

Из кумысолечебницы „Тарловка“ Обкомсоцстраха ТР и Клинического отделения Каз. туб. института (зав. проф. М. И. М а с т б а у м).

Кавернозные формы легочного туберкулеза и кумысолечение.

Ассистент Н. А. Крамов.

Вопросы показаний и противопоказаний к кумысолечению до сих пор стоят в центре внимания страховых и туберкулезных организаций. Существующие инструкции по отбору больных и учету результатов санаторного лечения, resp. кумысолечения, не дают удовлетворительных указаний. Для кумысолечения, обычно считаются показанными tbc pulm. А I, II, III, В I, II, III. Всякий врач, работающий по тбк, знает, что в каждую из этих групп (А I, II, III, В I, II, III) могут войти и обычно включаются различные по генезу, течению и иммуно-биологическому характеру легочные процессы. Так, напр., относительно доброкачественные формы tbc—tbc fibrosa densa, tbc fibropodosa и прогностически неблагоприятные phtisis fibro-caseosa и phtisis ulcero-fibrosa—формы исключительно различные по клиническому течению и прогнозу—по существующей классификации включаются в одну и ту же группу А II, III или В II, III.

Отсюда вполне понятно, что направляются в санатории больные с одинаковым диагнозом, а после лечения у одного больного находят хорошие результаты, а у другого не только не удовлетворительные, но и отрицательные.

Довольно часто при посылке больного на кумыс не дооценивается иммуно-биологическое состояние больного, не выясняется степень резервных сил организма, необходимых для проведения этого реактивного метода лечения. С другой стороны, в ряде случаев переоценивается и само кумысолечение. Отсюда и получается разноголосица в выводах и оценке результатов кумысолечения.

Таким образом, механический отбор больных и недостаточный учет результатов кумысолечения приводят к тому, что мы до сих пор не имеем четкого ответа, что же дает кумысолечение при выраженных формах туберкулеза легких. Мы поставили себе целью проследить непосредственные результаты кумысолечения при кавернозных формах легочного tbc. Для этой цели мы использовали материал Тарловской кумысолечебницы за 5 лет (1928—1933), но проработали только те случаи, которые прошли через Клиническое отд. Каз. туб. ин-та, где, в дополнение к существующей классификации, каждый случай был дифференцирован по схеме клин. форм, принятой в Каз. туб. ин-те.

Всего проработано 84 истории болезни с использованием семейных конвертов в этих случаях.

Все обследованные нами больные разделены на 4 группы: 1) Pneu-mothorax artificialis, II) Pneumosclerosis tbc indurativa (после пневмоторакса, френикоэкзереза и т. д.), III) Tbc. fibrosa densa ulcerosa, IV) Phtisis ulcerofibrosa. Такое распределение мы приняли потому, что большинство больных этих 4-х групп по существующей классификации

могут быть отнесены в одну группу В III. На самом же деле, они представляют четко очерченные, отличающиеся друг от друга клинические формы легочн. туберкулеза с различным течением и прогнозом.

Отсылая за подробным описанием указанных форм к первоисточникам ¹⁾, мы считаем необходимым только кратко охарактеризовать 2 различных формы кавернозного tbc: *phtisis ulcero-fibrosa* и *tbc fibrosa densa ulcerosa*. *Phtisis ulcero-fibrosa* — изолированная чахотка — является наиболее частым исходом *phtisis fibro-caseosa* (раннего инфильтрата по Редекеру, подключичного инфильтрата по Ассману).

Последняя форма обычно начинается остро или подостро пневмонической инфильтрацией в подключичной области, протекает чаще под видом гриппа при незначительных клинических данных и при удовлетворительном общем самочувствии. Обычно вспышка переходит в относительный покой до тех пор, пока вторая вспышка, уже более выраженная клинически, не приводит больного в тубдиспансер, где не только обнаруживаются ВК, но и выраженный кавернозный процесс — *phtisis ulcero-fibrosa*. Дальнейшее течение дает обычную форму изолированной чахотки с бронхогенной диссеминацией.

Tbc fibrosa densa ulcerosa отличается от *phtisis ulcero-fibrosa* и по генезу, и по клинической картине заболевания.

