

стр. узнаем, что повторно обследовано 49,7% осмотренных, а сумма повторно осмотренных (два раза — 26,6%, три раза — 13%, 4 и более раз — 7%) составляет 46,6%.

Приводятся данные о стаже и профессиях, но к какому периоду обследования относятся эти данные?

На стр. 72 фигурируют названия цехов 2-й и 16-й. Эти цифры ни о чем не говорят гигиенисту.

Не следовало помещать рисунки: «Пешеходная дорожка между установками завода», «Фонтан, сделанный рабочими АВТ-1», «Парниковое хозяйство завода», «Сбор урожая помидоров в заводских теплицах». Ведь за счет этих 4 страниц рисунков можно было бы вдвое увеличить столь малый объем гигиенического раздела.

Итак, проведена большая, весьма трудоемкая работа, но она была бы гораздо более эффективна при своевременном устранении отмеченных недостатков.

Канд. мед. наук М. И. Фонгауз
(Москва)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНЫХ АРТРИТОВ И ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

*По материалам IX международного конгресса
ортопедов-травматологов,
Вена, 1—7 сентября 1963 г.*

В работе конгресса участвовали представители более 60 государств. От СССР участие принимали М. В. Волков, М. Л. Дмитриев, И. Г. Исаакян, С. И. Ундриц и Л. И. Шулутко.

Президентом конгресса был Ф. Вильсон (США), заместителем — Эрлахер (Вена), генеральным секретарем — Хиари (Вена).

Обширная программа Конгресса потребовала одновременно с пленарными проведения секционных заседаний. Кроме того, в те же часы в одном из залов проводились демонстрации большого количества научных фильмов по самым различным вопросам нашей специальности.

Вопрос о хирургическом лечении ревматоидного артрита впервые ставится для обсуждения на международных конгрессах.

Учитывая, что это заболевание весьма трудно поддается терапевтическому воздействию, многие специалисты стали чаще обращаться к хирургическому лечению, которое в определенной степени в соответствующих случаях может значительно облегчить состояние больного. Известно, что хирургическое вмешательство при ревматоидном артрите не может привести к полному выздоровлению. Но оно дает возможность уменьшить или ликвидировать наиболее тяжелые клинические проявления этого заболевания, а еще в большей мере — предупредить прогрессирование деформации и потерю функции. Следует считать весьма целесообразным содружественную работу в этой области ортопедов с ревматологами. Такое содружество позволит ревматологу усвоить методы профилактики контрактур. В свою очередь, ортопеды будут иметь возможность глубже проникнуть в природу ревматоидного артрита.

В последние годы, — заключил свое выступление куратор проблемы Мерль-Обинье (Париж), — достигнуты значительные успехи в этом содружестве. Установлено, что эволюционный — прогрессирующий ревматоидный артрит не противопоказан для хирургического вмешательства. По мнению видных артрологов, не обязательно дожидаться снижения РОЭ для оперативного вмешательства. В каждом конкретном случае этот вопрос должен решаться индивидуально.

Крупный французский ревматолог Кост (Париж) одобряет хирургическое вмешательство при этом заболевании. Оно, по его мнению, должно быть направлено на ликвидацию болевых ощущений и профилактику прогрессирования процесса. Долгое время, напоминая докладчик, существовало положение, выдвинутое Дювернеем, о том, что больные полиартритами обладают высокой реактивностью, поэтому всякое хирур-

гическое вмешательство должно быть противопоказано. Практика опровергла такую точку зрения. Хирургическое вмешательство обогащает арсенал средств борьбы с ревматоидными артритами. Конечно, сейчас вряд ли кто-либо предложит у этих больных применить паратирондэктомию, деневрацию каротидного синуса, предложенную Леришем, операции на надпочечниках, симпатэктомию и другие, основанные на патогенетическом принципе. Несомненно, более эффективны операции на суставах, мышцах, сухожилиях и костях.

При поражении верхней конечности операции на кисти для улучшения функции органа представляют хирургу большое поле деятельности.

