

снимают и делают рентгеновские снимки. При наличии хорошего сращения отломков назначают массаж мышц предплечья и активные движения в лучезапястном и локтевом суставах. Если костная мозоль недостаточно выражена, накладывают гипсовую повязку еще на 2 недели.

**Перелом лучевой кости в типичном месте** является наиболее частым видом перелома. Такой перелом называют классическим или типичным потому, что имеется типичный механизм травмы, типичный вид смещения костных отломков, типичная локализация перелома в метаэпифизарной зоне. Чаще всего такие переломы наблюдаются в зимнее время, особенно при гололедице и преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста при падении на вытянутую руку с упором на ладонь. Если кисть в момент удара находится в положении тыльной флексии, то возникает экстензионный или разгибательный перелом – перелома **Коллеса**, при гораздо реже встречающемся сгибательном или флекссионном переломе – переломе **Смита** – кисть при падении находится в положении ладонного сгибания.

Диагноз перелома луча в типичном месте ставится без труда. Предплечье при разгибательном переломе имеет типичную деформацию: кисть смещена к тылу, на ладонной поверхности прощупывается конец проксимального отломка. Предплечье и кисть приобретают штыкообразную форму (форму русского штыка). Пальцы находятся в полусогнутом положении. Движения в пальцах, особенно разгибание, ограничены. Движения в лучезапястном суставе невозможны. Нередко отмечается чувство ползания мурашек в пальцах, что обусловлено травмированием нервов, расположенных с волярной стороны предплечья. По рентгенограммам, снятым в двух проекциях, определяют вид перелома и степень смещения отломков. Лечение больных почти всегда амбулаторное. В область перелома вводят 20 мл 2% раствора новокаина. Репонировать отломки лучше вдвоем, так как для сопоставления отломков необходимо вытяжение. Когда предплечье достаточно растянуто, хирург захватывает обеими руками дистальную часть его у лучезапястного сустава так, чтобы большие пальцы лежали на тыльной поверхности предплечья, и, надавливая ими на периферический отломок, сдвигает его в ладонную сторону. В то же время остальными пальцами смещают к тылу центральный отломок и производят сгибание кисти. При сопоставлении отломков исчезает деформация предплечья. Рентгенологически контролируют положение отломков и накладывают гипсовую повязку или тыльную гипсовую лонгету от проксимальной трети предплечья до пястно-фаланговых суставов. Кисть фиксируют в положении сгибания 10-15° и небольшого локтевого отведения. Через день следует проверить гипсовую повязку: убедиться, не причиняет ли она беспокойства больному, не оказывает ли давления на кисть и предплечье, нет ли отека кисти и т. п. Через 2 – 3 дня после стихания боли в месте перелома назначают активные движения пальцами и в локтевом суставе. Сращение переломов лучевой кости в типичном месте происходит за 4 – 6 недель и к этому сроку можно снять гипсовую повязку. Спустя еще 1 – 2 недели функция руки полностью восстанавливается.

**Вывихи костей предплечья.** Локтевой сустав является наиболее сложным в анатомо-функциональном отношении. Он состоит из трех сочленений: