

На правах рукописи

В. Д. ВИШНЕВСКАЯ

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ  
И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ  
КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА  
В КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

(14 776 — фтизиатрия)

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

На правах рукописи

В. Д. ВИШНЕВСКАЯ

КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ  
И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ  
КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА  
В КУЙБЫШЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

(14 776 — фтизиатрия)

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Диссертация выполнена на кафедре организации здравоохранения и социальной гигиены Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова и в Куйбышевском городском противотуберкулезном диспансере.

Научный руководитель:

Кандидат медицинских наук, доцент *С. И. Стегунин*.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор *А. В. Бедрин*.

Кандидат медицинских наук *В. Д. Макушин*.

Внешний отзыв дает Киевский научно-исследовательский институт туберкулеза и грудной хирургии имени академика Ф. Г. Яновского.

Автореферат разослан «*8*» *10* 1971 г.

Защита диссертации состоится «*8*» *10* 1971 г.  
на заседании клинического Ученого совета Свердловского государственного медицинского института (ул. Репина, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Свердловского государственного медицинского института (ул. Ермакова, 17).

*Ученый секретарь совета доцент З. М. МЕЛЬНИКОВА*

Диссертация, имеющая 231 страницу машинописного текста, содержит введение, пять глав, заключение и выводы. Указатель литературы содержит 274 работы отечественных и 57 зарубежных авторов.

Глава I. Развитие медицинской помощи больным костно-суставным туберкулезом в РСФСР и Куйбышевской области.

Глава II. Заболеваемость костно-суставным туберкулезом населения РСФСР и Куйбышевской области.

Глава III. В третьей главе по специально разработанным нами картам дается характеристика 1352 больных костно-суставным туберкулезом, находящихся на учете противотуберкулезных учреждений Куйбышевской области.

Глава IV. В четвертой главе подробно изложена организация борьбы с костно-суставным туберкулезом в области.

Глава V. В пятой главе рассматриваются вопросы стационарной помощи больным костно-суставным туберкулезом в Куйбышевской области.

Текстуальная часть работы завершается заключением и выводами.

Работа иллюстрирована 31 таблицей, 14 рентгенограммами и рисунками и 10 диаграммами.

При проведении исследования были использованы литературные источники в центральной печати, монографии, сборники научных работ, материалы Всесоюзных, Всероссийских съездов и областных научных конференций, архивные источники, отчеты противотуберкулезных учреждений и статистического управления Куйбышевской области, истории болезни и специальные карты, разработанные нами.

Обследование и клиническое наблюдение больных костно-суставным туберкулезом осуществлялись в областном, городском, районных противотуберкулезных диспансерах города Куйбышева, областной туберкулезной больнице имени З. П. Соловьева, городском детском костнотуберкулезном санатории и других учреждениях.

Для выявления действенных форм дальнейшей организации борьбы с костно-суставным туберкулезом нами были поставлены задачи:

- изучить основные этапы и направления борьбы с костно-суставным туберкулезом в Куйбышевской области;

- провести анализ заболеваемости и болезненности костно-суставным туберкулезом населения области;

- изучить контингенты больных, состоящих под наблюдением противотуберкулезных учреждений;

- определить формы организации выявления, диспансерного наблюдения и учета костнотуберкулезных больных;

- установить ведущие формы подготовки и усовершенствования медицинских работников, основные направления методической и санитарно-просветительной работы по костно-суставному туберкулезу.

В развитии лечебно-профилактической помощи больным костно-суставным туберкулезом в Куйбышевской области выделены 4 периода:

I — довоенный период (1923—1940 г. г.), когда начали проводиться мероприятия по борьбе с костно-суставным туберкулезом, выразившиеся в открытии первого костно-хирургического кабинета и детского костнотуберкулезного санатория, развертывании небольших стационаров и организации амбулаторно-патронажного лечения.

II — военный период (1941—1945 гг.) характеризуется широким развитием амбулаторно-патронажного лечения;

III — послевоенный период (1946—1959 гг.) характерен быстрым ростом сети противотуберкулезных учреждений, увеличением числа учреждений с приемом больных по костно-суставному туберкулезу, расширением коечной сети за счет открытия отделений для взрослых и детских костнотуберкулезных санаториев, повышением квалификации медицинских работников;

IV период (1960—1969 г. г.) отмечается сокращением штатов и сети костнотуберкулезных учреждений в связи со значительным снижением заболеваемости населения костно-суставным туберкулезом.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И БОЛЕЗНЕННОСТЬ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Проведение профилактических мероприятий по борьбе с туберкулезом, улучшение благосостояния населения, раннее выявление и своевременное комплексное лечение, включая оперативные вмешательства, вызвали значительное снижение заболеваемости и болезненности костно-суставным туберкулезом в РСФСР (А. И. Лапина, 1958; Т. П. Дмитриева, 1959; К. М. Иг-

натова, 1959; И. М. Щеглов, 1959; А. В. Бедрин, 1962; Е. С. Бойкова, 1963; Б. А. Варсава, 1963; И. Н. Петров, 1965; А. З. Соркин, 1966; Э. А. Бабичев, 1966; А. Е. Богданова с соавторами, 1967, и другие).

Динамика заболеваемости костно-суставным туберкулезом населения была прослежена по Куйбышевской области за 10 лет (1960—1969 гг.) и по городу Куйбышеву за 30 лет (1940—1969 г. г.). За последние 10 лет заболеваемость костно-суставным туберкулезом сократилась по городам области в 5,2 раза, сельской местности в 3,3 раза, городу Куйбышеву в 8 раз.

Взрослые и подростки в числе выявленных в 1969 году составляют 2/3 больных. Увеличился удельный вес поражения позвоночника и крупных суставов у взрослых.

Улучшение качества диагностической и лечебной работы, внедрение научных достижений в практику привели к уменьшению осложнений, особенно свищевых форм. В городе Куйбышеве с 1953 года у вновь выявленных больных костно-суставным туберкулезом детей, а с 1963 года у взрослых свищевые формы не встречаются.

Мероприятия по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом, в том числе костно-суставным, должны быть направлены на широкий охват населения вакцинацией, химиопрофилактикой контактных, на радикальное лечение открытых форм туберкулеза, усиление работы в туберкулезных очагах, на повышение качества санитарно-просветительной работы.

Соответственно снижению заболеваемости сократилось число больных активной формой костно-суставного туберкулеза, состоящих на учете на конец года, по городам области за этот же срок (1960—1969 г. г.) в 2,5 раза, сельской местности — в 2 раза, городу Куйбышеву в 4 раза.

Причинами более медленного снижения болезненности по сравнению со снижением заболеваемости являются: наличие больных с торпидно текущими процессами, не поддающимися лечению, несвоевременность перевода больных в Vb группу диспансерного учета после операции при наличии блока между позвонками или костного анкилоза в суставе, длительная задержка больных, особенно туберкулезом позвоночника в Vb группе диспансерного учета в связи с частыми жалобами на боли в пораженном отделе при отсутствии активных туберкулезных изменений.

Снижение заболеваемости костно-суставным туберкулезом и сокращение числа больных с активными процессами не повлекло такого же сокращения контингентов с неактивным процессом. Число больных с неактивной формой заболевания превышает больных с активным процессом в 5 раз.

Формирование контингентов больных неактивным туберкулезом происходит главным образом за счет несовершенного в

доантибактериальный период лечения, несвоевременного снятия больных с учета, а также за счет заболевших в пожилом и старческом возрасте.

В условиях постоянно снижающейся заболеваемости костно-суставным туберкулезом возникает необходимость в ряде организационных перестроек с тем, чтобы правильно использовать кадры и коечную сеть в области, ставить задачи ликвидации костно-суставного туберкулеза.

## КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Для объективной оценки состояния помощи больным костно-суставным туберкулезом и планирования оздоровительных мероприятий на ближайшие годы нами были изучены контингенты больных и сформулированы основные задачи их оздоровления.

По специально разработанным нами картам проведено выборочно изучение 1352 больных, находящихся под наблюдением противотуберкулезных учреждений области. Все больные по локализации процесса распределяются на 4 группы: с поражением позвоночника — 55,2%, тазобедренного сустава — 23,5%, коленного сустава — 11,1%, прочих суставов и костей — 10,2%. Среди больных, состоящих под наблюдением противотуберкулезных диспансеров, соотношение детей, подростков и взрослых составляет 1 : 1 : 8.

По активности туберкулезного процесса нами выделены две группы:

I группа — больные с активным процессом:

а) свежая стадия; б) торпидно текущая стадия.

II группа — больные с затихшим процессом:

а) стадия затихания; б) излечение.

Активный процесс отмечен у 13,0% больных, неактивный — у 87,0%.

Для решения вопроса клинического и трудового прогноза нами для каждой отдельной группы больных предложены рекомендации лечебно-оздоровительных мероприятий, включающих:

1. Нуждаемость в лечении:

а) консервативном (стационарном, санаторном, амбулаторном), б) хирургическом, в) противорецидивном.

2. Нуждаемость в диспансеризации и трудовом прогнозе:

а) диспансерном наблюдении, б) оформлении инвалидности, в) трудоустройстве, г) снятии с учета.

При клинико-рентгенологическом обследовании 750 больных туберкулезом позвоночника установлено, что со свежей стадией

заболевания позвоночника имеется всего 22 человека (2,9%), из них детей — 6, подростков — 4, взрослых — 12.

Улучшение ранней диагностики и своевременная госпитализация больных уменьшили тяжесть течения процесса, что в свою очередь улучшило исходы лечения и снизило число активных деструктивных форм заболевания.

Все больные со свежей стадией заболевания выявлены своевременно. Им проведено комплексное лечение, включая оперативное. Эта категория больных должна быть поставлена на учет в противотуберкулезный диспансер по завершении инволюции процесса для проверки временем в период трудовой адаптации, что способствует излечению больных и уменьшению контингентов в ближайшие 3—5 лет.

Несвоевременная диагностика и лечение привели к накоплению в диспансерах больных с торпидными формами.

Торпидно текущий процесс в позвоночнике с большой давностью заболевания и выраженными деструктивными формами туберкулеза, сопровождающимися рецидивами и обострениями, отмечен у 71 больного (9,4%).

Среди больных детского и подросткового возрастов совершенно отсутствуют торпидные формы течения туберкулезного процесса в позвоночнике, что указывает на раннее выявление и своевременное комплексное лечение больных этих возрастов.

Все больные с торпидно текущим процессом имеют давность заболевания свыше 20 лет и поражение 4 и более позвонков. У 53 человек отмечены осложнения (кальцинированные абсцессы — 21, свищи — 6, парезы и параличи — 26). Почти половина больных за период с 1955 по 1962 гг. перенесла оперативные вмешательства с неблагоприятным исходом.

После детального изучения этих больных намечены лечебные мероприятия, предусматривающие включение оперативных вмешательств, что повысит качество лечения и уменьшит показатель болезненности.

