. Нервно-хими-

---

[1] В. Г. Прокопенко. Общие итоги и основные задачи изучения механизма действия курортных факторов на организм. Вопросы курортологии и физиотерапии, 1955, № 1, стр. 40—49.

ческие сдвиги, возникшие под влиянием воздействия грязевого раздражителя, не исчезают сразу по окончании грязевой процедуры, а продолжают действовать еще некоторое, иногда продолжительное время по окончании грязелечения; это воздействие сказывается на функциях различных органов и систем организма.

Таковы основные современные представления о механизме действия лечебной грязи на организм.

akusher-lib.ru

Глава III

ГРЯЗЕВАЯ РЕАКЦИЯ

Одним из проявлений воздействия грязевого раздражителя на организм является так называемая **грязевая реакция**. Проявляется она обычно после 4—6-й грязевой процедуры в виде усиления болей в области воспалительного очага, в его набухании, в усилении пульсации и пальпаторной чувствительности — «очаговая реакция». В случаях выраженной реакции к этим местным проявлениям присоединяется общее недомогание, ослабление аппетита и сна, разбитость, иногда субфебрильная температура — «общая реакция».

Эта «отрицательная фаза» грязевой реакции продолжается обычно 1—2—3 дня, после чего сменяется «положительной фазой»: прекращаются боли, улучшается самочувствие, стихают очаговые явления. Эта классическая картина грязевой реакции имеет ряд вариантов как в сроках наступления (ранняя, поздняя, повторная реакция), так и в степени выраженности (от видимого отсутствия и до значительного обострения).

Грязевая реакция, несмотря на весьма частые ее проявления, изучена еще далеко не достаточно; нет даже единого, установленного ее названия. Так, некоторые говорят о «бальнеологической реакции», другие предпочитают термин «очаговая реакция», «купальная реакция», «бадереакция», «реакция обострения», «фаза обострения» и т. д.

Наиболее правильным мы считаем термин «бальнеореакция» (учитывая, что реакция возникает — в той или иной степени — под влиянием всех бальнеофакторов), оставив в силе в качестве характеристики одного из видов бальнеореакции термин «грязевая реакция», так как при грязелечении ответная реакция на грязевой раздражитель проявляется с особой интенсивностью.

Прежние авторы подходили к объяснению сущности грязевой реакции с точки зрения местного воздействия грязи. Так, С. С. Налбандов рассматривал очаговую реакцию со стороны патогистологической, биохимической и клинической. Другие авторы поддерживали теорию Вейхарда об омницеллюлярном активировании протоплазмы под влиянием грязелечения.

Современные авторы (А. Р. Киричинский и В. Я. Осипов, 1952) рассматривают бальнеореакцию (которую они неудачно, на наш взгляд, называют «фазой обострения») как приспособление организма к новому сильному систематически повторяющемуся раздражению. Процесс приспособления обусловливает временное нарушение установившегося равновесия внутренней среды организма, что находит свое отражение в общих реактивных симптомах.

По мнению А. Р. Киричинского и В. Я. Осипова, в основе очаговой реакции лежит нейрогенный механизм. В патологически измененном органе повторяющееся раздражение должно вызвать реакцию, выходящую за пределы физиологических границ и сопровождающуюся обострением патологического процесса, а также усилением и укорочением в очаге репаративных процессов.

Примерно также рассматривает бальнеологическую реакцию и З. Е. Быховский (1954): он расценивает ее как процесс приспособления, который обусловливает временное нарушение установившегося равновесия внутренней среды организма, что находит свое выражение в общих реактивных симптомах.

По С. К. Лесному (1953), очаговая реакция представляет собой сложный процесс, возникающий под влиянием различных агентов, действующих на весь организм, и через него приводящий очаг в состояние повышенной жизнедеятельности, процесс, способствующий рассасыванию продуктов воспаления, устранению дистрофических и развитию регенераторных явлений.

Высказывания прежних и современных бальнеологов и собственные наблюдения позволяют нам следующим образом осветить механизм грязевой реакции.

Во-первых, вопреки указаниям ряда авторов (А. Э. Гильчер, М. Р. Каган, В. Г. Бутомо, А. В. Слайчевский и др.), отмечающих наличие грязевой реакции

только у части больных, необходимо подчеркнуть, что реакция от грязевого, равно как и всякого другого раздражителя, возникает у всех без исключения больных. Однако у ряда больных реакция выражена настолько слабо, что не улавливается ни больными в виде субъективных ощущений, ни гинекологом в виде очаговых изменений при пальпаторном обследовании. Наличие реакции в таких случаях может быть обнаружено соответствующими лабораторными исследованиями или при изучении соскоба слизистой полости матки.

С. К. Лесной (Саки, 1954) при помощи сравнительного гистологического исследования соскобов слизистой полости матки установил ряд изменений в эндометрии, возникающих в период грязевой реакции: расширение кровеносных и лимфатических сосудов, уменьшение круглоклеточной инфильтрации, признаки регенерации, т. е. такие объективные данные, которые позволяют отличить очаговую реакцию от обострения и свидетельствуют о положительной ее роли в оздоровлении воспалительного очага, а вместе с тем и всего организма женщины.

Эти изменения наблюдались не только у больных с клиническими проявлениями грязевой реакции, но также и у тех больных, у которых клинически не удавалось отметить признаков очаговой реакции.

Отсюда следует, что грязевая реакция возникает у всех больных, но проявляется она в различной степени.

Наши клинические наблюдения (Э. Е. Кориневская) показали, что в период грязевой реакции наблюдается увеличение разницы между аксиллярной и вагинальной температурой за счет повышения температуры влагалища. Показателем грязевой реакции является также увеличение количества лейкоцитов в крови шейки матки по сравнению с их количеством в периферической крови. В ряде случаев эти явления были предвестниками наступающей реакции.

Во-вторых, отличительной особенностью грязелечения является, как известно, кумуляция, т. е. наслоение воздействия каждой грязевой процедуры на предыдущую; при определенной суммации этих наслоений и наступают явления грязевой реакции. В отношении кумуляции грязь превосходит все другие физиотерапевтические факторы.

В качестве физиологического процесса грязевая кумуляция находит объяснение в том, что любой раздражитель оставляет в центральной нервной системе следовую реакцию (последействие). «Процесс возбуждения, вызванный в нервной клетке, — учит И. П. Павлов, — остается в ней очень долго — минуты, часы, а то и годы».

Раздражение, исходящее от грязевой процедуры, не исчезает после нее. Каждая последующая процедура воздействует на состояние организма, уже функционально измененное предшествующей процедурой. Раздражения могут суммироваться и после нескольких процедур проявляться в виде общей ответной реакции. В больном, патологически измененном органе эта реакция более выражена. Таким образом, грязевую реакцию можно рассматривать как результат суммирования, кумуляции отдельных реакций на грязевой раздражитель.

Раздражения от бальнеофакторов, накапливаясь, спустя несколько процедур достигают такого напряжения, которое начинает приводить в действие приспособительные механизмы центральной нервной системы. Это и следует рассматривать как начало грязевой реакции; при дальнейшем накапливании раздражений полезная грязевая реакция может превратиться во вредное обострение.

Интенсивность грязевой реакции зависит от ряда причин: обширность и давность воспалительного процесса, количество грязевых процедур и др. Отмечено, что при преобладании спаечного или рубцового процесса большой давности при митигированном грязелечении реакция проявляется, как правило, слабо, нередко клинически она не проявляется совсем.

Длительность и сила грязевой реакции в значительной мере зависят от функционального состояния центральной нервной системы, состояния эндокринного аппарата.

Наблюдения показывают, что у лиц, обладающих спокойным, уравновешенным характером, реакция чаще всего была кратковременной или даже клинически не отмечалась. При появлении реакции больные легко переносили повышение температуры, изменения как в воспалительном очаге, так и во всем организме.

У возбудимых и мнительных женщин с выраженными невротическими наслоениями, а также у больных с явлениями гипертиреоза реакция наблюдалась чаще и имела более затяжной характер.

Грязевая реакция, возникающая во время менструального периода, протекает часто более выраженно. Во избежание обострения врач должен при назначении грязевых процедур учитывать и не допускать совпадения грязевой реакции с менструальным периодом.

Учитывая при лечении больных фазы менструального цикла, мы отмечали, что грязевая реакция, возникавшая в пролиферативной фазе, протекала более мягко, чем реакция, возникавшая в секреторной фазе менструального цикла.

На курорте в процессе грязелечения нередко наблюдается вторая реакция, которая наступает иногда в конце курса лечения и протекает более бурно, — эта реакция описывается в литературе как «повторная», или «поздняя», реакция.

Мы также наблюдали такие «поздние» реакции. Они появлялись чаще всего после 12—14-й процедуры, преимущественно у больных с подострыми процессами гонорейной этиологии. У некоторых больных появлялась субфебрильная температура, нередко выраженный перитонизм. Такие больные переводились на постельный режим. Мы расцениваем такую «реакцию» как настоящее обострение, вызванное «передозировкой».

Клиническими наблюдениями установлено, что для больных с подострыми процессами оптимальным количеством грязевых процедур является 8—10. При таком количестве грязевых процедур «повторные» и «поздние» реакции у наблюдаемых нами больных не возникали.

Прогностическая оценка грязевой реакции весьма различна: А. В. Слайчевский, Н. С. Желоховцев, В. В. Бутомо и др. считают, необходимым добиваться реакций; большинство же — Л. Ф. Линевич, А. Б. Гиллерсон, А. Э. Гильчер, А. М. Мажбиц, С. С. Налбандов, З. Е. Быховский и др. придерживаются противоположной точки зрения.

Также и мы на основании многолетнего опыта утверждаем, что наличие выраженной клинической реакции вовсе не обязательно для успеха лечения, но несомненно, что умеренная, в физиологических пределах

протекающая грязевая реакция является благоприятным прогностическим признаком в лечении больных.

Необходимо твердо помнить, что ярко выраженная грязевая реакция нередко ведет к вспышке и обострению болезни. Поэтому лечащий врач должен внимательно следить за реакцией: если она слабо выражена, можно продолжать лечение без перерывов; при выраженной реакции следует воздержаться от дачи процедур на несколько дней; при значительно выраженной реакции (пониженное общее самочувствие, температура, ускоренная РОЭ, очаговые явления) иногда необходимо сделать перерыв в лечении или даже уложить больную в постель.

akusher-lib.ru

Глава IV

МЕТОДЫ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ ТЕХНИКА ПРИМЕНЕНИЯ

1. Грязевые аппликации Митигированное грязелечение

Одно из первых мест среди консервативных методов лечения гинекологических больных принадлежит грязелечению. Не удивительно поэтому, что в литературе, посвященной методикам курортотерапии гинекологических больных 120 из 150 опубликованных работ посвящены описанию методов грязелечения.

Существуют различные методы лечения грязью.

Египетский метод, самый древний, заключается в том, что ненагретой грязью обмазывают нижнюю половину тела больной, которая одновременно принимает и солнечную ванну с последующим купаньем в лимане. В настоящее время этот метод почти не применяют.

Грязевые медальоны солнечного нагрева («сакский» метод) применяются на южных курортах с жарким летом (Саки, Евпатория, Осипенко): грязь в виде овальных медальонов раскладывают на деревянном настиле, где она нагревается солнечными лучами до определенной температуры. Больную укладывают в грязевой медальон, защищая от солнца верхнюю часть тела щитком. Продолжительность процедуры в среднем 15—20 минут. В холодную или дождливую погоду медальонный метод заменяют применением грязи парового нагрева в закрытом помещении. При медальонном методе достигается сочетание грязелечения и аэрогелиотерапии.

Общие грязевые ванны («одесский» метод) и разводные грязевые ванны («болтушки») по-

степенно выходят из употребления, так как часто вызывают обострения болезненного очага в полости малого таза и неблагоприятно отражаются на состоянии сердечно-сосудистой системы («грязевое сердце»).

В настоящее время при гинекологических заболеваниях прочно завоевали место грязевые аппликации («кавказский» метод) — больные легче их переносят, и они меньше травмируют сердечно-сосудистую систему. Аппликации применяют в виде обмазываний нагретой грязью (1—2 ведра) нижней половины живота и верхней половины бедер («грязевые трусы»). Для получения более активной гиперемии и более активной реакции в органах малого таза рекомендуют «полуаппликации» (А. Э. Гильчер, Одесса) — грязь накладывают на нижнюю половину туловища и ноги. Реже применяют «полутрусы» — грязевые лепешки накладывают только на низ живота или только на поясничную область (при подострых воспалительных процессах).

Весьма целесообразной разновидностью грязелечения гинекологических заболеваний являются «тазовые» ванны («грязевые кресла»). При этом методе женщину усаживают в ванну, по форме напоминающую кресло, с таким расчетом, чтобы область таза была погружена в грязь. Эти ванны принимают в сидячем положении; переносят их легче, чем грязевые аппликации на кушетке.

По окончании грязевой процедуры больная смывает с себя грязь при помощи душа — дождевого или циркулярного. Слишком горячий душ и продолжительное обмывание являются не менее сильным раздражителем, чем грязевые процедуры, и ослабляют больную. Необходимо следить за тем, чтобы душ производился под низким давлением, температура воды в среднем не превышала 38—39° и чтобы он продолжался лишь столько, сколько необходимо для обмывания. Ослабленных больных следует обмывать из шланга слабой струей воды. После обмывания женщина отдыхает в зале отдыха грязелечебницы в течение получаса.

Вопрос о сроках допустимости грязелечения по окончании острого периода различные авторы решают по-разному.

В старой русской и зарубежной бальнеотерапевтической литературе имеются указания о допустимости

грязевых процедур через 3—5 месяцев после затихания острого процесса. В дальнейшем многие [М. М. Миронов, А. М. Мажбиц, а из зарубежных — Франке (Franquée) и др.] стали назначать грязевые процедуры через 6—8 недель. Однако опыт других гинекологов [А. Э. Гильчер, В. Г. Дик, С. К. Лесной, Л. Ф. Линевич, а из зарубежных — Дюрссен (Dürssen) и др.] показывает, что грязелечение возможно применять и раньше. Сторонники раннего грязелечения считают, что оно предотвращает переход острого воспалительного процесса в хронический и тем самым предупреждает развитие в полости малого таза спаек, сращений, рубцовых тяжей со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Осуществление раннего грязелечения (в среднем не позже 2—3 недель после затихания острых воспалительных явлений) требует ряда мероприятий. Проще всего организовать грязелечение — в целях долечивания — в условиях больничных учреждений или, еще лучше, в пригородном санатории, оснащенном бальнео-физиотерапевтическими установками. Сложнее организовать раннее грязелечение на курорте; его следует осуществлять в специализированном гинекологическом санатории, особенно там, где есть своя грязелечебница, при условии соблюдения строгого режима и митигированного грязелечения.

Вопросы оптимальной температуры грязевых процедур, их продолжительности, количества за курс лечения относятся к наименее разработанным в бальнеотерапии, хотя имеют большое практическое значение. Стандарт здесь недопустим, и в каждом конкретном случае нужен индивидуальный подход к больным.

Переносимость процедур и их терапевтическая эффективность зависят не только от остроты процесса, но особенно от реактивности больной и от состояния центральной нервной системы.

В настоящее время гинекологи чаще всего назначают грязи средних температур (39—44°), но не выше 46—48°, учитывая, что грязь более высокой температуры не дает продолжительного эффекта и в то же время неблагоприятно отражается на организме больной.

Средняя продолжительность грязевой аппликации определяется большинством гинекологов в 15—20 минут с незначительными отклонениями в сторону удлинения или укорочения этого срока. Некоторое обоснование такой продолжительности как оптимальной дает наблюдение А. Я. Сворень (Одесса, 1953), который с помощью маточно-шеечного онкографа показал, что наибольшая гиперемия при грязевой аппликации достигается к 15 минутам, а в дальнейшем нарастает очень слабо.

Аппликации чаще всего назначают через день или 2 дня подряд с однодневным перерывом.

Особенно важно правильно определить оптимальное количество процедур на курс лечения. В прежние годы гинекологи доводили нередко количество грязевых процедур до 20—25 (Л. Б. Гиллерсон, А. А. Новицкий и др.). Не удивительно поэтому, что часто описывались «повторные» и «поздние» реакции, которые при ближайшем рассмотрении оказывались не чем иным, как обострением процесса в результате передозировки.

Возможность осложнений в результате передозировки экспериментально подтвердил М. В. Коханович[1]: передозировка грязевых аппликаций вызывала у собак нарушения функций головного мозга, что приводило к значительным отклонениям в ряде систем организма.

Клиническим подтверждением возникновения обострения на почве передозировки может служить сообщение С. К. Лесного (1950) о больной, которая самостоятельно увеличила число грязевых процедур до 23; в результате наступило значительное клиническое ухудшение процесса.

При сравнении контрольных соскобов до и после грязелечения обнаружены несомненные признаки перехода хронического интерстициального эндометрита в подострый.

В настоящее время мы еще не располагаем надежными показателями высших границ количества процедур; можно привести лишь единичные ориентировочные данные.

---

[1] М. В. Коханович. К вопросу о механизме действия лечебной сакской грязи. Клиническая медицина, 1952, № 10, стр. 78.

О. А. Степун предложил (для углекислых ванн) биохимический тест — нарастание кривой полипептидов; он показал, что у ряда больных после 10—12 ванн такая «полипептидная» реакция прекращалась. Автор расценивает это как резкое снижение реактивности организма и полагает, что такое явление сигнализирует о необходимости прекратить дальнейшее лечение ваннами[1].

Т. Н. Кобзева и Н. Е. Шапошникова (1953), изучая (в клинике Центрального института курортологии) методом плетизмографии сосудистые реакции на грязевой и сероводородный раздражители, показали, что передозировка процедур приводит к раннему изменению сосудистых реакций, которые обнаруживались до клинических симптомов обострения.

Данные плетизмографии служили для нас предвестником обострения.

Применяя метод митигированного грязелечения, не раз приходилось наблюдать у больных с подострыми воспалительными заболеваниями после 12—14-й ванны обострения местного процесса и осложнения со стороны других органов. При снижении числа грязевых аппликаций до 10, как правило, отмечалась незначительно выраженная реакция без дальнейших патологических проявлений и с улучшением результатов лечения.

Таким образом, порогом полезного действия грязевых аппликаций являются 10—12 процедур. Однако это никоим образом не стандарт: оптимальное количество процедур должно быть установлено для каждой больной в соответствии с ее индивидуальными особенностями.

Правильная дозировка и распределение процедур — дело опыта лечащего врача, вдумчивого изучения больной и внимательного наблюдения за ходом лечения.

Принятые за среднюю норму 10—12 процедур создают ряд благоприятных условий для закрепления результатов грязелечения: 1) возможность проведения в обстановке курорта отдыха, лечебное значение которого недостаточно еще оценивается бальнеотерапевтами;

---

[1] Цитировано по И. П. Мугдусиеву, Водолечение, 1951, стр. 129.

2) возможность проведения после курса лечения дополнительных общеукрепляющих методов лечения (углекислые ванны, легкие гидротерапевтические процедуры, умеренное купание — при отсутствии противопоказаний — в море при температуре воды не ниже 22—23°; 3) возможность более плавного перехода от выработанного на курорте стереотипа к стереотипу производственному и бытовому.

Продолжительность курса грязелечения по существующим нормам равна 28 дням (срок продолжительности пребывания на курорте), однако необходимо признать, что для ряда гинекологических больных такой срок явно недостаточен. Нередко требуется увеличивать интервалы между грязевыми процедурами (наклонность к обострениям, обильная менструация), а иногда бывают и вынужденные перерывы в лечении (подозрение на беременность, резко выраженная грязевая реакция и т. д.).

Таким образом, гинеколог имеет возможность варьировать количество грязи, ее температуру, продолжительность, расстановку и число процедур. Это создает возможность построить индивидуальный лечебный режим, индивидуальную грязевую методику для данной больной с учетом ее общего состояния, выносливости, реактивности.

Один и тот же курортный фактор, в особенности лечебная грязь, может воздействовать на организм и как сильный, и как слабый раздражитель, — все зависит от методики применения и в особенности от реактивности организма. Грязь при митигированном ее применении должна рассматриваться как слабый раздражитель.

И. П. Павлов характеризует слабый раздражитель как тормозной, увеличивающий процесс торможения.

Развивая определение И. П. Павловым слабого раздражителя как тормозного агента, И. И. Федоров[1] отмечает, что при слабых, особенно при однообразных раздражениях обширных рецепторных зон, наступает перестройка реактивности организма, и ведущая роль в

---

[1] И. И. Федоров. Физиологическое обоснование лечебных мероприятий. Киев, 1953.

этом принадлежит изменению функционального состояния коры головного мозга, изменению соотношений между процессами возбуждения и торможения в сторону преобладания тормозного процесса.

Слабые раздражители, — говорил И. И. Федоров, — находят себе практическое применение в терапевтических целях. Возникающие от слабых раздражителей импульсы через нервную систему реализуются в форме трофических влияний и изменяют в сторону улучшения течение процессов в патологически измененных тканях.

Расценивая митигированное грязелечение как слабый раздражитель, мы опирались на характеристику И. П. Павловым слабого раздражителя как тормозного агента; на указания Н. Е. Введенского, что слабые раздражители вызывают в нервной системе положительную трофическую реакцию и являются фактором антипарабиотическим; на высказывания А. В. Вишневского, по которому принцип слабого раздражения нервной системы должен быть основным руководящим началом при построении любого метода лечения воспалительных процессов и ран.

Г. М. Шполянский[1] и М. А. Петров-Маслаков[2] показали, что под влиянием длительного раздражения в клетках солнечного сплетения могут наступить дегенеративные изменения. Поэтому при резко выраженном солярном синдроме не только сильный, но и обычной силы диатермический ток очень часто действует отрицательно. При таких состояниях применим, по М. А. Петрову-Маслакову, только слабый ток, не более 0,3—0,4 А, который надо рассматривать как слабый раздражитель.

Таким образом, нельзя не согласиться с Г. К. Живатовым, утверждающим (1940), что все методы физиотерапии, в особенности грязелечение, не должны переходить определенной границы, порой трудно уловимой, чтобы физиотерапевтическая лечебная реакция не перешла в свою противоположность.

---

[1] Г. М. Шполянский. Роль вегетативной нервной системы в патологии и терапии некоторых гинекологических заболеваний. Л., 1939.

[2] М. А. Петров-Маслаков. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. 1952.

Под термином «митигированное грязелечение» А. А. Лозинский признает наложение грязи не на область патологического процесса, а на соседние участки.

Термин «митигированный» постепенно стали употреблять для обозначения всякого метода, ослабляющего, смягчающего реакцию организма на воздействие грязевой процедуры.

Митигированное грязелечение может быть осуществлено различными способами.

Н. В. Орлов[1] и Н. К. Верещагин[2] показали, что сапропелевая грязь является более слабым раздражителем, чем грязь иловая, и больные легче ее переносят. Таким образом, уже самый вид пелоида определяет в известной степени интенсивность воздействия его на организм, в зависимости от чего он и может быть использован для митигированного грязелечения.

На грязевых курортах старой России гинекологи были сторонниками интенсивного грязелечения, доводя температуру грязевых аппликаций до 50° и выше, а на некоторых курортах добавлялся к этому еще и потогонный метод лечения.

Наблюдения советских бальнеотерапевтов (Я. М. Левин — Саки, 1925; А. М. Мажбиц — Чокрак, 1925; И. М. Срибнер — Одесса, 1940, и др.) показали, что гипертермическое грязелечение часто ведет к функциональным расстройствам сердечной деятельности и даже к анатомическим изменениям сердечной мышцы. Выяснилось также, что гипертермическое грязелечение, являясь сильным раздражителем, вызывает часто обострение воспалительного процесса.

Примером изотермического метода грязелечения является грязевой согревающий компресс (методика и техника его описаны ниже).

Гипотермическое (т. е. ниже температуры тела) грязелечение было впервые предложено П. М. Амброжевичем (Одесса, 1912) для лечения некоторых гинекологических заболеваний.

---

[1] Н. В. Орлов. Грязелечение на Урале (сапропелевые грязи). Свердловск, 1939.

[2] Н. К. Верещагин. Некоторые кортикальные механизмы действия физических факторов на организм. Советская медицина, 1954, № 7.

П. Г. Юрьевский в своей диссертации (1939) приводит наблюдения над 443 гинекологическими больными, которым он с успехом применял гипотермическое грязелечение по поводу острых и подострых гинекологических заболеваний.

Приведенные наблюдения позволяют сделать следующее заключение: во-первых, что утверждение старых гинекологов, расценивавших грязелечение преимущественно как тепловой метод, неправильно, и, во-вторых, что температурный фактор может быть использован в целях митигированного грязелечения.

Чем больше рецептивных полей подвергается воздействию раздражителя, тем раздражение интенсивнее.

Не удивительно поэтому, что полные грязевые и особенно разводные ванны оказывают чрезмерно интенсивное воздействие на весь организм.

В настоящее время трудно переносимые полные грязевые ванны стали выходить из употребления; их постепенно вытеснил аппликационный метод, который при меньшей нагрузке на весь организм дает лучший лечебный эффект.

В гинекологии аппликационный метод осуществляется преимущественно наложением грязи на низ живота и пояснично-крестцовую область (грязевые «трусы»). Таким образом, грязевые аппликации по сравнению с грязевыми ваннами являются более щадящими и приближаются к митигированному грязелечению.

В клинике Центрального института курортологии при подострых воспалительных заболеваниях применяют в первые дни грязелечения полуаппликации в виде накладывания грязи поочередно через день на низ живота и через день на крестцово-поясничную область («полутрусы») с переходом в дальнейшие дни на «полные грязевые трусы».

Таким образом, размер рецептивного поля и количество грязевой массы могут быть использованы для митигированного грязелечения.

Дальнейшим шагом в осуществлении митигированного грязелечения является наложение грязи не на область болезненного очага, а на соседние или даже отдаленные участки (Н. И. Кефер — Одесса; А. А. Лозинский — Пятигорск).

При наклонности к обострениям А. А. Новицкий (Ессентуки) начинал грязелечение с накладывания грязи не на живот и поясницу, а на нижние конечности; Г. К. Живатов неоднократно наблюдал, что при местных грязевых процедурах на конечностях появлялись симптомы очаговой реакции со стороны женской половой сферы.

Расширяя методику митигированного грязелечения, Р. В. Георгиевская и В. М. Лебедева при лечении больных с подострыми гинекологическими заболеваниями получали лечебный эффект при наложении грязи на отдаленные дерматомы крестцовой области (верхняя треть задней поверхности бедер, область голеней).

В. Г. Бутомо (1925) подчеркивает, что Н. Н. Бурденко, который, как известно, был не только блестящим хирургом, но и выдающимся бальнеотерапевтом, советовал при параметрите не покрывать место инфильтрата грязью, чтобы избежать быстрого поступления в кровь продуктов клеточного распада и бактерий.

Для остановки маточных кровотечений с успехом применяют накладывание горячей грязи на молочные железы. Одновременно часто отмечают значительное ослабление воспалительного процесса в органах малого таза. Это можно объяснить рефлекторным влиянием на половой аппарат (яичники и матку), так как между этими органами и молочными железами существует тесная онтогенетическая связь.

Многочисленные нервные сплетения органов малого таза переходят, как известно, в подчревное и солнечное сплетения. Работы Г. М. Шполянского и экспериментальные исследования М. А. Петрова-Маслакова показали, что солнечное сплетение, связанное со всеми органами брюшной полости и другими отделами нервной системы, реагирует на патологические явления, возникающие вдали от него. Отсюда логически возникает мысль о целесообразности воздействия грязи на патологические процессы в органах брюшной полости путем наложения грязи на область солнечного сплетения.

В целях осуществления митигированного грязелечения может быть использовано накладывание грязи не на область малого таза, а на соседние и даже на отдаленные участки.

Наконец, в целях ослабления ответных реакций организма на грязевой раздражитель можно прибегнуть к сокращению продолжительности процедур, к большему интервалу между ними, к уменьшению их количества. Метод митигированного грязелечения больных с подострыми воспалительными заболеваниями полностью себя оправдал.

Необходимо подчеркнуть, что приведенный обзор различных методик митигированного грязелечения никоим образом не следует рассматривать как призыв к отказу от энергичных методов грязелечения и к полному переходу на метод митигированный.

Располагая различными методиками грязелечения, бальнеотерапевт имеет возможность дифференцировать лечебные мероприятия, регулируя степень грязевого раздражения в зависимости от реактивности больной, от остроты болезненного процесса, возраста, переносимости грязи и т. д.

Однако следует настойчиво советовать всегда начинать грязелечение с митигированных процедур и постепенно усиливать грязевую нагрузку — повышение температуры, увеличение количества грязи, продолжительности, сокращение интервалов между процедурами и т. д. Это дает возможность организму адаптироваться к воздействиям грязевой процедуры и позволяет избежать слишком резких ответных реакций со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы.

2. Вагинальное и ректальное грязелечение

Первым русским гинекологом, применившим вагинальное грязелечение (грязевые вагинальные тампоны), был Г. А. Гельман (Одесса). Он в 1899 г. опубликовал свой метод, который заключался в высушивании грязи, растирании ее в порошок, смешивании с горячей водой и введении грязевой кашицы в марле в вагину.

