

больше уплотняется и возникает сгибательная контрактура соответствующего пальца. По степени выраженности процесса различают три стадии. В I стадии на ладонной поверхности определяется плотный валик и незначительная сгибательная контрактура пальца в пястнофаланговом суставе. Во II стадии тязж распространяется на основную фалангу пальца, контрактура достигает 90°. Разгибание и сгибание пальца ограничены, кожа над валиком грубая, интимно с ним спаяна. В III стадии палец сгибается до острого угла, касается ладони, функция его ограничена. При постановке диагноза следует исключить обычную ожоговую этиологию контрактуры. Лечение I стадии заболевания еще возможно консервативными мероприятиями. Назначают массаж, физиотерапевтические процедуры. Наилучший эффект дает ионогальванизация различными протеолитическими ферментами – гиалуронидазой, стрептокиназой, и т. д., а также ультразвук с гидрокортизоновой мазью, которые ослабляют процесс сморщивания апоневроза и останавливают развитие заболевания. Во II и III стадии показано оперативное лечение в виде радикального иссечения ладонного апоневроза.

5.3. Переломы костей таза

Переломы костей таза относятся к группе наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата и встречаются в 4 – 7% случаев переломов костей. Чаще всего они встречаются у лиц трудоспособного возраста от 20 до 50 лет, преобладают мужчины. В трети случаев они сочетаются с повреждениями других органов, что утяжеляет общее состояние. Частота повреждений тазовых органов (уретры, мочевого пузыря, влагалища и прямой кишки) при травме таза колеблется от 7 до 19 %. Механизм травмы чаще всего прямой – сдавление между движущимся транспортом, при обвалах, падении с высоты и пр. Кровопотеря может достигать 3–4 л, а забрюшинная гематома нередко создает картину острого живота. Очень часто такие травмы сопровождаются шоком – до 30 % случаев и занимают третье место (7-16%) среди причин смерти после автокатастроф (после повреждений головы и груди).

С клинической точки зрения все переломы можно разделить на:

- Переломы с нарушением целостности тазового кольца;
- Переломы без нарушения целостности тазового кольца;
- Переломы переднего полукольца;
- Переломы заднего полукольца.

При осмотре необходимо обратить внимание не только на припухлость и кровоподтеки (так называемые «травматические метки»), но и на положение пострадавшего. Боль заставляет пациента принимать характерное *вынужденное* положение на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными ногами (симптом Волковича) – при переломах переднего полукольца или в состоянии приведения и сгибания – при разрыве лонного сочленения. Пальпации доступны абсолютное большинство из костей таза, поэтому возникновение болезненности при сдавлении таза сбоку во фронтальной плоскости (симптом Вернейля) или сверху (симптом Ларрея), при нагрузке на симфиз заставляет заподозрить перелом костей таза.