

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 внутрь 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-

щей частотой этой формы туберкулеза, выявляемой благодаря широкому применению профилактических осмотров населения с использованием рентгенодиагностики (Г. Зем, А. А. Елозина).

Ряд авторов видит причину возрастающего роста туберкулом в широком применении антибактериальных и химиотерапевтических препаратов (Дюше-Сашо, Рюттиман, Зутер, Занкисова и др.). Другие авторы (М. М. Авербах, К. Раденбах, О. Хиллердал, О. Кох) указывают, что формирование туберкулом связано с особенностями иммунобиологического состояния организма, выражающегося в высшей степени гиперергической реакции со своеобразным локальным ограничением легочной ткани вследствие высокого клеточного иммунитета. Не менее противоречивы взгляды на принципы лечения туберкулом.

Большинство авторов считают, что туберкуломы — относительно благоприятная форма туберкулеза легких, и поэтому находят возможным проводить длительную химиотерапию (В. П. Рутин, Шеммель). Другие (Эллингер, Ринк, Канетти и др.), напротив, скептически расценивают возможности химиотерапии, считая прогноз туберкулом менее благоприятным, рекомендуют применение оперативного вмешательства. Присоединяясь к мнению Э. В. Ахрамович и К. В. Помельцова, что динамическое наблюдение за больными имеет большое значение и что его необходимо проводить не на отобранном клиническом материале, а при массовом обследовании, мы решили провести анализ наблюдений за больными с туберкуломами, состоящими на учете в нашем диспансере.

Из 1717 больных туберкулезом легких, состоящих во всех группах диспансерного учета, мы отобрали 46 больных с туберкуломами¹ из 206 с инфильтративным туберкулезом легких. По отношению к большему числу больных туберкулезом легких частота больных с туберкуломами составила 2,7%, а по отношению к общему числу больных с инфильтративной формой туберкулеза — 22,3%. Среди других форм туберкулеза частота туберкулом, по данным большинства авторов, колеблется от 0,6 до 5,69% (Т. А. Третьякова — 2,1%, Рюттиман и Су-тер — 2—3%, Хиллердал — 5,4%).

Мужчин было 28 и женщин 18. В возрасте 20—30 лет — 9 больных; 31—50 лет — 25; 51—70 лет — 11, старше — один.

15 больных наблюдались в течение 1—2 лет; 23 — 2—5 лет, 7—5 — 10 лет; один — 11 лет.

Длительность туберкулезного процесса была от 1 до 2 лет — у 8 больных; от 2 до 5 — у 16; от 5 до 10 — у 21; свыше 10 лет — у одного.

У 33 больных выявлен вначале инфильтративный туберкулез легких, у 8 — очаговый, у 2 — гематогенно-диссеминированный, у одного — фиброзно-кавернозный и у 2 — экссудативный плеврит.

У 12 больных перед установлением у них диагноза туберкуломы на стороне, где она сформировалась, применялся искусственный пневмоторакс. У 6 из них пневмоторакс был прекращен как эффективный. У 31 проводилась химиотерапия в период, предшествующий выявлению туберкуломы, из них 8 больным в течение 1—2 мес., 21 — от 2 до 6 месяцев, 2 — от 6 до 12 месяцев. У 44 больных туберкуломы имели округлую форму, у 2 — овальную. У 13 больных туберкуломы были 1,5—2 см, у 24 — от 2 до 3 см, у 9 — от 3 до 6 см. У 45 больных обнаружены в легких одиночные туберкуломы, у одного — множественные. Туберкуломы имели неровности контуров, иногда фестончатость, а также можно было отметить дорожку к корню. В правом легком туберкуломы располагались у 27 больных, в левом — у 19, причем в верхней доле правого легкого — у 22 и в нижней — у 5. У 41 больного туберкуломы обнаружены в обеих верхних долях. Признаки распада были у 7 больных (у 4 центральный, у 3 — краевой).

¹ Сюда вошли 10 больных с круглыми инфильтратами типа Ассмана, которые в процессе наблюдения (под влиянием химиотерапии) в дальнейшем рентгенологически определялись как туберкуломы.

Центральный распад найден у 3 больных с туберкуломами в 2—3 см и у одного в 3—6 см. Краевой распад был у 2 больных с туберкуломами от 3 до 6 см и у одного от 2 до 3 см. ВК обнаружены в мокроте у 2 больных путем прямой бактериоскопии и у 4 — методом посева промывных вод бронхов на питательную среду. Всем больным проводились посева промывных вод бронхов, а также исследования мокроты методом флотации.

Включение извести было обнаружено у 4 больных. У 20 больных отмечены сопутствующие туберкулезные изменения в легких в виде преимущественно плотных очагов на стороне туберкуломы, причем у 18 они располагались в верхних долях и у 2 — в нижних в том же легком. Проведено внутрикожное титрование старым туберкулином Коха 9 больным. У 5 больных пороговый титр соответствовал разведению № 4 туберкулина, у 4 больных — № 5, остальным больным поставлены градуированные пробы Пиркетта, которые были резко положительны у 8, положительны — у 20, слабо положительны — у 5 и отрицательны — у 4. Контакт с больными туберкулезом легких перед выявлением заболевания установлен у 8 больных.

Клиническая картина туберкуломы легкого характеризовалась малосимптомным течением, иногда плевральными болями на стороне туберкуломы, во время обострений — непостоянным субфебрилитетом, умеренной интоксикацией с ускоренной РОЭ и слабо выраженным нейтрофильным сдвигом.

