

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.

По мнению же А. И. Кудрявцевой, А. А. Ефимовой, А. И. Тогуновой, вакцинация инфицированных лиц нецелесообразна, так как иммунитет, который оставляет перенесенная первичная инфекция, более выраженный и стойкий, чем приобретенный в результате вакцинации.

А. Д. Семенов и В. Кудрявцева, А. А. Ефимова отрицают десенсибилизирующее действие вакцины и приводят сведения, по которым прием внутрь повторно массивных доз вакцины БЦЖ не только не способствует снижению туберкулиновой аллергии, но в ряде случаев вызывает даже повышение интенсивности кожных реакций на туберкулин. Таким образом, и по этому вопросу нет единого мнения.

Принимая во внимание, что заболеваемость вторичным туберкулезом наблюдается преимущественно в определенных возрастных группах, к которым относятся подростки и лица молодого возраста, изучение эффективности противотуберкулезной вакцинации инфицированных лиц молодого возраста представляет собой актуальную задачу. В доступной нам литературе данные по указанному вопросу весьма ограничены.

Нами провакцинировано с 1956 по 1960 гг. 2016 человек в возрасте от 17 до 30 лет.

Своими задачами мы поставили:

1. Проследить общие и местные реакции на энтеральное введение массивных доз вакцины БЦЖ у инфицированных лиц данной возрастной группы.

2. Изучить эффективность указанного метода вакцинации инфицированных взрослых лиц молодого возраста. Основываясь на литературных данных, мы рассчитывали снизить заболеваемость туберкулезом среди них путем активной иммунизации.

3. Исследовать влияние вакцинации на степень чувствительности к туберкулину путем наблюдения за результатами туберкулиновых проб в динамике.

Предварительно всем были проделаны туберкулиновые пробы Пиркетта, которые оказались положительными у 87,3% обследованных в 1956 г., 86,9% — в 1957 г., 84% — в 1958 г., 80,8% — в 1959 г. и 63% — в 1960 г.

Все проходили рентгенологическое исследование — флюорографию с последующим дообследованием рентгеноскопией, а в отдельных случаях — рентгенографией. При этом у 92% исследованных обнаружены обывествленные внутригрудные лимфатические узлы и очаги Гона.

Освобождались от вакцинации лица с гиперергическим характером реакции на туберкулин — при величине папулы 2 и более см в диаметре или 1,5 см с зоной гиперемии в окружности и лимфангоитом. Не вакцинировались состоящие на учете противотуберкулезных учреждений и те, у которых были указания в анамнезе на ранее перенесенный активный туберкулез легких и других органов.

Применялась сухая вакцина БЦЖ от 100 до 120 мг на прием. Указанная доза принималась четырехкратно с интервалами в 2—4 недели, а в некоторых случаях интервалы сокращались до 7—10 дней.

При последующем наблюдении, а также в результате ежегодного углубленного клинического осмотра ни у одного из вакцинированных не наблюдалось каких-либо расстройств, которые можно было бы связать с неблагоприятной реакцией организма на четырехкратное введение вакцины в вышеуказанных дозах.

Контрольные рентгенологические исследования 1—2 раза в год также не выявили за время наблюдения от 1 до 3 лет признаков обострения туберкулезного процесса со стороны старых очагов и лимфатических узлов корня легкого. Таким образом, мы не наблюдали у вакцинированных неблагоприятных общих и местных реакций на повторное введение массивных доз вакцины БЦЖ, что позволяет считать эти дозы безвредными для инфицированного организма данной возрастной группы.

Из вакцинированных 1 600 наблюдались в течение от 1 до 3 лет. За этот срок при повторных рентгенологических исследованиях выявлен один с активным туберкулезом легких — в 1958 г. В 1959—1960 гг. ни одного случая заболевания активным туберкулезом не выявлено. Одновременно (с 1957 г.) исследовано 3 437 невакцинированных лиц, из них 3 325 — с положительными туберкулиновыми пробами. В этой группе обнаружено 14 больных активным туберкулезом из туберкулиноположительных.

Таким образом, число заболевших активным туберкулезом по отношению к количеству исследованных оказалось среди вакцинированных равным 0,06% (1 из 1 600), а в группе невакцинированных 0,44% (14 из 3 437). Следовательно, заболеваемость в процентном отношении среди вакцинированных оказалась ниже в 7 раз по сравнению с лицами одинаковой возрастной группы, не подвергавшимися вакцинации. На основании полученных данных мы полагаем, что вакцинация по указанному методу способствовала снижению заболеваемости.

Для исследования десенсибилизирующего действия вакцины по вышеуказанной методике были повторно проделаны туберкулиновые пробы Пиркета в различные сроки после последней дачи вакцины.

У 9 из 200 вакцинированных в 1958—59 гг. реакции Пиркета до вакцинации были отрицательны. Из них у 7 они остались отрицательными (3,5%), а у двух (1%) произошел вираж туберкулиновой пробы.

В первые 6 недель после вакцинации у большинства (59,1%) наблюдалось повышение интенсивности кожных реакций на туберкулин. Понижение туберкулиновой чувствительности было только в 22,6%, а перехода положительных реакций в отрицательные не наблюдалось. Через 8 месяцев после последней дачи вакцины отношения стали иными, а именно — из 227 исследованных повышение чувствительности к туберкулину установлено только у 61 (26,8%). В то же время возросло до 54,2% число лиц, у которых произошло снижение интенсивности кожных реакций на туберкулин, а в 7,9% ранее положительные туберкулиновые пробы стали отрицательными. Через 1—3 года наблюдения еще более увеличилось число случаев перехода из положительных реакций на туберкулин в отрицательные (до 24%), а повышение их интенсивности снизилось до 6,5%.

