

Профилактический осмотр верхних дыхательных путей, его роль и значение в проблеме гортанного туберкулеза.

Ф. А. Марьемсон, П. И. Бонгард и Ф. З. Белкина.

• Трудность и нередко полная беспомощность борьбы с гортанным туберкулезом заставила современных фтизиоларингологов искать новых путей изучения этой чрезвычайно трудной и серьезной проблемы. Беспомощность эта остро ощущается не только на небольшом участке гортанного тбк, но и на всем широком фронте борьбы с туберкулезной инфекцией. И не случайно современные фтизиатры, разочаровавшись в эффективности борьбы с легочным тбк в условиях поздней его диагностики, прделывают большую работу по выявлению ранних форм, подвергая тщательному клинко-рентгенологическому обследованию десятки тысяч практически здоровых людей. И не случайно современные рентгенологи пытаются путем просвечивания и спмков гортани выявить клинически не обнаруживаемые начальные формы гортанного тбк. (Adler, Wodzilka).

В свою очередь и патолого-анатомы тщательно изучают начальные формы гортанного тбк, их возникновение и развитие, исследуя макроскопически здоровые гортани лиц, умерших от легочного тбк. (Эп, Джиуфриде, Этторе, Ричи, Бруно). Естественно, и фтизиоларингологи для более углубленного изучения проблемы гортанного тбк должны стать на путь выявления начальных форм и их патогенетической связи с основным легочным процессом. И в этом отношении фтизиоларингологи поставлены в исключительно счастливое положение. В то время, как рентген при всех современных технических усовершенствованиях может дать только исключительно опыному исследователю ценные указания на наличие начальных форм легочного тбк, гортанное зеркало обнаруживает минимальные изменения, доступные наблюдению рядового ларинголога.

Наиболее важным моментом в этой работе является выбор материала. Мы считали бы правильным вести эту работу по трем линиям: 1) Одновременно с клинко-рентгенологическим обследованием в массовом масштабе, которые проводят фтизиатры для выявления ранних форм легочного тбк, проводить также обследование и верхних дыхательных путей resp. гортани. 2) Самое тщательное наблюдение за диспансерным материалом в этом же направлении. 3) Использование санаторного материала.

Наш материал исключительно санаторный. Каким путем из имеющегося у нас большого материала выбрать интересующие нас начальные формы гортанного туберкулеза? Единственный путь, который может повести нас к цели—это профилактический осмотр верхних дыхательных путей у *всех* больных, поступающих в наш санаторий, вне зависимости от жалоб на гортань. Этот метод мы проводим в нашей санатории уже в течение четырех лет. Материал, который у нас накопился, мы уже отчасти использовали для выявления эффективности лечения определенных клинических

форм легочно-гортанного тбк в климатических условиях Московской области¹⁾.

Материал, который мы отобрали для настоящей работы в количестве 250 случаев, распределяется следующим образом: мужчин 223 (89,2%), женщин 27 (10,8%), рабочих 154 (61,6%) служащих 93 (37,2%), прочих 3—(1,2%). Из этих цифр не следует делать заключения, что у мужчин в 8 раз чаще можно выявить начальные формы гортанного тбк, чем у женщин или, что у рабочих мы чаще выявляем начальные формы гортанного тбк, чем у служащих. Эти цифры зависят исключительно от состава больных нашего санатория, где число мужчин значительно превосходит число женщин и число рабочих превосходит число служащих. Что касается возникновения гортанного тбк в связи с возрастным моментом, то на нашем материале едва ли возможно выявить какую-нибудь строгую закономерность.

Гораздо более интересные и убедительные цифры мы получаем при изучении таблицы локализации начальных форм гортанного тбк и его генетической связи с основным легочным процессом. Следующая таблица иллюстрирует локализацию начальных форм гортанного тбк у наших больных.

1) Истинные голосовые связки: а) инфильтрат—54 случая, б) язвенные изменения—43; 2) межчерпалов. простр.: а) инфильтрат—24, б) язвенные—38; 3) черпаловые хрящи: а) инфильтрат—8, б) язвенные—12; 4) ложн. голосовые связки: а) инфильтрат—23, б) язвенные—33; 5) надгортанник: а) инфильтрат—23, б) язвенные—25; 6) Ral-phthysis—1; 7) туберкулезное поражение зева—7.

