

IX международная конференция по туберкулезу в Варшаве (4—7/IX 1934 года).

Костно-суставной туберкулез — его терапевтические¹⁾ и хирургические формы и их лечение²⁾.

Основной доклад был представлен В. Путти (V. Putti). Костно-суставной туберкулез — вторичное и местное проявление тбк висцерального и гл. образом легочного. Теперь нет больше споров о важности климатического лечения, тогда как опыт доказал проблематический характер специфического действия лучистой солнечной энергии и ее суррогатов. Как все виды стимулирующего лечения, климатотерапия ведет к привыканию („насыщению“) организма. Отсюда следует соображение о целесообразности чередования (alternance) климатических раздражителей. Специфическое лечение, иммунотерапия, гелиотерапия при тбк не обнаруживают воздействия отличного от такового при общем тбк.

Лечение, где бы оно ни проводилось, в санатории или вне его, должно следовать принципам ортопедической терапии — иммобилизации. Гипсовые аппараты — метод наиболее испытанный, наиболее надежный и самый практический для достижения этой цели.

Хирургическое лечение не потеряло всех позиций, которые оно приобрело до прихода консервативной системы лечения. В настоящее время резекция единогласно осуждается, когда дело идет об органе в периоде роста, а в отношении тазобедренного сустава — при всяком возрасте. Напротив, при тбк колена, гри тibiо-тарзальных поражениях и при страданиях верхней конечности этому методу придается большое значение. Со все возрастающим интересом относятся ко всем анкилозирующим операциям, но до сих пор не доказано, что трансплантат имеет прямое воздействие на процессы репарации.

Анкилозирующая операция более показана в стадии репарации, чем в эволютивной фазе заболевания. При поттовой болезни она более обоснована и более эффективна у взрослого, чем у ребенка.

Операция должна быть во всяком случае экстрафокальной. Внутриочаговый или смешанный артродез находятся в противоречии с принципами консервативного лечения. За исключением тбк позвоночника и бедра возможны попытки пара и юкстаартикулярного артродеза (колени, плечо и стопа).

Безансон и Вейль (Bezanson et Weil) в содокладе останавливаются главным образом на ревматизме Понсе (Ponset). В настоящее время следует признать, что существует туберкулезный ревматизм, как и ревматизм гонорройный. Следует только отделить то, что возможно считать установленным, от того, что еще находится в стадии гипотезы. Это даст прочную базу для дальнейших исследований.

Острая или точнее подострая форма тбк ревматизма имеет бесспорно свое клиническое лицо. Его проявления носят затяжной характер, мало поддаваясь салициловой терапии и оставляют после себя известную степень деформации. Безансон настойчиво указывает, что наличие легочных или плевральных проявлений тбк так же, как нахождение тбк бактерий в крови и положительные кожные реакции недостаточны для установления диагноза тбк ревматизма. *Имеет значение лишь нахождение тбк бактерий в выпоте сустава, если имеется гидрартроз.*

Тбк ревматизм встречается у фтизиков и при далеко зашедших формах тбк только как редкое исключение. Обычно наблюдается у лиц с латентными формами тбк. С патогенетической точки зрения возможно, но это еще не доказано, что тбк ревматизм является незначительным проявлением тбк септицемии, как это бывает при некоторых формах гонорройного и менингококкового ревматизма.

¹⁾ Термин, у нас не принятый.

²⁾ По отчету в „Presse Médicale“, № 86. 1934 г.

Авторы оспаривают теорию, которая считает острый ревматизм проявлением „воспалительного“ тбк, как высказывался в свое время Понсе и которая как будто получила подтверждение в новейших работах Левенштейна. Безансон считает, что в исследованиях известного австрийского бактериолога не обошлось без технических погрешностей.

Он полагает, что только аргументами клинического порядка можно было бы поддержать мнение о туб. природе ревматизма Буйо (Bouillaud).

Изучение фактов показывает однако, что если тбк действительно способен, как и всякая инфекция, давать острые явления со стороны суставов, то эти проявления редко имеют истинную картину ревматизма Буйо. Они скорее подостры, менее генерализованы, имеют более затяжной характер, менее поддаются салицилатам и наконец, как правило, приводят к деформациям. Если при тбк ревматизме наблюдаются изменения со стороны периферии и эндокарда, то они не дают явлений недостаточности или стеноза клапанов, как при остром суставном ревматизме.

Тбк больные так же редко умирают от асистолии, как ревматики от чахотки. В заключение Безансон считает, что ярлык тбк ревматизма можно наклеивать только на те случаи, где в экссудате из сустава обнаружены *бациллы Коха*.

Лечение состоит в постельном режиме, в применении болеутоляющих, как салициловый натрий и аспирин. Лечение золотом в небольших дозах сопровождается определенным успехом.

После острого или подострого приступа показан массаж и осторожные движения, лечение воздухом и пскеом, по преимуществу в горах, избегая морского климата. Гелиотерапия применяется с успехом. Хорошие результаты дает антигелотерапия. Наконец иод, мышьяк и рыбий жир имеют здесь свои показания, как и при хирургическом туберкулезе.

