

Б. Н. АГРИКОЛЯНСКИЙ

О холодной разновидности хронического милиарного туберкулеза

Кафедра туберкулеза Казанского института усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина (зав. кафедрой проф. М. И. Мастбаум)

В широких врачебных кругах с понятием милиарного туберкулеза связано представление о тяжелом быстротекущем и почти всегда смертельном заболевании.

В мировой литературе описаны отдельные случаи выздоровления от милиарного туберкулеза с полным рассасыванием туберкулезных высыпаний в легких. Эти случаи крайне редки и описываются в литературе как казуистика.

За последние годы внимание клиницистов было привлечено случаями милиарного туберкулеза с затяжным хроническим течением. Эти формы хронического милиарного туберкулеза необычайно разнообразны. Наряду со случаями повторных милиарных высыпаний в одном и том же органе встречаются мигрирующие формы. В этих случаях свежие милиарные высыпания захватывают целый ряд органов; нередко такая хроническая милиаризация растягивается на многие годы и заканчивается туберкулезным менингитом.

Следует здесь же отметить, что интервалы между отдельными вспышками хронического милиарного туберкулеза могут тянуться не только месяцами, но и годами. Встречаются отдельные случаи, когда большие годами сохраняют работоспособность, изредка давая незначительную вспышку туберкулеза, очень быстро ликвидируемую.

Хорошее самочувствие этих больных, отсутствие субъективных и объективных клинических явлений токсемии находятся в противоречии с объективной рентгенологической картиной, когда рентгенограмма обнаруживает милиарное высыпание, захватывающее значительную территорию легких. Иногда удается констатировать, что большинство этих узелков обызвествлено. Французские клиницисты называют эти формы холодными и выделяют их в особую группу доброкачественно протекающего милиарного туберкулеза.

Бюршан и Сайе полагают, что своеобразие формы, доброкачественное, медленное и торпидное течение холодного милиарного туберкулеза объясняется: а) распространением инфекции в интерстициальной ткани по лимфатическим путям; б) небольшим количеством вируса; в) слабой вирулентностью бактерий; г) специальной резистентностью организма.

Надо сказать, что Бюршан и Сайе не одиноки в своем мнении о лимфатическом патогенезе холодного милиарного туберкулеза (Летюль, Браун, Безансон, Ассман, Гейнеке, Клемперер и др.). Шафф из Страсбурга различает доброкачественный лимфатический от смертельного гематогенного милиарного туберкулеза. Разработанное в

последние годы В. Г. Штейфко учение о лимфогенных фазах также подтверждает исключительно доброкачественное течение лимфогенного туберкулеза.

Вследствие доброкачественности течения холодный милиарный туберкулез очень редко попадает на секционный стол, что затрудняет изучение гистологии и патогенеза этих форм.

Перейдем к описанию некоторых больных, находящихся под длительным наблюдением в Казанском туберкулезном институте.

1. Бухгалтер А., 47 лет. Отец умер от горловой чахотки; сестра тоже умерла от туберкулеза. Большой кашляет с детских лет. Осенью 1931 года внезапно заболел и пролежал дома в постели с высокой лихорадкой около трех месяцев. Лечащим врачом был диагностирован брюшной тиф.

Небольшой кашель со скудной мокротой, боли в груди, сильная одышка, ночные поты и затаившееся лихорадочное течение заставили лечащего врача пересмотреть на третьем месяце болезни свой диагноз и исследовать мокроту. В мокроте были обнаружены туберкулезные палочки.

В январе 1932 года больной был положен в клинику Туберкулезного института, где на рентгене было констатировано милиарное обсеменение легких. Вскоре больной начал поправляться, температура постепенно снизилась, палочки из мокроты исчезли.

В течение четырех лет считал себя совершенно здоровым. Весной 1935 года перенес вспышку с появлением ВК в мокроте, очень скоро ликвидированную. А далее, опять в течение почти трех лет — полоса затишья процесса; понижение работоспособности. Одышка напоминала больному о его болезни. Неоднократное повторное исследование скудной мокроты на ВК давало неизменно отрицательный результат.

Весной 1938 года после тяжелой психической травмы — обострение процесса с кровохарканием при нормальной температуре. Вспышка была очень быстро ликвидирована и больной приступил к работе. Все годы работает много, интенсивно.

