

кафедра общей хирургии ОрГМА

Травмы

профессор Есинов В.К.

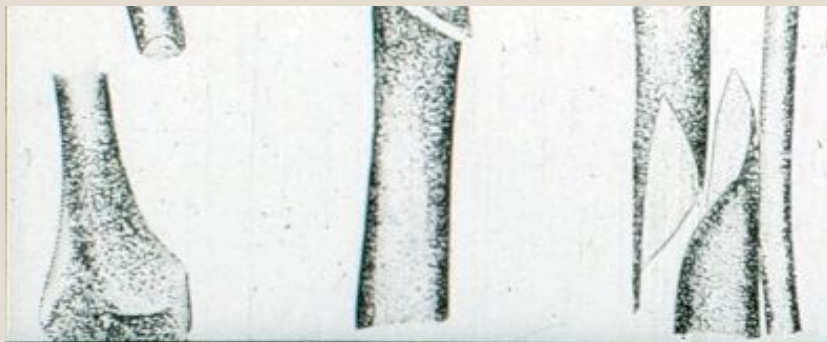


КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ

71



ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРА
ПРИ ОСТЕССАРКОМЕ

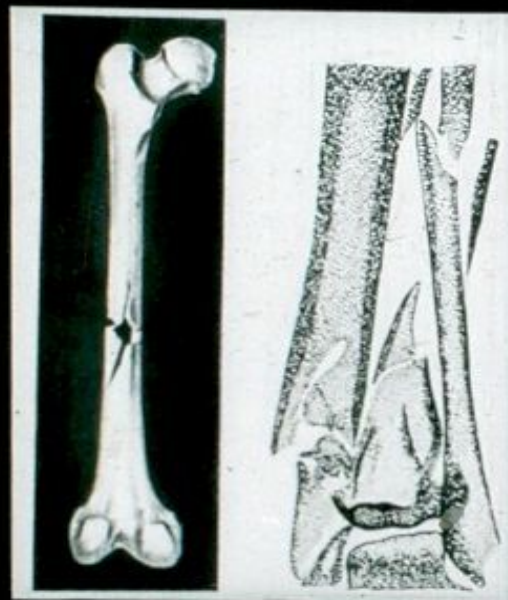


Поперечный

косой

винтообразный

ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ



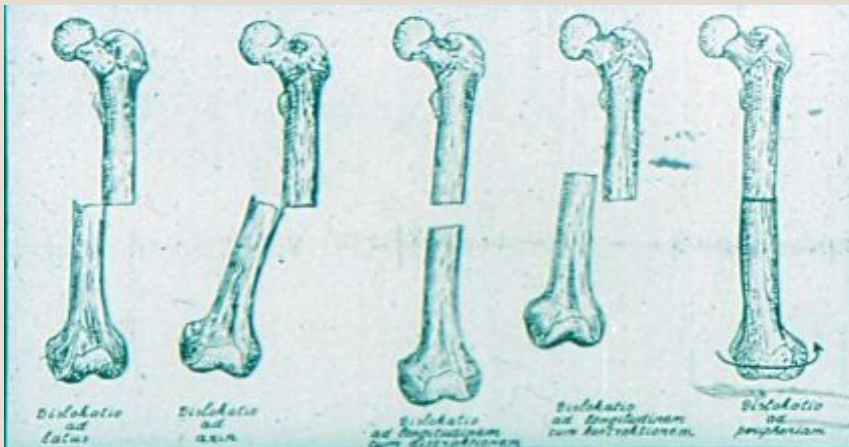
Огнестрельный
(дырчатый).

Осколочный.

ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ.







ВИДЫ СМЕЩЕНИЯ ОТЛОМКОВ



РОЛЬ МЫШЕЧНОЙ РЕТРАКЦИИ В СМЕЩЕНИИ ОТЛОМКОВ

ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КЛЮЧИЦЫ



НАДКОМЕЧНЫЙ ПЕРЕЛОМ АНАТОМИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ



ПЕРЕЛОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ



ПЕРЕЛОМ ДИСТАЛЬНОЙ КЛЮЧИЦЫ



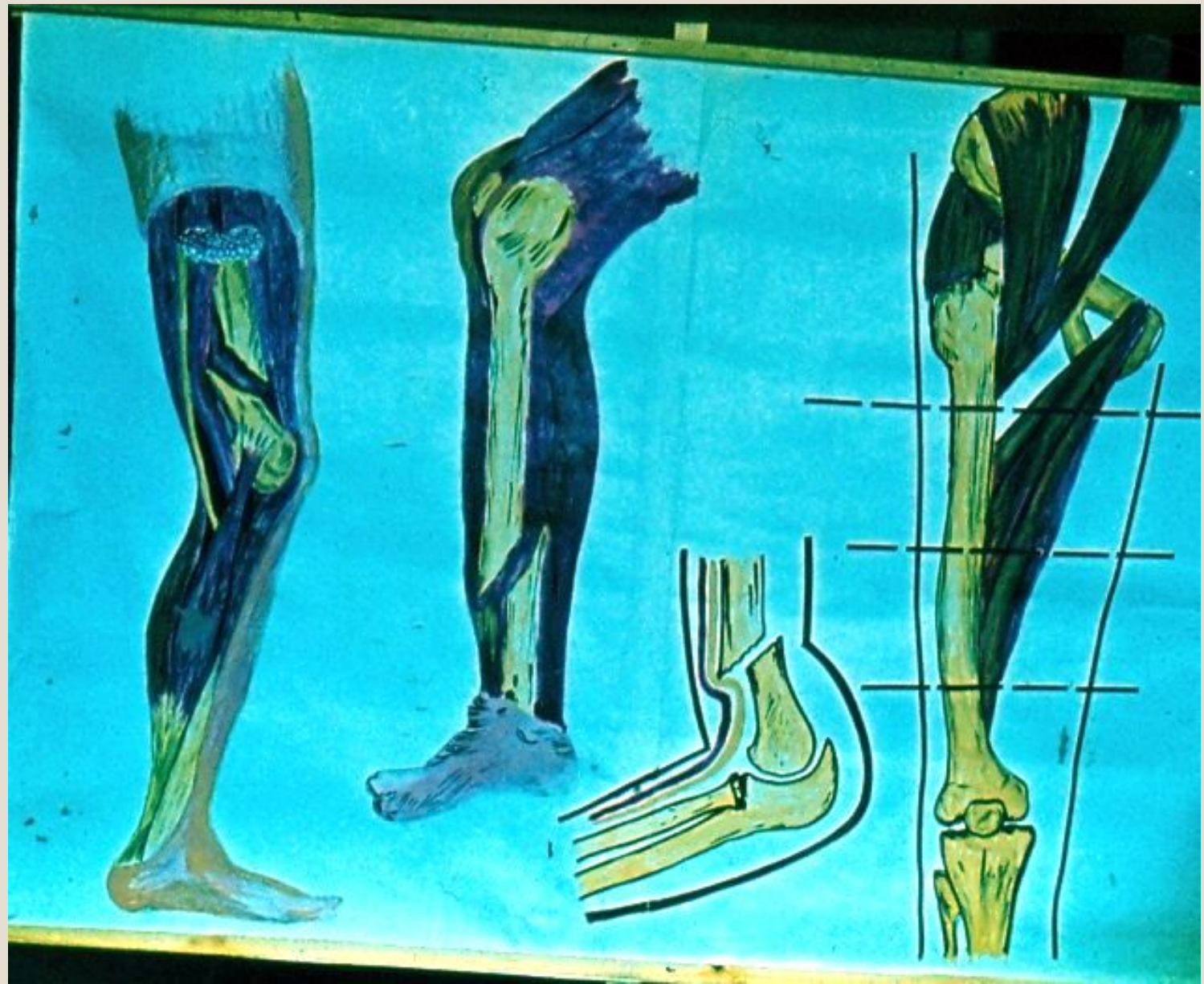
ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКА



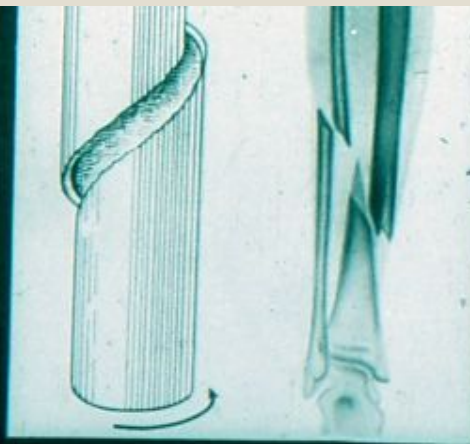
НАДКОМЕЧНЫЙ РАДИАЛЬНО-УЛЬНАРНЫЙ ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ



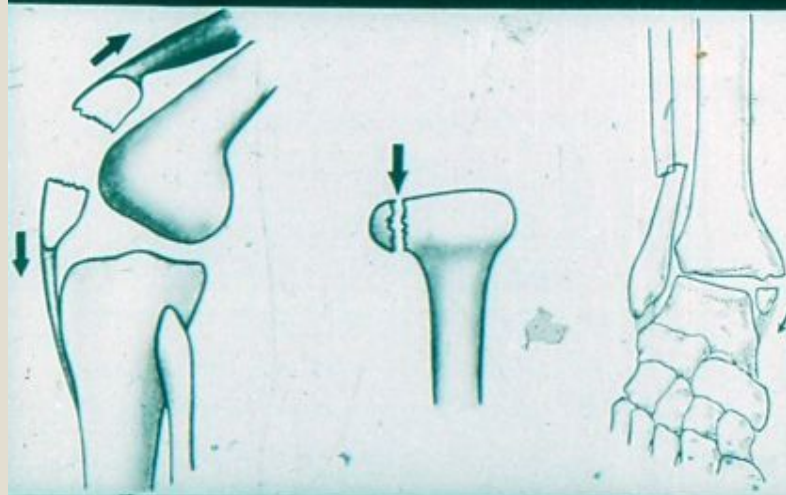
СМЕЩЕННЫЙ СУСТАВНЫЙ ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ







МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ СКРУЧИВАНИИ



МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМОВ—отрывной перелом

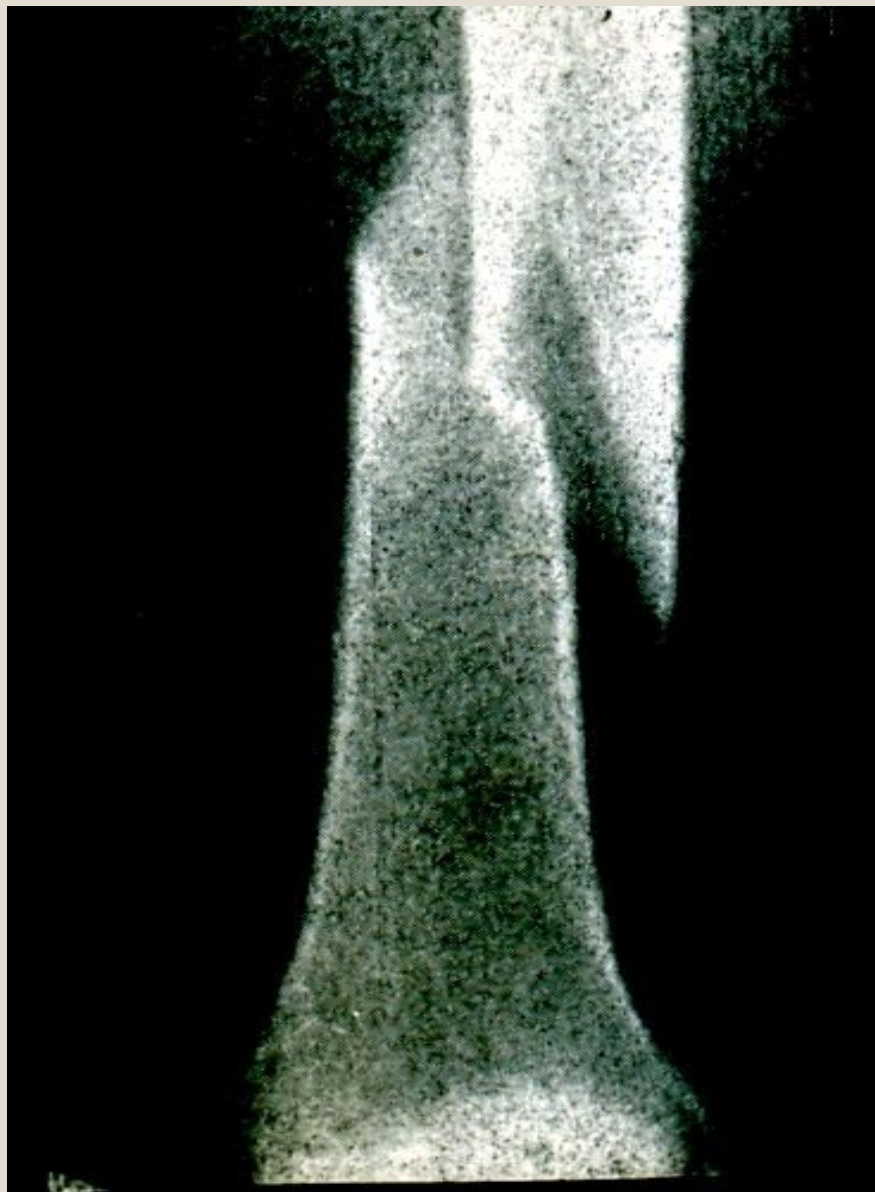
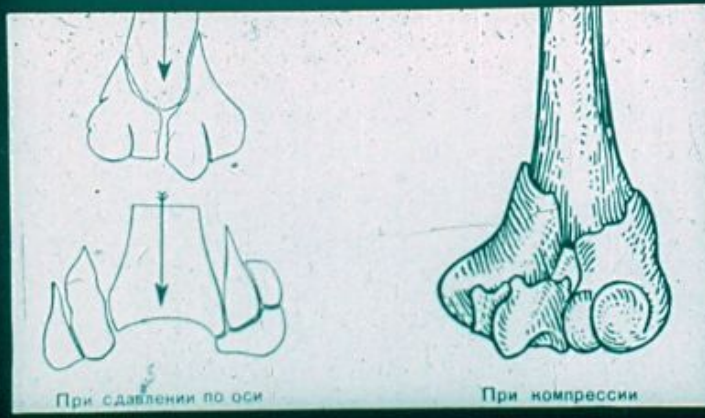


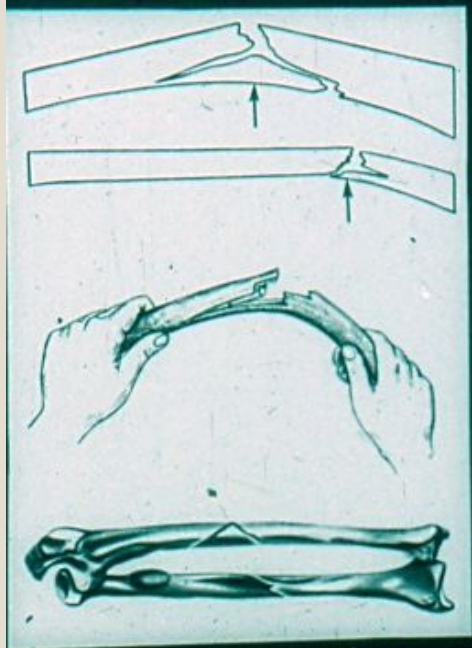
Рис. 9. Винтообразный перелом бедра от скручивания.



При сдавлении по оси

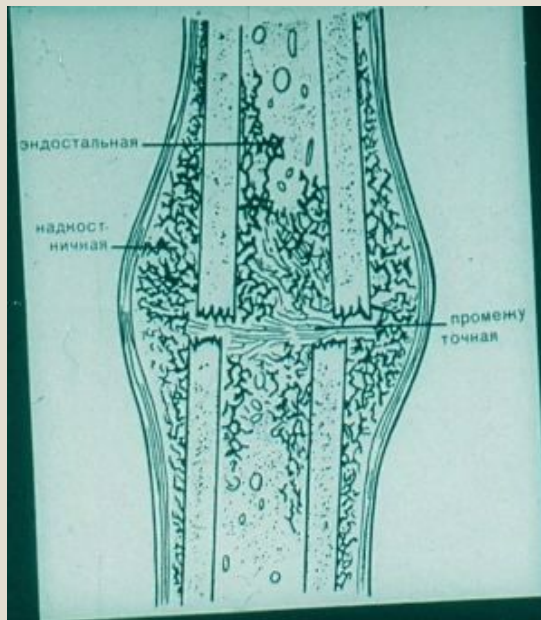
При компрессии

МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМОВ



МЕХАНИЗМ ПЕРЕЛОМОВ
ПРИ СГИБАНИИ





КОСТНАЯ МОЗОЛЬ

104



РЕНТГЕНОГРАММА
КОСТНОЙ МОЗОЛИ

105

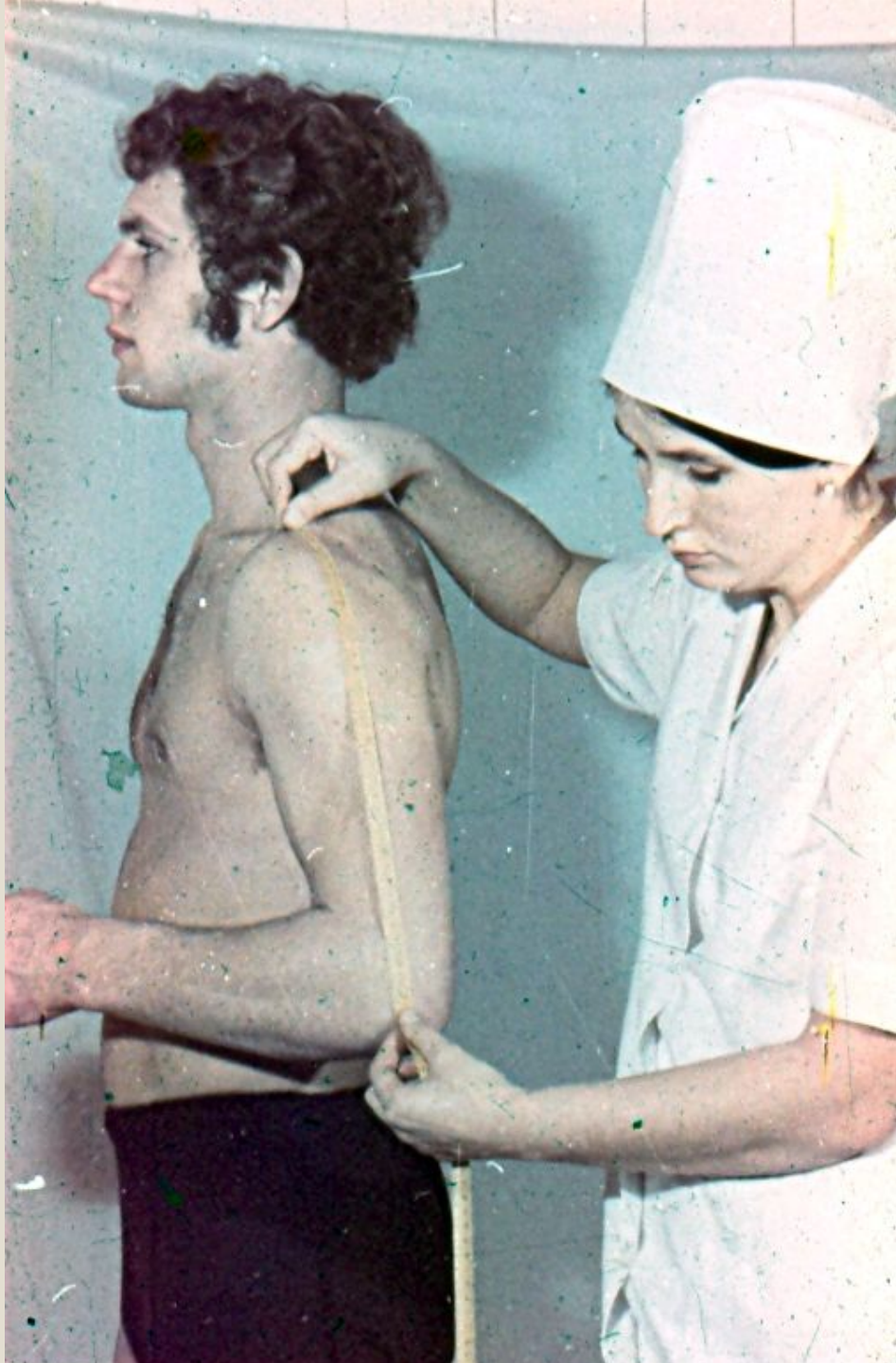
- **Анатомическую длину** верхней конечности определяют измерением от большого бугорка плечевой кости до локтевого отростка и от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости;

Функциональную длину — от акромиального отростка лопатки до конца фаланги III пальца.

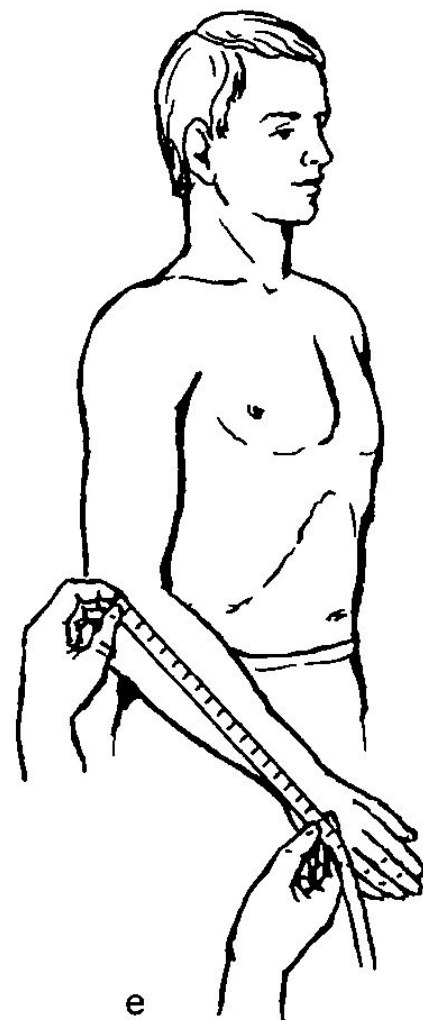
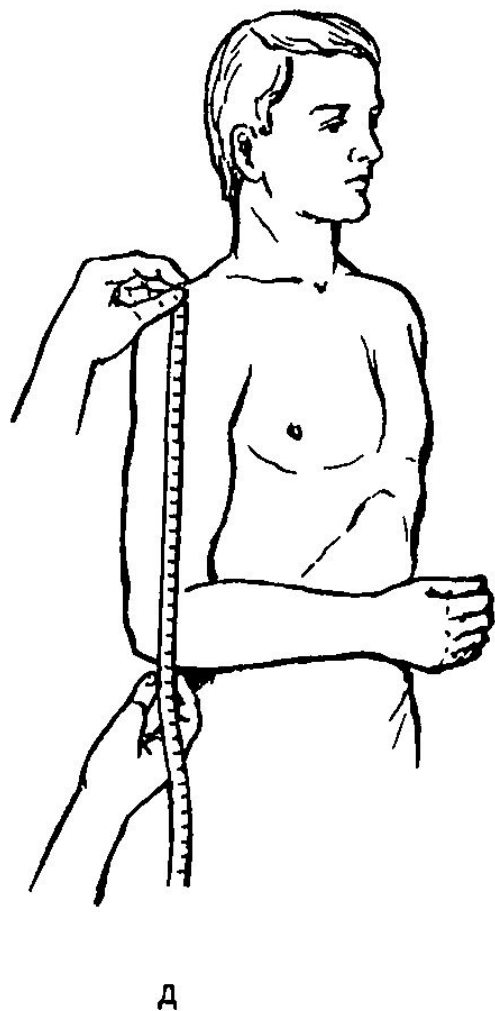
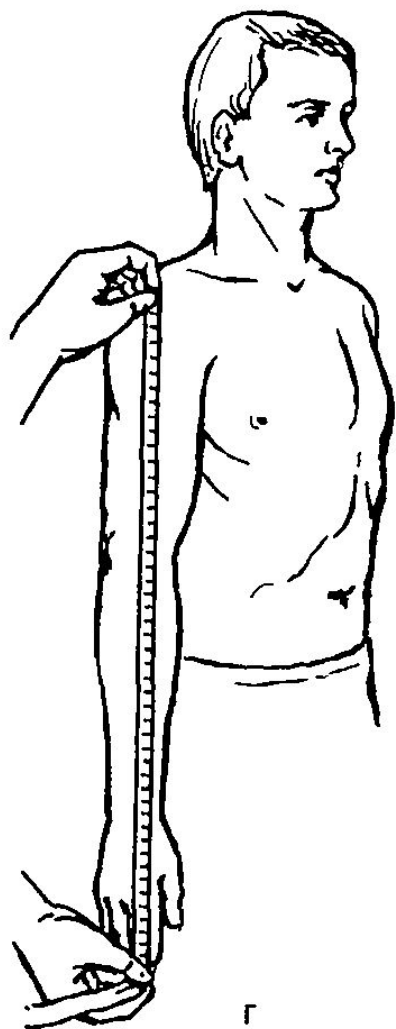
- **Анатомическую длину** нижней конечности определяют от большого вертела бедренной кости до наружной лодыжки,

Функциональную — от верхней передней подвздошной ости таза до медиальной лодыжки.







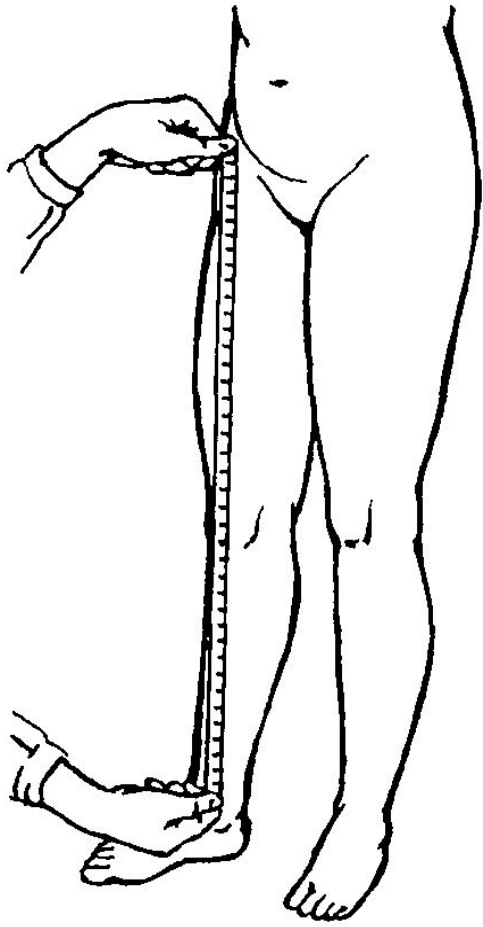


Длина нижней конечности измеряется расстоянием от верхней передней подвздошной ости до медиальной лодыжки.

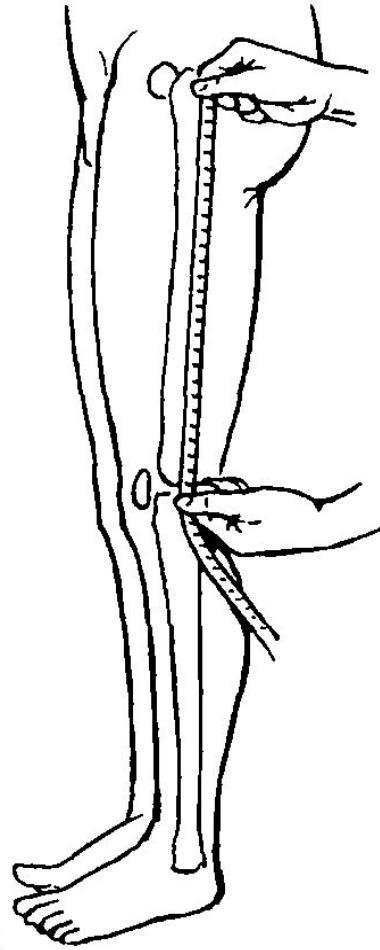
Длину бедра определяют от вершины большого вертела до суставной щели коленного сустава, длину голени — от суставной щели до латеральной лодыжки.

Длину верхней конечности измеряют от акромиона до шиловидного отростка лучевой кости или конца III пальца, длину плеча — от акромиона до локтевого отростка, длину предплечья — от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости (рис. 31).

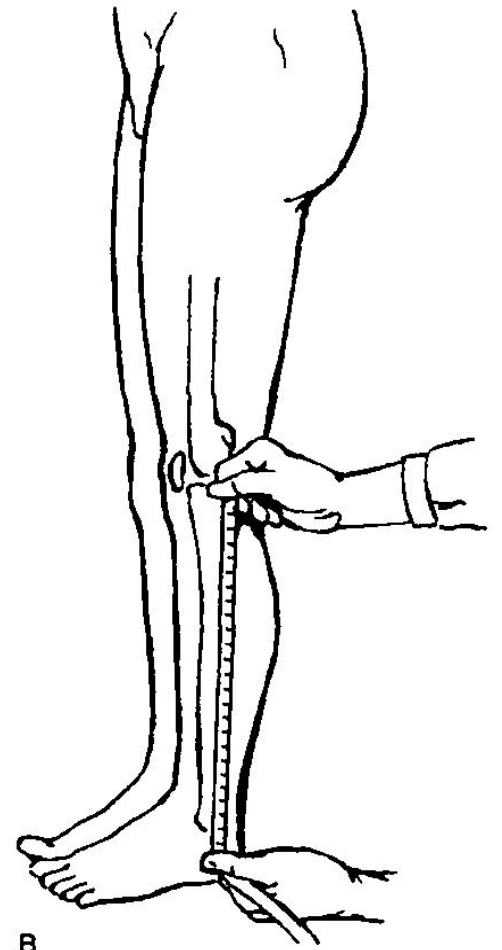
Укорочение конечности может быть истинным (анатомическим — при укорочении непосредственно кости одного из сегментов), относительным (при вывихах), проекцион-



a



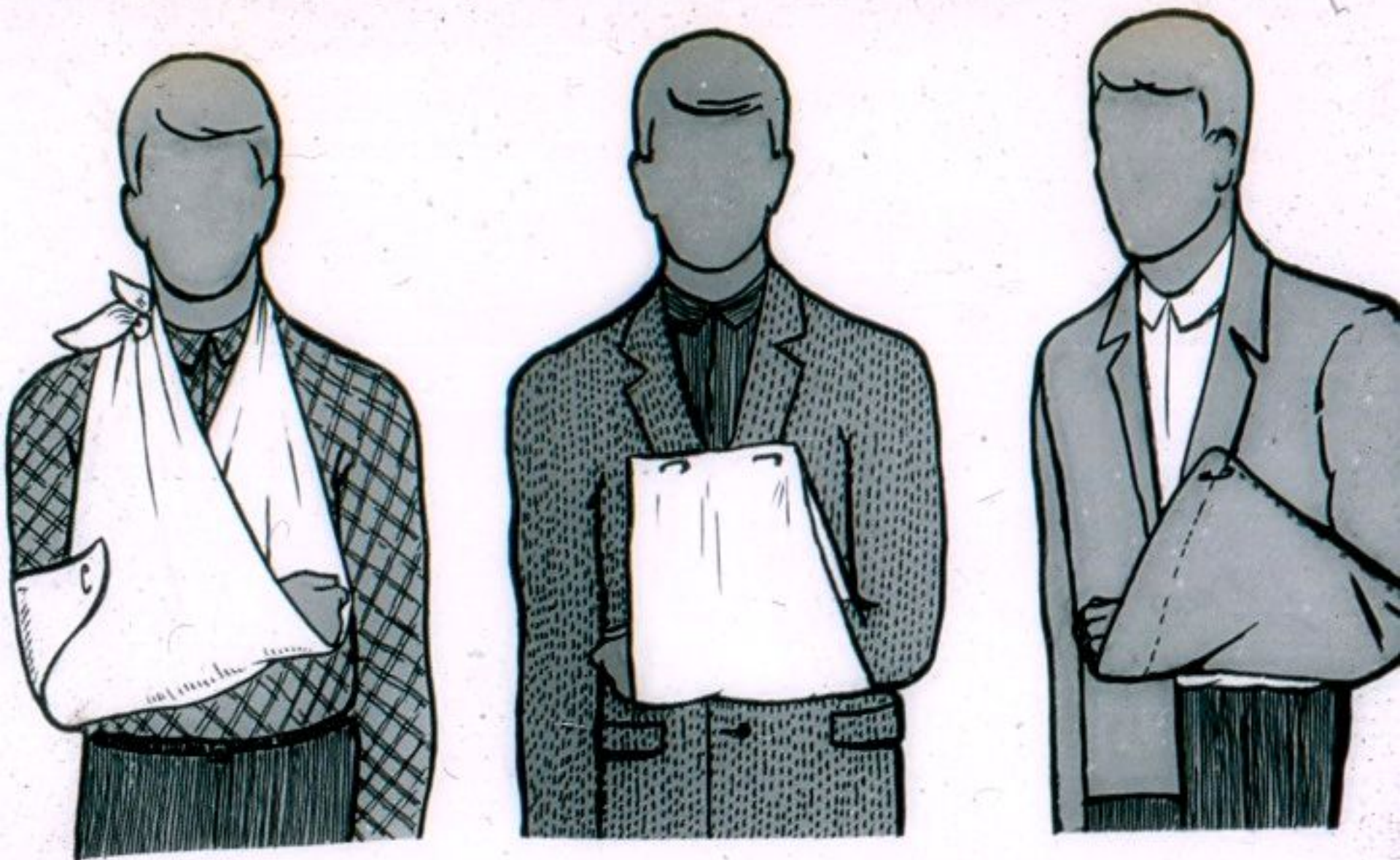
b



B

Под иммобилизацией понимают создание покоя, обездвиженности повреждённого сегмента тела человека. Различают транспортную и лечебную иммобилизацию.

