

# ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

ДВУХМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ \* ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Пр.-доц. <i>А. А. Альбрехт</i> (Ленинград)	Проф. <i>Г. И. Турнер</i> (Ленинград)
Проф. <i>Р. Р. Вреден</i> (Ленинград)	Проф. <i>М. О. Фридланд</i> (Казань)
Проф. <i>В. П. Вознесенский</i> (Ростов н/Д.)	Проф. <i>И. О. Фрумин</i> (Киев)
Проф. <i>А. Г. Елецкий</i> (Саратов)	Проф. <i>А. К. Шенк</i> (Москва)
Проф. <i>К. Ф. Еленевский</i> (Харьков)	Д-р <i>Г. И. Хармандарьян</i> (Харьков)
Д-р <i>М. Г. Зеленин</i> (Харьков)	Редакторы отдела социальной ортопедии и травматологии:
Проф. <i>Н. И. Кефер</i> (Одесса)	Д-р <i>М. А. Абрамович</i> (Харьков)
Проф. <i>П. Г. Корнев</i> (Ленинград)	Д-р <i>И. А. Либерман</i> (Харьков)
Пр.-доц. <i>Е. Ю. Крамаренко</i> (Одесса)	Секретари редакции:
Проф. <i>Н. И. Краузе</i> (Саратов)	Д-р <i>Н. П. Новаченко</i>
Проф. <i>А. А. Ошман</i> (Баку)	Д-р <i>А. В. Тафт</i>
Д-р мед. <i>М. И. Ситенко</i> (Харьков)	Д-р мед. <i>В. Д. Чаплин</i>
Проф. <i>С. А. Треубов</i> (Харьков)	

Ответственный редактор — д-р мед. *М. И. Ситенко*

Ответственный секретарь — д-р *Н. П. Новаченко*

## УЧАСТИЕ ЖУРНАЛУ ОБЕЩАЛИ

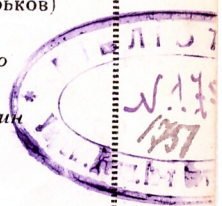
Проф. <i>Bicsalski</i> , Берлин	Проф. <i>Lorenz</i> , Вена
Проф. <i>Haglund</i> , Стокгольм	Д-р <i>Schanz</i> , Дрезден
Проф. <i>Erlacher</i> , Грац	Проф. <i>Schede</i> , Лейпциг
Д-р <i>Finck</i> , Дрезден	Д-р <i>Sorrel</i> , Берк
Прив.-доц. <i>Kortzborn</i> , Лейпциг	Доц. <i>Silferskiöld</i> , Стокгольм
Проф. <i>Spitzu</i> , Вена	

КНИГА ЧЕТВЕРТАЯ

ДЕКАБРЬ 1927

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНАЯ МЫСЛЬ»

III  
101



А. Д. Озеров (Ленинград). При застарелых переломах следует стремиться к восстановлению анатомических соотношений сустава. Остеотомия хороша не для всех случаев.

В. Д. Чаплин в заключительном слове, отдав должную дань весьма удобной шинепроф. Волковича, подчеркнул важность устранения смещения стопы и создания положения varus.

Достигается ли последующее лечение шиной, гипсовой повязкой или системой тяг — это дело личного вкуса. Не совсем точное освещение „вытяжения“ дал С. А. Тимофеев Система корригирующих тяг, применяемая нами здесь, это — не липкопластырное вытяжение шаблонного типа, а создание тремя силами (петлями) положения varus и дорзальной флексии. При низких переломах голени имеет смысл вытяжение только гвоздем или проволокой. Реконструктивная операция на суставе, к сожалению, не всегда сопровождается успехом и потому практически лучше создать правильные статические условия путем остеотомии.

Н. И. Кефер, резюмируя доклад и прения, отметил частоту серьезных расстройств при переломах в области голеностопного сустава. Крайне важна ранняя репозиция и создание положения varus. Прекрасные результаты, иллюстрированные докладчиком на рентгенограммах, могли быть получены в специальном Институте. Вытяжение — более сложный способ. Следует пользоваться по возможности простым способом.