Больной был детально клинически обследован в марте 1938 года. Высокого роста, хорошо упитанный, циклического телосложения: кроме одышки и незначительного кашля ни на что не жалуется. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторно разлитой тимпанит. Дыхание везикулярное, несколько ослабленное, с удлиненным выдохом. Справа под ключицей не обильные субкрепитирующие хрипы. Сердце прикрыто краями расширенных легких. Тоны глухие. Акцент II тона на легочной артерии. Пульс не учащен, правильный; увеличена печень. Прощупывается плотная селезенка. Температура нормальная. В мокроте ВК отсутствуют. Гемограмма отклонений от нормы не дает, кроме явной лейкопении. РОЭ — 8 мм в 1 час. по Панченкову. Имеется несколько серийных рентгенограмм, протокол одной из которых приводим (доц. А. Н. Кревер).

„Равномерная петлистость вдоль обоих легких, по ходу которой густо располагаются полиморфные, частично петрифицированные, мелкие узелки туберкулеза. Спайки диафрагмальной плевры“.

2. Газетный работник Н., родился в 1905 году. Отец — грузчик, физически здоров. Мать кашляет всю жизнь. Весной 1928 года внезапно заболел. Высокая t° , лихорадка в течение двух месяцев. Мучительный кашель с мокротой. Кровохаркание. Сильные боли в груди, резкая одышка, ночные поты, похудание.

Лежал в постели три месяца, задыхался; чтобы облегчить одышку родные выносили его на свежий воздух. Ни сам больной, ни его близкие не сомневались в печальном исходе болезни. Однако, в июне температура постепенно спустилась до субфебрильных цифр, больной стал поправляться. Несколько окрепнув, поехал на консультацию в Казань.

При амбулаторном обследовании в диспансере было обнаружено небольшое укорочение перкуторного звука в верхних полях обоих легких и справа — в нижнем. Не обильные влажные хрипы. В мокроте ВК +. Рентгеноскопия: билатеральные очаговые изменения.

В течение последующих двух лет постепенное улучшение, перемежающееся весенними вспышками. В 1930 году ВК в мокроте исчезли. Ежегодные весенние обострения, во время которых работы не прерывает. Повторное санаторное лечение.

С 1934 года считает себя совершенно здоровым и, кроме небольшой одышки, ни на что не жалуется. Работает много, интенсивно. Перкуторно небольшое укорочение в верхних отделах. Сужение полей Кренига. Тимпанит. Вуаль Турбана справа. Ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Хрипов нет. Сердце N. Плотная

селезенка. Моча — N. В мокроте ВК нет. Лейкопения. Формула крови отклонений от нормы не дает. РОЭ — 8 мм в 1 час.

Протокол рентгенограммы (доц. А. Н. Кревер): „В верхних отделах легких цепочкой располагаются петрификаты разной величины и формы; в среднем и нижнем поле правого легкого петрификаты милиарного типа образуют густо-петлистую сетку в кортикальном слое легочной ткани“.

В двух описанных нами случаях было внезапное начало заболевания, острое течение, одышка; вся клиническая картина напоминала острый милиарный туберкулез. В дальнейшем течение болезни смягчалось, постепенно переходя в хроническую форму. В первые годы болезнь еще изредка прерывается эпизодическими весенними вспышками, заставляя врача и больного помнить о незаконченном процессе. Последующие долгие годы безлихорадочного, бессимптомного течения со стойким отсутствием ВК в мокроте ведут к постепенному обызвествлению милиарных узелков, переводя болезнь в холодную фазу милиарного туберкулеза.

Одышка и милиарная сыпь на рентгенограмме остаются единственным следом перенесенной в прошлом тяжелой болезни.

Само собой разумеется, что вступление процесса в холодную фазу не означает абсолютного излечения болезни.

Остановимся коротко на другой интересной форме холодных милиарных высыпаний, кардинально отличающейся от первой отсутствием бурных начальных проявлений болезни. Эта форма с самого начала заболевания малосимптомна и является чаще случайной находкой на экране. Больной, обычно, не может ничего рассказать о начале своей болезни.

3. Студент Г., 22 лет. Отец его здоров. Мать умерла от кровавой рвоты, когда нашему больному было полтора года. До 20 лет он считал себя совершенно здоровым. Его беспокоили приступы малярии, в крови были обнаружены плазмодии.

Весной 1936 года он был направлен в Туберкулезный институт университетским врачом по поводу жалоб на небольшой кашель, слабость и ночные поты.

Амбулаторное обследование обнаружило очень бедные физикальные данные: небольшое укорочение перкуторного звука в верхних полях обоих легких и жесткое везикулярное дыхание. Хрипов нет. ВК отсутствуют. РОЭ — 19. Рентгеноскопия выявила большое количество мелких густо сидящих очагов в верхних и средних полях обоих легких.

