

А. С. Шавердян

Существует ли „паховый подострый лимфогрануломатоз“ (болезнь Никола-Фавра), как самостоятельная нозологическая единица венерического происхождения*?

(Представлено Л. А. Оганесяном 24 VII 1951)

I. Паховый подострый лимфогрануломатоз („П. П. Л.“), как „автономное“ заболевание, благодаря трудам французских ученых Никола, Фавра и Дюрана, был включен в нозологическую номенклатуру патологии человека впервые в 1913 г.

Однако рассмотрение истории развития учения о нозологической самостоятельности „П. П. Л.“ ставит под серьезное сомнение правильность выставленных означенными авторами концепций.

Основная методологическая ошибка, пронизывающая всю почти сорокалетнюю историю развития учения о „П. П. Л.“, заключалась в том что важнейший и сложный вопрос об этиологической сущности этого заболевания, со стороны представителей буржуазной медицинской науки, решался метафизически, однобоко, в рамках лишь больного организма, в аспекте узко биологическом, в отрыве от социальных его корней и факторов внешней среды.

Проиллюстрируем сказанное некоторыми данными, характеризующими важнейшие этапы учения о „П. П. Л.“. Нелатон (в 1890 г.), впервые выделивший из т. н. „струмозных бубонов“ группу аденитов, впоследствии ретроспективно отождествленных с „П. П. Л.“, в своих суждениях однобоко исходил только из их *клинической* симптомалогии. Марион и Ганди, базируясь только на *цитологической* картине пораженных узлов и на нахождении в гистопрепаратах *гигантских клеток*, тогда еще ошибочно рассматриваемых патогномичными только для ТВС, вновь причислили эти адениты к „струмозным бубонам“. Никола, Фавр и Дюран свои концепции о специфичности, автономности болезни, ее венерической этиологии, получившие всеобщее признание, обосновывали *клинической, патоморфологической* картиной аденитов, характером биологических процессов в организме, т. е.

* Долож. на годичной сессии Ереванского научно-исслед. ин-та рентген. и онкологии 13 XII 1950 г.

решали вопрос также только в рамках биологии. Еще более узко подошел к проблеме Фрей, с 1925 г. сыгравший чрезвычайно важную роль в дальнейшем развитии учения о „П. П. Л.“. Опираясь только на предложенную им кожную аллергическую реакцию, он коренным образом пересмотрел разработанную до него клиническую симптоматику болезни. Диагноз „П. П. Л.“ был приписан обширному кругу страданий, клинически ничего общего между собой неимеющих: „струме“, „ректальным сужениям“, „эстиомену“, „климатическим бубонам“ и т. д. Было введено понятие клинически „асимптомных“ форм болезни.

Дальнейшие исследования (с 1930 г.) экспериментального характера по выяснению этиопатогенеза „П. П. Л.“, начатые шведскими (Геллерштромом, Вассеном), французскими (Левадити) и другими учеными, не увенчались успехом в отношении нахождения болезнетворного начала. По настоящее время общепризнанный, культурально и микроскопически подтвержденный возбудитель никем не обнаружен.

На базе вышеописанного одностороннего изучения „П. П. Л.“ предстал перед медицинским миром, как самостоятельное заболевание.

II. Клиническая и патоморфологическая симптоматология „П. П. Л.“ идентична с таковой бубонной формы туляремии, одноименной (паховой) локализации.

Дополнительную дезориентирующую роль в правильном освещении вопроса сыграло также причисление „П. П. Л.“ к половым заболеваниям. Дермато-венерологи, некритически исходя из незыблемости допущения „половой передачи“ болезни, в дальнейшем изучении вопроса ограничились узким кругом факторов, характеризующих патологию половой сферы (исканием входных ворот инфекции только в пределах половой сферы; источников заражения—лишь среди людей— „партнеров“ и т. д.). На этой базе ими полностью игнорировалось сравнительное изучение „П. П. Л.“ и бубонной формы туляремии, имеющих клиническую и патоморфологическую симптоматику абсолютно идентичную, выражающуюся в нижеследующем:

1. Лимфадениты—их доминантный клинический симптом.

2. Патоморфология аденитов однотипна; припухание узлов группами с образованием конгломератов; одинаково плотная консистенция и размеры их; часто периадениты; полиморфизм течения воспалительного процесса отдельных узлов из данного пакета с образованием многочисленных свищей, упорных по течению и т. д.

