

б) реакция связывания комплемента с гонококковой сывороткой дает отрицательные результаты при применении антигенов, не содержащих гонококков, но содержащих других микробов— возбудителей заболеваний женской половой сферы;

в) отмечается известная серологическая близость между гонококком и менингококком и пневмококком.

б) Исследование чувствительности Р. А. показало, что с помощью ее удастся диагностировать гонорею даже при очень незначительном содержании гонококкового антигена в выделениях.

Таким образом реакция определения гонококкового антигена в выделениях является весьма ценным серологическим методом для диагностики латентных форм женской гонореи.

Литература. Лисовская, Венерология и дерматология, № 11, 1927 г. 2.—Лисовская, там же, № 11, 1928 г.—3. Лисовская, Труды II съезда урологов.—4. Тимофеев, Венерология и дерматология, № 11, 1927 г.—5. Артамонов, там же, № 11, 1928 г.—6. Овчинников и Семеняко, там же, № 11, 1928 г.—7. Лейтес и Израэльсон, Врачебное дело, № 12—13, 1930 г.—8. Жаровская и Васильева, Экспериментальная медицина (украинский язык), 4, 61, 1936 г.—9. Debré et Paraf, Revue de Medecine 34, 2, 1914—1915.

Посгупила в ред. 25.X.1937.

Москва, Сивцев-Вражек, 41, Госуд. контрольн. ин-т.

Из Киевского отделения Всеукраинского дермато-венерологического института (директор М. Б. Синани, зав. урол. отдел. доц. Н. И. Гельфер) и второго государственного рентгенинститута (директор М. И. Шор).

Рентгенотерапия гоноройных осложнений.

М. И. Финк и М. А. Быховский.

Наши наблюдения производились на 76 больных острыми гоноройными осложнениями. 28 больных были из стационарного отделения венинститута, а остальные с амбулаторного приема, все больные были в возрасте от 18 до 54 лет. По локализации очагов наши больные делятся на больных эпидидимитом—46, простатитом—23 и артритом—6. Из 46 больных эпидидимитом—8 болели только эпидидимитом без других осложнений, у 21 эпидидимит сопровождался простатитом, у 8 больных мы констатировали эпидидимит с простатитом и везикулитом, у 9 больных был эпидидимит, осложненный фуникулитом.

Больные простатитом (23 чел.) могут быть разделены на 3 группы. 1-я группа (8 чел.) с катарральной формой простатита; железа при пальпации не была увеличена, несколько только чувствительна при надавливании; некоторая частота позывов на мочеиспускание. Вторая группа (11 чел.) с фолликулярной формой простатита; здесь железа была резко увеличена в объеме, при легкой пальпации железы прощупываются довольно плотные узелки величиной с просяное зернышко и немного больше, в

ампуле прямой кишки ощущение жара, мочеиспускание значительно учащено, болезненность при конце мочеиспускания, иногда боль и при дефекации. Первая и вторая порции мочи мутные. Третья группа больные с диффузным простатитом. Больных с артритом было 6, 4 из них имели полиартрит, а 2—моноартрит.

Разбирая каждую группу больных в отдельности и результаты терапевтического воздействия рентгенлучей, мы можем отметить следующее.

К первой группе относятся 8 чел., больных только эпидидимитом, без других осложнений.

Продолжительность гонореи у этих больных до возникновения эпидидимита была от 3 до 7 недель; 6 больных болели гонореей впервые; у 5 больных был левосторонний эпидидимит, а у 3—правосторонний. Общее лечение у этих больных начато через 2—8 дней после заболевания гонореей. Рентгенотерапия начата в 6 случаях на 2—3 день после возникновения эпидидимита и в 2 случаях на 4—7 день. Одновременно с рентгенотерапией больные другой терапии не получали. Влияние рентген. лучей во всей группе сказывалось уже через 4—5 часов и заключалось в уменьшении болей, а иногда в полном исчезновении болей, в падении температуры и общем улучшении самочувствия больных, причем мы могли отметить, что момент улучшения быстрее и яснее наступал в тех 6 случаях, где лечение рентгеном начато на 2—3 день после возникновения эпидидимита.

Инфильтраты пораженных придатков уменьшались, но держались величиной до вишни в течение продолжительного времени. Средняя длительность нетрудоспособности у этой группы больных равнялась 4—5 дням. В 3 случаях мы ограничились одним сеансом рентгена, в 5 случаях облучали по 2 раза. 12 больных из этой группы нам удалось проверить через 5—6 месяцев после излечения, причем инфильтрат еще отмечался, но еле прощупывался. У 4 больных из этой группы мы произвели до и после лечения рентгеном микроскопическое исследование пунктата больного яичка, и признаков нарушения сперматогенеза не обнаружили.

Вторая группа больных с осложненной гонореей—21 человек с эпидидимитом и простатитом. У 9 человек этой группы гонорея была впервые, у 12—второй и третий раз; здесь мы могли отметить в большинстве случаев левосторонний эпидидимит. У 4 больных начато рентген. лечение на 2—3 день после появления эпидидимита, у остальных—на 4—7 день.

Результаты лечения рентгеном сказались, как и в первой группе; у 4 больных, лечение которых рентгеном было начато на 2-й и 3-й день, осложнения проходили быстрее и трудоспособность восстанавливалась раньше, чем у больных, начавших лечение на 4—7 день. Средняя длительность нетрудоспособности в этой группе равнялась 7—8 дням. В 3 случаях мы здесь ограничились одним сеансом рентгена, во всех остальных слу-

чаях были применены 2 сеанса рентгена. У больных этой группы мы долгое время после исчезновения всех болезненных явлений отмечали плотный инфильтрат величиной с вишню.

К третьей группе относятся 8 больных эпидидимитом, простатитом и везикулитом. У 3 больных мы отметили некоторое улучшение, стихание болей, падение температуры через 3—4 часа после облучения, но через 12—14 часов температура опять поднималась, и боли резко увеличивались. В остальных 5 случаях ухудшение наступило уже через 2—3 часа и имело продолжительный характер. Повторное облучение через 10 дней не дало также желаемых результатов и пришлось прибегнуть к другим методам лечения, чаще—к иммуно-биологическим.

Такие же результаты получены и в 4 группе больных, страдавших эпидидимитом, простатитом и фуникулитом.

Итак, благоприятные результаты мы получили только у больных первых двух групп, у которых эпидидимит протекал самостоятельно или сопровождался простатитом. У этих больных, как уже было указано, в среднем через 7 дней исчезли все болезненные явления, и температура стала нормальной. К этому времени больные уже приступали к работе и продолжали свое лечение амбулаторно.

Сравнивая результаты, полученные нами при лечении лучами рентгена эпидидимитов указанных 2 групп, с результатами от других методов, мы можем констатировать, что терапевтический эффект получался быстрее и трудоспособность восстанавливалась раньше, чем при лечении другими средствами. Так, по Гинзбургу эффект от лечения вакциной отмечен в среднем только на 12-й день, диатермией—на 19 день, кварцевой лампой—на 24-й день. По Тыжненко, Поплавскому и Финку средняя продолжительность лечения эпидидимита вакцинотерапией равна 20 дням, аутогемотерапией—15 дням, впрыскиваниями 2% ихтиола—13 дням, застойной гиперемией—13 дням. По данным этих авторов лечение рентгеном в среднем продолжалось 15 дней, но терапевтический эффект уже ясно и отчетливо наступал на 4—5 день после облучения.

Переходим к больным с разными формами простатита, леченым лучами рентгена.

С катарральной формой простатита было 8 чел.; 6 из них болели гонореей впервые, а 2 повторно. Простатит обнаружен в 2 случаях, в начале третьей—четвертой недели, после заболевания гонореей, а в 6 случаях на 5-й—7-й неделе. Лечение рентгеном было начато в 2 случаях на 3—4 день и в остальных случаях—на 5—8 день по выявлении простатита.

Во всех этих случаях можно было отметить через несколько часов после облучения некоторое ухудшение общего состояния больных, увеличение болей при мочеиспускании и повышение температуры. Но это состояние продолжалось недолго; через 12—18 часов наблюдалось резкое изменение всего состояния больных, исчезновение болей, падение температуры и часто просветление первой и второй порций мочи. В 2 случаях мы

ограничились одним сеансом рентгена, а остальным 5 больным было произведено облучение вторично через 10 дней. Во всех этих 8 случаях мы не наблюдали ни одного раза перехода катарральной формы в фолликулярную или в абсцесс.

