

опасной инъекцией 80% алкоголя в нерв, обнажив его сообразно с указанными выше правилами. Техника выполнения такой операции крайне проста и безопасна для больного, между тем, как эффект, которого мы ждем после травматичной операции выкручивания нерва, и здесь, после инъекции алкоголя, получается не меньший. Мы уже сообщали о 2-х случаях (Назаров Н. Н. Применение алкоголя в нервной хирургии 1928 г.) применения алкогольных инъекций в *ner. phrenicus* у туберкулезных больных, где указывали, что эффект ограничения подвижности диафрагмы получается после операции полный по проверке рентгеном. Приводим здесь еще одно наблюдение, которое говорит также за радикальность нашего метода (способ проф. В. И. Разумовского).

Больной П. поступил в клинику с обширным и активным легочным туберкулезом в правом легком, слева процесс имеется также, но небольшой; при рентгеновском исследовании диафрагма подвижна, как справа, так и слева. Операция (д-р Назаров и д-р Чувьрин).

Разрез под новокаином вдоль наружного края *m. sterno-cl. mast.*; после послышного рассечения обнаружен *m. scalenus anticus*, тщательно вскрыта фасция, покрывающая переднюю лестничную мышцу, и в пределах вышеописанного треугольника обнаружен *ner. phrenicus*. В приподнятый диафрагмальный нерв впрыснут 80% алкоголь в количестве $\frac{1}{2}$ куб. сан. После операции спустя 3 недели рентгеновское просвечивание показало полную неподвижность правой половины диафрагмы. Существенных объективных изменений в состоянии здоровья больного на протяжении месяца после операции не наблюдалось, но самочувствие стало значительно лучше.

Таким образом и в этом случае, как в ранее 2-х описанных, мы имели желательный эффект от операции инъекции 80% алкоголя в *n. phrenicus* вместо френикотомии, а потому и рекомендуем этот метод, как не связанный с опасностями, присущими способам, до сих пор при этом рекомендованным. Несомненно, что френикотомию путем инъекции алкоголя следует делать при более свежих продуктивных формах и особенно там, где другие мероприятия (пневмоторакс, торакопластика) не могут быть применены.

Столь желательного *Ruhigstellung* нашей операцией можно достигнуть весьма просто.

Методика лечения детей с костным туберкулезом на курорте ¹⁾.

Кофман (Одесса).

Бюро настоящего съезда предложило мне сделать доклад о методике лечения костного туберкулеза на одесских курортах. Я делаю это с тем большей готовностью, что вопрос этот теперь весьма актуальный, весьма жгучий и современный и что по этому вопросу для успеха дела нужна некоторая договоренность, некоторое единомыслие.

Надо откровенно сказать, что до последнего времени у нас в Одессе, в недрах курорта, костному туберкулезу, как таковому, уделялось мало внимания, и только в течение последних 4 лет этот вопрос стал актуаль-

¹⁾ Доклад, читанный на всеукраинской конференции врачей детских курортов 20/III 33 г.

ным и ему стали уделять некоторое внимание, но далеко еще не такое, какое он, как вопрос большой социальной важности, заслуживает.

Разрешите мне познакомить Вас с доминирующими в настоящее время течениями в деле лечения костного туберкулеза вообще, а затем с теми методами, которые применимы на наших курортах.

Костный туберкулез обладает общепризнанными в настоящее время свойствами:

1. Костный туберкулез—местное проявление общего туберкулеза,
2. Костный туберкулез—болезнь циклическая и медленно протекающая,
3. Костный туберкулез имеет свойство останавливаться, затихать в любой стадии,
4. Костный туберкулез дает мало летальных исходов,
5. Костный туберкулез ведет к деформациям, параличам и понижает производительную ценность пораженного им организма, часто приводя к полной инвалидности.
6. Костный туберкулез—болезнь преимущественно молодого возраста, причем наивысшее количество заболеваний падает на первые 5 лет жизни, и в общем количество больных детей до 15 лет составляет $\frac{2}{5}$ всех больных костным туберкулезом.
7. Костный туберкулез чаще всего поражает скелет в периоде роста, как в диафизарной, так и в эпифизарной части, но преимущественно в последней, нарушая линию роста.

