

кожная туберкулиновая аллергия постепенно снижаются; возможно, при этом играет роль характерная для диссеминированного туберкулеза и «диссоциация» аллергической реактивности различных отделов сосудистой системы (М. Р. Борок).

То обстоятельство, что геморрагии «под жгутом» возникают лишь в папуле и не наблюдаются в зоне эритемы, свидетельствует, по-видимому, о том, что папула является основным субстратом в оценке туберкулиновой реакции.

Поскольку обнаружение выраженных геморрагий в туберкулиновых реакциях «под жгутом», как нам кажется, указывает на состояние повышенной специфической аллергической реактивности организма, здесь, очевидно, целесообразно назначение энергичной десенсибилизирующей терапии и таких сосудотонизирующих средств, как препараты кальция, витамин «К», рутин, пирамидон, аскорбиновая кислота, гемотрансфузии, кортикостероидные гормоны.

ВЫВОДЫ

1. Наложение жгута при оценке туберкулиновой реакции позволяет произвести более точное (чем при других способах) измерение размеров основного компонента реакции — папулы.

2. Возникновение и выраженность геморрагий в зоне туберкулиновой реакции «под жгутом» характеризует степень повышенной чувствительности сосудистой системы к туберкулину.

3. Наложение жгута на 6—7 минут через 5, а особенно через 12 ч. после постановки туберкулиновой пробы способно усилить реакцию.

4. При оценке результатов туберкулиновой реакции следует принимать во внимание наличие положительного симптома Румпель-Леде-Кончаловского, поскольку им во многих случаях обуславливаются более яркие реакции.

5. Описанный феномен возникновения геморрагий в туберкулиновой реакции «под жгутом» заслуживает применения в практике туберкулинодиагностики и дальнейшего его изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И. В кн.: Тр. 1 Моск. мед. инст., т. I, вып. 1, 1935.— 2. Адо А. Д. Клин. мед., 1959, 12.— 3. Анасашвили А. Ц. Пробл. туб., 1959, 1.— 4. Драбкина Р. О. Клин. мед., 1959, 12.— 5. Модель Л. М. В кн.: Вегетативные дисфункции и нарушения обмена при туберк., М., 1944.— 6. Струков А. И. Пробл. туб., 1938, 8.— 7. Фогельсон Л. И. и Фельдман Т. Н. В кн.: Кислородная терапия, Киев, 1952.— 8. Фрадкин В. А. В кн.: Актуальные вопросы туберк., изд. ЦИУ, М., 1960.— 9. Edwards L. B. Acta tub. Scand., 1959, 47.— 10. Hioki H. Ann. Rep. Jap. Assoc. Tub. 1957, 2.— 11. Heaf F. Acta tub. scand., 1959, 47.— 12. Jonsen J. a. Ustvedt H. Tuberc., 1950, 11.— 13. Lade O. Arch. Kinderheilkunde, 1921, 68.— 14. O'Grady F. Brit. J. Dis. chest., 1959, v. 53.— 15. Palmer C. E. Am. rev. tub., 1953, v. 68.— 16. Perys I. Am. rev. tub., 1955, v. 71.— 17. Sallinen P. Acta tub. scand., 1952, v. 27.— 18. Steinbrück P. Ztschr. Tub., 1950, Bd. 94.— 19. Vollmer H. Am. J. Dis. Child., 1937, v. 54.

Поступила 18 января 1961 г.

ТРАХЕОБРОНХОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Мл. научн. сотр. М. В. Шестерина

Бронхоротделение (зав.—проф. А. Н. Вознесенский) Московского научно-исследовательского института туберкулеза Минздрава РСФСР

Современные противотуберкулезные препараты резко уменьшили опасность обострения процесса в легких и гортани, в связи с чем стало возможным применение бронхоскопии при остаточных процессах в гортани и распространенных формах легочного туберкулеза. Из 451 больного туберкулезом бронхов мы отметили обострение легочного процесса только у 14 с запущенным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и еще ранее повторявшимися «вспышками», почему обострения у них после бронхоскопии мы и не можем с нею связать.

Данное сообщение основано на результатах 3385 бронхоскопий, проделанных в институте за 1954—1957 гг. С туберкулезным процессом в легких было 1649 человек. Из них у 451 (27,2%) при исследовании обнаружен специфический трахеобронхит той или иной локализации.

У 281 был хронический фиброзно-кавернозный туберкулез легких, у 78—инfiltrативный, 28 страдали очаговым туберкулезом, у 23 был хронически текущий пер-

вичный туберкулез, у 22 — хронический диссеминированный и у 19 — первичный комплекс.

