

Г. З. ГУРЕВИЧ

Туберкулез легких и сифилис (Москва)

Нужно думать, указывает проф. Свенсон, что процент сифилитиков среди туберкулезных больных равняется проценту сифилитиков среди всего населения данной местности. До настоящего времени мнения авторов различны по вопросу о том, является ли сифилис предрасполагающим моментом к заболеванию тбк. В то время как некоторые авторы чуть ли не каждого сифилитика считают кандидатом в число тбк больных, другие отрицают всякое предрасполагающее влияние сифилиса на развитие тбк.

Что касается характера течения тбк процесса при наличии сифилитической инфекции, то большое значение имеет очередность заражения, т. е. период или стадия одного заболевания, когда на него наслаивается другое.

По мнению Гренета сифилис ускоряет течение легочного тбк, особенно если последний развивается у лица, недавно инфицированного сифилисом. В этих случаях тбк принимает форму галопирующей чахотки. Если сифилитический процесс давний, то тбк протекает в фиброзной форме. Шредер находит, что сифилитическая инфекция, которая предшествует тбк или развивается после появления его, всегда ухудшает течение тбк. Тушинский указывает, что тбк, развивающийся в течение вторичного периода сифилиса, протекает грозно; присоединяющийся к третичному сифилису склонен давать цирротическую форму.

Шлезингер различает: 1) старый конституциональный сифилис и свежий тбк легких, 2) старый тбк легких и активный сифилис, 3) сравнительно недавний тбк и свежий сифилис, 4) сифилис легких и тбк легких. Этот автор на основании своих наблюдений приходит к следующим выводам: 1) стационарный застарелый сифилис при хорошем состоянии сил больного не представляет большой опасности для присоединяющегося тбк легких. Но всякое ослабление организма, непосредственно или косвенно вызванное сифилисом, облегчает путь тбк процессу в легких и способствует быстрому и более тяжелому течению последнего. 2) Если тбк процесс клинически несколько лет тому назад излечен, и больной находится в хорошем состоянии, то он переносит присоединившуюся сифилитическую инфекцию совершенно так же, как и здоровые, и только у ослабленных больных с плохим питанием и у стариков тбк легких, казалось бы излеченный, вспыхивает снова и начинает быстро прогрессировать. При хроническом, стационарном, но распространенном процессе в легких и при медленно прогрессирующем тбк присоединяющаяся сифилитическая инфекция оказывает весьма неблагоприятное влияние. 3) При сравнительно недавнем тбк и свежем сифилисе течение тбк процесса зависит от общего состояния больного и его конституции. Если общее состояние б-го хорошее, а конституция крепкая, то тбк лег-

ких и при свежей сифилитической инфекции может иметь вполне доброкачественное течение. И, наоборот, если сифилисом заражается ослабленный больной, имеющий предрасположение к заболеванию (отягощенная наследственность), то присоединяющийся или полученный незадолго до сифилиса тбк легких может протекать тяжело, иногда оканчиваясь смертельным исходом (см. Шлезингер, „Сифилис и внутренняя медицина“).

Меерсон указывает, что, если больные с открытыми формами тбк заражались сифилисом, тбк приобретал острое течение. Он же считает, что длительная хроническая сифилитическая интоксикация действует тормозящим образом на развитие туберкулезного процесса, придавая ему более или менее выраженный фиброзный характер. Чем дальше от момента заражения сифилисом возникает тбк, тем, повидимому, меньше шансов на его острое течение, тем больше шансов на его фиброзный характер. Склерогенные тенденции в организме сифилитика развиваются не сразу, а постепенно на протяжении многих лет воздействия сифилитического токсина на органы и ткани.

За последние три года под нашим наблюдением было 40 человек, болеющих одновременно тбк и сифилисом. Во всех этих случаях была открытая форма туберкулеза легких, причем большинство больных, кроме ВК в мокроте, выделяли и эластические волокна. По степени распространения тбк процесса случаи относятся к стадии III по Турбану. По степени компенсации туберкулезного процесса больные распределяются: АIII—5, ВIII—29, СIII—6.

У всех этих 40 больных легочным тбк сифилис был обнаружен как серологически, так или анамнестически или на основании имеющих у них сифилитических изменений (аортит, периостит или характерные рубцы на коже от сифилитических язв). Все эти случаи консультировались с венерологом. Толчком к поискам и обнаружению сифилиса у некоторых тбк больных послужили заявления ларинголога, которому казалась подозрительной атипичная картина гортанного поражения, не похожая на обычный тбк. Часто резкое несоответствие между очень скудными физикальными данными и значительными изменениями на рентгеновских снимках казалось подозрительным на сифилис. У всех наших больных сифилис был в 3 стадии (Lues III latens).

В зависимости от периода сифилитической инъекции мы наш материал разделяем на 3 группы:

1) Случаи, когда заведомо тбк больные заражались сифилисом, таких случаев у нас было 6. В одном случае тбк процесс обострился и принял прогрессирующий характер. В двух случаях тбк процесс был стационарный. В трех случаях под влиянием антисифилитического лечения и искусственного пневмоторакса наступило улучшение процесса: двое больных стали абацилярными.

