

чение перелома большеберцовой кости должно проводиться в условиях хирургического стационара, куда после наложения шины от средней трети бедра до стопы больной подлежит немедленной транспортировке. Лечение одиночного неосложненного перелома малоберцовой кости можно проводить амбулаторно. Накладывают циркулярную гипсовую повязку от средней трети бедра до кончиков пальцев, так же как при переломе мыщелков голени. Иммобилизацию производят в течение полутора месяцев, повязку снимают после рентгенологического определения костной мозоли.

Переломы лодыжек наблюдаются довольно часто, особенно в зимний период, во время гололедицы. Различают переломы внутренней, наружной и обеих лодыжек. При переломе обеих лодыжек в зависимости от механизма травмы может ломаться также передний или задний отдел большеберцовой кости. Чаще всего при таких переломах происходит вывих стопы кпереди или кзади и смещение ее внутрь или кнаружи. В половине случаев переломы лодыжек бывают без смещения.

По механизму получения все травмы делятся на прямые (5,4%) и непрямые – составляющие подавляющее большинство. Непрямые по механизму возникновения делятся на пронационно-абдукционные и супинационно-аддукционные.

При пронационно-абдукционных (74%) переломах стопа чрезмерно отводится и подворачивается кнаружи. Дельтовидная связка при этом чрезмерно натягивается и или разрывается сама или чаще отрывает внутреннюю лодыжку, а если насилие продолжается, то таранная кость упираясь в наружную лодыжку ломает её на уровне голеностопного сустава или на 5-7 см выше, соответственно более тонкой её части. При этом может разорваться и передняя малоберцовая связка, что приводит к диастазу между берцовыми костями. Таранная кость и стопа смещается кнаружи, приводя к подвывиху стопы кнаружи – возникает *перелом Дююитрена*.

При супинационном, гораздо более редком, механизме травмы вследствие приведения и подворачивания стопы кнутри рвутся малоберцово-пяточная и малоберцово-таранная связки или происходит перелом наружной лодыжки на уровне голеностопного сустава, далее таранная кость упираясь ломает внутреннюю лодыжку, что приводит к подвывиху или вывиху стопы кнутри (*перелом Мальгёна*).

При расспросе пострадавших выясняется механизм травмы – больные чаще всего указывают на подвертывание стопы. Отмечается боль в области голеностопного сустава или одной из лодыжек. Припухлость и кровоизлияние, деформация голеностопного сустава наводят на мысль о переломе лодыжки. Активные и пассивные движения в голеностопном суставе резко болезненны, пассивное отведение или приведение стопы вызывают сильную боль. Опороспособность конечности или резко нарушена или невозможна.

При подозрении на перелом лодыжек ведущее место в диагностике принадлежит рентгенологическому методу исследования. Рентгенограмма позволяет не только локализовать перелом одной из лодыжек, но и, главное, определить на-