

10021

ОБЪЕДИНЕННЫЙ УЧЕНЫЙ СОВЕТ
ИНСТИТУТОВ ФИЗИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ И
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ АКАДЕМИИ НАУК
КАЗАХСКОЙ ССР

На правах рукописи

С. И. ЧУДИНА

КЛИНИКА ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ
КАЗАХСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ТУБЕРКУЛЕЗА

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Алма-Ата

1965

ОБЪЕДИНЕННЫЙ УЧЕНЫЙ СОВЕТ
ИНСТИТУТОВ ФИЗИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОЙ И
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ АКАДЕМИИ НАУК
КАЗАХСКОЙ ССР

На правах рукописи

С. И. ЧУДИНА

**КЛИНИКА ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА
У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ
КАЗАХСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО
ИНСТИТУТА ТУБЕРКУЛЕЗА**

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Алма-Ата

1965

Работа выполнена в Казахском научно-исследовательском институте туберкулеза (Директор института заслуженный врач республики, кандидат медицинских наук А. А. Терликбаев).

РУКОВОДИТЕЛИ РАБОТЫ:

Старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук
С. Д. Полетаев.

Старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук
А. И. Штейнцайг.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Доктор медицинских наук, профессор М. И. Ойфебах.
Заслуженный деятель науки Казахской ССР, доктор
медицинских наук, профессор В. И. Зюзин.

Дата рассылки автореферата „6 . апреля 1965г.

Защита состоится в _____
_____ „17 . мая _____ 1965г.

В последние годы в результате дальнейшего повышения материального благосостояния и культурного уровня населения, проведения широких общих оздоровительных мероприятий, а также снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза, увеличивается значение первичного туберкулеза у взрослых.

Данные А. Е. Рабухина, Ф. Л. Элинсон, М. И. Ойфебаха, Б. М. Хмельницкого и М. Г. Ивановой, Б. З. Буниной, Ш. А. Алимова, С. В. Массино, Р. И. Лерман, Р. М. Пинской, М. Е. Курмаевой, П. М. Фукс, Е. Б. Меве и А. Ю. Палей, Н. С. Вайнберг и других убеждают в том, что проблема первичного туберкулеза у взрослых становится все более актуальной.

Казахстан расположен на огромной территории и занимает по площади второе место в Советском Союзе после РСФСР. В сельских районах имеется далеко неодинаковая и зачастую малая плотность населения. По данным Ш. А. Алимова, М. Г. Инкарова, А. Д. Нурмамедова и А. Г. Погосова, И. А. Шенгеля, А. Н. Смирнова и И. Г. Урсова, Е. Е. Кузнецовой, Крисковского, Романовского и других, инфицированность сельского населения туберкулезом, особенно в отдаленных районах с низкой плотностью населения, является значительно меньшей, чем городского населения.

В Казахской ССР более 50% населения занято сельскохозяйственным производством. Вместе с тем, в республике все более быстрыми темпами развивается горнорудная и химическая промышленность. Это, естественно, влечет за собой значительное перемещение сельского населения в города. Таким образом, первичный туберкулез у взрослых в условиях Казахстана приобретает особую актуальность по сравнению с центральными республиками и областями нашей страны и является одним из разделов краевой патологии.

Задачей настоящей работы являлось: а) установление своевременности выявления первичных форм туберкулеза у взрослых; б) изучение наиболее часто встречающихся форм первичного туберкулеза и особенностей их течения; в) изучение типовой принадлежности возбудителя первичных форм туберкулеза; г) изучение ценности исследования белков сыворотки крови и реакции связывания комплемента, как дополнительных дифференциально-диагностических тестов; д) изучение лечебной эффективности комплексной антибактериальной и патогенетической терапии.

Объектом исследований явились 218 больных, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении Казахского научно-исследовательского института туберкулеза в 1953—1963 гг. Среди указанных больных 125 страдали первичным туберкулезом и 71—послепервичными формами заболевания (контрольная группа). Дифференциальная диагностика между первичным туберкулезом и новообразованиями легких изучена у 22 взрослых больных, страдавших первичными или метастатическими опухолями органов грудной полости.

Удельный вес больных первичным туберкулезом по отношению к больным послепервичными формами туберкулеза, госпитализированным в терапевтическое отделение института туберкулеза Казахской ССР в течение 1957—1961 гг., составлял 6,8%.

Среди 125 больных первичным туберкулезом в возрасте от 17 до 55 лет женщин было 63, мужчин — 62 человека. Подавляющее большинство из них (103 человека) имели 17—25-летний возраст. Значительная часть больных (91) проживали в сельской местности.

Большинство больных (86 чел. — 68,8%) поступило в институт в субкомпенсированном состоянии. Процесс оказался декомпенсированным у 31 больного (24,8%) и компенсированным — только у 8 человек (6,4%).

