

Ա. ԿԱՏԱՆՅԱՆ

ՊԵՐԻՖԵՐԻԿ ԱՎՇԱՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐ ՏՈՒՐԵՐԿՈՒՅՈՋԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՀՆՌԱՎՈՐ ԱՐԻՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Պերիֆերիկ ավշահանգույցների տուբերկուլյոզը պատկանում է երկարա-
տև և ծանր հիվանդությունների շարքին: Այն ակտաճարակով առավելագույն
երիտասարդ օրգանիզմը, հազեցնում է լիմֆատիկ ապարատի ծավալուն քայ-
քայմանը:

Այս հիվանդության տեսակարար կշիռը տուբերկուլյոզի մյուս ձևերի նը-
կատմամբ տարբեր հեղինակների մոտ տարբեր է. միջին հաշվով այն կազմում
է տուբերկուլյոզի մյուս ձևերի 18—25 % -ը:

Ահա թե ինչու այս հիվանդությունը տուբերկուլյոզի պրոբլեմում արժանի
պետք է լինի ուսանձնահատուկ ուշադրության: Դրա ժամանակակից բուժումը
պահանջում է կոմպլեքսային միջոցառումների կիրառում՝ վիրահատման զու-
գակցությամբ: Ինչպես հայտնի է, բուժման մեթոդի ղեկավարման չափանիշը
հիվանդության հեռավոր արդյունքի ղեկավարումն է: Մեր դիտողությունները
վերաբերում են քաղաքացիական պերիֆերիկ ավշահանգույցների տուբերկու-
լյոզին, առանց այլ օրգան-սխտումների ակտաճարակման: Մենք հետազոտել ենք
160 հիվանդ, որոնցից 117-ը բուժվել են ստացիոնար պայմաններում, իսկ
43-ը՝ ամբուլատորիայում:

Նշված 160 հիվանդներից 27-ի բուժման հեռավոր արդյունքներն ուսում-
նասիրել ենք 6 տարի անդուլյամբ, 71-ինը՝ 5 տարի, 10-ինը՝ 4 տարի և
22-ինը՝ 3 տարի: Զրադվելով տուբերկուլյոզային լիմֆանոպաթիաների բուժմամբ,
մենք նկատեցինք, որ կազենոզ-թորախային և ֆիբրոզ-կազենոզ լիմֆանոպա-
թիաների անտիրակոնեքալ բուժումը քիչ արդյունավետ է և տալիս է ուղեղիվի մեծ
տոկոս: Դիտողությունները ցույց տվեցին, որ անտիրակոնեքալի ազդեցությամբ
լավանում է հիվանդի ընդհանուր վիճակը, բարեփոխվում են արյան ցուցանիշ-
ները, նվազում են ինտոքսիկացիայի երևույթները, ներծծվում է պերիֆերիկալ
բորբոքումը, փոքրանում են լիմֆատիկ տուբ-հանգույցները, կանց է առնում
տուբերկուլյոզային պրոցեսի հեռացը, այն սահմանադատվում ու մեկուսա-
նում է, սակայն այդ փոքրացած սահմանադատված ու մեկուսացած ավշահան-
գույցները հետագայում (ձմռանը կամ դարձան սկզբներին) սկսում են նորից
մեծանալ, պատճառ դառնալով հիվանդության վերանորոգմանը (ուղեղիվին):
Ուրեմն, միմիայն կոնսերվատիվ եղանակը չի ապահովում տուբերկուլյոզային
լիմֆանոպաթիայի լրիվ ապաքինումը, փոքրացած հանգույցներն աղբյուր են հանգի-
սանում պրոցեսի վերանորոգման: Բացի դրանից, մենք պարզեցինք, որ երբ մի
խումբ հանգույցներում արդեն առկա է կազենոզ քայքայումը, մի այլ խումբ
ավշահանգույցներում (ինկուպ իրար մոտ) տուբերկուլյոզային պրոցեսը նոր է
սկսվում: Ուստի անհրաժեշտ է բուժման շղթային զուգակցել նաև վիրահա-
տումը, որպեսզի, մի կողմից՝ հեռացվեն արդեն ակտաճարակված ու մեկուսաց-

