

6. При наличии этого сочетания распознавание пульмонита, ассоциирующегося с пороками митрального клапана или с поражением сердечной мышцы, может быть проведено только при отсутствии признаков расстройств кровообращения, т. к. в этом случае отсутствует повод к повышению внутрисосудистого давления, способного обусловить расширение легочной артерии.

7. Пульмонит, как изолированное заболевание, может быть диагностирован лишь путем исключения всех других состояний и процессов (врожденные пороки, туберкулезные изменения в легких, цирротические процессы в них и т. д.), которые могут вызвать сходные клинические или рентгенологические изменения со стороны легочной артерии.

8. В результате перенесения пульмонита могут наблюдаться стойкие и необратимые изменения стенки сосуда.

9. Непосредственный прогноз пульмонита следует считать благоприятным, ввиду относительно небольшого влияния, оказываемого им на деятельность и состояние сердечно-сосудистой системы в целом.

Литература. 1. Британишский, Сов. врач. газета. № 7, 1934 г.—2. Гольст, Клиническая медиц., т. XI, № 5 6, 1933 г.—3. Aguirre - Ricardo—Mosto, Zent. f. Kinderh—B. 29. H. I. 1934 г.—4. Schönfeld u. Frank, Monat. f. Kinderh.—B. 67, 411—414, 1936 г.

Из Саратовского туберкулезного института (директор А. Михайлов).

Эндовазальный метод применения туберкулинотерапии у детей.

Е. Н. Липовецкая.

В области туберкулинотерапии детей были периоды увлечений и разочарований, и до сих пор не выработаны ни единая методика, ни формы ее применения, ни дозировка.

Туберкулинотерапия путем втирания равных частей туберкулина и ланолина (Петрушки, Медовиков, Кресслинг) не дала нам ощутительных результатов.

Распространенный способ лечения туберкулином—подкожный в детском возрасте мало применим, так как, несмотря на высокие разведения, все же получается обострение процесса и резкая общая реакция. На основе нашего опыта мы пришли к следующему убеждению: если при туберкулинотерапии взрослых в вопросе об анэргизирующей или аллергизирующей терапии можно еще спорить, то у детей, где мы имеем дело преимущественно с формами туберкулеза, протекающими с аллергией типа Ранке II и где постоянно возможна тенденция к генерализации процесса, надо стремиться к понижению специфической и неспецифической чувствительности.

Соглашаясь с Гайеком, считающим, что задача специфической терапии заключается в том, чтобы подавлять неблагоприятные

реакции, усиливать благоприятные и увеличивать выносливость к туберкулину, мы считаем, что добиться этого при подкожном введении туберкулина необычайно трудно, даже при предварительном исследовании туберкулинового титра в каждом отдельном случае. Вот почему, получив неблагоприятные результаты при подкожном методе, мы продолжали искать другие способы применения туберкулина. Познакомившись с эндоназальным способом применения туберкулина (Иванова „Врач. газета“, № 20, 1933 г.), при котором, по мнению автора, можно применять большие дозы, не опасаясь реакции, мы решили испытать его, расширив показания.

„В более редких случаях применяется иммунизация через слизистую носа (Джерджовский, Рамон—против дифтерии) или через слизистую зева (Белоновский—против скарлатины). Однако последние методы не имеют серьезного значения, так как при них невозможно учесть количество поступающего антигена. Поэтому Рамон рекомендовал свой способ лишь в тех редких случаях, когда все другие методы иммунизации почему-либо неосуществимы“ (Коршун—Б. Мед. Энциклопедия).

Мы отдавали себе отчет в неточности дозировки при данном методе и в возможности неполной всасываемости туберкулина. Но нас привлекала возможность применения больших доз без угрозы получения общих и очаговых реакций.

Рамон исходил из идеи нейтрализации всякого рода токсинов при прикосновении со слизистой носа, что было им блестяще доказано путем профилактической иммунизации капельным методом скарлатинозным, дифтерийным и другими токсинами.