На основании изучения анамнестических данных и комплексного клинико-рентгенологического исследования у 52 (41,6%) больных был диагностирован свежий и у 73 (58,4%) — хронически текущий первичный туберкулез.

К группе свежего первичного туберкулеза были отнесены больные с активным специфическим поражением легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов без следов перенесенного в прошлом туберкулеза.

У большинства из этих больных (36 из 52) заболевание в первые клинически проявилось по типу острого инфекционного процесса.

У всех больных этой группы отмечались воспалительные изменения в интракаваляных лимфатических узлах в виде инфильтративного или опухолевидного бронхоаденита. Чаще встречался инфильтративный бронхоаденит с поражением одной группы лимфатических узлов. У больных опухолевидным бронхоаденитом лимфатические узлы достигали значительной величины. У 5 человек паратрахеальные узлы оказались величиной с куриное яйцо.

В начале заболевания нередко отмечались параспецифические проявления, связанные с высокой степенью сенсibilизации организма (фликтенулезный кератоконъюнктивит, узловатая эритема, полиартрит Понсе, серозиты и т. д.). У 6 больных они предшествовали заболеванию, у 12 — определялись в периоде болезни.

Изменения со стороны крови у 26 больных характеризовались умеренным лейкоцитозом (от 8400 до 13700). В формуле крови у 38 человек отмечался нейтрофильный ядерный сдвиг влево до 21%, а у 8 — умеренная эозинофилия в пределах 7%, у 21 — лимфопения (20—10%). У 30 больных РОЭ оказалась значительно ускоренной — 31—62 мм/час.

Туберкулиновые реакции по р. Манту 1:5000 у 23 больных свежим первичным туберкулезом были гиперергическими, у 14 — нормоергическими и у 15 — отрицательными. У больных с тяжелым течением процесса в начале заболевания наблюдалась отрицательная реакция, которая с улучшением общего состояния становилась положительной.

Ведущим признаком, определяющим принадлежность процесса к группе хронически текущего первичного туберкулеза, явилось волнообразное течение воспалительно-некротического процесса в лимфатических узлах. Основным клиническим синдромом у больных этой группы явилась длительная хроническая туберкулезная интоксикация. При хронически текущем первичном туберкулезе чаще наблюдался туморозный бронхоаденит. Однако, размер увеличенных узлов никогда не достигал такой величины, какая наблюдалась при свежем первичном туберкулезе, что, по-видимому, связано с процессами склерозирования и сморщивания лимфатических узлов.

Отложение извести в лимфатических узлах имело характерный вид — обычно, известь начинала откладываться от периферии узла, образуя весьма своеобразную картину краевых обызвествлений, реже встречались островковые обызвествления, расположенные в ткани увеличенного лимфатического узла в виде отдельных зерен.

Изменения в легких в рентгенологическом отображении

представлялись многоэтапными. Так, у преобладающего числа больных наряду со свежими инфильтративно-пневмоническими явлениями отмечался фиброз вокруг очагов. Очаговость характеризовалась различной интенсивностью и неодинаковой четкостью контуров. При этом, помимо малонитексивных очагов с размытыми контурами, встречались даже петрифицированные очаговые элементы, свидетельствующие о неоднократных вспышках патологического процесса.

Изменения со стороны периферической крови при хронически текущем первичном туберкулезе оказались выраженными. У 25 человек выявлена гипохромная анемия, у 33 наблюдался лейкоцитоз, у 12 — лимфоцитоз. У 33 больных РОЭ оказалась ускоренной — в пределах 31—84 мм/час.

У 34 (из 73) больных хронически текущим первичным туберкулезом чувствительность к туберкулину была гиперергической, нормоергической у 28, отрицательная реакция отмечена у 9 и сомнительная у 2 человек.

В целом следует отметить, что проведенные нами исследования свидетельствуют о некотором снижении чувствительности к туберкулину у больных первичным туберкулезом в современных условиях.

У большинства больных (102 чел. — 81,6%) определялось осложненное течение первичного туберкулеза. Осложнения характеризовались поражением бронхов и серозных оболочек, распадом легочной ткани и лимфогематогенным метастазированием в легкие и в экстраторакальные органы.

Осложненное течение патологического процесса при свежем первичном туберкулезе отмечено у 34 (64,5% \pm 7,1) из 52 больных и при хронически текущем первичном туберкулезе у 68 (81,6% \pm 4,5) из 73. Существенность разницы показателей частоты осложнений при свежем и хронически текущем первичном туберкулезе оказалась равной 2,06, а вероятность различия этих показателей составила более 97,0%. Следовательно, явно определялась тенденция к большей частоте осложнений хронически текущего первичного туберкулеза по сравнению со свежим первичным туберкулезом.

На основании детального изучения больных первичным туберкулезом представилось целесообразным выделить следующие варианты его течения.

