

ПОДКОЖНЫЕ ТУБЕРКУЛИНОВЫЕ ПРОБЫ ПО КОХУ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Р. И. Слепова

Кафедра фтизиатрии (зав.—доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе туберкулезного госпиталя ИОВ (нач.—Н. С. Валеев) и городской противотуберкулезный диспансер (главврач — М. С. Самарин)

Дифференциальная диагностика ряда патологических синдромов и туберкулеза нередко связана со значительными трудностями. Общеизвестные методы клинического исследования (рентгеномография, лабораторные исследования, физикальные данные) не всегда позволяют достаточно уверенно подтвердить наличие туберкулеза или исключить его. Особенно велики трудности при внелегочных локализациях патологического процесса.

Большую помощь в подобных случаях может оказать туберкулино-диагностика.

Если кожные и внутрикожные туберкулиновые пробы весьма редки в практике нетуберкулезных учреждений, то подкожные туберкулиновые пробы даже в противотуберкулезных учреждениях не нашли еще широкого применения.

Это побудило нас изучить ценность подкожных туберкулиновых проб по Коху в случаях, представляющих значительные дифференциально-диагностические трудности.

К настоящему времени достоверно установлено, что подкожное введение туберкулина в небольших «околопороговых» дозах не вызывает обострения туберкулезного процесса.

Метод подкожного введения туберкулина имеет большое значение в дифференциальной диагностике туберкулезных и нетуберкулезных заболеваний, хронических интоксикаций (М. С. Бельский).

Подкожное введение туберкулина рекомендуется применять в основном для исключения туберкулеза (Л. М. Яновская).

А. Л. Самойлович и В. И. Соркин, проводя сравнительное изучение диагностической ценности пробы Михайлова, реакций Манту и пробы Коха у больных со скудными физикальными и рентгенологическими данными, при решении вопроса об активности туберкулезного процесса пришли к выводу, что «наиболее надежной» остается проба Коха.

Особенно ценна проба Коха при внелегочной локализации процесса.

В ряде случаев с помощью этой пробы удается распознать «маски» туберкулеза.

Нами исследовано 82 больных, у которых подозревался туберкулезный процесс, но явные туберкулезные изменения многими общепринятыми методами исследования (рентгеноскопия, анализ крови, мокроты на БК и др.) не определялись.

У части больных отмечалось отсутствие эффекта от специфической антибактериальной терапии, что вызывало сомнение в достоверности диагноза туберкулеза.

Наконец, проба Коха ставилась больным, у которых на основании характера рентгенологических изменений в легких не всегда имелась возможность окончательно установить характер заболевания легких.

В возрасте до 25 лет было 16; 26—50 лет — 46; 51—60 и старше — 19 человек. Женщин было 39, мужчин — 43.

Давность заболевания до 6 месяцев была у 23, до 1 года — у 18, до 3 лет — у 16, свыше 3 лет — у 25.

У большинства при поступлении отмечались жалобы на слабость, понижение аппетита, субфебрильную температуру, кашель, быструю утомляемость (42), у других на фоне общих жалоб — выраженные боли в животе (32), в связи с чем у них заподозрен туберкулез органов брюшной полости или гениталий.

Контакт с туберкулезными больными имелся у 25 больных, у 20 в прошлом отмечались те или иные проявления туберкулеза (золотуха, экссудативный плеврит, очаговый туберкулез легких и др.).

С дифференциально-диагностической целью исследовано 68 человек, активность туберкулезного процесса определялась у 14.

У всех до постановки пробы по Коху определялся порог чувствительности к туберкулину (то есть то наибольшее разведение туберкулина, на которое организм еще дает положительную реакцию) методом внутрикожного титрования.

Начальное разведение туберкулина для титрования устанавливалось дифференцированно для разных больных, в зависимости от предполагаемого диагноза, формы и локализации процесса.

При отрицательной реакции на выбранное разведение туберкулина проба повторялась через 72—96 ч. с более концентрированным разведением.

Под кожу туберкулин вводился в разведении, равном пороговому, или чаще в следующем, более высоком, разведении в плечо или в подлопаточную область.

Всего произведено 109 проб по Коху, из них 59 — однократно, 18 — повторно, 5 — трехкратно. В трех случаях ограничились внутрикожной пробой по Манту, так как она сопровождалась выраженными общей и очаговой реакциями, и необходимость в пробе Коха отпадала.

