

Методология диагноза и терапии гонорей¹⁾.

Проф. Я. Д. Печников.

Остро протекающая начальная гонорея представляет собою для диагноза наиболее простую клиническую форму.

Сам больной большую часть знает свой диагноз.

Однако, как ни прост и ни точен бактериоскопически диагноз начальной гонорей, развертывающаяся клиническая картина с самого начала индивидуальна и разнообразна. И поэтому с самого начала привлекает внимание среда, в которой действует микроорганизм — свойства носителя инфекции.

Уже инкубационный период различен в своих сроках. Обычный срок инкубации — 2 — 5 дней. Однако, приблизительно в 10 — 15 процентах случаев этот срок удлиняется, доходя до 10 дней и более. В группе случаев с удлиненной инкубацией дальнейшее течение гонорей идет не по типу остро протекающего, но с самого начала по типу вяло, хронически развивающегося процесса.

С момента попадания микроба на слизистую уретры индивидуально различная реактивная способность носителя инфекции на раздражение гонококком определяет динамику развития болезни. И в дальнейшем, на всем протяжении процесса, при всех вариациях процесса, реактивная способность организма является фактором, определяющим конечный исход болезненного процесса.

Наша обычная клиническая практика учитывает эту реактивность в весьма упрощенной форме. Мы констатируем характер реакции организма, классифицируя процесс лишь как остро или хронически протекающий, и наши терапевтические мероприятия выбираем по признаку локализации процесса и упомянутому характеру течения воспалительной реакции.

Между тем, более внимательное отношение к обычно существующей множественности патологических факторов, в большой группе случаев и гонорейных процессов может дать объяснение изменению реактивной способности.

К сожалению, учет других патологических факторов в организме, определение значения этих патологических факторов для течения и лечения гонорей, в клинике гонорей почти отсутствуют. Внимание фиксируется на присутствии или исчезновении гонококков, на топической диагностике, на простой констатации достаточности или недостаточности реактивной способности, на подразделении случаев, как плохо или хорошо поддающихся данному виду терапии.

Опыт нашей клиники за последние 10 лет показал нам ошибочность этого традиционного невнимания к качествам носителя инфекции. Если в настоящий момент мы еще далеки от учета всего комплекса патологических звеньев болезненных процессов — то все же более углубленный анализ дает возможность на настоящем этапе знаний выделить часть звеньев совершенно определенной категории.

В этом направлении гонорейные процессы представляют интерес, как процессы, дающие яркие образцы влияния среды, в которой развивается инфекция.

Для освещения затронутой проблемы нет ничего более демонстративного, чем течение гонорей при одновременном присутствии в организме трех наиболее распространенных в человеческой патологии хронических инфекций: туберкулеза, малярии, сифилиса. Известно доминирующее влияние этих трех инфекций на весь ритм жизни организма; несомненно их господствующее положение при различных комплексах других заболеваний у человека; весьма ярка их роль в клинике гонорей.

Все упомянутые три инфекции характеризуются всегда своим угнетающим влиянием на реактивную способность организма в борьбе с гонореей, своеобразным типичным для каждой инфекции изменением динамики развития клинической картины, часто деформацией гонорейного воспалительного инфильтрата в инфильтрат, специфически свойственный доминирующей инфекции (туберкулезный, сифилитический), созданием в организме носителя гонорей рефрактности ко всем специальным раздражающим методам противогонорейного лечения. Но самое главное—сочетание этих инфекций с гонореей ставит весь ход гонорейного процесса в зависимость от этих инфекций настолько, что на первый план борьбы с гонореей выступает борьба с этими инфекциями.

Атипичность течения гонорейного процесса под влиянием каждой из трех инфекций начинается уже с удлинения инкубационного периода и продолжается в форме вялого длительного течения гонорей. Почти всегда бывают осложнения с длительным последующим отсутствием рассасывания инфильтратов, с постоянной склонностью к большим конечным рубцовым изменениям.

Поведение отдельных органов, пораженных гонореей, довольно типично при каждом отдельном сочетании.

При малярии. Удлинение инкубационного периода. Уретральная гонорея у мужчин дает независимо от режима и лечения больного более или менее правильно перемежающиеся обострения. Почти постоянно уретрит тотальный. Все клинические явления выражены вяло, течение длительное. Осложнения—неизбежное свойство процесса — протекают длительно с тем же перемежающимся характером обострений вне зависимости от поведения больного и его лечения. Весьма часто гематурия своеобразного характера: резко выраженные явления гематурии не соответствуют одновременно слабо выраженным воспалительным явлениям слизистой уретры, мочевого пузыря. Наоборот, поражает диспропорция между резко выраженной гематурией и слабостью клинической картины воспалительных явлений. Этот факт должен быть объяснен типичной для малярии склонностью к повреждению целостности сосудистых стенок (геморрагия). Рефрактность к обычным специальным противогонорейным методам лечения. Наиболее раздражающие методы лечения (иммуно-физиотерапия) ведут только к обострению процесса. Вся терапия бесплодна, пока достаточная хинизация не компенсирует влияния малярийной инфекции. Только после достаточной хинизации все обычные противогонорейные лечебные мероприятия начинают давать эффект. У женщин при гонорее та же вялая картина уретральной и генитальной гонорей, то же постоянство осложнений. Особого интереса заслуживают развивающиеся часто маточные

кровотечения, перитонеальные явления. Однако, в противоположность кровотечениям обычным гоноройным, а также обычным перитонеальным явлениям—все эти тяжелые явления быстро купируются хинином.