М. И. Куслик (Ленинград). Профилактика плоскостопия и нормальная детская обувь. Основным этиологическим фактором плоскостопия докладчик считает нагрузку. Главное условие профилактики плоскостопия — ношение рационально изготовленной обуви. Приводит точно установленное соотношение длины выкладки свода ( $\frac{1}{3}$  длины стопы), ширина —  $\frac{1}{6}$ , высота —  $\frac{1}{10}$ , высота каблука —  $\frac{1}{21}$ .

С. Т. Новицкий (Киев). Hallux valgus, клиника и профилактика. Изменения в суставах, экзостозы, бурситы и рефлекторная экстензорная контрактура других пальцев больной ноги — спутники Hallux valgus. Обувь и профессия здесь играют важную роль. Рекомендует операцию с косым срезом части головки ossis metatarsalis с сохранением суставной сумки.

Профилактически советует гигиеническую обувь с невысоким каблуком и соответствующим носком.

А. Д. Хабзин (Киев). Размеры деструктивных изменений в телах позвонков, определяемые рентгенографией.

На ряде диапозитивов докладчик осветил результаты своих экспериментов на телах позвонков с последующей рентгенографией.

В образовании рентгеновской проекции тела позвонка, повидимому, участвуют не все его костные элементы, главную роль в создании этой проекции играет компактный слой и отсутствие всего спонгиозного слоя при полном сохранении corticalis, не изменяет рентгеновского изображения тел позвонков.

С большим докладом на Ортопедическом дне выступил Наркомздрав УССР Д. И. Ефимов.

Отметив то обстоятельство, что хирургическая помощь вполне удовлетворительно налажена лишь в больших городах, в селах же ощущается громадная нехватка хирургов, тов. Ефимов привел ряд цифр, иллюстрирующих, в какой мере обеспечены хирургической помощью промышленные районы и сельское население. В промышленных районах меньше сказывается недостаток врачебной помощи. Так, в Артемовском округе до 350 врачей. Сельское население очень слабо обеспечено хирургической помощью: на 220-255 тысяч населения приходится один хирург. С хирургическим стажем почти 50% врачей не превышает 5 лет. Недостаток во врачебном и, в частности, хирургическом обслуживании населения вызывает серьезную и неотложную необходимость обеспечить врачами село, повысить квалификацию сельского хирурга, усиленно бороться с развивающимся на селе фельдшеризмом и, наконец, усилить санитарно-профилактические мероприятия.

В заключительном слове вечернего заседания Ортопедического дня Н. И. Кефер подчеркнул увеличивающуюся за последнее время потребность в ортопедии, как самостоятельной дисциплине, которая приобретает все большее государственное значение.

В. Чаплин.

## ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА

Заседание 29 апреля 1927 г.

Председатель д-р мед. М. И. Ситенко; секретарь Н. Б. Шмарьевич.

1. М. А. Меерзон. Случай двустороннего патологического перелома шейки бедра. Докладчик приводит краткую историю болезни больного Ц. 24 л. (из Института Ортопедии и Травматологии). Слесарь, поступил с жалобой на болезненность в области обоих тазобедренных суставов, особенно слева. Обе нижние конечности несколько атрофированы. Верхний край trochanter major слева находится на 10 сант. выше Roser-Nelat п'овской линии, справа — на 6 сант. Угол сгибания, разгибания, приведения — одинаков с обеих сторон. Отведение левой конечности возможно в пределах  $120^\circ$ , правой —  $20^\circ$ . Измерение обнаружило укорочение левой конечности на 1 сант. На рентгенограммах обоих тазобедренных суставов: acetabulum сглажено; trochanter major

проецируется значительно выше нормального Деформированная головка бедра расположена ниже обычного. Имеется перелом шейки обоих бедер. Исследование мочи отклонений от нормы не обнаружено Клинические исследования крови на скорость оседания эритроцитов — норма, RW, Sach-Georgie, Meinecke — отрицательны; реакция Mantoux — отрицательная.

