МАТЕРИАЛЫ
VIII
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ЭСТОНСКОЙ ССР ПО ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ
11—12 июня 1969 года

ТАЛЛИН 1969

А-17909

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР
ИНСТИТУТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР
РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО
ФТИЗИАТРОВ ЭСТОНСКОЙ ССР

МАТЕРИАЛЫ
VIII
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ЭСТОНСКОЙ ССР ПО ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ 11—12 ИЮНЯ 1969 ГОДА

ТАЛЛИН 1969

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

И. Л. БУГАКОВ, Я. Я. КАРУСОО, И. А. КРАЙНЯЯ,
Х. К. РОХТЛА (ответственный редактор), Л. Р. САУЭМЯГИ, Л. Э. ЯННУС.

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
233505

I
ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. Г. КАСЕ
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

Советское здравоохранение имеет большие достижения в противотуберкулезной работе. Значительные успехи в борьбе с туберкулезом достигнуты и в Эстонской ССР, где особенно улучшилась противотуберкулезная работа в связи с постановлением Совета Министров СССР и Эстонской ССР от 1960 г. «О мерах дальнейшего улучшения медицинского обслуживания населения».

В республике проведены многочисленные противотуберкулезные профилактические мероприятия: расширилась сеть по фтизиатрии, улучшилась ее оснащенность, увеличилось количество туберкулезных коек, возросла численность медицинских противотуберкулезных кадров и улучшилось их обучение.

В настоящее время в каждом районе Эстонии есть туберкулезный диспансер или кабинет, в некоторых имеется несколько туберкулезных учреждений. Все районы укомплектованы фтизиатрами.

В профилактической противотуберкулезной работе участвует вся сеть здравоохранения, партийные и советские органы и общественные организации.

По состоянию на 31 декабря 1968 г. республика имеет 47 туберкулезных учреждений с общим количеством коек 3323, из них больничных коек — 1898, санаторных — 1425.

В среднем на 1000 населения в 1968 г. приходилось 2,5 туберкулезных койки (из них больничных 1,5 и санаторных 1,0).

Министерством просвещения ЭССР открыты две школы-интерната санаторного типа на 260 мест и одна лесная школа на 175 мест.

Для детей дошкольного возраста, инфицированных туберкулезом, открыто 250 мест в санаторных яслях-садах.

В настоящее время в республике достаточное количество туберкулезных коек и нет необходимости для дальнейшего их уве-

личения. Наоборот, в течение последних лет приходилось закрывать или перепрофилировать несколько маленьких, приспособленных под туберкулезные учреждения, стационаров.

Одновременно с укреплением противотуберкулезной сети увеличилось в республике и число врачей-фтизиатров. В конце 1939 г. в Эстонии работало всего 14 фтизиатров, в 1946 г. — 24, а в 1968 г. — 174 квалифицированных фтизиатра. В среднем на 10 000 населения в Эстонии приходится 1,3 врача-фтизиатра.

Большое внимание в республике уделяется вопросу повышения квалификации фтизиатров. Многие из них закончили очные или заочно-очные курсы по фтизиатрии в ЦОЛИУ в Москве или на базах других институтов усовершенствования врачей. Первичную специализацию на базе Республиканского туберкулезного диспансера прошли за последние 6 лет 44 фтизиатра.

Фтизиатры находятся в постоянном контакте с врачами общей сети, помогают им совершенствовать свои знания по вопросам диагностики и профилактики туберкулеза. С этой целью проводятся специальные семинары, конференции.

В последние годы больше внимания уделяется повышению знаний среднего медицинского персонала, работающего в туберкулезных учреждениях.

При более крупных туберкулезных диспансерах существуют специальные курсы усовершенствования медицинских сестер по 200-часовой программе.

Для средних медицинских работников туберкулезных учреждений проводятся также семинары и организуются ежегодно республиканские конференции.

Выруский районный противотуберкулезный диспансер утвержден приказом министра здравоохранения Эстонской ССР школой передового опыта.

Активно работают Республиканское и Тартуское городское научно-практические общества фтизиатров. 98% фтизиатров являются членами этих обществ.

Научными исследованиями проблем туберкулеза и пульмонологии занимается в республике пульмонологическое отделение Института экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР.

Врачи-практики туберкулезных учреждений принимают также активное участие в научной работе. За последние три года фтизиатрами-практиками защищены три кандидатские диссертации.

В республике широко проводятся профилактические мero-

приятия по борьбе с туберкулезом, давшие уже значительные результаты.

В течение 1963 г. республика полностью перешла на метод внутрикожной вакцинации и ревакцинации. Все новорожденные, которые не имеют противопоказаний, вакцинируются этим методом. В 1968 г. 97,1% всех новорожденных были охвачены противотуберкулезными вакцинациями.

С 1963 г. стали вакцинировать и ревакцинировать против туберкулеза и взрослое население, в первую очередь, взрослых до 30 лет, а начиная с 1967 г. проводятся вакцинации уже всем неинфицированным лицам, независимо от возраста.

С 1963 г. в республике проводится химиопрофилактика среди контактных, особенно среди детей и подростков. В связи с проведением ряда профилактических мер, постоянно уменьшается заболеваемость активным туберкулезом среди контактных. По сравнению с 1960 г. заболеваемость контактных уменьшилась в 1968 г. на 90,3%.

В снижении заболеваемости населения туберкулезом значительную роль сыграло улучшение материального состояния населения и бытовых условий, особенно выделение отдельных квартир туберкулезным больным. С 1963 г. бациллярным больным выделено 511 отдельных квартир.

Много внимания уделяется раннему выявлению туберкулеза. Для проведения массовых рентгено-флюорографических обследований населения в настоящее время работают семь передвижных флюорографических установок и десять стационарных.

Рентгено-флюорографическими обследованиями с 1964 г. охвачено население в возрасте старше 12 лет.

Год	1964	1965	1966	1967	1968
Охвачено населения в %	51,6	51,7	51,2	56,3	55,2

Для учета и контроля охвата населения рентгено-флюорографическими обследованиями во всех районах республики созданы контрольные картотеки на перфокартах. Применение их помогает выявить неохваченные контингенты и избежать повторных исследований. Благодаря этой системе во многих районах удалось за последние годы обследовать на туберкулез до 90% населения.

Для выявления инфицированности и заболеваемости населения туберкулезом и для разработки мероприятий по борьбе с

ним в нескольких районах проведены массовые обследования на туберкулез населения с одновременным применением туберкулиновых проб и вакцинации неинфицированного контингента (Козе — в 1958 г., Таллин — в 1960, Мярьямаа — в 1961, Пылъва — в 1966 г., Хийумаа — в 1968 г.). Опыт применения массовых обследований и вакцинаций по районам оправдывает себя полностью и в будущем ежегодное массовое обследование в республике планируется в нескольких районах.

Наряду с развитием противотуберкулезной сети улучшилась диагностическая работа. До 1953 г. по Эстонской ССР с каждым годом увеличивалось количество больных, взятых на учет с активным туберкулезом, а начиная с 1954 г. заболеваемость неуклонно снижается. За период с 1953 по 1968 г. заболеваемость активным туберкулезом уменьшилась в среднем в 4,5 раза, при этом среди взрослых примерно в 3 раза, а среди подростков и детей — более чем в 20 раз.

Заболеваемость уменьшилась в 1968 г. по сравнению

с 1967 г. — на 7,1%
с 1960 г. — на 167,1%
с 1953 г. — на 390,6%

С 1965 г. в Эстонской ССР практически ликвидирован туберкулез рогатого скота.

Одновременно с уменьшением заболеваемости сократилась и болезненность населения туберкулезом, наблюдаемая с 1958 г. Контингенты больных активным туберкулезом уменьшились с тех пор в среднем в 2,5 раза, при этом у взрослых — более чем в 2 раза, а у детей и подростков — более чем в 15 раз. Постоянно снижалась и смертность от туберкулеза — так в 1968 г. по сравнению с 1960 г. смертность уменьшилась более 54%.

С каждым годом в республике уделяется больше внимания вопросам диагностики и лечения туберкулеза. В туберкулезных учреждениях применяются все новейшие методы диагностики.

Все туберкулезные учреждения оснащены рентгеновскими аппаратами и томографами.

Организовано 13 бактериологических лабораторий, которые обеспечивают всю республику соответствующими обследованиями. Для биологических проб при Таллинском городском туберкулезном диспансере функционирует виварий, в 1969 г. планируется открытие вивария и в Республиканском туберкулезном санатории «Сымера».

В более крупных туберкулезных учреждениях введены бронхологические обследования, которыми обеспечены по межрайон-

ному принципу практически все туберкулезные учреждения республики.

Для улучшения диагностики и лечения больных с внелегочными локализациями туберкулеза, при крупнейших туберкулезных учреждениях организованы специальные урологические, костно-туберкулезные, гинекологические, офтальмологические и другие отделения и кабинеты.

Два фтизиохирургических отделения — в Таллине и Тарту, обеспечивают полностью нужды в хирургической помощи. В последние годы эти отделения даже недогружены и необходимо в связи с этим в ближайшее время расширить деятельность этих отделений в сторону пульмонологии.

Благодаря длительному комплексному лечению, в 1968 г. 17,6% бациллярных больных переведены в диспансерах в абациллярную группу, а 16,7% больных были переведены из активных групп в неактивные.

В 1968 г. из впервые взятых на учет больных каверна закрылась у 67,9%, абациллирование произошло у 70,9% больных.

В противотуберкулезной работе в Эстонской ССР имеются несомненные успехи. Но эти успехи пока не везде одинаковы, в ряде сельских районов еще отмечается сравнительно высокая заболеваемость, недостаточно широко проводятся в некоторых из них массовые осмотры населения на туберкулез и другие профилактические мероприятия. Имеются недостатки и в лечении, отдельные фтизиатры стали слишком инертными, применяя главным образом антибактериальное лечение, не используя своевременно другие методы комплексного лечения. Не везде в достаточном количестве применяются антибактериальные препараты. Обследование больного в туберкулезных учреждениях занимает иногда слишком много времени.

Недопустимо много встречается обострений и рецидивов туберкулеза. Контингенты активных больных снижаются медленно. В туберкулезных учреждениях имеются случаи нарушения больными лечебного режима.

В настоящее время в республике есть все возможности, чтобы довести эпидемиологические показатели по туберкулезу до минимума.

Актуальной задачей фтизиатрической службы в Эстонской ССР является более рациональное использование имеющихся возможностей для борьбы с туберкулезом: улучшение профилактических мероприятий среди населения и комплексное использование всех современных методов лечения.

О БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЛАТВИЙСКОЙ ССР

В. М. САУЛИТЕ
Министерство здравоохранения Латвийской ССР

Эффективность противотуберкулезных мероприятий находится в прямой зависимости от уровня развития учреждений противотуберкулезной сети. В городах Латвийской ССР организация противотуберкулезных диспансеров в основном была закончена в 1957—58 гг., а в сельской местности — в 1961—62 гг. За период 1958—62 гг. заболеваемость туберкулезом городского населения снизилась в среднем на 12,4% в год, среди сельского населения систематического снижения этого показателя не наблюдалось. Болезненность населения туберкулезом за этот период в городах республики снизилась на 7,9%, на селе — на 2,3% в год. За период 1962—67 гг. заболеваемость населения туберкулезом в городах снизилась на 13,8% и на селе — на 15,8% в год, а болезненность населения туберкулезом — на 9,2% в год среди городского и на 11,4% среди сельского населения республики.

Такое снижение эпидемиологических показателей туберкулеза было достигнуто в основном благодаря росту и массовости противотуберкулезных мероприятий. Начиная с 1962 г. больше половины населения в республике проходит ежегодное профилактическое рентгено-флюорографическое обследование. Из взятых на диспансерный учет 62,7% больных активным туберкулезом были выявлены при профилактических осмотрах. Удельный вес больных с хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом среди вновь выявленных за период 1959—67 гг. снизился в 3 раза.

На 1/I 1968 г. в республике было вакцинировано против туберкулеза вакциной БЦЖ внутрикожным методом 40% населения до 30-летнего возраста, что обусловило наиболее быстрые темпы снижения заболеваемости туберкулезом среди этой возрастной группы населения.

Вследствие резкого увеличения количества туберкулезных коек естественно появилась возможность лучше обеспечить ими

больных активным туберкулезом. Если в 1959 г. 1 койка приходилась на 8,7 больных, то в 1967 г. эта цифра снизилась до 2,8. Поэтому в 1967 г. мы могли госпитализировать 97% вновь выявленных больных и 86,5% больных, состоящих на учете противотуберкулезных диспансеров в группе бацилловыделителей. Процент закрытия полостей распада после 12 месяцев лечения среди вновь выявленных больных (включая фиброзно-кавернозных) достиг в 1967 г. 76,2%, а прекратилось бацилловыделение — в 85,9% случаев. Из больных, состоящих на учете в группе бацилловыделителей в 1966—67 гг. от 18,8 до 19,4% были переведены в абациллярные группы. Почти вдвое снизился процент ранних рецидивов. Заболеваемость туберкулезом лиц, контактирующих с больными открытой формой туберкулеза за период 1960—67 гг. снизилась в 7 раз. Значительно удлинилась продолжительность жизни больных с распространенными, необратимыми формами туберкулеза. В 1959 г. из всех умерших от туберкулеза только 32,9% состояли на учете в тубдиспансерах 5 и более лет, а в 1967 г. таких больных было 71,5%.

Однако для обеспечения дальнейшего снижения распространения туберкулеза среди населения следует повысить качество проводимых нами мероприятий.

С этой целью мы заканчиваем внедрение поголовного учета (индивидуального) профосмотров на туберкулез населения на перфокартах. Повсеместно проводим проверку образования поствакцинальной аллергии и при необходимости повторяем вакцинацию. Создаем систему наблюдения за рентгеноположительными лицами и переболевшими активным туберкулезом, рекомендуем проведение мероприятий по предупреждению возникновения у них рецидивов туберкулеза.

Проводим целенаправленную работу по улучшению качества существующей коечной сети, в том числе за счет нового строительства и укрупнения туберкулезных стационаров без увеличения общего количества туберкулезных коек. Особое внимание уделяем созданию возможностей полноценного лечения больных хроническими формами туберкулеза.

ИТОГИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ В ЛИТОВСКОЙ ССР

Проф. Ю. Л. ГАМПЕРИС
Научно-исследовательский институт туберкулеза Литовской ССР

В послевоенные годы (1945—1959 гг.) первоочередной задачей органов здравоохранения в области борьбы с туберкулезом было восстановление, а затем расширение противотуберкулезной сети и подготовка для нее квалифицированных кадров. В конце 1959 г. в республике на каждые 1000 человек населения приходилась 1,6 туберкулезной койки, туберкулезных учреждений диспансерного типа насчитывалось 93, врачей-фтизиатров — 194. В 1945 г. был организован Научно-исследовательский институт туберкулеза, с 1954 г. начало работать Республиканское научное общество врачей-фтизиатров с филиалами в городах Вильнюс, Каунас, Клайпеда, Шяуляй, а затем и в Паневежисе. В 1959 г. обществом был проведен 1-й Республиканский съезд, а в последующие годы — еще два съезда. В первый период борьбы с туберкулезом основное внимание уделялось организации лучшего выявления туберкулезных больных, взятию их на учет и лечению. В области профилактики туберкулеза особое внимание уделяли вакцинации и ревакцинации вакциной БЦЖ. В 1958 г. в республике была проведена сплошная вакцинация неинфицированного населения (244 207 человек) или около 10% всего населения, не считая новорожденных. Основным методом лечения в эти годы был интраплевральный пневмоторакс, которым лечили около 70% всех вновь выявленных кавернозных больных. В научной работе основным направлением этого периода было изучение эпидемиологических особенностей распространения туберкулеза в республике, вопросы вакцинации и лечения туберкулеза.

Благодаря успешной работе органов здравоохранения по борьбе с туберкулезом до 1960 г. наблюдался кажущийся рост заболеваемости и болезненности туберкулеза, обусловленный лучшей организацией выявления туберкулезных больных. Но

даже несмотря на это обстоятельство, заболеваемость туберкулезом в 1950 г., по сравнению с буржуазной Литвой, снизилась почти в 2,5 раза.

Второй период борьбы с туберкулезом (1959—1967 гг.) характеризуется улучшением всех качественных показателей профилактических и лечебных мероприятий, в результате чего, в эти годы уже отмечается ежегодное снижение заболеваемости, болезненности и смертности от туберкулеза среди населения.

Ввиду того, что в нашей республике вначале этого периода были все еще высокие показатели заболеваемости, необходимо было и в эти годы расширять противотуберкулезную сеть и укреплять ее материальную базу.

За последние 8 лет количество туберкулезных коек увеличилось на 2430 и к концу 1967 г. на каждую 1000 населения приходилось уже 2,2 туберкулезных койки. Организовано 17 новых туберкулезных диспансеров и количество врачей-фтизиатров возросло до 357.

С 1962 г. в республике введен повсеместно метод внутрикожной вакцинации новорожденных и ревакцинации детей старших возрастов. Вакцинацией этим методом в 1967 г. были охвачены 95% всех родившихся. Ревакцинацией ежегодно охватывается около 140 000 лиц. В 1959 г. было обследовано рентгено-флюорографическим методом на туберкулез всего 525 975 человек, а в 1965 г. — уже 1 495 230 человек или около 66,1% всего населения (не считая детей до 12 лет). Флюорографическим методом проверено более половины всех обследованных (720 714 человек). Если в 1959 г. сельских жителей обследовали только 40 000, то в 1965 г. — уже 510 710 человек. Из-за недостатка рентгенопленок в 1967 г. процент охвата рентгено-флюорографическими обследованиями населения республики снизился до 53,5%. Почти всем контактным с туберкулезными больными в республике проводится химиопрофилактика, в результате которой за последние 8 лет их заболеваемость снизилась почти в 6 раз. За период с 1959 по 1967 г. заболеваемость туберкулезом снизилась в 2 раза. Заболеваемость среди детей и подростков — в 2,6 раза. Мужчины заболевают в 1,6 раза чаще, чем женщины (бациллярными формами — почти в 3 раза). С каждым годом процент запущенных форм туберкулеза среди вновь выявленных больных по республике снижается. За последние 8 лет количество больных с запущенными формами уменьшилось более чем в 2,5 раза, в том числе с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких — в 2,7 раза. Среди городского населения в 1967 г. больных этими формами было выявлено всего 1,9%, в

крупных городах этот процент был еще более низким (напр., в Каунасе — всего 0,7%).

За период с 1959 по 1967 г. болезненность туберкулезом снизилась на 30,2%, в том числе бациллярными формами — на 32,4%. Среди детей болезненность снизилась за эти годы в 2,3 раза.

В последние годы заметно улучшилось качество диагностической и лечебной работы по туберкулезу. В республике широко применяются томографические, бронхоскопические и бронхографические исследования больных, организованы межрайонные бактериологические лаборатории, в которых на каждого бациллярного больного заведены перфокарты, где отмечаются все данные бактериологических исследований. В 1967 г. закрытие каверны у вновь выявленных больных с распадом произошло в 66,2% случаев, абациллирование — в 71,2%. Среди городских жителей эти показатели были более высокими (соответственно 85% и 90%).

Показателем эффективности лечения больных является ежегодное увеличение количества выздоровевших больных (переведенных из активной в неактивную диспансерную группу). Так, в 1967 г. этот процент составил: среди взрослых и подростков — 31,2%, среди детей — 75,7%.

В соответствии с изменением эпидемиологических показателей туберкулеза в научной тематике ученых республики основное место стали занимать вопросы особенности клинического течения туберкулеза при современном антибактериальном лечении, вопросы изменчивости туберкулезных микобактерий и вопросы дифференциальной диагностики туберкулеза и других легочных заболеваний.

ФТИЗИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА БЕЛОРУССКОЙ ССР НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

М. Н. ЛОМАКО
Научно-исследовательский институт туберкулеза Белорусской ССР

Государство выделяет огромные средства на медицинское обслуживание трудящихся. Бюджет здравоохранения из года в год неуклонно растет. Если в 1945 г. он составлял 28,9 млн. рублей, в 1955 г. — 79,9 млн. руб., в 1965 г. — 218,5 млн. руб., то в 1966 г. — 225,6 млн. руб. За послевоенный период в областях и городах построено 19 больничных учреждений на 3419 коек; в районах — 64 учреждения на 551 койку, 66 участковых больниц на 816 коек, 5 детских больниц на 430 коек, 13 роддомов на 1310 коек, 7 инфекционных больниц на 805 коек, 7 туберкулезных больничных учреждений на 880 коек, 6 психиатрических больниц на 1380 коек, 9 больничных учреждений для онкологических больных на 673 койки, 6 больниц на промышленных предприятиях на 1675 коек и 47 поликлиник, рассчитанных более, чем на 36 000 посещений в смену.

В настоящее время больничных учреждений в 2 раза больше, чем было в 1945 г., а число коек увеличилось в них более чем в 3 раза. К 1970 г. число коек будет увеличено до 95 000. К этому времени число врачей возрастет почти до 23 тыс., а средних медицинских работников — до 75 тыс.

Все это позволило добиться в республике по сравнению с дореволюционным периодом увеличения продолжительности жизни человека с 37 до 73 лет.

Начиная с 1950 г., когда полностью была восстановлена противотуберкулезная сеть, разрушенная в период оккупации Белоруссии до настоящего времени число коек для лечения туберкулезных больных увеличилось более чем в 3 раза, число фтизиатров возросло в 2 раза. За это время заболеваемость туберкулезом в городах сократилась более чем в 5 раз, на селе — в 1,6 раза. Резко уменьшилось число выявляемых больных легочным туберкулезом в открытой форме — в 8,3 раза среди городского населения и в 2,8 раза — среди сельского. За-

болеваемость костно-суставным туберкулезом в городах уменьшилась в 8,8 раза, на селе — в 3,8 раза.

Произошли определенные изменения и среди клинических форм туберкулеза органов дыхания. Так, по противотуберкулезным диспансерам среди вновь выявленных больных за последние 10 лет уменьшилось в 2,2 раза число диагностируемого фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, в 1,2 раза — гематогенно-диссеминированных процессов, в то же время в 1,2 раза увеличилось число выявляемых больных с очаговыми формами туберкулеза. Чаще стали выявляться больные с эксудативным плевритом и туберкулезной интоксикацией.

Учитывая, что сельские жители составляют еще большую часть населения республики, перед органами здравоохранения стоит задача в ближайшие годы обеспечить их лечебно-профилактическим обслуживанием на таком же уровне, как и в городе. С этой целью в областях будет закончено строительство больниц, профилированных для лечения вновь выявленных больных легочным туберкулезом. Будут закрыты все мелкие (до 50 коек) больничные учреждения, предназначенные для лечения больных туберкулезом на селе, неэффективное использование которых связано с невозможностью обеспечения больных квалифицированным лечебно-диагностическим обслуживанием. Начиная с 1966 г. флюорографическое обследование сельского населения на туберкулез начало проводиться только методом сплошных осмотров. Это повысило показатели выявляемости и сказалось на замедлении снижения числа вновь выявляемых больных легочным туберкулезом в сельских местностях.

Болезненность туберкулезом, начиная с 1950 г. уменьшилась в городах в 2,2 раза, на селе — несколько возросла за счет накопления больных с легочными формами туберкулеза, выявленных при массовых рентгенофлюорографических обследованиях сельского населения. В настоящее время более 57% населения республики охвачено профилактическими осмотрами на туберкулез, а число флюорографических групп возросло с 1950 по 1968 г. более чем в 9 раз. В 1967 г. 70,0% всех вновь выявленных больных составили сельские жители. Из всех контингентов больных, состоящих на учете противотуберкулезных диспансеров, сельские жители, страдающие активным туберкулезом, составляют 69,0%. Стабильность болезненности туберкулезом жителей села объясняется также несвоевременным лечением больных туберкулезом на селе в прошлые годы.

Широкое проведение противотуберкулезных прививок, химиопрофилактики в очагах туберкулезной инфекции и других

предупредительных мер позволило поставить вопрос о полной ликвидации туберкулеза среди детей и резком сокращении туберкулеза среди всего населения республики.

Однако темпы улучшения эпидемиологических показателей нас не могут радовать. Еще много недостатков в выявлении свежих, недалеко зашедших форм туберкулеза; еще низок показатель эффективности лечения больных.

С целью повышения качества противотуберкулезной помощи и более резкого снижения заболеваемости туберкулезом органы здравоохранения республики приняли ряд решений, направленных на расширение строительства крупных туберкулезных больниц, на организацию новых диспансеров в сельских районах, перепрофилирование и реорганизацию некоторых детских туберкулезных стационаров во взрослые, организацию туберкулезных санаториев и отделений для лечения больных урогенитальным, глазным туберкулезом. При этом особое внимание обращено на повышение эффективности лечения больных деструктивными формами туберкулеза легких. Приняты конкретные меры по более полному охвату массовыми обследованиями на туберкулез населения с одновременным применением туберкулиновых проб и вакцинаций неинфицированного населения. Намечены мероприятия по более активному и своевременному разрешению вопросов улучшения жилищных условий больных туберкулезом по эпидемиологическим показаниям, по ликвидации в течение ближайших лет туберкулеза среди сельскохозяйственных животных.

Приняты меры по более широкому и активному привлечению общественных организаций, различных ведомств и других учреждений к борьбе с туберкулезом.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТАЛЛИНЕ

И. А. КРАЙНЯЯ
Таллинский городской туберкулезный диспансер

В Таллине, несмотря на некоторые успехи, туберкулез не является еще редкой болезнью.

В данном сообщении проанализированы результаты работы диспансера за период 1966—1968 гг.

За это время проведен ряд организационных мероприятий, преследующих цель улучшить обслуживание туберкулезных больных. Открыты новые кабинеты: подростковый в 1966 г. и офтальмологический в 1968 г., с 1966 г. работает бактериологическая лаборатория по определению неспецифической микрофлоры, в том числе и грибков. С 1966 г. проводится контролируемое лечение туберкулезных больных на здравпунктах, в детских учреждениях и в процедурном кабинете диспансера. С 1967 г. из медицинских сестер туберкулезного диспансера созданы бригады вакцинаторов, в задачу которых входит организация и проведение прививок против туберкулеза гражданам, работающим в учреждениях или на предприятиях, не имеющих здравпунктов.

С 1968 г. врачи флюорографического отделения взяли на себя повторный просмотр флюорограмм двух флюорографов, работающих в поликлиниках города.

С 1967 г. в городе применяются прививки против туберкулеза независимо от возраста. Эта большая работа проводилась совместно с персоналом общемедицинских учреждений. Средняя инфицированность взрослого населения города составляет 85%, детского населения — 21%.

Большое внимание уделялось своевременному выявлению туберкулеза путем организации массовых осмотров и выявления больных среди лиц, обратившихся в больницы и поликлиники.

В последние 3 года есть сдвиги в этом разделе работы: в двух поликлиниках города установлены стационарные ширококадровые флюорографы.

Направление граждан, впервые обратившихся в поликлинику для рентгенологического обследования, участковыми терапевтами в большинстве поликлиник города организовано удовлетворительно.

Часто забывают об обязательности такого обследования врачи специальных кабинетов.

Для улучшения этого важного раздела работы предпринимаются усилия, как со стороны главных врачей поликлиник, так и со стороны фтизиатров.

С целью активного выявления лиц, страдающих туберкулезом органов дыхания, в одном из районов города была начата работа по рентгенологическому обследованию неработающих, не являющихся по вызову поликлиник на обследование. С этой целью был взят автобус, на котором медицинский работник объезжал квартиры таких граждан и доставлял их во флюорографический кабинет. Работа эта еще не закончена и мы намерены ее продолжить.

Во флюорографическом кабинете нашего диспансера создается картотека с целью диспансеризации лиц наиболее предрасположенных к заболеванию туберкулезом или другими заболеваниями легких. Картотека составляется на следующие контингенты:

1. Лица, имеющие рентгенологические изменения в легких, в том числе и не туберкулезные.
2. Лица, снятые с учета в туберкулезном диспансере.
3. Лица, с выраженными туберкулиновыми пробами.
4. Лица, контактные с туберкулезными больными.
5. Мужчины, старше 45 лет.

От картотеки на все население города мы отказались, как от мероприятия громоздкого и не оправдавшего себя.

При проведении массовых флюорографических обследований даже подвижным флюорографом не удается полностью охватить всех граждан, хотя проводится большая предварительная санпросветительная и организационная работа медицинскими работниками туберкулезного диспансера и общей сети здравоохранения. По нашему мнению, это важное мероприятие можно было бы улучшить, если бы соответствующие органы приняли постановления или решения, обязывающие руководителя нести прямую ответственность за прохождение обследования всеми лицами, работающими на обследуемом объекте.

К настоящему моменту диспансеризируются все туберкулезные больные с любой локализацией процесса, так как кроме участковых фтизиатров имеются еще специалисты: уролог, гинеко-

лог, офтальмолог, врач по костному туберкулезу. Туберкулезных больных обслуживают стоматолог, протезист, ларинголог, хирург. Проводятся функциональные исследования. Туберкулезные больные с туберкулезом кожи диспансеризируются участковыми фтизиатрами, но лечение проводится под руководством врача кожно-венерического диспансера. За последние 3 года не было отрывов активных туберкулезных больных от диспансера.

В последнее время усилился интерес фтизиатров к проблемам общей пульмонологии. В нашем диспансере с ноября 1968 г. работает пульмонологический кабинет, который занимается диспансеризацией больных с хронической пневмонией одного из районов города. Нам кажется, что направление работы этого кабинета в настоящее время должно быть другим — консультационно-диагностическим.

Организация эффективного лечения всех выявленных и уже известных ранее больных рассматривается нами, как одно из важнейших направлений в борьбе с туберкулезом.

Эффективность химиотерапии свежевыявленных больных с деструктивными формами туберкулеза через 12 месяцев приведена в табл. 1.

Таблица 1

Эффективность химиотерапии свежевыявленных больных с деструктивными формами туберкулеза

Годы	Закрытие каверн в %%	Прекращение бацилловыделения в %%
1966	74,1	73,1
1967	79,0	85,0
1968	64,0	74,0

Некоторое ухудшение результатов лечения этой группы больных в основном связано с ростом удельного веса среди них систематических нарушителей режима, часть из которых вообще отказывается от лечения. Пациенты, нарушающие режим и вследствие этого плохо лечащиеся, имеются и среди контингентов больных с открытой формой туберкулеза, поэтому принудительное лечение этой группы больных крайне необходимо для улучшения общей эпидемиологической обстановки в городе и для охраны здоровья граждан.

Весной и осенью планово проводятся курсы противорецидивной и профилактической терапии; так, в 1967 г. этот охват составил 82% взрослых больных с активными формами туберкулеза, и 87% детей, в 1968 г. соответственно — 82% и 89%. Всем больным с активным процессом предлагают санаторное лечение, но не все соглашаются. Госпитализация этой группы больных в 1968 г. составила 59%.

Объективной оценкой эффективности наших мероприятий служат ряд показателей, как то: снижение болезненности, заболеваемости, абациллирование, перевод в неактивные группы, что представлено в табл. 2.

Таблица 2

Динамика болезненности и заболеваемости туберкулезом, абациллирования и перевод в неактивные группы (в %% по сравнению с предыдущим годом)

Показатели	Годы		
	1966	1967	1968
Снижение болезненности	13,3	9,6	0
Снижение заболеваемости	27,0	18,6	3,8
Абациллирование	24,8	27,6	24,5
Перевод в неактивные группы:			
III/V Б	20,0/29,0	20,8/21,4	13,1/17,7

Замедление темпов в снижении заболеваемости и болезненности связано в основном с ростом количества туберкулезных больных, выявленных в связи с работой кабинетов внелегочной патологии, особенно офтальмолога, контингенты которого увеличились в 1968 г. по сравнению с 1966 г. более чем в 2 раза. Это подтверждается данными по снижению болезненности и заболеваемости раздельно туберкулезом органов дыхания и внелегочного туберкулеза. Так, болезненность туберкулезом органов дыхания в 1968 г. по сравнению с 1967 г. снизилась на 17%, заболеваемость — на 8%, и болезненность туберкулезом внелегочных локализаций повысилась в то же время на 14%, заболеваемость — на 12%. Определенную роль играет и уменьшение перевода из активных диспансерных групп в неактивные, что связано с более осторожной и оправданной тактикой врачей. В заключение можно сказать, что туберкулез, как инфекционное

заболевание с преимущественно хроническим течением, продолжает оставаться серьезной задачей, требующей еще много усилий для сокращения его распространения.

Внедрение в практику современных методов борьбы с туберкулезом, дальнейшие научные исследования в этой области будут способствовать улучшению результатов работы по ликвидации туберкулеза, как проблемы здравоохранения.

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНТАКТНЫХ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТАРТУ

Г. А. АРРО и В. Я. КОКК
Тартуский городской туберкулезный диспансер

Основными источниками туберкулезной инфекции являются больные с открытым туберкулезом легких. Таким образом, одним из важнейших мероприятий при ликвидации туберкулеза, как распространенного заболевания, следует признать, наряду с выявлением всех туберкулезных больных, все меры снижения эпидемиологической опасности очагов туберкулезной инфекции.

В Тарту за последние годы для этой цели регулярно проводили следующие общепринятые мероприятия:

1. Госпитализация и длительное стационарное лечение всех вновь выявленных больных, в том числе с деструктивными формами легочного туберкулеза.

2. Длительное стационарное лечение больных хроническим бациллярным туберкулезом проводили один раз в год до 50% из них.

3. С 1965 г. планомерно проводятся противотуберкулезная вакцинация и химиопрофилактика контактных с больными туберкулезом.

4. Выделение благоустроенных квартир для изоляции туберкулезного больного в отдельную комнату. К 1967 г. все бациллярные больные были обеспечены отдельной квартирой.

В этом сообщении мы постарались охарактеризовать некоторые сдвиги в контингентах вновь выявленных больных и бациллярных больных, состоящих на диспансерном учете в связи с заболеваемостью контактных с бациллярными больными. В январе 1969 г. среди больных, состоявших на диспансерном учете в группе бациллярных больных, постоянных бацилловыделителей было 56%, факультативных (периодических) — 13% и фактически перестали выделять микобактерии туберкулеза 31% больных.

В табл. 1 представлены данные о распределении по возрасту и длительности заболевания больных бациллярной группы дис-

Таблица 1

Возраст и длительность заболевания больных бациллярной группы диспансерного учета к 1 января 1969 г.

Возрастные группы	Все больные бациллярной группы		Постоянные бацилловыделители	
	число	%	число	%
21—30 лет	7	5	2	3
31—40 „	31	24	20	27
41—50 „	31	24	18	24
51—60 „	25	18	15	20
Старше 60 лет	38	29	19	26
Всего	132	100	74	100
Из них состоят на учете в диспансере:				
до 1 года	15	12	12	16
1—2 „	21	16	8	11
3—4 „	8	6	3	4
5—10 лет	23	17	9	12
более 10 лет	65	49	42	57

пансерного учета. Постоянные бацилловыделители указаны отдельно.

Из табл. 1 видно, что значительная часть обследованных с открытой формой туберкулеза люди пожилого возраста, болеющие весьма продолжительное время.

В табл. 2 приведены данные о заболеваемости лиц, контактных с бациллярными больными туберкулезом легких, а также о количестве всех свежевыявленных бациллярных больных за 1959—1969 гг. Данные выражаются в процентах по отношению к цифрам 1959 г.

Таблица 2

Заболеваемость лиц, контактных с бациллярными туберкулезными больными. Контингент и выявление бациллярных больных туберкулезом легких (1959—1969 гг.)

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Заболеваемость контактных	100	76	36	91	52	35	33	21	52	30
Контингент бациллярных больных, состоявших на учете	100	90	80	69	62	61	51	39	36	34
Вновь выявленные бациллярные больные	100	72	62	55	52	60	43	26	43	21

Из табл. 2 видно, что за последние десять лет отмечается значительное снижение заболеваемости бациллярными формами туберкулеза легких, несколько меньше понизилась заболеваемость туберкулезом лиц, контактных с бациллярными больными, и еще меньше — количество бациллярных больных. Обращает на себя внимание тот факт, что снижение этих показателей было выражено более резко, начиная с 1964 г. Это объясняется тем, что с этого времени были госпитализированы на длительное время почти 50% всех бациллярных больных, а также тем, что бациллярные больные получили отдельные квартиры.

Следует отметить, что лучшие результаты были достигнуты благодаря своевременному лечению, главным образом, у вновь выявленных больных или при небольшой давности заболевания, а также у больных более молодого возраста. Однако опасными с эпидемиологической точки зрения являются как раз бациллярные больные с хроническими формами туберкулеза, которые обычно состоят на учете продолжительное время.

