

А. Г. КАЙЦАКЯН

К ВОПРОСУ О ТУБЕРКУЛОМАХ ЛЕГКИХ

В последние годы в периодической печати уделяется большое внимание так называемым туберкуломам легких (К. А. Дели [6], Г. Р. Рубинштейн [12], Л. К. Богуш [3], А. В. Александрова [2], В. Л. Эйнис и Ю. З. Ситникова [15], М. М. Авербах [1], И. Г. Гаспарян [5], В. И. Шадрин [14], О. П. Катаев [7], Рюттиман, Сультер [22], Де Ассентис [18] и др.). Большой интерес к туберкуломам легких объясняется многообразием их происхождения, клинико-рентгенологических проявлений, исходов течения заболевания и методов лечения. По некоторым из указанных вопросов еще нет единого мнения. Уточнение клинико-рентгенологической симптоматики туберкулом облегчит дифференциальную диагностику с нетуберкулезными круглыми образованиями в легких. Туберкуломы легких следует дифференцировать с бронхогенным и альвеолярным раком, кистой, гуммой, абсцессом, эхинококком, гамартомой, мицетомой, осумкованным плевритом. Дифференциальная диагностика указанных образований от туберкулом легких иногда представляет большие трудности. Описаны случаи, когда туберкуломы легких трактовались как неоплазма, эхинококковая киста (Якобеус и Кей [21], И. Г. Гаспарян [5]).

Под туберкуломами легких подразумеваются круглые туберкулезные очаги различного происхождения и строения от свежего округлого инфильтрата до выполненной каверны включительно. При тщательном макроскопическом изучении туберкулом М. М. Авербах [1] обнаружил ряд вариантов их анатомического строения. В двух случаях речь шла о так называемых «закрытых и заполненных кавернах»; в третьем случае — об округлом очаге туберкулезной пневмонии с вкраплением казеозных участков; основную же массу туберкулом (17 из 20) составляли четко отграниченные очаги казеозной пневмонии. По мнению М. М. Авербаха [1], их и следует считать истинными туберкуломами.

Изучение прижизненных клинико-рентгено-анатомических параллелей дало возможность Л. К. Богушу [3] среди круглых очагов в легких — туберкулом — выделить особую группу очагов и назвать их казеомами легких. Под казеомами легких подразумеваются отграниченные очаги казеозной пневмонии. Казеомы легких отличаются характерной клинико-рентгенологической картиной. При отсутствии распада больные предъявляют мало жалоб. Отмечаются симптомы невыраженной туберкулезной интоксикации. Жалуются обычно на слабость, быструю

утомляемость, субфебрильную температуру, небольшой кашель, невыраженные боли в грудной клетке, иногда наблюдается кровохаркание. При обследовании легких физические данные бывают довольно скудными. Туберкулезные бациллы в мокроте обнаруживаются в основном в периоде распада.

Решающее значение в диагностике туберкулома легкого имеет рентгенологическое исследование. Туберкуломы рентгенологически характеризуются периферическим расположением в легком, полициклическостью контуров, неоднородностью тени, вплоть до включения в них кальцинатов, мелкофокусным, неправильной формы распадом и изменением окружающей легочной ткани с наличием в ней тяжеобразных теней, изменений сетчатого характера и очаговых образований (А. В. Александрова [2]). Тень туберкуломы на рентгенограммах обычно интенсивная и неоднородная. Галли, Бернар и Дюмаре [16] считают, что туберкулезные инфильтраты отличаются от истинных туберкулом главным образом наличием признаков слияния очагов, часто наблюдавшимся обратным развитием, а также патолого-анатомической структурой (отсутствие концентрически наслаивающихся зон).

Несмотря на указанные характерные признаки туберкуломы, их не всегда возможно на основании клинико-рентгенологических данных отличить от других округлых теней туберкулезной или нетуберкулезной этиологии, особенно от «закрытых и заполненных каверн». По данным Маурера и Хейнце [19], приблизительно в $\frac{1}{3}$ случаев установить происхождение очагов не удается.

