

К диагностике и прогнозу каверн при тbc легких.

Э. А. Гальперина (Иваново-Вознесенск).

Освещение любого вопроса в медицине зависит от двух положений: от методов исследования, которыми мы владеем, и от господствующих теоретических учений. В отношении диагностики и прогноза каверн обе эти причины настолько изменились, что пересмотр вопроса о кавернах в настоящее время вполне назрел.

Общее внимание заострил Graeff, который в 1921 г. на Съезде в Эльстере ознакомил медицинский мир с его заключением, что предсказание при не поддающихся сжатию кавернах безусловно печальное: самые маленькие каверны, может быть, и могут в редких случаях исцеляться, но каверны побольше обозначают смерть через более или менее короткое время. Этот автор никогда не мог обнаружить паталого-анатомически исцеленных каверн. Этот вывод, если он справедлив, имеет не только теоретическое значение, но и практическое: он решает в отрицательном смысле вопрос о направлении кавернозных больных, не подходящих под лечение пневмотораксом, в санатории.

Откликом работы Graeff'a явилась целая литература. De la Camp, Backmeister и Piesbergen примыкают к Graeffy, Giegler (из Института Aschoff'a) на основании вскрытий 72 тbc трупов с кавернами также отрицает (может быть, за редчайшими исключениями) возможность исцеления при кавернах. Он полагает, что исцеленными случаями можно считать лишь те, где наблюдается замещение грануляционной ткани обычной соединительной с эпителиализированием ее поверхности, причем лично он ни разу таких каверн не наблюдал; напротив, даже в казавшихся макроскопически очищенными кавернах он мог обнаружить наличие прогрессирующих бугорково-казеозных участков. Kluge тоже указывает на необычайно мрачное предсказание открытого тbc в детском возрасте: лишь ничтожный процент таких детей, даже при наиболее тщательном уходе, достигает возраста полового созревания. Frisch из 195 кавернозных больных через 10 лет видел в живых лишь 6, при 38 исчезнувших из-под наблюдения; он присоединяется к выводам Graeff'a, подчеркивая, что эта мрачная картина может смягчиться лишь при своевременной терапии с давлением.

Несколько оптимистичнее взгляд второй группы авторов, которые допускают возможность самостоятельного исцеления каверн. Turban и Staub приводят 12 случаев излечения последних, хотя в общем и считают присутствие их грознейшим симптомом. Iedlicka приводит 10 случаев клинического излечения каверн, причем особенно демонстративен был один из этих случаев, где через 2 месяца консервативного лечения каверна диаметром в 4½ сант. исчезла (подтверждено рентгенограммой). Ritter приводит свою статистику, подтверждающую мрачность предсказания при кавернах, но все же допускающую возможность исцеления. Относительно благоприятное значение имеют пожилой возраст и особенно материально-бытовые условия больных. Санаторное лечение и отдых имеют особое значение в предупреждении и течении каверн, но отбор кавернозных больных для санаторного лечения должен быть очень осторожен.

Если взгляд Giegler'a на отсутствие при кавернах анатомического исцеления и справедлив, то это не исключает, однако, возможности клинического исцеления, когда каверны обнаруживаются лишь как случайная находка. По Lydtin'y каверна ухудшает прогноз, но решающее значение имеет все же характер процесса.

Таким образом и эта группа авторов, допуская возможность исцеления каверн, считает их присутствие за серьезнейший прогностический симптом. Опасности

каверн кроются в возможности перехода заражения их стенок на здоровую до того легочную ткань, в возможности кровохаркания, спонтанного пневмоторакса и в присоединении смешанной инфекции. Эти опасности тем серьезней, чем больше каверны по величине, но в отношении смешанной инфекции и мелкие каверны в большом количестве, благодаря большой площади изъязвления, могут быть столь же опасны, как одна большая (Ritter). Смешанная инфекция опасна не возможностью вызвать сепсис, что бывает очень редко, но благодаря ее влиянию на сердечную деятельность, в результате чего понижается сопротивление всего организма инфекции, и благодаря ослаблению оборонительной деятельности соседней здоровой ткани.

У некоторых авторов в вопросе об определении каверн играет роль величина каверны. Если все согласны в том, что под каверной надо понимать полость в легком, получившуюся вследствие распада легочной ткани, то некоторые настаивают на необходимости дополнить это определение указанием на величину полости. Giegler, напр., в своей работе принимал во внимание лишь каверны с диаметром в $1\frac{1}{2}$ сант., так как мельчайшие каверны часто удается определить только при микроскопическом исследовании. Но, пожалуй, прав Graenning, что вопрос о величине есть вопрос вкуса и, конечно, опыта.

Распознавание каверн—вопрос большой трудности, и большинство авторов, даже таких опытных, как Backmeister, отмечает, что каверны встречаются несравненно чаще, чем их диагностируют и клинически, и рентгенологически. Lydtin из 2600 больных (клинический материал) определил каверны у 771—30%, Backmeister из 1523 у 220—14%.

Первые опорные точки для диагностики каверн дают результаты микроскопического исследования мокроты больных. По Ritter'у результаты эти настолько ценны, что позволяют диагностировать каверну даже в тех случаях, когда ни физическими методами исследования, ни рентгенологически она не определяется. Монетообразная мокрота, по этому автору, почти всегда указывает на каверны, комковатая тоже образуется лишь в кавернах, представляя слепок маленьких или мельчайших каверн. Я полагаю, что и комковатая, и монетообразная мокрота могут также представлять слепок маленьких бронхов при неспецифических бронхитах,—ежедневный опыт учит нас, что острые и подострые бронхиты при отсутствии бронхоэктазий сопровождаются выделением такой мокроты.

Значение данных перкуссии и аускультации в диагностике каверн относительно, ибо данные эти зависят главным образом от глубины расположения каверн и от свойств окружающей ткани. При перкуссии обычный для каверн тимпанический звук, при достаточной их величине и наличии способных к колебанию стенок, может получить металлический оттенок. При аускультации обычно отмечают бронхиальное или амфорическое дыхание и крупно-пузырчатые хрипы, но эти звуковые явления могут быть проводимы и от бронхов, если легочная ткань безвоздушна и инфильтрирована. Звучные влажные хрипы всегда указывают на каверны. Из других аускультативных симптомов каверн чаще встречается Wintrich'овское изменение звука; Gerhard'овское и Friedrich'овское изменение звука и «шум треснувшего горшка» наблюдаются несравненно реже.

Микроскопическое исследование мокроты тоже дает важные указания. Наличие эластических волокон, как несомненный признак распада, безусловно говорит, по Ritter'у, за наличием каверн. За это же большею частью говорят и обнаружение в мокроте палочек Koch'a; правда, в некоторых случаях палочки могут выделяться и при отсутствии каверн из туберкулезных язв слизистой бронхов, но обычно дело касается при этом распада легочной ткани. Последнее подтверждается наличием эластических волокон, которые, при тщательном исследовании, можно обнаружить в мокроте несравненно чаще, чем это обычно отмечается.

Кровохарканье или выделение окрашенной кровью мокроты, за исключением случаев кровохаркания при болезнях сердца и сосудов и эмболиях, почти всегда бывает на почве каверн. Рецидивирующие повышения температуры выше $38,5^{\circ}$ с познабливанием и гриппообразными явлениями говорят за смешанную инфекцию, частую при кавернах; в случаях, не осложненных смешанной инфекцией, температурная кривая не превышает $38,5^{\circ}$, познабливание и гриппозные явления отсутствуют, и ремиссии бывают очень незначительны.

Диагностика каверн на основании клинико-лабораторного исследования иногда не приводит к положительным результатам (центральные каверны, «глухие» каверны, т. е. не сообщающиеся с крупным бронхом, случаи инкапсулированного пневмоторакса), и тогда очень ценные данные может дать исследование рентгеновскими лучами. При этом для окончательного суждения часто недостаточно бывает

однократного просвечивания и одного снимка,—приходится прибегать к повторным, отдельно снимая верхушки и т. д. и сравнивая полученные снимки с данными клинического исследования.

Каверны бывают резко очерчены и круглы лишь при обростании их фиброзной тканью, т. е. главным образом при продуктивных формах туберкулеза, по терминологии сторонников дуалистической школы (Virchow), когда располагающийся кольцом грануляционный вал ясно выделяет светлую круглую полость, лишенную рисунка легких. Но необходимо помнить, что, при толщине легких в 10—12 сант., часто спереди или сзади каверны сохраняется легочная ткань, и тогда рисунок легких может быть налицо.

Значительно сложнее рентгенодиагностика каверн, происходящих из экссудативных участков, когда края полостей неравномерны, и очертания их неясны. К просветлению кольца, которое может быть образовано островками нормальной или эмфизематозной ткани, расположенными среди патологической ткани, нужно относиться очень осторожно. Часто поворачиванием больного перед экраном можно разрешить сомнение, а иногда наличие жидкости в кавернах разрешает вопрос.

Комбинация лабораторно-рентгеновых методов с клиническими и сопоставление их с ходом болезни и дает при тbc легких опору для прогноза—«высшего искусства врача» (Leiden).

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Giegler. Beitr. z. Kl. d. Tbc., 1926, Bd. 60.—Frisch. Ib., 1925, Bd. 62.—Lydlin. Ib.—Ritter. Ib.—Grau. Zeit. f. Tbc., 1924, Bd. 40, 42.—Backmeister u. Piesbergen. Ib., Bd. 41.—Turban u. Staub. Ib.—Roubier. Ref. в Zentr. f. d. ges. Tub., Bd. 24.—Iedlicka. Ref. ibid.—Redaelli. Ref. ib., Bd. 22.—Sergent et Bordet. Ref. ib., Bd. 23.—Roubier et Majoux. Ref. ibid.

Из отчета о научной командировке за границу в 1925 г.¹⁾

Прив.-доц. С. П. Виноградовой (Киев).

Весною 1925 г. мною была исходатайствована перед Факультетским Советом научная командировка на Съезд Германских Акушеров и Гинекологов в Вену. К сожалению, заграничный паспорт мне выдали уже после окончания Съезда, а потому, желая более продуктивно использовать пребывание за границей, я поставила себе целью более детально ознакомиться с некоторыми вопросами, главным образом в области изучения крови и капилляроскопии. С этой целью я побывала в Берлине, Галле, Лейпциге и в Вене.

Приехав за границу в сентябре месяце, я как раз попала в каникулярное время, когда немецкие профессора обыкновенно бывают в отъезде, и клиническая работа сама собой затихает. За то в октябре месяце, наоборот, научный мир всегда сильно оживает, так как в это время обычно по всем германским университетам начинаются повторительные курсы для врачей, и к этому сроку съезжается много врачей-иностранцев. Так, в Берлине, по газетным сведениям, в 1925 г. было

¹⁾ Доложено в заседании Факультетской Комиссии Киевского Клинического Института 24/II 1926 г.