Немаловажной является проблема бациллярных больных с хроническими формами туберкулеза, не соблюдающих санитарно-гигиенический режим (асоциальные лица, алкоголики и др.), так как вопрос о принудительном лечении этих больных еще не разрешен.

О СДВИГАХ В КОНТИНГЕНТЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ БАЦИЛЛЯРНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ ПЯРНУСКОГО ГОРОДСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА ЗА ПЕРИОД 1964—1968 гг.

Э. Я. ПУРРЕ
Пярнуский городской туберкулезный диспансер

Больные хроническими бациллярными формами туберкулеза легких являются контингентом, который следует считать основным источником инфекции. Количество больных хроническими формами туберкулеза легких среди бациллярных больных не малое, от них зависит также показатель смертности. Контингент больных с хроническим туберкулезом легких может оказаться тормозящим фактором к дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом и воспрепятствовать ликвидации в ближайшем будущем туберкулеза как распространенной инфекции, ввиду чего следовало бы уделять больше внимания этому вопросу.

Чтобы более подробно выяснить значение хронического бациллярного туберкулеза легких, его структуру и динамику, в Пярнуском городском туберкулезном диспансере проанализировали изменения, которые происходили в этом контингенте больных за период 1964—68 гг. по данным отчетных материалов.

Число больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких среди больных активным туберкулезом легких в Пярнуском туберкулезном диспансере оказалось относительно выше республиканского среднего, и с тенденцией роста. Так в ЭССР этот показатель был в 1964 г. — 14,7%, в 1968 г. — 13,7%, а в Пярну соответственно 16,7% и 22%. При анализе оказалось, что этот рост относителен и зависит от снижения заболеваемости другими активными формами туберкулеза легких.

Отношение хронического туберкулеза легких ко всем формам активного туберкулеза легких довольно устойчиво и составляло в 1964 г. — 25,8%, а в 1968 г. — 28,2%.

Из состоявших на учете бациллярных больных хронические формы составляют довольно значительную часть — в 1964 г. —

59,1% и 1968 г. — 63,9% и существенно не уменьшаются. По диагнозам фиброзно-кавернозный туберкулез легких составлял в 1964 г. — 65%, в 1968 г. — 78,1%, гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в 1964 г. — 21,6%, в 1968 г. — 12,3%, цирротические бациллярные формы в 1964 г. — 7,5%, в 1968 г. — 4,3%, бациллярные больные после оперативного вмешательства в 1964 г. — 5,8%, в 1968 г. — 5,4%.

В течение 5 лет из больных хроническим бациллярным туберкулезом легких, состоявших на учете в 1964 г. умерли — 31,7%, поправились — 18,3%, выехали — 0,8% и остались на учете 49,2%, т. е. почти половина исходного числа. Весь контингент с хроническим туберкулезом легких за период 1964—68 гг. уменьшился до 76,7%, т. е. почти на четверть. Из тех, кто состоял на учете в 1968 г., оставшиеся с 1964 г. составляют 64,1%, прибавилось 17,4% больных с активным туберкулезом, перешедшим в хроническую форму, больных с рецидивами — 9,8% и приезжих — 8,7%.

Поправились в основном больные гематогенно-диссеминированной формой и некоторые с фиброзно-кавернозным туберкулезом, часть из них — в результате хирургического вмешательства. Часть поправившихся больных была переведена в неактивную группу учета. Излеченные больные состояли на учете в среднем 11 лет.

Новые хронические формы туберкулеза образовались у больных, взятых на учет с деструктивными и запущенными формами, в процессе лечения которых не был достигнут лечебный эффект из-за распространенности процесса, пожилого возраста больного, сопутствующих болезней, непереносимости лекарств и других причин.

У взятых на учет по поводу рецидива хронические формы процесса возникли на фоне фиброзно-цирротических изменений в легких.

Так как смертность от туберкулеза в настоящее время находится в прямой зависимости от хронического туберкулеза, был проанализирован весь контингент умерших от бациллярного туберкулеза за 5 лет. Из всех умерших от туберкулеза хроническими формами страдали 87,1%. Тот же процент относится и к хроническим больным, умершим от туберкулеза. Остальные (12,9%) умерли по другим причинам. Число состоявших на учете бациллярных больных ежегодно уменьшалось за счет умерших от хронического туберкулеза, причем сравнительно равномерно: в 1964 г. — на 7,1%, в 1965 г. — на 5,4%, в 1966 г. — на 6,6%, в 1967 г. — на 6,7%, в 1968 г. — на 5,7%.

Среди умерших от хронического туберкулеза легких мужчин было 85,5% и женщин — 14,5%. Возраст был преимущественно от 50 до 69 лет (60,3% умерших). Состояли на учете от 5 до 10 лет — 35,5% и от 10 до 15 лет — 30,8, всего от 5 до 15 лет состояли на учете 66,3%. Значение других возрастных групп и сроков пребывания на учете было незначительно.

При анализе оставшихся на учете больных с хроническим бациллярным туберкулезом на конец 1968 г. оказалось, что деление по полам соответствует этому делению у умерших — мужчин 84,8%, женщин 15,2%. Сходен и возрастной состав, где на старший возраст падает 50% (50—59 лет — 26% и 60—69 лет — 24%). Выделяется также группа среднего возраста 40—49 лет, составляющая 21,8% больных, другие возрастные группы малочисленны. Из вышеизложенного видно, что чаще всего хроническим туберкулезом легких страдают мужчины старшего возраста.

При развитии хронического туберкулеза легких было отмечено двоякое течение. Процесс оказался почти постоянно прогрессирующим у 79,3% больных, у них болезнь уже при выявлении была в фазе деструкции или в далеко зашедшей форме. У 20,7% человек хронический процесс развился ремиссиями, с одним или более рецидивами. Большинство этих больных было взято на учет с малыми формами, на лечение которых вначале не обращали должного внимания. Переход постоянно прогрессирующей болезни в хроническое состояние можно отметить, главным образом, у сельского населения, что и понятно, зная условия работы в туберкулезном диспансере лет 10—15 назад.

Проанализировали лечение в период после взятия на учет в течение 1—1,5 лет. Это было (по понятиям нынешним) недостаточным. Продолжительность стационарного и санаторного лечения была следующая: не находились на лечении 18,5%, у 17,4% лечение продолжалось до 2 месяцев, у 26,1% — от 2 до 4 месяцев, у 12% — от 4 до 6 месяцев, у 26% — больше 6 месяцев. Сроки лечения были длительнее у взятых на учет после 1960 года.

Первоначальный период лечения характеризует количество полученных туберкулостатических лекарств. Многие больные либо вовсе не получали антибактериального лечения (13%), либо получали очень мало (39,1%). Позднее повторные курсы лечения удлиняются соответственно прогрессирующему течению болезни, увеличивается также количество применяемых лекарств.

Среди других причин, которые могли повлиять на ухудшение

течения болезни и содействовать образованию хронического туберкулеза легких на фоне вышеприведенных условий лечения, можно отметить позднее выявление болезни (18%), алкоголизм с нарушением лечебного режима (16%), отказ от лечения или своевременной операции (15%), сопутствующие заболевания (12%), пожилой возраст (8%) и другие факторы, сочетание которых привело к тяжелому состоянию больного.

Необходимо отметить, что среди состоящих на учете бациллярных больных около 30% потенциально поправляющихся, у которых БК практически отмечается ±. Эти больные хроническими формами туберкулеза, у которых в течение двух лет микобактерии туберкулеза не найдены или редко получен рост в бактериальных посевах. Можно надеяться, что эти больные в будущем станут абациллярными.

Из больных хроническим бациллярным туберкулезом легких работают 32,6%.

В заключение можно сказать, что удельный вес больных, находящихся на учете с хроническими бациллярными формами туберкулеза в Пярнуском городском туберкулезном диспансере является довольно значительным, однако в последнее время отмечается некоторое снижение числа больных этого контингента.

АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В ТАЛЛИНСКИЙ ГОРОДСКОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР

Я. Я. КАРУСОО, А. Л. ВОЛКОНСКАЯ и И. Г. ЛАЙГАР
Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР;
Таллинский городской туберкулезный диспансер

Среди больных, направляемых в туберкулезный диспансер разными лечебными учреждениями города, помимо туберкулеза, встречаются различные виды легочной патологии.

В данной работе мы попытались охарактеризовать контингенты лиц, направленные в Таллинский городской туберкулезный диспансер для консультации или взятия на учет. С этой целью проанализировано 223 случая (119 мужчин и 110 женщин), из них в возрасте от 18 до 19 лет было 8, от 20 до 29 лет — 57, от 30 до 39 лет — 57, от 40 до 49 — 45, от 50 до 59 лет — 34, от 60 до 69 лет — 19, от 70 лет и старше — 3 человека.

В таблице указаны диагнозы при направлении в диспансер и после обследования в нем.

Из таблицы видно, что 129 больных (58% от общего количества) направляемых в туберкулезный диспансер имели диагноз «туберкулез» или «туберкулез и пневмония».

Больные, направленные с целью консультации составляли 31% — 70 человек. Причины, побудившие врачей общей лечебной сети направить больных в туберкулезный диспансер сводились к таким клиническим проявлениям заболевания, как повышенная температура тела, усталость, кашель, кровохаркание, боли в груди, головные боли, кожные высыпания, увеличение периферических лимфатических узлов и др. В графу «прочие» нами включены случаи с неясным поводом для направления в туберкулезный диспансер. Из этой же таблицы видно, что из общего количества лиц, направленных в туберкулезный диспансер, после соответствующего обследования на учет взято всего 59 человек, что составляет 27%. Активный туберкулезный процесс наблюдался у 53 человек (24%) из числа направленных. Эта группа больных, в основном, при направлении имела диаг-

Таблица

Диагноз при направлении и результат обследования

Диагноз при направлении / Результат обследования	Туберкулез легких	Туберкулез и пневмония	Консультации по разным причинам	Повышенная реакция к туберкулину	Прочие	Всего
Взяты на учет с активным туберкулезом легких	46	3	4	—	—	53
В III группу	1	—	5	—	—	6
Неактивные туберкулезные изменения в легких. На учет не взяты	6	—	16	1	—	23
Пневмония	10	24	7	—	—	41
Опухоль легких	3	—	—	—	1	4
Катарральные явления дыхательных путей	2	—	5	—	—	7
Прочие диагнозы	6	—	8	1	1	16
Без легочной патологии	24	4	25	9	11	73
Всего	98	31	70	11	13	223

ноз «туберкулез легких». Следует отметить, что туберкулезные изменения обнаружились у 82 обследованных (в том числе активные и неактивные изменения).

В результате проводимого в туберкулезном диспансере обследования у 41 (18%) из направленных больных выявились пневмонические изменения (типа хронической пневмонии или пневмонии затяжного характера). Помимо указанных выше диагнозов, в ряде случаев имели место катарры верхних дыхательных путей и 4 случая рака легкого. Другие диагнозы связаны с аномалией развития сосудов или ребер, а также с патологией других органов. Интересно отметить, что у 73 (33%) обследованных, никакой патологии обнаружить не удалось. Зависимость диагноза от возраста и пола также не установлена.

Как видно из приведенных данных, у большинства обследованных была выявлена легочная патология различной этиологии — туберкулез легких, остаточные явления пневмонии, опу-

холь легкого и др., или же были клинические проявления болезни, сходные с туберкулезными. Но у значительной части обследованных (33%) никакой легочной патологии не обнаружено.

Обследование этих больных лечебными учреждениями города не всегда было достаточным, в некоторых случаях не проводилось рентгенологическое обследование легких.

В заключение можно сказать, что в работе туберкулезного диспансера значительное место занимает консультативная помощь пульмонологическим больным нетуберкулезной этиологии.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ЭСТОНСКОЙ ССР ЗА ПЕРИОД 1965—1967 гг.

Э. Г. КАСЕ и О. К. ПИККСААР
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

Начиная с 1953 г. заболеваемость туберкулезом в Эстонской ССР постоянно падает и к концу 1968 г. она снизилась на 75,5%. За период с 1965 по 1967 г. заболеваемость уменьшилась на 26,6%. Одновременно сократилась частота инвалидности, вызванной туберкулезом.

В настоящей работе проанализированы материалы всех врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК) республики по определению первичной инвалидности из-за туберкулеза в течение 1965—1967 гг.

Из всех туберкулезных больных, получивших группу инвалидности, нами было просмотрено в 1965 г. — 62% актов, в 1966 г. — 39% и в 1967 г. — 71%.

В 1965 г. туберкулез явился причиной инвалидности в 8,2% случаев, в 1966 г. — в 5,9% и в 1967 г. — в 5,6%, будучи среди других болезней, вызывающих инвалидность в 1965 г. и в 1966 г. на седьмом месте, а в 1967 г. — на восьмом. Удельный вес внелегочного туберкулеза в первичной инвалидности по туберкулезу составил в 1965 г. — 25%, в 1966 г. — 29% и в 1967 г. — 28%.

Первичная инвалидность, вызванная туберкулезом, распределяется по группам инвалидности следующим образом:

	I гр.	II гр.	III гр.
1965 г.	5,5%	54%	40,5%
1966 г.	4,5%	59%	36,5%
1967 г.	2,7%	67%	30,3%

По возрасту, получившие группу инвалидности, распределились следующим образом:

До 30 лет	29,1%	17,8%	21,0%
31—40 лет	28,6%	27,1%	22,9%
	1965 г.	1966 г.	1967 г.

41—50 лет	17,4%	21,7%	27,6%
51—60 лет	19,8%	24,1%	23,7%
старше 60 лет	5,1%	9,3%	4,8%

Причины назначения инвалидности на основании анализа материала по годам следующие:

1. Необходимость продолжения консервативного стационарного лечения: 1965 г. — 25,3%; 1966 г. — 34,8%; 1967 г. — 41,4%.

2. Необходимость продолжения лечения или облегчения условий труда после оперативного вмешательства: 1965 г. — 14,7%; 1966 г. — 24,3%; 1967 г. — 20,4%.

3. Функциональная недостаточность органов или дефекты, возникшие из-за туберкулезного процесса: 1965 г. — 21,8%; 1966 г. — 20,9%; 1967 г. — 16,8%.

4. Необходимость облегчения условий труда или перевода на другую работу для сохранения результатов консервативного лечения: 1965 г. — 24,6%; 1966 г. — 11,8%; 1967 г. — 15,3%.

5. Позднее распознавание болезни или халатное отношение больного к лечению: 1965 г. — 5,7%; 1966 г. — 2,5%; 1967 г. — 4,7%.

6. Из-за невозможности допустить к работе по специальности (детские учреждения) по эпидемиологическим соображениям: 1965 г. — 5,5%; 1966 г. — 3,9%; 1967 г. — 0,9%.

7. Из-за необходимости дальнейшего амбулаторного лечения: 1965 г. — 2,4%; 1966 г. — 1,8%; 1967 г. — 0,5%.

На стационарном или санаторном лечении во время назначения группы инвалидности лечилось туберкулезных больных в 1965 г. — 42%, в 1966 г. — 57,3% и в 1967 г. — 46,6%.

Назначение группы инвалидности вследствие прогрессирования туберкулезного процесса в течение указанных 3-х лет было вызвано в среднем в 31% и вследствие рецидивов — в среднем в 13%.

Из впервые получивших инвалидность туберкулезных больных были предварительно на стационарном лечении более 6 месяцев в 1965 г. — 59%, в 1966 г. — 71% и в 1967 г. — 73%.

Антибактериальное лечение более 6 месяцев в течение последнего года до определения инвалидности получили в 1965 г. — 71% больных, в 1966 г. — 91% и в 1967 г. — 93%.

Сопутствующие заболевания, при основном заболевании туберкулезом, при назначении инвалидности в течение данного периода времени встречались в среднем в 37% случаях, из них в 17% — болезнь Боткина. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были заболевания сердечно-сосу-

дистой системы, за ними по частоте следовали заболевания желудочно-кишечного тракта и заболевания нервной системы.

В заключение можно сказать, что одновременно с уменьшением заболеваемости туберкулезом и инвалидности по туберкулезу, увеличилось пребывание туберкулезного больного на стационарном лечении.

Среди причин, вызывающих инвалидность, реже стали встречаться функциональная недостаточность органов и дефекты, вызванные туберкулезным процессом.

Сравнительно большой удельный вес II группы инвалидности можно объяснить во многих случаях необходимостью продолжения стационарного лечения и освобождением от работы после оперативного лечения.

Среди причин инвалидности значительное место занимают рецидивы и прогрессирование туберкулезного процесса, на что следует обратить большее внимание при организации непрерывного лечения туберкулезных больных и их постоянного диспансерного наблюдения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИКОЖНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА

Х. Э. АДЕР, З. А. ГУР-АРЬЕ, Р. Х. КАНТОР, Л. Э. ЛОХК, Е. А. ЛУКИНА, С. Р. СПИРКА, Р. А. ТРУБОК и И. А. ЭЙНАС
Таллинский городской туберкулезный диспансер;
Республиканский туберкулезный диспансер Эстонской ССР

В Таллине внутрикожный метод противотуберкулезной вакцинации применяется с декабря 1961 г.

Доза применяемой вакцины БЦЖ с этого периода по настоящее время несколько раз менялась согласно инструкциям и методическим письмам руководящих учреждений. С декабря 1961 г. по октябрь 1962 г. она составляла для новорожденных 0,01 мг (сухого вещества) в 0,1 мл физиологического раствора, для детей раннего и дошкольного возраста 0,02 мг, для школьников, подростков и взрослых — 0,05 мг. С октября 1962 г. по декабрь 1965 г. для вакцинации новорожденных и ревакцинации детей раннего и дошкольного возраста применялась 0,02 мг вакцины БЦЖ в 0,1 мл физиологического раствора, а с декабря 1965 г. по настоящее время прививочная доза вакцины для всех возрастов составляет 0,05 мг вакцины в 0,1 мл физиологического раствора.

В Таллине с 1962 по 1963 г. в отличие от общесоюзных методик, ревакцинировались дети в двухлетнем возрасте, у которых была отрицательная реакция Манту АТК в разведении 1:2000 и отсутствовали остаточные локальные реакции от вакцинации на наружной поверхности левого плеча. Это мероприятие было связано с решением республиканской комиссии по противотуберкулезным прививкам и продиктовано низким процентом (50%) остаточных локальных реакций у новорожденных спустя 2 месяца после вакцинации внутрикожным методом.

В данной работе мы сделали попытку проанализировать эффективность проведенной вакцинации и ревакцинации с 1962 по 1967 г. с учетом тех особенностей, о которых речь шла выше.

С этой целью обследовано 583 ребенка в возрасте от 1 года до 6 лет. Из них 461 вакцинирован в родильных домах внутрикожным методом, 122 вакцинированы в родильных домах и ре-

вакцинированы в двухлетнем возрасте в детских учреждениях также внутрикожным методом.

Критериями оценки этой работы служили следующие признаки:

1. Следы (рубчик) прививочной реакции на наружной поверхности левого плеча.

2. Реакция Манту АТК в разведении 1:2000 и в разведении 1:100.

Оценку туберкулиновых проб производили следующим образом. Результат реакции оценивали через 72 часа, измеряя прозрачной миллиметровой линейкой поперечный размер инфильтрата. Инфильтрат выше 5 мм расценивался как положительная реакция, инфильтрат ниже 5 мм и краснота расценивались как сомнительная реакция и отсутствие инфильтрата и красноты оценивалось как отрицательная реакция.

Ниже приведена таблица, отражающая результаты наших обследований.

Мы измеряли также диаметр рубчика. В большинстве случаев он был в пределах от 4 до 9 мм и только в группе детей, обследованных через 1 год после вакцинации несколько чаще отмечались рубчики диаметром более 10 мм (11,2%).

Остаточные локальные реакции наблюдались сравнительно часто во все сроки, кроме четырехлетнего возраста, где вакцинация в дозе 0,02 мг вакцины БЦЖ не дополнялась ревакцинацией в двухлетнем возрасте. В то же время в шестилетнем возрасте, где вакцинация дозой 0,01 мг вакцины дополнялась ревакцинацией в двухлетнем возрасте, частота локальных реакций была на уровне I и II возрастной групп.

Частота положительных реакций Манту в разведении 1:2000, по сравнению с данными ряда авторов (А. А. Ефимова, Л. А. Митинская, Ю. А. Корсаков и др.) в Таллине низкая.

Известно, что снижение туберкулиновой чувствительности зависит от разных причин, в том числе и от перенесенных интеркурентных заболеваний. Интеркурентные заболевания за два месяца до обследования перенесли 23 ребенка (26,1%) из 88 детей отрицательно реагирующих на реакцию Манту 1:100.

Однако в целом частота сомнительных и положительных туберкулиновых реакций была следующая: через 1 год после вакцинации — 72%, через 2 года — 64,9%, через три года — 46,7%, через четыре года — 60%, через 5 лет — 45,4% и 78% ревакцинированых, через 6 лет — 54,6% и 66,6% ревакцинированных.

У детей, которые были ревакцинированы малыми дозами (0,02 мг БЦЖ вакцины в 0,1 мг) поствакцинальная аллергия

Таблица

Туберкулиновая аллергия и остаточные локальные реакции после вакцинации против туберкулеза

Год вакцинации и доза в мг	Сроки наблюдения после вакцинации и число детей	Остаточная локальная реакция (в %)		Реакция Манту 1:2000 (в %)			Реакция Манту 1:100 (в %)		
		имеется	нет	отрицательная	сомнительная	положительная	отрицательная	сомнительная	положительная
1967 0,05	1 год—50	90	10	28	36	36	12	40	48
1966 0,05	2 года—74	91,8	8,2	35,1	21,7	43,2	6,8	27	66,2
1965 0,02	3 года—120	87,5	12,5	53,3	20	26,7	20	33,3	46,7
1964 0,02	3 года—100	82,8	17,2	49	27,4	23,6	13,7	36,3	50
1963 0,02	5 лет—77 ревакцинировано в двухлетнем возрасте	77,8	22,2	54,6	27,3	18,1	19,5	33,8	46,7
	— 50	92,0	8,0	22,0	32,0	46,0	8,0	32,0	60,0
1962 0,1 0,02	6 лет—33 ревакцинировано в двухлетнем возрасте	75,8	24,2	45,4	27,3	27,3	24,2	36,4	39,4
		97,1	2,9	33,4	30,5	36,1	4,2	39,2	56,6

оказалась выше, чем у неревакцинированных детей той же возрастной группы (5- и 6-летние).

Высокому проценту поствакцинальной локальной реакции не соответствует высокая поствакцинальная аллергия. Это же можно отметить даже у детей, вакцинированных один и два года назад дозами 0,05 мг вакцины в 0,1 мл.

Самым объективным показателем эффективности вакцинации является понижение заболеваемости. Несмотря на низкие показатели поствакцинальной аллергии среди детей дошкольного возраста в Таллине с 1961 по 1968 г. общая заболеваемость снизилась более чем в три раза, локальными формами — более чем в пять раз, а с 1965 г. не заболел ни один ребенок в течение первого года жизни.

Из вышеизложенного следует, что ревакцинация двухлетних детей ревакцинированных в родильных домах, оправдывалась. Можно предполагать, что увеличение дозы вакцины БЦЖ ведет к дальнейшему увеличению эффективности вакцинации.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЛИТОВСКОЙ ССР

В. И. МИНЮС
Научно-исследовательский институт туберкулеза Литовской ССР

Показатели инфицированности являются одними из основных при исследовании эпидемиологии туберкулеза, так как они отражают распространение туберкулезной инфекции среди населения. Наблюдая за динамикой инфицированности населения можно ориентироваться в возможности появления новых заболеваний, ибо в большинстве случаев они возникают среди инфицированных. Так как заражение туберкулезом возможно не только в детском и подростковом возрасте, но и среди взрослых, целесообразно проводить исследования в различных возрастных группах населения.

В 1967—1968 гг. при комплексном обследовании сельского населения в пяти районах нашей республики, одновременно с флюорографией, мы провели исследование на инфицированность. С этой целью проводились туберкулиновые пробы с применением стандартного раствора туберкулина (PPD-L 5ME в 0,1 мл с твином). Результаты реакции определялись по истечении 72 часов. В этом сообщении анализируются результаты туберкулинодиагностики среди взрослого населения от двадцатилетного возраста в 5 районах нашей республики. Всего было проверено 44 176 человек, среди которых 2875 мужчин и 23 301 женщина.

Результаты туберкулинодиагностики показаны в табл. 1.

Как видно, инфицированность населения растет до 40—49-летнего возраста и достигает среди мужчин 88,3% и среди женщин 83,8%. В более старшем возрасте, особенно после 60 лет, угасание реакции на туберкулин можно объяснить не только уменьшением чувствительности кожи, но и снижением общей реактивности организма, а также биологическим излечением туберкулеза — стерилизацией бывших в организме очагов. Как правило, общая инфицированность среди мужчин более высокая,

Таблица 1

Инфицированность сельского населения Литовской ССР (в 5 районах)

Результаты реакции Манту (в %)	Возраст (в годах)					
	20—29	30—39	40—49	50—59	свыше 60	всего
Положительный:						
мужчины	77,6	87,7	88,3	85,9	78,8	84,9
женщины	72,6	80,7	83,8	80,7	76,4	78,6
Отрицательный:						
мужчины	20,1	9,6	9,1	11,2	16,3	12,0
женщины	25,2	16,9	13,7	16,5	18,9	18,5
Сомнительный:						
мужчины	2,3	2,7	2,6	2,9	4,9	3,1
женщины	2,2	2,4	2,5	2,8	4,7	2,9

чем среди женщин, соответственно: 84,9% и 78,6%. То же самое наблюдается и в отдельных возрастных группах.

Сомнительных реакций, папула в 3—4 мм, мы нашли в 3,1% случаев среди мужчин и в 2,9% — среди женщин. Самый высокий процент таких реакций выявлен в возрастной группе свыше 60 лет: среди мужчин — 4,9%, среди женщин — 4,7%. Отчасти это можно объяснить и увеличением неспецифической аллергии среди пожилого населения.

Интенсивность реакции среди обследованных нами лиц показана в табл. 2.

Таблица 2

Распределение частоты (в %) различных размеров папулы по реакции Манту

Пол	Величина папулы в мм			
	5—10	11—15	16—20	свыше 20
Мужчины	41,2	31,8	20,3	6,7
Женщины	39,3	30,6	21,8	8,3

Как среди мужчин, так и среди женщин самый высокий процент составили папулы небольшой интенсивности — в 5—10 мм (41,2% среди мужчин и 39,3% среди женщин). Высокой интенсивности папулы — в 16—20 мм были обнаружены в 20,3% у мужчин и в 21,8% у женщин. Средний размер папулы у обследованных нами мужчин составлял 10,7 мм и у женщин — 11,2 мм.

В последнее время множеством авторов отмечено уменьшение туберкулиновой аллергии, что объясняется как снижением массивности экзогенной инфекции, так и не столь выраженным специфическим сенсибилизирующим влиянием на макроорганизм в условиях антибактериального лечения. В связи с этим снижается частота гиперергических реакций. Мы считали проявлением гиперергической реакции тот случай, когда размер папулы был свыше 20 мм и установили таких реакций в 6,7% случаев среди мужчин и в 8,3% — среди женщин. Чаще всего гиперергические реакции установлены в 20—29-летнем возрасте: среди мужчин — в 9,4%, среди женщин — в 11,2%. С возрастом частота гиперергических реакций падает и у лиц свыше 60-летнего возраста они составляют лишь 3,4% у мужчин и 5,1% у женщин.

Указывается, что гиперергическая реакция на туберкулин помогает не только выявить уже существующее локальное заболевание туберкулезом, но имеет и прогностическое значение в смысле определения развития активного туберкулезного процесса в будущем. Поэтому, при продолжении своей работы, мы клинически обследуем и диспансеризуем лиц с гиперергическими реакциями.

АТИПИЧНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

В. Р. ХАРЬЕ
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

В настоящее время не вызывает сомнения, что атипичные микобактерии могут быть причиной заболевания, клиническая картина которого мало отличается от клинической картины туберкулеза, вызванного типичными микобактериями (Т. Б. Ильина, Reimold с соавт., Feldman с соавт., Engbaek с соавт.).

Эти заболевания получили название микобактериозов. Они встречаются у ослабленных лиц, имеющих повреждения легочной ткани, а также протекают на фоне длительной стероидной терапии (Foreman, Beck).

С 1966 по 1968 г. в бактериологической лаборатории Республиканского противотуберкулезного диспансера сделано всего 13 393 посева из различных патологических материалов. Получен рост M. tuberculosis в 2646 случаях (19,7%) и рост атипичных микобактерий в 65 случаях (0,48%). Среди общего количества культур в 97,6% случаев были выделены M. tuberculosis и в 2,4% атипичные микобактерии.

Из общего количества атипичных штаммов были изолированы из мокроты 55, из промывных вод бронхов 5, из пунктатов 3, из гноя 1 и из мочи 1.

При идентификации все атипичные микобактерии были каталазоположительные, росли на среде содержащей никотинамид, салицилаты, нитраты и толуидиновый синий, обладали высокой лекарственной устойчивостью к туберкулостатическим препаратам (ГИНК, ПАСК, этионамид), отсутствовал корд-фактор.

Атипичные культуры микобактерий были выделены от 49 больных, из которых от 10 атипичные микобактерии высевались многократно. От 18 больных одновременно высевались атипичные штаммы и типичные микобактерии туберкулеза.

У больных, обследованных нами, были диагностированы следующие клинические формы туберкулеза: с очаговым тубер-

кулезом — 18, с инфильтративно-пневмоническим — 12, с гематогенно-диссеминированным — 8, с фиброзно-кавернозным — 4, с туберкуломой — 1, с кавернозным туберкулезом — 1, с силикотуберкулезом — 2, с циррозом легких — 1, с туберкулезом почки — 1 и с костно-суставным туберкулезом — 1.

В возрасте от 15 до 50 лет было 27 больных и более 51 года — 22 больных.

Атипичные микобактерии имеют существенное значение в клинике туберкулеза, как с точки зрения тактики лечения, так и при определении прогноза туберкулезного процесса. С этим тесно связаны и вопросы аллергии и иммунитета, а также эпидемиологии туберкулеза.

КРУПНЫЙ РОГАТЫЙ СКОТ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА АТИПИЧНЫМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ

О. В. МАРТМА и Э. И. ТЮРИ
Эстонский научно-исследовательский институт животноводства и ветеринарии; Кафедра микробиологии Тартуского государственного университета

В последнее время довольно часто от больных различными формами туберкулеза и неспецифическими заболеваниями легких выделяют атипичные микобактерии, но их роль в патологии человека окончательно еще не изучена (А. М. Хома-Лемижко, А. И. Каграманов, Б. М. Воробейчиков, С. М. Вуль, Т. Б. Ильина и др.). Невыясненными остаются также источники и пути заражения человека атипичными микобатериями.

Несмотря на то, что в Эстонской ССР туберкулез крупного рогатого скота практически ликвидирован, в некоторых благополучных в этом отношении хозяйствах у крупного рогатого скота наблюдаются положительные и сомнительные реакции на туберкулин. По нашим данным (исследование проведено с 1964 по 1968 г. в 37 благополучных по туберкулезу хозяйствах) 0,7—29% исследованных телят и 0,5 — 2% коров реагировали положительно на бычий туберкулин. Для изучения причины этих реакций было забито в названный промежуток времени 344 головы крупного рогатого скота тех же хозяйств, где изучались туберкулиновые реакции. При патологоанатомическом исследовании коров были обнаружены туберкулезноподобные изменения в лимфатических узлах в 3%, а у телят — в 14,2% случаев. При бактериологическом исследовании лимфатических узлов и органов 344 животных, культуру микобактерий удалось выделить в 23,8% случаев. Кроме того, бактериологически было исследовано молоко 241 коровы и 10 проб подстилочного торфа, не соприкасавшегося с животными. Из 241 пробы молока в 33 (13,7%) случаях и из всех проб торфа были выделены штаммы микобактерий.

При идентификации все выделенные штаммы были каталазоположительные и обладали высокой лекарственной устойчивостью к туберкулостатическим препаратам (стрептомицин,

тубазид, ПАСК, этионамид, циклосерин), давали отрицательную ниациновую пробу и росли на среде с толуидиновой синью. Приведеные данные позволяют утверждать, что среди выделенных микобактерий не было ни одного штамма M. tuberculosis и M. bovis. Эти штаммы не относились и к M. avium, так как росли на яичной среде при комнатной температуре, не вызывали у кроликов туберкулеза типа Yersin и не были патогенными для кур.

32 штамма микобактерий (из них 19 выделены от крупного рогатого скота, 10 — из молока коровы и 3 — из торфа) изучались на патогенность для морских свинок. Контролем служили 2 штамма M. bovis и 1 штамм M. tuberculosis ($H_{37}Rv$).

Каждым штаммом заражали интратестикулярно 5 морских свинок в дозе 2×10^{-1} мг, т. е. в каждое яичко вводили по 0,1 мл суспензии, содержащей 1 мг культуры в 1 мл. Из них три умерщвляли на 15-й и две на 30-й день после заражения. Перед умерщвлением на 28-й день опыта последних двух подопытных животных исследовали 1:10 разведенными бычьим и птичьим туберкулинами. Всего в опыт были взяты 175 морских свинок.

Органы подопытных животных подвергались патологоанатомическому и гистологическому исследованиям. Для оценки интенсивности макро- и микроскопических патологических изменений использовались числовые показатели от 0,5 до 4. При сложении указанных показателей получали индекс поражения каждого животного.

Из опытов выяснилось, что все использованные штаммы микобактерий при интратестикулярном заражении оказались патогенными для морских свинок и вызывали в их органах туберкулезоподобные изменения. Эти изменения были наиболее выраженными на 15-й день после заражения и позднее подвергались обратному развитию. Большая часть подопытных животных реагировала на птичий туберкулин положительно, а на бычий — отрицательно или сомнительно.

У контрольных морских свинок, зараженных штаммами M. bovis и M. tuberculosis, развивался тяжелый генерализованный туберкулез. Обратного развития туберкулезного процесса в их органах не наблюдалось.

Для изучения степени патогенности или вирулентности микобактерий определяли процентное поражение (П) подопытных животных, зараженных отдельными штаммами. П получено при сопоставлении индексов среднего поражения с возможным максимальным поражением.

Все 35 штаммов микобактерий распределялись по вирулентности на 4 группы.

I группа — штаммы M. bovis и M. tuberculosis обладали высокой вирулентностью (П = 73,4 — 96,9%).

Штаммы микобактерий, выделенные от крупного рогатого скота, из молока и из торфа, распределились между II, III и IV группами. Из них 15 штаммов II группы были более вирулентными (П = 46—60%), чем 11 штаммов III (П = 31—45%) и 6 штаммов IV группы (П < 30%).

Результаты настоящей работы показывают, что выделенные от крупного рогатого скота, из молока и из торфа, микобактерии относятся по своим культуральным, биохимическим и патогенным свойствам к атипичным микобактериям.

Особого внимания заслуживает факт, что часть этих штаммов обладает довольно высокой вирулентностью. Поэтому крупный рогатый скот является одним из возможных источников заражения человека атипичными микобактериями. Однако вопрос об эпидемиологической опасности этих атипичных микобактерий для человека остается еще невыясненным и требует более углубленного изучения.

II

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА

О ПРИЧИНАХ ОБРАЗОВАНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Л. Э. ЯННУС и Я. Я. КАРУСОО
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Заболеваемость туберкулезом из года в год уменьшается. Частота случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза среди вновь выявленных больных невелика. В то же время число страдающих фиброзно-кавернозной формой среди состоящих на учете больных туберкулезом легких относительно высоко и в последние годы держится, примерно, на одинаковом уровне. Вопросы, касающиеся образования фиброзно-кавернозной формы туберкулеза в настоящее время очень актуальны, так как больные этой формой туберкулеза являются основными источниками инфекции.

Мы анализировали ретроспективно (по данным амбулаторных историй болезни) развитие туберкулезного процесса у 226 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, состоявших на учете в Таллинском городском туберкулезном диспансере в 1966 г. Особое внимание было уделено результатам клинико-рентгенологических и микробиологических исследований. Последние, начиная с 1959 г. проводились динамически.

Среди обследованных больных было 165 мужчин (73%) и 61 женщина (27%). Возраст больных при взятии на учет был следующим: до 20 лет — 6,2%, от 20 до 29 лет — 22,6%, от 30 до 39 лет — 22,6%, от 40 до 49 лет — 22,0%, от 50 до 59 лет — 18,5%, от 60 до 69 лет — 7,6%, 70 лет и старше — 0,5% больных. Среди женщин заболеваемость была самой высокой в возрасте от 20 до 39 лет. Среди мужчин заболеваемость достигла самых высоких цифр в возрасте от 40 до 49 лет. К моменту исследования, то есть к 1966 г. большинство больных как среди женщин, так и среди мужчин были старше 50 лет.