При сифилисе. Инкубационный период удлинен. Течение вялое, хроническое. Постоянство осложнений. Быстро развивающаяся склонность к рубцеванию. Равная индурация воспалительных инфильтратов в простате, семенных пузырьках—делает эти органы гораздо более плотными, чем при обычной гонорее, и в то же время почти совершенно неболезненными. Обычный гоноройный эпидидимит переходит в орхо-эпидидимит весьма больших размеров, весьма плотный и совершенно неболезненный, и противоположность резкой болезненности при чистом гоноройном эпидидимите. Длительные, неподдающиеся обратному развитию, эти плотные инфильтраты начинают обратное развитие только при применении специфического антилюэтического лечения.

При туберкулезе. Та же картина инкубации, вялого течения гонорей, постоянства осложнений. На слизистой уретры склонность к развитию стойких, мягких инфильтратов, полипозных разрастаний. Инфильтраты в простате и семенных пузырьках весьма часто из гоноройных превращаются в туберкулезные с узловатыми изменениями. Гоноройный эпидидимит часто превращается в туберкулезный с вовлечением в процесс яичка и окружающих тканей. Развиваются сращения инфильтратов придатка и яичка с кожей, фистулезные образования. Та же рефрактность к специальным противогоноройным терапевтическим мероприятиям. Ухудшения гоноройного процесса под влиянием иммуно и физиотерапии. Только общеукрепляющее лечение, диета, режим, гелиотерапия, кумысолечение и т. д. дают возможность сдвинуть с места затянувшиеся здесь гоноройные процессы.

Таковы наиболее типичные отклонения клинической картины при сочетаниях инфекций.

Верно ли будет остановиться только на диагнозе гонорей при развернувшейся клинической картине? Конечно, нет. Это—случай с комплексным диагнозом—малярии и гонорей, сифилиса и гонорей, туберкулеза и гонорей.

Представляют ли эти три инфекции при гонорее приходящий второстепенный момент или являются основными моментами? Конечно, первостепенными и даже доминирующими в целом ряде описанных сочетаний. Клиника обычной гонорей здесь деформирована настолько, что совершенно теряется в новых формах, в новой динамике явлений (туберкулезный эпидидимит, сифилитический орхо-эпидидимит, перемежающиеся обострения при малярии).

Все эти изменения в течении гонорей далеко уносят нас от упрощенного диагностического мышления о гонококке, как о единственном виновнике заболевания, от сосредоточения внимания только на локализации гонококков в том или другом органе. Локалистический органный диагноз гонорей уступает место антропо-диагнозу, учитывающему совокупность своеобразных реакций данного организма на гонококк. Гонококк здесь только раздражитель, вызвавший у носителя инфекции сложную индивидуальную ответную реакцию, обусловленную наличием других инфекций в организме.

Практический интерес представляет констатация этих сложных действующих сил и с другой стороны.³ Все перечисленные три инфекции характеризуются наличием длительного скрытого периода. Этот скрытый период лишь редко уловим лабораторными реакциями (р. Вассермана) и в подавляющем большинстве случаев совсем неуловим ни клинически, ни лабораторно. Среди всей тишины и внешнего благополучия скрытого периода, гонококк, в данных сочетаниях, является антигеном, который взрывает дремлющие очаги инфекций, провоцирует дремлющую инфекцию к выраженным клиническим формам, и является своеобразным тест-объектом наличия одной из этих инфекций.

На основании поведения больного органа можно таким образом установить наличие существующей дремлющей инфекции (малярия, туберкулез, сифилис) там, где никакими другими клиническими и лабораторными данными существование этих инфекций не удастся уловить. Начертанный нами образ диагностического мышления весьма плодотворен для понимания качества среды, в которой развивается болезненный процесс, в данном случае гонорея.

В большой группе случаев, в которой, без учета всей вышеназванной совокупности факторов, излечимости достигнуть или нельзя, или излечение отдалается на весьма неопределенный срок, наша методологическая установка в диагнозе обеспечивает излечимость гонорей. Наша диагностика достаточно расшифровывает солидную группу неподдающихся или трудно поддающихся лечению случаев гонорей и делает терапию наиболее рациональной.

Основной принцип терапии гонорей есть терапия местного или общего раздражения. Достижение оптимальных ответных реакций на все наши методы раздражения есть условие наиболее целесообразной противогононой терапии. На всех этапах лечения, как уже изложено, мы в наших случаях сочетанных инфекций никогда не получаем оптимального лечебного эффекта. Реактивная способность организма угнетена. Сильные раздражения приводят к ухудшению течения процесса, к новым осложнениям. Слабые раздражения или дают слабые сдвиги по пути излечения, или совсем не дают никакого сдвига. Но стоит только вмешаться в это дело расстроенной реактивной способности организма с соответствующими специфическими средствами (при малярии, сифилисе) или улучшить общее состояние организма (при туберкулезе)—как те же методы раздражения, которые до этого момента были не эффективны, становятся эффективными. Без специфического антилюэтического лечения, без хинина, без общего укрепляющего лечения больного — дело лечения гонорей в описанных случаях не двигается вперед. Пути терапевтического воздействия должны вести прежде всего к борьбе с доминирующим агентом сложного комплекса болезненных причин.

Поэтому за последние 10 лет мы достаточно много уделяем внимания исканиям доминанты в столь частых сочетаниях болезнетворных моментов. Поэтому пути лечения гонорей не есть замкнутый круг специальных противогононой мероприятий.

Все изложенное представляет несомненно одну из демонстративных глав взаимодействия частного и общего, местного и целого в патологии и терапии болезненных процессов.