3. Одинаковый характер нарушения общего состояния организма: общая слабость, головные боли, головокружение, бессонница, ревматоидные боли, тошнота, рвота, наличие лихорадки, чаще неправильно ремитирующего характера и т. д.

Этот важнейший момент исключительного сходства обоих заболеваний не был и не мог быть учтен Никола, Фавром и Дюраном, по той ясной причине, что туляремия среди людей стала известна

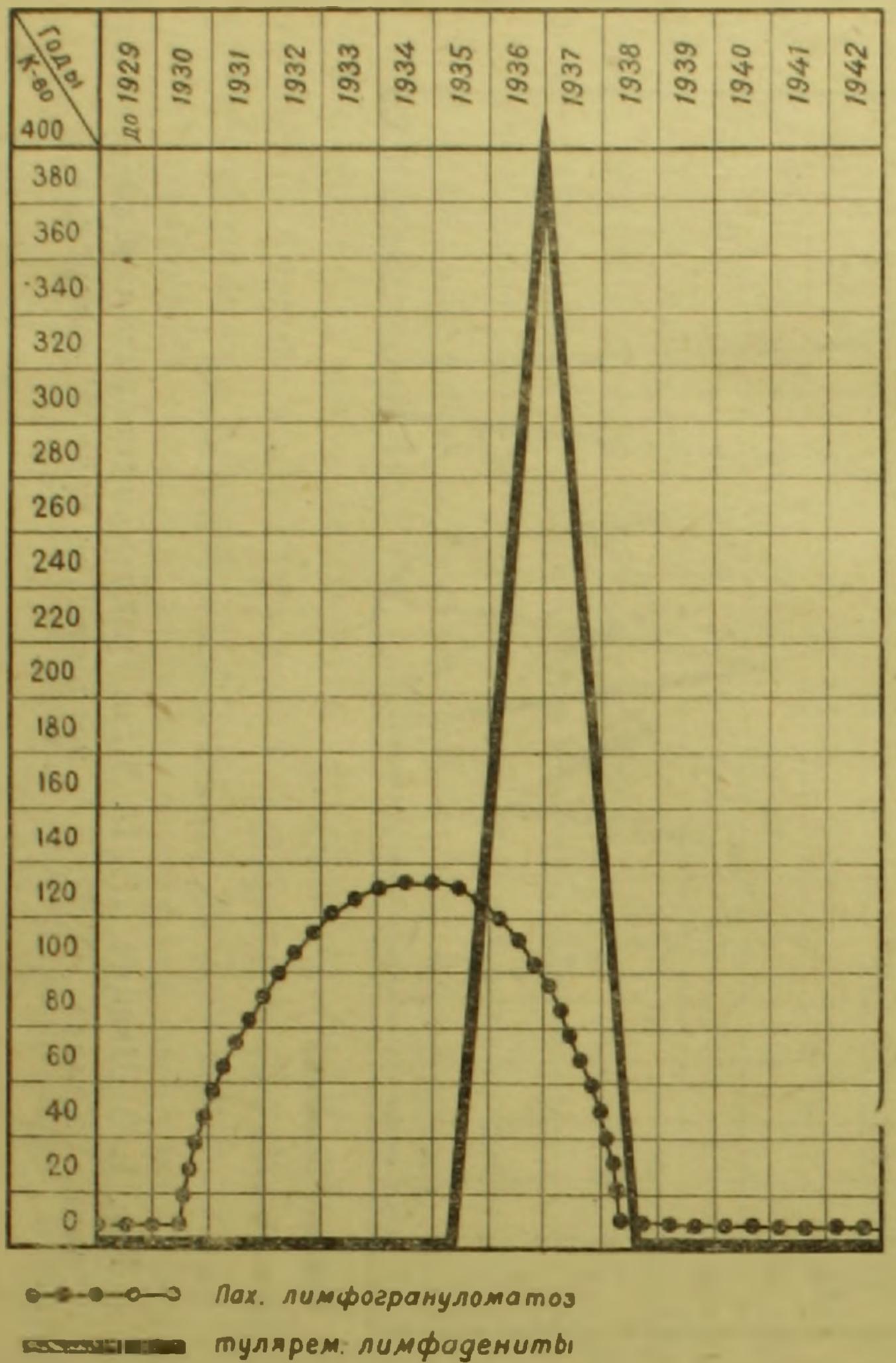
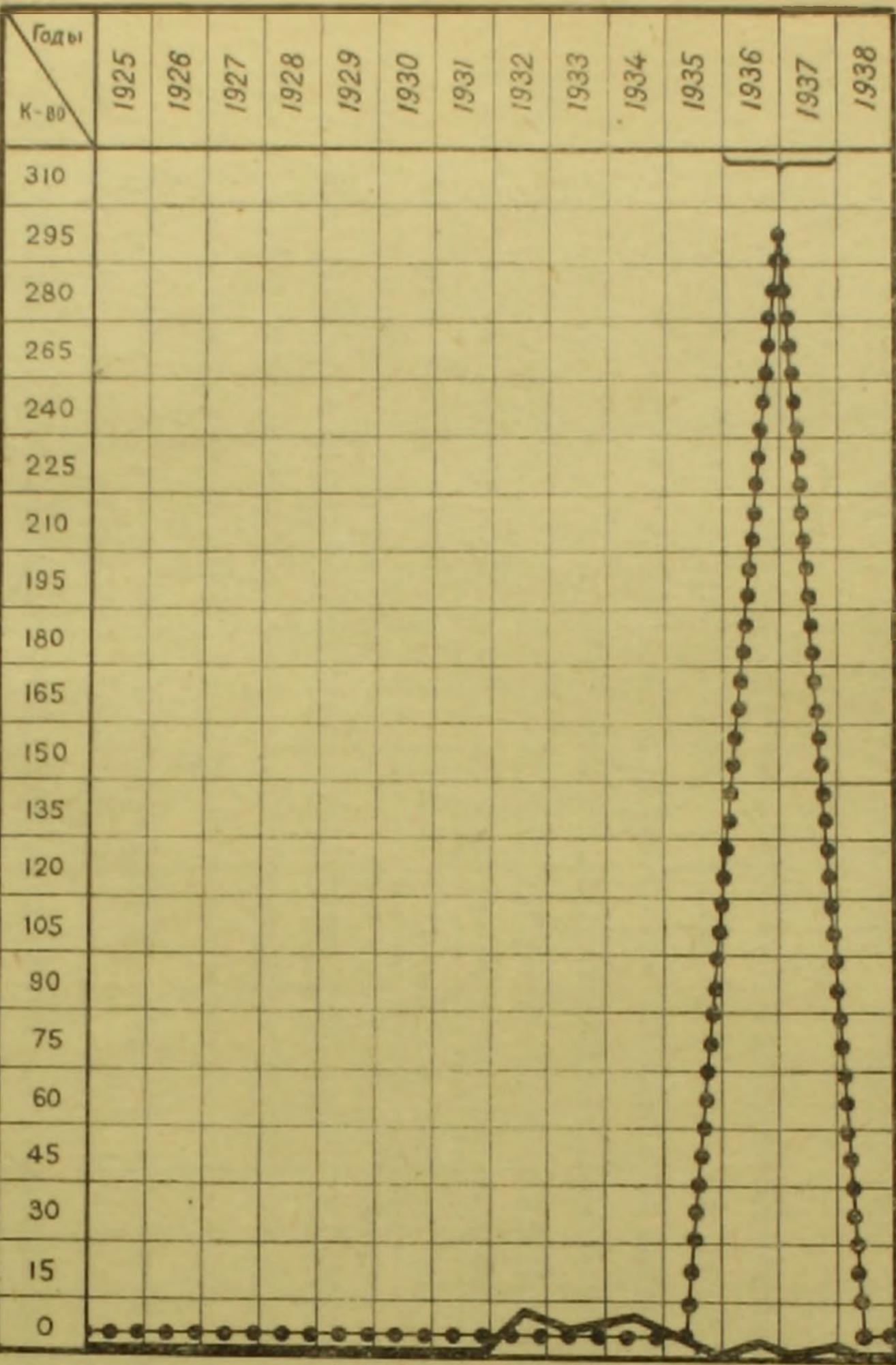


