

вообще не пользовалась тупором, результат операции в смысле эффекта устранения хромоты получился наименьший; в другом случае, когда больная пользовалась тупором только два месяца, результат был уже более благоприятный, а в остальных случаях, когда больные носили тупор в течение пяти—шести месяцев, результаты оказались сравнительно наилучшими.

На основании восьми случаев оперативного лечения недостаточности отводящих мышц с давностью послеоперационного наблюдения до 4 лет мы приходим к следующим выводам:

1. При параличе отводящих мышц хромота (симптом Тренделенбурга) может быть уменьшена путем операции по Ланге с нашей модификацией.

2. В подобных случаях могут быть произведены два варианта операции:

а) При удовлетворительной функции четырехглавого разгибателя голени следует в дополнение к типичной операции Ланге присоединять нашу модификацию фасциофилодеза тазобедренного сустава путем проведения шелковых нитей и фасциальных лент между большим вертелом и гребешком подвздошной кости. Сочетание активной мышечной тяги с пассивным рубцовым тормозом дает наилучший конечный результат.

б) При недостаточности четырехглавого разгибателя голени мы считаем показанным производство операции только фасциофилодеза тазобедренного сустава. Результаты этой операции следует признать удовлетворительными—уменьшается хромота и утомляемость.

3. После операции необходимо последующее ношение тупора в течение пяти—шести месяцев с одновременным применением физиотерапии.

4. Противопоказанием к операции служит наличие паралитического вывиха или значительного подвывиха в тазобедренном суставе.

Из Саратовского краевого научно-исследовательского тубинститута (дир. д-р Михайлов).

К вопросу о профилактике и ранней диагностике костно-суставного туберкулеза.

Г. П. Воскресенский.

Каждый врач, работающий по костно-суставному туберкулезу, часто сталкивается в своей практике со случаями, когда на первичный прием являются больные с тяжелыми, запущенными формами заболевания в остро протекающем периоде, с теми формами, которые в конце концов дают большие деформации и длительную, стойкую инвалидность.

Больной, отягощенный своим заболеванием, вынужден проводить сложное, длительное лечение, выбывает из коллектива и часто становится бременем для себя и общества. Это указывает на то, насколько важен в борьбе с костно-суставным туберкулезом принцип профилактики и раннего выявления.

В последнее десятилетие мы имеем большие достижения на противотуберкулезном фронте—как в части практической работы, так и научного

исследования. Но все же вопросу профилактики и ранней диагностики костно-суставного туберкулеза периодическая печать уделяет недостаточно внимания. Заострить этот вопрос я и хочу в настоящей статье.

Профилактические моменты в вопросе о костно-суставном туберкулезе заключаются в профилактике „факта“, т. е. снижении заболеваемости, и в профилактике „последствий“, т. е. деформаций. К первому моменту относятся все те оздоровительные мероприятия, которые направлены против туберкулеза вообще.

Но в профилактике заболеваемости костно-суставным туберкулезом имеют значение и некоторые специфические мероприятия. Сюда относятся, например, ветеринарный надзор за туберкулезными коровами.

Причиной заболеваемости туберкулезом с поражением костной системы часто бывает туберкулезная палочка *typus bovinus*. В 1922 г. Стендли Гриффит опубликовал результат исследований 1215 случаев туберкулеза всех форм. В 77% возбудителем оказалась палочка *typus humanus* и в 23%—*typus bovinus*, причем при легочном туберкулезе палочка *typus bovinus* на 229 случаев обнаружена в 1,31%, а при костном на 476 случаев—в 18,3% (Морозовский). Говен указывает, что в Англии до 60% всех заболеваний спондилитом вызывается палочкой *typus bovinus* (Краснобаев). Есть указания, что в скотоводческих районах часто встречается костный туберкулез. В этом отношении интересны данные Доброхотова. На 1780 обследованных киргизов легочный туберкулез был обнаружен в 57 случаях, костный—в 67, железистый—в 61 случае и в 3 случаях—волчанка (Морозовский). По мнению Шанса, Фридланда, Ситенко и др. в распространении костного туберкулеза большое значение имеет молоко туберкулезных коров.

Иохансон считает, что палочка *typus humanus* также имеет большое значение в этиологии костно-суставного туберкулеза, так как большое количество больных костно-суставным туберкулезом мы обнаруживаем в ближайшем контакте с легочными туб. больными. Вопрос о типах туберкулезной палочки при костно-суставном туберкулезе, по его мнению, нуждается в тщательном изучении с точки зрения разработки профилактических мероприятий.

Что касается второго момента, т. е. профилактики последствий, то по этому поводу Ситенко говорит, что кроме общих мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туберкулезом вообще, как-то: контроль над молоком, вакцинация по Кальмету, изоляция от туберкулезных родителей и проч., необходимо взять под постоянный контроль ортопеда всех детей, находящихся в контакте с лицами, больными тбк или имеющими положительные реакции Пирке или Манту. Цель такого контроля—выдавливание ранних стадий костно-суставного туберкулеза, чтобы своевременным лечением ликвидировать процесс, предупредить развитие деформаций и сохранить наиболее благоприятную для функции установку конечности. Многие врачи в борьбе с костно-суставным туберкулезом прибегают только к общеоздоровительным мероприятиям: созданию хорошей гигиенической обстановки, использованию света, воздуха, питания, некоторых медикаментозных средств, но совершенно не применяют местного, ортопедического лечения. В результате—процесс затихает, но остается большая деформация с большим нарушением функции, большая утрата трудоспособности. Другими словами, „лечат биологическое“, как выражается Ситенко, „но забывают о социальном“.

Проф. Вреден указывает, что основной причиной частоты больших деформаций при костно-суставном туберкулезе является позднее обращение больных за врачебной помощью. Отсюда следует,—продолжает он,—что

с целью профилактики деформаций, да и вообще костно-суставного туберкулеза, необходимо широкое ознакомление населения с вопросами костного туберкулеза путём популярных лекций, статей, брошюр и прочих методов санитарного просвещения.

При первом обращении врач должен убедить больного или его родных, как можно скорее начать лечение и проводить его правильно и настойчиво, терпеливо и тщательно выполняя все советы врача. Надо учесть, что если врач—в ранних стадиях заболевания, когда симптомы выражены неясно и заболевание еще мало беспокоит больного,—говорит больному что он серьезно болен, и ему нужно длительное и сложное лечение,—больные не всегда верят врачу. Мысль о серьезности заболевания порою не вяжется у них с их физическим самочувствием, и бывает так, что они не соглашаются на проведение лечения, которое им предлагает врач, и ищут „более легкого“, „скорого“ лечения, нередко прибегая и к домашним средствам. Проходит некоторый период времени и больной снова приходит к врачу, соглашаясь на всякое—и длительное, и сложное лечение. Однако состояние больного вследствие несвоевременно начатого лечения часто сильно ухудшается, достигая во многих случаях далеко зашедшей острой формы... Вот почему врачу необходимо, не жалея ни сил, ни времени, убедить больного сразу же начать правильное лечение.

Момент так называемого „заканчивания лечения“ является вообще трудно устанавливаемым, границы его широки, расплывчаты. После проведения строгого лечения у больного наступает стойкое клиническое улучшение. В таких случаях часто бывает, что больные, злоупотребив своим хорошим состоянием, вновь получают обострение вследствие, например, чрезмерного физического труда, ношения тяжестей и т. д. Можно привести ряд примеров, когда больной является на прием с тяжелым обострением костно-суставного туберкулеза и заявляет, что много лет он выполнял тяжелую физическую работу и никогда не ощущал боли, а теперь у него снова появились боли. Казалось бы, что больному, подвергшийся в течение ряда лет длительному, сложному лечению, должен, находясь под угрозой обострения, внимательно следить за состоянием своего здоровья. Однако мы часто в таких случаях слышим от больного, что он „забыл“ про свое заболевание. Эти примеры указывают на то, как важно приучить больного всю жизнь строго и внимательно относиться к своему здоровью. Но кроме того, чтобы избежать возможности подобных обострений, больным надо дать соответствующую их здоровью квалификацию. Обладая соответствующей квалификацией, такой выздоровевший больной сможет в дальнейшем работать без ущерба для своего здоровья. Такого рода перекавалификация, или профессиональное обучение больных проводится в специальных мастерских, где больные во время лечения под наблюдением и руководством врачей и специальных инструкторов обучаются тем или другим профессиям.