Заблевание началось в 1916 г.; работал до 1919 г., когда 2 раза под наркозом в больнице в г. Екатеринославе ему были проделаны какие-то манипуляции без терапевтического эффекта. В 1925 г. из-за болей оставил свой обычный труд В 1926 г. лечился в Евпатории. В 1913 г. перенес сыпной тиф Никаких травматических моментов не отмечает. В детстве, по словам родителей, была ограничена абдукция. Lues, гоноррhea, алкоголизм отрицает. Анализ данного случая убедительно говорит о том, что перед нами двусторонний патологический перелом шейки бедра. Проф. А. Л. Поленов наблюдал двусторонний патологический перелом шейки бедра на почве *tabes dorsalis* Что касается причины заболевания в нашем случае, то о ней определенно говорить не приходится. Больше всего нужно склониться к тому, что соха *vara* здесь сыграла немаловажную роль; на это указывает ограничение абдукции в детстве. Наличие воспалительных изменений категорически отвергнуть нельзя. Возможно, конечно, инфекция в результате перенесенного раньше сыпного тифа. Случай представляет интерес для разрешения проблемы патогенеза ломкости костей, resp. этиологии патологических переломов.

#### Прения:

В. И. Цукерман: Когда у больного появилась „утиная“ походка?

М. А. Меерзон: Ответить на этот вопрос трудно, так как больной недавно к нам поступил; очевидно, с 1916 г., когда он стал жаловаться на боли; родители больного отмечают, что с раннего детства они заметили ограничение абдукции бедра.

В. И. Цукерман: Следует думать, что в данном случае был врожденный вывих бедра, так как нет почти никаких следов *acetabuli*. На рентгенограмме ясный перелом виден только на одной стороне; на другой стороне ясного перелома нет. Имеющиеся изменения произошли на почве бывшего рахита.

А. В. Тафт. Конечно, трудно сказать, как все это произошло; о врожденном вывихе трудно думать, так как обычно при нем головка бедра бывает на *osilei*, а не ниже, как в данном случае. Ограничение абдукции было следствием соха *vara*. Имеющиеся изменения, конечно, трудно связать с перенесенным сыпным тифом.

Д-р мед. В. Д. Чакин: Если бы был врожденный вывих, то головка бедра была бы значительно выше; какие причины могут заставить ее спуститься вниз? Сейчас трудно сказать, была ли раньше соха *vara* или нет. Весьма возможно, что фрактура произошла во время манипуляций хирургов. В данном случае следует рекомендовать операцию Whitman'a особенно на одной стороне.

М. А. Меерзон: Если бы был врожденный вывих бедра, то больной жаловался бы с детства. Судить о том, совершает ли головка движения вместе с бедром можно только на основании рентгенограммы или во время операции.

Д-р мед. М. И. Ситенко: У больного в детстве была соха *vara*; бывшие манипуляции привели к перелому шейки бедра; позже — какой-то инфекционный процесс. Что же делать в данном случае? Оперировать или нет? Больной жалуется на чувство утомления при продолжительной ходьбе. Бывший воспалительный процесс делает оперативное вмешательство рискованным. Более показанной является операция Whitman'a.

2. З. М. Сухомлинова. *Центральный вывих при туберкулезном коксите*. Больной По-ко П. (из Института Ортопедии и Травматологии) демонстрируется по поводу центрального вывиха бедра. Левая нижняя конечность атрофирована и приведена на 20°. *Trochanter major* выше линии Rojer Nelaton'a. Активное сгибание конечности в тазобедренном суставе невозможно; разгибание — также. Отсутствуют активные ротационные движения кнутри и кнаружи. Пассивное сгибание до 20°. Пассивное разгибание в тазобедренном суставе удается полностью. Ротационные движения бедра кнутри и кнаружи возможны, но ограничены. Два года тому назад постепенно появились в незначительные боли в тазобедренном суставе, которые продолжались два месяца, после чего стали очень сильными. Конечность была в установке приведения, и больной лишился возможности передвигаться. Случай этот является, несомненно, крайне редким, а причина образования центрального вывиха не ясная. Лечение — гелиотерапия и иммобилизация сустава гипсовой шиной.