В 1910 г. румынский гинеколог Бастаки (Bastaki) на X Международном гинекологическом съезде в Петербурге сделал доклад об отличных результатах вагинального грязелечения на курорте Лакул-Сарат (Lacul-Sarat). Однако, несмотря на многочисленность представленных им наблюдений (248 больных), он не нашел последователей. Этот метод стал развиваться с

1923 г., когда он был введен в практику А. И. Лебедевым. В том же году А. М. Волосович и В. Г. Дик провели первые опыты вагинального грязелечения в Ессентуках. М. И. Быковцева применяла грязевую колюмнизацию на Эльтоне. Таким образом, вагинальное грязелечение быстро и прочно стало внедряться на грязевых курортах и нашло широкое применение также и в больницах.

Техника вагинального грязелечения разнообразна, однако многочисленные способы введения грязевого тампона могут быть сведены к трем вариантам.

Первый вариант заключался в наполнении круглого зеркала (предпочтительно эбонитового или деревянного) нагретой грязью и в проталкивании ее в вагину при помощи деревянного поршня или комка ваты на корнцанге (А. М. Волосович, Ю. Э. Гительсон, В. Г. Дик — Ессентуки, 1923; М. С. Беленькая, Е. Д. Свет-Молдавская — Саки, 1926). Отрицательная сторона этого метода — быстрое остывание грязи при переносе ее из водяной бани в зеркало и из зеркала в вагину.

Второй вариант — введение предварительно нагретой и завернутой в марлю грязи («грязевой лонгет») через зеркало при помощи корнцанга (А. И. Мажбиц, 1927; Л. Ф. Линевич, 1928; Г. К. Живатов, 1940, и др.). Положительные стороны этого метода — быстрое и удобное введение и извлечение тампона; к отрицательным сторонам следует отнести неуверенность в достаточном заполнении сводов грязью и наличие марлевой решетки между грязью и стенкой вагины.

Эти и ряд других методов вагинального грязелечения в настоящее время в значительной мере вытеснены методом Н. Ф. Беспаловой-Летовой (Пятигорск, 1929). Отрезки велосипедной камеры длиной в 25—30 см набивают грязью до 200—250 г, зажимают с обеих сторон зажимами Моора и нагревают на водяной бане, лучше всего в вертикальном, подвешенном положении (рис. 1). Для введения в вагину один зажим снимают, температуру грязи проверяют при помощи тонкого термометра, и грязь выжимают; при этом она равномерно заполняет все отделы вагины.

Неудобства последнего метода заключаются в том, что резиновые трубки необходимо наполнять грязью

под некоторым давлением. Для этого предложен ряд приспособлений. В небольших грязелечебницах можно органичиться набитым ненагретой грязью мешком, снабженным металлическим раструбом, на который надевают отрезок резиновой камеры. Грязь выжимают в камеру надавливанием на мешок (рис. 2); иногда для наполнения камер пользуются обыкновенной мясорубкой.

В больших грязелечебницах можно пользоваться так называемым «колбасным шприцем» (Центральный институт курортологии, 1931); его производительность 100—150 камер в час, (рис. 3 и 4).

Положительные стороны метода: 1) можно заготовить неограниченное количество камер; 2) исключается высыхание грязи; 3) отпадает необходимость в зеркале; 4) метод отличается удобством нагрева, ничтожным остыванием грязи, быстротой введения, опрятностью.

При вагинальном грязелечении обязательным условием является предварительное протирание грязи через тонкое сито для удаления случайно попавших в грязь твердых частиц.

Дополнительным методом к вагинальному грязелечению является накладывание грязи на наружные половые органы, так как выводные протоки бартолиниевых, парауретральных и вульварных желез, а также многочисленные крипты вульвы часто являются местом упорного и длительного пребывания патогенных микроорганизмов.

Перед введением первого грязевого тампона полезно промыть и протереть стенки вагины жидким мылом. Это создает более тесное соприкосновение грязи со слизистой; вряд ли необходимо производить такое промывание перед введением каждого тампона, как это делают некоторые: частое промывание раздражает слизистую и плохо переносится больными.

Введение грязевого тампона на кресле нецелесообразно, так как при вставании грязь, заполняющая вагину (как показывают рентгеноснимки), в силу тяжести опускается вниз и отстает от сводов. Наилучший способ введения, особенно при сочетанном грязелечении — аппликационном и вагинальном, — при лежачем положении больной на кушетке. Мало применяется, но заслуживает

Рис. 1. Резиновая трубка, наполненная грязью (для вагинального грязелечения) по Н. Ф. Беспаловой-Летовой.

Рис. 2. Мешок для наполнения грязью резиновых трубок (для вагинального грязелечения).

akushr.lib.ru

внимания метод введения грязи в колено-локтевом положении больной: в этом положении в брюшной полости создается отрицательное давление; стенки вагины предельно растягиваются и сглаживаются; количество вводимой грязи можно увеличить; грязь теснее прилегает к слизистой.

Способ удаления грязи из вагины зависит от способа ее введения: грязевой тампон на марле удаляют простым потягиванием марлевой салфетки; если же грязь введена без марли, ее удаляют пальцами с последующим промыванием вагины рапой, теплым раствором какого-либо дезинфицирующего вещества или же минеральной водой имеющегося на курорте источника.

Основной вопрос, возникающий при вагинальном грязелечении, — это, конечно, вопрос стерильности вводимой в вагину грязи.

Стерильность и бактерицидные свойства грязи разные авторы (и для разных грязеемов) оценивают различно. Так, П. Г. Иванов[1] нашел, что старорусская грязь является благоприятной средой для развития патогенных микроорганизмов. И. А. Свешникова[2] (Пятигорск, 1937) считает, что тамбуканская грязь не является бактерицидной. Бабес (Babes) убедился, что в грязи Лакул-Сарата отсутствуют патогенные микробы, а Бастаки (Бухарест) при исследованиях в клинике нашел, что грязь обладает бактерицидными свойствами. К такому же выводу пришел Н. И. Горизонтов, изучавший грязь из озера Карачи. Л. Ф. Линевич установил, что тинакская грязь является неблагоприятной средой для роста синегнойной, туберкулезной и кишечной палочки, а золотистый стафилококк, хотя и продолжает развиваться, но теряет свою вирулентность (для кролика).

Тщательными исследованиями О. Ю. Волковой[3] и А. Л. Шинкаренко (Пятигорск) доказана бактерицид-

---

[1] П. Г. Иванов. Старорусские минеральные лечебные средства и болезнетворные микроорганизмы. Врачебная газета, 1912, № 25.

[2] И. А. Свешникова. К вопросу о бактерицидности тамбуканской грязи. Труды Центрального бальнеологического института, 1937.

[3] О. Ю. Волкова и А. В. Балабанова. О бактерицидных свойствах тамбуканской грязи. Труды Бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах, 1944, т. 13, в. 6.

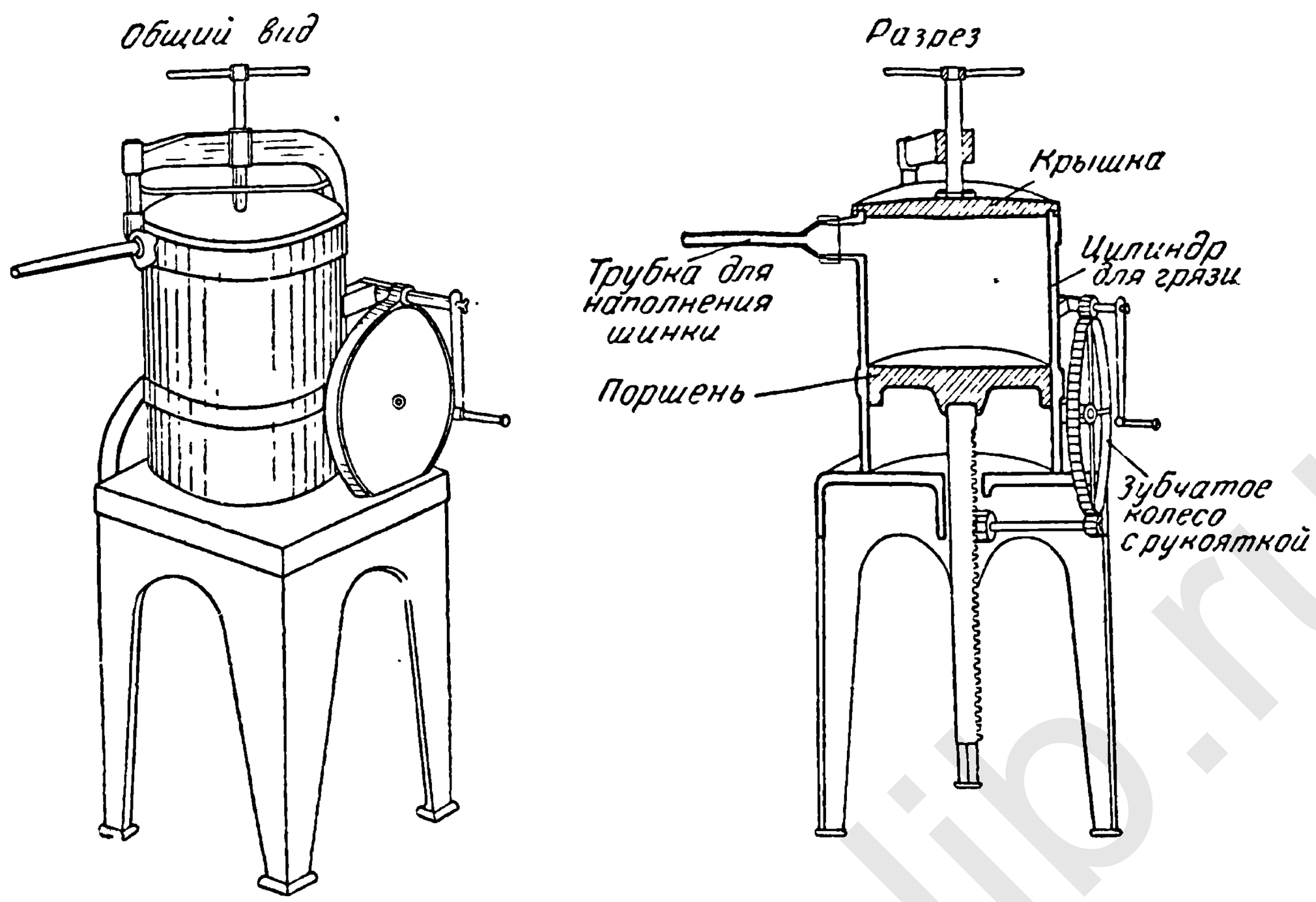

Рис. 3. Пресс для наполнения грязью резиновых трубок (для вагинального грязелечения).

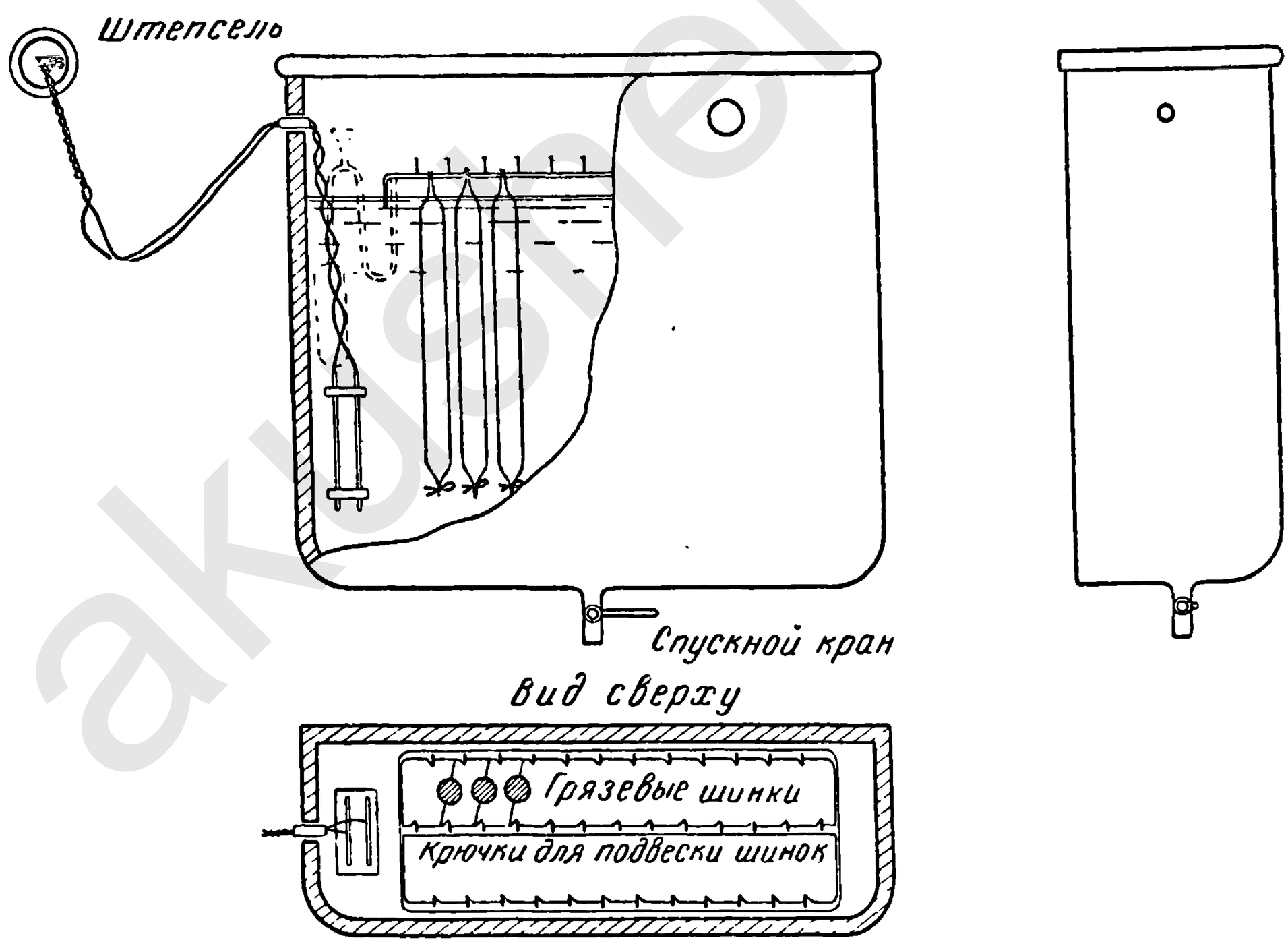

Рис. 4. Бачок для электронагрева резиновых трубок, наполненных грязью (для вагинального грязелечения).

ность грязи Тамбуканского озера (наличие пенициллиноподобных веществ, бактериофагов и т. д.).

Таким образом, отпадает необходимость в стерилизации грязи, к которой еще прибегают в некоторых грязелечебницах.

Все же указанные свойства грязи не должны успокаивать врачей. Необходимо принимать меры против возможного внесения инфекции: 1) для вагинального грязелечения следует применять только свежую, не бывшую в употреблении грязь; 2) необходим систематический бактериологический контроль за грязеемом или грязехранилищем, из которого берут грязь для вагинального лечения; 3) обязательно систематическое и планомерное бактериологическое изучение различных видов грязи; 4) следует помнить, что грязь при нагреве свыше 56—60° теряет коллоидальность, пластичность. Однако А. Л. Шинкаренко считает, что грязь можно стерилизовать в автоклаве при 120° и при 2 атмосферах с прибавлением 3% раствора хлористого натрия без изменения физико-химических свойств грязи.

Применение торфяной грязи для вагинального грязелечения еще недостаточно изучено. Преимущества торфяных тампонов перед иловыми заключаются в их гораздо большей влагоемкости, кислой реакции, резко вяжущем действии, активно выраженной бактерицидности (В. А. Александров).

Предлагаемая температура грязевого тампона весьма различна — от комнатной (С. Н. Юрьевский, А. К. Шарнин, Б. С. Пойзнер и др.) при подострых процессах и выше 52° при процессах хронических. Вопрос об оптимальных температурах грязи для вагинального применения требует еще детального изучения. Слизистая вагины в противоположность наружным половым органам малочувствительна к высоким температурам, однако лучше не применять грязь горячее 50—52°, так как при более высоких температурах приходилось наблюдать ожоги слизистой и общие отрицательные явления.

Нагретая грязь в количестве, необходимом для грязевого тампона, быстро остывает. Для поддержания его температуры на надлежащей высоте предложены согреватели типа пельвитерма, термофора (Г. К. Живатов, Г. Л. Магазаник). Чаще всего грязевые тампоны

назначают через день или 2 дня подряд, а затем день перерыва. Ежедневные процедуры, как это предлагают некоторые, да еще повышенной температуры, вредно отражаются на слизистой вагины, вплоть до десквамации пластов вагинального эпителия и даже до деструктивных процессов (Г. К. Живатов), и вызывают иногда общую неблагоприятную реакцию.

Вопрос о длительности грязевой вагинальной процедуры нуждается в изучении. Некоторые врачи оставляют грязь в вагине на сутки, подавляющее же большинство ограничивается одним часом, так как клинические наблюдения показали, что небольшое количество грязи довольно быстро остывает, и в вагине она уже через 20—25 минут приобретает температуру тела.

Общее число грязевых тампонов на курс лечения также определяется различными авторами различно: в среднем 16—18 тампонов при применении только вагинального метода; при комплексном же грязелечении — аппликационном и вагинальном — грязевых тампонов назначают столько же, сколько и аппликаций (за вычетом дней менструального периода).

Из осложнений, наблюдаемых при вагинальном грязелечении, следует отметить ожоги слизистой оболочки вагины и шейки матки в виде беловатых участков с десятикопеечную монету и больше с красной демаркационной каймой. Эти ожоги не всегда бывают от чрезмерно горячей грязи, — по-видимому, они могут зависеть также и от слабой переносимости (видимо, нейрогенно обусловленной) высоких температур.

Ожоги не вызывают каких-либо субъективных ощущений, и больные замечают лишь усиление выделений. Благодаря значительной регенерационной способности вагинального эпителия ожоги быстро ликвидируются при условии прекращения вагинального грязелечения на несколько дней.

При изучении механизма действия грязевых вагинальных тампонов необходимо учитывать, что половой аппарат женщины обильно снабжен нервной тканью в виде многочисленных нервных стволов, волокон, сплетений, ганглиев, нервных окончаний; наличие в вагине разветвленной сети интерорецепторов типа механо- и

терморецепторов можно считать экспериментально доказанным (С. К. Гамбашидзе[1], 1951; К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко[2] и др.). Такое обилие нервной ткани создает обширную и разнообразную рефлекторно-функциональную связь органов малого таза с другими органами и с центральной нервной системой.

Высокая температура грязи при ее пластичности и тесном прилегании к стенкам вагины вызывает резкую гиперемию (как подтверждает кольпоскопия) богатой сосудами вагинальной слизистой, а отсюда влияет рефлекторно и на остальные органы малого таза.

Химические составные части грязи, равно как и мелкие неорганические примеси, действуют как нежный раздражитель. В то же время грязь действует как гипертонический солевой раствор: после часа пребывания в вагине грязь часто приобретает консистенцию жидкой сметаны, из чего можно сделать вывод, что грязь способствует усилению секреции и транссудации.

Исследования Н. И. Горизонтова, Л. Ф. Линевича, И. Г. Широченского и наши показали, что грязевые тампоны благотворно действуют на вагинальную флору и на реакцию вагинального секрета, повышая самоочистительную функцию влагалища.

Некоторые гинекологи расценивали действие грязевых тампонов как чисто местное. М. И. Быковцева (1923) и др. видели в грязевом тампоне своего рода лечение отягощением и рекомендовали укладывать больную с приподнятым тазом. Такое мнение нельзя считать обоснованным; вязкую, обладающую большим сцеплением частиц грязь нельзя сравнить по лечебному эффекту с тяжелой подвижной ртутью в кольпейринтере. Все же нельзя отрицать и механического воздействия пластической грязевой массы в виде растяжения сводов, давления на эксудаты и растяжения спаек. Г. К. Живатов (1929) и другие авторы трактовали вагинальное грязелечение только как метод грязелечения слизистых оболочек.

Однако имеется немало фактов, свидетельствующих об общебиологическом воздействии вагинального грязе-

---

[1] С. К. Гамбашидзе. Материалы к физиологии интерорецепторов половой сферы. 1951.

[2] К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко. К вопросу об энтероцептивных раздражениях. Акушерство и гинекология, 1939, № 5.

лечения на весь организм. Еще в 1928 г. Н. Д. Либеров с сотрудниками отмечали сдвиги в красной и белой крови при вагинальном грязелечении. С. М. Шергова (1929) находила изменения в удельном весе крови, В. П. Цунбалова (1931) — в вязкости крови, А. И. Виноградова — в количестве ретикулоцитов в крови. Н. А. Кузьмина-Кавецкая (1932) отмечала влияние вагинального грязелечения на пульс и кровяное давление. А. А. Новицкий и А. М. Волосович — на температуру тела. Наши наблюдения (1936) показали, что в результате воздействия грязевого тампона могут возникнуть глубокие висцеро-висцеральные рефлексы, обусловленные физическим, химическим и термическим влиянием грязи на слизистую, которая гораздо менее привычна к этим раздражителям, чем кожа. Рефлекторное воздействие грязевого тампона на центральную нервную систему подтверждается тем, что при быстром введении очень горячей грязи в вагину иногда наблюдаются шоковые состояния.

Нервнорефлекторное влияние грязевого тампона на сосудистые реакции изучалось путем плетизмографии (Т. Н. Кобзева, 1954). С этой целью плетизмографическая запись сосудистых реакций на безусловный раздражитель проводилась непосредственно перед введением тампона, спустя 5—10 минут после введения и через 5—10 минут по удалении тампона. Плетизмограммы показали, что грязевой тампон температуры 38—44° вызывает заметное изменение сосудистых реакций на термическое раздражение.

Общее действие вагинальных грязевых тампонов находит физиологическое объяснение в тесном взаимодействии иннервации органов малого таза с подчревным и солнечным сплетениями. Благодаря этому грязевые тампоны могут вызывать физиологический эффект не только в области места приложения, но и далеко за его пределами — в органах брюшной и грудной полости и в других областях (А. В. Киричинский и В. Я. Осипов).

Таким образом, следует признать, что воздействие грязевого тампона не ограничивается бактерицидным действием грязи на патогенную флору вагины и механическим удалением слизи, микробов, эпителиальных клеток, подвергшихся десквамации, — основой терапев-

тического эффекта вагинального грязелечения следует считать рефлекторное воздействие на органы малого таза женщины и на различные функции всего организма.

Грязевая реакция при вагинальном грязелечении в общем сходна с реакцией аппликационного грязелечения. Однако она имеет и свои существенные отличия: 1) общие проявления грязевой реакции незначительны; 2) очаговые явления возникают обычно позднее — примерно после введения 7—12-го грязевого тампона. Однако и здесь, как и при аппликационном грязелечении, интенсивность реакции бывает разная, особенно очаговая, — все зависит от остроты заболевания и реактивности организма больной.

Введение грязевых тампонов требует большого внимания от врача. Нарушение показаний, неправильная техника, недостаточно продуманная методика нередко являются причиной серьезных обострений и осложнений. Надо всемерно избегать трафарета и соблюдать индивидуальный подход к больным. Введение тампона не должно быть болезненным, а удаление тягостным. В каждом конкретном случае необходимо учитывать активность процесса, его локализацию, емкость, эластичность и чувствительность вагины; нельзя забывать и о нервно-психическом состоянии больной.

Успешные результаты вагинального грязелечения послужили стимулом для разработки методики и техники ректального грязелечения. Первые работы в этом направлении принадлежат А. Г. Кану (1927), А. А. Ильину (оз. Горькое, 1928) и Е. К. Александрову (1929).

Наиболее полно описана методика и техника ректального грязелечения в монографии Э. И. Черниковой (1936).

В прямую кишку грязь вводят при помощи шприца Я. О. Баржанского (рис. 5 и 6) или тампонатора В. И. Здравомыслова, лучше всего в колено-локтевом положении, медленно во избежание рефлекторных позывов на низ. Каучуковый наконечник смазывают грязью (но не вазелином). Целесообразно перед процедурой очистить кишечник и опорожнить мочевой пузырь. Грязь остается в прямой кишке до возникновения потребности в акте дефекации, которая наступает

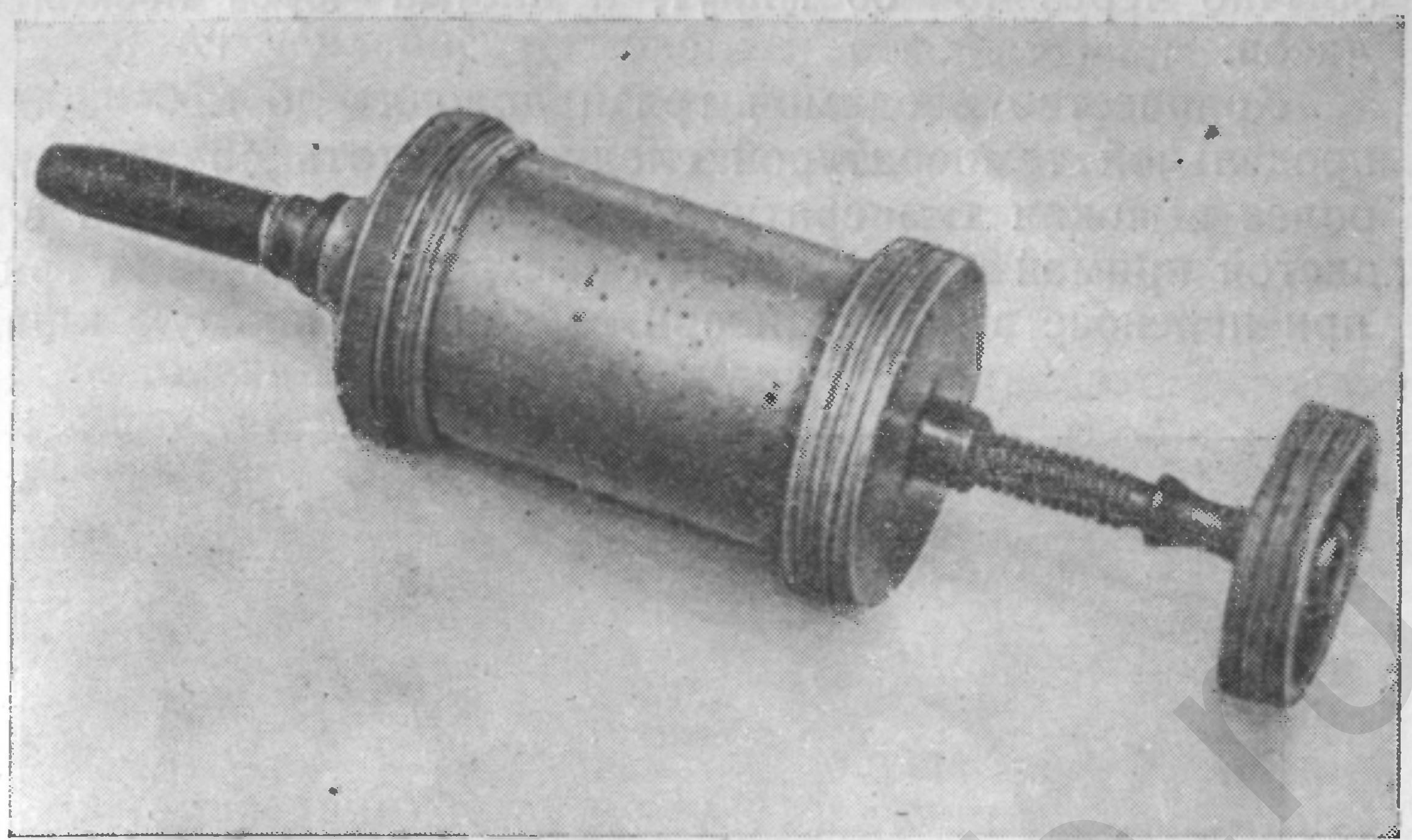

Рис. 5. Шприц Я. О. Баржанского для ректального грязелечения.

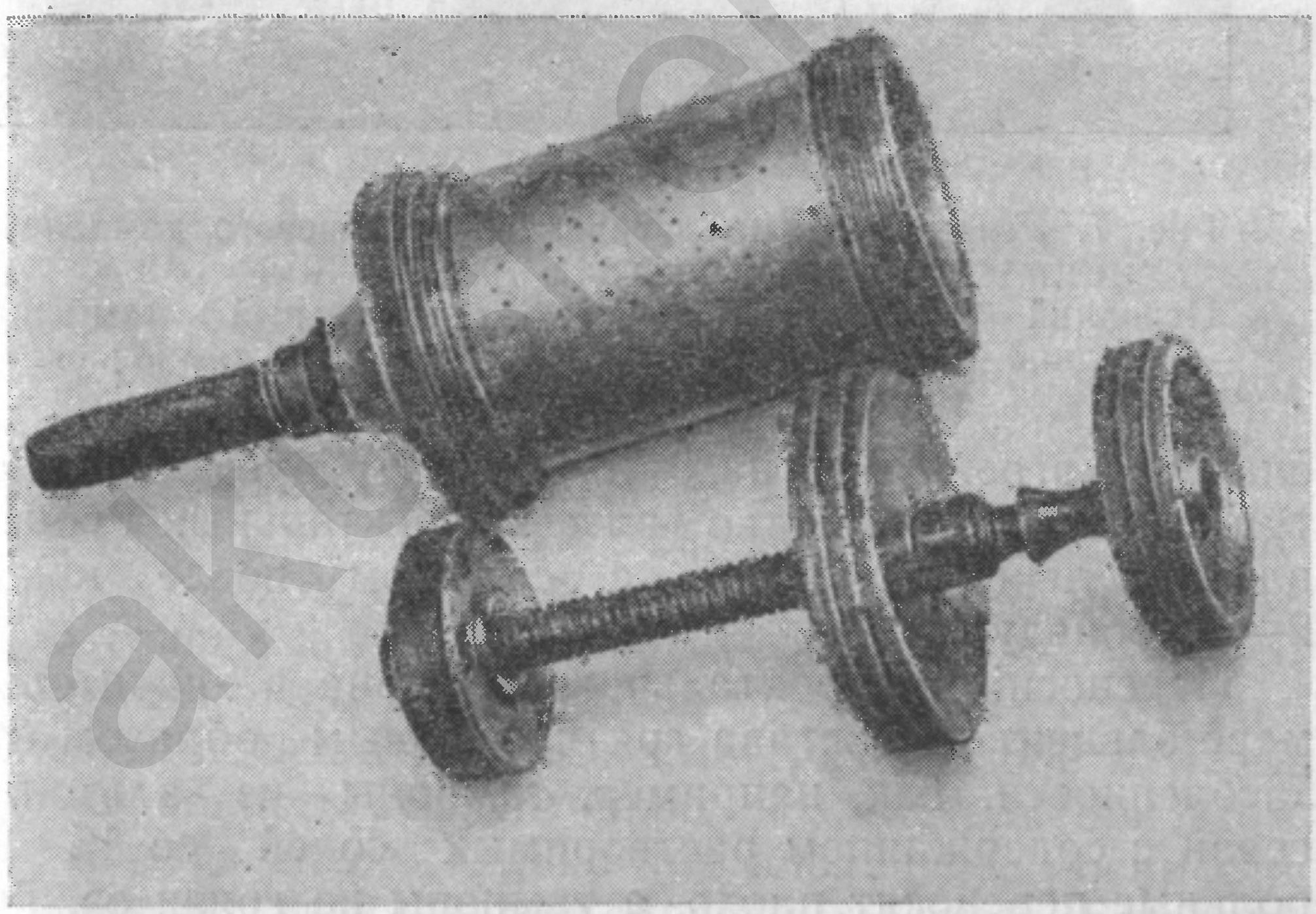

Рис. 6. Шприц Я. О. Баржанского для ректального грязелечения (в разобранном виде).

обычно через 40—60 минут, а иногда через несколько часов.

Количество вводимой грязи доводят до 250—300 г; предельной температурой следует считать 46°, так как более высокая температура вредно отражается на слизистой прямой кишки. Ввиду быстрого остывания грязи при переносе в шприц и при введении в прямую кишку

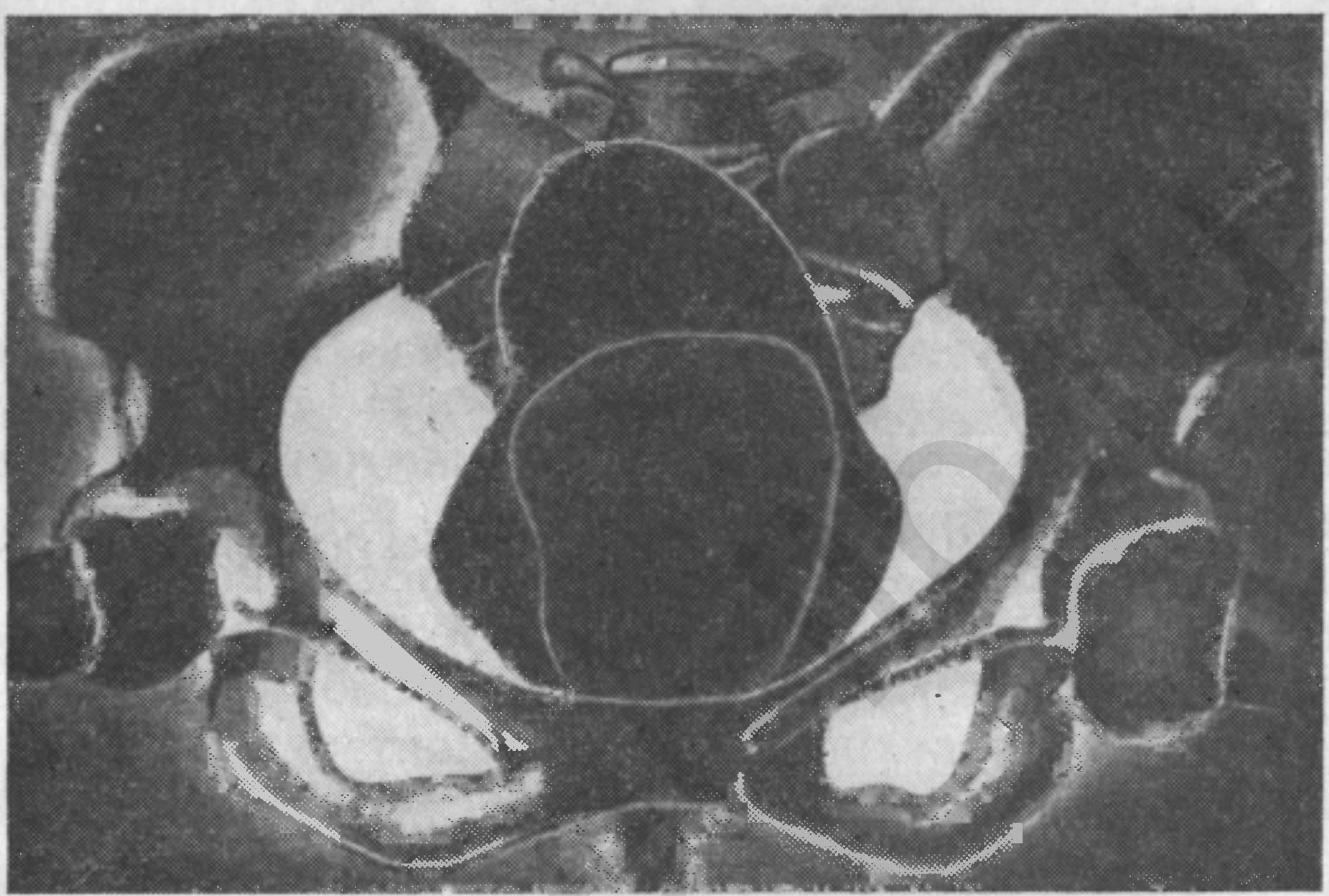

Рис. 7. Рентгенограмма вагинального грязевого тампона, комбинированного с ректальным.
Передний (маленький) контур — вагинальный тампон; задний (большой) контур — ректальный тампон.

следует нагревать ее на 5—6° выше требуемой температуры. Общее количество грязевых ректальных процедур на курс лечения 14—16 с отдыхом после каждых 2—3 процедур.

Переносимость ректального тампона в значительной мере зависит от состава грязи, главным образом от ее засоленности. Так, например, тампоны из эльтонской грязи с содержанием растворимых солей до 15—90% больные переносят плохо, а тампоны из грязи оз. Горького (растворимых солей 3,20%) — отлично (Э. И. Черникова, 1937).

Ректальное грязелечение имеет ряд преимуществ перед вагинальным. В прямую кишку, в более высокие

ее отделы, можно вводить гораздо больше грязи, чем достигается усиление теплового и рефлекторного воздействия; можно вводить грязь и на более обширную рецептивную поверхность. Введенная в прямую кишку грязь отделяется от внутренних половых органов только стенкой прямой кишки — этим создается более интимное воздействие на болезненный очаг. Грязь в стоячем положении больной не смещается, как это имеет место при вагинальном методе (сравнительная рентгенограмма, рис. 7); во время менструального периода ректальное грязелечение у большинства женщин не прерывается.

Ректальное грязелечение при обоснованных показаниях является весьма эффективным. Методика применения грязи несложна и легко осуществима в условиях амбулатории. Этот метод заслуживает широкого внедрения в практику работы санаториев, больниц и поликлиник.

3. Грязевые аппликации на молочные железы. Грязевые вытяжки. Грязевые согревающие компрессы

В борьбе с маточными кровотечениями различного происхождения с успехом применяют грязевые аппликации на молочные железы. Этот метод, получивший название «грязевой аутомамминизации» («грязевые бюстгальтеры»), впервые был применен на курорте Гопри в 1928 г. и получил дальнейшее развитие в трудах В. И. Здравомыслова и С. К Лесного (1931).

Методика состоит в ежедневном или через день накладывании грязи, нагретой до 46—48°, на обе молочные железы (рис. 8 и 9). Некоторые ограничивают место приложения грязи только правой молочной железой. Нет оснований опасаться накладывать грязь на обе железы, напротив, область рефлекторного воздействия при этом увеличивается вдвое. Только при плохой переносимости грязи следует ограничиться правой железой. Больным с большими молочными железами рекомендуется поддерживать их сложенными на груди накрест руками. Продолжительность процедуры в среднем 15—20 минут.

По В. И. Здравомыслову и другим авторам, механизм действия грязи заключается в усиленной под влиянием грязевого раздражителя выработке молоч-

Рис. 8. Грязевые аппликации на молочные железы («грязевые бюстгальтеры») по В. А. Здравомыслову.

Рис. 9. Грязевые аппликации на молочные железы в сочетании с грязевыми аппликациями на область таза.

ными железами маммина, который, являясь антагонистом фолликулина, тормозит созревание граафова пузырька и пролиферацию эндометрия, сокращает ма-

точную мускулатуру и уменьшает кровенаполнение в органах малого таза.

Однако убедительных данных для объяснения этого механизма пока нет. Гораздо яснее выступает рефлекторная природа воздействия грязи на молочные железы. Известно, что некоторые кормящие матери явственно ощущают сокращения матки при процессе кормления грудью; ряд авторов применяет в целях остановки кровотечения раздражение сосков электрическим током или вибрационным массажем; известны также попытки производства выкидыша раздражением сосков. Эта рефлекторная связь легко объясняется также онтогенетической связью молочных желез с органами малого таза и тесной их нервно-функциональной корреляцией.

Видимо, следует вместе с М. А. Петровым-Маслаковым и А. С. Киричинским отказаться от термина «аутомамминизация» и заменить его термином «грязевые аппликации на молочные железы».

За последние годы для лечения гинекологических больных применяют грязевой раствор.

Грязевой раствор — жидкость, пропитывающая коллоидальную фракцию грязи. Извлекают грязевой раствор из грязи различными способами.

Кан и Сабо (1936) получали «грязевой раствор» путем выжимания его из грязи при помощи пресса. И. Б. Асатуров (Куяльник, 1949) добывал «грязевой фильтрат» путем подвешивания марлевых мешков со свежей грязью над стерильными эмалированными тазиками, в которые фильтрат стекал по каплям. В. П. Филатов и его сотрудники (1949) извлекали активные вещества из грязи либо путем настаивания ее с водой, либо посредством перегона грязи в колбе с водяным паром. «Пелоидин» М. М. Приселкова и А. Е. Лейбензона (Москва, 1948) представляет собой водную вытяжку из иловой грязи. Химиком А. Л. Шинкаренко (Пятигорск) выделено из тамбуканской грязи смолообразное вещество — вытяжка из грязи, растворяющаяся в персиковом масле.

Фактор этот еще недостаточно изучен, однако есть все основания полагать, что грязевой раствор содержит ряд действующих начал грязи — минеральные соли, бактерицидные вещества, эстрогены, бактериофаги.

В. П. Филатов установил наличие в лечебной грязи биогенных стимуляторов, которые действуют на весь организм, активируют жизненные процессы, усиливая клеточный метаболизм и регенеративные процессы. Биогенные стимуляторы — не белкового происхождения, водорастворимы, теплостойки.

Экспериментальные исследования Н. В. Колпикова[1] (Саки, 1948) подтвердили мощное стимулирующее действие грязевого раствора на ретикуло-эндотелиальную систему, на процессы иммунообразования, на повышение защитных свойств коллоидов крови.

И. Б. Асатуров (1950) показал, что грязевой раствор выдерживает автоклавирование и сохраняет при этом свою биологическую активность на ферментную систему (каталазу).

Таким образом, грязевой раствор следует рассматривать как своеобразный сложный комплекс минеральных солей и органических веществ, содержащий ряд высокоактивных биологических веществ.

В 1951 г. нами в клинике с успехом был применен пелоидин для лечения больных с подострыми гинекологическими заболеваниями (Т. Н. Кобзева).

Пелоидинотерапия заключалась:

1) в ежедневных внутримышечных инъекциях пелоидина, подогретого до температуры тела, по 10 мл 2 раза в день, всего от 20 до 40 инъекций на курс лечения;

2) в микроклизмах температуры 38° по 100 мл ежедневно, всего 10—20 микроклизм на курс лечения;

3) в тампонах в виде марлевых полосок, пропитанных пелоидином; тампон извлекали спустя 8—9 часов.

Инъекции пелоидина больные переносили легко, без осложнений и, за единичными исключениями, безболезненно.

Грязевые компрессы очень мало применяют в бальнеотерапии гинекологических больных. В клинических условиях мы с успехом применяем грязь в виде согревающих компрессов больным с подострыми заболеваниями. Техника наложения грязевого компресса

---

[1] Н. В. Колпиков. Влияние на организм физиологически активных веществ, получаемых из крымских лечебных грязей. Сборник научных трудов. Саки, 1948.

сходна с техникой наложения обычных согревающих компрессов с той лишь разницей, что пропитанную водой ткань заменяют тонким, 1—2 см, слоем грязи, предварительно нагретой до 38—40°.

Грязь намазывают на нижнюю половину живота, покрытого марлей; затем грязь покрывают клеенкой, накладывают вату и бинт (или ватник, который укрепляют полотенцем). С таким компрессом больная находится в постели от 2 до 3 часов, затем грязь удаляют вместе с марлей, низ живота обмывают теплой водой, после чего больную оставляют в постели около часа. При хорошей переносимости процедуры время ее удлиняют до 4—5 часов. В случае надобности такой же компресс накладывают на пояснично-крестцовую область — получается круговой согревающий, грязевой компресс. Грязевые компрессы назначают через день или 2 дня подряд. Всего за курс лечения применяют 8—10 грязевых компрессов. Компрессы женщины переносят хорошо, без осложнений.

4. Комплексные методы лечения

При пользовании комплексными методами лечения больных на курорте необходимо соблюдать два правила. Во-первых, добавочные методы лечения не должны идти в разрез с лечебным действием основного курортного фактора (например, горячая грязевая аппликация и холодный веерный душ), а должны усиливать действие курортного фактора на местный процесс и на общее состояние больной.

Во-вторых, необходимо всемерно избегать перегрузки больной процедурами; надо тщательно учитывать состояние сердечно-сосудистой и нервной систем, психо-эмоциональную сферу. Перегрузка процедурами и передозировка ведут к переутомлению, созданию в коре головного мозга очагов застойного возбуждения.

Каждый врач должен помнить, что отдых является существенным компонентом комплексного лечения; в этом необходимо убедить тех больных, которые пренебрегают отдыхом, заявляя, что они приехали на курорт для лечения, а не для отдыха. Только разумное чередование лечебных процедур и отдыха является залогом успеха лечения.

В целях усиления лечебного действия грязевого фактора предложено много комплексных методов лечения. Остановимся на наиболее эффективных и употребительных.

Следует различать сочетанную и комбинированную курортотерапию. Сочетанной процедура называется тогда, когда курортный фактор и какой-либо другой лечебный метод воздействуют на организм одновременно; при комбинированной курортотерапии курортный фактор и добавочный метод лечения применяют раздельно, в разное время.

Наиболее часто сочетают грязевую процедуру (грязевые трусы) с грязевыми вагинальными тампонами. При этом тампонов дают столько же, сколько и аппликаций. Во время менструации вагинальное грязелечение противопоказано.

Сочетание грязевых аппликаций и вагинального грязелечения является наиболее эффективным методом при лечении гинекологических заболеваний.

Реже применяют сочетание грязевых аппликаций с ректальными грязевыми тампонами. Аппликационно-ректальное грязелечение весьма эффективно и заслуживает более широкого применения.

Еще реже сочетают вагинальное и ректальное грязелечение. Эту комплексную процедуру многие больные переносят с трудом.

На некоторых курортах при воспалительных процессах, осложненных мено- и метроррагиями, сочетают грязевые трусы с грязевыми аппликациями на молочные железы. Такой метод очень эффективен, резко уменьшается количество и продолжительность кровопотерь; он дает возможность бесперебойно проводить грязелечение у больных с воспалительными заболеваниями, сопровождающимися мено-метроррагией.

Грязе-ионогальванизация («гальваногрязь», «электрогрязь») отличается от обычной брюшно-крестцовой гальванизации тем, что гидрофильные прокладки заменяют грязевыми лепешками (А. А. Лозинский, 1949). Реже применяют вагинальную ионогальванизацию при помощи специального электрода, который вводят в грязевой тампон. Сочетание гальванического тока с грязевой аппликацией следует считать

весьма целесообразным: грязевые прокладки допускают проведение тока гораздо большей силы, чем при обычной ионогальванизации — до 60 mA и более (А. А. Лозинский, С. Д. Бассель, Г. Л. Магазаник).

Сочетание грязелечения и диатермии («диатермогрязь») проводится по такому же принципу, что и грязе-ионогальванизация: брюшно-крестцовая или вагинальная диатермия (специальным электродом) через грязь. Хорошие результаты мы получали при сочетании обычной брюшно-крестцовой диатермии и грязевого тампона. Преимущества диатермогрязи в том, что грязь не перегревается диатермическим током, а полостная температура повышается. Грязь и диатермия как лечебные факторы усиливают и дополняют друг друга. Следует также рекомендовать сочетание грязевого тампона с лечебной гимнастикой. Непосредственно после введения тампона в колено-локтевом положении больные выполняют специальный комплекс гимнастических упражнений. Хорошие результаты от такого сочетания мы видели при фиксированных и полуфиксированных ретрофлексиях и при обширных спайках в полости малого таза.

Грязевые аппликации солнечного нагрева (грязевые медальоны), применяемые на таких курортах, как Саки, Евпатория, Осипенко, представляют собой сочетание грязелечения и аэро-гелиотерапии.

При комбинированном методе курортотерапии основная процедура и другие факторы применяются с перерывом во времени. Назначать добавочные процедуры в дни, свободные от грязевой процедуры, следует при основательных показаниях. Лучше всего в свободные от грязевых процедур дни давать больным отдых с тем, чтобы восстановить в организме равновесие после процедуры.

Грязелечение гинекологических заболеваний может комбинироваться с другими курортными методами, с физиотерапией, с лекарственным лечением.

Для усиления лечебного эффекта на ряде курортов применяют чередование грязевых процедур с рапными, морскими и минеральными ваннами.

При грязелечении ослабленных больных весьма целесообразно чередовать грязевые процедуры с углекислыми ваннами, которые тонизируют организм и об-

легчают прием грязевых процедур. Для более крепких больных мы предпочитаем, закончив курс грязелечения, дополнить его кратким (заключительным) курсом углекислых ванн, способствующих физическому закаливанию и постепенному переходу курортного режима к внекурортному. Грязевые процедуры чередуют с рапными, морскими, минеральными и газовыми ваннами при наличии генитальных и экстрагенитальных заболеваний (болезни суставов, периферической нервной системы, обмена).

В клинике Центрального института курортологии выработана следующая методика комбинированного лечения пелоидином и грязью. При подострых воспалительных заболеваниях проводилось в течение 2 недель лечение только пелоидином (инъекции, тампоны, микроклизмы), а затем после затихания подострых явлений переходили на грязелечение, при этом часто можно было ограничиться 5—7 грязевыми процедурами. Таким образом, пелоидин оказался полезным как подготовительное средство к последующему грязелечению и к сокращению количества грязевых процедур.

Вопрос о лечебном применении морских купаний при гинекологических заболеваниях крайне недостаточно освещен в литературе. Опыт показывает, что при инфильтративных формах, при наклонности к обострениям и кровотечениям морские купания в период грязелечения следует считать противопоказанными.

Больным со спаечными и спаечно-рубцовыми формами заболеваний можно разрешить морские купания при температуре воды не ниже 23° под наблюдением врача. Целесообразно не чередовать грязевые процедуры и морские купания, а проводить талассотерапию по окончании курса грязелечения.

Гораздо увереннее можно разрешать или даже рекомендовать талассотерапию в сочетании с гелиотерапией и лечебной физической культурой во время курса грязелечения больным с овариальной гипофункцией, в особенности при наличии расстройств обмена.

Само собой разумеется, что при комбинированном лечении грязью и талассотерапией гинекологу необходимо учитывать общее состояние организма больной, температуру воды, степень волнения моря, время дня,

метеорологические условия. Необходимо настойчиво разъяснять больным, что частые и длительные купания приносят не пользу, а вред.

Физиотерапия широко представлена на курортах; почти во всех санаториях имеются кабинеты физиотерапии.

При грязелечении гинекологических больных физиотерапевтические процедуры дополняют, усиливают действие курортного фактора либо заменяют грязевые процедуры в случаях, когда больные плохо их переносят.

Из электропроцедур в дни, свободные от грязевых процедур, назначают брюшно-крестцовую ионогальванизацию, диатермию, токи УВЧ. Врачи охотно применяют ионогальванизацию с хлористым кальцием и диатермию молочных желез при грязелечении гинекологических заболеваний, осложненных маточными кровотечениями. Для усиления эффективности курортотерапии ее дополняют физиотерапевтическими процедурами по рефлекторно-сегментарному методу (грязевые, гальванические воротники).

Грязелечение хорошо комбинировать с некоторыми видами водолечения: рапными или водяными ваннами перед началом курса грязелечения («входные» ванны), «сидячими» водяными ваннами с душем на поясницу и с восходящим душем на промежность после грязевой процедуры (А. А. Новицкий), охлаждающими процедурами по окончании курса грязелечения — циркулярным душем, прохладными водяными ваннами, которые мы охотно дополняем обливаниями двумя ведрами воды температуры на 1—2° ниже температуры ванны.

При грязелечении гинекологических заболеваний врачи широко используют лечебную физическую культуру.

Специальные приемы лечебной физической культуры и общие физические упражнения благотворно действуют на местный процесс в полости малого таза, тонизируют кровообращение и психо-эмоциональную сферу больной. Лечебную гимнастику можно назначать большинству больных и в дни грязевой процедуры, но не ранее чем через 2—3 часа после нее (В. Н. Мошков).

Лечебные физические упражнения выполняют обычно в утренние часы в виде гигиенической гимнастики

(«зарядки»); в дневные часы — в виде групповых или индивидуальных уроков лечебной физической культуры, в вечерние часы — в виде легких спортивных игр, экскурсий и т. д.

Некоторым больным приходится уменьшать физкультурную нагрузку в дни грязевых процедур, во время грязевой реакции, в менструальном периоде.

Следует особенно подчеркнуть эффективность комбинированного грязелечения с гинекологическим массажем при девиациях матки, спайках, сращениях, рубцовых тяжах. Особенно эффективен массаж, когда его применяют после грязевой процедуры — вызванная ею гиперемия и гиперлимфемия органов малого таза делают спайки и сращения более податливыми для массажа.

Гинекологи на курортах применяют также и тканевую терапию.

По В. П. Филатову, тканевые биогенные стимуляторы родственны биогенным стимуляторам лечебной грязи; они активируют жизненные процессы, усиливают клеточный метаболизм, активируют регенерацию.

Широко применяют в дополнение к грязелечению аутогемотерапию, и реже — протеинотерапию.

Нам кажется, нет надобности перечислять все лекарственные средства, применяемые на курортах во время бальнеолечения. Остановимся только на некоторых.

В целях усиления противовоспалительного действия грязи с успехом применяют сульфамиды и антибиотики. Особенно широко используют пенициллин. Иногда, помимо обычных внутримышечных инъекций, вводят пенициллин еще и в толщу воспалительного очага, если он расположен близко к сводам; в упорных случаях хорошие результаты лечения дает, кроме пенициллина, еще и стрептомицин.

Грязелечение обладает, как известно, мощным активирующим действием на овариальную функцию. Овариальные и эстрогенные препараты вместе с другими тонизирующими факторами курорта ярко проявляют свое действие при овариальной гипофункции.

При наклонности к кровотечениям приходится прибегать во время курса грязелечения к кровоостанавливающим медикаментозным средствам. В этих случаях

с успехом применяют прогестерон и прегнин, а также можно рекомендовать эрготин; последний укорачивает менструальный период, удлиняет интервалы и позволяет бесперебойно доводить курс курортного лечения до конца.

Важнейшим звеном комплексного лечения на курорте является режим (см. главу VI).

Соблюдение режима способствует урегулированию безусловных и созданию новых, положительных условных рефлексов, установлению суточного ритма, опирающегося на фактор времени (своевременный сон, питание, лечебные процедуры, отдых, физическая культура).

Соблюдение указанных элементов режима, разумное чередование лечебных процедур и отдыха восстанавливают силы, нормализуют функции организма, нарушенные в результате болезненного процесса в половом аппарате женщины.

Большое значение имеет психотерапия в условиях санатория, дома отдыха. Слово, учит нас И. П. Павлов, является реальным, многообъемлющим условным раздражителем. Врач-гинеколог должен очень осторожно, индивидуально и путем коллективных бесед использовать этот мощный компонент в комплексной курортной терапии, завоевать доверие к себе, к лечебным факторам курорта, к проводимому лечению.

akushe.ru

Глава V

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. Показания и противопоказания [1]

Показания

1. Сальпингоофориты (аднекситы) и периаднекситы различной этиологии (кроме туберкулезной) хронические и по окончании острого периода — при устойчивой температуре и при отсутствии резких сдвигов РОЭ и в лейкоцитарной формуле в течение 4 недель.

2. Хронические метроэндометриты, девиации матки с ограниченной подвижностью; хронические цервициты и кольпиты, упорно рецидивирующие.

3. Перипараметриты хронические; пельвеоперитониты хронические; послеоперационные инфильтраты и эксудаты по окончании острого периода при устойчивой температуре и при отсутствии резких сдвигов РОЭ и в лейкоцитарной формуле в течение 4 недель.

4. Функциональная недостаточность яичников на почве их первичного поражения при нормальных или нерезко уменьшенных размерах.

5. Бесплодие на почве воспалительных заболеваний матки и труб и нерезко выраженного недоразвития матки.

Примечание. Больные с перечисленными в пунктах 1—5 болезнями подлежат также лечению в тех местных санаториях (отделениях) для больных с болезнями женской половой сферы, где имеется бальнео-физиотерапевтическое отделение и где организовано грязелечение.

[1] Извлечение из официального справочника «Показания для санаторно-курортного лечения». Медгиз, 1954.

Грязевые курорты: Анапа, Ахтала, Бакирово, Балдоне, Бирштонас, Большие Соли, Варзи-Ятчи, Гопри, Горькое, Друскининкай, Евпатория, Ейск, Карачи, Кашин, Кемери, Кисегач, Краинка, Куяльницкий лиман (Одесса), Ликенай, Липецк, Медвежье, Миргород, Молла-Кара, Молтаево, Муялды, Осипенко, Приморский, Пярну, Пятигорск, Садгород, Саки, Сергиевские минеральные воды, Сергеевка, Серегово, Славянск, Солигалич, Сольвычегодск, Соль-Илецк, Старая Русса, Тинаки, Тотьма, Увильды, Угдан, Усолье, Учум, Хаапсалу, Хилово, Чапаевские минеральные воды, Чадыр, Шира, Эльтон, Яны-Курган.

Курорты климатические приморские, располагающие водо-грязелечебницами: Анапа, Аркадия, Геленджик, Евпатория, Зеленоградск, Лиепая, Ленинградский курортный район, Одесса, Осипенко, Отрадное, Приморский, Пярну, Светлогорск, Сергеевка, Сестрорецк, Феодосия.

На указанные выше курорты рекомендуется направлять также гинекологических больных с наличием сопутствующих болезней: органов движения, периферической и центральной нервной системы, с тромбофлебитами. Гинекологических больных с болезнями органов пищеварения и нарушением обмена веществ рекомендуется направлять на грязевые курорты с минеральными водами для питьевого лечения.

Курорты: Березовские минеральные воды, Бирштонас, Джалал-Абад, Друскининкай, Ессентуки, Железноводск, Ижевские минеральные воды, Кашин, Кемери, Краинка, Ликенай, Медвежье, Миргород, Нижние Серги, Пятигорск, Серегово, Старая Русса, Усолье, Хилово, Шира, Эльтон.