Г. Р. Рубинштейн [12] находит, что круглые образования в легких являются часто продуктом не столько самого инфильтрата, сколько закрывшейся каверны, развившейся на фоне инфильтрата. А. Г. Рабухин [11] считает, что некоторые так называемые реинфекты, обнаруживаемые у отдельных больных, спустя много лет после перенесенного ими заболевания возникают из «заполненной каверны».

«Закрытые и заполненные каверны» рентгенологически очень сходны с вышеописанными туберкуломами легких. Для дифференциальной диагностики последних от округлых теней в легком другого происхождения большое значение имеет динамическое рентгенологическое наблюдение.

Туберкуломы могут быть формированиями первичного и вторичного периода туберкулеза. По нашим наблюдениям, они чаще образуются во вторичном периоде туберкулеза и встречаются чаще у взрослых, чем у детей. Туберкуломы могут возникнуть из казеозной пневмонии. Мы наблюдали больного с казеозной пневмонией правого легкого, у которого после антибактериальной терапии в течение 4 мес. (стрептомицин, ПАСК, фтивазид, метазид) образовался больших размеров ограниченный очаг казеозной пневмонии.

В. Л. Эйнис и Ю. З. Ситникова [15], на основании динамического клинико-рентгенологического изучения больных с круглыми туберку-

лезными очагами и 62 серий рентгенограмм легких, считают целесообразным различать: а) солитарные очаги типа «ранних инфильтратов», б) туберкуломы, в) замкнутые и заполненные творожистым содержимым каверны.

По их мнению название «казеома» больше всего относится к «замкнутым и заполненным кавернам».

На основании данных приведенных авторов и собственных наблюдений мы предлагаем различать следующие виды туберкулом: 1) очаги типа ранних инфильтратов, 2) истинные казеомы (по Л. К. Богушу [3] и М. М. Авербаху [1], 3) ложные казеомы (замкнутые и заполненные каверны).

Большой интерес представляют ложные казеомы. Механизм формирования заполненной каверны представляет из себя процесс заживления каверны. Он может возникнуть в результате различных методов лечения (антибактериальные препараты, искусственный пневмоторакс и др.).

По данным де Ассентиса [18] превращение каверны в закрытый казеозный очаг в 3 случаях было спонтанным, в 4 случаях — в результате коллапсотерапии.

При заживлении каверны с образованием инкапсулированного очага каверна заполняется жидким содержимым, первоначально без изменений формы и величины; в дальнейшем размеры заполненной каверны могут уменьшаться. В конечной фазе на месте такой выполненной каверны остаются в той или иной степени выраженные звездчатые соединительнотканые или рубцовые изменения с отдельными единичными очагами и слепо заканчивающимися деформированными дренажными бронхами (К. В. Помельцов [10]). Наблюдаются случаи, когда заживление каверны не доходит до указанной выше фазы и на месте каверны образуется инкапсулированный очаг различных размеров. По данным М. М. Авербаха [1] при заполненных кавернах отсутствовали дренирующие бронхи, стенки каверны состояли из беспорядочно переплетенных или полисадообразно расположенных пучков прубых коллапсированных волокон, местами с гиалинозом. Содержимое каверны представляло пустую спрессованную кашицу, по объему несколько меньшую объема полости, состоящую из остатков казеоза, лимфы, плазмы, крови, слизи, форменных элементов и слущенного эпителия.

Некоторые авторы (К. В. Помельцов [10], М. М. Авербах [1] и др.) рассматривают механизм образования инкапсулированного очага как период заживления каверны, таящий в себе возможность обострения.

При реканализации бронха содержимое заполненной каверны может выделиться частично или полностью и на месте инкапсулированного очага образуется каверна. Подобные каверны подлежат только удалению (резекции); другие методы лечения не приводят к положительному результату.

По нашим данным туберкуломы чаще локализовались в первом легком. У 21 больного туберкуломы были в правом легком, у 14 больных —

в левом и у 5 — в обоих легких. (31 туберкулома обнаружена в правом легком и 19 — в левом легком).

На более частую локализацию туберкулом в правом легком указывают в своих работах В. Л. Эйнис и Ю. З. Ситникова, Г. В. Мелик-Бабакханов [8], Рюттиман и Сультер [122], Маурер, Хейнце [19] и др. Однако некоторые авторы туберкуломы наблюдали чаще в левом легком, чем в правом. По данным Блейер и Маркс [16] из 52 туберкулом 35 располагались в левом легком, 17 — в правом.