В настоящее время у нас в Союзе имеется ряд таких школ-мастерских—в Москве, Ленинграде, Харькове.

С большим сожалением мы должны указать на полное отсутствие у нас популярной литературы по костно-суставному туберкулезу. Нам известны 5 брошюр: 1) проф. Есипов—Туберкулез костей и суставов, Москва, 1923, 2) проф. Опель—Туберкулез костей в суставах, 1930, 3) д-р А. З. Соркин—Костно-суставной туберкулез, 1931., 4) брошюра доцента Г. С. Бома

и 5) д-р Тихомиров—Ранние признаки туберкулеза костей и суставов, 1934.

На I Всеукраинском совещании по костному туберкулезу в Киеве в 1933 г. вопрос о борьбе с костно-суставным туберкулезом подвергся детальному обсуждению. Проф. Корнев на этом совещании особенно подчеркивал необходимость усиления работы по предупреждению калечества. Это должно достигаться своевременным охватом больных и своевременным правильным лечением.

С целью выяснения причинных моментов, вызывающих тяжело протекающие формы болезни с большими деформациями, мною обследовано 115 человек.

Обследование показало, что одной из важных причин тяжелых деформаций является несвоевременный диагноз, и, как следствие этого, неправильное лечение, быстро ведущее к прогрессированию процесса. На 115 случаев в 48, т. е. в 41,7% был первоначально неправильно поставлен диагноз. Ошибки в диагнозе делали врачи всех специальностей—и педиатры, и фтизиатры, и диспансерные врачи, и хирурги. Это свидетельствует о том, что врачебная масса плохо знакома с ранними симптомами костно-суставного туберкулеза. Мы часто упрекаем больных в том, что они небрежно относятся к своему здоровью и слишком поздно обращаются к врачу. Но тщательно разобранный вышеуказанный материал говорит об обратном. Оказывается, большинство больных обращалось к врачам именно тогда, когда заболевание только что начиналось, при самых начальных, ранних симптомах. Таким образом, упрека в неблагоприятном течении болезни заслуживают в некоторых случаях не больные, а врачи.

Приведу несколько случаев неправильной диагностики и лечения костно-суставного туберкулеза.

Больная, 10 лет, направлена на консультацию в тубинститут из районного города нашего края. Из слов родителей видно, что больная обратилась к врачу при появлении первых симптомов болезни, находилась под наблюдением врача 8 месяцев, но диагноз ей был поставлен неточно. У больной оказалось заболевание 5-го поясничного и 1-го крестцового позвонков. Так как при тбк данных позвонков мы часто не наблюдаем большой деформации, то врач, не зная методики исследования и начальных симптомов заболевания, не мог поставить точно диагноз.

Укажу еще на случай. Мальчику 4 лет был поставлен одним из врачей диагноз начальной формы туб. коксита, по поводу чего наложена гипсовая повязка. Больной уехал домой, в село и через 2 месяца обратился в свою больницу, где ему порекомендовали снять гипс на некоторое время „для отдыха“. По словам родителей, после снятия гипса они заметили, что боли у ребенка значительно стихли, и ребенок начал даже слегка пользоваться ногой. Но затем боли стали быстро усиливаться, и месяца через 3 ребенок был доставлен в костное отделение тубинститута с сильными болями и контрактурой бедра почти до прямого угла с значительным приведением, так что больного пришлось уложить на комбинированное вытяжение. Рентгенограмма показала большое разрушение головки бедра и впадины.

Имея в виду широкую врачебную массу периферии и недостаточное количество руководителей по костному тбк, я изложу вкратце ранние симптомы начальных форм тбк суставов и позвоночника и методику исследования больного. Я буду касаться только трех мест поражения: позвоночника, тазобедренного и коленного суставов, как наиболее часто поражаемых и дающих наиболее тяжелые формы течения и инвалидности.

