

ние. Повторные рентгенограммы, выполненные через 10 - 14 дней, иногда выявляют щель в связи с процессами остеопороза в области перелома, обязательным для исследования является рентгенография в третьей (косой) проекции. Лечение проводится амбулаторно и заключается в иммобилизации кисти и лучезапястного сустава гипсовой лонгетой от средней трети предплечья до кончиков пальцев на длительный срок.

Переломы пястных костей наступают чаще всего в результате непосредственного удара. Они сопровождаются деформацией на тыльной поверхности кисти, резкой болезненностью при пальпации области перелома, болезненностью при вытяжении за палец или при толчке выпрямленного пальца. Вследствие богатого кровоснабжения тканей кисти быстро нарастающий отёк маскирует деформацию, затрудняя диагностику. Рентгенограммы позволяют локализовать перелом и определить степень повреждения. При переломах без смещения кисть фиксируют гипсовой лонгетой от верхней трети предплечья кончиков пальцев. При смещении отломков производят репозицию после введения в область перелома 10 мл 2% раствора новокаина и затем накладывают гипсовую лонгету по ладонной поверхности кисти. В некоторых случаях не удается консервативное сопоставление отломков и приходится прибегать к оперативному лечению. Для этого чаще всего используются методы открытой репозиции и интрамедуллярной фиксации спицами. Сращение сломанной пястной кости происходит за 2,5 – 3 недели.

Распознавание **переломов фаланг** при переломах без смещения отломков, особенно при трещине ногтевой фаланги, бывает затруднительным и отказ от рентгенографии является основной причиной многих диагностических ошибок. Переломы средней и основной фаланг, которые чаще всего сопровождаются смещением отломков, распознаются легко. Основными признаками перелома являются болезненность в области перелома, усиливающаяся при пальпации и попытках произвести движение поврежденным пальцем, деформация пальца, укорочение и утолщение или реже искривление его. Положительными являются и абсолютные признаки перелома в виде патологической подвижности и костной крепитации. Рентгенограмма, выполненная в двух проекциях уточняет степень смещения отломков. Лечение при переломах фаланг состоит в репозиции отломков и удержании их в правильном положении до наступления сращения. Сопоставление отломков должно проводиться под хорошим местным обезболиванием. Для обезболивания вводят в область перелома 3 – 5 мл 2% раствора новокаина или осуществляют анестезию по Клаппу или Оберст-Лукашевичу: инъецируют у основания пальца по 10 мл 0,5% или 1 – 2 % раствора новокаина с двух сторон.

После репозиции палец фиксируют на специальной проволочной шине, пригипсованной к лонгете, которая удерживает кисть в функционально выгодном положении. Шину изгибают так, чтобы палец был зафиксирован на ней в согнутом положении. Все неповрежденные пальцы должны оставаться свободными. При травме нескольких пальцев фиксируют только поврежденные паль-