СЕВЕРО-ОСЕТИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

И Н С Т И Т У Т

(Из кафедры госпитальной хирургии – зав.каф.проф.Шапиро Г.Л.,
директор института – доц. Поликарпов С.Н.).

П.П.ГАГИЕВ

НОВЫЙ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Д и с с е р т а ц и я
на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Научные руководители:
Проф.И.А.Полиевктов, проф.А.М.Болдин
и проф. Г.Л.Шапиро

г.Орджоникидзе. 1955 г.

Стр.

Введение 1 - 3

ГЛАВА 1. КРАТКИЙ ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР 4 - 9

ГЛАВА П. АНАЛИЗ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ 10 - 82

а) Ладонные шины при переломах луча в "типичном" месте 21 - 42

б) Тыльные шины 42 - 56

в) Двойные тыльно-ладонные и лучелоктевые шины 57 - 60

г) Циркулярные гипсовые повязки 61 - 69

д) Методы лечения на косынках 70 - 76

е) Лечение постоянным вытяжением 76 - 82

ГЛАВА Ш. ОБОСНОВАНИЕ И ОПИСАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧА В "ТИПИЧНОМ" МЕСТЕ ПО И.А.ПОЛИЕВКТОВУ 83 - 96

ГЛАВА 1У. ДАЛЬНЕЙШАЯ РАЗРАБОТКА И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА 97 -105

ГЛАВА У. ПРИМЕНЯЕМАЯ НАМИ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧА 106 -134

а) Методика вправления перелома и контроль 106 -114

б) Методика контроля результатов лечения 114 -119

в) Сроки фиксации 119 -123

г) Последующее лечение 123 -134

ГЛАВА У1. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ 135 - 214

а) Общая характеристика материала 135 -142

б) Длительность лечения 142 -148

в) Результаты лечения 148 -214

Стр.

ГЛАВА УП – ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 215–240

Выводы 241–245

Литературный указатель . . 246–259

Протоколы наблюдений 260–383

В В Е Д Е Н И Е

Переломы дистального конца лучевой кости привлекали к себе внимание клиницистов на протяжении более 150 лет. Установки в лечении названного повреждения, основанные только на принципе точного восстановления нарушенных анатомических соотношений с помощью иммобилизации смежных суставов обширной гипсовой повязкой до полного сращения отломков, приводили к тяжелым и стойким нарушениям функций конечности. В истории вопроса имели место попытки заменить анатомический принцип лечения функциональным без применения иммобилизующих повязок. Этим подчеркивалась необходимость ранней функциональной нагрузки суставов конечностей без иммобилизации. Это, противоположное первому, направление не улучшило результаты лечения и, по мнению Турнера, только внесло смуту в лечение переломов. Тем не менее борьба этих двух противоположных принципов привела к признанию важности каждого из них. Встал вопрос о методе их разумного и наиболее эффективного сочетания. Результаты лечения улучшились, процент неудовлетворительных исходов, как отмечено Белером (40-50 %), значительно снизился, но все же оставался высоким. Объединение обоих принципов лечения встретило при своей реализации значительные препятствия вследствие заложенного в них антагонизма. Нельзя считать удовлетворительным назначение съемных фиксирующих повязок на период функциональной нагрузки (ЛФК), ибо снятие повязки до образования костной

мозоли нарушало фиксацию отломков и приводило к их смещению, а кратковременные движения в освобожденных суставах оказывались совершенно недостаточными для полного восстановления функции конечности.

Анализ результатов лечения, проводимого по указанной выше системе в Ленинградском Институте Травмотологии (Томп, 1932 г.), свидетельствует о высоком проценте (до 22,9 %) неудовлетворительных исходов лечения при переломах луча в "типичном" месте, преимущественно вследствие вторичных смещений отломков.

Белер систематизировал методику лечения переломов на основе сочетаний анатомического и функционального принципов, однако его методика, достаточно полно предусматривающая соблюдение анатомического принципа лечения (репозиция и иммобилизация до консолидации перелома), ограничивала возможность более широкого осуществления функционального принципа, ибо, при обездвиженных гипсовой повязкой локтевом и лучезапястном суставах, функциональное лечение ограничивается только мышечными сокращениями.

Белеровский метод лечения переломов не разрешил вопроса о полноценном сочетании анатомического и функционального принципов. С другой стороны, оказалось, что и без фиксации локтевого сустава можно предотвратить опасность повторных смещений отломков при лечении переломов дистального конца лучевой кости. О.Р.Улит из Центрального института травмотологии и ортопедии при фиксации только луче-запястного сустава в течение 4-6 недель и последующей лечебной физкультуре

добился лучших результатов, снизив процент неудовлетворительных исходов до 7,5. По материалам Улита все случаи неудовлетворительных результатов лечения (7,5 %) относились за счет стойкой тугоподвижности кистевого сустава. Это означало, что в методике Улита также не был в достаточной степени представлен принцип функционального лечения, из комплекса которого был выключен кистевой сустав.

По своей идее, предложенный И.А.Полиевктовым (1950 г.) метод лечения перелома лучевой кости в "типичном" месте претендует на гармоничное и полноценное сочетание анатомического и функционального принципов.

Предпринятое нами исследование посвящается, таким образом, важному вопросу о возможности одновременного и полноценного сочетания в лечении переломов лучевой кости анатомического и функционального принципов. В практическом отношении наша работа по проверке метода И.А.Полиевктова должна способствовать дальнейшему снижению числа неудовлетворительных исходов лечения переломов дистального конца лучевой кости.

Наш материал составляет 320 случаев переломов дистального конца лучевой кости у 312 больных, накопленный в течение 4-х лет с 1952 по 1955 год.

Г Л А В А 1.

КРАТКИЙ ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

В литературе существуют различные мнения о приоритете первоописания перелома луча в дистальном отделе.

Н.Матти (Matti [156]), Тонтон (Tonton) и В.Г.Вайнштейн (19) в своих работах указывают, что перелом дистального конца лучевой кости впервые был описан Путо (Puto) в 1773 году. На этом основании К.Мезонне[68] называет перелом дистального конца луча переломом Путо-Коллеса.

В доступной нам литературе как отечественной, так и иностранной, нам не удалось найти подтверждения приоритета Путо, о котором говорилось в работах указанных авторов. Большинство авторов, занимавшихся изучением перелома лучевой кости в "типичном" месте связывают имя шотландского хирурга А.Коллеса[141] (Colles) с первой работой, посвященной этому вопросу (1814 г.).

Коллес посвятил данному перелому несколько работ. В одной из них автор описывает перелом луча, как особую форму перелома нижнего конца кости на расстоянии 2-3 дюймов от кистевого сустава. Коллес указал на то, что перелом этой локализации является частым, но не распознается, нередко диагносцируется не как перелом, а как растяжение связочного аппарата кистевого сустава, ушиб или вывих.

В 1850 г. Смитт (Smith [168]) сообщил о редкой форме данного перелома, при которой смещение происходит не в тыльном, а в ладонном направлении (Фаерман [100]). Он же в своем сообщении, указав на приоритет первоописания перелома ди-

стального конца луча Коллесом, предложил называть указанный перелом его именем.

Таким образом, надо полагать, что перелом дистального конца луча вошел в историю медицины только со времени описания его Коллесом. Ранее этот, столь часто встречающийся перелом, не диагносцировался, а трактовался как кровоизлияние, растяжение связочного аппарата или прободение капсулы кистевого сустава.

В дальнейшем внимание хирургов центрировалось преимущественно на клинике и внешней анатомической стороне перелома. Он рассматривался как поперечный перелом дистального конца луча с однообразно повторяющимся смещением к тылу периферического отломка. Такой точки зрения придерживались Коллес (Colles), Дюпюитрен (Dupuytren),Мольгени (Molgeni), Нелятон (Nelaton) и другие видные хирурги середины и конца X1X столетия.

Известный французский хирург Дюпюитрен, который непосредственно занимался изучением этого вида переломов, в конце концов высказал следующее: " Этот перелом настолько част, а результаты его лечения так неудовлетворительны, что не приходится удивляться тому большому интересу, который я лично и мои современники проявили в отношении перелома нижнего конца лучевой кости".

Главным диагностическим средством в то время служил симптом крепитации, свидетельствовавший о наличии перелома. Этот диагностический прием был предложен Коллесом и применялся в течение десятилетия многими авторами.

Отсутствие рентгенологического метода исследования,

недоступность экспериментальных исследований или исследований свежих переломов на трупе, плохая диагностика – все это не давало возможности тщательно изучить особенности перелома дистального конца луча. Таким образом, разнообразные анатомические варианты перелома луча, внутрисуставные переломы, повреждение радио-ульнарного сустава, изолированные переломы шиловидного отростка лучевой и локтевой костей, раздробление или вколачивание фрагментов – оставались нераспознанными.

Внедрение рентгенологического метода исследования по – служило могучим средством диагностики и контроля лечения, а также распознавания анатомических вариантов переломов. Если еще в середине и, отчасти, во второй половине XIX столетия сам Коллес, а также Молгени, Дюпюитрен и др. авторы смотрели на перелом дистального конца лучевой кости, как на повреждение с закономерно повторяющейся клинической картиной при смещении дистального конца отломка к тылу, то теперь рентгенологический анализ в корне изменил представление о характере перелома луча.

Молгени высказывал предположение о возможности отрыва шиловидного отростка локтевой кости. Известный же русский хирург Н.М.Волкович(26) в 1897 году экспериментально и рентгенологически установил, что шиловидный отросток локтевой кости повреждается при переломе луча в 78 проц. случаев. На этом основании Волкович назвал данный перелом не изолированным, как полагали раньше, а переломом обеих костей предплечья.

В дальнейшем, на основании рентгенологического анализа,

удалось детализировать разновидности перелома луча, в частности, изолированные переломы суставного конца лучевой кости, внутрисуставные и околосуставные переломы с раздроблением и вколачиванием периферического отломка.

Изучение анатомических вариантов перелома дистального конца лучевой кости, а также наблюдение за клиническим течением, в зависимости от вида перелома, дало право Тонтону предпринять первую попытку классификации данного вида повреждения.

Крупный теоретик и практик в вопросах травматологии - Матти, изучавший патологическую анатомию перелома, описал возможность разрыва связок в луче-локтевом сочленении с последующим вывихом локтевой кости. Биттнер (Bittner) описал 60 случаев вывиха в дистальном луче-локтевом суставе при переломах луча в "типичном" месте.

Н.М.Волкович(26), обстоятельно изучив клинически и экспериментально данный вид переломов, пришел к выводу, что анатомическая вариабильность его многообразна и, что она находится в тесной зависимости от механизма травмы (1905 г.).

Изучение анатомических вариантов перелома дистального конца лучевой кости в дальнейшем привело к необходимости изучения механизма травмы.

Н.М.Волковичу принадлежит заслуга глубокого освещения не только вопросов анатомии перелома, но и механизма происхождения травмы.

А.Максимович(62) из клиники Г.И.Турнера описал 20 случаев перелома у шоферов, как особый вид профессиональной травмы.

Вопрос о лечении переломов луча в "типичном" месте неоднократно был предметом обсуждения на съездах травмотологов и травматологических конференциях. Г.И.Турнеру(175) (1923 г.) принадлежит приоритет первоописания симптомо - комплекса трофических нарушений, нередко сопровождающих перелом луча в "типичном" месте.

Г.И.Турнер(175) впервые указал на определенную клиническую картину при повреждении луча, которая, по мнению автора, характеризуется появлением плотного отека нижней трети предплечья и кисти, цианозом пальцев, тугоподвижностью в суставах кисти и остеопорозом костей дистального отдела конечности. П.Т.Кондратьев(52) из клиники Турнера подробно изучил механизм повреждения, патогенез и лечение при переломах луча.

Исследования В.А.Тарханова(87) послужили значительным толчком к внедрению функционального метода лечения при переломах дистального конца лучевой кости. При вскрытии кистевого сустава у 17-ти трупов, в семи случаях он обнаружил сообщение между лучелоктевым и лучезапястным суставами. На основании этих исследований сделано заключение, что в определенном числе случаев перелом луча является внутрисуставным и сопровождается гемартрозом лучезапястного сустава.

Большим вкладом в историю вопроса явилось анатомо-био - логическое изучение патогенеза перелома. В.А.Тарханов (87) (1929 г.), экспериментируя на животных и производя исследования на трупах, изучал структуру эпифизов у разных полов. Им установлено, что дистальный эпифиз у женщин имеет мелкопятнистое строение, а у мужчин крупнопятнистое с более

мощными костными балками, отличающимися большой прочностью. Таким образом была выяснена причина более частых переломов луча у женщин.

А.И.Томп(92) из клиники А.Л.Поленова (1932 г.) подробно изучила патологическую анатомию и предложила современную классификацию переломов дистального конца лучевой кости.

В последнее время изучению патологических изменений, наступающих при переломе луча, посвящена анатомо-экспериментальная работа Е.А.Тищук(96) из кафедры А.П.Надеина. В своей диссертации на тему: "Травматические повреждения нервов и сосудов (артерий) области лучезапястного сустава при переломах луча в "типичном" месте", она подробно изучила инервацию и кровообращение данной области. На основании полученных данных, Тищук пришла к выводу, что "...В наступающих при переломах костей какого-нибудь участка человеческого тела (чаще при переломе дистального отдела костей предплечья) трофических расстройствах принимают участие не только вовлекающиеся в процесс крупные и мелкие нервные веточки, но и кровеносные сосуды".

Профессор И.А.Полиевктов(79) в 1933 г. в своей специальной монографии, посвященной изучению данного вопроса, дал глубокий анализ механизма повреждения, патологической анатомии, диагностики и лечения перелома луча. В 1950 г. он предложил и описал оригинальный метод лечения при переломах луча в "типичном" месте в условиях рабочей нагрузки без фиксации лучезапястного сустава.

Г Л А В А П.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

Стремление к созданию у больных неподвижности отдельных частей тела, особенно конечностей, берет свое начало с самых ранних пор существования хирургии. Иммобилизация создавала покой при воспалительных процессах или травматических повреждениях; особое значение иммобилизации придавалось при переломах конечностей.

Первобытный способ создания неподвижности отломков поврежденной конечности осуществлялся с помощью шин, материалом для которых служили деревянные планки, кора, куски металла, кожа животных. Такой материал прикладывался к поврежденной конечности и фиксировался полосками ткани или высушенной кожей животных - ремнями (Турнер(95) - 1934 г.).



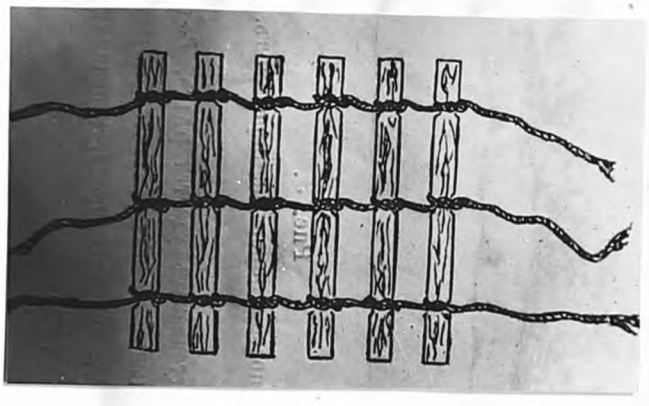
Рис. 1

Рисунок № 1 изображает первобытную фиксирующую повязку отломков бедра, относящуюся к периоду за 3-4 тыс. лет до нашей эры.

С большой изобретательностью вопрос о фиксации перелома решался народной медициной.

Пластинчатая шина по "Каробандины", сходная с абиссинской шиной, служила для целей иммобилизации в закавказской народной медицине (Каробандина, Переломы конечностей, стр.75).

Эта шина в дореволюционное время еще имела широкое приме - нение на Кавказе.



Шина состояла из шести дощечек, соединенных между собой толстыми, мягкими шнурами (рис.2).

Рис. 2.

Она была рассчитана на плотный охват конечности со всех сторон. При открытых переломах она обеспечивала доступ к ране.



Рис. 3
Способ фиксации переломов взят из "Каробандины".

На рис. 3 показана иммобилизация конечности при помощи описанной выше пластинчатой шины. Голень фиксирована шиной, стопа укреплена неподвижно к кольям, вбитым в землю, придавая тем самым стопе среднее физиологическое положение.

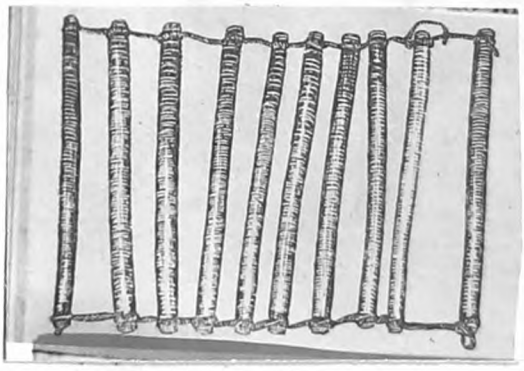


Рис.4. Абиссинская шина

На рис.4 изображается аналогичная шина, применявшаяся в Абиссинии для лечения переломов нижней конечности. Шина состоит не из дощечек, а из бамбуковых пластинок, фиксированных между собою веревкой или ремнями. Повидимому, указанные типы повязок в то время находили себе применение и при переломах верхних конечностей.

В первой и во второй половине XIX столетия, в качестве средств для иммобилизации отломков, стали применяться отвердевающие вещества: гипс, яичный белок, желатина, крахмальный клейстер, триполит,столярный клей,декстрин,жидкое стекло и т.д.

Поврежденная конечность обкладывалась полосками различной ткани, смазанными или пропитанными этими веществами. Они медленно отвердевали, плохо фиксировали и делали неподвижными не только конечность больного, но и самого больного. За исключением гипса, желатины и жидкого стекла, указанные материалы для иммобилизирующих повязок и аппаратов в настоящее время представляют только исторический интерес.

Первые попытки применения гипса в хирургии берут свое начало у арабов. Однако эта гипсовая повязка длительное время не находила себе применения в европейских странах. Начало широкого применения ее почти совпадает с первоописанием переломов луча в "типичном" месте. Через два года после описа-

ния Коллесом перелома луча, русский врач - инспектор Белорусской врачебной управы гор.Витебска-Гюбенталь испытал в 1816 г. арабскую гипсовую повязку. Гюбенталь применял гипсовую повязку в форме двух шин - верхней и нижней, которые легко могли быть разделены в случае необходимости. Предварительно обработав пострадавшую конечность маслом, Гюбенталь подкладывал под конечность картон в виде желоба и пространство между картоном и конечностью(раздельно - сперва по задней, а затем по передней полуокружности) заполнял гипсовой кашицей. Края первой половины гипсовой массы, еще до отверждения, подвергались скоблению ножом, смазывались маслом, на ней делались вырезки с таким расчетом, чтобы нижнюю половину можно было скрепить с верхней, приготовленной тем же способом.

Ю.Шимановский (1863 г.) весьма благоприятно отзывается о повязке Гюбенталя, которой он широко пользовался в практике. В Германии Фролин первый оценил труды Гюбенталя и старался распространить его метод в берлинском госпитале "Шарите". Способ Гюбенталя испытывали Клуге и Рост и не могли отказать ему в своем одобрении. Этот способ был принят многими известными хирургами, например: Дифенбахом (1830 г.) и Рихстером (Стельмашонок).[1]

Длительное время гипс находил себе применение в том виде, в котором его предложил Гюбенталь. Далее делались попытки усовершенствовать гипсовую технику. Так, например,Матисен (*Matisen*) предложил применять гипс в виде циркулярной

---

1. Стельмашонок И.М. Оперативное лечение закрытых и открытых переломов. 1952 г., стр.25-26. (Монография)

повязки из длинных полос ткани, протертых сухим гипсом. Повязка, по мере ее накатывания на конечность, постепенно смачивалась водой путем выжимания над ней мокрой губки.

Н.И.Пирогов(74) по этому поводу писал: "Недавно предложенная в Бельгии алебастровая повязка, которая в некоторых отношениях представляет более удобств; но положение ее так, как предложил Метиссен и Ванделоо, мешкотно, непрочно, а изготовление и сохранение еще более неудобно, нежели крахмальная" (Пирогов. "Налипная алебастровая повязка", стр.8). Такую отрицательную оценку дал Пирогов повязке Метиссена.

Великому русскому хирургу Н.И.Пирогову принадлежит приоритет усовершенствования и разработки гипсовой техники. Пирогов внедрил применение изобретенных им гипсовых повязок при лечении переломов конечностей и впервые в мире широко применял этот метод в севастопольских госпиталях в период Крымской войны. Впоследствии Н.И.Пирогов издал монографию: "Налепная алебастровая повязка в лечении простых и сложных переломов и для транспорта раненых на поле сражения".

Тяжелые осложнения от применения несовершенных гипсовых повязок на Западе привели к тому, что многие авторы полностью в них разочаровались. Отдельные авторы предложили заменить гипс различными металлическими и деревянными шинами, а Л.Шампоньер вовсе отказался от применения фиксирующих повязок.

Фольькман (Volkmann), например, описал ишемическую контрактуру и гангрену как результат циркулярных гипсовых повязок. Кренляйн, говоря о лечении переломов, высказывался о гипсовой повязке следующим образом: "Времена гипсовых повязок для большинства переломов прошли безвозвратно".(Цит.по Чижину, 1938 г.).

Таким образом, зарубежные авторы пришли к заключению, что иммобилизующие методы лечения переломов (в частности переломов луча), в виде применения циркулярных, громоздких гипсовых и других отвердевающих повязок, себя не оправдали.

Между тем ту же цель иммобилизации преследовали предложенные взамен гипсовых неподвижные шинные повязки, которые применялись в самых разнообразных видах и формах, начиная от жестяных и проволочных шин и кончая лубками и картонными полосками. В этих шинах, предварительно выложенных достаточным слоем ваты или древесной шерсти, конечность фиксировалась неподвижно.

В принципе лечения переломов дистального конца лучевой кости, заключавшемся в иммобилизации конечности на весь срок лечения, многие авторы стали видеть прямую причину стойких расстройств подвижности пальцев, локтевого и кистевого суставов. Это побудило ряд хирургов либо полностью отказаться от иммобилизации конечности при переломах лучевой кости, либо ограничиться применением шинных повязок, которые ежедневно снимались для производства массажа конечности и пассивных движений.

Однако метод длительной иммобилизации в лечении перелома получил настолько широкое применение и так прочно утвердился в хирургической практике, что трудно было произвести реформу в лечении переломов. И только упорно повторяющиеся тяжелые исходы заболевания - контрактуры, потеря трудоспособности, инвалидность - могли способствовать переходу от принципа длительной иммобилизации для удержания правильного положения репонированных отломков к функциональным принци -

нам лечения методом вытяжения. Эти принципы зародились еще во времена Гиппократа и Авиценна.

В то время метод вытяжения, вследствие своего техни - ческого несовершенства также приводил к тяжелым осложнениям и не мог получить широкого применения.

В 1862 году Свифт (Swift) и Бук (Бик) воспользовались принципами вытяжения и предложили лечить повреждения конечностей с помощью липкого пластыря. Пластырь приклеивался к коже поврежденной конечности, начиная от места перелома и ниже; к нему подвешивался груз.

В 70-х годах метод липкопластырного вытяжения был введен Фольманом в Европе. В последующем этот метод был значительно усовершенствован в Германии Барденгейером(10)(Bartenheier), в России - К.Ф.Вегнером(21), во франции -Ганнекеном (Ganaekein) и Омбриданом (Ombridan), в Италии - Кадивелом (Cadivell)(Цит.по Мезоне).

Еще Брунс (Bruns) в своем руководстве по хирургии (1836 г.) за три года до появления Барденгейеровской экстензионной повязки писал: "После произведенной нами репозиции отломков, дальнейшая наша задача заключается в заботе об удержании отломков неподвижно в восстановленном, нормальном положении и точном соприкосновении до тех пор, пока наступает прочное костное соединение". (Цит.по Вегнеру).

В приведенной цитате Брунса мы видим, что автор проявляет заботу об анатомическом восстановлении поврежденной конечности, но ничего не говорит о восстановлении ее функций. Это было типично для того времени, когда анатомические результаты перелома луча стояли на первом месте. Не трудно

поэтому объяснить причину столь высокого процента неудовлетворительных результатов в лечении перелома дистального конца лучевой кости в 80-х годах прошлого века.

Уже в то время многие авторы (Барденгейер, Е.Петерсен[163] (Petersen), Шторп (Storp[171]), Шампионьер (Championier) постепенно пришли к убеждению, что в основе функциональных неудовлетворительных результатов перелома луча лежат не столько анатомические изменения, сколько длительная неподвижная иммобилизация до наступления полной консолидации.

Изучение литературы по данному вопросу приводит к выводу о том, что методы лечения перелома луча с момента его описания и неудовлетворительные результаты лечения при этом виде переломов привлекали к себе все больший интерес. Мы видим, как постепенно появляются противоречия между старыми принципами лечения и новыми, противоречия, принявшие в 80 - 90-х годах прошлого века острый характер.

В 1889 г. Барденгейер[10] усовершенствовал технику липкопластырного вытяжения и предложил свою методику. В отличие от пластырного вытяжения, применявшегося в 60-70-х годах, Барденгейер предложил накладывать пластырь не от места перелома, а по всей длине поврежденной конечности, независимо от места перелома, и производить вытяжение на высоких подставках с помощью больших грузов.

Увлечение хорошим сопоставлением отломков путем шинной или гипсовой длительной иммобилизации, увлечение оперативными методами фиксации ценой игнорирования функции конечности и вытекающие отсюда неблагоприятные функциональные результаты лечения привели к тому, что в 1895 г. Шампионьер высказал

диаметрально противоположное мнение по вопросу лечения переломов луча.

Шампионьер выступил с требованием ранней мобилизации суставов и лечения переломов с помощью массажа и движений без фиксации. В противовес сторонникам безупречного анатомического стояния отломков, он выдвинул на первое место восстановление функции, если даже она идет в ущерб анатомическим результатам.

Учение Шампионьера о лечении переломов луча массажем и пассивными движениями, пренебрегая фиксацией отломков, не нашло себе многих последователей и не могло их найти, так как автор не считался с анатомическими результатами, что в значительной степени отражалось и на восстановлении функции конечности.

В истории лечения переломов принципы Шампионьера не представляли собой новизны. В 1848 г., спустя 21 год с момента описания перелома луча Коллесом, Сегнер (Segner) лечил больных с переломами луча без фиксации (П.И.Баков), а за год до выступления Шампионьера Петерсен рекомендовал лечить таких больных с помощью косынки. Через год после этого Шторп предложил лечить больных подвешивающейся манжеткой. Оба автора расчитывали на самовправление отломков под действием силы тяжести кисти.

Среди отечественных хирургов того времени методики Петерсена, Шампионьера, позднее - Шторпа, не нашли поддержки. Напротив, на У1 съезде российских хирургов (1906 г.) Турнер выступил с резкой критикой ультрафункционального метода Шампионьера. Г.И.Турнер указал, что "Один из виновни -

ков смуты по вопросу о лечении переломов - Люка Шампионьер в увлечении своими идеями зашел слишком далеко. Требование более тщательного восстановления анатомической нормы повлияло на охлаждение желания лечить переломы путем движения и иммобилизации, как будто, отвоевывает свои прежние права. Лучшим типом иммобилизующей повязки надо признать гипсовую". (Цит. по Томп[91]).

В дальнейшем отечественный хирург Вегнер (1908 г.) устранил антифизиологическую установку Барденгейера - вытяжение в выпрямленном положении конечности , и заменил ее средним физиологическим положением Мухина-Цупингера.

В учении Шампионьера Вегнер по достоинству оценил ранние движения, но отбросил крайность и недооценку восстановления анатомического стояния отломков.

Таким образом, у нас в России Вегнер впервые выработал свой метод функционального лечения перелома конечностей на основе физиологических принципов.

Следующей попыткой одновременного выполнения принципов анатомического и функционального лечения переломов является методика Белера (Böhler [13]), который предложил рабочую нагрузку для конечности в условиях ее фиксации циркулярной гипсовой повязкой, обездвиживающей два смежных сустава.

Таким образом история развития травматологии показала, что успех лечения переломов зависит от одновременного максимально полноценного сопоставления и удержания отломков путем их фиксации и ранней функциональной нагрузке мышечно-суставного аппарата конечности.

В последнее время по определенным показаниям получил широкое применение метод лечения переломов штифтованием (Богданов, Приоров, Еланский и др.), который рассчитан на точное сопоставление отломков и раннюю функциональную и рабочую нагрузку конечностей, что имеет большое значение в связи с установившимся взглядом.

Ф.Р.Богданов (26 съезд хирургов, 1955[127]) считает, что для восстановления костной ткани необходимы следующие условия:

1. сопоставление костных отломков до сколоченности;
2. удержание отломков;
3. наличие биологического субстрата (пластического материала), могущего быть использованным организмом в процессе восстановления кости;
4. наличие мышечного футляра;
5. наличие хорошего кровообращения кости;
6. ранняя функция органа;
7. благоприятное общее состояние организма.

Ф.Р.Богданов считает, что этим условиям отвечает введение металлического стержня с добавлением (при необходимости) костной аутопластики.

И.Л.Полиевктов[(78)] ввел в практику принцип физиологического лечения переломов в условиях прочной фиксации отломков при ранней рабочей функции конечности и свободных движениях во всех суставах (1950 г.).

В частности, для переломов дистального отдела лучевой кости Полиевктов предложил свою методику лечения, обеспечивающую раннюю и полную функцию в локтевом, лучезапястном и

пальцевых суставах при прочной фиксации вправленных отломков.

И.А.Полиевктов подходит с принципиально новых позиций к решению вопроса о лечении так называемых переломов лучевой кости в "типичном" месте, но указывает на недостаточное количество личных лечебных наблюдений.

Проверка принципиальных позиций Полиевктова в их практическом отношении является задачей, которую мы поставили перед собой в настоящей работе.

Прежде чем перейти к решению стоящей перед нами задачи, мы считаем необходимым кратко проанализировать основные методы фиксации, рекомендованные до настоящего времени при лечении переломов дистального конца лучевой кости.

а) Ладонные шины при переломах луча в "типичном" месте.

Изложив кратко в общих чертах историю вопроса, переходим к краткой характеристике методов лечения и фиксации переломов дистального конца лучевой кости.

Нужно отметить, что со времени первоописания перелома луча в дистальном отделе шла дискуссия по вопросу о наиболее выгодном положении кисти при фиксации отломков луча. Внимание исследователей концентрировалось на том, чтобы обеспечить лучшее положение кисти и пальцев в функционально выгодном отношении, а с другой стороны сохранить достигнутое при вправлении положение отломков.

С этой целью предлагалась фиксация перелома луча на различных в конструктивном отношении шинах и в различном

положении кисти: в резкой ладонной флексии (Шеде), резкой тыльной флексии (Матти[156], Цупингер[174]), резком ульнарном отведении (Штромейер). Наконец, предлагалась шина, придающая кисти средне физиологическое или средне функциональное положение (Полиевктов), а также выпрямленное положение без малейшего отклонения к тылу или ладони.

В неменьшей мере шла дискуссия по вопросу об установке предплечия в наиболее выгодное положение: супинации, пронации или среднем положении между супинацией и пронацией.

Из отечественной и иностранной литературы нам удалось собрать 52 метода фиксации отломков при переломе дистального конца лучевой кости.

Ими предусматривается применение ладонных, тыльных, двойных тыльно-ладонных и луче-локтевых, циркулярных, фиксирующих один или два сустава, косыночно-манжеточных повязок, а также различных приспособлений для фиксации и лечения методом вытяжения и, наконец, оперативные методы фиксации отломков.

Ладонные шины подразделяются на шины, фиксирующие кисть в ладонной флексии (Дюпюитрен, Шеде, Бляндена, Кохер (Cocher) Кауфман (Kaufmann[152]), Н.Грехем[139] (Graham). Шины, фиксирующие кисть в прямом положении ∠ Р.Клапп[151] (P Klapp), Петров Z, прямые и желобоватые шины Беля и шины Штромейера с резким ульнарным отведением. Кроме того, известны ладонные шины, фиксирующие кисть в резкой тыльной флексии (Цупингер, Матти, Белер[13]), ладонные шины Полиевктова, фиксирующие кисть в среднем физиологическом и функциональном положении и другие.

Одной из самых старых конструкций ладонных шин, которая была применена как средство для фиксации отломков дистального конца лучевой кости, является железная шина Дюпюитрена, предложенная им еще до 1835 года (рис.5) . Эта шина была изогнута по плоскости и придавала кисти ладонную флексию, что, по мнению автора, создавало лучшие условия для стояния отломков и противодействовало их смещению.

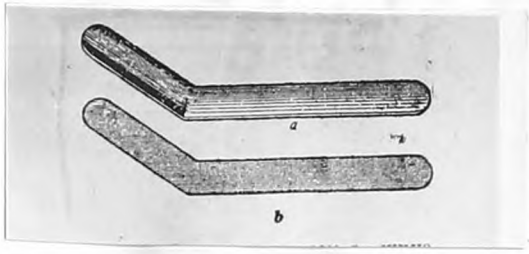


Рис.5.а)шина Дюпюитрена;
б)шина Бляндена.

Несколько позже Бляйден модифицировал шину Дюпюитрена (рис.5 б) и сделал ее не изогнутой по плоскости, а изогнутой по краю. По мнению Бляндена, видоизмененная им шина лучше фиксировала отломки.

Для фиксации отломков дистального конца лучевой кости предлагались всевозможные шины разнообразных систем и конструкций. Несмотря на их сложность и непригодность для фиксации, они в то время имели широкое применение.

К таким шинам относятся стальные кольца Бодена, деревянные лубки Карра.

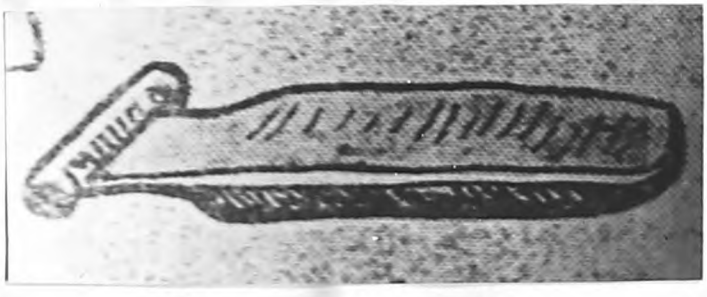


Рис.6. Ладонная шина Карра.

Деревянная ладонная шина Карра(Carr) (рис.6) изготовлялась стандартно.Она укладывалась с ладонной стороны по -

врежденной конечности и фиксировалась к предплечию мягким материалом, устанавливая кисть в умеренной тыльной флексии.

Неудовлетворительные результаты ладонной шины впоследствии побудили Карра предложить шину другой конструкции. Она укладывалась не с ладонной стороны поврежденной конеч - ности, а с тыльной в расчете на то, что тыльная шина обеспечит более устойчивое положение отломков луча. О тыльной шине речь будет итти ниже.

Как тыльная, так и ладонная шина Карра готовились стандартно и в каждом отдельном случае не могли быть пригнаны так, чтобы стойко удержать вправленные отломки.



Рис.7. Шина Шеде.

Другой вариант ладонной шины предложил Шеде. (рис.7). Шина Шеде фикси - рует кисть в положении резкого ладонного сгибания и локтевого отведения, т.е. в том положении, в которое приводится кисть при вправлении отломков. Автор стремился подобной установкой кисти противодействовать вторичному смещению отломков луча. Он исходил при этом из соображения, что линия перелома луча в большинстве случаев имеет косое расположение, в направлении снизу вверх от ладонной поверхности к тылу. Не без оснований Шеде полагал, что если установить кисть в резком волярном сгибании, то такая установка создаст устойчивое положение отломков.

Однако Шеде не учел порочность предложенного им метода, который оказывал губительное действие на функцию конечности

вследствие длительной фиксации кисти в положении резкой ладонной флексии.

Шина Шеде фиксировала конечность в максимальном ладонном сгибании кисти и максимальном ульнарном отведении. В результате такого положения сгибатели пальцев резко укорачивались, а разгибатели, перерастягиваясь, оказывались в неестественном положении. Наступало перерастяжение разгибателей и расслабление сгибателей. Это положение полностью исключало движения как в кистевом суставе, так и в пальцах.

Такое порочное положение кисти даже при непродолжительной десятидневной фиксации приводило к резким функциональным нарушениям, в особенности у больных старшего возраста.

И.А.Полиевктов и ряд других авторов называют метод Шеде "методом калечащим людей", а Белер указывал, что шина Шеде безошибочно ведет к инвалидности у больных старше сорока лет. В настоящее время шина Шеде не находит себе применения в нашей стране, но широко пропагандируется в Америке, Англии в различных модификациях.

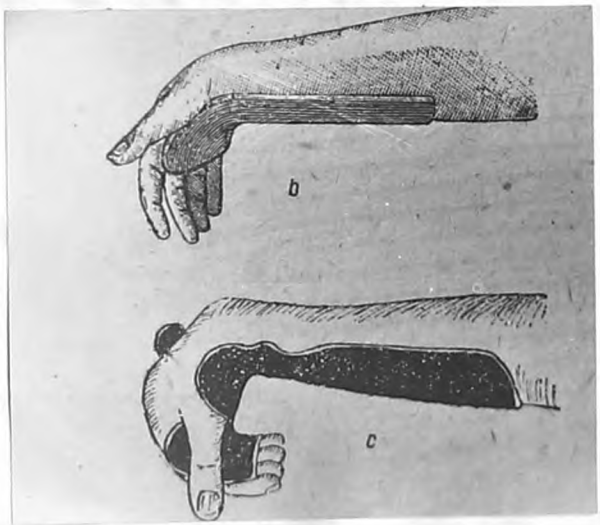


Рис.8. в) Шина Шеде.
С) Шина Кохера.

Шину Шеде, в несколько измененной форме широко применял при лечении переломов луча Кохер (до 1872 г.)(рис.8). Автор изготовлял шину по форме конечности с выемками для костных выступов так, что предплечие и в целом кисть погружа-

лись наполовину в шину; оставались свободными от фиксации только кончики пальцев.

Таким образом Кохер, удлинив шину Шеде вплоть до пальцев и, загнув ее боковые части, придавал кисти и пальцам еще более порочное положение, чем Шеде.

Шину Шеде широко применял также Кауфман[152] (Kaufmann) (1912 г.). На основании рентгенологического исследования он убедился, что эта шина не обеспечивает устойчивое положение отломков. Поэтому для лучшей фиксации дистального отломка автор подкладывал под проксимальный конец ватный валик (рис.9) толщиной в 2 сантиметра и фиксировал отломки на той же шине, игнорируя порочное положение кисти и пальцев. Шина фиксировалась мягким бинтом, а в случаях склонных к повторному смещению поверх мягкого бинта накладывалась еще затвердевающая повязка.

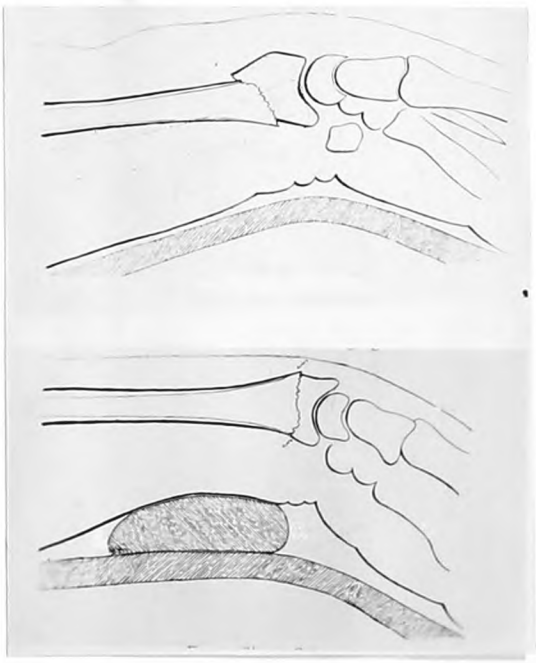


Рис.9. Модифицированная Кауфманом шина Шеде.

Р.Л.Фридрих (Friedrich) считал шину Шеде весьма полезной и предлагал, после вправления нижнего конца лучевой кости, фиксировать конечность в положении супинации при одновременном ладонном сгибании и локтевом отведении кисти. Для удержания такого положения, автор изготовлял гипсовую лонге-

ту (рис.10), которая накладывалась от средней трети плеча до головок пястных костей и фиксировалась марлевым или фланелевым бинтом сроком на 2 - 2,5 недели.



Рис.10. Ладонная шина для правой конечности.

В 1938 году Грехем (Graham) предложил аналогичный метод фиксации перелома луча в "типичном" месте по Шеде, который пользуется широким распространением в Америке в типичном применении или в различных модификациях.(рис.11).



Рис.11. Шина Грехема.

Метод Грехема заключается в следующем: после вправления отломков луча предложенным им методом, конечность остается в положении супинации, резком сгибании кисти и пальцев и радиоульнарном отведении. В таком положении автор накладывает две лонгеты, которые охватывают конечность с трех сторон, оставляя открытой локтевую, отчасти ладонную поверхность конечности. Повязка накладывалась от верхней трети предплечья и до головок пястных костей.

Конечность удерживается в таком положении до отвердения повязки, а затем она фиксируется в трех пунктах циркулярными оборотами мягкого бинта в верхней трети, в средней

и в метакарпальной части. Автор считает, что фиксация конечности в положении супинации является лучшим положением для восстановления функции конечности. Длительность фиксации отломков - шесть и более недель. Через семь дней повязка снимается для гимнастики кистевого сустава и пальцев при плотной фиксации области перелома, охватываемой во время упражнения здоровой рукой. Повязка повторно накладывается с открытым окном не в сторону локтевой кости, а в сторону лучевой, оставляя свободными лучевую поверхность и первый палец; другие пальцы остаются фиксированными. Автор проводил лечение указанным способом у 125 больных с переломами луча в "типичном" месте. При этом из 102-х случаев, наблюдая результаты от трех до шести месяцев, в 21-м из них получил неудовлетворительные исходы. В остальных случаях автор считает результаты лечения хорошими и удовлетворительными. Однако по его данным в 50 % случаев наблюдалось ограничение функции кистевого сустава и в 25 % - ограничение функций пальцев.

В 30 случаях автор наблюдал деформацию в виде подвывиха или вывиха головки локтевой кости, а в 27 случаях - явное укорочение лучевой кости.

Таким образом, метод фиксации Грехема следует считать порочным и он должен быть осужден, как и метод Шеде. Сделать такой вывод дает право большой процент неудовлетворительных результатов, полученных самим автором.

Столь же порочное положение для пальцев и в целом для поврежденной конечности создает предложенная Штромейе-

ром ладонная шина для фиксации перелома луча. Эта шина изготовляется из дерева по форме конечности и рассчитана на максимальное ульнарное отведение кисти (рис.12). С этой целью шина имеет необходимый изгиб для запястья в локтевую сторону и выемку для выступающих частей предплечья и кисти.

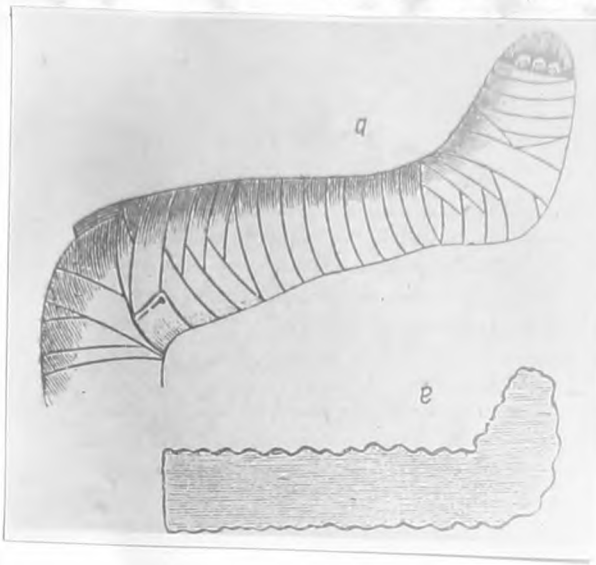


Рис.12. Шина Штромейера.
(Тимофеев(89).

Шина перед употреблением предварительно смягчается, а затем специальными ходами бинта фиксируется к конечности так, что первый и пятый пальцы вовсе закрываются, остаются открытыми только кончики остальных пальцев. Конечность удерживается в таком положении весь период консолидации.

Если даже допустить, что подобная шина могла бы стойко удержать отломки луча, то она во всяком случае исключает всякую возможность движения в пальцах, тем самым она оказывает еще более отрицательное влияние на функцию конечности, чем шина Шеде.

В хирургии с 1910 года утвердилось мнение, что Цупингер[174] (Zupinger), на основании изучения законов физиологии и механики мышц и суставов, впервые указал на значение физиологического положения конечности в лечении переломов. Между тем история развития хирургии свидетельствует совершенно об ином. Как известно, русский хирург конца XVIII

и первой половины XIX столетия Е.О.Мухин[66] еще в 1805 году, т.е. 150 лет назад, в своей книге "Первое начало костоправной науки" писал: "Согбенное положение в сочленении сгибающимся для доставления надлежащего покоя мышцам, в сем случае необходимо нужно".

Из приведенной цитаты можно сделать вывод, что принцип в лечении переломов в "физиологическом положении конечности" принадлежит не Цупингеру, как это утверждают многие авторы, а русскому хирургу Мухину. Мы считаем возможным предложить называть с учетом исторической правды среднее "физиологическое" положение по Мухину-Цупингеру. Мухин настоятельно требовал при фиксации переломов согнутого положения суставов для расслабления мускулатуры. Спустя 108 лет после этого, Цупингер в 1910 году указал на то, что при согнутом положении суставов, сгибатели и разгибатели в равной мере не напряжены, а поэтому при таком положении кисти, склонность к смещению вправленных отломков менее выражена, чем при любом другом положении.

На этом основании Цупингер в противовес методу Шеде предложил при переломах дистального конца луча фиксировать отломки не в положении ладонной флексии, а в тыльной флексии на 30 градусов. Такая установка кисти, по мнению автора, соответствовала наиболее выгодному в функциональном отношении положению конечности.

Для фиксации вправленных отломков луча в тыльной флексии 30°, автор применял не гипсовую повязку, а желобоватую шину Крамера. Перед наложением ее предплечье и кистевой сустав обкладываются ватой. Затем шину прикладывали к воляр -

ной стороне предплечья и кисти от верхней трети предплечья и до ладонной складки. Шина фиксировалась оборотами мягкого бинта. Пальцы оставались свободными, полусогнутая конечность подвешивалась на косынке. В дальнейшем с третьего, четвертого дня повязка снималась два раза в день для массажа. С пятого, шестого дня применялись пассивные движения в кистевом суставе, при этом область перелома фиксировалась путем охвата первым и вторым пальцами. Продолжительность применения шины - три-четыре недели.

Автор отмечает, что у молодых субъектов движения неизменно восстанавливались к концу третьей недели, а мышечная сила - в течение следующих 5-6 недель. У пожилых - движение и сила кисти восстанавливались медленней. Предложение Цупингера вызвало среди хирургов оживленную дискуссию, которая развернулась в направлении поисков физиологической установки кисти. Ряд авторов - Матти, Белер, Птаунер (Ptauner) присоединились к взглядам Цупингера.

Белер предпочитал дорзальную флексию в 30°. С 1919 года он добавлял к тыльной флексии ульнарную абдукцию кисти на 15°. По мнению Белера сочетание тыльной установки кисти с ульнарной абдукцией является наиболее выгодной в функциональном отношении установкой кисти и способствует более мощному сжатию пальцев в кулак, создает условия для большей подвижности суставов. На этом основании Белер предложил первоначально ладонную деревянную шину с тыльной флексией по Цупингеру и ульнарной абдукцией на 15° (рис. 18).

Матти рекомендовал фиксировать отломки в дорзальной флексии на 30-40°. В тех случаях, где этот способ фиксации

не достигал цели – удержания отломков, он рекомендовал фиксировать отломки по Шеде с возвращением через неделю к дорзальной флексии. Эта рекомендация Матти была вызвана тем, что, пользуясь методом Цупингера, он наблюдал вторичное смещение отломков даже на третьей неделе.

Вот почему Матти в отдельных случаях вынужден был фиксировать отломки в резкой ладонной флексии и через семь дней переводить кисть в положение дорзальной флексии.

Предложение Цупингера было одобрено не всеми. Клапп в 1920 году указал, что "соответственно физиологическим законам положение Цупингера имеет недостаток. При незажатом репонированном свежем переломе луча отломки смещаются, если руку привести в дорзальное направление". На этом основании Клапп, осуждая метод Шеде, отвергал и фиксацию по Цупингеру, он рекомендовал фиксировать отломки лучевой кости не в тыльной флексии на 30–40°, как предлагали Цупингер и Матти, а в выпрямленном положении. Карр, Браац[138] (Braatz), Гоффа придерживались метода фиксации по Клаппу с ульнарной абдукцией кисти. Позже Белер отказался от тыльной флексии и присоединился к точке зрения Клаппа. Борхарт (Borchart) предложил индивидуализировать подход к каждому отдельному случаю и применять при более сложных повреждениях фиксацию конечностей в волярной флексии, а в легких случаях фиксацию в тыльной флексии.

Вопрос о положении кисти при фиксации дистального отломка обсуждался еще до Цупингера.

Розер в 1868 г. предлагал легкое пронационное положе-

ние, а Роккенхаймер в 1909 г. высказывался за форсированное пронационное положение.

Линерина в 1887 г. предложил ульнарно-абдукционное положение посредством нелятоновской шины. Гоффа (Hoffa) в 1904 г. и Фридрих(106) рекомендовали ульнарно-абдукционное положение, а Лексер(154) в 1907 г. радио-ульнарное абдукционное положение кисти.

Пайер (Payr), отвергая установку кисти по Цупингеру, рекомендовал фиксировать сустав в волярной флексии и ульнарной абдукции. Фриц (Fritz), Лонге(177)(Longe), Мосино (Mocynot), Гельферих (Helferich) рекомендовали фиксировать отломки при тяжелых, легко смещающихся переломах, придавая конечности положение супинации (Баков$_4$).

Отечественные хирурги Фаерман, Баков, Мейерзон, Кондратьев и Полиевктов предлагают при флексионных переломах фиксировать конечность в тыльном сгибании с ладонным отведением, считая, это это положение физиологическим.

Напротив, при экстензионных переломах Полиевктов(79), Гориневская(36), Чернавский(114) и Дедов(42) считают тыльную флексию не физиологичной для мышц сгибателей и не обоснованной с точки зрения патанатомии экстензионного перелома, при котором линия излома чаще идет косо с ладонной стороны к тылу. Эти авторы считают ладонную флексию в 10 - 15 градусов с ульнарным отведением тем средним физиологическим положением, при котором двухсуставные мышцы находятся в состоянии наибольшего равновесия.

Томп(91), Петров(75) и Улит считают выпрямленное положение кисти более удобным для фиксации конечности, так

как в этом положении авторы производят вправление и фиксацию отломков.

Ряд иностранных авторов широко применяет антифизиологическую ладонную флексию по Шеде (Грехем-Graham, Коттон -Cotton (142), Тейлор -Taylor (176), Геринтер -Göringer). Приходится удивляться, что указанные зарубежные авторы повторяют те же ошибки Шеде в наше время и даже предлагают его метод фиксации в еще более неестественном положении кисти. В то же время в отечественной литературе с самых ранних пор и до наших дней метод Шеде осужден как метод, исходящий из антифизиологических установок.

Фаерман (из Харьковского ортопедического института) предложил фиксировать конечность в тыльном сгибании с отклонением кисти к тылу не на 30-40°, а на 15°.

Б.А.Петров говорит следующее: "Лучшее положение дорзальной флексии в практической жизни пришлось заменить положением вытянутой руки. Опыт показал, что гипсование в тыльной флексии требует большого искусства и не всегда дает возможность удержать отломки от смещения, тем более что вытянутая кисть с небольшим ульнарным отведением также хорошо сохраняет движение пальцев, как и дорзальная флексия".[1] Таким образом, Петров заменил тыльную флексию кисти выпрямленным положением.

И.А.Полиевктов (1953 г.) не рекомендует установку кисти в тыльной флексии при переломе луча и считает, что она предрасполагает к вторичному смещению вправленного отломка лучевой кости. Автор рекомендует применять установку Цупингера только при флексионных и открытых переломах луча.

---

1. Б.А.Петров, "О лечении типичных переломов лучевой кости" - 1932 г.

Он же предлагает отказаться во всех случаях экстензионного перелома луча от фиксации отломков в тыльной флексии и рекомендует фиксировать отломки луча в строгом положении средне-физиологического ладонного сгибания в лучезапястном суставе на 10^{0}, при ульнарном отведении кисти на 15^{0}.

С нашей точки зрения, нужно особо подчеркнуть, что сам Цупингер, хотя теоретически резко осудил недостатки господствовавших в то время методов фиксации и лечения переломов луча, тем не менее, сам применял для фиксации переломов луча волярную желобоватую шину Крамера, оставив ее без всяких критических замечаний. Эта шина по своей конструкции не могла обеспечить стойкую фиксацию отломков, тем более, что тыльная флексия кисти явно предрасполагает к вторичному смещению вправленных отломков. Цупингер не учел механизм и патанатомию экстензионного перелома дистального конца лучевой кости, при котором линия перелома обычно проходит косо с ладонной поверхности к тылу, от периферии к центру. В этих случаях тыльная установка кисти на 30^{0} может только предрасполагать к вторичному смещению отломка и противоречит принципу расслабления всех групп мышц в среднем физиологическом положении, к разработке которого сам Цупингер имел непосредственное отношение.

Из ладонных шин следует отметить также конструкцию, предложенную И.А.Полиевктовым в 1933 году и нашедшую широкое применение в поликлиниках, амбулаториях и стационарах Северной Осетии. Особенностью шины является то, что она применяется при экстензионных и флексионных переломах дистального конца лучевой кости и при острых воспалительных про-

цессах кисти и предплечья и поэтому может быть названа универсальной. Шина изготовляется из фанеры и круглого деревянного бруска:

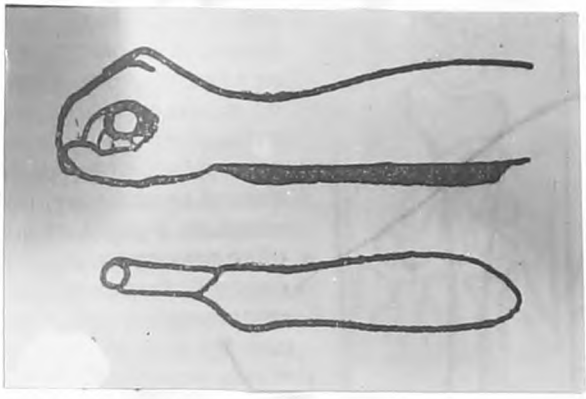


Рис.13. Ладонная шина Полиевктова в первой позиции.

Фанера обрабатывается по форме предплечья. Деревянный брусок фиксируется к фанере клеем и гвоздями под определенным углом. Один угол, составленный линией поперечного сечения фанерной плоскости и длинником бруска, равен 30°, другой - между длинником бруска и перпендикуляром к длиннику шины равен 10°. Шина прочна.

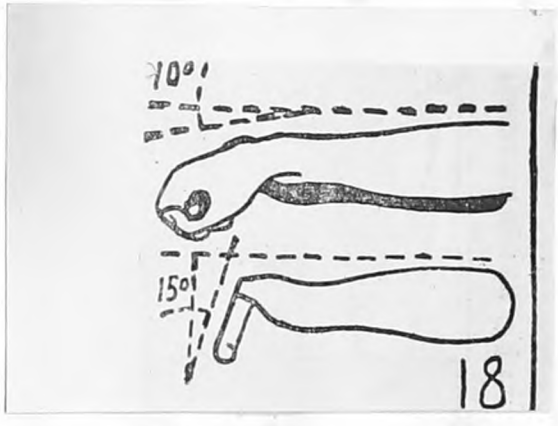


Рис.14. Ладонная шина Полиевктова во второй позиции.

Ладонная шина Полиевктова применяется в двух позициях. В первой позиции шина удерживает кисть в функционально выгодном положении и применяется при флексионных переломах луча, а также при открытых переломах луча(рис. 13). Ладонаая шина во второй позиции (рис. 14) удерживает кисть в среднем физиологическом положении в лучезапястном

суставе и применяется при эстензионных переломах лучевой кости. После вправления отломков, шина во второй позиции подводится под ладонную поверхность предплечья так, что пальцы охватывают деревянный брусок. Затем между шиной и ладонной поверхностью предплечья под проксимальный отло - мок луча укладывается ватный комок для отжимания прокси - мального отломка к тылу. Фиксация шины производится марле- вым или гипсовым бинтом.



Рис.15. Ладонная гипсо- вая шина ВОСХИТО (Свердловск).

Аналогично ладонной фанерной шине Полиевктова (в первой позиции), в Свердловском Институте Восстано - вительной Хирургии (1936 г.) предложена гипсовая ладонная шина для фиксации дистального отломка лучевой кости(рис.15). Шина фиксирует кисть в среднем функциональном положении.

Применяя описанную шину при эстензионных переломах лу- ча, мы убедились, что она обеспечивает успешную фиксацию отломков в том случае, если ватный валик хорошо отжимает проксимальный конец отломка к тылу с ладонной стороны пред- плечья.

В 1944 году Муней(157)(Mooney) для цели фиксации дистального конца лучевой кости изготовлял шину из сосновой доски толщиной в четверть дюйма (рис.16).

Шина располагается с ладонной стороны от верхней тре - ти предплечья, дистальный ее конец срезан наискось под уг - лом 45°, что способствует ульнарному движению пальцев. Та - кая шина может быть приготовлена для правой и левой конеч-

ности, у нее два размера для взрослых и детей. После вправления отломков шина снабжается подкладкой и фиксируется полосками пластыря в верхней, средней, нижней трети и в метакарпальной части кисти.



Рис.16. Ладонная шина Муней.

В сущности шина, которую описывает Муней, давно предложена профессором Полиевктовым. Тем не менее Муней приоритет шины приписывает себе.

Бердяев(11) в 1937 году предложил ладонную и тыльную шину из фанеры, которую изготовлял по форме предплечия и кисти, как указано на рисунке 17.



Рис.17. Ладонная шина Бердяева.

Шина смягчалась ватной подкладкой, затем на нее укладывалась конечность. Автор считал, что нет необходимости придавать кисти какое либо особое положение. При наложении ладонной шины важно заставить больного охватить ладонный край шины пальцами, а потом фиксировать конечность мягким бинтом. Шина снимается через 30 дней. При переломах со значительным смещением рекомендовалось в первые 10 дней после ее снятия одевать шину на ночь, во избе-

жание повторной травмы конечности во время сна. Таким образом непрерывную фиксацию Бердяев рекомендовал в течение 30 дней и прерывистую – 10 дней, всего 40 дней. С первых дней автор рекомендует пассивные и активные движения в пальцах, легкий массаж, тепло для рассасывания гематомы.

Бердяев говорит, что полная функция конечности у лиц физического труда восстанавливается только через несколько месяцев.

С нашей точки зрения эта шина не может быть рекомендована при переломах со смещением отломков к тылу и в сторону лучевой кости. В этих условиях она не может обеспечить фиксацию вправленных отломков независимо от ее применения с ладонной или тыльной стороны.

Желобоватые шины применялись для целей иммобилизации отломков конечностей с глубокой древности. Они изготовлялись заранее по форме той или иной конечности. Главным требованием к желобоватым шинам являлась их точная пригонка к рельефу конечности.

Нужно сказать, что применение как деревянных, так и металлических желобов не может обеспечить достаточную иммобилизацию потому что конечность требует специальной формы желоба. Поэтому шины в виде желоба в настоящее время не находят себе применения. Как ладонные желобоватые шины Белера, так и крамеровские желобоватые шины, которые использовал Цупингер для целей фиксации перело-

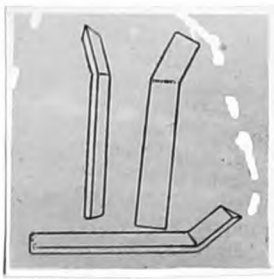


Рис.18. Деревянные лубки Белера

ма луча, не могут быть рекомендованы. Сам Белер в последующем отказался от предложенной им ранее желобоватой шины (рис. 18) при переломах дистального конца лучевой кости в положении тыльной флексии.

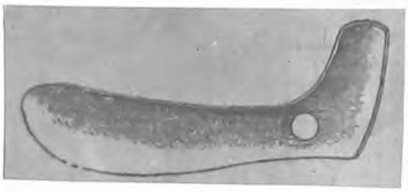


Рис.19. Желоб Белля.

Желоб Белля (рис.19) допускает одновременную фиксацию двух суставов локтевого и кистевого, и в свое время находил применение при любой локализации перелома предплечья. Помимо желоба для фиксации отломков широкое применение при лечении переломов луча находили прямые ладонные шины различных размеров в ширину и по длине. (рис. 20).

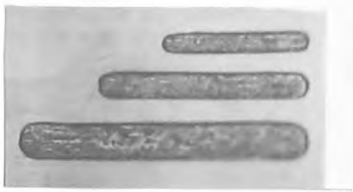


Рис.20. Прямые шины.

При общей характеристике ладонных шин нужно сказать, что при них работа пальцев и хватательные движения кисти резко ограничиваются. Эта работа в полной мере возможна только при кисти, освобожденной от фиксации и в меньшей мере при фиксации кисти в дорзальной флексии. По нашему мнению в этом можно убедиться, если здоровую кисть установить в положении резко волярной флексии и попробовать сжать динамометр. При этом сила кисти окажется значительно уменьшенной. При свободной от фиксации кисти силовые сжимательные движения не встречают ограничений и больной, производя их автоматически, разрабатывает не только мышцы, но и кистевой сустав. Это происходит потому, что при сжатии кисти каждый

раз она из волярной флексии автоматически переходит в тыльную. Если же попытаться сжимательные силовые движения производить при волярной флексии кисти, то сила сжатия оказывается значительно слабее. Волярная же прямая шина вообще исключает возможность сжимательных движений.

Так например, в наблюдении № 35 мы попросили больного сжать динамометр правой здоровой конечностью в крайнем волярном, дорзальном и в непринужденном положении кисти и при этом установили, что сила кисти в ладонной флексии 30^{0} оказалась - 14 кг, в крайней тыльной флексии $30-40^{0}$ - 20 кг, а в непринужденном - 52 кг.

Такие показатели силы конечности в зависимости от положения кисти дают нам право оценить тот или иной способ фиксации с точки зрения возможности работы мышц, а следовательно восстановления рабочей функции конечности. Естественно, что при свободной от иммобилизации кисти сжимательная функция конечности максимально сохраняется. В таких условиях больной не только разрабатывает кистевой сустав, но создает мышечный корсет.

Следует еще сказать, что не все ладонные шины рассчитаны на отведение кисти в локтевую сторону, однако самое сильное сжатие кисти возможно только при ульнарном отведении кисти на 15^{0} и тыльной флексии. Наконец, ладонные шины имеют еще одну отрицательную сторону - при них невозможно проводить в период фиксации дифференцированные движения в пальцах кисти, в которых есть существенная необходимость у людей ряда профессий.

Анализ литературных данных в отношении применения ла-

донных шин показывает нецелесообразность фиксации кисти в крайних положениях ладонного и тыльного сгибания.

Следует считать, что в случаях экстензионных переломов наиболее рациональным будет фиксация кисти в строгом среднем физиологическом положении в лучезапястном суставе или же в выпрямленном положении, но с обязательной ульнарной абдукцией на 15°.

При флексионных переломах дистального конца лучевой кости наиболее устойчивой, в смысле профилактики рецидива смещений отломков, является фиксация кисти в умеренном тыльном сгибании и ульнарном отведении.

Таким образом, все предложенные разновидности ладонных шин при переломах луча в "типичном" месте не в одинаковой степени удерживают вправленные отломки и в той или иной степени ограничивают возможность ранней полноценной функциональной нагрузки конечности, столь необходимой для ускорения репаративных процессов и скорейшего полноценного восстановления функции конечности.

б) Тыльные шины.

Среди предложенных тыльных шинных повязок, получивших широкое распространение во второй половине XIX столетия, следует отметить тыльную шину Нелятона.

Шина Нелятона (рис. 21) была рассчитана на фиксацию конечности от верхней трети предплечья и до головок пястных костей в положении тыльного сгибания и ульнарной абдукции кисти. Сущность этого предложения заключалась в новой уста-



Рис.21. Пистолетная шина Нелятона.

новке кисти. Шина Нелятона в свое время получила широкое распространение благодаря простоте применения и относительной свободе движений пальцами.

Все сказанное о шине Нелятона может быть отнесено к тыльной деревянной шине Карра (рис.22)

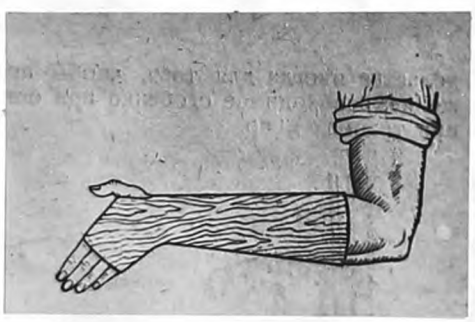


Рис.22. Тыльная деревянная шина Карра. (Из Турнера).

Тыльная деревянная шина Карра фиксирует кистевой сустав в выпрямленном положении, при этом резко отводится кисть в ульнарном направлении. Шина своей вогнутой поверхностью прилежит к выпуклой поверхности конечности.

В настоящее время эта шина представляет лишь исторический интерес.

Не менее широкое распространение получила тыльная шина Розера (рис. 23).



Рис.23. Шина Розера.

Шина Розера изготовлялась из дощечки или плотной фанеры шириной в 5-6 сантиметров и длиной от головки луча до конца большого пальца.

Дощечка с одной стороны обкладывалась тонким слоем ваты и обматывалась бинтом; затем при наложенной на руку шине отмечалось место, соответствующее смещенному на тыл отломку луча, и здесь к шине прибинтовывалась небольшая мягкая подушка из ваты, обернутая несколькими оборотами бинта. Перед наложением шины после вправления отломков предплечье смазывалось клеолом. Шина фиксировалась мягкими турами бинта на всем протяжении предплечья и через большой палец прибинтовывалась к кисти.

По мнению автора фиксация отломков в легком ладонном сгибании (10^0) создает лучшие условия для соприкосновения отломков, а шина, предложенная им, стойко фиксирует вправленные отломки в этом положении. С нашей точки зрения шина Розера не может быть рекомендована в типичном ее применении, так как она рассчитана только на возможность удержания от смещения к тылу дистального отломка, не предотвращая его смещения в радиарную сторону. В целом по своей конструкции эта шина не может обеспечить устойчивое положение отломка луча, исключая возможность движений пальцев. Несколько позже сам автор от предложенной им шины отказался.

Пайер вовсе запретил применение циркулярных гипсовых повязок в своей клинике при фиксации переломов верхней конечности, в частности, при переломе луча в "типичном" месте. По мнению Пайера, циркулярные гипсовые повязки дают неисправимые осложнения. Пайер не рекомендовал также применение деревянных и ме-



Рис.24. Тыльная гипсовая лонгета по Пайеру.

таллических шин, так как они не достигают цели удержания отломков. На этом основании он применял в клинике два способа фиксации перелома дистального конца лучевой кости.

1. С помощью тыльной гипсовой лонгеты (рис. 24).
2. С помощью булавовидной шины (рис. 25).



Рис.25. Булавовидная шинная повязка по Пайеру.

После вправления отломков на специальной подставке, напоминающей наковальню, кисть оставалась в положении резкого ладонного сгибания и умеренной абдукции. Предварительно кисть и предплечье обкладывались ватой или бинтовались. Затем накладывалась гипсовая тыльная лонгета шириной в 8-10 сантиметров от верхней трети предплечья до головок пястных костей и после моделирования фиксировалась мягким бинтом, а после отвердения еще подбинтовывалась крахмальной повязкой.



Рис.26. Булавовидная шина Пайера.

Пайер кроме тыльной гипсовой лонгеты предложил фиксировать отломки с помощью двух шин из дощечек или картона с утолщением дистальных концов (рис. 26). Утолщение создается при помощи ваты, резины или губки длиной и толщиной от 6 до 8 сантиметров. Одна булавовидная шина накладывалась с тыльной стороны конечности. Она оказывала давление на дистальный отломок в направлении сверху вниз, затем накладывалась вторая шина со стороны лучевой кости так, что она производила давление на кисть и отводила ее в волярно-ульнарном отведении. Шины

фиксировались в отдельности мягким бинтом и снимались для Л.Ф.К. через 8-12 дней и только в исключительных случаях - через 2 - 2,5 недели. Через три недели шины окончательно удалялись. Срок лечения больных - от 6 до 8 и от 8 до 12 недель.

Булавовидная повязка Пайера отражает попытки осуществить постоянное эластическое давление на дистальный отломок лучевой кости для профилактики рецидива его смещения.

К тыльным гипсовым шинам должны быть отнесены повязки Браац(136), из коих последняя (1924 г.) заслуживает наибольшего внимания. Браац длительное время пользовался тыльно - гипсовой шиной Беели, предложенной им еще в 1875 году. В то время гипсовая шина Беели была большим шагом вперед в сравнении с другими шинами и ярким доводом против циркулярных гипсовых повязок со всеми имевшими место тогда опасными осложнениями, связанными с ними.

Шина Беели не гарантировала от вторичного смещения отломков, поскольку охватывала конечность только с одной стороны, а другие поверхности предплечья охватывались фиксирующим шину мягким материалом. Констатировав вторичные смещения, Браац в 1887 году отказался от шины Беели и сначала предложил свою спиральную шину. Она представляла собой комбинацию волярно-дорзальной шины, обеспечивающей постоянное давление на нижний конец отломка в ладонном направлении.

Придерживаясь этого принципа, Браац в 1924 году разработал более удачный метод фиксации из индийской конопляной ткани (гесион). Из такой ткани, сложенной вдвое, автор вырезал прямоугольный кусок длиной от головок пястных костей

и до верхней трети предплечья и такой ширины, чтобы он охватывал конечность только с трех сторон. Между двумя слоями ткани вставлялся третий слой таких же размеров, затем на одном конце материи отмерялось расстояние от кистевого сустава и до головок пястных костей, после чего все три слоя перерезались поперек до половины их ширины (рис. 27). Для более устойчивого удержания отломков Браац рекомендовал с тыльной стороны над отломками подкладывать подушки из ткани. После вправления перелома эта повязка, пропитанная гипсом, накладывалась на дорзальную поверхность кисти и вокруг предплечья. Одновременно производилось давление на отломки в противоположных направлениях, как указывают стрелки на рис.27.