1. Неосложненное течение

- а) бронхоаденит
- б) первичная пневмония

2. Осложненное течение

- а) первичный кавернозный туберкулез,
- б) генерализованный туберкулез,

- в) бронхоаденит с поражением бронхов и плевры,
- г) первичная пневмония с поражением бронхов и плевры.

У 20 (из 31) больных бронхоаденит протекал без осложнений. У 16 он оказался инфильтративным и характеризовался относительной остротой течения, умеренными гематологическими сдвигами, а также значительным эффектом при противотуберкулезной терапии. У 15 больных наблюдался опухолевидный бронхоаденит, который протекал длительно, с выраженной хронической туберкулезной интоксикацией. Лечение их не всегда обеспечивало полную редукцию патологических изменений и стойкое затихание процесса.

В случаях, когда экссудативная реакция оказалась массивной, наблюдалось образование первичной туберкулезной пневмонии, в которой отдельные компоненты первичного комплекса становились неразличимыми. Первичная пневмония проявлялась как долевая, дольковая, или массивное прикорневое инфильтрирование. Она отмечена у 10 из 125 больных (8%). В результате рентгенологического исследования было установлено, что у 2 больных пневмония оказалась долевой, у 5 — дольковой, у 3 — прикорневой. Процесс чаще локализовался в средних и нижних отделах, в правом легком — у 4 и в левом — у 6.

Рентгенологические изменения в этих случаях характеризовались массивным неоднородным затемнением с размытыми контурами. У 7 больных первичной пневмонией наблюдались осложнения со стороны бронхов или плевры.

В тех случаях, когда в процессе преобладали явления альтерации в виде казеозного некроза, возникал первичный кавернозный туберкулез легких (31 человек). У 12 больных деструктивные процессы оказались свежими, у 19 — они имели хроническое течение. У данных больных преобладали жалобы местного характера, сигнализирующие о поражении легких и плевры (кашель, боли в груди и т. д.). Общетоксические расстройства в указанных случаях также оказались выраженными. В частности, значительной выраженности достигали гематологические сдвиги. Так, у 19 больных был отмечен лейкоцитоз (до 15400), у 11 — анэозинофилия, у 14 — лимфопения, у 20 — ускорение РОЭ свыше 30 мм/час. У многих больных определялись функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы. Тяжелая клиника и отсутствие реакции на туберкулин говорили об отрицательной анергии у 8 больных.

Давность патологического процесса и волнообразный характер его течения создавали пеструю физикальную и рентгенологическую картину заболевания. Обращала на себя внимание частота двусторонних поражений (19 больных). У 7 больных процесс был правосторонним, а у 5 — левосторонним. По генезу первичные кавернозные формы обычно были связаны с пневмоническим процессом.

Наиболее многочисленной оказалась группа больных генерализованным первичным туберкулезом — 53 человека. У 32 из них преобладал лимфогенный путь распространения инфекции с развитием либо системного поражения многих групп лимфатических узлов, либо — лимфогенных метастазов в легких. У 21 больного генерализация носила, преимущественно гематогенный характер. В результате этого возникали различные варианты гематогенного туберкулеза — от микрогенерализации в верхушки легких, кости, половые органы до общего милиарного туберкулеза. Преимущественно лимфогенная генерализация процесса, в основном, наблюдалась у больных хронически текущим первичным туберкулезом, а гематогенное распространение инфекции возникало, главным образом, у лиц со свежими процессами.

Лимфогенно-генерализованные формы чаще проявлялись постепенным началом заболевания с преобладанием общетоксических явлений. Течение заболевания отличалось длительностью и относительной доброкачественностью. Одним из существенных клинических признаков лимфогенной генерализации оказалось частое поражение внутрибрюшных (23 больных) и периферических, обычно шейных, лимфатических узлов (16 больных). У больных с поражением лимфатических узлов отмечалось угнетение функции кроветворных органов, а также лейкоцитоз и значительное ускорение РОЭ.

Процессы с преимущественно гематогенной генерализацией чаще проявлялись впервые по типу острого инфекционного заболевания. У 3 больных, кроме поражения легких, отмечались метастазы в кости, а у 7 — туберкулезный менингит. Со стороны крови наблюдалось ускорение РОЭ и ядерный нейтрофильный сдвиг влево.

Из 52 больных, которым было проведено бронхоскопическое исследование, специфическое поражение бронхов выявилось у 17 человек. У 11 из них процесс протекал по типу хронически текущего первичного туберкулеза. Чаще наблюдался инфильтративный туберкулез бронхов или фиброзные изменения их, у 2 больных были обнаружены железисто-бронхиальные свищи.

С целью изучения состояния реактивности организма у больных первичным туберкулезом, а также из дифференциально-диагностических соображений, проводились реакция связывания комплемента с туберкулезным антигеном ССТА по методике Т. А. Луценко и определение белковой формулы сыворотки крови.