Туберкуломы локализовались в самых различных легочных полях, однако чаще в верхней доле и в задних отделах легкого. У 8 больных туберкуломы были обнаружены под пневмотораксом.

Туберкуломы легких встречаются обычно как единичные образования. По данным некоторых авторов, в 10—20% встречаются множественные туберкуломы. Л. К. Богуш, В. П. Шадрин, М. М. Авербах [4] у 80 больных обнаружили единичный очаг, у 15 — два и у 5 — три, Блейер, Маркс [16] у 41 больного установили 52 туберкуломы, причем у 33 больных была единичная туберкулома, у 6 больных — по 2, у одного — 3 и у одного больного — 4 туберкуломы. Обычно число туберкулом у одного и того же больного не превышает трех-четырех. В литературе имеется описание больного, у которого было обнаружено 14 туберкулом. По нашим данным у 40 больных было 50 туберкулом: у 33 — единичные, у 5 — две, у одного — три и у одного — четыре туберкуломы. Из 40 больных две и более туберкуломы были обнаружены у 7, что составляет 17%.

Некоторые авторы для туберкулом считают характерной круглую форму. Наши наблюдения подтверждают данные А. В. Александровой [2], В. Л. Эйниса и Ю. З. Ситниковой [15], которые находят, что нельзя считать форму туберкулом всегда правильно округлой. По нашим данным неправильная округлая или овальная форма наблюдалась в 30 случаях (60%). Наличие ясно выраженных кальцинатов в тени туберкулом наблюдалось в 9 случаях. В 10 случаях в окружающей легочной ткани были обнаружены кальцинированные очаги. Туберкуломы являлись единственными туберкулезными образованиями у 11 больных.

Туберкулезные изменения в обоих легких отмечены у 16 больных. Изменение корня легкого на стороне туберкуломы было у 23 больных, причем у 9 определялись кальцинаты в лимфатических узлах.

Наличие кальцинатов в тени туберкуломы, в корне легкого и в окружающей легочной ткани, наличие других туберкулезных образований в легких, изменений корня легкого на стороне туберкуломы имеют определенное значение для дифференциальной диагностики туберкулом с округлыми очагами другого происхождения.

В вопросе методов лечения и исходов туберкулом существуют некоторые разноречивые данные. Л. К. Богуш [3] считает, что распавшаяся казеома является прямым показанием для резекции легкого, а лечение антибактериальными препаратами бесперспективно. Мейер, Буэй и Леконт де Флори [20] на основании своих наблюдений считают,

что ни коллапсотерапия, ни применение антибактериальных препаратов не дают эффекта.

Однако ряд авторов при лечении искусственным пневмотораксом, пневмоперитонеумом, антибактериальными препаратами отмечают обратное развитие туберкулом. В. Л. Эйнис и Ю. З. Ситникова [15] наблюдали случаи, когда при наличии классической картины изолированного круглого инфильтрата происходило постепенное рассасывание его как при консервативном гигиено-диетическом, так и особенно под влиянием лечебного пневмоторакса. И. Г. Гапарян [5] наблюдал стойкое клиническое излечение после искусственного пневмоторакса и антибактериальной терапии даже при множественных и больших туберкуломах (казеомах). По данным Рюттиман и Сультер [22] коллапсотерапия привела к хорошему результату в 10 случаях; в 11 случаях она оказалась неэффективной. По данным ряда авторов (В. Л. Эйниса и Ю. З. Ситникова [15], Хиллердаль [23] и др.) под влиянием коллапсотерапии и антибактериальных препаратов примерно у половины больных возникает излечение и стационарное течение.

Разноречивые данные в отношении методов и результатов лечения можно объяснить разнообразием генеза туберкулом.

Большое значение имеет определение происхождения туберкуломы. Несомненно, что искусственный пневмоторакс или антибактериальная терапия при вскрывшейся «заполненной каверне» не приведут к положительному результату. В то же время указанные методы лечения могут привести к полному излечению при очаге типа ранних инфильтратов.

