

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. Ручков. по туберкулезу, т. 1, 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
(главрач — 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.

Лечащий фтизиатр и врач, производящий бронхоскопию, проводят психопрофилактическую подготовку больного, разъясняют эффективность и целесообразность данного метода.

Накануне бронхоскопии (на ночь) дают 0,1 люминала. В день и накануне бронхоскопии нельзя вводить воздух в плевральную полость.

Бронхоскопия проводится натощак. До анестезии вводят подкожно 1 мг атропина. Для анестезии применяются следующие концентрации анестетиков:

Препарат	Для смазывания	Для вливания в трахею и бронхи
диканн	2—3%	1%
кокаин	10%	3%
новоканн	10%	5%

После бронхоскопии необходимо наблюдение за больным в течение часа, поскольку в это время продолжается действие анестетиков.

Возможны осложнения как до начала, так и в процессе бронхоскопии и после нее.

1. В результате самой анестезии, особенно при передозировке анестетиков, могут наступить явления интоксикации: расширение зрачков, шум в ушах, головокружение, бледность, адинамия, тахикардия, одышка, потливость, возбуждение, судороги, остановка дыхания.

2. От неправильных приемов бронхоскопии или неправильного поведения больного (вскрикивание, захватывания рукою трубки и т. д.) возможны возникновения разрыва уздечки языка, повреждение передних зубов, гортани с последующим отеком подвязочного пространства, кровотечением и подкожной эмфиземой, возможен вывих нижней челюсти.

От воздействия электрического тока при неисправности электроприборов может возникнуть спазм голосовой щели.

Наконец, возможно развитие асфиктического состояния от попадания в бронхи тампонов, крови, опухоли, затекания гноя и пр.

3. Осложнения после бронхоскопии сводятся к повышению температуры, кашлю, болям в горле, интоксикации анестетиками.

Помощь при интоксикации включает следующие меры. Больному придается горизонтальное положение, производится несколько вдохов нашатырного спирта; вводят под кожу кофеин, камфару, внутривенно — хлористый кальций, дается нитроглицерин; обеспечивается дыхание кислородом, чистого воздуха. При расстройствах дыхания делают трахеотомию. При судорогах — ставят грелки.

Противопоказания к бронхоскопии:

1. Заболевания сердечно-сосудистой системы (аневризмы аорты, гипертоническая болезнь III ст., декомпенсированные пороки сердца, атеросклероз, кардиосклероз, недавно перенесенный инфаркт миокарда, диффузный миокардит).

2. Общее тяжелое состояние (высокая температура, большой экссудат, эмпиема плевры, значительное смещение органов средостения, асцит, одышка, цианоз).

3. Активный туберкулез верхних дыхательных путей с наклоном к стенозу.

4. Острые и подострые неспецифические заболевания верхних дыхательных путей, кишечника, почек. Плекситы, радикулиты, ишиас. Эпилепсия. Психические заболевания.

5. Мензес. Вторая половина беременности.

6. Сахарный диабет. Базедова болезнь III ст. Микседема.

7. Острые заболевания уха, горла, носа.

8. Нераскрывание или неполное раскрывание рта, неподвижность шеи.

Показания к бронхоскопии:

1. Резкий приступообразный кашель, который не проходит и после приема наркотиков.

2. Увеличение количества мокроты.

3. Упорные загридинные боли.

4. Трахеально-оральные хрипы (слышны на расстоянии).

5. Стойкие локализованные хрипы в легком.

6. Бессимптомное повышение температуры.

7. Коллапс легкого, непропорциональный количеству введенного газа.

8. Кровохарканье неясной этиологии.

9. Спадение легкого по долям.

10. Отсутствие эффекта от пневмоторакса, операции.

11. Прикорневая инфильтрация в легком.

12. Ателектаз легкого.

13. Раздутая каверна с горизонтальным уровнем жидкости.