Реакция связывания комплемента была поставлена 26 больным первичным и 26 больным послепервичным туберкулезом. Число лиц с положительной РСК в обеих группах оказалось, примерно, одинаковым (22 и 20 чел). В то же время интенсивность реакции у больных первичным и вторичным туберкулезом была различной. Так, при туберкулезе первичного периода положительная РСК в разведениях 1:20—1:80 была отмечена у 16 из 26 больных. Среди 26 больных вторичным туберкулезом положительная РСК на такие же разведения антигена выпала только у 9 человек. Разница частоты положительной РСК на высокие разведения антигена у больных первичным и послепервичным туберкулезом оказалась существенной ($\alpha = 97,3\%$). Следовательно, первичный туберкулез характеризовался большей интенсивностью реакции связывания комплемента. Таким образом, в сочетании с другими методами исследования, РСК может служить дифференциально-диагностическим критерием определения периода заболевания.

Белковый состав сыворотки крови изучен у 126 человек, в числе которых было 67 человек, страдавших первичным, 48—послепервичным туберкулезом и 11 здоровых лиц. Общий белок сыворотки крови определялся рефрактометрически, а белковые фракции — путем электрофореза на бумаге по методике А. Е. Гурвич.

У больных туберкулезом наблюдалось заметное снижение содержания альбуминов и повышение уровня глобулинов, особенно α — и γ —глобулинов. Сопоставление протеинограмм у больных вторичным и первичным туберкулезом обнаружило у последних более выраженные сдвиги белкового состава крови. Таким образом, создавалось впечатление, что результаты наших наблюдений соответствуют данным Б. З. Буниной, Грулад и др. о большей выраженности сдвигов в белковой формуле крови при первичном туберкулезе по сравнению с послепервичными формами заболевания.

Однако, учитывая обнаруженную нами прежде (С. И. Чудина, Л. Б. Шефер и Л. А. Евстифеева) зависимость между белковым составом сыворотки и степенью компенсации туберкулезного процесса (т. е. выраженностью туберкулезной интоксикации), мы решили произвести соответствующий анализ по-

лученных данных. При анализе мы пришли к заключению, что степень компенсации оказывает на белковый состав сыворотки большее влияние, чем период туберкулезной инфекции.

Форма туберкулеза также оказывала определенное влияние на белковый состав сыворотки. В группе больных первичным туберкулезом наиболее заметные изменения электрограмм наблюдались при генерализованной форме. Наименее выраженные изменения белкового состава отмечены у больных бронхоаденитом.

В ходе динамического наблюдения за изменениями белковых фракций в процессе антибактериальной терапии больных туберкулезом установлено, что динамика белкового состава сыворотки зависит от течения процесса. Снижение различных глобулиновых фракций происходит неодинаково быстро. Наиболее ранним признаком наступающего улучшения было снижение α -глобулинов. Уровень γ -глобулинов довольно долго оставался повышенным и лишь на 3—4 месяце лечения отмечалось заметное его снижение.

При сравнительном изучении динамики белкового состава сыворотки у больных свежим и хронически текущим первичным туберкулезом в ходе эффективной антибактериальной терапии отмечено, что в обеих группах в процессе лечения отмечалось повышение уровня альбуминов и снижение содержания глобулинов. В группе больных свежим первичным туберкулезом к 3—4 месяцу наблюдения белковый состав сыворотки приблизился к норме. В группе больных хронически текущим первичным туберкулезом на 3—4 месяце лечения соотношение между белковыми фракциями оставалось еще заметно нарушенным.

При отсутствии клинического улучшения существенных изменений белкового состава сыворотки в ходе лечения не отмечалось.

В результате изучения типовой принадлежности микобактерий туберкулеза у 24 бациллярных больных выяснено, что у 5 человек первичный туберкулез был вызван возбудителем бычьего типа, а у одного выделено два штамма: штамм человеческого типа из мокроты и бычьего — из лимфоузлов брюшной полости больного (после его смерти). Возможно, что заболевания, вызванные бычьим типом возбудителя наблюдались значительно чаще, чем это удалось установить, ибо типирование микобактерий проведено далеко не у всех бацилловыделителей.

Материалы о течение туберкулеза у людей, вызванного бычьим типом МТ, весьма разноречивы. А. Д. Вайсберг, Лей-

бич, Бурачевский считают, что туберкулез легких, вызванный бычьим типом, не отличается по клинике от туберкулеза, вызванного человеческим типом; Н. М. Соколова, С. Е. Рабинович и соавторы, Д. Р. Рокшаин говорят о более доброкачественном его течении. Третья группа авторов, в том числе и изучавшие больных в Средне-Азиатских республиках (И. Г. Гаспарян, Л. И. Блонская, С. Д. Полетаев и соавторы, Грюнер и Бем, Годен) наблюдали более тяжелое течение процесса.