Принимая во внимание эти свойства костного туберкулеза, мы должны этими фактами руководствоваться, предпринимая лечение этой болезни. Теперь уже признано, что костный туберкулез может быть лечим и излечим повсюду, где организм может быть поставлен в условия оздоровления и укрепления его для успешной борьбы с костным недугом. Достаточный пищевой режим, удовлетворяющий организм не только в его требованиях покрытия затрат, но и еще некоторого накопления построочного материала, чистота кожи для благоприятствования легкому газобмену и дыханию кожи, чистый воздух для облегчения работы сердца и легких— вот что нужно для удовлетворения первого постулата укрепления организма. К этому надо прибавить еще благоприятствующие всему живущему и растущему лучи солнечного спектра в количестве, не ослабляющем организм, а подбодряющем его, дающем импульсы для оживления всех жизненных функций организма. Все эти условия доступны везде при наличии необходимых материальных благ. Горный воздух, степная равнина, берега озер, рек и морей с их водным простором и обилием света— весьма пригодны; но имеются постулаты, удовлетворить которые не везде возможно.

Костный туберкулез для своего излечения требует *особого строгого, сознательно проводимого режима* и этот режим возможен только в условиях правильно поставленного санатория. К изложенным выше ингредиентам лечения необходимо прибавить еще один весьма важный, способствующий *щажению* организма, помогающий с одной стороны накоплению сил в ослабленном организме, с другой стороны обеспечивающий нетравматизацию пораженных костных частей—этот ингредиент— *покой*, позой всего организма, как и покой и разгрузка больной части скелета. При правильно поставленном распознавании, при современной расшифровке сущности процесса и при предварительно начертанном плане

лечения, вместе с возможностью провести в жизнь упомянутые выше ингредиенты лечения, можно надеяться помочь организму справиться с недугом и поставить его в условия не только выздоровления в общежитийском смысле, но и восстановления трудоспособности. Если способ оздоровления всего организма в общем является теперь общепризнанным, то лечение самого очага—места поражения выявленного туберкулезного процесса—является до сих пор спорным. Мы не станем останавливаться на истории этого вопроса, а скажем, что в настоящее время, ввиду остроты вопроса, ввиду настойчивых требований жизни и экономических условий, выявились два кардинальных направления в лечении костного туберкулеза: 1. чисто консервативное и 2. консервативно—интервенентское. Несомненно, что первое дало и дает большие возможности организму справиться с болезнью, но лечение это очень долгое, очень продолжительное, требующее больших средств со стороны как индивидуума, так и государства, а между тем и для того и для другого является насущная потребность не только лечить, но и восстановить и сделать это возможно скорее. Это направление в лечении мы культивируем, стараясь проводить его возможно упрощенным способом и всегда помня задачу не только укрепить организм, но поставить и пораженную часть скелета в условиях устраненных или предотвращенных деформаций и достижения по возможности полной работоспособности.

При этом мы стараемся избегать способов, проведение коих требует сложной аппаратуры, большого персонала, и лишаящих больного транспортабельности.

Больные дети с костным туберкулезом, попадающие на курорт, должны быть разделены на 2 группы: больные с открытой и закрытой формой. Первые, в свою очередь, делятся на больных в острой стадии, т. е. с повышением T^0 и болями, и больных в стадии затихания.

Каждая группа требует другого к себе отношения, другого направления лечения.

В общем, лечение имеет 2 цели: лечить самую болезнь и одновременно устранять ее последствия,—деформации. Эти цели одновременно стоят пред нами—в какой бы стадии не находилась болезнь, как открытая, так и закрытая ее формы.

Как уже упомянуто мною раньше, лечение костного туберкулеза, как части общего поражения организма, базируется на создании для детского организма условий, благоприятствующих росту и развитию его. Тут, конечно, кроме обще-гигиенических условий выступает вопрос: 1, о рациональности питания и, 2, об использовании солнечной энергии и воздуха.

