

Из Саратовского туберкулезного института (дир. А. Михайлов).

Два случая геморагического плеврита.

Проф. Л. Коробков.

Представляется небезынтересным подвергнуть аналитическому разбору два случая экссудативного плеврита. Эти плевриты поликлинически толковались врачами, как имеющие туберкулезное происхождение. На этом основании больные и были присланы в тубинститут. В стационаре тубинститута оба больные экзистировали. Была произведена патолого-анатомическая секция. Однако правильный диагноз оказалось возможным поставить еще при жизни больных, в одном случае с уверенностью, в другом — с большой вероятностью. При одинаково геморагическом характере экссудата, одинаковой давности заболевания (по анамнезу) и при одинаковом отсутствии патологических изменений в свободном легком, этиология плевритов была различной. Между прочим, как в одном, так и в другом случае ВК в мокроте не были обнаружены. Это тоже сближало случаи.

Таким образом, данные амбулаторного исследования действительно могли говорить в пользу туберкулеза; тем более, что оба случая протекали с лихорадкой, причем отсутствие палочек, как и геморагичность экссудата не должно было поколебать этого диагноза. Известно, что палочки вообще не всегда отыскиваются с первого раза. В наших же случаях они могли не выделяться потому, что пораженное легкое было сдавлено, подобно пневмотораксу, экссудатом. Что же касается геморагичности последнего, то, ведь, присутствие крови в туберкулезных вынотах является правилом. Вопрос в количестве такой примеси. Однако, встречаются и сильно геморагические плевриты туберкулезного происхождения. Получается в некотором роде порог, предел поликлинической диагностики. Дальше она углубляется, повидимому, не в состоянии. И тут уже наступает очередь клиника с большей полнотой ее исследования и наблюдения. И клиника может установить, что сходство между случаями, так сказать, внешнее. С другой же стороны, и что особенно важно, клиника указывает, какие более тонкие признаки требуется учитывать, чтобы уловить различие при диагностировании и в условиях поликлиники.

1. Б-ой Ч., 45 лет, рабочий стекольного завода. Лечился амбулаторно и стационарно в своей больнице. Общая слабость, кашель, боли в груди. Считает себя больным около четырех месяцев. Началось с колотья в правом боку. Врачи говорили о плеврите справа. Лежал в больнице, улучшения не было. Плохой аппетит, отмечает похудание за время болезни. Мокрота не исследовалась.

Объективное исследование. Приглушение перкуторного звука над правой половиной грудной клетки сзади от середины лопатки и спереди с 3-го ребра до конца грудной клетки; в области приглушения резкое ослабление дыхания

и голосового дрожания. Выше притупления—дыхание с бронхиальным оттенком влажные (мелкие и средние) и сухие хрипы. Над левым легким жестковатое дыхание и сухие хрипы. Сердце—верхушечный толчок вблизи сосковой линии, тоны глуховаты. Пульс (после инъекции камфоры) учащен, ритмичный, удовлетв. наполнения, мягкий. Селезенка не прощупывается, перкуторно не увеличена. Печень почти до пупка, болезненна; консистенцию и характер поверхности установить не удается из-за напряженной брюшной стенки. Бледность при общей темной окраске кожного покрова. Под кожей груди несколько мелких, болезненных, спаянных с подлежащими тканями плотных узелков, один из них под кожей живота. Рентгеноскопия при поступлении (произведенная весьма опытным специалистом) дала следующее: „Интенсивное диффузное затемнение всех полей справа. Сердце не смещено (плевральные + легочные изменения). Слева усиление легочного рисунка“. Со стороны гортани констатируется острый ларингит, туб. характера (?).

Состояние 6-го. Тяжелое. Значительная одышка. Вечерняя температура 37,5—37,7°; утренняя—норма. Пульс даже при небольших движениях резко учащается, наполнение и напряжение падает. Большой все время на камфоре; вводится также кофеин. Пробный прокол обнаружил геморрагический экссудат. Решено было удалить часть жидкости. Извлечено около 600 см³. Однако это извлечение не дало благоприятного эффекта, и больной погиб на 8-й день. Лабораторные исследования. Моча: реакц. кислая, уд. в. 1020. Белок—следы. Осадок: единичные лейкоциты; мочевая кислота в небольшом количестве; много аморфных фосфатов. Мокрота (четырекратное исследование): эластических волокон, ВК и лучистого грибка не оказалось. Кровь: эритроциты 4170000, гемоглобин 65% (цветовой показатель 0,79), лейкоциты 13800. Формула: э. 1, ми 1, ю. 1,5, п. 24,5, с. 53,5, лф. 15,5, мн. 3%₀. РОЭ—50. Исследование плевритического экссудата показало большое количество эритроцитов; из лейкоцитов преобладают лимфоциты—95%₀, ВК не найдены.