Наши клинические наблюдения за 6 больными, заболевание которых вызвано бычьим типом, показывают, что такие процессы отличались значительной тяжестью течения. Тяжесть заболевания характеризовалась остротой, склонностью процесса к казеозному некрозу и к лимфогематогенному распространению. Изменения крови оказались значительными: отмечался выраженный ядерный сдвиг влево, лейкоцитоз до 12200, РОЭ — до 62 мм в 1 час. На рентгенограмме определялся грубый фиброз, идущий от корня к периферии и массивные казеозно-инфильтративные изменения в легких и в лимфатических узлах. Особенно тяжелое течение заболевания с летальным исходом наблюдалось в условиях комбинированного заражения бычьим и человеческим типом туберкулезных микобактерий.

Процессы, вызванные микобактериями бычьего типа, труднее поддавались лечению туберкулостатическими средствами и, как правило, требовали дополнения активной терапии.

Среди 20 обследованных больных первичным туберкулезом лекарственная устойчивость к стрептомицину отмечалась у 11 человек.

Из них у 5 человек определена так же устойчивость и к препаратам ГИНК. У 2 больных устойчивость возникла в результате длительного приема антибактериальных препаратов, у 6 возникновение ее можно было связать с кратковременным и неправильным лечением препаратами, а у 3 больных, не лечившихся ранее, была установлена первичная лекарственная устойчивость.

Обращало на себя внимание быстрое возникновение устойчивости к стрептомицину; у 3 (из 8) больных она отмечалась после получения ими препарата до 30 гр.

У 6 (из 8) больных с лекарственной устойчивостью клинкорентгенологически определялся большой деструктивный процесс. У 4 из них был множественный распад. У больных даже с небольшой лекарственной устойчивостью антибактериальная терапия значительно медленнее, чем у обычных больных, уменьшала остроту процесса и способствовала рассасыванию

свежих очаговых и инфильтративных изменений. В результате комбинированного лечения у 4 больных отмечено улучшение, у 3 — значительное улучшение после применения коллапсотерапии.

Первичная лекарственная устойчивость, установленная у 3 больных, определялась как устойчивость к 10—100 ед. стрептомицина и к 50—100 γ фтивазида. У 2 (из 3) больных источник заражения остался невыясненным. Одна больная заразилась устойчивыми штаммами, работая в бактериологической лаборатории. У одного из 3 больных с первичной лекарственной устойчивостью был установлен бычий тип возбудителя. В данном случае можно было предположить, что заражение произошло от леченного больного, зараженного бычьим типом возбудителя.

У больных с первичной лекарственной устойчивостью процесс характеризовался инфильтративно-казеозными явлениями в легких и в лимфатических узлах. У 2 (из 3) больных на фоне антибактериальной терапии появились свежие инфильтративно-очаговые тени. Коллапсотерапия в этих случаях оказала более выраженный клинко-рентгенологический эффект, чем антибактериальное лечение.

Приведенные исследования показывают, что: а) у значительного числа взрослых больных первичный туберкулез протекал с выраженными явлениями экссудации и казеоза (у 8% больных — выявлена первичная пневмония, у 24,8% — диагностирована первичная каверна); б) отмечалась склонность заболевания к генерализации, нередко с развитием системного специфического поражения лимфатического аппарата (42,4%); в) в последние годы у больных первичным туберкулезом отмечается снижение чувствительности к туберкулину (из 125 больных гиперергическая реакция была у 45,6%, нормоергическая у 33,6%, сомнительная у 1,6% и отрицательная у 19,2%); г) отмечена значительная частота лекарственной устойчивости МТ (11 из 20 обследованных) в том числе у 3 больных обнаружена первичная лекарственная устойчивость.

Наши данные противоречат исследованиям ряда авторов, подчеркивающих доброкачественность течения первичных форм туберкулеза у взрослых в современных условиях (Л. И. Лерман, Е. Б. Меве и др.). Возможно это связано со специфическими условиями Средней Азии и Казахстана.

Помимо климатических, бытовых и алиментарных факторов, недостаточности специфической профилактики, тяжелое течение первичных форм туберкулеза у исследованных больных могло объясняться заражением бычьим типом возбудите-

ля чаще, чем это было установлено. Тем более, что исследования Л. И. Блонской указывают на существенное значение пораженности туберкулезом сельскохозяйственных животных в распространении туберкулеза среди населения Казахстана.

Распознавание у взрослых первичного туберкулеза и его дифференциальная диагностика с туберкулезом послепервичного периода нередко сопровождается определенными трудностями.

Во времени госпитализации в институт у подавляющего числа больных (118 человек) туберкулезная природа патологического процесса уже была распознана, однако, первичный период патологического процесса оказался установленным только у 28 больных. У остальных 90 человек заболевание рассматривалось как проявление различных форм послепервичного туберкулеза.