В настоящее время считается общепризнанным, что стремление к чересчур большому накоплению жира ребенком не только не полезно, а в большинстве случаев вредно, т. к. оно затрудняет работу органов кровообращения. Пища, рекомендуемая ребенку, должна состоять из белков и жиров, с большой примесью богатых витаминами продуктов, сырых овощей, содержащих витамины как-то: зеленый салат, сырые красные помидоры, морковь в сыром виде, свежие фрукты, очень показан рыбий жир, содержащий витамин В, он считается чуть ли ни специфическим средством при костном туберкулезе.

Интересна статистика Вредена, иллюстрирующая влияние питания на исход лечения костного туберкулеза.

Так, в годы достаточного питания % выздоровления, смотря по локализации процесса, колебался от 72%—83%.

В годы плохого питания: 43%—70%.

Рекомендуемая с большим энтузиазмом диета Gerson'a Hermansdorff'a в общем встретила многих противников, в особенности в лице Vulpius'a и других. Пища эта весьма дорога, содержит большое количество калорий, а ее минералоген до сих пор автором не расшифрован и его состав составляет патентную тайну. В недавнем сообщении из Мюнхена—M. Lange говорит: „Die Heilung der Knochentuberkulose ist auch ohne spezifische Ernährung sehr gut möglich.“ Во всяком случае необходимо сообразоваться с индивидуальными особенностями ребенка, в одном случае стремиться к увеличению веса его, вводя больше жировых продуктов, в другом,—предпочитая малокалорийную, но зато богатую витаминами пищу. Всеми авторами рекомендуется возможное ограничение введения жидкости. В общем, питание должно состоять из 5-кратного приема пищи с общей калорийностью в 3.500—4.000 калорий, в зависимости от роста ребенка и с большим количеством сырых овощей и фруктов.

Вопрос об использовании солнечных лучей как лечебного фактора—стар, как весь мир. Истории вопроса касаться мы не будем, т. к. солнце, свет и теплота—все оживляет, без него нет жизни, лучше всего это знают ботаники и зоологи, но мало еще знают врачи. В конце XIX века современники бурской войны могли читать в газетах сообщения, что, несмотря на примитивно поставленное санитарное обслуживание бурской армии, она меньше страдала от убыли и вредностей ранений, чем армия высоко культурных англичан. Оказалось, что раненый бур, оставленный в поле без помощи, без первых повязок, скоро оправлялся от своих ран и снова вступал в ряды бойцов. Скоро появилось и объяснение этому странному факту. Оказалось, что живительные, все излечивающие лучи солнца стали союзниками буров и им помогали. Раны быстро подсыхали, покрывались кровавым ступком, кровью, и под этим струпом раны часто срастались *per primum intentionem*, а солнечный метод оказался предвосхищенным знаменитым Schaeде в способе заживления „*unter dem Blutschorf*“.

В начале настоящего столетия швейцарский врач Bernhard в St. Moritze, руководясь наблюдением над консервированием мяса у швейцарских горцев на солнцепеке, решил применить действие солнечных лучей в сочетании с чистым, богатым озоном, горным воздухом и лечением кожных язв. Он получил весьма удовлетворительные результаты. Вслед за ним Rollier, ученик Roux, стал усердно проводить этот метод в Leysin'e и прославил действие солнечных лучей на горных высотах на весь мир своими весьма удачными выступлениями на ортопедических, хирургических и педиатрических съездах, сопровождаемых иллюстрациями больных до и после лечения. Весь мир потянулся туда и многие маститые хирурги, в том числе знаменитый Bardenheuer'a, горячий сторонник резекции суставов при туберкулезе, который после краткого посещения в Leysin'e, объявил, что больше он ножом в хирургического туберкулеза касаться не станет. Почти одновременно, во Франции

стало применяться лечение костного туберкулеза на берегу моря, с использованием также солнечной энергии. После поездки Vardenheuer'a и доклада его на ортопедическом съезде в Берлине, Bier заинтересовался лечением солнечными лучами костного туберкулеза и стал усердным сторонником его. В настоящее время весь мир культивирует это лечение, но вместе с тем наступило значительное охлаждение, не стало столько энтузиастов, в особенности по части сильного придавания значения ультрафиолетовым лучам. Уже в учреждении, в значительной степени инспирируемом Bier'ом и заведываемом его учеником Kisch'ом, преимущественное значение приписывается всему солнечному спектру и, в том числе инфракрасным лучам, и для искусственного освещения пользуются не кварцевыми, а Jürifer—лампами, обладающими всем солнечным спектром.

