

Роль ларингоскопии в диагнозе и терапии легочно-гортанного тбк.

И. М. Гершкович и С. М. Шебшаевич.

Одним из наиболее частых специфических осложнений легочного тбк, особенно в условиях еще сохранившейся остаточной трудоспособности, является тбк гортани. Больше всего гортанных осложнений наблюдается среди форм гематогенно-диссеминированного тбк, где в бациллярных группах тбк гортани встречается в 2—3 раза чаще, чем при других формах.

По секционному материалу за последние 4 года % гортанных осложнений = 63,5% (пр. Кернер). Туберкулез гортани—всегда явление вторичное по отношению к туберкулезу легких. Даже в тех случаях, когда первым диагностируется тбк гортани, а клинически, бактериоскопически и рентгеноскопически ничего не находят,—даже и здесь, тщательная рентгенограмма открывает гематогенную диссеминацию в легких (Блох, Биншток, Добромыльский и др.).

Если первично диагностируемый тбк гортани не является заболеванием стационарным, то рано или поздно, обычно в пределах месяцев, обнаруживается и бациллярная мокрота. Это почти как правило встречается в случаях наступления казеизации в гортани. Нередко бывает, что диагностика тбк гортани совпадает во времени с появлением бациллярной мокроты. Однако, чаще всего тбк легких с бациллярной мокротой задолго предшествует тбк гортани.

На 343 случая гортанно-легочного тбк мы имеем следующее распределение по анамнезу:

- 1) Бациллярная мокрота была до диагностики тбк гортани 42%
- 2) Бациллярная мокрота обнаружена одновременно с диагностикой тбк гортани 20%
- 3) Бациллярная мокрота появилась после диагностики тбк гортани 27%
- 4) Не выяснено 11%

Здесь необходимо отметить очень важное обстоятельство, заключающееся в том, что почти в половине случаев диагностика тбк гортани бывает раньше или одновременно с обнаружением бациллярной мокроты. Этим самым на врача фтизио-ларинголога возлагается большая ответственность по выявлению главным образом „инаперцептных“ форм не только гортанного, но и легочного тбк. В этом смысле гортанное зеркало может сыграть не менее важную роль, чем рентген при обнаружении ранних, инфильтративных и вообще клинико-лабораторно не воспринимаемых форм тбк легких. Надо даже думать, что ларингоскопия здесь может быть более эффективна, чем рентгеноскопия.

Так, напр., на 10.000 с лишним рентгеноскопий первичных больных в тубдиспансере № 7 в Москве, обнаружен тбк различных форм только в 15,8%, а ранних форм всего 4,5%. При чем все эти 10.000 человек были направлены врачами в диспансер, как подозрительные и больные тбк (д-р И. Б. Бейлин). С другой стороны в санатории ЦУСТРАХ'а имени Ленина „Прозоровка“ в 1932 г. из общего числа поступивших было обнаружено 6% с бессимптомными формами гортанного тбк, и 40% коек гортанного отделения были заняты больными недиагностированными на местах в смысле тбк гортани (д-р Вербов).

Ларинголог, ad oculus, определяя изменения в гортани специфического тбк характера, направляет больного к фтизиатру. Последний в явных

случаях дает ответ о качественной диагностике тбк легких. Если путем физикального исследования при отриц. мокроте ничего особенного не находят, то рентгеноскопия обнаруживает тяжи, шварты, старые очаги и пр. фиброзные изменения, характеризующие закрытые формы тбк легких. Наконец, если и рентгеноскопия не в состоянии выявить легочные изменения, то хороший рентгенснимок открывает гематогенно-диссеминированный тбк легких. Таким образом ларинголог при помощи гортанного зеркала сигнализирует о наличии закрытых и гематогенно-диссеминированных формах тбк легких. Следя затем за дальнейшим течением гортанного тбк, ларинголог, в случае наступления распада в ней, ulcerации, или казеификации дает второй сигнал терапевту. В это время следует особенно внимательно следить за легкими и часто исследовать мокроту на ВК. Все это важно, чтобы не упустить подходящее время для применения активных методов лечения (в первую очередь искусственный пневмоторакс).

Естественно, что своевременный и простой способ ларингоскопии должен заставить обратить внимание и на легкие.

Промежуток времени между диагностикой тбк гортани и появлением бациллярной мокроты меньше, чем промежуток между первичным появлением бациллярной мокроты и последующим заболеванием гортани. В первом случае проходит в среднем 6 месяцев, а во втором 22 месяца. Это различие необходимо знать, чтобы ориентироваться в лечебно-профилактических мероприятиях и более тщательно и часто делать исследования мокроты. Указанные сроки можно детализировать.

Таблица № 1.