Во всех без исключения случаях нами учитывались общая, очаговая и уколочная реакции по принятым в литературе показателям.

У всех больных до и после пробы через 24 ч. исследовалась кровь.

При оценке результатов подкожных туберкулиновых проб наибольшее значение мы придавали наличию и выраженности очаговой реакции в сочетании с общей (слабость, ломота в теле, головная боль, подъем температуры) и изменениям в картине крови.

Температурная реакция в сочетании с общей наблюдалась у 31 больного, температурная реакция без общей — у 5, общая реакция без температурной — у 5.

Очаговая реакция (усиление болей в груди, появление кашля с мокротой, боли в животе и диспепсические явления, боли в гортани, суставах) наблюдалась у 37 больных.

Результаты уколочной реакции, по нашим наблюдениям, не имели какого-либо диагностического значения, так как она во многих случаях была одинаково выражена как при положительных, так и при отрицательных результатах пробы Коха.

Наибольший интерес представляет изучение результатов очаговой реакции. Очаговая реакция, как правило, возникала через 6—8 ч. после подкожного введения туберкулина и сохранялась 1—2 суток; в одном случае наблюдалась запоздалая очаговая реакция через 48 ч.

Особенно большое диагностическое значение имеет очаговая реакция при локализации процесса в брюшной полости. До сих пор еще диагноз туберкулезного мезоаденита часто ставится без достаточных оснований. Мы могли убедиться, что проба Коха является весьма ценным методом, который иногда может быть и ведущим, в дифференциальной диагностике туберкулезного мезоаденита. По нашим наблюдениям, отсутствие главным образом очаговой реакции на повторное введение туберкулина под кожу и других сдвигов (в картине крови, температуре, общем самочувствии) позволяет исключить туберкулезный мезоаденит.

В некоторых случаях очаговая реакция после введения туберкулина позволяет выявить дополнительные локализации туберкулезного

процесса. Так, у 4 женщин, где в связи с не вполне ясной картиной туберкулезного мезоаденита была поставлена проба Коха, удалось выявить не диагностированный до этого специфический процесс в гениталиях. В этом отношении показательно следующее наблюдение:

Н., 32 лет, в детстве болела скрофулодермой, специально не лечилась. В возрасте 28 лет появились боли в животе, диспепсические явления, снизился аппетит. Замужем 5 лет, беременности не было. Поставлен диагноз туберкулезного мезоаденита. Однако общая антибактериальная терапия существенного эффекта не давала. У больной пышная реакция Манту в 6 и 8 разведениях. Поставлена проба по Коху с 10 разведением 0,1 мл туберкулина. К вечеру усилились боли в животе, появился метеоризм. На следующий день обильные грязноватые выделения из влагалища. На этом основании заподозрен туберкулез гениталий, который подтвердился при обследовании у гинеколога.

В процессе нашей работы мы обратили внимание на интересную деталь, не получившую объяснения в литературе по туберкулинодиагностике. У 4 больных, которым ставилась проба Коха и у которых по совокупности данных активный туберкулезный процесс был затем полностью исключен, отметили, что после введения туберкулина общее состояние резко улучшилось. Кратко единичные случаи улучшения самочувствия после подкожного введения туберкулина описаны М. С. Бельским.

Очевидно, туберкулин у таких больных вызывал какую-то перестройку, которая, в частности, привела к временному затиханию патологического синдрома (различного у различных больных), по поводу которого ставилась проба Коха. Эти наблюдения могут быть объяснены следующим образом.

Л. М. Модель предлагает различать противоположного характера реакции в ответ на введение туберкулина. В одних случаях имеется повышение интенсивности нейро-эндокринной функции — это реакция стимуляции, в других — торможение этих функций — реакция угнетения. Реакция стимуляции (или ареактивность вообще) характеризует состояние компенсации.

По-видимому, в описываемых случаях организм больных находился в состоянии устойчивого равновесия по отношению к туберкулезной инфекции и, как проявление этого, на введение туберкулина отвечал реакцией типа стимуляции, при которой усиливается газообмен, стимулируется выделение продуктов регрессивного метаморфоза и т. д.

