

лиомы плевры. Вторая особенность наших наблюдений — в том, что опухоль развивалась без скопления в плевральной полости заметного количества выпота. При исследовании крови в начальном периоде болезни у обоих больных РОЭ не была ускорена. Развившееся позднее умеренно выраженное исхудание сопровождалось легкой бледно-землистой окраской кожных покровов.

Из приведенных наблюдений видно решающее значение рентгенологического исследования в сочетании с клиническими данными в распознавании мезотелиомы плевры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамова Н. С. и Нефедьева И. В. Клин. мед., 1952, 7. — 2. Зайцева Н. Ф. Врач. дело, 1960, 8. — 3. Красноперов Ф. Т. Казанский мед. ж., 1958, 1. — 4. Линдберг Б. Э. Хирургия, 1949, 12. — 5. Лукьянченко Б. Я. и Зайратьянц В. Б. Вест. рентген. и радиол., 1955, 4. — 6. Паполци А. Хирургия, 1959, 7. — 7. Сергеев В. М., Клионер Л. И. и Соловьева И. П. Вопр. онкол., 1961, 3. — 8. Чарный А. М. Казанский мед. ж., 1958, 1. — 9. Шамарин П. И. Клин. мед., 1958, 4.

Поступила 25 августа 1962 г.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЭКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА

Асс. З. Ю. Валитова

Кафедра фтизиатрии (зав. — доц. П. Л. Винников) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе тубгоспиталя ИОВ (нач. — А. Х. Сайфи) и городской противотуберкулезный диспансер (главврач — М. С. Самарин)

Поскольку туберкулез может быть истинной причиной так называемых «идиопатических плевритов», вопрос об их отдаленных последствиях представляет большой практический интерес.

По данным М. И. Закина (1953), вспышка туберкулезного процесса обнаруживается у 41,7% ранее перенесших эксудативный плеврит.

Кестнер (цит. по Г. Р. Рубинштейну), наблюдая за 514 больными, перенесшими эксудативный плеврит до 15 лет, отметил, что у 50% взрослых, у 32% детей в дальнейшем развивается легочный туберкулез.

А. Е. Рабухин установил, что перенесшие эксудативный плеврит в возрасте 16—25 лет в 22,4% заболевали туберкулезом легких.

По данным С. С. Эндер (1941), при эксудативном плеврите в 64,1% отмечаются туберкулезные изменения в легких.

По-видимому, туберкулез органов дыхания должен встречаться еще чаще, если принять во внимание данные Szymanski, показывающие, что эксудативный плеврит иногда сопровождается специфическими изменениями со стороны бронхиального дерева, как при отсутствии таковых в легких, так и при их наличии.

В последние годы благодаря проведению антибактериальной терапии во время эксудативного плеврита, а также вскоре после него частота вспышки туберкулезного процесса снижается (П. Л. Теппер, М. Е. Феклисова, И. Е. Кочнева, С. С. Морарь, А. А. Салеев).

М. Е. Феклисова показала, что у больных плевритом, которые получали специфическую терапию, туберкулез легких в течение 1—5 лет развивается в 11,4%, в контрольной группе обследуемых, не получавших антибактериальной терапии, заболевание встречалось у 43,3%.

А. А. Салеев приводит аналогичные цифры; при применении специфической терапии выявление локального туберкулеза и его прогрессирование установлено в 11,7%, в контрольной группе — в 52,1%.

В подавляющем большинстве работ об отдаленных результатах перенесенного эксудативного плеврита, включая и цитированных выше авторов, как правило, учитываются лишь специфические изменения в легких. В то же время многообразные иные изменения в легких, возникающие в связи с плевритом и после него, не анализируются. Однако более полное катamnестическое обследование лиц, перенесших эксудативный плеврит, может представить известный практический интерес, а полученные данные позволяют критически оценить принятую методику лечения больных плевритом и внести дополнительные рекомендации в систему их диспансерного наблюдения.

Основной целью нашей работы было изучение характера остаточных изменений в легких и плевре, главным образом неспецифических, определение основных функциональных показателей легких, а также туберкулиновой чувствительности у перенесших эксудативный плеврит.

Из 200 больных, лечившихся по поводу эксудативного плеврита в нескольких терапевтических стационарах г. Казани в течение 1945—1957 гг., к обследованию удалось привлечь лишь 20 мужчин и 30 женщин, перенесших плеврит от 3 до 18 лет назад. Преобладающее большинство (31) на учете противотуберкулезных диспансеров не состояло.