Сущность действия туберкулина до сих пор неизвестна. Хотя туберкулинотерапия применяется не как метод прямой иммунизации, а как метод воздействия на аллергию, нам казалось, что к эндоназальному применению туберкулина можно подойти с точки зрения местной иммунизации по Безредка. Слизистая, и кожа обладают почти одними свойствами, а именно, когда вирусы проникают через слизистую или кожу, определенная группа клеток обладает известной автономностью. Эта группа клеток, оставаясь связанной со всем организмом, способна заражаться и защищаться от инфекции собственными силами, сообщая иммунитет всему организму.

Позже мы познакомились с сообщением об эндоназальном лечении порошком гипофиза несахарного диабета (А. Атабек, „Проблемы эндокринологии“, № 2, 1936 г.). Автор применял эндоназальное введение сухого порошка задней доли гипофиза в случаях несахарного диабета и получил очень хороший терапевтический эффект; ряд других авторов также успешно проводил этот метод лечения. Успех этого метода терапии и преимущество его перед подкожным, по мнению автора, зависит от путей оттока крови и лимфы из слизистой носа, так как большое количество сосудов носа изливает свою кровь непосредственно в мозговые синусы. Для нас, в частности, важно то что лимфатическая система носовой полости представлена гу-

стой сетью сосудов, сообщающихся с шейными лимфатическими железами, так как лимфатическая система несомненно играет известную роль в туберкулезном иммунитете.

Атабек, сравнивая результаты эндоназального и подкожного введения препаратов гипофиза, приходит к заключению, что дело не только в возможности введения больших доз, но и в отсутствии побочных явлений при этом методе. Автор отмечает отсутствие раздражения и явлений воспаления слизистой носа, объясняя это физиологической ролью носа и анатомическими особенностями строения его, так как слизистая носа является защитным барьером между вредным воздействием внешней среды и организмом.

На нашем материале мы получали интенсивные воспалительные реакции со стороны слизистой носа лишь у детей с высокой аллергией, дававших резкую реакцию Пирке, в остальных же случаях незначительные катаральные явления легко поддавались 2% раствору протаргола, которым мы, так сказать, „блокировали“ слизистую.

Методика эндоназального применения туберкулина была следующая; мы пользовались альтиотуберкулином К ха производства Höchst'a; разведение делали в физиологическом растворе с добавлением 1/4% карбол. кислоты. Туберкулин вводился в нос узкой пипеткой 1 раз в 2—3 дня (в зависимости от температурной и местной реакции), при полулежачем положении больного попеременно в правую и левую ноздрю. Несмотря на рекомендацию автора начинать с 3-го разведения и сразу переходить на цельный туберкулин до 0,4—0,8 чистого туберкулина, мы начинали с 3-го или 4-го разведения туберкулина, прибавляли по одной капле и, доходя до 5 капель, переходили к 1 капле следующего разведения и так далее до 5 капель чистого туберкулина.

Делалось это 1) с целью растянуть лечение на более продолжительный срок, как это рекомендуется всеми, занимавшимися туберкулинотерапией, 2) во избежание местных воспалительных реакций. При наличии воспалительной реакции в промежутке между вкапываниями туберкулина мы применяли 2% раствор протаргола или коларгола. Более 5 капель одного разведения мы не находили возможным вводить, так как жидкость, попадая в носоглотку, давала неприятное ощущение. В начале нашей работы мы производили определение туберкулинового титра по Эрландсену (реакция Пирке-Петрушки 5 разведениями). Впоследствии, видя безвредность введения через слизистую носа и больших доз, мы прямо начинали с 4-го или 3-го разведения, постепенно переходя к большим дозам, останавливаясь на 5 каплях чистого туберкулина, последнюю дозу мы повторяли несколько раз. Через 2—3 недели повторяли лечение, начиная с 2—3-го разведения.