С большим пониманием значения ортопедического лечения докладчик отметил возможности значительно уменьшить классические деформации и ограниченную подвижность пальцев — гиперэкстензию фаланг, нарушения интерфаланговой артикуляции, повреждения апоневроза, экстензоров и другие.

Очень часто у больных ревматоидным артритом приходится встречаться с большими структурными изменениями и нарушениями функции в области тазобедренного сустава.

До применения кортикоидов и солей золота, — говорит Кост, — эта форма поражения не поддавалась эффективному воздействию. Кортикоиды в какой-то мере снизили тяжесть осложнений, но далеко не решили всей проблемы. Поэтому приходится прибегать к артропластике пораженного сустава, хотя эта операция не всегда обеспечивает длительный успех. Результаты ее могут быть лучше, если одновременно применяются терапевтические препараты.

Заболевание коленного сустава также представляет трудности для лечения. При тяжелых формах заболевания этого сустава преимущественно производится артродез. Артропластика этого сустава пока широкого применения не получила. Плохо разработана при ревматоидных артритах и операция синовэктомии.

С ортопедических позиций эту проблему осветил Ф. Вильсон (Нью-Йорк), который проанализировал свой материал хирургического лечения ревматоидного артрита. С 1935 г. по 1955 г. прооперировано 113 больных, из них к моменту изучения отделенных результатов 13 умерли, а 44 не явились на вызов. Таким образом, автору удалось оценить результаты 75 операций, которые сделаны у 55 больных. Интерес представляют данные таблицы 1.

Таблица 1

Виды операции	Количество	Исход		
		хороший	удовлетворительный	плохой
Артропластика:				
Интерпозиция фасции	17	6	6	5
Интерпозиция инородным материалом	4	2	0	2
Методом Смит-Петерсона	13	4	2	7
Эндопротез	8	5	2	1
I. Частичная резекция сустава; остеотомия.				
А) изменение положения сустава . .	8	4	1	3
Б) коррекция деформации позвоночника	4	4	0	0
II. Артродез	5	4	0	1
III. Операции на мягких тканях . .	10	0	3	7

Как видно, из 42 артропластик хорошие результаты наблюдались лишь у 17 больных, у 10 — удовлетворительные и у 15 — плохие. Наихудшие результаты дало применение металлического колпачка. Интерпозиция фасции из 17 артропластик в 12 закончилась хорошим или удовлетворительным исходом. Хороший результат был довольно длительным.

С хорошим результатом прошла коррекция кифоза у страдающих анкилозирующим спондилартритом. Все четыре операции принесли успех. Ни одного положительного результата не получено от операции на мягких тканях. В 3 случаях докладчик наблюдал плохой исход из-за прогрессирования болевых ощущений.

Докладчик весьма критически оценил свои результаты и выразил недоумение по поводу того, что в ортопедическом учреждении на 200 коек с активной клинкой ревматических заболеваний за 20 лет произведены операции лишь у 113 больных — это в среднем 6 операций в год. Результаты операций докладчик оценивает невысоко и думает, что такие плохие исходы — результат прогрессирования основного процесса.

Это наблюдалось у 48 больных. Несмотря на это, он считает себя оптимистом и призывает ортопедов интересоваться ревматоидным артритом. Применяемые методы нельзя считать современными, но они могут принести пользу больным. Поэтому необходимо ими пользоваться до тех пор, пока не будет в наших руках более лучшего.

Ф. Вильсон закончил свой доклад выражением надежды, что успехи биомеханики и физиологии позволят разработать более эффективные лечебные методы. Но большее значение следует придавать тем исследованиям, которые позволят лучше понять ревматоидный процесс и найти средства контроля за динамикой процесса.

Герберт сообщил о показаниях к хирургическому лечению ревматоидных кокситов в зависимости от их анатомо-клинических форм.

В основном он коснулся двух процессов в тазобедренном суставе: анкилозирующего спондилоартрита и хронического прогрессирующего полиартрита. Обе эти формы заболевания самостоятельны клинически и отличаются друг от друга. Так, коксит при болезни Бехтерева встречается исключительно у мужчин, доминирующим симптомом является боль, головка бедренной кости может увеличиваться в объеме, деформируется в большей или меньшей степени, движения в суставе нарушаются, часто развивается анкилоз. Такие изменения могут быть параллельно в обоих тазобедренных суставах.

Коксит при хроническом эволюционном полиартрите встречается и у женщин, имеет разнообразные формы, развивается часто медленно. Воспалительный процесс при таком полиартрите вызывает разнообразные изменения. Здесь могут наблюдаться фиброзный анкилоз, уменьшение объема головки со стремлением к *protrusio acetabuli*. Поражение осложняется склеротическими изменениями, кистами в суставных концах костей, более обширными, чем при деформирующих артрозах, но менее глубокими. Лечение этих двух различных форм ревматоидного артрита не одинаково.

При болезни Бехтерева анкилоз, по мнению докладчика, требует оперативного вмешательства в виде артропластики с широкой резекцией, часто с использованием эндопротеза. При хроническом полиартрите автор предпочитает при артропластике использование колпачка из виталлия.

Более подробно о применении виталлиевых протезов при артропластике остановился в своем докладе О. Офранк. Он считает необходимым эту операцию для восстановления функции в пораженном суставе и уменьшения боли. При поражении суставов следует использовать 3 вида хирургического вмешательства: а) артропластику для восстановления функции; б) артродез в функционально-выгодном положении конечности, чтобы освободить пациента от боли и в) остеотомию для устранения деформации или для коррекции.

При артропластике докладчик отдает предпочтение виталлиевому колпачку.

Автор обращает внимание и на осложнения, которые могут встретиться при операции ревматоидного артрита тазобедренного сустава. Наиболее серьезные из них: обызвествления окружающих сустав мягких тканей, соскальзывание протеза, аваскулярный некроз головки внутри протеза, прободение вертлужной впадины металлическим протезом, боли, обострение хронического процесса и развитие деформирующих изменений головки, требующие повторной операции. Последняя форма осложнений встречается очень часто (от 30 до 40%).

Из 110 операций на тазобедренном суставе, о которых доложил М. Постель (Париж), 76 выполнены по поводу анкилоза на почве болезни Бехтерева. Артропластика у этих больных была применена с использованием акриловых протезов Жюде, а также виталлиевых, по Мору. Результаты не всегда были хорошими. У 14 больных амплитуда сгибания доходила до 60°, а у 30 — между 40° и 60°.

Л. И. Шулуто (Казань) сообщил о лечении анкилозированных суставов и позвоночника при болезни Бехтерева. Автор считает показанной для крупных суставов артропластику, при которой используется для интерпозиции фасция или консервированный череп плода. Что касается кифотического искривления анкилозированного позвоночника, то при этом докладчик считает более ценным обеспечить профилактические ортопедические мероприятия, нежели оперативно устранять эту деформацию позвоночника.

Г. Вутер, К. Калио и другие сделали сообщения об ортопедическом и хирургическом лечении ревматоидного артрита коленного сустава. При этом поражении рядом авторов с успехом применялось иссечение гиперплазированной синовиальной оболочки, что приносило больному облегчение.

Следует обратить внимание на то, что в комплексе ортопедического лечения ревматоидных артритов достойное место должны занять шины, вытяжение, этапные гипсовые повязки и др.

Референтом по проблеме повреждений шейных позвонков был О. Скалиетти (Италия).

По Стринга (Италия) переломы шейных позвонков составляют менее 1% всех переломов. Наиболее поражаемый возраст — от 50 до 60 лет, мужчины составляют большинство (88%). Причинами этих повреждений являются падение с высоты (45%), транспортные травмы (30%), ныряние (6%) и другие причины — около 19%.

Наиболее часто перелом происходит в области 5 шейного позвонка (треть всех наблюдений), далее идут 6-й и 4-й позвонки. Приблизительно в 40%, кроме переломов позвонков, наблюдаются различной степени неврологические нарушения.

Смертность автор наблюдал в 12%, другие (Тейлор, Роджерс) эту цифру увеличивают до 14—18%. Наибольшее количество летальных исходов наблюдалось при полном переднем переломе-вывихе, далее — при сложных переломах с отделением дужек. Основная причина смерти — нарушение акта дыхания, и на поздних сроках — легочные и уринарные инфекции, пролежни.

Классификация повреждений шейного отдела позвоночника основывается на клинических и рентгенологических симптомах и насчитывает 12 форм. Нельзя забывать о возможности довольно серьезного повреждения шейного отдела без четких рентгенологических данных.

В результате перелома шейных позвонков весьма медленно восстанавливается межпозвоночный диск. Губчатая часть позвонков имеет небольшую остеогенную силу. Излечение происходит главным образом за счет блока между позвонками, который развивается за счет окружающих позвонков тканей и гематомы.

Начало обездвиживания гематомы рентгенологически определяется на 4 месяце, более четко — на 6—9. Сомнительно срастание отломков зуба второго позвонка, чаще здесь образуется ложный сустав.

Время, необходимое для срастания фрагментов поперечных и остистых отростков, определяется в 6—8 недель. Не исключается возможность образования и здесь ложного сустава.

Рамадье и Домбар (Париж) представили анализ наблюдавшихся с 1949 по 1962 гг. 152 поврежденных шейных позвонков без неврологических нарушений. Авторы считают обязательными хорошую репозицию отломков и надежную фиксацию. Для этой цели рекомендуется скелетное вытяжение за череп при переломе зуба, подвывихе 5 последних шейных позвонков, в половине случаев при вывихе с переломом суставных отростков.

Кровавая репозиция с помощью обвивного металлического шва вокруг остистых отростков 1 и 2 позвонков целесообразна в большинстве случаев перелома зуба. Иногда для фиксации позвонков приходится применять двустороннюю костную пластинку.

Несколько иная картина при лечении больных с комбинированным переломом позвонков и повреждением спинного мозга. Голдстуорт наблюдал 100 таких больных. Из них 20 умерло в течение первой недели после травмы; из остальных 62 имели частичный, а 18 — полный паралич. У больных частичной тетраплегией наступило улучшение, а среди больных с полным параличом улучшение было лишь у одного.

Автор полагает, что если полный паралич и анестезия произошли немедленно после травмы и сохраняются более суток, то следует считать повреждение неизлечимым. При частичном повреждении наступает улучшение. Автор высказывается в пользу консервативного лечения: под хорошей анестезией через 6 часов произвести вправление и вытяжение за череп.

А. Витт, касаясь лечения переломов с полным повреждением спинного мозга, считает, что хирургическое вмешательство на поздних сроках должно производиться с большой осторожностью. У этих больных основным следует считать консервативное лечение и тщательный уход. Следует помнить об ортопедических аппаратах для передвижения. При контрактурах показано их устранение хирургическим путем.

При частичном повреждении спинного мозга позднее хирургическое вмешательство заслуживает внимания, но оно должно проводиться в комплексе с другими средствами. При резких спастических явлениях автор рекомендует операцию Зилига — внутритазовую экстраперитонеальную невротомию.

Естественно, при показаниях у данной группы больных следует помнить и о нейрохирургических операциях.

М. В. Волков и Е. А. Савченко (Москва) выступили с докладом, в котором изложен большой опыт Центрального института травматологии и ортопедии в лечении больных с переломами шейных позвонков.

Советские ученые имели возможность познакомиться с медицинскими учреждениями Вены и других городов.

Следует отметить, что всюду, где приходилось бывать, нам всегда оказывалось большое внимание и дружелюбие.

Контакт с ортопедами различных зарубежных стран дал возможность убедиться в том, что советская травматология в организационном и научном отношении занимает передовые позиции.

Проф. Л. И. Шулуто
(Казань)