После санаторного лечения Г. быстро поправился. По нашему совету он прекратил учебные занятия и уехал в деревню. В течение двух лет периодически показывался, находясь под тщательным контролем.

Весной 1938 года повторно подвергнут клиническому обследованию. Чувствует себя хорошо и, кроме небольшой одышки и понижения работоспособности, ни на что не жалуется.

Хороший статус при прекрасном самочувствии. Телосложение атлетическое. В верхних отделах обоих легких, сзади до угла лопатки перкуторный звук отчетливо укорочен. Дыхание всюду везикулярное, несколько шероховатое, нечистое. Хрипов нет. Сердце — N. Плотная селезенка. Гемограмма: эритроц. — 4370000, гем. — 84%, цв. показ. — 0,97; лейкопения — 5000, пал. 7,5%, сгм. — 45,5, воз. — 14,5, мон. — 2, лимф. — 30,5%; РОЭ — 8 мм.

Протокол рентгенограммы от 20/XI 36 г. (доц. А. Н. Кревер): „Вдоль обоих легких густо разбросаны мелкие однотипные узелки туберкулезного характера. Тяжистость в виде веера от гилосов к периферии. Плотный гилос“.

4. Учительница М., 36 лет, приехала в Туберкулезный институт посоветоваться по поводу беспокоивших ее более в груди слева и небольшого сухого кашля.

При амбулаторном обследовании в диспансере отмечены очень скудные аускультаторные данные. Жесткое везикулярное дыхание с удлиненным выдохом и небольшое количество крепитирующих хрипов под левой ключицей при незначительном укорочении перкуторного звука. Начала своей болезни указать не может. Мокроты нет, РОЭ — 5.

В клинику лечь отказалась, считая себя почти здоровой. Большой был сделан рентгеновский снимок, протокол которого приводим (доц. А. Н. Кревер): Веерообразная тяжесть от гилюсов легких к периферии, по ходу которой в виде цепочек, по преимуществу в верхних и средних полях, располагаются мелкие петрификаты (обызвествленный милиарный туберкулез).

Размеры настоящей статьи не позволяют описать все случаи, имеющиеся в нашем распоряжении. Да вряд ли в этом и встречается необходимость. Остальные случаи похожи на какой-нибудь из описанных в данной работе.

В заключение нам хочется остановиться на рентгенологической картине у наших больных.

Основным элементом рисунка является тонкая нить, ясно пунктированная, в виде четок, мелкими узелками, и образующая густую петлистую сеть; часто наблюдается веерообразное усиление легочного рисунка от гилюсов к периферии.

На фоне этой сетки густо и равномерно рассеяны, как манная крупа, милиарные узелки туберкулеза, иногда сливающиеся между собой и образующие более крупные конгломераты.

Эта картина очень походит на описанный Л. Б. Юдиным и Л. З. Эренштейном петлисто-сетчатый рисунок, патогномичный для лимфогенного легочного туберкулеза.

Выводы. 1. Милиарный туберкулез, начавшись остро, может в дальнейшем принять безлихорадочное течение.

2. Иногда милиарный туберкулез начинается без бурных начальных явлений и сразу принимает торпидное безлихорадочное течение.

3. Холодный милиарный туберкулез дает характерный рисунок на рентгенограмме, указывающий с большой вероятностью на лимфогенный путь распространения.

4. В отличие от других форм хронического милиарного туберкулеза при описанной форме прогноз благоприятен.

Поступила 31.I. 1939.

А. М. ДЫХНО

О туберкулезе грудной железы

Из госпит. хир. клин. (дир. проф. Н. И. Гуревич) III Моск. мединститута

Обширная хирургическая литература, посвященная заболеваниям грудных желез, касается, главным образом, злокачественных опухолей; в меньшей мере — острых воспалительных процессов и совсем недостаточно освещен ряд других заболеваний железы (сифилис, эхинококк и даже доброкачественные опухоли). Это обстоятельство повидимому объясняется тем, что острые воспаления и злокачественные новообразования встречаются очень часто, а другие патологические процессы сравнительно редко.

Надо признать, что отчасти из-за недостаточного освещения этих специальных вопросов в печати, а отчасти вследствие известной трудности диагностики, далеко не редко наблюдаются грубые ошибки, ведущие к тяжелым, непоправимым несчастиям (ампутация молочной железы при фиброзном мастите и т. п.)