Продолжительность заболевания свыше 15 лет была у 50% больных, от 10 до 14 лет — у 26,1%, от 5 до 9 лет — у 20,8% и

TRU Raamatukogu

менее 5 лет — у 3,1% больных. При взятии на учет больных были диагностированы следующие формы туберкулеза: очаговая — у 11,8%, инфильтративно-пневмоническая — у 47,0%, гематогенно-диссеминированная — у 22,6%, фиброзно-кавернозная — у 5,7% и другие формы туберкулеза — у 12,9% больных. Следовательно, из начальных форм туберкулеза наиболее частой была инфильтративно-пневмоническая. Большинство больных — 202 (89%) при взятии на учет выделяли микобактерии туберкулеза (МТ) и только у 24 больных (11%) первоначально МТ были отрицательные.

В течение двух лет фиброзно-кавернозная форма образовалась у 41 больного (18,1%); сюда входят и 13 больных с первоначальным диагнозом фиброзно-кавернозного туберкулеза, через 3—4 года — у 46 больных (20,4%); через 5—9 лет — у 60 (26,6%) и в течение более 10 лет — у 79 больных (34,9%).

С момента взятия на учет лишь 11 больных лечили длительными рациональными курсами противотуберкулезных препаратов первого ряда. Помимо этих больных у 15 терапию можно считать также достаточной, хотя у них применялись менее длительные курсы лечения. Лечение 200 больных с начала заболевания было явно недостаточно, в дальнейшем применение более длительных курсов лечения не смогло изменить характер течения туберкулезного процесса. Большинство больных получали и препараты второго ряда, но крайне малые количества и стихийно. Стационарное лечение в начале заболевания проводилось длительно лишь 37 больным (16,5%), в позднем периоде — при образовании фиброзно-кавернозного процесса длительное стационарное лечение было проведено 98 больным (43%). Пневмоторакс применялся 67 больным (29,5%), из них только у 22 человек достигнут определенный эффект. Пневмоперитонеумом лечили 33 больных, без заметного влияния на течение процесса. Хирургическому вмешательству подверглись 44 человека (19,5%).

В момент исследования у 48% больных общее состояние было удовлетворительное, у остальных 52% неблагополучное, у 58% больных туберкулезный процесс прогрессировал, у остальных стабилизировался.

Для выяснения зависимости эффективности антибактериальной терапии от чувствительности МТ изучены данные о лекарственной устойчивости штаммов, выделенных от 215 больных, от 11 больных штаммы МТ изолировать не удалось. У большинства больных лекарственная устойчивость МТ была определена неоднократно. Результаты показали, что из 215 больных чувствительность МТ к антибактериальным препаратам

сохранилась у 30 (14%), 86% больных имели лекарственно-устойчивые штаммы МТ. Устойчивостью МТ к одному препарату обладали 30,2%, к двум — 38,6% и одновременно к трем препаратам — 17,2% больных. Устойчивость МТ наблюдалась среди женщин почти в 2 раза чаще, чем среди мужчин (соответственно 26,8% и 23,8%). Самой частой была устойчивость МТ к препаратам ГИНК — 71,6%, затем к стрептомицину — 65% и к ПАСК — 22,3%. По сравнению с мужчинами устойчивость МТ к ПАСК — наблюдалась гораздо чаще среди женщин, соответственно 32,2% и 18,8%. Возможно это связано с большей дисциплинированностью женщин при лечении, а также с чаще встречающейся патологией желудочно-кишечного тракта среди мужчин и вследствие этого непереносимостью ПАСК.

Прогноз при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких неблагоприятный, поэтому необходимо уделить особое внимание вопросу предупреждения возникновения указанной формы туберкулеза.

У 27 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом при взятии на учет была диагностирована очаговая форма, из них у 10 в период, когда имелись все возможности для современной терапии. У 23 из них лечение антибактериальными препаратами в начале заболевания количественно и качественно было явно недостаточным не только из-за отсутствия необходимого количества лекарственных препаратов, но нередко и в связи с несерьезным отношением больных к режиму лечения и с отказом от стационарного лечения. У части больных вследствие этого образовалась высокая устойчивость МТ к стрептомицину и препаратам ГИНК.

Из всех 226 обследованных больных у 59 (25,6%) отказ от антибактериального и стационарного лечения способствовал развитию фиброзно-кавернозного туберкулеза. Повторные нарушения лечебного режима и злоупотребление алкоголем отмечены у 28 больных (12,4%). Препятствием к необходимому лечению во многих случаях были возрастные особенности больных.

Как указано выше, рациональное лечение было проведено 11 больным, однако и у них оно оказалось безрезультатным, т. к. у 7 из этих больных имелась устойчивость МТ к стрептомицину и препаратам ГИНК, и у 3 одновременно к трем основным противотуберкулезным препаратам.

Лечение больных фиброзно-кавернозным туберкулезом задача нелегкая и, несмотря на современные достижения фтизиатрии, прогноз у этих больных остается неблагоприятным, по-

этому основным в борьбе с фиброзно-кавернозными формами является их предупреждение, а при их возникновении продолжительное, рационально комбинированное лечение препаратами первого и второго ряда и при возможности хирургическое лечение.

АНАЛИЗ БАЦИЛЛЯРНЫХ БОЛЬНЫХ (ПОДГРУППЫ «Б») ПО ДАННЫМ ТАЛЛИНСКОГО ГОРОДСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА ЗА 1966—1968 гг.

А. Л. ВОЛКОНСКАЯ и И. Г. ЛАЙГАР
Таллинский городской туберкулезный диспансер

Несмотря на большие достижения в борьбе с туберкулезом и повсеместно отмечаемое в Советском Союзе снижение заболеваемости туберкулезом, общее число больных активным туберкулезом органов дыхания, состоящих на диспансерном учете. снижается сравнительно медленно. Одним из основных факторов, препятствующих снижению этого показателя, является накопление в диспансерной практике больных с фиброзно-кавернозной формой туберкулеза легких. По данным ряда авторов (Д. Д. Асеев, Brokard) контингент взрослых больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом составляет от 22,5 до 29,9% состоящих на учете с активным туберкулезом легких.

По данным Таллинского городского туберкулезного диспансера больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в 1966 г. было 11,5%, в 1968 г. — 7,5%.

Деление больных 1-ой группы диспансерного учета на 2 подгруппы: «А» и «Б» в Таллинском городском туберкулезном диспансере ведется с 1963 г.

Мы проследили по историям болезни динамику бесперспективной группы бациллярных больных (подгруппа «Б») за последние 3 года. В 1966 г. в нашем диспансере таких больных было 341 человек, из них мужчин — 266 и женщин — 75. Лиц до 50 лет было 115, старше 50 лет — 226. За указанный срок к этому количеству добавилось еще 47 человек. Из них 27 в связи с прогрессированием процесса и безуспешным лечением (в том числе и хирургическим), 3 из числа больных с рецидивами, 4 приехали из других городов и 13 — из вновь выявленных больных. Выехали из Таллина — 6 человек, и, 46 человек за 3 года были переведены в перспективные группы диспансерного учета. Наиболее тщательному изучению мы и решили подвергнуть истории болезни этих 46 больных. Для сравнения была взята

группа в 46 человек, из лиц, продолжающих оставаться в бесперспективной группе ВК+. Группы аналогичны по возрасту и полу.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу в изучаемой и контрольной группах

Возраст	Изучаемая группа		Контрольная группа	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
30—39 лет	2	1	3	4
40—49	5	5	5	4
50—59	8	3	14	2
60 и старше	16	6	9	5
Всего	31	15	31	15

При зачислении в бесперспективную, бациллярную группу изучаемые нами 46 больных имели следующие диагнозы: гематогенно-диссеминированный туберкулез легких — 7 человек, фиброзно-кавернозный — 34 и цирротический туберкулез легких — 5 человек.

Мокрота 43 больных была исследована бактериологическим методом, при этом установлена чувствительность микобактерий туберкулеза к 3 препаратам 1-го ряда — у 5 человек, устойчивость к одному препарату 1-го ряда — у 17, к двум препаратам 1-го ряда — у 16 и к трем препаратам 1-го ряда — у 5 человек.

Из числа больных, у которых достигнуто улучшение, за 1966—1968 гг. регулярное лечение (год или больше года) получили 11, из контрольной группы — 13 человек. Прерывистое лечение (много раз в году с перерывами) — 14, в контрольной группе — 13 человек. Нерегулярное (1—2 раза в году типа сезонных курсов) — 17, в контрольной группе — 18 человек. Совсем не лечились — 4, в контрольной группе — 2 человека. В течение 3-х лет эти больные находились в стационарах и санаториях (табл. 2).

Помимо консервативной терапии в 3-х случаях применялось хирургическое лечение типа резекции легкого и кавернотомии.

В течение 3-х лет все 46 больных стали абациллярными и диагнозы по переводе их в перспективные группы стали следующими: очаговый туберкулез легких — 4, гематогенно-диссеминированный туберкулез легких — 9, туберкулома — 2,

Таблица 2

Время пребывания изучаемых больных в стационарах и санаториях

Время пребывания в стационарах и санаториях	Изучаемая группа	Контрольная группа
До 6 месяцев	18	14
До 1 года	9	11
Свыше 1 года	3	6
Не пользовались стационарным лечением	16	15
Всего	46	46

цирротический туберкулез — 24, кавернозный — 1, фиброзно-кавернозный — 3 и прочие формы туберкулеза легких — 3 человека.

Как видно из приведенных данных, лечение как изучаемой, так и контрольной групп больных, было приблизительно одинаковое и потому, основываясь только на лечении, сделать вывод о причинах перехода 46 больных в перспективную группу, нельзя. В связи с этим мы изучили еще 3 фактора, влияющие на течение туберкулезного процесса; вредные привычки (алкоголизм, курение), условия труда и материально-бытовые условия.

Таблица 3

Условия труда, быта и вредные привычки

Вредные привычки	Изучаемая группа			Контрольная группа		
	есть		нет	есть		нет
	16		30	16		30
Условия труда	Тяжелые	Легкие	Не работает	Тяжелые	Легкие	Не работает
	3	23	20	1	15	30
Материально-бытовые условия	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие
	17	23	6	13	22	11

Из табл. 3 следует, что некоторую роль в благоприятном исходе туберкулезного процесса играют материально-бытовые условия и характер труда больных.

Можно предполагать, что часть больных из числа перешедших в перспективные группы, была зачислена в подгруппу «Б» необоснованно.

Обращает на себя внимание частота цирротического туберкулеза в заключительных диагнозах.

По-видимому исход туберкулезного процесса зависит еще от ряда факторов, которые нами не изучены, а также от таких причин, которые не находят своего отражения в историях болезни — реактивность организма и другие.

О ДИНАМИКЕ ТУБЕРКУЛОМ ЛЕГКИХ

Л. Р. САУЭМЯГИ
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР;
Таллинский городской туберкулезный диспансер

До настоящего времени нет единого мнения о лечении и прогнозе туберкулом легких. Одни авторы (Л. К. Богуш, Sommer, Маазеп и др.) считают туберкуломы источником развития прогрессирующих форм туберкулеза, а другие (Heilmeyer, Emmerlich, Rothe и др.) относят их к доброкачественным образованиям.

Для исследования туберкулом легких нами были проанализированы архивные материалы и амбулаторные карты больных, состоящих на учете в Таллинском городском туберкулезном диспансере, у которых был поставлен и подтвержден диагноз туберкуломы за период с 1953 по 1968 г. — всего 166 человек. Среди них было 105 мужчин и 61 женщина в возрасте от 21 до 74 года (преимущественно — от 30 до 50 лет).

При первичном выявлении туберкулеза, туберкулома была обнаружена у 92 больных, в том числе у 79 при профилактическом осмотре и лишь 13 больных сами обращались к врачу из-за явлений интоксикации. У 74 больных туберкулома развивалась из других форм туберкулеза легких, из инфильтративно-пневмонического участка у 33, в том числе у 2 путем заполнения каверны. Реже туберкулома образовывалась путем концентрического роста туберкулезного очага или слияния группы очагов (18 больных). Образование туберкуломы из очагов гематогенно-диссеминированного туберкулеза мы могли наблюдать у 8 лиц. У остальных 15 человек форма туберкулеза до образования туберкуломы не была известна.

Всем больным, за редким исключением, назначали лечение антибактериальными препаратами. Из этих больных ни один не умер от туберкулеза. В течение указанного периода 13 больных были сняты с учета и исключены из анализа в связи с выездом или смертью от нетуберкулезных заболеваний.

Дальнейшее развитие туберкулом мы могли наблюдать в

разные сроки: до 3 лет — у 35, от 3 до 5 лет — у 42, от 5 до 10 лет — у 49 и 10 и больше лет — у 27 больных. Критериями динамики туберкулом считали: стационарное состояние (без изменений), регрессирование (уменьшение размеров туберкуломы, при наличии распада — его закрытие, прекращение бацилловыделения и исчезновение явлений интоксикации) и прогрессирование (рост туберкуломы, возникновение полости распада, выделение микобактерий туберкулеза и появление новых очагов обсеменения).

Из 153 больных у 101 (66,0%) туберкуломы остались стационарными, у 37 (24,2%) регрессировали и у 15 (9,8%) прогрессировали. Развитие тяжелых форм туберкулеза вследствие прогрессирования туберкуломы мы не нашли ни у одного больного. Распространение процесса в виде отдельных очагов обсеменения было отмечено только у 3 из 153 больных.

При анализе факторов, которые могли бы способствовать тому или иному направлениям развития туберкулом, в первую очередь, необходимо отметить нерегулярное лечение, что среди больных с ухудшением составляет 27%, а в случаях обратного развития туберкуломы — 14% обследованных, леченных нерегулярно.

В литературе приводятся данные о более частом прогрессировании больших туберкулом. По нашим данным из 112 туберкулом диаметром от 1,5 до 3 см прогрессирование произошло в 9,6%, обратное развитие — в 23,4% случаев и существенно не отличалось от результатов при туберкуломах диаметром больше 3 см — соответственно в 10,5% и 26,2% случаях. На основании анализа нашего материала к прогрессированию более склонны туберкуломы неправильной формы, а круглые — к уменьшению. Периферическое обызвествление чаще всего являлось признаком стационарного состояния туберкулом.

Полное исчезновение туберкуломы мы наблюдали у 10 больных, при этом предшествующая полость распада была отмечена только у трех. Интересно отметить, что в 5 случаях туберкулома ликвидировалась дольше 5 лет после ее выявления.

По продолжительности существования туберкуломы легких после ее выявления нами было отмечено следующее. В группе 35 больных, которых мы могли наблюдать до 3-х лет, в течение этого времени ни у одного ясных инволютивных признаков болезни не наблюдалось, а туберкулома прогрессировала у 5 больных. В группе, состоящей из 42 больных, мы имели данные от 3 до 5-летнего течения болезни. До конца этого времени туберкуломы остались стационарными у 29 (69%), регрессиро-

вали у 10 (24%) и ухудшение процесса было установлено у 3 (7%) больных. В течение времени до 5—10 лет эти результаты были соответственно 32 (65%), 12 (25%) и 5 (10%) случаев из 49 больных. Наименьшее число больных туберкуломой легких, оставшейся стационарной — 10 (37%) было выявлено среди состоящих на диспансерном учете 10 и больше лет. Лишь у 2 (7%) человек наблюдалось прогрессирование процесса, а инволюция являлась частым изменением туберкуломы — у 15 (56%) из 27 больных.

В заключение необходимо подчеркнуть, что с увеличением продолжительности существования туберкуломы легких учащаются их изменения. Это происходит не за счет учащения прогрессирования, которое почти одинаково во всех сроках наблюдения, а путем увеличения доброкачественных изменений — инволюции туберкулом.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ СО СВЕЖИМИ И ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩИМИ ФОРМАМИ

Р. М. МИЛЛЕРМАН
Таллинский городской туберкулезный диспансер

Достигнутые в настоящее время значительные успехи в борьбе с туберкулезом у детей связаны непосредственно с профилактическими мероприятиями, проведенными в стране, с усовершенствованием методов диагностики и применением более современных методов лечения.

Однако, несмотря на значительные успехи в лечении детского туберкулеза, до сих пор еще имеются случаи хронически протекающего первичного туберкулеза и хронической туберкулезной интоксикации. М. П. Похитонова, А. И. Кудрявцева, Engel и др. авторы объясняют это недостаточностью проведенного лечения, кратковременным пребыванием больных детей в стационаре, иногда поздней диагностикой.

Нас интересовал вопрос, каково течение и исходы туберкулеза у детей как со свежими, так и с хронически текущими формами первичного туберкулеза.

Анализ историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении, Таллинского городского туберкулезного диспансера в 1964—67 гг. свидетельствует о благоприятных сдвигах в характере заболевания и течении первичного туберкулеза.

Значительно уменьшилось число детей со свежими локальными процессами. Если в обслуживаемом районе в 1965 г. госпитализировали 58 детей с первичным комплексом, то в 1967 г. — 12 человек с туберкулезным бронхоаденитом, в 1965 г. — 104 человека, в 1967 г. — 34 человека.

Так как в последние годы стали более широко пользоваться бронхоскопией у детей, то естественно и обнаружены поражения бронхов. Большинство детей, поступивших в стационар, были со свежими процессами с давностью заболевания до 6 месяцев и

лишь в единичных случаях отмечались поздно выявленные туберкулезные процессы.

Одной из причин позднего выявления оказалось подострое начало или бессимптомное течение, что характерно в настоящее время для туберкулеза у детей. Что касается хронически текущего первичного туберкулеза, то мы имели возможность наблюдать в эти же годы 32 ребенка в возрасте от 4 до 14 лет. Основным наиболее отличительным признаком хронически протекающих форм первичной туберкулезной инфекции является многолетнее течение. У наблюдаемых больных детей этой группы течение заболевания сопровождалось различными функциональными нарушениями, медленным прогрессированием процесса, который захватывал новые участки в лимфатических узлах. Клиническая картина сопровождалась продолжительной, различной по силе и степени, с ее обычными проявлениями интоксикацией: потерей аппетита, веса, субфебриальной температурой и т. д. У всех детей наблюдались положительные градуированные туберкулиновые пробы по Пирке не менее чем в двух разведениях, а у 8 детей — парадоксальная реакция на туберкулин.

У 11 из 32 детей поставлен диагноз хронической туберкулезной интоксикации на основании длительного заболевания. В клинической картине на первый план выступали главным образом нервно-вегетативные и функциональные расстройства без ясно уловимых рентгенологических изменений в легких. Отмечались увеличенные периферические лимфатические узлы, плотные, различной величины VII—IX групп. В крови — слегка ускоренная РОЭ, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево с лимфоцитозом. Важным в постановке данного диагноза, кроме анамнеза, являлись положительные туберкулиновые пробы.

У 21 ребенка рентгенологически в легких отмечались изменения в виде кальцината, очагов Гона, уплотненных и кальцинированных лимфоузлов в корне легких. В 4 случаях наблюдалось поражение бронхов, подтвержденное бронхоскопическим исследованием. У детей с хронически протекающими процессами туберкулеза, имеющиеся очаги первичного комплекса и, особенно лимфо-железистые, могут длительное время нарушать иммунобиологическое равновесие организма, поддерживая состояние повышенной реактивности.

Б. М. Хмельницкий, А. И. Струков и др., расширив учение о хронически протекающем первичном туберкулезе, доказали, что в процессе, наряду с внутригрудными и периферическими лимфоузлами, могут участвовать еще и мезентериальные лимфоузлы, а также и серозные оболочки.

Все дети, поступившие в стационар со свежими осложнениями и распространенными процессами, лечились тремя препаратами I ряда в течение 3—6 месяцев, с дальнейшей отменой стрептомицина и переходом на два препарата. При свежих процессах в показанных случаях проводилась гормональная терапия. При поражении бронхов — введение антибактериальных препаратов, гормонов, ферментов в виде аэрозолей или интратрахеальных введений. При хронически текущих процессах дополнительно давали препараты II ряда, чаще этионамид, пиразинамид в комбинации с каким-либо препаратом I ряда в комплексе с витаминами и десенсибилизирующим лечением, переливанием крови и плазмы. Двум детям в Институте туберкулеза проведена операция удаления казеозно измененных лимфоузлов. Длительность пребывания больных в стационаре составляла 6—9—12 месяцев.

Эффективность лечения оценивалась как по течению болезни, так и по исходам. Если в 1964—65 гг. у детей со свежими формами отмечалось чаще гладкое замедленное либо волнообразное течение, то в 1966—67 гг. — гладкое ускоренное и гладкое замедленное течение, реже — волнообразное, что, по-видимому, объясняется тем, что в последние годы в стационар поступали дети своевременно выявленные. Поздно диагностированных и осложненных процессов в 1966—67 гг. в стационаре было вдвое меньше (6 человек), чем в 1964—65 гг. (11 человек).

Что касается исходов заболевания, то полное рассасывание отмечалось у больных со свежими туберкулезными процессами с гладким ускоренным течением при длительности лечения свыше 6 месяцев, при лечении тремя препаратами I ряда.

Среди свежевыявленных больных детей с клиническим выздоровлением было выписано 25%, со значительным улучшением — 40%. У детей с хронически текущим первичным туберкулезом и туберкулезной интоксикацией, несмотря на длительное комплексное лечение в совокупности в показанных случаях с препаратами II ряда, исходы заболевания хуже. Из 32 детей только 11 человек выписаны в состоянии значительного улучшения, остальные — в состоянии улучшения, но требующие дальнейшего длительного пребывания в санаториях и лесных школах. Детей с клиническим выздоровлением в этой группе не было.

Изложенные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на возможности и успехи современного лечения, встречается переход первичного туберкулеза в хронически текущий процесс.

Основными причинами возникновения хронически текущего первичного туберкулеза является наличие казеозно измененных

лимфатических узлов, а в ряде случаев — поздняя диагностика.

Течение этих форм туберкулеза в настоящее время более благоприятно по сравнению с прошлыми годами, не сопровождается прогрессированием и общей генерализацией, а локализуется в основном во внутригрудных лимфоузлах. Такие дети нуждаются в очень длительном комплексном лечении, а в некоторых случаях — в применении хирургического вмешательства с целью удаления казеозно-измененных лимфоузлов.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ТРУДА НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ

И. Э. КЛЕЙТСМАНН
Таллинский городской туберкулезный диспансер

Среди лечебно-профилактических мероприятий, успешно проводимых против туберкулеза, немаловажное значение принадлежит рациональному трудоустройству больных.

Настоящая работа сводилась к изучению воздействия различных условий труда на течение туберкулезного процесса легких.

С этой целью были проанализированы данные о больных туберкулезом легких за 1951—1956 гг. в Кивиыли и за 1956—1961 гг. в Таллине. Сведения о работе и бытовых факторах взяты из амбулаторных карт, историй болезни и дополнительных опросов больных. Подавляющее большинство больных находилось под нашим наблюдением от полутора до четырех лет.

Изучались следующие особенности режима работы:

1. Ночной труд.
2. Другие отклонения от наилучшего режима работы для больных туберкулезом (работа по сменам, сверхурочная работа, общественная нагрузка и пр.).
3. Тяжесть физического труда.
4. Положение тела при работе (за письменным столом, у конвейера и т. п.).
5. Загрязненность воздуха (газом, пылью).
6. Простудный фактор (в условиях сырости или холода).
7. Напряженность труда.

Последний пункт охватывает случаи, когда трудящийся должен максимально сосредоточиться, или когда работа связана с большой ответственностью, а также с отрицательными эмоциями.

Для определения влияния каждого из изучаемых факторов, сравнивали их частоту в группах больных с улучшением или ухудшением туберкулезного процесса.

Обследуемых отобрали из находящихся на учете в одном из фтизиатрических участков, с соблюдением при этом следующих

принципов. Для обеспечения гомогенности отобрали больных со средней тяжестью туберкулезного процесса, тех у кого стационарное лечение в течение года не превышало несколько месяцев, и из которых подавляющее большинство (87%) получало антибактериальную терапию менее трех месяцев. В анализ не включили случаи, где по сравниваемым условиям труда и быта большее влияние оказывали прочие факторы: длительная, продолжавшаяся свыше шести месяцев антибактериальная терапия, все виды коллапсотерапии, тяжелые или далекозашедшие случаи туберкулеза легких, а также беременность. При сборе материала возраст и профессия больных не учитывались. Под нашим наблюдением было 266 больных, из них 150 мужчин и 116 женщин.

По формам туберкулеза легких больные распределялись следующим образом: очаговый — 108, инфильтративно-пневмонический — 77 и гематогенно-диссеминированный туберкулез легких — 77, прочие — 8 человек. Процесс был в фазе распада у 64 больных, 117 (43%) больных выделяли микобактерии туберкулеза.

Среди 180 больных с улучшением ночная работа отмечалась более, чем в два раза реже, нежели среди 86 больных с ухудшением (табл. 1). У женщин различия были еще заметнее: в группе больных с улучшением ночная работа отмечалась у 3,5% больных, а с ухудшением — у 22,6%.

Прочие отклонения от регулярного режима рабочего вре-

Таблица 1

Связь частоты проявления трудовых факторов с улучшением и ухудшением туберкулезного процесса

Течение процесса	1*		2		3		4		5		6		7	
	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
Улучшение: 180 больных	16	8,9	53	29,4	25	13,9	21	11,6	22	12,2	21	11,6	48	26,7
Ухудшение: 86 больных	19	22,1	41	47,6	25	29,0	11	12,8	20	23,3	11	12,8	31	36,0
	$p<0,01$		$p<0,01$		$p<0,01$		—		$p<0,05$		—		$p>0,05$	

* Обозначения приведены в тексте.

мени (работа по сменам, сверхурочная работа, общественная нагрузка и др.), тяжесть физического труда, загрязненность воздуха наблюдались значительно чаще (почти в два раза) среди больных с ухудшившимся течением, чем среди тех, состояние которых улучшилось.

В отношении положения тела при работе и простудных возможностей особой разницы в сравниваемых группах не наблюдалось.

В части напряженности труда были заметные различия только среди женщин: случаев улучшения — 33,8%, ухудшения — 55,6%, то есть свыше половины ($p<0,05$); у мужчин — соответственно — 22,7 и 26,3%.

Для анализа воздействия различных вредных факторов на течение туберкулеза сравнивали одновременное проявление нескольких факторов (табл. 2). При этом учитывали степень влияния каждого вредного фактора, где такие различия обнаруживались.

При ухудшении состояния больного ночной труд и другие виды нерегулярного режима работы (1+2) отмечались в 4 раза чаще, чем у больных с улучшением. Воздействие неупорядоченного режима и напряженности труда (1+2+7) наблюдалось в 2,5 раза чаще, чем предыдущая комбинация факторов и было двукратное у больных с ухудшением туберкулезного процесса.

Таблица 2

Частота одновременного проявления разных трудовых факторов в группах больных с улучшением и ухудшением туберкулезного процесса

Течение процесса	1+2*		1+2+7		3+5+6		2+3+4	
	число	%	число	%	число	%	число	%
Улучшение	6	3,3	22	12,2	3	1,7	4	2,2
Ухудшение	11	12,8	22	25,6	7	8,2	7	8,2
	$p<0,02$		$p<0,02$		$p<0,05$		$p<0,05$	

* Обозначения приведены в тексте.

Совместное влияние вредных физических факторов — тяжелый физический труд, загрязненный воздух, простуда (3+5+6) и комбинирование неупорядоченного рабочего режима с тяжестью физического труда и вынужденным положением тела при

работе, (2+3+4) наблюдались значительно чаще при ухудшении болезни.

Ввиду того, что в табл. 2 различие в сравниваемых группах более значительно, чем в табл. 1, можно полагать, что суммарное воздействие вредных факторов сильнее отдельных свойств.

Однако 26% больных с благоприятным течением перенесли воздействие разных неблагоприятных факторов без того, чтобы туберкулезный процесс у них прогрессировал (при ухудшившемся туберкулезном процессе соответствующая нагрузка была у 43% больных). Так как влияние антибактериальной терапии у рассматриваемого контингента больных было невелико, надо считать существенной приспосабливаемость организма в разной степени к неблагоприятным условиям среды. Вопрос об индивидуальной устойчивости в отношении вредных факторов внешней среды требует дальнейших социально-медицинских исследований.

На основании изложенного можно сделать вывод, что:

1. Неупорядоченный рабочий режим, тяжесть физического труда, загрязненность воздуха неблагоприятно влияют на течение туберкулезного процесса.

2. Вредность напряженности труда установлена преимущественно у женщин, больных туберкулезом легких.

3. Слабый или временно влияющий вредный фактор усугубляет воздействие других факторов.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Л. А. РЕЙНВАЛЬД и А. А. РЕЙНВАЛЬД
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР;
Таллинский городской туберкулезный диспансер

По данным обширной литературы, у больных туберкулезом легких при помощи электрокардиографии чаще всего находят следующие отклонения от нормы: изменение электрической оси, низкий вольтаж комплекса QRS, смещение интервала S-T и инверсию или уплощение зубца Т. Однако, как справедливо подчеркивают И. Т. Стукало и Ю. В. Кулачковский, при помощи электрокардиографии нельзя обнаружить никаких изменений, патогномичных для туберкулеза. Мало того, многие отклонения электрокардиографической кривой обусловлены изменениями положения сердца, вызванными сращениями или выпотом в плевральной полости, изменениями объема легких, весьма обыденными при хроническом туберкулезе органов дыхания. Тем не менее именно электрокардиография является наиболее ценным и подчас незаменимым методом при раннем выявлении тех небольших инициальных нарушений функции сердца, которые наблюдаются при туберкулезе.

Нашей целью было установить частоту и характер нарушений сердечной деятельности, определяемых при помощи электрокардиографии у больных с различными формами и продолжительностью туберкулеза легких. Мы исследовали 442 больных туберкулезом легких в возрасте от 18 до 70 лет — из них было 313 мужчин и 129 женщин. По формам туберкулеза эти больные распределялись: 4 случая бронхоаденита, 111 — очагового, 95 — гематогенно-диссеминированного, 79 — инфильтративно-пневмонического туберкулеза, 13 случаев туберкуломы, 4 — кавернозного, 112 — фиброзно-кавернозного туберкулеза, 14 случаев цирроза легкого и 10 — эксудативного плеврита. Бацилловыделителей было 245. Нам показалось целесообразным по продолжительности заболевания разделить всех больных на три группы:

1. 61 больной со свежевыявленным туберкулезом легких. За

некоторым исключением это были больные с инфильтративно-пневмоническим, свежим очаговым или гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких.

2. 201 больной болел туберкулезом легких от 2 до 4 лет.

3. Остальные 180 человек болели 5 лет или дольше.

У больных двух последних групп был туберкулез легких с хроническим течением, в подавляющем большинстве случаев фиброзно-кавернозный или гематогенно-диссеминированный туберкулез, в сочетании с более или менее распространенным фиброзом легкого.

Все больные повторно подвергались электрокардиографическому исследованию, в результате которого обнаружили следующее. Из 61 свежевыявленного больного у 22 электрокардиограммы показывали различные отклонения от нормы: снижение вольтажа либо всех зубцов, либо только зубца Т; удлинение электрической систолы; у одного больного — снижение интервала S-T. У 16 больных названные отклонения можно считать вызванными туберкулезной интоксикацией. По ходу лечения больных, после исчезновения клинических симптомов интоксикации, электрокардиограммы нормализовались. Электрокардиографические отклонения у остальных 6 больных были стойкими. Принимая во внимание данные анамнеза, у двух больных эти изменения могли быть вызваны перенесенными ранее заболеваниями (Базедова болезнь, ревматизм). Четверо больных были старше 50 лет и имели атеросклероз.

В группах больных хроническим туберкулезом легких преимущественно у больных II и III групп (в среднем у 20,2%) встречалось хроническое легочное сердце, причем среди болеющих от 2 до 4 лет не намного реже, чем у болеющих более 5 лет. В этом факте мы усматриваем одну из наиболее характерных особенностей далеко зашедшего туберкулеза антибактериальной эры. Благодаря лечению даже тяжелый туберкулез сравнительно редко приводит к летальному исходу. Такие формы обычно приобретают хроническое течение, когда начинают превалировать клинические симптомы осложнений. Среди этих осложнений серьезным является весьма распространенное хроническое легочное сердце, которое формируется в основном уже в течение первых четырех лет лечения. Характерно, что частота хронического легочного сердца, как мы установили, всецело зависит от распространенности хронического туберкулеза легких и совершенно не зависит от возраста этих больных.

Наоборот, в отношении электрокардиографических признаков других расстройств сердечной функции, имелась ярко выра-

женная зависимость от возраста. У больных старше 50, а особенно старше 60 лет, диффузное или очаговое поражение желудочков, нарушение коронарного кровообращения, замедление атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости импульса встречались значительно чаще, чем у более молодых. Например, очаговые или диффузные поражения сократительного миокарда были у каждого четвертого больного старше 60 лет и только у каждого десятого больного моложе 50 лет. Гипертрофия левого желудочка сердца выявилась почти исключительно у пожилых. При этих нарушениях никакой зависимости от формы туберкулеза и его продолжительности не обнаружилось.

В связи с распространенностью хронического легочного сердца возрастной сдвиг электрической оси сердца был весьма умеренный и во всех возрастах преобладали больные с вертикальным положением сердца или близким к нему.

Таким образом, у больных туберкулезом легких мы обнаружили разнообразные отклонения от нормы электрокардиограмм. Одни из них несомненно были вызваны туберкулезом. К этим изменениям относятся обратимые нарушения, сопровождающие клинические проявления к туберкулезной интоксикации и хроническое легочное сердце. Их частота зависела от продолжительности и формы туберкулеза. Другие виды сердечной патологии чаще встречались у пожилых и скорее зависели от поражения сердца иной этиологии.

ОБ АМИЛОИДОЗЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

З. И. КОСТИНА
Кафедра легочного туберкулеза 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова

Амилоидоз внутренних органов является одним из частых и тяжелых осложнений легочного туберкулеза, причем, несмотря на многочисленные экспериментальные и клинические исследования, некоторые стороны его патогенеза и методы его патогенетической терапии до сих пор еще остаются окончательно не изученными. Поэтому мы и поставили своей задачей изучение патогенеза, клиники и лечения этого тяжелого осложнения легочного туберкулеза.

Наши наблюдения касаются 457 больных туберкулезом легких, осложненным амилоидозом, которые находились на лечении в нашей клинике за последние 22 года (с 1945 по 1966 г. включительно). Среди них было 290 мужчин (61,2%) и 167 женщин (38,8%), причем в основном это были люди молодого, цветущего возраста. Что касается клинических форм туберкулеза, то абсолютное большинство — 399 больных (87,3%) страдало фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, 36 (7,8%) — гематогенно-диссеминированным с кавернами, а прочие формы составили 1,8% (у 8 больных). Интересен и тот факт, что за последние годы амилоидоз был диагностирован у лиц с совершенно излеченным туберкулезом, но с выраженными пневмосклерозом и эмфиземой, что мы связываем с отрицательным влиянием хронической гипоксемии на все обменные процессы, и в первую очередь, на белковый обмен (у 14 больных — 3,1%).

Изучение особенностей амилоидоза у обследованных нами больных показало, что за последние годы отмечается более спокойное доброкачественное течение его, с медленным прогрессированием и с длительными ремиссиями, которые мы наблюдали и в протеинурической, и даже в отечно-гипотонической стадии его развития. Это привело и к заметному удлинению продолжительности жизни этих больных, которая в доантибактериальный

период составляла 8—10 месяцев, а в последние годы уже достигла 8—10 лет. Другой особенностью течения амилоидоза у больных туберкулезом легких за последние годы является его более частое сочетание с атеросклерозом, гипертонической болезнью и диабетом, что мы объясняем возрастным фактором и более длительным течением самого фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и амилоидоза, сопровождающихся все более глубокими нарушениями всех обменных процессов.

Очень частое сочетание амилоидоза внутренних органов и легочного сердца у одних и тех же больных туберкулезом заставило А. Я. Цигельника высказать предположение, что в основе этих двух осложнений легочного туберкулеза лежит один и тот же патогенетический фактор — хроническая гипоксемия, что нам удалось доказать путем клинико-экспериментальных наблюдений.

Наши клинические наблюдения над 399 больными фиброзно-кавернозным туберкулезом, осложненным амилоидозом, показали, что чем длительнее туберкулезный процесс в легких, чем больше пневмосклероз и эмфизема, чем длительнее и тяжелее характер гипоксемии, подтвержденный оксигемометрией, тем чаще у этих больных развивается амилоидоз. Сочетание амилоидоза и легочного сердца мы наблюдаем у 109 из 457 больных (21,6%), при этом у всех 109 больных первые признаки амилоидоза появились уже при наличии легочно-сердечной недостаточности, легочного сердца и выраженной гипоксемии.