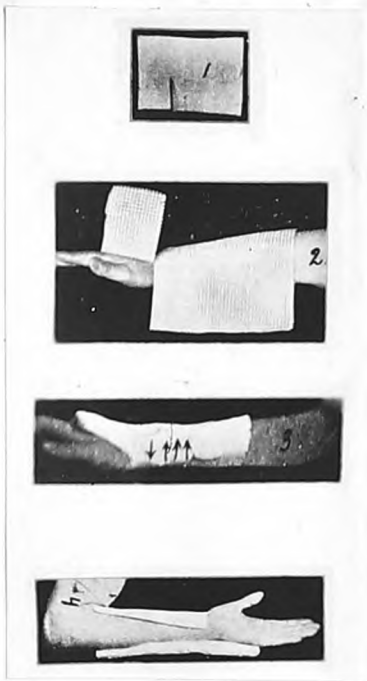


Рис.27. Полуфутлярная гипсовая повязка Браац.

Таким образом, повязка не охватывала всей конечности. Она накладывалась на выпрямленную руку в среднем между пронацией и супинацией положении. Важно то, что Браац рекомендовал накладывать повязку в два этапа в отдельности для предплечья и для кисти, а при ЛФК кистевого сустава снимать только повязку с кисти. Таким образом совершенно освобождался от фиксации луче-запястный сустав для лечения перелома с помощью ЛФК. В последней модификации своих повязок Браац невольно ставит для разрешения вопрос о возможности удержания вправленных отломков лучевой кости при

освобожденном лучезапястном суставе путем давления на них в направлениях противоположных их типичному смещению.

Автор не поднимает сознательно этого вопроса, но он невольно ставится самим предложением автора освобождать от фиксации лучезапястный сустав для Л.Ф.К.

Для нас представляется сомнительной возможность фиксации отломков гипсовой шиной, не охватывающей циркулярно область лучезапястного сустава, что необходимо при освобожденном для движения суставе.

В изучаемой нами методике лечения переломов дистального отдела лучевой кости по И.А.Полиевктову, как будет видно далее, автор основным условием предупреждения вторичных смещений отломков при свободных движениях в лучезапястном суставе считает ограничение супинации предплечья, фиксированного в положении пронации. Шина Браац, в особенности при снятии ее кистевого отдела, не сможет противодействовать вращению лучевой кости вокруг локтевой при супинации предплечья.



Рис.28. Тыльная деревянная шина Белера.

Л.Белер, признавший в 1919 году лучшим положением для кисти функциональное положение Цупингера - тыльная флексия кисти в 30^{0} - нашел целесообразным сочетать флексию с ульнарным отведением на 15^{0}. Для удержания кисти в таком положении Белер сконструировал специальную ладонную деревян-

ную шину (рис. 18).

В последующем Белер, придя к заключению, что волярные шины резко ограничивают функцию пальцев, отказался от их применения и взамен предложил тыльную деревянную шину, сохранив положение тыльной флексии и ульнарной абдукции. (Рис.28). По мнению автора тыльная шина создает лучшие условия для работы пальцев и для двигательной и сжимательной функции кисти, тогда как ладонная шина исключает эту возможность.

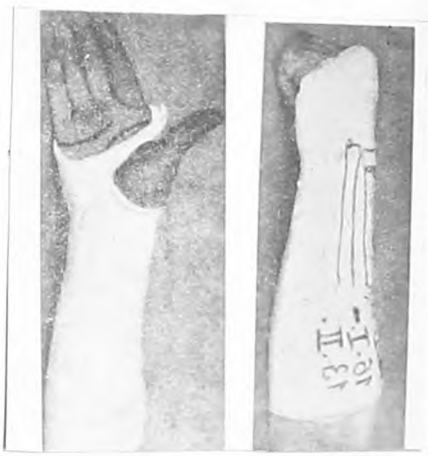


Рис.29. Тыльная гипсовая лонгета Белера.

При отсутствии дорзальной шины с тыльным изгибом, Белер рекомендовал желобоватую тыльную шину с тем условием, чтобы она была уже чем кистевой сустав и чтобы пальцы в ней были свободны. Вскоре после того как Клапп предложил циркулярную повязку в выпрямленном положении кисти, Белер отказался (в 1923 году) от нефизиологического положения дорзальной флексии и предложил тыльную гипсовую шину (рис. 29), длиной от 25-30 сантиметров без подкладки, рассчитанную на фиксацию кисти в выпрямленном положении. Лонгета тщательно моделируется в области лучезапястного сустава и новое смещение, как утверждал Белер, невозможно, так как гипсовая шина охватывает лучезапястный сустав на две трети.

Н.И.Кефер лично наблюдал четыре случая фолькмановской

контрактуры при циркулярных гипсовых повязках. На этом основании он отказался от их применения и, как указывает Баков(4) (1927 г.), в течение 25 лет для фиксации дистального отломка луча применял тыльную гипсовую лонгету от локтевого сгиба до головок пястных костей.

Такая лонгета приготавливалась *ex tempore* и перед наложением у ее дистального угла проделывалось отверстие для большого пальца. Затем лонгета накладывалась на тыльную сторону предплечья так, что ее края заходили на волярную поверхность кисти и предплечья.

Поверх первой лонгеты укладывалась вторая, затем повязка тщательно моделировалась и фиксировалась мягким бинтом.

До отвердения гипса кисть отводилась в локтевую сторону. Этим приемом, по мнению автора, устранялась возможность бокового смещения отломков.

Шина делалась съемной и с 10-го дня снималась на время массажа Л.Ф.К. и теплых ванн. Через 4-5 недель шина окончательно удалялась.

Е.Я.Миронов(70) (1952 г.) ищет пути к ранней функции кистевого сустава при условии фиксации отломков луча. С этой целью он модифицировал старую тыльную шину Розера и предложил ее для прочной фиксации отломка дистального конца луча и в целях сохранения физиологических отправлений кисти. Для этого Миронов укоротил тыльную шину Розера так, что дистальный конец ее доходил только до головок пястных костей, но не до конца пальцев, как это предлагал Розер (рис. 23).

Е.Я.Миронов, придавая решающее значение в восстановле-

нии функции конечности ранним гимнастическим движением не только пальцев, но и кистевого сустава, предложил при переломах с умеренным смещением или без смещения укорачивать шину до кистевого сустава на восьмой день после ее наложения (рис.30). Это давало возможность ранней функции кистевого сустава. В случаях же с большим смещением отломков укорочение шины производилось на десятый день. По удалении шины Миронов отметил движение пальцев у всех больных (100 процентов), а движение в кистевом суставе в 60-80 % случаев. Материал автора составляет 28 наблюдений. К 30-му дню во всех случаях, за исключением двух, функция суставов кисти приходила к норме при хорошей консолидации перелома. Служащие могли приступить к работе через 35 дней, рабочие - через 45 дней.

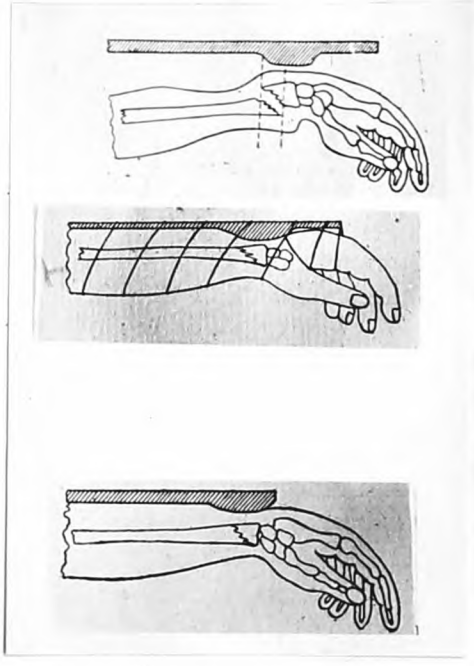


Рис.30. Шина Розера в модификации Е.Я.Миронова.

В предложении Миронова важно оттенить его стремление лечить переломы луча с ранним освобождением для функции лучезапястного сустава. Целесообразность этого мероприятия для функции кисти очевидна, но методика Миронова, повидимому, допустима лишь при переломах с небольшими смещениями отломков и без смещения их.

И.М.Фаерман (100) (из клиники Ситенко в 1931 г.), признав желобоватую шину Белера с тыльной флексией в 30° чрезмерной и функционально невыгодной, модифицировал ее, оставив тыльную флексию в 15° с ульнарной абдукцией в 15°. Применяя такую шину, Фаерман накладывал два ватных валика - один валик соответственно тыльной поверхности дистального отломка и другой - с ладонной стороны у проксимального отломка. Затем шина накладывалась на смягченную ватой тыльную поверхность предплечья так, чтобы дистальный конец ее не выходил за пределы головок пястных костей и фиксировал шину к предплечью мягким бинтом, не переходя ладонной складки. Через 6 дней шина делалась съемной, а в тяжелых случаях, склонных к смещению, через 9-10 дней. Через 2 - 2½ недели она вовсе удалялась.

По мнению Ситенко (1938 г.) тыльная деревянная шина не всегда гарантировала от вторичного смещения дистального отломка в сторону луча из-за невозможности точной пригонки к конечности больного. Вот почему в 1938 году Ситенко, (В.Н.Волинская,27) чтобы устранить недостатки тыльной деревянной шины, предложил тыльную гипсовую лонгету из 6 слоев, с выемкой для первого пальца. Шина накладывается этапно на специальном аппарате (рис. 31), сконструированном в институте.

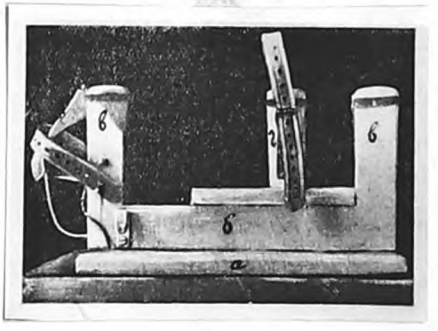


Рис. 31.

После вправления над дистальным отломком луча с тыльной стороны и проксимальным с ладонной, накладываются ватные подушки, которые фиксируются в отдельности мягким бинтом (рис. 32 и 33). Затем конечность укладывается на аппарат для наложения шины в положении ладонного сгибания кисти (рис. 33). Далее накладывается первая часть гипсовой лонгеты до кистевого сустава и фиксируется мягкими турами марлевого бинта (рис.33). После затвердения гипсовой лонгеты, кисть переводится в положение небольшого тыльного сгибания и умеренного ульнарного отведения, которое сохраняется на все время фиксации (рис.33).После этого накладывается вторая часть шины на тыльную поверхность кисти до головок пястных костей. Лонгеты приводятся в соприкосновение и покрываются общей двухслойной лонгетой. Наконец, вся шина фиксируется мягким бинтом(рис.33).



Рис. 32

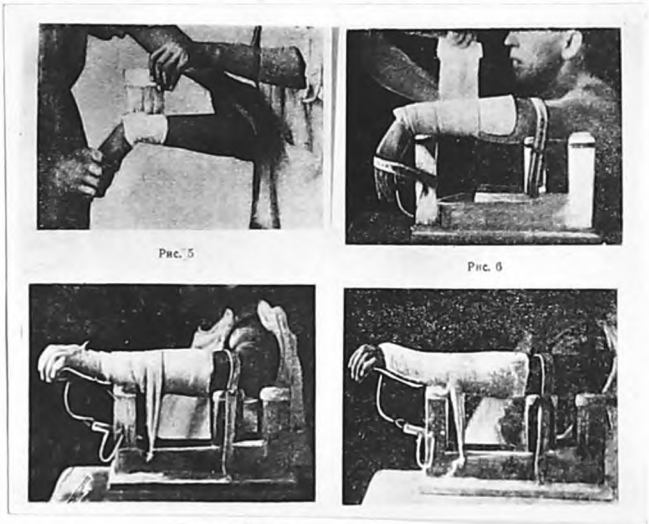


Рис.33.

Рука подвешивается на косынке.

Ситенко рекомендовал повязку для широкого применения. Тем не менее нужно сказать, что методика наложения фикси - рующей повязки по Ситенко сложна и требует специальной аппаратуры. По своему существу она не отличается от повязки Белера, И.А.Полиевктова (1932 г.) и Б.А.Петрова.

Б.А.Петров(75)/1932 г./ видоизменил метод фиксации по Клаппу. После вправления отломка он стал фиксировать конечность не циркулярной гипсовой повязкой, а тыльной гипсовой лонгетой в выпрямленном по оси предплечья положении кисти. Лонгета накладывается от головок пястно-фалангового сочленения и ниже локтевого сгиба на 5 сантиметров. Шина охватывает с трех сторон кистевой сустав и предплечье; фиксируется мягким бинтом. Ладонная поверхность остается открытой, что представляет удобство для применения массажа. Лонгета удаляется через 21 день, а при небольших смещениях отломка - через 14-17 дней.

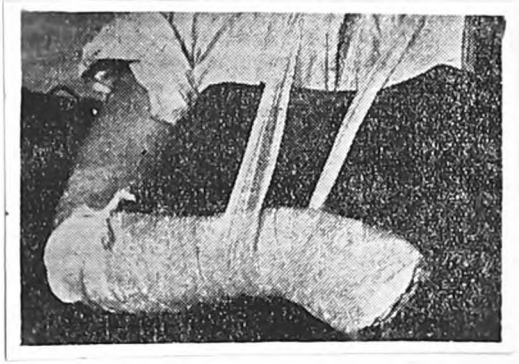


Рис.34. Шина Полиевктова.

В 1933 году И.А.Полиевктов, помимо универсальных ладонных шин, предложил фиксировать экстензионные переломы дистального конца лучевой кости тыльной гипсовой лонгетой от головок пястных костей и ниже локтевого сустава на три поперечных пальца (рис. 34). Такая лонгета, приготовленная *ex temporae* накладывалась после вправления от -

ломков луча на тыльную поверхность предплечья и кисти так, чтобы она почти циркулярно охватывала область кистевого сустава, а область предплечья с трех сторон. При этом кисть устанавливалась в среднем физиологическом положении - ладонная флексия в 10^0 и ульнарная абдукция на 15^0.

Такое положение кисти, по мнению автора, обеспечивает полный покой для всего связочно-мышечного аппарата. При фиксации области лучезапястного сустава почти циркулярной повязкой, исключается возможность вторичного смещения даже при ранних, активных и пассивных движениях пальцев. В такой шине, говорит автор, как правило, больные исполняют легкую работу по самообслуживанию. При отсутствии гипса автор рекомендует воспользоваться тыльной деревянной шиной, к концу которой прибинтовывается ватный валик. С помощью валика при фиксации шины мягким бинтом кисть точно удерживается в среднем физиологическом положении.



Рис.35. Тыльная гипсовая лонгета ВОСХИТО (Свердловск).

В Свердловском Институте Восстановительной хирургии (1936 г.) для иммобилизации отломков дистального конца лучевой кости, пользовались тыльной гипсовой лонгетой с прорезом для большого пальца (рис.35). Лонгета покрывает тыльную и радиальную поверхности нижней трети предплечья на 3/4 всей окружности его и фиксирует кисть в среднем физиологическом положении с ульнарной абдукцией на 15^0.

С.Н.Нечаева(36) из клиники Гориневской в 1952 году проследила 900 случаев перелома дистального конца лучевой кости. Фиксация проводилась с помощью тыльной гипсовой лонгеты. По данным Нечаевой, тыльная гипсовая лонгета, не охватывающая с трех сторон область лучезапястного сустава, как это предлагали И.А.Полиевктов и Б.А.Петров, не гарантирует от вторичных смещений отломков лучевой кости.



Рис.36. Зубчатая тыльная лонгета А.Д. Барышникова.

А.Д.Барышников(9) (1954 г.), при фиксации отломков луча, с целью профилактики повторного смещения, рекомендует видоизмененную тыльную гипсовую лонгету. Автор, для удержания кисти в приданном ей положении после вправления, выкраивает лоскут у нижнего конца лонгеты, который заходит за ладонную поверхность (рис. 36). По мнению автора, выкроенный лоскут в виде "зуба" удерживает кисть и исключает движения в кистевом суставе, а следовательно, предупреждает от вторичного смещения дистального отломка.

в) Двойные тыльно-ладонные и луче-локтевые шины.

Чтобы охарактеризовать все виды иммобилизации при переломах луча в "типичном" месте, необходимо выделить в отдельную группу относительно немногочисленные предложения: вместо одной шины применять две во взаимно-противоположных положениях.

Нет сомнения, что мысль о применении двух шин вместо одной родилась под влиянием неудовлетворяющих результатов лечения с помощью одной шины.

Н.Майер(59)(Meyer) считает, что предложенная Цупингером узкая крамеровская шина обеспечивает фиксацию отломков дистального конца лучевой кости. Но для достижения более устойчивого положения вправленных отломков луча, он все же рекомендует фиксировать отломки не одной крамеровской шиной, а двумя шинами Крамера, расположенными с тыльной и ладонной стороны (рис.37).



Рис.37. Шина Майера.

Обе шины смягчаются подкладкой, которая подворачивается с концов так, чтобы при наложении тыльной шины подвернутый ее конец оказывал бы давление на периферический отломок луча, а подвернутый конец ладонной шины давил бы в противоположном направлении на проксимальный конец. Волярная часть

шины доводится до ладонной складки, тыльная - до головок пястных костей.

По мнению Майера, эти две противодействующие шины создают стойкую фиксацию и предотвращают смещение отломков. Шина укрепляется марлевым бинтом или фланелью. Она не ограничивает движение в пальцах. Автор считает фиксацию локтевого сустава излишней. Срок иммобилизации 8 дней, затем рекомендуется ежедневно снимать повязку для Л.Ф.К. и массажа, который, по мнению автора, следует производить очень осторожно, во избежание вторичного смещения. Супинацию и пронацию Майер разрешает,как и Белер, через три недели.

Одним из самых старых методов комбинированного применения тыльно-ладонных шин является шина Нелятона. Она накладывается следующим образом: соответственно дистальному отломку с тыльной стороны и проксимальному с ладонной укладываются два валика из пластыря или мягкого войлока. Над валиками помещаются две деревянные шины с тыльной и ладонной стороны, при этом тыльная шина доходит до кистевого сустава,противоположная - до ладонной складки. Повязка укрепляется полосками пластыря (рис.38). Описанная повязка Нелятона, несомненно, указывает на стремление автора, еще в то время, к освобождению кистевого сустава от фиксации для ранней функции.

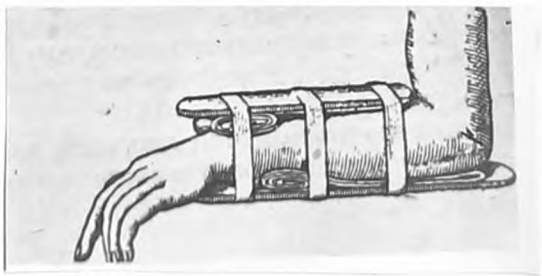


Рис. 38. Шина Нелятона.

С этой точки зрения шина представляет определенный ин-

терес. Однако отрицательной стороной ее является возмож - ность смещения отломка в лучевую сторону.

Коттон(143)(Cotton) указывает, что флексионное положение кисти при переломах дистального конца луча дает наиболее устойчивое положение вправленных отломков. Поэтому для удержания этого положения он предлагает повязку из 8-10 слоев парижского пластыря. Одна восьмислойная пластырная полоса накладывается по тыльной поверхности от локтя и до головок основных фаланг, другая такая же полоска пластыря укладывается с ладонной стороны от верхней трети предплечья и до головок основных фаланг. Для лучшего удержания отломков луча в том же флексионном положении автор предложил фиксировать отломки вместо полос пластыря деревянными прямыми шинами с подушечками наподобие повязки Нелятона. С этой целью тыльная шина укладывается так, чтобы дистальный конец ее доходил до головок пястных костей, под дистальный конец шины накладывается соответственно пястным костям давящая подушечка, которая отводит кисть к ладони и удерживает ее в нужном положении (рис. 39). Другая подушечка подводится под отломки с ладонной стороны так, что она при фиксации

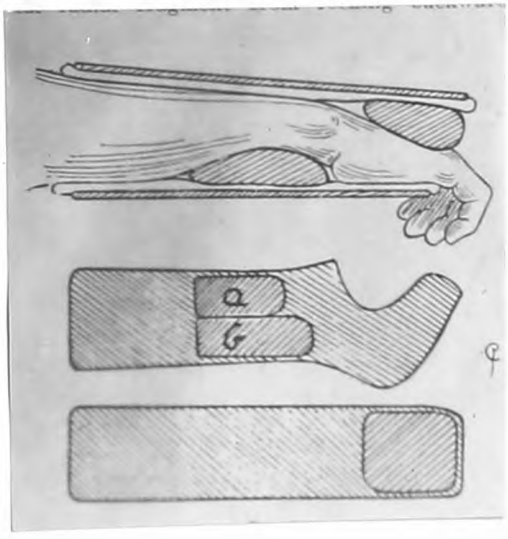


Рис.39. Шина Коттона.

волярной и дорзальной шин пластырем оказывает давление на отломки снизу вверх. Таким образом фиксируются отломки и удерживается кисть в ладонной флексии.

Срок фиксации - три недели. Через каждые 5 дней меняется повязка. В руках автора этот метод дает лучшие результаты в сравнении с другими.

Напротив, Бек стремится удержать отломки двумя узкими деревянными шинами не с тыльно-ладонной стороны, а с луче-локтевой, которые укладываются от метакарпального сустава до локтя. Шины фиксируются пластырными полосами.

При упорной склонности дистального отломка к смещению в сторону ульны, автор укладывает соответственно межкостному промежутку небольшой валик толщиной в мизинец; под сильным давлением укрепляет его пластырем, а сверху накладывает шину.

Если дистальный отломок смещен в значительной степени к тылу, то в таких случаях Бек подкрепляет отломок лучевой пластырной наклейкой и фиксирует отломки шинами с дорзальной и ладонной стороны.

При флексионных переломах Бек рекомендует фиксировать отломки не только боковыми шинами, но и широкими шинами с тыльной и ладонной стороны.

Мы считаем, что применение двойных шин при переломах лучевой кости изжило само себя, ибо оно завершилось предложением фиксации кисти вместе с предплечьем с четырех сторон четырьмя шинами. Такое предложение по своему существу мало в чем отличается от доврачебной Абиссинской шины (см.рис. 4) и шины, созданной народной медициной в Закавказье (рис. 2).

г) Циркулярные гипсовые повязки.

Вопрос о методе фиксации и положении кисти оставался не решенным в конце 19-го и начале 20-го столетий.

Разновидностью многочисленных методов фиксации в этот период явилось предложение Р.Клаппа(151). Он предложил в течение 3-4 недель фиксировать при переломе лучевой кости конечность циркулярной гипсовой повязкой от локтя до пястно-фаланговых сочленений в выпрямленном положении кисти (см. рис.40).



Рис.40. Циркулярно - гипсовая повязка Р.Клаппа.

Метод фиксации Р.Клаппа и установка кисти в выпрямленном положении получили широкое распространение и до сих пор применяются в зарубежных странах. В нашей стране метод Р.Клаппа не нашел сторонников в типичном его применении, но широко применялся в модифицированном виде (Б.А.Петров75).

К циркулярной гипсовой повязке Клаппа приближается повязка М.Петипьера (164). Петипьер (Petitpierre) фиксирует отломки в положении кисти по Клаппу с помощью гипсовой лонгеты, подбинтовываемой к предплечью мягким бинтом (как это предлагал Белер) и крахмальной повязкой для более устойчивого положения отломков (рис. 41).

Срок фиксации по автору - от трех до четырех недель.



Рис.41. Повязка Петитьера.

В начале четвертой недели шина снималась, но еще на 8 дней конечность фиксировалась мягким бинтом. С первых же дней разрешались активные движения в пальцах, а также движение в локтевом и плечевом суставах. Работоспособность восстанавливалась через 5-6 недель.

К циркулярным гипсовым повязкам может быть отнесена также марлево-гипсовая шина Геникэна (рис. 42).

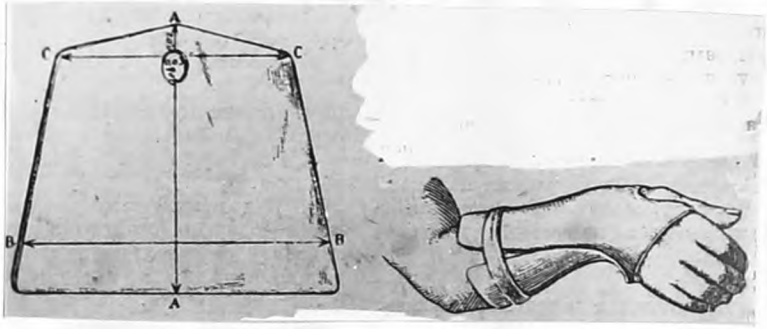


Рис.42. Марлево-гипсовая шина Геникэна (Мезоне).

Шина Геникэна приготовлялась из марли четырехугольной формы (12-15 слоев). Длина повязки - от ладонной до локтевой складки. Ширина равна окружности верхней трети предплечья и метакарпальной части кисти. В середине нижнего конца повязки выше на 2 сантиметра от края ее проделывалось отверстие в 3 сантиметра для большого пальца. Повязка пропи -

тывалась гипсовой кашицей, а затем накладывалась в положении сгибания кисти, локтевом отведении ее и супинации предплечья. Повязка моделировалась. На уровне запястья и кисти края ее заходили один за другой, а в верхней части предплечья они не доходили друг до друга, образуя как бы букву " у ". Гипсовая повязка фиксировалась мягким бинтом. Срок иммобилизации - от 10 до 15 дней.

В 1902 г. Н.М.Волкович(26) предложил новый метод фиксации при переломах луча в "типичном" месте с помощью марлево-картонно-гипсовой шины, применение которой характеризовалось благоприятными анатомическими и функциональными результатами. Эта шина получила широкое распространение.



Рис.43. Марлево-картонно-гипсовая шина Волковича.

При переломах луча в "типичном" месте ее накладывали от верхней трети задней поверхности плеча и до середины пястных костей. Марлево-картонно-гипсовая шина Волковича приготавливалась следующим образом: из тонкого картона вырезалась полоска необходимой длины и ширины. Гипсовый бинт раскатывался по длине картона. Затем хирург бинтовал шину спиральными и винтообразными ходами таким образом, что последующие ходы перекрещивали

предыдущие. В результате получался плотный переплет; картонная полоса оказывалась укрытой 6-8 слоями гипсовых бинтов с каждой стороны. Далее, предварительно покрыв конечность циркулярными турами марлевого бинта или смазав ее вазелином, изготовленную картонно-гипсовую шину накладывали на конечность, установленную заранее в положении ладонного сгибания, локтевого отведения и супинации. Шина прикреплялась циркулярными турами мягкого бинта . По отвердении повязки она укорачивалась с дистального конца почти до средней трети пястных костей, как указано на рис. 43.

В дальнейшем Волкович рекомендовал применять движение пальцами, разминание мяча, массаж. Волкович впервые в истории лечения переломов луча стремился при фиксации отломков создать наиболее выгодные условия для функции не только пальцев, но и кисти. С этой целью он внес новое - укорочение повязки тотчас после ее отвердения и упражнение пальцами при помощи резинового мяча. Волкович указывал, что движение, которое проводит больной пальцами по совету врача, не достигает цели, ибо оно совершается без противодействия. Поэтому в качестве противодействующего фактора Волкович предлагает резиновый мяч. Разминание мяча ставит больную конечность в условия дозированной рабочей нагрузки всего мышечного аппарата пальцев. Упражнения мячом проводились с первых же дней после фиксации и продолжались по снятии повязки. Шина Волковича является простой, в случае надобности легко снимается и меньше чем другие шины, предложенные его предшественниками, препятствует работе мышц.

С нашей точки зрения, недостатком шины является только

то, что она не всегда может гарантировать от возможного вторичного смещения отломков, а фиксация локтевого сустава является обременительной для больного, в то же время она не играет особой роли в удержании отломков.

В.Г.Вайнштейн[19] и Коссабаум[140] (Cassebaum) (1950 г.) фиксацию отломков лучевой кости осуществляют тыльной гипсовой лонгетой от головок пястных костей до середины плеча, с обстоятельным охватом обоих шиловидных отростков.

При тяжелых переломах нижнего конца лучевой кости с раздроблением периферического отломка и смещением его на ширину диафиза и вывихом в луче-локтевом сочленении Белер проводил лечение и фиксацию так же, как при тяжелых переломах диафиза предплечья (рис.44). На материале 239-ти случаев автор в 12-ти имел подобные переломы, в том числе два открытых.



Рис. 44.

Л.Белер[13] утверждает, что "даже в гипсовой повязке без подкладки нельзя продолжительно удержать отломки в правильном положении" (стр. 241). Поэтому он после вправления отломков проводит иммобилизацию следующим образом: у основания 2-5-ой пястных костей проводится нержавеющая проволока, вторая такая же проволока проводится сквозь верхний конец локтевой кости. Концы их скусываются. Затем накладывается тыльная гипсовая

лонгета от головок пястных костей и до верхней трети плеча длиной от 70 до 75 сантиметров. Лонгету прибинтовывают мягким бинтом. Вторая лонгета длиной в 30 сантиметров накладывается со сгибательной стороны предплечья до локтя, и также подбинтовывается мягким бинтом. Затем на сгибательную и разгибательную стороны предплечья ближе к кистевому суставу кладут поверх гипсовых лонгет два деревянных валика и с силой вдавливают их в межкостные промежутки, затем прибинтовывают циркулярными турами гипсового бинта. После затвердения повязки, тяга прекращается. Срок фиксации - 6 недель.

У 12-ти больных с тяжелым раздроблением периферического конца лучевой кости консолидация наступила через 45 дней, трудоспособность восстановилась через 4,5 мес., анатомические результаты во всех случаях были хорошие. Трое больных получили тугоподвижность кистевого сустава и ограничение супинации и пронации. В остальных случаях функция восстанавливалась полностью.

В 227 случаях для иммобилизации применялась дорзальная гипсовая лонгета.

В клинике Г.И.Турнера (1935 г.) применялись два способа фиксации периферического отломка лучевой кости. При осложненных смещением переломах дистального конца лучевой кости и, в особенности, при больших смещениях Турнер, как и Волкович, фиксировал отломки после их вправления тыльной лонгетой с охватом двух суставов - кистевого и локтевого. Гипсовая лонгета толщиной в 8-10 сантиметров и шириной несколько больше полуокружности нижней части предплечья накла-

дывалась от метакарпальных костей до середины плеча при согнутом под прямым углом локтевом суставе, в положении волярной флексии кисти и ульнарной абдукции, при физиологическом супинационном положении предплечья. Через 18-20 дней локтевой сустав освобождался путем укорочения лонгеты до верхней трети предплечья. Через 10-12 дней шина снималась.

При переломах луча без смещения отломки фиксировались тыльной гипсовой лонгетой от головок пястных костей до средней трети предплечья при легкой волярной и ульнарной флексии кисти. Предплечье и кисть при этом устанавливались в положении физиологической супинации. С 7-8-го дня шина снималась для Л.Ф.К. и тепловых ванн. Лонгета удалялась через 3-4 недели.

А.И.Томп производит фиксацию отломков после репозиции строго в зависимости от патолого-анатомических изменений. Как известно, Томп различает пять групп переломов дистального конца лучевой кости. И, в зависимости от патолого-анатомических изменений, после репозиции, производит иммобилизацию тем или иным способом. Тыльная лонгета до локтевого сгиба, а в тяжелых случаях тыльная лонгета до средней трети плеча превращается гипсовыми турами в циркулярную повязку. Минимальный срок фиксации 8-10 дней, а максимальный 2 месяца.

При переломах без смещения (1 группа) фиксацию отломков Томп производит тыльной лонгетой от головки пястных костей и до локтевого сгиба сроком на 10-12 дней. При внутрисуставных переломах (II группа) без смещения или ульнарном смеще -

нии, если нет повреждения связочного аппарата, иммобилизация производится тыльной лонгетой на 12 дней. При околосуставных (III группа), косых и поперечных переломах с резким тыльно-радиарным смещением дистального отломка, сопровождающихся подвывихом или вывихом в луче-локтевом сочленении, иммобилизация производится сроком на 5-6 недель до средней трети плеча. Околосуставные переломы (IУ группа) без раздробления или с частичным раздроблением дистального отломка фиксируются тыльной лонгетой на 8-10 дней. Внутрисуставные вколоченные переломы с частичным или значительным раздроблением дистального отломка на несколько частей обычно осложняются повреждением луче-локтевого сочленения (У группа). При них фиксация производится циркулярно-гипсовой повязкой до средней трети плеча сроком на 7-8 недель.



Рис.45. Пластырная повязка Симсона "Сахарный язык".

Пластырная повязка (рис. 45), предложенная Симсоном, по мнению Хаггарта[145] (Haggart) (1935 г.) является одним из наиболее эффективных и в то же время простым методом иммобилизации конечности, который может быть применен при переломе предплечья и, в частности, при переломе луча в "типичном" месте. Эта

повязка напоминает "стремя" Волковича, применявшееся им при переломах голени.

Для изготовления повязки берется кусок полотна, который натирается парижским пластырем, поверх этого укладывается полоса фланели. Повязка накладывается сразу же, до отвердения от пястно-фалангового сочленения вверх по дорзальной стороне предплечья вокруг локтя и вниз по волярной поверхности до основания пальцев и плотно бинтуется марлевым бинтом. По мнению Хаггарта, описанная повязка, охватывая локтевой сустав, предупреждает пронацию и супинацию и рецидивы смещения, что является особо важным моментом при переломе луча, хотя движения в локтевом суставе повязкой не ограничиваются полностью, - они возможны в пределах 30-40°. При возникновении отека, повязка разрезается между двумя листами шины и подбинтовывается вновь. Таким способом устраняется опасность циркуляторных расстройств. Срок иммобилизации у пожилых людей 6-7 недель, у молодых - от двух до трех недель. Хаггарт(145), применявший повязку Симсона у 15-ти больных, отзывается о ней положительно.

В то же время Коммон (Common 179, 1938), при применении той же повязки, наблюдал смещение отломков и поэтому рекомендовал производить фиксацию их циркулярной пластырной повязкой от локтя и до головки пястных костей с подкладкой ватного комка под дистальный отломок.

При анализе методов фиксации, охватывающих два сустава - локтевой и лучезапястный, нужно сказать, что в настоящее время как в отечественной, так и иностранной литературе отмечено не много сторонников фиксации двух суставов.

д) Методы лечения на косынках.

Вряд ли после вправления перелома лучевой кости в "типичном" месте подвешивание кисти на косынке и ей подобные приспособления могут фиксировать сопоставленные отломки. Считаем, однако, необходимым выделить эти предложения в особую группу. Ряд авторов считает, что плохие исходы лечения перелома луча в "типичном" месте зависят не от нарушения целости самой кости, а от повреждений связок, сумок, суставов, кровоизлияний в ткани и суставы (Петерсен, Шторп, Барденгейер).

Так Петерсен(163) в 1894 г. считал, что для лечения типических переломов луча достаточен простой носильный платок, который поддерживает больную руку до или близко к месту перелома, в то время, как кисть свободно свисает через край платка. Рука при этом принимает ульнарно-волярную флексию вследствие своей тяжести. В связи с тем, что отломки чаще всего смещаются в тыльно-радиальном направлении, автор считает, что ульнарно-волярное положение кисти является противодействующим возможному смещению отломков, которое в этих условиях не может быть значительным.

Уложив конечность в косынку после вправления отломков, он разрешает больным вскоре производить активные и пассивные движения, а также и массаж, что устраняет, по его мнению, возможность развития неподвижности в суставах кисти.

По мнению Петерсена, главное внимание при лечении этих переломов надо обращать не на повреждение костей, а на повреждения мягких тканей. Кость заживает, говорит Петерсен,

если удалось вправить отломки и фиксировать их безразлично каким бы то ни было способом. Петерсен утверждает, что к нарушению функции кисти при этих переломах приводит не перелом кости, а повреждение капсулы, сухожилий, сухожильных влагалищ, гемоартрозы.

Через 27 лет после того как Петерсен предложил лечить больных с переломами луча с помощью косынки, Эден(178) (Eden) в своей статье "К лечению типических переломов лучевой кости" (1922 г.) предлагал тот же метод, утверждая, что по доступной ему литературе он не нашел описания лечения переломов луча с помощью косынки. Эден, описывая лечение больных с переломами луча в течение 20 лет с помощью косынки, наблюдал вторичное смещение в небольшом проценте случаев. Автор в течение первой недели рекомендует больным пассивные движения в пальцах и кистевом суставе, а со второй - активные движения. Косынка снималась через две недели, а через 3 недели, по мнению автора, больные выздоравливали без функциональных нарушений. "Если я говорю о таком простом способе,- пишет Эден,- то делаю это потому, что не встретил его описания ни в учебниках, ни в наших публикациях, но его я считаю очень полезным" (стр.593). Эден выступает против принципа твердых повязок и горячо рекомендует описанный способ.

По мнению Шторпа(171)(Storp) выбор метода фиксации отломков не является существенным в лечении переломов луча. В 1896 г. он писал: " Я уверен,в большинстве случаев можно прийти к цели, т.е. получить идеальное излечение, если

только до наложения повязки произведена полностью репозиция и если фиксирующую повязку оставляют недолго".

Как и Петерсен, Шторп был того мнения, что главным образом при лечении этих переломов надо обращать внимание не на повреждение костей, а на повреждение капсулы кистевого сустава, на повреждение сухожилий и сухожильных влагалищ, а также на кровоизлияние в полость сустава, в особенности у лиц пожилого возраста, у которых повреждение приводит к утолщению и сморщиванию суставной капсулы. Отсюда тугоподвижность, артриты и длительная потеря трудоспособности.

Поэтому Шторп предложил фиксировать отломки после их вправления не косынкой, а пластырной манжеткой, считая, что метод Петерсена не обеспечивает достаточную фиксацию отломков.

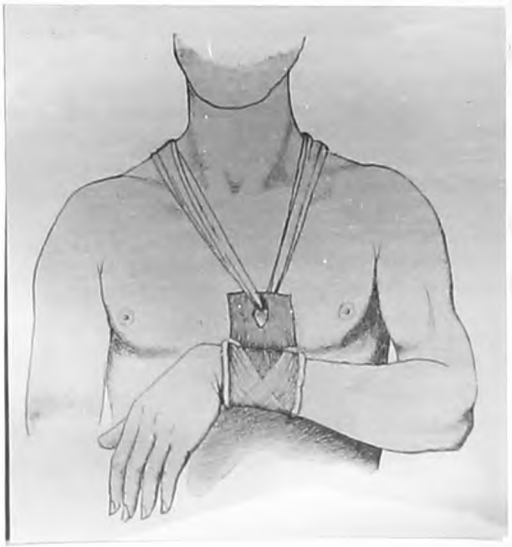


Рис.46. Повязка Шторпа.

По существу, методы Шторпа и Петерсена мало чем отличаются друг от друга. Если Петерсен применял простой носильный платок, то Шторп после устранения смещения накладывал в положении крайней локтевой флексии вместо поддерживающего платка полоску пластыря в 10 сант., несколько раз обвитую вокруг области перелома до шиловидного отростка локтевой кости(рис.46).

Поверх пластыря по Шторпу накладывался второй слой пластыря, края которого продырявливаются, через эти отверстия продевался бинт или платок, который поддерживал конечность. Если радиальное смещение выражено больше, то конечность подвешивалась с лучевой стороны, при этом достигалась желательная ульнарная абдукция. При тыльном же смещении, напротив, рука подвешивается с тыльной стороны предплечья, чтобы обеспечить наибольшую ладонную флексию.

По мнению автора, наступает хорошая консолидация, которая усиливается легким венозным застоем.

Шторп не применяет иммобилизации кистевого сустава - в этом преимущество метода перед всеми предшествовавшими, направленными к фиксации сустава. Однако, следует считать неубедительным заявление Шторпа о возможности стойкой фиксации отломков при помощи предложенной им мягкой пластырной манжетки.

Сам автор, проследив 108 случаев лечения переломов луча этим способом, имел немалый процент выраженных смещений после вправления отломков. Шторп в четырех случаях не мог удержать вправленные отломки с помощью пластырной манжетки и был вынужден прибегнуть к циркулярной гипсовой повязке.

Пластырная манжетка Шторпа снималась через 10-14 дней, затем кисть подвешивалась на косынке. У 91 больного из 108 Шторп получил хорошие результаты, больные могли приступить к работе через 6 недель.

Карл Бек (Веск [133]) предложил (1901 г.) лечить больных с переломами луча браслетом из толстой клеенки, окружающим область перелома и кистевого сустава. Через две

недели автор заставлял больных мять в руке мраморные шарики, чтобы противодействовать "заржавению" сухожилий и их влагалищ.

Ф.Банге(131) (Bange) рекомендовал (1921 г.) в качестве фиксирующей повязки при умеренных смещениях и отрывах шиловидного отростка локтевой кости ленточную манжетку, охватывающую область перелома и отчасти кистевой сустав.

В качестве такой манжетки автор применял спортивный ремень.

Лексер (Lexer 154) предложил фиксировать отломки фланелевым бинтом. Подобную же повязку из эластического бинта применял Штейн (Stein).

Приведенные методы фиксации являются модификацией способа Петерсена и отражают учение Шампионьера о "функциональном" лечении переломов луча. Они не могут быть рекомендованы при лечении тяжелых переломов дистального конца локтевой кости, так как они не являются методами, фиксирующими и предотвращающими смещение вправленных отломков.

Из отечественных авторов только И.Д.Даниляк(41) из клиники Финкельштейна при переломах луча без значительного смещения проводил лечение с помощью косынки со свисающей кистью по Петерсену и Лексеру.

При тяжелых переломах автор фиксировал отломки дистального конца лучевой кости тыльной гипсовой шиной на 4-8 дней, а затем применял эту шину как съемную.

И.Д.Даниляк у 28 больных с тяжелыми переломами луча проводил лечение с помощью косынки. Со второго дня он назначал таким больным массаж, Л.Ф.К., ванны; со второй недели-

движения в кистевом суставе; с третьей недели он разрешал больным выполнять доступную им работу. Через 6-8 недель больные приступали к своей обычной работе.

Лечение с помощью фиксации повреждений конечности на косынках и подобных им приспособлениях не может претендовать на широкое применение, ибо в этих условиях отсутствует гарантия от вторичных смещений отломков особенно при активных и пассивных движениях в пальцах и кистевом суставе. Так данные Шторпа показывают, что в четырех случаях ему пришлось прибегнуть к фиксации смещающихся отломков циркулярной гипсовой повязкой.

Необходимо все же констатировать, что лечение при переломах лучевой кости дозированными движениями в суставах на косыночных повязках дает достаточно удовлетворительные исходы.

Этот факт еще раз подчеркивает положительное значение ранних движений в освобожденных суставах, что дает возможность предотвратить развитие тугоподвижности в них. Отсюда следует, что успех лечения переломов лучевой кости в "типичном" месте зависит не только от прочной фиксации вправленных отломков кости, но и ранних свободных движений в фаланговых, пястно-фаланговых и в лучезапястном суставах.

Таким образом, необходимо придти к выводу, что полноценное сочетание последовательно проводимых анатомического и функционального лечения перелома луча может привести к весьма положительным результатам.

Говоря о твердом проведении анатомического принципа,

мы осуждаем методику снятия фиксирующих повязок для проведе - ния Л.Ф.К. с последующим наложением их. Такого же мнения при- держивается Томп и др. авторы. Выполнение анатомического прин- ципа требует фиксации вправленных отломков до окончательной консолидации перелома кости и замещения рубцом разрушенного связочного аппарата.

Твердое проведение в жизнь функционального метода лече - ния требует целенаправленных движений - дозированной привыч - ной рабочей нагрузки во всех суставах конечности.

Таков общий вывод, который напрашивается в итоге анали- за методов фиксации при лечении перелома лучевой кости в "типичном" месте. Этот общий вывод вполне совпадает с теоре - тическими положениями, высказанными И.А.Полиевктовым, которым он обосновал свою методику лечения переломов луча в "типичном" месте, опубликованную в 1950 году.

Проверка методики И.А.Полиевктова на бо́льшем числе на - блюдений должна способствовать дальнейшему разрешению ряда спорных вопросов и устранить затруднения при оценке и выборе методики лечения перелома лучевой кости в "типичном" месте.

е) Лечение постоянным вытяжением

Барденгеер(10), основываясь на неудовлетворительных результатах лечения переломов луча, в конце 80-х годов (1888 год) выступил с принципиально новым предложением. При лечении переломов и, в частности, переломов дистального

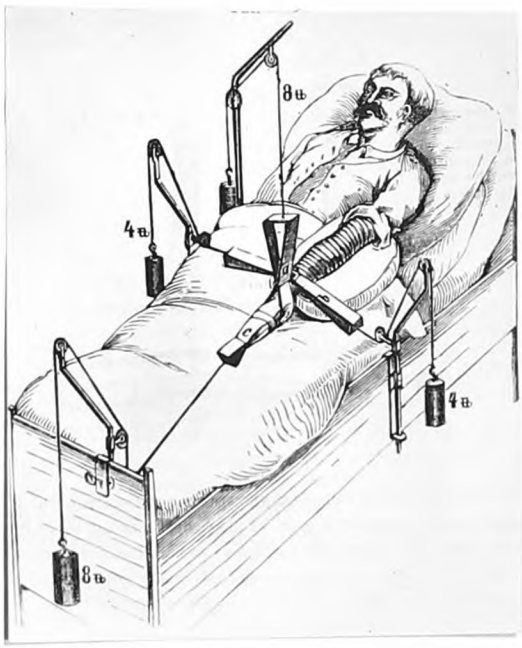


Рис.47. Лечение перелома луча вытяжением по Барденгееру.

конца лучевой кости, он рекомендовал новый метод пластырного вытяжения с помощью грузов через систему блоков. (рис.47).

Учитывая, что смещение отломков и укорочение конечности происходит от сокращения мышц, автор предложил накладывать полоски липкого пластыря вдоль всей верхней конечности по тыльной и ладонной стороне, независимо от локализации перелома, и производить вытяжение конечности в выпрямленном ее положении.

Барденгеер пришел к выводу, что "лечения неподвижными гипсовыми повязками нигде не следует избегать более чем именно при переломах луча"[1]. Такой вывод автор делает на том основании, что, по его мнению, гипсовая повязка не создает опорной точки для дистального отломка, вследствие чего создаются условия для вторичного смещения.

Выступая против лечения перелома луча в "типичном" месте гипсовыми и шинными повязками, автор утверждает, что все эти методы лечения шаблонны, что повязки накладываются слишком туго или же слабо, не достигая цели - удержания отломков.

---

1. Лечение постоянным вытяжением - 1889 г. проф.Барденгейер. 1889 г.стр.687. Перевод с немецкого Н.П.Иванова.

Барденгеер проследил 100 случаев переломов луча в "типичном" месте леченных методом вытяжения. Он пришел к выводу, что этот метод придает нужное положение конечности и, с помощью тяг и противотяг, устраняет самые тяжелые смещения.

Вытяжение, по мнению автора, является как бы профилактической мерой против развития тугоподвижности, анкилоза и вторичного смещения, сокращая сроки лечения до двух недель. Уже с пятого дня после наложения вытяжения при каждом посещении, больного заставляют производить легкие сгибательные и разгибательные движения пальцами. С восьмого дня вытягивающий груз снимают на несколько минут, производят вращательные движения. Через 10 дней больному разрешаются форсированные пассивные движения, а после 2-4 недель наступает полное восстановление функции кистевого сустава.

С нашей точки зрения метод этот не мог получить распространения, ибо приковывал амбулаторного больного к постели, требовал применения сложных технических приспособлений и специального ухода за больным.

К.Ф.Вегнер(21), начиная с 1908 года, первый в России разработал и предложил свой метод функционального лечения переломов конечностей и, в частности, переломов луча с помощью липкопластырной повязки. Вегнер отбросил антифизиологическую установку Барденгеера в лечении переломов трубчатых костей и заменил ее средним физиологическим положением Мухина-Цупингера.

В учении Люка Шампионьера Вегнер осудил пренебрежение анатомическими результатами и оценил ранние движения. Техника наложения экстензионной липкопластырной повязки по

Вегнеру при переломах верхней конечности и, в частности, при переломах луча в дистальном конце изображена на рисунке 47.

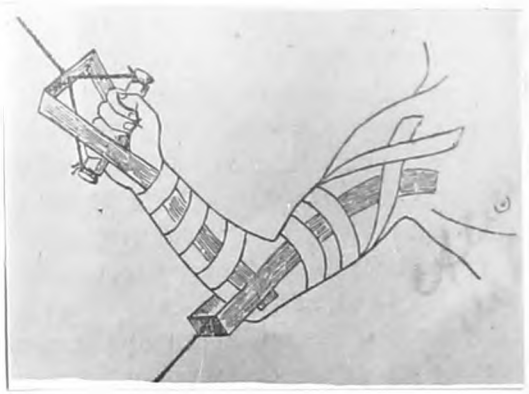


Рис.48. Схема экстензионной повязки Вегнера.

Поврежденная конечность устанавливалась в среднем физиологическом положении, затем на плечо и предплечье накладывались липкопластырные полосы так, как указано на рис. 48. Для более удобного положения кисти в повязке и для ранних движений Вегнер создавал специальные приспособления в виде "стремени", которые уже через 24 часа больной охватывал пальцами, производя движения кистью. Через несколько дней, захватывая деревянное стремя, больной подтягивал подвешенный к нему груз до двух килограмм.

Таким образом, создавалась возможность движения пальцев с первых же дней лечения. Описанную систему вытяжения Вегнер устанавливал на специальном приспособлении к кровати.

С принципиальной точки зрения методика вытяжения по Вегнеру имеет ряд преимуществ перед предложением Бардэнгеера. Во-первых, при лечении по Вегнеру конечность находилась не в антифизиологическом положении, как это рекомендовал Бардэнгеер, а в среднем физиологическом положении. Это благоприятствовало с первых же дней активным движениям. Методика Вегнера предусматривала две отдельные липкопластырные тяги,

которые независимо от места перелома, действовали самостоятельно на предплечье и плечо. Во-вторых, в отличие от Барденгеера, вытяжение по Вегнеру рассчитывалось на восстановление анатомической формы конечности и устранение смещения отломков небольшими грузами, а в основном на создание динамического равновесия между мышечными группами конечности, что достига - лось приданием конечности среднего физиологического положения.



Рис.49. Вытяжение верхней конечности на специальной установке по Вегнеру.

Р.Андерсен(128) и Гордон в новейшее время (1944 год) рекомендуют лечение переломов нижнего конца лучевой кости при помощи специального аппарата, в котором больной получает возможность производить движения в пальцах и в кистевом суставе с первых же дней (рис. 50).

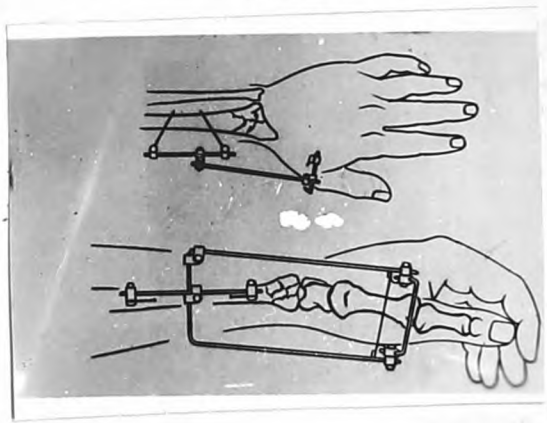


Рис.50.

Основной принцип метода Андерсона заключается в том, что вместо гипса отломки фиксируются с помощью специаль-

ных игол типа Киршнеровских, соединенных двумя тонкими прутьями (рис. 50, 51).



Рис. 51.

Р.Андерсон для осуществления принципа фиксации и лечения постоянным вытяжением пользуется киршнеровской спицей диаметром в 0,06 мм, которую он вводит в центр первой метакарпальной кости или же через верхнюю треть второй метакарпальной кости. Спица соединяется с металлической рамой. Далее автор вводит две спицы или иглы диаметром в 0,08 мм в проксимальный отломок луча и соединяет их с помощью металлического стержня. После введения спиц, оперирующий производит вправление отломков, причем ассистент удерживает руку в согнутом в локтевом суставе положении (на 90^{0}). Отломки удерживаются двумя стержнями. Стояние отломков проверяется контрольной рентгенограммой. Тяга с помощью стержней должна быть достаточной, чтобы удержать отломки радиуса в вправленном положении. Непосредственно после вправления больной получает инструкцию о том, какие ему следует производить движения, рассчитанные на возможность причесаться, писать,

открывать двери, пользоваться вилкой, ложкой и т.д. Сроки лечения два-три месяца.

Предлагаемое авторами вправление и фиксация отломков лучевой кости с помощью специального аппарата граничит с оперативными методами лечения. По своей сложности не могут войти в практику поликлинической работы.

Окончательное суждение о данном методе требует накопления значительного числа отдаленных наблюдений.

Из других авторов, которые применяют вытяжение при переломе дистального конца лучевой кости, следует прежде всего указать на Белера.

Белер считает возможным применять вытяжения при переломах луча только с тем условием, чтобы вскоре заменить его шиной.

М.Л.Меерзон(67) при косых переломах луча, не поддающихся анатомическому восстановлению обычными методами, предпочитал проводить лечение таких больных вытяжением.

По мнению Майэра, при переломах луча с умеренным смещением, вытяжение является излишним, но целесообразным при больших смещениях.

Eiselsberg и Sontag (169) указывают, что немедленно предпринятое вправление отломка лучевой кости с последующим вытяжением дает хорошие функциональные и анатомические результаты.

Г Л А В А Ш.

ОБОСНОВАНИЕ И ОПИСАНИЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧА В "ТИПИЧНОМ" МЕСТЕ ПО И.А. ПОЛИЕВКТОВУ

В настоящей главе мы приводим описание предложенного И.А.Полиевктовым и апробированного нами на практике метода лечения при переломах дистального конца лучевой кости. Одновременно излагаем и те принципиальные соображения, которыми руководствовался автор, создавая свой лечебный метод.

Комбинированный анатомо-функциональный метод лечения переломов, применявшийся рядом авторов, в том числе весьма авторитетными (Томп, Улит, Чернавский), являясь принципиально рациональным, характеризуется все же, по их материалам, относительно большим числом неудач. Эти неудачи следует отнести за счет того, что применявшаяся методика лечения не полностью отвечала условиям, вытекающим из принципов анатомо-функционального лечения переломов. Этот метод не разрешает проблему более полного и раннего восстановления утраченной функции и нередко ведет к различным осложнениям в виде тугоподвижности, вторичного смещений отломков и деформирующего артроза.

Именно это привело проф. И.А.Полиевктова к изыска - нию нового метода лечения закрытых околосуставных перело- мов луча, который исключал бы противоречие анатомо-функцио- нального принципа в лечении переломов и давал бы возмож - ность одновременно осуществить выполнение принципа анато- мически точного и функционально полноценного лечения.

Проф. Полиевктов считает, что метод, отвечающий точ- ному восстановлению анатомической формы и полной функции поврежденной конечности, должен быть построен на физиоло- гическом принципе.

"Физиологический принцип ",- пишет проф. Полиевктов в своей диссертации "Переломы лодыжек",- появился в опе - ративной методике лечения переломов шейки бедра в итоге борьбы противоположных требований анатомического и функцио- нального направлений, механически слитых в комбинированном лечении переломов шейки бедра... физиологический принцип в лечении повреждений скелета - не праздная выдумка, он уже родился и существует, но не был еще назван, не был оформлен как новый, самостоятельный принцип".

Идея выделить физиологическое направление в лечении переломов, как принцип, имеющий право на самостоятельное существование, впервые выдвинута И.А. Полиевктовым. Если учесть точку зрения автора, то в настоящее время в рамки физиологического направления в лечении переломов трубча - тых костей укладывается остеосинтез как при закрытых, так и открытых переломах с помощью различных штифтов, предло-

женных различными авторами. Этот метод получил широкое распространение в травматологии и ортопедии. Тем не менее понятие физиологического лечения переломов, несмотря на практически завоеванное им право на самостоятельность, в литературе остается затушеванным. Только через 13 лет после определения И.А.Полиевктовым физиологического принципа В.А.Чернавский писал: "Современные методы лечения больных с переломами должны быть физиологическими" (Хирургия, 1943 г., № 8).

Физиологический принцип определяется И.А.Полиевктовым как полноценное сочетание анатомического и функционального принципов, осуществляемых при лечении переломов в условиях дозированной рабочей нагрузки. Такого рода принципиальная установка, по мнению автора, разрешает существовавшее до сих пор противоречие в анатомо-функциональном лечении переломов.

Автор в своих работах стремился устранить противоречия, которые содержит в себе комбинированный анатомо - функциональный метод, в особенности при некоторых околосуставных переломах.

"Термином "физиологического лечения",- говорит проф. Полиевктов,- мы определяем терапию переломов в условиях предельно ранней и максимально полной функциональной нагрузки поврежденных конечностей,- рабочую терапию, одновременно обеспечивающую прочную фиксацию вправленных от-

ломков до момента окончательной консолидации переломов. Под максимально полной функцией конечностей мы понимаем не предельно возможные активные или активно-пассивные качания в суставах, не сокращение мышц без движений в суставах, а рабочую нагрузку конечностей, определяемую их назначением. Под физиологическим лечением, например, переломов лодыжек, мы подразумеваем лечение в процессе активных движений, в ходьбе, при освобожденных для движений суставах конечности. При переломах лучевой кости в "типичном" месте и переломах ключицы мы имеем в виду рабочую функцию верхних конечностей.

Под физиологическим лечением переломов при полной функции конечностей также подразумевается прочная фиксация отломков, исключающая возможность их вторичных смещений под влиянием рабочей нагрузки. Поэтому лечение в условиях нормальных физиологических отправлений органов, на протяжении процесса консолидации перелома, мы считаем целесообразным называть физиологическим, основанном на новом принципе физиологического лечения повреждений скелета".

Выдвинув в 1940 году физиологический принцип в лечении переломов вообще, проф. И.А.Полиевктов в 1950 году разработал физиологический метод лечения перелома луча в "типичном" месте, обеспечивающий фиксацию вправленных отломков дистального конца лучевой кости в правильном положении при свободной циркуляции крови и рабочей функции конечности.

С нашей точки зрения принцип, положенный в основу лечения переломов И.А.Полиевктовым, правильнее было бы назвать оптимально анатомо-функциональным принципом.

Считаем целесообразным детально описать этот метод лечения переломов луча в "типичном" месте в том виде, как он описан Полиевктовым.

" Ввиду того, что поверхность излома на проксимальном отломке при экстензионных переломах луча располагается в косой плоскости, имеющей наклон сверху вниз, с тыльной к ладонной поверхности, вправленный дистальный отломок может смещаться только к тылу и в радиарном направлении в отношении оси центрального отломка, то-есть может возникать только рецидив типичного смещения. Поэтому для физиологического лечения экстензионного перелома луча в"типичном" месте необходимо техническое приспособление, которое, обеспечивая свободные движения в лучезапястном и локтевом суставах, одновременно удерживало бы дистальный отломок от смещения в двух названных направлениях. Совершенно естественно, что в упомянутом приспособлении для удержания вправленного отломка от смещений должна быть предусмотрена неподвижная, несмещающаяся при функции конечности площадь опоры. Так как при пронации - супинации предплечья лучевая кость вращается вокруг локтевой, с особо значительным перемещением дистального конца луча (на 180^{0}), неподвижная опорная поверхность может быть найдена только на протяжении диафиза локтевой кости. С другой стороны, для профилактики разобщений дистального и проксимального отломков при пронации и супинации в фиксирующем приспособлении должно быть все же предусмотрено ограничение супинации. При максимальной пронации предплечья длинный центральный отломок лучевой кости, удерживаемый прикрепляющимися к нему мышцами - квадратным и

круглым пронаторами, при супинации предплечья не может последовать за перемещающимся вокруг локтевой кости периферическим отломком. Данное соображение обычно не принимается во внимание при комбинированном анатомо-физиологическом лечении переломов луча в "типичном" месте циркулярной или лонгетной гипсовой повязкой от головок метакарпальных костей до локтевого сустава. Мы считаем, что указанные типы иммобилизации не исключают супинации предплечья и поэтому нередко служат причиной неожиданных для врача смещений после наложения гипсовой повязки при функциональной терапии. Поэтому предложение Томп по особым показаниям применять при переломе луча в "типичном" месте циркулярную гипсовую повязку, фиксирующую не только лучезапястный, но и локтевой сустав, следует считать логически обоснованным, но одновременно иллюстрирующим внутренние противоречия анатомо-функционального направления лечения переломов. На основании сказанного, мы считаем существенно необходимым для прочного удержания отломков луча в соприкосновении при физиологическом бескровном лечении исключить только супинацию предплечья из комплекса сложных движений во всех суставах конечности. Предлагаемая нами методика для бескровного физиологического лечения экстензионных переломов лучевой кости в "типичном" месте основывается на применении угловой фанерной шины. Названная шина изготовляется из двух равных прямоугольных отрезков прочной фанеры в 20 сант. длиной и 5 шириной. Оба отрезка сшиваются по одной длинной грани проволокой в 2 - 3 - 4-х местах под углом, близким к прямому(100^{0}) (рис. 52). После вправления отломков,смягченная ватой угло -

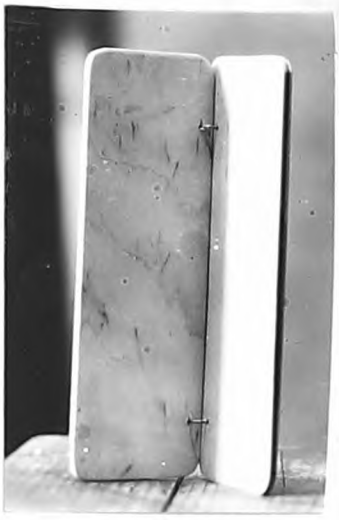


Рис.52. Угловая шина И.А.Полиевктова.

вая фанерная шина накладывается на тыльную поверхность пронированного предплечья от щели лучезапястного сустава. При этом две плоскости шины хорошо прилегают к тыльной и радиальной поверхностям дистального отломка луча, располагаясь одна в отношении другой под углом в 100°. В таком положении шина укрепляется гипсовой повязкой, накладываемой в виде нарукавника несколько выше уровня лучезапястного сустава до локтевого сгиба (рис. 53). Циркулярная гипсовая повязка, укрепляющая угловую шину, накладывается с некоторым натяжением бинтов и тщательно моделируется по наружной и ладонной сторонам локтевой кости.

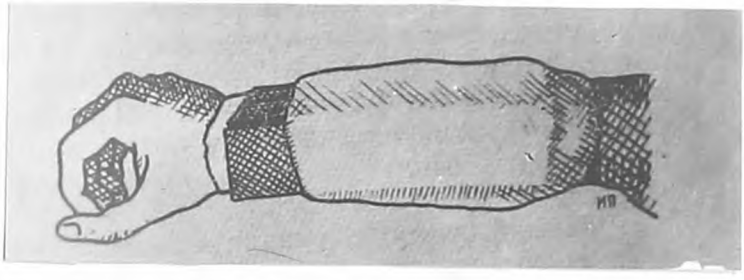


Рис. 53.

В целях ограничения супинации предплечья, повязка моделируется таким образом, чтобы придать ей треугольную форму с вершиной у локтевой кости и основанием у радиальной

плоскости шины. Треугольная форма повязки с угловой шиной не только исключает супинацию предплечья, но и предупреждает опасность нарушения циркуляции крови при отеке конечности благодаря наличию свободного углового пространства между повязкой и мягкими тканями на ладонной поверхности у радиального края предплечья" (рис. 54).

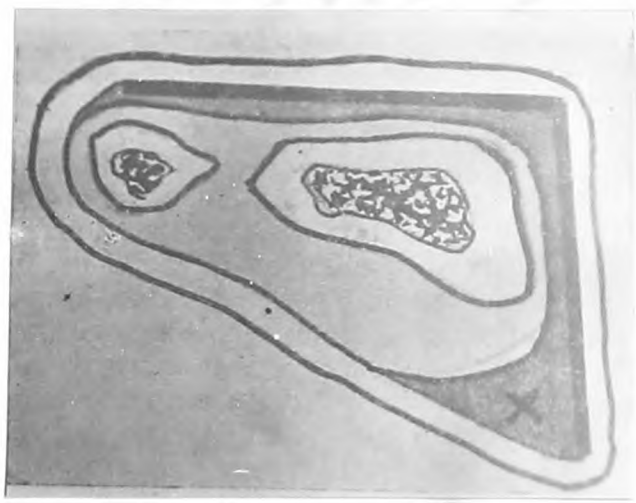


Рис. 54.

Таким образом И.А.Полиевктов основную причину вторичных смещений видит в супинации предплечья. Исходя из этого автор считает фиксацию кистевого сустава излишней, а фиксацию локтевого сустава не обоснованной. Многие авторы (В.Н. Волкович, Г.И.Турнер, Р.Р.Вреден, П.П.Кондратьев, В.Г.Вайнштейн, В.В.Гориневская, С.С.Лилова, А.И.Томп, Кефер и П.И. Баков) для устранения возможности вторичного смещения дистального отломка луча предложили фиксировать не только лучезапястный сустав, но и локтевой. По доступной нам зару -

бежной литературе ряд авторов также придерживается этой точки зрения (Белер, Косабаум и др.).

А.И.Томп указывает в своей диссертации (1949 г.),что "мы являемся сторонниками иммобилизации локтевого сустава не только потому, что основным принципом фиксации всякого перелома является фиксация двух суставов, а главным образом потому, что анализ ближайших и отдаленных результатов лечения убедил нас в целесообразности этого требования". Основанием к фиксации двух суставов Томп считает повреждение сумочно-связочного аппарата и нарушение целости дистального луче-локтевого сочленения.

Если проследить все методы фиксации при переломе луча в исторической последовательности, то можно прийти к выводу и считать, что Волкович первым предложил иммобилизацию двух смежных суставов при переломах луча, для чего им была применена марлево-картонно-гипсовая повязка.

И.А.Полиевктов в 1933 году в своей монографии, посвященной лечению перелома луча, говорит: "Устаревшим способом фиксации отломков при переломе Коллеса является гипсовая повязка, фиксирующая лучезапястный и локтевой суставы". (Стр. 24).

Анализ предложений фиксировать два смежных сустава при переломах дистального конца лучевой кости показывает, что поводом к этому послужило стремление устранить возможность повторного смещения отломков в лечебной повязке.

Однако никто из авторов, предлагавших фиксацию кистевого и локтевого суставов при переломах луча в "типичном" месте, не приводят убедительных обоснований такой обширной

иммобилизации.

Встает вопрос о причинах вторичного смещения при тяжелых переломах луча в "типичном" месте.

А.И.Полиевктов считает, что причина эта лежит в разрыве связочного аппарата дистального луче-локтевого сочленения и в длительных сроках, необходимых для его восстановления. Если разбирать вопрос о непосредственной производящей причине вторичного смещения, то трудно представить себе, что движение сгибания - разгибания в локтевом суставе могут обусловить смещение отломков при гипсовой повязке, наложенной от пальцев до локтя. Более вероятным фактором, влияющим на вторичное смещение, является супинация предплечья с вращением лучевой кости на 180^{0} в разрушенном луче - локтевом суставе вокруг головки локтевой кости. Если это действительно так и наш вывод правилен, то фиксация локтевого сустава может оказаться необоснованной, или даже устаревшей, как выразился в 1933 г. И.А.Полиевктов. В 1950 году он писал, что достаточно исключить возможность переме - щения лучевой кости в отношении локтевой, чтобы вторичные смещения отломков не смогли произойти даже при освобожден - ных для движения обоих смежных суставов - локтевого и лучезапястного. Вопрос только в сроке фиксации, необходимом для замещения связок рубцом.

Предпринятая нами проверка метода Полиевктова для лечения переломов луча в "типичном" месте должна разрешить в положительном или отрицательном смысле этот важный вопрос.

История вопроса об усовершенствовании методики фиксации переломов лучевой кости в дистальном отделе уже показа-

ла нецелесообразность иммобилизации локтевого сустава. Во всяком случае последние капитальные работы отечественных авторов говорят о том, что вполне удовлетворительные результаты лечения можно получить и без фиксации локтевого сочленения (В.А.Чернавский и О.Р.Улит).

В.А.Чернавский(165) утверждает: "Анализ причин вторичных смещений показал, что смещение наступает, когда кисть становится подвижной в лучезапястном суставе". Далее говорит Чернавский: " Если производится обычная фиксация тыльной гипсовой лонгетой без учета особенностей каждого случая, то при уменьшении отека и при ослаблении фиксации кисти марлевым бинтом нужно ожидать вторичного смещения". (Госпитальное дело, 1947 г., № 5, стр.28).

Исходя из этого автор, как и О.Р.Улит, рекомендует фиксировать переломы луча со смещением отломков после их вправления двумя лонгетами и особенно тщательно моделировать повязку в области кистевого сустава кисти с освобождением локтевого сустава.

Таким образом, указанные авторы большой процент неудовлетворительных исходов при переломе луча связывают со вторичными смещениями дистального отломка с недостаточной фиксацией кистевого, но не локтевого сустава.

А.И.Томп, как известно, рекомендовала циркулярную гипсовую повязку Белера с иммобилизацией лучезапястного и локтевого суставов только при тяжелых переломах лучевой кости в "типичном" месте. В среднем при переломах всех степеней получено 9,7 проц. неудовлетворительных результатов. Итог подобного рода, даже с более низким процентом

неудовлетворительных исходов, был достигнут работником ЦИТО Улит почти в одни годы с Томп. При этом Улит не применял и не рекомендовал фиксации локтевого сустава.

Упоминание о работе Улит заставляет нас здесь же сообщить о применявшейся им методике лечения, тем более, что она по своему существу приближается к циркулярной гипсовой повязке, накладываемой на кисть и предплечье.

О.Улит в 1947 году предложил при переломах с большим смещением дистального конца и отрывом шиловидного отростка фиксировать отломки луча не одной тыльной лонгетой, как это было ранее принято в ЦИТО, а двумя лонгетами - тыльной и ладонной, укрепляя их мягким бинтом. К необходимости такой модификации фиксирующей повязки Улит пришел на том основании, что из наблюдавшихся им 662 случаев, в 61-м имелось вторичное и "третичное" смещение. В основе этого смещения, по мнению автора, лежит недостаточная фиксация области кистевого сустава, который должен быть охвачен с трех сторон (3/4 окружности), что одной тыльной лонгетой не всегда удается осуществить. Вот почему Улит для обеспечения более устойчивого положения отломков предложил для фиксации тыльную и ладонную лонгеты.

Общий процент неудовлетворительных результатов лечения переломов луча по Улиту составляет 7,5 проц., а по отдельным формам переломов он гораздо выше. Например, на 215 случаев перелома луча со смещением у автора было 28 неудовлетворительных результатов лечения, что составляет 13,9 %. Еще больший процент неудовлетворительных результатов Улит имел при внутрисуставных переломах: на 38 случаев - 15, что составляет 39,9 %.

Высокий процент неудовлетворительных результатов по отдельным формам, в частности, при внутрисуставных переломах и переломах со значительным смещением отломков, отрывом шиловидного отростка, следует объяснить длительностью фиксации - 4-6 недель. Это неминуемо приводило к тугоподвижности суставов, в особенности при внутрисуставных раздробленных переломах луча.