В группе лиц, у которых реакции остались положительными, наблюдались сдвиги в характере туберкулиновой чувствительности, указывающие на ее понижение. Они выражались в значительном увеличении числа сомнительных и слабо выраженных реакций и уменьшении количества резко выраженных, характеризующихся размером папулы 11—20 мм в диаметре. Следовательно, у вакцинированных наблюдалась десенсибилизация, выражавшаяся не только в переходе туберкулиновых проб из положительных в отрицательные, но и в изменении степени интенсивности положительных реакций в сторону ее снижения.

По этому вопросу в литературе приводятся различные данные. Так, К. П. Беркос, изучая динамику туберкулиновой чувствительности после вакцинации у лиц различных возрастных групп, наблюдала переход туберкулиновых реакций в отрицательные у юношей в 20%; С. Ю. Шагалова и другие у детей и молодежи — в 22—28,5%; Л. Ф. Березанцева — у детей в 12,7%; Ван-Дейнс — у детей в 33%; Роземберг — при однократной вакцинации детей и подростков — 13,46%, а при 4—6-кратной в различных возрастных группах от 37 до 95% десенсибилизации, из них в 26,22% — переход туберкулиновых реакций в отрицательные.

Разнообразие полученных данных, по-видимому, зависит от различий в методике вакцинации, а также ряда внешних условий. Так, Роземберг наблюдал различную степень десенсибилизации у лиц, изолированных в закрытом коллективе, и в семьях — от контакта с туберкулезными больными.

Для контроля полученных данных нами повторно исследованы туберкулиновые пробы в те же сроки у 538 человек, не подвергавшихся вакцинации. Из них у 11 наблюдалось некоторое понижение интенсив-

ности кожных реакций на туберкулин, перехода же их в отрицательные не было ни у одного. Сравнивая результаты, полученные при изучении динамики туберкулиновых реакций среди вакцинированных и в контрольной группе, мы полагаем, что приведенные выше изменения их характера связаны с десенсибилизирующим действием вакцины. При этом наблюдалась постоянная зависимость состояния туберкулиновой чувствительности от сроков, прошедших после вакцинации. Поэтому вероятно, что противоречивые мнения по вопросу об эффективности и десенсибилизирующем действии вакцины, применяемой по методу де Ассиса, которые приводятся в литературе, можно связать с различием в сроках наблюдения и возрастом вакцинированных. Так, у детей младшего возраста получены менее благоприятные результаты, чем у подростков и юношей (К. П. Беркос). А. А. Ефимова наблюдала повышение туберкулиновой аллергии, а иногда и осложнения в виде увеличения лимфатических узлов после вакцинации у детей раннего возраста. На основании наблюдений она пришла к выводу об отрицательном влиянии вакцины БЦЖ на инфицированный организм.

Данные, полученные в результате наших наблюдений, относятся к определенной возрастной группе. Мы считаем, что они позволяют нам сделать вывод о десенсибилизирующем действии вакцины, принятой внутри по указанному методу. Десенсибилизация наступала в различные сроки и была выражена неодинаково — от понижения степени интенсивности кожных туберкулиновых проб до перехода их в отрицательные. Угасанию туберкулиновой аллергии предшествовало в большинстве случаев повышение кожной чувствительности к туберкулину у вакцинированных, которое не сопровождалось никакими общими неблагоприятными реакциями и рентгенологическими признаками обострения старых туберкулезных очагов и свежих активных туберкулезных изменений. Учитывая указанный факт, а также снижение заболеваемости туберкулезом у вакцинированных, можно предположить, что временное повышение интенсивности туберкулиновых проб у вакцинированных отражало чисто защитную реакцию, заключающуюся в активной мобилизации приспособительных механизмов, и может рассматриваться как явление, аналогичное поствакцинальной аллергии в инфицированном организме. Исходя из этого положения, нельзя считать повышение чувствительности к туберкулину в ближайшие после вакцинации сроки неблагоприятным фактором и основанием для отказа от вакцинации инфицированных лиц данной возрастной группы энтеральным методом с применением массивных доз вакцины БЦЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беркос К. П. Тр. VI Всесоюз. съезда фтизиатров. М., 1959.— 2. Ефимова А. А. Тез. докл. Всеросс. съезда фтизиатров. Куйбышев, 1959.— 3. Каграманов А. И. и Макаревич Н. М. Пробл. туб., 1958, 4.— 4. Кудрявцева А. И. Тр. VI Всесоюз. съезда фтизиатров. М., 1959.— 5. Семенов А. Д. и Кудрявцева В. Пробл. туб., 1959, 6.— 6. Тогунова А. Н. Тр. VI Всесоюз. съезда фтизиатров. М., 1959.— 7. De Assis A. Presse medicale, 1956, 64, 19.— 8. Rosemberg S. Rev. tub., 1956, 5—6.— 9. Van Deinson. Semaine de hopitaux de Paris. 1953, 29, 80.— 10. Wallgren. Совр. пробл. туб., 1957, 1.

Поступила 30 марта 1961 г.

О ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ТУБЕРКУЛОМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ДИСПАНСЕРА

Г. Б. Миринов

I Московский городской противотуберкулезный диспансер
(главрач — Н. Д. Переселени, научный руководитель — проф. Ф. И. Левитин)

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе много внимания уделяется особой форме отграниченного инкапсулированного туберкулеза — туберкуломам легкого. Это связано со все возрастаю-