

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Г. Н. ТЕР-ОГАНЕСЯН

ОКОЛОПОЧЕЧНАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА В СИСТЕМЕ  
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕЗОАДЕНИТА

Туберкулезный мезоаденит по своей частоте и разнообразию клинических проявлений занимает особое место в медицинской практике, но вопросы клиники и лечения мезоаденитов изучены мало.

Туберкулезный мезоаденит чаще встречается в практике фтизиатров, однако в соматических больницах с ним сталкиваются терапевты, педиатры и хирурги. Многие авторы отмечают, что туберкулез мезентериальных узлов в основном встречается у тех больных, которые страдали или страдают туберкулезом иной локализации.

В 1888 г. Корниер на секции детей, умерших от туберкулеза обнаружил, что у 78,7% имеется туберкулез брыжеечных узлов. В 1912 г. он же, основываясь на многолетнем опыте изучения туберкулеза мезентериальных узлов, выразил мысль, что при остром животе у детей, когда возникает необходимость хирургического вмешательства, в 100% определяется и туберкулез мезентериальных узлов.

В. В. Оносовский, изучая протоколы 1528 вскрытий первой Московской детской туберкулезной больницы за 35 лет, обнаружил из вскрытий в 16,6% туберкулез мезентериальных узлов.

Цимблер отмечает, что частота туберкулеза мезентериальных лимфатических узлов не уступает туберкулезным бронхаденитам

В практике брюшной хирургии часто встречаются с туберкулезным мезоаденитом. Так, Брейгуэйт на 58731 операции в брюшной полости за 12 лет обнаружил в 0,7% туберкулезный мезоаденит, большей частью в возрасте 10—40 лет.

Все авторы отмечают одинаковую частоту туберкулезного мезоаденита у обоих полов.

Клинические проявления туберкулезного мезоаденита полиморфны, патогномичного симптома нет.

Под нашим наблюдением находилось 110 больных с диагнозом туберкулезный мезоаденит. Все больные как при хроническом мезоадените, так и при остром жаловались на боли в животе, причем разного характера и продолжительности. При хроническом течении жалобы на боли в животе неопределенной локализации бываюг либо тупого, либо ноющего характера. Несмотря на неопределенность локализации болей, все же из жалоб больных удается установить, что боли чаще расположены вокруг пупка и в правом нижнем квадранте живота.

Характерные тупые, ноющие боли при мезоаденитах временами внезапно обостряются, носят схваткообразный характер и не обусловлены определенной причиной. Продолжительность острых болей, как правило, небольшая — от нескольких минут до полчаса и немного дольше. Боли начинаются внезапно, в разные часы дня, охватывают весь живот, особенно сильно ощущаются вокруг пупка и в правой подвздошной области, и прекращаются внезапно, повторяясь один или два раза в течение дня, и так продолжается несколько дней. Вне приступа больные, особенно дети, чувствуют себя вполне здоровыми.

Из 110 больных, находившихся под нашим наблюдением, 15 подвергались аппендэктомии и пробной лапаротомии.

При тщательном собирании анамнеза у больных с туберкулезным мезоаденитом удается установить туберкулезный процесс различной локализации. 50% наших больных имели туберкулез иной локализации (бронхадениг, инфильтрат легкого, лимфаденит шен, подмышечной области). Имеются жалобы также на ненормальную деятельность желудочно-кишечного тракта, которая характеризуется либо поносами, либо запорами или их чередованием. У наших больных ненормальная деятельность желудочно-кишечного тракта отмечалась в 71%. Из анамнеза больных выясняется, что они чувствуют слабость, не прибавляют в весе или худеют.

Волнообразность течения заболевания, выражающаяся в чередовании удовлетворительного состояния с обострением болезни и диспептические явления часто заставляют больных лечь в постель.

Туберкулезный мезоаденит проявляется местными и общими симптомами, которые имеют определенное различие при остром и хроническом течении болезни.

