

К ЛЕЧЕНИЮ ЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ¹

Канд. мед. наук У. Я. Богданович

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (руководитель работы — проф. Л. И. Шулуток)

Лечение переломов лодыжек составляет актуальную проблему, так как по частоте и тяжести последствий эти переломы занимают видное место среди других травм опорно-двигательного аппарата.

Больные с переломами лодыжек становятся нетрудоспособными на долгий срок. Если для лечения переломов других сегментов (прежде всего, переломов бедра, шейки бедра и др.) за последние годы предложены методы, значительно сокращающие сроки восстановления трудоспособности, то лечение переломов лодыжек мало продвинулось вперед. Отсутствие единого мнения в отношении лечения лодыжечных переломов также свидетельствует о неблагоприятии в этом вопросе.

В настоящем сообщении мы поставили цель поделиться опытом института в отношении лечения больных со свежими переломами лодыжек, считая, что это может принести некоторую пользу.

За один только 1959 г. в институт обратилось 530 больных с закрытыми переломами лодыжек (5,2% всех обратившихся в травмпункт института и 11,3% от всех больных с переломами).

Мужчин среди получивших перелом лодыжек было в полтора раза больше, чем женщин (322 и 208).

В возрасте до 20 лет было 64, от 21 года до 40 лет — 244 и старше — 222.

Перелом наружной лодыжки был у 404 больных, внутренней — у 46, обеих — у 36, перелом Дюпюитрена — у 30, так называемые «трехлодыжечные» переломы — у 14.

Больные лечились консервативно, главным образом амбулаторно.

При изолированных переломах наружной или внутренней лодыжки (без смещения отломков и подвывиха стопы) проводилась иммобилизация задней гипсовой лонгетой, наложенной до верхней трети голени в положении легкой супинации стопы и сгибания в голеностопном суставе под углом 90°. Иммобилизация продолжалась в течение 3 недель, после чего назначалась физиомеханотерапия. Средний срок нетрудоспособности больных этой группы составил 43 дня.

При двулодыжечном переломе без смещения отломков срок иммобилизации увеличивается до 6 недель. В таких случаях мы накладываем не заднюю лонгету, а стремянную гипсовую повязку, которая фиксируется к конечности мягким марлевым бинтом. Последний по спадению отека (на 6—8 день после перелома) заменяется двумя узкими гипсовыми кольцами, скрепляющими повязку под коленным и над голеностопным суставами. Больные этой группы были нетрудоспособны в течение 2—2,5 месяцев.

При переломах лодыжек, сопровождающихся разрывом связок голеностопного сустава, смещением отломков и подвывихом стопы, производится репозиция отломков с устранением подвывиха. Репозиция при свежих переломах производится, как правило, под местной анестезией 2% раствором новокаина, который вводится в количестве 20—25 мл в место перелома или чаще спереди в голеностопный сустав.

Для репозиции больной укладывается на спину, конечность сгибается в коленном суставе до прямого угла и за бедро удерживается помощником. Хирург, захватив одной рукой пяточную область, а другой — передний отдел стопы, производит сильную тракцию по длине с одновременной супинацией (при подвывихе кнаружи). После репозиции накладывается стремянная гипсовая повязка. По спадении отека (на 6—8 день) производится контрольная рентгенография и, если вторичного смещения не произошло, повязка укрепляется двумя гипсовыми кольцами (в верхней трети голени и над лодыжками), больному разрешается ходить с костылями. Срок иммобилизации при таких переломах равен 8—10 неделям.

Восстановление трудоспособности при одно- и двулодыжечных переломах с подвывихом стопы произошло на сроках около 3 месяцев.

¹ Доложено на итоговой научной сессии институтов травматологии и ортопедии РСФСР. Л., 1—3 июня 1960 г.

При переломах обеих лодыжек и заднего края дистального эпифиза большеберцовой кости с подвывихом стопы, а также при переломах Дюпюитрена со значительным смещением отломков срок иммобилизации после репозиции отломков увеличивается до 2,5—3 месяцев.

Имея в виду, что при так называемых «трехлодыжечных переломах» есть тенденция к повторному смещению стопы кзади, мы при таких переломах от стремянной гипсовой повязки отказались, ибо она не может обеспечить удержание костных фрагментов в правильном положении. Поэтому после репозиции подобных переломов мы фиксируем конечность циркулярной гипсовой повязкой, наложенной до верхней трети голени. При наложении гипса очень строго следим, чтобы стопа не заняла эквинусного положения.

В остальном лечение больных этой группы аналогично лечению больных с двулодыжечными переломами с подвывихом стопы.

Срок восстановления трудоспособности больных с переломами обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости оказался равным в среднем 4 месяцам.

Ни в одном из 530 свежих переломов, прослеженных в институте в 1959 г., не потребовалось других методов консервативного лечения (скажем, скелетного вытяжения) или открытой репозиции. Во всех случаях удалось закрытым путем, вручную отрепонировать отломки, устранить подвывих стопы и удержать их в правильном положении путем гипсовой иммобилизации до полной консолидации.

Из 530 больных мы вызвали и обследовали в 1960 г. 30 больных с переломами обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы и около 100 больных с другими видами переломов лодыжек.