Какие мысли возникают при анализе этой таблицы? Прежде всего бросается в глаза, каким образом такой материал мог быть выявлен только при профилактическом осмотре. Казалось бы, при наличии таких изменений о бессимптомности процесса не могло быть и речи. На деле же из 250 больных только у 56 (22,4%) были неопределенные жалобы на сухость, легкую переходящую сыпь, которыми они сами не придавали никакого значения, а у остальных 194 больных (77,6%) не было абсолютно никаких жалоб, причем у некоторых были распространенные инфильтративно-язвенные изменения надгортанника, черпало-надгортанных складок и черпаловидных хрящей. Мы затрудняемся дать сколько-нибудь удовлетворительное объяснение отсутствию субъективных жалоб при наличии таких глубоких изменений, как инфильтративно-язвенный процесс надгортанника, черпаловидных хрящей, черпало-надгортанных складок, обычно сопровождающихся жестокой дисфагией. Если при наличии только экзудативно-инфильтративных изменений мы можем допустить аналгезию в результате сдавления нервных окончаний воспалительным экзудатом аналогично тому, что мы наблюдаем при инфильтративной анестезии по Шлейху, или при насвечивании пораженных участков гортани ультрафиолетовыми лучами или рентгеном, то отсутствие чувствительности при наличии язвенных изменений таких ответственных деталей гортани, как надгортанник или черпалы—нам совершенно непонятно. Только в терминальной фазе мы нередко наблюдаем исчезновение болезненности при

¹⁾ Лечение легочно-гортанного тбк в климатических условиях Московской области, „Борьба с туберкулезом“, 1933 г., № 12.

глотании при тяжелом туберкулезе гортани, повидямому, в результате нарушения нервной проводимости. Одно можно сказать вполне определенно, что отсутствие болезненности при глотании у больных с обширным гортанным процессом не остается постоянным, что рано или поздно наступает дисфагия со всеми ее грозными последствиями.

Второй момент, который интересует нас при изучении локализации гортанного туберкулеза у наших больных, это — патогенетическая связь с основным легочным процессом.

Следующие данные иллюстрируют клинические формы легочного тбк у наших больных: 1) фтизы — 171; 2) Гемат. дис. формы — 12; 3) поступившие с пневмотораксом а) односторонним — 40; б) двусторонним — 5; 4) васкулятивная пневмония — 4; 5) инфильтраты с кавернами — 14; 6) инфильтраты — 4.

Изучая локализацию гортанного процесса в связи с той клинической формой легочного туберкулеза, которая была диагностирована у каждого больного, мы можем отметить, что из 171 больного с третичной фтизой — у 157 (около 92%) гортанный процесс локализовался на голосовом кольце и только у 14 больных (8%) была поражена наружная трубка (надгортанник, черпало-надгортан. складки, черпала), а из 12 больных с гематогенно-диссеминированным легочно-гортанным тбк у 10 (83%) гортанный процесс локализовался на наружной трубке и только у 2 больных (17%) на голосовом кольце. Отсюда можно сделать определенный вывод, что бронхогенные формы гортанного тбк в огромном большинстве случаев локализуются на голосовом кольце, а гематогенно-диссеминированные формы — на наружной трубке гортани. Другими словами, по локализации гортанного процесса, в особенности в начальной его форме, можно с большой степенью вероятности судить о клинической форме данного легочно-гортанного процесса в смысле его патогенеза. Положение это не совпадает с мнением Ulrici, который говорит, что: „генез гортанного тбк клинически и анатомически может быть ларингоскопически определен только в отдельных исключительных случаях“. Ulrici действительно прав, если иметь в виду далеко зашедшие формы легочно-гортанного туберкулеза, где действительно и клинически и анатомически не только трудно, но и просто невозможно выявить генез данного гортанного процесса, но при начальных формах гортанного тбк можно почти с точностью выявить патогенез, как это ясно видно из нашей таблицы. В части гематогенно-диссеминированного легочно-гортанного тбк мы находим подтверждение указанного положения у Бинштока, Добромыльского и Менцеля. Менцель¹⁾ объясняет локализацию гортанного тбк гематогенного происхождения на наружной трубке гортани (*aditus laryngis*) тем, что данный участок гортани гораздо более васкуляризирован, чем более глубокие части, и потому представляет более благоприятные условия для заселения туберкулезной палочки гематогенным путем. Играл ли тут какую-нибудь роль факторы конституциональные или профессиональные, из-за ограниченности материала сказать трудно.

Что же касается спутогенных форм гортанного туберкулеза, т. е. спутников третичной фтизы, то локализацию их на голосовом кольце F. Blumfeld, основываясь на гистологических исследованиях Mosta,

¹⁾ Hematogene Kehlkopf-tuberkulose (Beiträge 85 B. 4. H.).

провели консервативную терапию. Это значит, что благодаря профилактическому осмотру верхних дыхательных путей мы выявляли легочно-гортанный тбк процесс в той его эволютивной фазе, когда по показаниям и клиническим и иммуно-биологическим мы имели полную возможность использовать наиболее эффективный метод лечения гортанного туберкулеза, несомненно отразившийся и на результатах лечения.

Как отразился профилактический осмотр верхних дыхательных путей на результатах лечения, мы видим из следующих цифр:

Результаты лечения: 1) Клиническое выздоровление—18 сл. (7,2%); 2) улучшение—163 сл. (65%); 3) без перемен—43 сл. (17,4%); 4) ухудшение—18 сл. (7,2%); 5) смерть—8 сл. (3,2%).

