

личие подвывиха или вывиха стопы, который нередко сопутствует этому виду травмы. При этом на рентгенограмме наряду с костными изменениями отмечается увеличение расстояния между суставной поверхностью внутренней лодыжки и соответствующей плоскостью таранной кости. В норме это расстояние не превышает ширину щели в других отделах голеностопного сустава.

Еще более сложные смещения возникают при переломах лодыжек с одновременным переломом переднего или заднего суставного края большеберцовой кости, так называемых «трехлодыжечных» переломах. Повреждение заднего края при таких переломах встречается чаще, особенно при сочетании с абдукционным переломом. При этом происходит одновременный подвывих стопы кнаружи и назад за счет сокращения икроножной мышцы. Такой двойной подвывих стопы с переломами лодыжек и большеберцовой кости хорошо виден на рентгенограммах, выполненных в двух проекциях. При переломе переднего края большеберцовой кости, который сопровождается чаще аддукционным переломом, стопа вывихивается кпереди.

Лечение большинства переломов лодыжек может проводиться амбулаторно. Только двух- и «трехлодыжечные» переломы с подвывихом стопы, который плохо поддается вправлению, требуют стационарного лечения.

Снимать обувь с поврежденной ноги следует осторожно (валенки, сапоги лучше разрезать). Если на коже в области голеностопного сустава имеются ранки или ссадины их смазывают йодом, закрывают стерильной салфеткой и закрепляют бинтом. После точного рентгенологического установления вида перелома, наличия или отсутствия смещения отломков с подвывихом стопы приступают к репозиции отломков. Если имеется смещение, репозицию производят после соответствующей анестезии: введения в область перелома 15 мл 2% раствора новокаина, внутрикостной анестезии или даже общего обезболивания. Хорошее обезболивание позволяет легко сопоставить отломки.

При вправлении сломанных лодыжек руководствуются общими принципами лечения переломов: приближают отломки друг к другу, устанавливают в правильном положении и удерживают до наступления сращения. Правильность стояния отломков контролируют рентгенологически. Накладывают гипсовую повязку. Перед наложением повязки стопе придают варусное положение при абдукционном переломе или вальгусное – при аддукционном.

При переломах костей голени в нижней трети или в области лодыжек гипсовую повязку накладывают от коленного сустава до кончиков пальцев. Повязка может быть циркулярной или У-образной. Для наложения У-образной повязки необходимо предварительно приготовить шести- или восьмислойную лонгету шириной 8-10 см. Длина лонгеты должна соответствовать расстоянию от внутренней поверхности колена до наружной его поверхности через стопу. У-образную повязку накладывают втроем при согнутом под прямым углом коленном суставе. Один помощник удерживает ногу за бедро, другой – за стопу. Повязку накладывают непосредственно на кожу. Длинную лонгету кладут по внутренней поверхности голени, огибают ею пятку и продолжают по наружной поверхности голени. Помощник, удерживающий бедро, захватывает концы лонгеты и натягивает их. Затем берут марлевый бинт, смачивают его и туго за-