Эта форма развивается из *tbc fibrosa densa*. Последняя имеет длительное многолетнее течение, проявляется частыми вспышками в виде повышения Т, кровохаркания, весенних и осенних „бронхитов“, ВК то появляются, то исчезают. Очень часто эта форма, будучи проявлением гематогенной диссеминации, имеет в анамнезе плевриты, лимфадениты и др. формы экстраторакального tbc. Клинически *tbc fibrosa densa* дает эмфизему легких с незначительными перкуторно-аускультативными изменениями в верхних отделах, чаще обоих легких; рентген: плотные, чаще симметрично расположенные очаги в над-подключичных областях при выраженной эмфиземе нижних отделов. Повторные гематогенные высыпания и последующий распад на месте бывших очагов дают переход этой формы заболевания в *tbc fibrosa densa ulcerosa*.

Кратко остановимся на остальных 2 группах.

В группу *pneumothorax artific* включены те случаи, где [в досанаторный период больному был наложен и поддерживался искусственный пневмоторакс (и. п.). В большинстве этих случаев и. п. был наложен по поводу *phthisis fibro-caseosa* или *phtisis ulcero-fibrosa*. В 3 случаях из всех проработанных нами историй болезни и. п. был наложен по поводу *tbc fibrosa densa ulcerosa*.

В группу *pneumosclerosis tbc indurativa* вошли случаи доброкачественной и пластически разрешившейся *phtisis fibro-caseosae* или *phtisis ulcero-fibrosae*. Такой исход произошел или в результате бывшего ранее вмешательства в виде проведенного и. п., или френико-экзереза или в результате спонтанного доброкачественного разрешения.

¹⁾ Нейман „Клиника лег. тбк“. Редекер и Вальтер. „Пути распространения тбк“. М а с т б а у м. „Схема клинич. форм лег. тбк“ В. Т. 1932. № 8.

Для иллюстрации указанных выше форм приводим краткие выписки из 4 историй болезни.

Хр-ов. Заболел в 1929 г., почувствовав сердцебиение, боли в груди, лечился у терапевта, пока не была обнаружена каверна в правой подключичной области и ВК. Наложено и. п. Резкое улучшение, ВК исчезли. Pneumothorax artific. Результаты кумысолечения в 1931 г.: приб. в весе 4 кг., T^0 пала с 37 до 36,4, РОЭ снизился с 16 мм. до 2 мм., общее укрепление, ВК стойко отсутствуют. Послед. кумыс в 1932 г.—хорошие результаты. В январе 1933 г. и. п. распушен.

А-ов. По приезде из деревни в Казань осенью 1931 г. перенес „воспаление легких“, появился кашель, мокрота, одышка. Обнаружена каверна в лев. среднем легочном поле и ВК в мокроте, и. п. из-за спаек не удался; произведен френикоэкзерез. ВК исчезли. Рентген: высоко стоит левый купол диафрагмы, в среднем лег. поле наметка на просветление—pneumosclerosis tbc-ind. Результаты кумысолечения: вес увеличился на 5 кг., РОЭ пала с 25 мм. до 7 мм., стойкое клиническое улучшение.

П-о. Болен с 1924 года, когда появились поты, колотье в боках, кашель и были обнаружены ВК. Ежегодно весной и осенью обострения, но большой досады времени трудоспособен. Рентген: ряд резко очерченных очагов в обоих верхн. легочн. полях, справа под ключицей полость с волоцкой орех, обнаружена впервые в 1928 г. и определяется в настоящее время tbc fibrosa densa ulcerosa. За период с 1928 г. по 1933 г. ВК то появляются, то исчезают, рентген без выраженных изменений, б. работает не менее 10 час. в сутки, ежегодно отправляясь на кумыс, где получал значительное клинич. улучшение, повышение трудоспособности и т. п.

