

Некоторые данные о провокации гонококка при мужской гонорее.

Ц. Ю. Ротштейна и М. И. Миркина.

Гонококки, попадая на слизистую оболочку мочеиспускательного канала мужчины и быстро размножаясь здесь, проникают через эпителий в глубже лежащие ткани, а равно захватывают многочисленные железы Littre и Morgagni'евы пазухи, которые в большом количестве рассеяны по каналу и, разветвляясь, иногда пронизывают его глубоко в разных направлениях на расстоянии нескольких сантиметров. Отсюда гонококки, как из депо,—особенно при злоупотреблении in Bascho et Venere и вообще при всяких условиях, увеличивающих гиперэмию и деятельность половых желез,—очень часто выходят наружу даже при кажущемся полном выздоровлении больного и при совершенно чистой моче, указывая, что данный субъект еще является носителем инфекции.

С точки зрения социальной и возможности распространения инфекции венерологам очень часто приходится решать вопрос о том, устранены-ли у данного больного проявления болезни, и перестал-ли он быть опасным в смысле заражения других.

Мы не будем останавливаться, при решении этого вопроса, на тех патолого-анатомических изменениях, которые развиваются в пораженной уретре и прилежающих к ней железах и которые зачастую ведут к тяжелым последствиям; нам важно установить тот момент, когда, по словам Фронштейна, „повторным применением всех имеющихся в нашем распоряжении методов исследования не удастся доказать наличия в организме гонококков, не удастся их обнаружить и спустя более или менее продолжительный период времени обычной жизни больного“.

При этом нам приходится применять такие методы исследования, которые, в случае наличия гонококков в латентном состоянии, способны вызвать их наружу из их скрытых гнезд путем искусственного усиления воспалительного процесса, трансудации слизистой и вообще создания более благоприятной обстановки для питания и размножения гонококков. Такие методы исследования называются провокационными.

Способов провокации гонорреи предложено много; однако и до настоящего времени у авторов нет единодушного мнения относительно большего или меньшего преимущества того или другого метода. Все предложенные методы этого рода могут быть разделены на 2 категории: первая категория—когда производится непосредственное воздействие на слизистую канала путем раздражения химического, механического или термического; вторая категория—когда раздражитель вводится per os (алкоголь, пиво), внутривенно, подкожно или интрамускулярно.

Из химических средств для провокации гонорреи еще со времени Neisser'a чаще всего применяются 1½—2% растворы ляписа, впрыски-

ваемые в уретру. Другими авторами предложен целый ряд иных видов инстилляций — сулема, аргентамин, цианистая ртуть, Lügol'евский раствор, пергидрол и т. п. Сравнительно недавно Perutz выступил с новым видом провокации. Он впрыскивает в уретру 20,0 раствора пилокарпина 0,25:1000 и оставляет его там в течение 10—15 минут; через 1—2 часа из уретры получается выделение, в котором могут содержаться гонококки, бывшие раньше в скрытом виде. По мнению Perutz'a этот способ тоже принадлежит к способам первой категории, именно, пилокарпин вызывает местное раздражение окончаний секреторных нервов, которые в свою очередь раздражают железистый аппарат канала и усиливают секрецию этих желез. Perutz считает данный метод провокации особенно ценным, когда гонококки находятся в латентном состоянии в железах Littré и Cooper'a.

Механическая провокация гонорреи производится массажем на буже, простым бужированием, выдавливанием секрета уретральных желез головчатым бужем. Jadasson мягким головчатым бужем выдавливает содержимое желез Littré и Morgagni'евых пазух, которое тут же подвергается подробному исследованию. Deutsch предложил в 1921 году обострять скрытый гонорройный процесс путем свечения рентгеновскими лучами, и некоторые авторы (Wetterer, Kemeri и др.) подтвердили получаемый при этом эффект.

Результаты, получаемые от всех этих видов провокации, правда, иногда бывают удовлетворительны, но далеко не дают нам полного критерия присутствия или отсутствия гонококков при скрытой гоноррее. Поэтому венерологи стали искать других методов провокации, стремясь использовать с диагностической целью иммунные силы организма и биологические свойства гонококка. Чтобы вызвать очаговую реакцию, Asch предложил применять подкожно или внутривенно гонококковую вакцину, и во многих случаях, где выделение уже исчезло, оно при этом вновь появлялось с наличием гонококков; работами последующих авторов (Фронштейн, Дембская, Blaschko, Volareli) целесообразность этого способа вполне оправдалась. В Пене, в клинике Henkel'я, практикуется интравенозная провокация гоноргией, а Newermann с этой целью применял впрыскивания в вену 1 куб. с. артигона.

Однако и эти виды провокации, в случае отрицательного результата, не дают полной уверенности в том, что гонококков в данном случае действительно нет. Неудачи при применении их можно объяснить тем, что даже в поливалентной вакцине может не быть гонококков близких или тождественных с гонококками того больного, у которого мы применяем провокацию.

Применяемое некоторыми авторами распознавание хронической гонорреи посредством спермокультур гонококка также не может служить методом повседневного исследования из-за ненадежности результатов и трудности техники.

Таким образом мы видим, что из всего арсенала предложенных для провокации методов нет ни одного, который с полной уверенностью мог бы нам служить для точной диагностики скрытой гонорреи, а некоторые способы, кроме того, и затруднительны технически. Имея это в виду, мы решились проверить сравнительные достоинства различных способов провокации гонорреи, наиболее доступных для врача, на 58

лечившихся в Диспансере больных, с давностью болезни от 2 до 15 месяцев, у которых по общему состоянию болезни можно было с большей вероятностью предполагать наличие гонорройной инфекции, но у которых гонококки ни в выделениях, ни в моче, ни в простатическом соке обнаружены не были. Вначале же заболевания у всех этих больных гонококки в отделяемом мочепускающего канала были найдены. Из методов провокации нами были избраны: простое бужирование или введение расширителей minimum на 30—40 минут, массаж металлическим головчатым бужем, инстиллякия 2% раствором ляписа, употребление больными алкоголя (пива) в течение 2—3 дней, coitus с употреблением кондомов. Все эти методы и применялись нами в последовательном порядке у каждого из наших больных, причем мы старались делать последующую провокацию лишь тогда, когда совершенно исчезало раздражение, вызванное предыдущей провокацией, так что результат исследования, полученного после каждого вида раздражения, является ценным сам по себе.

Особые затруднения, по вполне понятным причинам, представлял coitus в кондоме,—приходилось делать выбор больных и давать им соответствующие указания, особенно относительно обращения с кондомом после полового сношения, чтобы больные не могли руками занести инфекцию с наружной поверхности кондома в канал. Между тем этот способ надо признать одним из наиболее верных, так как при нем проходят усиленная гиперемия и повышенная секреция до полного опорожнения всех желез половой сферы, особенно простаты и семенных пузырьков, которые, по мнению Grimberg'a, бывают инфицированы почти при всяком хроническом уретрите.

Всего у 58 больных нами было сделано 186 провокаций, из них 14 больным сделано было по 1 провокации, 6—по 2, 10—по 3, 10—по 4 и 18 больным—по 5.

Наиболее интеллигентные больные инструктировались, чтобы по утрам самим брать выделения на предметные стекла, но независимо от этого все больные являлись ежедневно в Диспансер с 5—6-часовым задержанием мочи. Для бактериоскопического исследования каждый раз брались и выделения,—если таковое, конечно, имелось,—и моча. Окрашивание производилось по оригинальному методу Gram'a. Для сокращения времени окрашенные мазки сначала просматривались при помощи самой слабой сухой системы, причем определялись места с максимальным скоплением лейкоцитов, каковые места рассматривались затем при помощи иммерсионной системы. В таких местах очень часто находились типичные гонококки Neisser'a. В сомнительных случаях, когда найденные в мазках диплококки слабо окрашивались дополнительной окраской и морфологически не походили на типичных гонококков, мы применяли для более резкого их окрашивания модификацию Финкельштейна, т. е. окраску по способу Gram'a с более длительной дополнительной окраской и подогреванием.

Всего при обследовании результатов провокации нами были обнаружены гонококки Neisser'a и их атипическая форма, диплококки Asch'a, в 24 случаях, что составляет 41% всех наших случаев. В частности после бужирования гонококки были обнаружены у 14 больных (24,1%), после массажа на головчатом буже—у 2 (3,4%), после ляписных инстилляций—у 3 (5,2%), после употребления алкоголя—у 2 (3,4%) и

после coitus'a в кондоме—у 3 (5,2%). Давность процесса, как мы подметили, не играла никакой роли в результатах провокации тем или другим методом.

Сравнивая полученные результаты, мы видим, что наибольшее число положительных результатов, в смысле нахождения гонококков, дало нам бужирование или применение расширителей (в 14 случаях из 24). Однако делать отсюда какие-либо выводы о преимуществах провокации бужем мы воздерживаемся, так как большой % полученных результатов мог получиться просто из-за того, что этот способ мы применяли первым по порядку. В остальных 34 случаях гонококки обнаружены не были. Таким образом мы видим, что каждая провокация, взятая в отдельности, но в разные сроки, далеко не оправдывает возлагаемых на нее надежд. Поэтому вполне целесообразно применять несколько методов сразу, чем значительно уменьшается количество возможных ошибок. Подробно этот комбинированный метод разработан клиниками Фронштейна и Хольцова, где он и применяется с большим успехом.

В виду трудности нахождения гонококка при латентной гоноррее очень целесообразно, далее, все перечисленные виды провокации по возможности сопровождать и другими лабораторными исследованиями, могущими косвенно указать на наличие гонококков. На первом месте в этом отношении может быть поставлено исследование отделяемого на эозинофилы, поли- и моновуклеарные. Вопрос этот был разработан целым рядом исследователей (Финкельштейн, Фронштейн, Rosner), причем по статистике Финкельштейна эозинофилия была обнаружена при острой гоноррее в 12,5%, при хронической неосложненной— в 28% и при хронической— в 42%.

Другими словами говоря, и эозинофилия не может служить для точной диагностики наличия гонококков в отделяемом мочевыпускательного канала. Поэтому были сделаны попытки от бактериоскопии перейти к посевам на разных питательных средах. Этим последним методом очень увлеклись французские исследователи. Наши соотечественники, однако, относятся скептически к нему; так, Финкельштейн, подвергнув исследованию этим путем более 25 случаев острой и хронической гонорреи, говорит: „Они дали мне мало утешительные результаты,—% положительных результатов немногим превышал бактериоскопию, да и то не всегда; нередко мы наблюдали случаи, где бактериоскопия давала положительный результат, а в посевах гонококки не обнаруживались“. Такого же мнения держится и Фронштейн. Иного взгляда держатся Nogues и Dumpt: делая посевы при латентной гоноррее, они в 1923 г. получили 80% положительных результатов в смысле нахождения гонококков; в дальнейшем впрочем, тщательно изучив 79 новых случаев, названные авторы эту цифру понизили до 63%.

Реакция Bordet-Gengou, основанная на связывании комплекта, тоже далеко не всегда дает точные результаты при скрытой гоноррее. „Мною наблюдалось,—говорит Фронштейн,—когда реакция эта при решении вопроса о здоровье была отрицательна, а другими методами исследования мы могли установить наличие в организме гонококка“.

Таким образом ни в одном из предложенных методов и даже при применении их всех вместе, у нас, оказывается, нет вполне надежного

критерия для суждения о наличии гонококка в больном организме. Как при выборе способа провокации, так и при производстве исследований большую степень вероятия для решения поставленного вопроса может дать все же лишь совокупность производимых исследований. Но это требует больших затрат, хорошо оборудованных лабораторий, высококвалифицированных работников, что практически у нас пока невыполнимо. Кроме того, такая громоздкость производимых исследований может плохо повлиять на психику больного, абсолютно же верных результатов она все равно не даст.

Многие авторы (Oberländer, Kollmann, Wossidlo, Valentin, Luys, Asch) на основании долголетних наблюдений придают особое значение физико-диагностическим методам исследования с обращением особенного внимания на уретроскопию. Они с несомненностью доказали в целом ряде случаев, что уретроскопом можно было обнаружить патологические изменения в мочепускательном канале там, где всеми доступными методами исследования гонококков обнаружить не удалось, причем такие больные безусловно являлись гонококконосителями.

В заключение позволим себе формулировать выводы, к которым мы пришли по данному вопросу, в виде следующих положений:

1) Ни один из методов провокации, будучи применяем в отдельности, не дает всчерпывающих данных о наличии гонококков в больном организме.

2) Комбинация всех доступных методов провокации, применяемых по возможности сразу, дает сравнительно более точные данные об освобождении больного от инфекции.

3) Имеющиеся в нашем распоряжении методы исследования патологических продуктов, выделяемых больным организмом при латентной гоноррее, не дают нам абсолютно-верного критерия для суждения о наличии или отсутствии гонококков.

4) Уретроскопия вносит ценные коррективы в вопрос об излеченности гонорреи, т. е. о полном освобождении больных от инфекции.