Имеются данные, что туберкуломы больших размеров чаще расплавляются и протекают менее доброкачественно. С клинической точки зрения, наряду с величиной очага, имеет большое значение его активность и генез. Наблюдаются случаи злокачественного течения с распадом и обсеменением туберкулом небольших размеров.

Некоторые авторы предлагают в течение 6 мес. применять строгий санаторный режим в сочетании с антибактериальной терапией, и если в течение этого времени наблюдается прогрессирующее увеличение туберкуломы и намечается распад ее, следует прибегать к оперативному вмешательству. Прямым показанием для резекции легкого мы считаем большие туберкуломы с наличием распада, туберкуломы, не поддающиеся лечению антибактериальными препаратами и коллапсотерапии, а также истинные казеомы, возникшие при антибактериальной терапии и под пневмотораксом.

Туберкуломы могут длительное время оставаться рентгенологически без изменений и без каких-либо клинических проявлений (стационарные очаги). В. Л. Эйнис и Ю. З. Ситникова [15] у 54 % больных при многолетнем наблюдении отмечали стационарное течение и излечение без резекций. В. П. Рудин [13] наблюдал стационарные туберкуломы в 69 %, Г. В. Мелик-Бабаханов [8] — в 31 %, Рюттиман и Сультер [22] — в 54 % случаев. Длительное стационарное течение может наблюдаться при множественных и больших туберкуломах.

У больной С. на рентгенограммах от 29/VI 1953 г. определялся двухсторонний искусственный пневмоторакс; в правом легком три туберкуломы, две небольшие и одна больших размеров (4 см), в левом легком — одна небольшая туберкулома. В 1953 г. больших размеров (4 см), в левом легком — одна небольшая туберкулома. В 1953 г. пневмотораксы распустили. Несмотря на имевшиеся патологические роды, обострений, симптомов туберкулезной интоксикации на протяжении 8 лет не наблюдалось (рис. 1).