2. Б-ой А., 30 лет, лаборант по молочному делу. Анамнез: боли в боках и в животе, кашель, общая слабость. Считает себя больным 4 месяца. Появилась боль в правом боку и повышенная температура. Констатирован выпотный плеврит. Лечился амбулаторно, в больнице и в тубсанатории. Определен выпотный плеврит, прокол в санатории дал кровянистую жидкость. Объективное исследование. Значительное похудание. Лицо имеет лихорадочно-цианотический вид. Правая половина грудной клетки резко отстает при дыхании. Прогрессивно усиливающееся притупление и, наоборот, прогрессивно ослабляющееся дыхание и голосовое дрожание справа (сверху книзу) сзади от середины лопатки, а спереди с 3—4-го ребра. Слева дыхание имеет слегка дующий, жестковатый характер, хрипов нет. Частота дыхания—40 в 1'. Сердце: левая граница—за сосковую линию на $\frac{1}{2}$ —1 поперечный палец; тоны глухи. Пульс—120 в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Селезенка не увеличена. Печень увеличена, почти до пупка, болезненна, плотноватой консистенции, характер поверхности определить не удается из-за напряжения покровов.

Состояние больного тяжелое. За все время пребывания в стационаре (1 $\frac{1}{2}$ м-ца) высокая, неправильного типа температура до 39°. Состояние прогрессивно ухудшалось. Было сделано два извлечения геморрагического экссудата—500 и 700 см³. Это дало лишь временное облегчение. Часто понос. Испражнения, к сожалению, не исследовались. Рентгеноскопия при поступлении: справа сверху до диафрагмы диффузное затемнение, интенсивнее книзу. Слева лишь легкое завуалирование нижнего поля.

Сердце смещено влево на 2 пальца. Рентгеноскопия после откачиваний: жидкость с 5-го ребра, выше воздух и сдвинутное легкое; слева—тоже. Лабораторные исследования. Моча: реакц. кислая, уд. в. 1028. Белок—следы. В осадке—единичные лейкоциты, цилиндры и в большом количестве оксалаты и ураты. Мокрота (многочратное исследование)—ВК и эластических волокон нет. Кровь (троекратное исследование). РОЭ при поступлении 42, при обоих же последующих определениях, т. е. к концу пребывания—5. Эритроциты 5500000, через месяц 4200000. Гемоглобин, соответственно, 70%₀ и 55%₀. Таким образом цветовой показатель почти не изменился (0,63 и 0,65), несмотря на прогрессирование анемии. Формула показала прогрессирующее усиление сдвига влево, однако своеобразно. При поступлении: б. 1, э. 1, п. 16, с. 49, лф. 13,5, мн. 19,5%₀. Перед смертью: п. 0,5, э. 0,5, п. 40, с. 53, лф. 5, мн. 1%₀.

Плевритический экссудат (повторное исследование). Микроскопия свежего

препарата: эритроциты в большом количестве; в поле зрения несколько лейкоцитов; через много полей зрения встречаются 1—2 эндотелиальных клетки. Микроскопия окрашенного препарата: ВК не найдены, лимфоцитов 62—80%. Реакция Вассермана отрицательная.

Приступаем к разбору. Случай первый. Будем исходить из поликлинического диагноза. Как уже указывалось во введении, геморрагичность экссудата не исключает тбк. Повторное отсутствие ВК в мокроте заставляет призадуматься, однако тоже не отвергает этого диагноза. Но вот останавливает на себе внимание необычное явление: плотные узелки под кожей. Затем—развившаяся за четыре месяца резкая слабость б-го; и это при невысокой температуре и при отсутствии значительных изменений со стороны сердца, которое, к тому же, почти и не смещено. Вряд ли такие явления могли бы развиваться при тбк, и притом лишь одного легкого. Такую резкую слабость можно было бы наблюдать при остро прогрессирующем обширном поражении обоих легких. Формула крови обнаруживает присутствие юных форм нейтрофилов и даже миелоцитов. Это для туберкулеза также не характерно. При тбк, как правило, сдвиг распространяется лишь до палочкоядерных, герп. кончается ими.