Если почему-либо приходилось надолго прерывать лечение, то по возобновлении его мы начинали с более сильного разведения, чем то, на котором мы кончили до перерыва. Титро-

вать же внутрикожным способом, как это делается при подкожном методе туберкулинотерапии, здесь мы сочли ненужным, так как осторожное применение даже больших доз оказалось совершенно безвредным.

Эндоназальную туберкулинотерапию мы начали на материале детского легочного и костного отделений Тубинститута. Параллельно работа проводилась по нашему предложению врачами детских отделений тубдиспансеров, д-рами Степановой и Талер, любезно предоставившими нам свой материал для общей обработки, за что мы приносим им свою благодарность.

Всего проведено в стационаре 30 и амбулаторно 43 случая. По диагнозам больные распределялись следующим образом:

Тбк периферических желез—25; кератиты, фликтены—13; тбк костей со свищами—5; экссудативные плевриты—6; хронич. интерстициальные легочные процессы с участием плевры—5; фиброзные тбк процессы—2; хронич. лимфогематогенные рассеянные формы—2; тбк кожи—2; остальные 13 случаев, как незаконченные, в обработку не вошли.

Случаи с тбк желез мы подразделили на закрытые формы и со свищами. Закрытые железистые формы за редким исключением рассасывались, не подвергаясь размягчению, пакеты уменьшались в размере, оставляя впоследствии мелкие плотные железы, причем рубцовая ткань рассасыванию не подвергалась, что отмечено так же в вышеупомянутой работе Ивановой.

При открытых железистых формах терапия давала быстрое размягчение, иногда вызывала появление новых, также размягчающихся желез. Но размягченные железы впоследствии подвергались рубцеванию, свищи покрывались свежими грануляциями. Процесс сопровождался иногда незначительным повышением температуры. В одном случае обширной скрофулодермы процесс медленно поддавался лечению; ощутительный результат получился при комбинированном лечении с компрессами из рыбьего жира.

Хорошие результаты получают при лечении кератитов и фликтен, причем во всех случаях в начале лечения отмечалось обострение процесса. Некоторые случаи дали рецидив, но при повторении курса лечения получались стойкие положительные результаты.

В нескольких словах следует остановиться на результатах лечения экссудативных плевритов. Все амбулаторные случаи дали, по словам лечащих врачей, чрезвычайно быстрое рассасывание экссудата, что отмечается также при других методах туберкулинотерапии. Наблюдавшиеся в нашем стационаре 3 случая свежего плеврита у детей одного возраста, дали следующие результаты:

В одном—обширный экссудативный плеврит, леченный эндоназально туберкулином, рассосался совершенно в течение двух недель, несмотря на то, что ребенок принужден был оставаться в гипсовой кровати (тбк спондилит); такое же быстрое рассасывание мы получили у другого ребенка под влиянием комбинированного применения салицилового натрия и хлористого кальция.

Быстрый успех лечения в данном случае мы объясняем тем, что ребенок попал к нам из крайне тяжелых жилищных условий (сырой, темный подвал). В третьем случае также свежего плеврита под влиянием салицилового натрия и хлористого кальция экссудат долго не рассасывался, несмотря на то, что ребенок находился в весьма благоприятных бытовых условиях.

Из двух случаев тбк кожи один представлял собой запущенную обширную волчанку кожи туловища и конечностей в сочетании с тбк костей. В данном случае мы отметили несомненный сдвиг в смысле улучшения старых очагов и прекращения появления новых. Общее состояние больного улучшилось, но на костный тбк процесс терапия не оказала никакого влияния.

Кроме того, мы применяли эндоназальное лечение в 5 случаях тбк костей со свищами, протекавшими крайне вяло, с целью вызвать некоторую реакцию организма, однако мы не получили никаких результатов, возможно—потому, что в этих случаях большое значение играла смешанная инфекция.