Ранние симптомы начальных форм костно-суставного туберкулеза нужно разделить на 2 группы: 1) на общие, т. е. относящиеся ко всему организму, и 2) на местные, т. е. относящиеся именно к данному поражен-

ному органу. Для того, чтобы яснее себе представить появление ранних симптомов, нужно помнить о развитии туберкулезного процесса, гнездящегося в том или другом участке кости. Развитие туберкулезного процесса сопровождается двумя моментами: 1) усиленным поступлением в организм больного токсина, 2) разрушением костной ткани. Медленное, постепенное развитие процесса соответствует медленному, постепенному нарастанию клинических симптомов. С усиленным поступлением токсина в организм у больного исчезает аппетит, он теряет в весе, видимые слизистые оболочки и кожа становятся бледными. Больной делается апатичным, вялым; иногда же, наоборот, появляется раздражительность. Наблюдается повышение температуры на несколько десятых (особенно среди дня). Боль в пораженном месте (позвоночник) медленно, постепенно нарастает. Организм больного на боль реагирует появлением так называемой *защитной реакции*, выражающейся в напряжении мышц спины или шеи. Сильно напряженные мышцы спины фиксируют позвоночник, движения пораженного позвонка становятся ограниченными, и этого бывает достаточно для того, чтобы боль, по крайней мере, в первое время, не беспокоила больного. Вот почему многие больные в начале заболевания тбк позвоночника не жалуются на боли в позвоночнике. Отсюда становятся понятными и так называемые ночные вскрикивания детей. Во время сна мышцы спины расслабляются, незначительное движение позвоночника вызывает боль—и ребенок вскрикивает. В силу боли мышцы спины быстро напрягаются, фиксируют позвоночник, боль исчезает—и ребенок успокаивается. Такие вскрикивания наблюдаются от одного до нескольких раз в ночь. В дальнейшем, когда боль в позвоночнике усиливается, мышцы спины уже не в состоянии фиксировать позвоночник, и больной, для того, чтобы сделать то или иное движение—например, поднять что-либо с пола, приседает и делает наклон всем туловищем, упираясь руками в бедра. Это—очень характерный симптом туберкулеза позвоночника.

При поражении шейного отдела позвоночника, боль появляется при движении головы: при необходимости повернуть голову, больной поворачивается всем туловищем, а при сгибании и разгибании придерживает голову руками. Иногда больные или родители сами заявляют, что у ребенка, как они выражаются, „стал тугим живот“. Это—не что иное, как напряжение мышц живота, способствующее фиксации позвоночника.

Часто наблюдается, что больной жалуется не на боль в позвоночнике, а на так называемые отраженные боли. Эти отраженные (иррадирующие) боли бывают: при поражении шейного отдела позвоночника—в направлении уха, зубов, гортани или плеча; при поражении верхнего грудного отдела—в плече, лопатке, груди; среднего грудного и верхнего поясничного отделов—опоясывающие боли в боках и животе; при поражении нижнего поясничного и крестцового отделов—боль в тазу, ягодицах и иногда по ходу *n. ischiadici*.

На симптом отраженных болей необходимо обратить серьезное внимание, что не всегда делают врачи. Очень часто при жалобах больных отраженным болям не придается значения, и тем самым просматривается то основное, серьезное заболевание, по поводу которого больной обратился к врачу.

При исследовании больного рекомендуется пользоваться следующими приемами: больного необходимо раздеть и обратить внимание на то, как

он производит те или другие движения позвоночником. Затем больной должен лечь на живот, сложив кисти рук под лоб и с разведенными в сторону локтями. Ладонью, а вернее основанием большого пальца кисти проводят по позвоночному столбу; такой прием нередко позволяет обнаружить незаметное для глаза выступление заднего остистого отростка. При надавливании на каждый отдельный остистый отросток боль будет ощущаться в одном изолированном позвонке. Эта изолированная болезненность обнаруживается и при перкуссии по каждому заднему остистому отростку. Если поднимать больного, лежащего на животе, за ноги сзади, то, при наличии туберкулезного поражения в позвоночнике, мышцы спины сильно напрягаются, и больной ощущает боль. Если же в позвоночнике туб. процесса нет, то спина больного, особенно ребенка, легко изгибается, и мышцы спины не напрягаются.