Результаты лечения рентгеном особенно благоприятно сказались на 11 больных фолликулярным простатитом. Из них 7 болели гонореей впервые, а 4—по второму разу. Начало осложнений простатитом у больных было отмечено от 5 до 8 недель после заболевания гонореей. Простатит у всех этих больных начался бурно, появилось учащенное болезненное мочеиспускание, боль при дефекации, повышение температуры, часто до 40°.

На второй день по поступлении в стационар венинститута все больные были подвергнуты рентгенолечению; другой терапии они не получили. Здесь мы тоже видели, как правило, ясное ухудшение через 2—3 часа после облучения. Ухудшалось общее состояние, усиливалась боль при мочеиспускании; но такое состояние продолжалось недолго. На вторые сутки после облучения рентгеном отмечалось резкое изменение всего состояния: температура падала, боли исчезали.

Трое больных из этой группы после облучения были в таком состоянии, что через 5—6 дней выписались для амбулаторного лечения и второй сеанс уже получили вне стационара.

6 больных были выписаны из стационара на третий день после второго сеанса рентгенотерапии, т. е. на 11-й день пребывания в стационаре, а 2 больных пробыли в стационаре 28 дней, получив рентгенотерапию с протеинотерапией.

Средняя продолжительность нетрудоспособности у этих больных равнялась 11 дням. У 6 больных нам удалось через несколько месяцев после выздоровления исследовать эякуляцию; патологических изменений не было обнаружено.

Эффект от рентгенотерапии при фолликулярных простатитах особенно был ясен при сравнении наших данных с результатами, полученными при лечении простатитов другими средствами. Так, за 1933 и 1934 годы через стационар венинститута прошло 29 больных с катарральными и фолликулярными формами простатита.

Этим больным мы применяли вакцины, инъекции молока, микроклизмы и диатермию. Средняя продолжительность пребывания этих больных в стационаре была 18 дней. В 2 случаях простатит абсцедировал и мы вынуждены были прибегнуть к хирургическому вмешательству.

Последняя группа—4 человека с диффузным простатитом. У всех этих больных после первого облучения через 3—4 часа началось ухудшение, усилились боли при мочеиспускании и дефекации, повысилась температура. Это состояние продолжалось несколько дней и мы вынуждены были прибегнуть во всех этих случаях к другой терапии.

Весьма благотворное влияние оказывала рентгенотерапия на 6 больных гонорройным артритом. Поражений коленных суставов было 3, лучезапястного—1 и локтевых суставов—2. Во всех

случаях через 10—14 часов после облучения рентгеном боли заметно уменьшались и на 3—4 неделе терапевтический эффект был весьма ясен, выпот почти рассасывался и движения восстанавливались.

Применение лучей рентгена при лечении воспалительных заболеваний в настоящее время считается вполне признанным и заслуживающим большого внимания по своим результатам. Разработкой основ этого метода мы главным образом обязаны Гейденгейну и Фриду. В 1924 году на конгрессе рентгенологов Гейденгейн поделился своими результатами лечения лучами рентгена воспалительных заболеваний на основании большого материала и пришел к очень утешительным выводам.

Правда, и до Гейденгейна пользовались при некоторых воспалительных процессах лучами рентгена, но широкое внедрение этого метода в нашу практику началось с 1924 года. Что касается рентгенотерапии гоноройных осложнений, то и здесь этот метод нашел давно свое применение.

Имеются работы по данному вопросу, относящиеся к 1907 и 1914 гг. В 1921 году опубликована работа Веттерера, в которой детально разработаны показания к применению рентгеновых лучей при гоноройных осложнениях.

В последние годы в нашей советской медицинской литературе появился ряд работ, посвященных этому вопросу (Корецкий, Рабинович и др.). В чем заключается ценность этого метода лечения? Самым существенным является то, что при помощи рентгеновых лучей удается ускорить исход болезни, причем исход бывает двоякий: либо наступает рассасывание, либо ускорение размягчения (абсцедирование) воспалительного очага. В первом случае наступает излечение без какого-либо хирургического вмешательства, в других случаях наблюдается либо спонтанный прорыв, либо бывают достаточны пункция или небольшая инцизия для ликвидации воспалительного процесса.

При лечении лучами рентгена острых гнойных воспалительных процессов негоноройного происхождения исход в абсцедирование наблюдается часто. Этого нельзя сказать относительно гоноройных осложнений; здесь мы очень редко наблюдали такое течение. Иная картина отмечалась также и в отношении рассасывания воспалительного очага при эпидидимитах; хотя после рентгенизации и наступало резкое улучшение, но остатки инфильтрата держались долго и не всегда подвергались полному рассасыванию. Ценным свойством рентгенотерапии нужно считать то, что в большом проценте случаев наступает быстрое исчезновение субъективных явлений, а затем наступает улучшение и со стороны объективных признаков.

Наряду с этим нужно отметить, что в значительном проценте случаев, спустя 3—12 часов после облучения, наблюдается временное нарастание всех воспалительных явлений, в особенности болевых ощущений.

Для исхода лечения безусловно имеет большое значение давность заболевания. Хороший исход можно получить, когда об-

лучение проводится в первые часы после выявления воспалительного процесса.

Переходя к вопросу о механизме влияния лучей рентгена при воспалительных процессах нужно отметить следующее. Терапевтического влияния от лучей рентгена можно ожидать там, где носителями патологического процесса являются клетки, усиленно делящиеся. В воспалительном очаге наблюдается усиленное деление клеток, чем и обуславливается большая чувствительность их к рентгеновым лучам. К самым чувствительным клеткам в воспалительной ткани нужно отнести лейкоциты и лимфоциты. Гольцкнехт и Пардес усматривают в распаде и поражении этих клеток главный эффект рентгенотерапии. По их мнению, при этом освобождаются протеолитические ферменты, которые губительно влияют на болезнетворные начала (бактерии и токсины). Возможно, что эти ферменты образуются благодаря усиленной активности всей облученной области, а не только воспалительного очага.

Морфологическое изучение местной клеточной реакции указывает, что помимо усиления распада лейкоцитов повышается фагоцитоз и оживляется гистиоцитарная реакция.

В противоположность этой так называемой целлюлярной теории существует другая теория, гуморальная, выдвигаемая Гейденгейном и Фридом. Эти авторы допускают, что после облучения усиливаются в организме процессы иммунитета.

Заслуживают внимания исследования Шаде, Газе и др. Они установили, что при воспалительных процессах имеет место ацидоз в тканях; этому приписывают и скопление лейкоцитов и появление экссудата, а также и появление болезненных ощущений на месте очага.

Далее Газе доказал, что, вводя буферную смесь фосфатов и ощелачивая этим воспалительную ткань, можно достигнуть не только уменьшения болей, но и полного исцеления воспалительного процесса (напр. при фурункулах).

По мнению Келера при помощи рентгеновых лучей получается тот же эффект, какой получается от буферной смеси фосфатов, а именно—изменение концентрации водородных ионов в щелочную сторону. Разница при этом та, что болевые ощущения не исчезают сразу после облучения, но часто усиливаются в начале, этому явлению мы находим объяснение в исследованиях Кретца, которому удалось установить, что после облучения лучами рентгена в крови наступает быстро проходящий ацидоз, за которым следует продолжительный алкалоз. Очевидно, на месте облучения эти изменения сказываются еще в более высокой степени.

Из всего изложенного становится понятным, почему во многих случаях наступает временное ухудшение, как объективных, так и субъективных симптомов.

Новые данные, касающиеся влияния рентгеновых лучей при воспалительных процессах мы находим в экспериментальной работе Фрейнда. Этот автор не удовлетворяется существую-

шими воззрениями (целлюлярной, или гуморальной теорией). Опыты, на которые ссылается автор, сводились к следующему. У морских свинок производился на коже линейный разрез в 10 см (вызывалось травматическое воспаление). Половина раны подвергалась облучению (8H 170 KV 3 mm Al), другая половина предоставлялась обычному течению. Дальнейшее наблюдение установило следующее: в облученной области явления воспаления были меньше выражены и процесс заживления наступал раньше, чем в необлученной.

По указанию Фрейнда влияние рентгеновых лучей выражается в более быстром распаде полинуклеаров, в подавлении развития воспалительных клеток и более быстром превращении их в соединительнотканые. Таким образом, имеет место депрессивное влияние рентгеновых лучей. Легкое угнетение воспаления ведет, по мнению автора, к прекращению воспаления.

Придается также значение и гиперемии, наступающей после облучения; она ведет к расширению многочисленных капилляров, к лучшему снабжению кровью воспалительного очага и к более сильному пропитыванию ткани. Далее имеет место увеличение проницаемости сосудов, вследствие чего защитные тела в большей степени проникают в воспаленный очаг.

Очень большое значение при лечении гоноройных осложнений, как и вообще при лечении воспалительных процессов, имеет техника облучения и, прежде всего, правильная дозировка. Применяются при воспалительных процессах малые дозы, это диктуется следующими соображениями: при облучении воспалительных очагов мы имеем в виду, с одной стороны, необходимость вызвать распад полинуклеаров с освобождением при этом протеолитических ферментов; с другой стороны, мы должны щадить фибробласты, находящиеся вокруг воспалительного очага и обладающие восстановительными функциями. Малые дозы и удовлетворяют этим требованиям.

При превышении дозы повреждаются восстановительные клетки, вследствие чего может наступить ухудшение процесса.

Терапевтическая доза при воспалительных процессах составляет от 10 до 20% HED в зависимости от свежести процесса.

Причины неидентичных результатов, которые получаются у разных авторов, повидимому, кроются в применении неодинаковой техники.

Условия облучения, которые нами соблюдаются, таковы: 120—140 кв. при фильтрации 4 mm Al или $\frac{1}{2}$ mm Zn + 1 mm Al, дозы не превышают 15% HED. Пауза между сеансами 6—8 дней. В среднем давалось 2—3 сеанса.

Ввиду особой чувствительности половых желез к лучам рентгена естественно возникает вопрос, не может ли рентгенотерапия гоноройных осложнений отрицательно отразиться на сперматогенезе. Опасность в этом отношении не велика; дело в том, что разовая доза составляет 12—15%, а суммарная доза при трехкратном облучении равняется 36—45% HED, между тем как полная стерилизация наступает при 60—100% HED; кроме

того, нужно иметь в виду, что сам по себе гоноройный процесс ведет часто к временному, или полному поражению сперматогенеза.

Желая все же проверить влияние лучей Рентгена на сперматогенез, мы исследовали у некоторых наших больных пунктат яичка до и после рентгенизации и обнаружили вполне жизнеспособные сперматозоиды.

Выводы. Рентгенотерапия дает благоприятные результаты в случаях поражения придатка, не сопровождающихся везикулитом или фуникулитом.

Такие же благоприятные результаты отмечены при катаральных и фолликулярных формах простатита. Рентгенотерапия противопоказана в случаях эпидидимита, сопровождающегося везикулитом или фуникулитом. Рентгенотерапию, где она показана, следует применять в первые дни после появления гоноройного осложнения.

Поступила в ред. 7.V.1937 г.

Киев, Венинститут.

Из Татарского республиканского кож.-вен. диспансера (директор И. А. Кугушев).

Гонорея у гинекологических больных.

3. Ш. Минюшева.

Из многочисленных статистических данных мы знаем об огромных достижениях в борьбе с венерическими болезнями в СССР. Но надо отметить, что в борьбе с гонореей наши успехи менее значительны, чем в борьбе с другими венерическими заболеваниями.

В то время как лечение мужской гонореи концентрируется в специальных кабинетах вендиспансеров и кожно-венерических клиник, где больные подвергаются обработке по определенной методике, женщины, больные гонореей, до сих пор распылены по различным гинекологическим учреждениям.

По данным Зархи, на 100 больных мужчин, обращающихся в диспансер, женщин приходится 25—30. Несомненно значительное число женщин, больных гонореей, не охвачено диспансерами. В борьбе за снижение заболеваемости гонореей этот факт является большим тормозом, ибо мы знаем, что женщины с нераспознанной гонореей представляют собою источник распространения гоноройной инфекции. Причиной недостаточного охвата венероорганизациями женщин, больных гонореей, является, во-первых, субъективно бессимптомное течение гонореи у женщин, во-вторых, недоучет женской гонореи сетью гинекологических учреждений, куда попадает значительное число гоноройных женщин. Что это действительно так, подтверждается данными, полученными при разработке материалов различных диспансеров.