

1. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф. и др.//Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 40—45.
2. Постолов П.М., Зюбина Е.Н.//Хирургия. — 1989. — № 2. — С. 132—137.
3. Уткин В.В., Демченко Ю.М. и др.//Вестн. хир. — 1983. — № 6. — С. 30—33.
4. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М. и др.//Сов. мед. — 1981. — № 6. — С. 91—94.
5. Шалимов А.А., Пугачев А.Д. и др.//Клин. хир. — 1983. — № 10. — С. 16—19.
6. Eklam R., Thomas H.// Brit. J. Surg. — 1978. — Vol.65. — P. 164—167.
7. Mosci F., Boni M., Esposito S., Cesaki M.// Acta chir. Ital. — 1986. — Vol. 42. — P. 257—259.
8. Ostic D., Cowley D.// Brit. J. Surg. — 1976. — Vol. 63. — P. 154.

Поступила 06.06.92.

УДК 616.72+616.75]-001.33:616-08-036.865

О ЛЕЧЕНИИ И ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК СУСТАВОВ

С.Д. Лебедев

Медсанчасть (главрач — С.Д. Лебедев)
Марийского целлюлозно-бумажного комбината, г. Волжск

Вопрос о лечении и экспертизе временной нетрудоспособности при растяжении связок суставов освещен недостаточно. Так, Н.Г. Дубров [2] уделил внимание только растяжению или частичному разрыву боковых связок коленного сустава, для лечения которых предлагал пункции, тугие повязки, глубокие задние гипсовые лонгеты на 12-14 дней и массаж, что приводит к восстановлению трудоспособности в течение 2-3 недель. На практике растяжение связок наблюдается чаще всего в коленном и голеностопном суставах [1]. При неполных разрывах боковых связок коленного сустава рекомендовано сроки иммобилизации сокращать до 2-4 дней, затем проводить физиотерапию, лечебную гимнастику, ежедневные 2-3 новокаиновые блокады и ультразвук. При тяжелых случаях растяжения связок голеностопного сустава возможно использование гипсовой повязки в течение 5—6 дней и во всех остальных случаях 2—3 новокаиновые блокады через день и лечебная гимнастика. При растяжении связок I пястно-фалангового сустава достаточны мягкие повязки, тепловые процедуры и гимнастика [1]. Сроки лечения не приводятся. Д.А. Новожилов и

ON THE INDICATIONS TO SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIATAL HERNIAS IN COMBINATION WITH ABDOMINAL CAVITY ORGANS DISEASES

Z.G. Sakhautdinov, O.V. Galimov, E.N. Prazdnikov

Summary

It is established that after surgical intervention the clinical manifestations of hiatal hernias are enhanced throughout the first year. The abdominal operation aggravates reflux-oesophagitis. The limitations of indications to the operation based on the absence of visible in fibroesophagogastroscopy morphological changes are not always justified. Failure of supported antireflux mechanism even in uncomplicated forms of hiatal hernias in combination with abdominal cavity organs diseases involving surgical treatment is the indication to associative operative intervention, hernias elimination and correction of associative abdominal pathology.

Н.В. Смирнов [3] придерживаются аналогичной тактики.

По статистическим талонам за 1990, 1991 и первую половину 1992 г. (280 случаев), удельный вес растяжений и частичных разрывов связок суставов составил соответственно 9,6; 7,1 и 8,4% среди всех травм (табл. 1). Растяжения связок чаще всего случались в голеностопных суставах (51,1%), в суставах стоп (23,9%), в коленных (12,8%) и лучезапястных (4,3%) суставах.

Растяжения связок диагностировали по механизму травмы, объективным данным и рентгенограммам: в голеностопном суставе без кровоизлияния (в 34,1% случаев) и с кровоизлиянием (в 69,8%), в стопе без кровоизлияния (в 34%) и с кровоизлиянием (в 66%), коленном суставе без кровоизлияния (в 18,1%), лучезапястном (в 50%), пястно-фаланговом (33,3%), плечевом (в 27,6%), плюснефаланговых (в 25%) суставах, пальцах кистей и стоп (в 100%).

При обращении больных за медицинской помощью в день травмы места растяжения связок охлаждали у них хлорэтилом до побеления кожи и накладывали компресс с 30% раствором диметилсульфоксида (ДМСО). Если у

Таблица 1

Удельный вес растяжений связок суставов конечностей и средние сроки связанной с ними временной нетрудоспособности в календарных днях

Локализация растяжения связок	Случаи		Средние сроки временной нетрудоспособности
	абс.	%	
Голеностопный сустав	143	51,1	9,9
Стопа	67	23,9	8,6
Коленный сустав	36	12,8	16,9
Лучезапястный сустав	12	4,3	11,3
Плечевой сустав	7	2,5	8,3
Пястно-фаланговый сустав	7	2,5	5,0
Пальцы кисти	4	1,5	—
Плюснефаланговый сустав	2	0,7	10,5
Пальцы стопы	2	0,7	—
ВСЕГО	280	100,0	10,4

больных отмечалась небольшая припухлость и отсутствовал кровоподтек, то на ночь назначали теплую ванну на 15 минут и компресс с 2% раствором чайной соды (одна чайная ложка на стакан горячей воды), которые в последующие дни повторяли утром и вечером. Если больной обращался на 2-3-й день после травмы с аналогичной картиной, то лечение начинали днем с парафина и на ночь после ванны делали компресс.