В связи с развитием оперативной хирургии туберкулеза позвоночника (П. Г. Корнев, 1959; Д. Г. Коваленко, 1959; 1962; Б. С. Куценок, 1959, 1961; Н. Г. Мамиконянц, 1962; Е. Н. Станиславлева, 1962; А. В. Бедрин, 1962; 1965; Е. В. Гурьян, 1962; М. Б. Дрибинский, 1962; И. С. Николаев, 1962; Е. М. Милованова, 1962; О. Х. Степанова, 1966 и др.) и расширением показаний для операций, мы считаем, что 31 больной с торпидно текущей стадией процесса подлежит в настоящее время оперативному лечению.

К стадии затихания туберкулезного процесса нами отнесены 568 (75,8%) больных туберкулезом позвоночника. Эта группа состоит из больных с остаточными туберкулезными и посттуберкулезными изменениями. Среди рассматриваемых больных имеют поражение двух — трех позвонков 226 человек. Все они

выявлены с ранними признаками туберкулеза позвоночника, лечились своевременно в стационарных и санаторных условиях с применением антибактериальной терапии. Некоторым больным проведено оперативное лечение. Эффективность хирургического лечения этих больных была более высокая.

Поражение четырех и более позвонков отмечено у 342 больных с давностью заболевания от 15 до 36 лет, из которых почти 30,0% имеют множественные и комбинированные туберкулезные поражения костей, легких и прочих внелегочных локализаций в различных фазах туберкулезного процесса, а также сопутствующие заболевания. 104 больных имеют стойкую потерю трудоспособности (инвалидность II группы — 5 человек, III группы — 59), что требует выработки рекомендаций по дальнейшему трудовому прогнозу и трудоустройству. Значительное число больных с затиханием туберкулезного процесса имеют деструкцию от пяти до десяти позвонков с явлениями деформирующего спондилита и болями мышечного и корешкового характера, им необходимо проведение физиотерапевтического лечения при постоянном наблюдении за больными со стороны специалиста по костно-суставному туберкулезу.

В термине «излечение» нет определенной точности и единого понимания в его трактовке для больных костно-суставным туберкулезом (А. З. Соркин, 1959; Н. Г. Мамиконянц, 1962; Д. К. Хохлов, 1963; Е. Н. Станиславлева, 1963; П. Г. Корнев, 1964; О. Х. Степанская, 1963; З. Ю. Ролье, 1965; А. В. Бедрин, 1965; Б. С. Куценко, 1966, и др.).

На основании многолетнего наблюдения за снятыми с учета нам представляется возможным к I типу клинического излечения отнести всех больных, у которых заживление произошло с полным восстановлением формы и функции пораженного органа.

Ко II типу излечения можно отнести больных с поражением двух позвонков и незначительными изменениями их при отсутствии нарушений функций позвоночника, а также больных с костным блоком между двумя—тремя позвонками, слившимися в одно тело, с незначительными функциональными нарушениями позвоночника.

К III типу излечения мы отнесли больных с поражением трех позвонков, сохранением их высоты и сужением межпозвоноковых щелей, а также с большими деструктивными изменениями четырех—шести позвонков, с образованием блока между разрушенными частями позвонков при длительном наблюдении за этими больными в сроки от 10 и более лет.

Излечение туберкулезного процесса в позвоночнике отмечено нами по II и III типу у 89 человек (11,9%).

Из рассмотренных 323 историй болезни и разработанных на-

ми карт на больных туберкулезом тазобедренного сустава в различных фазах и стадиях процесса выявлено, что со свежей стадией заболевания имеется 5,8% больных, с торпидно текущей — 5,8%, со стадией затихания туберкулезного процесса — 21,6%, с излечением — 66,8%.

Все больные со свежей стадией заболевания получают комплексное лечение. Выявлены в преартрической фазе заболевания с туберкулезными оститами 12 человек, из них 10 больных детского и подросткового возраста; показана некрэктомия — 4 больным. В связи с трудностями диагностики туберкулеза тазобедренного сустава и поздним выявлением 7 больным, поступившим в стационар с поражением сустава в период разгара заболеваний, после предварительной антибактериальной терапии показана операция — экономная резекция сустава.

С торпидно текущим процессом в тазобедренном суставе имеется 19 больных с давностью заболевания свыше 10 лет в возрасте от 25 до 59 лет. У 8 из них имеются сопутствующие заболевания. Стойкая утрата трудоспособности отмечена у 5 больных (по II и III группам инвалидности).

Наши данные показывают, что систематически проводимая работа в Куйбышевской области по изучению контингентов и отбору их на оперативное лечение дала возможность своевременно выявлять, оперировать больных и достигнуть снижения количества торпидно текущих форм при туберкулезном коксите. По данным Е. Н. Станиславлевой (1965), больные с торпидно текущим процессом в тазобедренном суставе являются наиболее многочисленным контингентом туберкулезных диспансеров.

Стадию затихания туберкулезного процесса имеют 70 больных, из которых 32 человека перенесли операции и состоят на учете до истечения срока наблюдения. Нуждаются в оперативном лечении 15 человек. У остальных функция сустава ограничена не резко, что не требует оперативных вмешательств.

Среди состоящих на учете протитуберкулезных диспансеров имеется 215 человек, перенесших различные формы туберкулеза тазобедренного сустава, которые нами отнесены к клиническому излечению (по I, II и III типам). В число излеченных вошли 67 человек с внесуставными поражениями и полным восстановлением костных трабекул в очаге поражения после консервативного и оперативного лечения, синовиальными формами — 5 и костной формой поражения сустава — 143 больных. Произведены различные операции 123 человекам, и они нуждаются в снятии с учета в связи с истечением срока наблюдения диспансером. У 20 больных после консервативного лечения имеются незначительные ограничения движений в суставе, и они подлежат снятию с учета.

