

физемы сопровождалось полным или почти полным развертыванием легкого. Для сохранения искусственного пневмоторакса этим больным потребовалось введение в плевральную полость больших количеств воздуха в ближайшие дни после операции. Откачивание воздуха из плевральной полости к концу операции, которое мы производим в каждом случае «кашлевым» способом, резко сократило число выраженных и обширных подкожных эмфизем. Упомянутые 13 подкожных эмфизем относятся к периоду, когда эвакуация избытка воздуха из плевральной полости к концу операции не производилась. На 838 вмешательств, которые закончены удалением некоторого количества воздуха из плевральной полости, ни в одном случае не отмечена обширная подкожная эмфизема.

Наши данные свидетельствуют, что при соответствующей предоперационной подготовке, правильном ведении операционного и послеоперационного периодов при торакокаустике могут быть предупреждены тяжелые осложнения. В нашем материале не было ни одного летального исхода в связи с операцией или тяжелым осложнением после нее. Это и служит основанием считать предложения, описанные в данном сообщении, заслуживающими применения в практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелева Н. В. Хирургия органов грудной полости. М., 1952. — 2. Он же. Хирургическое лечение заболеваний органов грудной полости. Тбилиси, 1959. — 3. Амосов. Очерки торакальной хирургии. Киев, 1958. — 4. Богуш Л. К. Туберкулез, М., 1949. — 5. Винников П. Л. К вопросу о ранней плевроскопии. Дисс., 1951. — 6. Коган Р. Э. и Гульдина Е. И. Пробл. туб., 1950, 3. — 7. Михайлов Ф. А. Пробл. туб., 1944, 4. — 8. Михайлов Ф. А. и Коган Р. Э. Пробл. туб., 1949, 2. — 9. Рабухин А. Е. Лечение туберкулезного больного. М., 1953. — 10. Сигал И. З. Пробл. туб., 1953, 6. — 11. Он же. Сб. научн. раб. Казанского мед. ин-та, 1957. — 12. Он же. Модель плеврального аспиратора. Тез. докл. конф. новаторов. Казань, 1955. — 13. Он же. Пробл. туб., 1959, 5. — 14. Стойко Н. Г. Хирургическое лечение легочного туберкулеза. М., 1949. — 15. Чухломин И. М. Пробл. туб., 1957, 1. — 16. Шебанов Ф. В. В монографии А. С. Фурмана — Лечебный пневмоторакс. М., 1956. — 17. Эйнис В. Л. В опр. туб., 1927, 8.

Поступила 22 марта 1960 г.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ЭТИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И СИМПТОМАТИКИ АРТРОЗОВ КРУПНЫХ СУСТАВОВ, СПОНДИЛОАРТРОЗОВ И СПОНДИЛЕЗОВ

Ст. научн. сотрудник Е. М. Морозова

Центральный институт травматологии и ортопедии (директор — действ. член АМН СССР проф. Н. Н. Приоров)

На основании анализа 317 случаев заболеваний деформирующим артрозом у больных, обращавшихся в Центральный институт травматологии и ортопедии, в бальнеологическую лечебницу № 1 и в медсанчасть № 29, выяснилось следующее.

Мужчины болеют артрозом несколько чаще женщин. Это объясняется тем, что некоторые профессиональные вредности, а также курение и злоупотребление алкоголем, имеющие известное влияние как дополнительные этиологические факторы, более присущи мужчинам; и, в самом деле, среди больных мужчин куривших или курящих было около 70%, употреблявших или употребляющих алкоголь в значительных количествах — около 35%, что не имело места у женщин. То же

следует сказать и о физической перегрузке или работе в горячих цехах, а также о хронической травматизации.

Артроз у лиц моложе 40 лет встречается почти в одной трети всех случаев (30,6%), и его возникновение только возрастной «изношенностью» суставных тканей нельзя объяснить.

Из всех суставов артрозом чаще поражаются суставы позвоночника (75,4%), в которых на поясничный отдел приходится 20,5% поражений. Часто поражается несколько отделов позвоночника (26,8%); наблюдается и сочетание поражений позвоночника с суставами конечностей (5,4%).

Из крупных суставов наиболее часто поражается коленный сустав. Эти данные несколько расходятся с распространенным мнением о более частом поражении тазобедренного сустава.

Рентгеновская картина в изученных случаях вполне укладывается в классическую. Основные признаки — общее сужение суставной щели, изменение контуров эпифизов, грибовидное уплощение их и массивные краевые разрастания на суставных поверхностях костей. Форма головки кости перестает соответствовать впадине. Иногда наблюдаются кистоподобные очаги разрыхления губчатого вещества, расположенные поверхностно под краем суставного контура кости. В отдельных случаях имеются уплощенные свободные суставные тела.

Наши наблюдения подтверждают отсутствие полного параллелизма между тяжестью клинических проявлений и видимыми рентгенологическими изменениями.

Полиэтиологичность артрозов подтверждается следующими данными. Из этиологических факторов наибольшего внимания заслуживают эндокринные нарушения, травмы, трофоневрозы, токсико-инфекционные факторы. Наш материал объединяет как первично-хрящевые формы, возникшие, по словам больных, без непосредственных видимых причин (58%), так и вторично-костные (42%), являющиеся непосредственным результатом различных острых и хронических процессов вследствие макро- и микротравм, в том числе и острой физической перегрузки (8,2%), токсических факторов (1,3%), инфекция: грипп, сыпной тиф, костный туберкулез (5%); переохлаждения (2,8%), обменных нарушений (9,5%), отдельно в связи с ожирением (3,8%), трофоневротического происхождения (8,2%), заболеваний внутренних органов — печени, почек, поджелудочной железы и др. (3,2%).

Частота заболеваемости артрозами неодинакова среди рабочих различных профессий. Так, из страдающих артрозами рабочих станкостроительного завода более многочисленную группу составляют кузнецы, литейщики, штамповщики, труд которых связан с постоянной физической нагрузкой в условиях горячих цехов; вторую по величине профессиональную группу составляют рабочие ремонтных цехов, что, возможно, связано с простудными факторами, а также значительными физическими усилиями при поднятии тяжестей, главным образом рывком.

Патогенез артрозов един (несмотря на множественность этиологических факторов). В основе его лежат нарушения питания эпифизов костей: качественные — при эндокринных, токсических артрозах и количественные — при травмах, спазмах, их склерозе или врожденной узости. Таким образом, дистрофические процессы могут являться следствием или прямого нарушения кровообращения или нарушения общего обмена веществ, что ведет к интоксикации суставных тканей, нарушению местного метаболизма. Возникающий ирритативный очаг влечет за собой реактивные местные изменения (повышение тонуса мышц, воспалительная реакция мягких тканей), которые, в свою очередь, увеличивают патологические изменения в эпифизах костей.

Косвенным доказательством такого процесса, на наш взгляд, является характерный анамнез большинства больных. Несмотря на то, что в большинстве случаев (58%) начало заболевания артрозом сами больные ни с чем не связывают, удается выявить, что у этих больных ранее имели место заболевания, обычно сопровождающиеся сосудистыми и нервнотрофическими нарушениями (инфекции, травмы, нарушения обмена).

Характерны и сопутствующие артрозам заболевания, среди которых часты заболевания, имеющие трофико-сосудистую природу: атеросклероз (12,6%), ангиоспазмы сосудов мозга, сердца (3,8%), ангиоспазмы периферических сосудов и облитерирующий эндартериит (2,5%), варикозы и тромбозы (2,5%), вегетодистонические заболевания (чаще — гипертония, реже — гипотония — 6,4%), аллергические болезни (бронхиальная астма) (0,6%), язвенная болезнь, птоз, гепатохолестит и т. д. (3,8%), радикулоневриты (22,7%), обменные полиартриты, в том числе ожирение и диабет (11%).

Только у 34,1% больных не удалось выявить заболеваний нервно-сосудистого характера.

Перечисленные предшествовавшие и сопутствующие артрозу заболевания и составляют этиологический и патогенетический фон.

Среди симптомов артрозов очень постоянны боли и не характерна воспалительная реакция суставных и околосуставных тканей, а также их атрофия. Поскольку наши данные слагаются, главным образом, из наблюдений над больными, находящимися в стадии обострения, боли — чаще постоянные (острые), реже — ноющие и тупые или периодические — сезонные, ночные, усиливающиеся после длительного состояния покоя (также часто острые или тупые, ноющие) и в связи с большой физической перегрузкой, резкими грубыми движениями, — встречаются почти в 100% случаев.

Для хронической стадии артрозов характерны непостоянные ноющие боли. Часты ограничения движений пораженных суставов; в более свежих случаях — рефлекторно-болевого происхождения; в застарелых же случаях могут быть и механического происхождения, вследствие развития разрастаний (остеофитов) и нарушения конгруэнтности суставов.

Ограничение движений отмечалось в 48%, резко выраженная болезненность при движениях — в 13,3%. Боль и ограничение движений особенно выявляются с утра, при первых движениях, а также к вечеру, после утомления.

Боли при артрозах являются не только характерным и постоянным признаком, но и активно участвуют в патогенезе заболевания, так как являются звеном порочного круга: трофические нарушения создают очаг местной ирритации, которая вызывает боли и тем самым сразу нарушает функцию, а боли, в свою очередь, ведут к рефлекторному повышению тонуса мышц, что еще более нарушает функцию (болевы контрактуры, тугоподвижность) и т. д.

Естественно, что чем больше амплитуда движений в суставе, тем ярче выявляется клиническая картина и тем чаще встречается артроз данной локализации (таковы плечевой, тазобедренный суставы и поясничный отдел позвоночника и т. д.).

В этом свете устранение болей полезно с точки зрения не только симптоматической, но и патогенетической терапии, а восстановление функции является основной задачей лечения. Достигаемое почти одновременно со снятием болей размыкание порочного круга позволяет осуществить тот объем движений, который возможен при данной деформации.