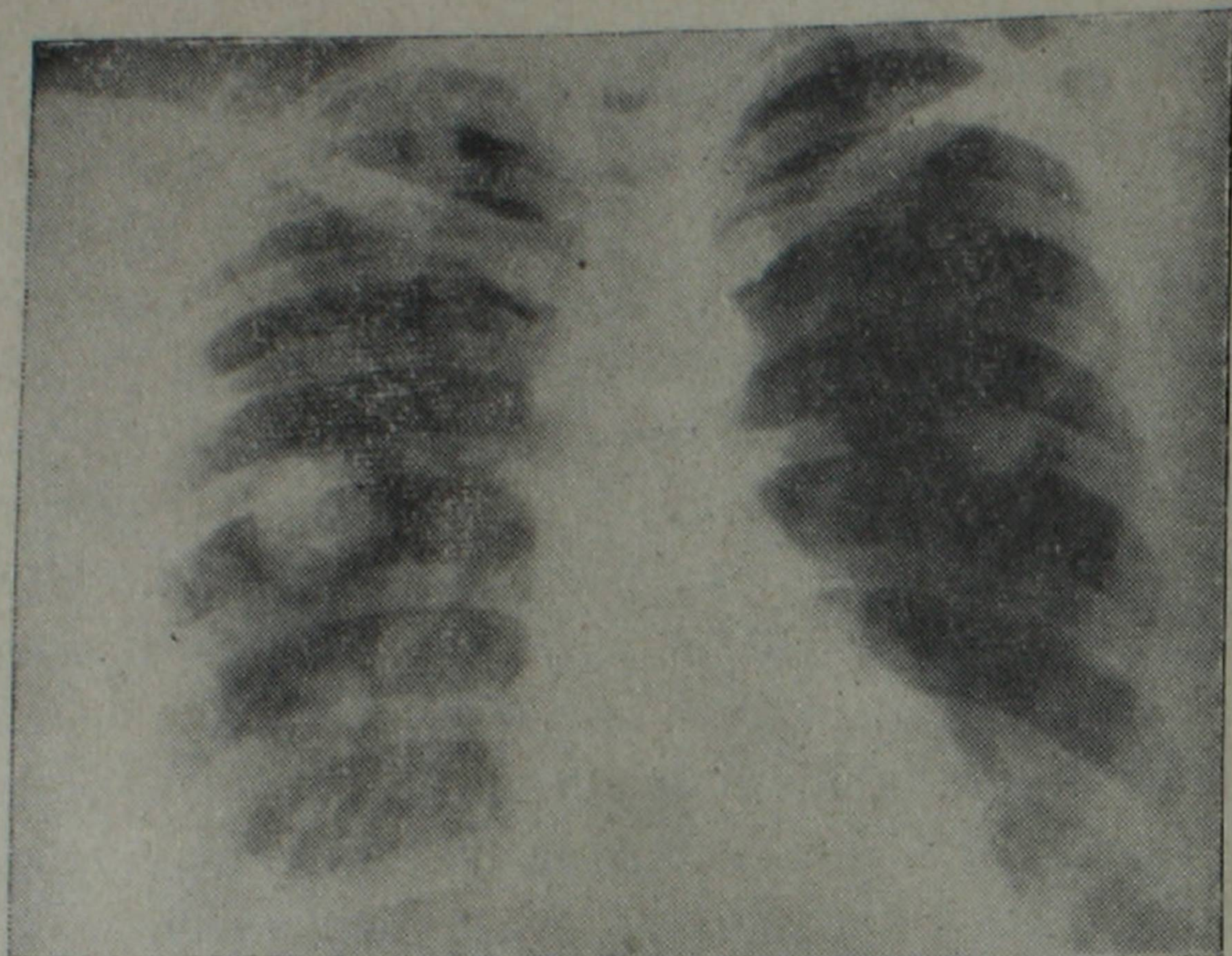


Рис. 1.

Клинико-рентгенологические наблюдения над туберкуломами легких показали возможность их рассасывания. При обратном развитии на рентгенограммах возникает деление и уменьшение очага, вкрапливание извести, в дальнейшем исчезновение очага, с остаточными явлениями в виде незначительных склеротических изменений. И. Г. Гаспарян при благоприятном течении на месте бывших туберкулом отмечал омертвевшие очаги значительно меньшего размера.

Наряду с благоприятными исходами, может наблюдаться обострение туберкуломы. По данным ряда авторов в 20—50% туберкуломы подвергаются активированию. Туберкуломы путем концентрического роста воспалительных образований могут увеличиваться в размерах. Л. К. Богуш [3] при помощи рентгеновских снимков, произведенных в разное время, у двух больных документировал увеличение казеом.

На серийных рентгенограммах нами установлено значительное увеличение туберкуломы (в 2 раза) в течение 23 дней. Наряду с увеличением размеров, контуры и связь с корнем стали более четкими, туберкулома обрела правильную округлую форму. Характерным признаком активизации туберкуломы является более четкое выявление дренирующего бронха. Клиническая картина при росте туберкуломы характеризуется ухудшением состояния больного (субфебрильная температура, общая слабость, кашель, мокрота), однако эти симптомы менее выражены, чем при распаде. Для обнаружения роста туберкуломы решающее значение имеет динамическое многоосевое рентгенологическое обследование.

Образование полости при туберкуломах Маурер, Хейнце [19] на-

блюдали в 44%, Рюттиман и Сультер [22] — в 46%. По нашим данным туберкуломы с наличием распада наблюдались у 15 больных (37%). По данным А. В. Александровой [2] полостные изменения в казеомах характеризуются следующими особенностями: 1) полости обычно определяются эксцентрично или вблизи устья дренирующих бронхов; 2) полости имеют серповидную, неправильно щелевидную форму, часто бухтообразные внутренние очертания; иногда распад носит мелкофокусный характер; 3) в бухтообразных выступах полостей распада отмечаются нередко элементы кальцинации; 4) полости лишены какой-либо выраженной, более плотной стенки; 5) в полости иногда отмечаются секвестроподобные включения.

В отдельных случаях распад наблюдается в виде небольших участков просветления, расположенных периферически.

На рис. 2 в левом легком видна больших размеров туберкулома (5×4 см) с характерным распадом. Туберкулома возникла под пневмотораксом через два года после его наложения, при наличии неэффективного пневмоторакса справа.

