

Из клиники кожных и венерических болезней КГМИ (директор
проф. И. Н. О л е с о в).

Случай саркоида Бека, излеченный фильтратом неокислото- упорной разновидности туберкулезных палочек.

А. Г. Хайретдинов.

За последние годы новым в учении о микроорганизмах является учение о диссоциации. По существу этого учения любая чистая культура является биологически неоднородной и из такой чистой культуры удастся выделять три разновидности. Каждая разновидность образует на плотной среде, при соответствующих условиях, колонию с определенными качествами: колонию R, S или O.

Явления диссоциации наблюдаются у целого ряда микробов, в том числе и у туберкулезных палочек. Явления диссоциации, наблюдаемые у данного микроба, еще более интересны в том отношении, что наряду с обычными формами (R, S, O и Ch.) д-ру Мазуру удалось получить и „синий“ вариант, т. е. палочки, лишенные жировоска и окрашивающиеся по Ziehl-Neelsen'у в синий цвет.

Естественно, что в связи с явлениями глубокой изменчивости у туберкулезных палочек, у нас зародилось мнение о возможности причинной зависимости между этими синими вариантами и часто встречающимися в клинике так называемыми „паратуберкулезными“ заболеваниями.

Директором клиники, профессором О л е с о в ы м, было дано мне задание испытать фильтрат синих палочек (не содержащий Коховский туберкулин) на случае саркоида Бека, который, как известно, принадлежит к группе паратуберкулезных заболеваний.

Этиология саркоида Бека точно не выяснена. Многие авторы относят это страдание к туберкулезу, некоторые считают, что причиной этого заболевания является туберкулезный токсин. Туберкулезные палочки найдены лишь в отдельных случаях, но отсутствие палочек Коха еще не говорит за отсутствие туберкулезного процесса в том или другом случае, ибо за последнее время точно выяснено, что туберкулезные палочки могут изменяться, могут принимать форму зерен (зерна Муха), форму фильтрующегося вируса и т. д. Лечение, по мнению большинства авторов, состоит в применении мышьяка, инъекций туберкулина (Дарье), лампы Баха, лучей Рентгена и общей терапии, как и при обычном туберкулезе.

Наш случай. 2/III 1935 г. к нам в клинику поступила больная с жалобами на плотные узлы в обеих голених.

На основании клинической картины заболевания и на основании данных гистологического исследования был поставлен диагноз — саркоид Бека.

Краткий анамнез: больная М., 22 л., татарка, работница валеной ф-ки им. Разумова. Началось данное заболевание 2 года тому назад, на обеих голених появились узлы. Узлы эти в летнее время уменьшались, а с наступлением холодов снова увеличивались.

Данные объективного исследования. Больная среднего роста, правильного телосложения, подкожная жировая клетчатка развита хорошо, кожа гладкая, эластич-

ная. Сало - потоотделение не нарушены. Костная система N; органы дыхания и сердце в пределах нормы. На обеих голених имеются глубоко в коже узлы плотной консистенции, количеством 10—12 в каждой голени, величиной от одного до 5 см диаметром. Более свежие узлы имеют округлую, более ранние — сплюснутую форму. Кожа над этими узлами окрашена нормально, или в желтовато-бурый, синюшно-красный цвет над некоторыми, более давними узлами. В центральной части имеется вдавление, на котором отчетливо видно новообразование кровеносных сосудов. Лабораторное исследование: ВК — не найдены, реакция Пирке, с туберкулином Коха в разведении: 1:10: 15:20, резко положительная. Исследование крови: Hb = 89%, Er = 45900, L = 4100, РОЭ = 15 мм в 1 час, лейкоцитарная формула: Sg — 32%, St — 12,5%, Ly — 40%, Mn — 8,5%, Eos — 6,5%, Bas — 0,5%.

Гистологическое исследование. В сосочковом слое кожи и в подкожной клетчатке отчетливо обнаруживаются очаги скопления инфильтрата, состоящего, в основном, из эпителиоидных клеток и небольшого количества лимфоцитов и плазматических клеток. Кое-где изредка встречаются очаги с гигантскими клетками. На местах начальных поражений отчетливо отмечаются расширение сосудов, гиперплазия эндотелия и скопление инфильтратов, состоящих из лимфоидных элементов и плазматических клеток. При рассматривании под малым увеличением в более старых узлах обнаруживается атрофия эпидермиса.

Первые 2 недели больная находилась под общим лечением (покой, солюкс, питание, рыбий жир). За это время никаких изменений не отмечалось. Через 2 недели больная начала принимать инъекции филтратата „синих“ палочек в разведении 1:20 (в физиологическом растворе) в дозе по 0,2 см³. Впрыскивания делались через каждые четыре дня.

После 3—4 инъекций наступило некоторое улучшение. Исчезли некоторые подкожные узлы, синюшно-красные пятна стали принимать более бледную окраску. После 8 инъекций больная выписалась и дальнейшее лечение проводила амбулаторно, с улучшением общего самочувствия и с меньшим количеством элементов на голених. Всего больной было сделано 23 инъекции по 0,2 см³, в общей дозе 4,6 см³, после чего все узлы рассосались, оставив лишь едва заметную пигментацию на местах более длительное время державшихся узлов.

За время лечения, именно после первых 3 впрыскиваний, наблюдались обострения с появлениями новых узлов и с легким повышением температуры: 37—37,7°. В дальнейшем такие колебания наблюдались редко и температура повышалась не выше 37,1°.

Таким образом, этот случай является доказательством плодотворности наших вмешательств в жизнь классических палочек tbc. Получив новые варианты и применяя продукты их жизнедеятельности, мы можем надеяться получить эффект в таких случаях, где обычная терапия или применение продуктов классических палочек не дают эффекта. Наш случай, относительно довольно быстро излеченный, еще раз подтверждает правильность мнения тех авторов, которые относят сарковид Бека к паратуберкулезным заболеваниям.