Наши экспериментальные исследования позволили установить, что кратковременная тренировка белых мышей к такой жесткой гипоксии как разрежение атмосферы до 354 мм рт. ст. способствовала торможению, а длительная — развитию и прогрессированию амилоидоза у всех подопытных животных, что также подтвердило роль гипоксемии в патогенезе амилоидоза.

Излечение амилоидоза или, вернее, приостановление его развития, может быть достигнуто только на ранних стадиях заболевания путем применения комплексной этиопатогенетической терапии. Кроме обычных методов лечения, мы включили в комплексную терапию амилоидоза и некоторые новые методы патогенетической терапии. К ним мы отнесли оксигенетерапию, показанную уже на самых ранних стадиях развития амилоидоза в виде подкожного введения кислорода или оксигеноперитонеума, который приводит к повышению насыщения артериальной крови кислородом, а также терапию стероидными и анаболическими гормонами, при этом 4—6-недельное применение преднизолона может проводиться в протеинурической и отечно-гипотониче-

ской стадиях амилоидоза только при условии наличия показаний со стороны легочного процесса. Успешное лечение туберкулеза с применением всех вышеуказанных методов лечения позволило нам приостановить прогрессирование амилоидоза у 34 больных, что мы считаем немаловажным практическим достижением.

ПРИМЕНЕНИЕ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Проф. А. Я. ЦИГЕЛЬНИК и И. В. АФАНАСЬЕВ
Кафедра легочного туберкулеза 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова

Достоверное и своевременное распознавание амилоидоза у больных туберкулезом имеет большое практическое значение как для проведения лекарственной терапии, так и, в особенности, при решении вопроса о необходимости, сроках и характере оперативного вмешательства при деструктивных формах туберкулеза. Между тем клинические проявления амилоидоза внутренних органов и применяющиеся методы его лабораторной диагностики часто регистрируют уже выраженные формы болезни.

Применение пункционной биопсии внутренних органов позволяет подтвердить наличие и характер отложений амилоида, нередко до появления клинических признаков общего амилоидоза. Из внутренних органов, наиболее часто поражаемых при амилоидозе (селезенка, почки, печень, надпочечники), печень является технически наиболее доступной, а пункция ее представляет собой наименьшую опасность для больного. Из инструментов, применяемых для пункционной биопсии, нам представляются наиболее удобными иглы Франклин-Сильвермена (США) и Менгини (Италия), а из отечественных — игла, предложенная А. Ф. Блюгером (Рига). Они позволяют получить кусочек ткани печени, пригодный для полноценного гистологического исследования.

Изучение гистологических препаратов дает возможность различать три последовательных степени амилоидоза печени, соответствующие клиническим стадиям общего амилоидоза, предложенным М. Л. Щерба. Первая степень — отложение амилоида в стенке отдельных кровеносных сосудов без атрофии печеночных клеток. При этом характерно, что просвет капилляров и кровеносных сосудов в местах отложения амилоида остается широким, а амилоидное вещество не выбухает в их просвет. Вторая степень — отложения амилоида в стенке многих кровеносных

сосудов со слиянием участков отложений амилоида и умеренной атрофией печеночных клеток в местах отложения амилоида. Третья степень — массивные отложения амилоида с резковыраженной атрофией печеночных клеток. Помимо отложений амилоида, изучение гистологических препаратов печени дает возможность установить наличие и характер дистрофических изменений печеночной ткани (белковая дистрофия, жировая инфильтрация, некроз печеночных клеток и др.). Отложения амилоида в печени, как правило, сопровождаются выраженными дистрофическими изменениями печеночных клеток. Наш опыт убеждает нас в том, что обнаружение дистрофических изменений, в особенности, выраженного характера, без отложений амилоида (если дистрофия не может быть объяснена другими причинами), свидетельствует об уже наступившем общем амилоидозе с отложением амилоида в других органах (селезенка, почки) или является его предвестником (предамилоидная стадия). Применение пункционной биопсии печени с целью диагностики амилоидоза показано: а) при начальных проявлениях общего амилоидоза; б) при обследовании больных с деструктивными формами легочного и внелегочного туберкулеза перед хирургическим вмешательством.

Противопоказаниями для диагностической пункции печени следует считать: а) все состояния с повышением кровоточивости; б) тяжелое и беспокойное состояние больного; в) наличие застойной печени при сердечной декомпенсации; г) длительную механическую желтуху, могущую повести к повышению давления в желчных путях; д) нагноительные процессы в печени и соседних органах — в легких, на плевре, в тканях грудной стенки; е) отсутствие левого легкого (ввиду возможности травматического пневмоторакса; ж) отсутствие условий для оказания помощи в случае осложнений (врачебное наблюдение, переливание крови).

Относительными противопоказаниями мы считаем наличие асцита или лечебного пневмоперитонеума. В этих случаях следует предварительно произвести парацентоз с эвакуацией асцитической жидкости или распустить пневмоперитонеум.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ АМИЛОИДОЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В. И. ГРИГОРЬЕВА
Кафедра легочного туберкулеза 1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова

В настоящее время для ранней диагностики амилоидоза наиболее достоверным методом является пункционная биопсия органов, на что имеются указания в работах Ярошевского, Афанасьева, Равича, Briggs, Augustin, Lagrue и других авторов, но этот метод все еще не получил широкого распространения.

Основной задачей нашей работы было определить возможность использования некоторых гематологических показателей в диагностике амилоидоза у больных туберкулезом легких.

Важность гематолгических исследований в диагностике амилоидоза определяется тем обстоятельством, что в большинстве случаев амилоидоз ассоциируется с амилоидным нефрозом, для которого характерны значительные и стойкие патологические изменения в моче. Когда же изменений в моче нет или они незначительны, что возможно при преимущественном отложении амилоида в печени, селезенке и других органах, то ранняя стадия амилоидоза без должного внимания к гематологическим показателям может остаться незамеченной.

Методика проведенных исследований основана на сопоставлении гематологических показателей у больных легочным туберкулезом, осложненным амилоидозом, с такими же показателями у больных с хроническими формами туберкулеза легких без амилоидоза. Для подтверждения диагностического значения применяемых гематологических тестов мы в ряде случаев использовали данные пункционной биопсии печени и почек, а в отдельных случаях данные аутопсии.

Исследование крови включало: клинический анализ, количественный и качественный подсчет тромбоцитов, РОЭ, исследование белковых фракций и фибриногена в плазме крови, а также исследование функциональной активности лейкоцитов.

У ряда больных производилось исследование пунктата костного мозга, что, по мнению некоторых авторов, может быть использовано в ранней диагностике амилоидоза.

Нами обследовано 180 больных, страдающих преимущественно хроническим фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом, среди которых у 100 человек туберкулез был осложнен амилоидозом, а у 80 человек признаков амилоидоза не отмечалось.

Чаще амилоидоз встречался в цветущем возрасте — от 30 до 40 лет, причем среди мужчин в 2—3 раза чаще, чем среди женщин. В зависимости от длительности заболевания туберкулезом легких амилоидоз встречался чаще у больных с заболеванием свыше 8 лет.

При изучении белковых фракций и гемограмм учитывалось, что амилоидоз — это вторая болезнь у больного туберкулезом и, что сам туберкулез, как хронический инфекционно-аллергический процесс, может сопровождаться различными изменениями белковых фракций и гемограммы. Поэтому только при длительном наблюдении за этими показателями в процессе лечения больного и, исследуя их в разных фазах течения туберкулеза, можно было выявить особенности в изменении белковых фракций и гемограммы, характеризующие амилоидоз.

Белковые фракции крови исследовались у 90 больных. По нашим исследованиям из показателей белковых фракций крови в диагностике амилоидоза у больных хроническими формами туберкулеза легких могут быть использованы: стойкая гипоальбуминемия, гипер-α_2-глобулинемия и значительно сниженный альбумино-глобулиновый коэффициент.

Фибриноген исследовался у 120 больных. Исследования показали, что у больных с амилоидозом, как при распространенном амилоидозе, так и при начальных его стадиях, содержание фибриногена было значительно повышено у большинства больных. У больных без клинических признаков амилоидоза фибриноген повышался в период обострения туберкулезного процесса, а в период затихания и вне вспышки процесса, как правило, снижался до нормы.

Исследование РОЭ производилось у всех больных, при этом установлено, что у всех больных с амилоидозом РОЭ значительно ускорена, независимо от активности туберкулезного процесса. У больных без признаков амилоидоза РОЭ зависела в основном от состояния туберкулезного процесса в легких.

Клинический анализ крови производился у всех больных. Анемия гипо- и нормохромного типа наблюдалась только у

больных с распространенным амилоидозом, следовательно, этот тест не может быть использован в ранней диагностике амилоидоза. Лейкоцитоз с умеренным нейтрофилезом был обнаружен у всех больных с распространенным амилоидозом и у 38 из 56 больных с начальным амилоидозом. Таким образом, нейтрофильный лейкоцитоз может быть использован, как гематологический критерий амилоидоза.

При исследовании периферической крови особое внимание уделялось подсчету тромбоцитов. Исследования показали, что в фазе стабилизации легочного процесса тромбоцитоз является одним из критериев амилоидоза.

Костный мозг исследован у 20 больных. При этом нам не удалось установить каких-либо значительных отклонений в миэлограмме, которые могли бы быть использованы, как критерий амилоидоза.

Показатели функциональной активности лейкоцитов исследовались у 32 больных легочным туберкулезом, осложненным амилоидозом, и у 35 больных с различными формами легочного туберкулеза без амилоидоза. Отчетливое снижение содержания гликогена и фагоцитарных показателей наблюдалось у больных с распространенным амилоидозом. Эти показатели были также снижены у больных с начальным амилоидозом. Таким образом, снижение функциональной активности лейкоцитов у больных туберкулезом легких может быть использовано, как дополнительный тест в диагностике ранних форм амилоидоза.

Наибольшее значение в диагностике ранних форм амилоидоза у больных туберкулезом легких имеет исследование протеинограммы, фибриногена, фракционной РОЭ, тромбоцитов и функциональной активности лейкоцитов. Перечисленные показатели должны рассматриваться в период стабилизации туберкулезного процесса в легких.

Простота и доступность перечисленных гематологических показателей позволяют использовать их в практической работе противотуберкулезных учреждений для диагностики амилоидоза у больных туберкулезом легких.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ВЗЯТЫХ НА УЧЕТ ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВОВ

Х. К. РОХТЛА
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

В настоящее время, благодаря применению длительного комбинированного антибактериального лечения, можно достичь выздоровления у 90—95% больных легочным туберкулезом (Н. А. Шмелев, В. А. Эйнис и др.).

Большое эпидемиологическое значение имеет проблема выздоровления больных деструктивным туберкулезом легких. По данным различных авторов в последние годы среди больных деструктивным туберкулезом легких, впервые взятых на учет, в течение первого года лечения удалось добиться закрытия каверны в 64—78% и абациллирования — в 70—90% случаев (Ю. Л. Гамперис, Н. А. Ляховская, В. М. Саулите). В нашей республике соответствующие показатели после одного года лечения — 71,0% и 79,3% (Х. П. Пуллисаар).

Наряду с впервые выявленными больными берется ежегодно на учет довольно большое количество больных с рецидивами легочного туберкулеза, среди которых почти у половины — деструктивные процессы. Так, например, в нашей республике из всех больных, взятых на учет с рецидивирующими формами туберкулеза легких в 1964—1966 гг. с распадом было 45%, что почти в два раза превышает соответствующий процент среди впервые обнаруженных больных легочным туберкулезом за тот же промежуток времени.

В связи со сказанным возникает вопрос, как реагируют на лечение больные деструктивным туберкулезом, взятые на учет по поводу рецидивов. Есть ли различия между результатами лечения этих больных и больных с деструктивным туберкулезом легких, впервые взятых на учет? Что необходимо предпринять для повышения эффективного лечения?

С этой целью были изучены результаты лечения 282 больных деструктивным туберкулезом легких, взятых на учет по поводу

рецидивов в туберкулезных диспансерах и кабинетах республики в 1964—1966 гг. Среди обследованных мужчин было 196, женщин — 86, людей старше 50 лет среди них 31,2%. Наибольшую группу составили больные инфильтративно-пневмонической формой легочного туберкулеза (47,5%), затем гематогенно-диссеминированной (22%) и очаговой формами (20,5%). 29,5% из них были далекозашедшие случаи.

Резистентность микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам была обнаружена в 84 случаях, что составляет 29,8%. Это число в 3 раза превышает процент резистентности у бациллярных больных, впервые взятых на учет.

Лечение в большинстве случаев проводилось стационарно, только 2,8% больных получали амбулаторное лечение. Более 6 месяцев стационарное лечение длилось в 68,4%, до 4 месяцев — в 14,5% случаев. Пневмоторакс был применен только в 7 случаях (2,5%), хирургическое лечение — в 10 (3,5%). Если сравнить данные длительности стационарного лечения и частоты применения пневмоторакса и хирургических методов лечения у больных деструктивным легочным туберкулезом, впервые взятых на учет за тот же промежуток времени (данные Х. П. Пуллисаара), то видно, что кратковременные курсы стационарного лечения (до 4 месяцев) применяли у последних реже (в 9,9%), хирургическое лечение и лечение пневмотораксом чаще (соответственно 5,1 и 5,4%).

К концу первого года в результате проведенного лечения закрытие полости распада в легких отмечено у 54,5% и абациллирование — у 71,2% больных. Анализ результатов по клиническим формам показал, что при очаговом и инфильтративно-пневмоническом туберкулезе закрытия каверны удалось добиться в 63,3%, абациллирования — в 78,9% случаев (у впервые взятых на учет соответствующие показатели — 81,3 и 88,6%). При далекозашедших формах легочного туберкулеза закрытие каверны было достигнуто у 32,9%, абациллирование — у 40% больных (у впервые взятых на учет соответственно 48,0 и 58,6%).

Если анализировать вышеуказанные данные, можно сказать, что, несмотря на одинаковое распределение по возрасту и полу больных, впервые взятых на учет и с рецидивами, а также по формам заболевания, результаты лечения рецидивов (всего контингента и отдельных форм заболевания) значительно хуже, чем результаты лечения больных, впервые взятых на учет.

Причины более неблагоприятных результатов лечения рецидивов связаны, по-видимому, с наличием вторичных изменений в

легких, как следствия перенесенного предыдущего туберкулезного процесса. Поэтому и восстановительные процессы протекают гораздо медленнее, чем при первом заболевании. Кроме того, значительно чаще при рецидивах встречается лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам, которая затрудняет антибактериальное лечение. Лечение рецидивов до сих пор не всегда целесообразно организовано. Почему-то больных с рецидивами чаще лечат короткими курсами стационарного лечения, чем больных с впервые обнаруженными деструктивными формами туберкулеза. Реже в этих случаях применяют хирургическое вмешательство и коллапсотерапию. Необходимо всегда помнить, что лечение больных с рецидивами значительно сложнее и более трудоемко, чем лечение больных, впервые взятых на учет.

Чтобы повысить эффективность лечения больных деструктивным туберкулезом легких, взятых на учет по поводу рецидивов, необходимо:

1. Придавать больше значения вопросам лекарственной устойчивости. Если из анамнеза выясняется, что больной при первичном заболевании в большом количестве употреблял препараты I ряда и, если можно предположить резистентность к ним, следует лечение начинать сразу препаратами II ряда, не ожидая результатов лабораторного исследования (поступают обычно через 1,5—2 мес.). По получении ответа из лаборатории следует, при необходимости, внести коррективы в антибактериальное лечение в зависимости от ответа.

2. Всех больных деструктивным туберкулезом, взятых на учет по поводу рецидива, следует лечить стационарно и длительное время. Длительность больнично-санаторного лечения должна быть по меньшей мере 10—12 мес.

3. Более активно применять оперативные методы лечения.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ I И II РЯДА

Л. Ю. МАЗЕР
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Исследование функции внешнего дыхания дополняет рентгенологическое исследование, определяя функциональное состояние и работоспособность легких. Поэтому изучение функции внешнего дыхания имеет большое значение в клинике легочных заболеваний, в том числе и в клинике туберкулеза легких.

Целью настоящей работы было сравнение динамики функции внешнего дыхания при лечении хронических больных туберкулезом легких препаратами I и II ряда.

Исследованию подвергли 35 больных хроническими формами туберкулеза легких, из них 10 были женщины, 25 — мужчины, возраст — от 18 до 67 лет, с давностью туберкулезного процесса 4—22 года. У 24 больных был фиброзно-кавернозный туберкулез, у 6 — гематогенно-диссеминированный, у 5 — инфильтративно-пневмонический туберкулез легких. У всех больных туберкулезный процесс был в фазе обострения, имелись явления распада и обсеменения, у 30 больных были 1—2 каверны. Односторонний туберкулезный процесс был у 9, двухсторонний — у 26 больных.

Исследуемых больных разделили на 2 группы: I группа — 16 больных, которых лечили препаратами преимущественно II ряда (циклосерином, этионамидом, пиразинамидом, ГИНК) по схемам II международного химиотерапевтического исследования по туберкулезу; II группа — 19 больных, которых лечили в основном препаратами I ряда (стрептомицином, препаратами группы ГИНК и ПАСК). Под наблюдением больные находились от 12 месяцев до 3 лет.

Функцию внешнего дыхания исследовали на бронхоспирографе СГ 1М, причем определяли как вентиляционные показа-

тели (жизненная емкость легких — ЖЕЛ, максимальная вентиляция легких — МВЛ, резерв дыхания — РД), так и показатели эффективности дыхания (потребление кислорода, коэффициент использования кислорода — КИO_2, минутный объем дыхания — МОД). Нарушения функции внешнего дыхания оценивали как умеренные, значительные или резко выраженные.

Результаты произведенного исследования показали, что нормальная функция внешнего дыхания была только у 4 больных, а нарушения — у 31 больного. Нарушения и выраженность их зависели от распространенности туберкулезного заболевания — при более распространенных процессах нарушения функции внешнего дыхания были более выражены, чем при ограниченных процессах. Большое влияние на функцию внешнего дыхания оказал и характер туберкулезного процесса. Так при фиброзных процессах в легких нарушения функции внешнего дыхания были значительно выражены, уменьшены были как вентиляционные показатели, так и показатели эффективности дыхания. При более свежих формах туберкулеза, например, при гематогенно-диссеминированном и инфильтративно-пневмоническом туберкулезе вентиляционные показатели были близки к норме или в норме, но имелись нарушения показателей эффективности дыхания (уменьшение использования кислорода вместе с компенсаторным увеличением минутного объема дыхания).

Вследствие проведенного лечения уменьшение явлений интоксикации и улучшение клинического состояния (замедление РОЭ почти до нормы, уменьшение мокроты и влажных хрипов) отмечались, начиная с 1—2 месяца лечения, в I группе у 15 больных из 16, во II группе — у 14 из 19. У одного больного первой группы и у 5 человек второй группы заметного улучшения клинического состояния не наблюдали.

Данные об изменениях функции внешнего дыхания и рентгенологической картины представлены в таблице.

Уменьшение рентгенологических изменений туберкулезного процесса в I группе отмечено у 12 из 16 больных. У 5 человек было отмечено полное закрытие каверны, у 3 — значительное уменьшение ее и у 4 — незначительное уменьшение каверны вместе с явлениями уплотнения туберкулезных очагов. Во II группе рентгенологически наблюдали улучшение у 19 больных. Полное закрытие каверны наблюдали у 2 больных, значительное уменьшение — у 2 и незначительное — у 5 больных. У 3 человек было отмечено частичное рассасывание и уплотнение туберкулезных очагов.

Улучшение функции внешнего дыхания отмечено лишь у 12

Таблица

Динамика функции внешнего дыхания и рентгенологической картины в течение лечения препаратами I и II ряда

Функция внешнего дыхания	Рентгенологическая картина						
	I группа больных			II группа больных			Всего
	улучшение	без изменений	всего	улучшение	без изменений	всего	
Улучшение	5	1	6	5	1	6	12
Без изменений	6	2	8	7	4	11	19
Ухудшение	1	1	2	—	2	2	4
Всего	12	4	16	12	7	19	35

(45%) человек, у 6 в первой группе и у 6 — во второй. Эти данные показывают, что у половины больных функция внешнего дыхания осталась нарушенной и держалась на том же уровне, что и перед началом лечения. Улучшение функции внешнего дыхания наблюдали главным образом у больных с более свежими процессами туберкулеза. При старых фиброзных процессах в легких с некоторым улучшением туберкулезного процесса и уменьшением каверн функция внешнего дыхания не улучшалась. При улучшении функции внешнего дыхания отмечали, в первую очередь, улучшение показателей эффективности дыхания (увеличение коэффициента использования кислорода вместе с уменьшением чрезмерно повышенного минутного объема дыхания). У части больных было отмечено и улучшение вентиляционных показателей, в первую очередь, увеличение максимальной вентиляции легких. Улучшение функции внешнего дыхания отмечали, начиная с 3—4 месяца лечения, у части больных и гораздо позже — на 8—12 месяце лечения. Нормализацию функции внешнего дыхания к концу 12—14-месячного наблюдения отмечали только у 4 больных с умеренными нарушениями ее в начале лечения. Из 4 больных с нормальной функцией внешнего дыхания в начале лечения у 2 она осталась в норме в течение всего периода лечения. У 2 больных функция внешнего дыхания во время периода наблюдения ухудшалась.

Сравнивая улучшение результатов клинического, рентгенологического и функционального состояния у больных хроническим туберкулезом, леченных препаратами I или II ряда, можно ска-

зать, что при длительном лечении препаратами II ряда улучшение наблюдалось несколько чаще, чем при лечении препаратами I ряда. Лечение препаратами II ряда осложнялось частыми побочными явлениями, но несмотря на это мы все-таки имели возможность лечить больных с резистентными микобактериями к I ряду противотуберкулезных препаратов.

Подводя итоги настоящей работы, можно сказать, что у подавляющего большинства больных хроническими формами туберкулеза имеется нарушение функции внешнего дыхания. При улучшении клинического состояния и рентгенологической картины легких, улучшение функции внешнего дыхания отмечалось только у половины больных. Существенных различий в функциональном и клинико-рентгенологическом улучшении при лечении больных хроническим туберкулезом препаратами I ряда по сравнению с препаратами II ряда не наблюдали. Преимущество длительного лечения препаратами II ряда состоит в возможности достигать улучшения туберкулезного процесса при наличии резистентности микобактерий туберкулеза к препаратам I ряда.

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ I РЯДА НА ПОРАЖЕННУЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Л. А. РЕЙНВАЛЬД
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР;
Таллинский городской туберкулезный диспансер

Реакция сердечно-сосудистой системы на противотуберкулезные препараты привлекала внимание многих исследователей (А. А. Харьков, Н. Ф. Кислый, И. Т. Стукало и Ю. В. Кулачковский и др.). Однако до сих пор, воздействие названных препаратов исследовалось, преимущественно, у больных с нормальным исходным состоянием сердечно-сосудистой системы и, главным образом, у лиц молодого возраста.

Целью настоящей работы являлось выявить воздействие названных препаратов на уже ранее пораженную сердечно-сосудистую систему.

Мы обследовали 39 больных (2 женщины и 37 мужчин), в возрасте от 19 до 84 лет (в том числе 7 человек от 19 до 49 лет и 32 — от 50 до 84 лет). Основным заболеванием у 36 больных являлся туберкулез легких, у 3 — хроническая пневмония. У всех больных имелись либо различные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, либо легочно-сердечная недостаточность как осложнение основного заболевания. У 6 человек это было гипертоническая болезнь II степени, у 6 — атеросклеротический кардиосклероз, 6 больных в прошлом перенесли инфаркт миокарда, у 5 была декомпенсированная сердечно-сосудистая недостаточность по левожелудочковому типу и у 13 больных — легочно-сердечная недостаточность II степени (в том числе у 10 — в результате хронического туберкулеза легких и у 3 — в результате хронической пневмонии), миокардиопатия неизвестной этиологии была у 3 человек.

Больных обследовали, главным образом, в условиях определения основного обмена до и через 1—1,5 часа после введения одного из основных противотуберкулезных препаратов. Время повторного обследования соответствовало максимальной

концентрации этих препаратов в крови (О. О. Макеева, Р. О. Драбкина, М. А. Амиантова и соавторы). Исследовали всех больных по 3 раза — отдельно определяли влияние каждого препарата (1,0 г стрептомицина, 0,9 г тубазида или 2,0 г фтивазида, 12,0 г ПАСК). Дозы соответствовали максимальным суточным дозам, которые в настоящее время принято давать за один раз.

По ходу исследования определяли частоту пульса и артериальное давление, регистрировали осциллограммы, электро- (ЭКГ) и баллисто-кардиограммы (БКГ).

Как выявилось в процессе исследования, стрептомицин вызывал головокружение у 2 больных, приступ тахикардии — у 1 и боль в области сердца — у 1 больного. У одного больного фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, после приема тубазида резко снизилось кровяное давление. Прием ПАСК был как бы толчком к появлению приступа стенокардии у одного больного сердечно-сосудистой недостаточностью, у другого возникло расстройство желудочно-кишечного тракта. Все эти явления были кратковременные и прошли сами собой.

Исследования показали, что по средним арифметическим ритм сердца замедлялся незначительно, хотя от стрептомицина замедление ритма наблюдалось у 16, от ГИНК — у 17 и от ПАСК — у 14 больных. Учащение пульса наблюдалось значительно реже, соответственно у 3, 3 и 4 из 39 больных, подвергнутых исследованию.

Со стороны артериального давления чаще отмечалось понижение (больше снижалось систолическое давление). От стрептомицина систолическое давление снизилось у 6 из 10 больных хроническим туберкулезом с легочно-сердечной недостаточностью и у 4 из 6 больных гипертонической болезнью. После приема ГИНК в этих же группах, наоборот, наблюдалось повышение как систолического, так и диастолического давления (у 5 и 3 больных соответственно).

Как показывает анализ осциллограмм, зависимости ответных реакций от вида поражения сердца и сосудов не наблюдалось. Среди 39 больных понижение осциллометрического индекса было зарегистрировано у 17 больных после инъекции стрептомицина, у 6 — после приема ГИНК и у 10 — от ПАСК. Повышение осциллометрического индекса наблюдалось соответственно у 9, у 14 и у 10 больных. Таким образом, сосудистый тонус чаще всего повышался от введения стрептомицина и понижался от препаратов ГИНК.

По данным БКГ, проведенной синхронно с ЭКГ, выявилось

некоторое ухудшение сократительной функции миокарда. Там отмечалось увеличение степеней баллистокардиографических изменений (по Броуну). Заметно снизилась высота отрезка IJ (отражает силу систолического выброса крови). Особенно заметно было снижение отрезка IJ у больных хроническим туберкулезом и легочно-сердечной недостаточностью — после всех трех препаратов, у больных, перенесших инфаркт миокарда — после введения стрептомицина и у больных гипертонической болезнью — после стрептомицина и после ГИНК.

Особенно после введения стрептомицина и ГИНК наблюдались зазубренность разных волн и повышение диастолических волн. Названные изменения были больше выражены у больных легочно-сердечной недостаточностью, являющейся осложнением хронического туберкулеза. У последних в отличие от других групп, отмечалось также увеличение дыхательного коэффициента.

У больных атеросклеротическим кардиосклерозом можно было отметить удлинение отрезков H-K, H-I, I-J после стрептомицина и после ГИНК. Наоборот, у больных декомпенсированной сердечно-сусудистой недостаточностью после введения стрептомицина те же отрезки оказались укороченными.

По данным ЭКГ стрептомицин и ГИНК чаще всего вызывали нарушения возбудимости в виде желудочковой экстрасистолии. Под воздействием стрептомицина у больных гипертонической болезнью было отмечено понижение отрезка S-T. Такие же изменения, но только после приема ГИНК, были у больных хроническим туберкулезом, осложнившимся легочно-сердечной недостаточностью. У некоторых больных атеросклеротическим кардиосклерозом после приема ПАСК отрезок S-T имел тенденцию к повышению.

Векторный анализ ЭКГ показал, что после введения стрептомицина вектор QRS отклонялся влево у больных гипертонической болезнью, атеросклеротическим кардиосклерозом и перенесших инфаркт миокарда. У двух последних групп наблюдалось это и после приема ГИНК, с одновременным отклонением влево и вектора T. У больных хроническим туберкулезом с легочно-сердечной недостаточностью после приема ГИНК отмечалось отклонение векторов QRS и T в противоположное направление — вправо. У этих же больных мы отмечали увеличение собственного отклонения — т. е. удлинение времени активации желудочков только после ГИНК и лишь в отведении V_1, у 6 из 10 больных.

Что касается снижения главных зубцов ЭКГ, то и здесь

наблюдавшиеся изменения не имели одинакового направления. После введения стрептомицина у больных гипертонической болезнью зубец T_3, у больных декомпенсированной сердечно-сосудистой недостаточностью и у перенесших инфаркт миокарда зубцы T_1 и T_2 снизились на фоне небольшого повышения других зубцов. У больных атеросклерозом и хронической пневмонией повысились зубцы Р и Т.

По полученным данным можно заключить, что реактивные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, наступающие после приема антибактериальных препаратов, главным образом, зависит от исходного состояния сердца и сосудов. Кроме того, по-видимому, определенное значение имеет и количество антибактериальных препаратов, принятых в прошлом. Не было замечено почти никаких отрицательных влияний химиопрепаратов на сердечно-сосудистую систему больных хронической пневмонией, несмотря на сопутствующее поражение правого отдела сердца. У больных хроническим туберкулезом с легочно-сердечной недостаточностью влияние препаратов ГИНК на сердечно-сосудистую систему было выражено отчетливо. Следует отметить, что эти больные в прошлом получили большое количество этого препарата: от 640,0 до 1480,0 г в среднем. Что касается остальных больных, у которых имелось более ярко выраженное поражение левого отдела сердца, то у них реакция на введение максимальных доз антибактериальных препаратов была неодинаковая. Здесь мы наблюдали изменения артериального давления и снижение зубца Т и отрезка S-T в ЭКГ, только у больных гипертонической болезнью и лишь после введения стрептомицина. При декомпенсированной сердечно-сосудистой недостаточности наблюдалось снижение зубцов T_1 и T_2 в ЭКГ. При атеросклеротически измененном сердце, сохраняющем компенсированные способности, таких сдвигов не наблюдалось.

Результаты исследований показывают, что введение антибактериальных препаратов вызывает разные реактивные изменения, зависящие от вида предварительного поражения сердечно-сосудистой системы. Это заставляет фтизиатров более точно определить состояние сердечно-сосудистой системы у больного туберкулезом во время проведения антибактериальной терапии

ИЗУЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ ПЕНТОЗО-ФОСФАТНОГО ЦИКЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ И ВНОВЬ ВЫЯВЛЕННЫХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Э. А. РАУКАС
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Известно, что кроме анаэробного и аэробного гликолиза в углеводном обмене, имеется еще третий важный путь превращения глюкозы, так называемый пентозофосфатный или прямое окисление углеводов. Пентозный цикл начинается окислением глюкозо-6-фосфата, где глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФД) и 6-фосфоглюконатдегидрогеназа (6-ФД) являются ферментами, осуществляющими начальные реакции окисления глюкозы.

Установлено, что туберкулезная интоксикация, а также антибактериальная терапия могут вызывать заметные сдвиги во многих ферментативных процессах.

Принимая во внимание большое значение углеводного обмена для нормальной жизнедеятельности организма и возможное его нарушение в патологии, мы изучали прямой путь окисления глюкозы у больных туберкулезом легких и действие длительной антибактериальной терапии на него.

С этой целью нами была обследована активность Г-6-ФД и 6-ФД эритроцитов в сыворотке крови у 37 больных различными хроническими и вновь выявленными формами туберкулеза легких (26 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 19 до 65 лет. Среди обследованных 10 больных имели хронические формы туберкулеза и 27 — вновь выявленный туберкулез легких. У большинства обследованных степень интоксикации была небольшой, только у больных с деструктивными формами туберкулеза и более длительным анамнезом выявили довольно выраженные явления интоксикации.

Для изучения действия антибактериальных препаратов на активность дегидрогеназ, обследовали 15 больных, лечившихся в течение 3 месяцев двумя или тремя антибактериальными препаратами первого и второго ряда.

Таблица

Изменение активности дегидрогеназ сыворотки крови и эритроцитов у больных туберкулезом легких

Группы обследованных	Кол-во обследованных	Эритроциты мкМ на 1 мг белка								Сыворотка крови мкМ на 1 г белка							
		Г-6-ФД				6-ФД				Г-6-ФД				6-ФД			
		средняя величина M±m	выше нормы	норма	ниже нормы	средняя величина M±m	выше нормы	норма	ниже нормы	средняя величина M±m	выше нормы	норма	ниже нормы	средняя величина M±m	выше нормы	норма	ниже нормы
Здоровые	25	0,11±0,004				0,08±0,004				0,66±0,07				0,56±0,10			
		(0,08—0,19)				(0,04—0,12)				(0,23—1,10)				(0,00—1,59)			
Больные	37	0,12±0,005	1	36	—	0,09±0,004	4	32	1	0,42±0,05	—	23*	9*	0,58±0,11	2*	30*	—
			2,7%	97,3%			10,8%	86,5%	2,7%		—	71,9%	28,1%		6,3%	93,7%	—
Статистическая достоверность		p>0,1				p>0,1				p<0,01				p>0,1			

* Активность ферментов изучали в сыворотке крови у 32 больных.

В качестве контроля исследовали активность Г-6-ФД и 6-ФД сыворотки крови и эритроцитов у 25 здоровых лиц (доноров). Активность ферментов определяли на спектрофотометре СФ-4 при 340 нм по нарастанию восстановленного НАДФ за 60 минут при 25°С (Bishop, Kerppola).

Полученные данные представлены в таблице, из которой видно, что активность Г-6-ФД и 6-ФД эритроцитов обследованных больных и здоровых лиц достоверно не отличается ($p>0,1$). В то же время в сыворотке крови отмечено выраженное понижение активности Г-6-ФД (разница статистически достоверна, $p<0,01$). Активность 6-ФД осталась в пределах нормы.

Подробный анализ полученных данных показал, что почти у $^1/_3$ обследованных больных активность Г-6-ФД в сыворотке крови была понижена. В то же время повышенную активность фермента не выявили ни в одном случае.

При рассмотрении действия длительной противотуберкулезной терапии (3 месяца) на активность ферментов, установлено, что введение антибактериальных препаратов вызывало выраженное понижение активности обеих дегидрогеназ в сыворотке крови. Средняя величина активности Г-6-ФД и 6-ФД после лечения равнялась $0,22\pm0,07$ ($p<0,05$) и $0,16\pm0,05$ ($p<0,01$) мкМ на 1 г белка соответственно. Активность изучаемых ферментов в эритроцитах осталась в пределах нормы — $0,14\pm0,004$ ($p>0,1$) и $0,10\pm0,005$ ($p>0,1$) мкМ на 1 мг белка соответственно.

После трехмесячного применения препаратов наблюдали хороший клинический эффект (исчезли симптомы интоксикации, клиническая картина крови нормализовалась, туберкулезные очаги частично или полностью рассасывались и т. д.); однако ферментативная активность окисления глюкозы осталась пониженной.

Таким образом, наши данные позволяют сделать вывод, что как туберкулезная интоксикация, так и противотуберкулезные препараты понижают активность ключевых ферментов пентозофосфатного цикла в сыворотке крови. Понижение активности дегидрогеназ сыворотки крови у больных туберкулезом связано, по-видимому, с общим нарушением обмена веществ при туберкулезной интоксикации.

Понижение активности ферментов под влиянием антибактериальной терапии, предположительно связано с токсико-аллергическим действием противотуберкулезных препаратов на проницаемость клеточных мембран или фазовым действием туберкулезного процесса под влиянием репаративных реакций на активность ферментов пентозофосфатного цикла.

СВЯЗЫВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ БЕЛКАМИ СЫВОРОТКИ КРОВИ И ВЛИЯНИЕ ЭТОГО ПРОЦЕССА НА ИХ АКТИВНОСТЬ В ОРГАНИЗМЕ

Р. Ю. ТАЛИМАА
Научно-исследовательский институт туберкулеза Литовской ССР

Опыт химиотерапии туберкулеза убеждает нас в том, что наряду с микробиологической характеристикой препаратов важно знать и некоторые особенности их действия в биологической среде макроорганизма. Особое внимание следует обратить на различные фармакологические и фармакодинамические свойства противотуберкулезных препаратов, такие как химическое строение, величина и растворимость молекулы, неоднородность уровня в крови и очагах поражения и т. д.