Противопоказания

1. Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии резкого обострения, осложненные острогнойными процессами.
2. Все венерические заболевания в острой и заразной форме.
3. Злокачественные новообразования.
4. Часто повторяющиеся или обильные кровотечения различного происхождения.

5. Патологическая беременность во все сроки и нормальная беременность начиная с V месяца.

6. Туберкулезные сальпинго-оофориты (аднекситы) и туберкулезные метроэндометриты, сактосальпинксы, кисты яичников, миомы (фибромы, фибромиомы), метропатии, пузырно-кишечно-влагалищные свищи, функциональная недостаточность яичников (вторичная) в результате эндокринопатий (базедовой болезни, сахарного диабета, акромегалии, болезни Кушинга и др.).

Кроме того, не рекомендуется направлять на грязевые курорты женщин: а) в послеабортном периоде (до первой менструации), б) в период лактации.

В заключение следует подчеркнуть, что в отношении противопоказаний гинекологу необходимо руководствоваться еще «Общими противопоказаниями, совершенно исключающими направление больных на курорты и в местные санатории»[1].

2. Воспалительные заболевания

Грязь обладает мощным противовоспалительным действием, способствует рассасыванию патологических продуктов воспаления, усиливает приток артериальной крови к воспалительному очагу, активирует общий и местный обмен, регулирует трофику.

Степень воздействия грязи на воспалительные процессы в органах малого таза, которое осуществляется под непосредственным регулирующим влиянием центральной нервной системы, зависит от ряда обстоятельств.

1. Степень эффективности грязелечения в большой мере зависит от того, насколько обратим данный воспалительный процесс. Лучше всего поддаются грязелечению воспалительные образования с пластическим инфильтративным процессом — сюда относятся параметриты задние и особенно боковые, а также инфильтративные или инфильтративно-спаечные формы сальпинго-оофоритов. При этих заболеваниях рассасывание идет нередко так интенсивно, что к концу курса лечения можно констатировать не только исчезновение инфильтратов, но и начало рубцевания.

---

[1] «Показания для санаторно-курортного лечения». Медгиз, 1954, стр. 11—17.

Такой быстрый и благоприятный исход отмечается особенно четко у больных со свежими воспалительными заболеваниями, ранее никогда не болевших (первичных).

Менее благоприятные результаты лечения грязью отмечаются при хронических необратимых процессах. Сюда относятся параметриты, перисальпинго-оофориты большой давности, тяжи к стенкам малого таза, толстых и тонких кишок, сальнику.

Эти соединительнотканные образования, в сущности говоря, не являются воспалительными — это стойкие остаточные проявления воспалительного процесса. Больные, страдающие спаечными и спаечно-рубцовыми процессами большой давности, составляют в общем основной контингент гинекологических больных на грязевых и бальнеологических курортах. Мы согласны со многими гинекологами-бальнеотерапевтами, что часть больных уезжает с курорта без заметных объективных изменений в состоянии здоровья; однако многие из них отмечают улучшение самочувствия, исчезновение болей, нормализацию функций органов малого таза. Этот положительный лечебный эффект зависит от воздействия комплекса курортных факторов на нейроэндокринную регуляцию функций, от размягчения тяжей и спаек, а также от ликвидации остаточных воспалительных явлений.

2. Решающее значение для эффективности процедур и для исхода лечения имеет исходное состояние, в котором началось лечение, и особенно реактивность больной. Последний вопрос далеко еще не изучен, однако многолетние наблюдения позволяют считать закономерным, что больные с уравновешенной нервной системой переносят процедуры легче и результаты лечения у них лучше, чем у больных с неустойчивой нервной системой. Это довольно четко подтверждается также наблюдениями над нашими клиническими больными.

3. Наконец, большое влияние на переносимость процедур и эффективность лечения оказывает та внешняя среда, обстановка, в которой находится больная в периоде грязелечения: при лечении в условиях санатория, где строго соблюдается лечебный режим и имеется комфорт, патологический процесс протекает более глад-

ко, результаты лечения лучше, чем в поликлинической обстановке.

Больным с острой гонореей противопоказано направление на курорт. Таким образом, главным контингентом больных с воспалительными заболеваниями гонорейной этиологии, направляемых на грязевые курорты, являются больные с латентной гонореей и так называемые «постгонорейные». К последней категории относятся больные с воспалительными заболеваниями, развившимися на почве перенесенной гонореи.

В процессе лечения грязь может оказать провоцирующее действие на воспалительный процесс; в ряде случаев обычными способами выявить гонококк не удается, а под влиянием же грязелечения он обнаруживается, и тем самым подтверждается гонорейная этиология заболевания. Чаще всего в выделениях удается обнаружить гонококки в период бальнеореакции.

Провоцирующее действие грязи выражается еще в том, что под ее влиянием отрицательная реакция Борде-Жангу может измениться в положительную (А. М. Мажбиц, 1947; Т. Н. Кобзева, 1954).

Грязелечение больных с воспалительными заболеваниями гонорейной этиологии связано с затруднениями. В процессе лечения часто наблюдаются обострения и осложнения, а бальнеореакция бывает ярко выраженной. Врачу в данном случае надо быть особенно внимательным и присоединять к грязелечению еще и другие методы (антибиотики, гоновакцину и др.).

Гоноинфекция, как известно, вызывает склерозирование тканей, слипчивые процессы и особенно часто — облитерацию труб. Поэтому при процессах гонорейной этиологии показано раннее грязелечение — сразу после того, как врач будет уверен в ликвидации гонококка.

Нет основания, казалось бы, выделять в отдельную группу послеоперационные воспалительные заболевания — так называемые «культиты», послеоперационные инфильтраты. Однако опыт и наблюдения показывают, что такие инфильтраты протекают неблагоприятно и медленно подвергаются обратному развитию под влиянием грязелечения. Неблагоприятное течение патологического процесса, видимо, зависит от времен-

ного расстройства кровообращения и иннервации тканей под влиянием оперативного вмешательства; это усложняет кортико-висцеральную регуляцию и замедляет репаративные процессы.

Больные с послеоперационными воспалительными заболеваниями должны до поездки на курорт провести общеукрепляющее лечение. В санатории лечение должно проводиться на первом этапе грязелечения по митигированному методу; иногда необходимо удлинить срок лечения; в упорных случаях приходится рекомендовать повторные курсы.

Одним из наиболее частых и тягостных последствий воспалительных заболеваний и оперативного вмешательства является возникновение в полости малого таза соединительной ткани в виде спаек, сращений, рубцовых тяжей не только вокруг органов (перипроцессы), но и в их толще (фиброзная матка, сморщенные придатки). Развившаяся в полости малого таза соединительная ткань часто влечет за собой возникновение болей, функциональные расстройства в половом аппарате женщины, а также патологические проявления в других органах, в особенности в центральной нервной системе (невротические наслоения, реактивные неврозы).

Плотные рубцы часто являются инкурабильными и в той или иной степени вызывают инвалидность женщины. Даже операция, предпринятая для ликвидации сращений, часто не приводит к цели, так как на месте разрушенных рубцовых тяжей появляются нередко новые, еще более обширные и еще более тягостные.

Установлено, что под влиянием грязевых процедур могут рассосаться лишь тонкие, нежные пленки или тяжики недавнего происхождения. Плотные же сращения и рубцовые тяжи, особенно большой давности, содержат уже нередко нервные стволы и кровеносные сосуды. Следовательно, о рассасывании здесь не может быть и речи; в лучшем случае путем грязелечения можно достигнуть размягчения тяжей, ликвидации остатков воспалительного процесса.

В борьбе с новообразованной соединительной тканью первое место принадлежит профилактическим мероприятиям. Гинекологам необходимо бороться за возможно раннее грязелечение воспалительных заболе-

ваний и тем самым за недопущение развития соединительной ткани — окончательного продукта воспалительного процесса.

При наличии развившихся плотных тяжей наилучшим терапевтическим мероприятием является комплексное лечение грязью и массажем. Массаж назначают сразу после грязевой процедуры, когда ткани находятся в состоянии максимальной гиперемии и гиперлимфемии, что способствует растягиванию тяжей или даже разрыву тончайших сращений. Благодаря такому комплексному лечению склерозированные ткани вновь обретают в той или иной мере присущую им эластичность. В значительной мере восстанавливаются анатомо-топографические взаимоотношения органов, смягчаются или даже ликвидируются патологические импульсы из полости малого таза в центральную нервную систему, восстанавливается нормальная кортико-висцеральная координация, регулируются функции полового аппарата и всего организма женщины.

Подвижные, бессимптомные ретродевиации матки не показаны для грязелечения. Фиксированные девиации, часто вызывающие расстройство менструальной, детородной, сексуальной функций, нередко являются источником невротических наслоений и неврозов.

Бесчисленное количество оперативных мероприятий, предложенных для коррекции запрокинутой матки, свидетельствует о недостаточной эффективности хирургического лечения ретродевиаций. Не удивительно поэтому, что больные с фиксированной девиацией матки весьма часто обращаются к курортной помощи, — они составляют, по Г. К. Живатову, до 54% (из 1889 больных).

При грязелечении больных с фиксированной девиацией матки, кроме наружного применения грязи, целесообразно также и ректальное ее применение в виде ректального грязелечения. Эти мероприятия в значительной мере успокаивают боли и смягчают патологические проявления, связанные с девиацией. Однако они не в состоянии превратить фиксированную ретродевиацию в подвижную, крепкие тяжи и спайки, особенно многолетней давности, под влиянием грязелечения не рассасываются. В таких случаях большое значение

имеет гинекологический массаж. Комбинированное грязелечение с массажем является наиболее эффективным методом при фиксированных девиациях.

Нельзя согласиться с предложением производить массаж до грязевой процедуры. Напротив, наш опыт и наблюдения других авторов (С. К. Лесной, Л. Ф. Линевич и др.) позволяют рекомендовать массаж непосредственно после грязевой процедуры, так как под влиянием максимальной гиперемии и гиперлимфемии тяжи становятся более сочными и податливыми для растяжения.

Нельзя поручать выполнение массажа среднему медицинскому персоналу — массаж должен проводить только врач.

Целесообразно приступать к массажу после затихания бальнеореакции.

Хорошие результаты применения комбинированного метода грязелечения и массажа при ретродевиациях матки убедили нас в целесообразности рекомендовать его для широкой практики. Это подтверждают также данные А. М. Мажбица — 81% успеха, Р. Б. Турецкой — 98%, Л. Ф. Линевич (Тинаки, 1933) — 92%.

Трихомонадный кольпит, как известно, является заболеванием, плохо поддающимся медикаментозному лечению. Мало пользы дает лечение его также и грязью; грязевые тампоны, хотя и уменьшают клинические проявления трихомонадного кольпита, но не гарантируют от рецидивов.

Вряд ли можно одобрить попытки некоторых авторов применять для борьбы с возбудителем трихомонадного кольпита грязевые тампоны высокой температуры — до 55—60°. Этот вопрос требует, конечно, всестороннего изучения, однако в свете современной бальнеотерапии больным с трихомонадным кольпитом (без других заболеваний, требующих бальнеолечения) курортное лечение не должно считаться показанным.

Трихомонадные кольпиты являются часто серьезной помехой при лечении грязью основного заболевания. Поэтому целесообразно проводить борьбу с трихомонадой еще до направления больной на курорт в качестве подготовительного мероприятия.

При наличии трихомонадного кольпита некоторые рекомендуют лечить на курорте сначала кольпит, а по-

том приступать к грязелечению основного заболевания. С такой рекомендацией нельзя согласиться — это привело бы к потере драгоценного времени, необходимого для лечения основного заболевания. Опыт показывает, что следует проводить обычное грязелечение непосредственно после вагинальной грязевой процедуры. Результаты такого комплексного лечения весьма удовлетворительные.

Эрозия — одно из проявлений нейрогенных дистрофий женских половых органов, а потому не может рассматриваться как изолированное заболевание. Однако большое практическое значение, которое имеет эрозия в патологии полового аппарата женщины, привлекает пристальное внимание гинекологов-бальнеотерапевтов.

Необходимо принять все меры к ликвидации эрозии еще до направления больной на курорт (электрокоагуляция, жидкость Гордеева и другие методы лечения). Особого внимания заслуживают больные с упорно не заживающими эрозиями. Необходимо помнить, что последние могут явиться выражением предракового состояния, хотя нередко именно таких больных гинекологи направляют на курорт в надежде на воздействие грязевого лечения.

Приступая к грязелечению эрозий, необходимо прежде всего постараться ликвидировать процессы, поддерживающие эрозию (кольпиты, эндоцервициты, застойные процессы и т. д.).

Грязь, особенно в виде вагинальных тампонов, способствует эпителизации эрозий, улучшает местный обмен и трофику тканей. Заживлению эрозий способствуют также вытяжки из грязи. В этом мы убедились (совместно с Т. Н. Кобзевой, 1952), назначая больным ванночки и тампоны с пелоидином (одна из разновидностей грязевых вытяжек). Положительные результаты применения грязевых вытяжек получили И. Б. Асатуров (Одесса), Т. П. Болонина (Свердловск) и др.

Среди приезжающих на курорты для грязелечения первое место занимают больные с воспалительными заболеваниями придатков. По данным Г. К. Живатова, среди 5232 больных с воспалительными заболеваниями, у 71,2% были сальпинго-оофориты, а по данным В. А. Мишина (Куяльник, 1927) — у 70,3%. А. В. Слай-

чевский из 1046 гинекологических больных у 73,3% диагностировал воспалительные процессы в придатках.

Мало утешительные результаты получаются при бальнеолечении мешетчатых опухолей труб.

Редкие случаи излечения гидросальпинкса следует расценивать как восстановление способности трубной стенки к всасыванию либо к опорожнению содержимого трубы в полость матки или в брюшную полость. Как правило, гидросальпинкс либо остается без изменения, либо, что бывает гораздо чаще, увеличивается в объеме. Нам приходилось наблюдать у больных трубную колику в результате чрезмерного растяжения стенок трубного мешка.

Таким образом, у больных с гидросальпинксом не следует применять грязелечение. Возможно лечение грязями при наличии воспалительных явлений в целях подготовки к предстоящей операции.

При конгломератных воспалительных опухолях придатков («аднекстумор») можно применять осторожное, бережное грязелечение, преимущественно в качестве подготовительного мероприятия перед оперативным вмешательством. Следует, однако, отметить, что, применяя митигированное грязелечение при подострых конгломератных воспалительных опухолях придатков недавнего происхождения в клинических условиях, мы наблюдали весьма удовлетворительные результаты.

Старые гематосальпинксы и кровоизлияния в заднем дугласе очень плохо поддаются грязелечению. Грязелечение противопоказано больным с пиосальпинксом во всех его стадиях.

При возникновении в период грязелечения гнойных очагов следует опорожнить гнойник при помощи пункции и ввести в полость гнойника антибиотики.

Злокачественные новообразования безоговорочно являются противопоказанными для грязелечения. При наличии кисты больная подлежит оперативному вмешательству. Под влиянием грязелечения всякая киста быстро увеличивается.

В виде исключения допустимо грязелечение при наличии воспалительных процессов в целях подготовки к предстоящей операции.

Миомы для грязелечения противопоказаны.

Разрешается грязелечение экстрагенитальных заболеваний (артритов, радикулитов и др.) больным с миомами в периоде климакса и менопаузы, когда миома находится в состоянии обратного развития, а стимулирующее действие яичников угасает.

3. Профилактическое значение грязелечения

Для предупреждения перехода острого воспалительного процесса в хронический, для предупреждения развития в полости малого таза спаек и рубцов, нарушающих функции полового аппарата женщины, прекрасным средством является осторожное грязелечение непосредственно по окончании острого периода воспалительного заболевания. Успех лечения во многих случаях можно расценивать как полное выздоровление, так как у ряда женщин наступает беременность.

Раннее грязелечение настойчиво рекомендует Л. Ф. Линевич. Он утверждает, что грязелечение устраняет резидуальные явления, оставшиеся после бывших воспалительных заболеваний, и рекомендует приступать к лечению сразу после того, как закончился острый период болезни. В таких случаях нельзя придерживаться тактики выжидания, потому что за это время всякого рода выпоты и спайки успевают претерпеть рубцовое перерождение и сделаться мало доступными для лечения.

Таким образом, своевременное раннее грязелечение в условиях санатория или больницы может стать отличным методом предупреждения образования рубцовых тяжей и для восстановления здоровья.

Начальные стадии гипоовариии мало привлекают к себе внимание как больных, так и врачей. Грязелечение в комплексе с гормонотерапией и тонизирующими факторами курорта является мощным средством предупреждения перехода начальных стадий в стойкую гипоовариию и ранний климакс.

Ликвидация воспалительных процессов способствует восстановлению кортико-висцеральной регуляции, создает условия для нормализации кровообращения в полости малого таза, урегулирования овуляторной функции, восстановления проходимости труб и тем

самым способствует предупреждению бесплодия.

Одной из частых причин самопроизвольного аборта является недоразвитие матки, воспалительные заболевания, особенно ретродевиации матки. Своевременно предпринятое грязелечение в комплексе с массажем является мощным средством профилактики спонтанных абортов.

Большое значение имеет лечение эрозии шейки матки. Своевременная ликвидация эрозии предупреждает ее злокачественное перерождение. Грязелечение, особенно вагинальное, способствует эпителизации поверхности и, таким образом, является одним из профилактических звеньев борьбы с раковыми заболеваниями.

Хронический, затяжной воспалительный процесс в малом тазу является раздражителем, который при длительном его воздействии на пораженные органы, особенно яичники, может быть причиной развития в них бластоматозного процесса и, таким образом, служить этиологическим фактором развития рака яичника (И. Ф. Жорданиа, 1956). Отсюда следует, что своевременное, возможно раннее грязелечение воспалительных заболеваний является наряду с другими профилактическими мероприятиями одним из средств предупреждения развития рака яичника.

Грязелечение, улучшая течение или ликвидируя болезненные процессы в половом аппарате женщины, является средством профилактики ряда экстрагенитальных заболеваний. Так, грязелечение гинекологических заболеваний в ряде случаев предупреждает возникновение связанных с ними крестцово-поясничных радикулитов, предупреждает соляриты, которые часто возникают в результате гинекологического заболевания (М. А. Петров-Маслаков). Особенно ценно грязелечение гинекологических заболеваний для профилактики невротических наслоений, столь часто возникающих на почве патологических процессов в полости малого таза.

Таким образом, своевременно предпринятое грязелечение занимает выдающееся место в цепи лечебно-профилактических мероприятий, проводящихся в целях оздоровления женщины.

* *
*

Помимо профилактического и лечебного значения, грязелечение является ценным диагностическим методом, так как нередко в начале курса лечения наступает спровоцированное обострение болезненного процесса. Так до применения грязи мы нередко находили только спайки в полости малого таза, а после нескольких грязевых процедур обнаруживали аднекситы, которые обострялись под влиянием грязи. Нередко при наличии одностороннего аднексита после 3—4 грязевых процедур диагностируется аднексит также и на «здоровой» стороне — грязь активировала дремлющую инфекцию. В цервикальном секрете часто удается обнаружить, особенно во время грязевой реакции, латентного гонококка, которого раньше не удавалось выявить обычными методами провокации. Увеличенная матка, трактовавшаяся как метритическая, после нескольких процедур оказывается иногда миоматозной: грязь стимулировала к набуханию миоматозные узелки, раньше ускользавшие от пальпации. Поэтому окончательный диагноз целесообразнее ставить не при первом, а при последующем осмотре, когда пальпаторные данные под влиянием грязелечения становятся более отчетливыми.

Во время грязелечения гинеколог должен тщательно следить за показателями крови. Однако есть еще врачи, которые считают главным показателем только РОЭ. Такой подход слишком односторонен. Одна эта реакция никоим образом не может служить надежным критерием тяжести заболевания или абсолютным противопоказанием для грязелечения. Она может и должна заставить лечащего врача насторожиться и еще более внимательно следить за развитием болезни и за ходом грязелечения. Только учитывая и другие показатели крови, тяжесть воспалительного процесса, общее состояние больной, можно получить правильную ориентировку в своих лечебных мероприятиях.

Все сказанное, а также наши многолетние наблюдения опровергают положение тех гинекологов, которые считают грязелечение противопоказанным больным с воспалительными заболеваниями при цифрах РОЭ выше 20 мм в час. Гораздо правильнее, нам кажется, подхо-

дит к оценке этой реакции А. С. Вишневский, который постепенное ускорение ее в процессе лечения рассматривает как тревожный признак. Нарастание скорости оседания эритроцитов должно заставить лечащего врача еще раз тщательно и всесторонне обследовать больную, а при наличии других неблагоприятных проявлений — сделать перерыв в грязелечении или даже отменить его.

При назначении грязевых процедур больным с воспалительными заболеваниями мы рекомендуем придерживаться шкалы Г. К. Живатова:

1) гипертермическое грязелечение — горячее, 48—50°;
2) изотермическое грязелечение — теплое, 37—38°.

Больным с хроническими процессами большой давности, без наклонности к обострениям и кровотечениям, при торпидных процессах (вяло реагирующих на грязь), удовлетворительном общем состоянии организма, допустимо назначать гипертермическое грязелечение. Однако грязевые аппликации очень высокой температуры в настоящее время почти не применяют. Горячая грязь (50°, 52°), не усиливая эффективности процедуры, ослабляет больную. Большинство гинекологов считает предельной температурой грязевых трусов 45—46° и лишь в отдельных случаях находит возможным доводить температуру грязи до 48°.

При подострых воспалительных процессах, наклонности к обострениям и кровотечениям у ослабленных анемизированных больных, имеющих сопутствующие заболевания сердца и сосудов, показано изотермическое грязелечение.

Необходимо придерживаться следующего правила: никогда не начинать с энергичного грязелечения. В целях адаптации к грязевому раздражителю первые процедуры должны быть щадящими, и только во время лечения, учитывая индивидуальные особенности больной, можно усиливать интенсивность лечебного процесса.

При комплексном грязелечении (аппликационном и вагинальном) рекомендуется начинать лечение с грязевых трусов и лишь после нескольких процедур присоединить вагинальные грязевые тампоны. Особенно это относится к больным с недавно закончившимся острым воспалительным процессом.

Грязевые аппликации в комплексе с вагинальным грязелечением являются наиболее эффективным методом грязелечения гинекологических больных с воспалительными заболеваниями. Вагинальное грязелечение показано тем больным, которым грязелечение необходимо, но имеются противопоказания общего характера (болезни сердца, легких, почек, значительная анемия, базедовизм, выраженные неврозы).

Наиболее показаны для вагинального грязелечения низко расположенные воспалительные образования: эксудаты в заднем дугласовом пространстве, низко стоящие боковые параметриты, задний параметрит, пириформиты, фиксированные в заднем дугласовом пространстве аднекситы, эрозии, кольпиты. Противопоказаниями к вагинальному грязелечению служат острый вульвовагинит, прурит, выраженный вагинизм, беременность, менструальный период.

Обострения при грязелечении, которые нам приходилось наблюдать, были обусловлены грязевыми тампонами чаще, чем грязевыми аппликациями, так что аппликационный метод следует считать более щадящим для половой сферы женщины, чем вагинальное грязелечение. Поэтому показания к вагинальному грязелечению следует ставить гораздо строже, чем для аппликационного метода. Ректальное грязелечение при воспалительных заболеваниях применяется гораздо реже, чем грязелечение вагинальное.

Показания для ректального грязелечения в общем сходны с показаниями для вагинальных грязевых тампонов. Особенно показано ректальное грязелечение при высоко лежащих воспалительных образованиях и при пластических процессах в крестцово-маточных связках («лигаментиты»). Ректальное грязелечение оказывает терапевтическое воздействие и на патологические процессы в кишечнике — при запорах, застойных явлениях, пери- и парапроктитах. Ректальное грязелечение применимо там, где противопоказано вагинальное грязелечение: чрезмерно узкая вагина, выраженный вагинизм, менструальный период.

При подострых воспалительных процессах показано грязелечение митигированным методом.

Мягкое действие, легкая переносимость и хорошая эффективность митигированного грязелечения во всех

его вариантах и модификациях значительно расширяют круг показаний для грязелечения. Оно показано не только больным с подострыми воспалительными заболеваниями — этим методом успешно лечат больных, с хроническими процессами, склонными к частым обострениям, больных, у которых местный воспалительный процесс, требующий грязелечения, сопровождается сердечно-сосудистым заболеванием, нерезко выраженным гипертиреозом, астеническими реакциями. Митигированное грязелечение допустимо в пожилом возрасте, в предклимактерическом и климактерическом периоде.

Лечебная физическая культура является весьма ценным подспорьем при грязелечении и, за редкими исключениями, применима у каждой больной.

Общие упражнения тонизируют функции организма — обмен, сердечную деятельность, психо-эмоциональную сферу, а специальные упражнения оказывают лечебное действие на воспалительные и спаечные процессы в полости малого таза, активируют развитие гипопластической матки, усиливают овариальную функцию.

Физические упражнения стимулируют и ускоряют течение регенеративных процессов, повышают физиологическую активность в пораженной области, способствуют анатомическому и функциональному восстановлению (В. Н. Мошков) [1]. При грязелечении девиаций и спаечных процессов особенно хорошие результаты дает применение лечебной физической культуры в комплексе с гинекологическим массажем.

Правильно построенный курортно-санаторный режим является благоприятным фоном, который обеспечивает успешное проведение лечебных мероприятий. Несоблюдение режима неизбежно влечет за собой снижение эффективности грязелечения. Правильный режим — основа курортного лечения.

Режим питания имеет огромное значение при лечении любого заболевания. Лечебное питание должно быть калорийным, с правильным соотношением белков, жиров, углеводов, солей, витаминов.

Психотерапевтическое воздействие («речевая терапия») на больную осуществляется соче-

---

[1] В. Н. Мошков. Лечебная физкультура, ее оздоровительное и профилактическое значение. М., 1954.

танием максимального внимания и забот о больной со спокойной уверенностью, волей, настойчивостью врача. Слово врача нельзя отделить от его личности: если он сумел завоевать доверие больной, то одно это уже обеспечивает успех лечения. Необходимо постоянно помнить краткие, но выразительные слова В. М. Бехтерева: «Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач».

На курорте слово врача приобретает большое значение. Умелое воздействие через вторую сигнальную систему (путем психотерапевтических бесед или при помощи словесного внушения в гипнозе) оказывает существенную помощь врачу в борьбе с мнительностью, с гоно- и канцерофобией, с тревожными эмоциями больных за близких, оставленных дома, в устранении плохой переносимости процедур.

Учитывая значение словесного воздействия, необходимо беречь психику больной. Любое неосторожное, даже вскользь брошенное слово может стать источником значительных реактивных проявлений со стороны психики больной (ятрогенное заболевание).

Польза от словесного раздражителя при неумелом его употреблении может перейти в прямую противоположность и принести вред, иногда непоправимый.

4. Расстройство менструального цикла. Бесплодие

Воспалительный процесс органов малого таза женщины, изменяя функциональное состояние рецепторов полового аппарата, почти всегда изменяет ее менструальную функцию.

Расстройства менструальной функции при воспалительных заболеваниях, по данным С. К. Лесного (1950), наблюдается у 82% гинекологических больных, по данным К. Д. Вачнадзе (1934) — у 85%, по данным Г. К. Живатова — у 83%. Мы обнаружили нарушение менструальной функции у 76% из 430 клинических больных с подострыми воспалительными заболеваниями (1950—1954).

Наши наблюдения над 1620 больными (Ессентуки, 1933—1935) позволяют прийти к следующим выводам.

1. Во время и после грязелечения у большинства больных сила, продолжительность и болезненность

менструаций остаются без изменений или имеют тенденцию изменяться в сторону уменьшения.

2. Интервалы между менструациями под влиянием грязелечения у подавляющего числа больных укорачиваются.

3. Вагинальное грязелечение действует на менструальную функцию сходно с грязевыми аппликациями.

4. За небольшим исключением грязевые процедуры во время менструации переносятся так же, как и вне менструального периода.

5. Подавляющему числу больных можно не запрещать грязелечение во время менструального периода.

Из 312 больных, бывших под нашим наблюдением (1936—1937), большинство (84%) переносило грязелечение во время менструации так же хорошо, как и во внеменструальном периоде. Однако нельзя не считаться с тем, что немалая группа больных (16%) переносила грязелечение во время менструаций хуже, чем в остальное время.

Таким образом, следует прийти к выводу, что грязелечение во время менструального периода можно разрешать или даже рекомендовать большинству больных при строгом учете индивидуальных особенностей организма.

Противопоказано грязелечение в менструальном периоде больным с очень обильными менструациями, с недавно закончившимися воспалительными процессами, с выраженными воспалительными образованиями, больным, плохо переносящим процедуры (явления со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем). Особенно следует избегать совпадения менструального периода с бальнеореакцией, которая при этом протекает гораздо интенсивнее.

Большинство гинекологов считает вагинальное грязелечение противопоказанным во время менструального периода, так как возможны обострения, а также нарушения менструальной функции. Лишь немногие гинекологи — М. И. Быковцева (Эльтон, 1923), Р. А. Новицкая (Гопри), Н. А. Ашихмин, Г. К. Живатов (1929) и С. К. Лесной — не возражают против вагинального грязелечения во время менструального периода.

