

И. Ф. ИВАНИЦКИЙ

Применение атуберкулинового антивируса Мазура при лечении некоторых свищевых форм хирургического туберкулеза

Из областного детского костно-туберкулезного санатория гор. Владимира (главный врач М. Н. Зорохович, зав. отделением И. Ф. Иваницкий)

Попытки изменить циклическое развитие туберкулезного процесса в костях и суставах путем применения различного рода лекарственных веществ, как известно, не оправдали себя. Поэтому мы решили применить при некоторых формах хирургического туберкулеза атуберкулезный антивирус „синих“ палочек, предложенный Мазуром для лечения открытых форм туберкулезных лимфаденитов.

Так как лечение антивирусом рассчитано на непосредственное его воздействие на туберкулезный очаг и окружающие ткани, то нас интересовал вопрос, какое же будет оказывать лечебное действие антивирус на свищевые формы хирургического туберкулеза.

Общеизвестно, что наличие свищей при костном туберкулезе не только удлиняет сроки пребывания больных в лечебных учреждениях, отягощает организм больного, но в некоторых случаях может вести к тяжелым осложнениям.

При выборе материала мы старались брать случаи с единичными свищами при поражении как мелких, так и больших суставов: попутно мы применяли антивирус при открытых и закрытых формах туберкулезных лимфаденитов, скрофулдермы, кожного туберкулеза.

Одновременно с применением антивирусотерапии в одной группе больных, мы другую группу больных с такими же свищевыми формами лечили обычными методами.

Всего антивирусотерапия проведена на 21 больном, из них по возрастному составу: от 1 года до 5 лет—5, от 5 до 10 лет—7, от 10 до 15 лет—9 чел. По полу: мальчиков—16, девочек—5.

По локализации основного процесса наши больные распределяются так: поражения тазобедренного сустава 6 случаев, поражение голеностопного сустава и пяточной кости 3 случая, поражение лучезапястного сустава и мелких костей кисти 3 случая, поражение грудного отдела позвоночника 3 случая, туберкулезный лимфаденит, туберкулез кожи 6 случаев.

Давность основного заболевания до 1 года—7 случаев, от 1 года до 2 лет—4 случая, от 2 до 3 лет—5 случаев, от 3 до 5 лет—2 случая, и от 5 до 10 лет—3 случая. Давность свища к моменту начала лечения антивирусом: до 1 м-ца 2 случая, от 1 до 3 м-цев—3 случая, от 3 до 6 м-цев—4 случая, от 6 мес. до 1 года—4 случая, от 1 года до 3 лет—6 случаев, от 3 лет и выше—2 случая.

У всех больных до начала лечения была исследована флора свищей. Стафилококк найден в 7 случаях, стафилококк плюс грамотри-

пательная палочка 6 случаев, стрептококк—2 случая, стрептококк плюс грамтрипательная палочка—2 случая, чистая грамтрипательная палочка—в 3 случаях. Палочки Коха ни в одном случае обнаружены не были.

До начала и во время лечения больным делались анализы крови, рентгеновские исследования. С некоторых больных делались фотоснимки, муляжи. Все наши случаи проводились исключительно консервативно с применением только атуберкулинового антивируса, за исключением некоторых случаев, где было предпринято расширение свищевых ходов.

Наша методика особенно не отличалась от методики Казанского ортопедического института. Мы брали 80—100% раствор антивируса в зависимости от возраста больного, характера свища и применяли его местно в виде компрессов, обильно смоченных раствором при поверхностных свищах. При глубоких и извилистых свищах антивирус вводился тонким нелятоновским катетером непосредственно в свищ в количестве 1—2 см³ через день, сверху свищ покрывался компрессом, смоченным тем же антивирусом. При подживании свища, хороших грануляциях, мы переходили на 2% мазь из антивируса.

На протяжении всего времени лечения атуберкулиновым антивирусом мы не могли подметить ни местной, ни общей реакции со стороны организма больного. В отношении картины белой крови особенного сдвига также не было отмечено. В некоторых случаях наблюдался небольшой сдвиг влево за счет уменьшения палочкоядерных с 35 до 6%. В других случаях наблюдалось увеличение моноцитоза с 5 до 13%, с резким падением РОЭ с 46 до 24 мм, с увеличением гемоглобина с 61 до 72%. В 2 случаях (отрицательных по эффекту) отмечено было увеличение РОЭ с 18 до 62 мм. Следовательно какой-либо определенной закономерности в изменении картины крови подметить не удалось.

Применение атуберкулинового антивируса в наших случаях не дает такого большого процента положительных результатов, как у других авторов, применявших антивирус Мазура (Шулутко, Высокосова).

На нашем материале положительный результат получен в 10 случаях из 21, причем 4 случая падают на туберкулезное поражение кожи и туберкулезный лимфаденит, следовательно только у 6 больных, страдавших костным туберкулезом, эффект получен положительный.

При лечении свищевых форм костного туберкулеза антивирусом, у нас получилось впечатление, что там, где основной процесс был в стадии затихания или затихшим, где свищ расположен поверхностно,—эффект получался положительный. Наоборот, где эволюция процесса не закончилась, где свищ глубокий, извилистый, там результат получался отрицательный—даже при расширении свищевых ходов. Позволим себе иллюстрировать это двумя историями болезни.

1. Больной Ю. К., 14 лет, болен туберкулезным кокситом 5 лет со свищом давностью 2 года. Лечился амбулаторно—свищ не закрывался. При обследовании в области верхней трети бедра на передней наружной поверхности найден свищ, величиной с 10-копеечную монету с вялыми восковидными грануляциями. Окружность свища, а также и вся кожа в этой области пигментирована. На рентгенограмме затихший процесс с выраженным костным анкилозом.

С 20/V 1936 г. начались ежедневные перевязки с антивирусными компрессами. 5/VI выделений меньше, края раны покрываются розовыми грануляциями. 10/VI—эпи-

гелизация с краев раны, свищ уменьшается. 21/VI—свищ закрылся.

Через год при осмотре на месте свища плотный рубец.

2. Больной В. Ч.-ов, 10 лет, поступил в санаторий 5/II 1935 года с диагнозом туберкулезный коксит. Болен с 194 года. В октябре того же года появился натечник на наружной поверхности верхней трети бедра и в феврале 1936 г. открылся свищ с значительными выделениями. К началу применения антивируса на рентгенограмме отмечается: вертлужная впадина разгужена. Головка деформирована с множественными очаговыми разрежениями. Надкостница, отделяющая полость таза от дна вертлужной впадины, отслоена. Контуры сустава мутны, неясны. Значительный остеопороз.

С 2/IV началось лечение введением в свищ 100% раствора антивируса через день. 28/V—выделения значительные, грануляции восковидные, кожа в окружности свища мацерирована. 14/VI—характер свища и выделений не меняется. 16/VI—свищевый ход расширен. 21/VII—без изменений. Открылся второй свищ. 17/IX—изменений нет, выделения большие, грануляции вялые. 30/X—характер свищей без изменений. Выделения несколько меньше. 30/XII—открылся еще один свищ.

С января 1937 года лечение антивирусом оставлено. На рентгенограмме, относящейся к этому периоду, отмечается: в области дна вертлужной впадины центральное прободение. Шейка деформирована, деструктивно изменена. Большой вертел непосредственно соприкасается с подвздошной костью. В средней его части большой очаг разрежения.

Следующие две истории болезни интересны тем, что у обеих больных почти одинаковая клиническая и рентгенологическая картина заболевания, одна и та же локализация свища и почти одинаковая давность последнего. Лечение же антивирусом дало противоположные результаты.

3. Больная Г. Мо-на, 8 лет, поступила в санаторий 3/VI 1936 года по поводу заболевания левого тазобедренного сустава. Болея с 1934 года. В марте 1936 года открылся свищ. При поступлении в санаторий найдено: резкая болезненность при пальпации в области пораженного сустава. Движения в суставе отсутствуют из-за болезненности. На наружной поверхности верхней трети бедра имеется свищ с стекловидными, губовидными разращениями. На рентгенограмме от 6/VI 1936 года отмечается: верхний отдел вертлужной впадины разрушен. Головка вышла из вертлужной впадины и вклинена в разрушенный верхний отдел впадины. Контуры костей сустава мутны, смазаны. Значительный остеопороз. С 29/VI начаты перевязки с антивирусом в виде вливания в свищ через день. 3/VII—выделений меньше, свищи живее. 10/VII—губчатость свища уменьшается. Самочувствие девочки лучше: она бодрее, веселее, болезненность в суставе меньше.

22/VII—болезненность почти исчезла. Выделения из свища незначительные. Свищ покрыт сочными, розовыми грануляциями. К 10/VIII—свищ закрылся. На рентгенограмме от 11/X.3.6 г. отмечается: более ясные контуры костей сустава. Наблюдаются репаративные явления. Остеопороз держится, но менее выраженный.

