

10. Сравнительная оценка влияния гравидана, лакто- и вакцино-терапии, проводившаяся как на одних и тех же больных, так и в параллельных аналогичных случаях, показала, что гравиданотерапия по силе своего влияния и по своим конечным результатам значительно уступает упомянутым видам лечения, вследствие чего она имеет меньше оснований, чем лакто- и вакцинотерапия, для практического применения в клинике мужской гонорей.

Из Клиники кожных и венерических болезней Казанского государственного ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина
(директор проф. Я. Д. Печников).

Реакция оседания эритроцитов в клинике мужской гонорей. ¹⁾

Асс. Г. З. Мухамедияров.

Реакция оседания эритроцитов, являясь одной из наиболее тонких биологических реакций, завоевала себе прочное место в различных отраслях медицины. Особенно широкое применение она получила в клинике туберкулеза и в гинекологии, где ею пользуются для прогностических и диагностических целей. Изменения реакции О. Э. были использованы в диагностических целях и в клинике гонорей рядом авторов (А. Купзе, Хатеневер и др.) с различными результатами.

Задачей нашей работы было поставлено сравнить значение этой биологической реакции для диагноза и прогноза гонорейного процесса с обычными клиническими данными.

Материал наш охватывает 84 случая, из них больных стационарных 65, амбулаторных 19. Количество произведенных исследований 307. Большинство больных — люди молодого и среднего возраста. Количество больных у нас сравнительно не велико, но мы главное внимание уделили наиболее типичным случаям и производили у таких больных возможно большее число исследований за время их нахождения под нашим наблюдением.

Постановка реакции производилась по методу Westergren'a: кровь бралась из локтевой вены простерилизованным и промытым 5% раствором NaCl, citrici шприцем в количестве 2 куб. см. в точно установленные часы утра и вечера (у некоторых больных дополнительное взятие крови производилось и в промежутках между этими установленными часами). Гемоглобинометр Sahli наполнялся 5% раствором NaCl, citrici до деления 20 мм; из шприца добавлялась кровь до деления 100; опорожнением гемоглобинометра кровь перемешивалась с sol. NaCl, citrici, после чего прибор ставился в штатив в вертикальном положении. Результаты регистрировались через один час. Реакцию производили в помещении, где T° поддерживалась 16—17° R. Нормальным считалось оседание эритроцитов 4—8 мм. в час.

Весь наш материал можно разбить на следующие группы:

I. Острая гонорея без а) начальный стадий (3—7 дней после начала инфекции) — 3 случая;

в) стадий полного развития — 3 случая;

с) стадий обратного развития — 4 случая.

II. Острая гонорея с осложнениями.

1. Эпидидимиты. а) Чисто-гонорейные — 10 случаев.

в) Смешанные (с присутствием микробов) — 9 случаев.

2. Простатиты и сперматоцеститы 6 случаев

¹⁾ Доложено на заседании Кожно-венерологической секции НМА 23/X 1934 г.

3. Артриты	9 случ.
4. Циститы	6
5. Каверниты	3
6. Купериты	2
7. Фимоз	1
8. Пшас гонорейный	1

III. Хроническая неосложненная гонорея—3 случая.

IV. Выздоровление после хронической гонореи—4 случая.

V. Осложненная хроническая гонорея (простатиты, сперматосиститы)—12 случаев.

VI. Материйные и др. пигментные заболевания мочеполовых органов—6 случаев.

VII. Импотенция без объективных изменений мочеполовых органов—2 случая.

Из перечня материала видно, что большую часть наших больных составляют случаи с различными осложнениями острой и хронической гонореи. Что касается случаев с неосложненной гонореей, то мы здесь видели Р. О. в пределах нормы или очень слабую степень ускорения ее. Это и понятно, так как неосложненная гонорея представляет собой форму воспалительного процесса, мало влияющую на общее состояние организма.

Наиболее пеструю картину в нашем материале представляет категория больных с различными осложнениями острой гонореи. Даже в пределах одной и той же группы мы видим очень резкие колебания Р. О.

В группе больных с острыми эпидидимитами чисто гонорейного характера и с орхоэпидидимитами гомоматерийного происхождения Р. О. колебалась от средней степени ускорения до резко выраженной (14—55 мм. в один час). Ускорение Р. О. в этих случаях зависело от степени воспалительного процесса и очага. Р. О. точно улавливает динамику воспалительного процесса: чем резче выражены воспалительные явления, тем большей высоты достигает Р. О., и наоборот.

Состояние других органов мочеполовой системы, конечно, не остается без влияния на степень реакции. При одновременном с придатком воспалении простаты и семенных пузырьков степень Р. О. даст наибольшую высоту.

Следующие примеры демонстрируют характер Р. О. в этой группе.

I. Больной Б., чернорабочий, 27 лет. Диагноз при поступлении в клинику *Epididymitis acuta gonorr. sinistra, spermatozystitis acuta sinistra* (резко выраженный) et *prostatitis acuta* (мало выраженный). Придаток левого яичка немного меньше кулака взрослого. Больного привезли на подводе, ходить не может. Общее состояние тяжелое. Головные боли, $T^{\circ} 39,0$, 30/1—6 час. утра $T^{\circ} 39,7$. Запор. Р. О.—52 мм. в час. В 2 ч. 30 мин. дня введена гоноккокковая вакцина 100 мил. единиц. 31/1. У больного асепс процесса в придатке и семенном пузырьке. Сильные головные боли. $T^{\circ} 40^{\circ}$. Ночью бред, состояние весьма тяжелое. Р. О.—55 мм. 2/II—Больному введено 300 мил. едвн. вакцины, холод на голову. Через 7 часов после инъекции Р. О.—50 мм. в час. 3/II—Больной чувствует себя лучше, $T^{\circ} 37,1^{\circ}$. Инфильтрат в придатке рассасывается, процесс в семенных пузырьках уменьшается. Р. О.—41 мм. 6/II. Введено 600 мил. вакцин. $T^{\circ} 36^{\circ}$. Р. О.—33 мм. 10/II—*Residua epididymidis*. Семенной пузырек еще достаточно инфильтрирован. $T^{\circ} 36,2^{\circ}$. Р. О.—33 мм. 12/II—начато периодное промывание кавала. 15/II— $T^{\circ} 36,5^{\circ}$ Р. О.—12 мм 18/II—Больной выписан для амбулаторного лечения.

II. Больной Л., рабочий. Диагноз: *Epididymitis subacuta sinistra, spermatozystitis subacuta sinistra*. Давность заболевания гонореей—1 м. 10 дней. St. praescens. Левый придаток с куриное яйцо. *Funiculus spermaticus* толще гусиного пера. Моча: 1-я и мутна, с большим количеством слизисто-гнойных и гноyjnych нитей, 2-я п. мутновата. T° —норма. Со стороны внутренних органов заболеваний не отмечено.

Больной находился в стационаре 14 дней; за это время получили следующие дозы вакцины: 100, 500 и 800 мил. единиц. Р. О. в течение первых 3-х дней колебалась между 14—23 мм., а потом пошла на снижение, дойдя через 13 дней до 5 мм. в час. За эти же дни клиническая картина изменялась медленно в сторону обратного развития параллельно с изменением Р. О. Через месяц, когда больной лечился амбулаторно, Р. О. спустилась до 2 мм. в час при явлениях незначительных остаточных инфильтратов в придатке и семенном пузырьке.

III. Больной Г., крестьянин. Диагноз: *Epididymitis acuta sinistra, prostatitis acuta* (резко выраженный с большим увеличением желозы). T° —норма. Р. О. до лечения 56 мм. в час. Лечение: вакцина 1, 2 и 3 миллиарда едвн. Максимальная

T° 39,3°. Через 17 дней инфильтрат в придатке рассосался, остался лишь *residua epididymitis*, но инфильтрат простаты не уменьшился. Р. О. все время держалась на высоком уровне (52 мм в час). Через 9 дней после этого, вместе с обратным развитием простатита, Р. О. снизилась до 33 мм в час.

На этих трех примерах мы убеждаемся, что Р. О. точно следует за ходом процесса: она строго параллельна картине развития самого очага, ускоряясь и замедляясь вместе с соответствующими обострениями и обратным развитием очагов. Небольшие повышения Р. О. бывают в связи с обострением процесса в очаге под влиянием вакцинации. На примере 2-го больного мы отмечаем хороший терапевтический эффект от вакцинации и параллельно с этим снижение Р. О. до нормы. Отмечается здесь же относительно невысокое стояние реакции за все время, соответственно подострым явлениям в очагах (подострый эпидидимит и подострый сперматоцистит). Случай III, как и ряд тождественных случаев, показывает интересную взаимозависимость между тремя компонентами: T° тела, очагом и Р. О., а именно: Р. О. строго параллельна развитию воспалительной картины очага, но не T°. Нормальная T° случая III не снижает высоты Р. О., снижать высоту только может обратное развитие очага.

III случай интересен и в другом направлении: здесь мы видим задержку Р. О. на высоких цифрах при рассасывании одного очага (эпидидимит) и наличие нерассосавшегося второго очага (простатит).