П-н. В январе 1931 г. перенес „грипп“; ухудшение самочувствия в апреле 1931 г., когда явился в туб. ин-т, где были обнаружены ВК; рентген: аттракция средостения вправо, сплошная тень справа в подключичной области, на фоне полиморфных очагов ячеистое просветление—cavum—phthisis ulcero-fibrosa. От наложения и. п. б. отказался. Поехал на кумыс в VI. 1931 г. Кроме прибавки в весе 3,5 кг. изменений нет ни клинически ни лабораторно. ВК+, РОЭ 28-27 мм. В октябре 1931 г. снова „грипп“, T^0 —37,6, ВК+, физикально: на фоне притупленного перкут. звука в верхнем и средн. полях справа обильные вл. звуч. хрипы, слева в межлопат. простр. укорочение звука и мелк. звучные вл. хрипы. Рентген: ряд полостей справа в верхнем и среднем лег. полях, слева в средн. лег. поле инфильтрация лег. ткани с подозрением на инкапсулированное просветление—cavum? От хирургического вмешательства вторично отказался, уехал снова в санаторий. За последнее время резкое ухудшение.

Непосредственные результаты кумысолечения ради краткости изложения и для большей наглядности мы представили в 4 таблицах: по весу, T^0 , РОЭ, трудоспособности.

По весу все эти группы дали в результате кумысолечения значительную прибыль: 55% всех больных дали прибыль в весе более 3,1 кг. в течение 30—35 дней кумысолечения. Упитывающее действие кумыса здесь при всех указанных формах отчетливо видно. Если рассматривать результаты по отдельным группам, то большую весовую прибавку дала группа I (pneumothorax artific.) и значительно меньшую прибыль в весе мы находим в IV группе (phthisis ulcero-fibrosa).

Прибыль в весе в kg.

Таб. 1

	Число случаев	—1	0,—1	1,—2	2,—3	3,—4	4,—5	5,—6	6,—7
I Pn. artific.	27		3	5	3	11	3		2
II Pneumosc.	14		1	4		7	1	1	
III Tbc f. d. ulc.	21	1		5	3	4	5	3	
IV Phthisis . .	22	1	2	3	8	8			

Температура. Таблица № 2 говорит об определенном улучшении T^0 кривой у большинства больных I, II и III групп: значительное число случаев с субфебрильной и амплитудной T^0 до кумысолечения к концу

Таб. 2

Температур.	I Pn. artif.		II Pneumosc		III Tbc. fd. ul.		IV Phtisis	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Субфебрильн.	11	4	3	2	11	4	15	8
Амплитудн. (колеб. 0,8—1,1)	4	1	1		2	2	3	7
Нормальная	12	22	10	12	8	15	4	7

лечения перешло в группу с нормальной T^0 . IV группа (phtisis ulcero-fibrosa), в сравнении с предыдущими группами, дала улучшение T^0 кривой только в незначительном количестве случаев; здесь основная масса случаев с субфебрильной T^0 осталась с такой же температурой и после кумысолечения.

РОЭ является индикатором иммунобиологического состояния больного организма. На нашем клиническом и санаторном материале мы имеем возможность постоянно убеждаться в объективности этой реакции в течении легочного tbc.

РОЭ.

Таб. 3.

	I Pn. art.		II Pneum.		III Tbc f. d.		IV Phtisis	
	до	после	до	после	до	после	до	после
2—10	6	12	2	7	2	5		1
11—20	6	9	5	3	3	6	2	1
21—35			5	2	8	7	8	10
36—55	9	2		2	3	1	7	5
56—75	6	4	2		5	2	5	5

Таблица 3 выразительнее, чем предыдущие таблицы, подчеркивает определенную разницу в течении легочного туб. у этих различных по клинической форме групп больных.

Группа I (pneumoth. artific.) дала выраженное улучшение РОЭ; из 15 случаев с РОЭ выше 21 мм. (по Панченкову) к концу кумысолечения осталось только 6 случаев, остальные перешли в группу с низкой цифрой РОЭ; вдвое увеличилось после кумыса число случаев с нормальной РОЭ.

II-я и III-я группы (pneumoscrosis и tbc fibrosa densa ulc.) близки по результатам РОЭ к I группе.

Особняком стоит IV группа (phtisis ulcero-fibrosa).

В то время, как 3 предыдущие группы дали к концу кумысолечения значительный сдвиг от высоких цифр РОЭ к нормальным, в IV группе все 20 случаев с РОЭ выше 21 мм. к концу кумысолечения остались без выраженных изменений к лучшему.