#### Прения:

Н. Б. Шмарьевич: Была ли какая-либо травма у больного после того, как он уже заболел туберкулезным кокситом?

Сухомлинова: Травмы не было.

Проф. С. А. Трегубов: Дно *acetabuli* — очень тонкое; перфорация, по данным Menard'a, встречается в 48%. Их, несомненно, много, но мы их не обнаруживаем, благодаря несовершенству рентгеновских снимков. Следует обращать внимание на инфильтраты в тазу при кокситах. Прогноз при перфорациях обычно не благоприятный.

А. К. Приходько, подчеркивая, что при кокситовых вывихах обычно бывают подвывихи кверху („Pffappenwanderung“), демонстрирует соответствующие рентгенограммы.

Д-р мед. В. Д. Чаплин: В Институте Ортопедии и Травматологии такой центральный вывих при туберкулезном коксите наблюдается впервые. Обычно бывают подвывихи кверху, но не центральные. Здесь были какие-то, не совсем выясненные причины, давшие центральный вывих; возможно, что вторичная инфекция эндогенного происхождения. Поражена была и головка и acetabulum.

Н. П. Новаченко: Центральный вывих, следует полагать, произошел благодаря резкому распаду особенно головки бедра, от которой почти ничего не осталось. Сильно задета также и acetabulum.

Проф. С. А. Трегубов: Я не согласен с той ролью, которую здесь приписывают вторичной инфекции; то, что поражены и головка и acetabulum—это обычное явление. Почему в данном случае произошел центральный вывих — на этот вопрос едва кто-либо сумеет ответить.

З. Н. Б. Шмарьевич. *Случай двустороннего „Lunatummaladie“.* Демонстрируется больная И-ко А. 22 л. (из клиники проф. Трегубова) и рентгенограммы обоих лучезапястных суставов. Имеется боль в правом лучезапястном суставе os lunatum; небольшая припухлость, заметная как с ладонной, так и с тыльной стороны; небольшое ограничение функции в лучезапястном суставе и повышение местной температуры, что легко определяется наощупь. Два года тому назад, во время полевых работ, когда И-ко вязала снопы, внезапно почувствовала небольшую боль в области правого лучезапястного сустава, постепенно через неделю прошедшую. Еще через две недели снова появились небольшие боли, которые в дальнейшем усилились и стали беспокоить больную, особенно во время работы. Через полгода больная заметила ограничение функции кисти. Две недели назад больная рука была фиксирована гипсовой шиной, вследствие чего боли заметно уменьшились. На рентгенограммах типичная картина в смысле право- и левосторонней „Lunatummalacie“, хотя левая рука никогда не болела, а в настоящее время не беспокоит совершенно, и объективно, кроме рентгенологических изменений, ничего найти нельзя. Во всем остальном И-ко представляет собой здорового человека и каких-либо, заслуживающих внимания, отклонений от нормы определить не удастся. Случай этот интересен в том отношении, что, во-первых, Lunatummalacie — двустороннее, во-вторых — левая рука клинически совершенно здорова и только случайное рентгенологическое исследование обнаруживает изменения полулуной кости, типичные для Lunatummalacie. Случаи Lunatummalacie, которые мне встречались в литературе, были односторонними; поражалась чаще всего правая os lunatum. Хотя левая рука не болит и совершенно не беспокоит больную, но рентгенологические изменения на os lunatum (светлые, перелому подобные линии и полосы со склеротическим ободком кругом) точно такие же типичные, как и на правой стороне, и в этом отношении никаких сомнений нет. Естественно возникает вопрос, почему же не болит левая сторона? На этот вопрос мы также не можем ответить, как это бывает иногда при болезни Perthes'a, когда человек не знает о том, что он болен и только случайно произведенный рентгеновский снимок дает изменения головки бедра, характерные для законченного остеохондрита. Следует все же полагать, что в этиологии остеохондритов, помимо травмы, играют роль какие-то еще не выясненные конституциональные моменты.

