

Г. Н. ТЕР-ОГАНЕСЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ МЕЗАДЕНИТАМИ

Хотя туберкулезные мезадениты по своей значимости и частоте занимают важное место в медицине, однако они сравнительно мало изучены. По данным вскрытий [18, 20, 23], эта нозологическая форма обнаруживается в 50—80 % случаев туберкулезных заболеваний и в 0,8—1,4 % случаев вскрытий больных, умерших от других причин [15, 21, 22]. Несмотря на это, туберкулезные мезадениты из-за полиморфного клинического проявления и отсутствия потогномонических симптомов нередко клинически остаются нераспознанными. Трудности в диагностике туберкулезных мезаденитов, естественно, усложняют установление лечебного режима. Способы лечения, направленные на повышение иммунобиологических способностей и на десенсибилизацию организма, не приводят к длительному и стойкому лечебному эффекту. Применение антибиотиков и химиотерапевтических препаратов послужило также большим стимулом для лечения туберкулезных мезаденитов.

Исходя из литературных данных [1, 6—13, 16, 20] и нашего опыта, мы пришли к выводу, что специфические антибактериальные мероприятия, а также применение средств, десенсибилизирующих организм и повышающих его иммуно-биологические способности, оказывают положительное воздействие на организм и приводят к улучшению общего состояния больных туберкулезным мезаденитом. Уменьшаются и нередко проходят признаки туберкулезной интоксикации, стихают боли, в известной степени проходят диспептические явления. Однако такой способ комплексной терапии часто не дает желаемого лечебного эффекта.

Согласно литературным данным, слабые раздражения улучшают трофику в области патологического очага, повышают жизнеспособность и сопротивляемость тканей, оказывают благотворное действие на течение воспалительного процесса [2—5, 14, 17, 19]. С другой стороны, существующие лечебные мероприятия при туберкулезном мезадените оказываются неполноценными.

Исходя из этого, мы приступили к изучению роли околопочечной новокаиновой блокады в комплексной системе лечения туберкулезных мезаденитов. Мы поставили перед собой задачу сочетать в комплексе лечения специфические мероприятия с неспецифическим способом новокаиновой блокады. Тем самым мы сочетали этиологическое лечение с патогенетической терапией.

Наши больные подразделены на три группы. В первой группе (45 чел.) применялись средства, направленные на десенсибилизацию и повышение иммунобиологических способностей организма, антибиотические и химиотерапевтические препараты. Во второй группе (20 чел.) лечение проводили только при помощи околопочечной новокаиновой блокады (контрольная группа). В третьей группе (45 чел.) применялись и антибактериальные препараты и околопочечные новокаиновые блокады по методике А. В. Вишневого.

Лечение больных туберкулезными мезаденитами мы строго индивидуализировали, поэтому больные получали различные дозы антибактериальных препаратов и подвергались околопочечной новокаиновой блокаде от одного до трех раз, а некоторые больные чаще.

Соблюдая принцип индивидуального подхода в комплексном лечении больных, мы никогда не недооценивали важного и благотворного влияния горно-климатических условий Дилижана, который является противотуберкулезным курортом. На фоне курортных факторов воздействие антибактериальных препаратов становится более эффективным и выраженным, что сказалось на лечении 110 наших больных, подвергшихся тому или другому способу терапии.

Помимо благоприятного воздействия естественного климата Дилижана, комплексное комбинированное лечение, примененное на фоне новокаиновой блокады, явилось своеобразным и переломным шагом в системе лечения больных туберкулезным мезаденитом.

Известно, что при оценке того или иного способа лечения, помимо непосредственных результатов, большое значение имеют данные отдаленных результатов. Оценка отдаленных результатов нами производилась не только на основании субъективных ощущений больных, но также по данным объективного исследования (общее состояние, исследование живота, анализ крови, туберкулиновая внутрикожная проба Манту); учитывалась также трудоспособность.

Отдаленные результаты лечения оценивались нами у 36 больных в сроки от года до 4 лет, при этом под нашим наблюдением находились: в течение одного года 17 чел., двух лет—8, трех—10 и четырех—1.

У 2 из 5 больных первой группы наблюдалась нормализация нарушенной деятельности желудочно-кишечного тракта. Мы должны подчеркнуть благоприятное действие околопочечной новокаиновой блокады. У 12 больных второй группы мы наблюдали стойкую нормальную деятельность кишечника.

Наиболее яркие положительные отдаленные результаты наблюдались у больных третьей группы, где у всех 16 больных нормализовалась деятельность желудочно-кишечного тракта.

При наблюдении 36 больных в разные сроки после лечения жалоб на боли в животе не было, тогда как при прощупывании живота у всех больных до лечения отмечалась болезненность. Околопочечная новокаиновая блокада способствует ликвидации болей в животе, она снимает

болезненность при глубокой пальпации живота, особенно когда блокада сочетается с применением антибактериальных препаратов.

Заслуживает внимания действие этиопатогенетического лечения при воспалении и увеличении лимфатических узлов брыжейки. Уменьшение в размерах или полное рассасывание воспалительных брыжеечных лимфатических узлов является благоприятным показателем эффективности лечения. Лучшие результаты были получены при сочетанном применении этиологического и патогенетического лечения.