Таким образом, на протяжении 42 дней под влиянием антивируса свищ закрылся. При обычном нашем методе лечения свищей мы не наблюдали закрытия свища в такой короткий срок.

4. Больная В. Шам-ва, 6 лет, поступила в санаторий 1/VIII 1935 года по поводу туберкулезного поражения правого тазобедренного сустава. Болея 2 года. При поступлении найдено: правая нижняя конечность приведена и ротирована внутрь. Сгибательная контрактура в тазобедренном суставе под углом 15°. Движения в суставе болезненны. В апреле 1936 года открылся свищ на наружной боковой поверхности верхней трети бедра. На рентгенограмме от 18/III 1936 г. отмечается: вертлужная впадина, ее верхний отдел разрушен. От головки почти не осталось и следа. Шейка представляется в виде клюва и вклинена в верхний отдел разрушенной вертлужной впадины. Контуры костей не четкие, смазанные. Надкостница, отделяющая полость малого таза от дна вертлужной впадины, отслоена. Значительный остеопороз. С 6/IV применяется антивирус по методике, как и в первом случае. 20/V—выделения из свища больше. 20/VI—характер свища и выделения не меняются. 15/VII—выделений несколько меньше. Характер свища тот же. 10/VIII—состояние свища без изменений. К 1/XII—свищ остается. Лечение антивирусом продолжается до февраля 1937 года, когда антивирус был оставлен. К этому времени на рентгенограмме отмечается: вертлужная впадина представляется в виде запустевшей плоской впадины. От головки не осталось и следа. Остатки шейки вклинены в разрушенный верхний отдел acetabulum. Пораженные части имеют более четкие, ясные очертания. В этом случае интересно отметить изменение белой крови. На всем протяжении лечения свища анти-

вирусом, наблюдался сдвиг влево за счет увеличения палочкоядерных с 1 до 80% при РОЭ с 18 до 62 мм.

Отрицательный результат в этом случае мы объясняем формой свища, вторичной его инфекцией (в флоре обнаружен стрептококк), кроме того, немаловажное значение, надо думать, играют и иммунобиологические факторы.

Следующая группа больных—с поражением лучезапястного сустава и костей стопы. В первом случае мы получили положительный эффект на протяжении полугода. Мы не можем не отметить того обстоятельства, что при длительном употреблении антивируса, как бы ослабляются его свойства. Нижеприводимая краткая история болезни подтверждает это.

Больной Вова Н., 13 лет, поступил в санаторий 5/VI 1936 года по поводу туберкулезного поражения лучезапястного сустава с множественными свищами. Заболевание лучезапястного сустава относится к марту 1936 года.

При обследовании найдено: старый туберкулезный процесс верхнего грудного отдела позвоночника с единичным свищем на шее 10-летней давности с небольшим гнойным отделяемым. Левый лучезапястный сустав опухший, кожа—пигментирована, черно-бурого цвета. На тыле кисти большая язвенная поверхность размером $4 \times 2\frac{1}{2}$ см. Рядом мелкие явные поверхности. На ладонной стороне язва величиной 3×2 см, с вялыми грануляциями, с значительным гнойным отделяемым. С латеральной стороны большая опухоль, флюктуирующая с размягчением в центре, с воспалительными явлениями в окружности. Правый голеностопный сустав опухший, мало подвижен, болезнен. Стопа в положении *pes equinus*. На рентгенограмме от 18/V 1936 года отмечается: мелкие кисти кисти левого лучезапястного сустава мутны, смазаны, бесструктурны. Мягкие ткани утолщены. Большой остеопороз костей сустава. 20/VI—прислуплено к лечению антивирусными компрессами. 29/VI—язвенные поверхности очищаются, грануляции свежее. 3/VII—на латеральной стороне лучезапястного сустава прорыв нарыва. 20/VII—на тыле и ладонной стороне раневые поверхности с краев эпителизируются. 5/VIII—раны подживают. 1/X—раны на тыле кисти покрыты розовыми грануляциями. 20/X—раны на тыле кисти хорошо эпителизируются. Компрессы оставлены, применяется 20% мазь из антивируса. 22/XI—раны на тыле зажили. На ладонной хорошо эпителизируются. 25/XI—открылся свищ в области наружной лодыжки правой конечности. Лечение антивирусными компрессами. К февралю раневые поверхности в области лучезапястного сустава и на ладонной стороне зажили. На стопе свищ остался без изменений, так же как на шее, несмотря на то, что было предпринято расширение с иссечением свищевого входа. С июня применение антивируса на свищи шеи и стопы, как не давшее эффекта в течение года, оставлено, на рентгенограмме от 3.III.37 г. в отношении лучезапястного сустава отмечается контуры костей кисти ясны, четки, структурны. Небольшой остеопороз.