Интересно отметить, что Г. К. Живатов считает грязевые вагинальные тампоны показанными при скудных

менструациях; в то время как С. К. Лесной считает, что при скудных менструациях вагинальное грязелечение делает их еще более скудными. Мы, применяя в клинической обстановке (Москва, 1938) вагинальное грязелечение во время менструального периода у больных с гипоовариальными расстройствами, не видели никаких сдвигов в менструальном периоде и в организме больных.

Таким образом, небольшое количество наблюдений, притом противоречивых, требует от врачей дальнейших наблюдений и углубленного изучения вопроса о допустимости и целесообразности вагинального грязелечения во время менструального периода.

Больных, страдающих мено-метроррагиями, при направлении на курорт необходимо тщательно обследовать с обязательным выяснением причины кровотечения.

Наиболее показано грязелечение больным, страдающим кровотечениями на почве воспалительных заболеваний: ликвидируя воспалительные процессы, грязевые процедуры действуют регулирующим образом на кровообращение в полости малого таза, способствуют нормализации менструальной функции и ликвидируют меноррагии.

Практически в борьбе с кровотечениями наибольший успех дают грязевые аппликации на молочные железы, но метод требует дальнейшего теоретического и экспериментального обоснования.

При сочетании грязевых трусов с грязевыми аппликациями на молочные железы резко уменьшаются кровопотери, что дает возможность бесперебойно проводить грязелечение у больных с воспалительными заболеваниями, сопровождающимися менометроррагией. Метод грязевых аппликаций на молочные железы значительно расширяет наши терапевтические возможности на курорте. Так, все применяющие грязевые аппликации на молочные железы отмечают их гемостатический эффект при кровотечениях на почве фибромиом.

Само собой разумеется, что у ряда больных нельзя ограничиться применением грязевых процедур — приходится прибегать к комплексному лечению, используя общепринятые кровоостанавливающие средства.

Большинство женщин в климактерическом периоде плохо переносит грязевые процедуры даже при нормально протекающем климаксе, поэтому назначать им этот вид лечения надо с осторожностью.

Южные курорты (Крым, черноморское побережье Кавказа) мало подходят для женщин в климактерическом периоде. Гораздо лучше чувствуют они себя, а тем более в жаркие летние месяцы, на прохладных курортах Прибалтики.

В особенности следует быть осторожным при грязелечении генитальных и экстрагенитальных заболеваний у женщин с патологически протекающим климаксом: сердечные, вазомоторные и нервно-вегетативные расстройства при грязелечении обычно резко усиливаются. Если имеется настоятельная необходимость в назначении грязевых процедур, то они должны проводиться по строго митигированному методу.

Среди больных с расстройствами менструальной функции, направляемых для курортного лечения, большое место занимают больные с гипоовариальными расстройствами.

Больные с пониженной функцией яичников обращаются за курортной помощью чаще всего в запущенных случаях с длительными задержками, тягостными субъективными ощущениями и объективными изменениями, когда процесс нередко становится необратимым. Начальных стадий гипоовариии, как правило, больные не замечают, а гинекологи недостаточно их оценивают. Лечение больных с гипоовариальными расстройствами на почве воспалительных процессов сводится к грязелечению основного заболевания. Под влиянием грязелечения воспалительные процессы затихают и овариальная функция улучшается.

При чисто инкреторной форме гипоовариии, не осложненной воспалительным процессом, рекомендуется активная стимуляция овариальной функции.

Из грязевых процедур показаны грязевые аппликации, вагинальное и ректальное грязелечение, диатермогрязелечение, грязеионогальванизация; грязелечение в комплексе с углекислыми ваннами и орошениями, гелиотерапией, морскими купаниями, лечебной физической культурой (лечебная гимнастика, подвижные игры, легкий спорт).

Особое значение имеет применение во время пребывания на курорте гормонотерапии. Грязелечение и соответствующие эндокринные препараты, взаимно дополняя друг друга, представляют собой наиболее эффективный комбинированный метод лечения гипогенитальных расстройств овариогенного происхождения.

Целесообразность применения гормонотерапии подкрепляется еще и тем, что среди активных биологических веществ, содержащихся в грязи, немалое место занимают эстрогены (Г. К. Живатов, С. М. Павленко, С. К. Лесной и др.), которые обнаружены во многих грязевых месторождениях.

При гипоовариальных расстройствах, связанных с ожирением, показано грязелечение в комбинации с диетой, питьем минеральной воды, лечебной физической культурой, общим массажем.

Мы (совместно с А. П. Кушелевским) наблюдали в Центральном институте курортологии (1939) 121 больную с гипоовариальными расстройствами, из них 91% были в возрасте от 20 до 35 лет; при этом 40% больных страдало астенией; у 65% больных давность заболевания была более 3 лет.

В заболевание были вовлечены: эндокринные железы, вегетативная и центральная нервная системы, обмен.

Характерные проявления гипоовари: пониженная менструальная функция (100%); позднее наступление менструации (47%); первичное бесплодие (38%); половая холодность (75%); головные боли (71%); общая слабость, утомляемость, пониженная трудоспособность (57%); ослабление памяти (51%); меньшая против нормы матка (63%); у ряда больных — ювенильное строение турецкого седла, отклонение основного обмена от нормы.

Наилучшие результаты грязелечения мы наблюдали у больных с явлениями олигоменореи, на втором месте были больные с аменореей, на третьем — больные с гипоменореей. Никакого эффекта грязелечение не дало у 17 больных с преждевременным климаксом и с атрофическими явлениями в половом аппарате.

В лечебный комплекс входили грязелечение (аппликационное и вагинальное), режим, лечебная физическая культура. Гормонотерапия и лекарственная тера-

пия не применялись. Отдаленные результаты лечения (38 больных) были в общем сходны с непосредственными результатами.

В 1939 и 1940 гг. мы наблюдали в Ессентуках 242 больных с овариальной гипофункцией, у которых была установлена взаимосвязь гипоовария с заболеваниями обмена (118 больных) и с пониженной секрецией желудка (124 больных).

Частота определенных симптомов у больных с гастрооварнальным синдромом позволила нам объединить эти симптомы в «симптомокомплекс четырех А»: аменорея (олигогипоменорея), анестезия сексуальная, ахилия (анацидитас), амнезия.

Гастрооварнальный синдром (независимо от бальнеолечения) изучали также С. О. Бадылкес, С. М. Павленко, Бороденко и др.

Оставляя в стороне физиологическую аменорею, аменорею военного времени, аменорею летнего времени, укажем в качестве противопоказаний к грязелечению гипоовария на почве резко выраженного гипогенитализма, акромегалии, микседемы, базедовой болезни, болезни Кушинга. Об этих противопоказаниях врачи должны помнить при направлении на курорт больных с гипоовариальными расстройствами. Нельзя руководствоваться только явлениями гипо-, олиго- или аменореи, — необходимо учитывать этиологию и патогенетические основы этих проявлений, их первоисточник.

Проблема грязелечения во время беременности имеет большое практическое значение.

В решении этого вопроса еще не достигнуто единства мнений. Одни (А. М. Мажбиц, А. А. Орловский — Саки, 1932) считают грязелечение беременных абсолютно противопоказанным. Другие (А. А. Новицкий — Ессентуки, 1931; А. Ф. Линевич — Тинаки, 1933; Г. К. Живатов — Одесса, 1940, и др.) допускают грязелечение во время беременности.

Допустимость грязелечения во время беременности доказана экспериментально Ф. А. Шавердовой (1931): подвергая беременных животных воздействию горячей грязи, она убедилась в том, что это не ускоряет наступление родов и не отражается вредным образом на состоянии беременных самок и детенышей.

Нам неоднократно приходилось разрешать грязелечение во время беременности при различных экстрагенитальных заболеваниях, особенно артритах, без всякого ущерба для беременности.

За долгие годы наблюдений мы выработали следующие правила:

1) беременным при воспалительных процессах в полости малого таза не следует назначать грязи во избежание прерывания беременности;

2) грязелечение экстрагенитальных заболеваний противопоказано беременным, если в анамнезе имеются самопроизвольные аборты, токсикозы, недоношенные беременности;

3) беременным следует воздержаться от поездки на курорт, если она связана с длительной и тряской дорогой;

4) грязелечение при наличии беременности следует применять по митигированному методу и при обязательной консультации лечащего врача с гинекологом.

Вопрос о целесообразности грязелечения экстрагенитальных заболеваний во время беременности ввиду его большого практического значения нуждается в тщательном и всестороннем изучении.

Большое практическое значение имеет грязелечение в борьбе с привычным выкидышем.

Грязелечение вместе с другими курортными факторами способствует улучшению процесса овуляции, урегулированию циклического преобразования эндометрия, улучшению кровообращения в органах малого таза и тем самым создает благоприятные условия для зачатия и доведения беременности до нормальных родов.

Нельзя назначать грязевые процедуры в лактационном периоде, так как они оказывают отрицательное влияние на функции молочных желез, изменяют химический состав молока. Во избежание осложнений не следует назначать грязелечение сразу после самопроизвольного аборта или выскабливания; целесообразно назначать грязелечение не раньше окончания ближайшей менструации.

На грязевых курортах ежегодно лечится большое количество женщин, страдающих бесплодием.

Так, по данным К. Г. Живатова (1938), из 1889 курортно-санаторных больных 55,8% было с жалобами

на бесплодие; по А. М. Мажбицу (1947), число бесплодных женщин, лечившихся на грязевых курортах, составляет 43—50%. По М. Р. Кагану (Одесса, 1950), среди 2282 санаторных больных бесплодных было 49—58%. Б. И. Рессин (Феодосия, 1950) отмечает, что из 865 санаторных больных бесплодием страдало 259. Приведенные статистические данные показывают, что приблизительно около 50% всех лечащихся на грязевых курортах женщин страдают бесплодием.

Среди патологических процессов, влекущих за собой бесплодие, на первом месте по значимости и частоте стоит непроходимость маточных труб («трубное бесплодие»), возникающая в результате послеродовых, послеабортных и в особенности гонорейных воспалительных заболеваний.

Грязелечение показано больным с врожденной недоразвитой маткой. Допустимы для грязелечения только те случаи гипоплазии, когда длина полости матки при зондировании оказывается не меньше 4 см. Однако приходилось не раз встречать женщин, которые после грязелечения беременели даже при наличии более высоких степеней гипоплазии матки.

При инфантильной матке грязелечение бесполезно.

Наконец, грязелечение показано при так называемой «эссенциальной» стерильности, когда при самом тщательном обследовании мужа и жены нельзя обнаружить никакой патологии, препятствующей беременности.

Терапевтическое действие грязелечения при бесплодии проявляется прежде всего в ослаблении или даже в ликвидации воспалительного процесса, благодаря чему спайки и инфильтраты в трубах рассасываются и они становятся проходимыми, восстанавливается их нормальная функция. Грязевые процедуры улучшают овуляцию и тем самым способствуют развитию гипопластической матки, стимулируют преобразование эндометрия.

При бесплодии лучше применять комплексный метод лечения. Так, при общем и местном недоразвитии полезно присоединить к грязелечению гормоно- и эстрогенотерапию в комбинации с лечебной физической культурой. В случаях фиксированной девиации матки рекомендуется во время курса грязелечения исправлять положение матки с помощью массажа; при бесплодии на почве ожирения необходимо бывает назначение

минеральной воды, диеты, лечебной физической культуры, общего массажа и т. д.

Воздействие курортных факторов в комплексе с психотерапией стимулирует жизненный тонус даже у тех женщин, которые потеряли почти всякую надежду на возможность деторождения, но все же упорно стремятся к осуществлению своей мечты о материнстве. Не следует отнимать у них этой надежды даже в том случае, когда терапию заведомо можно считать бесполезной.

Необходимым условием успешности грязелечения трубного бесплодия является восстановление проходимости труб. Основным диагностическим и прогностическим критерием здесь является результат продувания труб и в особенности сальпингографии.

Все авторы, применявшие лечение таких больных грязью, свидетельствуют о его высокой эффективности в восстановлении проходимости труб. Так, Б. И. Рессин наблюдал положительный результат у 32% больных, Т. Я. Микеладзе — у 40%, А. М .Мажбиц — у 50%.

По-видимому, грязелечение в комплексе с диатермией дает лучшие результаты, чем одно грязелечение (С. С. Владимирская, Б. Н. Каган, Т. Я. Микеладзе).

Нельзя согласиться с предложением некоторых авторов широко применять на курортах продувание труб и сальпингографию и с утверждением, что оба эти метода вполне безопасны при соблюдении, конечно, необходимых условий. Описано немало случаев осложнений, иногда очень тяжелых, в результате продувания труб и сальпингографии. Это заставляет руководствоваться следующими правилами:

1) придерживаться строгих показаний, предпринимать продувание или сальпингографию только при настоятельной необходимости уточнить диагноз или прогноз заболевания (бесплодия);

2) продувание или сальпингографию надо делать до поездки больной на курорт или после возвращения; в случае необходимости производить эти манипуляции на курорте их следует осуществлять до грязелечения или по окончании курса;

3) нельзя производить продувание или сальпингографию во время бальнеореакции и в менструальном периоде;

4) выполнять эти манипуляции можно только в условиях стационара, при строгом соблюдении асептики и антисептики и при безукоризненной технике.

Положительные результаты лечения бесплодия грязями исчисляются от 8—10% (А. М. Мажбиц) и до 19% (Л. Н. Старцева). Восстановление же проходимости труб после грязелечения отмечено у 30—50% больных. Причина такого расхождения в том, что для ликвидации бесплодия необходимо не только восстановление просвета труб, но и восстановление их нормальной перистальтики.

Здесь изложены основные, наиболее существенные сведения о лечении гинекологических больных на грязевом курорте. Дело лечащего врача организовать лечебные мероприятия с учетом особенностей заболевания и главным образом индивидуальных особенностей всего организма больной.

akusher-lib.ru

Глава VI
САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ РЕЖИМ

Режим гинекологических больных в основном укладывается в общий режим лечения и отдыха в санаториях и на курортах.

Однако некоторые особенности женского организма — анатомические и физиологические — должны быть учтены при установлении индивидуального режима для таких больных.

Устройство и организация гинекологического санатория должны отвечать современным требованиям, предъявляемым к санаторному строительству вообще. Однако это учреждение в то же время должно отвечать ряду требований, имеющих целью поставить гинекологических больных в наивыгоднейшие условия режима для лечения на курорте.

Здание санатория должно находиться в парке с красивыми видами на окрестности. Санаторий не должен быть расположен около шоссе или у железной дороги.

Крутые лестницы в санатории или в отделении для гинекологических больных, как, впрочем, во всяком санатории, недопустимы — это имеет немалое значение для больных с воспалительными заболеваниями, для менструирующих, для беременных.

Количество коек в санатории не должно превышать 150—200. Комнаты должны быть просторными с верандой и рассчитаны преимущественно на 1—2 человека, с проведенной водой и удобной мебелью.

В санатории должен строго соблюдаться режим дня, тишина и покой.

Большое значение в специальных санаториях имеют комнаты женской гигиены. Устройство такой комнаты несложно: кафельные стены, плиточный пол,

трап для стока воды и над ним — водопроводная трубка, подающая вверх струю теплой воды.

Желательно, чтобы все процедуры, в том числе грязевые и бальнеологические, производились в здании санатория. Это избавило бы больных, особенно слабых, от утомительного переодевания, хождения, ожидания, возможного охлаждения.

Всех больных, находящихся на лечении в санатории и нуждающихся в хирургическом вмешательстве, направляют в местные больницы.

Изучив больную, врач-гинеколог должен определить, какое лечение следует ей предложить — санаторное или поликлиническое. Этот выбор должен быть сделан еще до отъезда больной на курорт.

Санаторный режим показан для гинекологических больных с недавно закончившимися воспалительными процессами, с обширными эксудатами и инфильтратами, когда можно ожидать обострения воспалительного процесса или кровотечения. Такие больные требуют внимательного наблюдения, постоянного ухода и соответствующей обстановки, обеспечивающей максимальный покой и удобства.

Санаторный режим показан также для больных, у которых, кроме гинекологического заболевания, имеются еще болезни сердца, нервной системы, общее истощение, эндокринные расстройства.

Врачи нередко недооценивают лечебного значения отдыха. Эту важнейшую сторону санаторного режима они чаще всего предоставляют усмотрению самих больных.

Формы отдыха на курорте разнообразны: пассивный отдых — ночной сон, дневной сон в послеобеденные «часы отдыха», отдых после процедуры; отдых, связанный с некоторым напряжением внимания — настольные игры, чтение, посещение лекций, кино, театра, концертов; отдых, связанный с подвижностью, — прогулки, экскурсии, игры, легкий спорт. Все это создает положительные эмоции, улучшает настроение, повышает аппетит. Однако нельзя злоупотреблять активными видами отдыха: нам не раз приходилось видеть тяжелые обострения и кровотечения, возникшие в результате слишком азартной игры в волейбол, восхождений на горы, участия в утомительных состязаниях.

Режим питания. Правильное питание в период пребывания в санатории имеет большое лечебное и общеукрепляющее значение; необходимо подавать разнообразные и вкусные блюда.

Поднятию аппетита способствует обстановка, оформление помещения, сервировка, оформление блюд, быстрое, внимательное, дружелюбное обслуживание.

Наиболее целесообразным следует считать в санаторно-курортных условиях 4-разовое питание в одну смену, лучше в небольших комнатах, а не в общем зале.

В первый день приезда в санаторий больные отдыхают, знакомятся с распорядком дня и постепенно переходят на новый режим. На второй день врач проводит обследование, составляет план лечения.

Распорядок дня, установленный в санатории, некоторым больным в первые дни их пребывания в санатории кажется тягостным. Необходимо убедить таких больных в целесообразности и необходимости соблюдения режима. Все же для некоторых больных приходится делать отступление в отношении продолжительности сна, часа отдыха, режима питания.

Большую помощь в установлении правильного режима оказывают психотерапевтические беседы врача. Ознакомившись с больной, врач разъясняет ей сущность ее болезни, терпеливо исправляет ее ошибки и заблуждения, вселяет в нее бодрость, уверенность в излечении, сообщает план лечения. Все это способствует установлению правильного режима и спокойного хода лечения.

С первого дня приезда в санаторий больная должна чувствовать, что здесь о ней заботятся.

Во время менструального периода следует ограничить лечебную нагрузку. При обильных менструациях грязелечение в первые дни должно быть полностью отменено.

Согласно официальным показаниям, беременным до V месяца разрешается лечить на курортах экстрагенитальные заболевания.

Режим беременных укладывается в общесанаторный режим, но он должен быть, конечно, щадящим. В отношении беременных лечащий врач должен всегда консультироваться с гинекологом.

Беременным рекомендуется предоставлять помещение в первом этаже санатория; лечебное питание дол-

жно соответствовать диете для беременных; у более слабых больных физиологический сон должен быть удлинен, посещение врача должно быть более частым.

Подвижные игры, особенно связанные с сотрясением тела (волейбол, теннис) должны быть беременным запрещены.

Не следует допускать их к экскурсиям, особенно связанным с длительной ходьбой, с тряской в автомобиле, с восхождением на горы.

Грязевые процедуры беременным должны отпускаться по митигированному методу, по возможности по утрам. Между едой и процедурами должен быть достаточный интервал с обязательным удлиненным отдыхом после них.

Большие затруднения испытывают врачи при построении режима в случаях, когда больная приезжает на курорт с небольшой задержкой месячных. Для установления беременности необходим повторный осмотр спустя 7—10 дней. Прекратить на этот срок процедуры — значит сократить срок пребывания на курорте и травмировать самочувствие больных; продолжение же обычного лечебного режима при беременности связано с опасностью ее прерывания со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Иногда приходится принимать компромиссное решение — разрешить больной лечебный режим по облегченному типу: это позволяет не прерывать лечения, предотвратить возможное прерывание беременности и главное — внести успокоение в возбужденную психику больной.

Всех этих нарушений режима можно было бы избежать, если бы на наших курортах — по крайней мере на крупнейших — была налажена биологическая реакция на беременность. К сожалению, несмотря на многолетние усилия гинекологов в этом направлении, мы не смогли добиться осуществления этой весьма достоверной, сравнительно несложной реакции.

На грязевых курортах, где проводится вагинальное грязелечение, гинекологическим больным, страдающим воспалительными заболеваниями половых органов, половая жизнь запрещается, так как механическая травматизация, добавочная гиперемия и гиперлимфемия, сокращения матки, перистальтические

движения труб могут способствовать продвижению инфекции в верхние отделы половых органов.

Подавляющее большинство гинекологических больных приезжает на курорты для лечения хронических воспалительных заболеваний половых органов.

За последние годы врачи стали направлять на курорты гинекологических больных с воспалительными заболеваниями, считая, что чем раньше началось курортное лечение, тем больше надежды на эффективные его результаты. Особенно необходим бережный режим для ослабленных больных с недавно закончившимся воспалительным процессом, с неблагоприятными показателями крови, со значительно выраженными очаговыми явлениями.

Таких больных желательно помещать в первом этаже санатория и грязелечение вести по сугубо митигированному методу. В некоторых грязелечебницах организованы специальные отделения для ослабленных больных, где они принимают процедуры под наблюдением врача.

Если большинство больных с воспалительными процессами нуждается в щадящем лечении, то для больных с овариальной гипофункцией, при отсутствии у них значительных воспалительных проявлений и при общем удовлетворительном состоянии, необходимо установить тренирующий, бодрящий режим — более интенсивная нагрузка процедурами, подвижные игры, экскурсии, прогулки, легкий спорт.

Перед отъездом больной с курорта врач дает подробные указания о дальнейшем лечении в условиях поликлиники, о режиме труда, отдыха, питания, половой жизни.

Как известно, эффективность бальнеотерапии складывается из суммы ответных реакций организма на раздражения, исходящие от бальнеофакторов. Раздражения эти не исчезают тотчас же по окончании курса лечения, а иногда действуют продолжительное время. Таким образом, в течение нескольких недель после окончания грязелечения в организме происходят значительные функциональные изменения, которые прежние авторы правильно расценивали как «перестройку» функции организма. Эта «перестройка» сводится к глубоким изменениям в общем и местном обмене, в норма-

лизации всех функций, в частности менструальной, сексуальной и детородной.

В период «перестройки» необходимо строго соблюдать режим труда, отдыха, сна, половой жизни, чтобы закрепить достигнутые результаты лечения на курорте. Все это особенно относится к больным, работа которых связана со значительным физическим напряжением (грузчицы, кровельщицы, обжигальщицы, печники в горячем цехе и др.).

Сказанное относится также к больным, лечившимся по поводу подострого воспалительного заболевания, когда они уезжают с остаточными явлениями воспалительного процесса. Даже в тех случаях, когда они уезжают из санатория с клиническим выздоровлением, в течение некоторого времени остается неустойчивое равновесие физиологических функций организма, и быстрый переход от санаторного режима к обычному производственному может иногда нарушить равновесие и вызвать ряд осложнений.

Врач должен в отдельных случаях добиваться у руководителя учреждения временного перевода таких больных на более легкую работу на срок не менее одного месяца.

В домашних условиях таким больным в первые недели после курортного лечения надо запретить тяжелую работу (стирка, мытье полов, переноска тяжестей и т. д.), особенно в менструальный период.

akushe-lib.ru

Глава VII

УЧЕТ РЕЗУЛЬТАТОВ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

Учет результатов лечения гинекологических больных на курортах представляет как научный, так и практический интерес. Правильный учет дает основания для выработки правильных показаний и противопоказаний к грязелечению.

Основные показатели учета — изменения функционального состояния центральной нервной системы, внутренних органов, органов малого таза (функций менструальной, секреторной, сексуальной, детородной). Весьма чувствительным показателем изменений в организме, возникших под влиянием грязелечения, является картина крови, особенно реакция оседания эритроцитов (РОЭ).

Ценные данные врач получает при пальпаторном исследовании органов малого таза.

Для уточнения динамики лечения и его результатов прибегают к определению pH и степени чистоты вагинального содержимого, к цитобактериоскопии отделяемого цервикального канала, уретры, вагины, к кольпоскопии, к измерению разницы температур вагинальной и аксиллярной (по С. А. Ягунову).

Ценными показателями учета результатов грязелечения являются изменения знака серологических реакций Борде-Жангу, Вассермана, на антиген (по И. И. Фейгелю); кожные реакции на гоно-, стрепто-, стафило-, коливакцины.

Каждый индикатор, примененный на определенном этапе грязелечения, может служить опорным пунктом для построения выводов о результатах лечения. Все же универсальных показателей успешности курортного лечения гинекологических больных в настоящее время еще нет.

Добавим к сказанному, что пертубация не может рассматриваться как метод учета результатов лечения: она служит лишь показателем проходимости труб при грязелечении по поводу бесплодия.

Таким образом, учет результатов грязелечения гинекологических больных складывается из тщательного расспроса больной, из всесторонней оценки субъективных ее ощущений, функционального состояния ее организма, данных объективного исследования, подкрепленных соответствующими лабораторными анализами.

При изучении непосредственных результатов грязелечения, нам кажется, следует отказаться от такой оценки как «клиническое выздоровление», «весьма значительное», «значительное» и «умеренное» улучшение и т. д.

Если суммировать лишь случаи с явным местным и общим улучшением, то, по сводным статистическим данным, основанным на многочисленных наблюдениях, четко выраженная непосредственная эффективность грязелечения отмечается у 83—96% больных. В частности, наши наблюдения над 600 больными (Ессентуки), которые получали только грязевое лечение, показывают, что непосредственное улучшение после курса лечения наступило у 90% больных.

Изучение и анализ обширного статистического материала позволяет сделать обобщающие выводы об эффективности непосредственных результатов грязелечения гинекологических больных.

Грязелечение дает наилучшие результаты при недавно закончившихся воспалительных заболеваниях.

Комплексное грязелечение дает значительно лучшие результаты, чем изолированное.

Наибольшая эффективность грязелечения отмечена при воспалительных заболеваниях с преобладанием инфильтративных процессов (т. е. процессов с большим пластическим материалом); старые рубцовые процессы почти или совсем не поддаются ему.

Плохо поддаются грязелечению послеоперационные осложнения («культиты») и фиксированные позади матки воспаленные придатки.

Гонорейные заболевания протекают сложнее и дают худшие результаты, чем заболевания септической этиологии.

Результаты санаторного лечения лучше поликлинического; эффективность зимнего грязелечения такая же, как и в летний период.

Необходимо подчеркнуть превосходное действие курортного лечения на субъективные ощущения больных. Часто приходится отмечать, что больная уезжает с курорта с тем же или почти с тем же статусом, с которым она приехала, а субъективные жалобы исчезают совершенно и женщина считает себя здоровой. Это следует объяснить не только ослаблением воспалительного процесса, но и благотворным влиянием курортного лечения на весь организм.

Наряду с исчезновением субъективных ощущений при неизмененном статусе можно нередко отметить и явления обратного порядка: у ряда больных после курса грязелечения восстанавливается нормальный статус, а боли остаются. Такие боли следует рассматривать как условный рефлекс, образовавшийся в результате раздражения воспалительным процессом интерорецепторов внутренних половых органов (С. Д. Астринский, 1952[1]). Эти боли исчезают чаще всего уже по возвращении женщины с курорта, в период последействия, перестройки организма после курортного лечения.

Чрезвычайно полезным и желательным для учета непосредственных результатов курортного лечения является обследование больной спустя месяц по окончании курса грязелечения («ближайшие результаты»): к этому времени заканчивается «перестройка» организма, что позволяет учесть влияние грязелечения не в условиях курортно-санаторного режима, а в привычных для женщины условиях труда и быта.

Учет отдаленных результатов лечения имеет большое значение, так как он является показателем стойкости лечебного эффекта, а главное показателем восстановления трудоспособности.

Если общепринятая оценка результатов лечения — «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен» и «ухудшение» — мало удовлетворяет врачей при учете непосредственных результатов, то еще менее применима такая оценка при учете результатов отдаленных. В це-

[1] С. Д. Астринский. Роль центральной нервной системы в деятельности половых органов женщины. Советская медицина, 1952, № 10.

лях уяснения динамики отдаленных результатов лечения, с нашей точки зрения, более приемлема следующая оценка состояния здоровья (Центральный институт курортологии): «улучшение прогрессирует», «улучшение сохранилось», «возврат к исходному состоянию», «ухудшение по сравнению с исходным состоянием». В понятие той или иной оценки должно входить заключение о состоянии местного патологического процесса, функций половых органов и общего состояния больной. При оценке отдаленных результатов лечения весьма ценным показателем является число дней временной нетрудоспособности, а также наступление беременности.

Чем дольше учитывают отдаленные результаты лечения, тем убедительнее становятся выводы. Больная должна быть снята с учета тогда, когда условия внешней (значительные изменения условий труда и быта) или внутренней (реинфекция; беременность, экстрагенитальные заболевания) среды так изменились, что могут сделать выводы недостаточно достоверными.