Оценка отдаленных результатов по общепринятым критериям (восстановление формы и функции пострадавшей конечности, возвращение к труду и др.) показала, что почти во всех из проверенных случаев нам удалось получить «хорошие» и «удовлетворительные» результаты. Лишь один результат был оценен нами как «неудовлетворительный»: больной (по профессии — грузчик) вернулся к своему труду только через 1,5 года после двулодыжечного перелома с подвывихом стопы и переломом заднего края большеберцовой кости.

Однако даже такие, казалось бы, высокие результаты лечения не могут нас удовлетворять, так как сроки нетрудоспособности остаются очень длительными. Так, даже при изолированном переломе одной из лодыжек, считающемся наиболее легким видом повреждения, этот срок составляет 1,5—2 месяца. Продолжительная нетрудоспособность больных вполне оправдывает стремление хирургов к изысканию новых, более совершенных методов лечения переломов лодыжек, позволяющих сократить сроки нетрудоспособности.

В 1959—1960 гг. мы провели лечение 52 больных в возрасте от 17 до 42 лет с однолодыжечными переломами без смещения или с незначительным смещением отломков по несколько видоизмененной методике.

Суть ее заключается в следующем. В день обращения на прием больным в область перелома подкожно и поднадкостнично вводится 20—25 мл 2% раствора новокаина, что дает возможность без боли наложить больному гипсовую лонгету в необходимом положении стопы (вводить новокаин между отломками не обязательно). В гипсовой лонгете больной отпускается домой, и ему рекомендуется постельный режим в течение 5—7 дней. С 6—8 дня разрешается ходьба с костылями с приступанием на поврежденную ногу (в гипсовой лонгете). Через 10—14 дней после перелома гипсовая лонгета снимается, назначаются тепловые процедуры, массаж, гимнастика, разрешается ходьба без костылей.

В этом — постиммобилизационном периоде, начиная с первого дня после снятия гипса, мы производим больному в течение 5—7 дней инъекции новокаина в область перелома по 20—25 мл 2% раствора один раз в день. После каждой инъекции на сустав накладывается тугая повязка.

Этот метод отличается от известных предложений лечения переломов лодыжек инъекциями новокаина (Богдан Стоич и др.) следующим:

1. Мы не отказываемся от гипсовой иммобилизации в течение первых 10—14 дней, так как считаем ее совершенно необходимой в силу замечательного обезболивающего эффекта, достигаемого гипсовой повязкой, а также во избежание вторичного смещения, возможного до развития первичной спайки.

2. Мы производим инъекции новокаина не в первые дни после перелома, а в постиммобилизационном периоде, когда обезболивающее действие гипсовой повязки устраняется, дальнейшая иммобилизация нецелесообразна в силу своих неблагоприятных последствий, а боли держатся. Инъекции новокаина, блокирующего антидромный рефлекс, снимают боли, способствуют быстрейшему спадению отека и восстановлению трофики. Все это вселяет в больных уверенность (а с психологическим фактором нельзя не считаться), и они в более короткий срок начинают ходить без костылей или палочки, лучше занимаются гимнастикой сустава.

Наблюдавшиеся нами больные уже к 21—22 дню ходили довольно свободно, а к работе вернулись через 28—40 дней после перелома. При лечении же по общепринятой методике больные возвращаются к труду через 30—60 дней (Е. Н. Калиновская и др.).

Отдаленные результаты лечения больных по этой методике изучены нами на сроках через 2—10 месяцев после травмы. У всех трудоспособность полностью восстановилась, они вернулись к работе по прежней профессии. Деформации, отеков, цианоза, местных нервных расстройств или атрофии не отмечено, движения в голеностопном суставе восстановились в полном объеме. При рентгенографии на указанных выше сроках патологических изменений не обнаружено, вторичного смещения отломков не отмечено. Все сказанное дает основание оценить результаты лечения как хорошие. Получив такие обнадеживающие результаты, мы предполагаем испытать описанную выше методику при лечении двулодыжечных переломов без смещения отломков.

Госпитализация всех больных с переломами лодыжек позволила бы увеличить количество и частоту инъекций новокаина, что, возможно, способствовало бы еще большему сокращению сроков нетрудоспособности таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калиновская Е. Н. Переломы лодыжек и их лечение, М., 1952.
2. Стоич Богдан. Хирургия, 1947, I.

Поступила 18 марта 1961 г.

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ ПО МЕТОДУ проф. В. В. ТРЕТЬЯКОВА

Асс. Т. И. Степанова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. В. В. Третьяков)
Башкирского медицинского института

Трудности и длительность терапии бесплодия, а порой отсутствие желаемого результата побуждают нас к изысканию новых и доступных методов лечения. При женской стерильности, вызванной перенесенными воспалительными заболеваниями малого таза и инфантилизмом половых органов, мы, по предложению проф. В. В. Третьякова, применяем с октября 1958 г. сухо-воздушные банки на шейку матки.

Ставя банку на шейку матки, мы непосредственно влияем на половую сферу женщины, вызывая гиперемию, под влиянием которой могут рассасываться воспалительные продукты, улучшаться питание тканей, и это может способствовать доразвитию органа при его гипо-