Таким образом, туберкулез бронхов чаще всего встречается при хроническом фибринозно-кавернозном туберкулезе легких, что подчеркивает особое значение спуточного пути инфекции при этом заболевании.

Долгое время специфические поражения бронхов при первичном туберкулезе не диагностировались. Применение бронхоскопического обследования сделало возможным установить, что изменения в бронхах при первичном туберкулезе встречаются чаще, чем это принято думать. Из 85 бронхоскопированных нами больных с хронически текущим первичным туберкулезом у 23 (27%) мы встретили специфические эндобронхиты. Примерно так же часто (26,7%) поражаются бронхи при первичном комплексе. В связи с этим наличие первичного туберкулеза должно являться показанием к трахеобронхоскопическому обследованию.

Частота выявленного бронхоскопией туберкулеза бронхов среди различных возрастных групп следующая:

Возраст больных	Количество бронхоскопированных больных	Из них оказалось с туберкулезом бронхов	
		абсолютное число и процент	
5—14 лет	116	30 (25,8)	
15—19 "	244	36 (14,7)	
20—29 "	670	177 (26,4)	
30—39 "	406	113 (27,8)	
40—49 "	172	76 (44,2)	
50 лет и старше . .	41	19 (46,3)	
Итого	1649	451 (27,2)	

Как видно, поражение бронхов чаще встречается в средние и, особенно, пожилые годы, что можно объяснить преобладанием в этом возрасте распространенных фибринозно-кавернозных форм туберкулеза. Определенную роль, несомненно, играют длительность заболевания легочным туберкулезом и частота хронических катаров дыхательных путей у людей пожилого возраста.

Некоторые авторы (А. Я. Цигельник, В. Ф. Ундриц, Ауэрбах, Джоунс и Эли, Бём и др.) утверждают, что туберкулез трахеи и бронхов чаще встречается у женщин. Из обследованных нами 865 мужчин туберкулез бронха обнаружен у 26,6%, из 784 женщин у 28,2%. Женщины молодого возраста (15—19 лет) заметно чаще страдают специфическими бронхитами. Противоположные данные получены у людей пожилых (40—49 лет), у которых туберкулез бронха чаще встречается у мужчин, что объясняется курением и более частыми у них катарами дыхательных путей.

Туберкулезные эндобронхиты могут протекать остро, подостро и хронически. Наиболее частым признаком туберкулезных эндобронхитов является кашель, сухой или с мокротой. Не всегда легко отграничить кашель, связанный с изменениями в легких, и кашель, зависящий от поражения крупных бронхов. Из 451 нашего больного с туберкулезным эндобронхитом 282 (62,5%) страдали сильным, приступообразным кашлем. Эти данные совпадают с результатами других исследователей (Э. С. Дунаевская, А. Б. Полежаев и др.). Кашель часто сопровождался выделением большого или меньшего количества мокроты. У 19,9% больных кашлю сопутствовали боли в грудной клетке различной интенсивности и сильная одышка (у 28,8%). Нам ни разу не удалось встретить кровохаркание как симптом туберкулезного эндобронхита. Чаще это симптом «сухих» бронхоэктазов, новообразования, кровотокающих полипов, геморрагических бронхитов, варикозного расширения вен бронха и т. д.

Большинство объективных симптомов при туберкулезе бронхов связано с нарушением бронхиальной проходимости. Мы встретили ателектаз у 14 больных, раздутые каверны — у 4, горизонтальный уровень жидкости в каверне — у 3, каверну под пневмотораксом — у 5.

Однако не всегда туберкулезное поражение трахеи и бронхов протекает с симптоматикой, о которой говорилось выше. В определенном проценте встречается и их бессимптомное течение: в 3% — по Гуцли и Бём, в 12% — по А. Б. Полежаеву и в 11,3% — по нашим данным. Это крайне важно, так как свидетельствует о необходимости бронхоскопического обследования всех больных, которым предстоит хирургическое лечение.

Необходимо лишь при этом учитывать и следующие противопоказания к трахеобронхоскопии (А. Н. Вознесенский):

1. Аневризму аорты, декомпенсированный порок сердца, недавно перенесенный инфаркт миокарда и значительно выраженные — гипертонию, атеросклероз, кардиосклероз.

2. Высокую температуру, одышку, отеки, асцит, обширный экссудат, значительное смещение органов средостения.

3. Активный туберкулез верхних дыхательных путей, особенно со склонностью к стенозу.

4. Острые и подострые заболевания дыхательных путей, кишечника, почек.

