

С помощью аппарата Каралина обследовано 70 больных (мужчин — 34, женщин — 36), в том числе 35 с деформирующими артрозами, 11 с анкилозами (костными и фиброзными) в порочном положении, 12 с врожденными и патологическими вывихами бедра, неартрозами и 12 с ложными суставами, варусными деформациями шейки бедра и др.

Статико-динамические нарушения у больных касались главным образом опорной функции. Показатели ее в значительной степени превышают средние величины за счет выраженного снижения опоры конечности на стороне заболевания. В то же время динамическая функция почти не изменена. Данные о величине статико-динамических нарушений представлены в таблице.

Показатели статико-динамической функции у больных с заболеваниями и последствиями повреждений тазобедренного сустава (в абсолютных условных единицах)

Функция	Пол	При коксартрозах	При анкилозах	При вывихах	При прочих патологических процессах
Опорная	м. . . .	16,2	8,8	9,0	12,3
	ж. . . .	12,0	15,2	12,3	16,4
Динамическая	м. . . .	4,1	5,6	2,7	5,0
	ж. . . .	3,9	5,4	5,2	2,5

Анализ полученных данных показывает, что нарушение опорной функции при «свежих» патологических процессах зависит от болевого синдрома, а при длительном течении заболевания — от порочной установки конечности. Динамическая функция страдала у единичных больных, что не отразилось на величинах средних показателей. Изменения динамической функции чаще можно было отметить у лиц с наименее длительными сроками заболевания. Очевидно, за сравнительно короткое время не наступило адаптации к новым статическим условиям.

Не вызывает сомнений, что повторные исследования статико-динамической функции нижних конечностей на различных сроках после оперативного или консервативного лечения смогут дать информацию об эффективности того или иного вмешательства, того или иного метода консервативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

Каралин А. Н. Классификация, диагностика и исходы лечения переломов костей таза. Автореф. канд. дисс., Казань, 1971.

Поступила 11 июня 1973 г.

УДК 616—001:616.728.3

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИРОВЫХ ТЕЛ КОЛЕННОГО СУСТАВА У АРТИСТОВ БАЛЕТА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Академик АМН СССР М. В. Волков, канд. мед. наук И. А. Баднин

Центральный ордена Трудового Красного Знамени институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, Москва

При различных повреждениях коленного сустава необходимо обращать внимание на состояние жировых тел. В коленном суставе различают три жировые складки: под сухожилием четырехглавой мышцы, в подколенной ямке и под собственной связкой надколенника. Роль жировых тел коленного сустава многообразна. Они являются подушками, амортизаторами, переносящими напряжение синовиальной оболочки при

движениях в суставе; в них большое количество кровеносных, лимфатических сосудов и нервов. Особое значение имеет жировое тело в области собственной связки надколенника — крыловидные связки. Я. С. Юсевич (1938), подробно изучивший на трупах анатомию крыловидных связок, пришел к заключению, что последние улучшают условия конгруентности суставных поверхностей, являются биологическими буферами, а также и связками, имеют места прикрепления и являются укрепляющим добавочным образованием коленного сустава.

При падении на колено или при резком разгибании голени могут возникнуть условия к повреждению жировой ткани. Она лежит близко под кожей и плохо защищена от внешнего воздействия. У артистов балета в связи с особенностями движений во время танца чаще происходит непрямая травма. Этой травме способствует и профессиональная рекурвация коленного сустава. Во время такого движения, как батман фραπε (согнутую в колене работающую ногу резким движением разгибают, выбрасывая ее вперед, назад или в сторону), может произойти вхождение жировых тел в сустав и ущемление их. Это наступает в результате усталости ног, когда мышцы и связки недостаточно напряжены, что является обязательным условием при исполнении классического танца. Во время исполнения движений батман фондю, батман бату и особенно ронд де жамб в воздухе (круговращательные движения работающей ноги) происходит многократное быстрое сгибание и разгибание голени. Вот почему ущемление жировых тел наблюдается чаще у классических танцовщиц. При исполнении народных танцев подобные травмы чаще наблюдаются у танцоров, танцы которых более темпераментны, включают такие движения, как «вприсядку», «веревочка», «ползунок» и др., сопровождающиеся быстрым сгибанием и разгибанием голени.

Г. А. Валяшко (1932) в клиническом течении артрита выделял острую, подострую и хроническую стадии. Острая стадия — ушибы и ущемления жировых тел однократные — имеет свои особенности, отличающие ее от травмы других внутренних образований коленного сустава. Боль при этой травме вначале легкая, а затем нарастает, что связано с постепенным увеличением кровоизлияния в жировую ткань. Мы отметили характерный признак при ушибах жировых тел: при сгибании голени боль по передней поверхности коленного сустава исчезает, а при разгибании отмечается припухлость по обе стороны собственной связки надколенника и резкая боль при пальпации плотных жировых тел. Механизм этого признака: при сгибании голени жировые складки стягиваются в сустав, и боль исчезает, при разгибании голени жировые складки выходят из сустава и ущемляются между суставными поверхностями, вызывая боль.