Мы не можем здесь останавливаться на всех сторонах действия лучистой солнечной энергии. Считается доказанным, что действие лучей далеко не проникает, что оно распространяется на кожные покровы, в которых активирует коллоидальный химический процесс.

Наблюдаемая пигментация рассматривается в настоящее время как защитная реакция на перегревание организма, препятствующая глубокому проникновению лучей и ни в коем случае не приносящая целебных действий. Негры не менее заболевают туберкулезом костей, люди на горчых высотах, жители Афганистана и т. д. также подвержены заболеваниям скелета. O. Wiese сделал наблюдение, что при экспозиции организма, не подвергающегося пигментации, наблюдается значительное ускорение оседания эритроцитов. В настоящее время придают главное значение не солнечному облучению, а факту использования открытого свободного резервуара чистого воздуха вместе с оживленным действием солнечного спектра. В общем, все действие аэро-гелиотерапии складывается из 2 моментов: моментов раздражения (*Reizwirkung*) и паузы, во время которой организм успевает отдохнуть от раздражения. Разумное использование этих двух моментов и неперегрузка организма, а только раздражение—ведет к успеху.

Относительно самого проведения солнцелечения надо сказать, что самыми эффективными являются утренние часы, когда, после ночного отдыха, организм наилучше реагирует на раздражение, и воздух прозрачнее и не содержит пыли. К полудню солнечный спектр содержит чересчур много красных тепловых лучей. Раньше, чем подвергнуть организм солнечному облучению, мы в течение 4—5 дней приучаем ребенка к воздуху, держа его в одном белье к тени и часа 2 в день совершенно голым. Затем его начинают подвергать солнцелечению, экспонируя постепенно все большие участки кожи на более продолжительное время, придерживаясь в общем скалы Kisch'a и руководясь, как и он, пигментацией кожи, ускоряя темп для брюнетов и замедляя его для блондинов и считаясь с ростом и возрастом ребенка. Конечно, в летние месяцы, июнь-август, надо быть осторожнее, чем в весенние, на берегу моря, где мы имеем еще и отраженные лучи где надо также несколько замедлить темпы быстроты общего облучения.

Эффект солнечно-воздушного лечения сказывается очень быстро, у детей меняется настроение, они скоро становятся веселее, бодрее, охотно играют, улучшается аппетит, вместе с этим бледный цвет лица

сменяется розовым, дети хорошо оправляются. Вместе с общим состоянием улучшается и местный процесс.

После принятия солнечной ванны рекомендуется освежить тело морской водой нормальной температуры и положить ребенка в несколько затененное место. Желательно, чтобы после солнечного сеанса пищу давать только через час.

При проведении солнцелечения необходимо учитывать общее состояние больного: один из первых признаков перегревания является потеря аппетита, анемия, сонливость, легкая тошнота, иногда головные боли и раздражительность. Объективно—тахикардия. Наилучшим действием против этих явлений—помещение ребенка в затененное место, холод на голову и область сердца и laxantia. Необходимо во время сеансов воздушно-солнцелечения снабжать детей темными очками, а голову прикрывать соломенными шляпами с большими полями.

В общем, экспозиция на солнце может быть продолжена до 4 часов, а в местностях низменных и больше.

Про результаты лечения солнечными лучами можно судить по статистике Johanson'a: у него до 1927 г., т. е. до введения гелиотерапии, было 27%, после введения—10% смертности.

Результаты Rollier также весьма утешительны, хотя его сообщения о restitutio ad integrum заставляют сомневаться в правдивости диагностики. Костный туберкулез никогда не дает полного восстановления двигательной способности пораженных суставов.

Во всяком случае, использование воздушно-солнечного лечения является существенным фактором, не меньшим, чем ортопедические мероприятия, в деле лечения костно-суставного туберкулеза.