У Томп при соответствующих по тяжести переломах лучевой кости имел место почти такой же большой процент неудовлетворительных исходов. Этот факт еще раз свидетельствует о том, что фиксацией локтевого сустава проблема удержания отломков при лечении переломов лучевой кости ни в коей мере не разрешается. Поэтому предложения, повторяющие методику Белера с фиксацией локтевого сочленения уводят врача с правильного пути.

Приведенный значительный процент неудовлетворительных исходов лечения переломов луча в "типичном" месте не дает основания считать современные методы совершенными и побуждает к дальнейшим исканиям более эффективных и надежных методов лечения. При этом мы должны учесть, что причиной неудовлетворительных исходов является тугоподвижность в результате длительной фиксации лучезапястного сустава.

В итоге анализа методов иммобилизации при переломе лучевой кости в "типичном" месте становится совершенно ясным, что в решении проблемы лечения этого повреждения необходимо найти возможность прочной фиксации отломков луча при условии свободных движений не только в локтевом, но и лучезапястном суставах. В этом направлении большой интерес

представляет метод И.А.Полиевктова.

Предложения ряда других авторов проводить лечение перелома лучевой кости без обездвижения крупных суставов конечности, по нашему мнению, не требуют проверочных наблюдений, ибо все эти предложения не предусматривают прочной фиксации отломков луча до их консолидации и, по сути дела, повторяют отвергнутую идею Люка-Шампионьера.

Г Л А В А 1У.

ДАЛЬНЕЙШАЯ РАЗРАБОТКА И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ М Е Т О Д А.

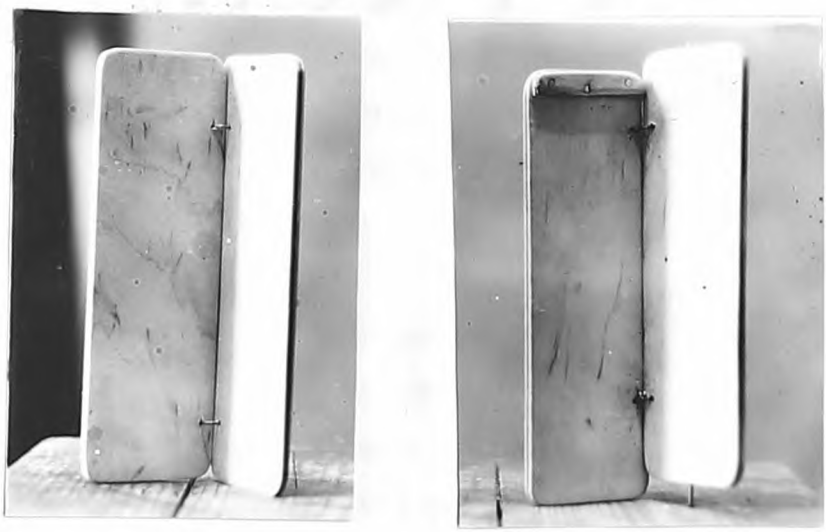
В процессе широкого применения метода И.А.Полиевктова выяснился ряд шероховатостей и недостатков, потребовавших соответствующих коррективов.

Для более стойкой фиксации поврежденного радиально - ульнарного сустава, являющейся важным звеном в лечении переломов луча, мы сочли необходимым накладывать гипсовую повязку не выше уровня лучезапястного сустава, как это предлагает автор шины (рис.53), а доводим ее до уровня нижнего края тыльной пластины шины, т.е. до уровня луче - локтевого сочленения (рис. 55).



Рис.55.

Исходя из анатомических соотношений костей предплечья (лучевая кость длиннее локтевой на 0,4-0,5 см), для более устойчивой фиксации мы решили удлинить в дистальном направлении лучевую пластину шины на 0,5 см до края вершины шиловидного отростка лучевой кости. При таком расположении шины тыльная часть ее ложится над щелью кистевого сустава и не препятствует движению в лучезапястном суставе.(рис.56б).



а. б.

Рис.56

а) шина Полиевктова

б) видоизмененная шина Полиевктова.

Для этой же цели, т.е. устойчивого положения вправленного дистального отломка при резко выраженных смещениях к тылу с выраженной косой линией излома спереди, кверху и кзади, а также при запоздалом вправлении с большим отеком конечности, к концу нижней поверхности тыльной пластинки мы прибивали или приклеивали фанерный валик. Ширина валика 0,5 см с закругленным нижне-верхним краем (рис.56^{б}), а длина соответствует ширине пластинки.

Работая над дальнейшим усовершенствованием иммобилизирующих качеств и "хирургической культуры" шины, а также стремясь к стандартизации и удобству ее применения, мы решили изготовлять шину из пластической массы. С этой целью нами испытаны некоторые разновидности пластмасс, из которых плексиглаз и винипласт больше всего отвечают нашим требованиям. Эти разновидности пластмассы обладают достаточной прочностью и в то же время хорошо подвергаются обработке простейшими инструментами (режутся, пилятся, сверлятся, шлифуются). Особенно ценным качеством плексиглаза и винипласта является их пластичность, допускающая возможность при кипячении придать им соответствующую по надобности форму.

Так как в наших условиях наиболее доступным материалом оказался винипласт, мы и применили его для изготовления шин.

Винипласт представляет собой продукт термической пластикации полихлорвиниловой смолы со стабилизаторами и мягчителями.

Винипласт по своим физико-химическим свойствам имеет широкое применение в технике. Он выпускается в виде листов и плит следующих размеров: длина - 1300-1500 мм, ширина до 700 мм, толщина - 1,2,3,4,5,7,10,12,15,17 и 20 мм.

Винипласт толщиной в 2 - 3 мм при температуре кипячения через 3-5 минут становится пластичным, легко деформируется, что позволяет придать ему любую форму.

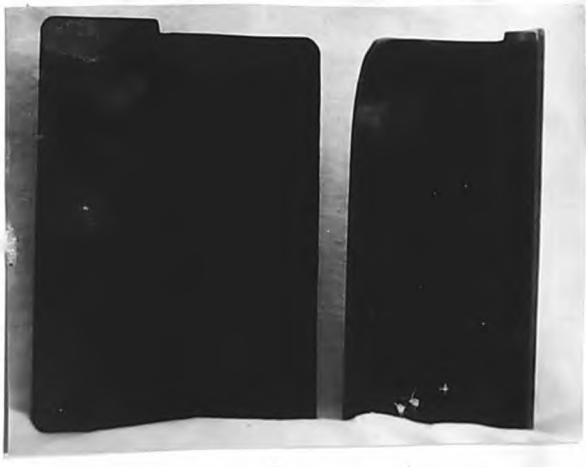
Пластмасса имеет гладкую глянцевую поверхность, обладает свойством подвергаться газосварке, в результате отдельные пластины могут быть соединены.

Стоимость 1 кг винипласта не превышает 7-10 рублей. Из одного килограмма пластмассы толщиной в 2 мм можно изготовить до 10-15 шин для взрослых и до 20 шин для детей.

Старые использованные шины путем кипячения могут быть снова обращены в пластины, из которых можно изготовить шину любой формы. Это дает возможность многократного использования одного и того же материала.

Первоначально мы изготовляли шину из винипласта в том виде, в котором она представлена на рис. 56б. Эта шина соответствовала по форме шине Полиевктова, но изготовлялась из одной согнутой под прямым углом пластины (см.рис.57).

В дальнейшем мы вовсе изменили конструкцию шины, сохранив в принципе идею И.А.Полиевктова. Мы стали изготовлять ее из пластин винипласта, придав ей характер пружинящей шины.



а. б.

Рис.57

а)винипластовая пластина б) приготовленная шина из винипластовой пластины.

Для изготовления пластины мы пользовались листом винипласта толщиной 0,2 см, на котором по заранее приготовленному из картона шаблону выпиливаются намеченные формы пластины.

Заостренные края пластин закруглялись с помощью рашпеля. Для устранения герметизма повязки в пластине просверливался ряд отверстий диаметром в 0,5 - 1,0 мм. Размеры шин варьируются сообразно возраста и конституции больных (рис. 58).

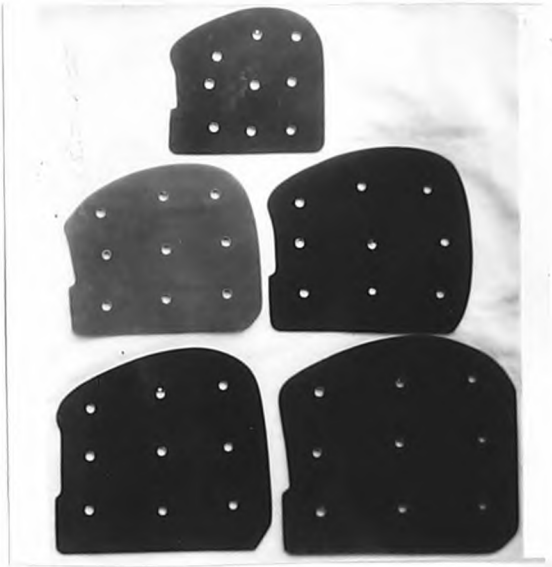


Рис. 58

Для детского возраста изготовлялись пластины длиной в 10-12 см и шириной в 8-10 см, для юношеского - длина пластины достигает 12 - 15 см, ширина - 10-12см и для взрослых - длина 15-20 см, ширина 13-18 см. Такие пластины могут быть приготовлены заранее в виде набора и храниться в пакетах (рис.59).

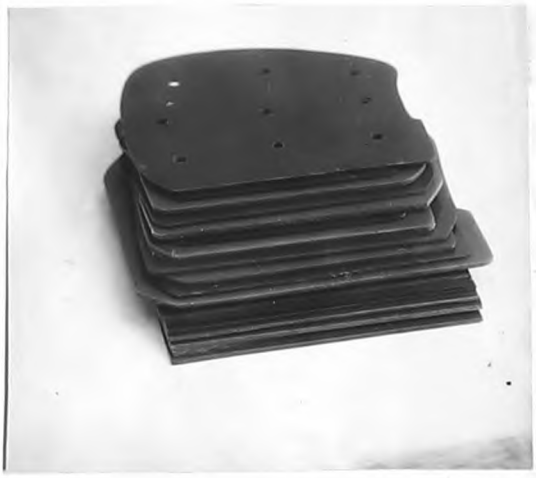


Рис.59.Набор винипластовых пластин для изготовления пружинящих шин.

При изготовлении пластины у нижнего конца ее образуется выступ шириной в 4-5 см с учетом анатомических соотношений костей предплечья. Это обеспечивает лучшую иммобили -

зацию лучевой кости, которая на 0,4 - 0,5 см длиннее локтевой. Таким образом, при формировании шины тыльная часть ее не должна заходить за щель кистевого сустава и ограничивать движение в нем.

Часть шины, которая должна охватывать наружную поверхность предплечья, т.е. область локтевой кости, выпиливается полуовалом, как указано на рисунке 58, а участок пластины, который должен совпадать с тыльной и отчасти наружной поверхностью соответственно головке локтевой кости, удлиняется на 0,2 см для более устойчивой фиксации поврежденного радиоульнарного сочленения, а также поврежденного шиловидного отростка, если это имеет место.

После 3-5-ти минутного кипячения пластина достигает температуры, которая может вызвать ожог как предплечья больного, так и рук врача. Поэтому для целей термоизоляции мы пользуемся полотенцем, а на предплечье больного укладываем вощенную бумагу в 3-4 слоя, которая охватывает конечность с тыльной и боковых сторон. Это предохраняет от термического воздействия поврежденную конечность и руки хирурга от нагретой пластины.

Вощанка может быть оставлена после моделировки шины в качестве подстилки, или заменена марлевой подкладкой, так как шина тотчас после отвердения, которое наступает через 30-40", может быть снята благодаря ее эластичности.

Для фиксации отломков луча оперирующий берет заранее приготовленную пластину винипласта, которая соответствовала бы размерам предплечья и погружает ее в стерилизатор с кипящей водой.

После кипячения в течение 3-5 минут, винипласт становится пластичным и легко деформируется. Оперирующий извлекает пинцетом пластину из стерилизатора, быстро обертывает ее вощеной бумагой или полотенцем и сгибает о край стола лучевую сторону пластины под углом 90^{0} - 100^{0}. Так как винипласт быстро отвердевает на воздухе, то пластина сохраняет достигнутый угол сгибания. Если хирург не успел придать нужный угол, то пластина вновь опускается в кипящую воду и вновь подвергается моделированию. Далее погружается в кипящую воду противоположная часть пластины (локтевая). Через 2-3 минуты, когда погруженная часть шины размягчилась, оперирующий сгибает ее, не извлекая из кипящей воды и придает ей полуокруглую форму. Затем шина извлекается , быстро накладывается на защищенное вощанкой предплечье и размягченный край ее моделируется первым и вторым пальцами так, что первый палец образует вдавление на протяжении ладонного края локтевой кости, а второй палец слегка выворачивает свободный край шины.



В результате такого моделирования пластина приобретает характер пружинящей шины, которая позволяет дозированно сжимать конечность при стягивании шины бинтом и, благодаря давлению с локтевой стороны, стойко ограничивать супинацию.

Рис. 60.

Для более стойкой фиксации головки локтевой кости и оторванного шиловидного отростка выпуклый край шины соответственно головке локтевой кости слегка прогибается к ладони на 5-10°.

Таким образом приготовленная шина накладывается на предплечье и забинтовывается мягким бинтом. Она вполне удовлетворительно решает задачу ограничения супинации. В этом можно убедиться, одев шину на собственную руку.

Полное моделирование шины на поврежденной конечности после вправления отломков луча затруднительно, так как винипласт на воздухе быстро отвердевает и оперирующий не успевает моделировать шину одновременно с лучевой и локтевой стороны. Поэтому целесообразней пластину винипласта не кипятить, а подогревать над электроплиткой, взяв ее двумя пинцетами. Подогретая над электроплиткой пластина так же становится пластичной, как и при кипячении, притом пластина винипласта не так быстро отвердевает, как это наблюдается при кипячении, а сохраняет пластичность продолжительное время - 3-5 минут. За это время оперирующий успевает моделировать шину на поврежденной конечности. Если хирург желает ускорить отвердение шины, то моделировку ее следует проводить с помощью мокрого полотенца, или же после моделировки обложить ее мокрой тряпочкой, при этом винипласт быстро отвердевает. Еще проще достигнуть пластичность винипласта путем подогревания электроутюгом (проглаживающими движениями).

И.А.Полиевктов свою фанерную шину фиксирует к предплечью гипсовым бинтом, для целей ограничения супинации, путем вдавления гипсовой повязки с локтевой стороны, что не всегда удается, в особенности при недоброкачественности гипса.

Применяя нашу пружинящую шину, мы достигаем радио-ульнарную фиксацию простым стягиванием ее мягким бинтом. Так как радио-ульнарная фиксация нами достигается не гипсом, а самой пружинящей шиной, мы считаем применение гипсового бинта излишним и пользуемся обыкновенным мягким марлевым бинтом.

Практическое применение нашей пружинящей шины выявило ряд ее преимуществ.

Благодаря своей конструкции шина более стойко фиксирует отломки луча. Она дает возможность тут же после наложения приступить к движению пальцами и в кистевом суставе, не выжидая ее отвердения. При расслаблении повязки шина не снимается, а подбинтовывается. При наличии отека можно подрезать бинт с ладонной стороны и тут же более слабо подбинтовать конечность мягким бинтом. Шина слабо задерживает рентгеновские лучи и поэтому позволяет тут же, не ожидая высыхания, как при фиксации шины гипсом, произвести контрольную рентгенограмму. При этом следует отметить, что на снимках структура костной ткани вырисовывается значительно яснее, чем при снимках в гипсовой повязке.

Г Л А В А У.

ПРИМЕНЯЕМАЯ НАМИ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ЛУЧА

а) Методика вправления перелома и контроль.

Как при всяком переломе конечности, так и при переломе луча в "типичном" месте нарушается функция конечности, и прежде всего функция кистевого сустава и пальцев. Степень нарушения функций кистевого сустава находится в зависимости от характера, формы и степени повреждения.

Для того, чтобы получить функционально полноценную конечность после перелома луча, необходимо прежде всего восстановить ее анатомическую целость возможно лучше и точнее.

При тяжелых раздробленных переломах луча в "типичном" месте с большой дислокацией отломков выполнить эту задачу сложно и трудно. При разрешении ее необходимо учитывать механизм перелома, совокупность действия различных групп мышц, обусловливающих сложную картину смещения отломков, а именно смещение к тылу, к ладони, в радиальную и локтевую сторону, вывих или подвывих в луче-локтевом сочленении. Все эти виды смещения резко отражаются впоследствии на функции конечности.

Существующие способы вправления при переломах луча в "типичном" месте можно разделить на следующие виды:

а) ручное вправление,

в) вправление с помощью специальных аппаратов (Соколовского, Эдельштейна),

ц) вправление постоянным вытяжением,

д) оперативное вправление.

Оперативное вправление переломов луча в "типичном" месте допустимо только в случаях неправильно сросшихся переломов луча или при неудачах повторного бескровного вправления по тем или другим причинам.

Вправление постоянным вытяжением производится с помощью тяги и противотяги на специальных установках с соблюдением принципа Мухина-Цупингера о среднем физиологическом положении. Эти методы вправления перелома луча применялись в специальных лечебных учреждениях с рассчетом на устранение только грубых деформаций. Но этими способами невозможно устранить одновременно все виды наблюдающихся смещений, а тем более удержать отломки в вправленном положении. Большое распространение получил аппарат Соколовского для вправления переломов предплечья. Наиболее распространенным способом, однако, остается одномоментное ручное вправление.

Различными авторами техника вправления при переломах луча описана в деталях различно, но принципиальная установка у всех одинакова - вправление должно обеспечить как можно лучшее стояние отломков.

Техника вправления перелома луча в "типичном" месте зависит от патолого-анатомических особенностей перелома и смещения отломков. Поэтому перед вправлением перелома, как правило, нужно произвести рентгенограмму в двух проекциях. Дистальный отломок луча чаще смещается к тылу и в радиальную сторону, а, следовательно, вращается по двум взаимно перпендикулярным осям. Чтобы репонировать фрагменты, нужно повторить эти вращательные движения в обратной последовательности. Для этой цели нужно привести кисть в ладонном направлении и

отвести ее в сторону локтевой кости с помощью тяги за пальцы и противотяги за нижнюю треть плеча при согнутом локтевом суставе. Тяга должна быть такой силы, чтобы преодолеть ретракцию и рефлекторное сокращение мышц. В тех случаях перелома луча, где имеет место вколочение центрального, более компактного конца радиуса в менее компактный дистальный отломок, указанные вращательные движения и продольная тяга для разъединения отломков оказываются недостаточными. Поэтому прибегают к помощи одновременной тыльной тяги, являющейся исходной позицией для последующей резкой флексии кисти в ладонном направлении.

Для вправления отломков луча предложено много способов. Однако ни один из них не является универсальным, ввиду разнообразия встречающихся форм перелома луча. Из всех предложенных методов вправления требованиям универсализма более всего соответствует вправление перелома луча по И.А.Полиевктову, ибо этим методом удается вправить любой вид перелома луча за исключением флексионного перелома.

Вправление производится в сидячем, лучше в лежачем положении больного. Конечность сгибается в локтевом суставе под прямым углом и укладывается на край стола в положении пронации. После обычной анестезии с введением 20-30 мл. двухпроцентного новокаина в гематому, приступают к вправлению перелома. Для этой цели предплечье передвигается кпереди на край стола так, чтобы кисть свободно свисала вниз. Под проксимальный отломок подкладывается ватный валик, обернутый бинтом. Если нет специальных приспособлений для проти-

вотяги, то помощник становится против врача и тянет к себе конечность за нижнюю треть плеча, одновременно прижимая локоть больного к столу. Производящий вправление хирург захватывает одной рукой большой палец, второй рукой четвертый, третий, второй пальцы вместе. Затем производит продольное вытяжение до тех пор, пока расслабится мускулатура и устранится смещение отломков по длине. Следующим этапом вправления является форсированное максимальное сгибание кисти с одновременным ульнарным отведением, которое производится при той же неослабевающей силе тяги. С выполнением второго этапа отломки должны вправиться.

Рентгенография тут же на операционном столе является незаменимым средством для проверки правильности вправления перед наложением фиксирующей повязки. Помимо устранения деформации, хорошим средством для предрентгеновского контроля вправления является определение радио-ульнарного угла. Это признак, описанный проф. Полиевктовым, является простым и существенно важным не только для постановки диагноза перелома луча со смещением; он является объективным, контролирующим признаком для оценки вправления отломков. По И.А.Полиевктову радио-ульнарный угол в норме равен 120^{0}, и если после вправления указанный угол оказывается меньше чем 120^{0}, то это свидетельствует о недостаточной репозиции отломков. В этом случае вправление следует повторить. Однако нами отмечено, что радио-ульнарный угол не является постоянным(120^{0}), а варьирует сообразно с вариациями шиловидного отростка локтевой кости. В одних случаях шиловидный отросток бывает зна-

чительных размеров и резко выступает за плоскость суставной поверхности локтевой кости, в этом случае радио-ульнарный угол меньше 120^{0}. В других случаях шиловидный отросток выступает незначительно или почти не выступает за плоскость суставной поверхности головки локтевой кости. В этом случае радио-ульнарный угол оказывается более 120^{0}. Таким образом, определение одного суставного угла поврежденной конечности в качестве предрентгенологического контроля для суждения о степени происшедших анатомических сдвигов в результате перелома луча или для суждения о достигнутом анатомическом положении после вправления может оказаться во многих случаях неточным. Тем не менее, мы не можем отрицать большое практическое и клиническое значение указанного угла и рекомендуем пользоваться этим ценным признаком так, чтобы всегда брать под контроль величину радио-ульнарного угла здоровой, неповрежденной конечности и сопоставлять его с углом поврежденного луча. В этом случае ошибки быть не может. Если радио-ульнарный угол после вправления отломков луча оказывается в норме или совпадает с углом здоровой конечности, то можно быть уверенным в хорошем стоянии отломков.

При флексионных переломах луча мы считаем целесообразным вправлять отломки только в лежачем положении больного на столе, сохраняя в принципе все условия для вправления экстензионного перелома с оговоркой, что при флексионных переломах конечность укладывается на стол не ладонной, а тыльной поверхностью. Такое положение достигается при откинутой кверху и покоящейся на горизонтальной плоскости стола конечности.

При условии освобожденной кисти больные испытывают боль в области перелома при движении пальцев и в особенности в кистевом суставе. Естественно,поэтому, стремление каждого больного к сохранению покоя в лучезапястном суставе и в пальцах. Вот почему при лечении перелома дистального конца лучевой кости чрезвычайно важным является борьба с болью и мышечной контрактурой, как с основными факторами, препятствующими раннему восстановлению двигательной и рабочей функции поврежденной конечности.

В процессе нашей работы для устранения болевого синдрома мы стали применять спирто-новокаиновую блокаду по прописи М.О.Фридлянда - новокаина 2,0, этилового спирта 96°(ректификата) 80,0, дестиллированной воды 20 мл. Мы считаем целесообразным для уменьшения болевых ощущений при введении спирта предварительно впрыскивать в гематому 10,0 2% р-ра новокаина; затем, не вынимая иглы, вводить раствор спирта с новокаином в количестве 10-15 мл. При таком методе больные мало реагируют на боли при введении раствора Фридлянда.

Через пять минут после блокады исчезает боль, а затем и мышечная контрактура, что позволяет свободно вправить отломки. По мнению О.М.Фридлянда, спирто-новокаиновая блокада сохраняет свое действие от одной до трех недель. Наши клинические наблюдения это подтверждают, ибо мы могли убедиться, что после блокады через несколько минут наступает безболезненный период, позволяющий с первого же дня производить без болей активные и пассивные движения в суставах кисти. Больные с первого же дня спокойно спят, у них исчезает стремление к сохранению покоя поврежденной конечности. В результате боль-

ной охотно производит активные и пассивные движения в пальцах кисти и лучезапястном суставе; отек прогрессивно спадает; утраченная двигательная функция конечности восстанавливается безболезненно и раньше, чем в обычных условиях. Напротив, больные, которым производилось вправление отломков под местной анестезией (двухпроцентный новокаин) без спирта, первые два дня обычно плохо спали из-за болей в области переломов, а движения в суставах кисти до полного их восстановления оставались болезненными.

Особо убедительный эффект от спирто-новокаиновой блокады мы получили у больных с двусторонними переломами луча (см.наблюдения №№ 188, 267). У этих больных мы на одной поврежденной конечности производили вправление отломков под спирто-новокаиновой блокадой, а отломки другой поврежденной конечности вправлялись только под новокаиновой анестезией. В результате наблюдения мы могли констатировать, что в той конечности, где производилась блокада спиртом, боли не возобновлялись даже при активной дозированной рабочей нагрузке конечности. Движения в суставах кисти с первых же дней после блокады были безболезненными и сравнительно быстро приходили к норме. С первого же дня больные могли производить активные и пассивные движения в суставах кисти. Напротив, во второй конечности, где отломки вправлялись только под новокаиновой анестезией, болевые ощущения возобновились через 2-3 часа после вправления и фиксации отломков и нередко являлись причиной щажения поврежденной конечности и беспокойного сна в течение первых двух суток. У этих больных движения в паль-

цах и в лучезапястном суставе восстанавливались позже 7-10 дней из-за болевых ощущений. После 10 дней, когда больным разрешалось производить силовые сжимательные движения, они не жаловались на боль в блокированной спиртом конечности. В то же время с неблокированной стороны при силовых сжимательных движениях кисти чувствовали боль и при самообслужива - нии, связанном с умеренной физической нагрузкой.

Следует отметить, что после спирто-новокаиновой блокады болевая чувствительность настолько понижается, что при подсушивании гипса под соллюксом больные могут получить ожог. В этом разрезе представляет интерес наблюдение № 305 с тяжелым переломом дистального конца правой лучевой кости. Для выключения болевого синдрома и вправления отломков, нами было введено в гематому 10 мл 2% новокаина, а затем 15 мл р-ра Фрид - ляида. Наступила полная анестезия. Отломки были вправлены и фиксированы угловой шиной. Желая тут же проверить рентгенологически стояние отломков, нужно было подсушить гипс. При подсушивании гипса под соллюксом (500 свечей), больная получила ожог П, Ш степени тыльной поверхности кисти.

Приведенный случай заставляет быть осторожным при подсушивании гипса после спирто-новокаиновой блокады, так как блокированная конечность временно теряет способность воспринимать болевые импульсы.

Наши наблюдения дают право сделать вывод о благоприят - ном влиянии спирто-новокаиновых инъекций на клиническое те - чение перелома луча, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения при околосуставных переломах луча. К тому

же по данным К.М.Винцетини и Д.К.Языкова, инъекции спирта между отломками в слабой концентрации и небольших дозах активизируют образование костной мозоли (напротив, в сильной концентрации и больших дозах спирт угнетает процессы регенерации). По данным М.И.Макарова, спирт, воздействуя на нервно-рецепторный аппарат, способствует нормализации функции мышц.

По данным Г.И.Турнера и А.В.Вишневского, блокада болевых импульсов с очага первичного раздражения улучшает трофику, усиливает регенеративно-репаративные процессы в поврежденных тканях и улучшает клиническое течение болезни.

Основываясь на своих клинических наблюдениях, мы пришли к заключению, что сочетание спирто-новокаиновой блокады с физиологическим лечением повреждений костей является неотъемлемой частью физиологического принципа лечения околосустав - ных повреждений и, в частности, перелома луча в "типичном" месте.

б) Методика контроля результатов лечения.

Проверку восстановления рабочей функции повреждений конечности в процессе лечения мы проводили путем повторных осмотров больных в условиях амбулатории (реже в условиях стационара) и затем путем личных выездов на рабочее место больных.

После вправления отломков и их фиксации угловой шиной Полиевктова или нашей пружинящей винипластовой шиной, больному давался совет: массировать кисть здоровой рукой или с

чьей либо помощью, а по отверднии гипса (при повязке Полиевктова) производить активные и пассивные движения в пальцах кисти и в лучезапястном суставе. При применении пружинящей винипластовой шины к движениям разрешалось приступить сразу по наложении повязки. На следующий день больной обязательно должен был показаться для повторного осмотра и контрольной рентгенографии, если таковая не производилась в первый же день после отвердении гипса. В последующие дни больной являлся для повторного осмотра через 3-4-5 дней в зависимости от тяжести повреждения. Больным с умеренным смещением или без смещения отломков разрешались силовые сжимательные движения с 1-2-го дня, а при наличии больших смещений они разрешались с 7-10 дня. С этого же времени мы производили динамометрию поврежденной конечности при каждом повторном осмотре. В условиях амбулатории мы получали возможность систематически наблюдать за динамикой восстановления утраченной функции поврежденной конечности. Здесь можно попросить больного проделать ту или иную работу поврежденной конечностью, как например: писать больной рукой, брать стакан, поднять двумя или одной поврежденной рукой стул и перенести его с одного места на другое, застегнуть одежду, одеться и т.д. В амбулатории мы имели возможность проследить путем динамометрии восстановление и рост мышечной силы поврежденной конечности.
Все эти данные фиксировались в амбулаторной карте. Сюда же заносились данные опроса больных о возможных их жалобах, а также об объеме самообслуживания и выполнения легкой физической нагрузки (уборка комнаты, уборка постели, приготовление

обеда, топка печи, мытье пола, небольшие стирки белья и т.д. Каждый раз при повторном осмотре в амбулатории проверялась двигательная функция конечности (пальцев, кистевого сустава к тылу и к ладони). Проверялось состояние фиксирующей повязки. Если повязка была наложена на отечную конечность, то после уменьшения отека, она сменялась.

При применении нашей повязки, которая обладает пружинящими свойствами, оказывалось достаточным только подбинтовывание без снятия шины.

Решающее значение при фиксации отломков угловой шиной Полиевктова имеет качество гипса. Только гипс хорошего качества может обеспечить радио-ульнарную фиксацию, необходимую для исключения супинации и предотвращения возможного вторичного смещения дистального отломка луча. Так как шина накладывается после вправления отломков в условиях применяющейся тяги и противотяги, то после прекращения ее при сокращении кожи она может сместиться и оказаться ниже или выше щели кистевого сустава. В первом случае край шины будет препятствовать тыльному сгибанию кисти в лучезапястном суставе, а во втором - может произойти вторичное смещение дистального отломка луча. Поэтому, если смещение шины обнаружено, как в первом, так и во втором случае шину следует переложить. Так как размеры шины колеблются в связи с возрастом, ростом и конституцией больного, необходимо, чтобы эти шины соответствовали по размерам конечности. Нередко у больных крупного сложения и с чрезмерной подкожной клетчаткой как верхняя пластина шины, так и лучевая оказываются недостаточной ширины. Это может повести к осложнениям.

При недостаточной ширине тыльной пластины головка локтевой кости, т.е. луче-локтевое сочленение, оказывается недостаточно фиксированной, при повреждениях луче-локтевого сустава это может привести к подвывиху в этом суставе. При недостаточной ширине лучевой пластины шины могут наблюдаться циркуляторные расстройства вследствие того, что сосудистый пучок, который обычно остается открытым при достаточной ширине лучевой части шины, может оказаться сдавленным. В случае возникающей необходимости коррекции повязки, задача эта значительно облегчается при применении пружинящей шины, не требующей фиксации гипсом.

С целью изучения динамики восстановления функции поврежденной конечности применительно к профессии мы предпринимали систематические выезды и посещения на месте их работы. Таким образом, мы наблюдали работу машинисток, пианистов (см. набл. №№ 137, 254). Предпринимали выезды в школу к учащимся для установления рабочей функции поврежденной конечности по письму и решению задач на доске (см.набл.№№ 100, 188). В отдельных случаях шофера, приступившие к работе еще до снятия шины, приезжали на повторный осмотр на своих автомашинах; мы садились рядом с шофером и могли наблюдать при езде, как шофер управляет рулем и переключает коробку скоростей (см.набл. №№ 241, 308). Чтобы проследить, как скоро восстанавливается боеспособность солдата, мы предпринимали выезд за город, на стрельбище. Здесь мы могли проследить, как больной владеет оружием и какие показатели дает при стрельбе из боевой или мелкокалиберной винтовки (см.набл. №№ 190, 241).

Отдаленные результаты лечения мы выясняли путем повторных вызовов или личных выездов по адресу больных, так как на рассылаемые открытки являлись не все больные.

При изучении отдаленных результатов, которые приходилось зачастую производить с большим трудом, мы обращали особое внимание на анатомические и функциональные результаты лечения. При проверке функциональных результатов мы уделяли внимание объему движений в пальцах в кистевом суставе как к тылу, так и к ладони, а также и на вращательные движения предплечья. У больных с резким смещением отломков до вправления при изучении отдаленных результатов через три месяца, шесть месяцев и один год проводилась сравнительная динамометрия поврежденной и здоровой конечности. У больных, у которых обнаруживалась та или иная степень деформации нижней трети предплечья, по возможности производилась рентгенография лучезапястного сустава.

Рентгенологическое обследование больных с большими смещениями отломков производилось, как правило, до вправления, после вправления и наложения шины, а также после снятия ее. У многих больных с большими смещениями отломков контрольная рентгенография производилась динамически до 4-5-6 раз до снятия шины. Это делалось для того, чтобы проследить, как сохраняется в течение периода фиксации достигнутое при вправлении положение отломков (см. набл. №№ 241, 267, 188, 285, 255, 166, 237, 238 и др.). В группе с умеренными смещениями рентгенограмма производилась, как правило, до вправления, но по техническим причинам не во всех случаях после вправления и снятия шины. В случаях, где не было смещения

отломков и они не нуждались в вправлении и контрольных рентгенограммах, рентгенография после фиксации производилась очень редко или совсем не производилась: Всего произведено 807 рентгенограмм у 312 больных с переломами луча.

в) С р о к и ф и к с а ц и и

Важным вопросом в лечении переломов луча являются сроки фиксации конечности. Литературные данные в этом отношении довольно разноречивы. По данным различных авторов продолжительность фиксации колеблется от 5 дней до двух месяцев. Как известно, старые установки непрерывной иммобилизации конечности до полной консолидации, в силу крайне неудовлетворительных результатов, были заменены во второй половине и в особенности к концу XIX столетия принципом кратковременной фиксации. Попытки Люка Шампионьера и др. авторов создать новый метод лечения на основе отрицания необходимости фиксации отломков не нашел себе достаточного числа сторонников. Напротив, метод кратковременной фиксации получил широкое распространение, а до Клапа он был господствующим. Однако метод кратковременной фиксации (5-7 дней), вследствие наступавшего нередко последующего вторичного смещения отломков, не удовлетворял многих авторов, поэтому Клапп и Белер за границей, Кефер и Петров в Советском Союзе ввели принцип непрерывной фиксации.

Таким образом, с 20-х и 30-х годов нашего столетия в литературе твердо установились две точки зрения, которые сохранились до наших дней. Первая - применение фиксирующей

отломки луча повязки в течение первых дней с последующим ее удалением, или же превращением в съемную для применения ЛФК. (Волкович Н.М., Фаерман И.М., Кондратьев П.П., Боков П.И., Даниляк И.Д., Каем И.Ю., Майер Н., Брац , Цупингер , Пайер , Грехем Н. и Зонтаг). Вторая точка зрения - непрерывная фиксация отломков до полной их консолидации при условии сохранения функции пальцев или же до образования мозоли, которая могла бы исключить всякую возможность вторичного смещения от 15 до 30 дней (Бреден Р.Р., Петров Б.А., Клапп Р., Матти , Белер Л., Полиевктов И.А., Вайнштейн В.Г., Дамье Н.Г.,Улит О.Р., ЧернавскийВ.А., Томп А.И.,Улицкий Г.И.)

Принцип кратковременной фиксации при лечении переломов дистального конца луча введен с целью профилактики развития тугоподвижности в суставах кисти. Этот принцип предусматривал уже в первые дни после вправления отломков снятие фиксирующей повязки один-два раза в день для массажа, ванн, активных и пассивных движений пальцев и кистевого сустава. Все эти механотерапевтические процедуры проводились ежедневно до конца снятия шины и после снятия до полного возвращения функции конечности. Все методы кратковременной непрерывной фиксации с последующей прерывистой иммобилизацией требуют весьма осторожного умелого применения, которое заключается в том, чтобы при массаже, ваннах и пассивных движениях в кистевом суставе удержать достигнутое анатомическое соотношение отломков и предотвратить смещение их к тылу и в радиарную сторону. Кроме того лечение подобным методом практически трудно выполнимо, ибо проведение механотерапии сопряжено с болезненными ощущениями. Метод требует постоянного

контроля врача-специалиста.

Вот почему Томп, Улит, Чернавский, Вайнштейн и другие являются сторонниками непрерывной фиксации. Эти авторы рассматривают перелом не только как нарушение целости кости, а как травматический комплекс. Исходя из этого Томп дифференцирует перелом луча в зависимости от патолого-анатомических нарушений и изменяет сроки фиксации в зависимости от степени и объема повреждений (от 2-х до 8 недель).

В.Г.Вайнштейн при переломах без смещения срок фиксации сокращает до трех недель, а в тех случаях, когда отломки луча подвергаются вправлению, сроки иммобилизации удлиняются до 6 - 8 недель.

В отношении непрерывной фиксации в нашей отечественной литературе Б.А.Петров высказывается следующим образом: трехнедельный срок лежания лонгеты является вполне достаточным для прочной фиксации отломков. Забота, говорит автор, о функции всех суставов за исключением одного кистевого позволяет без всяких опасений держать гипсовую лонгету в течение трех недель (1932 год).

Сторонники непрерывной фиксации центрируют свое внимание только на удержании отломков в правильном положении, оставляя вне поля зрения лучелоктевое сочленение и тот сложный комплекс повреждений, который, с нашей точки зрения, основанной на анализе отдаленных результатов лечения переломов луча, имеет большое значение в последующей функции конечности.

Изучение отдаленных анатомических результатов показало, что при тяжелых переломах луча, осложненных подвывихом в лучелоктевом сочленении, короткие после вправления сроки фик-

сации не гарантируют последующего рецидива подвывиха. В тех же случаях, где фиксация длилась 6 недель, после снятия шины таковых не наблюдалось.

Если даже непрерывная фиксация в 3 недели при переломах луча со значительным смещением, подвывихом в луче-локтевом сочленении и отрывом шиловидного отростка, по нашим наблюдениям, после вправления дает иногда рецидив подвывиха в луче-локтевом сочленении, то трудно рассчитывать на целесообразность более кратковременной фиксации. За короткое время, - от 5 до 12 дней и даже двух недель , не может произойти восстановление поврежденного удерживающего аппарат луче-локтевого сочленения в той степени, чтобы можно было освободить его от фиксации хотя бы на 10-15 минут для ЛФК, масеажа и ванн. Указанные мероприятия сами по себе являются способствующим фактором к вторичному смещению отломков луча и рецидиву подвывиха в луче-локтевом сочленении.

Суммируя данные литературы по вопросу о сроках фиксации отломков при переломе лучевой кости в "типичном" месте, мы можем констатировать, что в большинстве случаев для удержания отломков мозолью достаточен срок фиксации до одного месяца. Учитывая рентгенологические данные, образующуюся через 30 дней мозоль нельзя считать окончательной, но, тем не менее, она при целости связочного аппарата может считаться достаточной для удержания отломков в условиях легкой функциональной нагрузки конечности.

Одновременно мы должны признать имеющими практическое значение выводы Томп о возможности вторичных смещений отломков даже в более поздние сроки при тяжелых повреждениях, с

разрывом треугольной связки и связочного аппарата дистального луче-локтевого сочленения. В этих случаях необходим значительно больший срок фиксации вправленных отломков. Этот срок определяется временем замещения прочным рубцом разрушенного связочного аппарата. По данным Томп, срок фиксации в этих случаях должен достигать двух месяцев.

В изучаемой нами методике лечения переломов дистального конца лучевой кости по И.А.Полиевктову мы избрали средний срок фиксации в 4 недели у больных со значительным смещением отломков луча, а при осложненных подвывихом луче-локтевого сочленения срок иммобилизации удлиняется до 6-7 недель.

При переломах без смещения и эпифизиолизах сроки иммобилизации колеблются между 14-21 днями.

г) ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

После вправления перелома луча и фиксации его с помощью угловой шины Полиевктова или нашей пружинящей шины из пластмассы, больному рекомендовалось производить движение пальцами и массировать свободную от фиксации кисть. Массаж поглаживанием должен проводиться по тыльной и ладонной поверхностям кисти, а также в области кистевого сустава, чтобы ограничить развитие отека. Поглаживание может производить сам больной здоровой рукой, но желательно, чтобы оно проводилось другим лицом. Больные в первые часы или дни после перелома склонны щадить конечность, избегают излишних движений и не могут сами проводить указанные мероприятия в той мере, в которой они предупреждают нарастание отека (см.набл.№№ 8,296, 306).

Благодаря этим мерам отек или вовсе не развивается или развивается в умеренной степени. В случаях, когда вправление и фиксация производятся уже при наличии развивающегося отека, он под влиянием осторожного массажа, движений и ЛФК быстро уменьшается.

Отпуская больного для амбулаторного лечения после вправления и наложения шины, мы объясняем ему значение пассивных и активных движений, массажа и ЛФК. Такое наставление необходимо из тех соображений, что больные, обычно, стараются держать пострадавшую конечность в полном покое. Больные скоро убеждаются в пользе массажа и ЛФК, а осознав это сами охотно производят массаж и движения во всех свободных суставах кисти. Они заявляют, что получают значительное облегчение от указанных процедур (подавляющее число наших наблюдений).

Чтобы получить эффект от активных и пассивных движений, мы рекомендуем производить их осторожно, методически и терпеливо. Для массажа кисть охватывается одной рукой самого больного или двумя руками другого лица и последовательно проводятся поглаживания, разминание большими пальцами, уложенными плашмя на тыльную поверхность кисти. Одновременно концами остальных четырех пальцев производятся такие же движения по ладонной поверхности. Указанные разминающие и поглаживающие движения следует делать по ходу мышц в направлении венозного тока, начиная с терпеливо-повторяемых поглаживаний, а затем переходя к постепенно усиливающимся сдавливаниям. Массаж проводится до дистального края шины, т.е. всей свободной от фиксации кисти. Когда массаж окончен, конечность укладывается на косынку.

У детей к производству массажа приходится прибегать значительно реже. У них значительно реже, нежели у взрослых, наступает отек и объем движений во всех суставах кисти возвращается к норме на 4-6 день. Наоборот, у лиц старшего возраста, под влиянием травмы и отчасти иммобилизации, явления циркуляторных расстройств могут наступить значительно быстрее и в более выраженной степени. Поэтому у пожилых людей пассивные и активные движения играют значительную роль, и массаж в сочетании с ЛФК должен рассматриваться как ценное мероприятие. Это мероприятие особенно важно при выраженных смещениях и внутрисуставных переломах тем, где до фиксации имел место значительный отек.

Положительной стороной изучаемого метода мы считаем сочетание фиксации отломков с возможностью ранних движений в суставах и применение легкого массажа. Такое сочетание активных и пассивных движений в суставах кисти и массаж благотворно влияют на дальнейшее течение болезни. У врача постепенно исчезают опасения в связи с нарушением общепринятого принципа иммобилизации кисти, а у больного возникают и развиваются личные усилия, направленные к активным движениям, что обычно приводит к благоприятному функциональному эффекту.

После исчезновения отека следует сделать особый упор на сжимательные (без усилия) движения пальцами и активные и пассивные движения в кистевом суставе до полного восстановления нормального объема движений во всех суставах кисти.

У детей полный объем движений во всех суставах кисти чаще возвращается сразу же после спадения отеков - на 4-6 день. У взрослых движения восстанавливаются несколько позже - на

6-7, при тяжелых переломах на 10-14 день.

Когда опасения вторичного смещения отломков миновали, острые явления прошли и достигнут полный объем движений, мы настойчиво рекомендуем больному рабочую нагрузку с возрастающими по силе сжимательными движениями. Это обеспечивает поднятие мышечного тонуса, усиление крово и лимфообращения, регенерацию кости и полноту функций суставов кисти. Настойчивые сжимательные силовые движения с 7 - 10-го дня особо показаны при тяжелых переломах, осложненных кровоизлиянием в сустав.

Фиксация кистевого сустава на 2-3 недели или месяц, а иногда и до двух месяцев, несомненно ведет у лиц старшего возраста к развитию артрических изменений - тугоподвижности и контрактурам в лучезапястном суставе, а нередко и в пальцах.

Вот почему ранние силовые движения являются лучшим средством не только для поднятия мышечного тонуса и улучшения кровообращения. Они являются мощным профилактическим средством против развития артрических явлений и контрактур.

На своем материале мы смогли убедиться в эффективности ранних движений в кистевом суставе и в пальцах, в особенности у лиц старшего возраста, занимающихся трудом, требующим сложных дифференцированных движений в пальцах. Когда такие больные не выполняли своевременно назначений о ранних сгибательных и разгибательных движениях в кистевом суставе, а также о силовых сжимательных движениях, двигательная и рабочая функции кисти восстанавливались у них значительно позже, чем у активных, исполнительных пациентов (см.набл. №№ 8, 226, 306).

Проводя динамометрию с самых ранних сроков, мы могли

убедиться, что при активных силовых движениях кисти прогрессивно нарастает сжимательная и хватательная функции конечностей, а вместе с этим прогрессивно растет и рабочая функция кисти.

"Функционирующая конечность,- говорит проф.Полиевктов,- удивительно быстро справляется с отеком, ограничением движений и атрофией мышц". (Монография, 1933 г., стр.34).

Несомненно, что функциональное раздражение способствует усилению репаративных процессов. Развивая это положение в отношении переломов лучевой кости, следует отметить, что помимо хорошей фиксации отломков луча, для успешного сращения важно также их взаимное давление. Это достигается укреплением мускулатуры предплечья и кисти, при помощи активных движений не только в пальцах кисти, но в основном, в лучезапястном суставе, с первых же дней после вправления перелома, или же в ближайшие 3-4 дня.

Систематические активные движения в пальцах и в кистевом суставе способствуют укреплению мускулатуры, ускорению анатомического восстановления поврежденных тканей, наиболее быстрому восстановлению двигательной и рабочей функции кисти, увеличению объема и улучшению качества движений, устраняют возможность развития контрактур и в целом способствуют более быстрому восстановлению трудоспособности.

Еще Г.И.Турнер, с целью функционального раздражения, предложил поколачивание мягких тканей в области перелома. По мнению Турнера, такое поколачивание по мягким тканям ускоряет репаративно-регенеративные процессы в мягких тканях и кости. С этой же целью Волкович предложил мяч для упражнения кисти.

Придавая большое значение трудовой терапии, мы рекомендуем больным, с момента спадения отека, через 3-4 дня обслуживать себя - есть больной рукой, писать, застегивать пуговицы, вытирать пыль, убирать постель, шить, вязать и т.д. С 7-10 дня, в период настойчивых силовых сжимательных движений, рекомендуется усиливать физическую нагрузку на конечность,- поднимать стул больной рукой, готовить обед, переносить или переставлять кастрюли на плите, топить печь и т.д.

Больным канцелярским работникам мы рекомендуем перекидывать косточки на счетах, писать, перелистывать бумагу, а машинисткам или пианисткам производить такие движения фаланг пальцев, которые характерны для их профессионального труда : постукивание пальцами по столу, равносильное ударам при печатании на пишущей машинке или по клавишам пианино. Учителям и учащимся мы советуем как можно раньше начинать писать пером или мелом на доске. Штукатур должен браться за штукатурный инструмент и производить натирательные движения по предмету, стараясь вращать кисть. Плотнику, токарю рекомендуются удары молоточком по твердым предметам, портным - резать ножницами, шить. Больным солдатам на 9-10 день мы назначали упражнения с боевой винтовкой, рекомендовали открывать и закрывать затвор, закладывать патроны, а в дальнейшем усиливать рабочую нагрузку.

Больной с переломом луча в "типичном" месте должен стараться с самых ранних пор производить те движения, к которым обязывает его профессиональный труд.

С 7-10 дня, под влиянием силовых сжимательных движений и трудовой терапии, мышечная сила и функция кисти в целом

начинают прогрессивно нарастать. Даже у больных в преклонном возрасте, не говоря о более молодых, уже в процессе иммоби - лизации конечность обладает полным движением во всех суста - вах. К моменту снятия шины мы достигаем, при соблюдении выше-приведенных условий, вполне удовлетворительной мышечной силы.

Важность настойчиво проводимой лечебной гимнастики в суставах конечности с первых же дней и силовых сжимательных движений кистью с 7-10 дня для восстановления функции повре - жденной конечности иллюстрирует приводимое ниже наблюдение 226.

Больная Б-о, 60 лет, уборщица. Амбул.карта № 733.

Поступила 23.XI-53 г. по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном " месте с резким смещением дистального от-ломка к тылу (р-ма № 2759-60). Под спирто-новокаиновой блока-дой 10 мл отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Ре-комендовано: ЛФК и легкий массаж кисти. Показаться на следу - ющий день.

После вправления и фиксации отломков больная явилась на повторный осмотр только через 3 недели. При осмотре была об-наружена значительная тугоподвижность пальцев, а движения в кистевом суставе к тылу не превышали 10^0, к ладони - 15^0. Выяснилось, что больная в течение 3-х недель не проводила ЛФК и щадила конечность. К моменту обращения (через 3 недели) еще нуждалась в полном уходе. На контрольной рентгенограмме № 3038-9 стояние отломков хорошее. В дальнейшем она являлась к нам через день и мы настойчиво проводили лечебную физкуль-туру в суставах кисти и силовые сжимательные движения. Только к моменту снятия шины (23.XII) нам с большим упорством удалось приблизить к норме движения в суставах кисти. Однако сжима - тельная функция кисти по данным динамометрии выражалась толь-ко в пяти килограммах. Больная могла обслуживать себя, но из-за слабости кисти она нередко роняла из рук посуду или другие предметы.

Упорно проводя силовые сжимательные движения кистью на

пятидесятый день сила кисти, по данным динамометра, равнялась 19 кг . 16.1-54 г. приступила к своей профессиональной работе. Р-ма № 3070-1. Консолидация наступила в правильном положении отломков.

Приведенный случай свидетельствует о важности ЛФК и силовых сжимательных движений в раннем восстановлении утраченной функции конечности, а также и о том, что если с первых же дней настойчиво не производить лечебную физкультуру, то и при данной методике возможно развитие тугоподвижности суставов кисти (см.также набл. 306).

В неменьшей мере приводимое наблюдение подчеркивает целесообразность силовых сжимательных движений кистью с 7-10 дня.

Проводя динамометрию больным с переломом луча в "типичном" месте после 7-10 дней лечения мы отметили быстрый рост мышечной силы на протяжении 10-12 дней. Обычно с 21-24 дня показатели динамометра характеризуются не быстрым подъемом, а постепенным, с разницей от 0,1 до 0,5 кг ежедневно. В отдельных случаях больные физического труда выжимают 25-30 кг на динамометре тотчас после снятия шины или на второй день.

Нередко до снятия шины больные уже признавались нами годными к легкой физической работе. Люди умственного труда часто не прерывали работы или приступали к ней на следующий день, чаще в ближайшие дни после снятия шины. Люди тяжелого физического труда через месяц могли выполнять легкую физическую работу и возвращались к прежней работе через 1,5 месяца, в исключительных случаях - через 2 месяца.

Наличие полного объема движений пальцев и кистевого су-

става еще не означает, что функция кисти восстановлена. Вот почему необходимо после достижения полного объема движений переходить на силовые сжимательные движения. В основном функция кисти сжимательно-хватательная и эта важная функция резко нарушается вследствие перелома.

Хватательная функция кисти почти полностью выпадает при переломе луча, в то время как двигательная функция в незначительной степени сохраняется. В том, что хватательная функция кисти нарушается значительно больше двигательной, можно легко убедиться, проверив это на больном со свежим переломом луча. Движения в пальцах и кистевом суставе у него еще могут сохраняться в той или иной степени, в зависимости от тяжести повреждения, а хватательная функция почти целиком выпадает.

В основном все авторы, занимающиеся изучением данного вопроса, центрируют свое внимание на двигательной функции пальцев, а не на сжимательной и хватательной, хотя в развитии двигательной функции пальцев несомненно есть элемент развития хватательной функции. Тем не менее при существующих методах лечения, фиксация с охватом лучезапястного сустава не может дать возможность восстановлению ранней хватательной функции кисти. Это является следствием того, что при наличии фиксации лучезапястного сустава невозможно одновременное развитие хватательной и двигательной функции пальцев в той степени, в которой она может быть развита при свободном от фиксации кистевом суставе.

В силу скованности гипсовой повязкой кистевого сустава и, в основном, самой кисти, нарушается возможность хватательных движений, для полного осуществления которых необходимо,

чтобы кистевой сустав и кисть были свободны.

Как мы указали выше, при динамометрии больной конечности можно проследить как с каждым днем увеличивается сила кисти. Весьма убедительным примером в этом отношении является наш больной с двусторонним переломом луча. На одной стороне (правой) мы заставляли его производить активные движения в пальцах и кистевом суставе, но не делали упора на силовые и сжимательные движения кисти. Для большей убедительности силовая нагрузка назначалась только для левой конечности. В результате динамометрия левой конечности давала более высокие показатели роста мышечной силы, чем правая (см.набл. № 267).

Выгодность подвижности лучезапястного сустава вместе с пальцами видна из ближайших и отдаленных результатов лечения.

Ранняя функциональная нагрузка всей кисти обеспечивает быстрейшее восстановление поврежденных мягких тканей и кости, способствует быстрому рассасыванию кровоизлияний и предупреждает развитие контрактур - даже в умеренной степени. Нам не пришлось наблюдать продолжительного сохранения тугоподвижности в лучезапястном суставе, не говоря уже о пальцах.

Как правило, почти в 100 % случаев к концу снятия шины, даже в особо тяжелых случаях у лиц пожилого возраста, достигался полный объем движений во всех суставах кисти. Дальнейшие физио-терапевтические процедуры не требовались.

Всякий практический врач, который встречается с лечением перелома луча в "типичном" месте, знает те трудности, кото - рые часто приходится преодолевать больному в борьбе за вос - становление нарушенной функции конечности. Нередко сознание больного с тяжелым переломом луча повседневно приковано к

размышлениям о возможной инвалидности и ограниченной функции конечности. Психическая травма в той или иной степени всегда сопутствует повреждению кости.

В этом отношении предложенный профессором Поливектовым метод заслуживает особого внимания с точки зрения учения Павлова, как метод, оказывающий большое ободряющее и благотворное действие на психику больного.

Установлено, что при лечении этим методом переломов луча в "типичном" месте, больные начинают работать через несколько дней после перелома не только пальцами, но и полностью кистевым суставом, не испытывая при этом болевых ощущений. Это обстоятельство ободряет больных, вызывает у них чувство уверенности в том, что работоспособность конечности восстановится и они смогут выполнять прежнюю работу. Уже с первых дней сам пострадавший видит результаты лечения, что вызывает обоюдное удовлетворение - врача и больного.

Наконец, мы заметили, что у сознательных, волевых больных функция кисти восстанавливается раньше, чем у лиц не обладающих этими качествами в достаточной степени (см. набл. №№ 8,226, 306).

Полное восстановление двигательной функции конечности ко времени снятия шины освобождало нас от необходимости дальнейшего лечения больного. Только у лиц тяжелого физического труда восстановление движений не совпадало с восстановлением профессиональной рабочей функции конечности, что побуждало нас рекомендовать таким больным применение постепенно нарастающей рабочей нагрузки, т.е. после снятия повязки у таких больных мы решали вопрос только об объеме допустимой рабочей

нагрузки на поврежденную конечность.

Такого рода установка решала первостепенной важности вопрос о сроках нетрудоспособности и полного восстановления функции конечности.

Г Л А В А У1.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

а) Общая характеристика материала.

Прежде чем подвергнуть анализу результаты лечения, мы остановимся на общей характеристике нашего материала. Он составляет 320 случаев перелома дистального конца лучевой кости в "типичном" месте у 312 человек. Из 312 больных 9 человек проходили лечение общепринятыми способами, а 303 – лечение по способу И.А.Полиевктова. Из 303 десять больных пользовались лечением в условиях стационара и 293 лечились амбулаторно.

Из общего числа (312) больных, у восьми имели место двусторонние переломы лучевой кости, 6 из них лечились амбулаторно; двое, сообразно тяжести повреждения, были госпитализированы.

Таким образом, учитывая количество двусторонних переломов луча наши наблюдения составляют 311 случаев, пользовавшихся лечением указанным способом.

В пяти случаях отмечены флексионные переломы луча.

Из 311 случаев переломов луча 262 нуждались в вправлении отломков; из них у 117 наблюдались переломы с резкими смещениями и 3 двусторонних перелома луча, которые нами учитывались как 6 наблюдений.

У 145 больных отмечено умеренное смещение дистального

отломка, в том числе у 24 эпифизиолиз и у двух - двусторонние переломы луча, которые также учитывались нами как четыре наблюдения.

49 человек не нуждались в вправлении, в том числе 3 с двусторонними переломами и 4 эпифизиолиза без смещения.

Из нуждавшихся в репозиции отломков (262 случаев) вправление производилось в 257 случаях, а в пяти случаях с умеренным смещением репозиция не производилась из-за отказа больных. Попытки к вправлению у 7 больных с поздним поступлением (от 10 до 15 дней) давали незначительное улучшение положения отломков или же отломки оставались в прежнем состоянии (см. набл. №№ 286,287,291,296,301,300, 302). Только в одном случае перелома луча десятидневной давности при вправлении мы добились хороших анатомических результатов (см.набл. № 159). У двух больных произведено оперативное вправление отломков после одного месяца с момента травмы (см.набл.№№ 290, 297).

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст пол	До 10 л.	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-82	Всего	%
м.	13	61	14	12	6	13	8	131	40,9
ж.	-	11	14	18	42	45	55	189	59,1
ВСЕГО	13	72	28	30	48	58	63	312	

При анализе наших наблюдений (табл. 1), следует отметить, что у лиц мужского пола переломы дистального конца лучевой кости встречаются чаще всего в молодом возрасте - от 10 до 20 лет, а затем количество переломов луча резко сни -

жается и в возрасте 60 лет встречается реже, чем до 10 лет.

Напротив, у лиц женского пола, по нашим наблюдениям, до 10 лет перелом луча не встречается, а после 10 лет по - степенно нарастает по восходящей кривой, особенно с 40-летнего возраста, достигая наивысшего количества в возрасте 60 лет и выше. Повидимому, объяснение причины значительной разницы частоты переломов по возрастам у мужчин и женщин следует искать в различии строения эпифизов. Именно такое объяс - нение более частого повреждения дистального отдела луча у женщин по сравнению с мужчинами дает Тарханов. При исследовании фронтальных разрезов дистального эпифиза луча он установил, что у женщин губчатое вещество этого отдела кости имеет мелкопятнистое строение с тонкими костными перегородками, у мужчин - крупнопятнистое, с более мощными костными балками, отличающимися большей прочностью.

Таблица 2.

Распределение больных по социальному составу

Рабочие	Служащие	Учащиеся	Домохозяйки	Иждивенцы	Колхозники	Всего
52	54	72	91	11	32	312

По количеству переломов луча домохозяйки занимают первое место, а затем учащиеся.

Таблица 3.

Распределение больных по срокам поступления

1 сутки	2 сутки	3 сутки	Выше 10-15 суток	Всего
222	53	22	15	312

В лечении перелома луча большое значение имеют сроки поступления больных. У нас позднее поступление было в 83 случаях (от 2 до 3 дней) и от 13 до 15 дней - в 15-ти случаях. В более чем 70 % случаев больные поступали в первые минуты и часы травмы. Этот период ступора мышц наиболее благоприятен для достижения лучших результатов вправления. Наличие отека при позднем поступлении значительно ухудшает эффект вправления, а иногда является большим препятствием для репозиции и удержания отломков в правильном положении.

Таблица 4.

Распределение больных по видам травмы

Уличн.	Спорт.	Бытов.	Промышл.	с/хоз.	Всего
127	38	45	22	10	312

Приведенная таблица характеризует наши наблюдения по видам травм и указывает на преобладание уличной и бытовой травмы.

Таблица 5.

Распределение больных по механизму травмы

Падение на вытянутую руку	Падение на подвернутую руку	Удар по тыльной поверхности конечн.	Перелом от сдавл.	Перел. шофер	Механизм не выяснен	Всего
215	15	16	8	5	53	312

Как указано в таблице 5 падение на руку является самой частой причиной повреждений луча. Оно связано с условиями уличного движения и временем года.

Установившееся в литературе мнение о том, что смещение отломков к тылу основано только на механизме падения на вы-

тянутую руку, нужно считать не вполне правильным. В каждом отдельном случае мы стремились выяснить подробно механизм травмы. Как видно из таблицы 5, в 15 случаях имело место падение на согнутую руку, тем не менее дистальный отломок луча смещался в той или иной степени к тылу. В трех случаях (см. набл. №№ 190, 166, 159) показания больных о падении на подвернутую руку подкреплялись наличием ссадин на тыле кисти, что являлось объективным доказательством механизма травмы. В пяти случаях флексионных переломов отмечалось смещение дистального отломка к ладони. В семи случаях отмечен отрыв волярного или тыльного края лучевой кости.

Для характеристики тяжести повреждения у наблюдавшихся нами больных мы сочли необходимым распределить переломы по их патолого-анатомическим особенностям и тяжести повреждения

Характеристика переломов луча по патолого-анатомическому признаку.

1. Экстензионные переломы луча.

1. Переломы луча без смещения дистального отломка - 40
2. Переломы луча без смещения дистального отломка с отрывом шиловидного отростка локтевой кости - 5
3. Переломы луча с умеренным смещением дистального отломка - 79
4. Переломы луча с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости - 40
5. Переломы луча с резким смещением дистального отломка к тылу - 36
6. Переломы луча с резким смещением дистального отломка к тылу и отрывом шиловидного отростка локтевой кости - 30

7. Переломы луча с резким двойным смещением и подвывихом в луче-локтевом суставе - 8
8. Переломы луча с резким двойным смещением, подвывихом в луче-локтевом суставе и отрывом шиловидного отростка локтевой кости - 20
9. Переломы луча с резким смещением и раздроблением дистального отломка - 3
10. Переломы луча с резким смещением, раздроблением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости - 5
11. Эпифизиолизы: а) полный эпифизиолиз - 12
б) неполный эпифизиолиз - 24
в) эпифизиолиз без смещения - 4

II. Флексионные переломы луча.

1. Флексионные переломы луча с умеренным смещением дистального отломка - 2
2. Флексионные переломы луча с резким смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости - 3

Среди переломов луча с умеренным смещением и без смещения в 10 случаях отмечены переломы выше эпифизарной линии. Из общего числа внутрисуставных переломов наблюдалось 77, из них проникающих в два сустава - кистевой и радиоульнарный - 16; проникающих в кистевой сустав - 46, и проникающих в радиоульнарный - 15.

С клинической точки зрения мы подразделили переломы на тяжелые, средней тяжести и легкие. К тяжелым мы отнесли 105 повреждений, в том числе переломы с резким смещением к тылу, переломы луча с резким смещением к тылу и в радиальную сто-

рону с подвывихом головки локтевой кости, переломы луча с множественным раздроблением периферического отломка.

В число повреждений средней тяжести вошли переломы луча с умеренным смещением дистального отломка, эпифизиолизы, переломы выше эпифизиальной линии (6 случаев). Всего переломов средней тяжести мы наблюдали 157. Легких повреждений мы наблюдали в 49 случаях. К ним мы отнесли переломы луча без смещения дистального отломка и 4 случая перелома луча выше эпифизарной линии.

В целях более глубокого клинического анализа повреждений, мы считаем необходимым дать их характеристику по тяжести травмы с учетом профессиональных и возрастных показателей.

Таблица 6.

Профессионально-возрастные показатели при тяжелых повреждениях лучевой кости

Тяжелый физический труд				Общее число	Физич. труд средн. тяжести				Общее число	Легкий физический труд				Общее число
возраст					возраст					возраст				
до 20	21-40	41-60	61-80		до 20	21-40	41-60	61-80		до 20	21-40	41-60	61 80	
3	1	3	12	19	4	3	10	3	21	5	8	19	20	52

Таблица 7.

Профессионально-возрастные показатели при средней тяжести повреждениях лучевой кости

Тяжелый физический труд				Общее число	Физич. труд средн. тяжести				Общее число	Легкий физический труд				Общее число
возраст					возраст					возраст				
до 20	21-40	41-60	61-82		до 20	21-40	41-60	61-80		до 20	21-40	41-60	61-82	
3	9	11	0	23	3	8	7	4	22	52	13	37	21	124

Таблица 8.

Профессионально-возрастные показатели при легких повреждениях лучевой кости

Тяжелый физический труд возраст				Общее число	Физич. труд сред.тяжести возраст				Общее число	Легкий физический труд возраст				Общее число
до 20	21-40	41-60	61 82		до 20	21-40	41-60	61 80		до 20	21-40	41-60	61-80	
1	6	9	0	16	0	3	4	0	7	7	16	5	8	36

Приведенные в таблице 7 данные свидетельствуют, что число повреждений средней тяжести было более значительным, по сравнению с аналогичными показателями Ленинградского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (Томп) и Центрального Травматологического института в Москве (Улит), где наибольшее число переломов в "типичном" месте относится к разряду легких.

б) Длительность лечения

Сроки лечения переломов дистального конца лучевой кости и его результаты являются основными показателями, которые дают возможность провести сравнительную оценку эффективных лечебных методов.

Однако по данным литературы не всегда возможно с достоверностью определить действительный срок лечения.

Ряд авторов под длительностью лечения понимают срок ношения иммобилизирующей повязки или же срок нетрудоспособности, не учитывая времени, в которое больные проходят последующее лечение или долечивание. Этим самым искусственно укорачиваются сроки лечения. Так, например, по данным Петерсена боль-

ные с переломами дистального конца лучевой кости могут приступить к работе через 14-21 день и реже через 6 недель, а по Барденгееру через 4 недели больные могут выполнять прежнюю работу. А.С.Коровин(53) считает, что в среднем срок лечения у больных с переломами дистального конца лучевой кости колеблется между 25 и 40 днями, а по данным А.П.Повельненко(76) из клиники Б.С.Вом, этот срок лечения еще меньше - от 25 до 27 дней, а в среднем 26 дней. З.П.Самсонова(85) приводит данные о продолжительности лечения таких больных в зависимости от тяжести выполняемой работы. При этом автор определяет разницу в продолжительности утраты трудоспособности и лечения у лиц тяжелого физического труда и легкого труда только в 15 дней, а разницу между лицами умственного и легкого физического труда в 10 дней. Ю.Г.Малис(63) считает,что через 4-5 недель больные могут приступить к работе. Такие же сроки лечения указывает Шторп. По Клаппу самый короткий срок лечения 42 дня, а по Петиньеру(164) 37-42 дня. По данным же других авторов действительные сроки лечения больных с переломами дистального конца лучевой кости значительно продолжительней. И.М.Фаерман(100) считает, в среднем продолжительность лечения у таких больных от 6 до 10 недель, а в осложненных случаях - до 20 недель. По П.И.Бакову(4) этот срок лечения равен 9 неделям, по Кондратьеву - 7 неделям. М.Л.Меерзон(67) проводил лечение переломов дистального конца лучевой кости различными способами, при этом продолжительность лечения в гипсовой повязке равнялась 80-193 дням. По Майеру(160) и Бангу(131) срок лечения переломов луча циркулярной гипсовой повязкой равен 16 неделям. По Л.Белеру для

полного выздоровления таких больных необходимо 6-10 недель. По Коттону(143) и Андерсону(138) этот срок равен 8-10 неделям. Зонтаг(169) из клиники Пайера при лечении перелома дистального конца лучевой кости имел наиболее короткие сроки лечения от 6 до 8 недель и наиболее длительные - от 8 до 12 недель.

Н.И.Байков(3) совершенно справедливо заявлял (1935 г.), что долечивание больных с переломами луча по крайней мере вдвое превосходит лечебный период. Долечивание продолжается нередко еще 3-4 месяца. По этому же поводу Майер пишет, что когда больные приступают к работе, все равно они нуждаются в долечивании массажем и гимнастикой.

По этому вопросу мы разделяем мнение К.Ф.Вагнера(20), который писал: "Борьба с понижающими трудоспособность функциональными расстройствами должна быть прямым предметом самого лечения, а не специального долечивания". (Переломы и их лечение. Стр.245).

Исходя из этого положения, мы приводим данные тех авторов, которые учитывают длительность лечения и долечивания. При анализе литературных данных выяснилось, что чаще всего долечивание требовалось для устранения осложнений в виде тугоподвижности и контрактур в кистевом суставе и реже в пальцах. Осложнения эти, как правило, являлись результатом продолжительной фиксации отломков луча. А.С.Косяк(55)(1938г.), сообщая о лечении 112 больных, отмечает, что он закрывал больничный лист на 30-45-й день лечения, переводя своих больных на временную инвалидность и назначал лечение грязевыми ваннами в течение еще 45 дней. Временную инвалидность в свя-

зи с ограничением движений в суставах получало 50 % больных. С.Н.Нечаева (1952 г.) при изучении отдаленных результатов перелома луча выяснила, что в 23 % случаев имело место ограничение движений в кистевом суставе до 15 и более градусов. В.Касобаум[140] (1950 г.) указывает, что после снятия шины в 30-60 % случаев достигался полный объем движений в кистевом суставе, а в остальных случаях движение в кистевом суставе приходило к норме в последующие месяцы. При изучении результатов лечения на протяжении 3-9 месяцев у 120 больных Грехем[139] (1938 г.) у 25-ти обнаружил ограничение движений на 50 % в кистевом суставе и пальцах.

Л.Белер указывает, что при снятии гипсовой повязки после 3-4 -х недельной непрерывной фиксации подвижность в кистевом суставе бывает ограничена наполовину. По мнению автора, такое ограничение движений в кистевом суставе вскоре исчезает, так как мышцы, благодаря активным движениям быстро преодолевают образовавшуюся контрактуру.

Л.Белер в своей статье "Функциональное лечение перелома луча" приводит случай с переломом луча у 75-летнего больного. Автор с восхищением указывает, что через две недели после снятия шины кистевой сустав работал на 50 %, а через 5 недель движение в лучезапястном суставе достигло полного объема.

По данным Спида[170] и Кнайдера[170] функция кистевого сустава восстанавливается быстро после снятия шины в 30-60 % случаев, а в последующий месяц нормальный объем движений достигается в 60-100 %.

Н.И.Байков из института физиотерапии сообщает о 148 случаях перелома луча у больных, присланных на физиотерапическое

лечение из разных амбулаторий и поликлиник, у 79 % из них имела место контрактура в лучезапястном суставе и пальцах и в 62,8 % - ограничение вращательных движений предплечья.

А.С.Коровин(53) на 120 случаев перелома луча в 18 % по окончании лечения наблюдал тугоподвижность в кистевом суставе. Только Миронов, освобождая лучезапястный сустав от фиксации на 8-10 день путем укорочения тыльной деревянной шины, к концу снятия шины получал более ободряющие результаты в сравнении с другими авторами: до 60-80 % объема движений в лучезапястном суставе и 100 % в пальцах.