Заседание 13 мая 1927 г.

Председатель проф. С. А. Трегубов, секретарь Н. Б. Шмарьевич.

1. Проф. С. А. Трегубов — *Костно-туберкулезный санаторий им. проф. Боброва в Алушке.*

Докладчик только-что вернувшийся из Крыма, сообщает, что в июне текущего года исполнится 25 лет со времени основания покойным проф. Бобровым небольшого приюта в 14 коек для больных детей с костно-суставным туберкулезом. Нужда в таком учреждении была так велика, что оно стало быстро развиваться и в короткий срок маленький домик обступили целые корпуса для больных. В данный момент оно располагает почти 200 койками. Такой быстрый рост объясняется в значительной мере и тем, что во главе учреждения оказался человек, отдающий делу все свои силы, любовь и знание. Почти весь этот период в полвека санаторий ведет П. В. Изергина и с его именем тесно связаны все его достижения. Тысячи мелочей, из которых соткана врачебная и хозяйственная жизнь учреждения, заполняют весь рабочий день Изергина; он и хирург, он и рентгенолог, он и протезный мастер. Ряд корпусов с обширными верандами расположены в парке недалеко от моря, и в этом году устроена площадка с навесом у самого обрыва. Здесь дети могут находиться весь день на воздухе под свежим легким ветерком с моря. При хорошем прибое брызги долетают до самой площадки. Таким образом, хоть отчасти сбывлась мечта д-ра Изергина приблизить санаторий к морю. Был проект выдвинуть веранду в море, установив ее, на свалившихся в воду, камнях, но этого осуществить не удалось, хотя работы в этом направлении были уже начаты. За четверть века через санаторий прошло огромное количество больных из всех уголков страны. Совершенно исключительные климатические условия, прекрасно

поставленная медицинская часть дела и заботливый уход были залогом благоприятного течения процесса, и мы знаем, что добрая слава о санатории им. Боброва вышла за пределы нашего Союза. 25-летний юбилей этого прекрасного учреждения — в то же время праздник д-ра П. В. Изергина и персонала, который с такой любовью помогает ему. Должно их поздравить с огромными достижениями и пожелать им и впредь бодрости и здоровья.

#### Вопросы:

А. А. Ефимов: Какие сроки пребывания существуют для больных в санатории им. Боброва и как проводится лечение контрактур у туберкулезных больных?

Проф. С. А. Трегубов: В настоящее время столько времени, сколько это нужно. Средняя продолжительность больных нельзя держать столько времени, раньше была около 2 лет, теперь же сроки значительно уменьшились, и больные вынуждены уезжать, не закончив лечения. Контрактуры обычно редцируются под наркозом. П. В. Изергин определенно заявляет, что дурных результатов или тяжелых осложнений он при этом не получал. После редрессации обычно накладывается гипсовая повязка. Очень часто после редрессации в течение нескольких дней температура бывает повышенной.

М. Г. Зеленин: Были ли случаи редрессации под наркозом при наличии свищей?

В. Д. Чаклин: Как обычно лежат кокситики в Бобровском санатории?

Проф. С. А. Трегубов: Свищи, по мнению д-ра Изергина не являются противопоказанием, и д-р Изергин редрессирует также контрактуры при наличии свищей. Кокситики обычно лежат с гипсовой повязкой в положении абдукции больной конечности. О результатах лечения в настоящее время говорить трудно, так как больные выписываются, не закончив лечения. Все же нужно признать, что санаторий им. Боброва — учреждение высококвалифицированное.

2. Проф. С. А. Трегубов. „К вопросу о перфорации acetabuli при туберкулезных кокситах“.

