

Лечение экстрапульмонального тbc ультра-фиолетовыми лучами.

Проф. Г. А. Клячкина и асс. Л. Н. Клячкина.

Хирургические методы лечения экстрапульмонального тbc в виде эксцизий при волчанке, резекций при костных и суставных поражениях, разрезов и экстирпаций желез и т. д. давали обычно такие результаты, сомнительность которых заставила призадуматься большинство хирургов. В этом полностью убеждает нас статистика прежних хирургических клиник. По König'у, напр., смертность после резекций тbc суставов была равна 50%. Garrè пишет, что расследование резецированных им случаев коксита дало столь же неутешительный результат — около 46% смертности. Nussbaum и целый ряд других хирургов говорят о своих результатах хирургического лечения экстрапульмонального тbc в том же духе. Хирургия этого вида тbc окончательно сама себя осудила после того, как эта печальная статистика была сопоставлена с блестящими данными, полученными Finsen'ом, Bernhard'ом и Rollier.

Методом лечения Finsen'a было применение концентрированного солнечного света. Finsen'у и принадлежит заслуга в том, что он доказал следующее положение, красной нитью проходящее по всему учению о свете: он установил, что действующим началом солнечного света являются не все его лучи, а лишь некоторые и, главным образом, ультра-фиолетовые, т. е. лучи наиболее короткой волны. На принципе возможно большего содержания в своем спектре этих целебных ультра-фиолетовых лучей и построены применяемые в настоящее время в терапии экстрапульмонального тbc всевозможные искусственные источники света. Наша клиника в качестве такого источника пользуется уже в течение нескольких лет лампой Вач'а, т. наз. „искусственным горным солнцем“, а также ртутно-кварцевой лампой Кромayer'a.

Туберкулезные лимфатические железы, которые, не учитывая более тонких патолого-анатомических изменений, разделяются по старой классификации на гиперпластические, казеозные и свищевые лимфомы, весьма успешно поддаются лечению ультра-фиолетовыми лучами. Гиперпластические лимфомы с клинической картиной в виде пакета плотных желез, не спаянных с кожными покровами и подлежащими тканями, подвергаются постепенному полному рассасыванию уже начиная с 3-го—4 го сеанса. Иногда во время лечения железа начинает нагнаиваться. В таких случаях, по нашему предложению, хирургом производится вскрытие нагноившейся железы, а в дальнейшем, при лечении светом, она продолжает рассасываться, замещаясь нежным рубцом. Казеозные лимфомы, выражающиеся

наличием размягченных, неподвижных, спаянных с измененными кожными покровами желез, либо рассасываются, либо превращаются в свищевые, которые довольно скоро заживают. Наконец, свищевые лимфомы, отличающиеся от вышеупомянутых наличием свищей и часто примешанной вторичной инфекцией, дают обыкновенно после первых сеансов усиление отделяемого. С дальнейшим лечением выделение начинает уменьшаться, и свищи закрываются тонким рубцом.

Прогностически мы надеемся на более успешное лечение в свежих случаях. Все же в нашей практике имеются случаи и с многолетним страданием желез, где всевозможное лечение оставалось безуспешным, и где мы достигали полного излечения в течение одного курса ультра-фиолетового лечения.

Статистические сведения, собранные Гасулем путем сводки результатов различных санаторий, в общем дают для тbc желез 90% излечения. Наши результаты значительно скромнее, — мы имеем излечение и улучшение всего лишь в 60%. Объяснение этому факту мы склонны видеть в том, что наши больные проводят лечение исключительно амбулаторно, оставаясь в условиях своего постоянного труда и быта, вне какого-либо санитарно-гигиенического режима, проводимого в санаториях.

Имевшиеся в нашем распоряжении несколько случаев тbc поражения мезентериальных желез дали значительное улучшение процесса. Параллельно с рассасыванием самих желез шло и улучшение общего состояния больных с постепенным исчезновением всех тягостных симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, наблюдавшихся до лечения.

Что касается тbc брюшины, то здесь наиболее благодарное поле для светолечения представляют экссудативные формы его. Такой авторитет в этом вопросе, как Schmidt, говорит: „Светолечением тbc брюшины можно почти во всех случаях добиться выздоровления, особенно, если мы имеем дело с очень молодыми субъектами. Я настолько убежден в этом, что в случаях, где эта терапия не дает результата, я начинаю сомневаться в правильности диагноза. Хронические аппендициты иногда дают повод к ошибке“. Наш скромный материал подсказывает нам быть несколько умереннее в оценке результатов лечения ультра-фиолетовыми лучами тbc перитонитов. Правда, в нашем материале имеется тяжелый случай тbc экссудативного перитонита, где безуспешное туберкулиновое лечение значительно продвинулось вперед, когда мы стали комбинировать его с ультра-фиолетовыми лучами. Но наряду с этим успешным случаем мы имеем случаи, где ультра-фиолетовая терапия проводилась без всякого последующего успеха в смысле всасывания экссудата, хотя общее состояние больных и здесь значительно улучшалось, что наблюдалось и нами, и терапевтами, широкой консультацией которых мы пользуемся при проведении такого рода больных. Во всяком случае тbc перитониты требуют длительного и упорного лечения.

Тbc поражение костей и суставов, в особенности в свежих случаях, исключительно хорошо поддается лечению ультра-фиолетовыми лучами. Нам приходилось наблюдать случаи тbc поражения больших суставов у детей, которые уже после первых сеансов давали почти полное исчезновение болей, а с последующим лечением — восстановление функции сустава ad maximum. Разительный пример представляет также одна больная с тридцатилетним поражением коленного сустава тbc характера,

где, наряду с нарушением функции сустава, больную чрезвычайно мучила резкая болезненность; уже после первого курса лечения боли у ней совершенно исчезли, хотя функция самого сустава не восстановилась, в виду наличия стойких анатомических изменений в нем, граничащих с анкилозом. Светолечение спондилитов в комбинации с корсетом вполне справедливо изгнало в настоящее время прежний обычный способ укладывания в гипсовую повязку. Очищение свищей, рассасывание холодных абсцессов—все это успешно достигается путем светолечения, притом без всякого обезображивания.

Лечение волчанки ультра-фиолетовыми лучами мы ведем по методу, предложенному Finseпom, т. е. мы пораженные участки кожи, подвергающиеся светолечению, анемизируем компрессорами, так как установлено, что ультра-фиолетовые лучи в значительной степени поглощаются кровью, и путем компрессии мы стараемся удержать поглощение этих полезных лучей. Результаты лечения этого страдания исключительно зависят от давности и распространенности процесса. Мы достигали полного рубцевания процесса в свежих случаях путем длительного и упорного лечения; старые же, запущенные случаи волчанки плохо поддавались воздействию лучей, притом быстро рецидивировали.

Что касается скрофулодермы, то, наряду с хорошими результатами, мы наблюдали здесь и случаи безуспешного лечения.

Бывшие под нашим наблюдением трое больных с tbc поражением яичек и их придатков закончили лечение с хорошим результатом после того, как мы стали комбинировать применение лучей с грязелечением.

Еще несколько слов о светолечении tbc гортани. Наряду с пессимистическими взглядами Strauss'a, что при этом страдании не помогают ни солнце, ни рентген, ни кварц, Friedrich, подобно некоторым другим ларингологам, весьма оптимистично относится к успехам лечения. Эту причину разницы в оценке лечения tbc гортани лучами Рудницкий объясняет наличием двух форм данного страдания—одной, зависящей от заражения мокротой, т. е. с чисто-бациллярным патогенезом, не поддающихся лечению, другой—интоксикационного происхождения. К тем же выводам приходит и Rickmann. Мы личного опыта в этом вопросе не имеем, как и не имеем опыта и в лечении ультра-фиолетовыми лучами целого ряда tbc поражений глаза, о результатах которого нам известно лишь из литературы (Passow, Köppe и др.).

Во всех случаях успешного лечения экстрапульмонального tbc ультра-фиолетовыми лучами мы, наряду с улучшением местного процесса, достигали и увеличения тканевого тонуса, улучшения общего самочувствия больных, повышения аппетита у них, прибыли в весе и т. д.

В настоящее время представляется еще неполно выясненным, каково должно быть освещение при tbc,—местное или общее. Справедливость требует отметить, что результаты, получаемые Bernhard'ом от местного освещения, не уступают результатам Rollier—от общего. Все же, считая, что экстрапульмональный tbc не представляет собой исключительно - местного заболевания, и что весь организм является в таких случаях пораженным бугорчаткой, мы отдаем предпочтение общему освещению.

Не останавливаясь подробно на дозировке нашего лечения,—эта дозировка по существу является лишь модификацией той, которая принята

большинством светолечебных учреждений.—укажем лишь на то, что курсом лечения мы считаем 20—25 сеансов. После этого срока больные наши в большинстве случаев начинали выявлять некоторые симптомы функционального расстройства нервной и сердечно-сосудистой системы в виде бессонницы, головных болей, общего беспокойства, сердцебиений и т. д. Эти наши клинические наблюдения полностью совпадают с некоторыми биологическими реакциями в виде ускорения оседания эритроцитов и нарастания электролитов Ca в ущерб электролитам Ca . В случаях, где требовалось повторение курса лечения, мы приступали к таковому после 6—8-недельного перерыва.

Лечение экстрапульмонального тbc ультра-фиолетовыми лучами, как и вообще лечение всякого заболевания этим видом энергии, сопровождается обыкновенно пигментацией. Этому феномену в литературе посвящено исключительное внимание. Авторов интересовал вопрос о происхождении пигмента и его значения в деле лечения. По первому вопросу существуют 2 теории: представители одной теории (Finsen, Unna, Schmidt) утверждают, что пигмент есть продукт гемоглобина, другие же (Meirowsky) придерживаются того взгляда, что пигмент этот происходит из ядерной субстанции базального слоя эпидермиса. Maas и Neumann допускают, что в образовании пигмента играют роль оба эти фактора. Далее, нам известно, что действие равносильного света различным образом пигментирует кожу у различных индивидуумов.—некоторые чрезвычайно быстро загорают в то время, как у других вообще не образуется никакого пигмента. Чисто-биологически это представляет собой чрезвычайно важное явление (Pincussen). Пигмент прежде всего является образованием, защищающим глубоко-лежащую ткань от могущих произойти повреждений, вследствие слишком частого и сильного освещения, в чем вполне убеждает известный опыт Finsen'a. С другой стороны, возможно, что пигменту принадлежит роль катализатора, так как действие света значительно повышается в присутствии определенных сенсibilизаторов, что доказал Tarreiner со своими сотрудниками. Этому сенсibilизирующему действию пигмента отдельными авторами придается огромное значение. Утверждают, что люди, образующие меньше пигмента, в своем выздоровлении значительно отстают от хорошо пигментирующихся. Придерживаясь этого взгляда, Rickli построил следующую формулу: „Устойчивость организма против тbc и способность излечения от него прямо пропорциональны способности кожи пигментироваться“. В этом смысле образование пигмента должно в известной степени являться указателем способности сопротивления организма, его реакционной способности. Укажем одновременно, что эти обстоятельства простираются за пределы действия света, так что, напр., согласно Rollier, пигментированная кожа проявляет значительный иммунитет в отношении местных инфекций. Коже, как недавно подтвердил Hoffmann, принадлежат в этом отношении чрезвычайно важные функции, и нельзя голословно отрицать существования взаимоотношений между кожной реакцией при освещении и между прогнозом, в чем и нас убедил наш личный опыт. В стороне от этих взглядов стоит мнение Lenkei, Ernst'a и отчасти Theding'a, по которому пигментный панцырь, образующийся после ряда освещений, задерживает лечебные ультра-фиолетовые лучи и не дает им возможности проникать вглубь. С этой точки зрения названные авторы

придают пигментации не полезное, а, наоборот, вредное значение. Пожалуй, самым правильным будет мнение В а с h'a, что вопрос о происхождении и роли пигментации является одной из неразрешенных проблем современной биологии.

Не останавливаясь на многочисленных теориях, предложенных для объяснения целебного действия ультра-фиолетовых лучей, так как это завело бы нас слишком далеко, мы в заключение скажем словами одного из авторитетных фототерапевтов: „Все методы лечения, — лекарственные, хирургические, механические, физические, диететические. — получившие сколько-нибудь практическое значение в лечении tbc, стремятся различным путем ослабить силу нападения возбудителя tbc и поднять силу сопротивления организма возбуждением регулирующих функций в процессе природного исцеления“ (Goldscheider).

Какие требования мы предъявляем всякому лечебному средству? 1) Возможно большее количество случаев излечения, 2) наилучший функциональный и косметический результат, 3) возможность проводить хотя-бы менее тяжелые случаи амбулаторно, 4) как можно меньше побочных действий, 5) излечение в наиболее краткий срок, и чтобы оно обошлось как можно дешевле. Все эти пункты и совмещаются удачно в ультра-фиолетовой терапии экстрапульмонального tbc.