В последнем мы имели возможность убедиться, когда одна девочка (Кл. М., 10 лет) подверглась лечению в состоянии крайнего истощения после продолжительного лихорадочного периода и обильного выделения гноя, причем можно было ожидать, что мы имеем дело с генерализацией процесса. Вскрытие показало неактивный тбк паратрахеальной железы и тбк сустава, но никаких явлений генерализации тбк процесса. Этот случай убедил нас в том, что и в состоянии резкого истощения эндоназальная туберкулинотерапия в применяемой нами дозировке безвредна.

Перейдем к описанию наиболее интересовавших нас легочных процессов.

Из них мы подвергли лечению часто встречающиеся в детском возрасте хронические интерстициальные процессы с участием плевры в период обострения. Таких случаев у нас было три, и мы вынесли убеждение, что туберкулинотерапия на течение этих форм существенного влияния не имела. Острые катаральные явления обычно скоро проходили, но через некоторое время под влиянием каких-либо факторов рецидивировали.

Несколько случаев инфильтраций в стадии затянувшегося обратного развития дали рассасывание инфильтрации с оставлением частичных индурационных изменений.

В одном случае междолевого плеврита с тбк шейных желез мы получили явное обострение процесса, выразившееся в появлении свежей прикорневой инфильтрации в другом легком, впоследствии подвергнувшейся распаду (появление БК).

В одном случае хронического диссеминированного тбк легких мы отметили сдвиг в общем состоянии ребенка, улучшение формулы крови, снижение субфебрилитета и катаральных явлений в легких без изменения рентгеновской картины их.

В одном случае фиброзного тбк процесса у девочки 6 лет из детдома нам удалось добиться стойкого исчезновения БК и катаральных явлений. Через 2½ года после лечения в легких у ребенка катаральных явлений не оказалось.

Наконец, остановимся на последнем случае, к лечению которого мы приступили с большими опасениями М. Ш., 14 лет, поступила впервые с распространенным очаговым правосторонним процессом, по поводу которого был на-

ложе искусственный пневмоторакс, осложнившийся пневмоплевритом, после которого искусственный пневмоторакс продолжать не удалось.

Через год—мощный фиброз со смещением органов средостения вправо, но с продолжающимся су/ф бриллитетом и БК в мокроте, высокой РОЭ и отклонением формулы влево. Слева рентгеноскопических видимых изменений не оказалось, но клинически отмечался жесткий характер дыхания. В это время мы и приступили к эндоназальной туберкулинотерапии с одной капли 4-го разведения. Незначительные повышения температуры мы вначале отнесли за счет вспышек тропической малярии, но все же решили девочку подвергнуть рентгенографии, причем слева нашли мелкоочаговую диссеминацию в среднем легочном поле и подозрение на каверну под вторым ребром.

Через полтора месяца в среднем поле—тяжистость, каверны не видно, но через 1½ года девочка погибла от спонтанного пневмоторакса, вследствие прорыва каверны слева в плевру.

Заканчивая настоящее сообщение, мы бы хотели сказать несколько слов о реакции на эндоназальную туберкулинотерапию.

В половине случаев через несколько часов повышалась температура не выше 37,2, общее состояние не нарушалось. В двух случаях мы получили свежие инфильтрации и в одном—вспышку процесса на второй стороне. РОЭ и формула крови либо вовсе не изменялись, либо мы видели незначительное замедление РОЭ и сдвиг вправо формулы крови, но почти всюду отмечалось увеличение количества лимфоцитов.

Приступая к оценке полученных нами результатов, мы считаем возможным сделать следующее заключение: 1) эндоназальное применение туберкулинотерапии является вполне эффективным при тбк желез и при других скрофулезных проявлениях (тбк кератиты, фликтены, *spina ventosa*, скрофулодерма), тбк кожи, свежие эксудативные плевриты.

2) Хронические интерстициальные процессы с участием плевры не поддаются этому методу лечения.

3) Из других форм легочного тбк у детей некоторый эффект дают фиброзные и хронические диссеминированные процессы.