

с его крупными индустриальными кадрами создает обстановку интенсивной общественной жизни, в которой психика отдельного индивида находит благоприятные условия для своего интеллектуального развития. С другой стороны, нельзя не думать о стихийном профессиональном отборе на сормовский завод с его развитой техникой, отсеивающей всех не могущих приспособиться к ее требованиям, в то время как „Красный Якорь“ с его полукустарными методами обработки дает возможность овладеть техникой работы менее одаренным группам рабочих.

---

Из поликлиники М.-К. ж. д. ст. Казань.

## Женская гоноррея на железнодорожном транспорте<sup>1)</sup>.

**М. А. Романовой.**

Материалом для настоящей статьи служат карточки больных, прошедших через гинекологический кабинет Казанской поликлиники Моск.-Каз. ж. д. за 2½ года ее существования (с 1 VII 1926 г. по 31 XII 1928 г.). Больные эти состояли исключительно из железнодорожного населения г. Казани и ближайших станций, которые обращались в наш кабинет не только за узко-специальной помощью по женской гоноррее, но вообще за акушерско-гинекологической. Попад в гинекологический кабинет, они подвергались учету, специальным исследованиям, систематическому лечению и профилактической обработке. За указанный срок в нашем кабинете было зарегистрировано 4350 первичных посещений, из которых на долю гонорреи (ж. г.) и ее осложнений падает 957 случаев, что составляет 22% по отношению к общему числу посещений. Процент большой, но не исчерпывающий, т. к. в это число вошли далеко не все случаи; многие больные, страдающие этой болезнью, прошли мимо нас или вовсе нигде не лечились. Поэтому действительный процент следует ожидать еще выше. Если мы сравним его с имеющимися на этот счет процентами у других авторов, то убедимся, что он выше их. Так, по материалу Волынского окружного вендиспансера для городского населения он равен 18,7%. Конечно, полученный нами % имеет только относительное значение: он не отражает действительные размеры гонорроизации женского населения транспорта, но на основании его мы все же можем с уверенностью сказать, что по своей распространенности и значению гоноррея у транспортниц, бесспорно, занимает одно из первых мест среди гинекологических заболеваний, и что действительный процент поражения женщин этой болезнью нужно считать, во всяком случае, не ниже, а выше, чем это исчислено у Хольцова (от 20 до 30%).

Дальнейший анализ имеющегося материала рисует еще более любопытные факты социального характера. Так, наши больные распределялись:

---

<sup>1)</sup> Доложено на заседании Венерологической секции О-ва врачей при Каз. ун-те 28/III 1929 г.

| По социальному положению:  | По национальности:       | По семейному положению: |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Застрахованные . . . . 78  | Русские . . . . . 699    | Дети . . . . . 7        |
| Члены семейств . . . . 718 | Татары . . . . . 99      | Замужние . . . . . 617  |
| Безработные . . . . . 102  | Проч. . . . . 159        | Незамужние . . . . 234  |
| Пенсионеры . . . . . 13    |                          | Вдовы . . . . . 99      |
| Прочие . . . . . 46        |                          |                         |
| По возрасту:               |                          | По месту жительства:    |
| Дети . . . . . 7           | От 31 до 35 л. . . . 165 | Казань . . . . . 757    |
| До 20 лет . . . . . 103    | » 36 » 40 » . . . 117    | Приезжие . . . . . 220  |
| От 21 до 25 л. . . . 257   | Свыше 40 л. . . . . 83   |                         |
| » 26 » 30 л. . . . 225     |                          |                         |

О чем говорят эти данные? Они свидетельствуют нам о том, что ж. г. распространена, главным образом, как среди замужних, так особенно среди незамужних женщин русского населения. 234 случая заражения гонорреей среди незамужних ж. (одинок) показывают, насколько социально опасной является эта, сравнительно небольшая, группа населения. Татарок с ж. г. было всего 10,3%. Такое незначительное количество ж. г. среди татарского населения зависит от двух обстоятельств: во-первых, татар среди транспортников не так много, во-вторых, женщины этой национальности очень неохотно посещают амбулаторию.