Среди многообразных форм туберкулезного коксита сравнительно редко встречается (хотя правильнее — редко диагностируется) перфорация acetabuli. Между тем, если мы вспоминаем строение acetabuli с чрезвычайно тонкой пластинкой в центральной ее части — столь тонкой, что она просвечивает, то надо скорее удивляться, что дно acetabuli редко разрушается. Впрочем, по наблюдениям Menard'a, perforatio — явление далеко не редкое. Мы также полагаем, что прободение этой тонкой час и должно иметь место часто, но уловить клинически его можно только тогда, когда удается прощупать инфильтрат или скопление гноя в тазу. Рентгенологически определить прободение трудно по анатомическим условиям: тени так налегают, что необходимо значительное внедрение деформированной головки, чтобы она была видна со стороны полости таза или же, чтобы форма деструктивных изменений была такова, чтобы очертания их вырисовывались на фоне других теней. В отдельных случаях перфорация бывает столь значительной, что головка бедра может проскользнуть через отверстие полости таза — такие случаи описаны в литературе и мы наблюдали их два. Случаев же прободения acetabuli мы имели 8; кроме того, в музее Ортопедической Клиники имеется 4 препарата прободения acetabuli. Большинство наблюдавшихся мною случаев прободения acetabuli протекали тяжело. При исследовании кокситиков всегда следует ощупывать подвздошную ямку; развитие там инфильтратов, а тем более скопление гноя всегда является подозрительным в отношении прободения дна acetabuli (демонстрируются рентгенограммы и патологоанатомические препараты).

#### Прения:

В. И. Цукерман: Когда вы полагаете произойдет скорее luxatio centralis, когда головка бедра разрушена или нет?

Д-р мед. В. Д. Чаклин: Проводите ли вы различие между прободением acetabuli и luxatio centralis? Как часто вы имели перфорацию и luxatio centralis?

Проф. С. А. Трегубов: Перфорацию acetabuli мы наблюдаем редко потому, что обычно мы их не видим на рентгенограммах. Конечно, следует отличать luxatio от перфорации. Для вывиха должна более или менее сохраниться головка бедра, что встречается довольно редко. Перфорацию при внимательном отношении можно встретить довольно часто, а центральный вывих в виде исключения.

В. И. Цукерман считает, что центральный вывих встречается редко потому, что головка бедра, а иногда и шейка часто бывают разрушены.

Д-р мед. В. Д. Чаклин: Центральный вывих вообще встречается очень редко. За все время существования Института Ортопедии и Травматологии было всего 2 случая luxatio centralis traumatica. Я не согласен с докладчиком, что центральный вывих бывает только тогда, когда головка бедра сохраняется в целости, наоборот, когда остается культя, то она, вследствие гипертонии мышц, перфорирует дно acetabuli и дает центральный вывих.

Д-р Л. Н. Нечай: При туберкулезных кокситах головка чаще смещается кверху. Следует полагать, что цельная головка через дно acetabuli пройти не может; для этого она должна быть более или менее разрушенной.

З. В. И. Цукерман. *Случай врожденного недоразвития бедра* (демонстрируются рентгенограммы; больная не явилась).

У С-ко З. 9 лет, правое бедро короче левого на 16 сант., шейка искривлена в смысле соха vara; regio subtrochanterica также имеет некоторую изогнутость кнаружи. Самый высокий пункт представляет trochanter major. Шейка бедра состоит как бы из ряда отдельных костных кусков. Эта рентгенограмма подтверждает мнение G. Drehmann'a, что четвертая группа по классификации Reipert'a не есть нечто законченное, а путём дальнейшего, с течением времени развития головки и шейки бедра переходит в ту форму, которую он описывает в своей классификации—вторая группа, первая подгруппа. Докладчик для терапии рекомендует сначала испробовать перманентное вытяжение и, если таковое не даст удовлетворительных результатов, применить операцию (линейную остеотомию).

#### Прения:

А. К. Приходько спрашивает, как докладчик в данном случае исключает возможность бывшего эпифизеолиза.

Д-р мед. Чаплин интересуется, одинаковой ли длины обе голени и какая кем намечена терапия.

В. И. Цукерман: Из анамнеза видно, что роды имели нормальный характер; травма отрицается. Следовательно, нужно думать, что эпифизеолиза не было. Обе голени в данном случае одинаковой длины. Вследствие имеющейся соха vara феномен Trendelenburg'a положительный. Что касается терапии, то для усиления костеобразования лучше такого больного заставить ходить; можно также попробовать вытяжение, а если оно не поможет, то предпринять остеотомию.

