

В большой проблеме костного туберкулеза за последние десятилетия разрешено немало вопросов. Внедрение комплексного лечения костного туберкулеза с включением в него хирургического метода, детально разработанного школой П. Г. Корнева, введение антибиотиков и химиотерапевтических препаратов способствовали сокращению сроков активного течения туберкулезного процесса.

Однако проблема сохранения подвижности в пораженном туберкулезном суставе еще не получила своего разрешения.

Б. К. Бабич одним из первых стал настойчиво пропагандировать проведение мер для восстановления полезных движений в пораженном туберкулезом суставе и широко применять функциональную терапию, когда это не могло повредить больному. Он использовал новые методы, которые, по его наблюдениям, приводят к созданию наиболее благоприятных условий для эффективного функционального лечения.

I глава монографии раскрывает теоретические обоснования предлагаемой Б. К. Бабичем комплексной функциональной терапии. Автор весьма логично и последовательно разбирает и оценивает предлагаемые им компоненты комплексной терапии.

В активной стадии, пишет Б. К. Бабич, нужно делать все для прекращения активности процесса, а при достижении этого — все для стимулирования регенерации.

Известно, что антибактериальная терапия эффективна не во всех фазах течения костного туберкулеза, в связи с чем возникла мысль найти наилучшие условия для действия антибактериальных препаратов и сокращения активного периода заболевания. Б. К. Бабич предложил трехзвенную терапию.

Первое звено включает комплекс так называемой дедистрофической терапии, направленной на мобилизацию защитных сил организма больного (блокада по А. В. Вишневскому, введение новокаина в сустав, новокаинизация «активных точек» ксжи).

Вторым звеном в системе подготовки организма больного к применению антибиотиков являлась аутоиммунотерапия.

Б. К. Бабич для этой цели избрал метод подсадки кожи больного. Специальные исследования показали, что наиболее полезна подсадка кожного лоскута именно после дедистрофической терапии, аутосеротерапии и введения в этот участок кожи туберкулина. Как установил автор, дедистрофическая и аутоиммунотерапия ускоряют переход процесса в стадию потери активности.

И тогда наступает очередь третьего звена комплекса — функциональной терапии. Автор предлагает не увлекаться применением иммобилизирующих повязок; в фазе потери активности процесса следует стимулировать развитие регенерации и активно влиять на формирование приспособительно-компенсаторных изменений в суставах, которые могут обеспечить наиболее полезные функции.

Третье звено комплексной терапии заключается в применении гимнастических упражнений и физических методов лечения.

Предлагаемая автором трехзвенная терапия при костно-суставном туберкулезе совершенно не исключает применения оперативных вмешательств при наличии показаний к ним.

Во II главе автор останавливается на некоторых вопросах диагностики и классификации костно-суставного туберкулеза.

Автор подвергает критической оценке классификации Т. П. Краснобаева и П. Г. Корнева, считая необходимым их объединить. При оценке процесса Б. К. Бабич придает наиболее важное значение состоянию больного в момент обращения к врачу. Если больной обратился при наличии активного процесса, то независимо от распространенности и давности заболевания он полагает необходимым считать процесс в какой-то степени свежим.

Б. К. Бабич стремится найти объективный способ оценки фазы потери активности процесса и подчеркивает, что об исчезновении активности процесса следует судить лишь на основании полного совпадения общих и местных признаков.

В этой же главе автор выступает с возражениями против оценок туберкулезного очага и перифокального неспецифического воспаления как изолированных самостоятельных процессов. Можно согласиться с ним, что указанные изменения взаимосвязаны и должны рассматриваться в единстве. По-видимому, правильно будет считать, что ослабление остроты перифокального воспаления наступает тогда, когда активность туберкулезного очага будет снижаться.

В III главе даны показания и противопоказания к применению рекомендуемой трехзвенной терапии.

Если больной поступает с процессом, потерявшим активность, автор считает возможным применить лишь антибактериальную и функциональные части этого комплекса.

При рецидивирующих синовитах и оститах, угрожающих прорывом в сустав, показана трехзвенная терапия.

В IV главе автор подробно останавливается на методике дедистрофической терапии, аутоиммунотерапии, антибактериального лечения, функциональном и ортопедическом лечении. Много внимания уделено функциональному лечению, в которое входят различного рода физиотерапевтические методы, бальнеологические процедуры, массаж

и лечебная гимнастика. Приведены **примерные комплексы упражнений** для больных с различной локализацией процесса, из которых каждый состоит из 3 периодов (в активной стадии процесса, в стадии потери активности и тренировочной). После такого лечения больные, как правило, выписываются без корсетов и тупоров.

У глава содержит анализ собственных клинических наблюдений.

В результате применения трехзвеневой терапии из 378 больных у 224 получено полное восстановление функции, у 107 — незначительное и у 47 осталось резкое ее ограничение. Лучшие результаты были получены у больных со спондилитом, а самые плохие — с кокситом. В этой главе приводятся краткие истории болезни, рентгенограммы и фотоснимки больных.

В VI главе представлены лабораторные показатели результатов лечения: фагоцитарная активность лейкоцитов, антиоксидантная функция печени и сдвиги белковых фракций крови.

Последняя глава посвящена функциональному принципу в хирургическом лечении больных костно-суставным туберкулезом.

Б. К. Бабич произвел 61 восстановительную операцию на коленном и тазобедренном суставах, причем после 46 из них получена полезная функция.

Необходимо отметить, что книга Б. К. Бабича — это первое научное произведение, которое так широко излагает назревшие в клинике вопросы восстановления функции после туберкулезного поражения суставов.

Однако следовало бы все же указать, что как дедистрофическое, так и аутоиммунотерапевтическое звенья должны применяться только в стационарных условиях и при участии не только ортопеда, но обязательно и фтизиатра-терапевта.

Мы считаем, что методика аутоиммунотерапии должна подвергнуться дальнейшему изучению и, возможно, упрощению.

Контингент больных должен тщательно подбираться, наблюдения за больными должны быть продолжительными, а оценки достаточно квалифицированными и объективными. При таком подходе можно будет достойно оценить эффективность предлагаемого метода, рекомендовать широкое его применение.

Во II главе автор правильно указывает на трудности ранней диагностики костного туберкулеза. По нашему мнению, старая рекомендация Bouvier обращать внимание на поведение ребенка может быть использована для ранней диагностики.

Трудно согласиться с автором, что у больного с активной формой костного туберкулеза, вне зависимости от давности заболевания, процесс следует считать свежим. Это определение можно принять весьма условно, его следовало бы давать в кавычках.

При описании активной фазы процесса Б. К. Бабич совершенно правильно привлекает внимание к одному из симптомов — к локальной болезненности. Видимо, здесь надо бы упомянуть и об иррадирующих болях, которые не так редко наблюдаются в ранней фазе спондилита и коксита, а также о симптоме удлинения конечности при кокситах.

Нам представляется необходимым уточнить один вопрос из показаний и противопоказаний к функциональному лечению деструктивных форм поражения суставов, где имеется любое большое или малое нарушение конгруэнтности. Мы полагаем, что при полной компенсации можно и должно применить функциональную терапию. Субкомпенсацию или декомпенсацию следует считать противопоказанными для лечебной гимнастики. К такому заключению в отношении одного наблюдения пришел и автор (стр. 47), однако в 5 пункте противопоказаний фаза компенсации все же не учтена.

Таковы наши замечания. Они ни в какой степени не снижают большой ценности книги Б. К. Бабича, которая, несомненно, вызовет большой интерес как среди научных, так и среди практических работников, занимающихся костным туберкулезом.

Проф. Л. И. Шулуто (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

III ВСЕСОЮЗНАЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(15—19/XI 1965 г., Москва)

Министр здравоохранения СССР проф. Б. В. Петровский указал, что наряду с исследованиями по вирусным и молекулярным проблемам канцерогенеза необходимо уделять больше внимания роли генетических факторов, связи онкологии с эндокринологией, изучению эпидемиологии опухолей, а также установлению более тесных связей с гигиенистами, привлекая их к изучению патогенетических влияний внешней среды на возникновение и развитие рака.

Проведение профилактических осмотров населения должно быть поднято на более высокую ступень за счет повышения качества. Следует совершенствовать новые методы диагностики опухолей (изотопная диагностика, тепловизор — аппарат, улавливающий