

ISSN 1684-9280

Травматология
ЖӘНЕ
Ортопедия

УДК 616 - 080039.57: 617.586.2

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

М.Т. АБИЛЬМАЖИНОВ, Н.Б. ОРЛОВСКИЙ
Казахская государственная медицинская академия, Астана

Известно множество способов лечения компрессионных переломов пяточной кости с помощью спиц Киршнера. Это осуществляется путем проведения трех спиц через передний отросток тела и бугор пяточной кости и приподниманием тела кости с помощью средней спицы, при одновременной фиксации переднего отростка и бугра пяточной кости посредством двух других спиц. Это способ лечения, предложенный А.В. Каплан с соавторами, которые репозицию осуществляют тягой, действующей в трех направлениях.

Однако они при этом являются травматичными, требуют больших усилий для формирования свода стопы, времени, громоздких приспособлении и представляют неудобства при наложении гипсовой повязки.

Чтобы разрешить эту проблему, нами разработан новый способ лечения компрессионных переломов пяточной кости, который позволяет снизить травматичность лечения и способствует более быстрому, с малыми усилиями, восстановлению продольного свода стопы.

Способ осуществляется следующим образом.

После обработки пяточной области йодом, спиртом, под местной анестезией 1% раствором новокаина (20мл), проводят спицу Киршнера через пяточную кость снаружи внутрь, перпендикулярно к оси голеностопного сустава с той целью, чтобы захватить осколки пяточной кости и произвести тягу для формирования продольного свода стопы. Спицу фиксируют в натянутом положении к дуге ЦИТО, а проволочную рамудугу - к ножкам кушетки с помощью скоб. После этого больного укладывают на живот и тягу осуществляют на демпферном вытяжении, присоединив дугу с проволочной рамой. Репозиция переломов происходит самопроизвольно под тяжестью нижней конечности. При этом происходит максимальное расслабление икроножных, подошвенных мышц и ахиллова сухожилия, при котором создается оптимальное положение смежных суставов. Тяга осуществляется в течение 20-30 минут и в таком положении, не снимая тягу, накладывают тыльную гипсовую повязку от средней трети бедра с захватом стопы. Затем удаляют спицу, и гипсовая повязка переводится по мере уменьшения отека в циркулярную, с тщательным моделированием свода. Коленный сустав освобождают от гипса через 5 недель.

Длительность иммобилизации 12 недель. Затем назначается курс лечебной гимнастики и физиотерапевтических процедур. Дозированная нагрузка с супинатором разрешается через 14 недель. Ношение супинатора рекомендуется до конца года.

Способ малотравматичен, удобен, особенно в амбулаторно-поликлиническом звене, так как прием основного потока больных не страдает. Вытяжение и репозиция переломов происходит самопроизвольно и не нуждается в больших материальных затратах. Раму можно изготовить из обычной стальной проволоки диаметром 0,4-0,6 см. При наложении гипсовой повязки создаются оптимальные условия для ассистента и врача. Таким образом, предлагаемый способ позволяет снизить травматичность лечения и возникает доступное альтернативное обеспечение при переломах пяточной кости в амбулаторных условиях.

Данный способ использован в лечении 2 случаев переломов пяточной кости. Благоприятный анатомический результат получен в 92,5% случаях, благоприятный функциональный результат достигнут у 96,2% пациентов.