

ловека (до 6 месяцев — 29, от 7 месяцев до 1 года — 20, от 1 года до 2 лет — 16 и от 2 до 4 лет — 18). Среди этих больных, начавших лечение при вторичном свежем сифилисе, у одного отмечен клинический и у одного серологический рецидив, у одного больного, начавшего лечение при вторичном рецидивном сифилисе, один серологический рецидив. У 5 больных, начавших лечение в стадии вторичного свежего и вторичного рецидивного сифилиса, отмечена сероустойчивость. Это далеко не плохие результаты, если учесть, что клинический рецидив возник через год у больного, плохо лечившегося, не закончившего лечения согласно схеме, и что лечению подвергались больные, у которых имелись противопоказания к применению препаратов мышьяка, т. е. люди, организм которых в той или иной степени был ослаблен, к тому же получавшие пенициллин в явно недостаточных дозах.

↳ Не подлежит сомнению, что при безмышьяковистом лечении необходимо повысить курсовые дозы пенициллина, особенно у больных рецидивным сифилисом.

Очевидно, при лечении больных всеми формами сифилиса необходимо повысить дозы пенициллина и снизить дозы мышьяка и висмута. Фактически этот принцип уже проводится: для больных, получающих новоциллин и экмоновоциллин, дозы пенициллина уже повышены. Одной из очередных задач является разработка методов амбулаторного лечения больных различными формами сифилиса. Не менее важной задачей является необходимость продолжить изучение эффективности лечения сифилиса пенициллином и тяжелыми металлами, чтобы избавить наших больных от тех тяжелых осложнений, которые всегда угрожают им при применении препаратов мышьяка. Весьма актуальный вопрос, подлежащий изучению, это лечение больных серорезистентным сифилисом. Разработка наилучших схем лечения различных форм сифилиса еще не закончена. Разрешение этих вопросов не под силу одному исследователю или даже одному венерологическому учреждению. Только совместная работа клиницистов с практическими врачами может обеспечить быстрое разрешение актуальных вопросов лечения сифилиса.

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, ЗАКОНЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ

Проф. *З. Н. Гржебин* и кандидат медицинских наук *М. Н. Бухарович*

Из клиники кожных и венерических болезней (зав. — проф. *З. Н. Гржебин*) Черновицкого медицинского института (дир. — доцент *Н. Б. Маньковский*) при участии сотрудников кожно-венерологического отделения областной больницы *Е. Г. Бальбарера*, *Л. Е. Дальман* и *Т. Е. Матвеевой*

В комплексе мероприятий по ликвидации сифилиса большое значение имеет профилактика сифилиса нервной системы, внутренних органов, врожденного сифилиса, а также серологических и клинических рецидивов болезни. Каждый больной сифилисом должен быть подвергнут комплексному обследованию. Это обследование следует проводить всесторонне.

1. Необходимо уточнить анамнестические данные и выяснить, при каких явлениях болезни было начато лечение. У лиц, приступивших к лечению в поздние периоды болезни, и у больных серорезистентным сифилисом чаще поражается нервная система.

2. Следует определить качество лечения, полученного больным.

3. Необходимо произвести тщательное клиническое исследование внутренних органов и нервной системы. В ряде случаев удается выявить так называемые микросимптомы или моносимптомы нейросифилиса, которые в сочетании с изменениями спинномозговой жидкости имеют большое диагностическое и прогностическое значение.

4. Ценные сведения дают нам вспомогательные методы диагностики (серологическое исследование крови, рентгенологическое обследование грудной клетки, исследование глазного дна). У наших больных исследование глазного дна проводилось в клинике глазных болезней (зав. — проф. Б. Л. Радзиховский).

5. Большое значение в выявлении ранних форм нейросифилиса имеет исследование спинномозговой жидкости. Обычно на первом этапе развития сифилитического поражения нервной системы патологические процессы развертываются в мозговых оболочках (М. С. Маргулис, Г. В. Робустов), и самые ранние признаки заболсвания могут проявляться в виде изменений со стороны спинномозговой жидкости (З. Н. Гржебин, Р. Я. Малыкин, Г. И. Мещерский, М. А. Розентул, Г. В. Робустов, А. К. Якубсон и др.).

Следует отметить, что у некоторых больных с явлениями даже выраженного нейросифилиса спинномозговая жидкость может быть нормальной. Кроме того, ни один из показателей изменений спинномозговой жидкости не является вполне специфическим, достаточно патогномичным для сифилиса. Поэтому изменения спинномозговой жидкости нужно рассматривать в сочетании с клиническими данными.

При исследовании спинномозговой жидкости мы учитывали цвет, прозрачность, количество клеточных элементов в 1 мл и их характер в случаях выраженного плеоцитоза, общее количество белка, глобулиновые реакции (с сернокислым аммонием, сулемой и карболовой кислотой), коллоидные реакции (сулемово-фуксиновая), серологические реакции (с цельной спинномозговой жидкостью и с разведенной 1:1 и 1:5). Степень тяжести выявленных изменений определялась в основном с учетом показателей, разработанных Р. Я. Малыкиным и Г. В. Робустовым.

