

Г. К. Логинов, В. А. Кузьмин (Куйбышев-обл.). Амбулаторное лечение переломов пяточной кости у детей

В травматологическом пункте с 1973 по 1979 г. зарегистрировано 80 случаев переломов пяточных костей у детей. Так как у 4 пострадавших были повреждены обе пяточные кости, то количество переломов составило 84, или 1,0% всех переломов и 10,9% переломов костей стопы у детей в возрасте от 1 года до 15 лет. 73 ребенка с повреждениями пяточной кости — мальчики. В возрасте до 7 лет было только 12 детей, остальные — старше. У всех детей переломы возникли вследствие прямой травмы: у 73 при падении с высоты и у 7 от удара или сдавления пяточной области. Правая и левая пяточные кости повреждались одинаково часто.

Значительные смещения фрагментов пяточной кости с повреждением ее суставных поверхностей у детей встречаются относительно редко. Мы выявили такие переломы у 8 пациентов. Лечение их, как и пострадавших с переломами обеих пяточных костей, проводили в стационарных условиях.

39 детей с краевыми изолированными переломами или с переломами без значительного смещения, не требующими репозиции отломков, находились на амбулаторном лечении. Всем им при поступлении накладывали заднюю гипсовую лонгету до подколенной области с хорошо отмоделированным сводом стопы. После спадения отека, обычно на 3—4-й день, лонгету заменяли на циркулярную повязку с гипсовым супинатором.

Нагружать поврежденную конечность разрешалось сразу же по высыхании повязки, что избавляло ребенка от необходимости пользоваться костылями и до минимума уменьшало надобность в постороннем уходе за больным. При нагрузке на поврежденную стопу через супинатор центр тяжести перемещается с бугра пяточной кости на ладьевидную и кубовидную кости. При этом происходит искусственное натяжение мышц и связок стопы, что способствует правильному формированию продольного свода в процессе консолидации перелома. Кроме того, раннее функциональное лечение способствует улучшению кровоснабжения в дистальных отделах конечностей, предотвращает развитие трофических изменений в костях и мягких тканях, а также облегчает привыкание больного к необходимому в дальнейшем ношению вкладного супинатора в обуви.

Иммобилизация при краевых изолированных переломах пяточной кости обычно продолжалась до 2 нед. После снятия повязки и контрольной рентгенографии больным в обязательном порядке назначали ношение вкладного супинатора в обуви сроком на 2—3 мес. При компрессионных переломах гипсовую повязку снимали через 3—4 нед, назначали физиотерапевтические процедуры и лечебную физкультуру. В целях профилактики посттравматического плоскостопия ношение вкладного супинатора рекомендовалось в течение года. По окончании амбулаторного лечения детей освобождали от занятий физкультурой в основной группе на 1—3 мес.

Отдаленные результаты лечения проверены у 26 детей в сроки от 6 мес до 3 лет после травмы. Ни у одного из них при рентгенологическом обследовании уплощения пяточной кости не обнаружено. Жалоб на боли в области стоп дети не предъявляют.

Проф. Е. Н. Лексин (Саранск). Диагностические возможности люмбальной пункции у больных, перенесших в прошлом закрытые травмы головного мозга и нейроинфекции

Перед нами стояла задача выяснить возможность более широкого использования люмбальной пункции в диагностических целях и унифицировать регистрацию полученных данных. Для этого мы проводили у больных с последствиями закрытой травмы головного мозга, не имеющих противопоказаний к люмбальной пункции с исследованием ликвородинамических данных (застой на глазном дне, синдром Брунса, бульбарный синдром), пробу Квеккенштедта. Регистрировали следующие шесть показателей: ликворное давление (ЛД) в положении больного лежа; ЛД в положении больного сидя; максимальное ЛД при пробе Квеккенштедта (через 10 с непрерывного сдавления яремных вен); минимальное ЛД при пробе Квеккенштедта (через 10 с после прекращения компрессии яремных вен); ЛД после выпуска определенного (обычно 3—6 мл) количества ликвора, нужного для лабораторного исследования; общее количество выпущенного ликвора, собираемого обычно в три пробирки — для клинического (белок, цитоз, микроскопия осадка), биохимического (сахар, хлориды, кальций и др.) и серологического (р. Вассермана и др.) исследований.

Учет и сопоставление описанных выше шести показателей позволяют выявить шесть вариантов состояния динамики ликвора.

1. Норма. ЛД в положении лежа колеблется от 981 до 1471 Па, а в положении сидя оно в два раза выше.

2. Интракраниальная гипертензия. В положении лежа ЛД выше 1471 Па, а в положении сидя — выше 2942 Па.