

ная анестезия введением 20 – 30 мл 2% раствора новокаина в полость локтевого сустава над выступающим локтевым отростком и головкой лучевой кости.

Вправление заднего вывиха производят следующим образом. Больного укладывают на стол. Вывих вправляют двое. Помощник становится со здоровой стороны и захватывает пострадавшее предплечье и кисть обеими руками. Вправляющий вывих становится со стороны поражения и берет плечо в нижней его трети так, чтобы большие пальцы рук находились на задней поверхности плеча у локтевого отростка. Затем вправляющий надавливает на локтевой отросток большими пальцами и сдвигает предплечье кпереди, смещая при этом плечевую кость кзади. В это время помощник вытягивает предплечье, медленно сгибая его в локте. Момент вправления сопровождается легким щелчком, появляется возможность сгибания и разгибания предплечья. При свежих вывихах вправление производится легко и не требует применения особой силы.

При вправлении переднего вывиха предплечья больного укладывают на стол ближе к краю со стороны повреждения так, чтобы плечо находилось вне стола. Вправляющий ставит ногу на табурет и упирается коленом в локтевую ямку больного. Захватив одной рукой плечо пострадавшего, а другой предплечье у лучезапястного сустава, производят вытяжение и сгибание предплечья. Вправление следует осуществлять плавными движениями.

После вправления предплечье сгибают в локтевом суставе до прямого угла и накладывают заднюю гипсовую лонгету от подмышечной впадины до пальцев. Через 10—12 дней шину снимают и разрешают движения в полном объеме с массажем мышц плеча и предплечья. Массировать область локтевого сустава нельзя, так как суставная сумка весьма остро реагирует на такое раздражение с образованием костных разрастаний. В редких случаях, когда не удастся бескровное вправление вывиха, а это бывает при ущемлении между суставными концами костей мягких тканей, вывихнутое предплечье вправляют оперативным путем. Операция показана и при застарелых вывихах предплечья.

5.2. Повреждения кисти и пальцев

Среди всех повреждений травмы кисти занимают первое место по частоте. По данным С. Я. Фрейдлина, они составляют 30,8%. В общем числе производственных травм травма кисти занимает более 50%. Специфические особенности функции кисти, её сложный анатомический аппарат, тяжесть травмы, трудность реабилитации и недооценка тяжести повреждений являются причинами ошибок в диагностике и лечении в 28 – 70 % случаев. Повреждения кисти можно разделить на 3 большие группы: 1) ушибы и растяжения; 2) ранения мягких тканей; 3) переломы и вывихи.

При **ушибах кисти** могут произойти подкожные разрывы сухожилий. Чаще всего наблюдаются отрывы сухожилий разгибателей II—IV пальцев у места прикрепления их к ногтевой фаланге. При этом ногтевая фаланга пострадавшего находится в согнутом положении и он не может ее разогнуть. Лечение заключается в приближении концов разорванного сухожилия. Для этого необходимо максимально разогнуть ногтевую фалангу и удержать ее в таком положении до наступления сращения циркулярной гипсовой повязкой. Фиксация