Таким образом, комбинация двух или нескольких очагов воспаления может изменить кривую Р. О., давая то задержку, то временное повышение, или, наконец, слишком медленное, против обычного, снижение реакции до нормы. Поэтому при улучшающейся клинической картине в одном очаге и при стоянии Р. О. на высоком уровне приходится искать причину такого расхождения где-либо в наличии другого воспалительного очага.

В группе острых смешанных орхоэпидидимитов (гонорея+малярия), когда Р. О. в течение продолжительного срока давала одинаково высокие цифры, несмотря на лечение специальными противогонорейными средствами, мы путем хинизации таких больных обыкновенно достигали сначала некоторого повышения Р. О. (реакция обострения процесса после первых порций специфического средства), а потом после хинизации добивались постепенного снижения Р. О. С каждым приступом малярии Р. О. обыкновенно делала скачок вверх.

В дальнейшем Р. О. здесь шла строго параллельно развитию обеих инфекций (малярии и гонореи), повышаясь с интенсивностью приступов малярии и обострением процессов в гонорейных очагах и, наоборот, снижаясь по мере обратного развития процессов.

Для подтверждения только что сказанного приведем два случая:

I. Больной Г., рабочий. Диагноз: *Orchoepididymitis acuta dextra, residua epididym. sinistra*. Простата—норма. Малярия с 1928 г., частые рецидивы. St. praecox: правый придаток и яичко величиною немного меньше куриного яйца, гравиды между придатком и яичком плохо прощупываются. Болезненность незначительная. Funiculus spermaticus почти норма. Левый придаток в хвосте имеет уплотнение величиной с лесной орех. В отделяемом мочевого канала—гонококки. Моча: 1-я п. мутновата с нитями, 2-я п. резко мутна. Р. О.—в день поступления—43 мм; на другой день—46 мм. в час. Введено в течение 4-х дней 100 и 300 мил. вакцины. Инфильтрат остался без изменений; Р. О. задерживалась на 33 мм. в час. На 5-й день начаты инъекции хинина. После 4-х инъекций хинина Р. О. вновь поднялась до 40 мм в час. С 5 инъекций инфильтрат (см. рукописи) начал рассасываться. Через 7 инъекций хинина рассасывание далеко продвинулось вперед, а Р. О.—29 мм. в час. Больной выписан для амбулаторного лечения.

II. Больной П., рабочий. Диагноз: *Orchoepididymitis acuta, prostatitis et spermatoecystitis bilateralis*. Давность заболевания гонореей—один месяц. Малярией страдает с 1928 г., лечился один год. Орхоэпидидимит величиной больше куриного яйца. Умеренная болезненность. В день поступления в клинику Р. О. 13 мм. в час. На другой день введено 300 мил. вакцины. Общей и очаговой реакции не было. Р. О. поднималась до 27 мм. в час. и продержалась на этом уровне 10 дней до начала инъекций хинина. Воспалительные инфильтраты на месте больных органов оставались без изменений. Вакцинация ввиду отсутствия лечебного эффекта в течение 10 дней оставлена. Начато лечение хинином. Через день после инъекций хинина Р. О. поднялась до 37 мм. в час, но на другие же сутки вновь снизилась до 26 мм. Всего сделано 15 инъекций хинина. Р. О. в течение 15 дней снизилась

до 6 мм. в час параллельно с обратным развитием орхоэпидидимита, простатита и сперматоцестита.

Группа остро протекающих простатитов и сперматоцеститов в зависимости от степени воспалительного процесса дает весьма резкие колебания Р. О., доходя до 50 мм. в час в периоде аске своего развития.

В этой группе больных нам удалось проследить ход реакций оседания эритроцитов в самом начале, во время полного расцвета и в периоде обратного развития простатитов и сперматоцеститов.

Демонстративен следующий случай весьма тонкой зависимости Р. О. от начинающихся осложнений. Больной был принят в клинику с острой гонореей и нормальной простатой, но через 3 дня при пальпации был распознан только что начинающийся, еле заметный простатит. Бывшая до этого времени нормальной — Р. О. начала повышаться, увеличившись за день на 5 мм. После введения 60 мил. вакцины Р. О. вновь пошла на снижение в полном параллелизме с исчезающим легко выраженным простатитом.

Среди всех осложнений наибольшее повышение реакции оседания мы получили при гонорейных острых артритях: здесь цифры Р. О. доходят до 65 мм. в час. На больных с артритами мы могли довольно подробно проследить усиление и ослабление степени реакции оседания в зависимости от происходящих в самом очаге изменений. У некоторых из этих больных исследование крови было произведено многократно (до 30 раз). Во всех этих случаях весьма демонстративен параллелизм между развитием артритического процесса и скоростью Р. О. Хронические артриты с нерезкими воспалительными явлениями дают обычно среднюю степень реакции. Под влиянием лечения реакция постепенно и медленно падает до нормы, находясь в полном параллелизме с рассасыванием первичного очага (простатита или сперматоцестита) и обратным развитием артрита.

