

гических лабораторий для более широкого пользования ими в сельских местностях. Для практического проведения этого следует рекомендовать комплекс трех осадочных реакций (Кан, цитохоль и третья реакция Гехт-Мюллера или др.), Мейнике-помутнение дает неспецифические результаты и не может быть рекомендована в качестве самостоятельной реакции.

4. Необходимо расширить направление для проведения р. В. в ближайшие лаборатории из больниц и участковых поликлиник сыворотки как в ампулах, так и на бумаге.

5. Следует преодолеть инертность здравотделов в развертывании серологических лабораторий.

6. Следует подготовить медперсонал к грамотному чтению ответов реакций.

Поступила в ред. 27.IV.1938.

Из Свердловского кожно-венерологического института (директор проф. С. Я. Голосовкер).

Методы провокации в диагностике женской гонореи.

К. К. Сущевская.

Постановка диагноза гоноройных заболеваний женской половой сферы представляет нередко большие трудности. При остром гоноройном заболевании вопрос решается сравнительно легко на основании клинических проявлений, и бактериоскопически, так как нахождение гонококков в отделяемом слизистых женской мочеполовой сферы облегчает диагностику. Диагностика в стадии латентной, т. е. скрытой бессимптомной гонореи, представляет большие трудности. В этом случае должны провокацией достигнуть такого состояния в организме, чтобы создать гонококку лучшие условия для размножения, т. е. искусственно обострить процесс; тогда вместе с экссудатом на поверхности будут вымываться гонококки, и последние могут быть обнаружены в мазках.

В целях провокации Нейсер предложил впрыснуть 1% раствор ляписа в уретру и смазывать шейку 10% раствором ляписа; Бляшко — 25% люголевский раствор; Перуц и Хохлов впрыскивают в уретру пилокарпин (0,4 : 100,0), для раздражения окончаний парасимпатических нервов, увеличивающих секрецию уретральных желез, также имеющих общее действие. Для провокации рекомендуется ряд средств, имеющих общее действие; к ним относятся введение виноградного сахара, молока, казеозола и вакцины. Лучшим средством провокации является вакцина, дающая значительный процент положительных результатов.

Наиболее эффективными являются три основных вида провокации: 1) биологическая, 2) химическая и 3) термическая с одновременным применением вакцины. Эти методы провокации вызывают ряд симптомов как общего, так и местного порядка: увеличение отделяемого в пораженных органах (уретра, шейка мат-

ки), общую слабость и повышение температуры, а также местную реакцию в виде припухания и болезненности в месте инъекции. Наилучшим методом при химической провокации для уретры является применение 25% люголевского раствора, для канала шейки — 5% до 10% ляписа с одновременным введением вакцины от 200 до 400 мил. микроб. тел (Чуркич, Львов, Кушелевский). К термической провокации относится длительное применение диатермии.

Мазки следует брать 3 дня подряд через день после провокации. В некоторых, особо резистентных, случаях был предложен метод провокации грязями. В 1934 г. Кватер предложил в случаях хронической гонореи при метритах шейки с наличием ов. Nabothi применение аутогемотерапии, которая одновременно с терапевтическим имеет провокационное действие, так как при этом изменяется обмен в тканях шейки, улучшается их питание и рассасывание инфильтратов, и что способствует опорожнению желез шейки матки.

Вспомогательным средством при диагностике восходящей гонореи служит реакция Бордэ-Жангу. Ландесман и Сандомирский, Курочкина и Корнеев, Гринер считают реакцию Бордэ-Жангу специфичной для гонореи. При восходящей гонорее она нередко является единственным диагностическим средством. По данным Львова острая форма закрытой гонореи дает 81% положительных результатов, а хроническая — 87,1%. Недостатком реакции Бордэ-Жангу является ее стойкость после исчезновения гонококков.

Следующим вспомогательным лабораторным методом является РОЭ и формула крови. РОЭ не специфична, но дает возможность установить степень заболеваемости, главным образом, указывает на наличие восходящего процесса. Что касается формулы крови, то увеличению эозинофилов в хронической стадии придается диагностическая ценность.

В 1925 г. Данин предложил метод исследования вагинального секрета для диагностики скрытой гонореи. Определение реакции было проведено посредством лакмусовой бумаги. По Данину слабо-кислая нейтральная и особенно щелочная реакции указывают на острую или хроническую форму открытой гонореи. Ландесман и Эйхон, Исмаил Задэ проверили метод Данина и нашли, что реакция вагинального секрета не постоянна и может меняться как во время, так и в межменструальные периоды, и поэтому она не может служить ни диагностическим, ни вспомогательным средством в диагностике латентной гонореи. Только Елизаров на основании 142 случаев считает, что этот метод может служить подспорьем, так как у большинства женщин с острой и хронической гонореей, реакция слабо-кислая, нейтральная или щелочная, а у здоровых отмечается кислая реакция.

Наш материал охватывает 140 человек, в состав которых входят 65 лечившихся больных и 75 женщин, явившихся источником заражения. Эти последние обрабатывались нами по следующей схеме: 1) Клиническая картина. 2) Мазки, р. Бордэ-Жангу, РОЭ, лейкоцитарная формула, реакция влагалищного секрета, кожная реакция и цитология мазка.

Пациентки — источники инфекции — не знали о своем заболевании, субъективных жалоб в большинстве случаев не было, только небольшая часть указывала на необильные бели и в прошлом на гинекологические заболевания — воспаление придатков. При первичном посещении из 75 пациенток гонококки были обнаружены у 10. В остальных случаях был проведен ряд провокаций. Мы употребляли в качестве провокации смазывание слизистой уретры люголевским раствором и канала шейки матки 5% ляписа, с одновременным введением вакцины (300 милл. микробных тел). Мазки брались в течение трех дней через день после провокации. После этого вида провокации гонококки были обнаружены в 15 случаях. В случаях с отрицательными результатами мазки брались дополнительно во время и после менструаций. При этом гонококки обнаружены были во время *menses* в 4 случаях и после *menses* — в 12 случаях. В последующем применялась влагалищная диатермия от 1 ч. до 1 ч. 15 м. с взятием мазков в течение 3 дней через день. Такая провокация дала возможность обнаружить гонококк только в 4 случаях. При наличии *metritis colli* — плотной инфильтрированной шейки, проводилась аутогемотерапия в шейку матки (до 10 инъекций) с бактериоскопическим контролем через день. Такая провокация дала нам положительный результат в 2 случаях. В 4 случаях с явно выраженными клиническими явлениями гонореи шейки, в отделяемом которой нам не удалось найти гонококков после провокации, были проведены посевы, которые дали нам в 3 случаях положительный результат. Взятие мазков из вскрытых *ov. Nabothi* и бартолиниевых желез, несмотря на их поражение, ни в одном случае не дало нам положительных результатов. В прямой кишке и в парауретральном ходе гонококки были обнаружены только в 1 случае.

Реакция Бордэ-Жангу была проведена в 23 случаях, положительный результат отмечен 12 раз.

Реакция влагалищного секрета определялась нами аппаратом Михаэлиса при первичном посещении больных и во всех случаях, за немногим исключением, получена слабо-кислая реакция (рН 6,6 — 6,3).

РОЭ, сделанная у наших больных, дала у 6 повышение в пределах до 27 м/м, причем у 2 из них был диагностирован периметрит и у 4 сальпингит. В остальных случаях РОЭ была в пределах нормы.

Что касается лейкоцитарной формулы, то особых отклонений от нормы не отмечали.

Цитология мазка из шейки матки при обнаружении гонококков дала следующее: эозинофилы от 1 до 1,5% — у 7; от 0,3 до 0,5% — у 10; 3% — у 3 (всего 20 сл.). При отсутствии гонококков эозинофиллы от 1 до 1,5% — 8 случ., от 0,3 до 0,6% — 6 случ. (всего 14 сл.) В мазках из уретры ни в одном случае эозинофилы не были обнаружены.

У больных, закончивших лечение (65 человек), гонококки были обнаружены после первой провокации в 2 случаях и в одном случае после применения вакцины в шейку по Букура. В 62 слу-

чаях ни I, ни II провокации, а в большинстве случаев и III (15) не дали положительного результата.

Среди разобранного материала нельзя не обратить внимания на группу больных, обратившихся к нам при семейном обследовании по поводу болезни мужей гонореей в острой стадии заболевания. У этих женщин, несмотря на половую связь с больными мужьями, в течение длительного наблюдения отсутствовали как клинические, так и бактериоскопические данные, свидетельствующие о гонорее. Пациентки в числе 10 человек находились под нашим наблюдением от 5 до 11 мес. и им безрезультатно проведены были все виды провокации. В иностранной литературе давно опубликован ряд наблюдений, отрицающих иммунитет при гонорее (Бумм, Вертгейм, Менге и др.). Наоборот, Франц, Гамер, Заиграев, Порудоминский и ряд других авторов признают возможность местного иммунитета.

Выводы: 1) У лиц, обследованных как источники заражения во время обследования и после применения различных методов провокации нам удалось доказать наличие гонококков в $\frac{2}{3}$ всех случаев.

Из 75 случаев гонококки при первом обследовании больных были обнаружены только у 10. Обычно методы провокации (местной и общей) дали возможность обнаружить гонококки у 15, во время *menses*—у 16. Остальные же методы провокации (диатермия, аутогемотерапия в шейку матки) увеличили число обнаружений гонококков на 6. Так как метод провокации применялся последовательно только у лиц, у которых гонококки еще не были обнаружены, то сравнительную оценку—наибольшую эффективность того или другого из них—указать трудно. Важно установить, что в 31 случае из 65—обычные методы провокации действительны. Эти методы легко проводимы в амбулаторной обстановке. Повторное проведение провокаций (общей и местной, исследование во время и после *menses*) способствует обнаружению гонококков.

2) В $\frac{1}{3}$ случаев, служивших источником инфекции, ни один из методов провокации, ни длительные наблюдения над ними не дали нам возможности установить диагноз гонореи. Повторных указаний на эту группу больных, что они явились источниками инфекции не поступало. Наличие этих случаев указывает на слабую вирулентность гонококков, инфекционность которых проявляется периодически¹).

3) Реакция влагалищного секрета никакой роли в диагностике скрытой гонореи не играет.

4) Проведенное в 24 случаях цитологическое исследование мазка у лиц, заподозренных как источник заражения, дало в 63% случаев эозинофилию.

5) Методы провокации, проведенные в 65 случаях леченной гонореи, выявили гонококков в 3—5% случаев. Это указывает на

¹ Прим. ред. В некоторых случаях возможно отсутствие гонореи, т. е. неправильное указание источника заражения.

необходимость длительного контроля за больными после окончания лечения.

6) У 10 женщин, которые имели контакт с лицами, заведомо больными гонореей, отсутствовали клинические проявления, и гонококки не обнаружены, несмотря на разнородные методы провокации. Подобные случаи могут быть объяснены местным иммунитетом слизистой к гонококку или бессимптомным течением процесса со слабой вирулентностью гонококка.

Поступила в ред. 27. IV. 1938.

Из Ашхабадского вендиспансера (директор Б. М. Щупак).

Клиника и диагностика ано-ректальной гонореи у женщин.

А. Д. Целищева.

Несмотря на то, что научная разработка вопроса об ано-ректальной гонорее у женщин началась еще в 1789 г. и по этому поводу накоплена уже солидная современная литература, в области диагностики и клиники этого заболевания до сих пор имеется все же много спорных вопросов.

В настоящей работе¹⁾ мы ставим своей задачей сообщить о результатах наших наблюдений над 328 больными, страдающими мочеполовой гонореей, из которых у 108 (32,3%) нами обнаружена ано-ректальная гонорея (а-р. г.).

Из 156 больных острой гонореей мы выявили а-р. г. у 60 больных (38,4%). Из 172 больных с хронической гонореей а-р. г. найдена в 48 случаях (28%). По данным Ромашева, при острой гонорее поражение гонореей прямой кишки отмечено было в 48,4% случаев, при хронической—в 30,4%. По данным Линдесман и Эйнох этот процент составляет соответственно—12,5 и 16,6.

Наши наблюдения говорят о преимущественном поражении а-р. г. во время острого периода болезни и расходятся с данными Линдесмана и Эйноха, согласно которым хроническая гонорея дает большой процент а-р. г.

Интересным в теоретическом и практическом отношении является вопрос о том, какая форма гонореи дает большее количество а-р. г. На нашем материале мы имели следующую картину: на 257 больных с неосложненной гонореей а-р. г. наблюдалась у 77 (в 29% случаев). На 71 больную с восходящей гонореей мы имели 31 случай а-р. г. (43,6%), из них на 19 больных с острой восходящей гонореей мы имели 12 поражений, что составляет 63%, а на 52 больных с хронической восходящей гонореей выявлено 19 больных с а-р. г.—36,5%.

Наши наблюдения относительно так называемого изолированного поражения, т. е. нахождения гонококков только в выделе-

¹⁾ Лабораторная часть работы выполнена врачом А. Б. Жулиной.