По вопросу о том, когда следует проводить это комплексное обследование, в том числе и исследование спинномозговой жидкости, нет еще единого мнения.

Большинство авторов считает, что исследование спинномозговой жидкости необходимо проводить через год после окончания лечения (Р. Я. Малыкин, Г. В. Робустов, З. Н. Гржебин, А. И. Соколин и др.). Эта точка зрения в настоящее время нашла свое отражение в официальной инструкции по лечению сифилиса.

В своей работе мы определяли срок проведения комплексного обследования с учетом некоторых показателей, а именно качества полученного лечения и динамики серологических реакций в крови во время лечения.

Если больной получил полноценное лечение и серологические реакции в крови стали отрицательными даже после 4-го и 5-го курсов, комплексное обследование проводилось примерно через год после окончания лечения. Если при этом в спинномозговой жидкости обнаруживалась минимальная патология при отсутствии других изменений со стороны нервной системы, глазного дна и внутренних органов, то больной не привлекался к долечиванию, а подвергался повторному обследованию через год. При повторном обнаружении этих изменений в спинномозговой жидкости больного привлекали к долечиванию тремя курсами. Лица, получившие неполноценное лечение или страдающие серорезистентными формами болезни, обследовались вскоре после окончания лечения, и план последующей терапии определялся в зависимости от характера выявленных изменений и качества ранее полученного лечения:

Несмотря на то, что необходимость комплексного обследования, в том числе и исследования спинномозговой жидкости каждого больного сифи-

лисом, закончившего лечение, является общепризнанной, тем не менее это обследование и особенно исследование ликвора в лечебных учреждениях до сих пор проводится недостаточно широко.

Придавая очень большое значение комплексному обследованию каждого больного сифилисом, закончившего лечение, как важному мероприятию, способствующему ликвидации заболеваемости сифилисом по области, мы приступили к нему в 1949 г.

В этой работе можно отметить два этапа. Первый относится к 1949 г. и первой половине 1950 г., т. е. к периоду, когда одному из нас (М. Н. Бухаровичу) было поручено разработать организационные формы внедрения комплексного обследования в повседневную практическую деятельность лечебных учреждений и доказать реальность этих мероприятий.

Второй этап — с июля 1950 г. по настоящее время — включает в себя массовую работу с участием врачей лечебных учреждений, что явилось результатом внедрения в практику предложенной методики комплексного обследования больных сифилисом, закончивших лечение.

Приступая к этой работе, мы прежде всего обучили врачей кожно-венерологического отделения областной больницы методике поясничного прокола и ознакомили их с диагностической и прогностической ценностью исследования спинномозговой жидкости у больных сифилисом. В последующем с вопросами ликворологии у больных сифилисом путем специальных семинаров были ознакомлены все районные венерологи.

С целью профилактики побочных явлений после поясничного прокола мы пользовались очень тонкими и хорошо заостренными иглами, извлекали не более 5 мл спинномозговой жидкости и после пункции на протяжении 24 часов выдерживали больных в постели. Большое внимание уделялось разъяснению безопасности поясничного прокола. Побочные явления после спинномозговой пункции мы наблюдали у 21,3% обследованных, причем у 16,3% они были слабо выражены.

Лучшим методом подготовки больных к поясничному проколу явилась санитарно-просветительная работа, в проведении которой большую помощь нам оказывали лица, уже подвергшиеся комплексному обследованию. Больные соглашались на исследование спинномозговой жидкости после окончания лечения и некоторые из них даже сами настаивали на этом.

После проведения подготовительных мероприятий все венерологические учреждения области оповещались о необходимости направлять в клинику на обследование лиц, закончивших лечение по поводу сифилиса год и более назад, и присылать при этом подробные выписки из историй их болезни. В процессе работы районные венерологи получали об этом систематическое напоминание.

Чтобы доказать возможность почти поголовного охвата таким обследованием всех нуждающихся в нем, в качестве своего рода опорной базы был выбран Кицманский район (зав. районным диспансером Г. Г. Модестов). В районном диспансере были отобраны истории болезни и составлены списки нуждающихся в обследовании. Была проведена широкая разъяснительная работа среди больных как в районном центре, так и на сельском врачебном участке. В результате удалось привлечь к обследованию около 100% нуждавшихся в нем по всему Кицманскому району.

Учитывая один из основных принципов советского здравоохранения — принцип максимального приближения медицинской помощи к населению, мы не ограничились организацией комплексного обследования для сельских жителей только в областном центре и организовали проведение этого мероприятия в Вижницком районе Черновицкой области. Предварительно мы ознакомили районного венеролога с методикой поясничного прокола и оценкой полученных результатов, с диагностической ценностью исследования спинномозговой жидкости и обучили врача-ла-

боранта методике ее исследования. На протяжении недели мы проводили комплексное обследование больных сифилисом, окончивших лечение, в Вижницкой районной больнице совместно с районным венерологом, а в дальнейшем районный венеролог проводил его самостоятельно. Опыт Вижницкого района был перенесен в Новоселицкую районную больницу, где в настоящее время также самостоятельно проводится комплексное обследование больных с исследованием спинномозговой жидкости. Большую помощь районным венерологам оказывают районные офтальмологи, невропатологи, рентгенологи. Эта совместная работа врачей различных специальностей значительно облегчена благодаря объединению больниц и поликлиник, которое обеспечивает сотрудничество различных специалистов в одном учреждении.