А priori, мы можем сказать, что при наличии еще пылающего, активного, дающего повышение температуры и болевые ощущения процесса,—наилучшим средством является щажение, обеспечение пораженному воспаленному суставу *покоя*. Это последнее достигается различными способами, в конечном результате дающими у всех, применявших их, удовлетворяющие их исходы.

Мы считаем, что наиболее удобным из этих способов является окклюзивная гипсовая повязка. Эту повязку, как наилучшее болеутоляющее средство, а также как жаропонижающее рекомендуют Salot, Logenz и все те, которые стремятся к упрощению лечения. Хорошо влияет правильно пластически и анатомически целесообразно наложенная гипсовая повязка также, как часто опий влияет при явлениях со стороны кишечного тракта или брюшины. Температура падает, боль прекращается. В условиях курорта, где детей много, где ухаживающего персонала мало, где индивидуальный уход затруднен и может быть проводим только в ущерб другим больным—хорошо наложенная гипсовая повязка является весьма благотворной. При этой первой повязке вовсе не надо стремиться внести корректив в патологическую позицию сустава; тут необходимо успокоить. И повязку следует наложить в том же положении, какую занял заболевший сустав. В этой повязке больной дитя остается недели 3—4. В это время T° упала, болей не стало. Ребенок подвергается всем мероприятиям, способствующим поднятию питания и оздоровлению организма. Через 3—4—6 недель удаляется повязка и заменяется новой. Тут рекомендуется применение легкого наркоза, накладывается новая повязка с не-

которой коррекцией позиции сустава, но без применения насилия, без травматизации сустава. Таким образом, больной переводится в другую стадию—стадию затихания процесса (без болевого состояния).

Цели, намеченные нами, остаются всегда налицо и мы стремимся их осуществить одновременно. Наипростейшим способом является медленное, но постепенное воздействие на больной сустав и устранение деформации. Твердая, ровная постель в виде топчана и тонкий мягкий матрац—наилучшее ложе больного ребенка; применение большого количества мешков с песком различной длины, узких и широких, наполненных мягким песком и различного веса—способ устранения деформации. Длинные мешки, помещенные по сторонам конечности, обеспечивают покой ее,—четырёхугольные, положенные на сустав, действуют разгибающим образом своей тяжестью на контрагированную конечность, маленькие плоские мешочки содействуют правильной укладке конечности. При этом способе представляется лечащему врачу варьирование использования давления веса, в зависимости от тяжести процесса и выносливости больных. Самое главное,—не причинять детям боли и заинтересовать их медленным, но постепенным улучшением их состояния.

Другим способом, весьма удобным и имеющим много сторонников—являются шинные повязки. Шина, несомненно, дает покой, но шины металлические, проволочные и т. д. недостаточно облегают конечность, не вполне иммобилизируют ее и не так обеспечивают покой, как шина гипсовая, изготовленная по больной конечности, напр. из марлевых, импрегнированных гипсом бинтов, и проч. Шины эти дают возможность обнажать конечность, подвергать ее действию солнца, переносить больного с места на место и обеспечивают нужный покой и форму суставу. Пролежав некоторое время, они подобно гипсовой окклюзивной повязке, действуют на больной сустав так, что разрешают, конечно при отсутствии костного анкилоза, некоторое исправление позиции сустава без особого насилия, и в целом ряде случаев помощью этих шин мне удается в результате получить близкую к норме форму заболевшего сустава. Эти шины хорошо и успешно применяются во всех стадиях. Так называемые гипсовые корытца—гипсовые кровати—надо рассматривать тоже, как шины, изготовленные для всего туловища вместе с шеей и головой. Тут исправление деформации проводится помощью так называемых крестов Финка или подушечек Роллье. Гипсовая кровать при спондилите—всемогущее средство, до сих пор непревзойденное. Никакие отрицательные качества, ей приписываемые, ей не присущи и во всяком случае бледнеют перед тем, что она дает исправление деформации, устранение параличей и исчезновение абсцессов. Надо только уметь ее применять, бдительно охранять больного и вооружиться терпением. Гипсовое корыто избавляет от всех этих осложнений.

