

Гематогенно-диссеминированные формы легочного туберкулеза по материалам Ялтинского туберкулезного санатория РККА.

(Начальник И. И. Ниссельсон).

Н. И. Цанов.

Гематогенно-диссеминированный туберкулез легких, как отдельная глава легочного тбк, за последние годы привлекает к себе большое внимание, и в настоящее время имеется громадное количество работ, посвященных клинике и патоморфологии этой формы легочного тбк. Чрезвычайное разнообразие гематогенно-диссеминированного (гем.-дис.) тбк легких не дают возможности предложить удовлетворительную классификацию, и потому у разных авторов мы встречаем и разные попытки характеристики гем.-дис. тбк легких.

Так, Хмельницкий, говоря о мелкоочаговых формах легочного тбк, полагает, что клиника должна пользоваться патолого-анатомической классификацией и предлагает говорить не о мелкоочаговых диссеминациях, а о милиарном, ацинозном, лобулярном, фиброзно-казеозном процессе, и он вполне присоединяется к проф. Земану, указывающему на то, что „анатомическая изменчивость есть выражение варьирующей динамики гематогенного тбк легких, представляющего по течению большое индивидуальное разнообразие — от остро текущих, распространенных милиарных и ацинозно-казеозных пневмоний до хронического, тянущегося годами, фиброзного альвеолита, как выражения периодических вспышек“.

Эндер, Карлинер и Пушкарь, разработавшие материалы Харьковского тубинститута, делят своих больных с гем.-дис. формами на следующие группы: 1) распространенный мелкоочаговый процесс: а) свежий ранний и б) высеивание на фоне бывшего фиброза; 2) ограниченные высеивания: а) двусторонние и б) односторонние.

Мы при разработке нашего материала положили в основу динамику процесса и разбили больных на хронических со спокойным течением процесса, подострым и острым, причем мы должны оговориться, что в ряде случаев мы имели переход из одной группы в другую, в зависимости от течения процесса. Хотя генез гем.-дис. форм разъяснен неполностью, все же с несомненностью установлено, что одним из моментов эндогенной реинфекции является понижение местной тканевой устойчивости, зависящей от ряда причин (инфекция, переутомление, социально-бытовые условия и проч.). По мнению проф. Кернера „при всей сложности и многообразии причин, определяющих степень местной тканевой устойчивости, ведущим моментом в динамике гематогенного рассеивания являются расстройства межклеточного белкового обмена с тканевой дезагрегацией, как их непосредственным следствием в элементах активной мезенхимы“.

В постановке диагноза гем.-дис. форм, как видно будет из дальнейшего изложения, громадное значение имеет анамнез, для большинства наших больных чрезвычайно характерный: торпидное, спокойное течение с редкими вспышками, проходившими под видом гриппа, простуд, нередко в прошлом плевриты и экстрапульмональные локализации, — вот моменты, которые сразу же должны навести на мысль о наличии у больного гематогенной диссеминации, и если к этому анамнезу присоединяется наследственная отягощенность и контакт в детстве с тбк больными, то даль-

нейшее клинико-рентгенологическое исследование обычно подтверждает первоначальное предположение; периодическое непостоянное выделение ВК и эл. в.; очень характерно несоответствие аускультативных данных рентгенологической картине; непрерывным условием для уточнения и правильной ориентировки является хорошая рентгенограмма. Частым осложнением является заболевание гортани, нередко впервые сигнализирующее о наличии давнишней болезни.

В прогнозе гем.-дис. форм легочного тбк имеют значение динамика процесса, фаза заболевания, социально-бытовые условия больного. Несомненно, что прогноз благоприятен в недалеком зашедших случаях, где процесс не перешел в фазу третичной фтизы с кавернизацией; в последних случаях, при односторонних кавернах с помощью искусственного пневмоторакса (и. п.) удается добиться хороших результатов лечения. Основным же методом лечения этих форм является консервативное лечение на базе удовлетворительных бытовых условий с широким применением гигиено-диететического санаторного уклада и туберкулинотерапии. Исключительное значение приобретает раннее распознавание (рентген!) и своевременное принятие соответствующих профилактических мер, несомненно способных предупредить во многих случаях появление обострения и прогрессирования процесса.

Чрезвычайно демонстративны следующие данные, с очевидностью доказывающие, что с ранним распознаванием и своевременным направлением в санаторий тбк больных обстоит далеко неблагоприятно. У больных нашего санатория с гем.-дис. тбк легких в 75% случаев констатированы при поступлении деструктивные явления (из них в 40% кавернозные и в 35% деструктивные), и только в 25% не было обнаружено распада. Характерно, что эта же цифра (75 — 80%) обычно фигурирует почти во всех статистиках диспансеров, в которых кавернозный процесс констатируется при первом же посещении; но если в этих случаях речь идет, главным образом, об инфильтративных формах, дающих быстрый распад и образование каверн, то при заболеваниях гем.-дис. процессом этот процент деструктивных форм несомненно был бы гораздо меньшим при условии раннего вылавливания и своевременной санаторизации.

Больных с гем.-дис. формами через санаторий прошло в 1933 г. 85 человек, из них мужчин — 69 (81%) и женщин — 16 (19%), что составляет 20% всех больных, получивших лечение в санатории. Отметим какое-либо влияние строевой и нестроевой службы на заболеваемость тбк не удалось.

Здоровая наследственность констатирована у 60 больных (70%), у 25 (30%) отмечен тбк у родных; эти данные заставляют особенно внимательно присматриваться к тем больным, у которых в анамнезе имеется наследственная отягощенность или тесный длительный контакт с тбк больными, и не без основания некоторые авторы считают, что начало гем.-дис. форм закладывается в раннем детстве. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 20 до 25 лет — 5 больных, от 25 до 30 лет — 24 б., от 30 до 35 лет — 32 б., от 35 до 40 лет — 20 б., от 40 до 45 лет — 4 б.

Наибольший % заболеваемости падает на возраст от 2 — 35 лет, дающий, как известно, наибольшую дань тбк.

При установлении давности заболевания мы пользовались анамнестическими данными, причем выяснилось, что длительность заболевания до 1 года у 15 больных, от 1 до 3 л. у 32 б.-х, от 3 до 5 л. у 14 б.-х, от 5 до 8 л. у 13 б.-х, от 8 до 10 л. у 5 б.-х, от 10 до 15 л. у 4 б.-х, от 15 до 20 л. у 2 больных.

Среди наших больных было 20 человек, повторно посещавших наш санаторий, и почти столько же, бывших ранее в санаториях других ведомств, но боль-

шая половина всех больных, несмотря на длительность заболевания, не пользовалась санаторным лечением,

Как началось у наших больных тбк заболевание, каким симптомокомплексом оно сопровождалось — эти вопросы имеют глубокое практическое значение. На первом месте стоит „грип“, он отмечен у 17 больных, на втором — кровохаркание — у 15, на третьем — плевриты — у 13, охриплость, иногда и афония — у 9; у 20 больных болезнь начиналась со слабости, быстрой утомляемости, болей в груди, небольших, но длительных повышений температуры тела (субфебрилитеты) и, наконец, у 4 больных без всяких жалоб и признаков (обнаружены рентгеном). Эта симптоматология начальной фазы гем.-дис. тбк легких заставляет нас особенно настороженно относиться не только к таким острым моментам, как кровохаркание, плевриты, но иметь в виду возможность тбк этиологии при затянувшихся гриппозных состояниях, при длительных адинамиях в сочетании с прогрессирующим похуданием. До поступления в санаторий спокойное безлихорадочное течение процесса отмечено у 50 больных (58%), подострое — у 31 (31%) и острое — у 4 (5%). Этот факт имеет исключительное значение в практической бытовой обстановке нашего больного, потому что спокойное безлихорадочное течение тбк процесса усыпляет бдительность окружающих, а, главное, врачебных кадров и маскирует подчас тяжелое положение больного, только потому не направленного в санаторий, что у него нет резко выраженных симптомов чахотки.

Подытоживая результаты пребывания больных в нашем санатории, мы получили целый ряд данных, характеризующих динамику и течение гем.-дис. форм легочного тбк в санаторно-климатических условиях южного берега Крыма.

Изменение веса наших больных демонстрируется следующими цифрами:

Прибыли в весе	до 1 кг.	6 больных
от 1 до 4 кг.	39 б-х	
„ 4 „ 8 кг.	27 б-х	
„ 8 „ 12 кг.	5 б-х	
„ 12 „ 16 кг.	2 б-х	
Убыли в весе:	до 1 кг.	1 больной
до 4 кг.	2 б-х	
на 6 кг.	1 б-ой	

Не взвешены из-за тяжелого состояния 2 б-х.

Эти данные с достаточной убедительностью указывают на большую прибавку в весе наших больных, и до поступления в санаторий находившихся в удовлетворительных условиях питания; необходимо отметить, что рациональному питанию, как фактору, имеющему громадное значение в деле поднятия устойчивости туберкулезного организма, в санатории отводится большое внимание.

Температура дала следующие сдвиги:

	При поступлении:	При выписке:
Норма	59	68
Субфебрильная	21	11
Высокая	6	6

Обращает на себя внимание громадное большинство больных, поступивших в санаторий с атипичной, что крайне характерно для хронических гем.-дис. форм легочного тбк, удачно названных французами „granulie froide“. Из 21 больных с субфебрильной температурой у 10 она стала нормальной и лишь у 6 больных, тяжело лихорадивших, температура не дала снижения; правда, это были случаи, совершенно непоказанные для лечения на ЮБК, они должны были госпитализироваться на местах и ни в коем случае не направляться в санаторий.

Кашель:

	При поступлении:	При выписке:
Не было	4	22
Сильный	13	5
Средний	24	10
Слабый	44	48

Полное исчезновение кашля у 18 больных и затихание у 31 указывает на значительное седативное действие климатических факторов, имеющее большое значение в терапии тбк больного.

<i>Мокрота:</i>	Отсутствовала у	4
	Исчезла у	11
	Уменьшилась у	31
	Значительно уменьшилась у	15
	Без перемен у	18
	Увеличилась у	6

Значительное уменьшение мокроты у 50 (69%) и даже полное исчезновение у 11 (12%) также указывает на благотворное влияние климата ЮБК на катаральные явления у гем.-дис. тбк больных, очень часто имеющих осложнения бронхитами и перибронхитами.

<i>Одышка:</i>	При поступлении:	При выписке:
	Не было у	27
	Слабая у	24
	Средняя	29
	Сильная	5

Одышка является одним из наиболее выраженных симптомов, выраженных форм гем.-дис. тбк; на ЮБК, в связи с улучшением легочных явлений, а также и сердечно-сосудистой системы, она становится гораздо слабее, а в ряде случаев и совершенно исчезает; усиление одышки отмечено у 2 больных,—один из них экзитировал при явлениях недостаточности сердца.

<i>ВК:</i>	При поступлении:	При выписке:
	+ у	+ 42
	Из них + и ЭВ	28
	Нет ВК и ЭВ	43

Анализируя эту таблицу, отметим, что из 21 больных при поступлении не имевших ни ВК, ни ЭВ, последние отсутствовали и при поступлении и при выписке у 11 больных; отсутствовали при поступлении и выписке, но были найдены во время пребывания у 10.

Мокрота С+ВК, но без ЭВ при поступлении у 26 больных, из них ВК исчезли в 14 случаях, без перемен — в 6, периодическое выделение у одного, появление ЭВ у 2, увеличение количества ВК и ЭВ — у 3. Мокрота с+ВК и +ЭВ при поступлении — у 38, из них исчезли ВК и ЭВ у 12, ВК без изменений, но исчезли ЭВ у 2, без перемен — 24.

Обращает на себя внимание тот факт, что у больных, имевших только ВК без ЭВ, ВК исчезли в 55%, а у имевших и ВК и ЭВ — ВК исчезли в 32%. Это обстоятельство с достаточной очевидностью говорит о том, что уничтожение бацилл у больных гораздо быстрее достигается в тех случаях, где нет далеко зашедшего с деструктивным характером процесса.

<i>В результате ВК:</i>	При поступлении:	При выписке:
	Отсутствует у	43
	Имеются—от 1 до 5	33
	„ от 5 до 10	7
	„ от 10 до 20	7
	„ до 50	2

<i>Эластические волокна:</i>		
	Отсутствуют	56
	Имеются обрывки	19
	Альв. стр. и пучки	7

Со стороны сердечно-сосудистой системы из 85 больных гем.-дис. формами легочного тбк отмечено при поступлении без особых отклонений от нормы 45 больных, у остальных 40 констатирован ряд патологических явлений, указывавших на наличие миокардиопатий, миастении, частью интоксикационного характера, но отчасти стоящих в связи с особенностями кровообращения в малом кругу при гематогенной диссеминации; тахикардия, глухие тоны сердца, нередко систолический шум на верхушке и грудице (относительная

недостаточность двустворки), часто акцентуация второго тона легочной артерии, особенно при развитом фиброзе, почти постоянная гипотония, — вот обычная симптоматология сердечных изменений при этих формах. За время пребывания в санатории у многих отмечено улучшение со стороны сердечно-сосудистой системы: при выписке — норма у 45, значительное и просто улучшение у 23, без перемен у 1.

На основании наших данных мы можем отметить, что в 50% гем.-дис. форм больные не испытывают никаких заметных изменений со стороны сердца, особенно в тех случаях, где имеется спокойное безлихорадочное течение процесса, и почти в 60% здесь на ЮБК исчезает целый ряд патологических явлений, обусловленных по преимуществу туберкулезной интоксикацией.

Казалось бы вполне естественным при гем.-дис. тбк встретить частое поражение почек, но, на самом деле, у наших больных мы отметили заболевание почек всего лишь в 5 случаях, и то явления нефроза, повидимому, токсического происхождения. Со стороны кишечника при поступлении нормальная функция отмечена у 64 (75%), у остальных 21 больных тбк кишечника был обнаружен у 11; 10 больных жаловались на целый ряд диспептических явлений, из которых не последнее место занимало отсутствие аппетита.