ված ավշահանդուցները, իսկ մյուս կողմից՝ անտիբիոտիկների ռզուլթամբ կանխվի նոր սկիզբի տուբերկուլյոզային պրոցեսը:

Լճեր մշակել ենք վիրահատման հետևյալ ցուցմունքները և հակացուցմունքները:

Ցուցմունքներ

1. Ավշահանդուցների տուբերկուլյոզի բույր ձևերի դեպքում, առանձնապես աչն արդյունավետ է կազնու-խարախային և ֆիրբուդ-կազնու ձևերի ժամանակ:

2. Միակուլմանի և երկկուլմանի ախտահարումների դեպքում:

3. Խուլահանների և խոցերի առկայության դեպքում, առանց մաշկի զգալի փոփոխությունների:

Հակացուցմունքներ

1. Բորերում և այլ արդաններում առկա տուբերկուլյոզային պրոցեսի (ինֆիրարատ, կալնոմա, դիսմիկնացիա) դեպքում:

2. Սրկարատև սարձր չեթմուկյան և ինտոքսիկացիայի դեպքում:

3. Բորերային պերիագենիտների դեպքում:

4. Մաշկի տարածված փոփոխությունների դեպքում:

5. Երկկուլմանի տարածված պրոցեսների դեպքում:

Բուժման մեթոդիկան հետևյալն է.

Նախապես տարվում է անտիբակտերիալ բուժում: Օրական դոզան ստրեպտոմիցին — 0,5, ՊԱՄԿ — 9,0 — 12,0, ֆտիլմազիոն — 0,9 — 1,2:

Եթե լիմֆադենիտն ուղեկցվում է պերիֆոսկալ բորերքումով, ձմեռը ավելացնում ենք նախ կվարցային բուժում 10 սեսիա, իսկ ամառը՝ անրոհիտթերապիա: Այսպիսի բուժումը տարվում է մինչև հիմնդի բնագծանուր վիճակի բարելավումը, պերիֆոսկալ բորերքման (պերիագենիտի ներծծումը և տուբերկուլյոզային պրոցեսի հետաճի կանո առնկը, այսինքն՝ հիվանդության սահմանապատումը և մեկուսացումը, որից հետո վիրահատում ենք հիվանդին, հետացնելով տուբերկուլյոզով ախտահարված ավշահանդուցները: Վիրահատումից հետո անտիբակտերիալ բուժումը շարունակում ենք մինչև հիվանդի զուրազրումը, ապա սահմանում դիսպանսերային հսկողություն: Բուժման արդյունքի մեր չափանիշը հանդիսանում է՝ առողջացումը, լավացումը, ռեցիդիվը և զենեքալիզացիան:

Առողջացման չափանիշն այն է, երբ բուժումից երեք և ավել տարի անց հիվանդակները չի կրկնվում և աշխատունակությունը վերականգնվում է: Հաջողման չափանիշը այն է, երբ բուժումից հետո հիվանդների մոտ առաջանում է երկարատև բնագծանուր լավ վիճակ՝ աշխատունակության վերականգնմամբ, սակայն օպերացիոն ապիկ մոտ հայտնաբերվում են տնցավ, շարժուն, փոքր հանդուցներ և պազնու կազմափոխում կամ խուլահանների առաջացում չի նկատվում:

Բնցիդիվի չափանիշը՝ երբ բուժումից հետո 6 ամիս տնց նորից կրկնվում է հիվանդությունը, տալով տուբերկուլյոզային լիմֆադենիտի բնույթ կլինիկական ընթացք:

ԱՊՐԵՐԻՍ 1

102 հիվանդի կոմպլեքսային բուժման հետևից արդյունքները սկսած 27/1—52 թ. մինչև 27/12—59 թ. բառ ձևի

Տուբերկուլյոզային լիմֆադենիտի ձևերը	Ընդա- մենը	Առողջա- ցում	Լավա- ցում	Բեցիդի	Գնահա- լիկացիա
Հիպերպլաստիկ	2	2	—	—	—
Ֆիբրոսկլերոտիկ	6	6	—	—	—
Կազեոզ-թարախային	34	24	5	5	—
Ֆիբրոզ-կազեոզ	60	41	11	8	—
Ընդամենը	102	73	16	13	—

