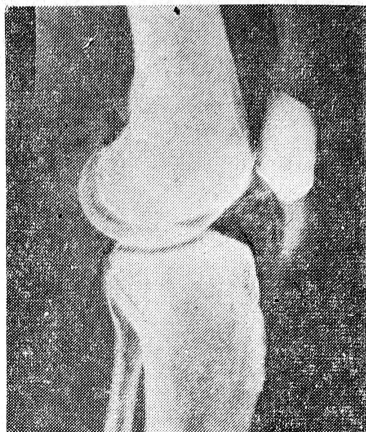


экзерсис на середине (адажио и алле-ро). Средний срок нетрудоспособности — 35—40 дней, т. е. 5—6 недель.

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,

как острого, так и хронического. На основании многочисленных экспериментальных исследований Г. И. Семенченко (1958) объясняет патогенез остеомиелита изменением нервной системы, что позволяет ему трактовать остеомиелит как нейротрофический процесс. Изучив показатели симпато-адреналовой системы в клинике острых одонтогенных остеомиелитов челюстей, Е. В. Крешетов (1970) обнаружил их изменение, что также подтверждает нейротрофическую природу острого одонтогенного остеомиелита челюстей.

Мы исследовали концентрацию адреналина, норадреналина, ванилилминдальной кислоты в моче у 50 больных хроническим остеомиелитом челюсти в процессе лечения. Содержание катехоламинов в моче определяли по методу Э. Ш. Матлиной, З. М. Киселевой, И. Э. Софиевой (1965) с применением хроматографической колонки при помощи флуорометра ЭФ-3, ванилилминдальной кислоты — по В. В. Меньшикову, Т. Д. Большаковой (1963) с некоторыми изменениями А. А. Мурычевой (1969).

Наши данные свидетельствуют, что хронические остеомиелиты челюстей сопровождаются нарушением симпато-адреналовой системы. Экскреция адреналина у больных хроническим остеомиелитом челюсти мало изменяется по сравнению с нормой ( $t = 0,13$ ), тогда как экскреция норадреналина существенно повышена ( $t = 3,4$ ). Экскреция ванилилминдальной кислоты также выше нормы ( $t = 3,8$ ). В процессе лечения больных хроническим остеомиелитом челюсти экскреция адреналина, норадреналина и ванилилминдальной кислоты уменьшается и остается низкой на протяжении месяца.

Длительное течение хронических остеомиелитов челюстей, а также трудности определения оптимальных сроков операции секвестрэктомии побудили нас изыскать средства, которые способствовали бы ограничению патологического очага в кости челюсти.

Ганглиоблокаторы при вяло протекающих формах одонтогенного остеомиелита челюсти оказывают благоприятный терапевтический эффект. Применение гексония по 0,05 два раза в день курсами по 11—12 дней создает благоприятные условия для выполнения операции секвестрэктомии, так как рентгенологически установлено четкое отграничение патологического очага.

При лечении хронических остеомиелитов челюстей гексонием отмечаются сдвиги в адренергических реакциях организма: заметно понижается экскреция адреналина, норадреналина и ванилилминдальной кислоты. Наряду с благоприятным клиническим течением хронических остеомиелитов челюстей мы наблюдали также нормализацию симпато-адреналовой системы в конце лечения.

При хронических воспалительных процессах нередко возникает функциональная недостаточность почек. Наряду с изменением диуреза появляется белок в моче и при хронических остеомиелитах челюстей. Функциональную недостаточность почек характеризует в некоторой степени и уровень креатинина мочи. Как показали наши исследования, в процессе лечения хронических остеомиелитов челюстей определенные изменения претерпевает суточный диурез и креатинин мочи. На первой неделе суточный диурез и содержание креатинина мочи были пониженными, затем количество креатинина повышалось, и в конце лечения суточный диурез и креатинин мочи приближались к норме (см. табл.).

#### Диурез и экскреция катехоламинов и креатинина с мочой при лечении больных хроническим остеомиелитом челюстей

Сроки наблюдения	Адреналин	Норадреналин	ВМК	Креатинин	Диурез
Перед лечением . . . . .	4,8 ± 0,6	23,16 ± 1,58	4,52 ± 0,6	1,55 ± 0,07	1,7 ± 0,1
1-я неделя . . . . .	4,17 ± 0,9	17,58 ± 3,3	3,22 ± 0,6	1,17 ± 0,1	1,24 ± 0,1
2-я неделя . . . . .	5,18 ± 1,2	18,38 ± 4,1	5,2 ± 0,8	1,52 ± 0,2	1,73 ± 0,2
3-я неделя . . . . .	3,44 ± 0,5	10,84 ± 2,5	1,87 ± 0,8	1,31 ± 0,2	1,3 ± 0,2
Через месяц . . . . .	6,24 ± 3,7	30,64 ± 10,4	4,6 ± 0,6	1,86 ± 0,3	1,9 ± 0,6

Эти биохимические сдвиги при лечении хронических остеомиелитов челюстей отражают функциональное состояние мозгового вещества надпочечников, а также состояние адренергической системы.

Поступила 28 апреля 1973 г.