Таким образом, на основании литературных данных можно притти к выводу, что наиболее частой причиной необходимости долечивания является тугоподвижность в суставах кисти, чаще в кистевом суставе, тугоподвижность которого, как правило, развивается в той или иной степени даже при непродолжительной фиксации (3 недели) в особенности у пожилых.

Об этом Вегнер говорит: "Высокая продолжительная иммобилизация пагубно отзывается на состояние функции не только мышц, но и здоровых суставов,- никоим образом не следует иммобилизировать переломленную конечность дольше того, крайнего срока, который безусловно необходим для первого процесса регенерации. Прямым последствием продолжительной иммобилизации конечности являются: мышечная атрофия, расстройство питания кости и тугоподвижность суставов, результат же этих трех патологических моментов выражается в понижении трудоспособности" (Там же, стр.237-244).

Прав Гоффа, который заявил, что "нет ни одного сустава, который бы так плохо переносил продолжительную иммобилизацию,

как ручной и голеностопный". (Цит. по Барденгееру ( ).

Вот почему Вегнер говорит: "Итак суставы, точно так же как и мышцы созданы для постоянного движения. Движение есть то физиологическое состояние, для которого сустав создан и которым он живет" (Там же, стр.80).

Большое значение функции кисти в трудовом процессе и в то же время высокий процент неудовлетворительных результатов при лечении дистального конца лучевой кости заставляет стремиться к более рациональному сочетанию анатомических и функциональных принципов в лечении этого вида переломов. При этом следует учесть, что значительный процент неудовлетворительных результатов лечения при переломах луча в "типичном" месте зависит от контрактур в кистевом суставе и реже пальцев, от неумелой и неправильной, а с нашей точки зрения, ненужной иммобилизации лучезапястного сустава.

Утвердившиеся в настоящее время два принципа в лечении переломов луча - принцип непрерывной фиксации и принцип кратковременной иммобилизации, как это видно из приведенных данных, не могут решить проблему рационального лечения при переломах луча.

Применяя принцип непрерывной, длительной (до двух месяцев) иммобилизации, мы нередко получаем хорошие анатомические результаты в ущерб функциональным, в то же время, пользуясь принципом ранней мобилизации путем кратковременной фиксации, удается иногда добиться лучших функциональных результатов в ущерб анатомическим. Между тем функциональные результаты находятся в большой зависимости от анатомических. В этом отношении кратковременная иммобилизация нередко оказывается мало удовлетворительной, ибо угрожает вторичному смещению отломков.

В этом отношении метод, предложенный И.А.Полиевктовым, как бы устанавливает равновесие между анатомическими и функциональными принципами лечения, так как отломки при применении этого метода сохраняют в условиях непрерывной иммобилизации достигнутое при вправлении положение, в то же время суставы кисти остаются свободными от фиксации и получают возможность не только ранней двигательной функции, но и рабочей нагрузки. В этом можно убедиться при анализе сроков лечения наших больных.

в) Результаты лечения.

При анализе результатов лечения переломов дистального конца лучевой кости необходимо учесть следующие факторы:

1. возможность вторичных смещений отломков,
2. анатомические результаты,
3. оценка функции кисти,
4. восстановление профессиональной трудоспособности.

В этом направлении мы считаем необходимым изложить полученные нами сведения из литературы.

Вопрос о вторичных смещениях был ведущим в выработке методов лечения переломов луча в "типичном" месте. Вторичные смещения отломков в лечебных иммобилизирующих повязках укрепили во врачебном сознании мнение о необходимости обязательной и прочной фиксации лучезапястного сустава. Под таким углом зрения шла разработка методов лечения переломов лучевой кости.

История вопроса показала, что смещение отломков после их вправления возможно даже при иммобилизации лучезапястного и локтевого суставов.

Литературные данные по этому вопросу дают право утверждать, что вторичное смещение отломков при лечении перелома дистального конца лучевой кости должно наступать, как обязательное осложнение в определенном проценте случаев, если только нарушаются принципы иммобилизации двух или одного смежного сустава. Считается, что при лечении таких переломов с освобожденным для функции лучезапястным суставом, вторичное смещение должно быть не только частым, но неизбежным.

О.Р.Улит наблюдал вторичное смещение в 10% случаев после вполне удовлетворительной репозиции отломков. Он утверждает, что повторное смещение при переломе лучевой кости в "типичном" месте со смещением и отрывом шиловидного отростка локтевой кости происходит от недостаточной фиксации.

1. В некоторых случаях гипсовая лонгета (тыльная) не охватывала область лучезапястного сустава и предплечья на 3/4, а лишь покрывала тыльную поверхность лучезапястного сустава и предплечья.

2. Повторное смещение автор пытается объяснить еще и тем, что после тугого бинтования развивается отек кисти, что вызывает резкую боль. Для устранения этой боли иногда сами больные разбинтовывают на второй день мягкий бинт, после чего уменьшается отек и в это время периферический отломок смещается. Вот почему автор фиксирует отломки двумя лонгетами.

В.А.Чернавский утверждает, что вторичное смещение нужно ожидать в том случае, когда кисть освобождается для движений в лучезапястном суставе и фиксируется в тыльной флексии.

Н.И.Байков указывает, что вторичное смещение может произойти под влиянием действий мускулатуры. Отломки могут сме-

щаться, говорит автор, при пассивных и активных движениях в суставах кисти и во время сна при супинации и пронации. Н.И.Байков наблюдал вторичное смещение вправленных отломков луча при ежедневном удалении шины для массажа, ванн, гимнастики после непрерывной фиксации отломков в течение 7-14 дней, при установке кисти в тыльной фиксации. О.Р.Улит на большом материале (662 случая) наблюдал в 61 случае повторное смещение отломков при фиксации их тыльной лонгетой. Из них в 45 случаях вправление повторялось два раза, а в 16 случаях - 3 раза. Л.Белер наблюдал вторичное смещение через две недели после вправления, а Матти отмечал вторичное смещение дистального отломка на третьей неделе под влиянием мышечных сокращений и в особенности под влиянием неосторожной пассивной и активной дорзальной флексии. Барденгеер наблюдал вторичное смещение в 7 случаях из 61, что объясняет беспокойным поведением больных. Констатировав этот факт, А.И.Томп предложила при переломах лучевой кости с обширными смещениями фиксировать еще и локтевой сустав, удлиняя срок ношения циркулярной гипсовой повязки до двух месяцев.

Наши наблюдения дают право пересмотреть установившееся мнение о вторичных смещениях, как осложнении в известном проценте случаев при лечении переломов лучевой кости.

Если исходить из концепции И.А.Полиевктова о том, что вторичное смещение отломков является результатом вращательных движений предплечья, то борьба со вторичными смещениями должна итти не по линии длительной иммобилизации смежных суставов, а в направлении устранения вращательных движений в нижнем луче-локтевом сочленении. Шина И.А.Полиевктова построе-

на на этом принципе и предусматривает иммобилизацию только дистального луче-локтевого сочленения в целях прекращения ротационных движений предплечья - супинации и пронации. По идее автора блокирование супинации и пронации фиксацией отломков, которое достигается предложенной им угловой шиной, предупреждает от вторичных смещений даже в условиях полных движений в лучезапястном суставе.

Такого рода установка является принципиально важной, открывающей новые перспективы в лечении перелома лучевой кости в "типичном" месте. Необходимо, следовательно, проверить на практике правильность высказанного положения.

Вопрос о восстановлении анатомической формы в лечении переломов дистального конца лучевой кости рассматривается далеко не всеми авторами; этого вопроса обычно касаются, говоря о вторичных смещениях. Из этого, однако, не следует,что процент неудовлетворительного восстановления анатомической формы равен проценту осложнений вследствие вторичного смещения отломков. Полноценное восстановление анатомической формы является трудной и не всегда осуществимой задачей, хотя бы вследствие компрессии или раздробления дистального отломка.

Мы приведем только некоторые данные, определяющие перспективы восстановления анатомической формы по данным некоторых авторов.

М.Л.Меерзон проводил лечение переломов дистального конца луче-локтевой кости различными способами у 113 больных, при этом у 12 из них получил неудовлетворительные анатомические результаты. И.И.Байков при обследовании отдаленных результатов лечения у 113 больных в 17 случаях отметил неудовлетво-

рительные анатомические результаты (14%).

Грехем (1938 г.) при изучении отдаленных результатов у 125 больных после перелома луча, в 27 случаях наблюдал ясное укорочение радиуса, а в 30 случаях - подвывих в луче-локте - вом суставе.

Ф.Н.Гамильтон(147) среди 98 обследованных, только у 26-ти констатировал хорошие анатомические результаты.

Краткий анализ литературы показывает, что неполноценное восстановление анатомической формы наблюдалось от 10,6 до 14%, а по данным Гамильтона процент неудовлетворительных анатоми - ческих результатов составляет более 50.

Следует считать правильным, что анатомически неполноцен- ные результаты должны наблюдаться значительно чаще неудовлет- ворительных и посредственных функциональных исходов, так как при удовлетворительном анатомическом положении мы нередко по- лучаем хороший функциональный результат.

По функциональным исходам лечения в литературе имеются наиболее подробные данные. Оценка результатов лечения всеми авторами проводится, как правило, на основании показателей функции конечности.

Для нас имеет значение определение процента неудовлетво- рительных и удовлетворительных исходов при основных вариантах лечебной методики. Чистое анатомическое направление в лечении перелома луча в настоящее время трудно выделить. Этому направ- лению наиболее соответствует методика, избранная для перело- мов с.большими смещениями и требующая фиксации лучезапястного и локтевого сустава в течение двух-трех месяцев (Белер, Томп, Грехем и др.). Результаты лечения этих повреждений по мате -

риалам Томп определяются следующими показателями.

Таблица 9

По данным Томп	Кол.	Исходы лечения		
		хорош.	удовл.	неудовл.
III гр. Околосуставные, косые и поперечные переломы с выраженным тыльно-радиальным смещением дистального отломка, осложненные подвывихом или вывихом в дистальном луче-локтевом сочленении	99	57	23	19
IУ гр. Околосуставные переломы без раздробления или с частичным раздроблением дистального отломка	73	33	9	31
У гр. Внутрисуставные переломы с частичным или значительным раздроблением дистального отломка на несколько частей, осложненные повреждением связочного аппарата дистального луче-локтевого сочленения	14	4	4	6

Наиболее распространенным в лечении переломов лучевой кости является комбинированное анатомо-функциональное направление. Эта методика лечения при переломах с тяжелыми смещениями дает, по данным Улита, следующие исходы.

Таблица 10

Вид перелома	Число набл.	Исходы		
		хорош.	удовл.	неудовл.
Внутрисуставные повреждения	38	2	21	15
Переломы со смещением и отрывом шиловидного отростка	180	72	105	5

При переломах с умеренным смещением отломков, определяемых авторами как повреждения средней тяжести, исходы лечения были значительно лучше.

Таблица 11

Авторы	Всего наблюдений	Исходы		
		хорошие	удовлетвор.	неудовлетв.
Улит	215	156	31	28
Томп II гр.	84	89,5		
III гр.	208	53%	28,8 %	18,2 %

Анализ литературы показал, что даже при переломах с незначительным смещением отломков возможны исходы с ограничением функции конечности. Этот факт свидетельствует о том, что самый метод лечения может быть причиной ограничения функции кисти. Что же касается легких повреждений, то исходы при них обычно благоприятны (см.табл.12).

Таблица 12

Авторы	Всего случаев	Исходы		
		хорошие	удовлетв.	неудовлетв.
Улит	200	200	-	-
Томп	196	196	-	-

Мы считаем целесообразным привести исходы при функциональной методике лечения переломов луча в "типичном" месте, несмотря на то, что сторонники этого направления, судя по литературе, немногочисленны.

Таблица 13

Результаты применения функционального метода лечения при переломах луча

Авторы	Всего наблюдений	Исходы		
		хорошие	удовлетв.	неудовлетв.
Штоpп	104	96	8	-
Даниляк	28	26	2	-

Приведенные результаты основных вариантов лечения показывают, что наименьший процент хороших исходов достигается при тяжелых повреждениях скелета. В этих случаях неудовлетворительные исходы встречаются очень часто при всех методах лечения.

Особо неблагоприятны исходы лечения при внутрисуставных переломах. По данным Улит, из 38 случаев хороший исход наблюдался только у двух больных, а плохой у 15. Поэтому можно считать, что проблема лечения тяжелых повреждений далеко еще не решена.

Наилучшие результаты в лечении любых повреждений и особенно переломов без смещения дает функциональный метод.

Короткий анализ литературы по вопросу об исходах лечения перелома лучевой кости в "типичном" месте показывает, что неполноценные функциональные результаты могут происходить от двух причин:

1. От несоблюдения анатомического принципа в установке и фиксации отломков и их дальнейшего удержания.

2. От вынужденной длительной неподвижности лучезапястного сустава.

Этим требованиям отвечает метод Полиевктова, который обеспечивает прочную длительную фиксацию отломков и раннюю полную функцию лучезапястного сустава.

Поэтому следует считать закономерными те ободряющие результаты лечения, которые мы получаем при практической проверке названного метода.

По литературным данным наиболее часто встречающимся при переломах луча осложнением является тугоподвижность в лучезапястном суставе, реже - ограничение движений пальцев кисти и вращательных движений предплечья. Редким осложнением является анкилоз, ложные суставы, фольькмановская контрактура, повреждения нервных стволов, артриты, тендовагенит и атрофия мышц.

В итоге лечения переломов дистального конца лучевой кости различными методами фиксации получается значительный процент неудовлетворительных ближайших и отдаленных результатов. В основе их лежит продолжительная фиксация конечности и недостаточная осведомленность практических врачей о значении ранней функции не только пальцев, но и кистевого сустава.

Мы наблюдали ряд случаев осложнений после перелома луча (см. набл.№ 149, 264, 299, 292). Эти больные обращались к нам по истечении значительного времени после лечения в других учреждениях. У них наблюдались: чаще - резко выраженная тугоподвижность в кистевом суставе, реже - ограничение супинации и сгибания пальцев. В пяти случаях нами отмечена даже резко выраженная стойкая контрактура кистевого сустава и пальцев, как следствие неправильного сращения отломков и длительной неподвижной фиксации лучезапястного и локтевого суставов.(См.

набл. №№ 293,288,289,294,303).

У 312-ти наших больных, леченных по методу Полиевктова, нам почти не пришлось наблюдать более или менее выраженной контрактуры кистевого сустава или пальцев к моменту снятия шины (исключая наблюдений №№ 8, 226, 286). Наоборот, мы констатировали полный объем движений во всех суставах кисти на 5-7 день у молодых лиц и не позже 10-14 дней у пожилых. Нами ни разу не были отмечены анкилозы, образование ложного сустава, артриты, тендовагенит и атрофия мышц.

Учитывая полученные результаты, мы считаем возможным сделать вывод о том, что метод фиксации при переломах дистального конца луча, освобождающий кистевой сустав, имеет большое преимущество перед другими методами.

Угловая шина рассчитана на оставление некоторого просвета у места, где пальпируется пульс на лучевой артерии. Этот свободный промежуток остается при наложении шины почти на всем ее протяжении с радиарно-ладонной стороны. В этот просвет можно свободно продеть карандаш. Вот почему шина исключает возможность циркуляторных расстройств, которые могли бы вызвать опасения.

При позднем обращении и, в особенности, при значительных смещениях отломков, больные, обычно, поступают с наличием уже большого отека предплечья, кисти и пальцев. В таких случаях, после вправления отломков и фиксации их угловой шиной, отек обычно не увеличивается и часто обнаруживает склонность к прогрессивному уменьшению. С одной стороны этому способствует устранение смещения отломков, с другой - возможность лечебной физкультуры кистевого сустава и пальцев, при условии

устойчивой фиксации вправленных отломков луча. Для подтверждения этого мы приводим наблюдение № 4.

Г-а, 60 лет, домохозяйка. Амбулаторная карта № 637. 30.XI-1953 г. Три дня назад упала на левую вытянутую руку. Ощутила острую боль и хруст в нижней трети предплечья. Первый день - три раза "парила" руку. На второй день обратилась в амбулаторию, где ей произвели рентгенографию, вправили отломки и иммобилизовали их тыльной гипсовой лонгетой. Больная третий день не спит из-за болей. Лонгета снята.

Кисть и пальцы резко отечны. Местами на тыле кисти множество мелких пузырей наполненных жидкостью. Движения в суставах кисти невозможны из-за резкого отека и боли. Предплечье умеренно деформировано в нижнем отделе с выраженным отеком. Радио-ульнарный угол слева - 110°, справа - 120°. При пальпации дистальной трети луча - интенсивные боли. Рентгенограмма № 2466-7. Поперечно-оскольчатый перелом дистального конца левой лучевой кости с раздроблением его и смещением к тылу на 0,8 см. Отрыв шиловидного отростка.

Диагноз. Внутрисуставный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте со значительным смещением дистального конца и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.

30.XI-53 г. Спирто-новокаиновая блокада по Оридлянду (10 мл), отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Рекомендовано: лечебная физкультура в суставах кисти и легкий массаж.

1.XII-53 г. Сон не нарушен, отек кисти резко спал. Больная отмечает, что через каждые 30 минут в часы бодрствования она производила движения в пальцах и кистевом суставе, временами активно и пассивно легкий массаж, получая при этом значительное облегчение. Контрольная рентгенограмма № 3038-9. Хорошее стояние отломков. Назначения те же.

3.XII отек кисти очень незначительный. Движение в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу на 15°, в ладонном направлении приближаются к норме. Жалуется на чувство онемения пальцев кисти. 7.XII отека нет, движения в кистевом суставе

приближаются к норме, на боли не жалуется. 11.XII назначение - силовые сжимательные движения кистью. Динамометрия 7 кг. Обслуживает себя. 18.XII динамометрия 9,5 кг. 22.XII снята шина, ось предплечья без отклонений, двигательная функция в суставах кисти в пределах физиологических возможностей. Супинация ограничена на 50-60°. Обслуживает себя полностью: одевается, обувается сама, топит печку, стирает платки, шьет, вяжет. 13.XII по объему выполняемой работы нужно считать, что трудоспособность поврежденной руки восстановилась.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боли в области перелома при перемене погоды, после длительной физической нагрузке (стирке белья). Других жалоб нет.

Напротив, при свежих переломах луча, когда больные поступают к врачу в первые минуты или часы после перелома, и когда отек еще не успел развиться, то после вправления и наложения шины, в той или иной степени отек обычно возникает. Но под влиянием применяемого легкого массажа и ЛФК развитие отека приостанавливается, или же в значительной степени ограничивается.

Вместе с исчезновением отека исчезает боль и циркуляторные расстройства в виде легкого цианоза. Боль и циркуляторные расстройства свойственны всякому перелому в первые дни. Степень их зависит от патолого-анатомических изменений в поврежденной конечности, с одной стороны, и от качества фиксирующей повязки - с другой.

При всех существующих методах шины (чаще - гипсовая лангета) фиксируются мягким циркулярным бинтом, который, прижимая сосудистый пучок, при нарастающем отеке сдавливает его до известной степени, что вызывает расстройство крово и лимфообращения.

Преимущество угловой шины заключается в том, что она не

приходит в соприкосновение с зоной расположения лучевой артерии и не оказывает на нее давления даже в период нарастания отека, что благоприятно отражается на кровообращение периферического отдела конечности.

Как указано выше, для устранения болей при переломе луча при вправлении и в ближайшие дни после вправления, мы пользуемся спирто-новокаиновой блокадой по Фридлянду. Благодаря этому боль при иммобилизации отломков угловой шиной исчезает на длительное время, несмотря на освобождение от фиксации кистевого сустава. Если боль и сохраняется, то в умеренной степени, не препятствующей ранним активным и пассивным движениям в лучезапястном суставе. При других методах фиксации кистевого сустава, больные также испытывают боль в области перелома, усиливающуюся при сгибании и разгибании пальцев, что отражается на сроке восстановления функции пальцев. В неменьшей мере эти больные испытывают боль и после снятия шины при разработке контрактуры лучезапястного сустава, которая возникает почти во всех случаях, в особенности у пожилых лиц при тяжелых внутрисуставных переломах и переломах, осложненных разрывом лучелоктевого сочленения. Приводимые ниже наблюдения №№ 264, 149 и 150 достаточно убедительно иллюстрируют этот факт.

НАБЛЮДЕНИЕ № 264. К-а,60 лет,домохозяйка, Амб.карта № 103. 23.XI-53 г., в результате падения на левую вытянутую руку, получила перелом луча в "типичном" месте. В амбулатории ей произвели вправление отломков луча, а затем фиксировали их лонгетой до средней трети плеча. Через месяц повязка была снята и назначены ЛФК и теплые ванны. Через две недели после снятия иммобилизирующей повязки она обратилась к нам с жалобами на резкие боли при движениях в суставах кисти, которых она не испытывает в состоянии покоя. Р-ма № 11-12. Поперечный перелом

левого луча в "типичном" месте с выраженной консолидацией отломков в хорошем анатомическом положении.
Местно: Ось предплечья не нарушена. Имеется незначительная отечность нижней трети предплечья и кисти. Радио-ульнарный угол как слева, так и справа - 120°. Движения в лучезапястном суставе к тылу 10°, к ладони - 15°, резко болезненны. Супинация возможна в пределах 140°, пронация 170°. Пальцы кисти полностью не приводит к ладони.

Больная заявила, что после вправления отломков и фиксации их, в первые 2-3 дня испытывала значительные боли в области перелома, а затем до снятия шины она почти не ощущала болей, но после снятия иммобилизирующей повязки, при движениях в кистевом суставе она испытывала боли, которые по своей интенсивности намного превосходят болевые ощущения в первые дни после травмы.

15.1 - больная направлена в кабинет лечебной физкультуры.

В этом случае, несмотря на двухнедельный срок после снятия иммобилизирующей повязки и проведения физио-терапевтических мероприятий, функция кисти оставалась резко нарушенной за счет образовавшейся контрактуры и резких болей. Трудоспособность не восстановилась, больная нуждалась в уходе и в дальнейшем физио-терапевтическом лечении.

НАБЛЮДЕНИЕ № 149. П-а,45 лет,учительница начальных классов. Амбулаторная карта № 236.

12.II-53 г. обратилась к нам с жалобами на ограничение движений в суставах кисти и резкие боли в них, преимущественно в кистевом. Из анамнеза выяснилось, что 31.1-53 г. в результате падения на правую руку она получила перелом луча в "типичном" месте без особого смещения отломков. В тот же день в амбулатории ей произвели рентгенограмму и иммобилизировали предплечье тыльной гипсовой лонгетой от верхней трети плеча до головок пястных костей. 3.II лонгета была снята в той же амбулатории с назначением теплых ванн и ЛФК. При осмотре - правая кисть и пальцы отечны. Движения во всех пальцах кисти значительно ограничены и болезненны. В лучезапястном суставе - возможны к тылу на 15°, к ладони на 15-20°, резко болезненны. Динамометрия: правая конечность 5 кг, левая - 21 кг.

В период иммобилизации гипсовой лонгетой больная все время нуждалась в уходе, не могла обслуживать себя. С 15-го дня после снятия фиксирующей повязки она с трудом могла писать, проверять тетради, при этом рука немела и быстро уставала.

12.III-1953 г. Р-ма № 859-60. Консолидированный перелом дистальной трети правого луча без особого смещения отломков. Больная работает в начальных классах. По роду занятий ей приходится писать на доске мелом. К концу второго месяца она приступила к работе и могла выполнять свою прежнюю работу, однако все же рука ее быстро уставала и приходилось писать на доске с перерывами. К этому же времени под влиянием лечебной физкультуры и теплых процедур движение в пальцах достигло почти полного объема, а в кистевом суставе оставались ограниченными и болезненными в течение трех месяцев.

Таким образом, в приведенном случае мы имеем длительную потерю профессиональной трудоспособности (два месяца) несмотря на то, что перелом был почти без значительного смещения отломков.

В разрезе быстроты восстановления профессиональной трудоспособности у лиц умственного труда, в частности учителей, представляет значительный интерес наблюдение № 150, которое мы приводим ниже, как аналогичный по тяжести перелом дистального конца правой лучевой кости у больной той же профессиональной принадлежности, которая получила перелом на 2 дня раньше (29.1-53 г.) и проходила лечение с помощью угловой шины.

НАБЛЮДЕНИЕ № 150. В-а, 24 лет, учительница начальных классов. Амбулаторная карта № 211.

29.1-1953 г. при падении на правую подвернутую к ладони руку почувствовала резкую боль в нижней трети предплечья. Тотчас после падения ей вытянул руку прохожий, при этом больная ощутила хруст.

Местно: умеренная припухлость правой кисти и нижней трети предплечья. Радио-ульнарный угол слева и справа 120°. При пальпации дистального конца лучевой кости и шиловидного отростка локтевой отмечается интенсивная болезненность. Двигательная функция кисти резко нарушена. Р-ма № 345-6. Косой оскольчатый перелом правой лучевой кости в дистальной трети с незначительным смещением отломков. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Диагноз: Перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с незначительным смещением отломков. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

После вправления отломков конечность фиксирована угловой шиной.

Назначение: лечебная физкультура в суставах кисти и легкий массаж.

На шестой день после перелома - движения в кистевом суставе приближаются к норме, мало болезненны. С.5.П-53.г. приступила к работе. Пишет, но утомляется рука. 9.П-53 г. показывает решение примеров на доске. Пеленает своего грудного ребенка. Движение в кистевом суставе в полном объеме; обслуживает себя.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

На 20-й день больная не жалуется. Свободно владеет конечностью. Пишет, стирает детские пеленки. Динамометрия - 13 кг. 19.П-53 г. шина снята. Ось предплечья правильная. Движения во всех суставах кисти в нормальных пределах, безболезненны. Супинация ограничена на 30-40° , болезненна. Выполняет легкую физическую работу: пеленает ребенка, готовит обед, стирает пеленки. Жалуется на утомляемость и боли в области перелома при прогулке с ребенком на руках (предплечье при этом находится в положении длительной супинации).

Таким образом, в приведенном случае рано восстановилась профессиональная трудоспособность. Больная с 8-го дня свободно писала ручкой и мелом на доске. Вскоре пеленала и нянчила своего грудного ребенка, еще в шине она могла стирать пеленки и т.д.

4.II-1953 г. Р-ма № 724-5. Отломки консолидировались.

Уместно указать, что при других методах фиксации, больные испытывают зябкость конечности и вынуждены укутывать ее как можно теплее косынкой или платком.

При свободном от фиксации кистевом суставе больные получают возможность активных движений всей конечности, а следовательно меньше реагируют на понижение внешней температуры. Больные могут свободно одевать перчатку на освобожденную от фиксации кисть, одевать пальто и придавать конечности естественное положение. Об этом свидетельствуют почти все наши наблюдения за исключением трех случаев, касающихся лиц преклонного возраста.

Для полноценного анализа функциональных результатов лечения переломов дистального конца лучевой кости необходимо выяснение вопроса о восстановлении трудоспособности больных. К сожалению, вопрос об инвалидности, обычно временной при этом повреждении, освещается только немногими авторами. Еще реже можно встретить анализ исходов лечения в отношении сроков возвращения больных к своей профессии.

Мы полагаем, что при разрешении вопроса о восстановлении профессиональной трудоспособности после перелома лучевой кости преимущественное значение имеет:

а) выявление сроков возвращения больных к своей работе и

б) учет случаев вынужденной перемены больными своей профессии после повреждения.

Полное восстановление трудоспособности определяется не моментом выписки больного на работу и не переводом его в условия облегченного труда, а средним сроком полноценного

восстановления его профессиональной работоспособности на прежнем рабочем месте. Этим критерием мы и руководствовались при определении трудоспособности. Сплошь и рядом больной переводится на легкий физический труд, в действительности же оставаясь инвалидом по своей профессии.

Исходя из этого положения, мы считаем, что вопрос о трудоспособности после повреждения должен решаться на основании определения средних сроков возвращения больных к своему прежнему труду и путем выяснения исходов лечения с переменой профессии (профессиональная инвалидность). Само собой разумеется, что эти данные должны собираться по профессиям тяжелого физического труда, умственного, легкого физическогот труда, профессий, требующих особо сложной функции кисти (пианисты, скрипачи, машинистки). В литературе такой детализации восстановления трудоспособности у лиц различных профессий не приводится.

Данные, определяющие срок восстановления трудоспособности большинством авторов приводятся без учета профессии больного, что, с нашей точки зрения, является большим дефектом, ибо сроки восстановления профессиональной трудоспособности у лиц тяжелого физического труда значительно удлиняются в зависимости от характера и условий труда.

При анализе нашего материала мы придерживались принципа учета: 1) не просто восстановления трудоспособности, а восстановления полноценной профессиональной трудоспособности; 2) учета возрастного фактора; 3) тяжести травмы; 4) профессиональной принадлежности больного.

Ниже мы приводим данные о сроках нетрудоспособности по основным профессиям и возрастам больных.

Таблица 14

Сроки восстановления профессиональной трудоспособности при повреждениях с умеренным смещением отломков по возрасту и тяжести работы

Умственный труд				Легкий физический труд				Тяжелый физический труд			
возраст				возраст				возраст			
до 20л.	21-40	41-60	61 и выше	до 20л.	21-40	41-60	61 и выше	до 20л.	21-40	41-60	61 и выше
14 дней	21	25	30	21	25	30	35	30	35	40	45 дней
Сред. сроки		23			28				38		

Таблица 15

Сроки восстановления профессиональной трудоспособности при переломах луча с обширными смещениями

Умственный труд				Легкий физический труд				Тяжелый физический труд			
возраст				возраст				возраст			
до 20л.	21-40	41-60	61 и выше	до 20л.	21-40	41-60	61 и выше	до 20л.	21-40	41-60	61 и выше
21	25	30	35	25	30	40	50	40	45	50	60
Сред. сроки		28			36				49		

Таблица 16

Сроки восстановления профессиональной трудоспособности при переломах луча с тяжелым смещением и прониканием в кистевой сустав, а также с вывихом в луче-локтевом сочленении

Умственный труд				Легкий физический труд				Тяжелый физический труд			
возраст				возраст				возраст			
до 20л.	21-40	41-60	61 и выше	до 20л.	21-40	41-60	61 и выше	до 20л.	21-40	41-60	61 и выше
30	35	40	45	35	40	45	50	45	50	60	65-70
Сред. сроки		37			42				56		

Таким образом, больные умственного труда с легким повреждением луча приступали к работе с 14-го - 21-го дня вслед за снятием иммобилизирующей шины. Больные умственного труда со значительным смещением дистального отломка лучевой кости без подвывиха луче-локтевого сочленения могли приступить к работе с 19-30-го дня, а у больных умственного труда с тяжелыми смещениями, осложненными подвывихом головки локтевой кости, срок нетрудоспособности удлинялся от 30 до 45 дней.

Здесь уместно указать, что лица умственного труда, как правило, приступали к работе до окончания лечения в повязке.

Группа больных физического труда средней тяжести с легкими повреждениями луча приступали к работе с 21-го или 35-го дня в то время, как больные с тяжелыми переломами со смещением отломков, не осложненными подвывихом в луче-локтевом суставе, могли приступить к работе на 25-45 день. Больные же с тяжелыми переломами с подвывихом в луче-локтевом суставе могли приступить к своей прежней работе только с 35-го дня (в молодом возрасте), восстановление трудоспособности у пожилых и старых людей происходило к 40-50 дню.

Эта группа больных, как и последующая рано приступала к самообслуживанию.

Напротив, больные тяжелого физического труда, но с умеренным смещением отломков могли приступить к работе с 30-45 дня, с 45 или 50 дня при неосложненных подвывихом повреждениях луче-локтевого сочленения и с 45 до 65-70 дней в осложненных случаях с подвывихом в луче-локтевом суставе.

Из приведенных данных явствует, что длительность лечения,

а следовательно, и срок возвращения к своему труду, значительно изменялись у наших больных в зависимости от характера их профессий и возраста. У людей тяжелого физического труда был максимальный по длительности срок нетрудоспособности, как правило, превышающий срок ношения фиксирующей лечебной повязки. У этих больных мы удлиняли срок профессиональной нетрудоспособности, дожидаясь укрепления костной мозоли и, в особенности, восстановления поврежденного радио-ульнарного сочленения, если это имело место. Лечение в этот дополнительный срок состояло в дозируемой легкой домашней работе.

Представители умственного труда и в особенности учащиеся имели наименьшие сроки нетрудоспособности. Нередко больные этой группы и, как правило, учащиеся возвращались к своему труду и учебе даже в повязке.

Лечение в процессе профессиональной работы проводилось нами не только у лиц умственного труда. Такой принцип лечения мы проводили и при легком физическом труде пострадавшего, подчас резко сокращая этим срок нетрудоспособности. Для иллюстрации сказанного мы приводим данные о сроках нетрудоспособности по различным профессиям.

НАБЛЮДЕНИЕ № 241. Я-о, солдат(шофер), 22 лет. Амб.карта №4394.

Направлен врачом Войсковой части с жалобами на боли в нижней трети правого предплечья и на нарушение функции конечности. 11.X1-53 г. заводил мотор (заводной ручкой) и получил контрудар, в результате чего почувствовал резкие боли в правом кистевом суставе и нижней трети предплечья. При осмотре, нижняя треть предплечья, кисть и пальцы значительно отечны. Пальпация и поколачивание дистальной трети предплечья болезненны, определяется хруст отломков луча. Радио-ульнарный угол справа 130°, слева 120°. Движения в кистевом суставе невозможны из-за болей. Движения в пальцах сохранены в умеренной степени. Вращательные движения ограничены и болезненны.

Рентгенограмма от 11.XI-53 г. № 3488-9 (рис.61) показала косой оскольчатый перелом правой лучевой кости в дистальном отделе со смещением периферического отломка к тылу на 1,5 см.



Рис. 61

ДИАГНОЗ: Косой перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Под спиртоновокаиновой блокадой(20 мл) отломки вправлены, затем, не прекращая тягу и противотягу, произведена контрольная рентгенограмма № 3490, которая показала, что смещение полностью устранено. Убедившись в том, что отломки вправлены, произведена фиксация их угловой шиной.

Рекомендованы: легкий массаж кисти и ЛФК.

По отвердении гипсовой повязки, произведена повторная контрольная р-ма № 2617(рис.62).



Рис. 62

Отломки сохранили достигнутое при вправлении положение.

12.XI - отек кисти увеличился в умеренной степени, особых болей не отмечается. Спал. Динамометрия - 0.

13.XI - сон хорош. Отек резко спал, движения в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу 10-15°, к ладони - 20°.

Динамометрия 8 кг. Р-ма № 3534-5 - стояние отломков хорошее.

17.XI - шестой день после травмы. Объем движений в кистевом суставе к тылу ограничен на 10-15°, к ладони - норма. Р-ма № 2698-9 - отломки сохранили достигнутое хорошее анатомическое положение.

20.XI - девятый день после травмы. Объем движений в кистевом суставе приближается к норме. Движения безболезненны. Больной обслуживает себя.



Рис. 63



Рис. 64

С целю выяснения вопроса как рано возвращается боеспособность солдата, учитывая вполне удовлетворительную функцию конечности, мы разрешили больному выехать, вместе со своей ротой, на стрельбище в зимних условиях. Наблюдая за больным во время стрельбы, мы отметили, что солдат на 9 день после вправления и фиксации отломков луча мог вполне удовлетворительно владеть боевой винтовкой, открывать и закрывать затвор поврежденной конечностью (рис.63), а затем, прицелившись, производить выстрел по мишени (рис. 64). Из 50-ти возможных на расстоянии 100 метров в мишень № 5"А", больной выбил 35 очков (рис.65), затем, встав по команде, взял больной рукой винтовку и стал в положение "Смирно" (рис.66).

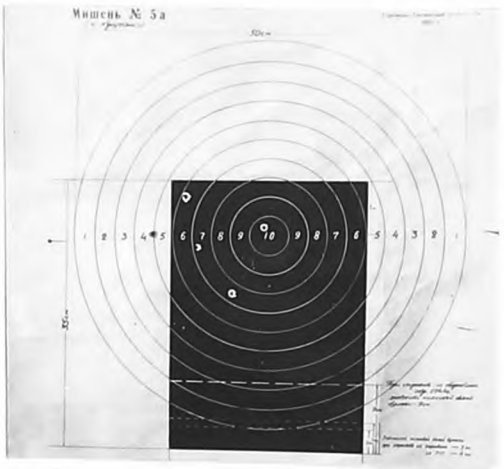


Рис. 65.



Рис. 66

Такие показатели по стрельбе из боевой винтовки на указанное расстояние расцениваются на "Отлично".

Назначение: Силовые сжимательные движения кистью.

24.X1 - тринадцатый день. Просит снять шину, поскольку рука его не беспокоит. Одевается сам - натягивает двумя руками сапоги и шинель.

30.X1-53 г. хорошо водит грузовую машину. Жалуется на боли в области перелома при включении первой и третьей скоростей. При включении второй и четвертой скоростей боли в конечности не ощущает. Динамометрия - 17 кг.

4.XП - Снята шина. Деформаций нет. Умеренная припухлость в области перелома. Двигательная функция кисти в норме. Супинация ограничена на 20-30° и слегка болезненна. Одевается сам притом, укладывается в срок. Водит машину, но мотор от руки завести не может, т.к. испытывает боль.

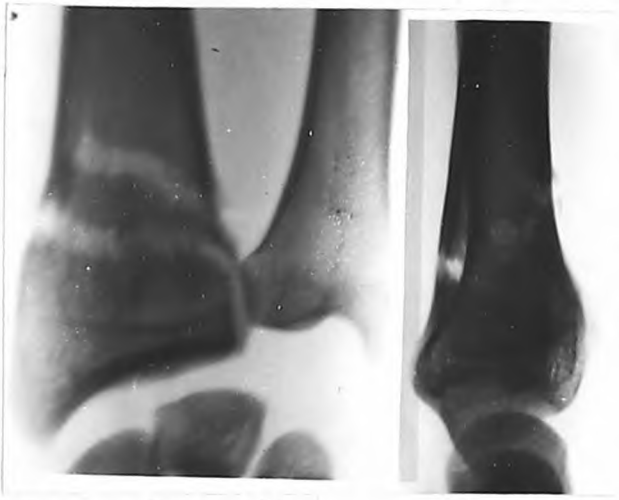


Рис. 67.

15.XП - возвратился в строй.

Р-ма № 2581-2 (рис. 67) показывает, что наступила консолидация в достигнутом при вправлении положении.

13.У-54 г. Осмотр через 6 месяцев. Анатомических и функциональных нарушений нет. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ № 190. К-а, 21 года, студентка (участница стрелковых соревнований). Амб.карта № 900.

26.У1-53 г. обратилась в Республиканскую Поликлинику с жалобами на боли в нижней трети правого предплечья и на резкое нарушение функции конечности. Из анамнеза выяснилось, что 25.У1 упала со ступенек на подвернутую правую руку, почувствовала боль и хруст в нижней трети предплечья. Встав, она заметила, что правое предплечье резко приведено к ладони и деформировано. Тотчас обратилась в "Скорую Помощь", где ей вытягивали руку, при этом больная сама заметила как устранилась деформация. После вправления наложена фиксирующая шина. На второй день обратилась к нам. Шина была снята. При осмотре - резко выраженный отек правого предплечья, кисти и пальцев. На тыле кисти имеется небольшая ссадина и кровоподтек. Радиоульнарный угол 120°, функция кисти резко нарушена, интенсивные боли при пальпации в "типичном" месте и при поколачивании

шиловидного отростка локтевой кости. Вращательные движения предплечья ограничены и болезненны. На рентгенограмме № 1985-6 обнаружен поперечный перелом правой лучевой кости в дистальной трети с умеренным смещением отломков к тылу и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением отломков и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.

Под спирто-новокаиновой блокадой произведено вправление отломков и фиксация угловой шиной. Совет: легкий массаж кисти и ЛФК.

К 28.УI - отек кисти спал, при движениях в кистевом суставе и пальцах боли не чувствует, отмечает чувство онемения первого пальца.

1.УП - движения в суставах кисти приближаются к норме. Обслуживает себя. Сдает экзамены, пишет хорошо. Учитывая то, что больная занимается стрелковым спортом, мы решили проследить динамику восстановления функций поврежденной конечности в условиях городского тира при стрельбе из мелкокалиберной винтовки и пистолета.



Рис. 68.

С этой целью, вместе с больной, мы неоднократно посещали тир. 1.УП - при стрельбе из мелкокалиберной винтовки, из 60-ти возможных - выбила 39 очков. Данные динамометрии: правая 8,5 кг, левая - 17 кг. 4.УП из 70-ти возможных выбила 57 очков. 10.УП (две недели). Динамометрия: правая - 14 кг.



рис.69.

При стрельбе из мелкокалиберной винтовки на расстоянии 25 м в малую и большую спортивные мишени № 7 и №5 показала следующие результаты: в малую спортивную мишень № 5(рис.69) из 50-ти возможных, выбила 40 очков, в большую мишень № 7 (рис.68) из 50-ти возможных - выбила 47 очков.

Таким образом больная на 15-й день после перелома, при стрельбе из мелкокалиберной винтовки показала "отличные" результаты.

15.УП - Снята шина. Контуры лучезапястного сустава и ось предплечья без отклонений от нормы. Двигательная функция кисти нормальна. Умеренное ограничение супинации.

Контрольная рентгенограмма № 2135-8 от 24.УП показала, что имеется консолидация отломков в достигнутом при вправлении положении.

Объем выполняемой работы дает право считать, что трудоспособность больной полностью восстановилась.

Как в первом случае (солдат), так и во втором (студентка) больные не имели тренировки по стрельбе из пистолета, а поэтому показатели при стрельбе из пистолета "ТТ" были мало удовлетворительными, тем не менее они вполне владели пистолетом и отмечали только боль в кистевом суставе, при отдаче в момент выстрела.

НАБЛЮДЕНИЕ № 267. С-о, 53 лет, учительница. История бол.№ 356.

Поступила в клинику госпитальной хирургии 28.1-54 г. с жалобами на боли и деформацию нижней трети обоих предплечий.

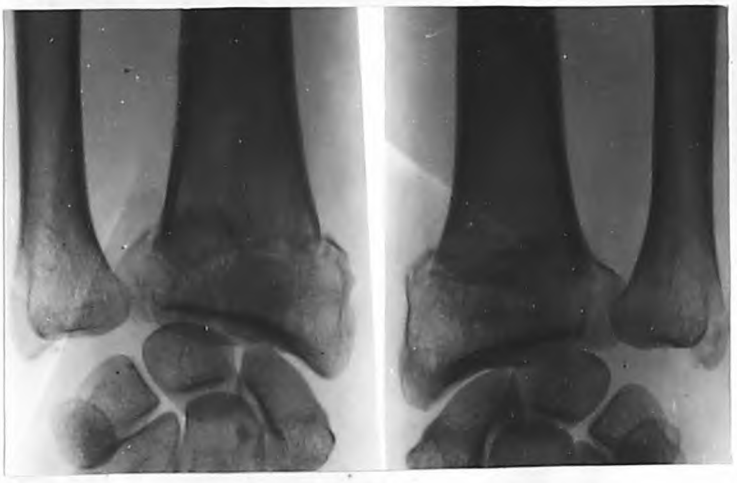


Рис.70.

Накануне вечером, входя в магазин, поскользнулась и упала на обе вытянутые руки, при этом почувствовала боль и хруст в нижней трети обоих предплечий. "Скорой помощью" временно фиксированы конечности фанерными шинами.



Рис. 71.

Больная среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Сердце и легкие в пределах возрастных изменений, печень и селезенка не пальпируются. При осмотре верхних конечностей отмечается резкая деформация нижней трети обоих предплечий на фоне значительного отека. Радио-ульнарный угол слева 115°, справа 110°. При пальпации как справа, так и слева - резкие боли и хруст

отломков. Движения в кистевых суставах невозможны из-за болей; движения в пальцах сохранены в небольшом объеме. Вращательные движения в предплечьи резко ограничены и болезненны.

На рентгенограммах №№ 298, 299, 300 и 301 (рис. 70 и 71) от 28.1-54 г. отмечается поперечно-оскольчатый внутрисуставной перелом обоих лучевых костей в дистальном отделе, со смещением периферических отломков в тыльную сторону справа на 1 см и слева на 1,5 см, а так же в сторону луча и локтевой кости с отрывом обоих шиловидных отростков локтевых костей.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом обеих лучевых костей в "типичном" месте с резким смещением дистальных отломков и с отрывом шиловидных отростков локтевых костей.

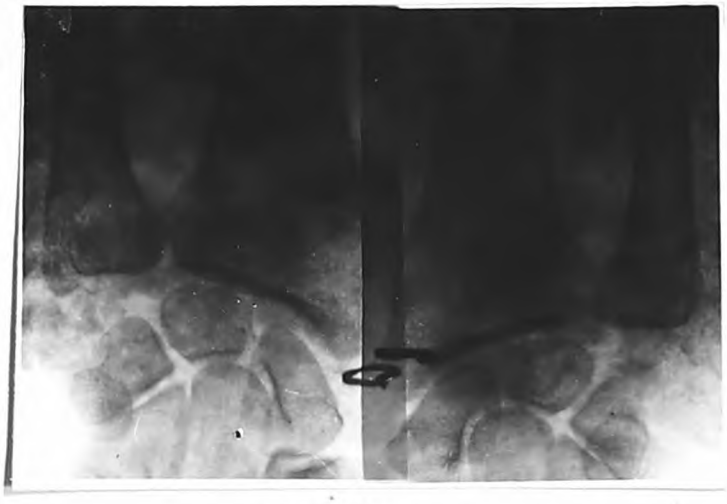


Рис. 72.

Отломки слева вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл), справа - под новокаиновой анестезией(20-25мл 2% р-р), фиксированы угловыми шинами. По отвердении гипса 28.1-54 г. произведены контрольные р-мы №№ 308 и 309 (рис.72 и 73).

Тыльное смещение отломков как слева, так и справа полностью устранено.Слева сохранилось смещение в сторону луча на 0,3-0,4см Повторная попытка к устранению бокового смещения левого луча не производилась в силу незначительности его.



Рис.73.

29.1 - Жалуется на слабость плохой сон из-за болей в правой конечности. Левая конечность не беспокоит. Отек умеренный с обеих сторон.Как слева,так и спра-

ва пальцы приводит к ладони. Назначения те же.

30.1- Сон хороший, отека почти нет. Движения в правом кистевом суставе безболезненны, слева болей почти не чувствует. В уходе нуждается.

1.П - На боли не жалуется, движения в кистевых суставах к тылу ограничены с обеих сторон на 10-15°, движения к ладони приближаются к норме. Большой палец приводит к основанию мизинца.

3.П - Шестой день болезни. Правой рукой свободно удерживает стакан при чаепитии, пользуется ложкой при обеде, левой рукой берет хлеб, убирает за собой постель, сама одевается, пуговицы застегивает с трудом.

6.П - Девятый день. Объем движений во всех суставах кисти приближается к норме (рис.74, 75, 76)



Рис.74.



Рис. 75.

Свободно берет хлеб левой рукой, ложку правой и ест.(рис.76,77)



Рис. 76.



Рис. 77.



Рис.78.

Обслуживает себя, убирает постель, умывается обеими руками, пишет, заплетает косы. В посторонием уходе не нуждается.

7.П - Выписалась на амбулаторное лечение. Рекомендовано: силовые сжимательные движения левой кистью, правой только ЛФК.

12.П - Пятнадцатый день после перелома. Обслуживает себя полностью, шины хорошо фиксируют предплечья. Динамометрия: левая - 9 кг, правая - 8,5 кг.

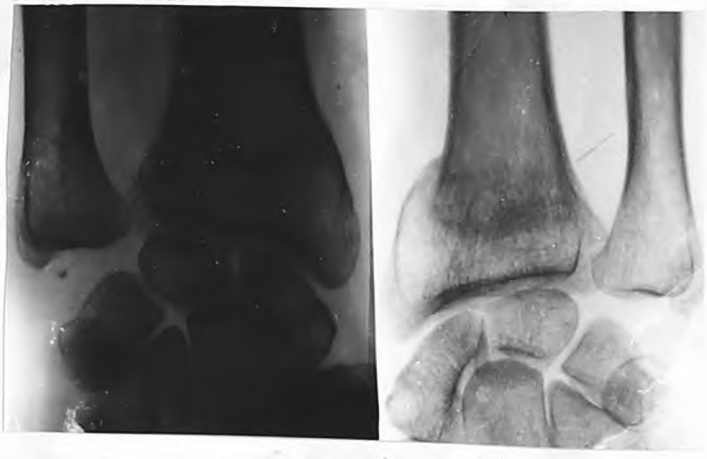


Рис. 79.

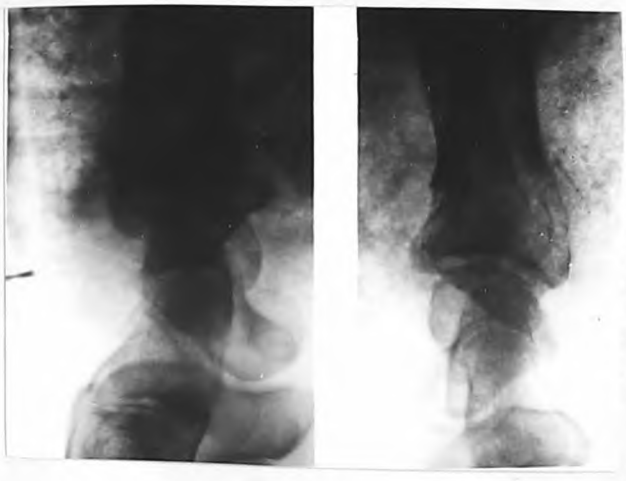


Рис. 80.

18.П - Динамометрия левой руки 10,5 кг, правой - 9 кг. Пишет хорошо как по бумаге, так и мелом на доске, готовит обед, убирает комнату.

28.П - Сняты шины. Деформаций нет. Супинация как справа, так и слева ограничена($30-40^0$), болезненна. Движения в кистевых суставах в полном объеме. Динамометрия: левой - 14 кг, правой - 12 кг.

1.Ш - Приступила к работе. Разрешено выполнение легкой физической работы. Контрольные р-мы после снятия шины №№ 249-250 (рис. 79, 80) пока-

зывают, что наступила консолидация в достигнутом при вправлении положении отломков.

Осмотр через год. Жалоб нет. Анатомических функциональных нарушений нет. Выполняет прежнюю работу.

Приведенный случай с двусторонним переломом луча представляет интерес по своему течению и восстановлению мышечной силы поврежденных конечностей. Для выяснения и сопоставления эффективности различных методов анестезии (блокады) мы у больной С--о (наблюдение 267) применили при вправлении отломков правой конечности раствор новокаина, а на левой конечности спирто-новокаиновую блокаду по Фридланду. В результате слева наступило полное стабильное исчезновение болей, в то время как справа боли умеренной интенсивности держались на протяжении двух-трех дней, беспокоили больную и нарушали сон.

Обычно, больные с двусторонними переломами луча, на протяжении длительного времени нуждаются в постороннем обслуживании. Данное наблюдение так же, как и другие (№№ 100, 101, 104, 132, 184, 185, 188) свидетельствуют, что при применении метода лечения без иммобилизации смежных - локтевого и кистевого суставов функция конечностей восстанавливается значительно раньше и с 6-7-8 дня больные приступают к самообслуживанию.

Для выяснения влияния силовых сжимательных движений на восстановление мышечной силы конечности, мы поставили их в разные условия, применив силовые сжимательные движения только на правой конечности. В результате выяснилось, что на пятнадцатый день после перелома по показателям динамометрии сила левой конечности превысила силу правой на 0,5 кг. На двадцатый день эта разница возросла до 1,5 кг и к концу снятия шины - до двух кг.

Исходя из физиологической разницы между силой правой и левой конечности здесь следовало бы ожидать противоположных показателей. Однако, под влиянием силовых сжимательных движений мышечная сила левой кисти значительно возросла в сравнении с правой. В этом разрезе еще более убедителен приводимый ниже пример с двухсторонним полным эпифизиолизом.

НАБЛЮДЕНИЕ № 188. Х-в, 14 лет, учащийся. История болезни №4352.

4.УП-53 г. доставлен в клинику Госпитальной Хирургии СОГМИ каретой "Скорой помощи" с жалобами на резкие боли в обоих предплечьях. Из анамнеза выяснилось, что за час до поступления в Клинику больной упал с дерева высотой в 4 метра на обе вытянутые руки. При обследовании больного со стороны органов грудной клетки и брюшной полости - отклонений от нормы не установлено. Пульс 78 в мин. хорошего наполнения и напряжения. Неврологический статус без отклонений. Со стороны трубчатых костей нижних конечностей, а также костей таза, позвоночника и костей черепа - дефектов не установлено. При осмотре справа в височно-теменной области определяется небольшая ссадина. Оба предплечья в дистальной трети резко деформированы (штыкообразно). Нижняя треть предплечья и кисть значительно отечны. Радио-ульнарный угол справа 100^{0}, слева 110^{0}. Двигательная функция



Рис. 81.

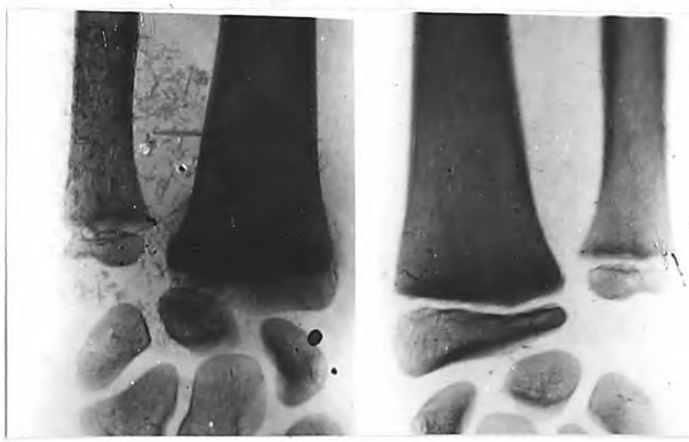


Рис.82.

в пальцах резко ограничена и болезненна. В кистевых суставах движения невозможны из-за болей. Пальпаторно - резкие боли и хруст отломков. Вращательные движения в предплечьях резко ограничены.

Р-мы в 2-х проекциях №№ 2350-1 и 2352-3 (рис.№№ 81 и 82). Поперечный перелом обеих лучевых костей в дистальной трети по эпифизарной линии со смещением отломков на ширину лучевых костей и отрывом их тыльных краев.

ДИАГНОЗ: Двухсторонний полный эпифизиолиз дистального отдела лучевых костей с отрывом их тыльных краев.

Под спирто-новокаиновой блокадой (по 10 мл) отломки поочередно вправлены и фиксированы угловыми шинами. По отвердению гипса, тут же произведена контрольная р-ма № 2348-51 (рис. 83), которая показала, что при вправлении достигнуто хорошее положение отломков.

Назначение: легкий массаж кисти и ЛФК. Уход.

5.УП - состояние больного удовлетворительное. Температура 37,2, жалуется на боли в левой конечности, слабость, плохой аппетит, сон удовлетворительный. Имеется умеренный отек кисти и пальцев. Движения в пальцах более чем на 50%, мало болезненны, как и в кистевых суставах.

7.УП - Отек спадает больше справа. Движения в кистевом суставе справа к тылу 15^0, к ладони - 20^0, безболезненны. Пальцы к ладони приводит полностью. Слева движение в кистевом суставе к тылу $5-10^0$, к ладони $10-15^0$, болезненно. Пальцы не полностью приводит к ладони.

Контрольная рентгенограмма № 2403-4 (рис. 84) показывает, что достигнутое при вправлении хорошее стояние отломков стойко сохраняется в шинах.



Рис.83.

10.УП - Отека нет. Движения в правом кистевом суставе полностью нормализовались. Сжимает кисти в кулак больше справа.(Рис.85).

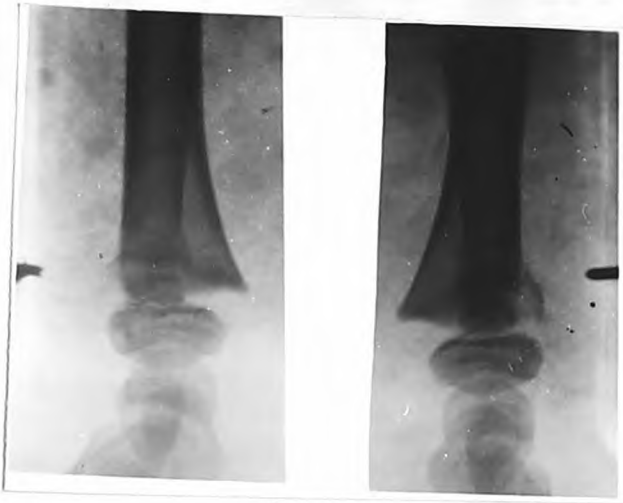


Рис. 84



Рис. 85



Рис. 86

В уходе не нуждается, обслуживает себя сам, хорошо пишет(рис.87), играет в шахматы, обувается и одевается.

13.УП - Выписан на амбулаторное лечение. Рекомендовано: силовые сжимательные движения кистями. Разрешено посещать занятия в школе.

15.УП - успевает писать диктант. При решении задач на доске рука быстро устает, поэтому вынужден делать кратковременные перерывы.

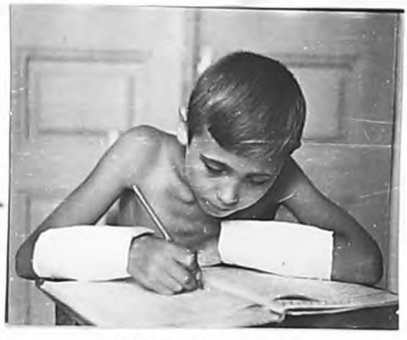


Рис.87.

25.УП - Шина снята. Ось предплечья как справа, так и слева без отклонений. Двигательные функции во всех суставах кистей в полном объеме, безболезненны. Клинически консолидация наступила.

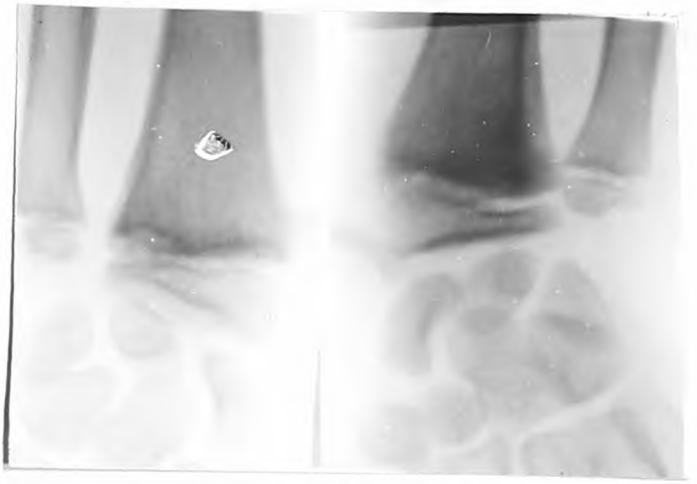
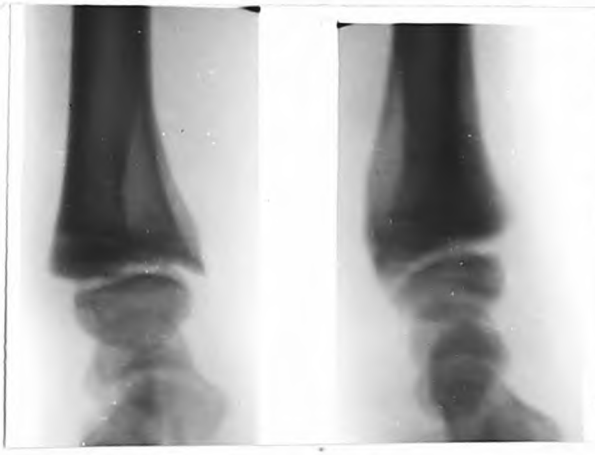


Рис.88.

На рентгенограмме № 3507-10 отломки сохраняют достигнутое при вправлении положение. Больной полностью обслуживает себя. Помогает матери: приносит 0,5 ведра воды, разводит примус и т.д. Жалуется на боль в области переломов только при поднятии чрезмерных тяжестей или при резкой супинации.



30.УП - Больному разрешается выполнять легкую физическую работу.

24.1-54 г. Осмотр через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений нет.

Рис. 89.

Таблица 17.

Показатели динамометрии правой и левой кисти.

5.УП		6.УП		7.УП		10.УП		15.УП		20.УП		25.УП		4.УШ	
Пр.	Лев.	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.	Пр.	Лев.
0	0	2	2	4	3,5	7	7	10	9,5	13	12	15	13½	19	16

Таблицу показателей динамометрии мы привели для того, чтобы показать рост мышечной силы в процессе лечения перелома. Мы видим, что в первые дни конечность теряет сжимательную функцию (равна нулю), а в последующие 5 дней наблюдается рост и уравновешивание силы правой и левой кисти, затем появляется разница в силе правой и левой конечности и достигает к концу снятия шины (через 3 недели) правая - 15 кг, левая - 13,5 кг; к концу месяца - правая 19 кг, левая - 16 кг. Таким образом, в первые три недели отмечается прогрессивный рост мышечной силы, а затем он идет медленней и к концу месяца достигает вполне хороших показателей для данного возраста. Несмотря на рабочую нагрузку с 7-го дня, отломки сохраняют достигнутое при вправлении положение.

НАБЛЮДЕНИЕ № 285. С-ва, 39 лет, парикмахер. Амб.карта № 333.

25.1-55 г. при падении на правый бок ударилась тыльной поверхностью правого предплечья. Местно: значительная деформация нижней трети предплечья с уменьшением радио-ульнарного угла до 100°. При пальпации резкие боли в дистальном отделе луча. Двигательная функция кисти резко нарушена.

Р-ма № 154-155. Поперечный перелом дистального конца правой лучевой кости со смещением на 0,8 - 1,0 см к тылу и в сторону лучевой на 0,3 см (рис. 90).

ДИАГНОЗ: Перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл), а затем фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

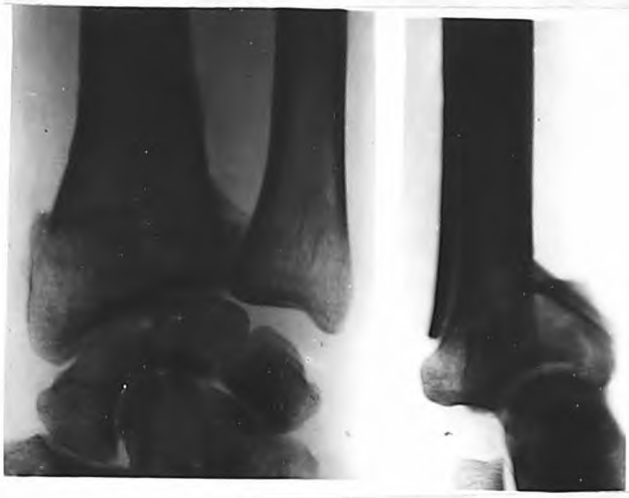


Рис. 90.

26.1 - контрольная р-ма № 167-168. Стояние отломков хорошее. Умеренный отек кисти, сон удовлетворительный, движение в пальцах более чем на 50 %.

Назначение то же.

27.1 - сон не нарушен. Полностью сжимает пальцы в кулак.

4.П - движения в кистевом суставе приближаются к норме. Обслуживает себя. Назначение: профессиональные сжимательные движения кистью. (машинка для стрижки волос).

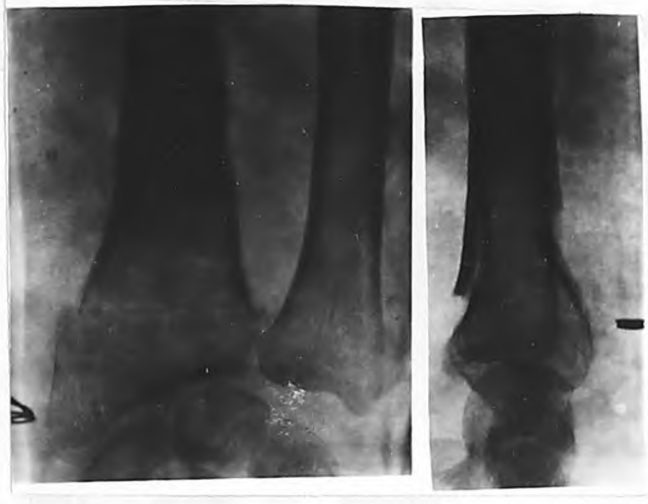


Рис. 91.

9.П - побрила и постригла двух больных. Сама точит бритву на камне; а затем на ремешке. Испытывает боль при супинации и пронации.

Контрольная р-ма №199. Стояние отломков хорошее.

16.П - Хорошо владеет своими профессиональными инструментами.

Как видно из рисунка № 92 больная точит бритву, пользуется мыльной кисточкой (рис.93), бреет(рис.94) стрижет ножницами и машинкой (рис.95).

17.П - Шина снята. Ось предплечья не нарушена. Движения в суставах кисти приближаются к норме. Супинация ограничена на 50-60° , пронация на 15-20°, болезненна. Динамометрия: правая кисть - 12 кг, левая - 28 кг.

Р-ма № 297 от 25.П. Имеется хорошая консолидация перелома (рис. 96).



Рис.92.



Рис. 93.



Рис.94.



Рис. 95

Рис. 96.



В этом случае, наблюдая за динамикой восстановления функции поврежденной конечности, мы могли отметить, что несмотря на тяжесть перелома, больная уже через 2 недели могла выполнять свою прежнюю работу не испытывая болевых ощущений в области перелома. Она жаловалась только на некоторые неудобства, причиняемые шиной и боль при проведении бритвы снизу вверх, что связано с супинацией предплечья. Через 3 недели она более свободно владела своими профессиональными инструментами, но вращательные движения предплечья оставались болезненными. На второй день после снятия шины болевые ощущения при супинации предплечья уменьшились.

В этом случае, несмотря на то, что функция кисти восстановилась через 3 недели, учитывая профессиональные особенности больной, мы разрешили приступить ей к своей прежней работе 25.П, т.е. через месяц после травмы. (См. также наблюдение 168

НАБЛЮДЕНИЕ № 255. К-а, 46 лет, портниха, амб.карта № 31103.

Обратилась в Республиканскую Поликлинику 7.XII-53 г. с жалобами на боли в нижней трети левого предплечья и резкое нарушение функции кисти. 6.XII упала на вытянутую левую руку.

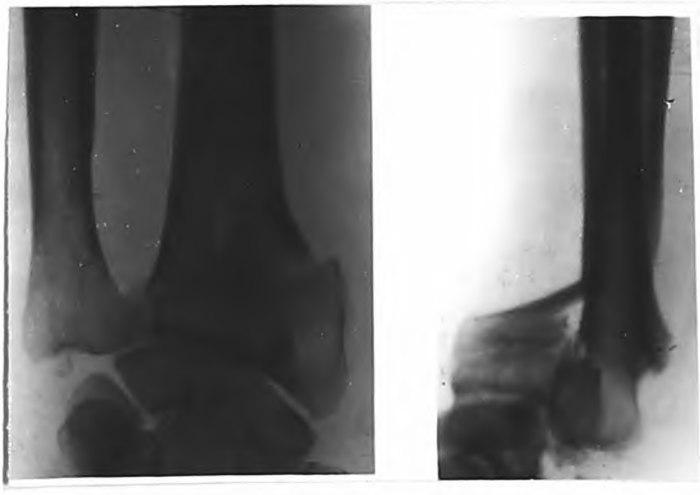


Рис. 97.

Местно: Резкая деформация дистальной трети левого предплечья. Радио-ульнарный угол слева 110°, справа - 130°. При пальпации - интенсивные боли; хруст отломков. Пронация и супинация предплечья резко ограничены и болезненны. Значительный отек конечности. На р-ме от 7.XII-53г. (рис.97) отмечается поперечно оскольчатый перелом дистального

конца левой лучевой кости со смещением отломков на ширину кости и в лучевую сторону на 0,5 см, отрыв шиловидного отростка локтевой кости, подвывих в луче-локтевом сочленении.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости и подвывих в луче-локтевом сочленении.

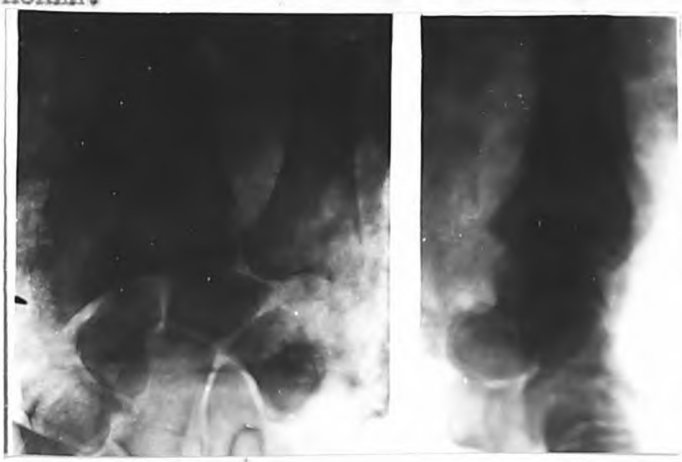


Рис. 98.

Под спиртоновокаиновой блокадой (15 мл) отломки вправлены. Не прекращая тягу и противотягу произведена контрольная р-ма № 2618-19. Констатировано хорошее стояние отломков. Предплечье фиксировано угловой шиной. По отверднии гипса произведена повторная р-ма № 2620-21 (рис.98). Отломки сохранили достигнутое при вправлении положение.

8.XII - Жалуется на тупые боли в области перелома, слабость, головокружение, плохой аппетит. Отек кисти умеренный, движения в пальцах и кистевом суставе значительно ограничены, мало болезненны.

11.XII. Умеренный отек кисти и пальцев. Движения в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу - 15-20°, к ладони - 20-25°. Контрольная рентгенограмма № 3865-6, отломки сохраняют достигнутое при вправлении хорошее стояние.

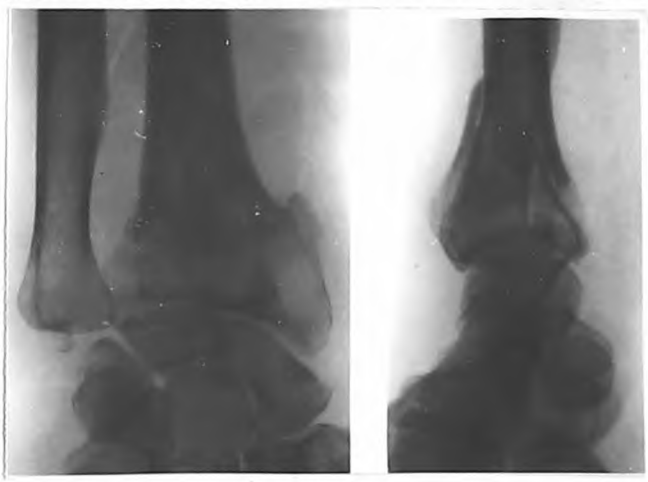


Рис. 99.

16.XII - Отека нет. Объем движений в кистевом суставе приближается к норме. Жалуется на чувство онемения первого и второго пальцев, шьет на швейной машине, убирает постель, моет посуду при активной помощи поврежденной конечности.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью. Рентгенограмма от 19.XII № 3052-3 - отломки сохраняют достигнутое положение.

7.1-54 г. через месяц после перелома. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию, производит мелкую стирку, топит печь и т.д. Динамометрия: правая рука - 25 кг, левая - 13 кг. Снятие шины. Деформации нет. Объем движений в суставах кисти полный. Супинация ограничена на 40-50°, пронация на 20°, болезненны. 14.1 приступила к своей профессиональной работе.

14.1 - рентгенограмма после снятия шины № 135 (рис.99), отломки консолидировались в достигнутом при вправлении хорошем анатомическом стоянии.

11.III - 54 г. Осмотр через 3 м-ца. Жалуется на слабость и боли в области перелома при перемене погоды и поднятии чрезмерных тяжестей. Супинация ограничена на 10° , пронация - в пределах нормы. Выполняет прежнюю работу. Динамометрия: правая рука - 25 кг, левая - 19 кг.

21.XII-54 г. Осмотр через год. Посещение на дому. Конечность нормальной конфигурации; функция ее полностью восстановилась.

НАБЛЮДЕНИЕ № 256. Т-в, 51 г.,механик. Амбул.карта № 30134, 8.XII-1953 г.

5.XII упал на правую руку. Обратился на 3-й день. Жалуется на плохое самочувствие и бессонницу в течение трех дней из-за болей в конечности.

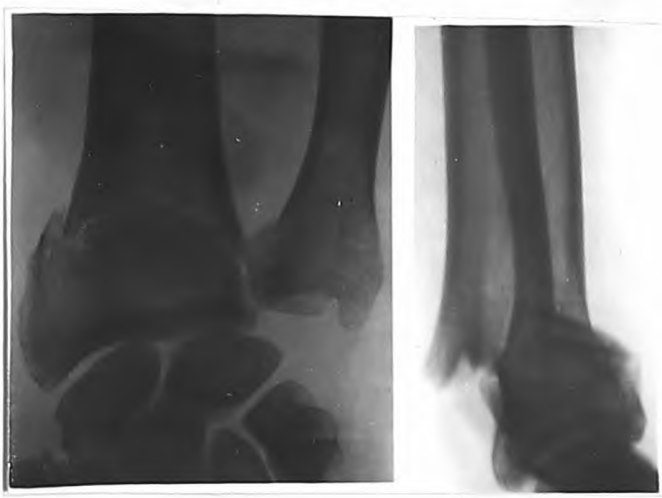


Рис. 100.

Местно: правое предплечье, кисть и пальцы резко отечны. Конечность деформирована в нижней трети предплечья. Радио-суставный угол 130° справа и 120° слева. Резкие боли при пальпации в нижней трети луча, движения в суставах кисти резко ограничены и болезненны, как и вращательные движения предплечья. На тыльной поверхности кисти местами определяются пузырьки, наполненные жидкостью.

Р-ма № 1544-2 (рис. 100). Поперечный перелом дистального конца правой лучевой кости со смещением отломка на 1,5 см к тылу и в сторону луча на 0,4 см.

ДИАГНОЗ: Перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Рекомендовано: по отвердении гипса, ЛФК и легкий массаж кисти.



Рис. 101.

9.XII. Отек значительно спал, сон не нарушен. Р-ма № 8518-19 (рис.101), достигнуто хорошее стояние отломков.

12.XII. Общее состояние хорошее, на боли не жалуется, отек умеренный, движения в кистевом суставе приближаются к норме, одевается и обувается сам. Шина расслабилась. Смена шины.

16.XII. Движения во всех суставах кисти - в полном объеме. Жалуется на "одервенелость" первого пальца. Динамометрия - правая - 7 кг, левая - 43 кг. Рекомендовано: силовые сжимательные движения кистью.



Рис. 102.

21.XII. Сегодня утром завулканизировал 3 камеры. Динамометрия-11 кг.

30.XII. Хорошо владеет конечностью. Выполняет легкую физическую работу.

3.1. Шина снята. Деформаций нет. Имеется умеренная припухлость в области перелома. Супинация ограничена на 40-50° и болезненна. Динамометрия - 18 кг. Выполняет легкую физическую работу. На второй день после снятия шины без нашего ведома приступил к работе.

Рентгенограмма № 1544-2 (рис.102) от 29.У-54 г. показывает, что отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

Осмотр через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Жалоб нет. Выполняет свою профессиональную работу с момента снятия шины. Динамометрия: правая - свыше 50 кг, левая - 48 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ № 81. П-ч, 52 лет, вулканизатор. Амб.карта №21734.

10.ХП-52 г. поскользнулся и упал на левую руку.

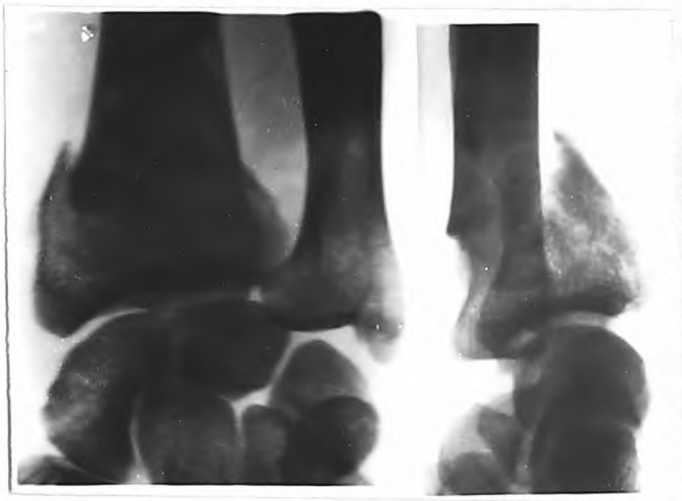


Рис. 103



Рис.104.

Местно: Левое предплечье в нижней трети штыкообразно деформировано с уменьшением радио-ульнарного угла до 80°. Выраженный отек предплечья и кисти, резкие боли при пальпации области деформации. Двигательная функция в суставах кисти резко нарушена, болезненна.

Р-ма № 364-3 (рис. 103). Косой оскольчатый перелом левого луча в дистальном отделе со смещением отломков к тылу на 2 см.

ДИАГНОЗ: Перелом дистального конца левой лучевой кости с резким смещением отломка и подвывих в лучелоктевом сочленении.

Под местной новокаиновой анестезией (2% -25 мл) произведено вправление отломков, а затем их фиксация угловой шиной. Назначение: легкий массаж и ЛФК.

12.XII. Сон не нарушен. Общее состояние удовлетворительное. Умеренный отек кисти и пальцев. Контрольная р-ма №2848-49 (рис.104). Боковое смещение на 0,4 см. Тыльное смещение устранено. Назначения те же.

17.XII. Движения в кистевом суставе к тылу - 15-20°, к ладони 35°. Обслуживает себя, на боли не жалуется.

20.XII. Движения в лучезапястном суставе приближаются к норме. Жалоб нет. Обслуживает себя - одевается и обувается сам. Назначены силовые сжимательные движения кистью.

30.XII. Больной просит о выписке его на работу. Жалоб нет. Движения во всех суставах кисти в норме. Динамометрия: левая - 16 кг, правая - свыше 50.

11.1-1953 г. Повязка снята. Умеренная припухлость в области кистевого сустава. Движения в суставах кисти в норме. Супинация ограничена на 60°. Выписан на работу по собственному настоянию. Динамометрия правой - 50 кг, левой - 30 кг.

На рентгенограмме № 2740 (рис. 105) от 31.X-54 г. определяется сросшийся перелом дистального конца левой лучевой кости с легким смещением к тылу. Подвывих в луче-локтевом сочленении.



Рис. 105.

25:1-53г. Больной выполняет свою профессиональную работу. При осмотре - умеренная деформация предплечья и выстояние головки локтевой кости.

На вызов через 3 и 6 месяцев, а также и год - не явился.

Осмотр на дому(через 1 год). Дистальная треть предплечья слегка деформирована за счет выстояния головки локтевой кости. Двигательная функция кисти в норме. Супинация предплечья ограничена на 10-15°, болезненна. Динамометрия: правая - 51 кг., левая - 47 кг. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ № 166. К-н, 52 лет, рабочий(пильщик). Амб.карта № 709, 3.УП-53 г.

2.УП упал в ров на подвернутую к ладони левую руку, в результате почувствовал боль и хруст в предплечьи.

Местно: нижняя треть левого предплечья деформирована,

большой отек предплечья и кисти, на тыльной поверхности кисти имеется ссадина 4 х 2 см. Радио-ульнарный угол слева - 100°, справа - 130°. Р-ма от 3.УП № 1577 и 1578 (рис. 106) - поперечный перелом дистального конца левого луча со смещением отломков к тылу на 1,5 см и в сторону луча на 0,5см.

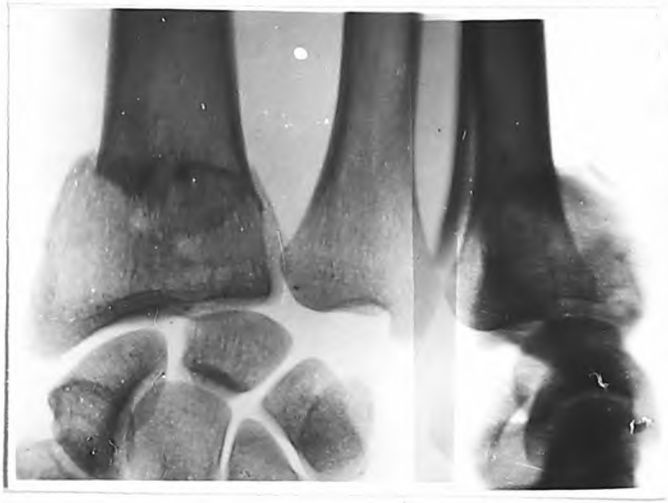


Рис. 106.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка

Под спирто - новокаиновой блокадой(15 мл) отломки вправлены, а затем фиксированы угловой шиной.

Совет: легкий массаж кисти и ЛФК.



Рис. 107.

Осмотр на следующий день. Спал спокойно. Жалуется на умеренные боли ноющего характера, умеренный отек кисти. Назначения те же, массаж и ЛФК.

Осмотр на 6-й день. Отек спал. Движения в кистевом суставе приближаются к норме; мало болезненны. Динамометрия - 7 кг. Контрольная р-ма № 2063-4(рис.107) показывает хорошее стояние отломков.

10.УП. Обслуживает себя, застегивает пуговицы, одевается и обувается самостоятельно. Динамометрия: 8,5 кг. Контрольные рентгенограммы №№ 2105-2146-7, 2267-6 показывают прежнее хорошее стояние отломков.

13.УП. Десятый день. Все более и более активно владеет конечностью, свободно закручивает папиросу, обслуживает себя полностью.

Назначения: силовые сжимательные движения кистью. Динамометрия - 10 кг.

18.УП - Динамометрия - 13 кг. 23.УП - 13,7 кг.

25.УП. Шина снята, ось предплечья не нарушена. Умеренная припухлость в области кистевого сустава. Двигательная функция кисти в норме. Супинация ограничена на 30-40°, болезненна. Динамометрия - 15 кг. Разрешается выполнение легкой физической работы по самообслуживанию.



Рис. 108.

4.УШ-р-ма № 1691-2.(Рис. 108). Консолидация наступила в достигнутом при вправлении хорошем анатомическом положении.

20.УШ. Пилит дрова, при этом особых болевых ощущений не испытывает. Испытывает боль при колке дров. Приступил к своей профес - сиональной работе.

14.1Х-53 г. Осмотр через три месяца (явился по вызову). Жалуется на умеренные боли в области перелома при длительной тяжелой физической нагрузке и при перемене погоды. Двигательная функция кисти в норме. Динамометрия: правой руки - 58 кг, левой - 49 кг.

17.УП-54 г. Осмотр через год (посещение на дому). Анатомических и функциональных нарушений нет. Жалуется на боль при перемене погоды. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ № 237. С-в, 46 лет,колхозник. Амб.карта № 11103.

8.Х-1953 г. во время полевых работ упал на вытянутую правую руку.

При осмотре, правое предплечье в нижней трети штыкообразно деформировано, значительная припухлость кисти и области лучезапястного сустава. Двигательная и хватательная функция кисти резко нарушена. Р-ма от 8.Х-53 г. № 2218-19 (рис.109) - поперечный перелом правой лучевой кости в "типичном" месте



Рис. 109.

со смещением отломков к тылу на 1,8см и в сторону луча на 0,2 см.

ДИАГНОЗ: Экстензионный перелом дистального конца лучевой кости с резким смещением отломков к тылу.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл), затем фиксированы шиной Полиевктова.

Совет: легкий массаж и ЛФК.

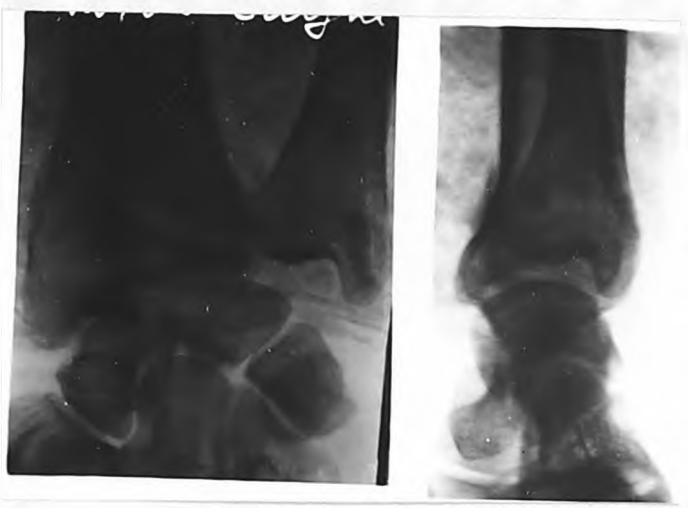


Рис. 110

12.X - Отек кисти почти отсутствует. Объем движений в кистевом суставе к тылу ограничен 15°, к ладони - 10°. Движения в пальцах - в пределах нормы. Контрольная р-ма № 2270-1. Положение отломков хорошее.

Динамометрия: правая рука - 16 кг, левая - 45 кг.

14.X - Объем движений в суставах кисти в норме, болей не ощущается. Обслуживает себя. Динамометрия 21,5кг. Шина хорошо фиксирует конечность.

Контрольная р-ма № 2310-11(рис.110) от 14.X - показывает, что отломки сохраняют достигнутое при вправлении правильное положение.

25.X - 17 дней после травмы. Обслуживает себя полностью, выполняет легкую физическую работу.

31.X - Выполняет легкую физическую работу, ухаживает за домашними животными. Нагрузил и выгрузил автомашину с сеном. При большей физической нагрузке ощущает боль в области перелома.

5.XI – Снята шина. Деформаций нет. Двигательная функция кисти – нормальна. Динамометрия правой руки – 32 кг, левой – 45 кг. Контрольная рентгенограмма после снятия шины № 2639-40 (рис. 111) показывает, что отломки консолидировались в достигнутом при вправлении хорошем положении. 15.XI приступил к своей профессиональной работе.



Осмотр через 3 месяца: Жалоб нет. Динамометрия правой руки–50 кг, левой – 46 кг. Выполняет прежнюю работу.

17.XI–54 г. Осмотр через год путем выезда на дом. Анатомических и функциональных нарушений нет. Полноценно выполняет прежнюю работу.

Рис. 111.

НАБЛЮДЕНИЕ № 82. М.Ш-о, 57 лет, слесарь. Амб.карта № 77.

Поступил 10.XI–52 г. 9.XI поскользнулся и упал на левую вытянутую руку.

Местно: резкая деформация нижней трети левого предплечья и кисти. Радио-ульнарный угол – 90°, здоровой –120°. Интенсивные боли при пальпации соответственно дистальному концу лучевой кости и шиловидному отростку локтевой. Движения в кистевом суставе невозможны из-за болей, в пальцах сохранены в незначительной степени. На рентгенограмме от 10.XI № 3292-3 (рис. 112) поперечно-оскольчатый перелом дистального конца лучевой кости с раздроблением и смещением отломка на 1,8 – 2 см к тылу и в сторону луча на 0,8 – 1 см.

Подвывих в луче-локтевом сочленении и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставный поперечно-оскольчатый перелом нижнего конца левой лучевой кости с раздроблением и резким двойным смещением дистального отломка; разрыв луче-локтевого сочленения. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Под местной анестезией (2 % р-р 20 мл) произведено вправление отломков с последующей фиксацией конечности угловой шиной.

Дан совет: по отвердению гипса производить массаж кисти и ЛФК суставов.



Рис. 112.

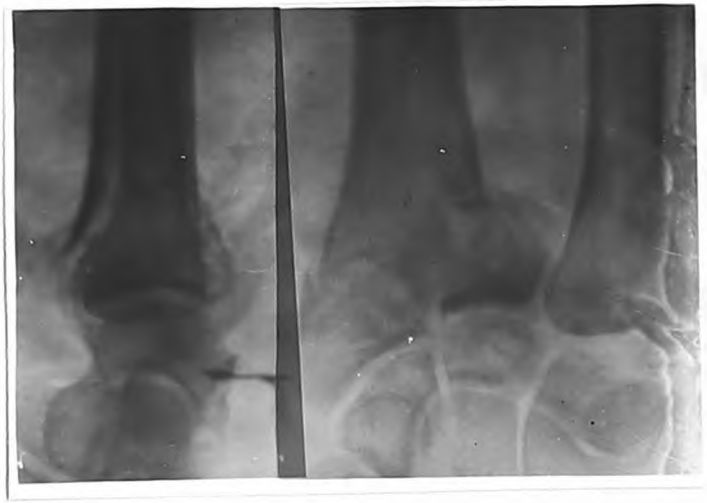


Рис.113

11.X1 – Отек кисти и пальцев менее выражен в сравнении со вчерашним днем, плохо спал из-за болей. Движение в пальцах ограничено и болезненно.

Контрольная р-ма от 11.X1 – № 2671-2 (рис.113) показала, что тыльное смещение дистального отломка луча полностью устранено, боковое смещение сохраняется на 0,4 см. Назначения те же

15.XI - Отек кисти прогрессивно спадает. Движения в пальцах в полном объеме. Движения в кистевом суставе к тылу - 5°, к ладони - 10°. Больной плохо выполняет назначения, щадит конечность. Назначения те же.

20.XI - Отек кисти сохраняется в умеренной степени, движения в кистевом суставе к тылу - 10°, к ладони - 15°, болезненны.

Назначения: силовые сжимательные движения кистью. Щадит конечность, плохо выполняет назначения.

30.XI - Движение кисти к тылу - 15°, к ладони - 20°. Динамометрия: левая конечность - 10 кг.

10.XII - Снятие шины. Умеренный отек в области лучезапястного сустава. Движения в кистевом суставе к тылу не превышает 20°, к ладони - 25°. Супинация предплечья ограничена на 70°, пронация на 20°. Динамометрия: левая - 13 кг, правая - 46 кг.

22.XII. На рентгенограмме № 2961-2 (рис.114) отломки консолидировались в достигнутом при вправлении положении. Выполняет легкую физическую работу.



Рис. 114.

15.I-53 г. Приступил к прежней работе.

16.II-53 г. Явился на осмотр через 3 месяца после перелома. Боли при перемене погоды. Ограниченная супинация на 60°. Ограничение движений в кистевом суставе к тылу на 10-15°. Имеется легкая припухлость области кистевого сустава.

3.У. Явился на осмотр через 6 месяцев. Ограниченная супинация на 20° и движение в кистевом суставе к тылу ограничено на 10-15°.

1.XII-54 г. Явился на осмотр через год. Супинация ограничена на 10-15°. Движение к тылу в кистевом суставе остается ограниченным на 10°.

НАБЛЮДЕНИЕ № 238. Ф-в, 18 лет, монтер. История бол. № 8113.

7.X-53 г. ехал на велосипеде и был сбит встречной автомашиной, в результате больной упал на подвернутую левую руку. Обратился к нам на третий день с жалобами на резкие боли в области нижней трети левого предплечья и кисти.

Местно: При снятии временной фиксирующей фанерной шины, обнаружен большой отек кисти и предплечья. Конечность формы "повернутой вилки", радио-ульнарный угол слева 115°, справа 130°. При пальпации и поколачивании отмечаются резкие боли у дистального конца лучевой кости. Двигательная и хватательная функции кисти резко нарушены. Р-ма № 3070-1(рис.115) - косой перелом левой лучевой кости в "типичном" месте со смещением дистального отломка к ладони, отрыв шиловидного отростка.



Рис. 115.

ДИАГНОЗ: Флексионный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением периферического отломка к ладони и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.

Под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) произведено вправление отломков и фиксация их угловой шиной с расположением тыльной пластины шины с ладонной стороны(обратное положение шины). Совет: легкий массаж кисти и ЛФК.



Рис. 116.

Контрольная р-ма № 2284-5 (рис.116) показывает умеренное (0,3 см) смещение дистального отломка к ладони.

На четвертый день отек спал. Движения в пальцах - в полном объеме. Движения в кистевом суставе, к ладони ограничиваются шиной, но в пределах 15-20°. Движения к тылу ограничены на 15°.

Десятый день. На боли не жалуется, движения в лучеза -

пястном суставе к тылу 35°, к ладони - 25° (ограничиваются шиной). Обслуживает себя. Динамометрия: правая конечность - 40 кг, левая - 8 кг. Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

Двадцатый день. Обслуживает себя полностью, катался на велосипеде, при толчках испытывает боль в области перелома.



Рис. 117.

27-й день. Шина снята. Ось предплечья не нарушена. Функция суставов кисти в пределах нормы. Динамометрия - 15 кг.

11.XI. Колет дрова, приносит с речки полное ведро воды, меняя поочередно нагрузку конечности; третий день как приступил к своей профессиональной работе.

Рентгенограммы: №№ 2664-5(рис.117), 2503-9, 373-4 показывают консолидацию отломков в хорошем положении.

Осмотр через год (явился по вызову) 23.X-54 г.

Жалоб нет. Анатомических и функциональных нарушений нет. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ № 71. Д-о, 40 лет, кассир. Амб.карта № 2201.

11.X-1952 г. поскользнулась и упала на вытянутую левую руку.

Местно: Резко выраженная штыкообразная деформация дистальной трети левого предплечья. Значительная гематома над кистевым суставом и в области деформации. Радио-ульнарный угол слева - 90°, справа - 120° . Движения в кистевом суставе и в пальцах невозможны из-за болей. Супинация и пронация предплечья резко ограничены и болезненны. Интенсивные боли при пальпации и поколачивании в области деформации.

Рентгенограмма № 2901-1 (рис. 118). Поперечный перелом левой лучевой кости в дистальном отделе со смещением отломков на ширину кости к тылу и в сторону луча на 0,5 см.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 30 мл), а затем фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: легкий массаж кисти и ЛФК.

12.X. Плохо спала из-за болей в поврежденной конечности. Кисть умеренно отечна. Назначения те же.



Рис.118.

Умеренный отек кисти, движения в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу – 15^0, к ладони – 25^0.

Контрольная р-ма № 2951 (рис.119)показывает хорошее стояние отломков.

20.X. Двигательная функция лучезапястного сустава приближается к норме. Больная приступила к работе – выдавала зарплату. Обслуживает себя полностью.

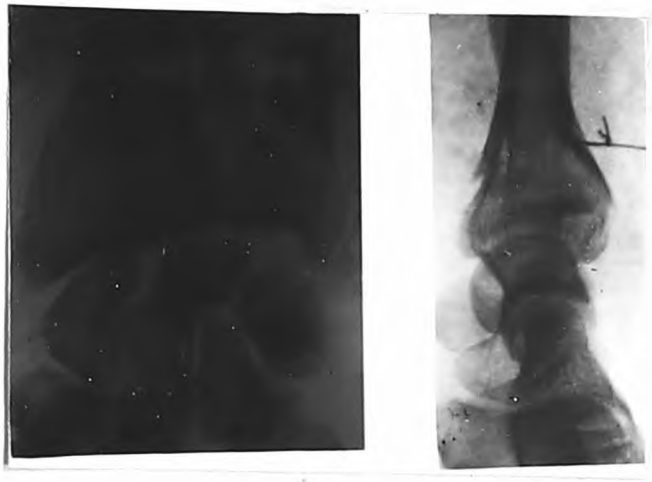


Рис. 119.

Контрольная р-ма от 20.X № 3062-3. Достигнутое при вправлении хорошее положение отломков стойко сохраняется в шине.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

25.X – Шина хорошо фиксирует предплечье, больная работает, жалуется на некоторую утомляемость конечности при подсчете денег. Обслуживает себя полностью. Динамометрия: правая – 26 кг, левая – 12 кг.

13.XI – Шина снята. Ось предплечья не нарушена. Двигательная функция в лучезапястном суставе в норме. Супинация ограничена на $40-50^0$, пронация – нормальна. Больная работает по своей профессии с 10-го дня после полученной травмы, выполняет легкую физическую работу. Рентгенограмма № 3105-3 (рис. 120) – отломки консолидировались в достигнутом при вправлении хорошем анатомическом положении.

7.I-1953 г. Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боль в области перелома при резкой супинации и при поднятии тяжестей Динамометрия: правая конечность – 22 кг., левая – 21 кг.

14.III-53 г. Осмотр через шесть месяцев. Жалоб нет, функция кисти в норме. Динамометрия: правая конечность – 23 кг, левая



Рис.120.

- 20 кг.Отмечается легкое выстояние головки локтевой кости. Полноценно выполняет прежнюю работу. (См.табл.122).

НАБЛЮДЕНИЕ № 80. А-х,60 лет,домохозяйка. Амб.карта № 748.

10.XII-52 г. поскользнулась и упала на правую вытянутую руку, при этом почувствовала боль и хруст в предплечье.

Местно: Резкая деформация дистального отдела правого предплечья с наличием гематомы в области кистевого сустава. Радио-ульнарный угол справа 90°, слева - 120°. Движения в кистевом суставе отсутствуют из-за болей, в пальцах несколько сохранены, но болезненны. Вращательные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Пальпаторно боль в месте деформации с лучевой и локтевой сторон. Ясно определяется хруст отломков.



Рис.121.

Р-мма № 2830-1 (рис.121)- поперечный перелом правого луча в "типичном" месте со смещением периферического отломка на диаметр кости и в сторону луча на 1 см. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка. Раздробление периферического конца локтевой кости.

Под местной анестезией (2% р-р 25 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Рекомендовано: по отвердению гипса производить пассивно и активно легкий массаж кисти и ЛФК.

11.XII. Жалуется на слабость, нарушение сна, плохой аппетит; температура 37,1°. Кисть заметно отечна. Движения в суставах кисти значительно ограничены и болезненны. Назначения те же. На ночь люминал 0,1. Контрольная р-ма № 2841-2 (рис. 122) - стояние отломков хорошее.

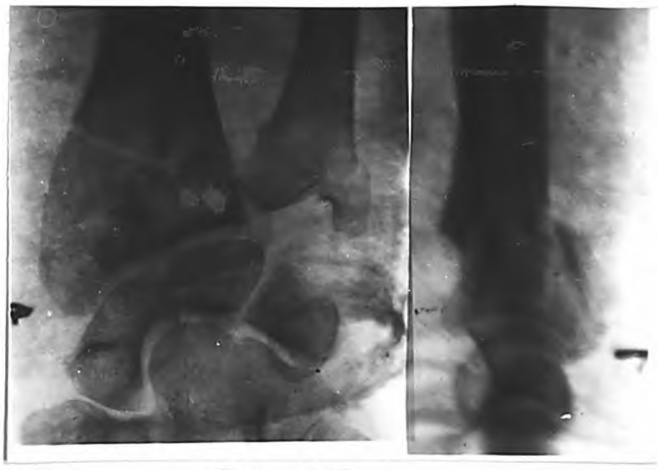


Рис. 122.

12.XII. Сон спокойный. Жалуется на чувство онемения первого и второго пальцев.

15.XII. Отека нет. Движения в пальцах в полном объеме.

23.XII. Объем движений в кистевом суставе приближается к норме. Обслуживает себя.

Назначение: Силовые сжимательные движения кистью.

8.I-53 г. Снята шина. Ось предплечья не нарушена. Умеренная припухлость области кистевого сустава. Движения в суставах кисти - в норме. Динамометрия: правая - 13 кг, левая - 21 кг. Супинация ограничена на 20°, пронация в норме. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Готовит обед, подметает, убирает постель, топит печь.



Рис.123.

Р-ма № 3879-60 (рис.123). Отломки консолидировались в достигнутом хорошем положении.

20.I. Функция кисти полностью восстановилась.

17.III-53 г. Осмотр через 3 месяца (явилась по вызову). Жалуется на боль при поднятии чрезмерной тяжести. Утомляемость, боль при выжимании белья.

Динамометрия: правая конечность - 20 кг, левая - 21 кг.

4.XII-54 г. Осмотр через год. Жалоб нет. Анатомических и функциональных нарушений нет. Выполняет прежнюю работу. Динамометрия: правая - 24 кг, левая - 21 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ № 174. А-а, 45 лет, домохозяйка. Амб.карта №497.

27.VII-53 г. упала с лестницы на вытянутую левую руку.

Местно: Левое предплечье в нижней трети штыкообразно деформировано. Над деформацией значительная гематома, распространяющаяся на область кистевого сустава. Двигательная функция в суставах кисти резко нарушена. Радио-ульнарный угол слева 100°, справа- 130°.



Рис. 124.

На рентгенограмме № 1655-6 от 27. июля (рис.124)определяется поперечный перелом левой лучевой кости в дистальной трети со смещением периферического отломка к тылу на ширину кости и лучевую сторону на 0,5 см. Подвывих в луче-локтевом сочленении.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте со смещением отломка на ширину кости и подвывих в луче-локтевом сочленении.

Под спирто-новокаиновой анестезией (15 мл) отломки вправлены, затем фиксированы угловой шиной.

Совет: легкий массаж и ЛФК.

28.VII - Сон не нарушен. Умеренный отек кисти. На контрольной р-ме от 28.VII № 2279 (рис. 125) видно, что отломки хорошо вправлены и удерживаются шиной.
Динамометрия: правая - 33 кг, левая -3кг.



Рис.125.

Динамометрия: 29.УП - 4,0 кг; 30.УП - 4,5 кг.

1.УП. Отек кисти полностью спал, движения в пальцах - в полном объеме, в кистевом суставе к тылу - 20^0, к ладони - 30^0. Назначения: снимательные движения кистью без усилия.

5.УШ - Динамометрия - 6 кг. Жалоб нет, обслуживает себя. Шина несколько расслабилась. Произведена смена шины.

7.УШ - Обслуживает себя. Динамометрия - 8 кг. Движения в кистевом суставе в полном объеме.
Назначения: силовые снимательные движения кистью.

11.УШ - Больная готовит обед, чистит картофель, шьет. Динамометрия - 10 кг.

15.УШ - В посторонней помощи не нуждается, обувается и одевается сама, готовит обед, шьет, выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Динамометрия - 12 кг.

Контрольные р-мы №№ 2305-6 и 2320 показывают, что достигнутое при вправлении хорошее положение отломков стойко сохраняется в шине.

27.УШ - Шина снята. Деформаций нет. Супинация ограничена на $50-60^0$. Пронация - в норме. Больная незадолго до снятия шины месила тесто, пекла хлеб. Свободно шьет, моет полы, но не может выжать половую тряпку из-за болевых ощущений. Пеленает и нянчит ребенка, стирает мелкие вещи. Выполняет легкую физическую работу.

10.IX - Динамометрия: правая - 31 кг, левая - 21 кг.



Рис. 126.

Рентгенограмма после снятия шины № 443-4 (рис.126) показывает, что отломки консолидировались в достигнутом при вправлении хорошем положении. Выполняет легкую физическую работу.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боли при поднятии чрезмерной тяжести. Динамометрия:
правая - 33 кг,
левая - 27 кг.

Осмотр через год. Жалоб нет. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ № 107. П-а, 55 лет, домохозяйка. Амб.карта № 201. 12 января 1953 г.

3 часа тому назад, идя по улице поскользнулась и упала на вытянутую левую руку, при этом почувствовала боль и хруст в дистальном отделе предплечья.

При осмотре левое предплечье в дистальной трети резко деформировано. Припухлость - гематома над кистевым суставом. Радио-ульнарный угол слева - 70°, справа - 120°. Двигательная функция в суставах кисти резко ограничена из-за болей. При пальпации боль и хруст отломков луча, интенсивная боль при поколачивании шиловидного отростка локтевой кости. Р-ма №149 от 12.1-54 г.(рис.127). Компрессионный перелом лучевой кости в "типичном" месте со смещением дистального отломка на ширину кости и в сторону луча на 1 см, отрыв шиловидного отростка локтевой кости, подвывих в луче-локтевом сочленении.



Рис.127.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с полным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости, подвывих в луче-локтевом сочленении.

Под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. По отвердении гипса произведена р-ма № 165-6 от 13.1.(р.128) Отломки сохранили достигнутое хорошее положение. Рекомендовали ЛФК и массаж кисти.

17.1-53 г. Жалуется на умеренные боли в кистевом суставе при движении. Движения в пальцах - нормальны. Большой палец приводит к основанию мизинца.

23.1. Двигательная функция в суставах кисти нормализована. Отека нет. Обслуживает себя, готовит обед.

25.1 - Расчесывает волосы, заплетает косы



Рис.128.

Динамометрия: Правая рука - 29 кг, левая - 7,5 кг. Рекомендованы силовые сжимательные движения.

6.П - Шина хорошо фиксирует конечность. Хорошо владеет конечностью, кроит, шьет, готовит обед, обслуживает себя полностью.

12.П - Снятие шины. Умеренная припухлость в области кистевого сустава; ограничение движений и болезненность при супинации. Двигательная функция кисти в пределах нормы. Динамометрия: Правая рука - 30 кг, левая - 16 кг.

15.П - Стирает мелкие вещи, но испытывает боль при выжимании белья. Обслуживает себя полностью, шьет на швейной машине, доит корову, но быстро устает рука. Выполняет легкую физическую работу.

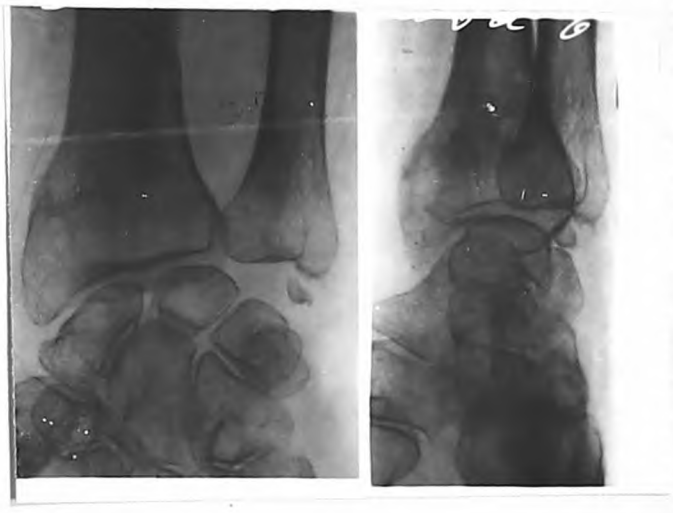


Рис. 129.

Р-ма после снятия шины № 201-2. Отломки консолидировались в хорошем стоянии. (Рис.129).

17.Ш-53 г. Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боль при тяжелой физической нагрузке и выжимании белья. Других жалоб нет. Имеется припухлость в области кистевого сустава. Мышечная сила кисти хорошая. Динамометрия: Правая рука - 26 кг, левая - 19 кг.

20.IУ - Посещение на дому через год. Анатомических функциональных нарушений нет. Отмечается легкое выстояние головки локтевой кости. Жалуется на ноющие боли при перемене погоды.

НАБЛЮДЕНИЕ № 73. М-в, 76 лет, пенсионер. Амб.карта № 23501.

14.Х-52 г. Поскользнулся и упал на правую руку.

Местно: конечность в нижней трети имеет форму "штыка", радио-ульнарный угол 90°, слева - 120°. Значительная припухлость вследствие гематомы в области перелома и кистевого сустава. Резкие боли при пальпации в области деформации луча, область шиловидного отростка безболезненна при поколачивании. Двигательная функция кисти резко нарушена; супинация и пронация резко ограничены и болезненны.

Рентгенограмма № 2590-1 (рис. 130) от 14.Х-52 г. Оскольчатый перелом дистального конца правого луча со смещением отломка к тылу на 1,8 см и в сторону луча - на 1 см.

ДИАГНОЗ: Компрессионный (оскольчатый) перелом правого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального

отлома и подвывих в луче-локтевом сочленении.

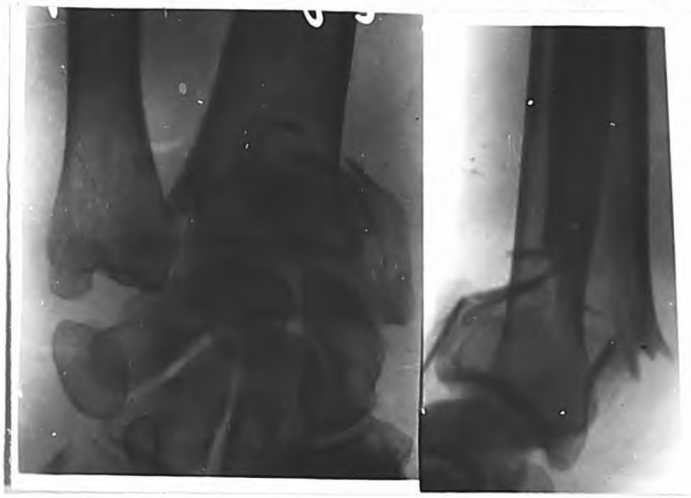


Рис. 130

Под местной анестезией (2% р-р 25 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и массаж кисти.

Контрольная р-ма № 2593-4(рис.131) показывает, что тыльное смещение полностью устранено, сохранилось смещение в сторону луча на 0,2 см.

21.X - Отек кисти держится в умеренной степени. Движения в пальцах - нормальны, в кистевом суставе - к тылу 15°, к ладони 20°.



Рис. 131.

25.X - Движения в кистевом суставе к тылу - 20°, к ладони - 25°. Рекомендованы силовые сжиматольные движения кистью.
Контрольная р-ма № 2664-5 - отломки сохранили достигнутое при вправлении хорошее положение. Обслуживает себя полностью, пишет хорошо.

16.XI - Снята шина. Деформации нет. Супинация ограничена на 60-80°, болезненна. Пронация ограничена на 20°. Динамометрия: правая рука - 15 кг, левая - 24 кг. Движение в кистевом суставе к тылу 25°, к ладони -30°. Разрешается приступить к легкой физической работе.

13.1-53 г. Явился на повторный осмотр. Жалуется на слабость в кисти и боли при тяжелой физической нагрузке. Движения в кистевом суставе - нормальны. Супинация ограничена на 10-15°, пронация - 10°, болезненна. Динамометрия: правая рука - 25 кг, левая - 24 кг. Выполняет посильную работу.



Рис. 132.

Р-ма № 105(рис. 132) - наступила консолидация в достигнутом положении.

20.IX-53 г. Посещение на дому через год после травмы. Легкое выстояние головки локтевой кости. Ограничение супинации на 10-15°, пронации на 10°. Выполняет ту посильную работу, которую выполнял до перелома.

НАБЛЮДЕНИЕ № 10. М-в,60 лет.Бухгалтер.Амб.карта № 216 от 13/II 1952г.

10 часов тому назад поскользнулся и упал на вытянутую правую руку, при этом почувствовал боль и хруст в дистальной трети предплечья. При осмотре отмечается резко выраженная деформация правого предплечья в нижней трети. Радио-ульнарный угол справа - 110°, слева - 130° - 140°. При пальпации и поколачивании - резкие боли в области деформации. Двигательная и хватательная функция кисти резко нарушены. Супинация и пронация болезненны, резко ограничены. Значительный отек предплечья и кисти.

Рентгенограммы: № 318 и 319 (рис. 133) - перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с раздроблением и смещением дистального отломка к тылу на 2 см, в сторону локтевой кости на 1 см и в сторону луча - на 0,3 см. Разрыв луче-локтевого сочленения.



Рис. 133.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставный перелом правого луча в "типичном" месте с раздроблением периферического отломка

и резким смещением его. Подвывих в луче-локтевом сочленении.

В гематому, между отломками, введен 2% раствор новокаина-25 мл. Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Рекомендовано: ЛФК и легкий массаж кисти.



Рис. 134.

14.II - Сон нарушен. Жалуется на боли в области перелома. Умеренный отек кисти. Контрольная р-ма № 336 -стояние отломков хорошее. (Рис.134).

20.II - Седьмой день. Отек кисти почти отсутствует, движения в пальцах в полном объеме; движения в луче-запястном суставе: к тылу 10°, к ладони - 20°.

Двенадцатый день. На боли не жалуется, работает с 21.II, пишет свободно, но быстро устает рука. Движения в кистевом суставе приближаются к норме. Обслуживает себя.

Назначения: силовые сжимательные движения кистью.

Динамометрия: Правая - 7 кг, левая - 25 кг.



Рис. 135.

12.III - Шина снята. Имеется умеренная припухлость в области перелома. Ось предплечья не нарушена; двигательная функция в суставах кисти полностью нормализовалась. Составил квартальный отчет. Обслуживает себя полностью. Динамометрия: Правая - 14 кг.

Разрешается приступить к своей профессиональной работе и к выполнению легкой физической работы.

30.III - Функция поврежденной конечности полностью восстановилась. Р-ма № 720. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.(Рис. 135).

17.У – Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боли в области перелома при поднятии чрезмерной тяжести и при перемене погоды. Динамометрия: правая – 29 кг, левая – 26 кг. Выполняет прежнюю работу.

21.П-53 г. Осмотр через год. Анатомических и функциональных нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ № 137. П-о, 24 лет, машинистка. Амб.карта № 456.4.III-54

1 марта упала на подвернутую левую руку. В амбулатории произведена рентгенограмма, а затем иммобилизация отломков луча ладонной гипсовой лонгетой.

Повязка снята. Местно: выраженный отек предплечья и кисти. Движения в лучезапястном суставе резко ограничены и болезненны. При пальпации интенсивная боль соответственно дистальному концу лучевой кости. Радио-ульнарный угол слева и справа – 120°.

На рентгенограмме № 734-5 определяется перелом дистального конца лучевой кости без особого смещения отломка, но с выраженной косой линией излома, идущей с ладонной стороны к тылу. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Спирто-новокаиновая блокада (периостально 10 мл). Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: лечебная физкультура в суставах кисти и легкий массаж.

5.III – Сон не нарушен. Отек кисти менее выражен, чем вчера. Контрольная р-ма № 753-2. Стояние отломков хорошее.

7.III – Отек спал. Движения в пальцах в норме.

10.III – Жалоб нет. Движение в лучезапястном суставе приближается к норме.

13.III – Обслуживает себя. Готовит обед. Печатает, но устает рука и чувствует боль в области перелома при ударе по клавиатуре. Назначение: Силовые сжимательные движения кистью, удары по предмету пальцами с возрастающей силой.

23.III – Печатает около 200 знаков в минуту. Ощущает усталость конечности и чувствует умеренную боль в области перелома.

25.III – Шина снята. Ось предплечья не нарушена. Движение в суставах кисти в пределах физиологических возможностей. Супинация предплечья ограничена на 25°, пронация в норме.

27.III – Профессиональная трудоспособность восстановилась на 23-й день.

12.IX-54 г. Осмотрена через 6 мес. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Полноценно выполняет прежнюю работу.

Таким образом, солдат на девятый день после вправления и фиксации отломков луча вполне удовлетворительно владел боевой винтовкой и при стрельбе показал отличные результаты, а на двадцатый день хорошо вел грузовую автомашину (см.наблюдение № 241).

Студентка (участница стрелковых соревнований) показала еще лучшие результаты при стрельбе из мелкокалиберной винтовки. В этом случае мы имели возможность проследить динамику восстановления боеспособности при переломе луча в "типичном" месте.(См.набл. № 190).

Больные тяжелого физического труда (разнорабочие, грузчики, пильщики, шахтеры, токари, столяры и т.д.) еще до снятия шины могли выполнять легкую физическую работу и приступали к профессиональному труду вслед за снятием шины или же на 30 - 45 день, а в случаях, осложненных повреждением луче-локтевого сочленения, на 45-64 день с момента полученной травмы (см.наблюд. №№ 238, 256, 65, 38, 44, 274, 16, 56, 93, 126, 139, 157, 158, 33,194, 82, 228, 95, 271, 166, 266, 29 и др.).

Шоферы свободно владели рулем через 2 недели и приступали к работе по собственному желанию вслед за снятием шины на 21-30 день (см.наблюд. №№ 241, 5, 14, 47, 96, 132, 161, 181,308).

Больные легкого физического труда (продавцы, повара,уборщицы, дворники, монтеры и др.) рано приступали к своему профессиональному труду (см.наблюд. №№ 86, 191, 214, 141, 9,238, 30, 115, 118, 131, 222).

Домохозяйки вскоре приступали к повседневной домашней работе, постепенно принимая нарастающую нагрузку на больную конечность. В первые 4-5 дней они обычно нуждались в посторон-

ном уходе, а затем начинали обслуживать себя, обувались, одевались самостоятельно. С 7-14 дня они приступали к своим обычным обязанностям: готовили обед, топили печи, шили, вышивали, штопали, подметали, убирали постель, месили тесто. К концу снятия шины они производили стирку мелких вещей, мыли полы, но не могли отжимать белье, половую тряпку.(См.набл. №№ 80,174,45, 107, 73, 25, 62 и др.).

Портные, у которых профессия связана с тонкими дифференцированными движениями, могли свободно приступить к работе через 3 недели. Они шили, производили раскройку материала и т.п. (См.набл. №№ 255, 159, 12, 32, 46, 117, 160).

Пианистка - через 2 недели могла играть несложные музыкальные вещи, а после снятия шины через месяц исполняла уже сложные произведения (набл.№ 254).

Машинистки - уже через 3 недели после перелома до снятия шины печатали более 200 знаков в минуту (см. №№ 99 и 137).

У представителей двух последних профессий можно было наблюдать динамику быстрого роста дифференцированных движений. Особенно быстрый рост количества выбиваемых знаков в минуту наблюдался у машинисток.

Кассиры, бухгалтера, счетоводы, как правило, приступали к работе в шине со второй-третьей недели, а в отдельных случаях возвращались на работу с 7-10 дня. (Набл. №№ 71, 122, 124, 307, 34, 102, 114, 140, 153, 224, 243, 263, 268, 10).

Парикмахеры - с тяжелыми переломами через 2 недели после травмы могли брить и стричь клиентов, через 3 недели они свободно владели своими профессиональными инструментами, а на 30-й день приступали к своей прежней работе с обычной нагрузкой (см. набл. №№ 285, 188"а").

Больные сельскохозяйственного труда - колхозники, благодаря ранней тренировке поврежденной конечности, могли приступить к своему профессиональному труду на 25-35 день. Еще до снятия шины они могли обслуживать себя, выполнять легкую физическую работу, а с первых же дней после снятия фиксирующей повязки могли полоть (см.набл.№№ 35,50,165), убирать сено (см. набл. № 162), собирать картошку или кукурузу (см.набл.№№ 67, 76, 229 и др.).

В случаях, осложненных подвывихом в луче-локтевом сочленении больные - работники тяжелого с/х физического труда - могли приступить к прежней работе на 40 - 60 день, в зависимости от возраста.

Учащиеся начинали писать с 4-5 дня. С 6-7-го дня писали диктант, могли писать мелом на доске, чертить геометрические фигуры. Они почти не прекращали занятий, у них можно было видеть, как постепенно со дня на день восстанавливается почерк. Через 2 недели или раньше учащиеся уже начинали писать своим обычным почерком (см.набл. №№ 188, 210, 205, 202, 54, 100, 6, 48 и др.).

Преподаватели математики, физики, химии и т.д., которым приходится писать решение примеров на доске, выполняли эти обязанности с 7-10 дня. Люди этой профессии прерывали свою работу только на семь-четырнадцать дней.

Большой интерес представляют наблюдения над больными с двусторонними переломами луча. Такие больные при лечении их обычными способами нуждаются в полном уходе в течение всего периода иммобилизации, а также и в первые дни после снятия фиксирующих повязок. При лечении их нами примененным способом, полный уход требуется только в первые 2-3 дня после травмы, ибо

с 4-5 дня они приступают к самообслуживанию, и с 7 - 10 дня в постороннем уходе вовсе не нуждаются, так как к этому времени объем движений в кистевых суставах приближается к норме, а мышечная сила значительно возрастает (см.набл.№ 100, 101, 104, 188, 132, 185, 184, 267).

В ходе лечения, по нашему указанию, больные старались развивать те необходимые движения, которые требует их профессия. Важно отметить, что когда стихали острые явления и спадал отек, больные охотно при самообслуживании пользовались больной рукой. Первые же признаки восстановления функции конечности воодушевляли больного и стимулировали дальнейшую тренировку поврежденной конечности, которая проводилась больными с нарастающей настойчивостью.

При других методах лечения возникающая контрактура кистевого сустава и реже пальцев требует последующего долечивания от 10 дней до двух-трех недель, а нередко и нескольких месяцев.

В небольшом проценте случаев пострадавшие бывают вынуждены менять свою долголетнюю профессию на другую или переходить на инвалидность.

Сроки лечения перелома луча при испытанной нами методике сокращаются за счет двух важных моментов:

а) за счет устранения необходимого времени для долечивания, т.е. для восстановления двигательной функции кистевого сустава при помощи ванн, массажа, ЛФК, в чем часто возникает необходимость при других методах фиксации;

б) динамического роста мышечной силы при помощи проводимых с 7-10 дня активных силовых сжимательных движений в ходе лечения больного.

Лишь в небольшом числе случаев после лечения мы отметили ограничение движений в кистевом суставе. Это относится к раздроблению периферического отломка со значительным смещением его в сторону луча и локтевой кости, а также разрыву луче-локтевого сочленения с вывихом в луче-локтевом суставе (2 наблюдения, №№ 82 и 73), где ограничение движений в кистевом суставе оказалось в пределах 15-20 градусов, и 7 случаев (№№ 286, 287, 291, 296, 301, 300, 302) неудавшегося вправления отломков вследствие позднего поступления больных - на 10-15-й день. Во всех остальных случаях на 7-14 день после перелома достигался полный объем движений во всех суставах кисти.

Таким образом, о вынужденной перемене профессии нашими больными и временной инвалидности мы можем сообщить следующие данные, полученные в итоге проверки результатов проведенного нами лечения.

У нас не было больных, которым после лечения пришлось бы, хотя бы временно, перейти на инвалидность. Нами не отмечено также ни одного случая перемены профессии в связи с функциональной несостоятельностью конечности (исключая набл. 281, 305, стр. 369, 381).

Серьезного внимания заслуживает вопрос о вторичном смещении вправленных отломков при иммобилизации предплечья короткой угловой шиной И.А.Полиевктова. Если исходить из установившихся взглядов о необходимости иммобилизации лучезапястного сустава для удержания отломков при переломах луча, то при лечении без фиксации этого сустава можно было бы ожидать частые вторичные смещения отломков. Однако наши многочисленные наблюдения свидетельствуют о необоснованности этих опасений при условии применения шины предотвращающей ротационные перемещения костей.

Г Л А В А УП.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Контроль эффективности лечения по отдаленным результатам мы осуществляли путем обследования наших больных через 3 месяца, 6 месяцев и через год после окончания лечения. На практике выполнение такого порядка обследования оказалось трудным, а в ряде случаев невозможным. Закончившие лечение и приступившие к труду больные, удовлетворенные результатами лечения не заинтересованы в повторных осмотрах. Поэтому последовательный осмотр по намеченному нами плану удавался не во всех случаях. Чаще всего больные все же являлись по вызову через 6 месяцев и год после лечения.

Чтобы собрать максимальное число отдаленных наблюдений, мы лично посещали неявившихся больных на дому через 6 месяцев и через год после окончания лечения. Для обследования проживающих в районах бывших больных с тяжелыми повреждениями приходилось иногда выезжать на места. Несмотря на принятые нами меры, мы смогли проверить отдаленные результаты лечения только у 183 наших пациентов. При этом довольно часто нам приходилось довольствоваться данными обследования через 3 месяца после законченного лечения. Такого рода результат не может называться отдаленным при строгом определении этого понятия. Все же мы сочли возможным эти результаты объединить с данными действительно отдаленного обследования. Мы считали это допустимым на том основании, что все наши больные через 3 месяца после законченного лечения работали с полной рабочей нагрузкой.

У семи больных, обратившихся к нам в поздние сроки после травмы, у которых попытка репозиции отломков не увенчалась успехом, проверка отдаленных результатов нами не производилась.

Из 183 проведенных нами наблюдений за отдаленными результатами лечения, обследование проведено через 3 месяца у 44 человек, в течение шести месяцев - у 63-х, в течение одного года - у 76.

Из общего числа больных, проверенных на эффективность лечения, 75 имели тяжелые повреждения; у 84 больных были повреждения средней тяжести и только у 24-х - легкие повреждения.

При проверке итогов лечения в отдаленном периоде после повреждения мы также интересовались анатомическими результатами. На такого рода анализе авторы, обычно, не останавливаются, интересуясь больше функциональными показателями. Однако анализ этого рода имеет немаловажное значение в определении достоинства или недостатков лечебного метода. Суждения об анатомических результатах мы в основном строили на данных рентгенографии и измерении луче-локтевого угла по И.А.Полиевктову. Мы получили следующие итоги при оценке анатомических результатов.

Анатомические результаты лечения больных с повреждениями средней тяжести

Таблица 18

Степень повреждения	Колич. случаев	Хорошо	Удовл.	Неудовл.
Переломы с умеренным смещением дистального отломка лучевой кости	84	84	-	-

Как видно из таблицы, во всех случаях перелома луча с умеренным смещением получены хорошие анатомические результаты.

Анатомические результаты в группе с резкими смещениями дистального отломка луча.

Таблица 19

Степень повреждения	Колич. случаев	Хорошо	Удовл.	Неудовл.
Переломы с тяжелыми смещениями дистального конца лучевой кости	75	68	7	-

В таблице № 19 приводятся данные отдаленных анатомических результатов лечения у 75 больных, имевших тяжелые переломы луча. 39 из них обследовано через 3 мес., 19 человек - через 6 мес., 17 - через год. Анализ таблицы показывает, что ни у одного из 75 человек мы не обнаружили выраженных деформаций. В 68 случаях нами отмечены хорошие результаты и только в 7-ми случаях констатировали удовлетворительный анатомический результат. У девяти подвывих в луче-локтевом сочленении. В это число входят все 7 больных с умеренными деформациями луча после лечения, а в двух случаях подвывих в луче-локтевом сочленении имел место при отсутствии деформации со стороны луча, как клинически, так и рентгенологически (см.набл. №№ 169, 249).

Результат лечения мы называли удовлетворительным в тех случаях, когда при хорошем стоянии отломков луча головка локтевой кости слегка выстояла к тылу или имело место незначительное смещение дистального отломка в сторону лучевой кости.

Особого внимания заслуживают 9 случаев с подвывихом в луче-локтевом сочленении. Эти случаи относятся к группе тяжелых повреждений и выявлены нами в числе 28-ми больных с разрывом дистального луче-локтевого сочленения. Эти больные, принадле-

жавшие большей частью к профессиональным группам тяжелого труда, носили фиксирующую повязку от 25 до 30 суток. Изучение рентгенограмм у этих больных обнаруживает расширение щели луче-локтевого сочленения, что свидетельствует о наличии той или иной степени подвывиха в суставе.

Выясняя причину рецидива подвывиха в луче-локтевом сочленении после вправления и фиксации, мы установили, что он возникал у больных после снятия фиксирующей угловой шины. Этот факт дает право сделать следующее заключение: при выраженном разрыве связок дистального луче-локтевого сочленения необходимо увеличивать срок фиксации, так как замещение прочным рубцом связочного аппарата наступает позже образования функционально прочной мозоли, соединяющей отломки лучевой кости.

Из 9 больных, у которых установлен подвывих в луче-локтевом сочленении, в шести случаях это осложнение было обнаружено тут же, при осмотре после снятия иммобилизующей повязки, а в трех случаях оно не было установлено после снятия угловой шины, а замечено лишь при изучении отдаленных исходов лечения перелома луча.

Уместно сказать, что сроки ношения иммобилизующей повязки у всех больных с подвывихами в луче-локтевом сочленении не превышали 25-30 дней. У больных, у которых подвывих головки был обнаружен в умеренной степени тотчас после снятия шины, последующие наблюдения через 3 месяца, 6 месяцев показали, что выстояние головки локтевой кости нарастало и было выражено настолько, что появилась заметная деформация области луче-локтевого сочленения.

В качестве иллюстрации приводим наблюдение № 169.

НАБЛЮДЕНИЕ № 169. М-ц,38 лет, продавщица. Амб.карта № 1501.

13.УП-53 г. упала с высоты трех метров на обе вытянутые верхние конечности с преимущественным упором на левую руку, где она почувствовала боль и хруст.

Местно: Резкая штыкообразная деформация дистального отдела левого предплечья с уменьшением радио-ульнарного угла до 100°. Предплечье и кисть отечны. При пальпации - интенсивные боли в области деформации. Движения в кистевом суставе невозможны из-за болей, в пальцах сохранены в незначительной степени. Вращательные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Хватательная функция кисти полностью утрачена.

Рентгенограммы №№ 2154 - 55 (рис.136). Перелом дистального конца левой лучевой кости со смещением отломка на ширину кости и в сторону луча на 1,3 см. Увеличение "щели" в луче-локтевом сочленении.



Рис. 136.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка и подвывихом в луче-локтевом сочленении.

Под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) отломки вправлены и фиксированы шиной Полиевктова. По отвердении гипса рекомендованы ЛФК и легкий массаж кисти.

14.УП - Умеренный отек кисти и пальцев, сон удовлетворительный. Жалуется на слабость, ноющие боли в конечности, чувство онемения пальцев.

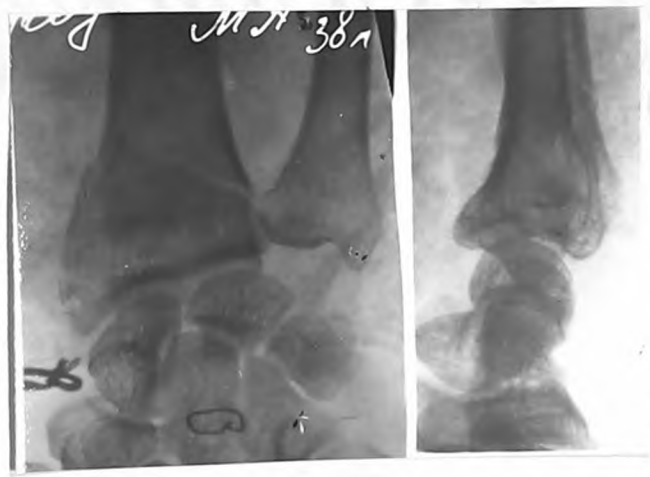


Рис. 137.

На контрольной р-ме № 2130-91 (рис. 137) смещение дистального отломка при вправлении полностью устранено и хорошо удерживается в шине.

18.УП - Движения в кистевом суставе ограничены к тылу на 10-15°, к ладони - в норме. Жалуется на чувство онемения первого и второго пальцев.

Р-ма от 17.УП № 2212-13 показывает, что достигнутое при вправлении хорошее стояние отломков, стойко сохраняется в шине.

25.УП - Жалуется на одеревенелость первых двух пальцев кисти. Движения в лучезапястном суставе приближаются к норме. Обслуживает себя: расчесывает волосы, заплетает косы.

Назначение: Силовые сжимательные движения кистью.



Рис. 138.

8.УШ - Снятие шины. Двигательная функция кисти в полном объеме. Ось предплечья правильная. Динамометрия: правая - 32 кг, левая - 14 кг. Супинация ограничена на 30-50°, болезненна. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию.

25.УШ - Больная без ведома приступила к своей профессиональной работе. Жалуется на боль в области перелома при поднятии тяжести, утомляемость и слабость конечности. Супинация ограничена на 20-30° и болезненна.



Рис. 139.

На р-ме от 26.1Х № 2712 (рис.138) определяется подвывих в луче-локтевом сочленении. Отломки луча консолидировались в хорошем положении.

Осмотр через 3 месяца - 1.Х-53 г. Отмечается подвывих в луче-локтевом сочленении, жалуется на боль при перемене погоды и поднятии тяжести, утомляемость конечности. Супинация в полном объеме, болезненна. Динамометрия: правая - 32 кг, левая - 19 кг.

Осмотр через год - 3.УП-54 г. Явилась по вызову. Выраженное выстояние головки локтевой кости (р-ма № 1325, рис.139). Боль при супинации. Динамометрия: правая - 31 кг, левая-26 кг. Выполняет прежнюю работу.

Таким образом, в наблюдении № 169 после снятия фиксирующей повязки, через 25 дней, при осмотре не был обнаружен подвывих головки локтевой кости. Больная приступила к своей профессиональной работе (продавщица) ровно через 36 дней после перелома. При осмотре через 3 месяца она заявила, что вскоре после того как приступила к работе, заметила постепенное выстояние головки локтевой кости.

В этом случае под влиянием ранней рабочей нагрузки (поднятие и переноска ящиков с товарами и др.) наступил подвывих головки локтевой кости в дистальном луче-локтевом сочленении.

Приведенный случай дает нам право сделать определенное заключение, что при переломах луча, сопровождавшихся подвывихом в луче-локтевом сочленении, необходимо продлить срок фиксации до 6-7 недель, а тяжелую физическую нагрузку разрешать не ранее чем через 2-3 месяца с момента перелома. Указанный срок в 6-7 недель, повидимому, достаточен для восстановления связочного аппарата поврежденного луче-локтевого сочленения. В функциональном отношении луче-локтевое сочленение имеет особо важное значение как аппарат вращательных движений предплечья-супинации и пронации. Поэтому мы считаем необходимым остановиться вкратце на повреждениях этого сустава.

Прежде чем говорить о повреждении луче-локтевого сочленения, следует вспомнить некоторые анатомофизиологические данные. Лучевая кость длиннее локтевой на полсантиметра. Луч вращается вокруг локтевой кости на 180^0 и более. Вращение луча происходит одновременно в двух суставах - в верхне-луче-локтевом, где

головка лучевой кости сочленена с массивным суставным концом локтевой кости, и в нижнем луче-локтевом суставе, где головка локтевой кости сочленяется с дистальным концом луча. Вращательные движения предплечья, кисти, зависят от состояния капсулы и связочного аппарата этих двух суставов и от функции нескольких длинных и коротких мышц предплечья.

Сохранение пронации и супинации при повреждении луча имеет важное значение для восстановления функции, а следовательно и трудоспособности. На важность сохранения вращательных движений указывают многие авторы (Полиевктов, Белер и Томп).

По данным Белера, повреждения луче-локтевого сочленения встречаются при переломах луча в 20% случаев, по данным Самсонова в 30 %, Биттнера - 60 %, А.Л.Шнее(120) - от 30 до 40%, по данным Томп(93) - 29 % и по нашим данным при тяжелых переломах с большим смещением в 30 % случаев. Грехем(139) (1938 г.) на 125 случаев перелома луча в 30 отметил вывих или подвывих в луче-локтевом сочленении. Внимательное обследование больных с переломами луча, по мнению Чивера, показывает, что как правило, все переломы луча со смещением сопровождаются подвывихом в луче-локтевом суставе, как результат разрушения связок. Особенно это заметно при осмотре больных при экстензионном положении кисти.

При переломах дистального конца лучевой кости, сопровождающихся ее укорочением, всегда имеет место нарушение функции радио-ульнарного сочленения. Это происходит потому, что из-за укорочения радиуса возникает ненормальное анатомическое соотношение в дистальном луче-локтевом сочленении.

Это укорочение устраняется при вытяжении и вправлении отломков. В этом можно убедиться клинически и рентгенологически

после вправления до наложения фиксирующей повязки. При больших отеках, когда больные поступают на 2 – 3-й день и позже, клинически не всегда можно быть уверенным в вправлении отломков луча и устранении подвывиха в луче-локтевом сочленении. В таких случаях вправление всегда следует производить под контролем рентгена. Нужно сказать, что устранение этих подвывихов и удержание костей столь же затруднительно, сколько оно необходимо для функции.

На основании полученных нами отдаленных результатов, а также данных литературы, нарушение луче-локтевого сочленения прежде всего ведет к подвывиху локтевой кости в луче-локтевом сочленении. Это обусловливает деформацию кистевого сустава, ограничение супинации и пронации, боли, ослабление сжимательной и хватательной функций кисти.

При резких смещениях и укорочении луча с нарушением вращательных функций и больших деформациях, Спид (Spid (170)) рекомендует резекцию конца головки локтевой кости. Коттон рекомендует устранять подвывих головки локтевой кости при помощи остеотомии. А.Я.Шнее при повреждении нижнего луче-локтевого сочленения рекомендует фиксировать кисть в положении Лоддер – Коттона (значительная пронация, ладонное сгибание и отведение кисти в локтевую сторону). Автор указывает, что это положение является наиболее благоприятным для заживления треугольной связки и способствует восстановлению нижнего луче-локтевого сочленения. Дарах в этих случаях советует субпериостальную резекцию локтевой кости на протяжении 3–4 сантиметров с сохранением шиловидного отростка. Автор оперировал трех таких больных через год после травмы и получил хорошие результаты.

Основываясь на своем материале, мы приходим к выводу, что изолированный перелом луча значительно реже приводит к неудовлетворительным результатам лечения, нежели перелом с повреждением луче-локтевого сочленения. Подвывих локтевой кости в нижнем луче-локтевом сочленении устраняется при вправлении отломков луча, если при этом достигнуто хорошее анатомическое положение отломков. При вторичном смещении дистального отломка луча головка локтевой кости следует вместе с дистальным отломком к тылу. В этом случае деформация предплечья за счет подвывиха локтевой кости в луче-локтевом сочленении не так сильно бросается в глаза на фоне общей деформации конечности. Если же отломки луча сохраняют достигнутое хорошее анатомическое стояние и в таком положении наступила консолидация отломков, то подвывих головки ульны более резко бросается в глаза. Мы имели подвывих в луче-локтевом сочленении при хороших сращениях отломков луча (см. набл. №№ 169 и 249).

При изучении отдаленных результатов нами обнаружен ряд случаев с подвывихом локтевой кости в луче-локтевом сочленении у больных, у которых мы не констатировали его после снятия шины или отмечали подвывих в очень умеренной степени. При обследовании этих больных через 3-6 месяцев мы обнаружили деформацию в луче-локтевом сочленении за счет подвывиха локтевой кости. В анамнезе таких больных можно было отметить постепенное нарастающее выстояние головки локтевой кости вскоре после снятия фиксирующей повязки, связанное с физической нагрузкой.

Мы считаем правильной установку Томп о необходимости длительной фиксации до 2-х месяцев при повреждении луче-локтевого сочленения, но не видим необходимости в иммобилизации для этой

цели кистевого сустава.

С нашей точки зрения, совершенно нет необходимости для восстановления поврежденного луче-локтевого сочленения фиксировать кистевой сустав. В этих условиях мы считаем нужным фиксировать не кистевой сустав, а луче-локтевой, что дости - гается не тыльной лангетой, а с помощью шины И.А.Полиевктова. Она укрепляется циркулярным гипсовым бинтом, хорошо охватывающим с наружной стороны луче-локтевое сочленение, а с дорзальной стороны вправленная при сопоставлении отломков луча лок - тевая кость удерживается плотно прилегающей тыльной пластин - кой шины.

Удержание элементов луче-локтевого сустава в правильном положении оказывается еще более надежным при применении предложенной нами винипластовой пружинящей шины.

Исходя из оценки отдаленных результатов лечения еще раз следует напомнить, что вправить отломок луча и удержать его гораздо легче, чем удержать головку локтевой кости.

Основываясь на данных литературы и на собственных наблюдениях, мы убедились в том, что по истечении 10-12 дней после вправления и фиксации тяжелых переломов луча вторичное сме - щение дистального отломка луча становится не опасным. В то же время вторичный подвывих в луче-локтевом сочленении возможен и через месяц. Для подтверждения этого мы приведем наблюдение № 249.

НАБЛЮДЕНИЕ № 249. С-а, 43 лет, обивщица мебели, она же и маляр. Амбулаторная карта № 7356. 28.П-53 г.

Во время работы упала со стола на подвернутую правую руку. При этом почувствовала резкую боль и хруст в нижней трети правого предплечья. Тотчас обратилась в Республиканскую Поликлинику.

Местно: Резко выраженная деформация дистальной трети правого предплечья с умеренной припухлостью, распространяющейся на область лучезапястного сустава и тыльную поверхность кисти. Пальцы синюшного цвета. На тыльной поверхности соответственно шиловидному отростку локтевой кости определяется рана 1 х 1,5 см с неровными краями. Супинация и пронация предплечья почти невозможны. При пальцевом исследовании определяется хруст отломков, причем дистальный отломок легко перемещается и вправляется ("болтается" вместе с кистью), при этом на пальпаторные воздействия больная резко не реагирует (период ступора). Радио-ульнарный угол 90°. Р-ма № 2473 (рис. 140). Косой оскольчатый перелом правой лучевой кости в дистальной трети со смещением периферического отломка в тыльную сторону на 0,8 см и в сторону луча на 0,5 см. Щель луче-локтевого сочленения расширена.

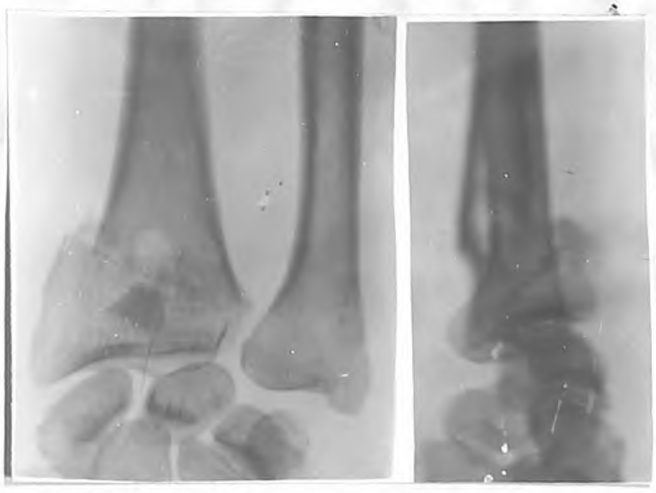


Рис.140.

ДИАГНОЗ: Косой открытый перелом правого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и подвывих в луче-локтевом сочленении.

Произведена обработка раны с наложением кетгутовых швов. Под спирто-новокаиновой блокадой отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Рекомендовано: ЛФК, легкий массаж. Пенициллин - по 150 тыс. через 6 час.; луминал 0,1.



Рис.141.

29.XI - Общее состояние удовлетворительное. Жалуется на умеренные боли в области перелома, слабость, головную боль. Температура - норма, сон удовлетворительный. Умеренный отек кисти и пальцев. Назначения те же.