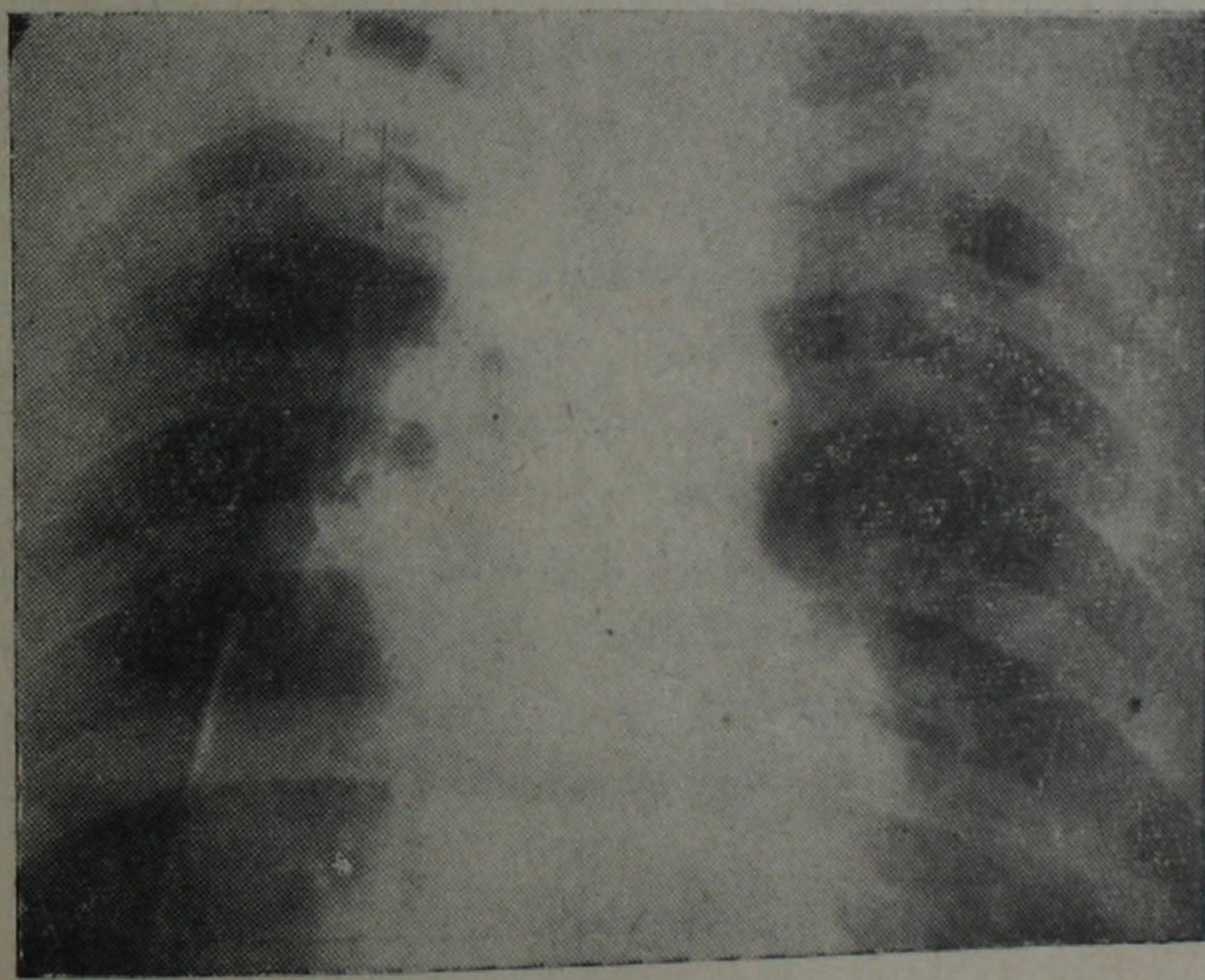


Рис. 2.

В некоторых случаях распад возможно определить только на томограммах, особенно, когда он носит мелкофокусный характер. Клинические симптомы при распаде возникают внезапно и характерны для кавернозного туберкулеза легких. Очаги типа ранних инфильтратов распадаются сравнительно редко и хорошо поддаются антибактериальному лечению и коллапсотерапии.