Применение антивируса при свищевых формах поражения только пяточной кости и *spina ventosa* давало положительный результат во всех случаях.

Больная Лида Д., в возрасте 2 лет 2 м-цев, поступила в санаторий в ясельное отделение с туберкулезным поражением левой пяточной кости. Больна 6 м-цев. При осмотре найдено: область голеностопного сустава несколько припухла. С наружной стороны слева ниже лодыжки небольшой свищ с небольшим гнойным отделяемым. На рентгенограмме от 21/VII 1936 г. отмечается общий остеопороз костей стопы. Контуры пяточной кости смазаны. В центре большой очаг разрежения с мелкими очаговыми разрежениями в окружности.

С 2/VII—ежедневные перевязки с антивирусными компрессами: антивирус вводился в свищевой ход. 20/VII—раневая поверхность чище, выделений меньше. 10/VIII—края раны эпителизируются. К 1/IX раневая поверхность закрылась, за исключением небольшого участка в центре. К 1/X—свищ закрылся. На рентгенограмме от 1/XI 1936 г. отмечается: контуры костей стопы четче, определяется их структурность. Репаративные явления хорошо выражены. Остается небольшой остеопороз.

В данном случае за сравнительно короткий срок (3 месяца) не только закрылся свищ, но отмечены значительные изменения в рентгеновской картине в смысле репаративной перестройки пораженных участков костей, без предварительного оперативного вмешательства.

Мы применяли антивирус и у больных, страдающих туберкулезными лимфаденитами, скрофулодермой, туберкулезом кожи. При

первых двух поражениях положительный эффект получен во всех случаях в сравнительно короткий срок. Лучший и более быстрый эффект при туберкулезных лимфаденитах получен там, где нагноившаяся железа была предварительно вскрыта хирургическим путем (простым линейным разрезом). При туберкулезе кожи эффекта от применения антивируса мы не получили.

Приведем одну историю болезни больного, страдавшего скрофулодермой.

Больной Толя М., 5 лет, поступил в санаторий 10.1.36 года по поводу туберкулезного поражения правого голеностопного сустава и скрофулодермой правой щеки. Болен с 1933 года. Лечился амбулаторно, но безрезультатно. При поступлении найдено: кроме поражения правого голеностопного сустава значительная раневая поверхность в области правой щеки, размером 5×2 см, с неровными краями, местами покрыта гнойными корками, с вялыми грануляциями и пигментацией кожи в окрестности раны. С 6/V приступлено к ежедневным перевязкам с антивирусом. 12/V — рана очищается от гнойных корок, выделений меньше. 22/V — раневая поверхность покрывается розовыми сочными грануляциями. 30/V рана эпителизируется. Компрессы оставлены и перевязки делаются из 20% мази антивируса. 10/VI раневая поверхность закрылась нежным рубцом. Небезынтересно отметить, что у данного больного одновременно имелось туберкулезное поражение правого глаза (кератоконъюнктивит). Под влиянием мази из антивируса кератоконъюнктивит почти прошел в течение $1\frac{1}{2}$ месяцев. Следовательно скрофулодерма, леченная в течение 2 лет безрезультатно, под действием антивируса зажила в течение 34 дней.

Таким образом, атуберкулиновый антивирус Мазура, являясь безвредным для организма больного, дает положительный эффект в некоторых свищевых формах костного туберкулеза и тем самым обогащает арсенал средств, применяемых при лечении хирургического туберкулеза.

У нас сложилось такое впечатление от применения антивируса:

1. Лучший результат при лечении антивирусом свищевых форм костного туберкулеза получается при поражении мелких суставов с единичными свищами.

2. При поражении больших суставов эффект зависит от эволюции процесса, характера свища, его инфекции.

3. При свищах при изолированных костных очагах достигается благоприятный результат без предварительного оперативного вмешательства.

4. Расширение свищевого хода при применении антивируса не всегда дает положительный результат: он зависит от вышеуказанных факторов.

5. Желательны дальнейшие наблюдения над выработкой показаний и противопоказаний для применения антивируса при костном туберкулезе в условиях клиники.

Поступила 11.X.1938.