Этьен Соррель (E. Soggel. Франция). Какова бы ни была локализация костного и суставного процесса общее лечение больного остается одинаковым. Не следует увлекаться медикаментозной терапией (фосфаты, соли кальция, иод), если больной находится в хороших гигиенических условиях.

Несмотря на многочисленные попытки применения туберкулина и вакцин, ни один из этих методов на данном этапе не дает результатов, которые позволяли бы рекомендовать их применение. Роль климатического лечения уже давно доказана. Более резкий климат Северного моря и Ла-Манша показан для костных больных, не имеющих легочных поражений; больные с таковыми более показаны для леч. учреждений побережья Атлантического океана и Средиземного моря или для горных санаторий. Во всех этих случаях комбинированное лечение солнцем и морем — в настоящее время самый лучший вид общего лечения.

Как ни важна роль солнца и моря, как терапевтических факторов, они не делают излишним применение ортопедического и хирургического лечения. Костно-туберкулезные больные должны лечиться в учреждениях, где возможно применение всего арсенала ортопедических и хирургических методов.

Лечение будет различно в зависимости от того, имеем ли дело с взрослыми или ребенком. У ребенка, например, поттовская болезнь в общем требует чисто ортопед. лечения, тогда как у взрослых одно ортопед. лечение недостаточно для достижения излечения и приходится прибегать к остеосинтезу.

При коксальгиях у ребенка иммобилизация — метод выбора; у взрослого, наоборот, следует применять артродез. При заболевании колена противоположность между методикой лечения взрослого и ребенка еще более резка. В молодом возрасте длительная иммобилизация в сочетании с общеукрепляющим лечением чаще всего гарантирует излечение. У взрослого давно известна невозможность получения реального излечения одним ортопедическим лечением, здесь показана резекция. Но хирургические методы должны применяться только при поражениях старых, когда больной начинает переходить в фазу репарации.

О. Шивитц (O. Chievitz. Дания). Статистика показывает, что только у 20% костных больных имеются тбк изменения в других органах и обратно — у легочно-туберкулезных больных экстрапульмональные поражения отмечаются в 10% случаев. Объяснения, которые пытались давать этим фактам, до сих пор имеют гипотетический характер. Благодаря хорошим условиям питания больных в Дании относительно часто наблюдается спонтанное излечение. Прогноз значительно благоприятнее у ребенка, чем у взрослого. Институт

Финзена в Копенгагене использует все обычные методы лечения. Хирургическое лечение также применяется в датских учреждениях, в особенности у взрослых, излечение которых консервативным путем требует больших экономических жертв.

При спондилите применяется длительный покой в постели, световые ванны, при болях—иммобилизация в гипсе, а при выписке—кожаный бандаж. Операция Ольби, как показывает наш опыт, не препятствует образованию абсцессов, свищей и горбов.

Процент излечения у взрослых около 70, в несвищевых случаях, в последних только в 15%, у детей до 15 лет—80% и 50. При коксальгиях достигается анкилоз и исчезновение симптомов при одном консервативном лечении. При резекциях мы во многих случаях получали трудно поддающиеся лечению свищи. Длительные наблюдения при лечении золотом дали отрицательные результаты. То же самое следует сказать о вакцине Дрейера (Dreyer).

Ф. Эрлахер (Ph. J. Erlacher, Австрия). Всякое лечение должно давать более быстрое излечение и лучшие функциональные результаты. При костно-суставном тбк только оперативное лечение может реализовать эти две цели. Оно должно давать или совершенную подвижность или, по меньшей мере, прочный анкилоз. Различает: 1) поражения всей кости, в особенности костей кисти и стопы, с участием сустава; 2) поражения диафиза без вовлечения в процесс сустава; 3) поражения эпифиза с участием сустава или без такового; 4) поражения суставов. Оперативные вмешательства имеют целью побороть туб. процесс или достигнуть улучшения функции. Применяются—удаление очага, резекция, артродез и остеотомия. Только первые два метода являются настоящими оперативными пособиями.

К. Гебардт. (K. Gebhardt, Германия). I. Всякое тбк заболевание требует общего лечения.

II. Общее лечение должно сочетаться с покоем пораженных костей и суставов;

III. Что касается оперативных методов,—ампутация у пожилых лиц, резекция у взрослых—применяются только при исключительных показаниях.

Электро-хирургия представляет значительный шаг вперед при прогрессирующим инфильтративных процессах, приводя к более скорому и надежному излечению.

