

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.

ниях из прямой кишки, при стойком отсутствии их в выделениях из уретры и шейки матки, дали следующие результаты: на 108 больных с а-р. г. мы имели у 22 больных изолированную ано-ректальную гонорею. Это были 15 больных с мочеполовой гонореей в прошлом, которые лечились; 6 больных с отсутствием указаний на гонорею в прошлом, но у этих больных была клинически не ясно выраженная мочеполовая гонорея, наличие которой мы не могли подтвердить из-за невозможности постановки р. Бордэ-Жангу. Нахождение гонококков в прямой кишке позволило установить этиологию поражения мочеполового тракта больной. Только у одной больной отсутствовали указания как на гонорею в прошлом, так и клинические явления мочеполовой гонореи.

При изучении вопроса об источнике инфекции а-р. г., нами было установлено, что анальная инокуляция в большинстве случаев наблюдается как осложнение мочеполовой гонореи. В 2 случаях было отмечено заражение через наконечник для спринцевания, использованный для клизмы. Наиболее частой причиной а-р. г. являлось затекание инфицированных выделений из шейки матки или заражение при спринцевании влагалища обратной текущей струей.

Интерес представляет также вопрос о влиянии лечения мочеполовой гонореи на частоту а-р. г. Наши наблюдения дали следующую картину: заболевание а-р. г. обнаружено до начала систематического лечения у 68 б-х, диагноз установлен в течение первых 7—14 дней у 27 б-х; после длительного перерыва в лечении—у 10 б-х; через 1½ месяца после начала лечения при осложнении острым восходящим процессом—у 3 б-х.

Таким образом, в дополнение к данным Гайса, Мартина, Баера мы устанавливаем, что: 1) заболевание а-р. г. может наступить после длительного перерыва в лечении; 2) при осложнениях восходящей гонореи.

Эти данные обязывают нас тщательно обследовать прямую кишку после длительного перерыва в лечении и во время острого восходящего гонорейного процесса.

Изучение частоты а-р. г. в зависимости от возраста показало следующее:

Возраст	Число больных	Из них страдают а-р. г.	Проц. поражения
14—20	23	13	56,5
20—25	111	44	39,6
25—30	116	40	34
30—40	72	11	15,2
40 и выше . .	4	—	—

Частота поражения а-р. г. обратно пропорциональна возрасту; больше всего а-р. г. встречалась в возрасте 14—20 лет.

Клиническая картина а-р. г. была изучена нами у 50 больных. Распространенное мнение о том, что а-р. г. клинически мало

выражена, не обосновано. На самом деле собранные нами факты говорят следующее: у 28 больных с острой гонореей мы наблюдали: у 21 больной кожа вокруг отверстия anus'a была гиперемирована; у 2 отмечалась резко ограниченная красная полоса длиной 5—6 см, шириной 1,5 см., тянущаяся от анального кольца вниз к ягодицам; у 2 наблюдалась экзематизация, и у 8—пигментация кожи вокруг anus'a.

Анальные складки у 15 были отечными, сочными, набухшими. Гемороидальные шишки отмечены в 7 случаях, Cond. acuminata у 1. В одном случае имелось гнойное выделение из anus'a.

При обследовании у этих больных слизистой прямой кишки по способу Ерсильд—Мажбица у 20 выявлена разлитая гиперемия нижней трети слизистой прямой кишки; у 5—гиперемия и отечность крипт и морганиевых пазух, в 2 случаях было видно выделение гноя из крипт. У 19 было отмечено на слизистой прямой кишки присутствие слизисто-гнойного отделяемого. Из всех больных только у 2 не было отмечено каких-либо клинических симптомов болезни.

У 22 больных с хронической гонореей мы отметили: в 2 случаях гиперемию кожи вокруг anus'a, в 18 сл. пигментацию, в 1 случае—свищ. Анальные складки были сглажены, ступеваны у 8, гемороидальные шишки обнаружены у 6. При осмотре нижнего отрезка слизистой прямой кишки этих больных по способу Ерсильд—Мажбица у 8 отмечались поверхностные трещины и у 2—поверхностные язвы анального кольца. Разлитая гиперемия слизистой нижнего отрезка прямой кишки найдена у 8. Гиперемия и инфильтрация разной степени, переходящая иногда в склероз крипт и морганиевых пазух, выявлена у 12, выделение гноя из крипт наблюдалось в 1 случае. Присутствие слизисто-гнойного отделяемого в нижних отрезках прямой кишки было отмечено у 12, у 1 был свищ, соединенный с воспаленной морганиевой пазухой. Клинические явления отсутствовали у 5.

Таким образом на 50 случаев а-р. г. клинические явления, выраженные в той или иной степени, мы отметили у 43 больных.

Из всего сказанного следует, что хотя бактериоскопическая диагностика а-р. г. является единственно верной, мы должны учитывать и данные клиники. Присутствие слизисто-гнойного отделяемого в нижних отрезках прямой кишки, гиперемия нижних отрезков прямой кишки, инфильтрация и отечность крипт являются наиболее убедительными клиническими признаками а-р. г.

Жалобы отмечались у 10 больных: на боль при дефекации—у 3 больных, на кровотечение из прямой кишки—у 3, на выделение гноя из кишки—у 1, на выделение слизи—у 3.

В диагностике а-р. г. имеет большое значение методика исследования. Техника взятия мазков производилась по Глингару. Из 108 больных с а-р. г. нами было подвергнуто специальному исследованию 20 человек. У этих больных при исследовании сразу или спустя непродолжительное время после акта дефека-

ции гонококков обнаружено не было, но гонококки были найдены у этих же больных спустя 4-5 часов после акта дефекации. Эти факты заставили нас отказаться от практики Нусевой перед взятием мазков из прямой кишки прибегать предварительно к клизме из опасения продвинуть инфекцию выше (Елистратова); к тому же клизма смывает гной из нижних отрезков прямой кишки и тем может способствовать неправильной диагностике.

Метод Ерсильд—Мажбица с выворачиванием слизистой через вагину пальцем как самостоятельный метод для взятия мазков не годится ввиду сравнительно небольшого поля зрения осматриваемой слизистой оболочки прямой кишки. Кроме того, им не всегда можно пользоваться: геморроидальные шишки, изъязвления анального кольца, дающие сильную болезненность, являются противопоказанием для этого метода обследования.

Мы использовали его только для обследования состояния слизистой нижних отрезков прямой кишки, анальных крипт и морганиевых пазух, причем с таким коррективом: обязательно заставлять больную делать движение, расслабляющее сфинктер, так как иначе могут получиться трещины и кровотечение из них.

Обычное положение больной, в котором она находится, при обследовании и лечении мочеполовой гонорее, не обеспечивает тщательного обследования задне-проходного отверстия. Мы придавали больной так называемое ягодично-спинное положение, при котором верхней половине тела придается горизонтальное положение, а бедра сильно притягиваются к животу. Это дает возможность детально рассмотреть анальные складки, трещины заднего прохода, не столь заметные при обычном положении больной.

Выводы: 1. На 328 женщин с гонореей мочеполовых органов мы выявили у 108, т-е. в 32,3% случаев, аноректальную гонорею.

2. У 77% больных с а-р. г. наблюдалось поражение шейки матки. Следовательно одним из главных источников в поражении гонококком прямой кишки и ануса является затекание выделений из шейки матки.

3. Учитывая, что заболевание а-р. г. в 33% случаев происходит при острой гонорее, мы считаем, что заражение происходит преимущественно во время острого течения болезни. Из 19 больных с острой восходящей гонореей у 12 больных, т-е. в 63%, наблюдалась а-р. г., следовательно восходящая гонорея наиболее способствует заражению апуса и прямой кишки гонореей.

4. Заболевание а-р. г. в большинстве случаев наступает до начала систематического лечения гонореей мочеполовых органов. Если, приступая к лечению мочеполовой гонорее, мы не могли установить а-р. г. в течение первых 7—14 дней, то в дальнейшем мы можем обнаружить ее в 2 случаях: при длительном перерыве в лечении и при осложнении восходящим гонорейным процессом.

5. На частоту заболевания а-р. гонореей влияет возраст: чем моложе больная по возрасту, тем больше данных за поражение гонореей апуса и прямой кишки.

Поступила в ред. 28. I. 1938.