Нельзя сказать, что эти вопросы остались вне поля зрения фтизиатров. Проведено немало исследований по определению концентрации противотуберкулезных антибактериальных препаратов в крови и в различных органах. Тем не менее, при изучении и анализе распределения препаратов в организме мало обращают внимания на взаимодействие их с белками сыворотки крови. Ведь известно, что при поступлении в кровь больного лекарства в той или иной степени связываются белками плазмы, образуя комплекс препарат-белок, возможность диффузии которого через стенку кровеносного капилляра значительно отличается от диффузии свободного, не связанного препарата.

Из этого также следует, что успех воздействия антибактериального препарата зависит не только от концентрации в крови, но также от диффузии в органы и ткани. В связи с этим большое значение приобретает изучение диффузных свойств противотуберкулезных препаратов, т. е. выяснение вопроса о том, как они распределяются при поступлении в организм, как проникают в отдельные органы и ткани. Часто с плохим диффузным свойством противотуберкулезных препаратов связано также и отсутствие влияния на хронически протекающий процесс в легких, где всегда в той или иной мере страдает капиллярная сеть. В результате этого возникающие поражения с недостаточной

васкуляризацией создают значительные препятствия для проникновения химиотерапевтических средств и тем более для тех из них, которые сами по себе обладают слабым диффузным свойством.

Большинство исследователей отмечает высокую диффузную способность тубазида и других производных изоникотиновой кислоты. Нас интересовал вопрос, можно ли это объяснить отсутствием комплексообразования препарата с белками сыворотки.

Для разрешения предположений нам пришлось прибегнуть к методу равновесного диализа. В опытах in vitro были использованы целлофановые мешочки. Свободная часть препарата могла проникать через мембрану в окружающий раствор, в то время как образовавшиеся при соединении препарата с белком более крупные частицы должны были оставаться внутри мешочка. Известно, что целлофановая мембрана пропускает в диализат только вещества, молекулярный вес которых не превышает 7000—10000. Исследования проводились нами с использованием бычьей сыворотки, вносившейся внутрь мешочков, куда также добавлялось определенное количество препарата.

Одновременно в каждом опыте контролировалась проницаемость препарата через мембрану при отсутствии сыворотки.

Опыты показали, что тубазид связывается белками сыворотки в пределах 0—6% от общего количества препарата в сыворотке. Эта величина нуждается в дальнейшем уточнении на человеческой сыворотке, так как содержание отдельных белковых фракций имеет видовые различия. Небольшое связывание препарата с белками сыворотки не отражается существенно на концентрации свободной фракции крови при достаточном уровне препарата в крови. Однако при уменьшении концентрации тубазида в крови (от инактивации и т. д.) связывание лекарства может быть дополнительным фактором снижения уровня его ниже терапевтической.

К ВОПРОСУ О ПОБОЧНЫХ ЯВЛЕНИЯХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

А. Я. ЯАТМА и Я. Я. КАРУСОО
Таллинский городской туберкулезный диспансер;
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

При антибактериальной терапии нередко наблюдаются побочные явления разного, преимущественно токсико-аллергического характера.

Нас заинтересовал вопрос о частоте и характере побочных явлений антибактериальной терапии, а также их профилактике и лечении. С этой целью мы обследовали 296 больных туберкулезом (192 мужчины и 104 женщины), находившихся на лечении в стационаре Таллинского гордского туберкулезного диспансера. Возраст обследованных больных — от 18 до 62 лет. Распределение по клиническим диагнозам следующее: очаговый туберкулез легких — 105 человек, инфильтративно-пневмонический — 130, гематогенно-диссеминированный — 40, фиброзно-кавернозный туберкулез легких — 3, прочие формы легочного туберкулеза — 6, внелегочный туберкулез (туберкулез лимфатических узлов, мочеполовых органов и туберкулезный мезаденит) — 12 человек. Среди всех обследованных 115 больных выделяли микобактерии туберкулеза. Продолжительность наблюдения колебалась от 3 до 7 месяцев. Лечили всех двумя или тремя противотуберкулезными препаратами (стрептомицин, препараты ГИНК и ПАСК) в общепринятых суточных дозах.

Выяснилось, что повышение числа эозинофилов в гемограмме (на 8% или выше) имелось у 139 (47%) из 296 больных: у 94 процент эозинофилов колебался от 8 до 15, у 45 эозинофилия превышала 15%, причем в некоторых случаях она была весьма высокой — около 40%. Повышение количества эозинифилов наблюдалось преимущественно в первый месяц лечения, чаще всего при тройном сочетании препаратов. При этом повышение числа эозинофилов чаще всего было связано с применением стрептомицина.

Побочные явления антибактериальной терапии туберкулеза

отмечались у 87 (29%) больных из 296. Характер этих явлений был следующий: кожные явления типа аллергической сыпи наблюдались у 20 (6,8%) больных, диспептические явления — у 32 (11%), невротоксические реакции (парестезии, головокружение, головные боли, изменения психики, нарушение равновесия, ослабление слуха) у 21 (7,1%) и прочие — у 14 (4,7%) больных. К последним были отнесены боли в области сердца, сердцебиение, пеллагроидный синдром, временные повышения температуры, сухой плеврит и летучие инфильтраты в легких. Побочные явления сопровождались повышенным количеством эозинофилов у 34 (11%) больных, нормальное же количество эозинофилов отмечено у 53 (18%). У 95 (32%) больных гипер-эозинофилия протекала без других побочных явлений, у некоторых из них эозинофилия в гемограмме превышала 40%. При этом следует отметить, что при разных видах побочных явлений (кожная сыпь, диспептические явления и др.) отмечалось повышение числа эозинофилов почти в равном количестве. Из этого вытекает, что при побочных явлениях антибактериальной терапии туберкулеза число эозинофильных лейкоцитов не может служить признаком аллергической природы.

Побочные явления преимущественно легкого характера не всегда требуют лечения — они могут исчезать и спонтанно. Это относится в первую очередь к повышению числа эозинофилов без других явлений. Лечение побочных явлений антибактериальной терапии туберкулеза ведется по принципу общеукрепляющего и противоаллергического — успешно применяется хлористый кальций, димедрол, пипольфен, а также симптоматические средства.

В последнее время в лечении побочных явлений особое внимание обращают на применение кортикостероидов. Мы назначали преднизолон 53 из 182 больных с побочными явлениями различного характера (в том числе с повышением количества эозинофилов в крови).

При этом следует отметить, что преднизолон был показан как из-за побочных явлений, так и нередко из-за туберкулезного процесса. У 23 больных из 53 действие преднизолона на побочные явления оказалось малоэффективным или неэффективным и лечение тем или другим антибактериальным препаратом отменили. Из 129 больных, не получавших преднизолон, отменили лечение одним или несколькими препаратами у 34. Преднизолон оказался более эффективным при аллергических и токсических явлениях (хотя в некоторых случаях после окончания курса лечения преднизолоном, снова появлялись аллергические явле-

ния), а менее эффективным при диспептических явлениях (при применении ПАСК). Следует отметить, что абсолютной непереносимости антибактериальных препаратов мы не наблюдали. При непереносимости к одному препарату продолжали лечение другими. Нередко наблюдали улучшение переносимости после перерыва, после чего продолжали лечение малыми дозами. Необходимо подчеркнуть значение витаминотерапии как в профилактике, так и в лечении побочных явлений. Благоприятные результаты были достигнуты при применении витаминов А, B_1, B_6, B_{12}, D-комплекса, С и рутина.

В заключение можно сказать, что побочные явления, наблюдаемые относительно часто при антибактериальной терапии туберкулеза редко являются причиной отмены всех антибактериальных препаратов. Общеукрепляющее, в том числе и витаминотерапия, а также антиаллергическое лечение снижают частоту и тяжесть побочных явлений.

ГРИБКИ РОДА КАНДИДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

И. Л. БУГАКОВ, И. А. КРАЙНЯЯ и Э. Л. ЛЕВИНА
Таллинский городской туберкулезный диспансер

Дрожжеподобные грибки рода кандида широко распространены в природе, однако наиболее постоянным местом их обитания является человек. Многие авторы отмечают, что под действием антибиотиков дрожжеподобные микроорганизмы, в том числе грибки рода кандида переходят из сапрофитного состояния в паразитарное (А. П. Базыкова, С. С. Арутюнова, Янке, Мейер, Рок, Ланге и др.). Имеются экспериментальные данные, подтверждающие усиление инфекции кандида под влиянием хлортетрациклина (Зелигман, Склафер). Обнаружена зависимость аллергических явлений от наличия грибков рода кандида в 5,7%.

По данным бактериологической лаборатории Таллинского городского туберкулезного диспансера за 1965—1966 гг. было сделано 1077 анализов мокроты на парафлору и грибки, из них в 547 были обнаружены грибки рода кандида, т. е. в 50%. Исследования на грибки рода кандида производились по оригинальному методу (Э. Л. Левина). Многократно было выявлено наличие нитей, состоящих из отдельных удлиненных члеников (ложный мицелий), свидетельствующих по мнению многих авторов (П. Н. Кашкин, А. М. Ариевич и другие) о переходе дрожжеподобных грибков в паразитарное состояние, и о появлении у них патогенных свойств. За 1967 г. было сделано 864 анализа мокроты, из них грибки рода кандида были обнаружены в 342 анализах (39%). Снижение на 11% обнаруженных грибков в 1967 г. по сравнению с 1965—1966 гг. можно объяснить тем, что в показанных случаях больным был назначен нистатин в больших дозах.

Нас интересовал вопрос обнаружения грибков рода кандида у больных туберкулезом легких в зависимости от приема ими туберкулостатических препаратов, от резистентности микобактерий и парафлоры, от формы и фазы туберкулезного процесса и дру-

гих причин. Для того, чтобы получить ответ на указанные выше вопросы — мы изучили 126 историй болезни больных туберкулезом легких, лечившихся длительное время и последовательно в стационаре и амбулаторно. Мужчин было 83, женщин 43. Из 126 человек грибки рода кандида были обнаружены у 71. Длительность заболевания туберкулезом легких и возраст больных на нашем материале существенной роли не играли. Однако создается впечатление, что у лиц старше 60 лет грибки обнаруживаются в мокроте чаще (табл. 1 и 2). Мы не могли отметить закономерной зависимости обнаружения грибков рода кандида от длительности и количества приема больными тех или иных туберкулостатических препаратов. Однако небезынтересно отметить, что у лиц, не получавших туберкулостатических препаратов, количество положительных анализов на грибки было в два раза больше, нежели количество отрицательных. Таким образом, не без основания Сатмари рекомендует при кандидозе легких, кроме специфических противогрибковых средств назначать стрептомицин, фтивазид, ПАСК и витамины.

Влияние антибиотиков широкого спектра действия на выделение грибков кандида было прослежено нами косвенно: сопоставлением выделения устойчивого к пенициллину стафилококка с выделением грибков. Попутно нас интересовал вопрос существования корреляции между патогенностью стафилококков и выделением грибков. Из 126 больных у 57 был выделен стафилококк с разными свойствами. Устойчивый к пенициллину стафилококк выделен из мокроты 19 больных, выделявших грибки и у 16 больных, в мокроте которых грибки не обнаружены. Чувствительный к пенициллину стафилококк был соответственно у 7 и 15 больных. Патогенный (плазмокоагулирующий) стафилококк выделили 7 человек, в мокроте которых грибки обнаруживались, и 5 человек, не выделявших грибки. Непатогенные стафилококки обнаружены соответственно у 7 и 13 человек. Таким образом, больные выделяли устойчивые к пенициллину и патогенные стафилококки одновременно с грибками кандида несколько чаще, чем в половине случаев; чувствительные к пенициллину и непатогенные стафилококки одновременно с грибками кандида выделялись в два раза реже.

Наш небольшой материал свидетельствует о существовании корреляции между выделением патогенных и устойчивых к пенициллину стафилококков и выделением грибков кандида у больных туберкулезом, как показывают и наши предыдущие данные (Э. Л. Левина).

Из 126 больных — 25 болели очаговой формой туберкулеза

Таблица 1

Зависимость обнаружения грибков рода кандида от возраста

Возраст в годах	Всего человек	Из них грибки	
		обнаружены	не обнаружены
до 20	2	1	1
20—29	12	6	6
30—39	19	10	9
40—49	23	11	12
50—59	36	20	16
60—69	23 } 34	15 } 23	8 } 11
70 и старше	11 }	8 }	3 }
	126	71	55

Таблица 2

Зависимость обнаружения грибков рода кандида от длительности заболевания

Длительность заболевания	Всего человек	Из них грибки	
		обнаружены	не обнаружены
до 2 лет	11	8	3
от 2 до 5	39	21	18
от 5 до 10	20	14	6
от 10 и более	56	28	28

легких, 30 — инфильтративно-пневмонической, 25 — гематогенно-диссеминированной, 38 — фиброзно-кавернозной и 8 — прочими формами туберкулеза легких. Существенной разницы между формой туберкулеза легких и обнаружением грибков не отмечено, однако создается впечатление, что при гематогенно-диссеминированной форме грибки обнаруживаются чаще, чем при других формах туберкулеза легких (соответственно 17 и 8). Наши предположения, что грибки чаще высеваются при фиброзно-кавернозной форме туберкулеза легких, не подтвердились. Фаза распада также существенной роли в выявлении грибков не имела (из 47 больных, имевших ту или иную форму туберкулеза легких в фазе распада, у 24 были обнаружены грибки, а у 23 — их не оказалось). А. Боголепов и Б. Глуховцев отмечали сочетание грибков рода кандида с микобактериями туберкулеза. На нашем материале из 79 бациллярных больных грибки были обнаружены у 46 и не выявлены у 33. Эта разница статистически не достоверна. Точно также не отмечается существенной раз-

ницы в обнаружении грибков в зависимости от резистентности микобактерий к препаратам I и II ряда. Следует отметить, что там, где грибки были обнаружены, — почти в 60% (в 42 анализах из 71) они имели элементы, свидетельствовавшие о переходе их из сапрофитного состояния в паразитарное, причем чаще у больных с инфильтративно-пневмонической и гематогенно-диссеминированной формами туберкулеза легких.

За 1965—67 гг. было произведено 57 вскрытий умерших от туберкулеза легких в стационаре нашего диспансера (Л. Э. Яннус). Из них в 8 случаях в разных органах были обнаружены изменения, соответствующие кандидамикозу (три — в легких, пять — в почках, печени, селезенке, кишечнике и один кандидасепсис). Из 8 умерших, у которых были обнаружены вышеуказанные изменения, мокрота на грибки была исследована у трех человек с положительным результатом анализов. Все восемь человек, кроме основного лечения туберкулостатическими препаратами, получали в значительном количестве пенициллин и тетрациклин.

На основании изложенного, можно сделать следующее заключение. Прием туберкулостатических препаратов больными туберкулезом легких в большом количестве и длительное время не способствовал более частому обнаружению у них в мокроте грибков рода кандида, а также не способствовал возникновению клинических проявлений кандидамикозов.

Корреляция между выделением грибков рода кандида и выделением устойчивых к пенициллину стафилококков в мокроте больных туберкулезом легких, и отсутствие корреляции между выделением грибков рода кандида и чувствительных к пенициллину стафилококков, отмеченные на нашем материале служат, по-видимому, косвенным подтверждением определенной роли пенициллина в формировании кандиданосительства у больных туберкулезом легких.

При обнаружении в мокроте больных туберкулезом легких грибков рода кандида, имеющих элементы перехода их из сапрофитного состояния в паразитарное и появлении у них патогенных свойств, по-видимому, целесообразно назначение противогрибковых препаратов (нистатин, леворин и др.), не прекращая лечения больного туберкулостатическими препаратами.

РОЛЬ ФТИЗИОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. К. КАМА и У. В. КРЭЭГИМЯЭ
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

Несмотря на достижения в области лечения туберкулезных больных антибактериальными препаратами, до сих пор не разрешен вопрос о лечении больных с хроническими формами туберкулеза легких.

В то время, когда значительно снижается заболеваемость туберкулезом и общее количество больных туберкулезом, отмечается только некоторое уменьшение общего числа больных с хроническими формами туберкулеза легких.

Из общего количества больных туберкулезом легких фиброзно-кавернозный туберкулез в 1960 г. отмечался в 15,2% случаев, в 1965 г. — в 15,4% и в 1967 г. — в 14,6%.

Опыт отечественных и зарубежных авторов свидетельствует о высокой эффективности методов резекции легких, а также о большой роли коллапсохирургических методов в излечении больных с кавернозными формами легочного туберкулеза (Л. К. Богуш, Т. Н. Хрущева, В. Д. Ямпольская, А. С. Мамолат и Г. И. Розенберг, Rink, Schmidt).

Фтизиохирургическое лечение в ЭССР доступно всем больным туберкулезом легких. Работают два фтизиохирургических отделения, которые оснащены необходимым оборудованием и укомплектованы высококвалифицированными кадрами — одно в Тарту на 60 коек и одно в Таллине на 85 коек. Число фтизиохирургических операций в ЭССР за последнее время снижается из года в год (см. таблицу).

Так как за последнее время метод пневмоторакса не применяется, то нет необходимости в торакоскопии и каустике. Все меньше применяются коллапсохирургические методы. Так, например, за последние годы экстраплевральный пневмолиз не проводился. Торакопластика как самостоятельный метод лечения легочного туберкулеза применена в единичных случаях. По-

Таблица

Число хирургических вмешательств в туберкулезных учреждениях Эстонской ССР

Год \ Вид операции	Торакоскопия и каустика	Экстраплевральный пневмолиз	Торакопластика	Кавернотомия	Резекция легких	Плевротомия	Прочие*	Всего
1951	424	12	6	6	—	—	178	626
1952	512	29	38	17	—	—	160	756
1953	605	18	83	26	—	—	121	853
1954	717	46	77	32	—	—	93	965
1955	912	82	131	46	2	—	91	1274
1956	928	139	161	44	45	—	53	1370
1957	577	128	94	68	13	—	71	951
1958	317	121	48	40	3	—	84	613
1959	420	106	100	78	26	2	46	777
1960	243	57	35	53	26	—	53	467
1961	129	14	50	24	72	2	101	392
1962	88	7	42	22	78	3	70	310
1963	67	1	50	4	139	2	55	318
1964	45	2	41	3	166	2	48	307
1965	17	—	46	11	167	7	47	295
1966	—	—	49	—	121	—	73	243
1967	—	—	19	5	131	—	58	213

* В графу «прочие» включены операции на диафрагмальном нерве, торакотомия и др.

следний метод применяется в большинстве случаев в качестве дополнительной операции при ликвидации остаточных полостей после резекции легкого.

Кавернотомия, которая широко применялась в ЭССР в 1955—1959 гг., за последние годы проводилась редко. В это же время значительно увеличилась частота резекций легких: в 1960 г. — у 5,5% оперированных больных (26 резекций), в 1965 г. — у 70,2% (167 резекций) и в 1967 г. — у 61,5% (131 резекция) больных, оперированных по поводу туберкулеза легких.

По данным литературы (А. Г. Сафонов), во фтизиохирургическом лечении нуждаются около 4—5% общего числа больных, состоящих на учете, и 10—18% больных с хроническими формами легочного туберкулеза.

Из данных анализа фтизиохирургической активности в республике за последние годы можно заключить, что не все боль-

ные, имеющие показания к хирургическому вмешательству, подвергнуты этому виду лечения.

По данным анкет Республиканского противотуберкулезного диспансера и в ходе контроля и консультации контингентов, находящихся на учете в городских и районных туберкулезных диспансерах, выявлено много больных туберкулезом, которые имеют показания к хирургическому вмешательству, но отказываются от оперативного лечения.

В то же время следует учитывать то обстоятельство, что большинство хронических больных являются лицами старшего возраста и их удельный вес в количестве хронических заболеваний увеличивается из года в год. Кроме того, у больных старшего возраста отмечаются сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, легочно-сердечная недостаточность и др., которые затрудняют хирургическое лечение.

Анализируя результаты фтизиохирургии в лечении кавернозных форм легочного туберкулеза, можно их считать вполне удовлетворительными. Так как о результатах лечения туберкулеза можно объективно судить только по отдаленным результатам после длительного наблюдения за больными, то мы обследовали отдаленные результаты фтизиохирургии у лиц, оперированных в хирургическом отделении Таллинского республиканского противотуберкулезного диспансера.

Обследовали 313 больных, находившихся под наблюдением в течение 5—13 лет, у которых в 1951—1959 гг. был проведен по поводу кавернозного легочного туберкулеза экстраплевральный пневмолиз с последующим экстраплевральным пневмотораксом или олеотораксом. Клиническое выздоровление было зарегистрировано у 77,6% и улучшение — у 10,2% больных. Стойкость результатов лечения характеризуется относительно небольшим количеством рецидивов после окончания экстраплеврального коллапсного лечения (4,3%) (Э. К. Кама).

Отдаленные результаты через 2—7 лет после торакопластики обследовались у 77 больных. Стойкие результаты лечения были зарегистрированы в 72% случаях.

Ю. А. Эннуло обследовал в течение 6—11 лет отдаленные результаты после кавернотомии у кавернозных больных. При двухсторонних процессах легочного туберкулеза хорошие результаты были получены в 54% случаях. Следует также учитывать, что кавернотомия была применена для лечения запущенных далекозашедших процессов.

Нами обследованы отдаленные результаты резекции легких

у 115 больных. Стойкий клинический эффект был зарегистрирован у 90,9% больных.

При лечении туберкулезной эмпиемы по методу плеврэктомии хорошие результаты были получены в 94,1% случаях (У. В. Крээгимяэ).

Результаты фтизиохирургического лечения зависят от антибактериального лечения. В условиях современного комплексного лечения возможно значительно улучшить результаты хирургического лечения по сравнению с результатами, полученными 10 лет тому назад.

Фтизиохирургическое лечение, в том числе кавернотомия и коллапсохирургические методы, дает значительный эффект при лечении больных с кавернозными формами туберкулеза и поэтому его нужно шире применять для лечения больных двухсторонними туберкулезными процессами.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С УСТОЙЧИВЫМИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМИ ШТАММАМИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

У. В. КРЭЭГИМЯЭ
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

Снижение эффективности антибактериальной терапии больных туберкулезом легких при наличии лекарственно-устойчивых микобактерий туберкулеза (МТ) в настоящее время общепризнано. Многие авторы (А. Джунусбеков, Bernard и Israel, Oudet с соавторами и др.) считают наилучшей тактикой врача при развитии лекарственной устойчивости оперативное вмешательство.

Мы проанализировали и сравнили отдаленные результаты резекции легкого при чувствительных и устойчивых штаммах МТ в мокроте или в резецированном участке легкого у 140 больных (мужчин 96, женщин 44), оперированных в период 1963—1966 гг.

По возрасту больные распределялись: до 20 лет — 7, от 21 до 30 лет — 45, от 31 до 40 лет — 65, от 41 до 50 лет — 18 и свыше 50 лет — 5 больных.

Устойчивыми считали штаммы МТ, которые давали рост при концентрациях: стрептомицина — 5 мкг/мл и выше; тубазида — 0,5 мкг/мл и выше; ПАСК — 5 мкг/мл и выше.

Общее количество больных — 140, из них с чувствительными штаммами МТ — 40 (28,6%), с устойчивыми — 100 (71,4%) больных.

По давности выявления заболевания больные распределялись: до одного года — 7, от 1 до 2 лет — 46, от 3 до 5 лет — 23, от 6 до 10 лет — 34, более 10 лет — 30 больных.

Из оперированных больных самую большую группу составляют больные с инфильтративно-пневмоническим туберкулезом легких в фазе распада — 57 (40.7%) и с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких — 42 (30%) (табл. 1).

Односторонним процессом страдали 73 больных (из них пра-

Таблица 1

Распределение больных с лекарственночувствительными и устойчивыми МТ по клиническим формам туберкулеза легких

Форма туберкулеза легких	Число больных с лекарственно-чувствительными МТ	Число больных с лекарственно-устойчивыми МТ	Всего
Очаговая в фазе распада	3	8	11
Инфильтративно-пневмоническая в фазе распада	17	40	57
Гематогенно-диссеминированная в фазе распада	4	11	15
Туберкулома	5	6	11
Кавернозная	1	3	4
Фиброзно-кавернозная	10	32	42
Итого	40	100	140

восторонним — 41, левосторонним — 32) и двусторонним — 67 больных.

В мокроте найдены МТ, устойчивые к 3 препаратам в 10, к 2 препаратам — в 32 и к 1 препарату — в 28 случаях, в резецированном участке легкого соответственно — в 5, 35, 24 случаях. Устойчивость МТ в мокроте встречалась к стрептомицину — у 51, к тубазиду — у 60 и к ПАСК — у 10 больных, в операционном материале к стрептомицину — у 16, к тубазиду — у 27 и к ПАСК — у 3 больных.

Как в мокроте, так и в резецированном участке легкого наиболее часто наблюдается устойчивость МТ одновременно к двум препаратам (табл. 2).

В дооперационном периоде все больные лечились антибактериальными препаратами продолжительное время. Проведенный анализ показал, что в обеих группах исследованных объем оперативного вмешательства примерно одинаков (табл. 3).

Верхняя селективная торакопластика была применена после различных видов резекции у 19 больных, из них для ликвидации остаточной полости — у 12, из-за очаговых изменений — у 7 больных (у 3 больных было обострение туберкулезного процесса).

Пневмоперитонеум наложен у 10 больных по показанию очаговых изменений в оставшемся легком.

Повторному хирургическому лечению подверглись 8 больных

Таблица 2

Устойчивость МТ к различным антибактериальным препаратам в мокроте и в резецированном участке легкого

Исследованный материал			Мокрота						
			Устойчивость МТ			МТ			Всего
			к трем препаратам	к двум препаратам	к одному препарату	чувствительные	обнаружены, устойчивость не определена	не обнаружены	
Резецированный участок легкого	Устойчивость МТ	к трем препаратам	1	1	1	—	1	1	5
		к двум препаратам	3	14	7	—	5	6	35
		к одному препарату	—	4	3	3	4	10	24
	МТ	чувствительные	—	—	2	—	—	—	2
		обнаружены, устойчивость не определена	1	1	3	—	—	—	5
		не обнаружены	5	12	12	--	—	—	29
		Всего:	10	32	28	3	10	17	100

туберкулезом легких, причем до резекции легкого у 3 больных был сделан экстраплевральный пневмолиз, у одного — торакопластика, у 4 больных — кавернотомия.

После операции все больные получали антибактериальное лечение в стационарных или санаторных условиях, соответственно данным устойчивости МТ.

После операции под нашим наблюдением находились в течение 2 лет — 13, 3 лет — 43, 4 лет — 50, 5 лет — 34 больных.

В табл. 4 приводятся данные о результатах хирургического лечения, которые мы оценили следующим образом: 1. Выздоровление, 2. Без перемены — (МТ в мокроте, рентгенологически в легких определяются очаговые тени или распад легочной ткани; в анализе крови повышение РОЭ, лейкоцитоз). 3. Ухудшение.

Из группы оперированных больных с устойчивыми штаммами МТ работают 80 человек, что составляет 84,2% (по Ustar 83,7%), 6 человек работают в облегченных условиях, не работают — 9.

Таблица 3

Вид резекции легкого и лекарственная чувствительность МТ

Вид операции	Операция		Больные, выделяющие МТ		
	справа	слева	чувствительные к антибактериальным препаратам	устойчивые к антибактериальным препаратам	всего
Плеврэктомия вместе с атипичной резекцией легкого	2	2	—	4	4
Пневмонэктомия	2	7	3	6	9
Билобэктомия	4	—	1	3	4
Лобэктомия верхняя	11	6	3	14	17
нижняя	2	—	—	2	2
Атипичная резекция в пределах 3 сегментов	—	4	2	2	4
Атипичная резекция в пределах 1—2 сегментов	47	53	31	69	100
Итого	68	72	40	100	140

Таблица 4

Отдаленные результаты резекции легкого больных с лекарственно-чувствительными или устойчивыми МТ

Результат резекции	Чувствительность МТ к антибактериальным препаратам до операции		Итого
	устойчивые	чувствительные	
Выздоровление	86	40	126
Без перемен	9	—	9
Ухудшение	3	—	3
Смерть	2	—	2
Всего:	100	40	140

Через 3 и 4 года после операции умерли 2 человека от прогрессирования туберкулезного процесса. Одна больная имела в мокроте и в резецированном участке легкого МТ устойчивые к стрептомицину, тубазиду и ПАСК, в мокроте другой МТ были с

той же устойчивостью; в резецированном же участке легкого второй больной МТ были устойчивы к стрептомицину и тубазиду.

После клинического выздоровления умерли еще 3 человека (двое покончили самоубийством и один умер от рака желудка).

В группе больных с устойчивыми МТ выздоровело 86%. Почти такие же данные имеет Е. К. Свешникова с соавторами (73,6%), А. Джунусбеков (79,0%). Из общего количества обследованных нами больных выздоровело 90%, у С. А. Гаврилова — 85,3%, у О. П. Даниловского — 88,4%, у Schmidt — 83,6%, у Ustar с соавторами — 86,5%, у Corbu с соавторами — 87%.

В группе больных с лекарственночувствительными МТ выздоровели все 40 человек; по данным Свешниковой — 92,3%, А. Джунусбекова — 94,4%.

В заключение можно сказать, что отдаленные результаты резекций легких в группе больных с лекарственно-чувствительными МТ гораздо лучше, чем у больных с лекарственно-устойчивыми штаммами МТ. Тем не менее при неэффективной антибактериальной терапии, особенно при обнаружении лекарственно-устойчивых МТ, необходимо применять по показаниям хирургическое лечение.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

М. Р. ИТМАН, С. К. ГЛЯСМАН, О. М. МОРОЗОВ, Б. Г. БОГДАНОВ и И. С. МОСКАЛЮК
Калининградский областной туберкулезный диспансер

В 1962 по 1968 г. в Калининградском областном туберкулезном диспансере выполнено 396 резекций по поводу туберкулеза легких. Все операции проведены под управляемым и эндотрахеальным эфирнокислородным наркозом и с применением УКЛ-60. По поводу фиброзно-кавернозного и кавернозного туберкулеза легких выполнено 276 хирургических вмешательств, что составляет 69,7% всех оперированных (табл. 1).

Таблица 1

Количество резекций легких по формам туберкулезного процесса и по годам

Формы туберкулеза легких \ Годы	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968 I полугодие	Всего
Очаговая и инфильтративно-пневмоническая	1	5	10	4	5	6	9	40
Туберкулома	10	6	10	6	18	27	3	80
Кавернозная	17	28	33	45	22	18	6	169
Фиброзно-кавернозная	1	12	25	37	13	16	3	107
Всего	29	51	78	92	58	67	21	396

Обращает на себя внимание увеличение количества больных с туберкуломами, вырос и удельный вес операций при этой патологии. Безуспешность консервативной терапии, распад и нередкое бацилловыделение у этих больных позволяет утверждать, что наличие туберкуломы является показанием к оперативному вмешательству.

Как видно из табл. 2, из общего количества операций в 243

Таблица 2

Количество операций по объему и по годам

Операции \ Годы	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968 I полугодие	Всего
Пульмонэктомия	—	—	—	9	7	5	—	21
Билобэктомия	1	4	3	3	2	—	1	14
Комбинированные резекции (лобэктомия + сегментэктомия)	1	4	5	8	10	9	1	38
Лобэктомия	8	8	26	21	8	9	—	80
Сегментарные резекции	19	35	44	51	31	44	19	243
Всего	29	51	78	92	58	67	21	396

случаях, т. е. в 61,4% нами выполнены сегментэктомии. Мы считаем возможным производить их и при кавернозном туберкулезе легких. Только у двух больных возникло осложнение в виде бронхиального свища, смертельных исходов не было.

Одномоментные двухсторонние резекции легких при туберкулезе не получили достаточного распространения, несмотря на то, что количество больных, нуждающихся в таком оперативном вмешательстве достигает 10—14% общего количества больных, нуждающихся в хирургическом лечении. Нами было выполнено 10 двухсторонних резекций легкого. Возраст больных — от 28 до 53 лет, смертельных исходов не было.

Из 396 оперированных больных 32 были старше 50 лет. По формам они распределились следующим образом: кавернозный туберкулез легких — 5 человек; фиброзно-кавернозный туберкулез легких — 15 человек, туберкулома — 12 больных. Этим больным были произведены: пульмонэктомия — 2, лобэктомия — 2, билобэктомия — 7, сегментэктомия — 19. Умерли двое больных, один на 12 сутки после операции от острой сердечно-сосудистой недостаточности, второй — через 3,5 месяца после резекции доли и язычковых сегментов слева, осложнившейся эмпиемой с бронхиальным свищем. Возраст больных при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний не должен служить противопоказанием к оперативному вмешательству.

Во время операции не умер ни один больной, в ближайшем

послеоперационном периоде умерли 3 человека. Количество осложнений в зависимости от объема операций видно из табл. 3.

Таблица 3

Количество осложнений после резекций легких

Операции \ Осложнения	Всего операций	Бронхиальные свищи	Кровотечение	Обострение процесса	Умерли
Пульмонэктомия	21	6	—	2	7
Билобэктомия	14	3	—	4	2
Комбинированные резекции	38	4	4	4	3
Лобэктомия	80	2	1	4	3
Сегментэктомия	243	2	11	7	—
Всего	396	17	16	21	15
% осложнений		4,25	4,00	5,25	3,75

Среди послеоперационных осложнений большую опасность для жизни представляют кровотечения в плевральную полость. У больных с этим осложнением во время операции сдвигов в гемодинамике или выраженного падения артериального давления мы не наблюдали, в конце операции гемостаз не вызывал сомнений. Профузных кровотечений с явлениями молниеносного коллапса мы не наблюдали.

Внутриплевральные послеоперационные кровотечения были у 16 больных, у 12 мы прибегли к реторакотомии. Источниками кровотечения были мелкие сосуды в области средостения, раневая поверхность смежных сегментов; ни в одном случае источником кровотечения не явился механический шов. Это еще раз подтверждает его надежность. По срокам реторакотомии произведены: до 6 часов — у 1 больного, через 18—24 часа — у 8 и свыше 24 часов — у 3 больных. Летальных исходов не было.

Реторактомии у больных с послеоперационными внутриплевральными кровотечениями вполне обоснованы.

Среди хирургов пока еще нет единого мнения в отношении зависимости возникновения бронхиальных свищей от патологических изменений в стенке бронха в месте его пересечения.

Нашими сотрудниками О. И. Максименко и Б. Г. Богдановым изучены гистологические изменения среза бронха в месте его пересечения у 60 больных. При этом у 27 были найдены специфические воспалительные изменения, у 33 — неспецифиче-

ские, в главных бронхах — у 11, в долевых — у 22 и в сегментарных — у 27 больных.

Наличие воспалительных изменений дренирующих бронхов при «старом» хирургическом туберкулезе легких вполне согласуется с данными отечественных и зарубежных авторов. Специфические изменения были в основном экссудативно-пролиферативного характера в слизистом и подслизистом слоях бронхов, с изолированными бугорковыми образованиями, реже казеозные бронхиты с разрушением хряща. Среди 60 резекций легких при помощи УКЛ-60 в условиях воспалительных изменений в стенке пересекаемого бронха мы наблюдали два бронхиальных свища, образовавшихся через 2 и 3 месяца после пульмонэктомии. При этом у одного больного имели место неспецифические изменения, а у другого — туберкулезные.

Эти данные позволяют высказать мнение о том, что резекции легких, выполненные при помощи механического шва допустимы и при наличии воспалительных изменений в стенке бронхов специфического и неспецифического характера.

Для благоприятного исхода операций немаловажное значение имеет ликвидация послеоперационных ателектазов. Для этой цели мы применяем раннюю поднаркозную бронхоскопию. Под контролем зрения можно тщательно отсосать сгустки крови, слизи и гноя, иногда это удается после отмывания бронхов теплым раствором поваренной соли или трипсина. После туалета бронхиального дерева направленное раздувание пораженного легкого приводит к разрешению ателектазов.

В заключение необходимо подчеркнуть, что при правильном отборе больных к операции можно достичь хороших результатов хирургического лечения больных хроническими формами туберкулеза легких, в том числе двухсторонними процессами и в старшем возрасте.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ХИРУРГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

А. А. ТАЛИХЕРМ
Республиканский противотуберкулезный диспансер Эстонской ССР

Послеоперационная дыхательная недостаточность — частое и тяжелое осложнение при хирургическом лечении хронического распространенного туберкулеза легких.