При наличии сопровождающих костный туберкулез абсцессов, натечников, надо зорко за ними следить, не давать близко пробираться к кожным покровам и своевременно и заботливо опорожнять их так, чтобы не образовалась перфорация, чтобы закрытый, не сообщающийся с внешним воздухом абсцесс и через него м. б. очаг, не стал бы проводником смегманной инфекции. Абсцессы эти большинство авторов не разрешает вскрывать, а Ménard говорит прямо, что этим мы открываем ворота смерти.

Таким образом, мы переходим к открытым формам. Здесь, при лечении, имеется, главным образом, одно стремление—возможно скорее закрыть ворота для проникновения смешанной инфекции. С помощью пластыря, марлевых подушечек, прикрепленных мастизолом, стараются obturировать открытый ход и пунктируют абсцесс из другого конца, стараясь гнойное содержимое отвлечь от образовавшегося хода. При тщательном уходе и общем оздоровлении, выражающемся в восстановлении тургора и эластичности кожи, удается восторжествовать и добиться закрытия свища. Если своевременно не были приняты описанные меры, эти небольшие свищи ведут к эскориациям, к ulcerированию кожи. Больные часто попадают к нам в лечение с такими изъязвлениями. На курорте эти явления должны исчезнуть. Тщательный туалет, педантичная очистка кожи от всех корок, всех кожных наслоений дают быстрый результат, а дальше—долгая экспозиция всей этой области на открытый воздух. Изъязвленная кожа покрывается одним слоем марли и представляется высушивающему действию воздуха и солнечных лучей. Уже через несколько дней мы находили разительную перемену. Кожа больше не мокнет, язва покрылась свежим эпидермисом, остается только место глубокого изъязвления с хорошими свежими краями. Под солнечными лучами мы достигаем превращения всей язвы в небольшую ранку с ходом, ведущим внутрь. Если очаг недалеко и весь организм крепнет, то скоро мы получаем и полное заживление.

Такова картина лечения костно-суставного туберкулеза. Сочетание физических методов лечения с ортопедическими мероприятиями, при наличии подходящих внешних условий, и конституциональные возможности со стороны организма в состоянии привести к утешительному исходу.

В последнее время некоторые врачи сочли нужным видоизменить свое ультраконсервативное направление в деле лечения костного туберкулеза. Тщательно соблюдая принцип нетравматизирования самого очага и оберегая его покой, стали изыскивать способ ускорения течения процесса его активированием в смысле большей васкуляризации очага. Сам Albee, подводя научный базис под свою операцию фиксации позвоночника, приписывает успех операции—оживлению циркуляции крови вследствие васкуляризации на месте расщепления спинных отростков, ведущей затем к оживлению кровоснабжения и в очаге. В 1931 г. Gollmt, по поводу Съезда международного общества талассотерапевтов, разослал анкету по этому вопросу и тут оказалось, французы что держатся строгого консерватизма, а немцы и англичане стали отчасти интервенционистами. У нас в Союзе в этом вопросе нет единства. Так называемую загвоздку Laval-Roberton из Южной Америки начал культивировать на нашей почве Р. Р. Вреден. Так наз. экономические резекции сустава применяются Корневым. Оба эти способа на сегодняшний день еще не получили прав гражданства. В мировой литературе имеется очень много отзывов о весьма неутешительных результатах операции помощью загвоздки, да и мы имели возможность наблюдать несколько не совсем ободряющих случаев от применения этого способа. Что касается операции Корнева, то, все-таки, несмотря на его недавно произведшую большое впечатление демонстрацию, надо отнестись с большой сдержанностью. Эта операция нарушает покой очага, стремится его удалить и, также, как операция Laval'я, обрекает сустав на анкилозирование. Подражая

методу Albee, появился целый ряд так наз. экстраартикулярных артрорезов, принцип коих состоит в иммобилизации суставов помощью мостовидных костных пластинок, соединяющих части сустава. Отзывы от этой операции весьма утешительны. Эти операции дают больному возможность скоро пользоваться своими заболевшими конечностями и вносят то же оживление в область очага, вызывая усиленное кровоснабжение его, но и они нарушают природное стремление организма к восстановлению физиологии заболевших суставов. Поскольку мы имеем дело с чисто туберкулезным процессом, без смешанной инфекции, заболевание сустава кончается только фиброзным запустеванием его и часто, если поражение было в детском возрасте, можно в будущем ожидать, если не полного, то частичного восстановления подвижности сустава—что особенно желательно для коленного сустава.