Из них заболело в возрасте до 30 лет 24, до 45 — 11 и старше — 15.

Мы разделили обследуемых на 2 группы: в первую (30) вошли больные, которые в период болезни, а также после нее лечились антибактериальными препаратами (чаще проводилась комбинированная терапия); во вторую (20) вошли не получавшие антибактериальные препараты. Ни один из указанных больных гормональной терапии не подвергался.

У значительной части исследуемых наблюдались рентгенологические изменения; наиболее часто имелись плевральные наложения, ограничение подвижности диафрагмы на соответствующей стороне.

Нам не удалось установить заметной разницы в частоте остаточных изменений среди леченных и не леченных антибактериальными препаратами, однако создается впечатление, что плевральные наложения и ограничение подвижности диафрагмы чаще наблюдаются в группе леченных антибиотиками. Это, очевидно, вызвано тем, что при лечении антибиотиками быстро снижается температура, экссудат в большом количестве не накапливается, а малые количества его не эвакуируются. В последующем эти выпоты и служат субстратом для формирования спаечных изменений.

В обеих группах были больные (6 человек) с активными туберкулезными изменениями, часть из этих больных (2) не состояла на учете тубдиспансера, так как срок наблюдения после перенесенного плеврита истек. Чаще наблюдались неактивные очаговые изменения в легких (18 человек).

Согласно исследованиям ряда авторов (Hertz C. W., Köster K., Schmidt T.), установлено понижение функциональных показателей легких после перенесенного эксудативного плеврита. Мы исследовали жизненную емкость легких (ЖЕЛ), дыхательные паузы, частоту пульса и вычислили легочно-сердечный коэффициент Скибинского:

$$\frac{1/100 \text{ ЖЕЛ (в мл)} \times \text{дых. пауза (на вдохе)}}{\text{частота пульса (в покое)}}$$

Считается, что индекс ниже 15 у женщин и ниже 18 у мужчин говорит о понижении функции легочно-сердечной системы.

Легочно-сердечный коэффициент среди леченных антибиотиками был сниженным у 19 (из 30), среди нелеченных — у 12 (из 20). При этом отмечено более частое снижение коэффициента Скибинского у женщин, чем у мужчин, что можно, по-видимому, объяснить меньшей физической нагрузкой у них.

ЖЕЛ исследовалась у 49 лиц.

Снижение ЖЕЛ более чем на 15% к должным величинам отмечено у 11 (из 49), у 33 она была в пределах нормы, у 5 — выше. Чаще снижение ЖЕЛ наблюдалось у женщин и в более пожилом возрасте.

У тех больных, у которых определялась форсированная ЖЕЛ (ФЖЕЛ), можно было отметить значительную разницу между ЖЕЛ и ФЖЕЛ, что свидетельствует о бронхоспастических явлениях (Б. Е. Вотчал и С. М. Шнейдер) после эксудативного плеврита.

Наши данные подтверждают значение дыхательной гимнастики не только в ближайшем периоде после плеврита, но и длительное время спустя.

Тщательный опрос лиц, перенесших эксудативный плеврит, у значительного числа позволил выявить жалобы на боли в грудной клетке, слабость, утомляемость, потливость, одышку, в особенности при физическом напряжении, кашель сухой или с мокротой.

Боли в грудной клетке наблюдались преимущественно у лиц с плевральными наложениями. У 26 (из 50) исследованных отмечался кашель, у 15 — с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты, иногда даже в большом количестве (100—200 мл в сутки). Одышка в покое и при ходьбе отмечена у 15 лиц, причем 6 из них были в молодом и среднем возрасте.

Явления интоксикации (слабость, потливость, утомляемость и др.) отмечены у 10, у двух из них были жалобы и на субфебрильную температуру. Подобные жалобы предъявляли преимущественно лица с туберкулезными изменениями в легких (интенсивные, малой величины, единичные очаговые тени). Следует подчеркнуть, что у лиц с токсической отягощенностью и, казалось бы, стабильными изменениями в легких, туберкулиновые пробы были или пышными, или умеренными.

При физикальном исследовании найдено укорочение перкуторного звука на стороне бывшего плеврита у 18, изменение характера дыхания у 16, шум трения плевры — у 8 человек.