В основу настоящей работы положены наблюдения над 25 больными с различной дыхательной недостаточностью, возникшей после оперативных вмешательств в легочно-хирургическом отделении Республиканского противотуберкулезного диспансера в период 1963—1967 гг.

При анализе наблюдений были выделены следующие основные осложнения и клинические синдромы, обусловившие острую дыхательную недостаточность: ателектаз легкого — у 11, острая пневмония — у 5, бронхиальный свищ и эмпиема — у 5, парез желудочно-кишечного тракта — у 2 и спонтанный пневмоторакс — у 2 больных.

Явления резкого нарушения дыхания может вызвать ателектаз в большей или меньшей части как оставшийся после резекции, так и противоположного легкого, который может развиться рефлекторно или вследствие обтурации бронха слизью, гноем или кровью. У обследованных нами 11 больных развился типичный ателектаз нижней доли противоположного легкого или оставшейся части оперируемого легкого на 2—3-й день после операции, и это несмотря на дыхательную гимнастику, которая назначается всем больным в послеоперационный период. Исследования К. А. Щукарева, И. С. Жорова, Н. А. Дегтярова и др. показали, что решающими моментами в возникновении послеоперационных осложнений являются изменения в дыхательных путях и в самих легких, предопределяющие нарушения процессов вентиляции. Надо полагать, что факторами, способствующими возникновению ателектаза легкого у обследованных нами больных были длительное и неподвижное положение больного на операционном столе, накопление слизи в трахеобронхиальном

дереве, недостаточные объемы дыхания в раннем послеоперационном периоде и послеоперационный болевой синдром.

Из лечебных мероприятий надо отдать предпочтение повторному эндобронхиальному введению физиологического раствора и антибиотиков, а также бронхоскопии. Назначение сердечных средств и атропина обязательно. Только одному нашему больному потребовалась лечебная бронхоскопия для разрешения ателектаза легкого, для остальных десяти достаточным оказались эндобронхиальные введения вышеуказанных растворов.

Пневмония является грозным и одним из опаснейших осложнений ближайшего послеоперационного периода. По данным П. М. Кузюковича, тяжелая, иногда и двусторонняя пневмония, вместе с сердечно-легочной недостаточностью встречалась у 4,7% оперируемых больных. Мы диагностировали пневмонию у 5 из 250 оперируемых (2%). По данным литературы двухсторонние послеоперационные пневмонии и пневмонии в единственном оставшемся после пульмонэктомии легком очень тяжело протекают и зачастую требуют наложения трахеостомы и проведения искусственной вентиляции легких (П. М. Кузюкович, Б. С. Кибрик и др.). Однако, у всех наших больных пневмония была излечена соответствующей антибактериальной терапией и ингаляциями кислорода.

Бронхиальные свищи с эмпиемой в ближайшем послеоперационном периоде были обнаружены у 5 больных, причем у 4 из них возникла необходимость в связи с указанным осложнением в оперативном вмешательстве. У всех 5 больных до операции был диагностирован туберкулезный бронхит, плохо поддающийся лечению и обнаружена устойчивость туберкулезных микобактерий к стрептомицину и фтивазиду.

Значительно обостряет дыхательную недостаточность раннего послеоперационного периода парез желудочно-кишечного тракта. У обоих больных он занимал большое место в возникшей острой дыхательной недостаточности. В этих случаях при необходимости трахеостомии ее следует проводить с обязательной герметизацией трахеи раздувной манжеткой для профилактики аспирации при рвоте, нередко сопровождающей парез. В одном случае мы не могли справиться с острой дыхательной недостаточностью, возникшей на почве пареза желудочно-кишечного тракта.

Из двух больных клапанным спонтанным пневмотораксом один погиб из-за того, что слишком поздно были приняты радикальные методы лечения. На основании нашего опыта мы полагаем, что основным методом лечения спонтанного пневмоторакса, возникшего после резекции легкого, следует считать тора-

котомию с последующим ушиванием культи бронха, с дренированием плевральной полости и активной плевральной аспирацией.

Мы поддерживаем точку зрения Б. С. Кибрика, который считает, что при развивающейся дыхательной недостаточности применение дыхательных аналептиков следует ограничивать теми случаями, где нет выраженной гипоксии. Причем вначале необходимо назначать кислород, а затем — дыхательный аналептик, который сам не может устранить кислородную недостаточность. Но основным методом патогенетической терапии острой дыхательной недостаточности у оперированных на фоне значительных нарушений функции внешнего дыхания является наложение трахеостомы с искусственной вентиляцией легких.

III
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Действительный член АМН СССР проф. Н. С. МОЛЧАНОВ

В последние десятилетия ряд авторов (И. В. Давыдовский, А. И. Струков, И. М. Есипова и др.) указывает на увеличение удельного веса хронических неспецифических заболеваний легких среди всех заболеваний системы дыхания. Увеличивается также число больных с выраженными, далеко зашедшими формами последних, что в значительной мере снижает возможности лечебно-профилактических мероприятий. Это обстоятельство обусловливает необходимость проведения эпидемиологических исследований с целью выявления частоты указанных выше заболеваний, причин их возникновения и наступления обострений. В связи с этим за последние годы, как у нас, так и за рубежом расширяется и углубляется работа по изучению эпидемиологии неспецифических хронических заболеваний легких. В результате получены интересные данные, касающиеся распространенности заболеваний среди различных групп населения, причин, обусловливающих развитие заболеваний. Однако, масштаб исследований в настоящее время нельзя считать соответствующим значимости проблемы: исследования проводятся в ограниченном числе населенных пунктов нашей страны, в ограниченных в смысле профессий, группах, что не дает возможности выявить роли климатических факторов, характера условий работы и т. п. Нет также общепризнанной и узаконенной Министерством здравоохранения СССР методики обследования (анамнез, физикальное, инструментальное, лабораторное обследование) и обработки полученных материалов, что в значительной мере затрудняет сопоставление материалов, полученных различными авторами и группами авторов. Явно недостаточно изучается этиология (бактериальная, вирусная, смешанная) заболеваний и их рецидивов, что в значительной мере снижает значение проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Изложенное выявляет необходимость не только расширения

и углубления эпидемиологических исследований в области хронических неспецифических заболеваний легких, но и проведения ряда организационных мероприятий (создание республиканских и городских центров по профилактике неспецифических заболеваний легких, выработка единых схем обследований, машинной обработки материалов и т. п.). Подлежит изучению вопрос о взаимосвязи в работе противотуберкулезной сети с организуемыми в ряде республиканских и городских центров пневмологическими учреждениями.

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В ЭСТОНСКОЙ ССР
(по данным обращаемости)

Э. К. КАМА и М. Б. МАРАНЦ
Министерство здравоохранения Эстонской ССР

В течение 15—20 лет, как отмечает ряд авторов (М. Ю. Рапопорт, Neugebauer, Schaich) заметно возросло число хронических неспецифических заболеваний легких, получивших большую распространенность в различных странах (А. И. Борохов, В. И. Стручков, Jansék).

Безусловный интерес представляют и исследования, проведенные в ЭССР сотрудниками Института экспериментальной и клинической медицины Минздрава ЭССР. Так, Maripuu и Schamardin осуществили обследование шахтеров. Raukas и другие сотрудники сектора пульмонологии этого же института на основе изучения свыше 9 тысяч амбулаторных карт жителей Таллина, Тарту, Нарвы, Кохтла-Ярве и Пярну, установили, что неспецифические заболевания органов дыхания составляют 24,3%, а из них 3,6% приходится на долю хронических форм.

Jannus и другие (из этого же института) при комплексном обследовании населения Кингисеппского района ЭССР, хронические неспецифические заболевания легких выявили у 9,3%.

В Эстонской ССР на фоне ежегодно отмечаемого снижения заболеваемости населения туберкулезом все более рельефно выделяются нетуберкулезные заболевания легких. Лечение больных неспецифическими заболеваниями легких пока еще сложно и малоэффективно, а значительные патоморфологические и функциональные изменения зачастую приводят к инвалидности. Это, в свою очередь, и определяет важность и значимость изучения хронических легочных, нетуберкулезного характера заболеваний. Актуальным становится выявление и исследование причин, вызывающих хронические воспалительные процессы в легких, разработка профилактических мероприятий, поиски эффективных методов лечения.

Для ответа на затронутые вопросы мы и попытались выяснить распространенность данной патологии в ЭССР.

Исходным материалом послужили талоны уточненного диагноза (ф. № 25-в) по учреждениям здравоохранения ЭССР за 1967 г.

При разработке учтены следующие нозологические формы в соответствии со статистической классификацией болезней, травм и причин смерти (изд. 1962 г.):

1. Бронхит хронический с эмфиземой и без эмфиземы легких (шифр 502),
2. Абсцесс легкого (шифр 521),
3. Прочие интерстициальные хронические пневмонии (шифр 525),
4. Бронхоэктатическая болезнь (шифр 526).

Нами установлено, что контингенты больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких по ЭССР к концу 1967 г. составили 49,2 на 10 000 населения.

Наибольшее количество больных зарегистрировано в городах республиканского подчинения, где показатель этот колеблется в пределах от 56,4 до 77,3 на 10 000 населения, и значительно меньше в районах — от 15,3 до 45,3 (исключением являются Пярнуский и Хийумааский районы).

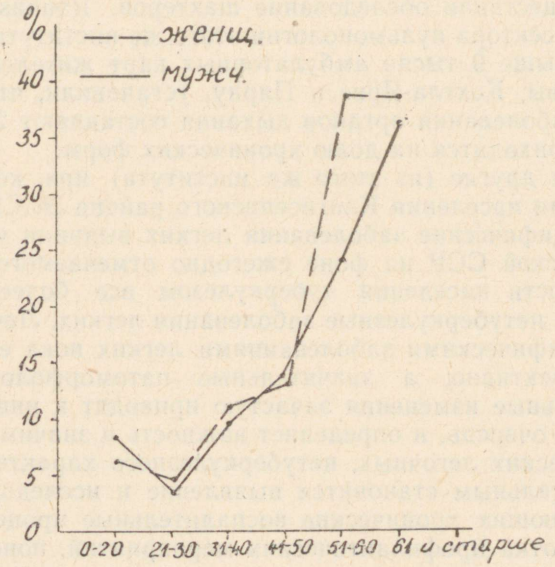

Рис. 1. Состав больных с хронической неспецифической патологией по полу и возрасту (в %).

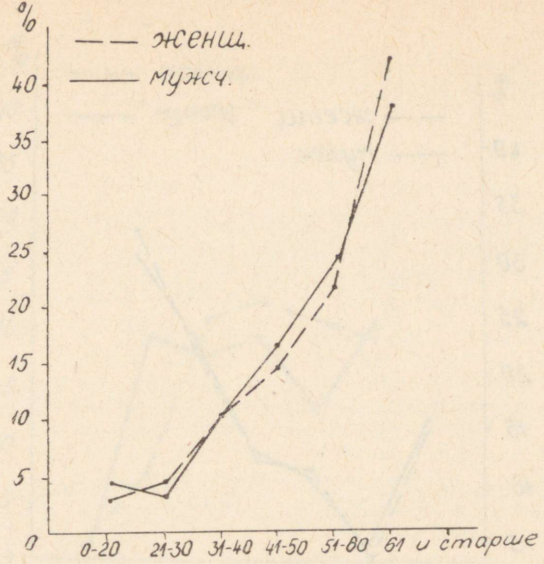

Рис. 2. Состав больных хроническим бронхитом с эмфиземой и без эмфиземы легких по полу и возрасту (в %).

Если в Таллине количество больных хроническим бронхитом и интерстициальными хроническими пневмониями находится в соотношении 1:1, то в большинстве остальных городов и всех районов (за исключением Пярнуского) число больных хроническим бронхитом больше числа больных интерстициальными хроническими пневмониями примерно в 4—5 раз. Расхождения в величинах показателей вряд ли объясняются только местными факторами. Причина, надо полагать, кроется в уровне диагностики, состоянии учета этих болезней.

До некоторой степени своеобразен состав больных по полу и возрасту (рис. 1, 2, 3, 4).

По всем нозологическим формам 51,3% составляют мужчины и 48,7% — женщины. Хронический бронхит с эмфиземой легких и без нее, а также бронхоэктатическая болезнь чаще встречаются у женщин (52,4% против 47,6% и 52,5% против 47,5% соответственно). Прочие интерстициальные хронические пневмонии и абсцесс легкого, наоборот, чаще у мужчин (55,1% против 44,0% и 17 из 22 случаев против 5 из 22 соответственно).

Наибольшая частота заболеваний (рис. 1) приходится на старшую (61 год и старше) возрастную группу (35,9% у мужчин

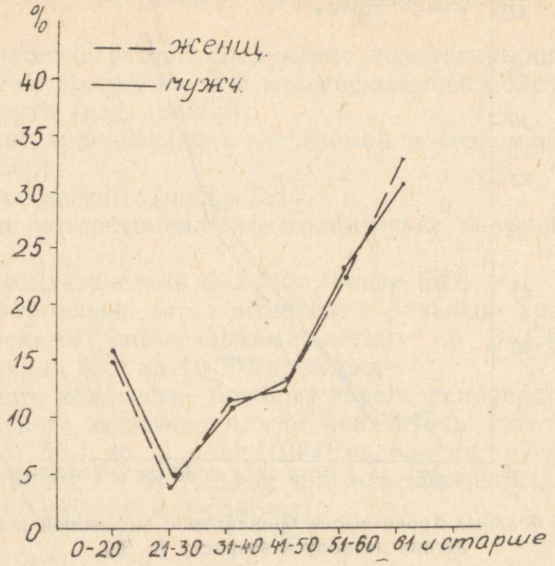

Рис. 3. Состав больных хронической интерстициальной пневмонией по полу и возрасту (в %).

и 38,8% у женщин), наименьшая — в группе 21—30 лет (3,9% у мужчин и 4,2% у женщин).

Это же касается и больных интерстициальной хронической пневмонией (рис. 3). Число больных мужского и женского пола интерстициальной хронической пневмонией в возрасте до 20 лет (в основном за счет детских контингентов) почти в 4 раза больше, чем в следующей возрастной группе (21—30 лет). Можно предполагать, что переход острых воспалительных процессов легких в хронические формы среди детей чаще, чем в группе старшего возраста. Вопрос требует дальнейшего изучения.

Многие авторы (Neugebauer, А. Е. Рабухин, И. Э. Соркин и др.) обращали внимание на изменения клинической и патоморфологической картины, а также на трудности диагностики хронической легочной патологии. В то же время вспомогательные методы диагностики используются не всегда (В. И. Стручков, Neugebauer, Salzman). Эти высказывания подтверждаются и нашими данными.

Проведя изучение амбулаторных карт больных хроническими

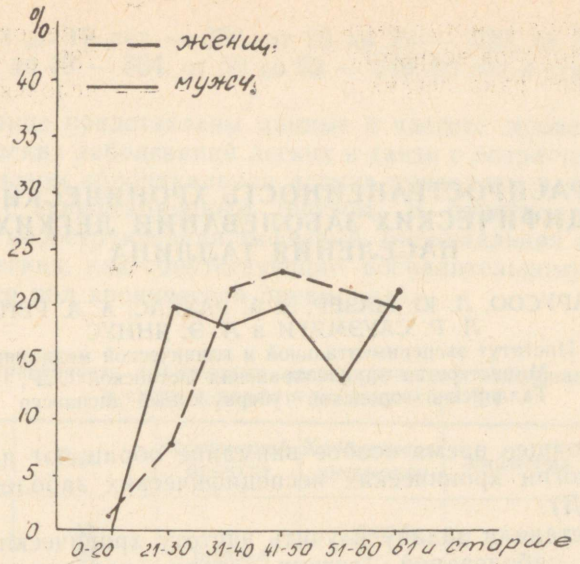

Рис. 4. Состав больных бронхоэктатической болезнью по полу и возрасту (в %)

неспецифическими заболеваниями легких по одной из поликлиник, мы установили, что бронхоскопией и бронхографией охвачено было только 1,5% и 4,5% больных (соответственно).

Функциональной диагностикой (определение показателей внешнего дыхания) охвачено только 17,3% больных.

Следует полагать, что обоснованность установленного диагноза возможна только при условии полноценного использования всех вспомогательных методов диагностики в сочетании с совместной деятельностью врачей различных специальностей (фтизиатра, терапевта, педиатра, хирурга, онколога и других).

Следовательно, ряд вопросов организации специализированной помощи пульмонологическим больным требует еще своего разрешения. С учетом сложности диагностики пульмонологических заболеваний возникает необходимость организации специальной подготовки врачей и совершенствования их знаний. Возникает и необходимость создания пульмонологических кабинетов в поликлиниках (особенно крупных) и организации специализированных отделений в стационарах, оснащенных необходимым оборудованием и аппаратурой.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ТАЛЛИНА

Я. Я. КАРУСОО, Л. Ю. МАЗЕР, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и Л. Э. ЯННУС
Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР; Таллинский городской туберкулезный диспансер

В настоящее время особое внимание обращают на изучение эпидемиологии хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ).

Мы поставили задачу изучить частоту хронических неспецифических заболеваний легких среди населения Таллина, а также факторы, способствующие возникновению и развитию этих болезней. С этой целью в декабре 1967 г. и январе 1968 г. был проведен массовый осмотр.

Обследование было построено по следующей схеме:

1. Анамнез: выявили перенесенные болезни легких в прошлом и жалобы (кашель, выделение мокроты и одышка) и их продолжительность.
2. Перкуссия и аускультация.
3. Определение функции внешнего дыхания по методам спирометрии и пневмотахометрии.
4. Рентгенологическое исследование: всем обследованным сделали флюорограммы в прямой проекции.

Кроме того, у части обследованных для уточнения диагноза проводили спирографические исследования и сделали рентгенограммы (в прямой и боковой проекциях). Достоверность полученных данных определяли математическими методами.

Диагностика хронической пневмонии основывалась на классификации принятой в Минске в 1964 г. Бронхит считали хроническим при наличии постоянного или рецидивирующего кашля с выделением мокроты (не менее 3 месяцев в году на протяжении двух последних лет).

Обследовали 3141 человека (1226 мужчин и 1915 женщин). Распределение обследованных лиц по возрасту было следую-

щее: от 18 до 19 лет — 396, от 20 до 29 — 820, от 30 до 39 — 789, от 40 до 49 — 564, от 50 до 59 — 349, 60 лет и старше — 223 человека.

В таблице представлены данные о частоте хронических неспецифических заболеваний легких в связи с возрастом и полом. Под диагнозом «бронхиальная астма» приведены данные только об астме с неинфекционным генезом. В понятие «эмфизема» включена необструктивная эмфизема. Бронхиальная астма и эмфизема легких, как сопутствующие воспалительному процессу, приводятся под хронической пневмонией.

Таблица

Распространенность хронических неспецифических заболеваний легких в связи с полом и возрастом (в %)

Возраст	Пол	Хронический бронхит	Хроническая пневмония	Эмфизема	Все формы
18—19	М	—	0,6±0,6	—	0,6±0,6
	Ж	0,4±0,4	—	—	0,4±0,4
20—29	М	1,3±0,6	0,8±0,4	—	2,8±0,8
	Ж	1,4±0,6	0,7±0,4	—	2,1±0,7
30—39	М	5,4±1,4	1,4±0,7	—	6,8±1,5
	Ж	2,6±0,7	2,6±0,7	—	5,3±1,0
40—49	М	4,5±1,6	5,6±1,8	—	10,0±2,3
	Ж	4,2±1,0	3,4±0,9	—	7,5±1,4
50—59	М	9,2±2,4	5,6±1,9	—	14,8±2,9
	Ж	4,8±1,3	4,4±1,2	—	8,7±1,7
60 и старше	М	4,8±2,7	6,5±3,0	3,2±2.2	14,5±4,2
	Ж	1,2±0,8	4,3±1,6	0,6±0,6	6,2±1,9
Все возрасты	М	3,8±0,6	2,4±0,4	0,2±0,2	6,4±0,7
	Ж	2,5±0,4	2,4±0,4	0,1±0,1	4,9±0,5
Всего		2,9±0,29	2,4±0,3	0,1±0,1	5,5±0,4

Из таблицы видно, что ХНЗЛ среди мужчин встречаются чаще, чем среди женщин ($p<0,05$) и наряду с возрастом повышается и частота ХНЗЛ ($p<0,05$). Характерным можно считать и то, что в более молодом возрасте хронический бронхит наблюдается гораздо чаще, чем хроническая пневмония. С возрастом удельный вес хронической пневмонии увеличивается, а хронического бронхита уменьшается. При этом следует отметить, что хроническая пневмония выражается хроническим бронхитическим синдромом в 85% случаев. Сопутствующая эмфизема отмечалась у 31% больных хронической пневмонией, а пневмоскле-

роз — в 8% случаев. Хроническая пневмония на основании клинической картины (рентгенологические данные, спирография и др.) распределились на три стадии: в первой было 38 и во второй — 37 больных (всего 75), в третьей стадии больных не было.

Бронхиальная астма отмечалась у 0,5±0,1% и астматический бронхит — у 0,17±0,07%. Эти заболевания сочетались с воспалительным процессом и приводятся под термином «хроническая пневмония».

Анализ роли перенесенных острых заболеваний в возникновении хронических неспецифических заболеваний легких показал, что больные ХНЗЛ переболели сезонным катаром в 11, трахеобронхитом — в 6, лобарной пневмонией — в 15, бронхопневмонией — в 10 и эксудативным плевритом — в 22 раза чаще, чем здоровое население. Острыми болезнями органов дыхания переболели 47,0±4,4% больных ХНЗЛ, в том числе больные хронической пневмонией чаще, чем больные хроническим бронхитом. Из этого вытекает, что разные острые болезни органов дыхания, т. е. разные виды инфекции занимают значительное место в возникновении ХНЗЛ. Роль эксудативного плеврита в патогенезе ХНЗЛ заключается, по всей вероятности, в бронходеформирующем действии.

Кроме инфекционных факторов в возникновении и развитии ХНЗЛ являются существенными и другие факторы — климатические, курение и др. Неблагоприятное действие курения на течение ХНЗЛ отмечалось у 17±2,8% больных ХНЗЛ, действие курения наряду с действием повышенной влажности воздуха и резких изменений температуры — также у 17±2,8%, изменения температуры — у 25±2,6%, изменения температуры и повышенная влажность — у 21±3,0%, пыль и другие факторы — у 7,0±2,2%. Только 4,0±1,5% больных никаких внешних факторов не называли.

Влияние курения отмечалось у мужчин чаще, чем у женщин — этот факт объясняется более высокой частотой курящих среди обследованных мужчин, чем среди женщин вообще. Влияние курения было более резко выражено у больных хроническим бронхитом, чем у больных хронической пневмонией, а влияние климатических факторов было более резко выражено у больных хронической пневмонией.

В заключение можно сказать, что частота хронических неспецифических заболеваний легких весьма значительна. Возникновение и развитие хронических неспецифических заболеваний легких связано как с инфекционными, так и с внешними факторами — климатическими, курением и др.

К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И МЕТОДИКЕ ЕЕ ИЗУЧЕНИЯ

Б. З. ДАНОВИЧ
Академическая группа действительного члена АМН СССР, проф. Н. С. Молчанова

Эпидемиология хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) и, в частности, отдельных ее форм (хроническая пневмония и хронический бронхит) является актуальной проблемой современной медицины. Изучение эпидемиологии представляет значительные трудности, так как требует изучения больших контингентов населения, работающих в разных трудовых и бытовых условиях, разработанной методики исследования, опирающейся на единую классификацию и терминологию.

Наша группа изучала два контингента населения. В первую группу вошли рабочие и служащие цехов (7954 человека) одного из крупных машиностроительных заводов, во вторую — жители (5004 человека) одного из старых районов г. Ленинграда.

Мы не считаем возможным изучать эпидемиологию заболеваний при помощи анализа данных, получаемых при обследовании и лечении лиц, находящихся в стационарных условиях, по данным потерь трудоспособности, по первичному выходу на пенсию или по данным секции. Все же эти данные могут давать ориентировочные сведения.

Для эпидемиологических исследований было проведено сплошное обследование изучаемых контингентов. Полученные данные анализировали при помощи счетных машин. В своей работе мы пользовались классификацией хронической пневмонии, утвержденной в Минске в 1964 г. и эмфиземы легких по Б. Е. Вотчалу.

Предварительно была подготовлена карта-вопросник, при помощи которой можно было изучать различные вопросы анамнеза, кроме того, проводилось тщательное физикальное и флюорографическое (при помощи крупно-кадрового флюорографа в 3 проекциях) исследование. В необходимых случаях для выяс-

ения и уточнения диагноза проводились дополнительные исследования (клинический анализ крови, определение С-реактивного протеина, дифениламиновой и сиаловой кислот, фибриногена и фибринолитической активности плазмы крови, щелочной фосфатазы лейкоцитов, количества белка и его отдельных фракций и т. д.). Кроме того, проводились специальные рентгенологические исследования и определялась функция внешнего дыхания. Необходимость такого подробного обследования объясняется трудностью выявления отдельных вариаций течения и определения фаз заболевания, особенно при вяло текущем обострении.

Анализ полученных в этих двух группах данных показал, что частота ХНЗЛ и их отдельных форм зависит от разных причин. Изучение частоты заболеваний показало, что как в первой, так и во второй группах обследованных, количество выявленных больных ХНЗЛ велико, но мало отличается друг от друга. Так, в первой группе частота ХНЗЛ была в пределах 12,68%, из них: хронический бронхит составлял 2,97%, хроническая пневмония — 2,65% и необструктивная эмфизема — 1,67%. Во второй группе частота ХНЗЛ была 12,73%, причем хронический бронхит составлял 2,72%, хроническая пневмония — 3,56% и эмфизема легких — 3,24%. Таким образом, несмотря на почти одинаковую частоту ХНЗЛ в обеих группах, структура заболеваемости, т. е. частота отдельных форм ХНЗЛ была различной. Этот факт требовал тщательного изучения. Поэтому мы изучили влияние возраста, пола, различных острых воспалительных заболеваний органов дыхания, курения, условий труда и быта, некоторых общих заболеваний на частоту ХНЗЛ и их отдельных форм.

При изучении зависимости частоты ХНЗЛ от пола, мы не смогли отметить резкой разницы в заболеваемости среди мужчин и женщин. По нашим данным в первой группе частота ХНЗЛ среди мужчин была 13,23%, у женщин — 10,94%, на 2,29% меньше, почти такие же данные получены у лиц второй группы, среди мужчин — 13,98%, среди женщин — 11,94%, разница в 2,02%. Однако частота отдельных форм заболевания отличалась по средним данным среди мужчин и женщин в этих двух группах. Среди мужчин первой группы превалировали больные хроническим бронхитом (2,93%) и хронической пневмонией (2,88%), в то время как эмфизема легких была только на третьем месте (1,91%).

Среди женщин этой же группы также на первом месте был хронический бронхит (3,08%) и хроническая пневмония (1,91%), эмфизема легких занимала третье место и была выявлена у

сравнительно небольшого количества больных (1,17%). Во второй группе наше внимание обращало сравнительно большое количество мужчин, больных хронической пневмонией (4,23%) и хроническим бронхитом (3,62%), эмфизема легких также была на третьем месте; у женщин эти соотношения во второй группе изменились, первое место по частоте заняла эмфизема легких (3,45%), второе — хроническая пневмония (3,62%) и только третье — хронический бронхит (2,14%). Такая разница потребовала детального изучения причин разницы между частотой отдельных заболеваний среди мужчин и женщин в обеих группах, особенно во второй.

Сопоставление частоты заболеваний в отдельных возрастных группах показало, что частота ХНЗЛ нарастает с возрастом обследованных контингентов. Причем закономерное увеличение частоты ХНЗЛ и их отдельных форм отмечено при изучении отдельно хронического бронхита и хронической пневмонии. Закономерности, связанные с возрастом, при этих заболеваниях одни и те же, эмфизема легких выявляется только в старшей возрастной — пенсионной группе. Количество больных в ранних возрастных группах среди заводских рабочих и служащих сравнительно невелико. Мы объясняем это тем, что при наличии ХНЗЛ в 16—24 года больные на завод не поступают, во второй группе, где учитывались все живущие в данном районе обследования, частота ХНЗЛ в возрасте от 16 до 24 лет была достаточно высока (2,85%). Кроме того, обращало внимание большое количество больных эмфиземой легких во второй группе, в частности, среди женщин, по сравнению с частотой этого заболевания у лиц первой группы. Это объясняется тем, что эмфизема легких развивается в старшей возрастной группе, когда работающие на заводе, особенно женщины, прекращают свою работу и уходят на пенсию по возрасту и состоянию здоровья. Сравнительно большое количество лиц этого возраста среди обследованных второй группы, особенно женщин, привело к увеличению их удельного веса в этой группе.

Однако все же отсутствие большой разницы в частоте заболеваний в первой группе дает основание считать, что не только возраст и пол играют ведущую роль в частоте ХНЗЛ и их основных форм.

Мы проанализировали влияние ранее перенесенных острых заболеваний на частоту ХНЗЛ и их основных форм. Оказалось, что среди переболевших в прошлом острым бронхитом, частота ХНЗЛ была выше, с 9,50% она увеличилась до 27,83%, а частота острой пневмонии — с 8,10% до 21,15%.

Ранее перенесенный грипп не вызвал учащения ХНЗЛ (12,30 и 12,51%). Особенно резко отмечено учащение заболеваний при повторных многократных острых заболеваниях органов дыхания. Так, среди многократно перенесших острый бронхит частота ХНЗЛ увеличилась с 9,50% до 75,16% у первой группы и с 6,11% до 65,88% во второй, среди многократно перенесших острую пневмонию частота возросла с 8,10% до 75,00% и во второй — с 8,34% до 50,70%. Такое увеличение отчетливо показывает связь между острыми и хроническими заболеваниями органов дыхания.

Мы попытались изучить как отражаются перенесенные контузии и ранения на частоту ХНЗЛ. Оказалось, что у лиц, перенесших контузию, как в первой, так и во второй группе частота ХНЗЛ была большей. Это же можно отметить при наличии в прошлом ранений в грудную клетку и череп.

Курение, как фактор неблагоприятный в развитии ХНЗЛ, был нами отчетливо выявлен, особенно его длительность и количество выкуриваемых единиц. Неблагоприятное влияние выявлено при сочетании тяжелого физического труда с перепадами температуры, а также с загрязнением воздуха. В этих случаях большую роль играет длительность работы в подобной обстановке, что же касается влияния бытовых условий, то нами выяснено, что среди живущих в отдельных квартирах частота ХНЗЛ меньше, чем среди живущих в общежитиях и коммунальных квартирах в 1,5—2 раза.

Таким образом, наши эпидемиологические данные показывают, что частота ХНЗЛ зависит от множества причин, которые должны быть учтены при проведении профилактических мероприятий.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ В ЭСТОНСКОЙ ССР

И. П. МАРИПУУ
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Хронические заболевания легких в структуре профзаболеваемости в республике по частоте стоят на 3 месте после профдерматозов и профессиональной тугоухости. Данные о хронических профзаболеваниях легких получены на основании научных исследований, проведенных сектором профзаболеваний Института экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения ЭССР, а также благодаря персональному учету всех случаев профзаболеваний в республике.

Представленный в данном сообщении материал — 238 случаев хронических профзаболеваний легких по нозологическим формам распределяется на 2 группы в зависимости от степени профессиональной обусловленности заболевания.

1. Собственно профессиональные болезни легких — пневмокониозы, в этиологии которых всегда главная роль принадлежит профессиональному фактору.

2. Широко распространенные общие заболевания легких, в развитии которых, однако, в некоторых случаях можно было доказать ведущую роль профессиональных факторов и отсутствие или незначительное влияние других факторов, не связанных с условиями труда (инфекция, вредные привычки и т. д.). К этой группе были отнесены бронхиальная астма и астмоидный бронхит, а также хронический бронхит и туберкулез легких (см. табл.).

В таблицу не включен 81 случай пневмокониоза, бывших рабочих горнорудной и угольной промышленности, работавших вне пределов Эстонской ССР. Силикоз и антракосиликоз у них был выявлен часто в далекозашедших стадиях (I стадия — 41 случай, II стадия — 23 случая и III стадия — 17 случаев), нередко осложненный туберкулезом легких.

Пневмокониозы, возникшие у рабочих некоторых промыш-

Таблица

Распределение случаев по диагнозу заболевания

№ группы	Нозологические формы	Число случаев
I	Силикоз	44
	Талькоз (силикатоз)	11
	Пневмокониоз электросварщика	10
	Пневмокониоз от других смешанных пылей	29
II	Бронхиальная астма, астмоидный бронхит	37
	Хронический бронхит	18
	Туберкулез легких	8
	Всего	157

ленных предприятий республики (94 случая), в преобладающем большинстве ограничились I стадией заболевания (89 случаев). Силикоз был выявлен у рабочих, контактирующих с кварцсодержащей пылью: просевальщики и мельники маардуской фосфоритной руды (19 больных, среди них 2 силикозом II и II—III стадий), рабочие металло- и стекло-обрабатывающих заводов — пескоструйщики, формовщики и обрубщики (17 больных, из них у 2 силикоз II стадии, и у одного — III стадии), стажированные каменотесы по граниту (8 больных).

Талькоз (силикатоз) от воздействия пыли талька был обнаружен у работниц фабрик резиновых изделий «Тегур» и «Пыхьяла».

Пневмокониоз от электросварочной аэрозоли (пыль смешанного состава, содержащая окись железа) встречался у электро- и газосварщиков и газорезчиков, работавших в течение многих лет в условиях маленьких замкнутых помещений.

Перечень профессий рабочих с пневмокониозом I стадии от других смешанных пылей следующий: шамотчики по ремонту печей сланцеперерабатывающей промышленности и электростанций, печники, стажированные трубочисты, рабочие кирпичного завода «Азери», кочегары, контактирующие с пылью каменного угля, мельник марганцевой мельницы, фрезеровщики и литейщики.

Относительно шахтеров сланцевого бассейна длительные динамические рентгенологические, а также клинико-анатомические наблюдения выяснили, что пневмокониотический фиброз как профессиональное заболевание у шахтеров не развивается. Об-

наруживаются лишь пресклеротические микроскопические силикотические изменения в легких без патологического значения.

Большинство (43 больных) из случаев профессиональной бронхиальной астмы, астмоидного и хронического бронхитов относятся к рабочим сланцевой промышленности. Экспозиционные пробы и исследование реактивности организма рабочих выявили этиологическую роль комплекса раздражающих и слабосенсибилизирующих веществ (летучие фракции сланцевой смолы, сланцевая зола, сернистый газ, взрывные газы в шахтах) при развитии бронхиальной астмы и хронического бронхита в сланцевой промышленности.

Профессиональная астма и астмоидный бронхит наблюдались и при воздействии других веществ: антибиотиков, формалина, мучной пыли, кузничного дыма и пыли, кремнефтористого натрия, хлора (всего 12 больных).

Туберкулез органов дыхания (легких, бронхов и эксудативный плеврит и бронхоаденит) в 7 случаев был у медицинского персонала противотуберкулезных учреждений и у рабочего мясокомбината.

По данным эпидемиологических исследований хронический бронхит и астмоидная его форма являются наиболее распространенной хронической патологией легких у самых производительных возрастных групп рабочих в неблагоприятных условиях труда. Эти болезни часто осложняются диффузной обструктивной эмфиземой и дыхательной недостаточностью, что в наблюдаемых нами случаях пневмокониоза у рабочих промышленности республики отмечалось значительно реже. Поэтому заболевание хроническим бронхитом различной формы и происхождения как с медицинской, так и с народнохозяйственной точек зрения, имеет несравненно бóльшее значение, чем вопрос о пневмокониозе в республике.

Статистические показатели распространенности хронического бронхита могут выявлять удельную этиологическую роль тех или других профессиональных факторов. Однако хронический бронхит почти всегда является плурикаузальным заболеванием. Поэтому клинически в индивидуальных случаях, по нашему мнению, весьма затруднительно выделить чистые этиологические формы заболевания (например, т. н. пылевой бронхит). Выработка объективных критериев диагностики профессиональной обусловленности хронического бронхита является практически важным, однако, сложным вопросом дальнейших исследований.

ЧАСТОТА РАКА, ТУБЕРКУЛЕЗА И ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Л. Э. ЯННУС и Я. Я. КАРУСОО
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

За последние годы изучению легочной патологии придается все большее значение. Исследуя эпидемиологию легочных заболеваний в Эстонской ССР мы убедились, что для всестороннего изучения этого вопроса следует учесть и частоту болезней легких среди умерших.