2.XII - Отек резко спал. Движения в пальцах в норме, в кистевом суставе ограничены и малоболезненны.

Контрольная рентгенограмма № 2625-6 (рис.141). Дистальный отломок располагается по оси центрально

7.XII - На боли не жалуется, движения в кистевом суставе приближаются к норме. Обслуживает себя по возможности.

10.XII - Готовит обед, шьет, но утомляется рука. Движение в лучезапястном суставе приближается к норме.
Назначение: сжимательные движения кистью.



Рис. 142.

18.XII - Приносит полведра воды, месит тесто, расчесывает волосы, заплетает косы. Р-ма №3082-3. Отломки сохраняют достигнутое при исправлении положение.

26.XII - Больная сделала попытку приступить к работе. При ударе молоточком ощущала боль. Пробовала с силой натянуть обивочный материал, но чувствовала боль в области перелома.

28.XII - Шина снята. Ось предплечья не нарушена, рана зарубцевалась. Отека нет. Объем движений в суставах кисти в пределах физиологических возможностей, безболезненны. Супинация ограничена на 60-70°. Динамометрия: правая - 15 кг, левая - 30 кг. Рентгенограмма № 3082-3 (рис. 142). Отломки консолидировались в достигнутом при исправлении положении.

3.1-54 г. Приступила к своей профессиональной работе по собственному желанию.

Осмотр через три месяца. Жалуется на слабость кисти. Боли при вращательных движениях предплечья. При осмотре отмечается выстояние головки локтевой кости. Супинация ограничена на 10-15, болезненна.

Больная отмечает, что вскоре как она приступила к работе, через 6-7 дней она заметила, что у нее деформируется предплечье за счет выстояния головки локтевой кости, которое уже через полмесяца было значительно выражено.
Динамометрия: правая - 30 кг, левая - 30,5 кг. Выполняет прежнюю работу.

Осмотр через год. Определяется значительное выстояние головки локтевой кости. (Рис. 143). Движения в суставах кисти в полном объеме. Супинация и пронация в пределах физиологических возможностей. Работает маляром.

Динамометрия: правая - 33 кг, левая - 30 кг.

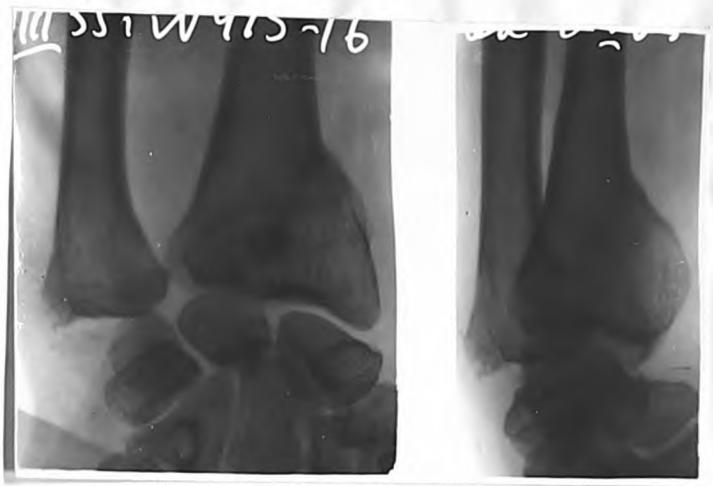


Рис. 143.

Здесь имел место открытый перелом луча с вывихом головки локтевой кости в луче-локтевом сочленении. Отломки были вправлены, устранен и вывих. Повязка была снята на 30-й день. Отломки срослись в установленном при репозиции положении. Выраженных отклонений в соотношении элементов луче-локтевого сустава не отмечено. Больная приступила к работе на 35-й день. Через неделю отмечен подвывих головки локтевой кости, что не было установлено ни клинически, ни рентгенологически после снятия шины.

Приведенный случай, а также наблюдение № 169 с убедительностью доказывают, что для восстановления поврежденного луче-локтевого сочленения требуется больше времени, чем для сращения лучевой кости. Эти соображения диктуют необходимость удлинения сроков фиксации во всех случаях, где диагностирован подвывих в луче-локтевом сочленении, не говоря уже о вывихе. Учитывая это, переломы дистального конца луча, осложненные подвывихом или вывихом головки локтевой кости, должны

рассматриваться не как изолированные переломы луча, а как сложное повреждение костей, суставов и мягких тканей.

При лечении больных все компоненты травматического комплекса должны быть подвергнуты лечебному воздействию. Сторонники малых сроков непрерывной фиксации при осложненных переломах луча центрируют внимание на лечении только перелома луча, не учитывая возможности вторичного подвывиха и смещений в луче-локтевом сочленении.

При описании методов фиксации большинство авторов(Томп, Улит, Чернавский, Андерсон, Белер) обращают особое внимание на моделирование фиксирующей повязки в области кистевого сустава. По их мнению, только при хорошо прилегающей повязке возможно удержание дистального отломка лучевой кости после вправления. Нередки случаи, когда отломки луча хорошо срастаются в правильном положении и в то же время имеет место подвывих головки локтевой кости. Этот факт показывает, что наше внимание при лечении переломов должно быть направлено также и на восстановление связочного аппарата луче-локтевого сочленения.

Мы не можем согласиться с Томп, рекомендующей длительную, до 2-х месяцев, фиксацию при тяжелых переломах без повреждения луче-локтевого сочленения. Это нецелесообразно потому, что такая длительная фиксация, в особенности при гемартрозах, неблагоприятно влияет на последующую функцию кистевого сустава и отражается на функции луче-локтевого сочленения.

Несомненно, что вынужденная фиксация кистевого сустава еще больше замедляет репаративные процессы в означенном суставе.

Основываясь на собственных наблюдениях, мы считаем 6-7 недель вполне достаточным сроком фиксации при переломах, осложненных повреждением луче-локтевого сочленения, при условии допуска таких больных к тяжелой физической работе не раньше 2-3 месяцев с момента полученной травмы. Наконец, с нашей точки зрения, стремление зафиксировать кистевой сустав как можно плотнее при переломах дистального конца лучевой кости, вошедшее в принцип лечения переломов луча со времени Коллеса, должно быть заменено фиксацией луче-локтевого сочленения с освобождением от нее кистевого сустава. Такой принцип лечения обеспечивает стойкую фиксацию отломков луча и поврежденного луче-локтевого сустава. Он ускоряет регенеративно-репаративные процессы не только в поврежденных мягких тканях и кости, но и в связочном аппарате луче-локтевого сочленения. Таким образом, при переломах луча с повреждением луче-локтевого сочленения следует продлить сроки фиксации до 6 недель у лиц молодого возраста и 7 недель - у лиц старшего возраста, тщательно фиксируя не кистевой сустав, а луче-локтевое сочленение и вовсе освобождая луче-запястный сустав от иммобилизации.

Что же касается мнения большинства авторов о том, что вторичное смещение отломков происходит от недостаточной фиксации лучезапястного сустава, то оно является несостоятельным.

Шина Полиевктова стойко фиксирует удавшееся вправление даже при больших отеках, гематомах и гемартрозах предплечья, кисти кистевого сустава на почве больших анатомических изменений и позднего обращения. В этих случаях указанные моменты явно предрасполагают к вторичному смещению, в особенности при эпифизиолизах и переломах с резко выраженной косой плоскостью

излома, идущей от ладонной поверхности к тыльной и от периферии к центру.

Случаи с небольшим смещением, по нашим материалам, мы относим за счет невполне удавшегося вправления отломков, но не за счет вторичного смещения и последующей активной функции конечности. Такой вывод дают нам право сделать рентгенограммы, произведенные тотчас после вправления, до наложения шины, после наложения шины и в последующие дни. На контрольных рентгенограммах мы не отметили последующего смещения отломков.

Таким образом, нами на значительном материале доказано, что, пользуясь данной методикой фиксации, вторичного смещения отломков луча не происходит. (Исключая набл.№ 281).

Фиксация дистального отломка луча после вправления, даже при самых тяжелых смещениях в двух проекциях с подвывихом головки локтевой кости, сохраняется стойко.

Совершенно ясно, что для быстрого восстановления утерянной функции конечности недостаточно одного сопоставления отломков, а требуется еще ранняя функциональная нагрузка всей кисти, оптимальные условия для которой создаются применением шины Полиевктова или винипластовой пружинящей шины.

Высказанные положения для своей убедительности нуждаются в подтверждении данными анализа функциональных показателей лечения по избранной нами методике.

Чтобы судить о динамике восстановления функции конеч - ности при переломе дистального конца лучевой кости, мы считаем необходимым, прежде чем показать окончательный отдаленный результат, выявить в разные сроки жалобы больного и расстройства, связанные с перенесенной травмой.

Совершенно естественно, что в ранние сроки обследования до трех месяцев, мы еще довольно часто выявляли жалобы больных на те или иные ощущения в области бывшего перелома. Итоги своих наблюдений с учетом тяжести повреждения мы суммировали в приведенных ниже таблицах.

Таблица 20

Функциональные расстройства при внутрисуставных переломах с раздроблением дистального отломка и при повреждениях луче-локтевого сочленения.

	Количество обследований	Боли при перемене погоды	Боли во время работы	Слабость кисти по данным динамометрии	Утомляемость	Припухлость в области лучезапястного сустава	Ограничение движений в кистевом суставе 10-15°	Ограничение супинации на 60-80°	Ограничение супинации на 10-15°	Ограничение пронации	
Через 3 месяца	17	17	11	9	9	3	1	1	5	2	
Через 6 месяцев	9	7	2	4	2	0	1	0	4	1	
Через год	9	7	0	2	0	0	1	0	3	1	

Таблица 21

Функциональные расстройства при переломах луча с обширными смещениями отломков

Сроки обследования	Количество обследований	Боли при перемене погоды	Боли во время работы	Слабость кисти по данным динамометрии	Утомляемость	Припухлость в области лучезапястного сустава	Ограничение движений в кистевом суставе	Ограничение супинации на 60-80°	Ограничение супинации на 10-15°	Ограничение пронации	
Через 3 месяца	8	8	7	7	7	6	0	0	5	1	
Через 6 месяцев	10	5	2	0	0	0	0	0	2	0	
Через год	22	8	0	0	0	0	0	0	1	0	

Таблица 22

Функциональные расстройства при повреждениях луча с умеренным смещением и без смещения

Сроки обследования	Количество обследований	Боли при перемене погоды	Боли во время работы	Слабость кисти по данным динамометрии	Утомляемость	Припухлость в области лучезапястного сустава	Ограничение движений в кистевом суставе	Ограничение супинации на 60-80°	Ограничение супинации на 10-15°	Ограничение пронации	
Через 3 месяца	19	15	4	3	3	2	0	0	0	0	
Через 6 месяцев	44	13	0	0	0	0	0	0	0	0	
Через год	45	15	0	0	0	0	0	0	0	0	

При анализе функциональных расстройств, вызванных различной степени повреждениями дистального конца лучевой кости, выяснилось, что те или иные расстройства чаще обнаруживались при изучении непосредственных результатов лечения через три месяца. Значительно реже эти нарушения имели место в отдаленном периоде - через 6 месяцев и год. Характерно, что чаще всего жалобы на периодические боли при перемене погоды исходили от всех групп больных, независимо от тяжести повреждения. Эти боли в области перелома наблюдались главным образом в первые три месяца. После шести месяцев или года - боли в связи с атмосферными колебаниями отмечались реже. Боль при перемене погоды до трех месяцев наблюдалась в одинаковой степени у лиц молодого и старшего возраста, а в отдаленном периоде эти жалобы касались преимущественно лиц старшего возраста с тяжелыми повреждениями.

Жалобы больных на боль во время работы по частоте занимают второе место; они при средней тяжести и легких повреждениях встречались чаще до 3-х месяцев, как и при тяжелых повреждениях луча. После 6-ти месяцев они чаще отмечались при переломах, осложненных повреждением в луче-локтевом сочленении. Боль во время работы у больных с повреждением в луче-локтевом сочленении наблюдалась и в отдаленном периоде через 6 месяцев, но не отмечалась по истечении года. Чаще это были больные, занимающиеся тяжелым физическим трудом, профессиональные условия которых связаны с необходимостью вращательных движений предплечья. Реже у таких больных ощущалась боль и без ограничений супинации и пронации. Эти жалобы предъявляли и домохозяйки во время работы (выжимание белья или половой тряпки).

Нередко больные с тяжелыми переломами луча (чаще осложненных повреждением в луче-локтевом сочленении) жаловались на слабость кисти, утомляемость при тяжелой физической нагрузке, в особенности, в положении супинации предплечья. У таких больных боли и утомление появлялись даже при такой незначительной физической нагрузке, как прогулка с грудным ребенком на руках. В то же время эти больные совершенно безболезненно могли нагружать кисть, придавая ей среднее между пронацией и супинацией положение. Объективно у таких больных, чаще в пожилом возрасте, можно было отметить умеренную припухлость в области перелома или лучезапястного сустава без нарушения двигательной функции в кистевом суставе и пальцах. У них же отмечалась умеренная боль в кистевом суставе при сильном упоре на ладонь поврежденной руки.

Ограничение супинации на 60-80^0 нами отмечено только в одном случае при изучении непосредственных результатов через 3 месяца у больного с множественным раздроблением дистального отломка и разрывом луче-локтевого сочленения (набл. № 82). В этом же случае мы наблюдали ограничение движений в кистевом суставе к тылу через 3 и 6 месяцев на 15^0 и к ладони - на 20^0, а через год - на 5 - 10^0. Чаще ограничение супинации на 10-15^0 наблюдалось через 3 месяца, реже - на 6-й месяц и через год.

Ограничение пронации наблюдалось реже. Она менее отражается на функции кисти и комбинируется с ограничением супинации, но может встречаться и без нее. Ограничение супинации наблюдалось до 6-ти месяцев и после года, если она обусловливалась повреждением луче-локтевого сочленения или умеренным

смещением отломков луча.

Сравнительно нечастым осложнением является значительно выраженные расстройства нейротрофического характера. Нами ни в одном случае не отмечено так называемой зудековской атрофии в ее типичном описании. При изучении отдаленных результатов через 3 и 6 месяцев у небольшой группы больных (6 человек) имели место нейротрофические расстройства в виде понижения чувствительности тыльной поверхности пальцев(чаще первого - второго). Эти больные вне зависимости от перемены погоды жаловались на периодические боли в кистевом суставе, области перелома, на иррадиацию боли в область плеча. У них не было ни анатомической деформации, ни подвывиха в лучелоктевом сочленении, ни функциональных расстройств, не было также тендовагинита.

При проверке результатов лечения для суждения о степени восстановления сжимательной функции поврежденной конечности мы сопоставляли данные динамометрии обеих конечностей. Мы исходили при этом из установленного нами факта физиологического колебания силы правой и левой кисти в пределах от 3 до 5 кг; у лиц тяжелого физического труда эта разница определена нами в 1-2 кг.

Допустим, что три месяца назад имело место повреждение правой конечности. Показатель динамометрии правой конечности равен 25 кг, а левой - 27 кг. Значит сила левой кисти больше правой на 2 кг. Чтобы установить относительную степень потери сжимательной функции правой кисти следует к двум кг. добавить среднюю физиологическую разницу в 5 кг. Таким обра - зом, получаем разницу в 7 кг. Эта цифра составляет относительную разницу между силой правой и левой конечности.

Чтобы установить степень потери сжимательной функции левой конечности при ее повреждении у дистального конца, к показателю динамометрии этой конечности следует добавить такое число, чтобы оно не превышало показатели правой здоровой конечности на 3-5 кг. Добавленное число будет относительным показателем утери сжимательной функции левой кисти.

При сравнительной динамометрии поврежденной и здоровой конечности через 3 месяца после травмы наблюдается разница от 5 до 10 кг у людей пожилого возраста. У молодых людей этой разницы уже отметить не удавалось. Если повреждена правая конечность, то обычно ее сжимательная функция к концу 3-го месяца уравнивается с силой левой конечности.

Несмотря на то, что трудоспособность больных возвращалась намного раньше чем через 3 месяца, показатели динамометрии поврежденной правой руки оставались к этому сроку на уровне левой или даже несколько ниже. Например, в наблюдении № 200 , с переломом правого луча и с большим смещением отломков, через 3 месяца показатели динамометрии были ниже чем здоровой левой конечности. Сила правой конечности у этой больной - 27 кг, левой - 28 кг

Этой разницы мы не наблюдали у молодых лиц и у лиц физического труда. У пожилых разница в динамометрии через 6 месяцев, а также один год приближалась к физиологической.

Резюмируя эти исследования, мы должны указать, что полное восстановление силы пострадавшей конечности наступало позже полного восстановления функции ее суставов. Этот факт дает нам право рекомендовать динамометрию, как дополнительный метод для анализа функциональных результатов лечения.

В заключение мы считаем нужным охарактеризовать функциональные результаты лечения в отдаленные сроки после травмы по основным профессиональным группам и возрастным показателям.

Ниже приводятся таблицы, иллюстрирующие функциональные исходы при проверке отдаленных результатов.

Таблица 23.

Отдаленные функциональные результаты при тяжелых переломах луча с подвывихом головки локтевой кости и разрывом луче-локтевого сочленения.

	Тяжелый физический труд				Легкий физический труд				Умственный труд				Всего случаев
	возраст				возраст				возраст				
	до 20	21-40	41-60	61-80	до 20	21-40	41-60	61-80	до 20	21-40	41-60	61-80	
Всего случаев	0	1	4	2	1	2	8	3	0	1	3	3	28
Из них с полным восстановлением функции	0	0	1	1	1	0	7	3	0	1	3	2	
С удовлетворительным функциональным результатом	0	1	3	1	0	2	1	0	0	0	0	1	
С ограничением функции	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
С резким нарушением функции	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Таблица 24

Отдаленные результаты при переломах с резким смещением отломков без расхождения костей в дистальном луче - локтевом сочленении.

	Тяжелый физический труд				Легкий физический труд				Умственный труд				Всего случаев
	Возраст				Возраст				Возраст				
	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	
Всего случаев	1	2	8	0	1	2	6	6	1	2	5	6	40
Из них с полным восстановлением функции	1	2	8	0	1	2	6	5	1	1	5	6	
С удовлетворит. восстановлением функции	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
С незначительным ограничением	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
С резким нарушением функции	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	

Таблица 25.

Отдаленные результаты при внутрисуставных переломах с раздроблением дистального отломка

	Тяжелый физический труд				Легкий физический труд				Умственный труд				Всего случаев
	Возраст				Возраст				Возраст				
	До 20	20 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	
Всего случаев	0	0	1	2	-	-	1	1	-	-	2	-	7
Из них с полным восстановлением функции	0	0	0	1	-	-	1	1	-	-	2	-	
С удовлетворит. восстановлением функции	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
С незначительным ограничен.	0	0	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
С резким нарушением функции	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	

Таблица 26.

Отдаленные результаты при переломах с умеренным смещением отломков

	Тяжелый физический труд				Легкий физический труд				Умственный труд				Всего случаев
	Возраст				Возраст				Возраст				
	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	
Всего случаев	3	7	6	3	8	6	11	10	10	7	9	4	84
Из них с полным восстановлением функции	3	7	6	3	8	6	11	10	10	7	9	4	
С удовлетворит. восстановлением функции	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
С незначительным ограничен.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
С резким нарушением функции	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Таблица 27

Отдаленные результаты при переломах без смещения

	Тяжелый физический труд				Легкий физический труд				Умственный труд				Всего случаев
	Возраст				Возраст				Возраст				
	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	До 20	21 40	41 60	61 80	
Всего случаев	-	1	2	-	-	3	5	6	1	2	3	1	24
Из них с полным восстановлением функции	-	1	2	-	-	3	5	6	1	2	3	1	
С удовлетворит. восстановлением функции	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
С незначительн. ограничением	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
С резким нарушением функции	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Таким образом, отдаленные результаты лечения при переломах луча в "типичном" месте по методу И.Л.Полиевктова проверены нами у 183 больных. Среди них в группе с тяжелыми переломами, осложненными подвывихом головки локтевой кости и разрывом связочного аппарата в луче-локтевом сочленении было 28 больных, из которых у 19 отмечено полное восстановление формы и функции конечности; у 9 обследованных был обнаружен выраженный в той или иной степени подвывих в луче-локтевом суставе с незначительным ограничением пронации и супинации предплечья. В группе больных (40 человек) с тяжелыми переломами луча с резким смещением отломков, но без расхождения костей в дистальном луче-локтевом сочленении отмечены хорошие результаты за исключением двух случаев. В одном из них фиксирующая повязка, наложенная 65-летней больной была ею самовольно снята на 12-й день. Наступившее вторичное смещение отломков потребовало последующего оперативного их вправления. Второе наблюдение касается 25-летней б-ной, у которой после вправления и фиксации предплечья, при подсушивании солюксом гипса для контрольной рентгенографии, причинен ожог тыльной поверхности кисти. У этой больной впоследствии развилась дерматогенная контрактура пальцев и лучезапястного сустава.

Из семи обследованных с тяжелыми внутрисуставными переломами луча с раздроблением дистального отломка полное восстановление формы и функции конечности отмечено у шести. У одного больного, у которого в свое время репозиция отломков потребовала больших усилий, через 6 месяцев отмечены небольшая деформация области перелома, ограничение движения в кистевом суставе к тылу на 10-15^0 и ограничение супинации на 20^0. А через год движение в кистевом суставе ограничено к тылу на 10^0, супинация - на 10-15^0.

У остальных обследованных (108) больных с менее тяжелыми повреждениями нами отмечены отсутствие деформации конечности и полное восстановление ее функции.

Таким образом, у 183 обследованных больных в 96,3 % достигнуты хорошие результаты лечения.

Все изложенное дает нам право считать метод Полиевктова простым, доступным, эффективным и заслуживающим широкого применения как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике.

В Ы В О Д Ы

1. Одно из самых частых повреждений скелета - переломы дистального конца лучевой кости, характеризовались значительным числом неудовлетворительных исходов до 40-50 %. За последнее десятилетие число неудовлетворительных результатов с нарушениями функций кисти снижено до 9,7 % (Томп) и 7,5 % (Улит).

2. Анализ методов лечения переломов во всем их многообразии показывает, что по существу в основе неудовлетворительных исходов лежат две основные причины: неправильное стояние или повторное смещение отломков после репозиции и ограничение функции лучезапястного сустава при его иммобилизации.

Предложенная И.А.Полиевктовым повязка, претендует на гармоничное сочетание фиксации отломков с ранней полноценной функциональной нагрузкой поврежденной конечности.

3. Предпринятая нами работа по проверке эффективности и практического значения метода И.А.Полиевктова характеризует этот метод с самой благоприятной стороны.

4. На основе произведенных измерений у 312 больных мы констатировали положительное значение определения радио-ульнарного угла для установления величины смещения дистального отломка лучевой кости. При этом нами отмечено, что у некоторых людей радио-ульнарный угол бывает меньше или больше указанных И.А.Полиевктовым. Поэтому для контроля мы рекомендуем определять радио-ульнарный угол не только на больной, но и на здоровой конечности.

5. Предложенная нами новая конструкция шины, отвечая принципам лечения переломов по Полиевктову, обладает рядом преиму -

ществ:

а) благодаря пружинящему давлению, она в большей степени ограничивает вращательные движения предплечья и не требует применения дополнительной фиксации гипсовыми бинтами;

б) отсутствие гипса и хорошая проницаемость пластмассы для рентгеновских лучей дает возможность получения хороших структурных контрольных рентгенограмм;

в) изменения напряженности тканей вследствие отека не требуют смены повязки, ибо благодаря пружинящим свойствам шины достаточным оказывается простое ослабление или подбинтование мягкого бинта.

6. Спирто-новокаиновая блокада по Фридлянду согласно нашим наблюдениям устраняет болевой синдром и оказывает благоприятное влияние на клиническое течение перелома луча.

7. Положительной стороной метода И.А.Полиевктова мы считаем сочетание фиксации отломков с возможностью ранних движений в суставах кисти и применения легкого массажа, благодаря чему отек или вовсе не развивается, или развивается в умеренной степени. В случаях, когда вправление и фиксация производится уже при наличии развившегося отека, он под влиянием осторожного массажа и ЛФК быстро уменьшается. Ранние настойчивые сжимательные силовые движения кистью, усиливая крово и лимфообращение, обеспечивают поднятие мышечного тонуса, а также регенерацию костной ткани и полноту функции суставов кисти. Мы рекомендуем нашим больным с самых ранних пор производить те движения кистью, к которым его обязывает профессиональный труд.

8. Полное восстановление двигательной функции конечности ко времени снятия шины прекращало дальнейшее лечение больного. Только у лиц тяжелого физического труда восстановление двигательной функции не совпадало с восстановлением профессиональной рабочей функции конечности, что побуждало нас рекомендовать таким больным применение постепенно нарастающей рабочей нагрузки, т.е. после снятия повязки у таких больных мы решали вопрос только об объеме допустимой рабочей нагрузки на поврежденную конечность.

9. Принцип длительной иммобилизации при лечении переломов луча приводит к тугоподвижности в кистевом суставе, реже в пальцах, в результате чего больные, как правило, нуждаются в долечивании.

Принцип кратковременной фиксации при лечении переломов дистального конца лучевой кости с целью профилактики развития тугоподвижности в суставах кисти, требует осторожного применения и постоянного контроля, т.к. при механотерапии нередко наступает вторичное смещение отломков.

Существующий антагонизм между иммобилизацией и ранней функцией конечности в принципе устраняется методикой Полиевктова, которая отвечает как анатомическому, так и функциональному принципам лечения, ибо суставы кисти подвергаются ранней двигательной и рабочей нагрузке при условии непрерывной и стойкой иммобилизации отломков.

10. Наши наблюдения дают право пересмотреть установившееся мнение о причине вторичных смещений, как результат недостаточной иммобилизации лучезапястного сустава. Несмотря на полную

свободу движений в лучезапястном суставе мы не наблюдали у своих больных вторичных смещений отломков в процессе лечения. Наши данные показывают, что вторичное смещение отломков не наступает при условии применения шины, предотвращающей ротационное перемещение костей. На этом основании мы считаем, что борьба со вторичным смещением должна идти не по линии прочной длительной иммобилизации смежных суставов, а в направлении устранения вращательных движений в нижнем луче-локтевом сочленении.

11. При лечении переломов луча по методу И.А.Полиевктова средний срок фиксации у больных со значительным смещением отломков луча равнялся 4-м неделям, а при осложненных подвывихом в луче-локтевом сочленении срок иммобилизации удлиняется до 6-7 недель. При переломах с умеренным смещением и без смещения, а также при эпифизиолизах сроки иммобилизации колеблются между 14-20 днями.

12. У лиц умственного и средней тяжести физического труда обычно лечение заканчивалось после снятия шины независимо от тяжести перелома. Больные тяжелого физического труда, рано начиная легкую рабочую нагрузку, возвращались к своей профессии только после снятия шины на 40-65 день с момента травмы, в зависимости от возраста и тяжести повреждения.

13. Изучение отдаленных анатомических результатов показало, что при тяжелых переломах луча, осложненных подвывихом в луче-локтевом сочленении, короткие после вправления сроки фиксации (25-30 дней) не гарантируют от последующего рецидива подвывиха. В тех случаях, где иммобилизация удлинялась до 6 недель, после

снятия шины таковых не наблюдалось.

14. При проверке результатов лечения по методу И.А.Полиевктова мы не наблюдали случаев даже временной инвалидности. На 183 обследованных больных зарегистрировано 2 случая перемены больным своей профессии по причине независящей от полученной травмы. Результаты лечения были хорошими.

Только в двух случаях нами зафиксирован неудовлетворительный функциональный результат на 183 обследованных. Из этого числа в одном случае наступило вторичное смещение дистального отломка у 65-летней больной с тяжелым переломом луча вследствие самовольного снятия шины на 12-й день. Второе наблюдение касается 25-летней больной, у которой при подсушивании гипса для контрольной р-ммы был причинен ожог кисти с последующим развитием дерматогенной контрактуры пальцев и кистевого сустава.

15. Ранняя функциональная нагрузка всей конечности обеспечивает быстрое восстановление поврежденных мягких тканей, способствует быстрому рассасыванию кровоизлияний и предупреждает развитие контрактур. Как правило, почти во всех случаях ко времени снятия шины, даже у лиц пожилого возраста достигался полный объем движений во всех суставах кисти.

Проводя динамометрию с самых ранних сроков, мы убедились, что при активных силовых движениях кисти сжимательная и хватательная функции ее прогрессивно нарастают, а вместе с этим прогрессивно растет и рабочая функция конечности.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. АШВИЛИ А.О. Медицинские средства, народные способы лечения, народные врачи и грузинский народный учебник "Карабандини". Народная медицина в Закавказском крае, 1904 г.

2. БОГДАНОВ Ф.Р. Экспериментальные и клинические данные к вопросу о регенерации тканей при внутрисуставных переломах. Сов.хир.,№ 11, 1935.

3. БАЙКОВ Н.И. Результаты лечения различными методами перелома лучевой кости в типичном месте. Сов.хир., 1935, 3, 115-123.

4. БАКОВ П.И. Лечение классического перелома лучевой кости. Ортоп. и травматол., 1927, 2-3, 55-70.Библиогр.

5. БАКОВ П.И. Стандартный способ лечения переломов нижнего конца лучевой кости в типичном месте. Ортоп. и травматол., 1934, 1, 33-41.

6. БАРЕНБОЙМ С.И. Вопросы уличного травматизма и организация травматологического отделения в больнице. Выпуск Ш, 1935.

7. БАРЫШНИКОВ К.И.К анатомическому пониманию частоты переломов дистального эпифиза лучевой кости. Нов. хир. арх., 1929, 17, 3, 415-417.

8. БАРЫШНИКОВ К.И.Краткий курс травматологии. М.-Л., 1930.

9. БАРЫШНИКОВ А.Д.Отдаленные результаты лечения перелома лучевой кости в типичном месте (Труды института травматологии и ортопедии, выпуск 1У, стр.156-163). 1954 г.

10. БАРДЕНГЕЙЕР. Лечение постоянным вытяжением.1889 г. Учебник, стр.687. Перевод с немецкого Н.И.Иванова.

11. БЕРДЯЕВ А.Ф. Лечение переломов нижнего конца предплечья в условиях участковой работы. Фельдшер,1937,8,30.

12. БЕРДЯЕВ А.Ф. Покой как важный фактор хирургического лечения. Фельдшер, 1938, № 8.

13. БЁЛЕР Л. Техника лечения переломов костей. М.-Л.,1937.

14. БОМ Г.С. Гипсовая повязка в ортопедии и травматологии. 1941.

15. БОМ Г.С. Основы восстановительного лечения конечностей.

16. БРАУДЕ Б.М. О механизме луче-кистевого сустава. Диссертация. СПБ, 1883.

17. БРУК Б.Е. Контрактуры суставов после военной травмы, их профилактика и лечение.

18. ВАЙНШТЕЙН В.Г. и В.И.РОЗОВ. Лечение повреждений в практике хирургической амбулатории. 1940.

19. ВАЙНШТЕЙН В.Г. К вопросу о лечении перелома лучевой кости в типичном месте. Вестн.хир.,1939, 57, 1,192-200.

20. ВЕГНЕР К.Ф. К вопросу о лечении внутрисуставных переломов. Труды X съезда русск.хир.,1910; Хирургия, т.34, № 200, 1913.

21. ВЕГНЕР К.Ф. Переломы и их лечение. 1926 г.

22. ВЕЛИКОРЕЦКИЙ А.Н. Учение о повязках, 1952 г.

23. ВЕРБОВ А.Ф. Основы гипсовой техники,1927 г.

24. ВОЛКОВИЧ Н.М.Краткие данные о современном состоянии вопроса о переломах и их лечение. 1917 г.

25. ВОЛКОВИЧ Н.М.Повреждения костей и суставов. Киев, 1928.

26. ВОЛКОВИЧ Н.М.Несколько данных относительно механизма происхождения перелома лучевой кости в типичном месте,его анатомия и лечение. СПБ, 1905. Русск.врач,1905,15, 517-523. Библиография.

27. ВОЛЫНСКАЯ В.Н. Новая повязка при лечении переломов лучевой кости в классическом месте. Ортоп.и травматол., 1941, 1, 57-60.

28. ВОРОХОВОВ О.А. Переломы шейки лучевой кости у детей. В кн.Тез. докл.Научно-годичн.сессии ин-та восстановл. трудоспособн.физич.-деф. детей.Л.1951,18-20.

29. ВОСТРИКОВ Случай тяжелой деформации после перелома луча в типичном месте. Нов.хир.арх.,1932,4,104,538.

30. ВРЕДЕН Р.Р. Переломы лучевой кости в типичном месте. Учебник. Практическое руководство по ортопедии, 1936.

31. ВРЕДЕН Р.Р.,И.Э.ГАГЕН-ТОРН, А.М.ЗАБЛУДОВСКИЙ, А.Л.ПОЛЕНОВ. Переломы луча в нижней трети. Руководство практической хирургии, 1931, стр.100.

32. Проф. и проф. . Руководство по хирургии,1913.

33. ГЕРЦЕН И.Г. Диафизарные переломы костей предплечья и их лечение. Дисс. Свердловск, 1945. 365 л. Библиогр. Отпеч. на пиш.маш.

34. ГЕРЦЕН И.Г. К оценке исходов лечения переломов костей предплечья. Вопросы восстановительной хирургии травмотологии под редакцией проф. Ф.Р.Богданова.

35. ГИРГОЛОВ С.С. Переломы лучевой кости в типичном месте. Краткий курс травматологии. 1940.

36.ГОРИНЕВСКАЯ В.В. Переломы нижнего эпифиза костей предплечья. Учебник. Основы травматологии. 1952 г.

37. ГОРИНЕВСКАЯ В.В.Травматология за 30 лет Советской власти. Хирургия, 11, 1947.

38. ГОРИНЕВСКАЯ В.В:Патология лучезапястного сустава. Б.М.Э., т.XУ1, стр.419.

39. ДАНЬЕ Н.Г. Основы травматологии детского возраста.1950.

40. ДАНЬЕ Н.Г. Травматизм у детей и борьба с ним. 1950.

41. ДАНИЛЯК И.Д. Переломы костей предплечья. Журн.совр.хир., 1929, 4, 25-26, 1692.

42. ДЕДОВ Д.К. Падящий метод вправления переломов лучевой кости в типичном месте. Ортоп. и травматол., 1941, 1, 53-57.

43. ЛИХНО А.М. и доктор мед.наук ШВАРЦ Б.А. Использование органического стекла "плексиглаз" в восстановительной хирургии. Хирургия, 5, 1948.

44. ДМИТРИЕВ И.П. К вопросу об анатомотопографических обоснованиях механизма повреждений локтевого нерва при переломе. Хирургия, 1939,1,152-156.

45. ДРЕВИНГ Е.Ф. Лечебная физкультура в травматологии, 1940.

46. ЕВЕЦКАЯ М.Ф. Изменения в капсуле сустава при иммобилизации и внутрисуставных переломах. Труды Центрального государственного травматологического института им.Р.Р.Вредена, 1951.

47. ЗАБЛУДОВСКИЙ И.В. Лечение массажем в хирургии. 1899.

48. ЗАЙЧЕНКО И.Л. Влияние резекции эпифиза на рост костей в эксперименте. Хирургия, 7, 1952.

49. ЗАРУБИН А.А. Переломы головки и шейки лучевой кости. Ортоп. и травмат., 1936, 4, 90-107.

50. КАЕМ И.Ю. Лечение типичных переломов лучевой кости. Фельдш. и акуш., 1942, 3, 28-35.

51. КАЗАКОВИЧ И.Е. Перелом луча в типичном месте, осложненный невритом. Вестн. хир.,1937, 53, 139, 76.

52. КОНДРАТЬЕВ П.П. Механизм происхождения, патогенез и лечение переломов луча в классическом месте. Сов.хир.,1935, 3, 103-115.

53. КОРОВИН А.С. Опыт лечения типичных переломов луча. Нов.хир.арх.,1939,43,4,307-311. Библиогр.

54. КОРЯКИНА Г.О. Влияние массажа и активных движений на лимфообращение (Экспериментальные исследования). Хирургия, 5, 1952.

55. КОСИК А.С. Классический перелом предплечья и его лечение. Фельдшер, 1938, 5, 11-13.

56. КЕФЕР Н.И. К вопросу о лечении ишемической контрактуры Фолькманна.

57. ЛАББОК Д.М. Продолжительное обезболивание в травматологии и ортопедии. Хирургия, 3, 1952.

58. ЛЕВШИН Л. Основы хирургии. Казань, 1885, ч.2, в.2.

59. ЛЕВАШОВА Е.А. Типичные эпифизарные переломы луча и их лечение. Нов.хир.,1927,4, 5, 499-506.

60. ЛЕМБЕРАНСКИЙ Д.Н. Перелом луча в типичном месте и его лечение. В кн. Материалы по изучению и профилактике пром.травматизма среди нефтяников. Баку, 1952, 13-16.

61. ЛЬЛОВА С.С. Результаты лечения переломов луча в классическом месте. В кн. Вопр. травмат. и ортоп. Казань, 1940, 55-60. Библиогр.

62. МАКСИМОВИЧ А. Повреждения нижнего конца предплечья у шоферов. Русск.врач, 1916, 36, 851.

63. МАЛИС Ю.Г. , как профессиональное повреждение. Ленингр. мед.журн.,1925, 2, 19-22.

64. МАНЕВИЧ А.А. Лечение переломов предплечья и отдаленные результаты. Нов.хир.арх., 1941, 49, 193-194, 166.

65. МАРКС В.О. Данные к изучению смещений и к лечению переломов шейки лучевой кости. Ортоп. и травматол. 1938, 6, 51-56.

66. МУХИН Е.О. Первые начала костоправной науки. Москва, 1806 г.

67. МЕЕРЗОН М.Л. Лечение дистальных переломов предплечья с точки зрения утраты трудоспособности. Ортоп. и травмат., 1927, 2-3, 140.

68. МЕЗОННЕ Ж. Переломы нижнего конца луча. Учебник. Малая хирургия, 1934, стр.378-380.

69. МЕХАНИК Н.С. Новое в архитектуре лучевой кости. Арх.анат., гистол. и эмбриол., 1936, 15, 4, 75-79.

70. МИРОНОВ Е.Я. Эпифизарный перелом луча и его лечение. Сов.хир.,1932, 3, 4-5, 242-249.

71. НОВОТЕЛЬНОВ С.А. Три случая контрактуры кисти после классического перелома луча. Вестн.хир.,1926,8, 23, 147.

72. НОВОТЕЛЬНОВ С.А. Оперативное лечение рефлекторных контрактур при классическом переломе радиуса. В кн. Труды 1-го Всеукр.съезда хирургов. Днепропетровск, 1927, 333-335. Ортоп. и травматол., 1927, 2-3, 114-120. Библиогр.

73. НОРАВЦЕВИЧ А.М. Лечение повреждений предплечья и кисти при заводке тракторов и автомашин. Хирургия, 5, 1948.

74. ПИРОГОВ Н.И. Наклейная алебастровая повязка в лечении простых и сложных переломов и для транспорта раненых на поле сражения. 1854 г.

75. ПЕТРОВ Б.А. О лечении типичных переломов лучевой кости. Сов.хир., 1931, 1, 3-5, 415-420. Библиогр.

76. ПОВЕЛЬНЕНКО А.П. Опыт лечения классического перелома луча. В кн. Труды Крымск.мед.ин-та. Симферополь, 1936, т.3, стр.126-131.

77. ПОГОРЕЛЬСКИЙ М.А. Переломы лучевой кости в классическом месте. В кн. Вопр.ортопед., травматол. и протезиров. Киев-Харьков, 1952, 164-173.

78. ПОЛИЕВКТОВ И.А. Физиологический принцип лечения переломов. Труды СОГМИ, том Ш, вып.1, 1950 г.

79. ПОЛИЕВКТОВ И.А. Лечение типичных переломов лучевой кости. Смоленск, 1933. Библиогр.

80. ПРИОРОВ Н.Н. Профилактика травматизма и организация травматологической помощи в сельскохозяйственном производстве. Хирургия, 7, 1954.

81. ПРИОРОВ Н.Н., В.И.СТРУЧКОВ. Сборник инструктивно-методических указаний по организации и оказанию травматологической помощи в лечебных учреждениях министерства здравоохранения СССР.

82. ПРИХОДЬКО А.К. и М.И.СИТЕНКО. Внутрисуставные переломы и их лечение. Тр. II Украинского съезда ортопедов - травматологов, 1940.

83. ПОЛЯКОВ К.А. Не металлические химические стойкие материалы. Госхимиздат, 1952 г.

84. ПЕТРОВ, РУТОВСКИЙ, ЛОСЕВ. Технология синтетических смол и пластических масс. Госиздат, 1946.

85. САМСОНОВА З.П. Переломы луча в типичном месте и их лечение. Хирургия, 1937, 6, 186.

86. СИРОТКИН А. Лучезапястный сустав. Б.М.Э., т.УШ.

87. ТАРХАНОВ В.А. К вопросу об эпифизарных переломах луча в связи с некоторыми особенностями строения лучезапястного сустава. Нов. хир., 1927, 4, 1, 38-46; 145.

88. ТАФТ А.В. Принципы лечения эпифизарных переломов предплечья. Ортоп. и травмат., 1927, 5-6, 145-155

89. ТИМОФЕЕВ В.М. Краткий курс по наложению повязок. (Под ред. Вредена).

90. ТИХОВ П.И. Переломы костей предплечья. Частная хирургия. т.3, стр.447, 1917 г.

91. ТОМП А.И. Переломы лучевой кости в "типичном месте". Л. 1949, 239 л. Отпеч. на пишмаш. Библиогр.

92. ТОМП А.И. Переломы луча в типичном месте. Нов.хир.арх., 1932, 22, 4, 563-574.

93. ТОМП А.И. Механизм, патогенез и лечение изолированных вывихов дистального конца локьевой кости (Труды института травматологии и ортопедии, выпуск 1У, стр.143-155).

94. ТРЕГУБОВ С.Л. Основы ортопедии, 1939.

95. ТУРНЕР Г.И. Руководство к наложению повязок. 1934.

96. ТЫЩУК Е.А. Травматическое повреждение нервов и сосудов (артерий) области лучезапястного сустава при переломах луча в типичном месте (Анатомо - экспериментальное исследование). Диссертация. Ленинград, 1953 г.

97. ТИХОВ П.К. К учению о переломах. Медицинское обозрение, т.51, стр. 663-686, 1899 г.

98. УЛИТ О.Р. Переломы лучевой кости в типичном месте и отдаленные результаты их лечения. Госпит. дело, 1947, 5, 23-27.

99. УЛИЦКИЙ Г.И. и ст.научн. сотр. Т.Н.ЛИРМАН. Анализ 150 случаев эпифизеолизов. Вопросы восстановительной хирургии, травматологии, под ред.проф. Ф.Р.Богданова.

100. ФАЕРМАН И.М. Лечение перелома луча в классическом месте. Ортоп. и травмат., 1931, 5, 52-53.

101. ФАЕРМАН И.М. К вопросу о лечении переломов предплечья в классическом месте. Нов.хир.арх., 1931, 23, 1-2, 89-90, 306.

102. ФАМЕЛИС А.М. Случай ущемления локтевого нерва при типическом переломе луча. Нов.хир.арх., 1935, 33, 130, 309.

103. ФАМЕЛИС А.М. Анатомические обоснования повреждений локтевого нерва при переломах Коллеса. Хирургия, 1937, 1, 78.

104. ФОНАРЕВ Б.М. К технике лечения переломов предплечья. Ортоп. и травматол., 1936, 3, 77.

105. ФРИДЛЯНД М.О. Спирто-новокаиновая блокада как метод борьбы с болью и мышечной гипертонией. Хирургия, 8, 1952.

106. ———— ФРИДРИХ Р.Л. Переломы луча в типичном месте. (Руководство практической хирургии, т.3, стр. 368-386).

107. ХАВКИН Л.С. Переломы луча в типичном месте и их лечение. В кн. Ивановский мед.ин-т. Иваново, 1941, сб. 3, 243-255. Библиогр.

108. ХОЛЯЦКИЙ А. О строении и механизме локтевого и локтелучевого сочленения. Дисс., СПБ, 1884.

109. ЦИРЕНЩИКОВ В.И. Переломы луча в классическом месте. В кн. Труды Уральского ин-та травматол. Свердловск, 1936, в.2, 163.

110. ЧАКЛИН В.Д. Переломы костей и их лечение. Стр.163-174.

111. ЧАКЛИН В.Д. Три основных этапа в лечении больных с переломами трубчатых костей. Хирургия, 8, 1953.

112. ЧАКЛИН В.Д. Зудека атрофия. Б.М.Э., т.X1, стр.151.

113. ЧЕРНАВСКИЙ В.А. Современные принципы вправления и фиксации переломов. Хирургия, 8, 1953 г.

114. ЧЕРНАВСКИЙ В.А. Фиксация перелома лучевой кости в типичном месте. Госпит.дело, 1947, 5, 27-29.

115. ЧЕРНАВСКИЙ В.А. Типичный перелом луча. Фельдш. и акуш., 1945, 10-11, 7-9.

116. ЧИКИН И.М. Гипсовая техника, 1938.

117. ШАПИРО Г.Л. Опыт применения пластических масс в костной хирургии. Экспериментальная часть.

118. ШАПИРО М.Н. и Р.М.МИНИНА. О технике лечения переломов луча в области дистального эпифиза его. Мед.журн. БССР, 1938, 6, 16-22.

119. ШЕЛАКОВ П.П. Вращательный аппарат лучезапястного сустава. Военно-мед. журнал, 1944, сент.-октябрь, 40 - 40.

120. ШНЕЕ А.Я. О повреждении нижнего луче-локтевого сочленения. Госпит.дело, 1947, 5, 19.

121. ЭЙНГЕЙН Г.Я. Переломы костей предплечья. В кн. Краткий курс травматол. под ред. Гирголава. Л.,1940, 222-226. Библиогр.

122. ЭЙНГЕЙН Г.Я. и доц. В.И.РОЗОВ. Ленинградское об-во хирургов-ортопедов в последние 20 лет. Хирургия, П, 1947.

123. ОЗЕРОВ А.Д. Сравнительная оценка результатов лечения переломов иммобилизацией и функциональными методами. Тр. ГИЗ, вып.4, 1928.

124. ПЕРЕЛОМЫ ЛУЧА в типичном месте и их лечение. Методическое письмо № 1 Саратовского института травматологии и ортопедии. Саратов, 1951.

125. РЕЙНБЕРГ Г.А. Несколько соображений о лечении переломов.

126. ЮСЕВИЧ М.С. Остеосинтез при классическом переломе луча. Прот. научн.совещ. Л.Г.Т.И., стр.38-39, 1934 г.

127. 26 съезд хирургов СССР. Тезисы докладов на секциях съезда. Медгиз, 1955 г.

128. Andorson R.A.O'Neil G. Comminuted fractures of distal and of radius. Surg.,gyn..a.obst., 1944, 78, 434 -440.

129. Anderson R. Fractures of the radius and ulna, a new anatomical method of treatment. Journ. bone a. Joint.surg., 1934, 16,379-393.

130. Bähr F. Die typische Radiusfractur und ihre Entstehuns. Centralbl.f.Chir. 1894, 21, 841-845.

131. Bange F. Behandlung der typischen Radiusfrakturen in der Zeit 1907-1921. Arch.f.Klin. Chir. 1921, 118, 578-591.

132. Bardenheuer. Die Behandlung der typischen Radiusfraktur mittels Federextension. Dtsch.med. Wschr., 1889, 494.

133. Beck C. Beitrag zur Fractur der carpalen Radiusepiphyce. Arch.f.Klin.Chir. 1901, 63,155-175.

134. Böhler L. Die funktionelle Bewegungsbehandlung der "typischen" Radiusbrüche auf anatomischer und physiologischer Grundlage. Münch.med.Wschr.1919,1187-1190,1923,387-396.

135. Böhler J. Die Konservative Behandlung von Brüchen des Radiushalses. Chirurg. 1950, 12, 687 -688. Bibliogr.

136. Breatz. Uber den Radiusbruch. Dtsch. med. Wschr., 1924, 302- 304.

137. Brëatz E. Die Spiralschiene aus Beely'schen Gipshanfmaterial zur Behandlung des typischen Bruches am unteren Radiusende. Centralbl. f. Chir. 1887, 14, 153-156.

138. Braatz E. Zur Behandlung des typischen Radiusbruches Arch.f. Klin.Chir., 1896, 53, 329- 335.

139. Graham H.F. Die effective methode der Einrenkung und Immobilisierung eines Bruches Kolloso. Ztschr.f. Chir. 1938.

140. Cassebaum, W. Colles' fracture. Journ. Amer. Med. Ass. 1950, 143, 963-965.

141. Colles A. On the fracture of the carpal extremity of the radius.
Edinb. med. a.Sc.-Journ.1814,10, 182-186.

142. Cotton F.J. Treatment of Colles's fracture.
New Engl.Med.Journ., 1938, 219, 121.

143. Cotton F.J. Adequate reduction and care in Colles's fracture, new method.
Boston.Med.a.Surg.Journ.1919, 181, 651 -656.

144. Darrach W. Treatment of complicated Colles' fractures.
1938.Proc.internat.assambly of the Inter-State post graduate med.Ass. of North America.
Freeport, 1939, p. 222-224.

145. Griffiths I. Colles's fracture and its treatment.
Brit. Med.Journ. 1901, 2, 1654-1656.

146. Haggart G.E. Comminuted Colles' fractures in elderly patients, methods of treatment and end results.
Journ. Amer.Med.Ass. , 1935,105, 1753-1758.

147. Hamilton F.H. The mechanism of Colles's fracture.
Med.Rec. 1881, 20. 107.

148. Hammond G. Comminuted Colles' fracture.
Amer. Journ. Surg. 1949, 78, 5, 617-624.
Bibliogr.

149. Klapp W. Beitrag zur Entwicklung der Behandlung der typischen Radiusfractur.
Dtsch.Ztschr.f.Chir. 1943, 257, 702.

150. Klapp R. Über den Speichenbruch.
Zentralbl.f. Chir. 1939, 66. 736-738.

151. Klapp R. Zur Behandlung frischer und alter Radiusbrüche.

152. Kaufmann C. Diagnose und Behandlung der subkutanen Radiusfraktur am Handgelenke.
Dtsch.Ztschr. f. Chir. 1912, 121, 140-182.

153. Knap M.E. Treatment of some complication of Colles' fracture.
Journ. Amer. Med. Ass. , 1952, 148, 10, 825- 827.

154. Lexer. Zur Behandlung der typischen Radiusfractur.
Verh.d. deutsch.Gesellsch. f. Chir. , 1906, 55, 161-163,

155. Magnus C. Die Behandlung des Speichenbruches.
Münch. Med. Wschr. , 1935, 1024-1026.

156. Matti H. Zur Klassifikation und Behandlung der Radiusfrakturen.
Schweiz. Med. Wschr., 1930, 1077-1079.

157. Moonëy V. Colles's fracture aplint.
Amer.Journ.Surg. , 1944, 66, 142.

158. Mertens E. Die Behandlung des typischen Speichenbrubruches nach neuzeitlichen Erkennthissen. Dtsch. Oesundheitsw,, 1947, 21, 671-672.

159. Meyer H. Der Klassische Speichenbruch. Klin.Wschr. 1925, 554-559.

160. Mayer J.H. Colles's Fracture. Brit. Journ. Surg., 1940, 27, 629-642.

161. Mongomery R.P. Colles' Fractures. Physiotherapy , 1938, 18, 3-5.

162. Müller G. Uber Radiusfrakturen und ihre Schicksale. Monatschr. f. Unfallheilk., 1911, 18, 7-13.

163. Petersen E. Zur Behandlung des Typischen Radiusbruches. Arch. f. Klin. Chir., 1894, 48, 708-714.

164. Petitpierre M. Die Behandlung des typischen Radiusbruches. Die Schveizerische Med. Wochenschr. 1932.

165. Rosenbach J. Über den Bruch des Radius am unteren Ende. Arch. f. Klin. Chir. 1902, 66, 993-1028.

166. Schacfor H. Uber die funktionelle Behandlung der Radiusfrakturen. Arch. f Orthopäd., 1922, 20, 526-533.

167. Schwartz R.P. a,Joung F. Treatment of Fractures of head and neck of radius and slipped radial epiphysis in children. Surg.,Gyn. a. Obst. , 1935, 57, 528-537.

168. Smith W.H. Colles's Fracture. Brit. Med. Journ. 1929, 3564, 765.

169. Sonntag. Zur Behandlung der typischen Radiusfraktur. Ztschr. Med. Wschr,, 1922, 1003-1006.

170. Speed.J.S.a Knight R.A. Treatment of Malunited Colles's Fractures. Journ. Bone.a .Joint. surg., 1945, 27, 361-367.

171. Sterp. Zur Behandlung der typischen Radiusbrüche. Arch.f. Klin.Chir., 1896, 53, 2,336-344.

172. White J.W. Colles' Fractures.
South.Med.Journ. 1945, 38, 415-417.

173. Wiedhopf C. Der typische Speichenbruch und saine Behandlung.
Med. Welt., 1932, 6, 983-985.

174. Zuppinger H. Beitrag zur Lehre von der typischen und supracondylären Radiusfraktur.
Arch. f. Klin.Chir. ,1910, 94, 49-67.

175. Turneri H. Uber Nervenschädigungen beim typischen Radiusbruch.
Arch. Klin. Chir., 1924, 128, 422-436.

176. Taylor G.W. a Passons C.L. Fractures of lower end of radius.
Surg. Gyn. a. Obst. 1938, 67, 249-252.

177. Lang F. Das Distale Radio-Ulnargelenk, Seine Bedeutung in der Untallmedizin.
Klinische, Röntgenologische und Pathologisch-Anatomische Studie. B. 1942.

178. Eden. Zur Behandlung des Radiusbruches auf den typischen Stellen.
Arch. f. Klinisch. Chir. 1921, 593.

179. Common J. Die Behandlung des Bruches von Kolleso.
Med. Ztschr. a des N. Engl. 1938.

ПРОТОКОЛЫ НАБЛЮДЕНИЙ

НАБЛЮДЕНИЕ 1. Ю-на, 46 лет, уборщица. Амб.карта № 6.

20.1-52 г. поскользнулась и упала на правую руку. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 453. Радио-ульнарный угол слева - 120°, справа - 100°.

ДИАГНОЗ: Перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией (2 % новокаин 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК кисти.

Контрольные рентгенограммы №№ 459, 236 показывают хорошее стояние отломков. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 25-й день.

Ось предплечья не нарушена (р-мма № 2141-2). Супинация ограничена на 40-50°, болезненна. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 41 день.

Осмотр через 3 месяца. Слабость кисти. Боль при длительной тяжелой физической нагрузке.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 2. Д-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 109.

20.1-52 г. упал на правую вытянутую руку. Поступил тотчас по поводу перелома нижней трети правого луча с умеренным смещением дистального отломка под углом. (Р-мма № 210).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 21 день. Р-мма № 432-3 от 20.П. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 3. С-ва, 70 лет, пенсионерка. Амб.карта № 136.

19.1-52 г. упала на правую вытянутую руку. 22.1-52 г. поступила по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном"

месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыва шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 96).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 14 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 40 день. Р-мма № 129. Клинически консолидация наступила. Рентгенологически - консолидация плохо выражена.

НАБЛЮДЕНИЕ 4. См. текст стр. 158.

НАБЛЮДЕНИЕ 5. Ч-х, 35 лет, шофер. Амб.карта № 154.

Поступил 28.1-52 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Заводил мотор (заводным ключом) и получил контрудар. Р-ммы № 244-5.

ДИАГНОЗ: Перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением отломков.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% - 20,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 249-9 - стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день. Шина снята на 20 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20^0. Динамометрия: правая - 17 кг, левая - 39 кг. Выполняет легкую физическую работу. С 15-го дня в шине мог хорошо владеть рулем.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 28 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 6. А-в, 12 лет, учащийся. Амб.карта № 145.

25.1-52 г., час тому назад, упал с чердака на спину. Механизм травмы установить не удалось.

Местно: выраженная вилкообразная деформация нижней трети левого предплечья. Умеренный отек, интенсивные боли при пальпации в области деформации. Уменьшение радио-ульнарного угла до 80^0.

На р-мме № 221-2 определяется смещение дистального эпифиза левого луча на ширину кости.

ДИАГНОЗ: Полный эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости.

Под местной анестезией произведено вправление отломков, а затем предплечье фиксировано угловой шиной. Тотчас по отверде-нию гипса произведена контрольная р-мма № 222-3. Дистальный эпифиз левой лучевой кости располагается по оси проксимальной части луча.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

29.1 - отека нет. Движения в кистевом суставе приближаются к норме, в пальцах - в полном объеме.

4.П - десять дней после перелома. Жалоб нет. Обслуживает себя, обувается и одевается сам.

16.П - снята шина. Ось предплечья правильная. Движения в суставах кисти в полном объеме. Супинация почти в норме, не бо-лезненна.

Р-мма № 986. Дистальный эпифиз расположен по оси лучевой кости.

Разрешается выполнять легкую физическую работу по самообслуживанию.

23.П. Жалоб нет. Функция конечности полностью восстанов - лена.

Через 3 месяца. Анатомо-функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 7. И-на, 52 лет, колхозница. Амб.карта № 153.

24.1-52 г., 30 минут тому назад упала, при этом почувствовала боль и хруст в нижней трети левого предплечья. Радио-ульнарный угол 110°. Р-мма № 216-2.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 20мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет : ЛФК кисти.

Контрольные р-ммы №№ 217-3, 227-3. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализировались на 12-й день. Шина снята на 29 день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 40 - 50°.(Р-мма № 525-7). Выполняла в шине легкую физическую работу по самообслуживанию. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 42 дня.

12.1У - осмотр через 3 месяца. Боль при чрезмерной нагрузке конечности и перемене погоды.

Отдаленный результат через год, функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 8. Я-а, 51 г., рабочая. Амб.карта № 211.

30.1-52 г. в результате падения на правую вытянутую руку получила перелом дистального конца лучевой кости со значительным смещением отломков.

На р-мме № 191 и 192 определяется внутрисуставной оскольчатый перелом дистального конца левой лучевой кости с раздроблением периферического отломка и смещением к тылу на 1 см.

Под местной анестезией отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК.

31.1 - жалуется на нарушение сна из-за болей, отек кисти. Назначения те же. На ночь люминал 0,1. Р-мма № 275 - стояние отломков хорошее.

4.П - Больная пришла на прием со слезами. Очень беспокоится за исход поврежденной конечности. Пальцы полностью приводит к ладони. Движение в кистевом суставе в небольшом объеме, болезненно.

11.П. Тыльная пластина шины ограничивает движение в лучезапястном суставе к тылу. Шина снята и наложена вновь в модифицированном виде.

Назначения: силовые сжимательные движения кистью.

16.П. Больная очень беспокоится за исход поврежденной конечности, в то же время она плохо выполняет назначения, плохо сжимает кисть в кулак из-за боязни сместить отломки. Все время жалуется, что у нее болят лоб, шея, седалищный нерв и т.д. Консультирующий невропатолог констатировал неврастенический синдром.

Назначения: бромиды, на ночь люминал 0,1, силовые сжимательные движения кистью.

23.II. Плачет на приеме. Утверждает, что рука ее плохо работает, что она не сможет вернуться на свою прежнюю работу, тем не менее она уже кистью владеет вполне удовлетворительно.

Движение в кистевом суставе приближается к норме, отека нет, обслуживает себя, но все время боится как бы не сместить отломки. Мало поддается убеждению в том, чтобы она более активно работала поврежденной конечностью.

28.II шина снята. Ось предплечья не нарушена. Движения в кистевом суставе в объеме физиологических возможностей.

Р-мма № 582 - отломки сохраняют прежнее положение. Наступила заметная консолидация. Динамометрия - правая 9 кг, левая - 31 кг.

Разрешается выполнять легкую физическую работу.

20.III приступила к своей профессиональной работе. Динамометрия - 21 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 9. М-ц, 45 лет, уборщица. Амб.карта № 129.

Поступила 30.1-52 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. (Р-мма № 269).

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день.

Профессиональная трудоспособность полностью восстановилась на 25 день.

Через год. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 10. См. текст стр. 207.

НАБЛЮДЕНИЕ 11. Б-ва, 67 лет, домохозяйка. Амб.карта № 144.

7.II-52 г. при падении на спину ударилась о грейдер тыльной поверхностью левого предплечья, в результате получила перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 665).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-мма № 687-7 показывает отломки в хорошем стоянии. Движения в кистевом суставе нормализовались на 15-й день. Приступила к обычным занятиям на 43 день. Р-мма № 1032-3

от 7.IУ показывает не вполне сросшийся перелом левой лучевой кости без смещения отломков.

НАБЛЮДЕНИЕ 12. В-я, 62 лет, портниха. Амб.карта № 231.

13.II-52 г. упала на левую разогнутую кисть, при этом ощутила боль и хруст в дистальной трети предплечья. Радио-ульнарный угол справа 120°, слева - 90°. Р-ммы №№ 316 и 317.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 429-30. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Шина снята на 33-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. Приступила к работе в шине на 25-й день. Р-ммы №№ 798 и 799 показывают хорошее стояние отломков.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу. Ощущает боль при перемене погоды.

НАБЛЮДЕНИЕ 13. П-ва, 51 года, домохозяйка. Амб. карта № 239.

20.II-52 г. при падении на левую руку почувствовала боль в нижней трети предплечья. Поступила 21.II по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыва шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 490-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-мма № 507-8 показывает стояние отломков хорошее. Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 9 день. Приступила к обычным занятиям на 32-й день. Р-мма № 849-50. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 14. С-ма, 20 лет, шофер. Амб.карта № 272.

19.II-52 г. заводил мотор (заводным ключом), при этом получил контрудар. Поступил 20:II по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 4901-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-мма № 5488-9 показывает хорошее стояние отломков. Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Шина снята на 15-й день. Хорошо владеет рулем.

Приступил к профессиональной работе на 25-й день. Р-мма № 863. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

Осмотр через 6 месяцев. Жалоб нет. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 15. П-а, 77 лет, пенсионер . Амб.карта № 244.

7.II-52 г. при падении на левую вытянутую руку получил перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 667-8).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 15-й день. Приступил к обычной работе на 42-й день. Р-мма не произведена по техническим причинам.

НАБЛЮДЕНИЕ 16. Ч-н, 58 лет, рабочий. Амб. карта № 171.

7.II-1952 г. при падении на вытянутую левую руку почувствовал резкую боль и хруст в нижней трети предплечья.

Местно: значительная деформация левого предплечья в нижней трети, гематома над кистевым суставом. Радио-ульнарный угол 110°. Хватательная и двигательная функция кисти резко нарушена. Интенсивная боль при поколачивании нижней трети луча и у шиловидного отростка локтевой кости.

На Р-мме № 680-1 определяется крупно-оскольчатый внутрисуставный перелом дистального конца левой лучевой кости со смещением отломка к тылу на 1 см и продольными трещинами проксимального отломка. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 25 мл) и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: легкий массаж кисти и ЛФК.

8.Ш – произведена контрольная р-мма № 688. Отломки вправлены и хорошо удерживаются в шине. Кисть и пальцы отечны, плохо спал. Движения в пальцах в объеме 50%, в кистевом суставе резко ограничены.

11.Ш – отек значительно спал. Движения в пальцах в полном объеме, безболезненны.

15.Ш – жалуется на чувство онемения первых трех пальцев кисти. Шина несколько сдвинулась за щель кистевого сустава и ограничивает движения в лучезапястном суставе к тылу. Обслуживает себя, скручивает папироску, прикуривает и т.д. Смена шины.

17.Ш – умеренные боли в кистевом суставе при активных движениях к тылу. Отека нет. Бреется сам, оттягивает кожу лица и фиксирует ее. Умывается двумя руками, зашнуровывает и завязывает туфли, режет хлеб, удерживая его левой рукой.

Назначения: силовые снимательные движения.

20.Ш – движения в кистевом суставе приближаются к норме, безболезненны.

27.Ш – обслуживает себя полностью. Хорошо владеет конечностью. Сегодня подметал двор и собирал мусор лопатой.

3.1У – выполняет легкую физическую работу.

7.1У – шина снята. Движение в кистевом суставе в норме, безболезненно. Ось предплечья правильная. Радио-ульнарный угол в норме. Р-мма № 1036-7 – отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении. Разрешено выполнение легкого физического труда.

22.1У – приступил к своей профессиональной работе разнорабочего.

9.1Х – 1952 г. Осмотр через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Жалуется только на боль при перемене погоды. Утомляемость при длительной тяжелой физической нагрузке. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 17. З-ва, 57 лет, домохозяйка. Амб.карта № 388.

Поступила 7.Ш-52 г. через полчаса после падения на правую руку.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 531).

Отломки вправлены под спиртоновокаиновой блокадой (10 мл) и фиксированы угловой шиной.

Контрольные р-ммы №№ 591-2 и 728-9 показывают хорошее стояние отломков. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 13 день. Приступила к обычной работе на 32 день. Р-мма № 1031-1. Отломки консолидировались в достигнутом при вправлении положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 18. Б-ая, 50 лет, домохозяйка. Амб.карта № 389.

7.Ш-52 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила тотчас.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. Р-ммы №№ 657 и 658.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 14 день. Приступила к обычной работе на 33 день. Контрольная р-мма после вправления № 673 - стояние отломков хорошее. Р-мма после снятия шины № 967 показала, что консолидация наступила в хорошем анатомическом положении.

Через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 19. Т-в, 37 лет, педагог. Амб.карта № 2218.

Поступил 7.Ш-52 г. 3.Ш упал на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: после произведенной р-ммы № 674 - внутрисуставной поперечно-оскольчатый перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 679 - дистальный отломок луча располагается по оси проксимально.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 20 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20°. Двигательная функция кисти в полном объеме. Динамометрия 23 кг. Приступил к работе в шине на 9 день.

Профессиональная трудоспособность полностью восстановлена через 24 дня.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 20. Ц-ко, 51 года, колхозница. Амб.карта № 2296.

11.Ш-52 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила тотчас.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 834).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 14 день.

Приступила к профессиональной работе на 32 день. Р-мма № 1014-2 показывает стояние отломков хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 21. Г-о, 62 лет, зав.кафедрой литературы Пединститута. Амб. карта № 529.

19.Ш-52 г. при падении на левую вытянутую руку почувствовал боль и хруст в нижней трети предплечья. Поступил 22.Ш. Р-мма № 362. Радио-ульнарный угол слева 120°, справа - 130°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типич - ном" месте со значительным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной. Радио-ульнарный угол слева и справа 130°.

Рекомендовано: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 835-6 показывает хорошее стояние отломков. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10 день. Шина снята на 28-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40° (р-мма № 1128-9). Приступил к работе в шине на 7-й день.

Трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 22. Б-ва, 19 лет, колхозница. Амб.карта № 2556.

19.Ш-52 г. поступила по поводу перелома левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 833.

Лечилась физиологическим методом.

Приступила к профессиональной работе на 25 день.
26.1У - р-мма № 1192-3. Наступила консолидация.

НАБЛЮДЕНИЕ 23. Р-н, 13 лет, учащийся. Амб.карта № 2558.

Поступил 24.Ш-52 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в нижней трети без смещения дистального отломка. Р-мма № 868.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Трудоспособность восстановилась на 28 день. Р-мма № 1034 - отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 24. Г-на, 57 лет, домохозяйка. Амб.карта № 459.

22.Ш-52 г. упала на правую руку, механизма травмы не помнит. Поступила тотчас по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.
Р-мма № 853-4.

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 13 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 37 день. Контрольная р-мма № 866 от 22.Ш показывает стояние отломков хорошее. Р-мма № 1103-4 после снятия шины показывает, что отломки консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 25. К-я, 65 лет, домохозяйка. Амб.карта № 242.

7.Ш-52 г. за час до обращения в Поликлинику поскользнулась и упала. Механизм не выяснен. Жалуется на боль в нижней трети

левого предплечья и нарушение функции кисти. Р-ммы №№ 678,679. Радио-ульнарный угол 90°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 20мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 682-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 11-й день. Шина снята на 30-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 70-80°. (Р-мма № 1034-2). Выполняла легкую физическую работу в шине по самообслуживанию. Трудоспособность восстановлена полностью через 42 дня.

Осмотр через 3 месяца. Припухлость области перелома, боль при тяжелой физической нагрузке. Динамометрия: правая - 19 кг, левая - 15 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 26. К-н, 10 лет, учащийся. Амб.карта № 390.

22.III-52 г. упал на вытянутую руку. Поступил тотчас. Р-мма № 879.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости с резким смещением его, отрыв тыльного края метафиза.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 880-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах нормализовались на 6-й день. Шина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20°. (Р-мма № 1113-14). Динамометрия: правая - 17 кг, левая - 12 кг.

Трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 27. Ш-ов, 25 лет, студент. Амб.карта № 203.

29.Ш-52 г. час тому назад при падении на правую вытянутую руку получил перелом лучевой кости в нижней трети с умеренным смещением отломка (р-мма № 861-2).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-мма № 874-5. Отломки в хорошем стоянии. Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Приступил к обычным своим занятиям по выполнению физического труда на 30-й день. Р-мма № 256-7. Отломки консолидировались в достигнутом при вправлении хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 28. Г-ко, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 311.

6.1У-52 г. упал с турника на левую руку, при этом ощутил боль в конечности. Поступил через 30 минут после падения по поводу перелома левой лучевой кости в нижней трети с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 958-9).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-мма № 976-7 показывает стояние отломков хорошее. Назначения: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил к своим обычным занятиям по выполнению физической нагрузки на 30 день. Р-мма № 1151-3. Отломки луча консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 29. П-р, 25 лет, шахтер-проходчик. Амб.карта № 3059.

Поступил 3.1У-52 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти (р-мма № 985).

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 987. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию с 20-го дня. Шина снята на 25 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена

на 30-40°. Динамометрия - правая 49 кг, левая - 20 кг. Выполняет легкую физическую работу. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 40 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 30. А-ва, 52 лет, уборщица. Амб.карта № 510.

Обратилась к нам 4.IУ-52 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка (р-мма № 1008).

Отломки фиксированы угловой шиной сроком на 2 недели.

Движения в локтевом суставе нормализовались на 8 день. С 8-го дня выполняла легкую физическую работу по самообслуживанию.

Приступила к профессиональной работе на 25 день. Динамометрия:правая 21 кгр, левая - 27 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 31. Г-а, 30 лет, домохозяйка. Амб.карта № 1563.

Поступила 6.IУ-52 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. Упала с табуретки на левую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ после произведенной р-ммы № 962-3: оскольчатый перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1024-25 показывает стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 9 день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°.

Приступила к работе в шине (выполняла легкую физическую работу).

Трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней. Р-мма № 1191-2. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомический нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 32. Г-а, 52 лет, портниха. Амб. карта № 537.