Наше стремление к укорочению срока лечения и к осуществлению принципа возможного восстановления работоспособности пораженного сустава выражается тоже в хирургической интервенции, но строго охраняя принцип „Nil posere“. Мы пользуемся весьма простым способом, рекомендованным А. К. Козловским при гонитах уже в течение 4 лет. Способ состоит в одномоментной остеотомии над и под суставом. Способ этот дает нам очень удовлетворительные результаты, давая возможность скоро поставить больного на ноги, укорачивая срок постельного лежания, охраняя больного от калечества и не требуя такого продолжительного пребывания ребенка под наблюдением. В течение последнего года мы стали применять этот принцип и в отношении заболеваний тазобедренного сустава. Способ этот весьма легко и удобно проводимы в санаторных обстановках курортов. Конечно, предполагается наличие хорошо и сообразно требованиям науки, обставленных операционных.

Конечно, мы никогда не достигаем результата в 2—3 месяца.. Это обманчиво. Это—потеря времени, это—расходование государственных средств. На курорты дети с костным туберкулезом должны направляться на столько времени, сколько требует процесс для излечения. В случаях законченных, при наличии только последствий костного туберкулеза иногда 2—3 месяца достаточно для устранения деформаций, но тут выступают не физические методы лечения, а методы ортопедические и часто хирургические. При формах первой и второй стадий по S o v e l ' ю, т. е. начальной стадии разрушения—3 месяца пребывания—неприемлемый срок. Во всяком случае, больной ребенок должен быть поставлен в условия возможности продолжения лечения в каком-нибудь лечебном учреждении или на дому у себя. Для этого ребенок должен быть вывезен из курорта в таком положении, в каком он проводил лечение на курорте—и постоянно оставаться в контакте с курортной санаторией, которая обязана руководить лечением больного ребенка до полного выздоровления. Большим злом является отсутствие плановости в лечении детей, больных костным туберкулезом. Отсутствуют заботы о том, что вышло из лечения, куда оно повело.

Приглядываясь, как поставлено дело и присматриваясь к клиентуре курорта по части костно-туберкулезных детей, мы убеждаемся, что ребенок лежит или болен столько-то лет, был там и там, что в одном месте он пролежал, потом его подняли, дальше он снова слег и т. д.

и получается, что болезненное состояние больного как бы искусственно поддерживается.

Дети, попав на курорт на 2 месяца, получают некоторое улучшение, снабжаются приспособлениями и подлежат к сроку обратному отправлению, и тут вы можете наблюдать картину, как дети, снабженные кроватками, пинами ставятся на ноги—на костыли или без таковых и со своими приспособлениями отправляются домой. Хорошо, если они попадают в руки сведущего врача, в противном случае получается трата зря средств, силы и энергии. От того-то столько калеченных детей. Оттого у нас столько инвалидов в городах и селах.

Наши курорты раскинуты широко, и повсюду, как мы сказали выше, можно лечить костно-туберкулезных детей, но нужна договоренность по этому поводу—можно лечить повсюду, но методы должны быть применяемы в общем одни. Главный постулат—покой пораженной части и второе— „Nil посере“. Для туберкулеза костей и суставов в первой и второй стадии противопоказаны всякие бальнеотерапевтические процедуры, кроме общего душа и обтирания после лежания на солнце. Когда перед нами субъект с законченным процессом, с анкилозированным суставом, со стойким, большой давности, горбом, да еще множественными фистулами вторичного происхождения, не дающими повышения температуры, с благополучным состоянием почек, мы допускаем лечение рапными ваннами средней температуры до 28° или, еще лучше, сочетание лежания на лиманном берегу с применением локальных грязевых процедур (Fangosur) с последующим купанием в озере; тут требуется осторожность; дети худосочные, астеники, легко возбуждающиеся, страдающие отсутствием аппетита должны быть исключены из лиманного лечения—как сильного возбудителя.

Лекарственное лечение мы мало применяем: иод-бензин 0,1% для очистки кожи и несколько капель перувианского бальзама на несколько торпидную рану.

Промывание абсцессов, имеющих источником недалеко сидящий очаг, произведенное только один раз 2—3% раствором медного купороса дает подчас поразительный результат, ведущий к полной ликвидации абсцесса. Только весьма редко приходится это промывание повторять.

Могучим сотрудником врача, лечащего туберкулез, является хорошее настроение больного—бодрый дух. Открытый воздух, солнечные лучи действуют ободряюще на организм, поднимают настроение, веру в успех лечения и дают залог для выздоровления.

Больные не должны отдаваться мыслям о своей болезни. Их время должно быть занято. Игры, чтение, музыка, развлечение, рассказы и труд, производительный труд и втягивание больного в жизнь, чтобы гнать от него мысли, что он лишний. Все это дает стимул к жизни и к выздоровлению.

Проблема лечения костного туберкулеза очень большая, она еще не решена, но мы считаем себя вправе в заключение высказать следующее:

I. Лечение костного туберкулеза на курорте состоит из двух моментов:

- а) из оздоровления всего организма и укрепления его,
- б) из лечения местного процесса.

II. Для осуществления первого имеется ряд мероприятий:

- а) установка соответствующего режима,

- б) обеспечение рационального питания,
- в) использование физических сил природы — открытого воздуха и солнечных лучей,
- г) применение гидропатических процедур (морское, лиманное купание и др.),
- д) поднятие общего настроения больного ребенка развлечениями и занятиями,
- е) физкультура.

III. Все больные костным туберкулезом разделяются на две группы: лежащих и ходячих. Режим лежания для первых (спондилиты и поражение нижних конечностей) должен быть строго проводим с момента поступления ребенка в санаторию. Для ходячих больных (поражение верхних конечностей) режим обуславливает преимущественное лежание в целях проведения идей возможно большего щажения.

2) Питание должно быть достаточным — 3000—3500 калорий, преимущественно белково-жировое, легко усвояемое с большим количеством витаминов (сырые овощи и фрукты). Правило — не перекармливать и индивидуализировать питание.

3) Приучение больных к пребыванию на открытом воздухе, закаливание их и использование солнечной энергии с лечебной целью со строгой индивидуальной дозировкой.

4) Применение обтираний морской и лиманной водой у больных после сеансов гелиотерапии и культивирование купанья у ходячих больных.

5) Заполнение времени больного различными развлечениями в виде чтения, занятий, бесед, работы и обучения.

5) Физкультура в пределах строгой индивидуализации для каждого больного, помня правило возможно малого нарушения щажения пораженных органов.

III. Борьба с местным процессом, в зависимости от локализации его и стадии, требует:

а) покоя, б) покоя и разгрузки, в) специальных мероприятий.

а) и б). Обеспечение покоя и разгрузки достигается при помощи соответственно устроенного ложа для всего организма и особых мероприятий для пораженной части. Для последних рекомендуется применение мешков с песком, гипсовых шин, окклюзивных повязок, вытяжения.

в). Специальные мероприятия состоят из пункций абсцессов, введения лекарственных веществ (весьма редко), перевязок и т. д.

Для борьбы с последствиями костного туберкулеза, а в некоторых случаях — для ускорения процесса, применяются и оперативные приемы, проведение которых мы считаем неотъемлемым фактором в деле лечения костного туберкулеза, даже в курортной обстановке.

IV. Срок пребывания больного ребенка на курорте должен быть индивидуализирован и, при необходимости, увеличен.

V. Дети, пробывшие сезон на каком-либо курорте, должны, по возможности, поспать снова на тот же курорт. В промежуточное время курорт не должен терять связи как с больным ребенком, так и с местным врачом, давая соответствующие указания о лечении ребенка.

VI. Эвакуируя больных, курорт должен обеспечить правильную транспортировку больных, чтобы эффект, полученный ребенком от пребывания на курорте, не потерпел ущерба в пути.