Мы проанализировали 7659 протоколов патологоанатомических вскрытий умерших за последние 5 лет в трех городах Эстонской ССР. Среди умерших было 3884 (51%) мужчин и 3775 (49%) женщин. У 2836 (37%) умерших были найдены различные острые и хронические заболевания легких. Среди них было 1968 (22%) мужчин и 1138 (15%) женщин. Среди умерших встречались и такие, у которых было по несколько легочных заболеваний. Туберкулез легких обнаружен у 609, рак легких — у 225, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) — хронический бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма — у 354, эмфизема — у 843 и острые болезни легких — у 1036 умерших.

Таблица

Болезни легких как непосредственная причина смерти

Заболевание легких	Мужчины % ± m	Женщины % ± m	Всего % ± m
Туберкулез	5,8±0,4	4,0±0,3	5,1±0,7
Рак	3,8±0,3	1,4±0,2	2,9±0,5
ХНЗЛ	2,9±0,3	3,5±0,3	3,1±0,5
Острые болезни легких	2,4±0,2	3,1±0,3	2,7±0,5
Всего	14,8±0,6	11,8±0,5	13,9±0,4

Болезни легких или их осложнения были непосредственной причиной смерти 1061 (13,9%) умершего, несколько чаще среди мужчин, чем среди женщин. В таблице приведены данные о частоте важнейших заболеваний легких, служивших непосредственной причиной смерти.

Из таблицы следует, что хронические неспецифические и острые заболевания легких как непосредственная причина смерти чаще встречаются среди женщин, чем среди мужчин, туберкулез и рак легких, наоборот, чаще у мужчин.

Так как количество острых заболеваний легких в последнее время уменьшается, а число хронических заболеваний увеличивается, в своем анализе мы обратили особое внимание на хронические болезни легких. Выяснилось, что наибольшее число больных туберкулезом умирает в возрасте от 50 до 69 лет. Количество смертных случаев от рака легких и ХНЗЛ достигает максимума в возрасте от 60 до 69 лет. Примечательно, что частота легочной патологии у умерших по различным причинам в различных возрастных групах неодинакова. Так, частота туберкулеза наибольшая в возрастной группе от 30 до 39 лет. Частота ХНЗЛ увеличивается с сорокалетнего возраста и держится примерно на одинаковом уровне до 79 лет. Однако ХНЗЛ относительно часты и в детском возрасте (от одного года до 14 лет). Рак легких у умерших чаще всего встречался в возрасте от 50 до 69 лет.

В последнее время все бóльшее значение приобретает изучение взаимосвязи и взаимовлияния рака и хронических воспалительных процессов легких (туберкулез, ХНЗЛ) для выяснения возможной роли последних в этиопатогенезе рака легкого.

Среди 225 умерших от рака легкого у 94 (42%) мы нашли острые или хронические заболевания легких. Из них у 28 (12,4%) — туберкулез, у 20 (8,9%) — ХНЗЛ, у 24 (10,7%) — эмфизему и у 22 (10,0%) — острые болезни легких. Все 28 умерших, имевших одновременно туберкулез и рак легких были мужчины, среди 20 умерших, страдавших раком и ХНЗЛ было 18 мужчин и 2 женщины.

Среди умерших с туберкулезным поражением легких в возрасте старше 30 лет, т. е. из 567 лиц рак легких был у 30 (4,8%); из 344 умерших в этом же возрасте, страдавших ХНЗЛ рак был найден у 20 (5,8%); среди всех остальных умерших рак в возрасте старше 30 лет обнаружен в 177 случаях — 3,8%. Следовательно, рак легких чаще встречается у больных туберкулезом и хроническими неспецифическими заболеваниями легких, чем у остальных лиц. Это оказалось статистически достоверным при

проверке по тесту χ^2. Более убедительные выводы могут быть сделаны при анализе большего количества протоколов вскрытия, чем провели мы. Тем не менее, частое сочетание рака легких с хроническими заболеваниями легких, связанное, по-видимому, с учащением рака легких, должно насторожить наше внимание на возможность влияния этих заболеваний друг на друга.

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, РАЗВИВШИЕСЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Я. Я. КАРУСОО, Л. Ю. МАЗЕР, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и Л. Э. ЯННУС
Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР; Таллинский городской туберкулезный диспансер

За последние годы достигнуты большие успехи в борьбе с туберкулезом, благодаря целому комплексу разных противотуберкулезных мероприятий, среди которых не последнее место занимает антибактериальное лечение. Однако остаточные фиброзные изменения в легких, обнаруживаемые даже при полном излечении от туберкулеза, могут оказаться почвой для заболеваний нетуберкулезной природы. Эти заболевания известны под термином «посттуберкулезный синдром» или «посттуберкулезные заболевания легких». К ним относятся разные заболевания неспецифического характера — хронический бронхит, разные формы хронической пневмонии, в том числе бронхоэктатическая болезнь, астматические состояния, пневмосклерозы, а кроме того, часто сопутствующая им кардиопульмональная недостаточность.

Наша работа направлена на изучение частоты хронических неспецифических заболеваний легких среди лиц, выздоровевших от туберкулеза, а также клинических особенностей этих заболеваний.

С этой целью мы обследовали 473 человека (216 мужчин, 257 женщин), снятых с учета Таллинского городского туберкулезного диспансера за 4—8 лет до нашего обследования из-за излечения туберкулеза легких. В качестве контроля служили данные больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, не страдавших туберкулезом.

Методика обследования состояла в следующем. О характере перенесенного туберкулезного процесса судили по данным амбулаторных карт, полученных из архива туберкулезного диспансера. Для установления хронических неспецифических заболеваний легких учитывали следующие данные: анамнез, аускуль-

тацию и перкуссию, состояние функций внешнего дыхания (спирометрия, пневмотахометрия, спирография) и рентгенологическое исследование (флюорограммы 70×70 мм, а также рентгенограммы в прямой проекции).

Наши исследования показали, что частота хронических неспецифических заболеваний легких среди лиц, страдавших туберкулезом равняется в среднем 17±1,7% среди лиц, не страдавших туберкулезом — 5,8±0,39% (данные исследования 3141 человека); стандартизированные показатели по возрасту были соответственно — 13,0 и 5,7. Эта разница статистически достоверна ($p<0,05$). Частота этих заболеваний нарастает наряду с повышением возраста. В группе лиц, страдавших туберкулезом, существенной разницы в частоте по полу обнаружить не удалось ($p>0,05$), среди лиц, не страдавших туберкулезом мужчины болели чаще, чем женщины ($p<0,05$). Распределение отдельных клинических форм хронических неспецифических заболеваний легких в группе лиц, страдавших и не страдавших туберкулезом, почти одинаковое — хронический бронхит и хроническая пневмония встречаются в целом почти в равном количестве, однако, частота хронической пневмонии среди более пожилых несколько выше, чем среди более молодых людей.

Связи с частотой хронических неспецифических заболеваний легких с характером перенесенного туберкулезного процесса обнаружить не удалось. Однако следует отметить, что, несмотря на то, что остаточные явления после перенесенного туберкулеза отмечались почти одинаково часто у лиц не болеющих и болеющих хроническими неспецифическими заболеваниями легких, у последних все же более обширны остаточные изменения (фиброзные или эмфизематозные встречаются почти в пять раз чаще, чем у лиц, не болеющих этими заболеваниями).

Результаты исследования роли курения в возникновении хронических неспецифических заболеваний легких после перенесенного туберкулеза показали, что влияние курения у этих лиц несколько больше выражено, чем у лиц, не страдавших туберкулезом: частота курящих среди больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, страдавших туберкулезом выше, чем у больных, не страдавших туберкулезом.

Клиническая картина хронических неспецифических заболеваний легких после перенесенного туберкулеза характеризуется более резко выраженными проявлениями, чем у больных нестрадавших туберкулезом: у больных, перенесших туберкулез, кашель сочетался с выделением мокроты, а особенно с одышкой чаще, чем у больных не страдавших туберкулезом. Небезынте-

ресно отметить, что больше, чем в половине случаев клинические признаки бронхита (в частности кашель с выделением мокроты) были установлены еще до открытия туберкулезного процесса, у остальных — во время нахождения на учете или после этого. Можно предполагать, что поражение бронхов, которое выражается бронхитическим синдромом и предшествует туберкулезному процессу играет, по-видимому, определенную патогенетическую роль в возникновении туберкулеза легких.

Из данных исследования внешнего дыхания выяснилось, что у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, в прошлом страдавших туберкулезом, имеется более резко выраженное нарушение, чем у больных, не страдавших туберкулезом. Разница между величинами показателей дыхательной функции (жизненная емкость и максимальная вентиляция легких) статистически достоверна ($p<0,05$), а между изменениями проходимости бронхов в обеих группах она оказалась незначительной у больных хроническим бронхитом и значительной ($p<0,05$) у больных хронической пневмонией.

Рентгенологическое исследование показало, что у больных, страдавших туберкулезом, отмечались различные изменения гораздо чаще (у 72 из 79, т. е. в 91,1%, в том числе и неактивные индурированные очаги), чем у больных, не страдавших туберкулезом (у 46 из 130, т. е. в 35,5%). Частота эмфизематозных изменений (локальных и диффузных) была соответственно — 17,9% и 10%, пневмосклероз или пневмофиброз (локальный или диффузный) — 43,4% и 4,6%. Кроме того, обнаруживались плевральные изменения соответственно — 19% и 0,8% и прочие изменения — 6,3 и 19,3%. Обширными явлениями в легких объясняется выраженная клиническая картина, в том числе значительная недостаточность функции внешнего дыхания. Можно предполагать, что остаточные фиброзные и эмфизематозные изменения являются почвой для развития хронических неспецифических заболеваний с одной стороны, а эти изменения усугубляются вследствие хронических воспалительных процессов с другой.

Таким образом, наши исследования показали, что туберкулез легких, перенесенный в прошлом, может оказаться, по-видимому, в связи с остаточными фиброзными явлениями одной из предпосылок в возникновении хронических неспецифических заболеваний легких. Клиническая картина хронических неспецифических заболеваний легких, развивающихся после перенесенного туберкулеза, характеризуется выраженной симптоматикой и значительной недостаточностью функции внешнего дыхания.

К ОЦЕНКЕ ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

В. С. ГОРДОН
Таллинская городская больница Харьюмяэ

Хотя в ряде работ (К. Г. Никулин, Б. С. Акимов, И. П. Баловнев, Р. И. Томилина, Б. С. Налимов, М. Р. Ласмане и др.) подчеркивается значение остаточных явлений острой пневмонии в возникновении хронической, в литературе отсутствуют данные диспансерного наблюдения над больными с остаточными явлениями острой пневмонии, в связи с чем еще не все вопросы о путях перехода острых пневмоний в хронические получили вполне отчетливое разрешение.

На основе диспансерного наблюдения над 226 больными, перенесшими острую пневмонию, нами изучены отдаленные исходы заболевания в зависимости от наличия или отсутствия остаточных симптомов воспалительного процесса в легких (рентгенологическая инфильтрация, лейкоцитоз, ускорение РОЭ, субфебриальная температура) к моменту выписки из стационара. У наблюдавшихся больных остаточные явления определялись у $40{,}7 \pm 3{,}3\%$ больных, что соответствует данным Н. С. Молчанова — 37,6%.

При этом следует иметь в виду, что некоторые из остаточных симптомов могут быть проявлением не только легочной патологии, но и сопутствующих заболеваний (хронические очаговые инфекции и др.). Остаточные явления наблюдались у лиц пожилого и старческого возраста в 1,5 раза чаще (t 2,4; $p<0{,}02$), чем в молодом и среднем возрасте.

У больных, выписанных из стационара с остаточными явлениями, хроническая пневмония при последующем диспансерном наблюдении была диагностирована в 4 раза чаще (t 2,6; $p<0{,}01$) по сравнению с больными, выписанными без остаточных явлений. Необходимо учесть, что в некоторых случаях под маской «острой пневмонии с остаточными явлениями» может протекать своевременно нераспознанное обострение хронической пневмонии. Это объясняется трудностями диагностики хронической пневмонии и возможностью латентного течения ее.

Остаточные явления в 1,6 раза чаще (t 3,1; $p<0,002$) наблюдались у больных с затяжным течением пневмонии. В качестве условного критерия затяжного течения острой пневмонии принята длительность заболевания свыше 24 дней, включая период до госпитализации (Л. В. Чирейкин). У больных с затяжным течением острой пневмонии хроническая пневмония в последующем возникла в 4,6 раза чаще (t 2,6; $p<0,01$), чем у больных с остротекущими пневмониями.

Сопоставление исходов затяжных пневмоний в зависимости от наличия или отсутствия остаточных явлений к моменту выписки больных из стационара, показало, что при наличии остаточных явлений затянувшиеся пневмонии переходили в хронические в 4,7 раза чаще (t 2,5; $p<0,02$), чем при отсутствии их. С другой стороны, исходы затяжных пневмоний без остаточных явлений и остротекущих пневмоний существенно не отличались друг от друга (t 0,5; $p<0,6$).

Следовательно, в возникновении хронической пневмонии имеет значение не только то или иное течение пневмонии, но и наличие остаточных явлений при выписке больных. Поэтому при решении вопроса о переходе острой пневмонии в хроническую, по-видимому, следует учитывать не только длительность заболевания, но также и динамику обратного развития остаточных явлений воспалительного процесса в легких.

Анализ частоты остаточных явлений в зависимости от длительности лечения в стационаре показал, что $38,0\pm5,1\%$ больных из числа выписанных с остаточными явлениями, лечились в стационаре продолжительное время — 3 недели и дольше, что связано как с тяжестью течения пневмонии, так и с известными недочетами в лечении больных. В ряде случаев лечение больных острыми пневмониями проводится без учета степени тяжести заболевания, наличия сопутствующих болезней и т. д.

Наличие остаточных явлений у больных с меньшими сроками лечения, очевидно, обусловлено также и преждевременной выпиской их из стационара. Поэтому сокращение сроков стационарного лечения при острых пневмониях представляется нежелательным. Для большинства больных острыми пневмониями продолжительность лечения в стационаре, по-видимому, должна быть не меньше 21—24 дней. Перед выпиской из стационара необходимо тщательное обследование больных.

В целях профилактики хронической пневмонии в настоящее время в Таллине осуществляется более осторожный подход к выписке больных острыми пневмониями на работу. Учитывая по-

лученные нами данные (1967) о худших результатах лечения острых пневмоний в домашних условиях, следует считать наиболее целесообразным госпитализацию всех больных острыми пневмониями.

Тщательное лечение больных острыми пневмониями в стационаре и последующая диспансеризация их является основой профилактики хронической пневмонии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТАХ

А. Н. ВАПРА и И. А. РООТСМЯЭ
Кафедра госпитальной терапии Тартуского государственного университета; Кийдярвеская туберкулезная больница

Согласно демографическим данным удельный вес лиц пожилого и старческого возрастов в экономически развитых странах постоянно увеличивается (С. Ф. Чеботарев, Н. Н. Сачук). За последнее время отмечается некоторая тенденция к увеличению числа госпитализированных больных в пожилом и старческом возрастах (З. Г. Ревуцкая, В. Ноор, А. Вапра), в том числе больных, страдающих хронической пневмонией (Н. С. Молчанов, Neugebauer). Однако вопросы, касающиеся особенностей течения хронической пневмонии в этих возрастных группах освещены еще недостаточно. Для выяснения особенностей клинического течения хронической пневмонии мы разработали клинические материалы терапевтических отделений Тартуской республиканской и Тартуской городской клинической больниц за период 1962—1967 гг. Было изучено 212 больных, из них мужчин — 134 и женщин — 78. Обследуемые больные были распределены по возрастным группам согласно рекомендации Ленинградского симпозиума по геронтологии (1962) и симпозиума ВОЗ по геронтологии (Киев, 1963). В молодом возрасте было 80, в среднем — 54 и в пожилом — 71, а в старческом возрасте — 7 человек. В пожилом и старческом возрастах мужчин было 51 и женщин — 27.

В качестве сопутствующих заболеваний в большинстве случаев отмечался кардиосклероз, сопровождавшийся у $^1/_3$ больных недостаточностью кровообращения. У 72% больных была эмфизема легких и у 15% — гипертоническая болезнь. Бронхиальная астма в пожилом возрасте встречалась у 12 (15,4%), в среднем — у 13 (24%) и в молодом возрасте — у 25 (30,1%) больных. Бронхиальная астма у лиц пожилого возраста при хронической пневмонии имела более стертый характер и характери-

зовалась умеренно выраженным астмоидным состоянием. Это следует объяснить ослаблением аллергических реакций у больных пожилого и старчего возрастов.

У большинства больных в пожилом и старческом возрастах отмечалось подострое начало заболевания и более тяжелое течение хронической пневмонии, чем у больных молодого и среднего возрастов. При этом следует отметить, что повышение температуры и изменение картины крови были выражены нерезко в отличие от больных молодого и среднего возрастов. Сдвиги в протеинограмме сыворотки крови у больных в пожилом возрасте были более выражены и держались дольше, чем у больных среднего и молодого возрастов.

Клинико-рентгенологические особенности хронической пневмонии в пожилом и старческом возрастах отличались большей выраженностью и частотой склеротических и эмфизематозных изменений легких по сравнению с больными молодого и среднего возрастов.

В заключение необходимо сказать, что клиническая картина хронической пневмонии в пожилом и старческом возрастах имеет свои возрастные особенности, которые следует учитывать при диагностике и лечении.

АУТОИММУНИЗАЦИЯ И ФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЯХ

А. И. БОРОХОВ, В. П. ЛУКАШЕНОК, С. А. ДРОЗДОВА и Г. Ф. КСЕНДЗОВА
Клиника госпитальной терапии Смоленского медицинского института

Широкое распространение хронических пневмоний, как это установлено эпидемиологическими исследованиями в нашей стране и за рубежом, высокий удельный вес этих заболеваний среди патологии внутренних органов, усиливает внимание к названной проблеме.

В последние годы особое внимание привлекают иммунологическое и биохимическое направления в изучении хронических пневмоний, в частности, аутоиммунизация и иммунология белков крови.

Поскольку в регуляции реактивности и иммунитета важным звеном является гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система (П. Ф. Здродовский), представляется интересным комплексное изучение аутоиммунных реакций и функций коры надпочечников при хронических пневмониях.

Исследования такого рода проводятся в госпитальной терапевтической клинике Смоленского мединцинского института с 1961 г. (А. И. Борохов, 1962—1963; В. П. Лукашенок, 1966—1968; С. А. Дроздова, 1968; Г. Ф. Ксендзова, 1968). Исследованию подвергнуты 605 больных хроническими пневмониями, а в качестве контроля — многочисленные группы здоровых лиц, больных острой пневмонией, туберкулезом легких и другими, «нелегочными» заболеваниями внутренних органов.

Противолегочные и другие противотканевые антитела у больных хроническими пневмониями исследованы различными серологическими методами (реакция связывания комплемента, реакция пассивной гемагглютинации по Бойдену, непрямой тест поглощения антиглобулина по Штеффену) с применением антигенов, приготовленных из неизмененной патологическим процессом легочной и других тканей, а также из легочной ткани умерших от хронической пневмонии.

Как показали наши исследования, частота выявления и титры

противолегочных гуморальных антител у больных хронической пневмонией колеблются в широких пределах и зависят от ряда факторов: от метода исследования (реакция связывания комплемента или реакция Бойдена; антиген из «здоровой» или из патологически измененной легочной ткани; реакция сыворотки крови с одним или несколькими антигентами); в известной мере от стадии и фазы хронической пневмонии. Не выявлена корреляционная связь между содержанием противолегочных антител в крови, с одной стороны, и астмоидным синдромом, инфекционно-аллергической бронхиальной астмой и выраженностью дыхательной недостаточности — с другой.

Сопоставление результатов реакций одних и тех же сывороток, взятых от больных хронической пневмонией, с антигенами, приготовленными из различных тканей, выявило относительную органоспецифичность обнаруженных гуморальных противолегочных антител.

Между титрами реакции пассивной гемагглютинации и реакции связывания комплемента у одних и тех же больных обнаружена лишь слабая корреляционная связь. Вероятно, эти реакции выявляют противолегочные антитела различных видов, свидетельствуя, как и увеличение числа положительных реакций с возрастанием количества антигенов, применяемых в реакциях с одной и той же сывороткой, о поливалентности сывороток больных хронической пневмонией.

Получены отрицательные результаты реакций пассивной гемагглютинации и связывания комплемента с сыворотками больных хроническими пневмониями и антигенами культур микробов, выделенных из легочной ткани, из которой приготовлялся легочный антиген. Этот факт может свидетельствовать об отсутствии прямого влияния на результаты реакций с легочным антигеном инфекта и соответствующих противоинфекционных антител. Однако инфект, не оказывая непосредственного влияния на результаты реакций сывороток больных с легочными антигентами, надо думать, является первопричиной развития аутоиммунизации при хронической пневмонии.

Нами не обнаружена зависимость положительных реакций от изоантигенной несовместимости по системе антигенов крови АВО.

Как показали далее наши исследования, комплексное лечение (без кортикостероидов) больных хронической пневмонией с достижением клинической ремиссии не сопровождается уменьшением содержания противолегочных антител в крови. Более того, у большинства больных титры антител возрастают. Такого

рода изменения содержания гуморальных противолегочных антител имеют обратную коррелирующую связь со степенью проницаемости капилляров: низкие титры антител — при высокой капиллярной проницаемости и высокие титры — при снижении или нормализации проницаемости капилляров для белка.

В связи с аутоиммунизацией обращает на себя внимание не только количественное изменение белковых фракций крови (уменьшение альбуминов и увеличение α_2- и γ-глобулинов), но и изменение иммунологических свойств сывороточных белков, наиболее выраженное и повторяющееся в зонах подвижности α_2-, γ- и иммуноглобулинов (при исследовании методом сопряженного стереоиммуноэлектрофореза по С. С. Василейскому). При этом не выявлена коррелятивая связь между уровнем полных гуморальных противолегочных антител и содержанием γ-глобулинов сыворотки крови.

Андрогенная, глюкокортикоидная и минералокортикоидная функции коры надпочечников изучались путем исследования нейтральных 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов (суммарных и свободных) в суточной моче: K и Na в плазме, эритроцитах и в моче. Обнаружено снижение указанных функций коры надпочечников у больных хронической пневмонией, зависящее от степени выраженности патологического процесса (стадии хронической пневмонии). Рост титров противолегочных антител ко времени ремиссии хронической пневмонии сопровождается улучшением функций коры надпочечников, хотя между этими показателями и нет параллелизма.

У больных хронической пневмонией обнаружено снижение наличных и потенциальных резервов коры надпочечников, выявляемое трехдневной пробой с АКТГ. Значительно повышено выделение с мочой свободных 17-оксикортикостероидов при осложнении хронической пневмонии астмоидным синдромом и бронхиальной астмой, что может быть вызвано снижением утилизации гормонов тканями, прежде всего, печенью.

Применение у больных хронической пневмонией средних терапевтических доз глюкокортикоидных гормонов оказывает различное влияние на содержание аутоантител, что зависит, вероятно, от фазы процесса антителообразования, степени капиллярной проницаемости и индивидуальной чувствительности системы иммуногенеза.

ОБ АКТИВНОСТИ ФРУКТОКИНАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Э. А. РАУКАС
Институт экспериментальной и клинической медицины
Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Известно, что при некоторых заболеваниях, таких как диабет, эпидемический паротит, тиф и др., отмечается уменьшение расщепления и усвоения глюкозы. В это время фруктоза, введенная в организм, очень быстро подвергается фосфорилированию при помощи фруктокиназы.

Таким образом, фруктокиназа является специфическим ферментом углеводного обмена, катализирующим фосфорилирование фруктозы. Установлено, что активность фруктокиназы в различных тканях разная. По данным литературы, активности фруктокиназы в сыворотке крови здоровых людей не обнаруживается (Hess и Gehm, Poznanska). Однако данные об изменении активности фруктокиназы при легочных заболеваниях в литературе нам найти не удалось.

Учитывая важную роль фруктокиназы в углеводном обмене, изучение активности ее при различных патологических состояниях легких, представляет в клинической практике значительный интерес.

С этой целью изучали активность фруктокиназы у следующих больных: у 47 больных раком легкого II и III стадий (38 мужчин и 9 женщин), у 32 больных хронической пневмонией I и II стадий (20 мужчин и 12 женщин) и у 39 больных туберкулезом легких (29 мужчин и 10 женщин). Исследованные были в возрасте от 19 до 70 лет.

Контролем служили результаты исследования активности фермента у 45 здоровых лиц (15 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 18 до 51 года.

Активность фермента определяли на спектрофотометре СФ-4 при 515 нм по убыли фруктозы в течение 20 минут инкубации при 37°С (Kuyper). Количество фруктозы до и после инкубирования определяли по методу Роу. Убыль фруктозы выражали в мкМ на 1 мг белка. Белок определяли по методу Лоури.

Таблица

Активность фруктокиназы сыворотки крови у больных различными воспалительными процессами легких

Группы обследованных	Число	Активность фруктокиназы мкМ на 1 мг белка. Средняя величина M ± m	Статистическая достоверность	Число и процент больных, имеющих активность фермента		Статистическая достоверность
				число	%	
Здоровые	45	M_1 0,11±0,06		4	8,9	$p_1 < 0,01$
Рак легкого	47	M_2 0,77±0,24	$M_2 - M_1$ $p < 0,01$	16	34	$p_2 < 0,01$ $p_1 < 0,01$
Хроническая пневмония	33	M_3 0,31±0,12	$M_3 - M_1$ $p > 0,1$	11	34	$p_3 < 0,01$
Туберкулез легких	39	M_4 2,48±0,29	$M_4 - M_1$ $p < 0,001$	32	82	$p_1 < 0,001$
Из них: гематогенно-диссеминированный и фиброзно-кавернозный	12	M_5 2,83±0,75	$M_5 - M_1$ $p < 0,001$	9	75	$p_1 < 0,001$
инфильтративно-пневмонический и очаговый	27	M_6 2,23±0,33	$M_6 - M_5$ $p > 0,1$	23	85	$p < 0,001$

* p_1 — статистическая разница между здоровыми и больными, p_2 — между больными туберкулезом легких и раком легкого, p_3 — между больными туберкулезом легких и хронической пневмонией.

Результаты исследования представлены в таблице, из которой видно, что активность фруктокиназы сыворотки крови у здоровых людей равнялась в среднем 0,11±0,06 мкМ на 1 мг белка, причем у подавляющего большинства здоровых лиц (91,1%) активность фермента обнаружена не была. У больных раком и туберкулезом легкого обнаружили заметное повышение активности фруктокиназы в сыворотке крови (разница статистически достоверна, соответственно, $p<0,01$ и $p<0,001$).

Наиболее заметное повышение активности фруктокиназы наблюдалось у больных туберкулезом легких. Степень активности изучаемого фермента у больных туберкулезом легких была в 3 раза выше, чем у больных раком легкого и в 8 раз выше, чем у больных хронической пневмонией. Статистически достоверной

разницы активности энзима в сыворотке крови между группами больных с вновь выявленными и хроническими формами туберкулеза обнаружено не было ($p>0,1$).

Сравнивая частоту положительных проб активности фруктокиназы при различных легочных заболеваниях, видим, что у больных туберкулезом легких в 2,5 раза больше положительных проб активности фермента (82%), чем у больных раком легкого (34%) и хронической пневмонией (34%) и почти в 10 раз больше, чем у здоровых лиц (8,9%), ($p<0,001$).

Вышеизложенные данные позволяют сделать вывод, что самые выраженные изменения активности фермента наблюдали у больных туберкулезом легких. Повышение активности фруктокиназы у легочных больных обусловливают лучшее и более быстрое расщепление фруктозы. Проявление и повышение активности фермента в сыворотке крови, по-видимому, связано с нарушением гормональной системы и проницаемости клеточных мембран.

Определение активности фруктокиназы сыворотки крови при заболевании легких может иметь значение как один из дополнительных показателей при исследовании реактивности организма.

НОМОГРАММЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОЛЖНЫХ ВЕЛИЧИН СПИРОМЕТРИИ И ПНЕВМОТАХОМЕТРИИ

Л. Ю. МАЗЕР, Я. Я. КАРУСОО, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и Л. Э. ЯННУС
Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР

В последние годы в клинике легочных заболеваний широко применяется функциональная диагностика. Среди методов исследования функционального состояния легких определенное место занимают малотрудоемкие методы спирометрии и пневмотахометрии. Как известно, спирометрия позволяет определить жизненную емкость легких, пневмотахометрия — бронхиальную проходимость в виде измерения мощности вдоха и выдоха.

Для правильной оценки результатов исследования функционального состояния легких у больных необходимо сравнивать полученные данные с должными величинами. Для определения должных величин спирометрии в литературе имеется ряд формул и номограмм (Д. Г. Дембо, А. И. Зятушков, В. В. Розенблат с соавторами, Miller). Данные о должных величинах при пневмотахометрических исследованиях нам удалось найти только в работах Г. О. Бадаляна. Поэтому мы считали целесообразным выработать номограмму для определения должных величин пневмотахометрии и спирометрии.

Для выработки методики определения должных величин пневмотахометрии и спирометрии мы обследовали 2115 здоровых лиц в возрасте от 18 до 70 лет на острове Сааремаа. Из них 713 были мужчины и 1402 — женщины. При исследованиях вдох и выдох пневмотахометрии, а также спирометрию определяли 2—4 раза и фиксировали самый высокий результат. Кроме того, измеряли рост и вес каждого исследуемого, фиксировали возраст и пол. Полученные данные разрабатывали при помощи электронной вычислительной машины Минск-22 по соответствующим программам.

Средние величины исследуемых показателей у здоровых лиц приведены в таблице.

Таблица

Средние величины

Показатель	Средняя величина	
	мужчины	женщины
Возраст	46,6 лет	46,0 лет
Рост	174,6 см	161,3 см
Вес	76,6 кг	67,2 кг
Спирометрия	4,2 л	3,0 л
Пневмотахометрия		
при вдохе	4,3 л/сек	3,3 л/сек
при выдохе	4,7 л/сек	3,7 л/сек

Рис. 1

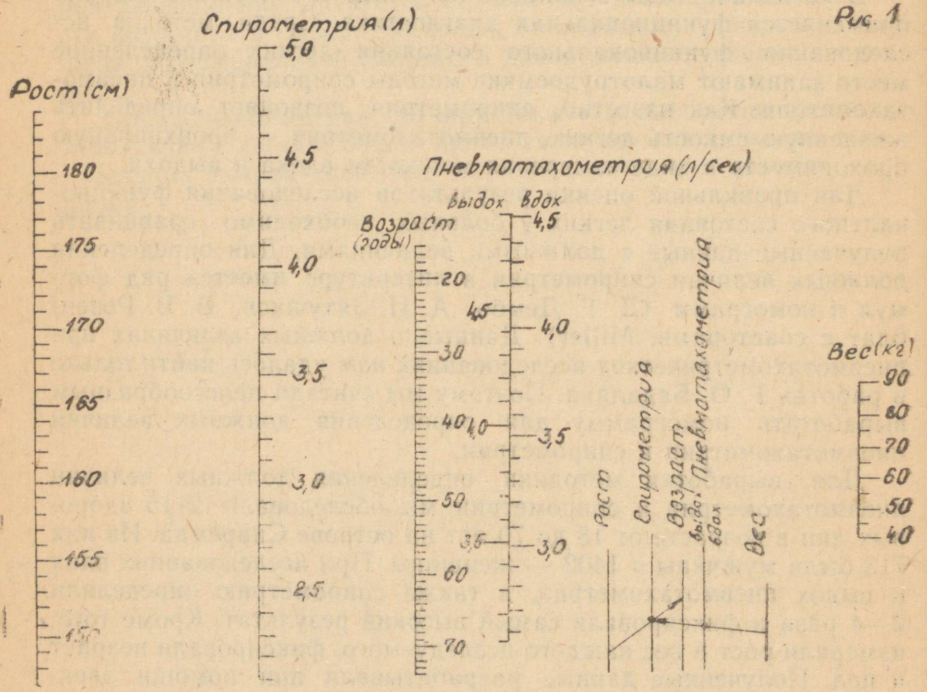

Рис. 5. Номограмма для определения должных величин спирометрии и пневмотахометрии у женщин.

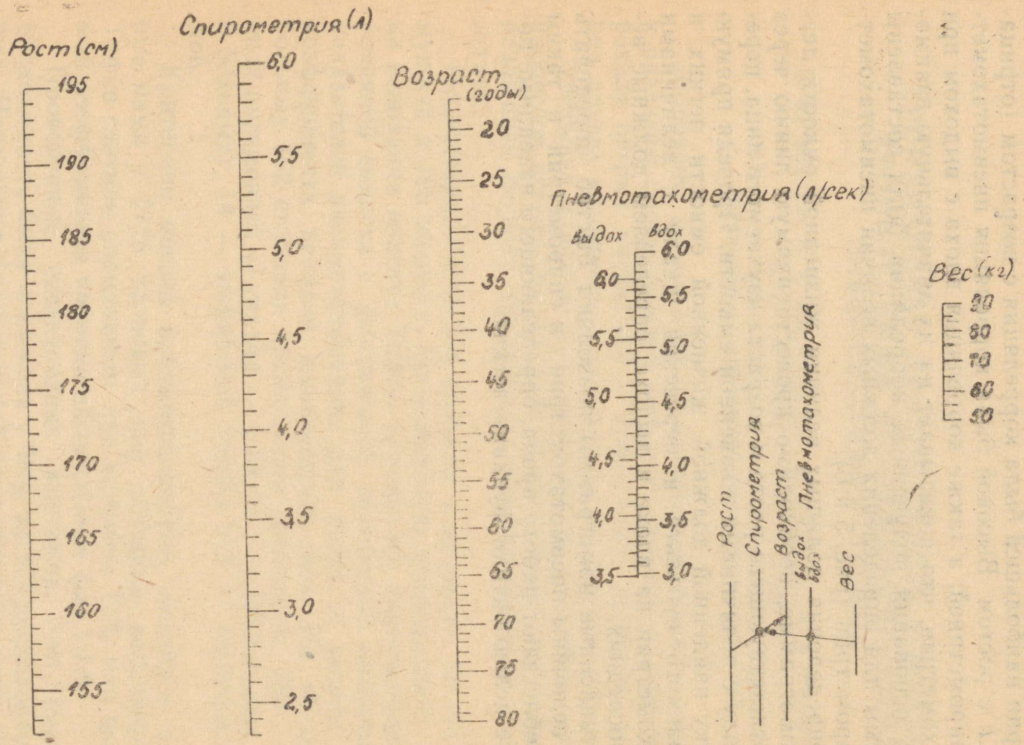

Рис. 6. Номограмма для определения должных величин спирометрии и пневмотахометрии у мужчин.

Для выведения должных величин пневмотахометрии при вдохе и выдохе, а также спирометрии, определяли степень их корреляции с антропометрическими показателями и с возрастом.

Произведенный анализ показал, что при пневмотахометрии и спирометрии наибольшей была корреляция с возрастом (отрицательная) и с ростом. Высокой была корреляция пневмотахометрии со спирометрией, а также корреляция вдоха с выдохом при пневмотахометрии, что показывает на их значительную взаимосвязь. На основании полученных корреляций были составлены номограммы для определения должных величин пневмотахометрии и спирометрии (рис. 5 и 6).

Для определения должных величин жизненной емкости легких по номограмме, необходимо провести прямую линию через точки соответствующего роста и возраста изучаемого лица, пересекая шкалу с величинами жизненной емкости. Проведя прямую через точку найденной должной жизненной емкости легких и веса изучаемого субъекта и пересекая шкалу с величинами пневмотахометрии на вдохе и выдохе, определяем должные величины последних.

Представленные номограммы позволяют быстро определить должные величины пневмотахометрии и спирометрии и таким образом, облегчают работу врача, определяющего названные показатели с целью оценки функции легких.

БРОНХИАЛЬНАЯ ПРОХОДИМОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Л. Ю. МАЗЕР, Я. Я. КАРУСОО, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и Л. Э. ЯННУС
Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР

Изменение нормальной проходимости бронхов может вести к развитию обструктивной эмфиземы легких, способствовать переходу острых пневмоний в хронические процессы и вызывать ряд других клинических проявлений со стороны легких.

Учитывая значение бронхоспазма в развитии хронических процессов легких, мы изучали бронхиальную проходимость при различных формах хронических неспецифических заболеваний легких.

Исследовано было 374 больных в возрасте 18—70 лет, 175 мужчин и 199 женщин. Бронхиальную проходимость оценивали на основании индекса Тифно (отношение односекундной форсированной емкости к фактической жизненной емкости легких), показателей пневмотахометрии при вдохе и выдохе, а также коэффициента времени дыхательных фаз. Из обследованных больных 162 страдали хроническим бронхитом, 189 — хронической пневмонией (I стадия — у 82, II — у 99 больных и III — у 8 больных), 14 — эмфиземой легких и 9 — бронхиальной астмой.