При объективном исследовании иногда отмечается слегка выраженное вздутие живота. Передняя стенка живота, как правило, участвует в акте дыхания; при остром течении заболевания отмечается мышечное напряжение передней стенки живота, особенно вокруг пупка и в правой подвздошной области и слабое участие в акте дыхания. При глубокой пальпации всегда определяется болезненность различной степени.

Болезненность в правой подвздошной области, вокруг пупка и выше — слева от пупка говорит о туберкулезном поражении мезентериальных лимфатических узлов. Мы придаем большое значение мезентериальному симптому А. Я. Штериберга как при диагностике, так и при дифференциальной диагностике. Болезненность также определяется по линии прикрепления корня брыжейки.

У 70% больных нам удалось пальпировать мезентериальные узлы как отдельные, так и в виде конгломерата, величиной от грецкого ореха до мужского кулака. Узлы при прощупывании имеют твердую консистенцию и ограниченную подвижность, а конгломерат, достигающий больших размеров — неподвижный.

При пальпации передней стенки живота у больных мы наблюда-

ли интересное явление, — пульсацию брюшной аорты. После проведенного лечения, когда мезентериальные узлы уменьшались в размерах и исчезали явления местного перитонита и периаденита, пульсация брюшной аорты пальпировалась либо очень слабо, либо совсем не прощупывалась. Вопрос этот подлежит дальнейшему изучению, но предварительно можно дать следующее объяснение. Воспаленные и увеличенные мезентериальные лимфатические узлы расположены кпереди от брюшной аорты, и, будучи более твердыми телами, чем кишки, лучше передают колебания, вызванные пульсацией брюшной аорты.

Одним из общих симптомов туберкулезного мезоаденита является повышение температуры. Для этого заболевания высокая температура, которая бывает иногда при обострениях, не характерна. Для туберкулезного мезоаденита характерна субфебрильная температура.

В диагностике туберкулезного мезоаденита в определенной степени помогают лабораторное и рентгеновское исследования. Положительные туберкулиновые пробы (Пирке. Манту — в разных разведениях) помогают уточнить диагноз туберкулезного мезоаденита.

Исходя из литературных данных и из нашего опыта, мы пришли к заключению, что в некоторых случаях применение специфических антибактериальных средств, а также мероприятий, десенсибилизирующих и повышающих иммунобиологические свойства организма, дают положительный эффект: улучшается общее состояние больных, уменьшается и снимается туберкулезная интоксикация, боли успокаиваются, исчезают диспептические явления.

Но такой метод комплексного лечения должен проводиться долгое время, и во многих случаях не дает желательного лечебного эффекта.

Учитывая неудовлетворительные результаты существующих лечебных мероприятий, по предложению и под непосредственным руководством проф. С. С. Шариманяна мы решили изучить действие околопочечной новокаиновой блокады в системе комплексного лечения туберкулеза мезентериальных узлов в условиях города Дилижана, который является всесоюзным туберкулезным курортом. Специфическое лечение проводили одновременно с неспецифическим, комбинируя этиологическую терапию с патогенетической.

Больные были разделены на три группы: первая группа — 45 больных; их лечили антибактериальными препаратами и препаратами, повышающими иммунобиологические свойства организма. Вторая группа — 20 больных; лечение проводилось только околопочечной новокаиновой блокадой по А. В. Вишневскому. Третья группа — 45 больных; лечение проводилось антибактериальными препаратами и околопочечной блокадой. Не исключалось благоприятное действие климата курорта Дилижана.

Мы наблюдали двойное действие новокаиновой блокады: быстрое исчезновение болей при остром приступе туберкулезного мезоаде-

нита—химическая невротомия и слабое раздражающее действие на ткани, пораженные туберкулезом.

Ясно, что только новокаиновой блокадой нельзя лечить туберкулез, но можно создать на фоне новокаинизации в больном организме новые благоприятные условия, которые способствуют антибактериальным препаратам лучше выявлять свое эффективное действие.