Трудоспособность. Оценка трудоспособности в до и после-санаторный период больного производилась на основании учета клинической картины (физикальные, лабораторные данные, T^0 и т. п.) и само-

чувствия больного. Мы всех больных по трудоспособности разделили таким образом: а) трудоспособность отсутствует, б) трудоспособность понижена, с) трудоспособность пониженная улучшилась и д) трудоспособность нормальна. Просмотр табл. 4 показывает, что в результате кумысолечения больные принятых нами I, II и III групп (Pne-

Трудоспособность. Таб. 4.

	До кумысолечения		После			
	отсут.	пониж.	отсут.	пониж.	улучш.	норм.
I Pn. artiific. .	3	24	1	3	9	14
II Pneumosc. .	3	11		2	5	7
III Tbc f. d. ulc.	5	16	3	2	10	6
IV Phtisis . .	7	15	7	6	7	2

mothorax artif., pneumosclerosis, tbc fibrosa densa ulc.) дали значительное улучшение трудоспособности: появился ряд случаев с нормальной трудоспособностью, у значительного количества больных с пониженной трудоспособностью произошло улучшение трудоспособности, уменьшилось число случаев с отсутствующей трудоспособностью.

Группа IV (phtisis ulcero-fibrosa) дала улучшение почти в половине всех случаев с пониженной трудоспособностью, но из семи случаев с отсутствующей трудоспособностью мы ни в одном случае не видели выраженных изменений к лучшему.

На основе указанного материала мы можем сделать следующие выводы:

1. В результате кумысолечения прибыль в весе значительна у всех 4 групп больных; более низкие цифры дали больные IV группы—phtisis ulcero-fibrosa.

2. Температура дала улучшение у б.б. с pneumothor. artif, pneumosclerosis tbc indur., tbc fibrosa densa ulcerosa, но не имела выраженных изменений у больных с phtisis ulcero-fibrosa.

3. РОЭ при выраженном улучшении у б.б. с pneumoth. artif, pneumosclerosis, tbc fib. densa ulc. не дала замедления ОЭ у б.б. с phtisis ulcero—fibrosa.

4. Трудоспособность у б.б. I, II и III групп улучшилась в результате кумысолечения, но у больных с phtisis ulcero-fibrosa в значительном % случаев осталась без изменений.

Таким образом, отмечая, в общем, хорошие результаты кумысолечения у большинства кавернозных больных, мы видим, что наиболее отчетливые результаты дают те больные, где был наложен искусственный пневмоторакс. Эта группа (1-я гр.—pneumothorax artif.) дала более выраженное снижение высоких цифр РОЭ, улучшение T°, большую прибыль в весе и более значительное повышение трудоспособности.

Как антипод этой группе стоят случаи с phtisis ulcero-fibrosa, где и. п. не был наложен и где или, по желанию больного, или по совету врача, методом лечения этих больных было выбрано кумысо-

лечение. Роль кумыса при этих формах переоценивалась, переоценивается и сегодня.

На нашем материале видно, как кумысолечение при этих формах легочного процесса без применения и. п. не дало ожидаемого эффекта: при значительном увеличении веса, при частичном улучшении температурной кривой мы не видели у этих больных определенного сдвига в течении болезни, в улучшении трудоспособности. Сопоставление результатов кумысолечения и ближайшего течения легочного процесса в двух родственных по генезу, но различных по предпринятому методу лечения (в I группе—*pneumothorax artif*+кумыс, в IV группе—только кумысолечение) еще раз подчеркивает мысль о безусловной показанности наложения и. п. в указанных формах *tbc* (*phtisis fibro-caseosa*, *phtisis ulcero-fibrosa*) и о беспочвенности надежд на спонтанное рубцевание каверн только от применения санаторного лечения или кумысолечения. Мы имели возможность проследить ряд больных с *phtisis fibro-caseosa* и *phtisis ulc. fibr.* где, не наложив и. п., б.б. отправлялись на кумыс в надежде получить исцеление, „рубцевание каверн“, только от применения усиленного питания, санаторного режима, кумыса. Эти больные в санатории давали прибыль в весе, улучшение самочувствия и через 1, 2, 3 месяца (редко позже) после сан. лечения, в результате очередной вспышки, поступали к нам в клинич. отделение с резким ухудшением общего состояния. Такие больные часто и теперь уже сами ставили вопрос об и. п., которого они не хотели в недалеком прошлом, надеясь на „санаторную панацею“. Нередко у таких больных сроки наложения и. п. уже были пропущены (или из-за распространенного спаячного процесса или из-за обширного метастазирования) и значительная часть таких больных теряла шансы на выздоровление.