Иммобилизация



ПОДВЕШИВАНИЕ РУКИ С ПОМОЩЬЮ КОСЫНКИ, ПОЛОСКИ ТКАНИ,
ПОЛЫ ПИДЖАКА

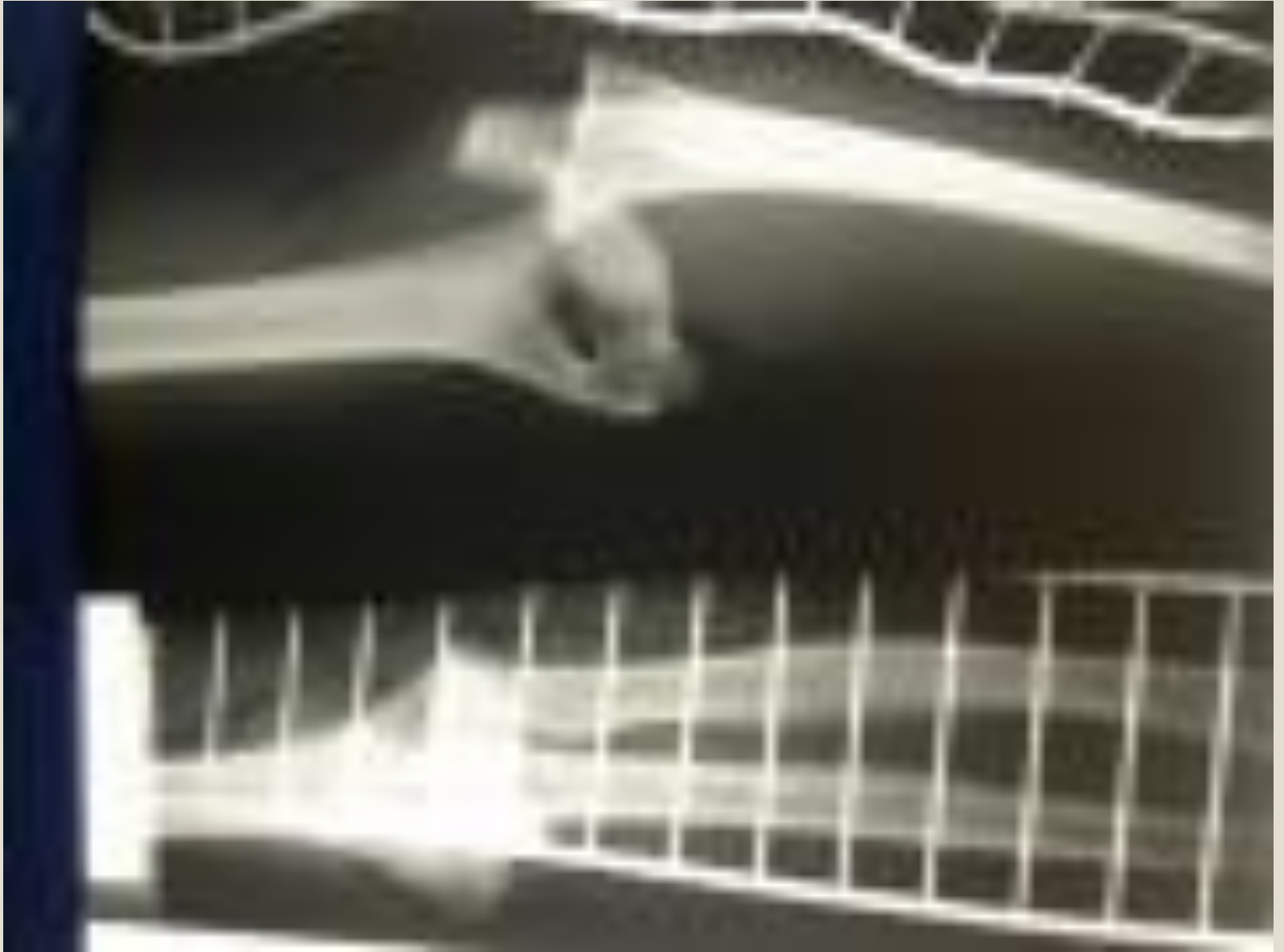


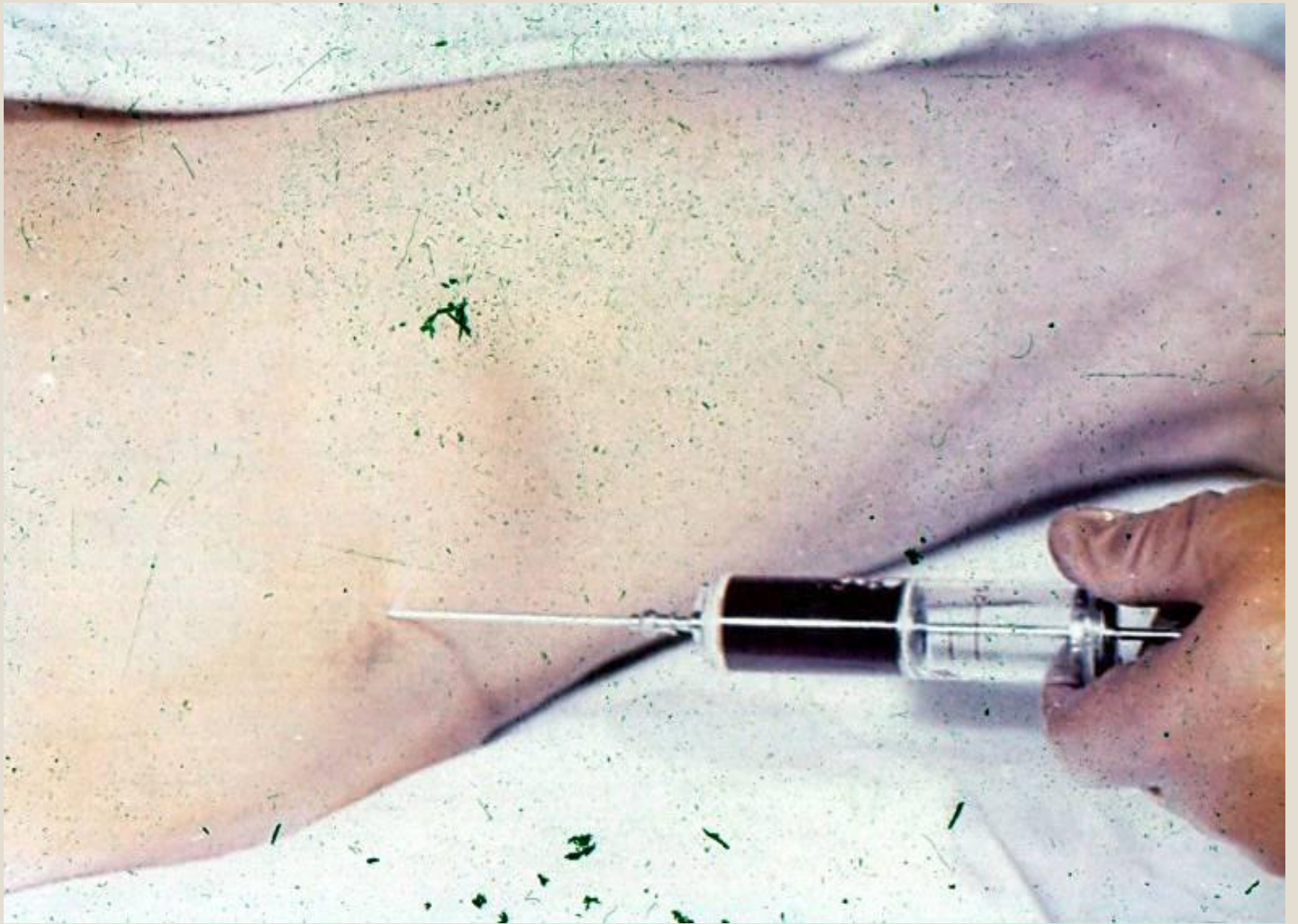
ИММОБИЛИЗАЦИЯ БЕДРА С ПОМОЩЬЮ
ИМПРОВИЗИРОВАННЫХ ШИН И ФИКСАЦИЕЙ НОГИ К ЗДОРОВОЙ

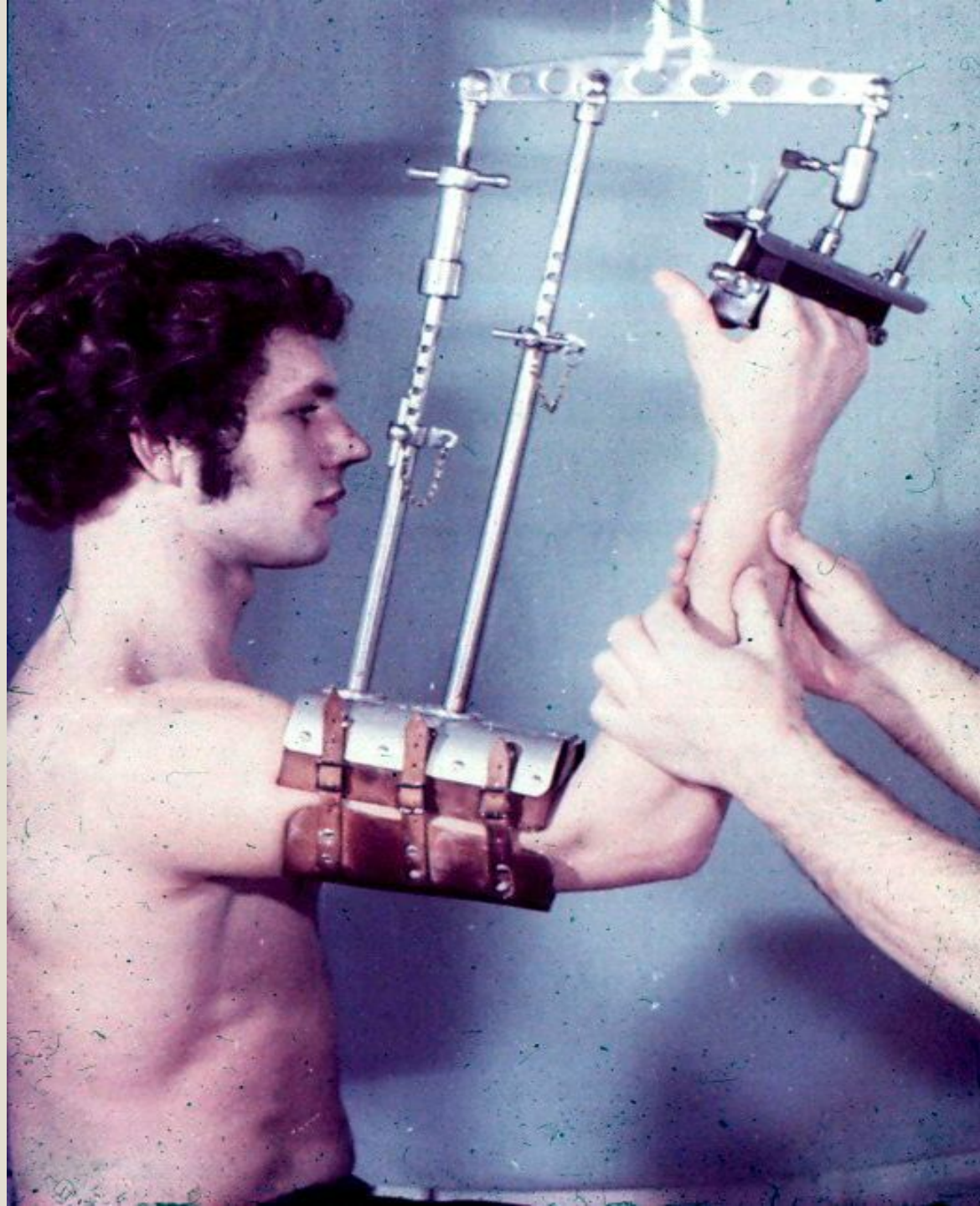




ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПЛЕЧА
С ПОМОЩЬЮ ПОДСОБНОГО МАТЕРИАЛА







Под лечебной иммобилизацией понимают стойкое длительное обездвиживание повреждённого сегмента тела до восстановления его целостности (консолидации перелома, заживления ран).

ЛЕЧЕБНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ

Лечение переломов гипсовыми повязками проводят под рентгенографическим контролем. Рентгенограммы делают до репозиции, сразу после репозиции, через 10—14 дней (выявление вторичного смещения), через 1—1½ мес (выявление начала сращения), после снятия гипсовой повязки, по окончании лечения.

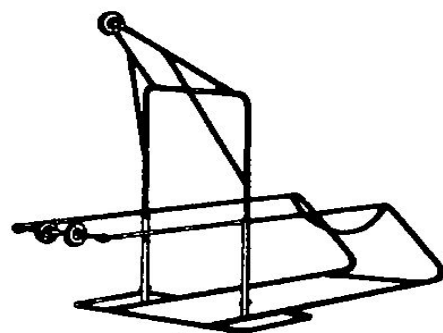
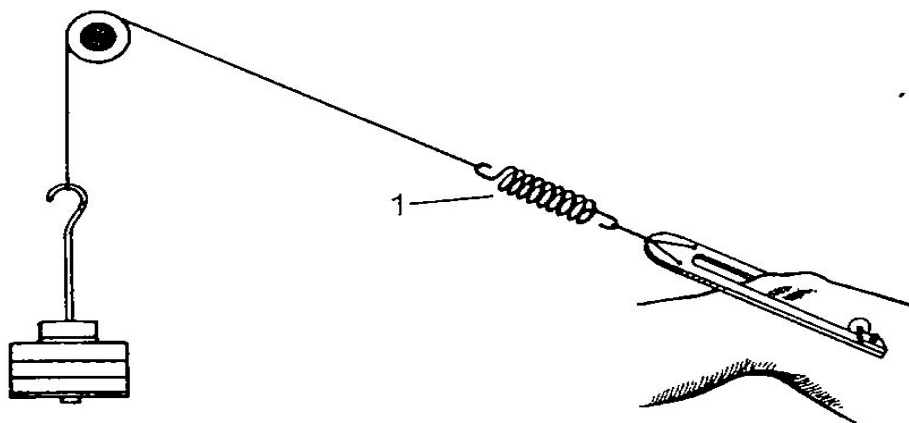
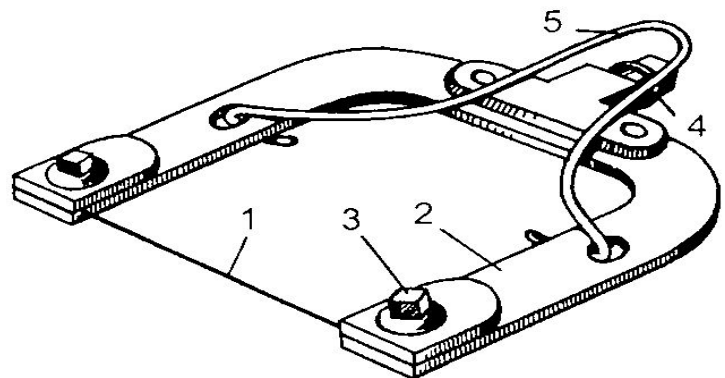
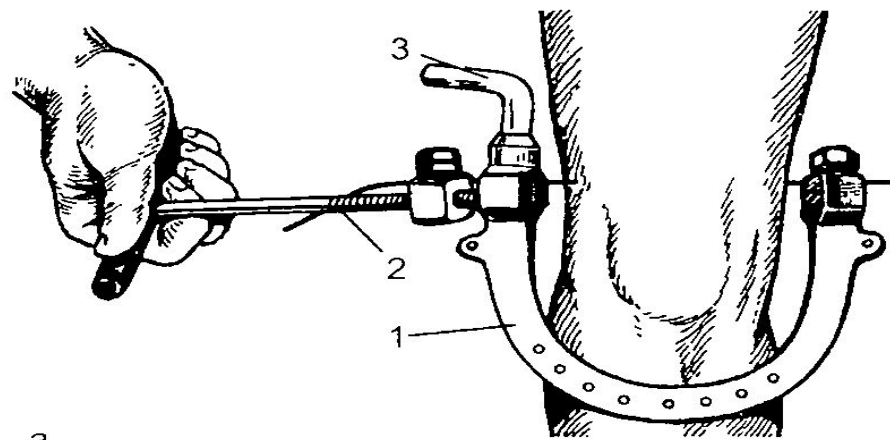
Названия всех пяти принципов лечения переломов скелетным вытяжением начинаются на букву «П» — мнемоническое правило «5П»:

1. положение среднефизиологическое
2. покой конечности
3. противопоставление отломков
4. постепенность нагрузки
5. противовытяжение отломков.

ПЯТЬ ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ СКЕЛЕТНЫМ ВЫТЯЖЕНИЕМ

Названия всех трех фаз лечения скелетным вытяжением начинаются на букву «Р» — мнемоническое правило «ЗР».

- **Репозиционная: до 3 дней.** Желательно продолжительность этой фазы сократить до минимума. Поэтому контрольная рентгенограмма после наложения скелетного вытяжения должна быть сделана уже на следующий день. После этого следует произвести коррекцию величины силы натяжения, ее направления, наложить дополнительные тяги. Чем дольше продолжается фаза репозиции, тем хуже условия для образования первичной мозоли. Репозиция отломков должна быть подтверждена рентгенограммами в двух проекциях.
- **Ретенционная (удержание): 2—3 нед.** В этот период должен быть обеспечен максимальный покой вытягиваемого сегмента конечности (вред от переключиваний больного, транспортировки его, включение в лечебную физкультуру поврежденного сегмента). Через 2 нед после начала вытяжения следует сделать контрольные рентгеновские снимки в двух проекциях.
- **Репарационная: 2—4 нед** — от первых признаков мозоли до достаточной консолидации (прекращение вытяжения). Клинически это подтверждается тем, что больной может поднять поврежденную конечность.



59. Инструменты и аппараты для скелетного вытяжения.

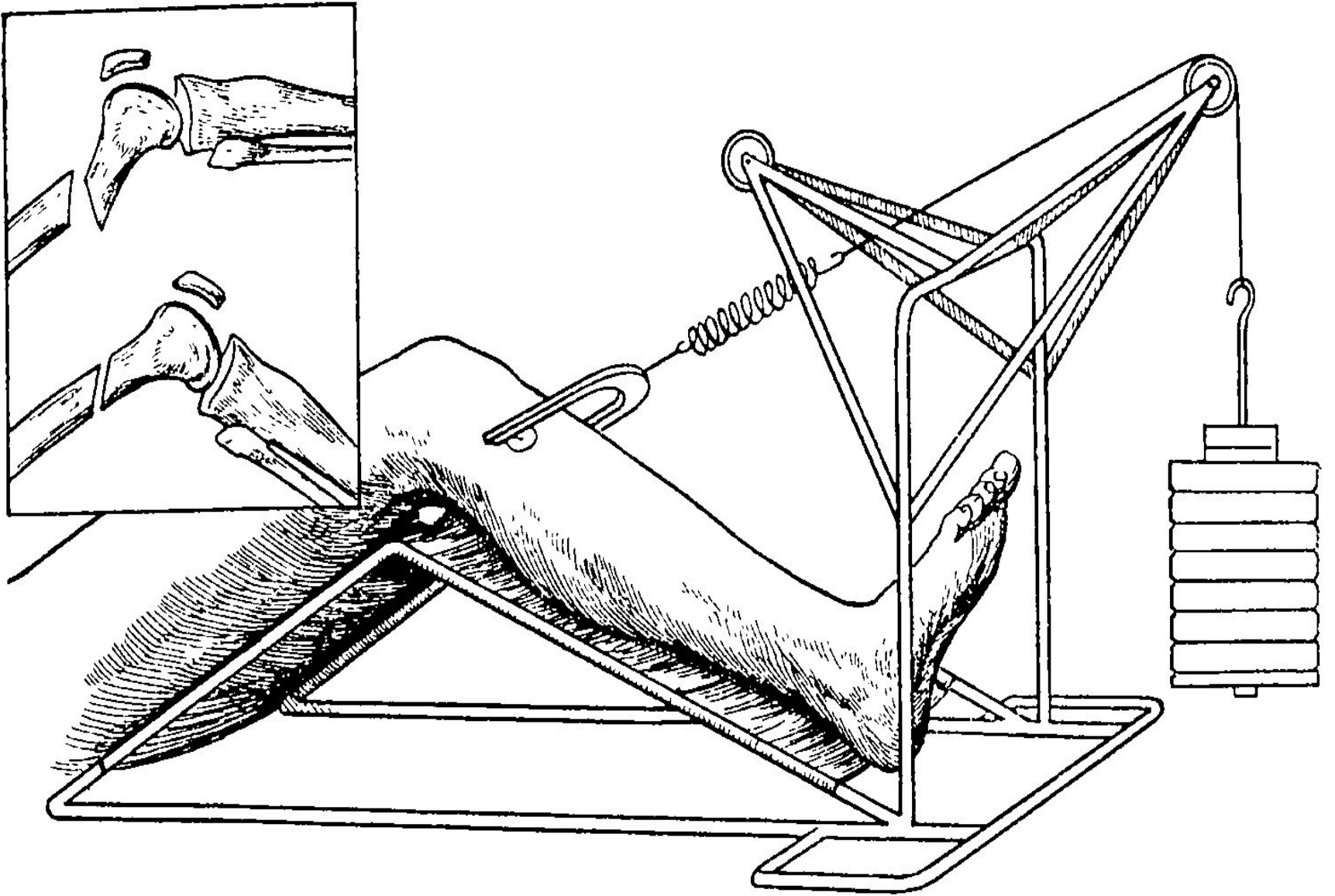
а — инструментарий Киршнера для натяжения спицы 1 — дуга, 2 — спиценатягиватель, 3 — торцовый ключ, *б* — скоба ЦИТО для натяжения спицы 1 — спица, 2 — полудуга, 3 — фиксатор спицы, 4 — устройство для разведения полудуг, 5 — спица для крепления шнура к скобе; *в* — демпферированная системы скелетного вытяжения 1 — пружина-демпфер между скобой и грузом; 2 — функциональная шина для скелетного вытяжения.