Գնահատիկադրության չափանիշը՝ երբ բուժումից ոչ միայն տալարինում չի բերում հիվանդին, այլև հիվանդությունը տարածվում է, ախտահարելով նորաճող օրգանները 160 հիվանդի բուժման հետևից արդյունքներն աժիոսիված են երկու աղյուսակներում: Աղյուսակ 1-ում աժիոսիված են կոմպլեքսային բուժման արդյունքները՝ վիրահատման կիրառմամբ:

Այսպիսով, առողջացում բոլոր ձևերի դեպքում ունենք 73 հիվանդի մոտ, կամ 71,56%: Լավացում բոլոր ձևերի դեպքում ունենք 16 հիվանդի մոտ, կամ 15,70%: Բեցիդի բոլոր ձևերի դեպքում ունենք 13 հիվանդի մոտ, կամ 12,74%: Գնահատիկադրության չի նկատվում:

Բուժման ելքի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հիպերպլաստիկ ու ֆիբրոսկլերոտիկ ձևերը տալիս են լրիվ առողջացում, ուրիշն այնտեղ է ընդունել, որ հիվանդության վաղ հայտնաբերումը և ժամանակին սկսված կոմպլեքսային բուժումը արդյունավետ է: Իսկ կազեոզ-թարախային և ֆիբրոզ-կազեոզ ձևերի բուժման ելքը համարյա նույնիսկն է (70,6 և 68—83%):

58 հիվանդի բուժումը (43 ամբուլատոր և 15 ստացիոնար) տարվեց ստրեպտոմիսինով, ՊԱՄՍ-ով, արևաբուժմամբ և այլ զեղամիջոցներով՝ առանց վիրահատման: Բուժման կուրսի տևողությունը 3—4 ամիս (ընդամենը 50—60 դ. ստրեպտոմիսին և 1—1,5 կգ. ՊԱՄՍ): 58 հիվանդի բուժման հետևից արդյունքները տե՛ս աղյուսակ 2-ում:

ԱՊՐԵՐԻՍ 2

58 հիվանդի կոմպլեքսային բուժման հետևից արդյունքները առանց վիրահատման կիրառման, սկսած 1952 թ. մինչև 1959 թ. վերջը, բառ ձևի

Տուբերկուլյոզային լիմֆադենիտի ձևերը	Ընդա- մենը	Առողջա- ցում	Լավա- ցում	Անիո- սիս	Բեցիդի
Հիպերպլաստիկ	3	2	1	—	—
Ֆիբրոսկլերոտիկ	5	1	1	2	1
Կազեոզ-թարախային	19	6	6	3	4
Ֆիբրոզ-կազեոզ	31	3	5	9	14
Ընդամենը	58	12	13	14	19

Այսպիսով, խնդան երևում է այս աղյուսակից՝ 1. Առողջացում բոլոր ձևերի ժամանակ ունենք 12 հիվանդի մոտ. 2. Լավացում բոլոր ձևերի ժամանակ

ունենք 13 հիվանդի մոտ. 3. Հիվանդի վիճակի մեջ փոփոխություն չի նկատվել 14-ի ղեպքում. 4. Ռեցիդիվ բուրբ ձևերի ժամանակ առաջացել է 19 հիվանդի մոտ. 5. Դեներալիզացիա չի նկատվել:

Օպերատիվ բուժման արդյունքները համեմատելով կոնսերվատիվ բուժման արդյունքների հետ, մենք ունենք հետևյալ պատկերը՝ վիրահատման դուրսկցումը տալիս է 71,56% առողջացում (102-ից 73 հիվանդ) իսկ առանց օպերացիայի՝ 20,68% (58-ից 12 հիվանդ), կամ 3,5 անգամ ավելի, քան կոնսերվատիվ բուժումը:

Ամբուլատոր բուժման ժամանակ առաջացած ռեցիդիվը կազմում է 58-ից 19 հիվանդ, իսկ վիրահատման դեպքում՝ 102-ից 13 հիվանդ, այսինքն՝ 2,5 անգամ քիչ, քան ամբուլատոր բուժման ղեպքում: Այսպիսով ակնհայտ է դառնում վիրահատման առավելությունը բուժման կոնսերվատիվ մեթոդի նկատմամբ:

Ուսումնասիրելով ռեցիդիվի ղեպքերը, թույլ ենք տալիս նշելու, որ, մեր կարծիքով, այն ունի երկու հիմնական պատճառ՝ ինֆեկցիայի հիմնական սջախի առկայությունը և հիվանդության տարածվածությունը:

Անկուսկած, սրանք ռեցիդիվի միակ պատճառը չեն, կան նաև ընդհանուր պատճառներ, ինչպես օրինակ, օրգանիզմի զիմադրողականության անկումը, ինֆեկցիայի վիրուլենտության սովորականությունը, հիվանդության ցիկլիկ ընթացքը և այլն:

160 հիվանդի բուժման հետևումը արդյունքների ուսումնասիրությունից պարզվում է, որ այս հիվանդության կոմպլեքսային բուժումը ճիշտ միջոցառում է, քանի որ կազենոլ քաջբայման ենթարկված ավշահանգույցների հեռացումը, օրգանիզմի ազատելով կազենոցից և ինտոքսիկացիայից, կրճատում է բուժման ժամկետը, տալով 87,2% բարհեցողու ելք:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Տուբերկուլյոզային լիմֆագենիտը պատկանում է ծանր հիվանդությանների շարքին, փոքր հանգույցների առաջացումը ազդանշան է այս հիվանդության զարգացման, ուստի վաղ հայտնաբերումը և ժամանակին սկսած կոմպլեքսային բուժումը կանխում են հիվանդությունը և տալիս բուժման լավ հետևույթ արդյունք:

2. Վիրահատումը ցուցված է, հատկապես ֆիբրոզ փոփոխությունների ղեպքում (ֆիբրոսկլերոտիկ, ֆիբրոզ-կազենոզ և կազենոզ-փարսիային ձևերը), քանի որ նշված ձևերի ժամանակ անտրիոստիկ բուժումը քիչ արդյունավետ է:

3. Ռեցիդիվները կանխարգելելու լավագույն միջոցը անտիբիոտիկայ բուժումն է վիրահատումից առաջ և նրանից հետո:

4. Բուժման տեղային միջոցներից լավ ազդեցություն ունի արեաբուժումը:

5. Հնարավորության ղեպքում պետք է ձգտել ախտահարված բոլոր հանգույցների հեռացմանը՝ ռեցիդիվի նվազեցնելու նպատակով:

6. Պարանոցում տեղակայված միակողմանի և երկկողմանի սինուսալ բուժման ժամանակ բուժման հետևումը արդյունքը միանման է:

7. Կոմպլեքսային բուժմանը օպերատիվ եղանակի զուգակցումը ավելի էֆեկտավոր է անոթային ախտահարումների ժամանակ:

8. Վիրահատման ժամանակ պրոցեսի գեներալիզացիա չի նկատվում:

9. Բուժման հետագոր արդիւնքների համեմատութիւնից պարզվում է, որ օպերատիվ եղանակի դուզակցումը տալիս է 3,5 անգամ ավելի առողջացում և 2,5 անգամ քիչ ռեցիդիվ:

Հայկական ՍՍՏ-ի Ինկանի շրջանի
բուժման գործում

Ուսացվել է 11. IV. 1960 թ.

А. ГАЙСЕРЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ

Р е з ю м е

Антибактериальная терапия имеет пределы своих возможностей, в результате чего процесс часто рецидивируется. Одни консервативные методы без хирургического вмешательства малоэффективны. Под защитой антибиотиков необходимо удалить туберкулезные узлы.

Комплексная терапия с применением хирургического вмешательства становится более эффективной, если операцию предпринять после затихания туберкулезного процесса, т. е. когда отсутствуют перифокальные явления, температура больного становится стойко нормальной, обратное развитие туберкулезного процесса приостанавливается, процесс ограничивается и изолируется.

Изучение отдаленных результатов лечения 160 больных показывает, что комплексное лечение туберкулезного лимфаденита является правильным, дающим 87,2% благоприятных результатов, с восстановлением трудоспособности больных.