Из 52 больных со свежими процессами период заболевания не был определен при направлении у 33 человек. В группе больных хронически текущим первичным туберкулезом аналогичные диагностические ошибки были допущены в отношении 57 больных из 73. Вероятность различия показателей просмотра первичного периода туберкулеза в группах больных свежим и хронически текущими процессами составила 95,5%. Следовательно, распознавание первичного периода туберкулезной болезни в условиях хронического течения заболевания закономерно сопровождается большими трудностями, нежели при свежих поражениях.

Дифференциальная диагностика первичного туберкулеза и злокачественных новообразований легких, обычно, весьма сложна и затруднительна. Опухоли легких, в частности бронхиальный рак, в течение ряда месяцев и даже лет, как и туберкулез, могут протекать бессимптомно (А. Е. Рабухин и Е. В. Ермолаева, В. К. Гулый, А. И. Штейнцайг, Р. М. Рабинович, В. Л. Толузаков, Я. М. Крол, В. А. Давыденко и Г. М. Бонк). Затем появляются функциональные расстройства, общие и местные признаки заболевания: кашель, повышение температуры, нарастающая слабость, одышка, сердцебиение, что обычно у молодых людей рассматривается как проявление туберкулезной болезни.

Развитие ателектаза у таких больных часто расценивается как результат сдавления бронха увеличенными лимфатическими узлами, а раковый распад нередко ошибочно принимается за туберкулезную каверну. Лимфогенная генерализация с развитием плеврита, реакция со стороны периферических лимфатических узлов, анемия, лимфопения, ускорение РОЭ еще

больше убеждают в правильности диагноза туберкулеза. Если, к тому же, в мокроте находят туберкулезные микобактерии, то сомнения в специфическом характере заболевания нередко вообще отпадают. При этом забывается о том, что в условиях опухолевого роста возможен распад старых туберкулезных очагов с возникновением бацилловыделения (М. Я. Карлинер, А. Е. Рабухин и др.).

Такие симптомы, как отсутствие чувствительности к туберкулину, обнаружение в мокроте атипических клеток, отсутствие параспецифических реакций должны насторожить врача в отношении возможности опухолевого процесса вне зависимости от возраста больного.

В условиях стационарного, санаторно-курортного и амбулаторного лечения проводилась длительная, непрерывная терапия двумя или тремя противотуберкулезными препаратами.

Срок лечения тремя препаратами зависел от тяжести процесса и варьировал от 2 до 4 месяцев. Затем продолжалось лечение двумя препаратами, из которых один относился к группе ГИНК, а второй был фоновым — ПАСК или тибон.

Терапия обычно начиналась с курса стационарного лечения длительностью 4-6-8 месяцев с последующим санаторным лечением. Заканчивалось лечение, как правило, в амбулаторных условиях. Общая продолжительность терапии составляла 12—18 месяцев.

При лечении больных первичным туберкулезом довольно широко применялась десенсибилизирующая терапия. Особое место в ней занимало лечение кортикостероидными гормонами, которое было назначено 36 больным. Кроме того, для снижения повышенной чувствительности организма к инфекции широко применялись инъекции 0,25% раствора хлористого кальция, пирамидон, бутадон, димедрол аскарбиновая кислота и витамин Д₂; повторные переливания малых доз крови (по 30--50 мл) были проведены 15 больным, туберкулинотерапия—4 больным. Указанные лечебные мероприятия способствовали быстрой нормализации функционального состояния организма и благоприятствовали инволюции элементов патологического процесса в течение сравнительно коротких сроков. При экссудативных процессах в легких, плеврите, менингите наиболее ярким и быстрым десенсибилизирующим эффектом обладала кортикостероидная терапия, а при поражении лимфатического аппарата значительную роль играло применение витамина Д₂.

До поступления в клинику 65 больных не принимали антибактериальных препаратов, 54 лечились ранее короткими кур-

сами и 14 больных лечились длительно, без дополнительной десенсибилизирующей терапии.

Туберкулостатические препараты применялись в оптимальных, а при тяжелых распространенных процессах — и в максимальных терапевтических дозах. 14 больным, которые в прошлом длительно и беспорядочно лечились стрептомицином и фтивазидом, был применен циклосерин. Последний, как правило, комбинировался с двумя другими препаратами (ГИНК+ПАСК). В случаях специфического поражения бронхального дерева широко применялась аэрозольная терапия антибактериальными препаратами.

Из общего числа 125 больных, лечившихся антибактериальными препаратами, у 14 человек (11,2%) наблюдались побочные явления, связанные с применением этих средств. Сравнительно небольшая частота побочных явлений, по-видимому, объяснялась широким использованием десенсибилизирующих средств, а также молодым возрастом больных.