По данным С. К. Лесного (1940), стойкое улучшение после грязелечения (отдаленные результаты) отмечено у 72% женщин из 477 больных, лечившихся на курорте; боли исчезли у 61%, ликвидировались менструальные расстройства у 52%, расстройства секреторной функции — у 38%, сексуальной функции — у 36%, бесплодие — у 4%.

Данные других авторов об отдаленных результатах грязелечения следующие: Г. К. Живатов (1940) наблюдал стойкий положительный лечебный эффект у 79,4% больных (из 736), А. В. Слайчевский (1930) — у 82%, Л. Н. Старцева (1940) — у 75,8%; Е. Д. Свет-Молдавская (1930) — у 73%, по нашим данным — у 82%.

Таким образом, отдаленные результаты грязелечения гинекологических больных свидетельствуют о его высокой эффективности. Однако необходимо признать, что методы учета «непосредственных», «ближайших» и особенно отдаленных результатов лечения изучены еще далеко не полно и нуждаются в углубленной разработке.

Глава VIII

ОТБОР ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

Длительное время в лечебно-профилактических учреждениях отбором больных для курортного лечения занимались специально организованные санаторно-курортно-отборочные комиссии (СКОК). В состав этих комиссий входили терапевты, невропатологи; гинекологов привлекали лишь для консультаций. В результате такой неправильной организации на курорт весьма нередко попадали больные, которым он показан по экстрагенитальному заболеванию, но в то же время противопоказан по гинекологическому заболеванию.

В настоящее время отборочные комиссии ликвидированы, и право направления больных на курорт предоставлено лечащему врачу. Таким образом, гинеколог должен теперь самостоятельно решать вопрос о целесообразности направления больной на тот или иной курорт. Врач-гинеколог обязан до направления больной на курорт проконсультироваться с терапевтом, а при необходимости — и с другими специалистами.

Отбор больных на курорты — дело важное и ответственное. Основами отбора являются: 1) установление правильного диагноза; 2) установление показанности для курортного лечения; 3) выбор курорта.

Правильному отбору должно предшествовать обследование половых органов при обязательном учете индивидуальных особенностей больной — реактивности, функционального состояния центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, эндокринного аппарата, особенностей патологического процесса в органах малого таза.

Необходимо максимально использовать время пребывания больной на курорте в целях лечения; диагно-

стическим же и другим мероприятиям должно быть уделено на курорте возможно меньше времени. Обязанностью лечащего врача является выполнение ряда подготовительных мероприятий еще до направления больной на курорт.

Правильный отбор на курортное лечение зависит от правильности диагноза. Врач прежде всего должен убедиться в том, что имеет дело с гинекологическим, а не с каким-либо другим страданием. Так, например, не надо забывать, что боли в поясничной и крестцовой областях далеко не всегда зависят от патологических процессов в полости малого таза, а могут возникнуть также и вследствие заболеваний позвоночника, поясничных мышц, нервных корешков, почек и т. д. Наличие болей внизу живота и одновременное увеличение придатков матки далеко не всегда можно поставить во взаимную связь, ибо эти боли могут зависеть также и от заболеваний кишечника или мочевыводящих путей, гипералгезии брюшных покровов и т. д. Таким образом, вопрос об установлении места заболевания необходимо решать путем дифференциального диагноза. Если установлено, что больная гинекологическая, то необходимо выяснить, показано ли для нее курортное лечение. Этот вопрос решают с учетом установленных показаний и противопоказаний для направления больных на курорты.

Каждому гинекологу известно, что гинекологические заболевания чаще всего комбинируются с заболеваниями других органов. Гинеколог, направляющий больных на курорт, должен тщательно учитывать это обстоятельство; основное правило — лечить не болезнь, а больного — должно строго соблюдаться. Гинекологу не следует забывать, что при наличии показаний к курортному лечению со стороны полового аппарата могут оказаться противопоказания со стороны других органов или всего организма. Больные, приехавшие на грязевой курорт, не могут иногда лечиться грязью из-за больного сердца или больных легких.

Из сказанного видно, как важно провести тщательное обследование. Консультация с терапевтом, невропатологом или другим специалистом является настоятельной необходмостью: она уточняет показания к курортному лечению и облегчает выбор курорта.

В целях уточнения диагноза в сложных и неясных случаях иногда требуется повторное обследование в стационаре. Нелегко бывает иногда дифференцировать воспалительную опухоль от новообразования или установить гонорейную или туберкулезную этиологию заболевания. При суспициозной эрозии надо сделать пробную эксцизию и диагностическое выскабливание слизистой полости матки. При наклонности воспалительного процесса к обострениям или при подозрении на гной, кроме повторного анализа крови, обязательно также систематическое наблюдение за температурой тела. Если незадолго до срока выезда больной на курорт возникает подозрение на беременность (в особенности при более или менее длительной аменорее), необходимо прибегнуть к соответствующим биологическим реакциям. Прежде чем направить женщину на курорт для лечения по поводу бесплодия, обязательно надо сделать исследование спермы мужа, а в соответствующих случаях произвести и пертубацию или сальпингографию. Проведение диагностических исследований на курорте отнимает у больной несколько драгоценных дней лечения.

До решения вопроса о выборе курорта необходимо выяснить, нельзя ли лечить больную курортными факторами во внекурортной обстановке. Так, например, гинекологические заболевания с успехом лечат в городских лечебных учреждениях привозной грязью, искусственными сероводородными, радоновыми, углекислыми и другими ваннами; фиксированную ретродевиацию матки, не осложненную воспалительными процессами в полости малого таза, целесообразно попробовать лечить на месте грязью и массажем.

Курортное лечение следует считать наиболее подходящим для больных, уже лечившихся в тех или иных условиях дома с недостаточным успехом, особенно для больных с комбинированными заболеваниями.

Иногда для более успешной подготовки больной к грязелечению необходимо выполнение тех или иных лечебных мероприятий. Так, например, нужно предварительно удалить цервикальный полип или подлечить экзему или фурункулез наружных половых частей; произвести электрокоагуляцию обширной, плохо поддающейся лечению эрозии; ликвидировать трихомо-

надный кольпит, затрудняющий проведение бальнеолечения. Гинеколог обязан уделить большое внимание общему состоянию больной перед отправкой ее на курорт и назначить в случае необходимости общеукрепляющее лечение. Выполнение указанных лечебных мероприятий является непременным условием бесперебойного и эффективного грязелечения.

Существенным является вопрос о выборе наиболее благоприятного сезона для проведения курса грязелечения. Опыт многих лет показывает, что нужно руководствоваться следующими соображениями.

1. Грязелечение в зимний сезон следует проводить женщинам, у которых наибольшее трудовое напряжение падает на лето (колхозницы, работницы водного транспорта, геологи, агрономы и др.). Таким образом, организация круглогодичного лечения соответствует интересам трудящихся всех категорий.

2. Для многих больных грязелечение в зимнем сезоне имеет свои преимущества: зимой отсутствуют соблазны в виде далеких и утомительных экскурсий купанья в море, восхождения на горы, которые нередко ведут к тяжелым обострениям и осложнениям. Спокойная обстановка, которая создается зимой на курорте, позволяет больной сосредоточиться на проведении правильного лечения.

3. Боязнь простуды, отпугивающая многих больных от грязелечения в зимнем сезоне, следует считать неосновательной: наблюдения над зимним грязелечением как в городских лечебных учреждениях, так и на курортах показали, что простудные заболевания бывают крайне редко.

4. Нельзя, однако, рекомендовать зимнее грязелечение всем гинекологическим больным. Ряду больных, у которых имеется выраженная наклонность к ангинам, катарам дыхательных путей, ревматическим обострениям или невралгиям, зимнее грязелечение следует считать противопоказанным. Им лучше пользоваться грязелечением в теплые месяцы. Для некоторых больных, страдающих пониженной функцией яичников, лучшие результаты дает грязелечение в весенне-летнем и летне-осеннем сезоне, так как к грязелечению присоединяется еще и общеукрепляющее, стимулирующее влияние солнца, тепла, движений.

5. Необходимо считаться также с индивидуальной переносимостью холода и тепла: опыт показывает, что больные, плохо переносящие жару, часто плохо переносят и грязевые процедуры; таким больным следует предпочесть для лечения более прохладное время года.

* *
*

Если на основании тщательного исследования, подкрепленного лабораторными анализами и другими диагностическими методами, установлено гинекологическое заболевание, показанное для курортного лечения, и нет противопоказаний со стороны других органов, врач-гинеколог решает весьма ответственный вопрос о выборе курорта, наиболее подходящего для данной больной.

В этом отношении все гинекологические заболевания, показанные для курортного лечения, можно разбить на две группы: к одной группе относятся так называемые «чистые случаи», т. е. больные, у которых, кроме гинекологического заболевания, установлено сравнительное благополучие других систем и органов; к другой группе, гораздо более многочисленной, относятся больные, у которых, кроме основного гинекологического заболевания, найдены заболевания других органов, показанные или противопоказанные для курортного лечения.

Выбор грязевого курорта при изолированном гинекологическом заболевании почти безразличен, поэтому таких больных правильнее всего направлять на тот курорт, который расположен ближе к их месту жительства. Так, например, нет особого основания направлять жительницу Ленинграда в Саки, в то время как поблизости имеются курорты Старая Русса, Сестрорецк.

Большинство женщин, живущих в Москве и нуждающихся в грязелечении, с успехом могут быть направлены, вместо южных грязевых курортов, в Кашин и Краинку. Нет никакого смысла направлять больных из дальневосточных областей на крымские курорты, когда в 20 километрах от Владивостока есть курорт Садгород с неисчерпаемыми запасами хорошей лечебной грязи. Жительницы Сибири с успехом могут лечиться

на любом из многочисленных сибирских грязевых курортов и т. д.

К сожалению, многие грязевые курорты разделяют без всякого к тому основания на «сильные» (Евпатория, Саки, Одесса) и «слабые». Между тем результаты грязелечения на местных курортах нисколько не хуже результатов лечения на прославленных общесоюзных курортах.

Хотя грязевой курорт для «чистых» случаев почти безразличен, однако и здесь иногда приходится учитывать индивидуальные особенности больных. Так, на южные грязевые курорты (жаркий климат, грязь солнечного нагрева) лучше направлять женщин крепких, выносливых, хорошо переносящих жару. Напротив, для ослабленных после воспалений и операций следует предпочесть грязелечение, особенно в летние месяцы, на прохладных, бодрящих курортах Прибалтики.

Гораздо сложнее выбрать курорт при комбинированных заболеваниях. Далеко не всегда легко рекомендовать женщине курорт, обладающий лечебными факторами, подходящими как для основного гинекологического заболевания, так и для сопутствующего.

Наиболее часто с гинекологическим заболеванием комбинируются заболевания пищеварительного аппарата, обмена и мочевых органов. Таким больным, кроме грязелечения, необходимо еще и другое лечение, например питьевое. Удачное сочетание грязевого и питьевого курортов представляют собой Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Старая Русса, Краинка, Миргород, Друскининкай, Моршин и др.

При заболевании сердечно-сосудистого аппарата, допускающем грязелечение, лучше всего направлять гинекологическую больную на один из курортов Кавказских Минеральных Вод (грязь и нарзанные ванны) или в Одессу (грязь и искусственные углекислые ванны на морской воде), а также на прохладные приморские грязевые курорты Прибалтики — Зеленоградск, Светлогорск (Калининградская область), Кемери (Латвия), Пярну и Хаапсалу (Эстония).

При наличии болезни сердца, не допускающей грязелечения, следует воздержаться от направления больной на грязевой курорт и надо предложить ей лечение сероводородными ваннами, которые благотворно влияют

на заболевания сердца и прекрасно действуют на заболевания половой сферы. Таким больным показано также лечение на радиоактивных курортах.

В заключение необходимо уточнить вопрос об отборе для санаторного и поликлинического лечения.

Показания для направления больной в гинекологический санаторий или отделение могут быть специальные — со стороны полового аппарата, и общие — со стороны всего организма.

К специально показанным относятся те случаи, когда можно ожидать обострения или значительно выраженной бальнеологической реакции, недавно закончившиеся воспалительные процессы, обширные эксудаты и инфильтраты, процессы с наклонностью к кровотечениям. Такие больные требуют внимательного наблюдения, постоянного ухода и соответствующей обстановки, обеспечивающей максимальный покой и удобства.

Общие показания для направления в гинекологический санаторий возникают, когда наряду с основным гинекологическим заболеванием имеются еще и болезни сердца, значительное расстройство нервной системы, общее истощение, эндокринные расстройства. Только санаторий может обеспечить таким больным покой и строгий режим, необходимый для бесперебойного и успешного проведения курса лечения.

akusher.ru

Глава IX

ВНЕКУРОРТНОЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Исключительное богатство Советского Союза месторождениями лечебной грязи — иловой и в особенности торфяной и сапропелевой — способствует широкому распространению внекурортного грязелечения.

В настоящее время нет почти ни одного города или крупного населенного пункта, где не было бы грязелечебницы. Достаточно указать, что только в Москве в настоящее время функционирует свыше 100 грязелечебниц (по данным обследования Центрального института курортологии).

Все шире и шире внедряется грязелечение в практику сельского здравоохранения; особенно широкое развитие получили колхозные грязелечебницы на Урале, где много сапропелевых озер.

Для организации грязелечебницы требуется ряд помещений: комната для раздевания, процедурный зал с кушетками для отпуска грязевых процедур, душевая, комната для вагинального и ректального грязелечения, зал отдыха после процедур, помещение для баков, хранения и регенерации грязи, для водяных бань и нагрева грязи.

Успех грязелечения в значительной мере зависит от правильного отпуска процедур. Так, Молтаевская грязелечебница в колхозе «Закаленный боец» Свердловской области была устроена в простой обширной крестьянской избе (1947), однако отпуск грязевых процедур здесь был поставлен на должной высоте.

Основным преимуществом внекурортного грязелечения является приближение его к населению, возможность лечения без отрыва от производства, отсутствие необходимости в поездке на далекие курорты.

Существенным недостатком внекурортного грязелечения является отсутствие полного комплекса курортных факторов: климатического, смены впечатлений, отдыха, санаторно-курортного режима.

Сказанное до некоторой степени позволяет понять, чем следует руководствоваться при выборе метода грязелечения — внекурортного или курортного. Так, больным с эрозией и цервицитом можно считать показанным направление на грязевой курорт только при безуспешности грязелечения на месте; равным образом фиксированную ретрофлексию (без других заболеваний) целесообразно лечить грязью и массажем в городской грязелечебнице. Внекурортное грязелечение показано и в тех случаях, когда больная не имеет возможности в силу тех или иных причин поехать на курорт.

Курортное грязелечение показано больным, безрезультатно лечившимся по месту жительства, особенно тем из них, которые имеют генитальное и экстрагенитальное заболевания, требующие комплексного лечения курортными факторами. Наиболее показано внекурортное грязелечение (и в гораздо меньшей степени грязелечение на курорте) больным с подострыми воспалительными заболеваниями.

Общепринято делить воспалительные заболевания женских половых органов на острые, подострые и хронические. Однако в литературе нет до сих пор единого мнения о разграничении отдельных фаз воспалительного процесса, нет основного показателя, который был бы ведущим и всеми признанным.

В течение ряда лет в клинике Центрального института курортологии изучалось влияние бальнеофакторов на больных с подострыми воспалительными заболеваниями (Е. Д. Свет-Молдавская, Н. Е. Шапошникова, Т. Н. Кобзева, О. Н. Сидельникова).

Многочисленные наблюдения позволили выработать (с учетом предстоящего бальнеолечения) следующие ориентировочные показатели подострого воспалительного заболевания: наличие воспалительного процесса в периоде затихания острых явлений (не позже 1—3 недель); температура не выше 37,5°; разница температур аксиллярной и вагинальной более 0,6°; лейкоцитоз, не превышающий 10 000—12 000; РОЭ, ускоренная до 20—30 мм в час и выше.

Больных отбирали из лечебных учреждений и переводили в клинику сразу после затихания острых явлений.

Под наблюдением находились 532 больные с подострыми воспалительными заболеваниями женских половых органов. Грязелечение проводилось 296 больным, сероводородо- и радонолечение — 236 больным.

Больные, лечившиеся грязевыми процедурами, были разделены на 2 группы: к первой группе были отнесены первичные больные (т. е. заболевшие в первый раз) — 86 человек, ко второй группе — 210 больных с подострым процессом, развившимся в результате обострения хронического воспалительного заболевания.

Воспалительный процесс при острых и подострых заболеваниях захватывает, как известно, обширные участки полового аппарата женщины; поэтому установить четкие нозологические формы заболеваний наших больных, лечившихся грязью, было весьма затруднительно. Однако если учитывать преимущественную локализацию заболевания, то у нас под наблюдением было 204 больных с подострыми аднекситами и 44 больных с подострыми перипараметритами; кроме того, была выделена еще и третья группа — 48 больных с подострыми конгломератными воспалительными опухолями придатков («аднекстумор»).

У 104 больных определена гонорейная этиология заболевания, у 75 — септическая, у 13 — колибациллярная; 86 человек отнесены в группу больных со смешанной или невыясненной этиологией заболевания.

Кроме основного заболевания — воспалительного процесса в органах малого таза, почти у половины больных были выявлены сопутствующие заболевания: желудочно-кишечного тракта, сердца и сосудов, суставов, щитовидной железы, функциональные заболевания нервной системы. Эти заболевания часто имели решающее значение для выбора метода лечения и дозировки грязевых процедур.

Для более правильной оценки воспалительного процесса и результатов грязелечения применялся ряд показателей.

Из общеклинических методов обследования мы наибольшее значение придавали показателям крови, в особенности реакции оседания эритроцитов.

У 103 человек эта реакция до начала лечения была значительно ускорена — от 20 до 50 мм в час (причем у 53 больных она была от 30 до 50 мм в час). Уже одно это заставляло очень многих гинекологов-бальнеотерапевтов считать грязелечение противопоказанным для больных с воспалительными заболеваниями.

У большинства больных с подострыми воспалительными процессами значительно ускоренную РОЭ мы не считали абсолютным противопоказанием для осторожного грязелечения; учитывались другие показатели крови и общее состояние больных, тяжесть местного воспалительного процесса. Наблюдения показали, что по мере затихания воспалительных явлений цифры РОЭ приближались к нормальным; обострений и осложнений не было.

Таким образом, наши наблюдения опровергают мнение ряда гинекологов, считающих грязелечение противопоказанным для больных с воспалительными заболеваниями при РОЭ выше 20 мм в час. Необходимо при этом подчекрнуть, что наши больные находились в особо благоприятных условиях благодаря клиническому режиму.

По данным ряда авторов (М. М. Аникин, Г. С. Варшавер[1], А. С. Киричинский и др.), кожная реакция на ультрафиолетовое облучение отражает не только физиологическое состояние отдельных органов, но и функциональное состояние всего организма. Исходя из литературных данных, мы решили использовать в качестве теста ультрафиолетовую эритему как показатель реактивности организма в целом, а также очаговой реактивности при грязелечении гинекологических больных с подострыми заболеваниями.

Ультрафиолетовая эритема определялась симметрично с двух сторон на коже паховых областей и на передневнутренней поверхности бедер (П. Ф. Людвинская и Е. Д. Свет-Молдавская). На каждом поле определялась биодоза по методу Горбачева.

При оценке реактивности кожи учитывалась биодоза, асимметрия эритемы на здоровой и больной стороне и латентный период, т. е. время до возникновения эри-

---

[1] М. М. Аникин, Г. С. Варшавер. Основы физиотерапии, М., 1950.

темы (считается, что в норме эритема наступает спустя 2—8 часов после облучения).

Из указанных трех проявлений ультрафиолетовой эритемной реакции наиболее постоянным и убедительным оказался латентный период (т. е. время до появления эритемы); при более острой степени воспалительного процесса, обычно в первые дни пребывания больных в клинике, этот период был значительно укорочен — иногда до 30 минут, а после благоприятного исхода лечения он, как правило, значительно удлинялся (иногда до 2—3 часов). Если же к концу лечения латентный период оставался укороченным, он расценивался как неблагоприятный прогностический признак (Т. Н. Кобзева).

Изучение сосудистых реакций у наших больных проводилось методом плетизмографии.

Наблюдения показали, что у большинства гинекологических больных с подострыми воспалительными заболеваниями повышена сосудистая реактивность. В процессе грязелечения при благоприятном течении заболевания повышенная возбудимость вазомоторных аппаратов значительно снижалась. Изменение сосудистых реакций при приеме однократной грязевой процедуры свидетельствует о благоприятном влиянии грязелечения на вазомоторные аппараты больных. Можно было также отметить, что раннее изменение сосудистых реакций служило нам нередко сигналом наступающего обострения воспалительного процесса (Т. Н. Кобзева).

Идея определения изменения остроты зрения под влиянием грязелечения у больных с подострыми заболеваниями женских половых органов была заимствована нами у В. П. Филатова, который показал, что биогенные стимуляторы оказывают не только местное, но главным образом и общее воздействие на весь организм. Из работ В. П. Филатова и его учеников известно, что биогенные стимуляторы, образующиеся в органах и тканях животных и растений при неблагоприятных условиях, находятся также и в лечебной грязи (особенно в грязевой вытяжке).

Наблюдения С. Кравкова[1], Богословского, Долина, К. Х. Кекчеева показали, что глаз способен к условно-

---

[1] С. Кравков. Глаз и его работа. 1945.

рефлекторным изменениям световой чувствительности («сенсорный условный рефлекс»).

Глаз имеет тесную связь с корой мозга, имеет обширное «представительство» в высших центрах нервной системы (Ю. П. Фролов). Следовательно, изменение функций зрительного анализатора до известной степени отражает функциональное состояние коры головного мозга.

Из этих исследований и наблюдений вытекает, что острота зрения может быть использована как показатель общего состояния, тонуса всего организма, особенно центральной нервной системы. Это подкрепляется еще и тем соображением, что зрительный аппарат онтогенетически представляет собой дериват мозга, а важнейшие части глаза — сетчатка и зрительный нерв — являются частью нервной системы.

Острота зрения исследована у 86 больных. Повышение остроты зрения в процессе грязелечения отмечено у 62 больных.

Большой процент больных с усилением остроты зрения позволяет включить ее изменение в число показателей динамики воспалительного процесса под влиянием грязелечения.

Повышение в процессе грязелечения остроты зрения наблюдалось параллельно снижению возбудимости, повышению жизненного тонуса, улучшению показателей крови, уменьшению местного патологического процесса в полости малого таза.

Улучшение остроты зрения у больных подтверждает, что наряду с уменьшением воспалительного процесса и улучшением функционального состояния половых органов под влиянием грязелечения повышается тонус центральной нервной системы.

Определение степени расхождения температур вагинальной и аксиллярной, по данным С. А. Ягунова, Г. К. Живатова и др., является методом учета успешности бальнеолечения. Приводимые этими авторами данные относятся к хроническим больным и далеко не всегда служат показателем остроты процесса.

Естественно было ожидать, что у больных с подострыми воспалительными заболеваниями, со значительными воспалительными очагами, с выраженной

пульсацией, с неблагоприятными показателями крови расхождение между температурами вагинальной и аксиллярной должно проявляться чаще и более резко. Действительно, у большинства больных при поступлении в клинику разница между этими температурами достигала 0,6—1,3°. С затиханием воспалительного процесса и улучшением общего состояния больной она уменьшалась и у большинства больных доходила во второй половине лечения до 0,4—0,2°.

Показатели вагинальной температуры в комплексе с другими показателями дополняли клиническую картину и служили критерием для решения некоторых вопросов: назначения перерыва в грязелечении, изменения дозировок, временного перевода больной на полупостельный режим и т. д.

При помощи кольпоскопии мы могли убедиться в том, что под влиянием грязелечения кровенаполнение эрозий уменьшается, а эпителизация видна не только в виде светлых тяжей на периферии эрозии, но и в виде белых островков в центральных ее участках; фон становился более бледным, сосуды были видны более отчетливо, количество сосудов и их кровенаполнение значительно уменьшалось.

Для более ясного представления о состоянии кровообращения в полости малого таза мы проводили вспомогательную пробу на отечность тканей: при надавливании головкой хирургического зонда на слизистую шейки матки появлялась ямка, которая медленно выравнивалась, — это свидетельствовало о наличии застойных и отечных явлений. По окончании курса грязелечения отечность, как правило, переходила в пастозность или совсем исчезала.

Таким образом, кольпоскопические данные позволяют прийти к выводу, что под влиянием грязелечения кровообращение в полости малого таза улучшается и отечные явления ослабевают или исчезают.

Режим больных с подострыми и ряда больных даже на грани с острыми воспалительными процессами требовал особого внимания.

Ослабленные больные со значительно выраженными воспалительными явлениями в течение первых дней пребывания в стационаре находились на постельном или полупостельном режиме. Обычно спустя несколько

дней их переводили на общий режим с ограничением подвижности.

В соответствии с требованиями щадящего режима лечебная физическая культура разрешалась только после стихания острых явлений, чаще всего во второй половине пребывания больных в стационаре — вначале в виде утренней зарядки, а потом и лечебной гимнастики, однако с выключением нагрузочных упражнений.

Большое внимание уделялось охранительному режиму: персоналу, а также больным вменялось в обязанность соблюдать тишину, часы послеобеденного отдыха, отдыха после процедур; сон регулировался назначением медикаментозных средств или путем суггестивного воздействия.

Назначение процедур на несколько дней вперед, как это практикуется на курортах, неприемлемо для больных с подострыми процессами. Мы назначали больным грязевые процедуры в зависимости от реакции на проведенную накануне процедуру.

Наблюдения убедили нас в том, что, во-первых, соблюдение режима имеет большое лечебное значение и что этому уделяют еще недостаточно внимания, а во-вторых, грязелечение в клинической обстановке, даже проводимое изолированно (в «чистом» виде), всегда является комплексным, так как всегда подкрепляется клиническим режимом.

Учитывая значительно выраженный воспалительный процесс, мы не считали возможным применять к нашим больным обычную методику грязелечения и вынуждены были проводить его по митигированному методу. Этот метод заключался в применении при первых процедурах «полутрусов» с постепенным переходом на «полные трусы» из грязи температуры, близкой к температуре тела, но с последующим ее повышением; в уменьшении количества процедур по сравнению с обычным курсом грязелечения; в более редкой их расстановке.

Вопрос о допустимости грязелечения во время менструального периода разрешался в строго индивидуальном порядке с учетом характера менструации до заболевания, остроты воспалительного процесса и общего состояния больной.

Лечебная физическая культура, как уже указано выше, применялась с большой осторожностью, преимущественно во второй половине курса лечения.

У больных с подострыми заболеваниями на границе с острыми, у ослабленных, находящихся на полупостельном режиме, применялись грязевые согревающие компрессы (см. главу IV), которые накладывали больным в палате. Через несколько минут после этого больные начинали ощущать приятное тепло во всем теле, особенно в нижней его части; у некоторых выступал пот, появлялась сонливость; значительно успокаивались или прекращались боли. Через 2—5 часов грязь удаляли вместе с марлей и живот обмывали теплой водой. Больную оставляли на 1—1½ часа в постели.

У всех больных этой группы были большие воспалительные изменения в малом тазу.

Рассасывание инфильтратов шло сравнительно быстро. Уже после 3—4 процедур наблюдалось значительное уменьшение воспалительных явлений, ослабление пальпаторной болезненности. Больные прибавляли в весе, улучшался аппетит, сон; улучшалась менструальная и секреторная функции; значительно улучшались показатели крови.

За курс лечения больные получали от 8 до 10 грязевых компрессов. Осложнений не наблюдалось.

Грязевые согревающие компрессы легко применять не только на курорте, но и в любом лечебном учреждении, в домашней обстановке. Техника наложения компрессов проста. Больные хорошо переносят компрессы, и они дают хороший лечебный эффект.

К медикаментозному лечению мы прибегали только при прямых показаниях. Так, при наличии значительных, склонных к обострениям инфильтратов приходилось прибегать к пенициллинотерапии, а в случаях особенно упорных — к комплексной пенициллино-стрептомициновой терапии, которая оказалась весьма эффективной. Истощенным и ослабленным больным после острого воспалительного процесса назначали витамины и в единичных случаях — вливания глюкозы.

Покой, отдых, рациональное питание, внимательная, дружелюбная атмосфера уже в первые дни пребывания

в клинике благотворно отражались на самочувствии и состоянии больных.

С больными эмотивными, раздражительными, неуравновешенными проводились психотерапевтические беседы; в более упорных случаях применялась и гипносуггестивная терапия.

Грязелечение считается противопоказанным для больных с гипертиреозом.

У 22 больных, страдавших одновременно подострыми воспалительными заболеваниями и нерезко выраженным гипертиреозом, мы осторожно применили грязелечение. Больным с несколько более выраженными явлениями гипертиреоза назначали, кроме того, еще и микродозы йода.

Проводя грязелечение по митигированному методу, постепенно увеличивая лечебную нагрузку, нам удалось, за единичными исключениями, довести лечение у всех больных с гипертиреозом до конца. Общее состояние их в период лечения было вполне удовлетворительным. Непосредственные и отдаленные результаты были хорошими.