Изучение стойкой утраты трудоспособности при туберкулезе тазобедренного сустава показало, что 29,1% больных

имеют инвалидность (в том числе 66 инвалидов III группы с анкилозом тазобедренного сустава после операции).

Согласно существующей инструкции по определению групп инвалидности, всем больным при наличии анкилоза тазобедренного сустава дается III группа инвалидности, независимо от выполняемой работы (раздел IV, пункт Г), что не совсем можно считать правильным.

Проводимое нами ранее (1962, 1966) изучение вопросов трудоспособности больных после оперативных вмешательств при туберкулезе суставов нижних конечностей показало, что с внедрением в практику антибактериальных препаратов и широким применением оперативных вмешательств достигается наибольшее количество излеченных и трудоспособных, работающих в различных отраслях народного хозяйства.

Вопросы трудоспособности больных костно-суставным туберкулезом после оперативных вмешательств также освещены в работах К. Е. Покотилова, 1958; Р. Ф. Анисимовой, 1962; М. А. Туфановой, 1962; Е. Н. Станиславлевой, 1963; А. В. Бедрина, 1965, и других авторов, которые отмечают, что проведение резекции сустава позволяет получить анкилоз, исчезновение болей, возвращение опороспособности, излечение туберкулезного процесса, восстановление трудоспособности и практически должно ликвидировать инвалидность.

Мы считаем, что показания к назначению инвалидности лицам, имеющим анкилоз тазобедренного сустава, должны рассматриваться индивидуально и ограниченно.

Рассмотрение 142 карт больных туберкулезом коленного сустава показало, что со свежей стадией заболевания имеется 8,5%, с торпидно текущей — 9,1%, со стадией затихания — 43,7%, с излечением — 38,7% больных.

На учете противотуберкулезных диспансеров состоит с внесуставными поражениями в области коленных суставов — 24,6%, с синовиальными формами — 19,4%, с костной формой поражения сустава — 56,0% больных. В группу активных больных со свежей стадией заболевания отнесены 12 человек (детей — 6, подростков — 2, взрослых — 4). Произведены операции некрэктомии 4 больным и 4 нуждаются в оперативном лечении (некрэктомии — 2, экономной резекции сустава — 2).

С торпидно текущим процессом в коленном суставе имеется 13 больных. Давность заболевания у всех свыше 20 лет, возраст 30—54 года. Нуждаются в операции — экономной резекции сустава 6 человек и не подлежат оперативному лечению 2 больных, в связи с сопутствующими заболеваниями. Имеют инвалидность III группы 5 больных.

К стадии затихания туберкулезного процесса в коленном су-

ставе отнесены 62 больных, из них 12 перенесли внесуставные поражения с сохранением функции сустава и 5 синовиальную форму туберкулеза коленного сустава. Костное поражение сустава отмечено у 45 больных. После консервативно-ортопедического лечения имеются незначительные нарушения функции сустава у 8 детей и 4 подростков. Из 33 взрослых перенесли операции — 23, из них экономную резекцию коленного сустава — 16, коррегирующие операции — 7; незначительные ограничения движений в суставах после консервативного лечения имеют 5 больных и 5 нуждаются в оперативном лечении. Инвалидность III группы имеют 2 человека.

С излечением туберкулезного процесса состоят на учете диспансеров 55 человек, из них перенесли внесуставные поражения — 13 и синовиальную форму туберкулеза коленного сустава — 12 человек.

Из 30 больных с костной формой имеют анкилоз коленного сустава после операции — 21 и ограничение функции сустава — 9. Многолетнее наблюдение позволяет снять их с учета по II и III типам клинического излечения.

Из 137 историй болезни больных туберкулезом прочих суставов и костей со свежей стадией заболевания имеется 9,4%, торпидно текущей — 5,8%, стадией затихания туберкулезного процесса — 37,2%, с излечением — 47,6%.

Из рассматриваемых нами больных туберкулезом прочих костей и суставов отмечается наибольшее число больных с поражением большого вертела бедренной кости (24,8%), туберкулезом голеностопного сустава (14,5%) и наименьшее — туберкулезом лучезапястного сустава (2,8%) и грудины (1,4%).

Торпидно текущий процесс отмечен у 8 взрослых (с поражением голеностопного сустава — 2, пяточной кости — 2, плечевого сустава — 4), и все они нуждаются в оперативном лечении.

К стадии затихания туберкулезного процесса отнесены 65 больных, из которых 21 оперирован, и нуждаются в оперативном лечении еще 5 больных.

На учете противотуберкулезных учреждений состоит 51 больной, которых мы на основании клинических, рентгенологических данных отнесли к стадии излечения, и они подлежат снятию с учета.

При изучении контингентов больных с активными и затихшими формами мы получили научно обоснованные данные для совершенствования организации борьбы с костно-суставным туберкулезом. Эти данные позволили нам выяснить нуждаемость в различных методах лечения, вопросы клинического и трудового прогноза и упорядочить учет больных костно-суставным туберкулезом.

## ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Одним из ведущих направлений диспансеризации является активное выявление больных костно-суставным туберкулезом с ранними стадиями заболевания.

В Куйбышевской области до 1958 года раннее выявление осуществлялось путем обследования инфицированных детей и состоящих на учете противотуберкулезных учреждений детей, страдающих локальными формами туберкулеза. В последующем стали проводиться массовые профилактические осмотры детских контингентов, проживающих в сельской местности, которые не давали случаев выявления туберкулезного поражения костей и суставов.