14. Наличие в мокроте ВК, при отсутствии рентгенологических данных, свидетельствующих о туберкулезе легких.

Туберкулез бронхов чаще развивается как вторичное заболевание при туберкулезе легких, но встречается и как первичное. Он может возникнуть при любой форме туберкулеза легких, даже при очаговом туберкулезе.

Путь инфекции при туберкулезе бронхов может быть лимфогенным (чаще всего), мокротным и гематогенным (редко).

Первичный очаг туберкулеза может быть не только в легком, но и в лимфоузлах и в бронхах. Если поражается преимущественно лимфатический аппарат, то заболевание может протекать остро. Это бывает чаще у детей и сопровождается прорывом распадающихся лимфоузлов в бронх, что может привести к казеозной пневмонии и осложниться асфиксией. При хроническом же течении образуется свищ, открывающийся в бронх, через который и происходит опорожнение распавшего лимфоузла.

Клинические проявления туберкулеза бронхов различны — инфильтрат, язва, рубец. При этом имеют значение и формы процесса — продуктивная, экссудативная, продуктивно-экссудативная.

Течение туберкулеза бронхов может быть прогрессирующим, регрессирующим, стационарным, рецидивирующим. Возможно и клиническое излечение. Частым осложнением туберкулеза бронхов являются стенозы бронхиального дерева.

Терапия туберкулеза бронхов должна быть комбинированной. Большую роль играет местное применение препаратов: интрабронхиальные вливания антибиотиков, прижигания язвенных поверхностей для предупреждения стеноза бронхов, аэрозоль-ингаляционное лечение. Из общих мероприятий большое внимание уделяется комбинированному введению антибиотиков и коллагенотерапии.

Применяются следующие антибиотики:

Стрептомицин. Суточная доза — 1,0; курсовая — 30,0 — 100,0. Применяется в виде интрабронхиальных вливаний, ингаляций, аэрозолей и внутримышечно.

Паск. Суточная доза 9,0—12,0; курсовая — 1,5—3 кг. Дается внутрь, и делаются интрабронхиальные вливания.

Салюзид. Суточная доза — 1,0; курсовая 40,0—100,0. Применяется внутрь, подкожно, внутримышечно, внутривенно, а также в виде интрабронхиальных вливаний, ингаляций аэрозолей.

Фтвизид. Суточная доза — 1,0—1,5; курсовая — 100,0—150,0. Дается внутрь.

Пенициллин применяется внутримышечно, в виде интрабронхиальных вливаний, ингаляций аэрозолей.

Если процесс в легких прогрессирует, то туберкулез бронхов не обнаруживает склонности к заживлению: его течение зависит от формы туберкулеза легких и общего состояния организма.

Профилактика туберкулеза бронхов основывается на раннем выявлении и лечении легочного заболевания с использованием бронхоскопического метода исследования и лечения. Важную роль при этом играют терапия неспецифических эндобронхитов и борьба с курением.

До 1956 г. в Республиканской противотуберкулезной больнице было проведено 200 бронхоскопий, из них 168 первичных и 32 — повторных. Обнаружен туберкулез бронхов у 89 больных, инфильтративная форма — у 78 и язвенная — у 11. У одного больного выявлена опухоль. Проводилось лечение прижиганием, интрабронхиальными вливаниями (от 10 до 15 на курс). Одновременно больным вводились различные антибиотики внутрь и внутримышечно.

С 1956 по 1959 гг. проведено 199 бронхоскопий, из них первичных 181 и повторных — 18. Туберкулез бронхов обнаружен у 60 больных, инфильтративная форма — у 48 и язвенная — у 12. У одного больного выявлена опухоль.

У всех 60 больных с туберкулезом бронхов была фиброзно-кавернозная форма туберкулеза легких.

Туберкулез бронхов не был обнаружен у 16 больных с неэффективным плевмотораксом, у 6 — после неэффективных операций, у 3 — при очаговом туберкулезе легких и у 48 при кавернозном туберкулезе.

Правый главный бронх был поражен у 15 больных, у 13 была инфильтративная форма и у 2 — язвенная.

Верхние и нижние долевыми бронхи правого легкого были поражены у 16 больных, у 11 была инфильтративная форма, у 3 — язвенная и у 2 — продуктивная.

Левый главный бронх был поражен у 20 больных, у 15 была инфильтративная форма и у 5 — язвенная.

Верхние и нижние долевыми бронхи левого легкого были поражены у 5 больных, у 4 была инфильтративная форма и у одного — язвенная.

Шпора была поражена у 3 больных, у 2 была инфильтративная форма и у одного — язвенная.

Трахея была поражена у 2 больных, у обоих была инфильтративная форма.

Лечение проводилось в течение 1—3 месяцев и также включало прижигание ляписом, интрабронхиальное вливание (от 12 до 49 на курс) и введение различных антибиотиков внутрь и внутримышечно.

При контрольной бронхоскопии после лечения устанавливалось клиническое излечение.

Трахеобронхоскопия является ценным диагностическим и лечебным методом, она должна проводиться больным и перед наложением пневмоторакса, и перед хирургическими вмешательствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бонгард П. И. Пробл. туб., 1947, 4; Вест. оториноларингол., 1949, 4. — 2. Лапина А. А. Пробл. туб., 1951, 2; 1957, 3. — 3. Трутнев В. К. Трахеобронхоскопия. М., 1952. — 4. Ундриц В. Ф. и Цигельник А. Я. Клин. мед., 1946, 3.

Поступила 21 января 1961 г.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПОЛОЖИТЕЛЬНО РЕАГИРУЮЩИХ НА ТУБЕРКУЛИН¹

Канд. мед. наук Е. П. Аверина

Факультетская терапевтическая клиника (зав. — проф. Н. Е. Кавецкий)
Куйбышевского медицинского института

Активная иммунизация занимает большое место в комплексе противотуберкулезных мероприятий. Вакцинация по методу Кальметта неинфицированных контингентов детского населения давно получила всеобщее признание и широкое распространение как в СССР, так и за рубежом, что в значительной мере способствовало снижению заболеваемости туберкулезом. За последние годы поставлен и разрешен вопрос о расширении возрастных контингентов вакцинируемых путем введения обязательной вакцинации подростков и лиц до 30 лет, не инфицированных туберкулезом. Однако в свете современных данных о взаимоотношениях между аллергией и иммунитетом при туберкулезе невозможно во всех случаях считать положительные туберкулиновые пробы явным показателем иммунитета. Более того, заболеваемость активным туберкулезом легких и других органов наблюдается чаще у инфицированных лиц по сравнению с отрицательно реагирующими на туберкулин. Указанные данные убеждают, что лица, перенесшие первичную туберкулезную инфекцию, нуждаются в мероприятиях, которые способствовали бы повышению напряженности иммунитета для предупреждения вторичных форм туберкулеза. Однако вопрос об эффективности и целесообразности вакцинации лиц, положительно реагирующих на туберкулин, остается спорным.

Так, по данным К. П. Беркос, Л. Ф. Березанцевой, С. Ю. Шагаловой, А. С. Башта, А. Ю. Палей, де Ассиса, Сильвейра, Роземберга, вакцинация лиц различных возрастов повторными массивными дозами вакцины БЦЖ, принятой внутрь по методу де Ассиса, безвредна для инфицированного организма, способствует снижению заболеваемости туберкулезом и может быть одним из методов предупреждения вторичного туберкулеза. Как указывают А. И. Каграманов, К. П. Беркос, Фурестье, Роземберг, иммунитет в результате вакцинации по указанному методу сочетается с положительной энергией, что выражается снижением интенсивности кожных реакций на туберкулин до перехода их в отрицательные.

¹ Доложено на заседании научного общества фтизиатров 25/XI 1960 г.