Лечение больных трех групп проводилось индивидуально. На курс лечения применялись, в среднем, стрептомицина—20,0, фтивазида—60,0; ПАСК—300,0.

Больные второй и третьей группы подверглись окологречной новокаиновой блокаде различной частоты, в среднем 4—5 раз, с интервалами от 6 до 10 дней.

Продолжительность лечения больных трех групп длилась в среднем около 70 дней.

При лечении больных отдельных групп получены разные результаты. Наилучшие результаты получены при лечении больных третьей группы. Если в конце лечения у 28% больных первой группы все еще отмечались боли в животе, то у больных третьей группы они отмечены только у 4%.

Этиопатогенетическое лечение регулирует также нарушенную деятельность желудочно-кишечного тракта. В 1926 году Штернберг писал, что в борьбе с диспептическими явлениями он никогда не получал терапевтического эффекта, а у нас 3—4 разовая новокаиновая блокада дала положительный эффект. Деятельность кишечника регулировалась у 23,7% больных первой группы, у 90% больных второй группы и у 98% больных третьей группы.

Исчезновение или уменьшение болезненности при глубокой палпации живота больше было выражено у больных третьей группы. В конце лечения болезненности живота не наблюдалось у 5% больных первой группы, у 80%—больных второй группы и у 90%—третьей группы.

Кроме исчезновения болезненности, при выписке мезентериальный симптом Штернберга был отрицательный у 95% больных третьей группы.

Заслуживает внимания действие этиопатогенетического лечения на воспаленные и увеличенные лимфатические узлы. Только этиологическое лечение, т. е. применение антибактериальных препаратов, полностью не обеспечивает их исчезновение. У 6 больных, лечившихся этим методом, наблюдалось уменьшение прощупываемых лимфатических узлов, и ни у одного не было исчезновения их. Окологречная новокаиновая блокада также полностью не обеспечивает исчезновение воспалительных симптомов. Наилучшие результаты получились при совместном применении этиологического и патогенетического лечения.

До лечения у 42 больных третьей группы прощупывались мезентериальные узлы. При выписке у 34 больных воспаление лимфати-

ческих узлов рассосалось (не прощупывалось), у 7—уменьшилось, у одного без—изменений.

Одновременное применение антибактериальных препаратов с новокаиновой блокадой создает такие условия в организме, при которых воспаленные, увеличенные и прощупываемые узлы—уменьшаются и воспаление регрессирует. По-видимому, первично новокаиновая блокада оказывает воздействие на неспецифическую часть воспаления, т. е. успокаивает вульгарное воспаление. В дальнейшем эти новые условия способствуют успокоению специфического воспалительного процесса.

Большой интерес представляет изменение картины крови при том или ином методе лечения. Наиболее резко выраженное повышение процента гемоглобина и замедление РОЭ наблюдалось у больных третьей группы.

65% наших больных до лечения имели субфебрильную температуру, 2%—высокую, 33%—нормальную температуру. После лечения у 71% больных была нормальная температура, у 29% больных—субфебрильная. Наиболее выраженное урегулирование температурной кривой наблюдалось у больных третьей группы.

Для оценки того или иного метода лечения, кроме исчезновения или обратного развития местных и общих симптомов, хорошим показателем является также прибавление больных в весе. Прибавление в весе было у 87 больных, а 23 больные не прибавили в весе; из них: 22 лечились только антибактериальными препаратами и не подвергались новокаиновой блокаде.

### В ы в о д ы

1. Туберкулезный мезоаденит является часто встречающимся заболеванием, но иногда не диагностируется.

2. Клиника туберкулезного мезоаденита полиморфна, его можно диагностировать без оперативного вмешательства.

3. Применение антибактериальных препаратов, мероприятия, десенсибилизирующие и повышающие иммунобиологические свойства организма, иногда не устраняют жалоб больных и не обеспечивают быстрого рассасывания воспалительного процесса и стойкого улучшения.