Иногда, в ранних случаях, вследствие сильной фиксации спинных мышц позвоночника, не удается обнаружить болезненной точки. В таких случаях больного рекомендуется положить на спину. Через несколько минут произойдет хотя бы небольшое расслабление мышц спины, и тогда, надавливая пальцами остистые отростки снизу вверх, можно обнаружить болезненную точку.

Если больного, лежащего на животе, заставить согнуть ноги в коленных суставах так, чтобы пятки касались ягодиц, то при поражении нижнего грудного и поясничного отделов позвоночника, больной будет ощущать боль в передневерхнем отделе бедер. Ощупывание передневерхнего отдела бедер обнаруживает так называемый *симптом малого вертела*, т. е. болезненность при ощупывании малого вертела. Иначе говоря, начинающийся туберкулезный процесс в переднем отделе тела вышеуказанных позвонков вызывает раздражение мышц *iliopsoas*, которые прикрепляются и идут по переднему отделу тел этих позвонков; это раздражение обнаруживается ощупыванием малого вертела, растягиванием мышц посредством максимального сгибания ног больного в коленных суставах, в положении на животе и, нередко, ощупыванием этих мышц в паховых областях, что иногда малоопытных врачей побуждает ошибочно ставить диагноз — „аппендицит“. Эта диагностическая ошибка становится еще более понятной, если принять во внимание напряжение мышц живота у спондилитиков.

Иногда, особенно у взрослых, в самых ранних случаях, почти до появления тех или других симптомов, можно наблюдать так называемое ромбовидное утолщение мышц спины вокруг пораженного позвонка (Кофман).

Местную локализованную боль больные обнаруживают при езде на повозке, в трамвае, иногда во время ходьбы — в тот момент, когда больной оступится на неровной поверхности.

Все манипуляции при исследовании больного должны быть осторожными, нежными; ни в коем случае не следует применять грубых приемов исследования: брать больного за голову и быстро наклонять его к полу, или, положив кисти рук на голову больного, сильно надавливать сверху вниз. Такие приемы вызывают сильную боль и иногда приводят больных к обмороку.

При туберкулезе тазобедренного сустава наблюдаются те же общие явления, что и при туб. позвоночника с теми же ночными вскрикиваниями.

При исследовании в первую очередь нужно обратить внимание: 1) на ягодичные складки—на больной стороне ягодичная складка будет сглажена; 2) на развивающуюся атрофию мышц больной конечности и 3) на симптом Александра, заключающийся в том, что на больной конечности взятая симметрично кожная складка будет толще, чем на здоровой. Но нужно учесть, что симптом Александра наблюдается еще и в других случаях, например, при детских параличах или если у больного до этого была гипсовая повязка на конечности по какому бы то ни было поводу. По мере усиления болей медленно развивается контрактура конечности с незначительным приведением. Часто бывает, что больные жалуются сначала на боль не в тазобедренном суставе, а на отраженную боль в нижней части бедра или в коленном суставе. На этот симптом нужно обратить особенное внимание, так как жалобы больного могут привести к ошибочному диагнозу гонита. Такая ошибка тем более понятна, что, при появлении контрактуры в тазобедренном суставе, больной при ходьбе вынужден прибегать к сгибанию коленного сустава и стопы. Нередко больные или родители, обращаясь к врачу, заявляют, что „у ребенка болит колено, так как он долгое время прихрамывает и жалуется на боль в колене“. Чтобы избежать ошибки, в этих случаях всегда нужно обращать внимание на состояние тазобедренного сустава, пользуясь правильными приемами исследования. Больного нужно раздеть, осмотреть, положить спиной на стол так, чтобы поясница плотно прилежала к столу, и заставить вытянуть обе ноги. В этом случае легко будет обнаружена хотя бы незначительная контрактура в тазобедренном суставе. Делая одновременно сгибание и отведение ног (симптом ножниц), мы обнаружим боль и ограничение отведения, хотя бы незначительное, на больной стороне. Боль появляется при надавливании на большой вертел и при толчкообразных движениях со стороны подошвы, или, вернее, пятки вверх при вытянутой ноге. При перкуссии по *spina iliaca anterior superior* на больной и здоровой стороне—часто отмечается притупление звука на больной стороне.

При заболевании коленного сустава, помимо общих симптомов, атрофии конечности и симптома Александра, нужно обратить внимание на изменение контуров сустава. Для этого лучше всего сравнивать контуры здорового и больного колена. Если первичное поражение локализуется в синовиальной ткани—деформация будет выражена в виде значительной припухлости; если первично будет поражена костная ткань, то припухлость в области коленного сустава будет очень незначительна, вернее, будет только сглаживание контуров. При ощупывании колена обнаруживается боль—в большинстве случаев с внутренней стороны мыщелка бедра. Для различия синовиальной формы от костной нужно взять рукой за голень и делать толчкообразные движения вверх. Отсутствие болей в этот момент указывает на первичное поражение синовиальной ткани (Вреден). Разрешает же вопрос только рентгенограмма.

Характерным для туберкулезного поражения вышеуказанных суставов и позвоночника будет то, что боль постепенно усиливается к вечеру под влиянием дневной нагрузки, а ночью, под влиянием покоя, боль стихает. Все симптомы нарастают медленно, появляясь постепенно один за другим в течение нескольких недель и больше, причем далеко не всегда бывают выражены все симптомы.

Симптомы, наблюдающиеся при тбк позвоночника и суставов, могут встречаться и при других, не туберкулезных заболеваниях одноименных областей, что, безусловно, очень затрудняет диагностику. Характерным для туберкулеза следует считать сочетание медленно нарастающих один за другим местных симптомов с общими явлениями со стороны всего организма—изменениями в психике больного, потерей в весе и проч.

К оценке общего состояния больного надо подходить очень осторожно. Нередко больные заявляют, что местный врач не считает его заболеванием туберкулезом на том основании, что у больного „вид не туберкулезного больного“, т. е. общее состояние больного и его упитанность сравнительно хороши. Но при внимательном опросе больного почти всегда выявляется, что до заболевания он выглядел значительно лучше.

При диагностике начальных форм тбк костей и суставов необходимо пользоваться рентгенографией.

Общим при рентгенографии для всех суставов и позвоночника является остеопороз. Как на один из ранних симптомов поражения того или другого позвонка, указывают в руководствах на сужение межпозвоночной щели. Но очень часто, сделав одновременно снимок и с боковой стороны, мы видим уже большие деструктивные изменения. При поражении тазобедренного сустава отмечается: 1) расширение межсуставной щели, обусловленное наличием выпота или грануляции, или сужение ее при поражении хряща; 2) атрофия мягких частей (на здоровой стороне мягкие части (мышцы) дают более густую тень); 3) расширение тени капсулы, обусловленное ее набуханием (Питцен по Кеферу). Но очень часто эти признаки отсутствуют, в то время как клинические симптомы болезни ясно выражены.

Излагая клинические симптомы, мы имеем в виду обычные, вернее, типичные симптомы, встречающиеся при костно-суставном туберкулезе. Но иногда бывают случаи костно-суставного туберкулеза с атипичными начальными симптомами. Такие случаи встречаются редко, и о них здесь мы говорить не будем.

Итак, ранняя диагностика костно-суставного туберкулеза—дело трудное; широкая врачебная масса не знает его, вернее, плохо ориентируется в нем. Однако каждый врач должен помнить о том, что абсолютное большинство детского возраста инфицировано БК и что туберкулез относится к так называемому хроническому воспалению. Медленное, постепенное развитие туберкулезной инфекции в пораженном органе приводит к медленному, постепенному накоплению токсина в организме, что вызывает общие симптомы. А медленное, постепенное разрушение тканей органов вызывает такое же медленное, такое же постепенное появление болей, часто локализирующихся в силу отраженности и анатомических взаимоотношений далеко от очага.

Врачу, который это постоянно учитывает, становятся вполне понятными и уяснимыми все неясные, разбросанные симптомы ранней диагностики костно-суставного туберкулеза.