2) Случаи, в которых от момента заражения сифилисом до обнаружения открытого тбк легких прошло от 1 до 10 лет — 21 случай. В этих случаях тбк процесс протекал по-разному: то затихая, то давая вспышки. В некоторых случаях он имел стационарный характер с наклоном к фиброзу. У шести больных из этой группы была тяжелая экссудативная форма тбк; из них 3 умерли.

3. Больные, у которых заражение сифилисом задолго предшествовало возникновению открытого тбк легких (от 13 до 25 лет), — 13 случаев. У 7 больных этой группы мы наблюдали продуктивно-фиб-

розный процесс с явлениями резко выраженной эмфиземы. В 6 случаях имелся фибро-кавернозный процесс, дававший то обострение, то затихание. Двое больных из этой группы умерли.

Наши данные говорят о том, что сифилис не укрепляет среду, где локализуется туберкулезное поражение, и склерогенная тенденция сифилиса нисколько не мешает образованию тяжелых кавернозных изменений в легких. Наши наблюдения не сходятся с наблюдениями Кана, который у тбк больных со старым латентным сифилисом находил во всех случаях стационарный характер тбк изменений, не приводивших к изъязвлению и к распаду ткани, не сопровождавшихся токсемическими симптомами. Течение тбк процесса у сифилитиков ничем не отличалось от обычного течения легочного тбк у несифилитиков, если не считать довольно частые кровохаркания, которыми страдали многие из них. Эти кровохаркания приобретают известную диагностическую ценность, если наблюдаются впервые при энергичном лечении ртутью или (еще характернее) сальварсаном. Среди отдельных симптомов, встречающихся чаще, чем при обычном течении легочного тбк, можно отметить: 1) более высокое кровяное давление, 2) увеличенные размеры сердца, 3) склероз аорты или диффузное расширение ее, 4) преждевременный склероз периферических сосудов. Что касается рентгеновской картины, то в некоторых случаях нам приходилось видеть обилие фиброзных тяжей с большим или меньшим количеством плотных очагов.

При одновременном инфицировании организма сифилитическим вирусом и туберкулезной палочкой попадают случаи, когда в легких имеются изменения, вызванные обеими этими инфекциями. Это так называемые гибридные туберкулезно-сифилитические формы заболевания легких. Таких случаев нам встретилось два.

Имеются ли отличительные признаки, указывающие на сочетание в легких сифилиса и тбк? Перкуссия и аускультация не разрешают вопроса. Пиори и Миньо отмечают при установленном тбк легких (ВК в мокроте) целый ряд признаков, указывающих, по их мнению, на совместное течение сифилиса легких и тбк: 1) сравнительно низкая температура, 2) хороший общий вид, 3) необычная локализация, 4) образование в фиброзной ткани каверн, 5) склероз легких, одностороннее заболевание, 6) одностороннее западение грудной клетки. Но все эти симптомы встречаются нередко и при банальном тбк легких. Большую помощь оказывает нам иногда рентген. Сержан и Коттеко для распознавания сифилиса в случае фиброзного тбк придают большое значение наличию склеротических известковых изменений в легких, что ведет иногда даже к отхаркиванию известковых камешков, в которых еще можно обнаружить ВК. Если имеется характерное для сифилиса легких треугольное затемнение, обращенное с одной стороны к воротам легкого и расположенное в средней или нижней доле с излучающими фиброзными полосами и если находят, кроме того, множественные мелкие пятна, рассеянные по всему легкому—комбинация сифилиса и тбк становится очень вероятной (Шредер). При диагностике необходимо руководствоваться наличием сифилитических изменений в других органах.

Если лечение чистых форм сифилиса легких является делом далеко нелегким и требует очень большой осторожности, то тем более затрудняет врача терапия комбинированных и гибридных форм тбк легких и сифилиса, так как его воображению рисуется крайне вред-

ное действие антисифилитических препаратов на паренхиму легких. При назначении специфической терапии необходимо руководствоваться тяжестью и свежестью обоих заболеваний и общим состоянием организма. Нужно иметь в виду, что специфическая противосифилитическая терапия является довольно сильной терапией раздражения, поэтому следует проявлять особую осторожность при лечении легочных больных. Все зависит, как говорит проф. Эйнис от такта и опыта врача. В наших случаях мы проводили антисифилитическое специфическое лечение в зависимости от иммунобиологических сил больного. Назначался биохиноль и сальварсан. Сальварсан мы вводим небольшими дозами. Больные переносили лечение хорошо, только в двух случаях во время лечения больные давали частые кровохаркания. Мы вполне присоединяемся к мнению Нагибина, что лечение больных должно проводиться фтизиатром или совместно с венерологом при постоянном и тщательном терапевтическом наблюдении за больным. Сифилис не является противопоказанием для применения хирургических методов лечения легочного тбк. Показания для наложения искусственного пневмоторакса остаются те же, как если бы перед нами был чистый тбк легких без сифилитической инфекции. В 10 наших случаях мы применили искусственный пневмоторакс. В 2 случаях с давностью сифилиса более 10 лет пневмоторакс оказался неэффективным из-за обилия тяжей и спаек. У 8 больных наступило значительное улучшение, из них 6 человек стали абацилярными. В одном случае дополнительно к пневмотораксу мы применили с успехом френикоэкзерез.

Поступила 15. XI. 1938.