Характер бацилловыделения за время лечения в институте.	Бациллярная мокрота до диагностики тбк гортани. (Сроки до появления тбк гортани).	Бациллярная мокрота после диагностики тбк гортани. (Сроки до появления бациллярной мокроты).
Утеравшие ВК	13 мес.	8 мес.
Переменяющиеся	16 "	2 "
Приобретшие ВК	19 "	6 "
Постоянные ВК	24 "	6 "
Умершие больные	20 "	6 "
С 1 анализом ВК	20 "	

Цифры эти ориентировочны, но тенденция проглядывает довольно ясно. Несомненно только то, что при первичной диагностике тбк гортани, ждать долго бациллярную мокроту не приходится. Очевидно, что рассуждение это касается только в ограниченной степени стационарных инфильтратов гортани.

По характеру бацилловыделения в Институте, наш материал распределяется следующим образом:

Таблица № 2.

Не бациллярные	59 ч.	14,7%
Утеравшие ВК	31 ч.	7,7%
Переменяющ. ВК	9 ч.	2,2%
Приобретш. ВК	25 ч.	6,2%
Постоянные ВК	169 ч.	42,0%
Умершие больные	89 ч.	22,2%
С 1 анализом ВК	20 ч.	5,0%
Всего	402 ч.	100 %

Среди больных, имеющих только 1 анализ ВК + довольно много таких, которых можно отнести к потерявшим ВК, т. к. у них отсутствует мокрота и результаты лечения очень хорошие, вплоть до клинического излечения. По другим уточненным данным мы имеем, примерно, 120% теряющих ВК за время лечения в Ин-те.

Возникает вопрос, когда гортанно-легочный тбк протекает лучше. Тогда ли, когда он появляется после бациллярной мокроты, или когда предшествует ей? Поскольку мы имеем дело в конечном счете с открытым гортанно-легочным тбк, при котором, как увидим дальше, искусственный пнеймоторакс применяется редко и в большинстве неудачно, прогноз ясен сам собою. Однако, можно отметить некоторое различие в течении, даже за короткий срок пребывания в Институте.

Таблица № 3.

	Бациллярная мокрота до за- болевания гор- тани.	Бациллярная мокрота после заболевания гортани.	Бациллярная мокрота одно- временно с за- болеванием гортани.
Нестойкие бациллары	17%	32%	14%
Постоянные бацилловыделит. и умершие	83%	68%	86%
Итого	100%	100%	100%

Из этой таблицы видно, что самый большой процент нестойких бацилларов (32%) выпадает на группу, где прежде было заболевание гортани, а потом уже появилась бациллярная мокрота. Эти предварительные данные должны быть проверены и уточнены. Давность легочных симптомов по нашему материалу—3 г. 5 мес. (в среднем); давность заболевания гортанью 1 г. 2 мес., то есть мы имеем больных с долгим анамнезом, и даже в отношении гортанного тбк, не свежих.

По полу—85,5% мужчин и 14,5 женщин. 72,4% женщин до 30-летнего возраста. Свыше 40 лет на всем материале мы встретили всего несколько женщин. Основная масса больных женщин (41,4%) падает на возраст от 25 до 29 лет.

Основной массив мужчин (42,5%) отодвигается к более пожилому возрасту—30—39 лет.

Распределение больных по профессиям условно, и материал Института не может в этом смысле отражать истинного положения дела.

По социальному составу служащие значительно преобладают. Не работающих инвалидов немного—всего 14%. Остальные в той или иной мере сохранили трудоспособность.

Представляет интерес частота наблюдаемых деструкций и каверн в легких при легочно-гортанном туберкулезе. На всем нашем материале мы получили следующие цифры:

Каверн—48%, деструкций—12%, без каверн и деструкций—40%.

Таблица № 4.

Частота деструкций и каверн в различных группах.

	Деструкции	Каверны	Без деструкций и каверн.
Не бациллярные	3%	5%	92%
Утерявш. ВК	16%	23%	61%
Переменяющ. ВК	—	55%	45%
Приобретшие ВК	20%	96%	44%
Постоянные ВК	17%	57%	26%
Умершие больные	8%	71%	21%

Мы не претендуем на твердую устойчивость этих чисел и смотрим на них, как на ориентировочные данные. Все же имеется яркая демонстрация взаимоотношений между характером бацилловыделения и распадом легочной ткани. Единичные случаи каверн у небацилляров сомнительны вообще, и рентген также не дает ясных указаний. Лечение гортанно-легочного тбк искусственным пнеймотораксом (и. п.) происходит реже, чем при легочном, при чем в большинстве случаев это неудачные и незаконченные пнеймотораксы.

Из 402 больных лечились и. п.—72 ч., т. е. 17,90%. Из этих 72 случаев в 39 (54%) и. п. был оставлен. Больше всего оставленных и. п. в группе умерших. Из 89 умерших и. п. лечились в разное время—13 человек, у 8 он был оставлен и только у 5 ч. поддерживался.

Итак, в группе умерших и. п. был лишь у 5,6%, при чем и эти и. п. играли роль паллиативного метода лечения.