5. Обострение радикулита, ишиаса, плексита и других заболеваний периферической и центральной нервной систем (эпилепсия с частыми припадками и др.).

6. Менструальный период, беременность (вторая половина).

7. Базедовизм 2—3 степеней, микседема, диабет.

8. Недавно перенесенное легочное кровотечение.

9. Тугоподвижность и искривление в шейных отделах позвоночника.

10. Привычный вывих нижней челюсти.

В день производства бронхоскопии и накануне нельзя делать поддуваний, пункций и т. п.

У детей возможны прорывы в бронх распадающегося лимфоузла. При этом наблюдается бурная клиническая картина, симулирующая в ряде случаев инородное тело бронха. Такие процессы являются причиной диагностических ошибок (Ю. А. Лощманов, М. Г. Панасюченко и др.); особенно часты они при не распознанных до этого туберкулезных поражениях. Подобные формы стали наблюдаться реже при своевременном применении антибактериальных препаратов.

Основными морфологическими проявлениями туберкулеза трахеи и бронхов являются инфильтрат, язва и при заживлении ее — рубец. Указанные формы могут протекать с преимущественно продуктивной или экссудативной реакцией (А. Н. Вознесенский). Такое деление очень удобно в клинике и довольно точно отображает картину.

Как и другие авторы (Е. А. Иващенко и др.), мы отметили преобладание в бронхах инфильтративных форм туберкулеза. Язвенные процессы, по нашим данным, составляют лишь 19,8% всех случаев туберкулеза этой локализации. Интересно отметить, что почти у половины обследованных нами больных с язвенными трахеобронхитами язва наблюдалась в двух или трех местах. В устьях долевых бронхов язвенные процессы встречаются крайне редко; в основном они наблюдаются в главных (основных) бронхах и несколько реже — в стволовых. При сравнении частоты язвенных форм в различном возрасте выявилось, что относительная частота их с возрастом увеличивается. Разница в крайних возрастных группах оказалась большой. Так, в возрасте от 15 до 19 лет язвенный процесс составляет $\frac{1}{7}$ часть всех поражений, а в возрасте от 50 лет и старше — $\frac{1}{3}$, тогда как процессы в легких у этих больных были примерно одинаковы.

Экссудативные, инфильтративные и язвенные процессы мы наблюдали в основном при хроническом фиброзно-кавернозном легочном туберкулезе, чаще у женщин. Так же, как и язвы, экссудативный туберкулез встречается преимущественно в крупных бронхах — правом и левом главных и при множественной локализации. Таким образом, характер поражения главных бронхов с обеих сторон и тем более при изменениях в двух — трех местах является более выраженным.

При регрессировании туберкулезного процесса дыхательных путей язвы могут эпителизироваться, не оставив заметных следов. В других случаях на месте бывших язвенных изменений видны рубчики неправильной формы.

Лишь крайне редко при больших распространенных язвах, которые вообще значительно медленнее излечиваются, образуются грубые рубцы, ведущие к деформации бронха и сужению его просвета. Инфильтраты обычно рассасываются бесследно, лишь иногда остается небольшая гиперемия. Возможен еще один вид заживления, когда воспалительные явления рассасываются, а инфильтрат в бронхе, как это бывает и в гортани, уплотняется, и на его месте образуется фиброзное утолщение слизистой оболочки. Это уплотнение ткани может существовать длительно.

Сравнительно недавно прогноз при туберкулезном поражении трахеи и бронхов был крайне неблагоприятным. Обычно через 2—4 года наступала смерть. Случаи полного выздоровления наблюдались очень редко (Дэвис). Применение современных антибактериальных средств дало возможность в среднем в течение 3—4 месяцев добиваться затихания или излечения специфических изменений в трахее и бронхах. В результате терапии антибактериальными препаратами на фоне общего комплексного лечения мы достигли хороших результатов, то есть клинического излечения и значительного улучшения в 89%, улучшения — в 8%, процесс остался без перемен в 2,2%. Только у троих больных (0,8%) отмечено прогрессирование туберкулеза бронхов, один из них умер. Это были больные с запущенным, прогрессирующим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Результаты лечения специфических трахеобронхитов были неодинаковы в зависимости от характера процесса в бронхах, характера изменений в легких и способа лечения. Лучшие показатели наблюдались при лечении инфильтративных форм туберкулеза бронхов. Кроме того, можно отметить, что в бронхах, так же как и в гортани, быстрее рассасываются экссудативные явления. Естественно, что при поражении

трахеи и бронхов в двух-трех участках наблюдались наихудшие результаты от лечения, даже независимо от характера изменений. Процесс в таких случаях протекает более длительно, и клиническое излечение нами достигнуто только у половины больных.