13.1У-52 г. упала на вытянутую правую руку. Определяется лопатообразная деформация нижней трети правого предплечья. Резкие боли при пальпации, соответствующие дистальному концу лучевой кости, припухлость. Движения в суставах кисти резко болезненны и ограничены. Радио-ульнарный угол слева 110°, справа - 90°.

На р-мме от 18.1У за № 10105-6 - поперечно-оскольчатый перелом правой лучевой кости в "типичном" месте со смещением отломка к тылу на 1 см. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости и подвывих в луче-локтевом сочленении.

ДИАГНОЗ: Поперечно-оскольчатый перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости и подвывих в луче-локтевом сочленении.

Под местной анестезией произведено вправление отломков и фиксация их угловой шиной.

Совет: ЛФК пальцев и массаж по отвердении гипса.

19.1У. На контрольной р-мме № 10107-8 стояние отломков хорошее. Имеется отек кисти и пальцев в значительной степени. Назначения те же. Плохо выполняет назначения.

27.1У. Отека нет. Движения в пальцах - норма. В лучевом суставе - на 15-20° к тылу, а к ладони - норма.

Назначение: легкие силовые сжимательные движения.

30.1У. Больная шьет толстой иглой, вяжет кружева, обслуживает себя. Движения в суставах кисти - норма.

Рекомендованы силовые сжимательные движения кистью.

9.У. 20 дней после перелома. Шьет на ручной машинке с перерывами, так как рука устает. Готовит обед, обслуживает себя.

17.У - снятие шины. Объем движений в кистевом суставе - норма. Супинация ограничена на 30° и болезненна. Деформации нет.

На р-мме от 17.У № 1213-14 - сросшийся перелом дистального конца лучевой кости.

25.У. Стирает, гладит, шьет. Боли при выжимании белья. Головка локтевой кости слегка выстоит.

30.У. По объему выполняемой работы можно считать, что больная приступила к работе по своей профессии.

21.X-53 г. Осмотр через год. Жалуется только на боль в области бывшего перелома при перемене погоды. Имеется незначительное выстояние головки локтевой кости. Динамометрия - правая 21 кг, левая - 18 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 33. Т-ва, 45 лет, рабочая. Амб.карта № 1613.

25.IУ-52 г. Накануне, спускаясь с лестницы, поскользну - лась и упала на левую вытянутую руку, при этом ощутила боль и хруст в дистальной трети предплечья. Р-мма № 799. Радио-ульнарный угол слева 90°, справа - 130°.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом левого луча в "типичном" месте с множественным раздроблением дистального отломка и двойным смещением его, вывих в луче-локтевом сочленении с укорочением луча на 1 см.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 30мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

3.У. Отека нет. Движения в кистевом суставе норма.

5.У. Назначение: силовые сгибательные движения кистью.

Контрольные р-ммы №№ 810, 880. Стояние отломков удовлетворительное. Радио-ульнарный угол 100°. Шина снята на 40-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 40-50°, болезненна (р-мма № 1369). Движение в кистевом суставе ограничено к тылу на 15°, к ладони в норме. Трудоспособность восстановлена полностью через 64 дня. Стирает, копала огород, посадила картошку.

Осмотр через 3 месяца. Умеренная припухлость области кистевого сустава. Движение в кистевом суставе к тылу ограничено на 10°, болезненно. Супинация ограничена на 10-15°, пронация на 5-10°, болезненна. Динамометрия: левая 38 кг, правая 39 кг.

Осмотр через год. Функциональных и анатомических нарушений нет. Жалуется на боль при перемене погоды.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 34. Х-ев, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 4008.

8.У-52 г. упал с турника на левую вытянутую руку. Поступил 9.У-52 г. по поводу перелома левой лучевой кости в нижней

трети с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 1301-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 7 день. Приступил к обычной работе на 30 день. Р-мма № 1523-4. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 35. А-а, 35 лет, колхозница. Амб.карта № 438.

Поступила 8.У-52 г. 3 часа тому назад упала на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости (р-мма № 1221).

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1992. Дистальный отломок луча располагается по оси проксимально.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 12-й день. Шина снята на 22 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30^0. Двигательная функция кисти в полном объеме. Динамометрия: правая - 16 кг, левая - 36 кг. Обслуживает себя полностью. Выполняет легкую физическую работу.

На второй день после снятия шины копала огород, делала грядки, поливала рассаду.

Профессиональная трудоспособность полностью восстановилась через 32 дня.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 36. О-ва, 82 лет, пенсионерка. Амб.карта № 64.

Поступила 27.У-52 г. Механизм травмы не выяснен. 17.У упала на правую руку. Р-мма № 1158-9.

ДИАГНОЗ: Флексионный перелом правой лучевой кости со значительным смещением дистального отломка к ладони, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1496. Стояние отломков значительно лучше. Движения во всех суставах кисти приблизились к норме на 25-й день. Шина снята на 20-й день. Ось предплечья нарушена.

Трудоспособность восстановлена через 60 дней.

НАБЛЮДЕНИЕ 37. С-н, 13 лет, учащийся. Амб.карта № 4208.

19.У-52 г. упал с лестницы на вытянутую левую руку. Поступил 19.У-52 г.

ДИАГНОЗ: перелом нижней трети левого луча с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 1354-5).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной. Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил к обычной работе на 27 день. Р-мма № 1501-3. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 38. Б-ский, 24 года, токарь. Амб.карта № 712.

26.У-52 г. при падении с турника получил перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 469).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 473. Стояние отломков хорошее. Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью, приближающиеся к профессиональным.

Шина снята на 21 день. Выполняет легкую физическую работу.

Профессиональная трудоспособность восстановилась на 30 день

НАБЛЮДЕНИЕ 38. Я-чев, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 58.

Поступил по поводу перелома правой лучевой кости в нижней трети с умеренным смещением отломков 31.У-51 г.(р-мма № 1408-9).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК, легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил к обычным занятиям на 30 день. Р-мма № 1807. Отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 40. Г-в, 32 лет, агроном. Амб.карта № 7321.

10.У1-52 г., за 6 часов до обращения к нам, упал на вытянутую правую руку. Р-мма № 1830. Радио-ульнарный угол справа 90°, слева 120°.

ДИАГНОЗ: Перелом правой лучевой кости с резким смещением дистального отломка к тылу.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1842. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 9-й день. Шина снята на 25-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30° (р-мма № 2013). Приступил к работе в шине на 10-й день.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 26 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 41. Л-в, 17 лет, учащийся. Амб.карта № 760.

11.У1-52 г. при падении на левую руку получил перелом левого луча в нижней трети без смещения дистального отломка(р-мма № 1429-30).

Отломки фиксированы угловой шиной на 14 дней.

Приступил к своей обычной работе на 21-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 42. Д-в, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 251.

Поступил 14.У1-52 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в нижней трети без смещения дистального отломка. Р-мма № 1466-7.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день.

Приступил к обычным занятиям на 21-й день.

Осмотр через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 43. Т-в, 17 лет, учащийся Р.Ж.У. Амб.карта № 5023.

Поступил 6.У1-52 г. 5 часов тому назад упал с чердака на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте со смещением дистального отломка на ширину лучевой кости.(Р-мма №1370-1).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной. Контрольная р-мма № 1392 - соотношение отломков хорошее. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 9-й день. Работоспособность восстановлена на 30-й день. Р-мма № 1532-1. Наступила консолидация без нарушения анатомических соотношений.

НАБЛЮДЕНИЕ 44. Л-кий, 17 лет, рабочий(слесарь). Амб.карта № 113.

20.У1-52 г. упал на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча со значительным смещением дистального отломка. (Р-мма № 484-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Контрольная р-мма № 493-4. Стояние эпифиза хорошее.

Назначение : ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил без ведома к профессиональной работе на 30 день.

Р-мма № 878-3. Анатомических нарушений нет.

Осмотр через год. Функциональных и анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 45. К-ди, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 705.

23.У1-52 г. упал на вытянутую правую руку. Поступил 24.У1 по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 1828).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Контрольная р-мма № 1884. Стояние эпифиза хорошее. Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Рабочая функция восстановилась на 25 день. Р-мма № 1813-14. Стояние дистального эпифиза хорошее.

Осмотр через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 46. Е-ва, 54 лет, портниха. Амб.карта № 789.

23.У1-52 г. упала на вытянутую левую руку, поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья. Р-мма № 1792. Радио-ульнарный угол слева 90°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом левого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1811. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10 день. Шина снята на 29-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°, болезненна (р-мма № 1821-7). Приступила к работе в шине на 21-й день. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 47. Ч-ли, 17 лет, шофер. Амб.карта № 814.

23.У1-52 г. Шесть часов тому назад заводил мотор и получил контрудар, при этом ощутил боль в нижней трети правого плеча.

Местно: отек предплечья, кисти и пальцев. Деформации нет. Радио-ульнарный угол 120°. Резкие боли при пальпации и покалачивании области дистального эпифиза луча. Дистальный эпифиз луча легко перемещается к тылу в результате конечность принимает резко выраженную вилкообразную деформацию в дистальной трети. Р-мма № 1620-1.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча без смещения.

Отломки фиксировались угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1612-7. Эпифиз сохраняет прежнее положение. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день. Шина снята на 14-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 10°.

Свободно водит машину через 15 дней. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней. Р-мма № 1855-6. Анатомических нарушений нет.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 48. Ш-о, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 309.

6.УП-1952 г., три часа тому назад упал на вытянутую левую руку, при этом почувствовал боль и хруст в нижней трети предплечья.

Местно: левое предплечье в нижней трети штыкообразно деформировано. Умеренный отек кисти. Движения в кистевом суставе резко ограничены из-за болей. Радио-ульнарный угол слева 100°, справа - 120°. При пальпации интенсивная боль в области дистального эпифиза луча.

На р-мме № 1935-36 определяется полное смещение дистального эпифиза левой лучевой кости к тылу.

ДИАГНОЗ: Полный эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости.

Под местной новокаиновой анестезией (2% р-р 15 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

7.УП. Сон нарушен. Умеренный отек кисти и пальцев. Назначения те же.

Р-мма № 1942. Эпифиз вправлен и хорошо удерживается в шине.

9.УП. Сон не нарушен. Отек сохраняется в умеренной степени. Движения в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к ладони в норме, но к тылу ограничены за счет тыльной пластинки шины, которая лежит ниже щели кистевого сустава. Смена шины.

16.УП. Обслуживает себя полностью, одевается и обувается. Шина хорошо фиксирует предплечье. Движения во всех суставах кисти в норме.

27.УП. Снята шина. Ось предплечья правильная. Двигательная функция кисти в норме. Супинация ограничена на 20-30°, болезненна. Клинически консолидация наступила.

Р-мма № 2035-4. Дистальный эпифиз располагается по оси

лучевой кости. Разрешается выполнение легкой физической работы.

30.УП. Функция кисти восстановилась.

24.XII-52 г. Осмотр через 6 месяцев. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 49. Я-в, 18 лет, учащийся. Амб.карта № 127.

Поступил 7.УП.52 г. по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма №1704-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 25 день. Р-мма № 1739-30. Стояние эпифиза хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 50. К-ва, 23 лет, колхозница. Амб.карта № 7202.

Обратилась 12.УП-52 г. 10.УП при падении с лошади на левую вытянутую руку получила эпифизиолиз левого луча с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости (Р-мма № 1753-4).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. (Р-мма № 1762-3). Стояние эпифиза хорошее. Движения в кистевом суставе восстановились на 8 день. Шина снята на 21-й день. Приступила к работе на 25 день. Р-мма № 1935-6. Дистальный эпифиз располагается по оси проксимально отломка. Второй день как больная вместе со своим звеном выполняет полевые работы. Особых жалоб не предъявляет.

Через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 51. Л-ко, 74 лет, инвалид. Амб.карта № 343.

12.УП-52 г. Поступил на третий день после падения на подвернутую правую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.

Отломки фиксированы угловой шиной на 21 день.

Приступил к своей обычной работе на 30-й день.

Через год. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 52. Б-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 854.

14.УП-1952 г. Накануне упал с турника на вытянутую левую руку, при этом ощутил боль в области нижней трети предплечья и заметил деформацию области кистевого сустава. Тут же товарищ потянул руку и деформация устранилась.

Местно: отек предплечья и кисти. Ось предплечья правильная. Дистальный эпифизиолиз заметно перемещается к тылу без особых усилий, при этом конечность принимает форму "вилки".

На р-мме от 14.УП-52 г. костных изменений не установлено.

Клинический диагноз: Эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости без смещения (вправленный).

Предплечье фиксировано угловой шиной.

Совет: ЛФК и массаж кисти.

К 17.УП движения в кистевом суставе приблизились к норме, отек кисти в умеренной степени.

22.УП. Гипс недоброкачественный, рассыпается, вследствие этого повязка расслабилась. Смена повязки.

26.УП. Живет один, обслуживает себя. Постирал себе майку, трусы и платочки. Играет в волейбол.

31.УП. Шина снята. Ось предплечья правильная. Двигательная функция кисти в норме. Супинация ограничена и болезненна. Разрешается выполнение легкой физической работы по самообслуживанию. Клинически консолидация наступила.

5.УП-52 г. Жалоб нет. Функция конечности полностью восстановилась.

Через 3 месяца. Функциональных и анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 53. Г-а, 40 лет, агроном, Амб.карта № 10193.

16.УП-52 г. Два дня тому назад упала с подводы на левую руку. Механизма травмы точно не помнит. В Райбольнице было произведено вправление отломков и наложена гипсовая лонгета до верхней трети плеча. К нам обратилась с жалобами на резкие боли, отек предплечья и кисти. Гипсовая повязка была осторожно снята. Обнаружена значительная деформация нижней трети левого предплечья с резким отеком, распространяющимся на кисть и пальцы. Радиоульнарный угол 90^0. При пальпации резкие боли в дистальной трети предплечья. Двигательная и хватательная функции резко

нарушены. Супинация и пронация резко ограничены и болезненны.

На р-мме № 2074 от 16.УП обнаружен поперечно-оскольчатый перелом дистального конца лучевой кости со смещением отломков к тылу на 1 см и в сторону луча на 0,4 см. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой.

Под местной анестезией (2% новокаин - 25 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Рекомендованы: ЛФК и легкий массаж кисти.

Осмотр на следующий день. Отек резко спал, движения в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу - 15^0, к ладони - 20^0. Особых болей не чувствует. Сон спокойней чем накануне. На контрольной р-мме № 2083 достигнуто хорошее стояние отломков. Смещение в сторону лучевой кости на 0,2 см сохранилось. Назначения те же.

22.УП. Шина хорошо фиксирована. Отеков нет. Движения в кистевом суставе нормализовались. Обслуживает себя.

Назначение: Силовые и сжимательные движения кистью.

31.УП. С 23.УП больная работает по своей профессии, свободно управляет лошадью, владеет кнутом, производит мелкие стирки, активно помогая левой рукой.

11.УП. Снятие шины. Деформаций нет. Двигательная функция кисти в норме. Динамометрия - 13,5 кг, левой - 17 кг. Приступила к своей профессиональной работе. Р-мма не произведена по техническим причинам. Больная проживает в отдаленном районе республики (Дигорский район). На повторный осмотр не явилась.

НАБЛЮДЕНИЕ 54. К-на, 15 лет, учащаяся. Амб.карта № 1112.

29.УП-53 г. упала на обе вытянутые руки, при этом ощутила боль в области кистевых суставов, больше справа. Поступила тотчас. Р-мма № 764. Радио-ульнарный угол уменьшен до 100^0.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости с резким смещением его к тылу.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 769. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах нормализовались на 7-й день. Пишет обычным почерком. Обслуживает себя. Лина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена.(Р-мма № 993-4). Супинация ограничена на 25 . Выполняла легкую физическую работу в шине с 6-го дня, успевает писать диктант. Трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 55. К-в, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 1421.

Поступил 26.УП с диагнозом: перелом правого луча в нижней трети без смещения дистального отломка.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Выполняет легкую физическую работу с 21-го дня.

НАБЛЮДЕНИЕ 56. В-в, 41 года, рабочий железнодорожник.
Амбул.карта № 3073, 1.УП-1952 г.

31.УП упал с высоты одного метра на левую вытянутую руку. Тотчас обратился в Специполиклинику, где был диагносцирован перелом дистального конца лучевой кости. Отломки вправлены и фикси - рованы тыльной лонгетой.

31.УП контрольная р-мма № 1360. Обнаружено: поперечный перелом дистального конца левого луча со смещением отломков к тылу на 1 см, отрыв шиловидного отростка локтевой кости. Лонгета снята. Значительный отек предплечья и кисти с заметной деформацией нижней трети предплечья. Радио-ульнарный угол 100°. Резкие боли при пальпации и поколачивании нижнего конца лучевой кости и шиловидного отростка локтевой. Движения в суставах кисти резко ограничены и болезненны. Супинация и пронация также ограничены и болезненны.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости с резким смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Назначение: легкий массаж и ЛФК.

Осмотр на следующий день. Отек кисти не увеличился, а наоборот несколько спал. Движения в пальцах более чем на 50% в кистевом суставе ограничены и болезненны. Спал беспокойно, но лучше чем накануне.

4.УШ. Отек спал. Движения в пальцах в полном объеме. Повязка расслабилась. Осторожно снята шина и наложена повторно.

Контрольная р-мма № 2301-2 показывает хорошее стояние отломков.

Назначение: Массаж отменить. ЛФК в суставах кисти продолжать.

12.УШ. Объем движений в суставах кисти полностью нормализирован. Обслуживает себя. Назначены силовые и сжимательные движения.

25.УШ. Снятие шины. Деформаций нет. Объем движений в суставах кисти в норме, безболезнен. Супинация ограничена на 30-40°. Пронация - норма. Умеренная припухлость в области перелома. Динамометрия правой руки 35,5, левой - 24 кг. Разрешено приступить к легкой физической работе.

С 15.1X работает с полной нагрузкой на левую конечность. Построил сарай. Жалоб нет.

Р-мма № 2312. Консолидация наступила в достигнутом при вправлении хорошем анатомическом стоянии. Приступил к профессиональной работе.

3.П-1953 г. Осмотр через 6 месяцев. Жалуется на боль при перемене погоды. Деформации нет. Функция хорошая. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 57. Н-в, 17 лет, учащийся. Амб.карта № 9176.

4.1X-52 г. Обратился к нам на второй день с обширным отеком конечности после теплых ванн.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.

Отломки фиксированы угловой шиной. Шина снята на 14-й день.

Приступил к своим обычным занятиям на 25-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 58. К-ва, 12 лет, учащаяся. Амб.карта № 1055.

Поступила 8.IX-52 г. по поводу эпифизиолиза левой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. Р-мма № 2147.

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение. ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 25 день. Р-мма № 2181. Стояние дистального эпифиза хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 59. К-ве, 12 лет, учащийся. Амб.карта № 1617.

Поступил 9.IX-52 г. по поводу перелома нижней трети правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2165-6).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Рабочая функция восстановилась на 25-й день.

Р-мма № 2603-4. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 60. М-ов, 11 лет, учащийся. Амб.карта № 1537.

10.IX-52 г. упал со столба на вытянутую руку. Поступил 10.IX по поводу перелома левой лучевой кости в нижней трети с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 2161-2).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Рабочая функция конечности восстановилась на 25-й день. Р-мма № 2833-2. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 61. Ч-ва, 13 лет, учащаяся. Амб.карта № 270.

5.IX-52 г. упала с лестницы на левую вытянутую руку. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти (р-мма № 2113-14).

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости с резким двойным смещением отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2149-50. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день. Шина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена (р-мма № 2439-10). Супинация ограничена на 30-40°. В шине выполняла легкую физическую работу. Трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 62. М-ва, 68 лет, домохозяйка. Амб.карта № 1116.

20.IX-52 г. Накануне упала на левую вытянутую руку. 3 раза парила руку в горячей воде. Поступила с резким отеком кисти и предплечья и жалобой на боль в нижней трети левого предплечья. Радио-ульнарный угол слева 90°, справа 120°. Р-мма № 2270-1.

ДИАГНОЗ: Оскольчатый перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 20мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

23.IX - отек кисти резко спал. Контрольная р-мма № 2072-3. Имеется тыльное смещение на 0,3 см. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 12-й день. Шина снята на 27-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60°. (Р-мма № 2865-3).

Трудоспособность восстановлена полностью через 45 дней.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боль при перемене погоды.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 63. К-в, 6 лет, иждивенец. Амб.карта № 990.

22.IX-52 г. поступил по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2274-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Функция конечности восстановилась на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 64. К-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 1001.

Поступил 25.IX-1952 г.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 2307-8).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной:

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Функция конечности полностью восстановилась на 21 день. Р-мма № 2302-3. Стояние эпифиза хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 65. Г-в, 19 лет, грузчик. Амб.карта № 1138.

27.IX-52 г. при падении на правую вытянутую руку получил эпифизиолиз правого луча с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2819).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 7 день. Р-мма № 2597-8. Шина снята на 21 день. Стояние эпифиза хорошее. Приступил к профессиональной работе на 38-й день. Динамометрия: правая 35 кг, левая - 45 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 66. Т-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 617.

27.IX-52 г. упал с турника на подвернутую левую руку. Поступил тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и на нарушение функции кисти (р-мма № 2312-13). Радио-ульнарный угол слева 90^{0}, справа - 120^{0}.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз нижнего конца левой лучевой кости со смещением его на ширину кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 15мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2323-14. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день. Шина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на $20-30^{0}$. (Р-мма № 2916-2). В шине выполнял легкую физическую работу по

самообслуживанию. Трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 67. Г-ва, 50 лет, колхозница. Амб.карта № 1638.

Накануне, 28.IX-52 г. при падении на правую подвернутую руку получила перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости (р-мма № 2650-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движения в кистевом суставе восстановились на 10-й день. Шина снята на 20-й день. Приступила к обычной работе на 30-й день. Вместе со своим звеном копала картошку. При поднятии чрезмерной тяжести жалуется на боль в конечности.

Р-мма № 2769-3. Отломки консолидировались в хорошем положении.

Через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 68. К-в, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 9927.

2.X-52 г. Поступил на второй день.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в нижней трети без смещения дистального отломка. Р-мма № 2351-2.

Предплечье фиксировано угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день.

Приступил к выполнению легкой физической работы на 21 день. Р-мма № 2612-13.

НАБЛЮДЕНИЕ 69. Ш-ва, 16 лет, студентка. Амб.карта № 9931.

Поступила 2.X-52 г. по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма №2353-4).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция восстановилась на 25 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 70. Д-в, 12 лет, учащийся. Амб.карта № 1153.

4.X-52 г. упал с турника. Механизм травмы не установлен. Поступил 5.X.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча с резким смещением дистального отломка (р-мма № 233).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил к обычной работе на 25 день. Р-мма №.2620-1. Анатомическое соотношение лучевой кости не нарушено.

НАБЛЮДЕНИЕ 71 см. текст, стр. 198.

НАБЛЮДЕНИЕ 72. А-в, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 999.

6.X-52 г. два дня тому назад при падении на подвернутую правую руку получил перелом луча в нижней трети с умеренным смещением дистального отломка к тылу (Р-мма № 2563-4).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Функция кисти восстановилась на 25 день.(Р-мма № 2634-5). Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 73 см. текст, стр.205.

НАБЛЮДЕНИЕ 74. Ц-сов, 11 лет, учащийся. Амб.карта № 1193.

11.X-52 г. упал с турника на вытянутую руку. Поступил по поводу перелома левой лучевой кости в нижней трети с умеренным смещением отломка (Р-мма № 3033-4).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 25 день. Р-мма не произведена по техническим причинам.

НАБЛЮДЕНИЕ 75. К-в, 8 лет, учащийся. Амб.карта № 1738.

13.X-52 г. Час тому назад упал на обе вытянутые руки,при этом почувствовал боль и хруст в нижней трети правого предплечья.

ДИАГНОЗ: Перелом нижней трети правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 2449-50).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движение в кистевом суставе восстановилось на 25-й день. Р-мма № 2644-5. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 76. К-ко, 42 лет, колхозница. Амб.карта № 9889.

Поступила 20.X-52 г. на третий день после падения на левую вытянутую руку с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и на нарушение функции кисти. Р-мма № 2624-5. Радио-ульнарный угол слева 100°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Оскольчатый перелом дистального конца левой лучевой кости с резким смещением его и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2338-9. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 25-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 40-50°. (Р-мма № 2735-2). Выполняла легкую физическую работу в шине по самообслуживанию.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней. Второй день вместе с бригадой собирала кукурузу в початках, очищали ее и сносили в отдельные кучки.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не устаповлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 77. Т-ва, 62 лет, домохозяйка. Амб.карта № 658.

Поступила 28.X-52 г. Час тому назад упала на подвернутую левую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 2627-8).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 15-й день. Приступила к обычной работе на 30-й день. Р-мма № 2662-3. Отломки заметно консолидировались в хорошем положении.

Через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 78. Т-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 659.

31.X-52 г. при падении на левую вытянутую руку получил эпифизиолиз левого луча с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 3214-15).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 7 день. Функция конечности восстановилась на 25 день. Р-мма № 3516. Анатомических нарушений не обнаружено.

НАБЛЮДЕНИЕ 79. Н-в, 13 лет, учащийся. Амб.карта № 10757.

Поступил 3.XI-52 г.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз левого луча с умеренным смещением дистального отломка. Р-мма № 2642-3.

Эпифиз вправлен. Предплечье фиксировано угловой шиной на две недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день.

Приступил к обычным своим занятиям на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 80. См. текст стр. 200.

НАБЛЮДЕНИЕ 81. См. текст стр. 189.

НАБЛЮДЕНИЕ 82. См. текст стр. 194.

НАБЛЮДЕНИЕ 83. К-в, 17 лет, учащийся. Амб.карта № 1307.

20.XI-52 г. упал на левую вытянутую руку. Поступил 21.XI с диагнозом - перелом нижней трети левого луча с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2704-05).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Функция кисти восстановилась на 25-й день. Р-мма № 2857-8. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 84. К-янц, 47 лет, бухгалтер. Амб.карта № 1161.

21.XI-52 г. упала с лестницы, механизма травмы не помнит. 22.XI-52 г. поступила по поводу внутрисуставного перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с раздроблением и умеренным

смещением периферического отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 270-2).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 28 день. Р-мма № 2871-2 - отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 85. Л-в, 68 лет, ветеринарный фельдшер. Амбул. карта № 1360.

10.XII-52 г. поступил по поводу перелома правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма №3687-8.

Лечился физиологическим методом.

Приступил к профессиональной работе на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 86. О-ва, 25 лет, буфетчица. Амб.карта № 1366.

10.XII-52 г. упала на правую руку. 11.XII-52 г. поступила с диагнозом - перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 3642).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Приступила к профессиональной работе на 25 день. Р-мма № 2445-6.

Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 87. Л-ва, 43 лет, повар. Амб.карта № 1369.

11.XII-52 г. При падении на правую руку получила перелом правого луча в "типичном " месте без смещения дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.(Р-мма № 2839-40).

Отломки фиксированы угловой шиной на 14 дней.

Приступила к своей профессиональной работе на 21-й день. 27.XII - р-мма № 2947-8. Отломки заметно консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 88. З-ва, 12 лет,учащаяся. Амб.карта № 8556.

Поступила 12.XII-52 г. по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка(р-мма № 2952-3).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 21-й день. Р-мма № 3663-3. Стояние эпифиза хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 89. Ф-ва, 23 лет, студентка. Амб.карта № 1378.

12.XII-52 г. при падении на левую вытянутую руку получила перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 3219).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Приступила к обычной работе на 24 день. Р-мма № 3850-1. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 90. П-ко,60 лет, колхозница. Амб.карта № 1142.

Поступила 12.XII-52 г. по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением отломка. (Р-мма № 3320).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 14 день. Приступила к профессиональной работе на 30 день. Р-мма № 3410. Заметная консолидация отломков в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 91. Е-ва, 52 лет, домохозяйка. Амб.карта № 1374.

Поступила 12.XII-52 г. по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2846). Больная от вправления отломков отказалась. Предплечье фиксировано угловой шиной. Движения в кистевом суставе восстановились на 14 день. Приступила к обычной работе на 41-й день. Р-мма № 2954-5 - слабо выраженная консолидация отломков в первоначальном положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 92. К-ва, 42 лет, домохозяйка. Амб.карта № 1375.

Поступила 12.XII-52 г. после падения на левую вытянутую руку с диагнозом - перелом левого луча в "типичном" месте с уме -

ренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2850-1).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12 день. Приступила к обычной работе на 30 день. Р-мма № 296-4 - отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 93. Н-ва, 49 лет, рабочая. Амб.карта № 273.

Поступила 12.XII-52 г. по поводу внутрисуставного оскольчатого перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 3638-9).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Контрольная р-мма № 3642. Имеется умеренное смещение дистального отломка в сторону луча.

Движения в кистевом суставе восстановились на 13 день. На 18 день выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Хорошо пишет. Шина снята на 30-й день. Приступила к профессиональной работе на 40-й день. Р-мма № 2974-5. Отломки консолидировались при наличии умеренного смещения в сторону лучевой кости.

Осмотр через 3 месяца. Умеренная боль при длительной тяжелой физической нагрузке, утомляемость.

Осмотр через 6 месяцев. Жалоб нет. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 94. М-ва, 63 лет, служащая. Амб.карта № 1377.

3 дня тому назад упала на левую вытянутую руку. Поступила 19.XII-52 г. с диагнозом: компрессионный перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 366-7).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 14 день. Приступила к профессиональной работе на 25-й день.

Р-мма № 3877. Слабо выраженная консолидация отломков в хорошем положении.

Осмотр через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 95. Ж-в, 57 лет, рабочий. Амб.карта № 1376.

12.XII-52 г. при падении на левую вытянутую руку получил перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением отломков. (Р-мма № 2852-3).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Р-мма №2860-2 Стояние отломков хорошее.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 13-й день. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию с 15-го дня. Шина снята на 23-й день. Приступил к профессиональной работе на 40 день. Р-мма № 3110. Наступила заметная консолидация отломков в хорошем положении.

Осмотр через 3 месяца. Утомляемость конечности при длительной физической нагрузке.

НАБЛЮДЕНИЕ 96. М-яц, 40 лет, шофер. Амб.карта № 961.

15.XII-52 г. упал на левую вытянутую руку. Поступил 16.XII-1952 г. по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением отломков (Р-мма № 334).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Шина снята на 21-й день. Приступил к профессиональной работе на 30-й день. Р-мма № 3224. Отломки консолидировались в хорошем положении.

Через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 97. Г-ри, 55 лет, домохозяйка. Амб.карта № 657.

Поступила 3.VI-52 г. Упала на левую подвернутую руку. Р-мма № 1380-1.

ДИАГНОЗ: Флексионный перелом левой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе к тыну нормализовались на 14-й день. К ладони приближаются к норме после снятия шины. Шина

снята на 25-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60°, болезненна.

Трудоспособность восстановлена полностью через 37 дней. Р-мма № 1585. Дистальный отломок располагается на оси лучевой кости.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 98. С-к, 68 лет, инженер-строитель. Амб.карта 585.

Поступил 12.IX-52 г. Накануне упал на подвернутую к ладони руку. Р-мма № 2200-1.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной флексионный перелом правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка к ладони и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2266-7. Имеется умеренное смещение раздробленного дистального отломка к ладони и к тылу.

Движения во всех суставах кисти нормализовались к концу снятия шины. Шина снята на 25-й день. Умеренная деформация нижней трети предплечья.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней. Р-мма № 2411-8. Анатомические соотношения те же, что в р-мме № 2266-7.

Отдаленный результат через год. Функциональных нарушений нет при наличии умеренной деформации нижней трети предплечья.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 99. Ш-кая, 64 года, машинистка (стенографистка). Амбулаторная карта № 4951.

Поступила 13.XII-52 г. на третий день после падения на правую вытянутую руку. 10.XII в амбулатории диагносцирован перелом правого луча в "типичном" месте. После р-ммы отломки были вправлены и фиксированы лонгетой с охватом кистевого и локтевого суставов. 13.XII обратилась к нам. На контрольной р-мме № 3631, произведенной через гипсовую повязку, было обнаружено смещение

отломков к тылу на 0,8 см. Лонгета снята. Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3737-8 показывает хорошее стояние отломков. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 8-й день. Приступила к работе в шине на 17-й день. Печатает до 150 знаков в минуту. Жалуется на утомляемость и умеренную боль при ударе по клавиатуре. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40° (Р-мма № 3843-4). Печатает до 200 знаков в минуту.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 100. Б-в, 12 лет, учащийся. Амб.карта № 866.

15.У1 упал с дерева на обе вытянутые руки. Поступил 16.У1-1952 г. с жалобами на боль в нижней трети обоих предплечий. Р-ммы №№ 1356, 1357.

ДИАГНОЗ: Двусторонний эпифизиолиз дистальных концов лучевых костей с умеренным их смещением.

Отломки вправлены и фиксированы угловыми шинами.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кистей.

Контрольные р-ммы №№ 1364, 1365. Стояние эпифизов хорошее.

На 7-й день движения во всех суставах кистей нормализовались, посещает школу, обслуживает себя, хорошо пишет.

На 9-й день (выход в школу) свободно пишет и решает задачи мелом на доске.

Шины сняты на 15 день. Функция конечностей восстановилась полностью на 21-й день. Контрольные р-ммы №№ 1571, 1572. Стояние эпифизов хорошее.

Отдаленный результат через год - функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 101. К-в, 23 лет, колхозник. Амб.карта № 8008.

Поступил 14.IX-52 г. Р-мма № 2229-30.

ДИАГНОЗ: Двусторонний внутрисуставной перелом лучевых костей в "типичном" месте с умеренным смещением дистальных отломков, отрыв шиловидного отростка справа.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2685-6. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались справа на 9 день, слева на 7-й. В постороннем уходе не нуждается. Обслуживает себя. Шина снята на 14-й день. Ось предплечья не нарушена как справа, так и слева. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней. Р-ммы №№ 2937-8, 2335-6.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 102. Т-в, 45 лет, бухгалтер. Амб.карта № 949.

Обратился к нам 18.XII-1952 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 802.

Отломки фиксированы угловой шиной сроком на 2 недели. Приступила к работе на 7-й день.

Профессиональная трудоспособность восстановилась на 15 день

НАБЛЮДЕНИЕ 103. Г-на, 13 лет, учащаяся. Амб.карта № 961.

29.XII-52 г. упала на правую вытянутую руку. Поступила 30.XII-52 г. по поводу перелома правой лучевой кости в нижней трети с умеренным смещением дистального отломка(р-мма № 3871-2).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступила к обычным занятиям на 30 день. Р-мма № 2785. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 104. П-ко, 13 лет, учащийся. Амб.карта № 646.

Поступил 8.У-52 г. Р-ммы №№ 1372-3, 1372-3-4-5.

ДИАГНОЗ: Перелом в нижней трети обеих лучевых костей без смещения дистальных отломков.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 5-6 день. Обслуживает себя. В уходе не нуждается.

Шина снята на 14 день. Динамометрия: правая 15 кг, левая - 12 кг.

Трудоспособность восстановлена полностью через 21 день. Р-ммы №№ 1210-11, 1212-13. Отломки консолидировались в прежнем положении. Динамометрия: правая - 21 кг, левая - 18 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 105. З-ва, 53 лет, домохозяйка. Амб.карта № 70.

6.1-53 г. упала на спину и ударилась тыльной поверхностью левого предплечья.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 15-16).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10-й день. Рабочая функция конечности восстановилась на 38 день. Р-мма № 495-6. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 106. В-ва, 50 лет, домохозяйка. Амб.карта № 133.

Поступила 9.1-1953 года.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 80-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в лучезапястном суставе нормализовались на 10 день. Приступила к своей обычной работе на 27 день. 29.1-53 г. Р-мма № 279-1. Отломки в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 107. См.текст стр. 204.

НАБЛЮДЕНИЕ 108. Е-а, 67 лет, домохозяйка. Амб.карта № 13.

9.1-53 г. поступила по поводу перелома левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 92-3.

Лечилась физиологическим методом.

Приступила к обычной работе на 21-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 109. К-ва, 50 лет, домохозяйка. Амб.карта № 123.

12.1-53 г. поступила по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 130-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 10 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 30-й день. Р-мма № 435-6. Стояние отломков хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 110. П-ва, 63 лет, домохозяйка. Амб.карта № 233.

Поступила 24.1-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 311-3).

Отломки вправлены под спиртоновокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12 день. Приступила к своей обычной работе на 35 день. Р-мма № 1900. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 111. Б-в, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 47.

Поступил 24.1-1953 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 296-7.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Приступил к обычной работе на 21 день.

Осмотр через год. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 112. М-ва, 57 лет, домохозяйка. Амб.карта № 234.

24.1-53 г. поступила по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 215).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 11 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 31 день. Р-мма № 391-3. Отломки в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 113. И-зе, 57 лет, библиотекарь. Амб. карта № 1235.

Поступила 24.1-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 300-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в лучезапястном суставе нормализовались на 8 день. Приступила к профессиональной работе на 16 день. Отломки в хорошем стоянии.

Через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 114. Ч-на, 39 лет, счетовод. Амб.карта № 151.

24.1-53 г. упала на вытянутую правую руку. Поступила тотчас с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 365).

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной поперечно-оскольчатый перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 371. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Приступила к работе в шине на 10-й день. Контрольная р-мма № 631. Стояние отломков хорошее. Шина снята на 21 день.

Профессиональная трудоспособность полностью восстановлена через 25 дней. Динамометрия: правая 17 кг, левая - 29 кг. Р-мма № 571-2. Стояние отломков хорошее.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Динамометрия: правая - 35 кг, левая - 31 кг.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 115. Б-а, 60 лет, уборщица. Амб. карта № 19.

24.1-53 г. обратилась с жалобами на боли в дистальной трети правого предплечья. Заболевание связывает с падением на правую вытянутую руку.

Местно: штыкообразная деформация левого предплечья, гематома над кистевым суставом. Радио-ульнарный угол справа 70°, слева - 120°. При пальпации и поколачивании в области деформации резкие боли. Движения в кистевом суставе невозможны из-за болей, в пальцах сохранились в небольшом объеме. На р-мме правого кистевого сустава № 234-1 от 24.1-53 г. отмечается поперечный перелом дистального конца правой лучевой кости со смещением отломка на 0,8 см к тылу и в сторону луча на 0,5 см.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом правого луча в "типичном" месте с выраженным двойным смещением отломков.

Под спирто-новокаиновой анестезией (10 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Осмотр на следующий день. Состояние удовлетворительное. Жалуется на умеренные боли в области перелома. Сон не нарушен, кисть умеренно отечна, движения в пальцах активные, малоболезненны. Назначения те же.

27.1. Жалуется на умеренные боли при активном движении в кистевом суставе; сон, аппетит хорошие. Объем движений в пальцах - в норме. Отека кисти нет.

5.П. Движения к вистевом суставе в полном объеме, на боли не жалуется.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

10.П. Обслуживает себя, моет посуду, готовит обед, убирает постель, топит печь.

28.П. Шина снята. Деформации нет. Супинация ограничена на 30-40°, пронация - на 10-15°. Разрешается приступить к выполнению легкой физической работы. Динамометрия: правая 12 кг, левая - 26 кг.

З.Ш. Стирает, моет полы. Жалуется на боли в области перелома при выжимании половой тряпки. С помощью швабры она свободно моет полы.

Р-мма № 608-9. Отломки сохраняют достигнутое при вправлении положение. Выраженная консолидация. Динамометрия - правая 15 кг, левая - 25 кг.

10.Ш приступила к своей профессиональной работе.

7.УП - осмотр через 6 месяцев. Жалобы на боль при перемене погоды. Анатомических и функциональных нарушений нет. Выполняет прежнюю работу. Динамометрия: правая 27 кг, левая - 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 116. Ф-л, 45 лет, переплетчица. Амб.карта № 11.

24.1-53 г. при падении на спину ударилась тыльной поверхностью правого предплечья. Поступила тотчас с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти. (Р-мма № 300-1).

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 310-2. Стояние отломков хорошее. Движение во всех суставах кисти нормализовалось на 13-й день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60°. (Р-мма № 412-13).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на утомляемость конечности при длительной физической нагрузке. Динамометрия: правая 32 кг, левая - 29 кг.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 117. А-ва, 43 лет, портниха. Амб.карта № 105.

24.1-53 г. упала на спину и ударилась тыльной поверхностью левого предплечья. Поступила тотчас с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти(р-мма № 427).

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти по отвердению гипса.

Контрольная р-мма № 431-2 - стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 8-й день. С 15-го дня шьет на ручной машинке, вяжет. Обслуживает себя. Шина снята на 21-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. (Р-мма № 600).

Приступила к профессиональной работе через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 118. Б-о, 55 лет, уборщица. Амб.карта № 97.

Поступила 27.1-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 314-15.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10-й день. Приступила к профессиональной работе на 25-й день.

Р-мма № 546-7. Отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 119. А-ва, 50 лет, домохозяйка. Амб.карта № 300.

28.1-53 г. поступила по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 236-7).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 8 день. Рабочая функция кисти восстановилась на 28-й день. Р-мма не произведена по техническим причинам.

НАБЛЮДЕНИЕ 120. С-на, 62 лет, пенсионерка. Амб.карта № 317.

Поступила 29.1-53 г.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма № 59).

Отломки вправлены под спиртоновокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10-й день. Приступила к своей обычной работе на 29-й день. Р-мма № 552-3:

НАБЛЮДЕНИЕ 121. Ш-т,70 лет, шеф-повар. Амб.карта № 391.

31.1-53 г. при падении на левую вытянутую руку получила перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 402).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 13-й день. Приступила к профессиональной работе на 28-й день. Р-мма № 547. Стояние отломков хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 122. Д-а, 35 лет, кассир. Амб.карта № 131.

31.1-1953 г. обратилась в Республиканскую Поликлинику с жалобами на боли в дистальной трети левого предплечья. Больная шла по улице, поскользнулась и упала на спину, при этом, желая удержаться, она тяжесть тела перенесла на вытянутую левую руку, в результате почувствовала резкую боль в дистальной трети предплечья.

Местно: выраженная деформация нижней трети левого предплечья. Радио-ульнарный угол 110^{0} слева и 120^{0} справа. Резкие боли при пальпации луча в "типичном" месте и шиловидного отростка локтевой кости. Движения в суставах кисти резко ограничены и болезненны.

Р-мма № 409-10. Поперечно-оскольчатый перелом дистального конца лучевой кости со смещением отломка к тылу на 0,8 см, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Поперечно-оскольчатый перелом левого луча в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.

Под местной анестезией отломки луча вправлены. Радио-суставные углы по 120^{0}. Отломок фиксирован угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

На 10-й день двигательная функция кисти нормализовалась. Обслуживает себя.

Назначение: сжимательные движения кистью

17-й день. Больная работает по своей профессии. Выдала зарплату, ведет счетную работу. Полностью обслуживает себя.

21.П - снята шина. Ось предплечья правильная. Двигательная функция кисти в полном объеме. Супинация ограничена на 30-40°. Больная работает по своей профессии с семнадцатого дня после перелома. Обслуживает себя.

На р-мме № 610-11 после снятия шины 21.П-53 г. заметна консолидация отломков в том положении, которое было достигнуто при вправлении.

Приступила к профессиональной работе.

13.УП-53 г. Осмотр через 6 месяцев. Жалоб нет. Анатомических и функциональных нарушений не обнаружено.

НАБЛЮДЕНИЕ 123. Т-я, 35 лет, почтальон. Амб.карта № 138.

Обратилась к нам 31.1-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 367-8.

Отломки фиксированы угловой шиной.

Шина снята на 14-й день. Приступила к профессиональной работе в шине на 9-й день.

Р-мма № 558-9 - отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 124. С-на, 43 лет, кассир. Амб.карта № 300.

Поступила 2.П-53 г. Упала на левую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 347).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10 день. Приступил к работе на 10-й день. Шина снята на 21 день. Ось пред-

плечья не нарушена. Полностью восстановлена профессиональная трудоспособность. 2.Ш- р-мма № 656-7. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 125. Г-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 743.

Поступил на второй день после падения на левую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в нижней трети без смещения дистального отломка. Р-мма № 2116-17.

Предплечье фиксировано угловой шиной на две недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Приступил к своим обычным занятиям на 18 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 126. Т-ли, 26 лет, рабочий-землекоп. Амб.карта № 49.

Поступил 3.П-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 3967.

Предплечье фиксировано угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 5-й день. Шина снята на 14-й день. Выполняет легкую физическую работу. Приступил к профессиональной работе на 29-й день.

Р-мма № 548-1 - отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 127. К-ва, 79 лет, пенсионерка. Амб.карта № 329.

4.П-53 г. упала на вытянутую левую руку. Поступила тотчас по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 369).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10-й день. Рабочая функция конечности восстановилась на 40-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 128. Ф-н, 22 лет, учитель. Амб. карта № 55.

Обратился к нам 7.П-1953 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 427-8.

Отломки фиксированы угловой шиной. Шина снята на 14 день.

Приступил к профессиональной работе на 15 день.

Осмотр через год. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 129. М-а, 64 лет, домохозяйка. Амб.карта № 127.

Поступила 7.П-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 423-4).

ДИАГНОЗ: Поперечно-оскольчатый перелом правого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 429 - стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Шина снята на 28-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°. (Р-мма № 774-5). Приступила к обычной работе через 37 дней.

Отдаленный результат через один год: функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 130. См. стр. 331, наблюдение 188"а".

НАБЛЮДЕНИЕ 131. Д-о, 40 лет, уборщица. Амб.карта № 936.

Поступила 7.П-53 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти.

ДИАГНОЗ: Флексионный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка к ладони, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма не произведена по техническим причинам.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°.

Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 132. А-в, 30 лет, шофер. Амб.карта № 93.

17.1-53 г. час тому назад упал на обе подвернутые кисти.

ДИАГНОЗ: Двусторонний внутрисуставной перелом обеих лучевых костей в "типичном" месте без смещения дистальных отломков.

Отломки фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевых суставах нормализовались на 6-7-й день. Обслуживает себя. В уходе не нуждается. Шины сняты на 14-й день. Ось предплечья как справа, так и слева не нарушена. Супинация ограничена на 30° справа и слева на 30-40°. На 18-й день хорошо управляет рулем автомашины.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 21 день. Динамометрия: правая - 35 кг, левая - 31 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 133. Б-ва, 11 лет, ученица. Амб.карта № 316.

8.П-53 г. поступила по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 702-3).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 20-й день. Р-мма не произведена по техническим причинам.

НАБЛЮДЕНИЕ 134. Р-ва, 49 лет, домохозяйка. Амб.карта № 322.

17.П-53 г. при падении на вытянутую руку получила внутрисуставной перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 532-3).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 9-й день. Приступила к своей обычной работе на 31-й день. Р-мма № 709-10.

Осмотр через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 135. Б-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 419.

24.П-53 г. поступил по поводу перелома левой лучевой кости выше эпифизарной линии с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 635-6).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 25-й день. Р-мма № 809-10. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 136. З-ва, 62 лет, домохозяйка. Амб.карта № 459.

Поступила 28.П-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 633-4).

Отломки вправлены под спиртоновокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 11-й день. Приступила к своей обычной работе на 41 день. Динамометрия: правая рука - 18 кг, левая - 14 кг.

Р-мма № 768-9. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 137.см. текст стр. 209.

НАБЛЮДЕНИЕ 138. Г-ва, 20 лет, учащаяся. Амб.карта № 501.

28.П-53 г. поступила по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 679-80).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Рабочая функция конечности восстановилась на 23-й день.

Р-мма № 803-4. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

Через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 139. Ш-га, 34 лет, рабочий. Амб.карта № 208.

При падении на правую руку получил перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.Р-мма №681.

Отломки фиксированы угловой шиной на 14 дней.

Приступил к прежней работе на 28-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 140. Р-на, 53 лет, бухгалтер. Амб.карта № 211.

Поступила 3.Ш-53 г. Упала на подвернутую левую руку. Р-мма № 706.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка к ладони.

Отломки вправлены под новокаиновой анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 711. Стояние отломков удовлетворительное. Движения в кистевом суставе к тылу нормализовались на 10-й день. К ладони - приблизились к норме после снятия шины. Шина снята на 22-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней. Вращательные движения предплечья приближаются к норме.

Р-мма от 6.IУ № 1036-7. Отломки консолидировались в достигнутом при вправлении хорошем положении.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 141. Ж-а, 63 лет, дворник. Амб.карта № 213.

Поступила 4.Ш-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти.Р-мма № 792-3.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с раздроблением периферического отломка и умеренным смещением его, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 12-й день. Шина снята на 24-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°.

Приступила к работе в шине на 19-й день. Р-мма № 816-17. Отломки в хорошем положении.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 142. Г-ва, 58 лет, домохозяйка. Амб.карта № 303.

5.II-53 г. поступила по поводу перелома правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 314.

Лечилась физиологическим методом.

Приступила к обычной работе на 29 день. Р-мма № 968-9 - отломки консолидировались.

Осмотр через год. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 143. Х-а, 54 лет, домохозяйка. Амб.карта № 304.

Поступила 5.II-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. Р-мма № 732-3.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12 день. Приступила к обычной работе на 28 день.

Р-мма № 739 - отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 144. П-а, 48 лет, домохозяйка. Амб.карта № 220.

Поступила 5.II-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 501.

Предплечье фиксировано угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10-й день. Приступила к обычной работе на 25-й день. Р-мма № 735. Отломки консолидировались.

Осмотр через год. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 145. Х-ва, 50 лет, домохозяйка. Амб.карта № 131.

Поступила 5.Ш-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 817).

ДИАГНОЗ: Вколоченный перелом правого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 840-41. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Шина снята на 32-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-80°, болезненна.(Р-мма № 920-2).

Трудоспособность восстановлена полностью через 40 дней. Динамометрия: правая 14 кг, левая - 27 кг.

Осмотр через 3 месяца. Боль при длительной физической нагрузке, перемене погоды, выжимании белья, утомляемость.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Боль при супинации.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 146. У-ва, 61 года,домохозяйка. Амб.карта № 200.

5.Ш упала на вытянутую левую руку. Поступила тотчас с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти. (Р-мма № 734-5).

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка и продольной трещиной проксимального. Подвывих в дистальном луче-локтевом сочленении.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 890-1. Подвывих в луче-локтевом сочленении устранен, стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 13-й день. Шина снята на 25-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°. (30.III р-мма № 814-15). Стояние дистального отломка хорошее, имеется умеренный подвывих в луче-локтевом сочленении. Функция кисти восстановилась на 60-й день.

Явилась на осмотр через 3 месяца. Жалуется на боль при перемене погоды, утомляемость конечности, боль при поднятии тяжести. Супинация ограничена на 10-15°, болезненна.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 147. Г-я, 43 лет, домохозяйка. Амб.карта № 261.

5.III-1953 г. упала на левую подвернутую руку. Поступила через 3 часа с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 730-1).

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу, отрыв шиловидного отростка.

Отростки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(15,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 825-6: смещение дистального отломка полностью устранено. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 23-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена и болезненна (р-мма № 837). Отломки сохранили к тылу достигнутое при вправлении анатомическое положение, наступило незначительное (0,3 см) смещение в сторону луча. Функция конечности восстановилась на 35-й день.

Отдаленный результат один год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 148. Г-ва, 55 лет, врач-педиатр. Амб.карта № 2350.

6.III-53 г. Накануне упала на вытянутую правую руку, при этом ощутила в нижней трети предплечья боль и хруст. Р-мма № 316. Радио-ульнарный угол на 120°.

ДИАГНОЗ: Оскольчатый перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 425-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 23 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°(р-мма № 1037-38). Приступила к работе в шине за 4 дня до ее снятия.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 28 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЯ №№ 149 и 150 см. текст, стр. 161-162.

НАБЛЮДЕНИЕ 151. Р-у, 70 лет, домохозяйка. Амб.карта № 265.

Поступила 7.Ш-1953 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти(р-мма № 744-5).

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом левого луча в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(15,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 15-й день. Шина снята на 23-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°, болезненна (р-мма № 90).

Трудоспособность восстановлена полностью через 45 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 152. Л-ко, 54 лет, домохозяйка. Амб.карта № 135.

Обратилась к нам 7.Ш-53 г.

ДИАГНОЗ: перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 325-6.

Отломки фиксированы угловой шиной. Шина снята на 17 день. Приступила к обычной работе на 25 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 153. Х-ва, 45 лет, корректор. Амб.карта № 199.

Поступила 7.Ш-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 736).

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом правого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(15,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 771-2. Имеется смещение в сторону луча на 0,3 см. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 13-й день. Шина снята на 27-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60°. (Р-мма № 948). Отломки сохраняют достигнутое при вправлении положение.

Приступила к работе в шине через 21 день. Динамометрия: правая рука 15 кг, левая - 20 кг.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на утомляемость конечности при тяжелой физической нагрузке, боли в непогоду. Динамометрия: правая - 25 кг.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 154. С-на, 73 лет, иждивенка. Амб.карта № 270.

7.Ш-53 г. упала на правый бок. Механизм травмы не установлен. Поступила 11 марта с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти (р-мма № 753-4).

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма от 12.Ш № 852-3. Тыльное смещение полностью устранено. Сохраняется смещение в сторону луча на 0,3 см. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 15-й день. Шина снята на 30-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 80-90°. (Р-мма № 1130).

Трудоспособность восстановлена полностью через 60 дней. Динамометрия: левая - 18 кг, правая - 10 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев: анатомических нарушений не установлено, двигательная функция кисти в норме. Имеется ограничение супинации на 10°. Выполняет ту работу, которую она выполняла до травмы. Динамометрия: правая 19 кг, левая - 18 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 155. Б-ва, 63 лет, домохозяйка. Амб.карта № 431.

7.Ш-1953 г. упала на вытянутую левую руку. Поступила 14.Ш.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 882-3).

Отломки фиксированы угловой шиной без вправления их.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 20 день. Приступила к обычным занятиям на 35 день. Р-ммы №№ 973-4 и 1185-6 показывают, что консолидация отломков наступила в положении умеренного смещения. Динамометрия: левая - 12 кг, правая - 24 кг.

Осмотр через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 156. Ш-ва, 49 лет, домохозяйка. Амб.карта № 331.

7.Ш-53 г. упала на правую вытянутую руку. Поступила на третий день после травмы.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка.

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12-й день. Приступила к обычной работе на 35 день. Р-мма № 1151-2. Отломки в хорошем состоянии. Динамометрия: левая - 18 кг, правая - 13 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 157. С-ва, 47 лет, рабочая. Амб.карта № 10350.

Поступила 7.Ш-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 742-3.

ДИАГНОЗ: Перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10 день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Р-мма № 415 - стояние отломков луча хорошее. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью на 40-й день.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 158. С-ва, 47 лет, рабочая. Амб.карта № 1350.

Поступила 8.УП-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Упала на подвернутую руку. Р-мма № 2107.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8-й день. Шина снята на 19-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. Выполняет легкую физическую работу по само - обслуживанию. Р-мма № 1657-8 после снятия шины - стояние отломков хорошее.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 45 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу

НАБЛЮДЕНИЕ 159. А-в, 29 лет, портной. Амб. карта № 9061.

7.У-53 г. Десять дней тому назад, во время работы, упал со стола на подвернутую левую руку. Во второй клинической боль-

нице больному произведено вправление отломка луча и наложена гипсовая лангета от головок пястных костей до верхней трети плеча.

7.У - обратился к нам. Произведена р-мма № 1987-8 в повязке. Обнаружено значительное смещение дистального отломка к тылу. Повязка снята. Конечность в дистальной трети значительно деформирована. Радио-ульнарный угол 100°. Резкие боли при пальпации нижней трети луча и шиловидного отростка локтевой кости. Предплечье и кисть отечны. На тыле кисти имеется ссадина, покрытая корочкой. Движения в пальцах, как и в кистевом суставе, резко ограничены и болезненны.

Под местной анестезией (2% р-р 25 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: по отвердению гипса - ЛФК и массаж.

8.У. Отек кисти несколько больше, чем до вправления. Сон не нарушен. Умеренные боли. Движения в пальцах более чем на 50%, в кистевом суставе резко ограничены и болезненны.

На контрольной р-мме № 1493-14 - стояние отломков хорошее.

11.У. Отека нет. Движения в пальцах - норма. Динамометрия - 3 кг. 12.У - Динамометрия - 8 кг. 14.У - Объем движений в кистевом суставе приближается к норме. Динамометрия - 9 кг. 16.У - Динамометрия - 10 кг. Шина хорошо фиксирует предплечье. Обслуживает себя. 23.У - Динамометрия - 15 кг. Шьет, но утомляется конечность, болей не чувствует. 30.У. Снятие шины. Ось предплечья не нарушена. Умеренная припухлость в области перелома. Деформации нет. Движения во всех суставах кисти - в норме. Супинация ограничена на 30°. Динамометрия 18 кг(левая) и 39 кг (правая).

Р-мма № 1336-7. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

1.У1 - Приступил к своей профессиональной работе по собственному желанию.

13.Ш - Осмотр через шесть месяцев. Жалуется на боли при изменении погоды. Выполняет прежнюю работу. Анатомических и функциональных нарушений не обнаружено.

Динамометрия: правая - 40 кг, левая - 37 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 160. Е-а, 21 г., портниха. Амб.карта № 53.

Поступила 9.III-53 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. 7.III упала на вытянутую левую руку. Р-мма № 746-7.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день. Шина снята на 16-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 21 день. Р-мма № 811-12. Стояние отломков хорошее. Консолидация отломков заметна выражена.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 161. Г-в, 40 лет, шофер. Амб.карта № 342.

Поступил 13.III-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 762-3.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной поперечно-оскольчатый перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день.

Без ведома приступил к профессиональной работе в шине на 17-й день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20°. Динамометрия: правая - 27 кг, левая - 36 кг.

Р-мма № 888. Выраженная консолидация в достигнутом при вправлении анатомическом положении.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 162. Г-в, 25 лет, колхозник. Амб.карта № 222.

14.III-53 г. опрокинулась подвода, в результате упал на вытянутую левую руку. Поступил 15.III с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-ма № 764-5).

ДИАГНОЗ: Косой внутрисуставной перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 876-7. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день.

21 день. Жалоб нет. На приеме заявил, что он вчера выехал на машине в поле, нагрузил сено, привез в ферму и выгрузил, сложив в копну. Шина снята на 28-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. (Р-мма № 1561-2).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 32 дня. Динамометрия: правая - 65 кг, левая - 45 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 163. Б-ва, 35 лет, домохозяйка. Амб.карта № 233.

18.III-53 г. при падении на правую руку получила перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка, с отрывом шиловидного отростка локтевой кости. Р-мма №950-31.

Отломки фиксированы угловой шиной на 14 дней.

Приступила к обычной работе на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 164. Е-в, 29 лет, инженер-топограф. Амб.карта № 63.

2.IV упал на левую руку. 3.IV-53 г. поступил по поводу перелома левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 951-2.

Лечился физиологическим методом.

Приступил к профессиональной работе на 29 день.

Динамометрия: 22 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 165. Б-ва, 48 лет, колхозница. Амб.карта № 338.

Поступила 7.IУ-53 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. 5.IУ упала и ударилась тыльной поверхностью левого предплечья. Р-мма № 879-9.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка к тылу.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% - 20,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10 день. Шина снята на 20 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 15°. Динамометрия: левая 15 кг, правая - 26 кг. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию.

Р-мма № 1020-1. Стояние отломков хорошее. Консолидация слабо выражена.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней. Больная работает в огородной бригаде колхоза. Поливала и рассаживала парниковые культуры, колола лучины и т.д. Особых жалоб нет.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Динамометрия: правая - 27 кг, левая - 25 кг. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 166, см. текст стр. 190.

НАБЛЮДЕНИЕ 167. П-в, 8 лет, учащийся. Амб.карта № 333.

Поступил 7.П-53 г. после падения на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 430).

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил к обычной работе на 21 день. Р-мма № 606-7. Дистальный эпифиз располагается по оси луча.

НАБЛЮДЕНИЕ 168. А-а, 43 лет, гардеробщица. Амб.карта № 791.

Поступила 15.1У-53 г. с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 930-1.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости. Подвывих в луче-локтевом сочленении.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-мма № 969-70. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50°.

Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных нарушений не установлено. Анатомически - подвывих луче-локтевого сочленения (выстояние головки локтевой кости). Временно не работает.

НАБЛЮДЕНИЕ 169. См. текст стр. 219.

НАБЛЮДЕНИЕ 170. Ц-в, 40 лет, учитель. Амб.карта № 1222.

Поступил 16.1У-53 г. по поводу перелома правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 1295-6.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10 день. Профессиональная трудоспособность восстановилась на 29 день. Динамометрия: правая 22 кг, левая - 29 кг.

15.У. Р-мма № 1186-7 - отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 171. С-ч, 22 лет, студент. Амб.карта № 311.

28.1У-53 г. упал на левую вытянутую руку. Поступил 29.1У по поводу косого перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма №. 1050-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 30-й день. Динамометрия - 20 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 172. Д-а, 45 лет, домохозяйка. Амб.карта № 1110.

22.IУ-53 г. при аварии автомашины упала на подвернутую правую руку. Поступила 23.IУ по поводу внутрисуставного перелома правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.(Р-мма № 986-7).

Отломки фиксированы после вправления угловой шиной.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 8-й день. Рабочая функция восстановилась на 32-й день. Динамометрия: правая - 16 кг, левая - 28 кг. Р-мма № 1169-70. Стояние отломков хорошее с выраженной консолидацией.

НАБЛЮДЕНИЕ 173. Б-в, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 1333.

Обратился к нам 8.У-53 г.

ДИАГНОЗ: перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.(Р-мма № 1117-18).

Отломки фиксированы угловой шиной. Шина снята на 7 день. Приступил к обычной работе на 21 день. Динамометрия: 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 174. См. текст стр. 202.

НАБЛЮДЕНИЕ 175. А-в, 31 года, колхозница. Амб.карта № 172.

Поступила 13.У-53 г. 10.У при падении на левую руку получила поперечно-оскольчатый перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка, с отрывом шиловидного отростка локтевой кости. Р-мма № 1559-60.

Отломки фиксированы угловой шиной на 7 дней.

Приступила к прежней работе на 30 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 176. Д-с, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 922.

Поступил 17.У-53 г. по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма № 1614-15)

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 25 день.

Р-мма № 1871-2. Дистальный эпифиз располагается по оси лучевой кости.

НАБЛЮДЕНИЕ 177. П-с, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 923.

17.У-53 г. при падении с высоты двух метров на вытянутую левую руку почувствовал боль в нижней трети предплечья.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз левого луча с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 1614-15).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Функция кисти восстановилась полностью на 25 день. Р-мма № 1771-2. Анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 178. Ч-в, 51 г.,рабочий. Амб.карта № 927.

21.У-53 г. За час до обращения упал на спину, при этом ударился тыльной поверхностью левого предплечья о край ямы и почувствовал боль в конечности.

Местно: левая верхняя конечность штыкообразно деформирована в нижней трети. Радио-ульнарный угол ее уменьшен до 80^{0}. Функция кисти резко нарушена. При пальпации и поколачивании интенсивные боли соответственно деформации предплечья. Область шиловидного отростка локтевой кости мало болезненна.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом дистального конца левой лучевой кости с резким смещением отломков.

Под спирто-новокаиновой анестезией (10 мл) произведено вправление отломков, а затем фиксация их угловой шиной.

Совет: легкий массаж кисти и ЛФК.

Контрольная р-мма № 1236-7 показывает хорошее стояние отломков.

22.У - сон удовлетворительный, особых болей не испытывает, жалуется на чувство одервенелости первых двух пальцев.

Контрольная р-мма № 1665-6 - отломки сохраняют достигнутое при вправлении хорошее анатомическое положение. 25.У отек спал.

29.У - объем движений в кистевом суставе приблизился к норме. Обслуживает себя. Динамометрия 8 кг.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

1.У1. Динамометрия 10 кг, 5.У1 - 12 кг.

Контрольная р-мма № 1690-1 - отломки сохраняют достигнутое положение.

18.У1. Шина снята. Двигательная функция в суставах кисти в норме. Деформаций нет. Контрольная р-мма № 1921-2. Стояние отломков хорошее. Консолидация отломков слабая. Жалуется на чувство онемения первого пальца. Динамометрия - 14 кг.

21.У1. Динамометрия 17,8 кг. Полностью обслуживает себя. Выполняет легкую физическую работу.

30.У1 приступил к своей профессиональной работе. Р-мма № 444 - отломки консолидировались.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений нет. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 179. С-ли, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 403.

При падении на левую руку получил перелом левого луча в нижней трети без смещения дистального отломка. Р-мма № 1363.

Отломки фиксированы угловой шиной на 14 дней.

Приступил к обычной работе на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 180. А-а, 60 лет, домохозяйка. Амб.карта № 17000.

17.У1-53 г. упала на спину. Механизм травмы не помнит. Поступила 18.У1.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной. (Р-мма № 1917-4).

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 14 день. Приступила к своей обычной работе на 35 день. Р-мма № 2003-1.

НАБЛЮДЕНИЕ 181. М-в, 20 лет, шофер. Амб.карта № 244.

18.1У-53 г. во время заводки мотора получил контрудар. 21.1У поступил по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с

умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 976-7).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 6 день. Шина снята на 14 день. Выполняет легкую физическую работу. Водит автомашину. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 25 день. Динамометрия - правая 27 кг, левая - 39 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 182. Т-ко, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 1109.

Поступил 29.У1-53 г. Упал на вытянутую левую руку.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз левого луча с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2000-1).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной. Р-мма № 2074-5. Стояние дистального эпифиза хорошее. Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Функция конечности восстановилась на 25 день.

Р-мма № 2344-3. Анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 183. С-н, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 334.

7.П-53 г. при падении на правую вытянутую руку получил эпифизиолиз правого луча с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 478-9).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 8 день. Приступил к обычной работе на 25 день. Р-мма № 778. Дистальный эпифиз правого луча располагается по оси лучевой кости.

НАБЛЮДЕНИЕ 184. П-ко, 7 лет, иждивенец. Амб.карта № 522.

Поступил 10.1У-53 г. Р-мма № 344.

ДИАГНОЗ: Перелом обеих лучевых костей в нижней трети с умеренным смещением отломков.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловыми шинами.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 349. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кистей нормализовались на 7 день. Обслуживает себя. В уходе не нуждается.

Шина снята на 14 день. Оси предплечий не нарушены.

Функция конечностей восстановлена полностью через 21 день. Р-мма № 1128-9. Отломки консолидировались в хорошем стоянии.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 185. К-льда. 13 лет, учащаяся. Амб.карта № 4594.

Поступила 22.У1-53 г. Р-мма № 1935-36.

ДИАГНОЗ: Двусторонний эпифизиолиз дистальных концов лучевых костей с умеренным смещением отломков и отрывом тыльных краев метафизов.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1936-39. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7 день. Успевает писать диктант. В уходе не нуждается.

Шина снята на 14 день. Играет в городки, волейбол.

Трудоспособность восстановлена полностью через 21 день. Р-мма № 2159-60. Стояние дистальных эпифизов хорошее.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 186. К-а, 31 года, медсестра. Амб.карта № 996.

Поступила 29.У1-53 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. 23.У1 упала с лестницы на левую вытянутую руку. Р-мма № 1558-9.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 8 день. Шина снята на 23 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20°. Динамометрия: 6.УП левая - 8 кг, правая -24кг 9.УП - 10 кг, 27.УП-15 кг. Приступила к работе в шине на 18 день

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней. Р-мма № 2214-15. Наступила заметная консолида - ция отломков в хорошем анатомическом положении.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 187. И-на, 72 лет, домохозяйка. Амб.карта № 679.

Пять дней тому назад упала на правую вытянутую руку. Поступила 1.УП-53 г. по поводу компрессионного перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 699).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 14день. Функция кисти восстановилась на 42 день. Р-мма № 341. Динамометрия: левая 17 кг, правая - 13 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 188 см. текст стр. 178.

НАБЛЮДЕНИЕ 188 "а". О-о, 47 лет,парикмахер. Амб.карта № 1960.

9.УП-53 г. обратилась с жалобами на резкие боли в дистальной трети правой верхней конечности, отек и беспокойный сон. 8.УП упала на правую вытянутую руку, при этом почувствовала боль и хруст в нижней трети предплечья. Предплечье резко деформировалось. В амбулатории диагносцировали перелом дистального конца луча, произвели вправление отломков, а затем фиксировали пред - плечье лонгетой до средней трети плеча. Ночь провела беспокойно из-за болей. Сегодня обратилась к нам.

Произведена контрольная р-мма (в лонгете) № 2122. Поперечно-оскольчатый перелом дистальной трети правого луча со смещением отломка к тылу на 0,8 см и в сторону луча на 0,5 см. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости. Лонгета удалена.При осмотре резко выраженный отек предплечья, кисти и пальцев. Движения в кистевом суставе невозможны из-за болей. Движения в пальцах резко ограничены и болезненны. Радио-ульнарный угол 110°. Пальпаторно-резкая болезненность в нижней трети лучевой кости и шиловидного отростка локтевой.

ДИАГНОЗ: Поперечно-оскольчатый перелом правого луча в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Совет: массаж кисти и ЛФК.

Осмотр на следующий день: состояние удовлетворительное. Жалуется на умеренные боли в области перелома, чувство онемения первых двух пальцев; спала спокойней чем накануне. На контрольной р-мме №.1604-5 от 10.УП - стояние отломков хорошее. Назначения те же.

11.УП. Динамометрия: правой руки - 3 кг, левой - 24 кг.

12.УП. Динамометрия: правой руки - 4 кг;отек спал, движения в пальцах в норме.

14.УП. Динамометрия: 6,2 кг; 17.УП - 7,5 кг. Обслуживает себя, готовит обед.

Назначение: профессиональные движения ножницами, машинкой, бритвой.

18.УП. Движения в кистевом суставе нормализовались. Динамометрия - 8 кг. Назначены силовые и сжимательные движения кистью.

23.УП. Динамометрия 9 кг.

30.УП. Динамометрия 14 кг. Полностью обслуживает себя. Работала, постригла клиента электромашинкой, а затем ножницами, при этом она отметила, что не может быстро разводить и сводить ножницы, устает рука. Снятие шины. Деформации нет. Двигательная функция кисти в норме. Динамометрия - 16 кг.

Р-мма № 2307-8. Отломки сохранили достигнутое при вправлении положение. Консолидация выражена.

5.УП. С 8 час.утра до 12 час. побрила 7 человек и трех постригла. Жалуется на боль в области перелома в момент, когда она ведет бритву вверх, в положении супинации. В этом положении рука несколько утомляется, но это быстро проходит если руку опустить на несколько секунд.

10.УП. Больная приступила к своей профессиональной работе.

17.УП-1954 г. явилась на повторный осмотр. Анатомических и функциональных нарушений не обнаружено, больная выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 189. З-ва, 12 лет, учащаяся. Амб.карта № 1333.