В подтверждение и объяснение вышеуказанного считаем нелишним привести таблицу из другой нашей работы (д-р С. М. Шебшаевич), дающей представление о частоте оставленных и. п. и неудачных попыток к наложению и. п. Материал этот обнимает более 600 случаев и. п. в основном при тбк легких.

Таблица № 5.

Частота оставленных и неудавшихся и. п. в различных группах.

Утеравшие ВК	19%
Постоян. бациллары . .	49%
Умершие больные . . .	70%

Таблица показывает, что чем тяжелее клиническая группа, тем больше среди леченных и. п. наблюдается оставленных и. п. и неудачных попыток. Очевидно, что среди легочно-гортанных больных и. п. и недостаточно и несвоевременно применяется по месту их жительства.

Нам следует выяснить вопрос большой принципиальной важности. Можем ли мы смотреть на коллапсотерапию (и. п.) как на широкое мероприятие, имеющее значение социально-терапевтического фактора? Результаты и. п. с восстановлением трудоспособности и обезбацилливанием не так ярки, как об этом можно судить по непосредственным и ближайшим результатам. Обзорные и сводные работы целого ряда авторов (George Hurrel, Schröder, Oberhausen) и др. свидетельствуют, что при и. п. получается около 30% хороших стойких отдаленных результатов. При этом следует иметь в виду, что бациллярные больные лечатся и. п. не более как в 30—35%. Сделав соответствующий расчёт мы увидим, что и. п. с отдаленным успехом может быть применен в 9—10% всего бациллярного актива. В отношении осложненной группы легочно-гортанных больных этот успех по нашим предварительным вычислениям не будет превышать и 5%.

Для всякого ясно, что в немалой степени это объясняется запоздалым вмешательством или тем, что пропускаются все сроки к возможности для подобного вмешательства. При правильной организации работы ларинголога и тесном контакте его с фтизиатром можно выловить для своевременного вмешательства немало легочно-гортанных больных.

Выводы.

1. Ларингоскопия является важным методом исследования в обнаружении „инаперцептных“ форм легочного тбк.
2. При диагностике тбк гортани, без физикальных данных в легких с абациллярной мокротой—рентгеноскопия и рентгенограммы открывают

так наз. „закрытый“ туберкулез, и в частности, гематогенно-диссеминированные формы его. Наступление распада в гортани должно сигнализировать о приближении казеизации в легких и появлении ВК в мокроте.

3. Со времени диагноза тбк гортани до появления бациллярной мокроты проходит в среднем 6 месяцев.

4. В этих случаях необходимо фиксировать внимание фтизиатра на возможности применения активных методов лечения, главным образом и. п., недостаточно применяемого в настоящее время при легочном и в особенности при легочно-гортанном туберкулезе.

Из клинического отделения Казанского туберкулезного института. (Завед. отделением—проф. М. И. Мастbaum) и экспериментального отделения (Завед. Б. Л. Мазур). Директор института д-р П. В. Дезидерьев.

Материалы к учению о смешанной инфекции при туберкулезе. Об ацидофильных палочках.

Б. Л. Мазур и Н. А. Крамов.

Литература, посвященная вопросу о роли смешанной инфекции при туберкулезе необозрима. Достаточно, например, указать, что рефераты на эту тему являлись предметом специальных докладов на туберкулезных конгрессах 1899, 1900, 1907, 1923 и 1925 годов; и до сих пор работы в этом направлении продолжают появляться. Это явление находится в зависимости от целого ряда причин: во 1-х—открытие туберкулезной палочки не внесло ясности в понимание причин многообразия клинического проявления туберкулеза и пришлось сразу же искать какой-то дополнительный фактор, во 2-ых толчок для развития этого учения был дан самим Р. Кохом, который первый описал наличие большого количества микрококков в капиллярах одного случая миллиарного туберкулеза, в 3-х,—в связи с новыми идеями в бактериологии само понятие и значимость симбиоза микробов получает другое значение и для трактовки понятия под новым углом зрения требуется повторная постановка опытов. В 4-х, благодаря росту бактериологической техники и появлению новых приемов возникает надежда найти еще что-нибудь новое, важное на этом поприще, что не могло быть получено до сих пор. В связи с последним необходимо указать, что даже в пределах известных микробов не все при туберкулезе оценены и даже отмечены. К типу последних относятся ацидофильные бактерии.

Открытые Мого в 1900 г. в детском кале (хотя до него их выделял Нейманн) эти ацидофильные бактерии послужили объектом исследований многочисленных авторов. Пока эти бактерии констатировались у детей, их присутствие представляло интерес только определенного характера; с тех же пор как появилась работа Образцова, в которой он отмечает наличие этих палочек у 57 различных животных, начиная от обезьян до моллюсков, не только в кишечнике, но в полости рта, на сосках и т. д.—трудно было отказаться от мысли, что эти бактерии