В возрастном отношении ж. г. больше всего страдают в самые цветущие годы: от 20 до 30 лет. Местных жительниц с ж. г. было зарегистрировано в три раза больше, чем приезжих. Что касается ничтожного количества зарегистрированных нами случаев с детской гонорреей, то надо сказать, что эта цифра совершенно не соответствует действительности, раз среди взрослого населения так широко распространена ж. г. Это могло зависеть от того, что нами не производилось обследования семей, и все эти случаи явились к нам на прием по личной инициативе родителей. Статистика Бакинского вендиспансера показала, что 0% гоноррейных детей в детдомах доходит до 11,2%.

Переходя к вопросу об источниках заражения, необходимо отметить, что в громадном большинстве случаев больные получили гоноррею по выходе замуж от своих мужей и только в единичных случаях от случайных coitus'ов со знакомыми мужчинами. Если мы рядом с этим сопоставим сообщение венерологов, то увидим следующее: по материалу диспансера ГВИ 70,1% больных женщины заразились от своих мужей, в то время как мужья от своих жен заразились в 10,3% случаев. У нашего венеролога Н. Н. Ясницкого заражение у мужчин в 60% происходит от половых сношений с неизвестными женщинами во время служебных поездок на линию. Эти данные с несомненностью показывают, каким путем венерические болезни проникают в железнодорожные семьи—бытовые и служебные условия здесь играют большую роль, причем главным виновником внесения гонорреи в семью является мужчина. Очевидно, среди мужчин еще очень многие не прониклись сознанием ответственности перед своей совестью и обществом за внесение в семью гоноррейной заразы.

Наряду с этим чрезвычайно интересным является факт постепенного нарастания ж. г.

| С р о к                   | Острая    | Хронич.   | Всего     |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| За 1/2 г. 1926 г. . . . . | 48        | 126       | 174       |
| За 1927 г. . . . .        | 103       | 265       | 368       |
| За 1928 г. . . . .        | 121       | 294       | 415       |
|                           | <hr/> 272 | <hr/> 685 | <hr/> 957 |
|                           | 28,5%     | 71,5%     |           |

Число больных ею из года в год увеличивается; причем, как видно из таб. № 6, этот рост происходит как за счет остро протекающих случаев, так и за счет хронических. Всего нами острых случаев зарегистрировано 28,5%, а хронических—71,5%.

Для ясности я считаю необходимым оговориться, что остропротекающая группа нашей статистики состоит далеко не из одних только свежих случаев инфекции. За основу мною бралась не давность процесса, а клиническая картина болезни. По сводной статистике у Гальперина и Исаева острых случаев было 40%, а хронических—60%. Это несоответствие наших данных с данными указанных авторов могло зависеть от того обстоятельства, что в диспансер идут, главным образом, острые случаи свежей инфекции, к нам же, наоборот, под видом женских болезней—различные осложнения и хронические заболевания на почве гонорреи.

Что касается давности процесса, то его точно выяснить у наших больных в большинстве случаев было невозможно, т. к. многие больные не могут указать момента заражения, а довольно часто встречающееся длительное толерантное отношение организма к гонококковой инфекции скрывает от больной начало болезни. Поэтому число свежих случаев, бурно себя проявивших с самого начала инфекции, было зарегистрировано небольшое (42). Превалирующее количество составляли воспалительные процессы, давность которых колебалась от 2 до 5 лет. Также немало было случаев с вторичной латентной гонорреей, в то время как длительной первичной латентной гонорреей было зарегистрировано всего 3 случая.

Способ заражения у наших больных, за исключением детей, был половой. Переходя к вопросу о диагностике ж. г. у наших больных, считаю необходимым отметить, что за гоноррейное заболевание мы признавали те случаи, где налицо были несомненные анамnestические данные, соответствующая клиническая картина и положительные результаты бактериоскопического исследования. В некоторых сомнительных случаях картина заболевания выяснялась консультативно с венерологом, у которого лечатся мужья наших больных. Затруднения и сомнения возникали, главным образом, в деле распознавания хронической гонорреи. Здесь, благодаря многолетней давности процесса, характерные особенности половой жизни ж. затушевывались, а ложный стыд и другие практические соображения довольно часто заставляли их скрыть тайну и даже самый тщательный анализ анамnestических данных не всегда разрешал вопрос об инфекции. Что же касается клинической картины ж. г. и отдельных симптомов ее, то, по мнению многих клиницистов, они не имеют ни одного патогномического признака, присущего только этой болезни. С другой стороны, теперь считается общепризнанным, что и отрицательные результаты бактериологических исследований еще не служат доказатель-

ством отсутствия гонорреи. Отсюда явствует, что диагностика ж. г. при современных методах исследования не всегда возможна.

