

никает патологическая подвижность: при переломе наружного мыщелка голень отклоняется кнаружи, при переломе внутреннего – кнутри. На рентгенограмме отмечается нарушение целостности большеберцовой кости в области одного из мыщелков: нарушение структуры, неровность контуров, а в ряде случаев и смещение книзу.

Лечение переломов мыщелков только стационарное и длится около 3 – 4 месяцев. Первая помощь заключается в хорошей и правильной иммобилизации поврежденной конечности. Гипсовая повязка должна фиксировать коленный сустав, голень и голеностопный сустав. Она должна начинаться на средней трети бедра и заканчиваться на стопе. Циркулярную повязку удобно накладывать, используя лонгету, уложенную по задней поверхности ноги. Лонгету следует хорошо от моделировать в области лодыжек, ахиллова сухожилия, стопы, мыщелков бедра и голени. Отмоделированную лонгету закрепляют круговыми турами нагипсованного бинта. При наложении повязки необходимо следить за тем, чтобы стопа находилась под прямым углом по отношению к голени.

Переломы диафиза костей голени в зависимости от характера травмы бывают поперечные, косые или винтообразные и в некоторых случаях оскольчатые. Встречаются переломы как одной из костей, так и обеих сразу. Поперечные переломы возникают вследствие прямой травмы, косые и спиральные – при резком повороте туловища с фиксированной стопой. Распознать перелом костей голени несложно. Большеберцовая кость лежит непосредственно под кожей, поэтому отломки хорошо прощупываются. Нередко острый конец одного из отломков прорывает кожу, превращая закрытый перелом в открытый. При переломе обеих костей голень под тяжестью стопы поворачивается кнаружи, отломки смещаются под углом. Как и при всех диафизарных переломах, отчетливо выявляются симптомы патологической подвижности и костной крепитации. Малоберцовая кость чаще ломается выше большеберцовой, реже – на одном уровне с ней или ниже. Это необходимо знать при выполнении рентгенограмм. Если одна из костей цела, то не происходит искривления оси голени. Повреждение большеберцовой кости характеризуется выраженной гематомой в области перелома. Больной может поднять ногу, но опираться на нее не может. Перелом малоберцовой кости является менее тяжелой травмой, для него также характерна гематома и наличие болезненности в месте перелома. При этом переломе больной может пользоваться конечностью, правда, с некоторым трудом. Исключение представляет перелом головки малоберцовой кости, при котором нередко страдает малоберцовый нерв, расположенный в непосредственной близости от головки. При повреждении этого нерва нарушаются движения стопой и пальцами, а именно отсутствует активная тыльная флексия стопы и разгибание пальцев. Рентгенологически определяется перелом одной или сразу обеих берцовых костей.

При переломе большеберцовой кости центральный отломок отклоняется вперед тракцией четырехглавой мышцы бедра. Возникает смещение отломков под углом, открытым кнутри. Смещение отломков, как правило, не бывает большим, так как этому препятствует неповрежденная малоберцовая кость. Ле-