А. К. Приходько считает в данном случае весьма рациональным сделать множественную косую остеотомию по Богоразу, или же укоротить здоровую нижнюю конечность.

Д-р мед. В. Д. Чаплин полагает, что вытяжение здесь мало даст, устранив только аддукторную контрактуру. Единственное, что показано в данном случае, это—osteotomia retrotrochanterica, затем—гипс и аппарат с нагрузкой.

Нечай также высказывается за косую или сегментарную остеотомию.

Проф. С. А. Трегубов: К сожалению, очень трудно найти причину этого недоразвития бедра; мне кажется, что это не есть „Vitium primaeformationis“, а результат какого-то внутриутробного заболевания бедра.

Н. Б. Шмарьевич подчеркивая, что данный случай не похож на phokomeli'ю, при которой отсутствует обычно также надколенная чашечка, демонстрирует рентгенограммы и фотографические снимки двух больных с фокомелией бедра, бывших в клинике проф. С. А. Трегубова.

4. Н. Б. Шмарьевич демонстрирует больного Гу-ва из клиники проф. С. А. Трегубова (см. заседание от 28-III 1927 г.) с дермато-десмогенной контрактурой левого лучезапястного сустава, лечившегося „закруткой“ по способу Mommisen'a. Полтора месяца назад докладчик демонстрировал этого самого больного до начала его лечения. За прошедший период времени удалось получить хорошие терапевтические результаты; сгибательная контрактура ликвидировалась полностью, пройдя обратный путь на 90°, но пока еще нет необходимой полной тыльной флексии, к чему следует в дальнейшем стремиться и продолжать терапию. Функция в лучезапястном суставе, равнявшаяся раньше нулю, теперь имеется в пределах 20—30°; большую роль в этом сыграло проводившееся одновременно со способом Mommisen'a лечение массажем и активными движениями (не снимая самой „закрутки“). Рубцовые тяжи удалось настолько отмассировать, что они имеют теперь вид почти нормальной кожи и никакими калллезными язвами уже в будущем не угрожают. Больной палец, резко приведенный, удалось отвести в необходимой степени при помощи боковой дополнительной „закрутки“. Способ Mommisen'a в данном, весьма тяжелом случае еще раз себя оправдал.

#### Прения:

Д-р мед. В. Д. Чаплин: Результаты лечения в данном случае получились блестящие, и докладчика, действительно, нужно поздравить с успехом, но все же, по моему мнению, гипсовые повязки нужно менять чаще, через каждые две недели, а не через месяц, чередуя, таким образом, „закрутку“ с функциональной терапией. Нужно стремиться не только к выправлению контрактуры, но и к разработке функций.

А. К. Приходько спрашивает, как думает докладчик в дальнейшем предупредить рецидив контрактуры.

Н. Б. Шмарьевич: Сейчас мы должны стремиться к тому, чтобы получить той же „закруткой“ нормальную тыльную флексию в лучезапястном суставе. Далее, после снятия „закрутки“ следует приступить к активной функциональной терапии (сухо-воздушные ванны, массаж, гимнастика). Для предупреждения рецидива больной должен в течение нескольких недель постоянно носить открытую гипсовую шину и в течение нескольких месяцев пользоваться ею, как ночной шиной). В течение процесса лечения при больших

контрактурах приходится обычно 1—2 раза менять циркулярную гипсовую повязку приспособлениями в ней „закрутки“, так как по мере выпрямления контрактуры получается некоторое несоответствие между контурами конечности и контурами повязки, а это начинает несколько беспокоить больного. Срок для одной повязки в течение месяца не является большим и не идет во вред функции сустава; чаще менять повязки нет надобности; это хлопотливо и для больного и для врача и при этом нарушается принцип „Dauerwirkung“. Функцию сустава мы можем восстановить хорошо только тогда, когда контрактура уже ликвидирована и нет перерастяжения мышц.

5. Текущие дела.

Секретарь секции Ортопедии Н. Б. Шмарьевич.