Коллапсотерапия и оперативное лечение были применены 26 больным с деструктивным процессом. Искусственный пневмоторакс, наложенный 8 больным, оказался неэффективным у 4 человек: у одного из них определялись верхушечные сращения у другого — стала раздуваться прикорневая каверна, у 2 — вскоре возник массивный пневмоплеврит. Лечение пневмоперитонеумом (11 больных) способствовало уменьшению перифокальных воспалительных изменений в легких и вокруг патологически измененных внутригрудных лимфатических узлов. Этот вид коллапсотерапии при первичном туберкулезе, вероятно, наиболее приемлем. Из-за немногочисленности наблюдений (2 больных) мы не можем высказать мнения об эффективности резекционной хирургии в лечении больных туберкулезом первичного периода.

Таким образом, лечение больных первичным туберкулезом проводилось в соответствии с общими принципами комплексной терапии этого заболевания, но характеризовалось определенными особенностями: значительный удельный вес в комплексе терапевтических воздействий занимала десенсибилизация организма. Коллапсотерапия или оперативное лечение имели подчиненное значение.

У 94 больных (из 125) изучены ближайшие результаты комплексной терапии. У 42 из них был свежий и у 52 хронически текущий первичный туберкулез. Благоприятное влияние противотуберкулезных, десенсибилизирующих, коллапсотерапевтических и общеукрепляющих факторов сказалось в том, что у большинства больных как свежим, так и хронически те-

кущим первичным туберкулезом, заметно улучшилось общее состояние и исчезли признаки туберкулезной интоксикации.

Из числа больных свежим первичным туберкулезом у 16 (из 20) человек катаральные явления перестали выслушиваться в первые 3—4 месяца. Все 19 больных — бацилловыделители через 2—6 месяцев стали абаццилярными. Рентгенологическая динамика деструктивных изменений развивалась медленнее по сравнению с процессами рассасывания свежих очагов и инфильтратов. У 8 (из 13) больных полости исчезли через 5—7 месяцев, у 5 произошло лишь уменьшение числа и размеров полостей.

В группе больных хронически текущим процессом катаральные явления, которые исходно выслушивались у 38 человек, через 5—6 месяцев исчезли у 25 и сохранились у 13. Только у 20 (из 30) больных наступила абаццилярность. У 11 (из 22) больных каверны перестали определяться (у 8 из них — после коллапсотерапевтических и хирургических вмешательств). У остальных 11 больных с запущенными процессами рассосались только свежие инфильтративные и очаговые тени, каверны остались без изменений.

В целом, из 42 больных свежим туберкулезом у 30 достигнуто значительное улучшение, у 8 — улучшение и у 4 — кратковременное улучшение. В группе больных с хронически текущим первичным туберкулезом (52 чел.) значительное улучшение наступило у 14, улучшение — у 29, кратковременное улучшение — у 8, летальный исход — у одного.

Исходом инфильтративного бронхоаденита были, как правило, фиброз и единичные плотные и петрифицированные очаги. Инволюция туморозно увеличенных лимфатических узлов была длительной и часто неполной, нередко через длительные сроки после прекращения лечения у больных появлялись новые участки обызвествления, что указывало на неполноценность проведенной терапии.

Исходы лечения при неосложненном первичном туберкулезе были более совершенными. Процесс, обычно, заканчивался полным рассасыванием, образованием ограниченного фиброза, уплотнением или обызвествлением в виде единичных петрификатов. При осложненных формах первичного туберкулеза наблюдались более выраженные остаточные явления в виде массивного фиброза, множественных плотных очагов и петрификатов, плевральных наслоений. Пути распространения инфекции играли существенную роль в исходе заболевания. При преимущественно гематогенном распространении рассасывание шло быстрее и с меньшими остаточными изменениями. При

преимущественно лимфогенном пути распространения наблюдалось медленное регрессирование процесса, чаще возникал выраженный фиброз и петрификаты в корнях и легких.

32 больных исследованы в сроки от 6 месяцев до 7 лет после завершения лечения. Из 19 больных, у которых исходно определялся свежий первичный туберкулез, выздоровление наступило у 17 человек. У 3 из них отмечалось полное рассасывание патологических изменений, у 2 — ограниченный фиброз, у 7 — фиброз с плотными очагами, у 5 — фиброз с петрификатами.

У 9 (из 13) больных хронически текущим первичным туберкулезом достигнуто стойкое затихание процесса, у 2 — после длительной терапии с хорошим исходом наступил рецидив, у 2 — процесс прогрессировал, несмотря на лечение.

Таким образом, клинико-рентгенологические признаки улучшения оказались неодинаковыми и зависели от давности процесса, патоморфологической сущности, а также длительности и правильности лечения.

ВЫВОДЫ

1. Первичный туберкулез у взрослых может протекать в виде свежих и хронических форм, принимая при этом осложненное или неосложненное течение.