чем скорее происходит означаемое изменение. Это правило распространяется и на другие внешние воздействия.

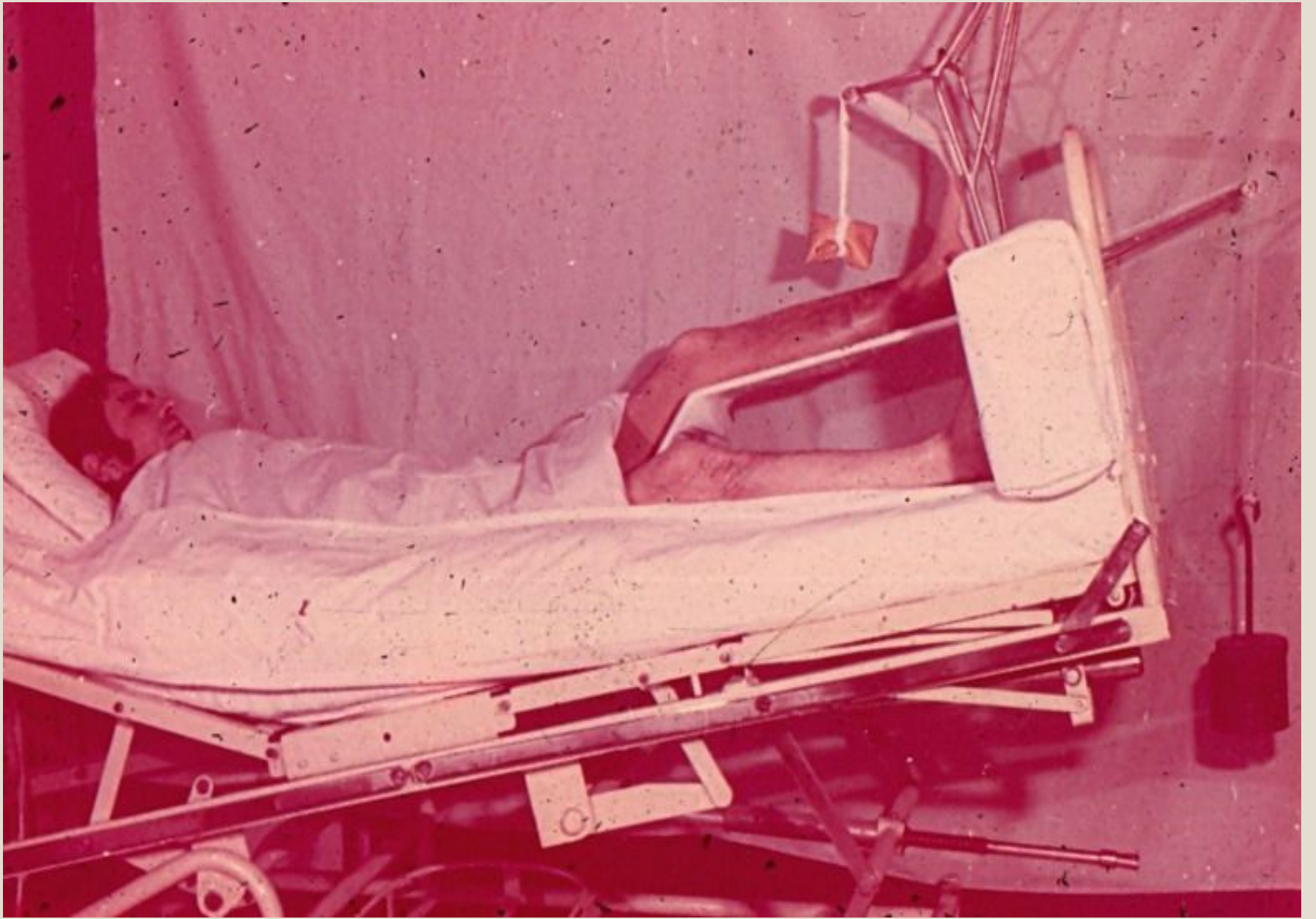
2-я группа — прием постепенного вправления одномоментно наложенным грузом [Бедрин А.В., 1952; Каплан А.В., 1956; Богданов Ф.Р., 1961]. Вправление наступает к 3—5-му дню, затем груз уменьшают



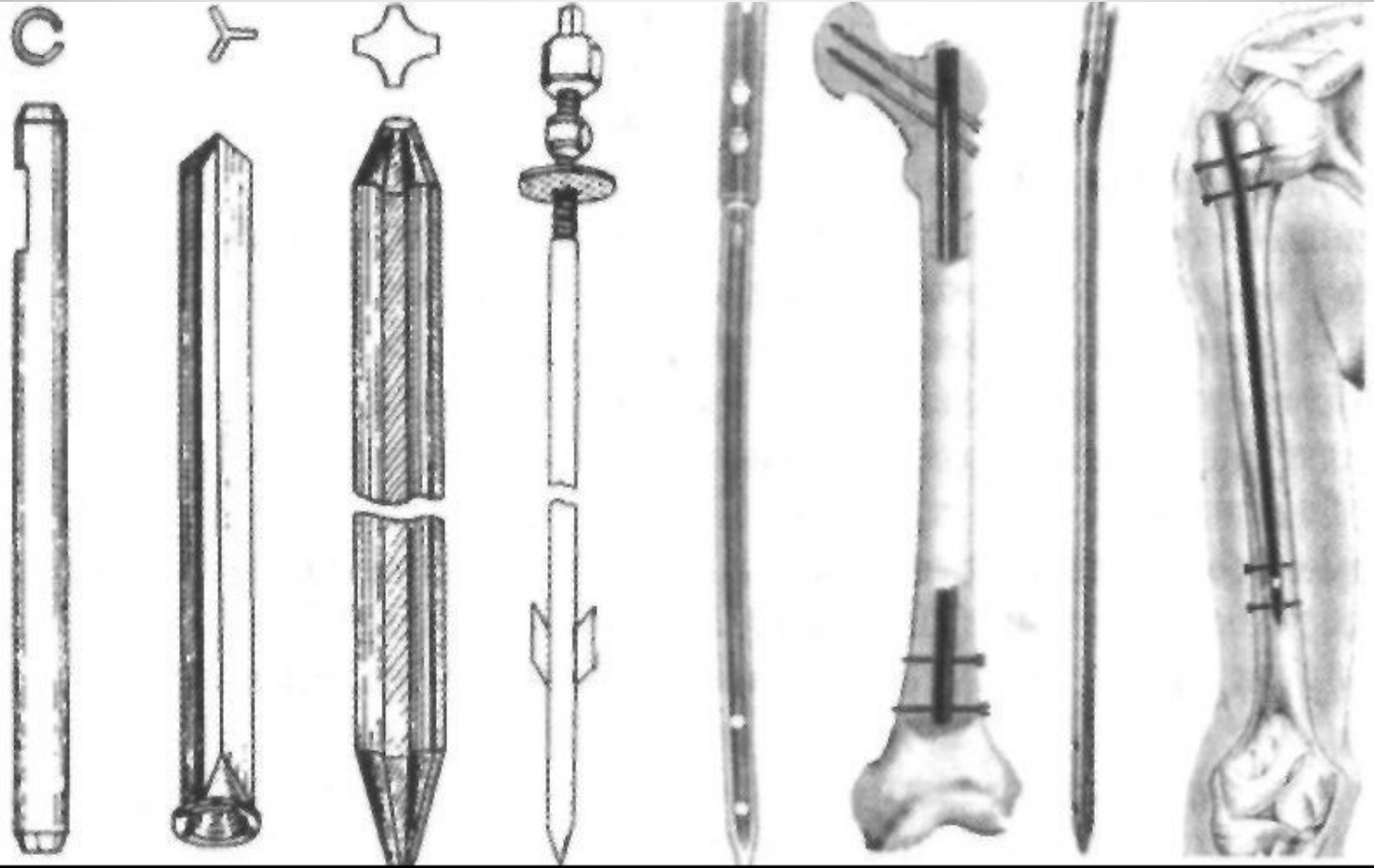




a



Для внутрикостной (интрамедуллярной) фиксации используют стержни Богданова, ЦИТО, Кюнчера и др. Фиксатор должен плотно входить в костномозговой канал, перекрывать линию излома и не менее чем на 8 см проникать в дистальный отломок.