Нам кажется поэтому, что при дифференциально-диагностическом анализе результатов пробы Коха следует учитывать не только ее явно положительные результаты, но — как веское доказательство отсутствия активного туберкулезного фокуса — и реакции указанного типа, то есть реакции стимуляции. Это позволит обогатить клинику туберкулинодиагностики.

В некоторых случаях, где в анамнезе больных отмечался туберкулез той или иной локализации, а в момент обследования патологический процесс имел уже другую локализацию, общая реакция и сдвиги в картине крови могли вызвать значительные затруднения в трактовке клинических данных. В подобных случаях ведущее значение придавалось нами очаговой реакции.

Приводим пример. Г., 40 лет, 5 лет назад перенесла экссудативный плеврит, очевидно, туберкулезной этиологии. В течение последнего года беспокоят боли в животе, отдающие в паховую область. При осмотре гинеколог установил воспалительную опухоль и заподозрил ее туберкулезную этиологию. С дифференциально-диагностической целью, после постановки реакции Манту 6 и 8, поставлена проба по Коху в разведении 6—0,1. Наблюдалась общая реакция (слабость, ломота, недомогание, температура) со сдвигом в лейкограмме (лейкоцитоз, лимфопения, увеличение сегментоядерных), но очаговой реакции не было. Больной повторно через 72 ч. поставлена проба по Коху с разведением 4—0,1, после которой на фоне общей реакции появилась очаговая (резкие боли в животе, отдающие в поясницу, скудные кровянистые выделения). В данном случае в подтверждении диагноза туберкулеза гениталий мы исходили лишь из очаговой реакции.

Другой пример. П., 50 лет, в анамнезе — инфильтративный туберкулез легких пятилетней давности. 4 месяца назад появились боли в животе, не связанные с приемом пищи, частые диспепсические расстройства. Заподозрен туберкулезный мезоаде-

нит. После двукратной пробы Коха в разведении 4 и 3 дважды получена выраженная общая реакция с резкой головной болью, ломотой, слабостью, повышением температуры до 39° на фоне сдвигов в картине крови. Боли в животе не изменили своего характера как в первый, так и во второй раз. В данном случае на основании отсутствия очаговой реакции диагноз туберкулезного мезоаденита отвергнут. Возникновение общей реакции было, очевидно, вызвано не потерявшими активности изменениями в внутригрудных лимфоузлах.

Положительная проба Коха дала возможность определить туберкулезный характер заболевания у 42 больных. Среди них локализация процесса распределялась следующим образом: в брюшной полости — у 15, в гениталиях — у 10, в легких — у 12, в суставах — у 3, в гортани — у 1, в лимфоузлах — у 1.

Следует подчеркнуть, что ни у одного из исследованных нами больных под влиянием пробы Коха не было обострения процесса.

Учитывая данные Н. А. Шмелева, Ю. П. Коровиной, Н. Н. Боброва и др. о сдвигах в картине крови под влиянием туберкулина, мы на своем материале попытались изучить эти изменения.

В картине крови (главным образом в лейкограмме и РОЭ) в тех случаях, где очаговая реакция совпадала с общей, отмечались в основном следующие сдвиги: ускорение РОЭ — у 65%; повышение лейкоцитоза (как увеличение нами учитывалось превышение числа лейкоцитов на 2—2,5 тысячи в сравнении с исходным) — у 45%; лимфопения — у 45%; эозинопения — у 40%; моноцитоз — у 46%; увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов — у 30%.

В определенной части случаев наблюдалась корреляция между ускорением РОЭ и другими «положительными» сдвигами. Так, ускорение РОЭ сочеталось с лимфопенией (30%), моноцитозом (27%), увеличением сегментоядерных нейтрофилов (30%) и несколько реже — с лейкоцитозом (25%).

Лимфопения (абсолютная) в комбинации с увеличением сегментоядерных нейтрофилов отмечалась у 30%.

В тех случаях, где очаговая реакция отсутствовала и, таким образом, диагноз туберкулеза был нами отвергнут, РОЭ оставалась в основном без изменений, число лейкоцитов не менялось у 60%, в остальных случаях уменьшалось или увеличивалось в пределах 1—2 тысяч; число палочкоядерных нейтрофилов в 80% не менялось; число лимфоцитов у 40% оставалось без изменений или незначительно уменьшалось (у 27%).

Что касается сегментоядерных нейтрофилов, то под влиянием подкожного введения туберкулина как при положительных, так и при отрицательных пробах отмечалось их увеличение у 50%.

Мы полагаем, что при учете результатов пробы Коха сдвигам в картине крови не следует придавать решающего (самодовлеющего) значения. Появление «положительных» сдвигов (лимфопения, лейкоцитоз, ускорение РОЭ, моноцитоз) подтверждает туберкулезный процесс или его активность, «отрицательные» же сдвиги или их отсутствие не могут полностью исключить туберкулез. В целом картину крови при пробе Коха следует всегда оценивать в комплексе с другими клиническими данными, в основном с появлением очаговой и общей реакции.

Необходимо отметить, что при локализации процесса в брюшной полости или гениталиях мы наблюдали более выраженные сдвиги в лейкограмме, чем при легочной локализации.

Данное явление можно, вероятно, объяснить тем фактом, что при легочной локализации имеется более широкий арсенал диагностических методов и к пробе Коха приходится прибегать лишь в исключительно трудных случаях, где активный туберкулезный процесс почти наверняка исключен. Следовательно, у таких больных после пробы

Коха не усиливаются тонические воздействия на кроветворный аппарат.

С другой стороны, хорошо известна тесная связь между патологией пищеварительной системы и функцией кроветворного аппарата (в частности влияние нарушений витаминного обмена). Последние почти закономерно сопутствуют туберкулезным процессам в брюшной полости.

Имеет значение и то обстоятельство, что патологические сдвиги в крови при туберкулезных мезоаденитах более закономерны, чем при туберкулезе легких. И, наконец, не лишено значения, что при туберкулезном мезоадените чувствительность к туберкулину повышена значительно больше, чем при туберкулезе легких (А. И. Юркина).

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Проба Коха является простым и доступным для широкой практики методом в дифференциальной диагностике туберкулезных заболеваний и определении активности туберкулезного процесса.

2. При оценке пробы Коха решающей следует считать очаговую реакцию, часто в сочетании с изменениями картины крови.

3. Проба Коха совершенно безвредна (при правильном определении порога чувствительности к туберкулину) и может применяться в условиях не только стационара, но и диспансера.

4. Положительная проба Коха, несомненно, указывает на туберкулезный характер заболевания и в ряде случаев диктует необходимость проведения у таких больных антибактериальной и десенсибилизирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асеев Д. Д. Пробл. туб., 1940, 10. — 2. Беленький М. С. В кн.: Вопр. профилактики, диагностики и терапии туберкулеза, Харьков, 1959. — 3. Бобров Н. Н. Пробл. туб., 1952, 5. — 4. Модель Л. М. В кн.: Вопр. аллергии, М., 1961. — 5. Самойлович А. Л. и Соркин В. И. Пробл. туб., 1939, 9—10. — 6. Шмелев Н. А. Руков. по туберкулезу, т. I, М., 1960; Сов. мед., 1953, 8. — 7. Юркина А. И. В кн.: Туберкулез, М., 1955. — 8. Яновская Л. М. Пробл. туб., 1940, 1.

Поступила 23 ноября 1961 г.

ТРАХЕОБРОНХОСКОПИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Г. А. Елисеева и Е. И. Родионова

Республиканский противотуберкулезный диспансер ТАССР
(главврач — З. М. Кутуева, научный консультант — проф. Н. Н. Лозанов)

В настоящее время значительно расширилось применение бронхоскопии как для диагностических, так и для лечебных целей. Особое место заняла бронхоскопия при лечении туберкулеза легких и бронхов. Последние литературные данные все больше убеждают нас в том, что показания для бронхоскопии больных легочным туберкулезом должны быть расширены, так как туберкулез бронхов часто маскируется симптомами легочного туберкулеза. У детей бронхоскопия при туберкулезе стала применяться лишь в последние годы и пока еще не получила должного распространения.

Подготовка больного к бронхоскопии

Поскольку у туберкулезных больных глоточный рефлекс часто повышен и наблюдается кашель с большим количеством мокроты, анестезия и сама бронхоскопия несколько отличаются от принятой в общей ларингологической практике.