В течение 5 лет (1949—1953) в Черновицкой области было обследовано более 30% всех закончивших лечение по поводу сифилиса. Из них 82% были обследованы в кожно-венерологической клинике и 18% — в районных больницах Вижницкого и Новоселицкого районов.

Частота выявления патологической спинномозговой жидкости достигла наивысшего уровня в 1949 г. и первой половине 1950 г.; в последующем она постепенно снизилась (табл. 1).

Таблица 1

Результаты исследований спинномозговой жидкости у лиц, закончивших лечение

Степень патологических изменений спинномозговой жидкости	Частота выявленных изменений ликвора в (%)			
	1949—VI. 1950	VII. 1950—1951	1952	1953
Первая (минимальная патология)	16,7	10,7	6,7	7,6
Вторая	2,6	1,2	1,5	0,9
Третья	0,62	0,4	1,5	1,7
Четвертая (паралитический тип)	0,82	1,5	0,3	0,9

Сравнивая наши данные с данными других авторов, можно отметить, что они превышают довоенные (1939—1940) показатели Г. В. Робустова и приближаются к результатам, полученным Т. В. Васильевым и А. И. Соколиним в послевоенное время. Г. В. Робустов наблюдал патологическую спинномозговую жидкость у 5%, закончивших лечение по поводу сифилиса, Т. В. Васильев — у 10,8%, А. И. Соколин — у 12,7%.

Снижение частоты выявления патологической спинномозговой жидкости в основном следует отнести за счет минимальной патологии, в то время как частота выявления выраженных изменений в спинномозговой жидкости осталась приблизительно на том же уровне. Это объясняется тем, что среди обследованных было много лиц, получивших лечение (табл. 2). Мы считаем хорошо леченными больных, получивших лечение согласно схемам Министерства здравоохранения СССР (1948). Если курсы лечения были полноценными, но промежутки между ними были удлиненны, мы считаем такое лечение удовлетворительным.

Именно в группе плохо лечившихся и обнаруживаются выраженные изменения в ликворе. У больных, получивших хорошее или удовлетворительное лечение, изменения носят характер минимальной патологии и наблюдаются редко (по нашим данным, в 2,8%).

В группе лиц, получивших неполноценное лечение, 15% лечились до освобождения Черновицкой области, 60,2% в основном получили арсен-оксиды, 12,8% плохо переносили лечение и 12% проводили неаккуратно. Следует отметить, что до освобождения Черновицкой области лечение больных сифилисом очень часто было неполноценным (по нашим данным, у 80% больных).

Т а б л и ц а 2

Проведенное лечение у обследованных лиц

Качество лечения	1949—VI.1950	1953
Хорошее	14,4%	42,9%
Удовлетворительное	23,9%	19,9%
Неудовлетворительное	52,5%	32,7%
Не удалось выяснить	9,1%	—

Выявленные при комплексном обследовании больные брались на особый учет и привлекались к долечиванию.

Все больные, получившие неполноценное лечение, были привлечены в дальнейшем к долечиванию даже и в тех случаях, когда при комплексном обследовании у них не удалось выявить каких-либо симптомов заболевания.

При наличии патологической спинномозговой жидкости клинические симптомы поражения нервной системы были выявлены у 21,4% больных. Из симптомов поражения нервной системы чаще всего встречался парез лицевого и подъязычного нервов, неравномерность зрачков, вялая зрачковая реакция на свет. Чем резче были выражены изменения со стороны спинномозговой жидкости, тем чаще наблюдались и клинические симптомы поражения нервной системы. Положительная реакция Вассермана в крови была установлена у 11,3% обследованных, причем у одной трети из них одновременно были отмечены выраженные патологические изменения в спинномозговой жидкости.

Сифилитические мезаортиты имели место у 9 больных. Явления висцерального сифилиса при клиническом обследовании обнаружены не были. Офтальмолог у 2 больных обнаружил неврит зрительных нервов, у одного — сифилитический ретинит и у трех — следы перенесенного в прошлом сифилитического поражения зрительных нервов.

Пятилетний опыт комплексного обследования больных сифилисом, закончивших лечение, наглядно указывает на необходимость широкого внедрения в практику этого мероприятия с целью профилактики поздних сифилитических поражений нервной системы и внутренних органов, а также клинических и серологических рецидивов болезни. Опыт Кицманского, Вижницкого, Новоселицкого районов доказывает полную возможность охвата подобным обследованием всех лиц, нуждающихся в нем.