Частое поражение гортани у гем.-дис. больных подтверждается и на нашем материале: из 85 больных поражение гортани отмечено у 25 больных (30%); у одного больного обнаружена туберкулезная язва на языке.

Из 25 больных с тбк гортани отмечено:

Полное излечение	5
Значительное улучшение	4
Улучшение	4
Без перемен	8
Ухудшение	4

Как бы тщательно ни был собран анамнез и проведено детальное аускультативное обследование, все же без рентгенологического, и именно рентгенографического, исследования диагноз гем.-дис. легочного тбк не может считаться достаточно доказательным. Нами уже отмечено громадное несоответствие между распространением процесса и скудными данными аускультации и перкуссии; даже и при далеко зашедших процессах поражают чрезвычайно ничтожные аускультативные данные, и только рентгенограмма дает нам четкое и ясное представление о характере процесса и его распространенности. Классические диссеминации, тотально поражающие оба легких совершенно равномерным высыпанием мелких бугорков, на нашем материале встречались в единичных случаях. В громадном же большинстве, как уже отмечалось выше, в 75% мы имели дело с множественной мелко- и среднеочаговой пятнистостью, часто сливающейся (больше в верхних полях) в конгломераты, среди которых нередко встречались деструкции, а в 40% и каверны; очень характерна картина выраженного фиброза с массивными гилусами, от которых по сосудам и бронхам идут фиброзные тяжи. Наряду с мелкими очагами встречаются и более крупные с неясной расплывчатой тенью вокруг очагов, — наличие этих перифокальных зон часто совпадает с клинической картиной обострения, а иногда и неуклонного прогрессирования процесса с переходом в третичную кавернозную фтизу, еще долгое время сохраняющую особенности исходной формы — гематогенной диссеминации.

Гемограмма, как правило, следовала за динамикой процесса, и в связи с улучшением общего состояния и затиханием патологических явлений улучшался и состав кровяной формулы и обратно. Более чуткой оказывалась реакция оседания эритроцитов (РОЭ), которая иногда задолго до улучшения формулы Шлиппинга указывала на то или иное направление динамики процесса. РОЭ отмечено было в пределах нормы (до 12 *mm*) у 48 (56%), снизилась у 26 (31%), повысилась у 11 больных, у которых наблюдалось ухудшение или присоединилось интеркуррентное заболевание.

Лечение больных проводилось по типу санаторно-климатического режима, общего для всех санаторий ЮБК.

Чрезвычайно характерно ничтожное количество больных, леченных и. п., что вполне объясняется характером процесса; в то время, как

при инфильтративных и фибро-казеозных формах процент леченных и. п. достигает высокой цифры — 30%, здесь мы имеем не больше 5%. Опыт нашего санатория говорит о том, что вряд ли и. п. получит большое распространение при гем.-дис. формах, и круг его применения будет ограничен лишь теми случаями, где гем.-дис. тбк легких осложнится деструкцией или кавернизацией и то при условии односторонности деструкции и затихания острых явлений диссеминации.

Общие выводы и итоги результатов лечения дают нам следующие данные:

Значительное улучшение	4
Улучшение	66
Незначительное улучшение	5
Без перемен	3
Ухудшение	6
Летальный исход	1

Таким образом, группа улучшений обнимает 75 случаев, или 89%, без перемен и ухудшение — 10 случаев, или 11%.

Несомненно, что такой высокий процент улучшения мог быть достигнут благодаря правильно поставленному делу лечения туббольных и строгому проведению санаторно-климатического режима.

Выводы:

1. Гем.-дис. формы легочного тбк составляют около 20% всех тбк больных Ялтинского туберкулезного санатория РККА.

2. При поступлении в санаторий у больных с гем.-дис. формами легочного тбк в 40% имеются кавернозные и в 35% деструктивные явления и только в 25% нет явлений распада, что говорит о том, что больные этой категории направляются в санаторий с значительным опозданием.

3. В громадном большинстве начало заболевания протекает безлихорадочно, без резких клинических явлений.

4. В клинике гем.-дис. форм обращает на себя особое внимание несоответствие между аускультативными данными и рентгенографией.

5. Рентгенография при гем.-дис. формах легочного тбк является решающей в постановке раннего диагноза и при суждении о результатах лечения.

6. Выявленные рентгеном гем.-дис. формы легочного тбк должны быть взяты под особый учет, и эти больные должны в первую очередь направляться в санатории для проведения соответствующего профилактического лечения.

7. Больные гем.-дис. тбк нуждаются в длительном санаторном лечении, во всяком случае не менее принятого в санатории 2½—3-мес. срока.

8. Санаторий должен вести учет находившихся на лечении больных и поддерживать тесную связь после выписки как с самим больным, так и наблюдающим его врачебным персоналом.