В группе больных с остропротекающими артритами особенно интересен следующий случай:

Больная М., крестьянка. Диагноз: *Arthritis gonorr. acuta recidiva* (обостренный хронический артрит). На 4-м месяце после начала гонореи последовательно заболели голеностопный и коленный суставы левой ноги, а также правый плечевой сустав. Поражение этих суставов быстро прошло, но через неделю после этого — опухоль правого коленного сустава. *St. graesens*: в настоящий момент остро развившаяся опухоль правого коленного сустава и остатки воспаления в других суставах. *Adnexitis acuta*. Окружность больного сустава на 3 см. больше окружности левого коленного сустава. Сильные боли, движения в суставе отсутствуют. Р. О. — 22 мм. в час.

Втечение ближайших 3-х дней реакция дошла до 65 мм. в час и, несмотря на большие дозы вакцины, несмотря на улучшение процесса в суставе, Р. О. неизменно оставалась на высоких цифрах. Только через месяц, когда больная достаточно хивизировалась, после дозы в 1 миллиард вакцины — резкая очаговая реакция в области коленного сустава с резким лечебным эффектом через сутки, Р. О. повысилась за сутки с 48 мм. до 58 мм. в час. После этого Р. О. постепенно начала снижаться, а через месяц пришла к норме. Явления в суставе исчезли, больная начала ходить самостоятельно. Итак, одна и та же доза вакцины дала различные лечебные эффекты в связи с изменением реактивности организма. Р. О. точно отразила все изменения хода процесса.

При острых циститах без очаговых поражений в других мочеполовых органах Р. О. остается или в пределах нормы, или очень слабо повышается. То же самое можно сказать о случаях с фимозом, парафимозом и о случаях с неосложненной хронической гонореей.

В одном случае *ischias gonorrhoeica* мы имели повышение Р. О. до 31 мм. в час в связи с наличием простатита. Острые каверниты и купериты слабо изменяют степень реакции (небольшой очаг воспаления). При кавернитах Р. О. не превышала 20 мм. в час.

При хронически протекающих осложнениях гонорей Р. О. давала в наших случаях или нормальную скорость, или слегка повышенную. При обострениях хронических очагов ускорение иногда немного не доходило до средней степени.

При чисто малярийных заболеваниях мочеполовых органов, смотря по размеру воспалительного очага и степени воспалительного процесса, в нем, Р. О. колеблется в широких пределах. В случаях орхоэпидидимита малярийного происхождения с хроническим течением и с плохой реактивностью организма мы выделяли

нормальную степень реакции оседания (6 мм. в час.). В других случаях с остро протекающими формами нам приходилось встретить среднее и даже резкое, доходящее до 41 мм. в час., повышенные реакции, не отличающиеся от соответствующих гонорейных форм.

2. случаи повышения без объективных изменений в мочеполовых органах дали нормальное оседание эритроцитов.

Выводы. 1. Р. О. в клинике гонореи является биологической реакцией, точно улавливающей степень реактивности организма по отношению к воспалительным осумкованным очагам.

2. При открытой неосложненной гонорее Р. О. нормальна или слегка повышена.

3. Р. О. ускоряется только при таких осумкованных очагах, которые являются достаточными для влияния на весь организм (простатиты, сперматоэпителииты, эпидидимиты, аднекситы, артриты). Незначительные по величине очаги (литреиты, каверниты) не оказывают заметного влияния на Р. О.

4. При наличии упомянутых замкнутых очагов колебания Р. О. весьма точно регистрируют степень воспалительного процесса, давая резкое ускорение при выраженной интенсивности воспаления и наоборот.

5. Р. О. точно регистрирует динамику воспалительного процесса в очагах, давая высокую степень оседания при развитии процессов и уменьшение скорости оседания при обратном ходе процесса.

6. Геновакциноterapia изменяет Р. О. строго параллельно со степенью изменения реактивности организма на раздражение вакциной.

7. Малярия и другие факторы, подавляющие реактивную способность организма в борьбе с гонорейной инфекцией, сопровождаются замедлением Р. О. Устранение этих факторов соответствующим лечением (хинизация) повышает степень Р. О.

8. Р. О. может служить вспомогательным методом исследования в клинике осложненной гонореи. Продолжающееся ускорение Р. О. на высоких цифрах указывает на имеющуюся активность данного или нераспознанного в настоящий момент очага.