Поступила 16.УП-53 г. по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2201-2).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движения в кистевом суставе восстановились на 7 день. Рабочая функция восстановилась на 21 день. Р-мма № 2396-2. Анатомических нарушений не обнаружено.

НАБЛЮДЕНИЕ 190 см. текст стр. 171.

НАБЛЮДЕНИЕ 190 "а". С-в, 12 лет, учащийся. Амб.карта № 1669.

12.УП-53 г. упал с дерева на вытянутую правую руку. Поступил 14.УП по поводу эпифизиолиза правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2164-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Назначение ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 21 день. Динамометрия 17 кг. Р-мма не произведена по техническим причинам.

НАБЛЮДЕНИЕ 191. Б-ли, 48 лет, продавщица. Амб.карта № 1114.

Поступила 16.УП-53 г. (Р-мма № 2192-3).

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 2219 от 18.УП и 857 от 21.УШ-53 г. показывают хорошее стояние отломков. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 13 день. Шина снята на 22 день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 40-50°. (Р-мма № 1700). Приступила к работе в шине на 15 день.

Профессиональная трудоспособность полностью восстановлена через 30 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 192. Г-в, 37 лет, педагог. Амб.карта № 191.

Поступил 16.УП-53 г. 15/УП упал на левую руку.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 797).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой по Фридляндy (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 799. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 9 день. Шина снята на 20 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. Динамометрия: 17.УП - 2,5 кг, правая - 45 кг; 18.УП - 8 кг, 20.УП - 10 кг, 25.УП - 15 кг, 30.УП - 20 кг. Приступил к работе в шине через 14 дней.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 193. К-в, 31 года, рабочий-грузчик. Амб.карта №1449.

Поступил 23.УП-53 г. При падении с дерева на правую подвернутую руку почувствовал боль в дистальной трети предплечья. Р-мма № 2647.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной флексионный перелом правой лучевой кости с раздроблением и с умеренным смещением периферического отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе к тылу нормализовались на 14-й день. К ладони приблизились к норме после снятия шины. Шина снята на 25 день.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 50 дней. Р-мма № 2786-7. Умеренное смещение дистального отломка к ладони.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 194. К-ва, 22 лет, рабочая. История болезни № 4043.

23.УП-53 г. доставлена в клинику после аварии автомашины с жалобой на боль в грудном отделе позвоночника и левого предплечья.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом 7-го грудного позвонка, перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки луча вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 25 день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. (Р-мма № 382). Консолидация хорошо выражена.

Больная через 12 дней после поступления могла обслуживать себя в постели. Расчесывала волосы и т.д.

Лечение позвоночника проводилось функциональным методом.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений со стороны левой верхней конечности нет. Переведена на легкую физическую работу по причине основной травмы позвоночника.

НАБЛЮДЕНИЕ 195. М-ев, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 2350.

Обратился 27.УП-53 г. 26.УП упал с турника на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма № 1811-12).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 25 день. Р-мма № 1795-6. Анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 196. К-а, 13 лет, учащаяся. Амб.карта № 1941.

28.УП-53 г. поступила на 4-й день.

ДИАГНОЗ: Перелом нижней трети левого луча без смещения ди-

стального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Предплечье фиксировано угловой шиной. Р-мма № 1660-1.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день.

Приступил к обычным занятиям по выполнению легкой физической работы на 14 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 197. Б-я, 50 лет, домохозяйка. Амб.карта № 14221.

31.УП-53 г. 28.УП при падении на правую руку получила перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 953).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 14 день. Функция кисти восстановилась на 37 день. Динамометрия: правая 17 кг, левая 27 кг. Р-мма № 989. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 198. П-к, 57 лет, домохозяйка. Амб.карта № 934.

1.УП-53 г. Поступила тотчас по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 103-4).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 11-й день. Рабочая функция кисти восстановилась на 33-й день.

Р-мма до снятия шины №.173: стояние отломков хорошее. Р-мма № 1860-1 от 4.1Х-53 г. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом стоянии. Динамометрия: левая 16 кг, правая 20 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 199. С-на, 62 лет, домохозяйка. Амб.карта № 894.

8.УП-53 года упала и ударилась тыльной поверхностью левого предплечья. Поступила 13.УП по поводу косого перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма № 1705-6).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 13-й день.

Осмотр через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет.

Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 38 день. Р-мма № 1896-3. Стояние отломков хорошее. Наступила заметная консолидация. Динамометрия: левая 12 кг, правая - 23 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 200. Д-ва, 54 лет, домохозяйка. Амб.карта № 1303.

1.IX-53 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила 2.IX с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 1843-4).

ДИАГНОЗ: Косой перелом правого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и подвывихом в лучелоктевом сочленении.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1872-3. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 13-й день. Шина снята на 28-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. (Р-ммы №№ 2902-09 и 449-10).

Трудоспособность восстановлена полностью через 38 дней.

Осмотр через 3 месяца. Боль при поднятии чрезмерной тяжести, выжимании белья. Динамометрия: правая 27 кг, левая - 28 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 201. С-ва, 47 лет, дворник. Амб.карта № 10901.

1.IX-53 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила 2.IX с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти. (Р-мма № 2634).

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2652-3. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60°. (Р-мма № 2053).

Профессиональная трудоспособность восстановлена через 30 дней. 12.X динамометрия: левая 25 кг, правая 38 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено, кроме жалоб на боли при перемене погоды. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 202. М-в, 25 лет, учащийся. Амб.карта № 22210.

5.IX-53 г. упал с дерева высотой 3 метра на правую вытянутую руку, при этом почувствовал боль в нижней трети предплечья.

Местно: резко выраженная деформация дистальной трети правого предплечья с увеличением радио-ульнарного угла до 130° (слева - 120°). Функция кисти полностью нарушена. При пальпации резкие боли в нижней трети луча. Умеренная болезненность при поколачивании шиловидного отростка локтевой кости.

Р-мма № 2689. Дистальный эпифиз правого луча смещен к тылу более чем на половину ширины кости. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз правого луча с резким смещением его к тылу, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Под спирто-новокаиновой блокадой 10 мл (2% р-р 15 мл) эпифиз вправлен. Радио-ульнарные углы по 120°. Предплечье фиксировано угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

9.IX. Отека кисти почти нет, движения в кистевом суставе приближаются к норме, в пальцах - в полном объеме, начинает обслуживать себя. Посещает занятия, пишет.

Р-мма № 4718. Дистальный эпифиз располагается по оси луча, не смещен.

19.IX - обслуживает себя полностью, жалоб нет, успевает писать диктант. Пишет обычным своим почерком, на утомляемость кисти не жалуется.

26.IX. Шина снята. Ось предплечья правильная. Движения во всех суставах кисти в норме, безболезненны. Супинация болезненна и ограничена на 30-40°. Клинически консолидация наступила. Р-мма № 4835. Дистальный эпифиз располагается по оси лучевой кости.

6.X - жалоб нет. Полностью владеет конечностью. Показатели динамометрии: 8.1X - 5 кг (левая - 26 кг); 9.1X - 7 кг, 10.1X - 8 кг, 15.1X - 10 кг, 19.1X - 12 кг, 29.1X - 17 кг, 6.X - 18 кг.

Осмотр через год. Функциональных и анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 203. К-ский, 9 лет, учащийся. Амб.карта № 311.

7.1X-53 г. поступил по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 1903).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась полностью на 21 день. Р-мма № 2128. Динамометрия: левая 14 кг, правая - 10 кг. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 204. Г-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 1333.

Поступил 11.1X-53 г. (Р-мма № 1931-32).

ДИАГНОЗ: Полный эпифизиолиз дистального конца левой лучевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1932-1. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. (Р-мма № 4770-1).

Трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней. Динамометрия: левая 12 кг, правая - 27 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 205. Л-н, 20 лет, учащийся. Амб.карта № 2073.

11.1X-53 г. упал с турника на обе подвернутые к ладони кисти.

Местно: припухлость обоих кистевых суставов, преимущественно справа. Деформации нет. При пальпации дистального конца правой лучевой кости отмечает интенсивные боли, слева умеренная боль. Радио-ульнарные углы по 120°. Двигательная функция правой кисти резко нарушена, слева возможна в пределах физиологических колебаний, болезненна.

Справа эпифиз легко перемещается к тылу, при этом предплечье деформируется, слева эпифиз неподвижен. Р-ммы №№ 4746 и 4747 - изменений со стороны дистальных концов лучевых костей не определяется.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца правой лучевой кости без смещения, растяжение связочного аппарата левого кистевого сустава.

На 7-й день движения в суставах кисти в полном объеме. Хорошо пишет и обслуживает себя.

15.1X - через две недели после перелома. Жалоб нет. Шина снята. Ось предплечья не нарушена.

30.1X функция кисти полностью восстановилась. Жалоб нет. Выполняет легкую физическую работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 206. К-к, 31 года, товаровед. Амб.карта № 20311.

17.1X-53 г. при аварии автомашины почувствовал боль и хруст в нижней трети правого предплечья.

ДИАГНОЗ: Косой перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма не произведена по техническим причинам. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 11-й день. Шина снята на 20-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. Динамометрия: 18.1X - 0, 19.1X - 2 кг, 24.1X - 3 кг, 28.1X - 6,5 кг, 30.1X - 10 кг, 3.X - 12 кг, 7.X - 19 кг.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 207. К-ко, 12 лет, учащийся. Амб.карта № 7350.

21.IX-53 г. упал с дерева на вытянутую левую руку. Поступил тотчас по поводу эпифизиолиза левой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2860-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 7 день. Рабочая функция конечности восстановилась на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 208. С-в, 9 лет, учащийся. Амб.карта № 7359.

21.IX-53 г. упал с турника на вытянутую левую руку. Поступил 22.IX.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца левого луча с умеренным смещением. (Р-мма № 329).

Отломки вправлены под новокаиновой анестезией и фиксированы угловой шиной. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступил к обычной работе на 21 день. Р-мма № 570. Стояние эпифиза хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 209. Г-ва, 47 лет, рабочая (разнорабочая).
Амбулаторная карта № 400.

23.IX-53 г. при падении на левую руку получила перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка (Р-мма № 2891).

Отломки фиксированы угловой шиной на 14 дней.

Приступила к своей прежней работе на 39 день. Динамометрия: левая 18 кг, правая - 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 210. Г-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 9021.

24.IX-1953 г. 23 сентября, во время прыжка в высоту, упал на подвернутую правую руку, в результате чего почувствовал боль и хруст в дистальной трети предплечья. Заметив, что предплечье деформировалось, он попросил товарища, который потянул больному руку и тут же услышал хруст - устранилась деформация.

В Поликлинике больному произведена р-мма № 2054 в двух проекциях, при этом патологических изменений в костях не обнаружено.

24.1X направлен к нам на консультацию. Обнаружено: резкий отек предплечья и кисти. Радио-ульнарный угол как справа, так и слева 120°. Интенсивные боли при пальпации и поколачивании в области нижней трети предплечья.

Местная анестезия. Осторожно, охватив двумя пальцами правой руки дистальный эпифиз луча и двумя пальцами левой руки проксимальную часть луча, можно было заметить, как путем легких движений к ладони и к тылу легко перемещался эпифиз дистального конца лучевой кости и как при этом вилкообразно деформировалось предплечье.

Эпифиз оставлен в перемещенном к тылу положении. Произведена р-ама № 2906-07. Выяснилось, что эпифиз луча смещен почти на ширину кости.

ДИАГНОЗ: Полный эпифизиолиз правого луча (вправленный).

Под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) дистальный эпифиз легко вправлен. Предплечье фиксировано угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

25.1X. Умеренный отек кисти. Сон не нарушен. Движения в кистевом суставе и в пальцах ограничены, но не болезненны.

28.1X - четвертый день после перелома. Отека нет. Движения в лучезапястном суставе приблизились к норме. Ходит на занятия, хорошо пишет, но устает рука.

30.1X - обслуживает себя. Успевает писать диктант.

7.X - шина снята. Ось предплечья правильная. Двигательная функция в норме. Выполняет легкую физическую работу по самообслуживанию. Динамометрия: 25.1X - правая 4 кг, левая - 25 кг; 26.1X - 8 кг, 29.1X - 12 кг, 3.X - 20 кг, 5.X - 23 кг, 7.X - 23,9 кг.

18.X-53 г. жалоб нет. Выполняет легкую физическую работу. Динамометрия - 25 кг.

Приведенный случай заслуживает внимания не только с точки зрения быстроты восстановления функции конечности, но случай представляет интерес с точки зрения диагностики.

В этом случае эпифизиолиз был вправлен потягиванием руки, вследствие чего рентгенологом эпифизиолиз не был установлен и врач был дезориентирован.

НАБЛЮДЕНИЕ 211. Ч-на, 14 лет, учащаяся. История болезни № 8432.

25.IX-53 г. каталась на санях, при этом упала на правую вытянутую руку. Поступила через 6 часов с жалобой на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 3246-7. Радио-ульнарный угол справа 90°, слева 120°.

ДИАГНОЗ: Полный эпифизиолиз дистального эпифиза правой лучевой кости с отрывом тыльного края метафиза.

Отломки вправлены под местной анестезией и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 3745-6, 3646-7. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день. Шина снята на 21-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20°, болезненна (р-мма № 3849-4).

Трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 212. Р-на, 75 лет, иждивенка. Амб.карта № 2330.

26.IX-53 г. поступила по поводу внутрисуставного перелома левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 2103.

Лечилась физиологическим методом.

Приступила к обычной работе по самообслуживанию на 30 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 213. Б-ва, 58 лет, домохозяйка. Амб.карта № 3912.

1.X-53 г. поступила на 11 день после падения на левую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма № 2996-7).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в лучезапястном суставе нормализовались на 21 день. Приступила к своей обычной работе на 40-й день. Контрольная р-мма № 2209- от 7.X. Стояние отломков хорошее. Р-мма после снятия шины от 10.XI № 2600. Отломки консолидировались в хорошем стоянии. Динамометрия 15 кг.

Осмотр через 3 месяца. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 214. Б-а, 30 лет, расфасовщица. Амб.карта № 1495.

1.XI упала на правую вытянутую руку. 2.XI поступила по поводу перелома правой лучевой кости с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 1198).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8-й день. Шина снята на 14-й день. Приступила к своей профессиональной работе на 23-й день. Динамометрия: правая 24 кг, левая 32 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 215. А-ко, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 1999.

3.X-53 г. упал на подвернутую правую руку. Поступил 6.X по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2199).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 7 день. Рабочая функция кисти восстановилась на 21 день. Р-мма № 2677-8. Отломки консолидировались в хорошем стоянии. Динамометрия: 13.X - 12,5 кг, 20.X - 15 кг, 25.X - 18 кг, 6.XI - 26 кг; левая рука - 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 216. Б-в, 17 лет, учащийся. Амб.карта № 1000.

4.X-53 г. упал на правую вытянутую руку. Поступил 6.X.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2191-29).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Приступил к обычной работе на 25 день. Контрольная р-мма № 2189-90. Стояние отломков хорошее. Р-мма после снятия шины № 2254. Отломки консолидировались в хорошем стоянии. Динамометрия: правая - 18 кг, левая - 30 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 217. Ч-в, 15 лет, учащийся. Амб.карта № 360.

8.X-53 г. упал на вытянутую левую руку. Поступил 9.X с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 2248-9).

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца левого луча с резким смещением его и отрыв тыльного края метафиза луча.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой анестезией(10,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2258-59. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день. Шина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20-30° (р-мма № 2993-2). Приступил к обычной работе на 25 день.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 218. Г-а, 57 лет, домохозяйка. Амб.карта № 2718.

14.X-53 г. 11.X при падении на правую руку получила перелом луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 976).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 11 день. Приступила к своим обычным занятиям на 30 день. Динамометрия: 14 кг. Контрольная р-мма № 2320-1. Стояние отломков хорошее. Р-мма после снятия шины № 2641-2. Отломки консолидировались в хорошем положении.

Через 3 месяца. Нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 219. К-а, 38 лет, медицинская сестра. Амб.карта №.930.

22.X1-53 г. упала на вытянутую левую руку. Поступила 23.X1 -1953 г. по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 2750-1).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступила к своей профессиональной работе на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 220. Л-на, 40 лет, сторож. Амб.карта № 1824.

23.X1-53 г. Механизм травмы не выяснен. Поступила тотчас после падения.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка

локтевой кости. (Р-мма № 2707-8).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в лучезапястном суставе нормализовались на 10-й день. Приступила к профессиональной работе на 25-й день. Р-мма № 2482-3. Отломки луча в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 221. Ф-на, 51 года, сторож. Амб.карта № 223.

23.XI-53 г. упала на спину, механизм травмы не установлен. Поступила тотчас по поводу компрессионного перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2764-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 11-й день. 17.XII-53 г. приступила к своей профессиональной работе. Р-мма от 9.XII № 8524-5. Стояние отломков хорошее.

НАБЛЮДЕНИЕ 222. М-я, 60 лет, уборщица. Амб.карта № 10209.

23.XI-53 г. поскользнулась и ударилась тыльной поверхностью правого предплечья. Предплечье в нижней трети штыкообразно деформировано. Радио-ульнарный угол справа 90^0, слева - 120^0.

Р-мма 23.XI-53 г.№ 2751-5: Оскольчатый внутрисуставной перелом правой лучевой кости со смещением дистального отломка к тылу на 1,5 см и в сторону луча на 1,4 см. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости и разрыв луче-локтевого сочленения.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом правого луча с резким двойным смещением отломка, разрывом луче-локтевого сочленения, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Под спирто-новокаиновой анестезией - 10 мл отломки луча вправлены и фиксированы угловой шиной.

Совет: массаж, движения кисти и ЛФК.

24.XI - умеренный отек кисти. Сон не нарушен. Движения в кисти сустава мало болезненны. Назначения те же.

28.XI. Отек спал. Движения в кистевом суставе к тылу 10^0, к ладони - 20^0.

Контрольная р-мма № 3727-8 - имеется смещение дистального отломка в сторону луча на 0,3 см.

Совет: Беэсиловые сжимательные движения кистью.

4.XII. Движения в кистевом суставе достигли нормы. Отека нет. Динамометрия: левая - 21 кг, правая - 6 кг.

Совет: силовые, сжимательные движения кистью. Самообслуживание.

22.XII. Объем движений в кистевом суставе - норма. Обслуживает себя, расчесывает волосы, подметает пол, убирает постель, чистит картофель, готовит обед.

27.XII - снятие шины. Деформаций нет. Движения в суставах кисти - норма. Динамометрия 9 кг. Супинация ограничена на 50 - 60°.

12.I-54 г. Полтора месяца после перелома. Готовит обед, стирает, но выжимать белье не может из-за болей. Контрольная р-мма № 271-2: заметная консолидация отломков. Смещение в сторону луча на 0,4 см. Увеличение промежутка в луче-локтевом суставе. Головка локтевой кости слегка выстоит.

22.I. Моет полы, но не может свободно выжимать тряпку из-за болей. Приступила к прежней работе. Динамометрия: правая - 16 кг, левая - 21 кг.

23.II (вызвана по телефону). Припухлость кистевого сустава, боль и утомляемость во время работы, выстояние головки локтевой кости. Динамометрия: правая - 15 кг, левая - 21 кг.

24.VI-54 г. Вызвана через 7 месяцев после перелома. Боли при перемене погоды. Выстояние головки локтевой кости. Ограничение супинации на 10°. Динамометрия: правая - 20 кг, левая 21.

Осмотр через год. Ограничение супинации предплечья на 10°, жалуется на слабость кисти. Динамометрия - правая 23 кг, левая - 21 кг. Боли при перемене погоды.

НАБЛЮДЕНИЕ 223. Р-ва, 65 лет, врач. Амб.карта № 4050.

23.XI-53 г. упала на вытянутую руку. Поступила тотчас с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти. (Р-мма № 2713-2).

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу.

Отломки выправлены под спирто-новокаиновой блокадой(15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3654-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Шина снята на 23-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 40-50°. (Р-мма № 3974-2).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью на 30-й день.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 224. Г-в, 61 года, бухгалтер. Амб.карта № 23002.

Поступил 23.XI-53 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. Упал на вытянутую руку. Р-мма № 2748-9.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным двойным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 11-й день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 15°.

Приступил к работе в шине на 18-й день.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 23 дня. Р-мма № 3025-6. Стояние отломков хорошее. Консолидация их выражена слабо.

НАБЛЮДЕНИЕ 225. Л-на, 64 лет, домохозяйка. Амб.карта № 333.

Поступила 23.XI-53 г. При падении на левую руку получила перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 2739-40.

Отломки фиксированы угловой шиной на 15 дней.

Приступила к своей прежней работе на 30-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ № 226 см.текст стр. 129.

НАБЛЮДЕНИЕ 227. К-ва, 62 лет, дворник. Амб.карта № 99.

23.XI-53 г. упала на спину и ударилась тыльной поверхностью левого предплечья. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 2766-7).

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка и подвывихом в луче-локтевом сочленении.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 2721-22 и 2489-90. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 13-й день. Шина снята на 29-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60° (р-мма № 3030).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 27 дней. Динамометрия: правая - 17 кг, левая - 13 кг.

Отдаленный результат через год: функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 228. П-в, 60 лет, рабочий(возчик). Амб.карта №3012.

24.XI-53 г. упал на правую вытянутую руку. Поступил 26.XI с жалобой на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти(р-мма № 2747-8). Радио-ульнарный угол 120°, слева 130°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом правого луча в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2750-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Выполняет легкую физическую работу. Шина снята на 25-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60°. Клинически консолидация наступила, а рентгенологически слабо выражена на 25-й день (р-мма № 3078-9).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 45 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев: функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 229. З-в, 26 лет, колхозница. Амб.карта № 1700.

25.XI-53 г. при падении на подвернутую правую руку получила оскольчатый перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 2451-2).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Вместе со своим звеном на 25-й день приступила к профессиональной работе по жатве кукурузы. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена.(Р-мма № 2563-3). Отломки консолидировались в хорошем стоянии. Динамометрия 24 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 230. П-а, 54 лет, домохозяйка. Амб.карта № 2917.

25.XI-53 года. Час тому назад, при падении на левую руку, получила перелом луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.(Р-мма № 2744-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 14 день. Приступила к обычной работе на 35 день. Р-мма № 3036-5 от 19.XII. Стояние отломков хорошее. Консолидация слабо выражена.

НАБЛЮДЕНИЕ 231. Г-в, 67 лет, пенсионерка. Амб.карта № 8934.

Два дня тому назад упала на левую вытянутую руку. Поступила 27.XI-53 г. по поводу косого перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 3704-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в лучезапястном суставе восстановились на 14-й день. Приступила к своей обычной работе на 36-й день. Р-мма № 3162. Отломки в хорошем стоянии. Консолидация мало заметна. Динамометрия: левая - 13 кг, правая - 20 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 232. М-ди, 51 г., домохозяйка. Амб.карта № 777.

Поступила 29.XI-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма № 2477-8.

Предплечье фиксировано угловой шиной на 2 недели.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Трудоспособность восстановилась на 21 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 233. К-ва, 40 лет, домохозяйка. Амб.карта № 17668.

29.XI-53 г. упала с порожек. Механизм травмы не установлен. Поступила 30.XI с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 2497-8).

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка с разрывом луче-локтевого сочленения. Отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2501-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Шина снята на 31-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°. (Р-мма № 2793-4).

Трудоспособность восстановлена полностью через 50 дней. Динамометрия: левая 12 кг, правая - 25 кг.

Осмотр через 3 месяца. Легкая припухлость области кистевого сустава, подвижек в луче-локтевом сочленении. Боль в кистевом суставе при вникании белья. Имеется подвижек в луче-локтевом сочленении.

Отдаленный результат через год. Функциональных нарушений не установлено. Имеется подвижек в луче-локтевом сочленении в той же степени, что было определено в 3 месяца. Динамометрия: левая - 21 кг, правая 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 234. Б-ва, 48 лет, колхозница. Амб.карта № 7667.

30.XI-53 г. упала на спину, механизм травмы не установлен. Поступила тотчас с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-ма № 2501).

ДИАГНОЗ: Косой оскольчатый перелом левого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением отломков, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-ма № 3054-5. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день. Шина снята на 30-й день.

Ось предплечья не нарушена.(Р-ма № 3097-8). Супинация ограничена на 30-40°.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 40 дней. Динамометрия: левая 18 кг, правая - 32 кг.

Отдаленный результат через год: функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 235. Д-а, 39 лет,кондуктор трамвая. Амб.карта № 2401.

Час тому назад при падении на левую руку почувствовала боль в нижней трети предплечья. Поступила 8.XII-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального конца (р-ма № 3834-5).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной. Назначение: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12-й день. Приступила к своей профессиональной работе на 21 день.

Р-ма № 3104-5. Отломки луча в хорошем стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 236. В-ва, 66 лет, домохозяйка. Амб.карта № 30112.

Поступила 2.XII-53 г. Р-ма № 2507-8.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.

Предплечье фиксировано угловой шиной. Движения в кистевом суставе нормализовались на 7 день. Приступила к обычной работе

на 27-й день.

Р-мма № 3036 - отломки сохраняют прежнее положение.

НАБЛЮДЕНИЕ 237 см. в тексте стр. 192.

НАБЛЮДЕНИЕ 238 см. в тексте стр. 196.

НАБЛЮДЕНИЕ 239. Б-ва, 52 лет, домохозяйка. Амб.карта № 3995.

8.XII-53 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила 9.XII с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 3849-50).

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3181-2 показывает, что стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 12-й день. Шина снята на 31-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40° (р-ммы №№ 8514-15 и 180-1).

Трудоспособность восстановлена полностью через 42 дня. Динамометрия: левая 18 кг, правая - 26 кг.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боль при перемене погоды и поднятии чрезмерной тяжести.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 240. К-р, 63 лет, учительница. Амб.карта № 14200.

Обратилась к нам 14.XII-53 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.

Отломки фиксированы угловой шиной. Шина снята на 14 день. Приступила к профессиональной работе на 16-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 241 см. в тексте стр. 168.

НАБЛЮДЕНИЕ 242. Б-ва, 61 года, домохозяйка. Амб.карта № 4299.

23.XII-53 г. упала на левую руку. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 3119-1). Радио-ульнарний угол слева 100°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте со значительным смещением дистального отломка с отрывом шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3124-2 показывает стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Шина снята на 30-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40° (р-мма № 3613-9). Может выполнять легкую физическую работу.

Больная выехала за пределы республики.

Отдаленный результат не выяснен.

НАБЛЮДЕНИЕ 243. Б-ва, 53 лет, бухгалтер. Амб.карта № 30135.

27.XII-53 г. 30 минут тому назад упала на вытянутую левую руку, при этом получила перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 2952-3).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 10-й день. Приступила к работе в шине на 14-й день.

17.1-54 г. Р-мма № 231-2 после снятия шины показывает хорошее стояние отломков. Наступила заметная консолидация.

Профессиональная трудоспособность полностью восстановлена на 25-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 244. М-к, 49 лет, домохозяйка. Амб.карта № 65.

31.XII-53 г. упала на спину, механизма травмы точно не помнит. Поступила 5.1-54 г. по поводу компрессионного перелома правой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением

дистального отломка (р-ма № 33-4).

От вправления отломков больная отказалась, отломки фиксированы угловой шиной.

Контрольная р-ма № 13-14 - стояние отломков удовлетворительное. Назначение ЛФК. Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 20-й день. Рабочая функция конечности восстановилась на 40-й день.

Р-ма № 368-9. Стояние отломков удовлетворительное. Клинически консолидация наступила.

НАБЛЮДЕНИЕ 245. Г-к, 77 лет, пенсионерка. Амб.карта № 110.

4.1-54 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила 5.1 с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-ма № 25-26). Радио-ульнарный угол слева - 90°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-мы №№ 17-18 и 175-6 показывают хорошее стояние отломков. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 15-й день. Шина снята на 30-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-80° (р-ма № 407-8).

Трудоспособность восстановлена полностью через 45 дней. Динамометрия: левая - 12 кг, правая - 19 кг.

Осмотр через 3 месяца. Жалуется на боли в области перелома, умеренную припухлость, чувство одервенелости по тыльной и наружной поверхности первых трех пальцев; супинация ограничена на 10-15°, болезненна.

Отдаленный результат через год: функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЕ 246. Ш-а, 45 лет, домохозяйка. Амб.карта № 16.

Поступила 8.1-54 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.

Предплечье фиксировано угловой шиной.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 7-й день. Приступила к обычной работе на 25-й день. Р-мма № 443-4 - Отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 247. З-на, 40 лет, рабочая. Амб.карта № 85.

11.1-54 г. упала на правую вытянутую руку. Поступила 12.1-54 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка с отрывом шиловидного отростка лучевой кости (р-мма № 89).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной. Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 8-й день. Приступила к профессиональной работе на 42-й день. Р-мма 166-7 показывает отломки в хорошем анатомическом стоянии.

НАБЛЮДЕНИЕ 248. М-а, 28 лет, агроном. Амб.карта № 27.

Обратилась к нам 13.1-54 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка.

Отломки фиксированы угловой шиной. Шина снята на 14-й день. Приступила к профессиональной работе на 16-й день.
Р-мма № 366-7. Отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 249 см. в тексте стр. 225.

НАБЛЮДЕНИЕ 250. П-н, 50 лет, учительница. Амб.карта № 136.

Поступила 16.1-54 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. 12.1 упала на левую вытянутую руку. Р-мма № 96.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловид-

ного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20,0) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 8 день. Шина снята на 17 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 20-30°. Динамометрия: 10 кг.

Р-ама № 359. Стояние отломков хорошее. Консолидация выражена слабо.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 20 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 251. И-ва, 14 лет, учащаяся. Амб.карта № 135.

16.1-54 г. Два дня тому назад упала на правую вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Эпифизиолиз дистального конца правой лучевой кости со значительным смещением его (Р-ама № 134-5).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 21-й день. Контрольная р-ама после вправления № 357-8 показывает хорошее стояние отломков. Р-ама после снятия шины № 469 показывает прежнее стояние отломков.

НАБЛЮДЕНИЕ 252. Д-а, 60 лет, домохозяйка. Амб.карта № 193.

17.1-54 г. упала на левую вытянутую руку. 20.1-54 г. поступила по поводу перелома левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка(р-ама № 113).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12-й день. Рабочая функция конечности восстановилась на 35-й день. Р-ама № 224-5. Стояние отломков хорошее. Клинически консолидация наступила.

Осмотр через год. Анатомических и функциональных нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 253. Б-ва, 60 лет, домохозяйка. Амб.карта № 118.

18.1-54 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила через 2 часа после травмы с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 156-7).

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной оскольчатый перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 158-9 и 379-80 показывают стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 14-й день.

Ось предплечья не нарушена(р-мма № 495-6). Супинация ограничена на 30-40°.

Динамометрия: правая 20 кг, левая - 12 кг.

Осмотр через 3 месяца. Боль при перемене погоды, резкой супинации, поднятии тяжести. Динамометрия: правая 21 кг, левая - 17 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 254. Ф-на, 64 лет, пианистка. Амб.карта № 9.

18.1-54 г. при падении на левую вытянутую руку почувствовала боль и хруст в дистальной трети левого предплечья. Р-мма № 149.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 154-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 12-й день. Шина снята на 21 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°(р-мма № 430-2). На 14-й день после перелома играла несложные музыкальные вещи. Через 17 дней она давала уроки

музыки. С 22-го дня играет свободно сложные музыкальные вещи. При длительной игре ощущала усталость.

На 30-й день профессиональная трудоспособность восстановилась полностью.

Осмотр через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

НАБЛЮДЕНИЯ №№ 255 и 256 см. в тексте стр. 185-187.

НАБЛЮДЕНИЕ 257.

НАБЛЮДЕНИЕ 258. Ш-на, 34 лет, рабочий-пекарь. Амб.карта № 122.

28.1-54 г. упал на подвернутую левую руку к ладони. Механизм травмы точно не помнит. Р-мма № 286-7.

ДИАГНОЗ: Сгибательный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка к ладони.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 289-10 - стояние отломков хорошее. Движения в кистевом суставе нормализовались к тылу на 10 день, к ладони на 2-3 день, после снятия шины приблизились к норме. Шина снята на 21-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50°. Динамометрия: левая 10 кг, правая - 28 кг.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней. Р-мма № 556-7. Стояние отломков хорошее.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 259. В-о, 30 лет, врач. Амб.карта № 301.

Поступила 9.II-54 г. с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. 8.II упала на левую вытянутую руку. Р-мма № 411-12.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% р-р 20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-грамма № 435-6. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 9-й день. Шина снята на 16-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30°. Приступила к работе в шине на 16-й день. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 21 день. Р-грамма № 510-6. Стояние отломков хорошее. Заметна консолидация отломков.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено.

Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 260. А-ва, 60 лет, учительница. Амб.карта № 299.

14.II-54 г. упала на левую вытянутую руку. В приемном отделении больницы диагностирован перелом правой лучевой кости в "типичном" месте со смещением. Отломки вправлены и фиксированы гипсовой лонгетой. 15.II на р-грамме № 523-3 обнаружено смещение дистального отломка к тылу на 0,5 см и в сторону луча на 0,3 см. От повторного вправления отказалась. Лонгета заменена угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-грамма № 542-3 показывает прежнее стояние отломков. Движения во всех суставах кисти приблизились к норме. на 15-й день. Шина снята на 24-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. (Р-грамма № 749).

Рентгенологически консолидация плохо выражена, клинически - консолидация наступила. Трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

Она же в 1946 году лечилась (Ростов) по поводу перелома правой лучевой кости в "типичном" месте. После снятия фиксирующей лонгеты в течение 10 дней при движениях в кистевом суставе испытывала боли, которые по своей интенсивности были сильней чем в первые дни после перелома.

НАБЛЮДЕНИЕ 261. С-а, 60 лет, учительница. Амб.карта № 13

21.II-54 г. упала на левую вытянутую руку. Поступила 22.II с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 588-9). Радио-ульнарный угол слева 100°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости с выраженным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под местной новокаиновой анестезией (20 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 592-3 и 663-4 показывают стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 12-й день. Шина снята на 26-й день.

Ось предплечья не нарушена (р-мма № 803-2). Супинация ограничена на 30-40°.

Приступила к работе в шине на 15-й день. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней. Динамометрия: правая 25 кг, левая - 13 кг.

Осмотр через 3 месяца. Боль при перемене погоды, выжимании белья. Динамометрия: правая - 25 кг, левая - 21 кг.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 262. Д-ва, 35 лет, домохозяйка. Амб.карта № 544.

2.II-54 г. упала на правый бок, механизм травмы не помнит. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 662-3). Радио-ульнарный угол справа 110°, слева - 120°.

ДИАГНОЗ: Перелом дистального конца правой лучевой кости с резким смещением отломка к тылу.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 733-4 и 926-7 показывают стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 8-й день. Шина снята на 28-й день.

Ось предплечья не нарушена (р-мма № 2746-7).

Трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

29.У явилась на повторный осмотр. Жалоб нет. Динамометрия: правая рука - 30 кг, левая - 27 кг.

Отдаленный результат через год: функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 263. Ш-ва, 40 лет, бухгалтер. Амб.карта № 1906.

10.Ш-54 г. упала с автомашины на левую вытянутую руку. Поступила через 3 часа после травмы с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти(р-мма №774-5). Радио-ульнарный угол слева 100°, справа - 130°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 804-5 и 865-6. Стояние отломков хорошее. Супинация ограничена на 30-40°.

Ось предплечья не нарушена (р-мма № 968-9). Приступила к работе в шине на 18-й день.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

Отдаленный результат не выяснен. Больная выехала.

НАБЛЮДЕНИЕ 264. См. текст стр. 160.

НАБЛЮДЕНИЕ 265. П-ва, 71 года, домохозяйка. Амб.карта № 117.

21.1У-54 г. упала на вытянутую левую руку. Поступила 22.1У с жалобами на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 1117-13). Радио-ульнарный угол слева 80°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1126-7 показывает стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 15-й день. Шина снята на 30-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60° (р-мма № 1377-8).

Трудоспособность восстановлена полностью через 42 дня. Демонстрирована на XIII научной конференции СОТМИ.

Отдаленный результат через 6 месяцев: функциональных и анатомических нарушений не установлено. Динамометрия: правая - 19 кг, левая - 17 кг. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 266. Ж-к, 41 года, рабочий-бондарь. Амб.карта № 222.

Поступил 28.IУ-54 г. Упал на подвернутую к ладони руку. Р-мма № 1185-6.

ДИАГНОЗ: Флексионный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к ладони, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной с расположением тыльной пластины шины с ладонной стороны.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

28.IУ - контрольная р-мма № 2096-7. Стояние отломков хорошее. На повторной р-мме от 10.У № 2445 наступило умеренное смещение дистального отломка к ладони.

Движения в кистевом суставе нормализовались к тылу на 12-й день, к ладони на пятый день, после снятия шины приблизились к норме.

Шина снята на 25-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°. Динамометрия - 22 кг. С 20-го дня вполне удовлетворительно владел своими инструментами и мог работать.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 40 дней. Р-мма № 3382. Отломки хорошо консолидировались. Имеется умеренное смещение дистального отломка к ладони.

Отдаленный результат через год. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 267 см. текст стр. 173.

НАБЛЮДЕНИЕ 268. У-ва, 56 лет, бухгалтер. Амб.карта № 1500.

2.XI-54 г. упала на подвернутую правую руку. Поступила через час после травмы с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (р-мма № 3347-8). Радиоульнарный угол 100°.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом правого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3348-9. Имеется смещение к тылу на 0,2 см, в сторону луча на 0,3 см. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 13-й день. Шина снята на 25-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°, болезненна (р-мма № 3465). Приступила к работе в шине на 20-й день.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Динамометрия: правая - 29 кг, левая - 25 кг. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 269. А-ва,53 лет,сестра физтеркабинета. Амб.карта1602.

6.XI-54 г. упала на левую подвернутую руку. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции в кисти (р-ммы №№ 3462 и 3463).

ДИАГНОЗ: Флексионный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к ладони, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 3465-6, 3472-3, 3597 показывают стояние отломков хорошее. Движения в суставах нормализовались к тылу на 10°, к ладони ограничиваются шиной на 20°. Шина снята

на 20-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 50-60° (р-мма № 4101-2). Движение к ладони ограничено на 10-15°. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 32 дня.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 270. Г-ва, 59 лет, домохозяйка. Амб.карта № 18990.

21.XI-54 г., час тому назад упала на вытянутую руку.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК и легкий массаж кисти.

Движения в лучезапястном суставе приблизились к норме на 14-й день. Приступила к своей обычной работе на 40 день. Динамометрия: левая 15 кг, правая - 27 кг. Р-мма от 18.XII-1954 г. Отломки заметно консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 271. С-н, 43 лет, столяр(больницы). Амб.карта №21031.

24.XI-54 г. упал на вытянутую левую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 3660).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 9-й день. Шина снята на 25-й день. На 24-й день до снятия шины больной вполне удовлетворительно владел своими профессиональными инструментами. По нашей просьбе изготовил несколько угловых шин. Испытывал боль в области перелома при нагрузке на ручной строгальный инструмент.

Рабочая функция конечности восстановилась на 35 день. Р-мма № 8544-5. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 272. В-ов, 76 лет, колхозник. Амб.карта № 1235.

2.XII-54 г. час тому назад упал на вытянутую левую руку.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка (р-мма № 2561-2).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе приблизились к норме на 14-й день. Рабочая функция кисти восстановилась на 45-й день.

Р-мма № 3089-90. Отломки в хорошем положении, заметно консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 273. М-в, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 30123.

4.XII-54 г. упал на правую вытянутую руку. Поступил тотчас с жалобами на боль в нижней трети правого предплечья и нарушение функции в кисти (румма № 3692-3). Радио-ульнарный угол 90^{0}, слева - 120^{0}.

ДИАГНОЗ: Полный эпифизиолиз дистального конца правой лучевой кости.

Отломки вправлены под местной анестезией (2% новокаин 15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3709-10. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 8-й день. Шина снята на 21-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30^{0} (р-мма № 3921-2). Выполнял легкую физическую работу в шине по самообслуживанию.

Трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней. Динамометрия: левая 23 кг, правая - 17 кг.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 274. С-у, 21 года, токарь. Амб.карта № 8998.

4.XII-54 г. получил травму во время работы на токарном станке отскочившей деталью. Поступил тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 3033-2.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(10 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3036-2. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день. Шина снята на 21-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40°. (Р-мма № 3311-2).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 275. Х-ва, 35 лет, учительница. Амб.карта № 9601.

8.XII-54 г. упала на вытянутую левую руку. Поступила тотчас с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти (р-мма № 3707-8). Радио-ульнарный угол слева 100°, справа - 120°.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольные р-ммы №№ 3708-9, 3727-2 и 3923-2 показывают стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализировались на 12-й день. Шина снята на 25-й день.

Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30-40° (р-мма № 112). Приступила к работе в шине на 21-й день. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 30 дней.

Осмотр через 3 месяца. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Жалуется на боль при перемене погоды. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 276. Л-ва, 49 лет, домохозяйка. Амб.карта № 19077.

8.XII-54 г. упала на левую половину тела, механизма травмы не помнит. Поступила 8.XII-54 г.

ДИАГНОЗ: Перелом левого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка. (Р-мма № 3847-8).

Отломки вправлены под спиртоновокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной. Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 13-й день. Приступила к обычной работе на 30-й день. Динамометрия: правая рука - 17 кг, левая - 10 кг. Р-мма № 103-4 от 9.1-54 г. Отломки консолидировались в хорошем положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 277. Б-а, 60 лет, домохозяйка. Амб. карта № 19078.

8.XII-54 г. упала на спину, механизма травмы не помнит. 9.XII-54 г. поступила по поводу перелома лучевой кости в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка.(Р-мма № 3848-9).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 12-й день. Рабочая функция кисти восстановилась на 33-й день.

НАБЛЮДЕНИЕ 278. Д-ев, 14 лет, учащийся. Амб.карта № 17944.

9.XII-54 г. при падении ударился тыльной поверхностью правого предплечья, при этом получил эпифизиолиз правого луча с умеренным смещением дистального отломка (Р-мма № 5353-4).

Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Движения в кистевом суставе восстановились на 7-й день. Функция конечности восстановилась на 21-й день. Р-мма № 53-4. Анатомических нарушений нет.

НАБЛЮДЕНИЕ 279. В-ва, 68 лет, домохозяйка. Амб.карта № 205.

25.XII-54 г., час тому назад упала на вытянутую левую руку. Обратилась с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти (р-мма № 3112-13). Радио-ульнарный угол слева - 90^{0}, справа - 120^{0}.

ДИАГНОЗ: Внутрисуставной перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с раздроблением дистального отломка и резким двойным смещением его, подвывих в луче-локтевом сочленении, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (15 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 3112-14 до фиксации. Стояние отломков хорошее. Р-мма № 3812-15 после фиксации. Отломки сохраняют достигнутое при вправлении положение. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 15 день. Шина снята на 35 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 60-70°, болезненна (р-мма № 3914-2). Трудоспособность восстановлена полностью через 60 дней.

Через год. Анатомических и функциональных нарушений нет. Динамометрия:правая - 18 кг, левая - 13 кг. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 280. И-ва,28 лет, учительница. Амб.карта № 27.

4.1-55 г. поступила по поводу перелома правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Лечилась физиологическим методом.Приступила к профессиональной работе на 14 день.

НАБЛЮДЕНИЕ 281. Д-ва, 65 лет,домохозяйка. Амб.карта № 101.

8.1-55 г. при падении на левую вытянутую руку получила компрессионный перелом левого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и продольной трещиной проксимального, отрыв шиловидного отростка локтевой кости.Р-мма № 36-37. Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Контрольная р-мма № 62-63. Стояние отломков хорошее.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти. Показаться 9.1-55 г. Больная уехала по местожительству в район и явилась на повторный осмотр только через 35 дней.с выраженной деформацией н/з левого предплечья и резким нарушением функции кисти. Выяснилось,что она на 12-й день после вправления отломков луча самовольно сняла шину,мотивируя свои действия тем,что рука ее не беспокоила.13.П-55г. госпитализирована. Истор.бол.№ 935. 15.П-55г. под местной анестезией (½ %-120 мл) через тыльный разрез н/з левого предплечья дистальный отломок луча сопоставлению оси проксимального с фиксацией предплечья лонгетой от в/з до головок пястных костей.Р-мма № 236-3. Стояние отломков вполне удовлетворительное. 25.П выписана на амбулаторное лечение. 20.Ш лонгета снята. Функция кисти резко ограничена. Назначение: Л.Ф.К., массаж, теплые ванны.

Осмотр через 3 мес. Функция кисти резко ограничена.Движение в лучезапястном суставе к тылу - 15°, к ладони - 20°. Супинация болезненна и ограничена на 50°. Осмотр через 6 мес. Функция кисти неудовлетворительная. Движение в кистевом суставе к тылу 20°, к ладони 25°. Супинация ограничена на 30°. Второй палец полностью не приводит к ладони. Чувствительность 1,П пальцев понижена. Выполняет легкую физическую работу.Динамометрия:правая-25 кг., левая - 15 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 282. П-ная, 23 лет, рабочая. Амб.карта № 830.

5.Г-55 г. упала на спину и ударилась тыльной поверхностью правого предплечья. Поступила в тот же час с диагнозом: перелом правого луча в "типичном" месте с выраженным смещением дистального отломка. Р-мма № 387-8.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 390. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 7-й день. Шина снята на 21-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 10^{0}. Р-мма № 567-8. Наступила консолидация в хорошем анатомическом положении.

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней. Динамометрия: правая 22 кг, левая 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 283. Д-ва, 55 лет, колхозница. Амб.карта № 3307.

23.X1-53 г. поступила по поводу перелома правого луча в "типичном" месте без смещения дистального отломка. Р-мма №2768-9.

Лечилась физиологическим методом. Приступила к профессиональной работе на 21 день.

Р-мма № 2609-10. Отломки консолидировались.

НАБЛЮДЕНИЕ 284. К-ва, 42 лет, домохозяйка. Амб.карта № 603.

11.Ш-53 г. упала и ударилась тыльной поверхностью правого предплечья. Поступила 12.Ш-54 г.

ДИАГНОЗ: Перелом правого луча в "типичном" месте с умеренным смещением дистального отломка и отрыв шиловидного отростка локтевой кости. (Р-мма № 902).

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Назначения: ЛФК.

Движения в кистевом суставе нормализовались на 10-й день. Приступила к обычной своей работе на 29-й день. Р-мма № 857-8. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении.

НАБЛЮДЕНИЕ 285 см. текст стр. 182.

НАБЛЮДЕНИЕ 236. Д-ва 60 лет, домохозяйка. Амб.карта № 121.

11.1-53 г. 13 дней тому назад упала на правую вытянутую руку. К медицинской помощи не обращалась. Лечилась собственными средствами. Р-мма № 345-6.

ДИАГНОЗ: Компрессионный перелом правой лучевой кости с резким смещением дистального отломка с отрывом шиловидного отростка локтевой.

При попытках выправить отломки (местная анестезия) достигнуто лишь незначительное улучшение. Тем не менее отломки фиксировали угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

15.1. Сон нарушен, имеется значительный отек кисти. Движения в кистевом суставе резко ограничены, в пальцах в небольшом объеме. Назначения те же.

20.1. Отек сохраняется в умеренной степени. Движения в пальцах более чем на 50%, в кистевом суставе - к тылу 10^{0}, к ладони 15^{0}.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

25.1. Отек сохраняется, но значительно меньше. Движения в пальцах достигли полного объема.

12.П. Шина снята. Р-мма № 519. Отломки в том же положении, что и при вправлении. Ось предплечья нарушена. Движения в кистевом суставе к тылу 15^{0}, к ладони $20-25^{0}$. Больная направлена в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 237. Д-на, 65 лет, домохозяйка. Амб.карта № 79.

20.1-53 г. Две недели тому назад поскользнулась и упала на спину, при этом ударилась тыльной поверхностью левого предплечья.

Местно: обширный отек кисти, пальцев и нижней трети предплечья со штыкообразной деформацией и уменьшением радио-ульнарного угла до 80^{0}.

На основании характерного клинического симптомокомплекса и р-ммы № 221 диагносцирован: несвежий перелом левого луча в "типичном" месте с резким двойным смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости.

При вправлении (местная анестезия) устранить полностью

смещение дистального отломка не удалось. Отломки фиксированы угловой шиной.

На контрольной р-мме № 229-30 определяется смещение дистального отломка к тылу на 0,8 см.

С 10-го дня назначены силовые сжимательные движения кистью. Шина снята через 30 дней. Ось предплечья нарушена. Радио-ульнарный угол 100°. Движение в кистевом суставе к тылу не превышает 10-15°, к ладони 15-20°. Р-мма № 473. Отломки в достигнутом при вправлении положении, с выраженной консолидацией.

Направлена в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 288. У-вич, 53 лет, машинистка (инвалид 3-й группы). Амбулаторная карта № 43.

27.Ш-53 г. обратилась в поликлинику с просьбой направить ее во ВТЭК, так как истек срок инвалидности, которую получает с 24.1Х-52 г. За 6 месяцев до получения инвалидности она получила перелом лучевой кости. Лечилась стационарно и амбулаторно 6 месяцев. В течение полутора месяца конечность была фиксирована циркулярной гипсовой повязкой до средней трети плеча. В настоящее время она жалуется на резкое ограничение функции левой кисти. Р-мма № 1033-34.

ДИАГНОЗ: Резко выраженная контрактура левого кистевого сустава и пальцев с умеренной деформацией н/3. предплечья.

НАБЛЮДЕНИЕ 289. Е-ва, 52 лет, медсестра (инвалид Ш группы. Амбулаторная карта № 600.

В апреле 1951 г. при падении получила перелом правого луча в "типичном" месте. Лечилась амбулаторно 6 месяцев, из них 98 дней конечность была фиксирована гипсовой повязкой. С июля 1951г. по настоящее время решением ВТЭК она признана инвалидом Ш-й группы по поводу резкого нарушения функции правой верхней конечности.

18.У-53 г. обратилась в поликлинику для направления ее во ВТЭК, так как срок инвалидности ее истек. Р-мма № 1046.

ДИАГНОЗ: Резко выраженная контрактура правого кистевого сустава с умеренной деформацией нижней трети предплечья.

НАБЛЮДЕНИЕ 290. Х-ва, 11 лет, ученица. История болезни № 6010.

3.УП-53 г. 6.УП-53 г. упала с дерева на правую вытянутую руку. В тот же час ей потянули руку дома и фиксировали предплечье белково-крахмальной повязкой (повязка изготовляется из белковой части яйца и муки, имеет широкое применение в народе СО АССР). Через 27 дней сняли повязку, при этом предплечье оказалось деформированным в нижней трети. Обратились в районную поликилинику, где установили диагноз: полный эпифизиолиз дистального конца правой лучевой кости. Р-мма № 1633-4. С этим диагнозом больная поступила к нам 3.УП-53 г.

5.УП-53 г. под эфирным наркозом произведено оперативное вправление дистального эпифиза правой лучевой кости. Предплечье фиксировано угловой шиной. С 4-го дня отек начал спадать, а на 10-й день полностью спал. Движение в кистевом суставе к 18 дню нормализировалось.

Контрольная р-мма № 1699-2 показывает хорошее стояние отломков. На 25-й день шина снята. Рана зажила первичным натяжением. Ось предплечья не нарушена. Движения в суставах кисти в норме. Супинация ограничена и болезненна.

На 30 день функция кисти полностью восстановилась. Динамометрия: правая 16 кг, левая 15 кг.

Контрольная р-мма не произведена по техническим причинам.

НАБЛЮДЕНИЕ 291. Г-ев, 16 лет, учащийся. Амб.карта № 599.

27.У-53 г. упал на левую вытянутую руку. 6.У1 направлен к нам из района . При осмотре конечность фиксирована от пальцев и до средней трети плеча белково-крахмальной повязкой(эта повязка в народе широко применяется в районах Северной Осетии), которая была наложена,тотчас после падения, матерью юноши. Произведена р-мма № 1404-5. Обнаружен эпифизиолиз левого луча со значительным смещением его к тылу. Повязка снята с трудом с помощью режущих инструментов. Обнаружена резкая деформация нижней трети предплечья, отек конечности.

Произведена анестезия. Упорные попытки к вправлению отломков не достигли цели, тем не менее наложена угловая шина.

Назначение: ЛФК и массаж кисти.

На 20-й день шина снята. Ось предплечья нарушена. Движение в пальцах в норме, в кистевом суставе к тылу 20°, к ладони до 30°. На р-нме № 1554-5 наступила консолидация в том положении, в котором были отломки до попытки к вправлению.

26.У1 направлен в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 292. К-к, 56 лет, домохозяйка. Амб.карта № 783.

17.У1-54 г. обратилась с жалобами на тугоподвижность в левом лучезапястном суставе и пальцев. 18.XII-51 г. больная при переходе железнодорожного полотна поскользнулась и упала на левую вытянутую руку. В тот же день в одной из клиник СОПМИ у нее диагносцировали перелом левой лучевой кости с большим смещением отломков.

После р-нмы № 1487 отломки были вправлены амбулаторно и фиксированы гипсовой лонгетой до локтевого сгиба. Повязка была снята через 40 дней. После снятия повязки лечилась амбулаторно еще 4 месяца с помощью ЛФК и физиопроцедур. Сегодня 6 месяцев после перелома, но больная еще плохо владеет конечностью. Она не может свободно расчесывать волосы, не может стирать, поднять значительный груз. В течение 4-5 месяцев она не могла обслуживать себя, нуждалась в уходе. Только с конца 5-го месяца она могла одеваться и обуваться сама, с трудом расчесывала волосы, готовила обед и т.д.

Местно: умеренная припухлость области нижней трети левого предплечья и лучезапястного сутава. Движения в лучезапястном суставе резко ограничены к тылу - 10°, к ладони возможны на 25°. Пальцы полностью не приводятся к ладони. Ось предплечья слегка нарушена. Больная с трудом поднимает скамейку поврежденной конечностью.

Направлена на грязелечение и в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 293. Г-в, 44 лет, инвалид II группы. Амб.карта № 4555.

В 1948 г. при аварии автомашины получил перелом обеих лучевых костей в "типичном" месте. Лечился стационарно. Отломки были вправлены и фиксированы тыльными гипсовыми лонгетами до средней трети плеча в течение 2-х месяцев. В 1948 году по истечении шести месяцев после травмы и по 1950 г. был признан инва-

лидом первой группы республиканской трудовой экспертной комиссией. С 1954 г. по настоящее время является инвалидом второй группы. 9.XII-54 г. обратился в Республиканскую поликлинику с просьбой обследовать его и направить во ВТЭК в силу истечения срока инвалидности.

Больной направлен во ВТЭК с диагнозом: неправильно сросшийся перелом обеих лучевых костей в дистальной трети с резко выраженной контрактурой в кистевых суставах и пальцах, а также нарушением вращательных движений предплечья.

НАБЛЮДЕНИЕ 294. Р-ва, 46 лет, машинистка (инвалид II группы). Амбулаторная карта № 166.

5.III-53 г. при падении на левую вытянутую руку получила перелом луча в "типичном" месте. Лечилась амбулаторно. После вправления отломков ей иммобилизовали конечность до верхней трети предплечья ладонной лонгетой, которая была снята через 50 дней. Р-ммы №№ 178 и 635.

10.VII-53 г. обратилась к нам с просьбой направить ее на ВТЭК для определения степени потерянной трудоспособности, так как она потеряла возможность работать по профессии.

Больная направлена во ВТЭК с диагнозом: контрактура кистевого сустава и пальцев левой кисти, травматический неврит локтевого и срединного нервов.

17.VII решением ВТЭК ей дана инвалидность II группы сроком на 6 месяцев.

НАБЛЮДЕНИЕ 295. М-ко, 61 года, домохозяйка. Амб.карта № 1141.

Поступила 28.VII-53 г. с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья. Р-мма № 2438-9.

ДИАГНОЗ: Поперечный перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу и отрывом шиловидного отростка локтевой.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 2489. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10 день. Шина

снята на 30 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30° (р-мма № 2719-20).

Трудоспособность восстановлена полностью через 40 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 296. П-ва, 70 лет, домохозяйка. Амб.карта № 13037.

13.X-53 г. обратилась к нам с жалобами на резкие боли в левом предплечье и нарушение функции конечности. 12 дней как упала на спину, при этом ударилась тыльной поверхностью предплечья. На второй день в амбулатории ей потянули руку без анестезии и фиксировали конечность тыльной гипсовой лонгетой. Р-мма № 909.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в резким двойным смещением дистального отломка.

От повторного вправления отломков луча больная отказалась. Конечность фиксирована угловой шиной. Рекомендованы сгибательные движения кистью.

Через 25 дней больная сжимала пальцы в кулак. Движение в лучезапястном суставе к тылу 5°, к ладони 10°, болезненно. Умеренный отек кисти, чувство онемения пальцев.

19.XI. Шина снята. Ось предплечья резко нарушена. Имеется значительный отек тыльной поверхности кисти "подушка". Движение в кистевом суставе к тылу 10°, а к ладони 15-20°. Больная направлена в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 297. Я-на, 8 лет, ученица. История болезни № 6937.

5.X-53 г. 4.IX-53 г. во время занятий по физкультуре упала с бума в яму на подвернутую правую руку. В тот же день в поликлинике установили диагноз: эпифизиолиз дистального конца правой лучевой кости. Эпифиз был вправлен и фиксирован тыльной лонгетой. 28.IX лонгета была снята, при этом была обнаружена резкая деформация нижней трети предплечья. На р-ммах №№ 1865 и 3066 отмечается полный эпифизиолиз дистального конца правой лучевой кости.

3.X госпитализирована для оперативного вправления.

5.X под эфирным наркозом произведено оперативное вправление дистального эпифиза правого луча. Отломки фиксированы угловой шиной.

Назначение: Пенициллин по 30.000 ед. через 4 часа, ЛФК и легкий массаж кисти.

Р-мма № 3217-18 - стояние эпифиза хорошее. Послеоперационное течение гладкое. На десятый день отек полностью спал, температура - норма, движение в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу 20°, к ладони 15°. На 21-й день шина снята, ось предплечья не нарушена. Движение в кистевом суставе нормализовалось. Рана зажила линейным рубцом.

На 30-й день функция кисти полностью восстановилась.

Р-мма № 3352-3. Дистальный эпифиз правого луча расположен по оси проксимальной части луча.

НАБЛЮДЕНИЕ 298. Б-нова, 45 лет, колхозница. История бол.№7934.

10.XI-53 г. при аварии автомашины получила центральный вывих правого бедра и перелом правого луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка и отрывом шиловидного отростка локтевой кости. Р-мма №№ 2937 и 2938.

Правая нижняя конечность установлена на шине Белера с продольной тягой по оси бедра 6 кг и боковой - 8 кг. Под спинально-новокаиновой блокадой (15 мл) отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

17.XI. Общее состояние больной средней тяжести. Р-скопия правого тазобедренного сустава - вывих бедра устранен. При р-скопии правого кистевого сустава - стояние отломков луча хорошее. Отек кисти спал. Движения в кистевом суставе возможны к тылу на 10-15°, к ладони - 15°, в пальцах нормализовались.

Назначение: силовые сжимательные движения кистью.

На 12-й день движения в кистевом суставе приблизились к норме. Обслуживает себя в постели.

На 25 день шина снята. Ось предплечья не нарушена. Движения в суставах кисти в норме. Больная обслуживает себя. На 30-й день шина Белера снята. Назначение: ЛФК правого тазобедренного

сустава, массаж.

На 35 и 40 день больная передвигается с помощью костылей, при этом дает большую нагрузку на поврежденную руку.

Динамометрия: правая 20 кг, левая 25 кг.

НАБЛЮДЕНИЕ 299. Г-в, 39 лет, военнослужащий. Ист.бол.№ 7002.

20.XI-53 г. 2 месяца тому назад при аварии автомашины получил перелом левой лучевой кости с большим смещением отломков. Лечился стационарно в одной из клиник СОПМИ, где в день поступления произвели вправление отломков и фиксировали конечность циркулярной гипсовой повязкой, а через 2 недели выписан на амбулаторное лечение.

Повязка была снята через 35 дней. После снятия повязки проводил ЛФК и теплые ванны. 20.XI обратился к нам с жалобой на боли в кистевом суставе и тугоподвижность суставов кисти.

Р-мма № 2683. Отломки консолидировались в хорошем положении. Местно: незначительный отек области перелома. Ось предплечья не нарушена. Движения в кистевом суставе к тылу возможны только на 5-10°, к ладони на 15-20°. Первый и второй пальцы не приводит к ладони. Супинация ограничена на 60°, болезненна, пронация - норма. Динамометрия: правая 50 кг, левая 19 кг.

Направлен в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 300. М-ва, 70 лет, домохозяйка. Амб.карта № 4557.

18.XII-54 г. 15 дней как при падении на правую руку получила перелом луча в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка к тылу и отрывом шиловидного отростка к тылу. (Р-мма № 3742 - смещение дистального отломка к тылу на 1,8 см).

При вправлении (спирто-новокаиновая блокада) полностью устранить смещение не удалось. На контрольной р-мме № 3743 после фиксации отломков угловой шиной, отмечается, что тыльное смещение сохраняется на 0,8 - 1,0 см.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

В последующем с 7-го дня назначены силовые сжимательные движения кистью.

На 15 день шина расслабилась. Смена шины. Движения в пальцах нормализовались, а движения в кистевом суставе возможны к

тылу на 10°, к ладони на 10-15°, болезненны. Назначены силовые сжимательные движения.

На 30-й день после попытки к вправлению отломков, шина снята. Ось предплечья нарушена. Р-мма № 346 - отломки сохраняют достигнутое при вправлении положение. Имеется умеренный отек кисти и кистевого сустава. Движение в лучезапястном суставе к тылу не превышает 10-15°, а к ладони 20-25°.

Больная направлена в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 301. Б-ва, 65 лет, домохозяйка. Амб.карта № 5667.

10.XII-53 г. 2 недели как упала на левую половину тела. Механизм травмы точно не выяснен. Лечилась в рамбулатории, где перелом не был распознан.

24.XII обратилась к нам с жалобами на резкие боли в дистальной трети левого предплечья, отек. Местно: характерный симптомокомплекс для перелома луча с выраженной деформацией предплечья и уменьшением радио-ульнарного угла до 70°.
На р-мме № 1333 определяется перелом левого луча с резким двойным смещением дистального отломка. При вправлении (спирто-новокаиновая блокада, 10 мл) достигнуто некоторое улучшение в стоянии дистального отломка. Предплечье фиксировано угловой шиной. Р-мма № 8529 -дистальный отломок смещен к тылу на 0,7 см.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти.

С 10-го дня назначены силовые сжимательные движения кистью.

На 35 день снята шина. Ось предплечья деформирована. Движения в кистевом суставе к тылу 20°, к ладони до 30°.
Р-мма № 3042-3. Отломки в том же положении с выраженной консолидацией.

Направлена в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 302. М-ва, 65 лет, домохозяйка. Амб.карта № 25271.

7.XII-53 г. обратилась к нам с жалобами на резкие боли в области левого лучезапястного сустава и нарушение функции конечности. 2 недели как упала на левую вытянутую руку. В тот же день, как получила травму, в амбулатории диагносцировали перелом левого луча в "типичном" месте, произвели вправление отломков и фиксировали предплечье тыльной лонгетой. Произведена р-мма № 3454-10. Обнаружен перелом левого луча в "типичном"

месте с резким смещением дистального отломка к тылу. Лонгета снята. Произведена местная анестезия с добавлением 10 мл спирто-новокаинового раствора Фридлянда. Выравнением достигнуто улучшение стояния отломков с последующей фиксацией их угловой шиной. Контрольная р-мма № 111-12.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти. С 7-го дня силовые сжимательные движения кистью.

5.1-54 г. к концу снятия шины движения в пальцах в полном объеме, в кистевом суставе к тылу ограничены на 10°, к ладони на 15°. Динамометрия 9 кг.

7.1-54 г. шина снята. Ось предплечья нарушена. Радио-ульнарный угол 100°. Движения в кистевом суставе в том же объеме, что и до снятия шины. Р-мма № 345-10 - отломки заметно консолидировались со смещением дистального отломка на 0,6-0,7 см.

Направлена в кабинет лечебной физкультуры.

НАБЛЮДЕНИЕ 303. Б-ва, 47 лет, маляр. 10.IУ-54 г.

В 1949 г. в результате падения получила перелом правой лучевой кости в "типичном" месте. Лечилась амбулаторно. Конечность была фиксирована ладонной лонгетой месяц и двадцать дней.

Местно: умеренная деформация нижней трети правого луча с выстоянием головки локтевой кости. Движения в кистевом суставе к тылу 15°, к ладони 20°. Супинация ограничена на 10-15°. Отмечается заметное исхудание кисти. Радио-ульнарный угол 110°. Динамометрия: правая 15 кг, левая 25 кг. С 1950 года инвалид 2-й группы из-за утраты профессиональной трудоспособности в связи с полученной травмой конечности.

НАБЛЮДЕНИЕ 304. С-к, 20 лет, токарь. Поступил 28.XII-54 г. с жалобой на боль в нижней трети левого предплечья и нарушение функции кисти. Р-мма № 1335-2.

ДИАГНОЗ: Перелом левой лучевой кости в "типичном" месте с резким смещением дистального отломка.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой(10мл) и фиксированы угловой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 1340-2. Стояние отломков хорошее.

Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10 день. Шина снята на 25 день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30–40°. Р-мма № 1573. Отломки консолидировались в хорошем анатомическом положении. Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 35 дней.

Отдаленный результат через 6 месяцев. Функциональных и анатомических нарушений не установлено. Выполняет прежнюю работу.

НАБЛЮДЕНИЕ 305. Б-ко, 24 лет, воспитательница. Амб.карта № 81.

24.1–55 г. при падении на левую вытянутую руку получила перелом левого луча в "типичном" месте с раздроблением периферического конца и резким двойным смещением отломков. Подвывих в лучелоктевом сочленении.

Предварительно между отломками (в гематому) введено 10 мл 2% р-ра новокаина, а затем 10 мл спирто-новокаинового р-ра Фридлянда. Отломки вправлены и фиксированы угловой шиной. Назначение: подсушить гипс для контрольной р-ммы.

Через 30 минут после вправления отломков и подсушивания повязки, во время рентгенографии была обнаружена резкая гиперемия на тыльной поверхности кисти, а через 40–50 минут появился ожоговый пузырь, который распространился от щели кистевого сустава и до головок пястных костей. Ввиду указанного осложнения угловая шина тут же была снята. Отломки фиксированы ладонной гипсовой лонгетой. Ожоговый пузырь снят и наложена повязка с пенициллиновой мазью. В последующем кожа от щели кистевого сустава и до средней трети пястных костей секвестрировалась с обнажением сухожилий и последующим их частичным некрозом. Лечение: повязки с пенициллиновой мазью, пенициллин внутримышечно, теплые марганцевые ванны, кварц, пересадка кожи по Тирщу. Через 2,5 месяца гипсовая лонгета снята. Рана зарубцевалась через 3 месяца. Клинически и рентгенологически определяется подвывих в лучелоктевом сочленении. Функция кисти резко нарушена.

Через 6 месяцев. Двигательная и рабочая функция кисти резко нарушена. вследствие дермотогенной контрактуры кистевого сустава и пальцев.

НАБЛЮДЕНИЕ 306. Д-ва, 55 лет, домохозяйка.

3.III–55 г. Час тому назад упала на вытянутую правую руку, при этом получила перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с выраженным смещением дистального отломка к тылу. Р-мма № 375–6.

Под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) отломки вправлены и фиксированы пружинящей винипластовой шиной. Тут же после наложения шины произведена контрольная р-мма № 376-7, на которой определяется хорошее стояние отломков.

Назначение: ЛФК и легкий массаж кисти. Показатель 4.Ш.

4.Ш. Сон не нарушен, Состояние удовлетворительное. Отека кисти почти нет. Назначение то же. Показатели через 2-3 дня.

28.Ш. Больная с 4.Ш по 28.Ш не показалась. Из-за боязни смещения отломков щадила конечность, плохо занималась лечебной физкультурой. Шина снята. Ось предплечья не нарушена. Клинически консолидация наступила. Движение в кистевом суставе ограничено к тылу на 15-20 ^{0}, к ладони на 10^{0}. Движение в пальцах в полном объеме. Динамометрия: правая 7 кг, левая 23 кг.

Назначение: ЛФК кистевого сустава.

К 10.1У объем движений в суставах кисти приблизился к норме.

20.1У приступила к своей обычной работе. Динамометрия - 16н

НАБЛЮДЕНИЕ 307. Д-ва, 36 лет, кассирша. Амб.карта № 36.

5.Ш-55 г. упала на вытянутую правую руку, при этом ощутила боль и хруст в дистальной трети предплечья. Поступила тотчас. Р-мма № 379-80. Радио-ульнарный угол справа 100^{0}, слева 120^{0}.

ДИАГНОЗ: Вколоченный перелом правой лучевой кости в "типичном" месте с раздроблением дистального отломка и резким смещением его.

Отломки вправлены под спирто-новокаиновой блокадой (10 мл) и фиксированы винипластовой шиной.

Совет: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 385-6. Стояние отломков хорошее. Движения во всех суставах кисти нормализовались на 10-й день. Приступила к профессиональной работе в шине на 16 день. Шина снята на 25-й день. Ось предплечья не нарушена. Супинация ограничена на 30^{0} (р-мма № 530-2).

Профессиональная трудоспособность восстановлена полностью через 25 дней.

НАБЛЮДЕНИЕ 308. О-кин, 41 года, шофер. Амб.карта № 234.

15.II-55 г. в результате контрудара при заводке автомашины получил перелом правой лучевой кости в "типичном" месте со смещением дистального отломка на ширину кости и отрывом шиловидного отростка локтевой. Р-мма № 753-4.

Под спирто-новокаиновой блокадой отломки вправлены и фиксированы угловой шиной.

Рекомендовано: ЛФК и легкий массаж кисти.

Контрольная р-мма № 762-3. Стояние отломков хорошее.

16.II. Сон не нарушен, умеренный отек кисти. Назначения те же.

19.II. Движения в пальцах в полном объеме: Контрольная р-мма № 470-1 показывает, что отломки сохраняют прежнее хорошее стояние.

23.II. Обслуживает себя, движения в кистевом суставе нормализовались.

25.II. Обслуживает себя, жалоб нет. Назначение - силовые сжимательные движения кисти. Динамометрия: правая рука - 10 кг, левая рука - 45 кг.

1.IУ. Больной сел за руль грузовой машины. Завел мотор. Наблюдая за вождением автомашины мы отметили, что больной свободно владеет рулем, переключает скорости, при этом жалуется на боль в области перелома при переключении на первую и четвертую скорость.

12.IУ - снята шина. Ось предплечья - норма. Двигательная функция кисти в полном объеме. Р-мма № 836. Отломки консолидировались в достигнутом при вправлении положении.

15.IУ. Приступил к профессиональной работе. Динамометрия-25 кг.