Из этих цифр видно, что, благодаря профилактическому осмотру верхних дыхательных путей, мы получили положительные результаты в 72,2% (клинич. выздоровлений 7,2%, 65% улучшений). Несомненно, этот процент очень высокий, если принять во внимание, что среди инAPERцептивных форм гортанного тбк были случаи довольно распространенного гортанного процесса и даже 1 случай павфтизиса. Швейцарские санаторные врачи публикуют еще более высокие проценты—84 и 89% (Ruedi, Rickmann), Schröder), но дело в том, что частные германские и швейцарские санатории (Schönberg, St. Blasien, Davos) принимали больных только с начальными формами гортанного тбк, где а priori имелась возможность проведения радикальной терапии, и, таким образом, в статистику вошли только эти больные; в нашу же статистику вошли все больные, выявленные на профилактическом осмотре, иногда и с очень распространенным гортанным процессом.

Имеет ли какое-нибудь влияние профилактический осмотр верхних дыхательных путей на сроки пребывания больных в санатории? Средняя длительность пребывания наших больных, выявленных на профилактическом осмотре, равна 87 дням—срок, конечно, очень ограниченный для больных с двойной локализацией туберкулезного процесса. Если к этому прибавить, что из 250 больных—198 (79,2%) поступили в санаторий в стадии вслушки и только 52 больных (19,8%), в стадии интервала, что не могло не отразиться на темпах проведения активной терапии гортани, то, несомненно, своевременное выявление гортанного процесса давало возможность сократить срок лечения больного в санатории при довольно высоком проценте эффективности терапии.

Помимо выявления ранних и инAPERцептивных форм гортанного тбк профилактический осмотр верхних дыхательных путей имеет также значение в смысле выявления инAPERцептивных форм глотки, зева и миндалин—в нашей работе 7 случаев из 250 больных (2,8%). Это указывает на то, что даже такой простой метод как исследование глотки, зева и миндалин, не требующий никакой специальной квалификации, не был проведен ни во время наблюдения больного, ни при направлении его для санаторного лечения и, конечно, не без ущерба для больного.

В заключение мы должны сказать, что за четыре года нашей работы в санатории ВЦСПС № 1 им. Ленина в Кратове мы пропустили через наш профилактический осмотр 10359 человек и среди них выявили 769 больных с начальными инAPERцептивными формами гортанного тбк. Эти больные в огромном большинстве случаев, около 72%, выписались с значительным улучшением и, во всяком случае, избежали тяжелых неизле-

чимых форм гортанного тбк. Но, несомненно, наш профилактический осмотр является в значительной мере запоздалым. Если бы все эти больные были своевременно специально обследованы, то % инAPERцептных форм большой протяженности был бы значительно снижен, и соответственно вырос бы % клинических выздоровлений и улучшений.

К сожалению, мы этого пока не наблюдаем и не наблюдаем этого потому, что идея необходимости иметь хотя бы элементарное знакомство с техникой ларингоскопии и основами физиолярингологии еще недостаточно проникла в сознание современных физиотерапевтов. И, нам кажется, что на эту сторону вопроса необходимо обратить самое серьезное внимание всем тем, кого волнуют вопросы охраны здоровья трудящихся нашего Союза.

Выводы.

1) Ранние формы гортанного туберкулеза, выявленные на профилактическом осмотре верхних дыхательных путей у больных, страдающих легочным тбк, в 87,6% протекают инAPERцептно и только в 12,4% протекают при наличии небольших субъективных ощущений.

2) ИнAPERцептные формы гортанного туберкулеза нередко протекают при обширных патоморфологических изменениях.

3) Начальные формы гортанного тбк, локализирующиеся в области голосового кольца, в 91,8% являются спутниками третичной фтизы.

4) Начальные формы гортанного тбк, локализирующиеся на наружной трубке, в 83,3% являются спутниками гематогенно-диссеминированного легочного тбк.

5) Выявление ранних форм гортанного тбк значительно расширяет рамки применения активной терапии как со стороны легочного процесса, так и со стороны гортани.

6) Выявление ранних форм гортанного тбк сокращает сроки пребывания больных в санатории.

7) Выявление ранних форм гортанного тбк при своевременной рациональной легочной и гортанной терапии значительно повышает % положительных результатов и предупреждает возможность возникновения тяжелых часто инкурабельных форм гортанного тбк.

8) Профилактический осмотр верхних дыхательных путей у больных, страдающих легочным тбк, должен в обязательном порядке проводиться во всех противотуберкулезных учреждениях.

9) Своевременное выявление ранних форм гортанного тбк возможно только при условии овладения физиатрами техникой ларингоскопии.