Считаем необходимым для иллюстрации указанных соображений привести всего 2 краткие выписки из историй болезни.

М-в. Болен с 1930 г., когда начал кашлять после перенесенной „инфлюэнцы“, в 1931 году обострение, начал худеть. Прибыл на кумыс. Притупление над прав. верхн. и средн. лег. полями, не обильно влажные хрипы в эт. отд. на фоне везикобронх. дых. ВК+, РОЭ 24 мм., L—10.000, Seg. 46,5, St. 8%, St. 6%, Lym. 23%, M. 8,5%, Eos 6%, Bas. 2%—*phtisis ulcero-fibrosa*. Результаты кумысолечения: вес +4,3, ВК +, РОЭ—21 мм. Клинически без изменений. Предложено явиться в Туб. ин-т, куда явился через 4 мес. после кумысолечения. ВК+, РОЭ—40 мм. Рентген: гомогенное затемнение всего верхнего прав. лег. поля с рядом полостей и обильными спайками. Предложен и. п., от которого б. отказался.

При следующей явке в туб. ин-т в декабре 1932 г. у М-ва, при резком ухудшении общего состояния, рентгеноскопия дала двусторонний кавернозный процесс—*phtisis ulcero-fibrosa bilateralis* (*phtisis desperata*) (по Нейману).

Н-ва. Больной себя считает с марта 1931 года, когда было лихорадочное состояние. Обострение с весны 1932 года. Прибыла на кумыс 2/VI 1932 года. Т° 37,8, ВК+, РОЭ—63 мм., рентген: все левое верхнее, частью среднее лег. поля из полиморфных очагов—узлов *tbc*, *cavum* в лев. подключичной—*phtisis ulcero-fibrosa*. На кумысе больная не получила, кроме прибыли в весе на 2 кг., никаких изменений ни в самочувствии, ни в Т°, РОЭ и т. п. В таком состоянии больная из санатория поступила в Клин. отд. туб. ин-та 16/VII 1932 г., где был наложен и. п. на левую сторону. Через 10 дней температура пала до 36,7, РОЭ до 26 мм., общее улучшение.

Мы выделили в особую группу случай с *tbc fibr. densa ulcerosa*. Эти кавернозные больные, как было указано выше, имеют не только

отличную от *phtisis ulcero—fibrosa* клиническую картину, но и являются относительно доброкачественными формами легочного кавернозного *tbc*. Эти больные, при наличии ВК, каверн, выраженной T^0 , высокой РОЭ, дали на кумысе определенно высокие показатели, безусловно более высокие, чем у больных с *phtisis ulcero—fibrosa*. Эти результаты и последующее наблюдение Клинического туб. ин-та подтвердили наше предположение об относительной доброкачественности течения этих форм и возможности использования для них кумысолечения.

Группа больных с *pneumosclerosis tbc ind.*, как случаи с выраженным преобладанием конструктивной пластической реакции, дала на кумысе хорошие результаты (сравни данные таблиц).

4 клинически отличные группы легочного *tbc* говорят не только о многообразии форм *tbc*, но и настойчиво требуют в решении вопроса о лечении рассматривать каждый случай легочного туберкулеза в движении. Мы должны знать, как протекает процесс, каковы тенденции его развития, каковы резервные силы организма.

Санаторно-курортное лечение, кумысолечение, будучи методом терапии раздражения, требует от больного организма достаточных запасных сил. Излечение *tbc* процесса здесь, как и при других методах *Reiztherapie*, идет через раздражение к обострению процесса, которое, вызывая мобилизацию иммуно-биологических сил, переходит в последующее затихание воспалительных изменений.