В настоящее время в связи со снижением инфицированности туберкулезом детей массовые целевые обследования детских контингентов населения с целью выявления туберкулезного поражения костей и суставов мало себя оправдывают.

В связи со снижением заболеваемости костно-суставным туберкулезом тактика фтизиоортопедов по выявлению костнотуберкулезных больных в сельских районах области изменилась, и она направлена на детальное обследование ортопедических больных по месту жительства. Этим обследованиям предшествует подготовительная работа, включающая рассылку в районные и участковые больницы методических рекомендаций областного отдела здравоохранения и противотуберкулезного диспансера по подготовке больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата для консультаций специалистами, в которых четко определены контингенты, подлежащие обследованию, а так же кратко приведены клинические, рентгенологические признаки костно-суставного туберкулеза и методика ортопедического осмотра больных. Среди сельского населения распространяется соответствующая санитарно-просветительная литература по костно-суставному туберкулезу.

Отбор больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата на консультацию приезжающему специалисту по костно-суставному туберкулезу осуществляется сельскими врачами и средним медицинским персоналом и консультация больных специалистом проводится в их присутствии. Такая планомерно проводимая работа позволила, например, в 1960 году обеспечить консультации в 7 наиболее отдаленных районах области 405 больных с нарушением опорно-двигательного аппарата и вновь выявить 18 больных костно-суставным туберкулезом, из которых 7 было с ранними признаками заболевания. В 1961—1962 годах в 10 районах области было проконсультировано 707 ортопедических больных и впервые выявлено 23 больных костно-суставным туберкулезом, в том числе 10 человек с активными формами. В

1967 году в пяти районах области проконсультировано 246 ортопедических больных, в том числе с костно-суставным туберкулезом 128, впервые выявлено 2 больных активной формой туберкулеза костей и суставов.

В целях совершенствования учета и диспансерного наблюдения за сельскими больными с 1953 года введен постоянный учет больных всех районов в областном противотуберкулезном диспансере в специальных журналах, в которых регистрируются посещения, рекомендуемое лечение и вызовы. Этот учет позволяет осуществлять ежеквартальный контроль за диспансерным наблюдением и систематическую связь с районными хирургами и фтизиатрами.

Областным противотуберкулезным диспансером высылаются хирургам и фтизиатрам в районные больницы справки на каждого больного, посетившего диспансер, в которых указывается диагноз и рекомендуемое лечение. Кроме того, выезжающие в районы на консультацию специалисты по костно-суставному туберкулезу берут с собой из областного противотуберкулезного диспансера журналы и выверяют состоящих на учете больных по месту жительства.

Нами на основе многолетнего опыта работы разработаны определенные критерии для снятия больных костно-суставным туберкулезом с диспансерного учета. В определении этих критериев мы придерживались следующих принципов: при затихании туберкулезного процесса в крупных суставах после консервативного или оперативного лечения с исходом в анкилоз или сохранением движений в суставе больные снимались с учета после 5-летнего наблюдения, а в мелких суставах при таких же условиях — после 3-летнего диспансерного наблюдения. Подтверждение этого положения основывается на 847 историях болезни снятых нами больных с учета за последние 20 лет.

Применявшийся нами в первое 30-летие советского здравоохранения партонаж больных активными формами костно-суставного туберкулеза в настоящее время в связи с достаточным количеством санаторных и больничных коек может быть применен только в единичных случаях.

Противотуберкулезными учреждениями Куйбышевской области значительное место отводится методической работе, ведущими формами которой являются методические пособия, письма и рекомендации центральных институтов туберкулеза, переработанные применительно к условиям городской и сельской местности нашей области.

В этих письмах отражаются вопросы выявления больных с ранними формами костно-суставного туберкулеза, учета, своевременного лечения и отбора на оперативные вмешательства. При этом учитывается изменение врачебной тактики выявления, со-

вершенствования диагностических методов лечения и оздоровительных мероприятий, специфические условия жизни и лечения больных в городах и сельской местности, а также предупреждение распространения костно-суставного туберкулеза как среди детского, так и среди взрослого населения.

Для осуществления методической работы в сельской местности широко привлекаются специалисты по костно-суставному туберкулезу городских противотуберкулезных учреждений, выезжающие в районы, которые обеспечиваются соответствующими памятками-инструкциями.

Важным разделом методической работы является популяризация важнейших решений, приказов и установок Министерства здравоохранения и головных институтов туберкулеза по организации диспансеризации, лечения и профилактики костно-суставного туберкулеза на заседаниях научных обществ врачей фтизиатров, хирургов, педиатров, невропатологов, а также ежегодное проведение городских научно-практических конференций по туберкулезу с опубликованием их материалов, в том числе по костно-суставному туберкулезу, и выпуск сборника «Костно-суставный туберкулез» (1967 год).

Большую роль в совершенствовании мероприятий по борьбе с костно-суставным туберкулезом имеет повышение квалификации медицинских работников общей лечебно-профилактической сети, которое в Куйбышевской области осуществляется путем проведения семинаров для педиатров, хирургов, терапевтов и других специалистов, а также для среднего медицинского персонала с наглядной демонстрацией больных с различной локализацией туберкулезного процесса (или их фотографий), плакатов, фотовитрин, гипсовых повязок, кроваток, ортопедических аппаратов, рентгенограмм и других, что позволяет медицинским работникам лучше усвоить преподаваемый материал. Проводимые семинары с медицинскими работниками общей сети помимо повышения знаний способствуют установлению их личного контакта с фтизиатрами.