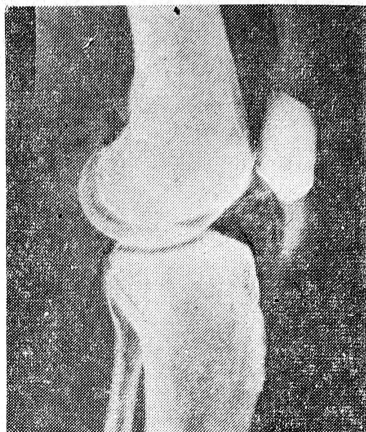
Припухлость по боковым поверхностям собственной связки надколенника держится долго, боль и выпот периодически усиливаются при увеличении нагрузки.

Лечение ушиба жировых тел в остром периоде — только консервативное с применением комплекса физических методов. Показана фиксация гипсовой лонгетой на 5—7 дней в положении легкого сгибания до угла 160 градусов, чтобы исключить дополнительную травматизацию. Фиксация эластическим бинтом усиливает боль и нарушает процесс рассасывания кровоизлияний. После снятия лонгеты назначаем парафин-озокеритовые аппликации, грязь, теплые ванны, полуспиртовые компрессы, электрофорез с йодистым калием и новокаином, фонофорез кортикостероидных препаратов (преднизолон, гидрокортизон) по А. С. Мартенс (1965).

При ушибах жировых тел артисты балета находятся под наблюдением врачом-балетного диспансера Большого театра Союза ССР, где по мере восстановления функции коленного сустава разрешается соответствующая нагрузка — вначале экзерсис у станка, затем вторая часть

экзерсис на середине (адажио и алле-ро). Средний срок нетрудоспособности — 35—40 дней, т. е. 5—6 недель.

В 1904 г. А. Гоффа описал как самостоятельное заболевание фиброзно-воспалительную гиперплазию жировой ткани и крыловидных складок области надколенника на почве хронической травматизации. Многократные травмы жировых складок у артистов балета — явление нередкое. Вследствие повторных травм с кровоизлияниями различной степени возникает клеточная инфильтрация жировой ткани, она увеличивается в размерах и уплотняется. А это в свою очередь ведет к очередным ущемлениям. Жировая подушка теряет свои буферные свойства, уплотняется и становится как бы инородным телом, ущемляясь между суставными поверхностями. Для определения степени плотности жировых складок мы пользуемся пневмоартрографией коленного сустава, на которой плотные тела видны в виде треугольной тени между надколенником и суставными поверхностями коленного сустава (см. рис.).



Артропневмография коленного сустава. Жировые тела в виде треугольной тени.

При хронической травматизации жировых тел у артистов балета рекомендуется комплексное лечение в стационарных условиях, а затем санаторно-курортное (радоновые ванны — Цхалтубо, рапные ванны — Одесса, грязи — Саки и Евпатория). При стойких болях, синовитах, несмотря на проведенный курс лечения, применяем гидрокортизон местно — 3—5 инъекций по 1,5—2,0 мл (37—50 ед.) с интервалом между инъекциями в 3—4 дня, и оксигенотерапию.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения (периодическое нарушение трудоспособности, синовиты, боли и выявление на рентгенограммах уплотненных жировых тел) прибегаем к оперативному вмешательству. Внутренним парапателлярным разрезом производим артротомию, ревизию коленного сустава и удаляем измененные жировые тела. Это мероприятие является профилактикой развития деформирующего артроза коленного сустава. Гистологическое исследование удаленных тел показало фиброзное перерождение жировых долек, дегенеративные их изменения и наличие большого количества грубой волокнистой соединительной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валяшко Г. А. Ортопед. травматол., 1932, 5—6.— 2. Мартенс А. С. Там же, 1965, 4.— 3. Юсевич Я. С. Там же, 1938, 5.— 4. Hoffa A. Dtsch. med. Wschr., 1904, 10.

Поступила 19 ноября 1973 г.

УДК 616.716.1:612.497

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

Канд. мед. наук Ф. С. Хамитов

Кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. Л. А. Кольцова), ЦНИЛ (зав.— канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Переход острого одонтогенного остеомиелита челюсти в хроническую стадию обусловлен сложными физико-химическими процессами, происходящими в организме. В литературе до настоящего времени нет единого взгляда на патогенез остеомиелита,