Указания старых авторов на обострение в первое время пребывания на кумысе у легочных больных (повышение T , увеличение аускультативных данных и т. п.), изменение лейкоцитарной кривой, отмеченное проф. Горяевым и д-ром Крамовым (повышение $\% stabkern$ у больных в начале кумысолечения)—с определенностью указывают на раздражающее действие этого метода лечения. Отсюда понятно, почему все те формы легочного *tbc*, которые не обладают достаточным резервом защитных сил, где сопротивляемость организма резко понижена, не только не дают необходимого эффекта от кумысолечения, но часто вызывают ухудшение процесса от кумыса,—этого активного раздражителя.

Указанные результаты кумысолечения, равно как и последующие наблюдения в клин. отделении туб. ин-та за течением легочного процесса у кавернозных больных, бывших на кумысе, дают нам право сделать след. предложения к отбору *tbc* больных на кумысолечение.

1) Вопрос о посылке на кумыс кавернозных больных должен быть решен в первую очередь с точки зрения генеза и клиники легочного *tbc*.

2) Все случаи *phtisis fibro—caseosae*—раннего инфильтрата—должны быть подвергнуты предварительному наложению и. п. с последующим направлением на кумыс.

3) Случаи *phtisis ulcero—fibrosa*, где наложение и. п. показано и технически возможно, должны подвергнуться наложению и. п. с последующим кумысолечением.

4) Больные с *phtisis ulcero—fibrosa unilateralis*, где, по тем или другим причинам и. п. не проводится, не показаны для кумысолечения

и могут быть направлены на кумыс только в исключительных случаях и только при наличии достаточных резервных защитных сил.

5) *Phtisis ulcerofibrosa bilateralis* без активного вмешательства (и. п. или френикоэкзерез) противопоказана для кумысолечения.

6) *Случаи tbc fibrosa densa ulcerosa* показаны для кумысолечения.

7) *Pneumosclerosis tbc indur.* (как результат френикоэкзереза или и. п. и спонтанного разрешения инфильтрата) показаны для кумысолечения.

8) Со всей категоричностью должен быть поставлен вопрос перед соответствующими организациями о нерациональности посылки указанных больных на срок в 1 м-ц и о необходимости удлинения срока кумысолечения для показанных форм минимум до 2 месяцев.

Из инфекционной клиники Рязанского филиала МОКИ. (Заведующий филиалом МОКИ В. Я. Синегубкин, заведывающий инфекционной клиникой филиала В. К. Подобанский).

Случаи болезни Банга у человека.

В. К. Подобанский (г. Рязань).

Микроб, вызывающий эпидемический аборт у коров и других домашних животных (козы, овцы, свиньи), со времени открытия его Бангом и Стрибольтом в 1896 году, долгое время считался патогенным только для животных и непатогенным для человека; и только лишь после работ Кифера (1924 год) и Габби (1928 год) было, с несомненностью, установлено, что этот микроб является патогенным и для человека. Первому удалось получить из крови одного больного с неясным длительным лихорадочным заболеванием гемокультуру этого микроба, а второму удалось доказать патогенность его для человека на основании опытов с прививками. Болезнь, вызываемая инфекцией бациллами Банга, по своей клинической картине в типичных случаях весьма сходна с Мальтийской лихорадкой: волнообразное течение T^0 , чрезмерная потливость, слабость, увеличение селезенки, при общем удовлетворительном состоянии и хорошем аппетите, несмотря на высокую температуру. Но болезнь Банга отличается от Мальтийской лихорадки более легким течением. Возбудитель болезни Банга—*bac abortus* Bang'a и возбудитель Мальтийской лихорадки—*micrococcus melitensis*,—представляют собою, как это, в настоящее время установлено (работы американского бактериолога Ивенс и др.), два подвида или две разновидности одного и того же вида бактерий, объединенных под общим названием—*Brucella*:—*Brucella abortus* и *Brucella melitensis*. Комиссия при международном эпизоотическом бюро в Париже в заседании своем в мае 1931 года признала родство отдельных штаммов бактерий рода *Brucella*—патогенных как для животных, так, до известной степени, и для человека. После работ Кифера и Габби в иностранной литературе стали все чаще и чаще появляться сообщения и статьи, посвященные этой инфекции у человека, в особенности, в странах, где заболевание