Таким образом, мы вправе сделать вывод, что у больных, страдающих подострыми воспалительными заболеваниями и сопутствующими нерезко выраженными гипертиреозами, можно с осторожностью применять грязелечение.

Непосредственные результаты грязелечения больных с подострыми воспалительными заболеваниями оказались хорошими — 87% больных были выписаны с выраженным улучшением. Результаты эти в общем такие же, как и при грязелечении хронических больных на курортах. Необходимо подчеркнуть, что эффективность грязелечения первичных больных (т. е. больных, первично заболевших) почти в 2 раза превышает эффективность грязелечения больных с обострением хронического воспалительного заболевания.

При оценке отдаленных результатов грязелечения весьма ценным показателем было число дней временной нетрудоспособности по сравнению с числом дней нетрудоспособности до лечения и в особенности восстановления детородной функции.

На повторные вызовы явилось 168 больных. Из них у 154 улучшение сохранилось или даже прогрессирова-

ло (что составляет 91% стойкого улучшения); у 14 больных отмечен возврат к исходному состоянию или ухудшение, зарегистрировано 20 беременных.

В группу со стойкими результатами лечения вошли в значительном количестве больные первичные, т. е. впервые заболевшие.

Вопреки общепринятому мнению о нецелесообразности грязелечения больных с конгломератными воспалительными опухолями придатков мы можем отметить весьма удовлетворительные результаты грязелечения больных со значительными воспалительными образованиями. Отдаленные результаты для этой категории больных, наиболее трудно поддающихся лечению, следует считать весьма ободряющими.

Все вышеизложенное позволяет сделать следующие практические выводы и предложения.

1. Возможно раннее бальнеолечение больных с подострыми воспалительными заболеваниями(когда патологические процессы еще обратимы) является наилучшим средством профилактики перехода острого процесса в хронический и отличным средством восстановления здоровья и трудоспособности женщины. Эту терапию с полным правом можно характеризовать как предупредительную и противорецидивную.

2. Лечение больных с подострыми воспалительными заболеваниями следует проводить по митигированному методу в обстановке стационара в городах или в специализированных санаториях на курортах.

3. Наилучшим организационным мероприятием для успешного лечения гинекологических больных с подострыми заболеваниями следует считать организацию пригородных санаториев, оснащенных средствами бальнеолечения и физиотерапии для перевода туда гинекологических больных непосредственно из больниц для долечивания их затихающего острого воспалительного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА[1]

Абель В. И. Лиманные ванны во время менструаций. Труды I Всероссийского съезда по климатологии, гидрологии и бальнеологии, 1899, т. I.

Агаронов А. М. К лечению гинекологических больных в Пятигорске. Курортно-санаторное дело, 1930, № 3—4.

Азатьян А. А. Тампонное грязелечение во внекурортной обстановке. Труды института физиотерапии и курортологии, 1936, № 4.

Антонова-Алибекова Е. И. Лечение хронических гинекологических заболеваний грязями и серными водами на курорте Талги. Курорт Талги и его лечебные свойства, 1950, в. 1.

Антонова-Алибекова Е. И. Лечение хронических гинекологических заболеваний грязевыми тампонами и серными водами на курорте Талги. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Министерства здравоохранения, Дагестанской АССР. 1948.

Александров Е. К. Опыт применения ректального грязелечения в гинекологии. Сибирский архив клинической медицины, 1929, № 5—6.

Александров В. А. Влияние грязелечения на половые органы. «Терапевтические агенты грязелечения и их влияние на организм». Основы курортологии, 1934, т. II.

Александрова Ф. А. Бальнеотерапия в гинекологии. Бюллетень III съезда курортологов, 1922.

Александровский В. Н. Курорт «Сергиевские минеральные воды» и его место в лечении женских болезней. Советский врачебный журнал, 1937, № 13.

Амброжевич П. М. Охлаждающее грязелечение при некоторых женских заболеваниях. Русский врач, № 23, 1912.

Андрейчук Т. С. Внекурортное грязелечение гинекологических больных. Журнал усовершенствования врачей, 1929, № 7—8.

Андрейчук Т. С. Реакция организма на внекурортное грязелечение в гинекологической практике. Журнал усовершенствования врачей, 1928, № 10.

Асатуров И. Б. Опыт применения фильтрата из лиманной грязи при лечении воспалительных эрозий шейки матки. Тезисы докладов на сессии института 14—16 января 1949 г. Одесса, 1949.

Афанасьев В. И. Изменения крови при комбинированном грязелечении женских заболеваний. Научные труды клиник Азово-Черноморского края. Ростов-на-Дону, 1934.

[1] Литературный указатель доведен до 1956 г.

Ашихмин Н. А. К вопросу об эффективности грязелечения воспалительных заболеваний женской половой сферы. Курортология и физиотерапия, 1935.

Ашихмин Н. А. и Калюта А. Д. К вопросу об эффективности грязелечения по сравнению с другими методами консервативной терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы. Курортология и физиотерапия, 1935, № 2.

Ашихмин Н. А. Методика лечебной физкультуры гинекологических заболеваний. В сб.: Лечебная физкультура на курортах Крыма. 1935.

Ашихмин Н. А. и Белоусов П. И. Лечебная физическая культура при гинекологических заболеваниях в условиях грязевого курорта. Сборник работ Сакского санатория РККА, 1936, т. I.

Ашихмин Н. А. Физкульттерапия для женщины на грязевом курорте. Курортология и физиотерапия, 1935.

Бадюль А. А. Результаты вагинального грязелечения варзиятчинской грязью в условиях курортной и внекурортной обстановки. Казанский медицинский журнал, 1930, № 8.

Баржанский Я. О. Аппарат для внутриректального применения грязи. Курортное дело, 1927; № 5.

Бартельс А. В. К вопросу об интравагинальном грязелечении. Гинекология и акушерство, 1929, № 5—6.

Бартельс А. В. и Побединский М. Н. О рациональной методике влагалищного грязелечения. Курортология и физиотерапия, 1933, № 11—12.

Бартельс А. В. и Побединский М. Н. Грязевая колюмнизация как лечение отягощением. Гинекология и акушерство, 1932, № 3.

Бартельс А. В. и Сарыгин И. И. О температурном действии грязевых тампонов. Acta gynaecologica, 1930, в. I.

Беккер С. М. Шестимоментное исследование оседания эритроцитов при внекурортном грязелечении женских болезней. Курорты, физиотерапия и рабочий отдых, 1932, № 10.

Беккер С. М. Реакция Борде-Жангу при внекурортном грязелечении женских болезней. Курортно-санаторное дело, 1930, № 5—6.

Беккер С. М. Бальнеотерапия эрозии шейки матки. Лечение эрозии шейки матки физическими методами. Сборник научных трудов ЦНИАГИ, 1938, т. III, в. 1.

Беккер С. М. Грязелечение и менструальный цикл. Казанский медицинский журнал, 1931, № 11—12.

Беккер С. М. и Кискачи Т. А. Туберкулез половой сферы и грязелечение. Вопросы курортологии, 1937, № 2.

Беленькая М. С. Предварительные сведения об интравагинальном грязелечении на Сакском курорте в 1926 г. Курортное дело, 1927, № 5.

Белоусов П. И. Лечебная физкультура при гинекологических заболеваниях. В кн. Мошков В. Н. ЛФК на курортах и в санаториях. М., 1950.

Белоусов П. И. О лечении гинекологических больных в условиях грязевого курорта. Сборник работ Сакского санатория, РККА, 1936, т. I.

Беляева Ф. Н. Лечение заболеваний женской половой сферы сапропелевой грязью озера Песчаное. Лечебные свойства сапропеля озера Молтаево. Свердловск, 1951.
Бондарев П. Г. Применение формулы Сакса к учету результатов лечения женских болезней минеральными грязями. Бюллетень VI съезда по курортному делу, 1927.
Бондарев П. Г. Лечение женских болезней минеральными грязями. Труды Государственного центрального института курортологии, 1929, т. II.
Бондарев П. Г. К вопросу о физиологическом действии минеральной грязи на организм человека и, в частности, на женскую половую сферу. Бюллетень VI съезда по курортному делу. М., 1927.
Быковцева М. И. Новый метод грязелечения в гинекологии. Саратовский вестник здравоохранения, 1925, № 7—9.
Брусиловский Е. М., Гильчер А. Э. Инкреторные железы и климанотерапия. Бюллетень IV съезда по курортному делу М., 1924.
Буберман С. И. Лечение цервикальной гонорреи у женщин интравагинальными грязевыми тампонами во внекурортной обстановке. Труды Одесского медицинского института, 1940, т. IV.
Бубличенко Л. И. К методике влагалищного грязелечения. Журнал акушерских и женских болезней, 1934, № 3.
Бурланд М. Б. К вопросу о применении грязевых ванн при параметрите. Журнал практической медицины, 1895, № 2.
Бутовский М. К. Курорт Карачи и женские болезни. Сибирский медицинский журнал, 1926, № 3—4.
Бутовский М. К. Менструация и грязелечение. Юбилейный сборник им. проф. Н. И. Горизонтова, Новосибирск, 1935.
Буханов Я. Г. Лечение женских болезней садгородскими грязями. Казанский медицинский журнал, 1933, № 1—2.
Бывальцева Г. М. К вопросу комбинированного грязелечения гинекологических больных на курорте Варзи-Ятчи Удмуртской АССР. Труды Ижевского медицинского института, 1949, VIII.
Быков С. Г. О ректальном лечении в гинекологии. Врачебное дело, 1928, № 19.
Быков С. Г. Курортное лечение и менструации. Сибирский клинический журнал, 1930, № 4.
Быков С. Г., Сушкова Я. П. Опыт интраректального грязелечения женских заболеваний. Сибирский архив клинической медицины, 1928, кн. 9—10.
Вайнштейн Г. Б. Вагинальное грязелечение в условиях городской амбулатории. Труды III Поволжского научного съезда врачей в Астрахани. 1931.
Вайнштейн Г. Б. Об особенностях гинекологического грязелечения в курорте Тинаки. Вопросы курортологии, 1940, № 5
Вачнадзе К. Д. Шесть лет работы гинекологического кабинета в анапской курортной поликлинике. Научные труды курортов и клиник Азово-Черноморского края. 1934.
Верхацкий Н. П. Лечение гипоовариальных расстройств грязями в сочетании с гормонотерапией. Вопросы курортологии, 1940, № 6.

Верхацкий Н. П. К терапии гипоовариальных расстройств грязями в сочетании с некоторыми гормонами. Акушерство и гинекология, 1940, № 12.
Верхацкий Н. П., Баркман Б. М., Меерсон Я. И. К вопросу о лечении воспалительных процессов женской половой сферы грязе-ионогальванизацией на Бердянском курорте. Вопросы курортологии, 1940, № 4.
Верхацкий Н. П., Меерсон Я. И. Лечение воспалительных процессов женской половой сферы грязе-ионогальванизацией на Бердянском курорте. Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8.
Виноградова А. И. Влияние грязевых вагинальных тампонов на количество ретикулоцитов в периферической крови. Сибирский медицинский журнал, 1931, № 10.
Виноградова М. П. Опыт применения вагинального диатермо-грязелечения в гинекологической практике. Труды Ленинградского научно-исследовательского института физиотерапии и курортологии, 1934, в. I.
Волосович А. М. К вопросу о влиянии грязевых влагалищных тампонов на вагинальный секрет женщины. Труды бальнеологического института Кавказских Минеральных Вод, 1928, № 1, т. VI.
Волосович А. М. О влагалищных грязевых тампонах по методу проф. А. И. Лебедева. Протокол и труды Общества врачей, работающих на Кавказских Минеральных Водах. 1924—1926.
Волосович А. М. О влагалищных грязевых тампонах по наблюдениям 1924 г. Труды V Всесоюзного научно-организационного съезда по курортному делу. 1925.
Волосович А. М., Местное лечение влагалищными тампонами по методу проф. Лебедева. Труды Бальнеологического института Кавказских Минеральных Вод, 1925, т. II.
Гавронский Д. Н. Железноводск как бальнеотерапевтическая станция для гинекологических больных. 1887.
Гельман Г. А. Новый способ применения лечебных грязей и глины вообще при хроническом воспалении тазовой брюшины и подбрюшинной клетчатки. Журнал акушерских и женских болезней, 1889, № 3.
Геодаков А. А. Внекурортное грязелечение при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Азербайджанский медицинский журнал, 1937, № 5—6.
Георгиевский А. К. О совместимости лечения внутриматочными впрыскиваниями и водогрязелечением на оз. Шира. Практический врач, 1914, № 38.
Гернштейн И. М. Внекурортное вагинальное грязелечение. Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
Гиллерсон А. Б. Грязелечение воспалительных заболеваний гинекологической сферы во время менструаций. Курортное дело, 1924, № 11—12.
Гиллерсон А. Б., Пинес А. И. Реакция оседания эритроцитов как подсобный метод контроля и учета результатов грязелечения. Курортное дело, 1925, № 1.
Гиллерсон А. Б. Практические наблюдения над грязелечением хронических воспалительных процессов мешетчатых опухолей придатков матки. Курортное дело, 1925, № 7—8.

Гиллерсон А. Б. О режиме гинекологических больных после курортного грязелечения. Гинекология и акушерство, 1926, № 6.
Гиллерсон А. Б. К вопросу о грязелечении при аменорреях. Курортное дело, 1927.
Гиллерсон А. Б. Грязелечение и менструации. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 6.
Гиллерсон А. Б. Грязелечение и внематочная беременность. Клиническая медицина, 1930, № 11.
Гиллерсон А. Б. Лечение женских болезней на курортах СССР. В кн. В. Штекель, Гинекология (русский перевод), 1936.
Гиллерсон А. Б. Курортное и внекурортное грязелечение В кн.: И. Л. Брауде, Консервативное лечение женских болезней. 1939, стр. 82.
Гиллерсон А. Б. Физиотерапия в гинекологии. В кн.: М. М. Аннкин и Г. С. Варшавер, Основы физиотерапии. 1950.
Гильчер А. Э. Значение конституции при исследовании курортных гинекологических больных при учете результатов курортного лечения. Бюллетень VI съезда по курортному делу, 1927.
Гильчер А. Э. Эндокринология и лиманотерапия. Врачебное дело, 1929, 4.
Гильчер А. Э. и Каган М. Р. Очаговая реакция при грязелечении гинекологических заболеваний. Труды Всеукраинского бальнео-физиотерапевтического института, 1932, в. 1.
Гильчер А. Э., Каган М. Р., Пинтель Г. А. Опыт применения аппликационного метода грязелечения гинекологических заболеваний и сравнение его с общегрязевым. Труды Всеукраинского института курортологии и бальнеотерапии, 1933, т. II.
Гильчер А. Э., Каган М. Р., Пинтель Г. А., Квальвассер Р. А., Клеер И. Н. Применение аппликационного метода грязелечения больных без отрыва от производства. Труды Всеукраинского института бальнеологии и курортологии, 1934, III.
Гильчер А. Э. Лечение гинекологических заболеваний на Одесских курортах. Одесса-курорт. 1934.
Гильчер А. Э., Каган М. Р., Пинтель Г. А. Оптимальная методика грязелечения гинекологических заболеваний. Бюллетень Всеукраинского института бальнеологии, 1935, № 9—10.
Гильчер А. Э., Каган М. Р., Пинтель Г. А., Горинк М. А. Хронические воспалительные гинекологические заболевания и связанный с ними вегетативный реактивный синдром. Акушерство и гинекология, 1939, № 12.
Гильчер А. Э. Лечение на курортах Украины гинекологических больных. Лечение больных на курортах Украины, 1948.
Гительсон Ю. Э. Лечение женских болезней грязевыми тампонами в Ессентуках. Курортное дело, 1926, № 5.
Гительсон Ю. Э. Некоторые новые данные о лечении грязевыми тампонами гинекологических заболеваний. Курортное дело, 1928, № 3.

Гительсон Ю. Э. Продувание труб как метод учета результатов лечения гинекологических больных на курорте. Курортное дело, 1928, № 8—9.
Гительсон Ю. Э. Грязелечение на Кавказе и его применение при женских болезнях. Вестник современной медицины, 1924, № 6.
Глушкова Е. А. Практические наблюдения над действием грязевых ванн во время менструального периода. Курортное дело, 1924, № 6.
Глушкова Е. А. Лечебные факторы Эльтона и их значение в терапии женских заболеваний. Саратов, 1927.
Глушкова Е. А. Отдаленные результаты влияния грязелечения на менструальную функцию. Врачебное дело, 1931, № 17—18.
Гофштейн Р. А. Цитологические исследования влагалищных мазков при комбинированном грязелечении и гормональной терапии гипофункции яичников. Акушерство и гинекология, 1953, № 4.
Григорьева А. Ф. Наблюдения над изменением показателей красной и белой крови при торфолечении воспалительных заболеваний внутренней женской половой сферы. Труды Московской областной клиники физических методов лечения, М., 1940, т. IV.
Григорьева А. Ф. К вопросу об аутомамминизации торфяными аппликациями при маточных кровотечениях. Теоретическая и практическая физиотерапия, М., 1940, т. IV.
Гроссе В. Ф., Желоховцев Н. С., Левина Л. М., Шолохова Н. Л. Клинико-лабораторные наблюдения при торфолечении гинекологических больных. Труды МОИФФ, 1934, т. I.
Груздев В. С. Несколько наблюдений над комбинированным хирургическим и бальнеологическим лечением женских болезней в Железноводске. Хирургический вестник, 1893, II.
Гуртовой Л. Е. Ретикуло-эндотелиальная система при грязелечении гинекологических заболеваний. Врачебное дело, 1932, № 13—14.
Гуртовой Л. Е., Батрак Г. Е. Реакция обострения при грязелечении гинекологических заболеваний в свете учения о конституции. Курортология и физиотерапия, 1936, № 2.
Дик В. Г. О комбинированных методах лечения гинекологических заболеваний на курортах. Труды Центрального института курортологии, 1929, т. II.
Дик В. Г. Современное состояние вопроса о вагинальном грязелечении. Курортно-санаторное дело, 1931, № 6—7.
Дик В. Г. Курортотерапия гинекологических заболеваний. Основы курортологии, 1936, т. III.
Дик В. Г. Показания и противопоказания к курортному лечению гинекологических заболеваний. Показания и противопоказания к направлению больных на курорты союзного, республиканского и местного значения. М. 1938.
Дик В. Г. Отбор гинекологических больных для лечения на курортах. В кн.: Руководство для врачей по отбору больных для курортного лечения. 1940.
Дик В. Г. Методика грязелечения гинекологических заболеваний. Советская медицина, 1949, № 8.

Дик В. Г. Грязелечение женских болезней, 1951.
Дик В. Г. Комплексное грязелечение гинекологических больных. Советская медицина, 1952, № 4.
Дик В. Г. О влиянии тамбуканской грязи на самоочищение влагалища. Курортно-санаторное дело, 1924, № 4—5.
Дик В. Г. О показаниях и противопоказаниях к гинекологическому грязелечению. Курортное дело, 1925, № 6.
Дик В. Г. Об интравагинальном грязелечении. Курортное дело, 1926, № 5.
Дик В. Г. Курортное лечение женской половой сферы. В кн.: Показания и противопоказания к курортному лечению, под ред. Кишкина М., 1926.
Дик В. Г. О грязевой реакции в гинекологии. Курортное дело, 1927, № 7.
Дик В. Г. О лечении заболеваний женской половой сферы грязевыми ваннами и грязевыми тампонами на курортах СССР. Курортное дело, 1927, № 8.
Дик В. Г. К учету результатов лечения грязью гинекологических заболеваний. В кн.: Научный учет результатов лечения на курортах. Сборник материалов. 1928.
Днепровская Н. Д. Результаты лечения шатковской грязью заболеваний женской половой сферы. Сборник трудов Горьковского физиотерапевтического института, 1938, т. I
Добычин А. Г. Лечение солнцем эрозий шейки матки на грязевом курорте Саки, Вопросы курортологии, 1940, № 4.
Добычин А. Г. Грязелечение гинекологических заболеваний в комбинации с лизатотерапией с учетом отдаленных результатов. Вопросы курортологии, 1937, № 4.
Дубинчик Я. С. Новое влагалищное вакуумзеркало. Курортное дело, 1928, № 10—11.
Дубровина К. М. Лечение заболеваний женской половой сферы грязевыми вагинальными тампонами в комбинации с рапными и грязевыми полуваннами на курорте озеро Медвежье. Сборник работ по бальнеофизиотерапии, 1934.
Егоров А. Г. О содержании эстрогенных веществ в лечебной грязи Старорусского курорта. Акушерство и гинекология, 1936, № 12.
Егорова Н. К. Вагинальное грязелечение как метод противовоспалительно-консервативной терапии. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 2.
Езиешвили Н. Н. Влияние грязи озера Учум на восстановление функций при бесплодии. Сборник научных трудов Красноярского медициского института, 1953, № 3.
Елистратова М. Ф., Кабачник С. М. Ионотерапия в сочетании с грязелечением при подострой восходящей гонорее. Гинекология и акушерство, 1935, № 6.
Желоховцев Н. С., Балабан С. Я., Левина Л. М. К вопросу о торфолечении хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы. Труды МОИФФ, 1934, т. I.
Желоховцев Н. С., Левина Л. М., Асатуров Н. Б., Гулевич М. Г., Красовский С. А. Торфолечение воспалительных заболеваний женской половой сферы в амбулаторной практике. Биомедгиз, 1935.

Желоховцев Н. С. Физиотерапия женских болезней. Грязеторфолечение (внекурортное). В кн.: Физиотерапия практического врача, 1950.
Живатов Г. К. О продувании труб во время грязелечения гинекологических воспалительных заболеваний. Гинекология и акушерство, 1929, № 3.
Живатов Г. К. Менструация и лиманотерапия. Курортно-санаторное дело, 1929, № 4.
Живатов Г. К. О сфере применения грязевых тампонов как о методе грязелечения слизистых оболочек. Курортно-санаторное дело, 1929, № 2.
Живатов Г. К. О грязелечении при маточных кровотечениях. Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 5—6.
Живатов Г. К. О фолликулинотерапии гинекологических заболеваний (при грязелечении). Вестник эндокринологии, 1932, № 5.
Живатов Г. К. и Державина Л. С. К механизму и сущности грязелечения женских болезней. Сообщение I. Акушерство и гинекология, 1937, № 9—10.
Живатов Г. К., Землинская И. И. К механизму и сущности грязелечения женских болезней. Сообщение II. Акушерство и гинекология, 1938, № 2.
Живатов Г. К., Землинская И. И., Державина Л. С. К механизму и сущности грязелечения женских болезней. Вызывают ли грязевые гормоноподобные вещества биологическую реакцию женского организма. Сообщение III. Гинекология и акушерство, 1940, № 5.
Живатов Г. К. Грязелечение хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы. Современная медицина, 1940, № 8.
Живатов Г. К. Грязелечение женских болезней. Изд. Одесского медицинского института, 1940.
Живатов Г. К. Затруднения и ошибки в диагностике внематочной беременности с использованием консервативной и грязевой терапии. Советская медицина, 1940, № 8.
Жилицкая Г. А. Внекурортное применение сольилецкой грязи при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1954, № 2.
Жмакин К. Н. Торфолечение гинекологических заболеваний на Миргородском курорте. Акушерство и гинекология, 1930, № 2.
Жмакин К. Н. Миргород как курорт для гинекологических больных. Журнал акушерства и женских болезней, 1932, № 1.
Зарницкий А. А. К вопросу о целесообразности применения влагалищных грязевых тампонов совместно с общим грязелечением. Гинекология и акушерство, 1929, № 5—6.
Зарницкий А. А. Лиманотерапия и внематочная беременность. Одесский медицинский журнал, 1927, № 8—10.
Здравомыслов В. И. Аутомамминизация грязевыми лепешками. Акушерство и гинекология, 1932, № 5—6.
Здравомыслов В. И. Гинекологический массаж и дыхательная коленно-локтевая гимнастика как необходимые добавочные факторы грязевых курортов. Гинекология и акушерство. 1932, № 1.

Здравомыслов В. И. Парэнтеральное применение альбихтоля (совместно с грязелечением). Труды акушерско-гинекологической клиники I ММИ, 1934, т. II.
Здравомыслов В. И. Влияние различных видов грязевых процедур на менструальную кривую гинекологических больных. Вопросы курортологии, 1937, № 4.
Здравомыслов В. И. Аутомамминизация грязевыми лепешками. Казанский медицинский журнал, 1931, № 7.
Здравомыслов В. И. Комбинация грязелечения с парэнтеральной ихтиоловой терапией при гинекологических заболеваниях. Гинекология и акушерство, 1931, № 5.
Землинская И. И. Грязелечение при менструальной гипофункции. Акушерство и эндокринология, 1940.
Зонова З. Н. РОЭ при грязелечении гинекологических заболеваний. Сборник бальнеологических работ по сибирским курортам. Томск, 1928.
Ильин А. А. Ректальное грязелечение в гинекологии. Сибирский архив клинической медицины, 1928 № 9—10.
Ильин А. А. Реакция оседания эритроцитов при грязелечении гинекологических заболеваний. Клинический журнал, Саратов, 1928, I.
Исаакян А. Н., Никогосов Л. Н., Морозова Л. С., Комиссарова Д. А. Сравнительное влияние грязевых тампонов и серного орошения при гинекологических заболеваниях и показания к их применению. Труды Центрального бальнеологического института иа Кавказских Минеральных Водах, 1935, т. 13.
Исаакян А. Н. и Бухаринская А. Л. Сравнительная оценка применения гальваногрязей и грязевых аппликаций при воспалительных процессах женской половой сферы. Труды Государственного центрального бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах, 1937, т. XVI.
Исаакян А. Н. Лечение женских болезней на курортах Кавказских Минеральных Вод. Пятигорск, 1936.
Исаакян А. Н., Морозова Л. С. Влияние пятигорских бальиеофакторов на воспалительные процессы женской половой сферы. Бюллютень Центрального бальнеологического института, 1935, № 3.
Какушкин И. М. Одесса как гинекологический курорт. Врачебное дело, 1925, № 2.
Какушкии И. М. Грязелечение и менструация. Украинский бальнеологический сборник, 1927, № 2—3.
Калюта А. Д., Ашихмин Н. А., Зотов В. А. Применение мототерапии совместно с грязелечением при ретродевиациях матки. Акушерство и женские болезни, 1934, № 4.
Каменская И. П. К вопросу о лечении мнтигированной грязью воспалительных заболеваний женской половой сферы. Сборник научных трудов курорта Саки, 1948, 4.
Кан А. Г. Грязевой раствор и его терапевтическая ценность при лечении гинекологических больных. Акушерство и гинекология, 1952, № 5.
Кан А. Г., Таргонская О. С. Метод сухого лечения трихомонадного кольпита. Акушерство и гинекология, 1938, № 11.

Кан А. Г. Интраректальное применение физиотерапевтических процедур в области гинекологии. Курортное дело, 1928, № 12.
Кан А. Г. О терапевтической ценности некоторых компонентов лечебной грязи в гинекологической практике. О применении грязевого раствора. Вопросы курортологии, 1938, № 3—4.
Кан А. Г. К вопросу о методике комбинированного грязелечения гинекологических больных на курорте «Озеро Горькое». Вопросы курортологии, 1938, № 3—4.
Кан А. Г. Ионофорез грязевого раствора при лечении гинекологических больных и страдающих ревматизмом детей. Труды Института физиотерапии, 1940, в. 8.
Каценеленбаум Л. И. Значение окраски генитального секрета коллоидными красками (метод Сейдергельма) при гинекологическом грязелечении. Труды Центрального института курортологии, 1932, т. IV.
Каценеленбаум Л. И. Вагинальная флора у гинекологических больных и ее изменения под влиянием грязелечения. Труды Центрального института курортологии, 1930, т. III.
Кашинский А. В. Грязевая ионотерапия как метод комбинированного грязелечения. 1929.
Кашинский А. В. О реакции оседания эритроцитов как контроле и прогнозе лиманотерапии женских заболеваний. Гинекология и акушерство, 1927, № 2.
Кедрус А. Я. Показания и противопоказания к грязелечению женских болезней. Курортное дело, 1928, № 10—11.
Кишеневская Р. Я. Прибор для ректального грязелечения. Акушерство и гинекология, 1938, № 11.
Кишеневская Р. Я. Провоцирующее действие грязевых влагалищных тампонов. Изд. ЦНИАГИ, 1935.
Коган М. С. Грязелечение мешотчатых образований женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8.
Колпакова Д. М. Амбулаторное вагинальное применение грязи Карачинского озера в г. Барнауле. Сборник бальнеологических работ по сибирским курортам. 1928.
Коновалов В. Д. Митигированное лечение подострых заболеваний женской половой сферы грязью Сольвычегодского курорта в условиях курорта и центральной поликлиники г. Архангельска. Сборник трудов Архагельского медицинского института, 1950, т. X.
Колотинская В. Интравагинальное грязелечение на курорте Ахтала. Труды Центрального института курортологии Грузии, 1940, т. II.
Колотинская В. Грязелечение во время менструального периода на курорте Ахтала. Труды Центральиого института курортологии Грузии, 1940, т. II.
Колью К. О. и Кучкова В. А. Комбинированное электрогрязелечение гинекологических заболеваний. Труды Западно-Сибирского бальнеофизиотерапевтического института, 1933, т. I.
Коробицин К. Я. Полостиая температура прн вагинальном грязелечении. Врачебное дело, 1932, № 11—12.
Королев И. И. Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы сапропелевыми тампонами. Акушерство и гинекология, 1939, № 12.

Кузьмина-Кавецкая Н. А. Влияние грязелечения на менструальную функцию. Казанский медицинский журнал, 1933, № 3.
Кузьмина-Кавецкая Н. А. Очаговая реакция при лечении гинекологических больных грязью. Курортно-санаторное дело, 1931, № 1.
Кузнецова В. Н. Комбинированный метод грязевого лечения гинекологических заболеваний на озере Эльтон за сезон 1924—1925 гг. Врачебная мысль, 1930—1931 гг., № 3—4.
Куколев Я. В. Влияние грязелечения на функцию ретикуло-эндотелиальной системы по материалам гинекологического санатория. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, т. XXXXII.
Кунцевич А. Н. Изменение крови у гинекологических больных под влиянием грязелечения. Крымский медицинский архив, 1925, т. II.
Курамшина М. В. Вагинальное грязелечение вне курорта. Врачебная газета, 1928, № 9.
Кучкова В. А. К вопросу о вагинальном грязелечении на курорте озеро Карачи в 1926—1927 гг. Курортное дело, 1928, № 5.
Косованова Г. Н. Результаты лечения женских болезней грязевыми вагинальными тампонами в комбинации с общебальнеологическими процедурами. Сборник работ «Озеро Тагарское», 1930.
Коханов И. К. К технике ректального грязелечения. Акушерство и гинекология, 1951, № 3.
Коханов И. К. Применение садгородской и океанской грязи при гинекологических заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1952, № 5.
Крамник Г. М. Лечение заболеваний женской половой сферы сестрорецкой грязью. В кн.: Сестрорецкий курорт. Сборник научных трудов, 1934.
Красовский С. А. Торфолечение гинекологических больных. Акушерство и гинекология, 1936, № 5.
Крупский А. И. Миргород на Полтавщине и его значение для лечения женских болезней, 1926.
Кузьмина Н. А. К вопросу о сравнительной оценке ответных реакций организма женщины на лечебную грязь различного состава. Труды курорта «Сергиевские минеральные воды», 1952.
Кузьмина Н. А. К вопросу об общем действии вагинальных грязевых тампонов. Труды курорта «Сергиевские минеральные воды», 1952.
Лебедев М. В. Интравагинальное грязелечение гинекологических заболеваний у туберкулезных больных. Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
Лебедев А. А. Грязелечение в гинекологии. Охрана материнства и младенчества, 1931.
Лебедев А. И. и Волосович А. М. Местное грязелечение влагалищными грязевыми тампонами по методу проф. А. И. Лебедева. Труды Бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах, 1925, т. II.
Лебедев-Шмидгоф Ю. М. О влагалищном грязелечении. Физиотерапия, 1926, № 4.

Лебедев-Шмидгоф Ю. М. К вопросу о влагалищном грязелечении. Юбилейный сборник, посвященный проф. Бруштейну, 1928.
Лебедев-Шмидгоф Ю. М. Методика сочетанного вагинального диатермо-грязелечения. Курортология и физиотерапия, 1933, № 11—12.
Лебедев-Шмидгоф Ю. М. Метод сочетанного (внутренне-наружного) грязелечения в гинекологии и его рационализация. Журнал акушерства и женских болезней, 1935, № 1.
Лебедев-Шмидгоф Ю. М. Опыт применения ленинградского торфа-сырца при лечении гинекологических заболеваний. Гинекология и акушерство. 1937, № 12.
Лейбчик Ю. А. Продувание фаллопиевых труб в условиях грязелечения. Казанский медицинский журнал, 1929, № 5.
Лейбчик Ю. А. Лечение заболеваний женской половой сферы комбинированными грязевыми процедурами. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 7—8.
Лейбчик Ю. А. и Зильберт С. Н. Метросальпингография в комбинации с продуванием фаллопиевых труб в условиях грязелечения. Акушерство и гинекология, 1932, № 2.
Лесной С. К. и Калюта А. Д. Опыт применения лечебной физкультуры при грязелечении и других методов консервативной терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы. Курортология и физиотерапия,. 1935, № 2.
Лесной С. К. Лечение в Саках заболеваний женской половой сферы. В кн.: Саки-курорт, 1935, т. I.
Лесной С. К. Влияние грязелечения на слизистую матки. Журнал акушерства и гинекологии, 1935, № 2—3.
Лесной С. К. Важнейшие условия режима гинекологических больных во время курортного рапо-грязелечения и после него. Изд. курорта Саки, 1936.
Лесной С. К. Значение эндокринных препаратов при курортном грязелечении гинекологических больных. Клиническая медицина, 1936, № 4.
Лесной С. К. Лизатотерапия на фоне курортного грязелечения у гинекологических больных. Проблемы эндокринологии, 1936, № 6.
Лесной С. К. Очаговая реакция при грязелечении гинекологических больных. В кн.: Саки-курорт, 1938, в. II.
Лесной С. К., Белоусов П. И., Любомудрова Л. Н. Опыт применения лечебной физкультуры при грязелечении гинекологических больных. В кн.: Саки-курорт, 1938, в. II.
Лесной С. К. Редрессация придатков матки при грязелечении больных с хроническими аднекситами. Акушерство и гинекология, 1939, № 12.
Лесной С. К. Эффективность курортного рапо-грязелечения у гинекологических больных по отдаленным результатам. Советская медицина, 1940, № 3.
Лесной С. К. Показания и противопоказания к грязелечению гипогенитальных расстройств у женщин. Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
Лесной С. К. Лечение гипоовариальных расстройств грязями и эндокринными препаратами, Медгиз, 1950.

Лесной С. К. К вопросу о сущности очаговой реакции у гинекологических больных. Акушерство и гинекология, 1953, № 2.
Либеров Н. Д., Тыркова Н. Г. Влияние вагинальных грязевых тампонов на красную кровь. Сборник бальнеологических работ по сибирским курортам, 1928.
Линевич Л. Ф. К вопросу о показаниях и противопоказаниях к грязелечению. Курортное дело, 1927, № 9.
Линевич Л. Ф. Раннее грязелечение острых и подострых воспалительных заболеваний конечностей и женской половой сферы. Советский врачебный журнал, 1938, № 8.
Линевич Л. Ф. К технике грязевых вагинальных тампонов. Врачебное дело, 1929, № 10.
Литвак Л. Я. Лечение цервикальной гонорреи грязевыми влагалищными тампонами. Вестник венерологии и дерматологии, 1939, № 6.
Лихтер М. Л. Материалы к вопросу о комбинированном лечении гинекологических больных грязями и протеинотерапией. Курортное дело, 1928, № 8—9.
Лозинский А. А. Бальнеология практического врача. Ч. II. Женские болезни, 1917.
Либеров Н. Д. К вопросу об общем действии на женский организм вагинальных грязевых тампонов. Омский медицинский журнал, 1928, № 4—5.
Либов Б. А. О грязелечении в Железноводске в применении к женским болезням. Врач, 1896, № 41.
Либов Б. А. Значение очаговой реакции при грязелечении воспалительных заболеваний женской половой сферы. Врачебное дело, 1927, № 16.
Ливанов Д. П. Термофор для вагинального грязелечения. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, т. 40.
Магазаник Г. Л., Торфолечение женских болезней. В кн.: Торфолечение, 1949.
Магазаник Г. Л. К вопросу о рационализации гинекологического грязелечения. Вопросы курортологии, 1938, № 1—2.
Мажбиц А. М. Изменение менструальной кривой под влиянием грязелечения у гинекологических больных. Журнал усовершенствования врачей, 1927.
Мажбиц А. М. Уточнение индикаторов показаний и противопоказаний к грязелечению в гинекологии. Гинекология и акушерство, 1928, № 2.
Мажбиц А. М. Лечение женских болезней грязевыми и рапными ваннами. Практическое руководство для врачей. М. 1928.
Мажбиц А. М. Грязелечение послеоперационных осложнений у гинекологических больных. Гинекология и акушерство, 1929, № 1.
Мажбиц А. М. Бальнеотерапия в гинекологии и акушерстве. ЦНИАГИ, Л., 1947.
Мандельштам А. Э. Лиманотерапия в гинекологии. Одесский бальнеологический сборник, 1925, в. I.
Маненков П. В. О влиянии рукавных тампонов из стерилизованной и нестерилизованной варьзиятчинской грязи на чистоту влагалищного секрета. Сборник работ Казанского медицинского института, 1934, т. XI—XX.

Мартюков Ф. С. К вопросу об интравагинальном применении грязевых тампонов. Бюллетень Среднеазиатского курортного управления, 1927, № 6.
Микеладзе Ш. Я. Внекурортное грязелечение гинекологических воспалительных заболеваний. В кн.: Воспалительные заболевания женской половой сферы и трудоспособность, 1935.
Миронкова О. Н. О лечении гинекологических больных иловыми грязями озера Лебяжьего (Южный Сахалин). Акушерство и гинекология, 1949, № 6.
Миронов М. М. Консервативное лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров, 1927.
Мишин В. А. О лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы на Куяльницком лимане. Труды VII съезда гинекологов, 1927.
Мосейкина О. Ф. Грязелечение в условиях женской консультации. Акушерство и гинекология, 1952, № 5.
Мухамедова С. З. Торфяная грязь в лечении гинекологических заболеваний. Казанский медицинский журнал, 1940, № 3.
Мухамедова С. З. Опыт применения влагалищных грязевых тампонов из местной торфяной грязи для лечения гинекологических больных. Казанский медицинский журнал, 1939, № 2—3.
Ненадович Л. Ф. К лечению грязями заболеваний женской половой области. Журнал акушерства и женских болезней, 1905, т. 19.
Ненадович Л. Ф. Бальнеотерапия заболеваний женской половой области. Заграничные курорты. Берлин, 1911.
Ненадович Л. Ф. Лечение заболеваний женской половой области в Франценсбаде. Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 15.
Никогосов Л. Н. и Эмануэль Г. В. Методика лечения гинекологических заболеваний на пятигорском курорте. Краткое методическое руководство по лечению больных на пятигорском курорте. 1948.
Новицкая Р. А. Влияние грязелечения на менструальную функцию. Гинекология и акушерство, 1934, № 2.
Новицкий А. А. Грязелечение при беременности. Курортно-санаторное дело, 1931, № 1.
Новицкий А. А., Волосович А. М. Влагалищное грязелечение. Казань, 1936.
Новицкий А. А. Результаты бальнеологического лечения гинекологических больных в Ессентуках. Курортное дело, 1927, № 5.
Новицкий А. А. Грязелечение при новообразованиях женской половой сферы. Курортное дело, 1927, № 5.
Новицкий А. А. К вопросу о гипофункциях яичников и бальнеологическое их лечение. Вестник эндокринологии, 1928, т. II.
Новицкий А. А. К вопросу о принципах и методике назначений грязевых процедур при гинекологических заболеваниях. Медицинский сборник Кавказских Минеральных Вод, 1925, № 1.

Новицкий А. А. Гинекологические больные в Ессентуках в сезон 1925 г. Курортное дело, 1928, № 3.
Новицкий А. А. О комбинированных методах больнео- и физиотерапии при лечении гинекологических больных. Курортология и физиотерапия, 1933, № 11—12.
Нольчини Д. Н. Результаты лечения воспалительных заболеваний женских половых органов ваннами из тамбуканской грязи на Кавказе. Журнал акушерства и женских болезней, 1899, октябрь.
Орловский А. А. Грязелечение при беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1932, № 2—3.
Орлов В. Н. О лечении женских болезней на одесских лиманах. Журнал акушерства и женских болезней, 1909, № 2.
Пальмов А. Ф. Ближайшие результаты лечения гинекологических больных на курорте «Озеро Горькое». Уральский медицинский журнал, 1930.
Парсамов С. С., Власова, Старцева Л. Н., Кузьмина, Чиж. Сравнительные наблюдения над действием сероводородной воды и грязи при лечении гинекологических заболеваний на курорте «Сергиевские минеральные воды». Гинекология и акушерство, 1934, № 5.
Парышев Д. А. Внутриматочные впрыскивания при грязевом лечении женских болезней. Журнал акушерства и женских болезней, 1900, октябрь.
Пашинов П. К. Лечение трихомонадных кольпитов в условиях грязевого курорта. Акушерство и гинекология, 1954, № 7.
Петренко Е. А. Динамика РОЭ под влиянием грязевых процедур. Акушерство и гинекология, 1953, № 2.
Пойзнер Б. С. Лечение хронических воспалительных процессов женской половой сферы грязевыми вагинальными тампонами на курорте Карачи и его результаты. Сборник бальнеологических работ сибирских курортов. 1928.
Пойзиер Б. С. и Грудзинская Е. С. Лечение хронических воспалительных процессов женской половой сферы вагинальными тампонами t° 20 иа курорте оз. Шира. Труды сибирской конференции по курортному делу и физиотерапии. Томск, 1951.
Пойзнер Б. С. и Харченко А. Г. Лечение холодными вагинальными тампонами хронических воспалительных процессов женской половой сферы. Труды Сибирской конфереиции по курортному делу и физиотерапии. Томск, 1951.
Попов Г. А. К вопросу об изменении влагалищной флоры под влиянием лиманотерапии. Гинекология и акушерство, 1926, № 6.
Прозоровский В. Г. Действие грязи эльтоиского озера на заболеваиия женских половых органов. Саратовский вестник здравоохранения, 1926.
Проскурякова М. Д. Клиническое значение грязевых компрессов в лечении гинекологических заболеваний. Труды IV съезда российских акушеров и гинекологов, 1919, № 7—8.
Рессин Б. И. Материалы к лечению бесплодия. Акушерство и гинекология, 1951, № 6.

Рессин Б. И. Бесплодие и его лечение в условиях грязевого курорта. Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
Ржехина А. И. О лечении женских заболеваний на курорте «Сергиевские минеральные воды». Гинекология и акушерство, 1934, № 5.
Савицкий В. Н. О технике вагинального грязелечения. Санаторно-курортное дело, 1931, № 2.
Свет-Молдавская Е. Д. К вопросу о грязелечении во внекурортной обстановке при гинекологических заболеваниях. Труды Центрального института курортологии, 1928, т. I.
Свет-Молдавская Е. Д. К вопросу об отдаленных результатах курортного грязелечения гинекологических больных. Гинекология и акушерство, 1939, № 4—5.
Свет-Молдавская Е. Д. и Бѐленькая М. С. Грязелечение при гинекологических заболеваниях. Курортное дело, 1928, № 10—11.
Свет-Молдавская Е. Д. Отдаленные результаты комбинированного внекурортного грязелечении гинекологических больных. Курортно-санаторное дело, 1931, № 6—7.
Сворень А. Я. Определение гиперемии матки с помощью маточно-шеечного онкографа при различных видах аппликационного грязелечения хронических гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология, 1953, № 2.
Сворень А. Я., Каган М. Р., Пинтель Г. А. Учет результатов лечения хронических воспалительных гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология, 1940, № 11.
Скробанский К. К. Грязевое лечение гинекологических форм заболеваний в Сестрорецком курорте его местной грязью. Сборник научных трудов Сестрорецкого курорта, 1929, кн. I.
Слайчевский А. В. Показания и методика грязелечения женских болезней на курорте Мойнаки. Грязелечение в Мойнаках. Крымгосиздат, 1930.
Слайчевский А. В. и Добронравова Л. Ф. Комбинированное лечение женских болезней аммаргеном и грязью. Аммарген. Сборник. 1940.
Слайчевский А. В. О влиянии конституции женского организма на успешность грязелечения. Грязелечение в Мойнаках, 1930.
Слайчевский А. В. Грязелечение при гинекологических заболеваниях. Журнал акушерства и женских болезней. 1926, № 5.
Слюсарева А. И. Лечение гинекологических больных иа Варзиятчинском курорте. Сборник трудов Горьковского физиотерапевтического института, 1938, в. II.
'Соколов А. С. Роль кожной температуры и ее изменений при лечении грязью гинекологических больных. Известия Академии наук Казахской ССР, № 136. Серия физиологии и медицины, 1954, в. 4.
Соколов А. С. Лечение гинекологических больных грязью. Озеро Эдиль бай. Известия Академии наук Казахской ССР, № 136. Серия физиологии и меднцины, 1954, в. 4.
Соколов А. С. Методическое письмо по грязелечению гинекологических заболеваний на грязевых курортах Казахстана. Алма-Ата, 1954.

Соколов А. С. Внутрикожная реакция с гоноантигеном как метод диагностики гинекологических заболеваний гонорройной этиологии в условиях грязевого курорта. Труды Института краевой патологии Академии наук Казахской ССР, 1952, I.

Солонович Л. Г. К вопросу о вагинальном грязелечении. Гинекология и акушерство, 1935, № 2—3.

Стальский Ю. И. К методике лечения гинекологических заболеваний грязевыми тампонами с электротериофором. Сборник трудов Ижевского медицинского института, 1939, т. IV.

Старцева Л. Н. Видоизмененная модель майеровского зеркала для вагинального грязелечения. Советская врачебная газета, 1935, № 8.

Старцева Л. Н. О сероводородном и грязевом лечении гинекологических больных в связи с этиологией и давностью процесса. Казанский медицинский журнал, 1935, № 6.

Стефанович К. К. Грязелечение при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Клиническая медицина, 1925, № 1—2.

Стефанович К. К. Прогностическое значение очаговой реакции, возникающей под влиянием грязелечения при хронических воспалительных процессах женской половой сферы. Курортное дело, 1925, № 7—8.

Стоянов С. Д. Новая модель грязевого кресла для лечения гинекологических заболеваний. Курортное дело, 1928, № 3.

Таргонская О. С. К вопросу о грязелечении во время менструации. Вопросы курортологии, 1938, № 3—4.

Таргонская О. С. К вопросу о комбинированном грязелечении во время менструации. Акушерство и гинекология, 1940, № 12.

Тарло Б. С. Рапо-грязелечение гинекологических заболеваний на курорте Саки. Сборник научных работ курорта Саки. 1948, т. IV.

Татулова А. П. Низкие температуры грязелечения в гинекологии. Сборник научных трудов курортов Краснодарского края и Ростовской области. 1938.

Татулова А. П. Изменение влагалищной флоры у гинекологических больных под влиянием комбинированного лечения в Анапе. Научные труды курортов и клиник Азово-Черноморского края. Ростов-на-Дону, 1934.

Тер-Габриелян Г. Г. Грязевое лечение и результаты при гинекологических заболеваниях в амбулаторной практике. Московский медицинский журнал, 1929, № 3—4.

Тер-Габриелян Г. Г. Физиологическое действие грязевых тампонов на организм женщины при хронических заболеваниях половых органов. Физиотерапия, 1928, № 1.

Третьяков В. В. Наблюдения при интравагинальном способе грязелечения женских болезней на курорте Боровое. Омский медицинский журнал, 1928, № 2.

Третьяков В. В. Опыт применения грязелечения совместно с ЛФК. Вопросы курортологии, 1939, № 3.

Турецкая Р. Б. Грязелечение при аменорреях. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 1941.

Турецкая Р. Б. Менструация и лиманотерапия. Врачебное дело, 1931, № 5—6.

Турецкая Р. Б. К вопросу о дальнейшем уточнении показаний к курортному лечению (лиманотерапии) гинекологических болезней. Гинекология и акушерство, 1928, № 4.
Турецкая Р. Б. К вопросу об изменении влагалищной флоры под влиянием лиманотерапии в связи с конституцией женщины. Одесский медицинский журнал, 1928, № 2.
Тырков Н. Г. Картина белой крови при вагинальном грязелечении. Сборник бальнеологических работ сибирских курортов. Томск, 1928.
Улитин Н. В. О лечении гинекологических заболеваний ионизацией через грязь. Вопросы курортологии, 1940, № 4.
Файнштейн Г. К. Вагинальное грязелечение в условиях городской амбулатории. Труды III Поволжского научного съезда врачей. Астрахань, 1931.
Феньор С. Л. Лечение эндоцервицитов молла-каринской грязью. Труды 3-го межреспубликанского совещания ученых медицинских советов министерств здравоохранения среднеазиатских республик и Казахстана. 1950.
Фирсова К. П., Чернышева Л. И. Лечение женских болезней вагинальными грязевыми тампонами на курорте «Ключи». Сборник трудов Уральского филиала Государственного центрального института курортологии, 1937, в. II.
Хаскин С. Г. Комбинированное лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы грязью и вакциной. Журнал акушерства и женских болезней, 1933.
Ходецкий Т. В. К вопросу о рационализации использования грязевых курортов гинекологическими больными. Вестник современной медицины, 1928, № 7.
Ходецкий Т. В. Сравнительные данные лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы грязями и ионтофорезом в условиях Анапского курорта. Курортное дело, 1928, № 89.
Хохлов А. В. Бальнеодинамика грязелечебных процедур при расстройстве менструальных функций. Курортно-санаторное дело, 1930, № 2.
Хохлов А. В. О грязевой реакции. Врачебное обозрение, 1925, № 8.
Хохлов А. В. Рапные влагалищные орошения в физико-химическом отношении. Врачебное дело, 1928, № 20.
Хохлов А. В. Новый метод грязелечения в гинекологии. Врачебное дело, 1928, № 22.
Хохлов А. В. Отдаленные результаты влияния грязелечения на менструальную функцию. Врачебное дело, 1931, № 17—18.
Хохлов А. В. Бальнеотерапия и менструальная фуикция. Курортное дело, 1927, № 2.
Хохлов А. В. Местная бальнеотерапевтическая реакция организма при грязелечении гинекологических заболеваний в освещении современной бальнеологии. Врачебное обозрение, 1925, № 8.
Хохлов А. В. Коллоидно-химические основы динамики грязевых процедур при лечении половой гипоплазии. Клиническая медицина, 1930, № 13.
Храповская Н. С. и Якоби Э. А. Вагинальное грязелечение как метод провокации при диагностике женской гонорреи. Вестник венерологии и дерматологии, 1937, № 9—10.

Цирульников М. С. Эффективность грязелечения при бесплодии на почве воспалительных заболеваний фаллопиевых труб. Акушерство и гинекология, 1954, № 2.
Цукор Н. Лечение женских болезней в Франценсбаде. Терапевтическое обозрение, 1912, № 8.
Цунбалова В. П. К вопросу о влиянии грязевых вагинальных и ректальных тампонов на вязкость крови. Сибирский медицинский журнал, 1931, № 3.
Чернеховский Д. Л. Грязелечение в гинекологии, комбинированное с другими методами фармако-физического лечения. Гинекология и акушерство, 1929, № 4.
Черникова Э. И. Ректальное грязелечение при заболеваниях женской половой сферы. Свердловск, 1935.
Черникова Э. И. К вопросу о ректальном грязелечении в гинекологии. Труды Уральского филиала Государственного центрального института курортологии, 1937, в. II.
Черникова Э. И. О пригодности различных грязей к ректальному грязелечению. «Озеро Горькое». Вопросы курортологии. 1938, № 3—4.
Шабак К. Ф. О комбинированном грязелечении гинекологических заболеваний на Старорусском курорте. Курортное дело, 1927, № 9.
Шабак К. Ф. Беременность и бальнеотерапия. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 2.
Шабак К. Ф. Краткий обзор результатов лечения гинекологических больных на курорте Старая Русса. Курортно-санаторное дело, 1931, № 8—9.
Шавердова Ф. А. К вопросу о влиянии грязевых процедур на беременных животных. Курортно-санаторное дело, 1931, № 1.
Шапошникова Н. Е. Грязелечение при гинекологических заболеваниях, (Брошюра.), М., 1953.
Шарнин А. Я. «Лебяжье» как курорт для гинекологических больных. В кн.: Курорт «Лебяжье», 1931, в. I.
Шарнин А. Я. Грязелечение облитерирующего сальпингита в свете данных метода пертубации. Труды Западносибирского краевого института физических методов лечения и курортологии, 1936, т. 4.
Шарнин А. Я. Грязелечение гинекологических заболеваний, сочетанных с легочным туберкулезом. В кн.: Курорт «Лебяжье», 1924, в. II.
Шевцов Л. Я. Результаты внекурортного лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы грязевыми тампонами. Гинекология и акушерство, 1928, № 6.
Шергова С. М. Изменение удельного веса крови при вагинальном грязелечении. Омский медицинский журнал, 1929, № 3—4.
Шехтер Б. М. Грязевая аутомамминизация при маточных кровотечениях. В кн.: Саки-курорт, 1938, в. II.
Шипулин В. К. К вопросу лечения воспалительных заболеваний женских половых органов на варзиятчинском курорте Удмуртской АССР. В кн.: К проблеме снижения материнской и детской заболеваемости и смертности. 1950.
Широченский И. Г. Влагалищный метод лечения тамбуканской грязью. Курортное дело, 1926, № 12.

Шмундак Д. Е. К вопросу о грязелечении во время менструации. Украинский бальнеологический сборник, 1925, I.
Шмундак Д. Е. Грязелечение воспалительных заболеваний женской половой сферы в условиях курорта. Казанский медицинский журнал, 1936, № 8.
Шмундак Д. Е., Осетинский Т. Г. К вопросу о диагностическом и прогностическом значении сальпингографии при лечении трубного бесплодия. Гинекология и акушерство, 1929, № 5—6.
Шоклендер Р. Б. Опыт изучения температурного режима грязевого тампона. Вопросы курортологии, 1940, № 5.
Шуб Л. Р. Методика лечения гинекологических больных на курорте Кемери. В кн.: Методика лечения больных на бальнеогрязевых курортах Латвийской ССР. Кемери-Балдоне. Рига, 1954.
Шусер Л. А. Сущность аутомамминизации. Акушерство и гинекокология, 1940, № 1.
Эпштейн М. И. Эстрогенный фактор в лечебных грязях Славянского курорта. Акушерство и гинекология, 1940, № 1.
Эпштейн И. Ф. Вагинальная колумнизация в больничной обстановке как метод консервативного лечения в гинекологии. Гинекология и акушерство, 1930, № 5—4.
Юрасовский С. А. Анализ очаговой бальнеологической реакции по данным гинекологических санаториев Государственного курорта Саки. Саки-курорт, 1930, в. I.
Юрасовский С. А. Торфолечение гинекологических больных. Гинекология и акушерство, 1936, № 5.
Юрьевский С. Г. Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы холодной грязью. Акушерство и гинекология 1936, № 12.
Юрьевский С. Г. Холодное грязелечение при острых и подострых воспалительных процессах женской половой сферы. Клиническое исследование. Новосибирск, 1939.
Ягунов С. А. Учет разницы температуры во влагалище и подмышкой как простейший метод контроля при грязелечении гинекологических больных. Гинекология и акушерство, 1930, № 1.
Ягунов С. А. Реакция слизистой матки на грязелечение во внекурортной обстановке. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 5—6.
Ягунов С. А. Опыт применения комбинированного лечения грязью и вакциной при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Курорты, физиотерапия и рабочий отдых, 1932, № 7.
Ягунов С. А. Гальванизация через грязь при лечении гинекологических заболеваний по методу Ягунова. Сборник трудов Центрального института акушерства и гинекологии, 1935.
Ягунов С. А. и Микеладзе Ш. Я. Лечение мешотчатых образований фаллопиевых труб гальванизацией через грязь. Сборник научных трудов Центрального научного института акушерства и гинекологии, 1935, № 1.
Ягунов С. А. и Старцева Л. Н. Торфолечение женских болезней. В кн.: Магазаник Г. Л., Торфолечение. 1949.

Дополнительный список литературы с 1956 г. по 1958 г.

Кобзева Т. Н. Грязелечение больных с гинекологическими воспалительными заболеваниями в подострой стадии. Акушерство и гинекология, 1958, № 2.

Мажбиц А. М. Лечение гинекологических больных на курортах. Л. Медгиз, 1957.

Малиновский М. С. и Свет-Молдавская Е. Д. Лечение женских болезней курортными факторами на курорте и во внекурортной обстановке. В кн.: И. А. Брауде, М. С. Малиновский, А. И. Серебров «Неоперативная гинекология», М., 1957.

Панцевич И. Ф., Брусиловский И. А. Лечение хронических воспалительных процессов женских гениталий грязевыми аппликациями на область солнечного сплетения. Акушерство и гинекология, 1956, № 2.

Соколова А. С. О наличии эстрогенных веществ в грязи озера Терескен курорта Яны-Курган. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, 1958, № 2.

Ставская Е. Я., Эмануэль Г. В. Методика лечения больных гинекологическими заболеваниями на Пятигорском курорте. В кн.: «Основные принципы лечения больных на Пятигорском курорте», 1956, Ставрополь.

Ставская Е. Я., Гнездилова М. Г., Александрова В. П. Ошибки и опасности бальнеолечения в гинекологии. Вопросы курортологии и физиотерапии, 1957, № 4.

Щербакова А. В. К вопросу о механизме действия аутомаммизации. Сборник трудов Томского медицинского института, 1957, т. IX.

akusher.ru