Все врачи, работающие по костно-суставному туберкулезу, прошли специализацию и усовершенствование на базе Ленинградского института хирургического туберкулеза и клиники костно-суставного туберкулеза имени Т. П. Краснобаева Центрального института туберкулеза Министерства здравоохранения СССР.

В системе мероприятий по борьбе с костно-суставным туберкулезом в Куйбышевской области определенное место отводится санитарно-просветительной работе, основными формами которой наряду с лекционной пропагандой является подготовка врачами костнотуберкулезных учреждений Куйбышева популярных брошюр, памяток, листовок, изданных многотысячным тиражом областным Домом санитарного просвещения, а также

публикация статей в местных многотиражных городских и сельских газетах, выступления по радио.

Проведенные исследования позволяют сделать выводы и внести предложения по улучшению борьбы с костно-суставным туберкулезом, направленные на дальнейшее снижение этого заболевания.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

В Куйбышевской области широко применяется классический метод консервативного лечения детей, больных костно-суставным туберкулезом, разработанный Т. П. Краснобаевым. За последние годы в комплексное лечение больных все шире включаются активная лечебная физкультура и хирургические методы лечения, что способствует раннему подъему больных и дает возможность при ограниченных поражениях выписывать их без корсетов, туторов и костылей.

Внедрение в практику противотуберкулезных учреждений антибактериальных препаратов расширило возможности хирургических вмешательств, сократило сроки пребывания больных в стационарах и санаториях, способствовало улучшению исходов заболевания.

Снижение заболеваемости костно-суставным туберкулезом и увеличение санаторных коек дало возможность в 1954 году развернуть репаративные отделения в детских санаториях, где находилось свыше 2000 детей, задачей которых является тщательное обследование и наблюдение за выписанными из санаториев больными, изучение и закрепление достигнутых результатов лечения, а также отбор больных на хирургическое лечение.

В доантибактериальный период в Куйбышевской области (1935 — 1950 гг.) сделано всего 400 операций, в антибактериальный период (1951 — 1969 гг.) — около 2500. Антибактериальная терапия, проводимая в г. Куйбышеве с 1951 года, резко снизила опасность послеоперационных осложнений, дала возможность шире производить радикальные операции и значительно увеличить количество оперативных вмешательств при туберкулезе тазобедренного сустава и позвоночника.

С 1953 года в Куйбышеве проводилась экономная резекция коленного сустава и остеотомия бедренной кости при контрактурах. За период с 1935 — 1969 гг. произведено 639 резекций коленного сустава. В 40-х годах при туберкулезных кокситов находил широкое применение внесуставный артродез. С 1950 года при туберкулезном коксите в стадии затихания стала внедряться резекция тазобедренного сустава. Были достигнуты хо-

рошие результаты при применении классической резекции тазобедренного сустава с внесуставным артродезом при выраженных деструктивных формах туберкулезного коксита.

Разработанный В. С. Зубковой щадящий метод резекции тазобедренного сустава с взрыхлением костной ткани нашел широкое применение в хирургическом лечении больных туберкулезом кокситом в противотуберкулезных учреждениях Куйбышевской области.

В 1951—1969 годах сделано 440 резекций тазобедренного сустава различными методами. С 1955 года внедрены операции на позвоночнике задним доступом. Систематическое изучение врачами отдаленных результатов оперативного лечения позволило улучшить качество его и предупредить осложнения. С 1962 года появляется радикально-профилактическое и функциональное направление в лечении больных костно-суставным туберкулезом. С 1962 года освоен чрезплевральный подход к позвоночнику.

С применением антибактериальной терапии и появлением возможности оперировать при активном процессе стали применять радикально-профилактические операции.

В последующие годы были внедрены операции — артролиза, артропластики и синовэктомии.

С 1965 года, с целью компенсации укорочения конечности, внедрены операции с использованием дистракционного аппарата Илизарова.

Специалистами по костно-суставному туберкулезу в Куйбышевской области проведена значительная работа по активному выявлению ранних и выраженных форм, а также ликвидации последствий этого заболевания путем оперативного лечения. Для этого была разработана определенная система изучения отдаленных результатов консервативного и оперативного лечения больных в стационарах и санаториях и контингентов, состоящих на учете в диспансерах и кабинетах, которая оказалась эффективной.

Хирургическое лечение костно-суставного туберкулеза занимает ведущее место в общем комплексе лечебных мероприятий Куйбышевской области. Его основная задача направлена на излечение воспалительного процесса с полным или частичным восстановлением функции пораженного органа, исправление анатомо-функциональных нарушений и восстановление трудоспособности больных.

## ВЫВОДЫ

1. Изучение заболеваемости костно-суставным туберкулезом за последние 10 лет в Куйбышевской области показало снижение ее в городах в 5,2 раза, в сельской местности в 3,3 раза.

В динамике заболеваемости костно-суставным туберкулезом отмечается увеличение удельного веса взрослых, у которых увеличилась частота поражения крупных суставов и позвоночника.

2. В городах области за 1960—1969 годы болезненность костно-суставным туберкулезом снизилась в 2,5 раза, в сельской местности — в 2 раза. В структуре болезненности отмечается увеличение доли пораженности подростков и взрослых и уменьшение доли детей.

3. Из рассматриваемых 1352 историй болезни больных костно-суставным туберкулезом с различными локализациями и стадиями процесса по выработанным нами рекомендациям нуждаются в консервативном стационарном лечении—0,1% больных, амбулаторном—0,6%, противорецидивном лечении—7,5% больных. Показано пребывание в репараторном отделении детского санатория—7,3% и санаторно-курортное лечение—13,6% больных. Нуждаются в дальнейшем диспансерном наблюдении—16,8%, оформлении инвалидности—13,2% и трудоустройстве—4,3%, снятии с учета—25,4% больных.

4. Планомерная хирургическая помощь больным Куйбышевской области на протяжении 35 лет привела к тому, что почти половина излеченных — больные, подвергшиеся ранее оперативному лечению.

В хирургическом лечении в настоящее время нуждаются 11,2% больных с кавернозным процессом, обызвестленными абсцессами, у которых антибактериальное лечение бесперспективно, и больных, с различными статическими нарушениями, а также больных туберкулезным спондилитом, осложненным паразитами большой давности, которым необходимы оперативные вмешательства реабилитационного характера.

5. Исходя из наличия состоящих на диспансерном учете контингентов, целесообразно сконцентрировать специализированную помощь больным костно-суставным туберкулезом в Куйбышевском областном и городском противотуберкулезных диспансерах. Освободившиеся кадры специалистов районных диспансеров следует использовать для обслуживания больных с другими формами внелегочного туберкулеза.

6. На настоящем этапе борьбы с костно-суставным туберкулезом в связи с низкой заболеваемостью тактика специалистов по области должна быть направлена на выявление костно-суставного туберкулеза среди ортопедических больных по месту жительства, особенно в сельской местности, и больных с локализациями туберкулезного процесса в других органах. Раннее выявление должно оставаться в центре внимания медицинских работников общей лечебно-профилактической сети, для чего необходима тщательная их подготовка по костно-суставному туберкулезу.

7. Для совершенствования учета и диспансерного наблюдения сельских больных целесообразно введение дублированной картотеки в областном противотуберкулезном диспансере, в целях осуществления систематического контроля за контингентами диспансеризуемых больных костно-суставным туберкулезом. В определении критериев снятия с учета больных костно-суставным туберкулезом мы рекомендуем придерживаться следующих принципов: при затихании туберкулезного процесса в крупных суставах — после консервативного или оперативного лечения с исходом в анкилоз или с сохранением движений в суставах, или образованием блока в позвоночнике — больных снимать с учета после пятилетнего наблюдения, а в мелких суставах при таких же условиях — после трехлетнего наблюдения.

8. В борьбе с костно-суставным туберкулезом основными направлениями методической работы должны являться: популяризация важнейших рекомендаций и установок Министерства здравоохранения и центральных институтов туберкулеза по организации диспансеризации и лечения больных, профилактика костно-суставного туберкулеза путем издания инструктивно-методических писем, обсуждения этих вопросов на заседаниях научных врачебных обществ, конференциях и совещаниях фтизиатров и врачей общей лечебной сети, проведение семинаров для повышения их знаний по костно-суставному туберкулезу.

9. Стационарное и санаторное лечение больных костно-суставным туберкулезом должно быть направлено с одной стороны на предупреждение деформаций у вновь выявленных больных путем консервативного и оперативного лечения, с другой стороны — на оперативное долечивание больных со старыми формами костно-суставного туберкулеза.

10. Организация репаративных отделений при детских костнотуберкулезных санаториях является эффективной формой оздоровления больных костно-суставным туберкулезом после выписки из санатория в первые 3 года и позволяет проводить тщательное обследование и динамическое наблюдение за находящимися в них, а также изучение и закрепление достигнутых результатов лечения.

11. В связи с наличием значительного числа больных, состоящих на учете диспансеров с постспондилитической и постартритической фазами процесса, необходимо расширение физиотерапевтической помощи этой группе больных в хирургических кабинетах противотуберкулезных учреждений.

12. Учитывая резкое снижение заболеваемости и болезненности среди детей и отсутствие в Куйбышевской области санаторных коек для взрослых, возрастной профиль коек в количестве 80 необходимо направить в сторону их увеличения для взрослых больных.