Больным туберкуломами проводилась комбинированная химиотерапия в среднем в течение 6—12 месяцев. Под влиянием лечения, как правило, нормализовалась температура, снижалась РОЭ. Сопутствующие туберкулезные изменения подвергались в процессе лечения рассасыванию и уплотнению, однако выраженного химиотерапевтического действия по отношению к туберкуломе выявить не удалось. Все же в процессе наблюдения отмечено уменьшение туберкуломы в размерах у 4 больных под влиянием длительного лечения антибактериальными препаратами. Чаще химиотерапия давала симптоматический эффект. В то же время если при выявлении туберкуломы признаки распада выявлены у 3 больных, а бацилловыделение — у 2 из них, то в процессе динамического наблюдения деструктивные изменения появились еще у 4 больных, у которых найдены ВК в мокроте.

Таким образом, из 46 больных, находившихся под наблюдением, у 7 имелись признаки обострения, прогрессирования, причем у 4 из них они появились в процессе наблюдения. Этим больным сделаны резекции туберкуломы легкого или ее клиновидное иссечение. Необходимо отметить, что прогрессирующие туберкуломы были казеомами, гистологически содержали жидкий аморфный казеоз, а также вирулентные культуры микобактерий туберкулеза. У остальных 3 больных из группы прогрессирующих туберкулом под влиянием длительной химиотерапии наступило рассасывание обсеменения, вызванного распавшимися туберкуломами. Из них в одном случае в небольшой туберкуломе через 6 месяцев исчез распад, а в двух других случаях туберкуломы среднего размера распались с образованием каверны, окруженной толстой фиброзной капсулой, причем в одном случае наступило дальнейшее прогрессирование кавернозного туберкулеза, а в другом — спадение каверны с образованием очага.

У 39 больных туберкуломы были без признаков прогрессирования. Подавляющее большинство из них долго получали химиопрепараты. Основываясь на наших данных, следует признать, что прогноз туберкулом не так уже плох, как об этом пишут, а таящаяся в них опасность сильно преувеличена (И. Г. Гаспарян).

В известной мере химиопрепараты задерживают процесс расплавления казеозных масс и формирование каверны, а также подавляют ак-

тивность ВК и освобождают защитные силы организма, вследствие чего происходит ликвидация перифокального воспаления и отграничение казеоза капсулой (А. А. Елозина).

Почти у четверти больных перед выявлением туберкулемы легкого на стороне последней применялся искусственный пневмоторакс. Не исключено, что у некоторой части больных из этого количества он был наложен по поводу туберкулемы, вследствие чего оказался неэффективным. Все же следует признать, что у значительной части больных туберкулемы сформировались после наложения искусственного пневмоторакса, применявшегося в сочетании с химиотерапией. Это подтверждается тем обстоятельством, что в доантибактериальную эру коллапсотерапия не способствовала формированию туберкулемы.

Большинство из наших больных в сроки, предшествующие формированию туберкулемы, получали длительное время химиопрепараты, что, по-видимому, могло способствовать образованию этой своеобразной формы туберкулеза. Однако следует признать, что главную роль в формировании туберкулемы легкого играет иммунобиологическое состояние организма, способствующее отграничению легочного процесса вследствие высокого клеточного иммунитета. Немалое значение в возникновении туберкулом имеет, вероятно, длительный контакт с туберкулезными больными. У $\frac{1}{6}$ части наблюдавшихся больных был контакт с бациллярными больными, что способствовало сенсibilизации организма с развитием казеозного некроза.

На основании анализа представленных данных, а также изучения анамнеза и архивного рентгенологического материала можно заключить, что чаще туберкулемы формируются из инфильтративного туберкулеза, реже — из очагового, диссеминированного и кавернозного туберкулеза легких.

В процессе динамического наблюдения 4 больных ввиду регрессии туберкулемы были переведены во II и III группы диспансерного учета: 2 — во II группу через 4 года после пребывания в I группе и 2 — в III группу через 3 года пребывания во II группе.

Сопутствующие специфические изменения в легких, несмотря на небольшую эффективность химиотерапии в отношении туберкулом, делают необходимым ее применение при этой форме туберкулеза на случай хирургического вмешательства.

Больные туберкуломами должны длительно быть в первой группе диспансерного учета и лишь в некоторых случаях, при благоприятном течении туберкулемы или ее регрессии (уменьшение размеров), могут быть при тщательном обследовании переведены во вторую и третью группы диспансерного учета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах М. М. Пробл. туб., 1959, 8.—2. Ахрамович Э. В. Тр. Ин-та эксперим. мед. АН Латвийской ССР, Рига, 1960, т. 23.—3. Гаспарян И. Г. Сб. научн. тр. Ташкентского мед. ин-та, 1961, т. XIX.—4. Елозина А. А. Врач. дело, 1961, 5.—5. Занкисова И. Г. В кн.: Клинические и экспериментальные исследования по туберкулезу, М., 1957.—6. Рудин В. П. Врач. дело, 1958, 8.—7. Третьякова Т. А. Пробл. туб., 1959, 2.—8. Canetti G. Bull. Union. Intern. contre tuberc., 1954, 24, 3—4.—9. Chadourne P., Duchet-Sucbeaux L., Joannou et Pinelli A., Renault P. Rev. de la Tbc., 1952, 16, $\frac{1}{5}$.—10. Derra E., Rink H. Dtsch. Med. Wschr., 1953, 78.—11. Hillerdal O. Tuberculoma of the Lung., Copenhagen, 1954.—12. Koch O. Dtsch. Med. Wschr., 1950, 75.—13. Radenbach K. L. Beitr. Klin. Tbk., 1952, 106.—14. Rüttiman A. u. Suter F. Schweiz. med. Wschr., 1953, 26.—15. Sehm G. Zschr. inn. Med. Jahrg., 1954, 9, 17.—16. Schemmel J. Beitr. Klin. Tbk., 1935, 86.—17. Uehlinger E. Beitr. Klin. Tbk., 1939, 92.