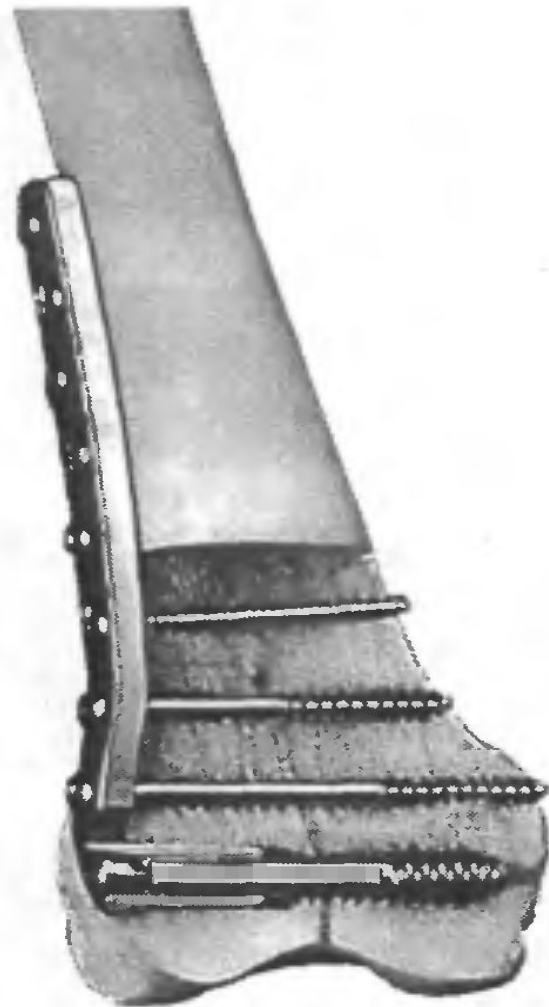




а

74. Винты.

а — DHS — динамический бедренный винт (для чрезвертельных и латеральных переломов шейки бедренной кости), б — DCS — динамический мыщелковый винт (для чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов бедренной кости и межвертельных и подвертельных переломов бедренной кости).

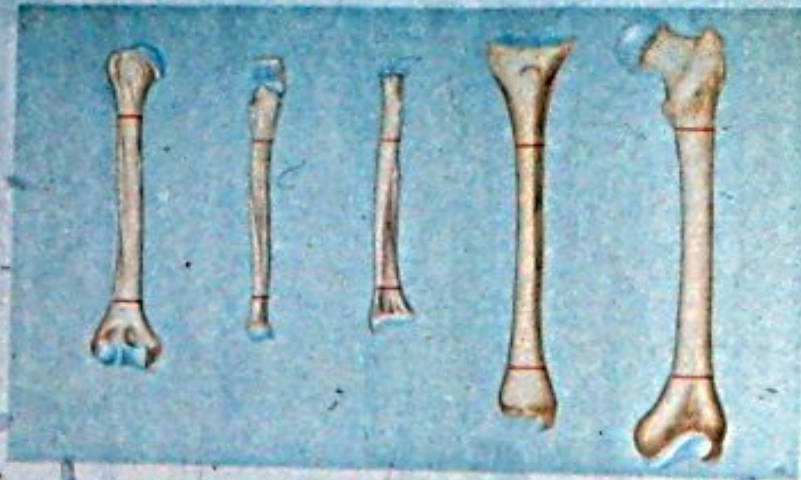


б

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ТИТАНОВЫМИ СТЕРЖНЯМИ ПРЯМОУГОЛЬНОГО СЕЧЕНИЯ

Интрамедуллярный остеосин

ВНУТРИКОСТНАЯ ФИКСАЦИЯ ПЕРЕЛОМА МЕТАЛЛИЧЕСКИМ СТЕРЖНЕМ



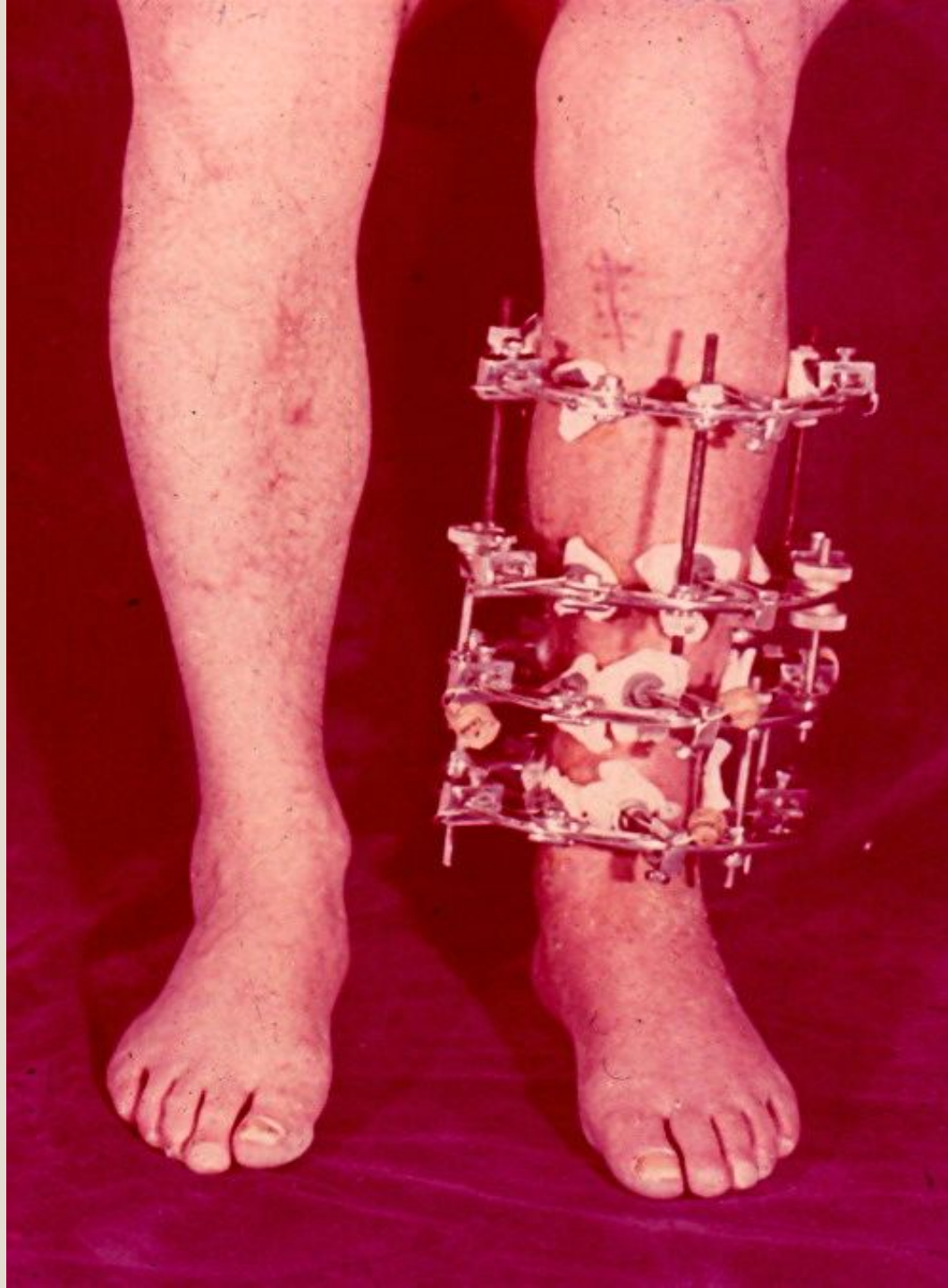
СТЕРЖЕНЬ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИАФИЗИ В ПРЕДЕЛАХ, ОБОЗНАЧЕННЫХ КРАСНЫМИ ЛИНИЯМИ



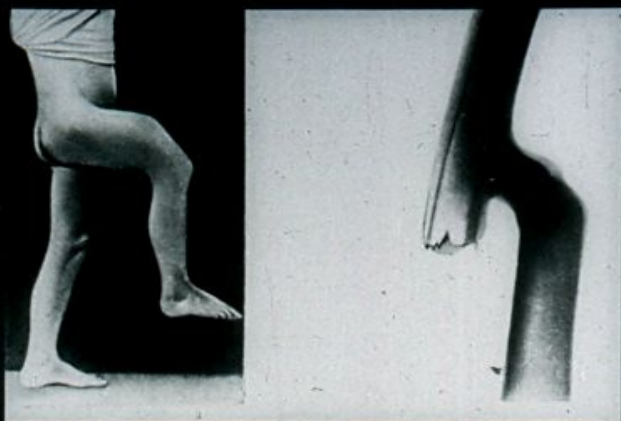
ВВЕДЕНИЕ СТЕРЖНЯ ЧЕРЕЗ БОЛЬШОЙ ВЕРТЕЛ



РЕТРОГРАДНОЕ ВВЕДЕНИЕ СТЕРЖНЯ







НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИЙСЯ ПЕРЕЛОМ

106



ЛОЖНЫЙ СУСТАВ



**Благодарю
за внимание!**