## Список

### научных работ, отражающих содержание диссертации

1. Анализ контингентов больных костно-суставным туберкулезом и вопросы госпитализации в Куйбышевской области. Сборник трудов конференции Украинского научно-исследовательского института туберкулеза и грудной хирургии им. ак. Ф. Г. Яновского «Вопросы костно-суставного туберкулеза», Киев, 1959, 35—39 (совместно с В. С. Зубковой).
2. Анализ контингентов больных туберкулезом позвоночника в Куйбышевской области. Проблемы туберкулеза, Москва, 1962, 5, 13—15.
3. Организация хирургического лечения костнотуберкулезных больных в практических лечебных учреждениях Куйбышевской области. Труды научно-исследовательского института хирургического туберкулеза. «Актуальные вопросы хирургии костно-суставного туберкулеза», Ленинград, 1962, 325—328 (совместно с В. С. Зубковой).
4. Трудоспособность костнотуберкулезных больных после оперативных вмешательств на суставах нижних конечностей. Труды Ленинградского института хирургического туберкулеза «Актуальные вопросы хирургии костно-суставного туберкулеза», Ленинград, 1962, 305—308.
5. Лечебно-консультативная помощь больным костно-суставным туберкулезом в сельских районах Куйбышевской области. Советское здравоохранение, Москва, 1963, 5, 48—49.
6. Роль среднего медицинского работника в выявлении больных костно-суставным туберкулезом. Медицинская сестра, Москва, 1963, 12, 38—41 (совместно с А. В. Аркадовой).
7. К вопросу о результатах консервативного лечения туберкулезных оститов у детей. Научно-практическая конференция по костно-суставному туберкулезу областей Урала. Рефераты докладов, Свердловск, 1965, 37—38 (совместно с Т. А. Дробининой, В. С. Зубковой, Г. В. Пушчиным, Е. Г. Цветковой).
8. Работа костного кабинета областного противотуберкулезного диспансера в современных условиях. Труды научно-практической конференции республик Северного Кавказа и областей Поволжья по костно-суставному туберкулезу, Грозный, 1965, 42—45.
9. Активное выявление больных костно-суставным туберкулезом для оперативных вмешательств. Сборник «Хирургическое лечение туберкулеза» Киевский научно-исследовательский институт туберкулеза и грудной хирургии им. ак. Ф. Г. Яновского, Киев, 1966, 142—144 (совместно с Т. А. Дробининой).
10. Излечение костно-суставного туберкулеза у детей с восстановлением функции. Материалы научной сессии института туберкулеза и грудной хирургии им. ак. Ф. Г. Яновского, Киев, 1966, 33—36 (совместно с Т. А. Дробининой, В. З. Мифтаховой, Н. М. Петрухиной).
11. Пути ликвидации костно-суставного туберкулеза. Материалы IV научно-практической конференции по вопросам туберкулеза. Куйбышев, 1967, 21—24 (совместно с Т. А. Дробининой).
12. Контингенты больных, состоящих под наблюдением костно-хирургического кабинета городского противотуберкулезного диспансера. Материалы IV городской научно-практической конференции, Куйбышев, 1967, 67—68 (совместно с А. П. Черновым).
13. История борьбы с костно-суставным туберкулезом за годы Советской власти в Куйбышевской области. Сборник «Костно-суставный туберкулез», Куйбышев, 1967, 13—19.
14. Работа костно-хирургического кабинета Куйбышевского областного противотуберкулезного диспансера (за 1958—1965 г.г.). Сборник «Костно-суставный туберкулез», Куйбышев, 1967, 20—22 (совместно с Н. О. Григорьевой).
15. Хирургическое лечение костно-суставного туберкулеза в Куйбышевской области за 30 лет (1935—1965). Сборник «Костно-суставный туберкулез», Куйбышев, 1967, 31—35 (совместно с В. С. Зубковой, Т. С. Головановой).

16. Вопросы трудоспособности больных после оперативных вмешательств. Сборник «Костно-суставный туберкулез», Куйбышев, 1967, 87—90 (совместно с Г. В. Пуциным).

17. К вопросу об инвалидности лиц, перенесших резекцию тазобедренного сустава по поводу туберкулеза. Материалы научной конференции врачей клиники Медицинского института, Куйбышев, 1968, 195—198.

18. О работе костно-хирургического кабинета. Материалы VI городской научно-практической конференции по вопросам туберкулеза, Куйбышев, 1969, 20—22.

19. Анализ контингентов больных Куйбышевской области туберкулезом позвоночника. Материалы VI городской научно-практической конференции по вопросам туберкулеза, Куйбышев, 1969, 95—96 (совместно с С. И. Стегуниным).

#### Материалы диссертации доложены:

1. Организация хирургического лечения костнотуберкулезных больных в практических лечебных учреждениях Куйбышевской области. На научной сессии Ленинградского научно-исследовательского института хирургического туберкулеза, Ленинград, 1962.

2. Трудоспособность костнотуберкулезных больных после оперативных вмешательств на суставах нижних конечностей. На научной сессии Ленинградского научно-исследовательского института хирургического туберкулеза, Ленинград, 1962.

3. Работа костного кабинета областного противотуберкулезного диспансера в современных условиях. На научно-практической конференции республик Северного Кавказа и областей Поволжья по костно-суставному туберкулезу. Грозный, 1963.

4. К вопросу о результатах консервативного лечения туберкулезных оститов у детей. На научно-практической конференции областей Урала, Свердловск, 1965.

5. Активное выявление больных костно-суставным туберкулезом для оперативных вмешательств. На научной сессии института туберкулеза и грудной хирургии им. ак. Ф. Г. Яновского по вопросам костно-суставного туберкулеза, Киев, 1966.

6. Излечение костно-суставного туберкулеза у детей с восстановлением функции. На научной сессии Украинского научно-исследовательского института туберкулеза и грудной хирургии им. ак. Ф. Г. Яновского, Киев, 1966.

7. Формы и методы борьбы с костно-суставным туберкулезом в Куйбышевской области за годы Советской власти. На заседании областного научного общества врачей-гигиенистов и организаторов здравоохранения, Куйбышев, 1967.

8. Из истории борьбы с костно-суставным туберкулезом в г. Куйбышеве за годы Советской власти. На заседании областного научного общества врачей фтизиатров, Куйбышев, 1967.

9. Реабилитация больных костно-суставным туберкулезом после оперативных вмешательств на суставах нижних конечностей. На научной сессии Украинского научно-исследовательского института туберкулеза и грудной хирургии им. ак. Ф. Г. Яновского, Киев, 1969.

10. Анализ контингентов больных туберкулезом позвоночника Куйбышевской области. На заседании областного научного общества врачей фтизиатров, Куйбышев, 1969.

11. Заболеваемость и болезненность костно-суставным туберкулезом населения Куйбышевской области за 10 лет (1960—1969 г.г.). На заседании областного научного общества врачей фтизиатров, Куйбышев, 1970.

12. Контингенты больных и мероприятия по снижению костно-суставного туберкулеза в Куйбышевской области. На объединенном заседании кафедры туберкулеза Свердловского государственного медицинского института совместно с научно-исследовательским институтом туберкулеза и областным научным обществом врачей фтизиатров, Свердловск, 1970.