Вторым, не менее важным фактором, оказывающим влияние на результаты лечения трахеобронхиального туберкулеза, является характер легочных изменений. Относительно худшие показатели мы получили у больных, страдающих хроническим, далеко зашедшим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. При менее тяжелых формах туберкулеза легких специфические эндобронхиты регрессировали заметно быстрее. Эти данные лишней раз подчеркивают, что туберкулезный процесс бронха является одним из проявлений общего заболевания и связан с основным поражением в легких.

Наконец, имеет значение способ лечения. Лучшие показатели получены у больных, лечившихся одновременно различными видами коллапсотерапии. Несколько менее эффективные результаты отмечены у лиц, которым не применялась коллапсотерапия, но к их общему лечению добавлялись интратрахеальные вливания. Наихудшие показатели оказались у лечившихся только антибактериальными препаратами, перорально или внутримышечно.

Необходимо комбинировать не только различные препараты, но и способы их введения, сочетая общую терапию с интратрахеальными вливаниями или аэрозольными ингаляциями. Из прослеженных 361 чел. значительное улучшение туберкулезного процесса достигнуто у 33 (9,2%), улучшение — у 238 (65,9%), состояние осталось без перемен у 76 (21%) и наступило ухудшение у 14 (3,9%) с фиброзно-кавернозным туберкулезом, четверо из них умерли.

Следует отметить, что ухудшение процесса в легких только у 3 больных сопровождалось ухудшением туберкулеза бронхов; у 3 больных при этом наблюдалось даже клиническое излечение и у 2 — улучшение.

Проводимая терапия оказалась более эффективной в отношении туберкулезных трахеобронхитов, чем туберкулеза легких. Об этом в свое время писали А. Н. Вознесенский, А. Е. Рабухин. Авторы объясняли разницу тем, что поражение дыхательных путей представляет собой более свежие «процессы», при которых еще не успели образоваться стойкие необратимые патоморфологические изменения, и большей склонностью к заживлению язвенных поражений слизистых оболочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бонгард П. И. Пробл. туб., 1951, 5; Сов. мед., 1951, 12.—2. Вознесенский А. Н. Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов, рта и пищевода. 1948; Пробл. туб., 1949, 6; Пробл. туб., 1960, 5; Вестн. отоларингол. 1952, 6; 1954, 5.—3. Дунаевская Э. С. Пробл. туб., 1951, 2.—4. Зимонт Д. И. Хирургия верхних дыхательных путей. М., 1948, т. 2.—5. Иващенко Е. А. Исследование по диагностике и терапии туберкулеза, Свердловск, 1953.—6. Коганас Л. С. Вестн. оториноларингол., 1954, 5.—7. Лоцманов Ю. А. Вест. оториноларинголог., 1953, 3.—8. Панащенко М. Г. Вест. оториноларингол., 1956, 5.—9. Свищайтис М. Г. Сб. науч. тр., Вильнюс, 1956, т. 2.—10. Ундриц В. Ф. Вест. оториноларингол., 1948, 5.—11. Распопов А. П. Булл. института туберкулеза АМН СССР, 1949, 3.—12. Цигельник А. Я. Пробл. туб., 1946, 5.—13. Auerbach O. Am. Rev. Tuberc., 1949, 60, 5.—14. Böhm F. Beitr. klin. Tuberc., 1951, 105, 1.—15. Davies R. Am. Rev. Tuberc., 1943, 48, 2.—16. Huzly A., Böhm F. Bronchus und Tuberculose. Stuttgart, 1955.—17. Janes R., Alley F. Am. Rev. Tuberc., 1951, 63, 4.—18. Moses J., Stone M. O. Dis. chest., 1945, 11, 1.—19. Phelps K, Bronchoesophag. Assoc., 1942.

Поступила 24 мая 1959 г.

О СЕГМЕНТАРНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

Асс. Л. И. Москвичева

Кафедра госпитальной терапии (зав.—проф. Л. С. Шварц) и кафедра рентгенологии (зав.—проф. В. Н. Штерн) Саратовского медицинского института

Долевой характер поражения, типичный для крупозной пневмонии, является, как известно, наиболее признанным отличием ее от очаговой.

Имеющиеся разногласия среди сторонников долевого поражения легких касаются темпа развития процесса. Большинство исследователей считает, что долевого крупозная пневмония становится не сразу, а с течением времени, по мере распростра-