Наконец, при исследовании лейкоцитов экссудата у нас оказывается преобладание лимфоцитов, как это и бывает при тбк. Однако такое значительное преобладание, как 95%, мне лично приходилось наблюдать, в связи с геморрагичностью экссудата, при плевритах иного происхождения, именно карциноматозного. И вот, если с этой точки зрения взглянуть на случай, то такой диагноз окажется весьма подходящим. Причем теперь, в связи со всеми другими данными, приобретают значение признаки геморрагичности экссудата, отсутствие палочек, а также и возраст. Важно отметить, что и по амбулаторно-поликлинической диагностике можно было бы выделить два признака, говорящих в пользу опухоли. Это—подкожные узелки (метастазы) и быстро развившаяся резкая слабость. Если эти признаки сопоставить с возрастом и отсутствием изменений в другом легком, то и поликлинический диагноз должен был бы получить уклон не в сторону тбк.

Секция установила бронхиальный рак в правом легком с метастазами в печень, правую почку и под кожу.

Анализ второго случая представляется более трудным. Хотя, конечно, и тут приходится проводить дифференциальную диагностику практически лишь между двумя болезнями: тбк и новообразование. Другие причины геморрагических плевральных экссудатов, как травма, скорбут и проч., довольно легко исключаются. Попробуем опять исходить из поликлинического диагноза, т. е. тбк. Здесь, как и в первом случае, отсутствует поражение второго легкого, повторно отсутствуют палочки в мокроте.

Однако подкожных узлов у этого больного нет. Но, может быть, это случайное явление? Такое мнение вполне допустимо, наружные метастазы, конечно, не обязательны. Затем, температура у этого больного значительно выше, хотя это наблюдается и при некоторых случаях новообразований. В пользу

тбк определенно говорит лейкоцитарная формула. Сдвиг даже при резком усилении (93% всех нейтрофилов) ограничивается лишь палочкоядерными. Меньший процент лимфоцитов в экссудате тоже указывает скорее на тбк.

Таким образом, по совокупности перечисленных данных, следовало бы склониться к тбк, даже и при отсутствии ВК и поражения второго легкого. Но тут вклинивается одно смущающее обстоятельство. Мы имеем в виду указание, и повторное, на присутствие эндотелиальных клеток в экссудате. Нельзя сказать, что эндотелиальных клеток не находили в экссудатах туберкулезного происхождения. Но, конечно, несравненно чаще они встречаются при опухолевых плевритах. Затем, противоречивы были показания РОЭ¹⁾.

Аускультативные явления над экссудатом, т. е. в самых верхних отделах сдавленного легкого, целиком могущие зависеть от биомеханических причин, в этом, как и в первом случае, — не были приняты во внимание при дифференциальной диагностике.

В итоге, диагноз тбк кажется более вероятным, хотя и не покидает тень сомнения.

Что касается поликлинического диагноза, то последний мог быть поставлен лишь в качестве альтернативы („либо тбк, либо опухоль“).

Секция показала фибро-казеозно-кавернозный тбк правого легкого с незначительными изменениями в левом и с поражением кишечника.

Из Саратов. туб. ин-та (дир. А. Михайлов)

Случай гнойного плеврита.

Проф. Л. Коробков и В. Чернышев.

Больная Б, 33 лет, доставлена в консультацию Саратовск. тубинститута 15/IX 1936 года. Краткий анамнез и физикальное исследование указывают на правосторонний экссудативный плеврит. Произведенное амбулаторно рентгеновское исследование это подтверждает и отмечает специфические изменения в свободном легком справа (сверху до диафрагмы диффузное интенсивное затемнение. Слева усиленный легочный рисунок и в подключичном пространстве несколько неинтенсивных очагов. Сердце и сосуды весьма значительно оттеснены влево). Состояние больной требует стационарного лечения. Диагноз туберкулеза не вызывает сомнений, он подкрепляется заявлением больной о частом нахождении у нее в мокроте ВК.

Больная помещена в стационар тубинститута. Анамнез. Боли в правой половине грудной клетки. Одышка. Кашель с мокротой. Высокая температура. Слабость. Ночные поты. Б-ная, повидимому, с неуравновешанной психикой, многословна. В прошлом травматический невроз. В течение продолжительного времени болела психастенией. Муж болел легочным туберкулезом, от которого и умер в 1935 году. У самой больной легочный туб. процесс с 1924 года, неоднократно находили в мокроте ВК. Лечилась амбулаторно и стационар-

¹⁾ Это не нашло себе объяснения; температура была высокой до смерти больного.