

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.

3. Интракраниальная гипотензия. В положении лежа ЛД менее 981 Па, а сидя — менее 1961 Па.

4. Интракраниальная дистензия. Максимальное давление при пробе Квеккенштедта более чем в 3 или менее чем в 2 раза выше исходного.

5. Картина частичного блока в системе церебральной ликвороциркуляции. Минимальное давление при пробе Квеккенштедта более чем на 196 Па превышает исходное.

6. Гидроцефалия. ЛД после выпуска ликвора снижается менее чем на 98 Па на каждый 1 мл выпущенного ликвора. О гидроцефалии свидетельствует также синдром «разведенного» или «разжиженного» ликвора, при котором в ликворе снижено содержание белка, хлоридов и кальция.

Для регистрации показателей ликвородинамики и результатов их анализа мы использовали бланки следующей формы:

ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

Ф. И. О. _____

Дата _____

Цвет ликвора, его прозрачность и другие данные визуального изучения. _____

| Ликворное давление в положении больного сидя, Па | Ликворное давление в положении больного лежа, Па | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|----------------------|---|
| | проба Квеккенштедта | | | выпущено ликвора, мл | после выпуска ликвора, перед извлечением иглы |
| | исходное — сразу после люмбального прокола | максимальное — через 10 с компрессии | минимальное — через 10 с после прекращения компрессии | | |
| 1961—2942 | 981—1471 | в 2—3 раза выше исходного | равно исходному | 3—6 | на 294—588 Па ниже исходного |

Заключение (нужное подчеркнуть): 1) норма, 2) гипертензия, 3) гипотензия, 4) дистензия, 5) частичный блок церебральной ликвородинамики, 6) открытая гидроцефалия.

По этой методике люмбальной пункции, регистрации и анализа полученных данных нами обследовано 278 больных с отдаленными последствиями закрытых травм головного мозга. У всех обследованных больных обнаружены отдельные варианты нарушений ликвородинамики или различные их сочетания. Интракраниальная гипертензия выявлена у 88% обследованных, интракраниальная гипотензия — у 19,1%, интракраниальная дистензия — у 46%, картина частичного блока в системе ликвороциркуляции — у 23%, гидроцефалия — у 54%.

Наш опыт комплексного изучения состояния ликвородинамики у больных с отдаленными последствиями травм головного мозга показывает, что использование ликвородинамической пробы расширяет диагностические возможности люмбальной пункции. Внедрение единого унифицированного бланка регистрации данных люмбальной пункции значительно облегчает их трактовку и дальнейшую научную обработку.

УДК 616.831.959—003.215—089

Канд. мед. наук В. И. Данилов, Р. В. Сарымсаков, П. А. Зельцер (Казань).
Хроническая травматическая эпидуральная гематома в затылочной области

З., 43 лет, 24/1 1977 г. упал и ударился головой. Потерял сознание на несколько минут. В первые часы после травмы была многократная рвота. 25/1 З. был госпитализирован в нейрохирургическое отделение. При поступлении жаловался на головную боль и головокружение.

Сознание ясное. АД 16/10,7 кПа, пульс 70 уд. в 1 мин, число дыханий 16. Симптомы раздражения оболочек головного мозга не выявляются. Очаговая симптоматика представлена левосторонней гемианопсией. В детстве болел менингитом. Последние пять лет периодически отмечались сенсорные джексоновские припадки в левой руке, иногда с кратковременным выключением сознания. На обзорных рентгенограммах черепа не обнаружено признаков травматических повреждений. Усилен рисунок пальцевых вдавлений по своду черепа. Произведена правосторонняя каротидная ангиография. Однако ангиограммы были неправильно оценены и сделано заключение лишь о внутренней гидроцефалии. Предположение об объемном интракраниальном процессе травматического происхождения было отвергнуто. На фоне дегидратационной терапии