Применение околопочечной новокаиновой блокады в комплексе лечения туберкулезного мезаденита создает благоприятные условия в организме, благодаря которым воспаленные, увеличенные лимфатические узлы уменьшаются в размерах и воспалительный процесс ликвидируется. По-видимому, действие новокаиновой блокады первоначально сказывается на неспецифическом компоненте воспалительного процесса — вульгарный воспалительный процесс затихает. Создавшиеся новые условия способствуют затиханию специфического туберкулезного процесса в лимфатических узлах.

Для туберкулезного мезаденита характерна субфебрильная температура. Из 110 наших больных 72 чел. (65,5%) до лечения имели субфебрильную температуру, 2 (1,8%) — высокую и 36 (32,7%) — нормальную. Отдаленные наблюдения 36 больных показали, что у двух больных первой группы и одного больного второй группы субфебрильная температура после выписки из стационара держалась несколько месяцев и в дальнейшем становилась нормальной; у остальных 33 больных температура была нормальная. Таким образом, сочетание околопочечной новокаиновой блокады с антибактериальными препаратами привело к нормализации температуры.

Большой интерес представляют изменения картины крови больных туберкулезным мезаденитом, подвергшихся лечению. У больных третьей группы кровь нормализовалась быстрее, чем у больных второй и первой групп.

Реакция Манту, произведенная до лечения у 36 больных, была такова: в четвертом разведении у всех больных была резко положительной с явлениями лимфангоита; в пятом разведении реакция была также положительной у всех, а в шестом разведении у 20 больных — положительная, слабо положительная — у 10 и отрицательная — у 6.

При обсуждении отдаленных результатов выяснилось, что все 18 больных первой и второй групп находятся в хорошем состоянии. На основании отдельных результатов больных третьей группы мы считаем, что 6 из них находятся в хорошем состоянии, а остальные 12 выздоровели.

В заключение следует отметить, что данные о ближайших и, особенно, отдаленных результатах указывают на несомненное преимущество сочетанного применения околопочечной новокаиновой блокады и анти-

бактериальных препаратов по сравнению с другими способами лечения больных туберкулезным мезаденитом.

Дилижанская городская больница

Поступило 3/IX 1963 г.

Գ. Ն. ՏԵՐ-ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՏՈՒՐԵՐԿՈՒՅՈՉԱՅԻՆ ՄԵԶԱԴԵՆԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Տուրերկույոզային մեզադենիտով տառապող 110 հիվանդի կլինիկական պատկերը լավ ուսումնասիրելուց հետո հեղինակը հիվանդների բուժումը անց է կացրել 3 տարբեր խմբերով և դիտել է բուժման ինչպես մոտակա արդյունքները, այնպես էլ դրանցից 36 հիվանդի հեռավոր արդյունքները:

Բուժումն ավարտելուց մեկից մինչև չորս տարի անց հեղինակը կլինիկական և լաբորատոր տվյալների հիման վրա եզրակացնում է, որ բացի անտիբակտերիալ պրեպարատներից, օրգանիզմը դեսենսիբիլիզացնող և նրա իմունոբիոլոգիական հատկությունները բարձրացնող միջոցառումների բուժման կոմպլեքսային սխեմանում անհրաժեշտ է կիրառել նաև հարերիկամային նովոկաինային բլոկադա:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алимов Ш. А. Советская медицина, 1954, 1, стр. 22.
2. Вишневский А. А. Труды АМН СССР, Проблемы клинической и экспериментальной хирургии, М., 1953, т. 24, 2, стр. 5.
3. Вишневский А. В. Врачебное дело, 1935, 1, стр. 2.
4. Воропаев Н. Н. Труды АМН СССР, Проблемы клинической и экспериментальной хирургии, М., 1953, т. 24, 2, стр. 121.
5. Догаева К. Ф. и Иткин С. И. Труды АМН СССР, М., 1951, т. 12, стр. 60.
6. Исзаде Г. М. Сборник трудов Азербайджанского медицинского института, Баку, 1955, 1, стр. 163.
7. Кайцакян А. Г. Методы лечения на курорте Дилижан. Ереван, 1952.
8. Кудрявцева А. И. В кн.: Туберкулез. М., 1955, стр. 160.
9. Купчинская Ю. К. Проблемы туберкулеза, 1954, 5, стр. 41.
10. Лебедев А. П. Хирургия, 1953, 9, стр. 40.
11. Львович Д. А. Проблемы туберкулеза, 1950, 1, стр. 28.
12. Малышева О. С. Тезисы докладов V годовой сессии Ленинградского педиатрического института. Л., 1954, стр. 65.
13. Манучарян Д. А. Проблемы туберкулеза, 1942, 1—2, стр. 53.
14. Мирющенко Т. С. Автореферат. Свердловск, 1954.
15. Оносовский В. В. Вопросы туберкулеза, 1931, 10—11, стр. 964.
16. Осипов И. Н. и Соболева А. С. Проблемы туберкулеза, 1948, 3, стр. 71.
17. Протопопов С. П. Хирургия, 1951, 4, стр. 7.
18. Цимблер И. В. В кн.: Туберкулез у детей. М., 1955, стр. 128.
19. Шур Е. И. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1951, 3, стр. 176.
20. Юркина А. И. Проблемы туберкулеза, 1950, 1, стр. 54.
21. Bell L. P. Surg. Gynec. and Obst. 1927, 45, 465.
22. Braithwaite L. R. British Journal of Surgery, 1926, 13, 439.
23. Corner E. M. British Medical Journal, 1908, 2, 913.