Бактериологические исследования нами были произведены всего лишь в  $\frac{1}{2}$  всех случаев с ж. г., причем они касались, главным образом, открытых форм. В случаях далеко зашедших и большой давности бактериологические исследования не производились, потому что, по мнению большинства клиницистов (Sänger, Noeggerath, Wertheim, Döderlein и др.), найти в этих случаях гонококка в отделяемом нижнего отдела мочеполового тракта женщины является делом почти невозможным, а отрицательные результаты ничего не доказывают. Как положительный результат бактериологического исследования мы признавали те случаи, где налицо были обнаружены или типичные гонококки Neisser'a (35% по отношению к положительному числу исследований), или грамотрицательные диплококки типа Asch'a (55%), или обилие гнойных клеток (нейтрофилов, эозинофилов) даже при отсутствии в препарате гонококка (10%). Первые обнаруживались, главным образом, в свежем патологическом отделяемом при острой форме гонорреи; вторые—при различных формах хронической гонорреи, чаще в цервикальном канале, где, повидимому, имеются особые благоприятные условия для гетероморфизма и длительной фиксации этих форм (Финкельштейн). Несмотря на допускаемые некоторыми авторами (Лавринович, Сиротинни, Утенков) большие морфологические изменения этих гонококков типа Asch'a, нами признавались зачатковые только те, которые все же сохраняли форму диплококка. Гнойные клетки были неизменными спутниками латентной гонорреи, где гонококк сохранял свою жизнь в глубине пораженных тканей, не проявляя себя клинически и не обнаруживаясь в отделяемом.

Современные исследователи различно смотрят на эту стойкую микроскопическую картину отделяемого мочеиспускательного канала. По мнению Фронштейна, этот „лейкоцитарный индекс“ дает право считать больного свободным от инфекции. Pickert и Asch рассматривают его как несомненный признак латентной гонорреи. Закас, Залуцкий и Шишов определяют его как показатель момента равновесия между инфекцией и организмом. Мы полагали, что такой результат бактериологического исследования надо считать как признак наличия инфекции, скрытно протекающей до поры до времени, и поэтому относили его к положительным.

Положительный анализ при заведомой гоноррее нами был получен в 37% всех случаев, подвергнутых бактериоскопическому исследованию, % сравнительно низкий, хотя и у проф. Иванова количество положительных результатов бывает в три раза менее отрицательных. Такой небольшой % удач он объясняет нерациональной техникой взятия отделяемого.

Для микроскопического исследования мы брали отделяемое уретры, бартолиновых желез, канала шейки матки, вагины, а иногда и прямой кишки. Техника взятия обычна. Мазки, фиксированные на предметных стеклах, направлялись в лабораторию поликлиники, где и окрашивались общепринятым способом—синькой и по Грамму. Так как таким обычным способом не всегда удавалось найти микроба, особенно в случаях хронических и латентно протекающих, то в ряде случаев мы прибегали к помощи провокации. Провокация приурочивалась ко времени окончания



менструации, которая во многих случаях сама по себе играла провоцирующую роль. Провокация сводилась к искусственному местному повреждению слизистой уретры (инстиляция 1% раствором arg. nit.) и канала шейки матки (смазывание 5—10% раствором arg. nit.) и впрыскиванию гонококковой polyvalentной вакцины в наружно-верхний квадрант ягодичной области в количестве 1,0. Одновременно с этим больной рекомендовалось пить пиво, что с давних пор заслуженно считается хорошим провоцирующим средством. В течение ближайших 2-х суток больная ежедневно являлась на прием, где у нее обычным способом брались мазки. Такому методу провокации было подвергнуто 68 человек, у которых примененный ранее обычный способ исследования дал отрицательный результат. Благодаря такому вылавливанию гонококков мы имеем еще 20% положительных анализов.

Придавая бактериоскопическому исследованию большое диагностическое значение, мы произвели его, как уже отмечено выше, приблизительно в  $\frac{1}{2}$  всех случаев, т. е. у 450 чел.

Насколько часто бралось для исследования отделяемое того или другого органа и с каким успехом, показывает табл. № 1.

ТАБЛ. № 1.

| Название органа, из которого бралось отд. | Число исследований | Число положительных результ. | % положительных анализ |
|---|--------------------|------------------------------|------------------------|
| Уретра . . . . .                          | 321                | 160                          | 50%                    |
| Барт. железы . . . . .                    | 56                 | 11                           | 20%                    |
| Церв. канал . . . . .                     | 339                | 135                          | 40%                    |
| Влагалище . . . . .                       | 140                | 14                           | 10%                    |
| Прямая кишка . . . . .                    | 8                  | 2                            | 25%                    |
| Всего . . . . .                           | 864                | 322                          | 37%                    |

Необходимо отметить, что сюда вошли часть остропротекающих случаев, часть хронических, отчего и зависит снижение % положительных анализов. Кроме того, в этой таблице обращает на себя внимание низкий % положительных находок во влагалищном секрете, в то время как проф. Иванов очень часто находил гонококки и атипические формы их в подэпителиальном слое биопсированных кусочков вагины. Далее, мы очень мало произвели исследований из rectum, где, судя по литературным данным, гонорейная инфекция встречается довольно часто (Schultze на своем материале в 471 сл. ж. г. нашел 75,4% поражения rectum).

Мы мало производили исследований секрета rectum на гоноррею потому, что взятие мазков непосредственно из rectum (метод Иерсильда) не всегда возможно, а метод промывания отнимает очень много времени, что недопустимо в условиях нашего приема.

Посевы и серодиагностика (реакция Wriht'a и реакция Bordet-Gengou) нами не производились. К сожалению, технические условия лаборатории не позволили нам применить эти диагностические методы, литературная оценка которых так богата и разноречива.

По характеру заболевания и локализации процесса наши больные распределялись так, как показывает табл. № 2.

ТАБ. № 2.

| и по ха-<br>рак. заб.   | По локализа-<br>ции процес. | Общее ко-<br>личество | Уретра                      | Парауретр.<br>ходы и кин.<br>желез. | Барт. жел. | Вагина                     | Шейка<br>матки              | Матка                       | Придатки<br>матки           | Таз. брющ.<br>и клетчатк.   |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Остр. откр. гонорр. . . |                             | 116                   | 107<br>(92 <sup>0</sup> /o) | —                                   | 19         | 12<br>(10 <sup>0</sup> /o) | 40<br>(34 <sup>0</sup> /o)  | —                           | —                           | —                           |
| » закр. » . .           |                             | 156                   | 148<br>(95 <sup>0</sup> /o) | 13                                  | 25         | 14<br>(4 <sup>0</sup> /o)  | 74<br>(47 <sup>0</sup> /o)  | 94<br>(60 <sup>0</sup> /o)  | 48<br>(30 <sup>0</sup> /o)  | 31 (20 <sup>0</sup> /o)     |
| Хрон. откр. » . .       |                             | 182                   | 65<br>(35 <sup>0</sup> /o)  | 20<br>(11 <sup>0</sup> /o)          | 37         | 36<br>(20 <sup>0</sup> /o) | 145<br>(80 <sup>0</sup> /o) | —                           | —                           | —                           |
| » закр. » . .           |                             | 503                   | 120<br>(30 <sup>0</sup> /o) | 40<br>(10 <sup>0</sup> /o)          | 56         | 73<br>(18 <sup>0</sup> /o) | 290<br>(72 <sup>0</sup> /o) | 323<br>(80 <sup>0</sup> /o) | 240<br>(60 <sup>0</sup> /o) | 180<br>(45 <sup>0</sup> /o) |
| Всего. . .              |                             | 957                   | 440                         | 73                                  | 137        | 135                        | 549                         | 417                         | 288                         | 211                         |

Конечно, она далеко не точная, т. к. в нее не вошли очень многие ткани и органы, принимавшие участие в процессе болезни. Она лишь схематически указывает, насколько часто был поражен инфекцией тот или иной орган. Мочепускавательный канал, таким образом, являлся наиболее частым местом для поселения гонококка, в то время как гонорейные вагиниты наблюдались довольно редко и притом встречались, главным образом, у детей, старух и беременных. Парауретриты встретились сравнительно редко (8%, в то время как в отделении ж. г. ГВИ на 100 случаев ж. г. было 13 парауретритов). Шеечный канал представлял самую частую локализацию гонорреи. Увлажненный слабо-щелочным секретом, выстланный нежным цилиндрическим эпителием и имеющий множество складок и желез, шеечный канал, очевидно, представляет очень удобное место для гонококков.

Тело матки стоит на третьем месте по частоте поражения гонорейной инфекцией, которая, хотя и быстро исчезала отсюда, но оставляла после себя глубокие и стойкие изменения. Придатки матки были поражены гонорейной инфекцией в острой стадии в 30%, а в хронической — в 60%, т. е. у наших больных эти органы были поражены несколько чаще, чем это видно из статистики Menge. Menge, делая общий вывод на основании статистики Bumm'a, Steinschneider'a, Welande'r'a, Bräse и др., делает вывод, что трубы бывают поражены этой инфекцией в 25% в остром периоде, и в 50% в хроническом периоде. Такая частота поражения внутренних половых органов у наших женщин гонорейной инфекцией в известной доле зависит от той обстановки, в которой проводилось лечение.

Не останавливаясь на клинической картине, наблюдаемой нами ж. г., я отмечу только, что она была бесконечно разнообразна как по локализации и началу болезни, так по течению и исходу. Очень часто болезнь в одно и то же время давала различные комбинации, протекая в одних органах остро, в других скрытно, в третьих — хронически; поражая одни органы катарральным воспалением, она в других давала глубокие, гнойные процессы. Кроме того, в очень многих случаях нами

были отмечены тяжелые нарушения всех функций половой сферы: бесплодие, дисменоррея, маточные кровотечения и болезненный coitus. В связи с этими расстройствами рефлекторно возникали также расстройства и в других областях организма женщины, причем главным образом в психике и нервной системе. Нам не раз приходилось видеть тяжелые формы неврастения и истерии на почве гоноррейных поражений внутренних половых органов женщины.

В терапии ж. г. в нашей поликлинике мы прежде всего придавали большое значение общим гигиеническим требованиям, предъявляемым в смысле соблюдения чистоты и опрятности, регулированию диеты и стула, отказу от физического напряжения и половой жизни. Однако, тяжелые бытовые условия жизни наших больных не позволяют им выполнять у себя дома эти требования. Не взирая на наши советы, больные продолжают через силу заниматься работой по хозяйству и отправлять супружеские обязанности, т. к. в условиях домашней обстановки им часто бывает невозможно уклониться от этого. Такое вынужденное пренебрежение необходимыми для благоприятного течения болезни мерами сказывается очень быстро появлением тяжелых осложнений, по поводу чего больных приходится уже помещать в больницу.

Из всего количества зарегистрированных нами гоноррейных больных женщин стационарным лечением пользовались только 163 человека (17%). При острых, бурно протекающих воспалительных процессах с целью задержать развитие инфекции и умерить чрезмерно бурную реакцию со стороны организма мы применяли наркотики в виде суппозиторий и холод в виде мешка со льдом на нижнюю часть живота. И только по мере затихания процесса переходили к более активной терапии, в основе которой был заложен принцип не столько уничтожить гонококков *in loco morbi*, сколько стремление повысить защитительную способность организма и устранить те пат.-анат. изменения, которые явились в результате длительной инфекции.