Осложнения первичного туберкулеза проявляются в виде поражения бронхов и серозных оболочек, деструктивных форм (первичный кавернозный туберкулез) и генерализованного туберкулеза (преимущественно лимфогенная или гематогенная генерализация).

2. Существенное значение в распространении туберкулеза среди населения Казахстана играет, по-видимому, пораженность туберкулезом сельскохозяйственных животных. Течение туберкулеза, вызванного бычьим типом возбудителя, отличается злокачественностью.

3. У больных первичным туберкулезом в последние годы отмечается снижение чувствительности к туберкулину.

4. Отмечена значительная частота лекарственной устойчивости МТ, в том числе и первичной устойчивости у взрослых больных первичным туберкулезом.

5. При изучении белкового состава сыворотки крови выяснено, что значительные сдвиги, обусловленные снижением содержания альбумина и повышением уровня α_2 и β —глобулинов, наблюдаются у больных первичным туберкулезом, что зависит от большей тяжести течения заболеваний. Реакция

связывания комплемента с туберкулезным антигеном ССТА у них выражена на более высокие разведения.

6. Дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза от послепервичных процессов и от злокачественных новообразований грудной клетки затруднена и должна основываться на суммарной симптоматике — чувствительности к туберкулину, участия в процессе лимфатического аппарата, выраженности экссудативных изменений, а также степени реакции связывания комплемента.

7. Основой лечения первичного туберкулеза является комбинированная антибактериальная и десенсибилизирующая терапия. Из десенсибилизирующих средств наибольший эффект оказывают кортикостероидные гормоны, при железистых формах — витамин Д₂. Коллапсотерапевтические вмешательства показаны лишь относительно. Наиболее благоприятные результаты получены при лечении свежих, неосложненных форм первичного туберкулеза.

8. Приведенные материалы говорят о необходимости усиления мероприятий общей лечебной и противотуберкулезной сети по профилактике и ранней диагностике первичного туберкулеза у взрослых, в частности: а) в проведении противотуберкулезной вакцинации неинфицированного взрослого населения; б) в усилении мероприятий по раннему выявлению больных первичными формами туберкулеза и обеспечения их правильным лечением; в) в расширении существующих и организации новых бактериологических лабораторий для типирования и определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза; г) в усилении профилактических мероприятий по выявлению и изоляции сельскохозяйственных животных, больных туберкулезом.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. К ранней диагностике злокачественных новообразований. Журнал «Здравоохранение Казахстана», 1961, № 6, с. 21-24.

2. Белковый состав сыворотки крови при первичном и вторичном туберкулезе (в соавторстве). Журнал «Здравоохранение Казахстана», 1962, № 12, с. 33—37.

3. Состояние белкового обмена и функции коры надпочечников при туберкулезе (в соавторстве). В кн.: Научная сессия Казахского науч.-иссл. ин-та туберкулеза и Респ. науч. о-ва фтизиатров. 18—24/IV—1962 г. Тезисы докладов, с. 125—126.

4. Течение первичного туберкулеза в условиях Казахстана.

В кн.: Эпидемиология, клиника и терапия туберкулеза в Казахстане. Алма-Ата, 1963, с. 54—56.

5. Комплексная антибактериальная и десенсибилизирующая терапия первичных форм туберкулеза легких у взрослых. В кн.: Эпидемиология, клиника и терапия туберкулеза в Казахстане. Алма-Ата, 1963, с. 160—163.

6. Изучение белкового состава сыворотки крови при туберкулезе (в соавторстве). В кн.: Эпидемиология, клиника и терапия туберкулеза в Казахстане. Алма-Ата, 1963, с. 122—126.

Доложено:

1. На научной сессии Казахского института туберкулеза. Апрель, 1962. На темы:

а) Течение первичного туберкулеза у взрослых в современных условиях.

б) Белковый состав сыворотки крови и реакция связывания комплемента при первичном и вторичном туберкулезе.

2. На первом съезде фтизиатров Узбекистана. 1962 г. На тему: Распознавание и лечение первичного туберкулеза у взрослых.

3. На итоговой научной конференции Казахского научно-исследовательского института туберкулеза. Март, 1963 г. на тему: Комплексная антибактериальная и десенсибилизирующая терапия первичных форм туберкулеза.

4. На четвертом съезде врачей Казахстана (секция фтизиатрии). Май, 1964 г. на тему: Дифференциальная диагностика первичных форм туберкулеза.

Сдано в набор 25/III-65 г. УГ02610. Подписано к печати 25/II-65 г.
Формат 60×84¹/₁₆. Объем 1,25 п. л. Заказ 3866. Тираж 250.

Типография Республиканского газетно-журнального издательства
при ЦК КПК. г. Алма-Ата, пр. Ленина 2/4.