IV. Медицинское воспитание (санпросвет)—важный элемент при лечении тбк.

Кл. Л. Хайд. (Cl. L. Hyde, США). Лечение прежде всего консервативное, но во многих случаях оно недостаточно для достижения лучшего функционального результата. Ведет больного физиатр, а хирург следит за ортопедической стороной дела. Плохие результаты лечения значительно чаще зависят в меньшей степени от характера изменения в суставе, чем от неумелого лечения, как терапевта, так и хирурга. *Комбинированное лечение, проводимое физиатром и хирургом-ортопедом дает наилучшие результаты.*

Иммобилизация, кругло-суточное пребывание на воздухе („жизнь на открытом воздухе“)—основа лечения. Гелио и актинотерапия—дополнительные методы, применение которых должно быть ограниченным. Амбулаторное лечение не должно иметь места при костно-суставном тбк.

Свет, как солнечный, так и искусственный, важный лечебный фактор. *Большое значение имеет лечение на открытом воздухе в благоприятных климатических условиях.*

Операция не имеет лечебной функции, она применяется для исправления деформации, в особенности анкилоза. *Вопрос об операции* решается терапевтом и хирургом *после длительного периода наблюдений.* Мы использовали метод Нибба при тбк позвоночника с отличными результатами, применяли его и при кокситях и гонитах. Операция выбора на плечев. суставе это внесуставный артродез с костно-надкостным трансплантатом. Для запястья и голеностопного сустава артродез с частичной эксцизией. Опасности операций в реактивации очага и нарушениях роста,

А. Маффей и И. Дельшеф (A. Maffei et I. Delchf, Бельгия).

Климатотерапия—основа лечения. Питание должно быть обильным. Диета Герзона не представляла доказательств своей полезности. Из медикаментов—иод и мышьяк наиболее действительны. Лечение золотом не имеет успеха при костно-суставном тбк. В отношении применения хирургических методов они расходятся. Дельшеф остается верным классическим идеям длительной и

строгой иммобилизации. У взрослых резекция является ценной операцией на голеностопном суставе, колене и на суставах верхней конечности в случаях, когда длительная иммобилизация не приводит к излечению. Резекция при кокситях — операция опасная. При тбк позвоночника речь может идти только об иммобилизации.

Маффей. Трудности диагностики излечения объясняет различие во мнениях о достигнутых результатах при различных методах лечения. По его мнению не следует отказываться от внутрифокальных хирургических вмешательств и до затихания процесса. Не следует отвергать операцию в эволютивной фазе заболевания, так как она дает заметные результаты, изучение которых следует продолжать и распространить на большое количество случаев.

Далее он останавливается на вопросе, следует ли систематически отказываться от вмешательства на органе в периоде его роста. Следует обращать особое внимание на сохранение в целости хрящей роста. Выбор техники должен в этом смысле быть особенно строгим в целях предупреждения их повреждения.

А. Роллье (A. Rollier. Швейцария.)

Костно-суставный туберкулез является метастазом из внутренних органов и желез, поэтому лечение должно иметь в виду и первоисточник. Направлять терапию не только на поражение, но и на его носителя, состояние которого определяет эволюцию болезни. Отсюда вытекает необходимость поставить больного в наилучшие климатические условия. Гелиотерапия должна быть прямой (непосредственной), направленной на обнаженное тело, общей и возрастающей по времени и протяжению. Регулируется тщательно в зависимости от местной и общей реакции.

Гелиотерапия на высотах Альп действует в высшей степени показательным образом на все системы: покровы, через посредство которых оказывается воздействие на обмен липоидов, увеличиваются иммунные свойства кожи; мускулатура укрепляется, улучшается минер. обмен и повышаются процессы рекальцинации. К этому лечению следует присоединить рациональное эргодическое в условиях санатория.

Автор не применяет гипсовых аппаратов, являясь сторонником доступа солнца и воздуха к местам поражения. Благодаря превосходным результатам, им полученным — он сторонник почти абсолютного консерватизма. Резекцию применяет только в исключительных случаях при тбк колена. Не трогает холодных абсцессов, которым придает важное значение в процессах иммунизации, наоборот, всегда вмешивается в случаях, когда к ним присоединяется вторичная инфекция, считая ее грозным осложнением.

Н. Вальденштрем (N. Waldenström) останавливается только на лечении тбк гонитов. Изучение наблюдавшихся им случаев привело его к убеждению, что *всякий тбк коленного сустава у взрослого следует оперировать, как только установлен достаточно точно диагноз*, тогда как у детей поражения этого сустава излечиваются самостоятельно, очень часто с сохранением известной степени подвижности. Наоборот у взрослого излечение всегда сопровождается разрушением суставного хряща и полной потерей подвижности. У взрослых консервативное лечение не дает поэтому хороших результатов, когда рентген обнаруживает тбк очаги с разрушением хряща. Далее всегда следует опасаться рецидива и, наконец, лечение требует многих лет. Напротив, операция дает возможность получить прочный анкилоз в хорошем положении.

Надо быть очень осторожным при установлении туб. характера хронических синовитов. Если инокуляция экссудата морской свинке дает положительный результат, диагноз следует считать установленным, если он отрицателен, то биопсия фрагмента синовиальной оболочки решает вопрос.

А. Гильман.