Таким образом, уже при опросе и физикальном исследовании у перенесших эксудативный плеврит можно обнаружить те или иные отклонения от нормы. Эти измене-

ния тем более выражены, чем больше остаточных изменений после перенесенного плеврита. Эти данные заслуживают тщательного учета и анализа при диспансеризации перенесших экссудативный плеврит.

Состоянию кожной туберкулиновой чувствительности придается очень большое значение. Принято, что гиперергические реакции свидетельствуют о большей возможности вспышки туберкулеза (А. Е. Рабухин, И. Б. Бейлин, Б. М. Хмельницкий). У исследованных нами лиц кожная аллергия изучена с помощью реакции Манту в IV разведении. Определить через 48 ч. результаты проб удалось лишь у 44. У трети исследованных наблюдались пышные туберкулиновые реакции. При этом у лиц молодого возраста слабо выраженные реакции вообще не наблюдались, а у трети больных старше 46 лет они были так же яркими. У лечившихся антибиотиками чаще наблюдались более выраженные туберкулиновые пробы. Возможно, это частично связано с относительно небольшим сроком (по сравнению с группой, где антибиотики не применялись), прошедшим после перенесенного плеврита. Пышные туберкулиновые реакции у значительной части перенесших экссудативный плеврит, по нашему мнению, указывают на необходимость длительного наблюдения этих больных в противотуберкулезных диспансерах и проведения профилактических противорецидивных курсов лечения фтивазидом в весенне-осенние периоды.

Среди перенесших экссудативный плеврит наряду со значительной частотой специфических изменений в легких различной активности (у 20 из 50) довольно часто возникают явления плевропневмосклероза в виде плевральных шварт, ограничения подвижности диафрагмы или более значительных легочных изменений — плеврогенные циррозы и бронхоэктазы. Данные изменения обуславливают снижение функции аппарата внешнего дыхания, что особенно заметно в пожилом возрасте. Отсюда делается ясной необходимость борьбы за полное рассасывание экссудата.

Пышные туберкулиновые реакции у значительного числа перенесших экссудативный плеврит показывают, что латентные очаги туберкулеза, которые, возможно, явились причиной возникновения плеврита, еще не потеряли активности и могут грозить рецидивом заболевания. Такое допущение подтверждается также наличием у группы больных явных признаков туберкулезной интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гильман Л. И., Александрова А. А. В кн. Туберкулез у детей. Харьков, 1940.
2. Даль М. К. Сб. раб. Ленинградского ин-та усовершенствования врачей, 1942.
3. Закин М. М. Пробл. туб., 1953, 1.
4. Зубин И. М., Линденбратен Д. С. Сб. науч. раб. Ленинградского ин-та усовершенствования врачей. 1942.
5. Кочнева И. Е. Тез. докл. I Всесоюз. съезда фтизиатров, 1959.
6. Лемберский И. Г. Пробл. туб., 1951, 5.
7. Морарь С. С. Пробл. туб., 1956, приложение.
8. Рабухин А. Е. Туберкулезные плевриты, М., 1948.
9. Рубинштейн Г. Р. Плевриты, М., 1939.
10. Салеев А. А. Пробл. туб., 1960, 3.
11. Скворцов М. А. Сов. хир., 1929, 19.
12. Теппер П. А. Плевриты, М., 1960.
13. Феклисова М. Е. Тер. арх., 1957, 12.
14. Фомина А. С. Серозные экссудативные плевриты. Л., 1948.
15. Эндер С. С. Пробл. туб., 1941, 6.
16. Hertz C. W. Beitr. Klin. Tuberk., 1954, Bd. 112.
17. Köster K. Beitr. Klin. Tuberk., 1953, Bd. 109.
18. Schmidt T. Acta tuberc. scandin., 1957, 33, 4.
19. Szymanski A. Cruzlica. 1957, 25, 9.

Поступила 30 мая 1962 г.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ЗАРАЖЕНИИ У ДЕТЕЙ

Н. А. Черкасова

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.—проф. Г. А. Макарова)
Казанского медицинского института на базе 4-й детской больницы
(главврач — Р. Х. Савенкова)

У детей, больных туберкулезом в острой фазе заболевания, как уже нами сообщалось¹, наблюдается повышение уровня сиаловой кислоты в сыворотке крови. Аналогичные данные приводятся в работах А. Ц. Анасашвили и Hess с сотрудниками.

¹ Казанский мед. ж., 1961, 3.