4. Околопочечная новокаиновая блокада по Вишневскому при остром приступе туберкулезного мезоаденита очень быстро, в течение 3—5 минут, устраняет боли и удлиняет ремиссию.

5. Околопочечная новокаиновая блокада, улучшая трофику воспалительного очага, способствует быстрому рассасыванию туберкулезного воспаления мезентериальных узлов, туберкулезного периаденита и успокоению воспалительного процесса.

6. Околопочечная новокаиновая блокада, в сочетании с антибактериальными препаратами, оказывает благоприятное воздействие: боли исчезают, регулируется нарушенная деятельность желудочно-кишечного тракта, живот становится безболезненным при глубокой паль-

пацин, быстро рассасываются воспаленные узлы, процент гемоглобина повышается, реакция оседания эритроцитов замедляется, больные прибавляют в весе и улучшается общее состояние больных.

7. Кроме антибиотиков и мероприятий, повышающих иммунологические свойства организма, к лечению туберкулезного мезоаденита нужно прибавить окологепаточную новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому.

Хирургическое отделение  
Дилижанской городской больницы

Получено 30.VII 1959 г.

Գ. Ն. ՏԵՐ-ՕԳԱՆԵՅԱՆ

ՀԱՐԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ՆՈՎՈԿԱԻՆԱՅԻՆ ԲՆՈՎԱԿՄԱՆ ՏՈՒԲԵՐԿՈԶԻՅՈՋԱՅԻՆ  
ՄԵԶՈԱԴԵՆԻՏԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՍԻՄՏԵՄՈՒՄ

Ա մ փ ո փ ու լ մ

Դիլիջանի (Հայկական ՍՍՌ) Լեռնակուրորատային պալմաններում հեղինակը բուժել է տարերկուլյոզային մեզոադենիտով տառապող 110 հիվանդ և հանդել է հետևյալ եզրակացություններին:

Տուբերկուլյոզային մեզոադենիտը բավականին հաճախ պատահող հիվանդություն է, բայց երբեմն վրիպում է մեր անտորոշումից:

Անտիբիոտիկալ պրեպարատների կիրառումը, օրգանիզմը զեղենտիբիլիզացնող և նրա իմունո-բիոլոգիական հատկությունները բարձրացնող միջոցառումները շատ զեպքերում լրիվ չեն վերացնում հիվանդի գանգատները և չեն ապահովում բորբոքային պրոցեսի արագ ներծծումն ու անտադին փոփոխությունների կալուն բարելավումը:

Հարերիկամային նոստիտինային բլոկադան բարելավելով բորբոքային օջախի տրոֆիկան, նյութատում է միջընդերային ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզային բորբոքումների ժամանակ զոլություն ունեցող պերիադենիտների արագ ներծծմանը և բորբոքային պրոցեսի հանդարտմանը:

Դիլիջանի Լեռնակուրորատային բուժիչ պալմաններում հարերիկամային նոստիտինային բլոկադան, զուգորվելով անտիբիոտիկալ միջոցառումների հետ, բարերար ազդեցություն է գործում տուբերկուլյոզային մեզոադենիտով տառապող հիվանդների վրա՝ ցավերը վերանում են, ստամոքսաղիքային տրակտի խանգարված գործունեությունը կանոնավորվում է, որովայնի խորը շոշափման ժամանակ ցավոտությունը վերանում է, բորբոքված հանգույցները արագ ներծծվում են, հեմոգլոբինի ասիկար բարձրանում է, էրիթրոցիտների նստեցման սեակցիան զանդարում է, հիվանդների քաշը ավելանում է և հիվանդների ընդհանուր վիճակը լավանում է:

Բացի անտիբիոտիկալ պրեպարատներից և օրգանիզմի իմանոբիոլոգիական հատկությունները բարձրացնող միջոցառումներից, տուբերկուլյոզային մեզոադենիտների կոմպլեքսային բուժմանը պետք է ավելացնել նաև հարերիկամային նոստիտինային բլոկադան ըստ Ա. Վ. Վիշնևսկու: