

Из клиники ортопедии и травматологии Казанского гос. ин-та для усовершенствования врачей (директор проф. М. О. Фридланд.)

Об организационных формах борьбы с костным туберкулезом в Татарии.

Ст. ассистент Л. И. Шулушко.

Мы можем с большим удовлетворением отметить те крупные достижения, которые имеют к данному моменту наши органы здравоохранения. Сотни новых больниц, много тысяч здравпунктов, десятки тысяч яслей и множество различных научно-исследовательских учреждений— вот актив советского здравоохранения. Большие сдвиги получил и вопрос борьбы с туберкулезом. Но имеется у нас один участок, которому еще полного внимания медицинские работники не уделяют.

Этим участком является костный туберкулез. Родственное и связанное с легочным туберкулезом—заболевание, к сожалению, не имеет должного внимания.

Если учесть то, что костный туберкулез чрезвычайно редко бывает первичным заболеванием, если считать, что он является вторичным проявлением имеющегося уже в организме первичного очага, в легких или железах, то станет ясно, что к костно-туберкулезному больному должен быть подход как к легочному или железистому—плюс поражение костей.

Легочный больной значительную часть своего заболевания переносит амбулаторно; лишь в стадии декомпенсации, или при осложнениях, он требует стационарного лечения. Костно-туберкулезный больной, уже с момента диагностирования этого заболевания (спондилит, коксит, гонит) принужден перейти на постельный режим. Постельный режим, в зависимости от локализации и формы процесса, может длиться годами. Больному применяется целый ряд ортопедических мероприятий для предупреждения различного рода уродств, которые бывают последствием несвоевременного и неправильного лечения.

Все эти моменты требуют от нас повседневной и квалифицированной помощи костно-туберкулезному больному. А это возможно исключительно при наличии плановой борьбы с этим заболеванием.

Организационные вопросы в области борьбы с костным туберкулезом получили очень хорошее разрешение в целом ряде стран на Западе, а также в некоторых крупных краях и областях нашего Союза. Особенного внимания заслуживает стройная организация борьбы с костным туберкулезом в Ленинградской области. Здесь под руководством крупного специалиста по костному туберкулезу П. Г. Корнева проделана в этом отношении чрезвычайно солидная работа.

Если мы начнем с учета костно-туберкулезных больных, то увидим, что в Татарии эта часть дела поставлена совершенно неудовлетворительно. Материалов, дающих возможность выяснить количество интересующих нас больных, почти нет. Если нам принять установленный средний процент отношения костного туберкулеза к легочному,—равным 10, то при наличии в Татарии приблизительно 90000 легочных больных, мы должны иметь около 9000 костно-туберкулезных.

9000 человек, обреченных при отсутствии правильной медицинской помощи на инвалидность, заслуживают к себе внимания. Им должна оказываться систематическая, правильно налаженная, а не случайная помощь.

Первичным пунктом нормальной помощи должен быть туберкулезный *диспансер*, при котором необходимо организовать специальный прием по костному туберкулезу. Здесь проводится учет этих больных, здесь они систематически осматриваются, здесь производятся несложные лечебные мероприятия. Что касается больных, нуждающихся в стационарном лечении, и находящихся на дому, то к ним направляется, имеющаяся в штате диспансера, ортопедическая медсестра, которая на месте проводит, по указанию врача, необходимые манипуляции (укладка в гипсовую кровать, вытяжение, перевязки, обтирания и прочее). Такие посещения проводятся вначале часто, затем, когда близкие больного изучили технику ухода за больным, они постепенно сокращаются. Периодически этого больного посещает и врач из диспансера.

Следующей организационной формой—является *стационар*. Это учреждение обслуживается высококвалифицированными специалистами. Здесь имеется определенное количество коек, которые заполняются исключительно по направлению диспансерных врачей, после консультации с заведующим стационаром. Эти койки предназначаются, главным образом, для осложнившихся случаев спондилита, коксита и гонита. Сюда госпитализируются больные, показанные для оперативного вмешательства.

Случаи сложные, не получившие разрешения в условиях диспансера, подлежат направлению для консультации в стационар. Этого рода консультации проводятся 1 раз в декаду с участием всех врачей диспансера и являются, своего рода, научно-производственными конференциями. Здесь разрешается вопрос о диагностике сложного случая, о необходимых лечебных мероприятиях, о госпитализации больных, а также о *санаторно-курортной помощи*.

Последний вопрос является особенно важным, так как костно-туберкулезные больные в большинстве считают, что лишь направление на курорт может их спасти.

Это ошибочное убеждение может исправить исключительно авторитетная консультация в виде той, которая должна быть организована, как мною было выше указано, при стационаре.

Вопрос о санаторной помощи должен быть тесно увязан со всей организационной структурой. Санаторные койки, в пределах Татарии, заполняются исключительно решением консультации при стационаре.

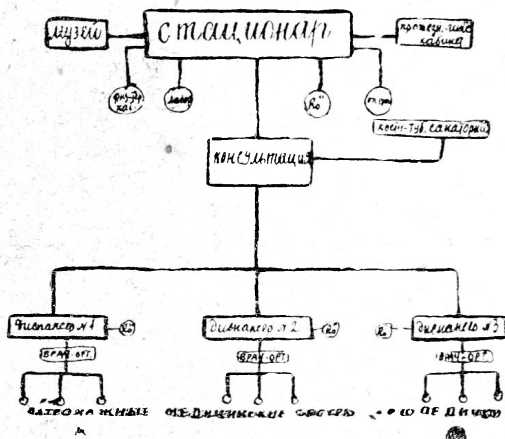
Посылки костно-туберкулезных больных на дальние курорты должны быть сведены к минимуму.

„Вопрос о выборе места для лечения наших (костно-туберкулезных—Л. Ш.) больных: в горах ли, у моря—давно потерял свою остроту и решен в таком смысле, что суть не в том, „где“ лечат, а „кто“ и „как“—говорит С. Л. Трегубов. А П. Г. Корнев, идет дальше, и, сопоставляя результаты лечения под Ленинградом и в Крыму говорит следующее: „Не входя в анализ всех данных, я хочу подчеркнуть тот основной факт, что в нашем „гнилом“ ленинградском климате можно достигнуть, при соответствующей постановке дела, почти тех же результатов, что и на „благодатном“ юге“. Такое же мнение высказывает Т. С. Красно-

Баев, отмечая блестящие результаты лечения в Alexandra Hospital в Лондоне.

Все это, естественно, должно привлечь наше внимание к богатейшим природным данным Татарии, где с большим успехом можно организовать образцовое лечение костно-туберкулезных больных и этим сэкономить не один десяток тысяч государственных средств, а также и здоровье больных. Дальние посылки костно-туберкулезных больных на 1—2—3 месяца лечения, особенно у спондилитиков и кокситиков, в лучшем случае не дадут улучшения, а часто могут вызвать и ухудшения в течении процесса.

Таким образом, мы себе представляем организационную структуру борьбы с костным туберкулезом следующим образом (см. схему);



I. Туберкулезный диспансер, врач—ортопед, сестры—ортопедички. Диспансер имеет рентгенкабинет, гипсовальню и перевязочную.

II. Стационар—является авторитетным консультативным центром по костному туберкулезу. Имеет при себе—операционную, протезную, гипсовую, лабораторию, рентгенкабинет, физио-терапевтический кабинет и музей.

III. Санаторий—направление больных исключительно через стационар. Краткость статьи не позволяет остановиться еще на целом ряде важных вопросов: на организации ячеек в районах республики, на работе по воспитанию матерей для ухода за больными детьми, на санпросвет-работе, на создании специальных кадров и т. д.

Все эти мероприятия будут необходимым дополнением к той первоначальной сети организации по борьбе с костным туберкулезом, которую нужно провести в жизнь в ближайшее время.