Критерием оценки пневмотахометрии являлись выработанные нами у 2115 здоровых лиц должные величины. Индекс Тифно считали нормальным при величине 70% или выше и нормой коэффициента времени дыхательных фаз 1:1,3.

Проведенные исследования выяснили, что бронхиальная проходимость была понижена у 58% из 374 исследованных больных. Нарушения бронхиальной проходимости явно зависели от клинической формы хронического неспецифического заболевания легких. При хроническом бронхите отмечали понижение бронхиальной проходимости у 44% больных, при хронической пневмонии у 66%, при эмфиземе — у 50% больных. Нарушения брон-

хиальной проходимости и степень их полностью зависели и от стадии хронической пневмонии: в I стадии нарушения бронхиальной проходимости отмечали у 60%, во II — у 78% и в III стадии — у всех 8 больных (100%).

Наибольшие нарушения бронхиальной проходимости наблюдались у больных с клинически выраженным бронхоастматическим синдромом. Из 38 больных с этим синдромом у 33 были тяжелые и у 5 средние нарушения бронхиальной проходимости. У этих больных отмечалось понижение выдоха при пневмотахометрических исследованиях, по сравнению с вдохом, что свидетельствует о наличии бронхоспазма именно при выдохе. У большинства больных с нарушениями бронхиальной проходимости были жалобы, указывающие на бронхоспастический компонент. У части больных (22 человека с пониженной бронхиальной проходимостью) жалоб на затрудненное дыхание не было и клинические явления бронхоспазма также отсутствовали. Из этого следует, что исследование бронхиальной проходимости позволяет диагностировать ранние бронхоспастические явления, которые клинически еще не проявляются.

Наиболее выраженными были нарушения бронхиальной проходимости с диффузными процессами в легких. Ограниченные изменения в легких обыкновенно сопровождались нерезкими нарушениями бронхиальной проходимости. Часто встречалось понижение бронхиальной проходимости у больных, без рентгенологических изменений в легких (у 52% из 230). Из этого следует, что исследованием бронхиальной проходимости можно обнаружить функциональные бронхоспастические явления в тех случаях, когда легкие были рентгенологически без патологических изменений.

Как показала статистическая обработка результатов исследований, курение на бронхиальную проходимость существенного влияния не имело. При различных формах хронических неспецифических заболеваний легких отмечали одинаковое снижение бронхиальной проходимости у курящих и некурящих.

При сравнении результатов исследований было обнаружено, что спирографически нарушения бронхиальной проходимости выявлены у большего количества больных (на 20%), чем методом пневмотахометрии. Это объясняется, видимо, большей точностью и чувствительностью спирографического метода исследования.

В заключение можно сказать, что исследование бронхиальной проходимости позволяет обнаружить функциональные бронхоспастические явления и тем самым дает возможность проводить

соответственное лечение бронхолитическими средствами. Хотя пневмотахометрический метод исследования менее чувствителен, чем спирографический, он вполне оправдывает себя в повседневной амбулаторной и клинической практике.

РОЛЬ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

В. С. БЕККЕР и А. И. ГРАНАТ
Таллинский городской туберкулезный диспансер

В последнее время, благодаря успехам медицинской науки и практики, изменились клиническое течение и исход ряда заболеваний органов дыхания. Важную роль в этом сыграли массовые профилактические флюорографические обследования населения, которые способствуют выявлению заболеваний легких в более ранних стадиях. В связи с этим функции флюорографических кабинетов (отделений) постоянно расширяются и углубляются.

Если раньше флюорографические кабинеты, в основном представляли собой только фильтры для выявления больных активными формами туберкулеза легких, то на современном этапе наряду с этим, флюорография призвана заниматься как выявлением, так и дифференциальной диагностикой многочисленных заболеваний органов грудной клетки.

Непосредственная связь флюорографических кабинетов с пульмонологическими значительно повышает роль флюорографии. По данным Д. Д. Асеева в настоящее время 60—70% больных с заболеваниями легких выявляются при профилактических рентгенологических обследованиях.

В этом сообщении мы хотим поделиться опытом работы по выявлению различных заболеваний легких нетуберкулезной этиологии, накопленным во флюорографическом кабинете нашего диспансера.

Все флюорографические снимки подвергаются двукратному просмотру — рентгенологом и фтизиатром. Лиц с подозрением на патологию приглашают на дополнительное рентгенологическое и, при необходимости, клиническое обследование. Мы широко используем обзорную и прицельную ренгтенографию, многоосевую рентгеноскопию, томографию и бронхографию, а также лаборатории диспансера — клиническую, бактериологическую, микологическую, биохимическую.

В необходимых случаях пользуемся диагностическим стационаром и консультацией узких специалистов-бронхологов, профпатологов, терапевтов.

Придавая важное значение при решении вопроса о диагнозе рентгенологической динамике процесса, мы пользуемся архивом флюорограмм, позволяющим проследить рентгенологическую картину на протяжении нескольких лет.

С 1968 г. у нас создана картотека-фильмотека на всех людей с изменениями в легких, а также и на группы населения, наиболее предрасположенные к заболеваниям активным туберкулезом легких (лица, ранее болевшие туберкулезом легких, больные диабетом, состоящие в контакте с бациллярными больными, имеющие гиперэргические туберкулиновые пробы). Такая же картотека-фильмотека заведена на всех мужчин в возрасте 45 лет и старше, что будет способствовать выявлению больных раком легкого в более ранней стадии.

Описанная методика выработана в результате анализа работы кабинета за истекшие 5 лет.

Представляемый материал основан на изучении 538 000 флюорографических обследований, произведенных за период 1964—1968 гг.

За эти годы выявлено 473 больных с различными нетуберкулезными заболеваниями легких и средостения, что составляет 8,8 на 10 000 обследованных. Среди них было 328 больных пневмонией (253 острой и 75 хронической).

Выявлено 34 больных раком легкого. Среди обследованных в возрасте 19—49 лет выявляемость рака легкого составила 0,13, а в возрасте 50 лет и старше — 4,73 на 10 000 человек, т. е. в 36 раз чаще. Мужчин было 24, женщин — 10. Оперировано 5 больных, из них радикально — 4 (11,8%). 3 больных раком легкого отказались от предложенного им хирургического вмешательства.

Основываясь на данных Таллинского республиканского онкологического диспансера (Rätsep), свидетельствующих, что только 6,7% больных раком легкого подвергаются радикальному хирургическому лечению, можно говорить об определенном положительном значении флюорографических обследований взрослого населения в целях выявления больных раком легкого в более ранних его стадиях.

Доброкачественные опухоли, кисты легких и средостения обнаружены у 16 человек, саркоидоз Бека — у 12 (у 9 лиц в возрасте 12—29 лет). Преимущественно болезнь Бека выявлялась в первой стедии, что резко затрудняло дифференциальную диагностику этого заболевания с туберкулезным бронхоаденитом.

Выявлено 12 больных с профессиональными пневмокониозами, у 71 обнаружены другие заболевания легких и плевры.

Приведенные данные, по нашему мнению, подтверждают целесообразность проведения профилактических флюорографических обследований в целях более раннего выявления больных с различной легочной патологией.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ ПНЕВМОНИИ

Э. И. НЕКРАШАС и В. ВИТКЕНЕ
Кафедра факультетской терапии медицинского факультета Вильнюсского государственного университета им. В. Капсукаса;
Вильнюсская республиканская клиническая больница

В последние годы проблема хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) становится все более актуальной, что несомненно связано с увеличением числа этих больных. Однако более подробное распределение ХНЗЛ по отдельным нозологическим формам иногда бывает весьма затруднительным. Не всегда легко определить где только хронический бронхит, а где уже хроническая пневмония I стадии, морфологическую основу которой составляют также явления хронического бронхита, перибронхита.

Наше сообщение касается 289 больных, страдающих хронической пневмонией и хроническим бронхитом, находившихся на лечении за период с 1961 по 1967 г. в пульмонологическом отделении факультетской терапевтической клиники ВГУ на базе Республиканской вильнюсской клинической больницы «Красный Крест».

С целью более глубокого изучения рентгеноморфологических особенностей бронхолегочного аппарата, у этих больных во всех случаях проводилось развернутое рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, обыкновенная и суперэкспонированная рентгенография в нескольких направлениях, томография, кимография, бронхография и бронхотомография). Рентгенологическое исследование подбиралось индивидуально и сочеталось с общеклиническими, спирографическими и пневмотахометрическими показателями.

Среди изученных нами больных хронической пневмонией I стадии страдали 187 человек и хроническим бронхитом 102 человека.

Распределение больных по полу и возрасту приведено в таблице.

Таблица

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст в годах	16—25		26—35		36—45		46—55		56—70		Всего
Заболевание	М*	Ж**	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Хронический бронхит	8	8	8	16	9	16	7	10	13	7	102
Хроническая пневмония	16	11	10	17	11	24	10	10	53	25	187
Всего	24	19	18	33	20	40	17	20	66	32	289

М* — Мужчины, Ж** — Женщины.

Среди 102 обследованных больных, страдающих хроническим бронхитом в 91 случае изменения носили диффузный характер и в 11 случаях — ограниченный. Одновременно было отмечено, что не всегда при наличии хронического бронхита имеются более значительные рентгенологические изменения. Так у 22 больных рентгенологически не удалось выявить признаков хронического бронхита, который был установлен клинически. У остальных 80 больных был выявлен деформированный легочный рисунок.

В тех случаях, когда больше были поражены крупные и средние бронхи (I—IV порядка) процесс чаще локализовался в медиальных частях нижних долей. Здесь обнаруживались парные, параллельно идущие интенсивные линии (стенки бронхов) с просветлением (просвет бронха) между ними. В зависимости от инфильтрации стенки бронхов и степени их повреждения эти линии были не одинаковой толщины, неровные, местами шире просвета бронха. Толщина стенки бронхов хорошо выявлялась на томограмме.

При поражении более мелких бронхов, вырисовывалось петлистое строение легочной ткани. За счет выявления веточек мелких бронхов, эта картина во многом напоминает пневмосклероз с бронхоэктазами. Практически вопрос решала бронхография, которая выявляла неодинаковое сужение бронхиальных веток, извилистость и неровность их стенок. Из-за наличия секрета в мелких бронхах они заполнялись неоднородно, тяжело, а иногда и совсем не заполнялись. Особенно значительные изменения наблюдались при наличии деформирующего бронхита. В этих слу-

чаях, кроме резкой деформации стенок бронхов и сужения их в дистальных отделах, отмечалось нарушение активной и пассивной подвижности стенки бронха: во время вдоха просвет его не расширялся, а бронхи мало вытягивались в вертикальном направлении. Угол ответвления бронхов не изменялся. Эти симптомы указывали на ригидность бронхиальной стенки.

При астматическом бронхите имелась более или менее выраженная эмфизема легких, которая отчасти прикрывала изменения легочного рисунка.

При затяжных пневмониях изменения легочной ткани имели больше локализованный характер (1—4 сегмента): на месте повреждения обнаруживалась инфильтрация паренхимы, проявлявшаяся в негомогенном различной интенсивности затенении. Перибронхиальная инфильтрация, которая при обычном графическом обследовании прикрывалась изменениями паренхимы, лучше выявлялась на суперэкспонированных рентгенограммах и томограммах. Повторные пневмонии на фоне хронических бронхитов чаще имели перибронхиальный характер.

111 больным из 187 страдающих хронической пневмонией I стадии, проведена бронхография. У $^1/_3$ из них наблюдалось более тяжелое наполнение мелких бронхов за счет наличия секрета в них или неравномерности их просвета.

Рентгенологическое исследование показало, что при хронической пневмонии I стадии процесс в основном охватывает паренхиму легких, одновременно втягивая в бронхи. При хронических бронхитах на первый план выступают изменения бронхов и межуточной перибронхиальной ткани с одновременным нарушением рентгенофункциональных проб (нарушение движения бронхов в различные фазы дыхания, нарушение эвакуаторной функции бронхов).

Для более точной локализации патологического процесса мы предлагаем следующую запись диагноза:

Хроническая пневмония I стадии, $\angle$ сегм. в фазе обострения (ремиссии)

$Л_{0-1}$, $Н_{0-1}$, где Л — легочная недостаточность.

Н — недостаточность кровообращения.

Такое оформление диагноза дает четкое указание места и степени поражения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕГОЧНУЮ АРТЕРИЮ

Проф. Ф. Г. УГЛОВ, С. Н. СОКОЛОВ, В. Ф. ЕГИАЗАРЯН и И. В. ВАСИЛЬЧУК
Всесоюзный научно-исследовательский институт пульмонологии Министерства здравоохранения СССР

Острые нагноительные процессы продолжают составлять значительную часть заболеваний легких. Несмотря на самую активную терапию при лечении острых абсцедирующих пневмоний, иногда длительное время не удается добиться желаемого терапевтического эффекта. В связи с этим возникает необходимость применения более эффективных методов лечения острых нагноительных заболеваний легких.

С 1967 г. мы начали вводить антибиотики непосредственно в легочную артерию больным острыми абсцедирующими пневмониями. Лечение методом длительной инфузии лекарственных препаратов было проведено у 73 больных.

Инфузия продолжалась от 5 до 31 дня. При строгом соблюдении техники зондирования камер сердца и сосудов легких и при учете показаний и противопоказаний к применению этого метода лечения опасности и осложнения могут быть исключены. В основном с осложнениями мы встретились в самом начале освоения этого метода.

У 3 больных отмечен стойкий спазм вены, препятствующий проведению катетера в легочную артерию. Спазм возникал во время выделения вены, снятию спазма помогало внутривенное введение 0,5% раствора новокаина в количестве 10—15 мл.

У 2 больных на месте введения катетера возникло нагноение; разведение краев раны предупреждало дальнейшее развитие воспалительного процесса.

Иногда по ходу плечевой вены наблюдались явления флебита, которые исчезали после извлечения катетера.

В ряде случаев мы наблюдали отек кисти различной степени на стороне катетеризации, что, по-видимому, связано с недостаточным оттоком венозной крови. Явления отека полностью исчезали через 1—2 дня после удаления катетера. У 10 больных

произошла закупорка катетера в различные сроки лечения. Профилактикой этого осложнения является тщательный контроль персонала за скоростью введения лекарственных веществ — 12—15 капель в минуту и добавление к вводимым препаратам гепарина от 5000 до 10 000 ед. в сутки. Во время продвижения катетера по камерам сердца, особенно в области клапанов, могут наблюдаться групповые экстрасистолы, последние возникают и в случаях образования катетером петель в камерах сердца.

Осторожные манипуляции катетером в камерах сердца под рентгенологическим контролем помогают избежать этого осложнения.

Весьма нежелательным осложнением длительных инфузий в легочную артерию является мигрирование катетера. Поэтому необходимо тщательно контролировать положение катетера каждые 2—3 дня рентгенологически или записью кривых давления.

Мигрирование катетера может привести к тому, что не будет селективной инфузии, вследствие чего нельзя будет поддерживать высокие концентрации антибиотиков в патологически измененных отделах легкого.

Мигрирование и неправильное положение катетера при первичном его введении могут привести к закупорке сегментарной артерии и, следовательно, к инфаркт-пневмониям.

Инфаркт легкого вследствие перемещения или продвижения катетера в сегментарную артерию развился у 3 больных (4,1%).

У этих больных первым признаком начавшегося осложнения были прожилки крови в мокроте, боли в грудной клетке при дыхании, повышение температуры.

Появление этих признаков является прямым показанием к контролю положения катетера. Профилактикой данного осложнения является тщательный рентгенологический контроль в боковой проекции, так как он дает более точное представление о положении катетера в сегментарной артерии.

Метод длительного введения антибиотиков в легочную артерию при лечении острых абсцедирующих пневмоний по нашим данным очень эффективный и перспективный.

Осложнения, возникающие при этом методе лечения, могут быть предупреждены осторожным введением катетера, соблюдением скорости введения лекарственных препаратов и тщательным рентгенологическим контролем положения катетера в легочной артерии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ

А. М. РУЛЛИ, Х. Ю. РААГА и Р. А. ПУРРЕ
Кафедра общей хирургии Тартуского государственного университета;
Тартуская республиканская клиническая больница

В связи с успехами противотуберкулезной борьбы в структуре заболеваний легких постепенно растет значение неспецифических болезней, в том числе бронхоэктазии (Kama, Jannus и соавт., Raukas и соавт.). Для эффективного лечения бронхоэктатической болезни нередко требуется хирургическое вмешательство. По материалам Тартуской республиканской клинической больницы, в 1958—1967 гг. операции на легких наиболее часто проводили по поводу рака или бронхоэктатической болезни.

Хирургическое лечение показано не всем больным, и проводимое по поводу бронхоэктатической болезни вмешательство в виде резекции оправдает себя при возможности полного удаления пораженных бронхоэктазами частей легкого. При определении показаний и противопоказаний к хирургическому лечению бронхоэктатической болезни, в отделении грудной хирургии Тартуской республиканской клинической больницы в основном исходят из принципов, описанных И. С. Колесниковым и В. Р. Ермолаевым. Оперировали только больных с выраженными патологоанатомическими изменениями, не поддававшихся консервативному лечению. Хирургические операции были отклонены при обширных двухсторонних поражениях, когда радикальное их удаление не представлялось возможным.

Из госпитализированных в наше отделение за указанные 10 лет 116 больных бронхоэктазией, мы оперировали только 46. Из не оперированных 70 больных у 4 хирургическое вмешательство оказалось невыполнимым из-за далеко зашедших поражений других внутренних органов, у 14 — из-за обширных двухсторонних поражений легких. 15 больных отказались от предложенной им операции, причем у всех этих больных процесс бронхоэктатической болезни оказался также далеко зашедшим. Остальным 37 больным с цилиндрическими бронхоэктазами, вызывавшими

только периодические, относительно небольшие нарушения, мы предварительно назначали консервативное лечение. Учитывая специфику работы хирургического отделения, указанную хирургическую активность следует считать низкой. Это свидетельствует о необходимости организации лечебных учреждений, в которых возможно проведение длительной консервативной терапии бронхоэктатической болезни.

Известно, что бронхоэктазия является хронической болезнью, начало которой следует искать в детском возрасте больного. Несмотря на это, в хирургических стационарах лечатся главным образом взрослые. За указанные 10 лет из общего числа госпитализированных в наше отделение 116 больных, только 10 были в возрасте до 16 лет. В возрасте 16—30 лет было 50, 31—50 лет — 47 и свыше 50 лет — 9 больных. Принимая во внимание возможность возникновения бронхоэктатической болезни у взрослых, представленные данные все же указывают на относительно позднюю госпитализацию этих больных. Сказанное подтверждается данными анамнеза: 44 из 116 больных указывали на превышавшую 10 лет давность болезни. У 60 больных длительность болезни не превышала 5 лет, из них только 23 могли указать на то, что болеют не больше года.

Причиной запоздалой госпитализации чаще всего оказывалось позднее обращение к врачу, причем больные, по-видимому, постепенно привыкли к относительно небольшим нарушениям, возникающим в первой стадии бронхоэктатической болезни. Наряду с этим, установлены случаи нераспознавания болезни врачом. Так, из 116 наших больных у 67 диагноз направления в стационар полностью совпал с клиническим диагнозом. У 33 больных бронхоэктатической болезнью в течение длительного времени диагностировалась только хроническая пневмония, у 10 — хронический бронхит и у 6 — бронхиальная астма.

В отделении грудной хирургии Тартуской республиканской клинической больницы при бронхоэктатической болезни производится радикальная, экономная резекция легкого. Основными видами операций были лобэктомия, проведенная в 32, и билобэктомия, проведенная в 11 случаях. У 1 больного с ограниченной бронхоэктазией в ранней стадии развития, нам удалось ограничиться сегментэктомией.

У 2 больных с обширной, далеко зашедшей бронхоэктатической болезнью выполнена правосторонняя пневмоэктомия.

Резекция легкого у хорошо подготовленного больного с четко установленными показаниями к операции не является сколько-нибудь опасным вмешательством. Результаты проведенных в

нашем отделении операций относительно хорошие, что совпадает с данными литературы (В. А. Сердико, А. Н. Бакулев и Р. С. Колесникова) об этих вмешательствах. Из общего числа 116 госпитализированных по поводу бронхоэктатической болезни в отделение грудной хирургии умерли двое. Одному из них была произведена лобэктомия, второму — пневмонэктомия. У обоих больных отмечались далеко зашедшие бронхоэктатические изменения, причем при назначении им операции недостаточно были учтены относительные противопоказания в виде тяжелых нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов. Отдаленные результаты проводимых по поводу бронхоэктатической болезни операций зависят, кроме радикальности хирургического вмешательства, в значительной степени от послеоперационного лечения. Оперированный должен находиться под постоянным наблюдением врача. Больным следует соблюдать специально установленный послеоперационный режим, так как все интеркуррентные болезни легких, как бронхит, пневмония и др. могут приводить к образованию новых бронхоэктазов. Необходимость тщательного наблюдения за оперированными больными подтверждается данными катамнеза и врачебного осмотра оперированных в 1968 г. У двух больных в возрасте 51 и 43 лет, подвергнутых хирургическому лечению по поводу относительно поздно развившейся бронхоэктазии в отдаленном послеоперационном периоде развилась хроническая интерстициальная пневмония, способствовавшая рецидивам бронхоэктатической болезни.

Из приведенных материалов видно, что наряду с отбором больных для хирургических вмешательств, при бронхоэктатической болезни следует уделить должное внимание консервативной терапии и профилактике. Всех больных с подозрением на эту болезнь или с наличием бронхоэктазов следует диспансеризовать и перевести на систематическое лечение еще до возникновения клинически выраженных симптомов болезни. Всех больных с ограниченными мешотчатыми бронхоэктазами следует тщательно обследовать для выявления возможностей хирургического лечения в ранние сроки. Хирургическое вмешательство должно быть дополнено санаторным послеоперационным лечением. Нужно также считаться с необходимостью создания возможностей для предоперационной подготовки больных бронхоэктазией в санаторных условиях.

БРОНХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ

А. Я. АМОЛИНЬШ, Н. А. БАЛЫНЯ, Е. А. НЕМИРО и проф. В. В. УТКИН
Клиника факультетской хирургии и кафедра рентгенологии и радиологии Рижского медицинского института;
Республиканская клиническая больница им. П. И. Страдыня

В течение последних лет количество больных с различными формами хронических пневмоний продолжает нарастать и все чаще возникает необходимость выбора наиболее рационального и эффективного вида лечения.

При компенсированных, ограниченных формах хронических пневмоний с наличием совершенно определенных морфологических изменений в легочной ткани становится актуальной задачей определение показаний к хирургическому лечению вообще и уточнения его сроков и объема, в частности. Поскольку при этом нередко отсутствуют отчетливые клинические проявления патологического процесса, для обоснования хирургического вмешательства должны быть использованы данные полноценного бронхологического исследования.

Нами проведено комплексное обследование 107 больных с ограниченными формами хронической пневмонии, которые затем были оперированы в торакальном отделении факультетской хирургической клиники. Кроме изучения функции внешнего дыхания, развернутого рентгенологического исследования с применением контрастной бронхографии, 35 больным была проведена бронхоскопия с последующим цитологическим исследованием материала.

Изучение полученных данных позволяет нам считать, что наиболее полную и объективную информацию о тяжести и распространенности морфологических изменений в легком дает контрастная бронхография. Однако бронхоскопия является ценным дополнительным методом в определении активности или очередной вспышки хронической пневмонии. Значение этого метода возрастает при дифференциальной диагностике опухолевых или воспалительных изменений слизистой бронха.

Наряду с такими рентгенологическими признаками, как участки плотного фиброза, карнификации и гнойного расплавления легочной ткани, показаниями к хирургчиескому лечению хронического пневмонического процесса, можно рассматривать деформации бронхиальных ветвей с изменением их топографии, ригидности стенок и наличием колбовидных или мешотчатых расширений. Как правило, эти изменения носят необратимый характер и связаны со стойкими нарушениями дренажной и вентиляционной функции бронхов.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Я. К. ГАУЕН, Я. В. ВОЛКОЛАКОВ, О. Э. ПУТНИНЬ и Я. Я. ПУТНИЕКС
Клиника детской хирургии Рижского медицинского института;
Республиканская детская клиническая больница

Хроническая пневмония до некоторой степени обратимый процесс, но нередко она прогрессирует и в своей конечной стадии может доходить до бронхоэктатической болезни. В этой стадии выздоровление может быть достигнуто лишь оперативным путем. Каждое обострение ухудшает состояние ребенка, приводит к стойким изменениям внешнего дыхания, окислительно-восстановительных процессов и сердечно-сосудистой системы.

Диагностика хронической пневмонии не легка, требует комплексного исследования.

Основными методами обследования являются бронхография и бронхоскопия. По мере надобности они дополняются пульмонангиографией, поскольку сосуды легких при хроническом воспалении рано изменяются.

В детском торакальном центре при клинике за последние 5 лет произведено 422 бронхографии и 212 бронхоскопии под наркозом у детей при хронических воспалениях легких. При бронхографии мы пользуемся водорастворимыми йодистыми препаратами на желатине.

Бронхография позволяет выяснить состояние бронхиальной системы, бронхоэктазы, стенозы и непроходимость бронхов. Данные бронхографии уточняют истинный характер процесса, его распространенность и состояние противоположного легкого. Бронхоскопия показана перед операцией для выявления эндобронхита, наличия бронхиального свища, для отсасывания мокроты.

В отдельных, трудно диагностируемых случаях бронхографию дополняет селективная или общая пульмонангиография. В нашей клинике произведено 49 пульмонангиографий. Сочетание обычных рентгенограмм, томограмм, бронхограмм и пульмонангиограмм позволяет судить о функциональной ценности пораженного участка легкого и о показаниях к операции.

В детском торакальном центре в Республиканской детской клинической больнице за последние 5 лет лечилось 134 ребенка с хронической пневмонией II—III стадии. Операции производились по строгим показаниям.

Дети перед операцией подготавливались в течение 8—12—20 дней, в зависимости от их общего состояния. Подготовка заключалась в проведении комплекса лечебных мероприятий:

1. Борьба с инфекцией местным применением антибиотиков в виде аэрозолей, при помощи пункций трахеи и легкого, введением через бронхоскоп.

2. Общеукрепляющее лечение — полноценным питанием детей, введением плазмы, гаммаглобулина, витаминов, никотиновой кислоты, антигистаминных препаратов, применением лечебной гимнастики.

3. Борьба против анемии — переливаниями крови, назначением препаратов, стимулирующих гемопоэз.

4. Укрепление сердечно-сосудистой системы сердечными глюкозидами и глюкозой.

5. Местное применение антибиотиков способствовало нормализации картины белой крови, исчезало рентгенологически выявляемое перифокальное уплотнение.

Мы старались обходиться экономной резекцией легкого. Произведено 145 операций 134 детям (у 11 оперированы оба легких, из них только 3 пульмонэктомии). Летальных исходов не было. Резекцию легкого значительно облегчало применение аппарата УКЛ-40. Дети после операции на 4—5 день начинали становиться на ноги, на 14—16 день выписывались домой. После выписки из стационара они направлялись в санаторий.

Диспансерное наблюдение за оперированными детьми выявило нормализацию показателей внешнего дыхания после 6—9 месяцев. Хороший отдаленный результат отмечен у 97 детей. Улучшение наступило у всех оперированных, в том числе и у больных с двухсторонним процессом.

Наш пока небольшой опыт позволяет подчеркнуть значение активного непосредственного сотрудничества педиатров-терапевтов и детских хирургов в предупреждении запущенных форм хронической пневмонии.

СОДЕРЖАНИЕ

I ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Э. Г. КАСЕ. Результаты борьбы с туберкулезом в Эстонской ССР стр. 5

В. М. САУЛИТЕ. О борьбе с туберкулезом в Латвийской ССР стр. 10

Ю. Л. ГАМПЕРИС. Итоги противотуберкулезной работы в Литовской ССР стр. 12

М. Н. ЛОМАКО. Фтизиатрическая служба Белорусской ССР на современном этапе стр. 15

И. А. КРАЙНЯЯ. Современное состояние борьбы с туберкулезом в Таллине стр. 18

Г. А. АРРО и **В. Я. КОКК.** О заболеваемости контактных с больными туберкулезом в Тарту стр. 23

Э. Я. ПУРРЕ. О сдвигах в контингенте больных хроническими бациллярными формами туберкулеза легких по данным Пярнуского городского туберкулезного диспансера за период 1964—68 гг. стр. 26

Я. Я. КАРУСОО, А. Л. ВОЛКОНСКАЯ и **И. Г. ЛАЙГАР.** Анализ контингентов больных, направляемых в Таллинский городской туберкулезный диспансер стр. 30

Э. Г. КАСЕ и **О. К. ПИККСААР.** Анализ причин первичной инвалидности туберкулезных больных в Эстонской ССР за период 1965—1967 гг. стр. 33

Х. Э. АДЕР, З. А. ГУР-АРЬЕ, Р. Х. КАНТОР, Л. Э. ЛОХК, Е. А. ЛУКИНА, С. Р. СПИРКА, Р. А. ТРУБОК и **И. А. ЭЙНАС.** Опыт применения внутрикожной вакцинации против туберкулеза стр. 36

В. И. МИНЮС. Инфицированность туберкулезом сельского населения в Литовской ССР стр. 40

В. Р. ХАРЬЁ. Атипичные микобактерии в клинике туберкулеза стр. 43

О. В. МАРТМА и **Э. И. ТЮРИ.** Крупный рогатый скот как возможный источник заражения человека атипичными микобактериями стр. 45

II КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Л. Э. ЯННУС и **Я. Я. КАРУСОО.** О причинах образования фиброзно-кавернозной формы туберкулеза легких стр. 51

А. Л. ВОЛКОНСКАЯ и **И. Г. ЛАЙГАР.** Анализ бациллярных боль-

ных (подгруппы«Б») по данным Таллинского городского туберкулезного диспансера за период 1966—1968 гг. стр. 55

Л. Р. САУЭМЯГИ. О динамике туберкулом легких стр. 59

Р. М. МИЛЛЕРМАН. Течение и исходы первичного туберкулеза у детей со свежими и хронически текущими формами стр. 62

И. Э. КЛЕЙТСМАНН. Влияние факторов труда на течение туберкулезного процесса в легких стр. 66

Л. А. РЕЙНВАЛЬД и **А. А. РЕЙНВАЛЬД.** Электрокардиографические исследования больных туберкулезом легких стр. 70

З. И. КОСТИНА. Об амилоидозе внутренних органов у больных легочным туберкулезом стр. 73

А. Я. ЦИГЕЛЬНИК и **И. В. АФАНАСЬЕВ.** Применение пункционной биопсии печени для диагностики амилоидоза внутренних органов у больных туберкулезом стр. 76

В. И. ГРИГОРЬЕВА. К вопросу об использовании гематологических показателей в диагностике амилоидоза у больных туберкулезом легких стр. 78

Х. К. РОХТЛА. Результаты лечения больных деструктивным туберкулезом легких, взятых на учет по поводу рецидивов стр. 81

Л. Ю. МАЗЕР. Функция внешнего дыхания у больных хроническими формами туберкулеза при лечении противотуберкулезными препаратами I и II ряда стр. 84

Л. А. РЕЙНВАЛЬД. Влияние антибактериальных препаратов I ряда на пораженную сердечно-сосудистую систему у больных туберкулезом легких стр. 88

Э. А. РАУКАС. Изучение активности некоторых ферментов пентозофосфатного цикла при хронических и вновь выявленных формах туберкулеза легких в условиях антибактриальной терапии стр. 92

Р. Ю. ТАЛИМАА. Связывание противотуберкулезных препаратов белками сыворотки крови и влияние этого процесса на их активность в организме стр. 95

А. Я. ЯАТМА и **Я. Я. КАРУСОО.** К вопросу о побочных явлениях антибактериального лечения туберкулеза стр. 97

И. Л. БУГАКОВ, И. А. КРАЙНЯЯ и **Э. Л. ЛЕВИНА.** Грибки рода кандида у больных туберкулезом легких стр. 100

Э. К. КАМА и **У. В. КРЭЭГИМЯЭ.** Роль фтизиохирургии при лечении больных с хроническими формами легочного туберкулеза в Эстонской ССР стр. 104

У. В. КРЭЭГИМЯЭ. Сравнительный анализ отдаленных результатов резекции легких у больных с устойчивыми и чувствительными штаммами микобактерий туберкулеза стр. 108

М. Р. ИТМАН, С. К. ГЛЯСМАН, О. М. МОРОЗОВ, Б. Г. БОГДАНОВ и **И. С. МОСКАЛЮК.** Опыт хирургических вмешательств при хронических формах туберкулеза легких стр. 113

А. А. ТАЛИХЕРМ. Острая дыхательная недостаточность в хирургии туберкулеза легких стр. 117

III ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Н. С. МОЛЧАНОВ. Состояние и перспективы эпидемиологических исследований при хронических неспецифических заболеваниях легких стр. 123

Э. К. КАМА и **М. Б. МАРАНЦ.** Хронические неспецифические заболевания легких в Эстонской ССР (по данным обращаемости) стр. 125

Я. Я. КАРУСОО, Л. Ю. МАЗЕР, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и **Л. Э. ЯННУС.** Распространенность хронических неспецифических заболеваний легких среди населения Таллина стр. 130

Б. З. ДАНОВИЧ. К эпидемиологии хронических неспецифических заболеваний легких и методике ее изучения стр. 133

И. П. МАРИПУУ. Хронические профессиональные заболевания легких в Эстонской ССР стр. 137

Л. Э. ЯННУС и **Я. Я. КАРУСОО.** Частота рака, туберкулеза и хронических неспецифических заболеваний легких по данным аутопсий стр. 140

Я. Я. КАРУСОО, Л. Ю. МАЗЕР, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и **Л. Э. ЯННУС.** Хронические неспецифические заболевания легких, развившиеся после перенесенного туберкулеза стр. 143

В. С. ГОРДОН. К оценке остаточных явлений острой пневмонии стр. 146

А. Н. ВАПРА и **И. А. РООТСМЯЭ.** Особенности клинического течения хронической пневмонии в пожилом и старческом возрастах стр. 149

А. И. БОРОХОВ, В. П. ЛУКАШЕНОК, С. А. ДРОЗДОВА и **Г. Ф. КСЕНДЗОВА.** Аутоиммунизация и функции коры надпочечников при хронических пневмониях стр. 151

Э. А. РАУКАС. Об активности фруктокиназы сыворотки крови при некоторых заболеваниях легких стр. 154

Л. Ю. МАЗЕР, Я. Я. КАРУСОО, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и **Л. Э. ЯННУС.** Номограммы для определения должных величин спирометрии и пневмотахометрии стр. 157

Л. Ю. МАЗЕР, Я. Я. КАРУСОО, Э. А. РАУКАС, А. А. РЕЙНВАЛЬД, Л. Р. САУЭМЯГИ и **Л. Э. ЯННУС.** Бронхиальная проходимость у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких стр. 161

В. С. БЕККЕР и **А. И. ГРАНАТ.** Роль флюорографических обследований в раннем выявлении нетуберкулезных заболеваний легких и средостения стр. 164

Э. И. НЕКРАШАС и **В. ВИТКЕНЕ.** Некоторые особенности рентгенологической характеристики хронического бронхита и хронической пневмонии стр. 167

Ф. Г. УГЛОВ, С. Н. СОКОЛОВ, В. Ф. ЕГИАЗАРЯН и **И. В. ВАСИЛЬЧУК.** Осложнения при длительном введении лекарственных веществ в легочную артерию стр. 170

А. М. РУЛЛИ, Х. Ю. РААГА и **Р. А. ПУРРЕ.** Хирургическое лечение бронхоэктатической болезни и его результаты стр. 172

А. Я. АМОЛИНЬШ, Н. А. БАЛЫНЯ, Е. А. НЕМИРО и **В. В. УТКИН.** Бронхологические исследования в определении показаний к хирургическому лечению хронических пневмоний стр. 175

Я. К. ГАУЕН, Я. В. ВОЛОКОЛАКОВ, О. Э. ПУТНИНЬ и **Я. Я. ПУТНИЕКС.** Особенности диагностики и хирургического лечения хронических пневмоний у детей стр. 177

МАТЕРИАЛЫ VIII РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ЭСТОНСКОЙ ССР ПО ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ.

Редактор А. ЮРНА.

Сдано в набор 4 IV 1969. Подписано к печати 3 VI 1969. Бумага 60×84/16. Печатных листов 11,5. МВ-06311. Тираж 500. Заказ 1188.

Типография «Юхисэлу», Таллин, ул. Пикк, 40/42.

Цена 40 коп.

40 коп.

V
1A-17909
233505