При выраженных болях, отеке и багровой окраске в первый день травмы после орошения хлорэтилом и компресса с ДМСО или мазью (анестезиновой, салициловой, бутатионовой, мазь Вишневского и др.) накладывали гипсовую лонгету как при переломе (на голеностопный сустав на 4—25 дней и на стопу на 3—15 дней) с различной частотой в зависимости от локализации (табл. 2) и сразу же разрешали опираться на ногу

Таблица 2

Удельный вес методов лечения при растяжении связок суставов конечностей различной локализации и тяжести в %

Локализация растяжения связок суставов	Методы лечения									
	орошение хлорэтилом	компрессы с			гипсовые повязки	ванны и гимнастика	парафин	электролечение	обезболивающие и противовоспалительные медикаменты	с освобождением от работы
		30% раствором ДМСО	2% раствором чайной соды	мазями						
Голеностопный сустав										
без кровоподтека	13,4	42,7	44,9	12,3	24,7	49,4	44,9	12,3	5,6	77,5
с кровоподтеком	9,3	39,5	60,4	11,6	37,2	60,4	65,1	18,6	6,9	95,3
Стопа										
без кровоподтека	23,4	51,0	55,3	14,5	8,5	59,5	25,5	17,0	1,1	72,3
с кровоподтеком	13,3	46,6	80,0	—	33,3	80,0	40,0	33,3	6,6	93,3
Коленный сустав										
без кровоподтека	4,8	23,8	38,6	23,8	47,6	14,4	18,1	54,3	23,8	85,7
с гемартрозом или синовитом	—	11,1	11,1	22,2	100,0	55,5	—	44,4	33,3	100,0
Лучезапястный сустав	25,0	50,0	50,0	—	75,0	50,0	25,0	—	25,0	75,0
Плечевой сустав	—	—	—	27,6	—	—	—	100,0	—	57,6
Пястно-фаланговый сустав	16,3	66,6	33,3	—	—	—	—	33,3	—	50,0
Пальцы кисти	—	—	33,3	—	—	—	—	33,3	—	—
Плюснефаланговый сустав	25,0	50,0	25,0	25,0	50,0	25,0	50,0	25,0	—	75,0
Пальцы стоп	—	100,0	100,0	—	—	100,0	—	—	—	—

с минимальным причинением боли себе. При обращениях за медицинской помощью позже суток после травмы накладывали гипсовую повязку и назначали на область растяжения связок любое сухое тепло.

При растяжении связок коленного сустава без кровоизлияния, начинали электролечение: токи Бернара с новокаином или анальгином, амплипульс, электрофорез новокаина и йодистого калия, УВЧ и др. При наличии гемартроза или синовита в 66,6% случаев делали пункции с удалением 40—100 мл крови или синовиальной жидкости и накладывали гипсовую лонгету на 3 дня с последующим превращением ее в тутор на срок от 6 до 27 дней. При растяжении связок плечевого сустава использовали только мазевые компрессы.

Назначение обезболивающих и противовоспалительных медикаментов чаще требовалось при растяжении связок лучезапястного и коленного суставов (в 23,8—33,3%).

При поздних обращениях за медицинской помощью больным предписывали парафин или электролечение.

Лечение с освобождением от работы потребовалось 100% больным с растяжением связок коленного сустава в сочетании с гемартрозом или синовитом, 95,3% — с растяжением связок голеностопного сустава с кровоизлиянием, 85,7% — коленного сустава без кровоизлияния, 77,5% — голеностопного сустава без кровоизлияния, 72,3% — стопы без кровоизлияния и 93,3% — с кровоизлиянием (табл. 2). Средние сроки временной нетрудоспособности значительно колебались в зависимости от выраженности клинической картины и осложнений (табл. 1).

Некоторые больные после снятия гипсовой повязки не чувствовали боли при ходьбе, в таких случаях их признавали трудоспособными. Остальные ста-

новились трудоспособными только после нескольких процедур ванн, компрессов, парафина или электролечения. Если гипсовую повязку накладывали с опозданием и снимали ее преждевременно, невзирая на боли при ходьбе в гипсе и выраженную припухлость, то при растяжении связок голеностопного сустава удлинение срока лечения и развитие артритов наблюдалось в 10,7% случаев, стопы — 4,8%, коленного сустава — в 23,3%. Лечебная практика позволяет думать, что при растяжении связок суставов сравнительно длительная иммобилизация менее вредна, чем стремление разработать сустав при болях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вайнштейн В.Г.* Частная хирургия/ Под ред. А.А. Вишневого и В.С. Левита. — М., 1963.
2. *Дубров Я.Г.* Амбулаторная травматология. — М., 1986.
3. *Новожилов Д.А., Смирнов Н.В.* Многоотное руководство по ортопедии и травматологии/ Под ред. Н.П. Новаченко. — М., 1968.

Поступила 28.10.92.

ON THE TREATMENT AND EXAMINATION OF TEMPORARY INVALIDITY IN STRAIN OF JOINT LIGAMENTS

S.D. Lebedev

S u m m a r y

The high rate of strain of ankle joint ligaments among strain of limbs joint ligaments is noted. The methods of their treatment depending on the manifestation of the clinical picture and complications are described. Appropriate, careful and by the time sufficient immobilization of joints allows early load on the limb, is accompanied by lesser pain, decreases the treatment terms and prevents the development of complications.