Клинико-рентгенологические наблюдения показали, что туберкуломы легких могут: 1) рассасываться, 2) обызвествляться, 3) увеличиваться в размерах путем концентрического роста воспалительных образований, 4) распадаться (кавернизация туберкуломы с прорывом в бронх). Учитывая многообразие происхождения, клинико-рентгенологических проявлений, выбора терапии, течения, исходов, туберкуломы долж-

ны быть отделены от других форм туберкулеза легких и внесены в классификацию туберкулеза.

Дилижанский туберкулезный
санаторий

Поступило 16. XI. 1961 г

Ա. Գ. ԿԱՅՄԱԿՅԱՆ

ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒՔԵՐԿՈՒԼՈՄԱՆԵՐԻ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՁԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Գրականության մեջ այսպես կոչվող թոքերի տուբերկուլոմաներին վերջին տարիներին հասկացվում է մեծ ուշադրություն: Թոքերի «տուբերկուլոմաներ» անվան տակ հասկացվում են տարբեր ծագում և կազմություն ունեցող կլոր տուբերկուլյոզային օջախներ:

Մի շարք հեղինակների տվյալների և սեփական դիտարկումների հիման վրա մենք առաջարկում ենք տարբերել տուբերկուլոմաների հետևյալ տեսակներ. 1) վաղ ինֆիլտրատների տիպի օջախներ, 2) իսկական կազեոմներ (ըստ Լ. Կ. Բոգուշի և Մ. Մ. Ավերբախի), 3) կեղծ կազեոմներ (փակված և լցված կավերնաներ):

Կլինիկա-ռենտգենաբանական դիտումները ցույց տվեցին, որ տուբերկուլոմաները կարող են՝ 1) ներծծվել, 2) կրակավել, 3) մեծանալ չափսերով՝ բորբոքային գոյացությունների կոնցենտրիկ աճի միջոցով, 4) քայքայվել (կավերնիզացիա՝ բացվելով բրոնխի մեջ):

Ի նկատի ունենալով առաջացման մեխանիզմների, կլինիկա-ռենտգենաբանական արտահայտումների, բուժական միջոցի ընտրման, բուժման ելքի բազմազանությունը տուբերկուլոմաները պետք է առանձնացվեն թոքերի տուբերկուլյոզի մյուս ձևերից և մտցվեն տուբերկուլյոզի դասակարգման մեջ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авербах М. М. Проблемы туберкулеза, 1954, 6.
2. Александрова А. В. Проблемы туберкулеза, 1954, 6.
3. Богуш Л. К. Проблемы туберкулеза, 1954, 6.
4. Богуш Л. К., Шадрин В. П. и Авербах М. М. Клиническая медицина, 1959, 11.
5. Гаспарян И. Г. Клиническая медицина, 1956, 8.
6. Дели К. А. Проблемы туберкулеза, 1940, 7—8.
7. Катаев Д. П. Проблемы туберкулеза, 1960, 5.
8. Мелик-Бабаханов Г. В. Проблемы туберкулеза, 1960, 5.
9. Оленева Т. Н. Проблемы туберкулеза, 1946, 1.
10. Помельцов К. В. Советская медицина, 1960, 5.
11. Рабухин А. Г. Лечение больного туберкулезом легких. М., 1948.
12. Рубинштейн Г. Р. Туберкулез легких. М., 1948.
13. Рудин В. П. Врачебное дело, 1958, 8.
14. Шадрин В. П. Советская медицина, 1956, 9.
15. Эйнис В. Л. и Ситникова Ю. З. Клиническая медицина, 1956, 8.

16. Bleyer J., Marks J. Am J. Roentgenol, 1957, 6.
17. Galy, Berard, Dumarest, Rev, tuberc., 1948, 9—10.
18. De Ascentis U. Arch. tisiol., 1955, 10.
19. Maurer H., Heinze H. Beitz Klin. tuberc, 1957, 117.
20. Mayer A., Bouhey J. Leconte des Floris, Rev. tuberc. 1953, 17.
21. Jacobsen. Key Acta. Cnir Scand. 1921, 53.
22. Rüttiman A., Sutler F. Schweiz med. Wchshr., 1953, 26.
23. Hillerdal O. Acta. tuberc. Scand Suppl. 1954, 34.