Мы не стремились непосредственно уничтожить гонококков, т. к. по единодушному мнению многих клиницистов чисто бактерицидный способ лечения, так блестяще разработанный *in vitro* и *in vivo* на эксперимент. животных, не дал должного успеха при применении на людях. Не возлагая особых надежд на бактерицидные лекарственные вещества, мы применяли их в сочетании с другими методами, среди которых на первом месте стояли физиотерапевтические способы. Эти способы, по мнению многих авторов, дают прекрасные результаты при лечении ж. г. В основе их лежит способность вызывать в пораженном органе гиперемию, которая, по мнению Мечникова, Marschanda, Büchner'a, Ribbert'a и Bier'a, является благодетельной реакцией организма на внедрившуюся инфекцию.

Из физиотерапевтических способов мы применяли у наших больных гидротерапию, грязелечение, вагинотермию, диатермию, местные световые ванны, нонтофорез и механические приемы (массаж, ихтиолизацию, бужирование). Кроме того, в известном ряде случаев нами проводилась иммуно-(вакцино, аутогеомо, протеино) терапия. Располагая этим громадным арсеналом средств, мы имели определенный успех в деле лечения ж. г.: через 1 $\frac{1}{2}$ —2 месяца лечения больные прекрасно себя чувствовали, возвращались к обычной физической работе, у них исчезали симп-

томы болезни и восстанавливались нормально физиологические отправления половых органов, а неоднократные повторные исследования отделяемого половых органов не обнаруживали уже гонококков.

Однако, патолого-анатомические изменения проходили не скоро, и служили причиной неоднократных обострений процесса и требовали хирургического лечения. Эти случаи касались, главным образом, плохо обеспеченных пациенток, которые не располагали временем, необходимым для консервативного лечения. Хирургическое лечение нами было применено в 90% (20 раз) по отношению к числу поражения придатков. Если мы сравним этот % с данными клиники Schauta, то увидим, что мы сравнительно редко прибегали к оперативному лечению гоноррейных аднекситов (в клинике Schauta он равен 13%).

Устанавливая строгие показания к оперативному вмешательству, мы рассчитывали, главным образом, на консервативное лечение, которое почти всегда приводит к исцелению или, в крайнем случае, настолько облегчает страдания, что они становятся выносимыми.

Остается сказать еще несколько слов о профилактике ж. г. Профилактическая работа сводилась к санитарно-просветительной обработке женского населения транспорта в отношении гоноррей, к правильной постановке лечения и к проверке момента излечимости ж. г. Что же касается диспансеризации, то она не проводилась.

**Выводы:** 1. Ж. г. на транспорте является одной из распространенных болезней.

2. В основе борьбы с этой болезнью должна быть положена диспансеризация, раннее распознавание, правильное лечение и проверка момента излечимости.

3. Лечение ж. г. возможно и должно проводить в гинекологических кабинетах, для каковой цели они должны быть соответствующим образом оборудованы.

4. В основу оборудования гинекологического кабинета должны быть заложены, в первую очередь, принципы физиотерапевтических методов.

5. Для правильной постановки дела лечения ж. г. необходимы периодические научные командировки гинекологов в ГВИ.

## Профессор Гротьян о плановом питании населения в СССР.

(По письму из Берлина).

Доцент кафедры социальной гигиены Казанского университета д-р. С. М. Шварц ныне находится в заграничной командировке для научного усовершенствования и работает с февраля месяца в Гигиеническом институте Берлинского университета у проф. Нанн. Одновременно он слушает курс лекций по социальной гигиене у проф. Гротьяна. Письма, направленные им на кафедру в Казань, делаются все более и более интересными. В последнем письме он дает интересную краткую информацию о лекции проф. Гротьяна, посвященную вопросу о питании. Вообще он характеризует лекции проф. Гротьяна как очень интересные, насыщенные необычайно богатым фактическим и цифровым материалом; таковы были и лекции, посвященные вопросу о питании.

Основная мысль лекций проф. Гротьяна сводилась к следующему: «питание населения отражает эпохи и формы народно-хозяйственной жизни, в которой живет народ: так, первобытное человечество, жившее в эпоху «натурального хозяйства» (Naturwirtschaft), питалось хотя и однообразно, но с точки зрения гигиенической по естественному качеству и калорийной ценности продуктов весьма удовлетворительно; полную противоположность представляет массовое, народное