Рис. 2. В Чехословакии. Кривая „П. П. Л.“ поглощается кривой туляремии. Совместное исчезновение обеих инфекций.



— паховый лимфогрануломатоз.

●●●●● тулярем. лимфадениты.

Рис. 3. В Австрии. Казуистические случаи „П. П. Л.“ переходят в эпидемич. вспышку туляремии (ее предвестники).

науке на целых 8—10 лет позже нозологического оформления „П. П. Л.“, основательно популяризированного как автономное заболевание.

III. Эпидемиологические закономерности „П. П. Л.“, будучи несвойственны заболеваниям, передающимся половым путем, абсолютно идентичны с таковыми же при туляремии, что видно из нижеперечисленных их общих эпидемиологических черт.

1. Неодинаковое отношение и избирательная поражаемость ими отдельных стран мира, в одних принимая значительные размеры, в других — полностью отсутствуя.

2. Резко выраженная территориальная осумкованность обеих инфекций внутри пораженной страны, подчас в рамках чрезвычайно крохотных очажков, без тенденции к экстенсивной ее диссеминации.

Для „П. П. Л.“ такими очажками явились, напр., Лион, Париж, Бреславль, Берлин, Гамбург, Стокгольм, Бухарест, и т. д.

3. Общепризнанная связь „П. П. Л.“ с определенными климатическими условиями, характеризующими жаркие (тропические и субтропические) местности, отсюда и добавочное наименование его „тропические и климатические бубоны“, что подтверждает с одной стороны зоонозную природу болезни, с другой — отрицает половой путь его распространения.

4. Незыблемый синхронизм в появлении, исчезновении и динамическая сращенность, независимо от их количественных соотношений, — другая важнейшая, закономерная, эпидемиологическая общая черта, сродняющая этиологически обе инфекции друг с другом (рис. 1, 2, 3).

Оба заболевания в данной или соседних странах или районах исторически регистрируются почти одновременно, вмещаясь в рамки каких-нибудь нескольких лет, напр., „П. П. Л.“ — в Германии, Румынии, а туляремия в Австрии, Турции и в других странах (рис. 4).

5. Спонтанность появления, кратковременность эпидемических вспышек, крутой подъем и падение кривых, отсутствие параллелизма в динамике вензаболеваний и „П. П. Л.“, резкое количественное расхождение поражаемости мужчин и женщин (первые в 10—12 раз чаще), спонтанное исчезновение болезни без применения каких бы то ни было профилактических и иных мероприятий (за незнанием таковых), говорят о зоонозной его природе.

Таковы принципиально важные клинические, патоморфологические и эпидемиологические черты пахового лимфогрануломатоза, подтверждающие нижеследующие выводы.

1. Утверждение нозологической автономности и полового происхождения „П. П. Л.“ есть результат ошибочных теоретических и методологических предпосылок.

2. Клиническая и патоморфологическая симптоматология „П. П. Л.“ и туляремийных лимфаденигов одноименной (паховой) локализации абсолютно идентичны.

3. Сравнительное изучение эпидемиологических закономерностей

стей обеих инфекций отрицает венерическое происхождение, нозологическую самостоятельность и специфичность „П. П. Л.“, идентифицируя последний с туляремиными лимфаденитами паховой локализации.

Научно-исслед. институт
рентгенологии и онкологии
Министерства здрав. Армянской ССР

Ա. Ս. ՇԱՎԵՐԴՅԱՆ

Գոյութիւն ու ճիշտ արգումէնտը եւրասուր լիմֆոգրանուլոմատոզ (Նիկոլա-Ճաւօրի հիվանդութիւն), որպէս վեներական էթիոլոգիայի ինֆնուելուլոն ճոզոլոգիական միավօր

1. Աճուկային ենթասուր լիմֆոգրանուլոմատոզի նոզոլոգիական ինքնուրույնութիւնը և վեներական ծագման հաստատումը հետեւանք է բուրժուական երկրների բժշկական դիտութեան ներկայացուցիչների կողմից հարցի տեսական և մեթոդոլոգիական ուսումնասիրութեան սխալ նախադրյալների:

2. Աճուկային ենթասուր լիմֆոգրանուլոմատոզի և տուլարեմիայի կլինիկական և պաթո-մորֆոլոգիական սիմպտոմատոլոգիան (ազենիտների համանուն լոկալիզացիայի դեպքում) բացարձակապէս համանման են:

3. Աճուկային ենթասուր լիմֆոգրանուլոմատոզի և տուլարեմիայի համեմատական էպիդեմիոլոգիական օրինաչափութիւնների ուսումնասիրութիւնը բացարձակապէս բացասում է առաջինի նոզոլոգիական ինքնուրույնութիւնը և սեռական ծագումը:

4. Աճուկային ենթասուր լիմֆոգրանուլոմատոզը հանդիսանում է ոչ այլ ինչ, քան աճուկային լոկալիզացիա ունեցող տուլարեմիկ էթիոլոգիայի լիմֆազենիտներ:

