

Переломы и ВЫВИХИ



Краткая история.

Гиппократ ввёл понятия переломы, вывихи, косолапость и вправления суставов, применял неподвижные шинные повязки.

Н. И. Пирогов применил гипсовые повязки.

Барденгейер лечил переломы вытяжением.

Штейнман предложил скелетное вытяжения при помощи введенного в кость металлического гвоздя.

К. Ф. Вегнер создал липкопластырное вытяжение без шин в комбинации с активными движениями с первых дней.



Переломы.

Переломы (*fractura*) - полное или частичное нарушение целостности кости при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка скелета.



Классификация переломов.

I. От происхождения:

1. Врожденные

2. Приобретенные:

- Патологические.
- Травматические делят на открытые и закрытые.



Классификация переломов.

II. По направлению линии перелома:

1. Поперечные
2. Косые
3. Продольные
4. Спиральные
5. Оскольчатые
6. Раздробленные
7. Открытые
8. Клиновидные
9. Вколоченные
10. Зубчатые
11. Размозженные
12. Компрессионные



Классификация

переломов.

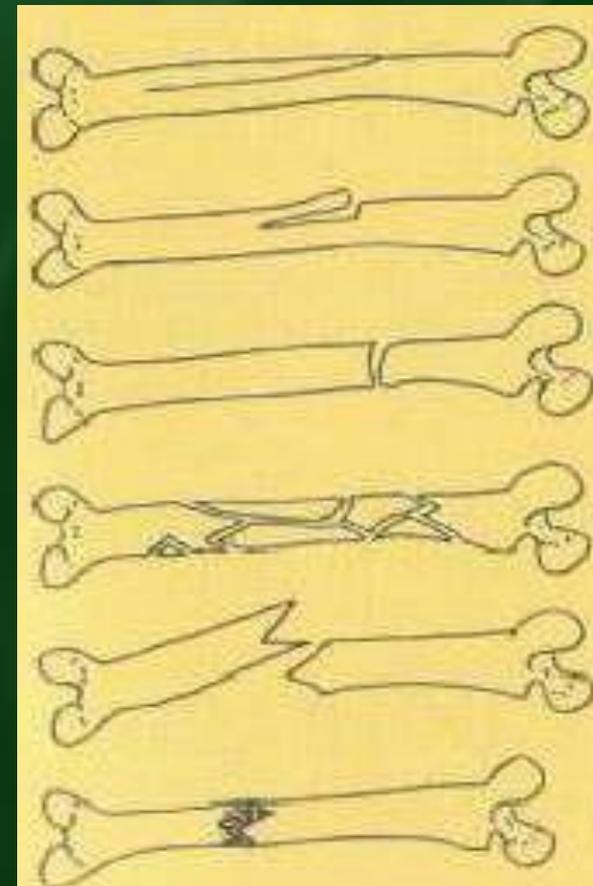
III. От характера повреждения:

1. Неполные переломы бывают:

- Трещины
- Надломы
- Отломы
- Пробоины
- Поднадкостничные переломы

2. Полные переломы:

- Полные
- Неполные



ЭТИОЛОГИЯ.

Причины делят на производящие и предрасполагающие.

Производящие - механические воздействия (ушибы, удары, толчки).

Предрасполагающие – минеральная и витаминная недостаточность, патологические и физиологические изменения костной ткани (авитаминоз, остеомиелит, старческий возраст).

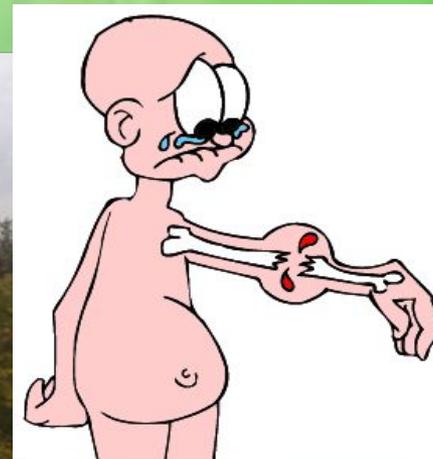


Клиническая картина.

Выделяют относительные и абсолютные признаки переломов.

Относительные – боль и болезненность, припухлость, деформация, нарушение функции.

Абсолютные – патологическая подвижность и крепитация отломков.



Диагностика.

Диагноз ставится на основании клинических признаков и уточняется рентгенологическим исследованием, проводимых в двух стандартных проекциях.

Рентгенологические признаки - наличие линии перелома, перерыва коркового слоя, смещения отломков, изменения костной структуры.



Первая помощь.

Первая помощь заключается в транспортной иммобилизации при помощи шин из подручных материалов.

Иммобилизацию нижней конечности удобнее осуществлять с помощью транспортной шины Дитерихса, верхней — лестничной шины Крамера.



Лечение.

Основные принципы лечения:

- репозиция костных отломков.
- удержание, создание неподвижности сопоставленных костных отломков и иммобилизация органа.
- применение средств и методов, ускоряющих образование костной мозоли и сращение кости.

Методы: - консервативный
- оперативный

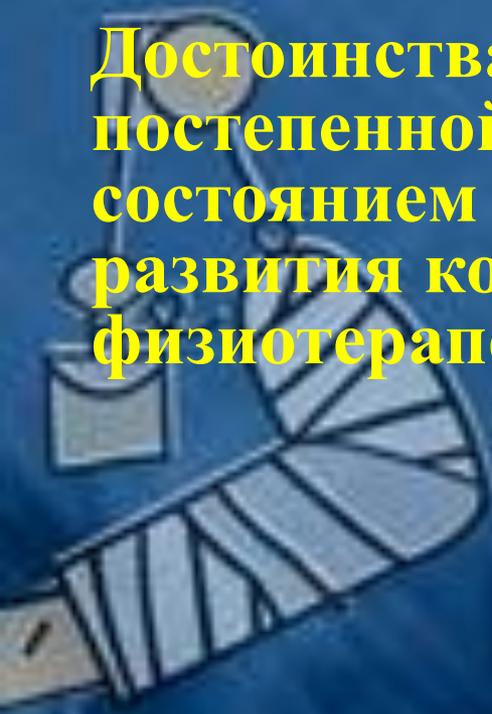
Консервативный метод

1. Иммобилизация гипсовой повязкой.

Достоинства: простота; мобильность больного, амбулаторное лечение; отсутствие повреждения кожных покровов и возможности инфекционных осложнений.

2. Метод постоянного вытяжения.

Достоинства: точность и контролируемость постепенной репозиции; возможность следить за состоянием конечности; резко снижается опасность развития контрактур; возможность применения физиотерапевтических методов лечения, массажа.



Оперативное лечение.

Абсолютными показаниями являются:

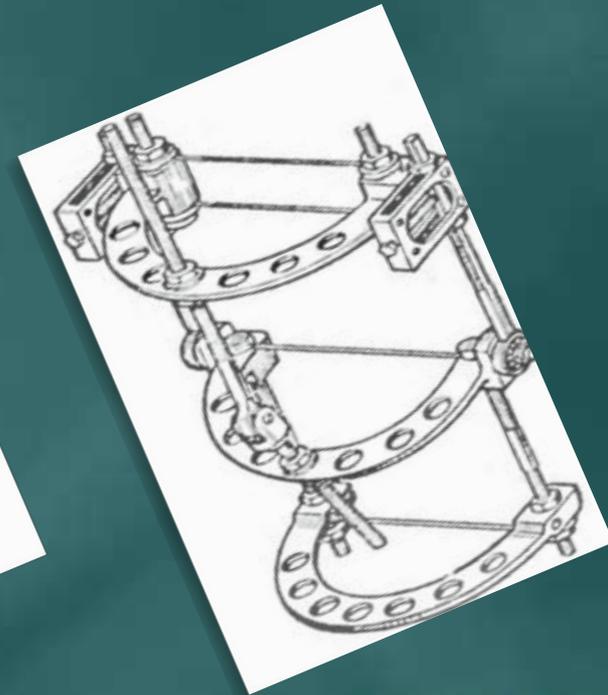
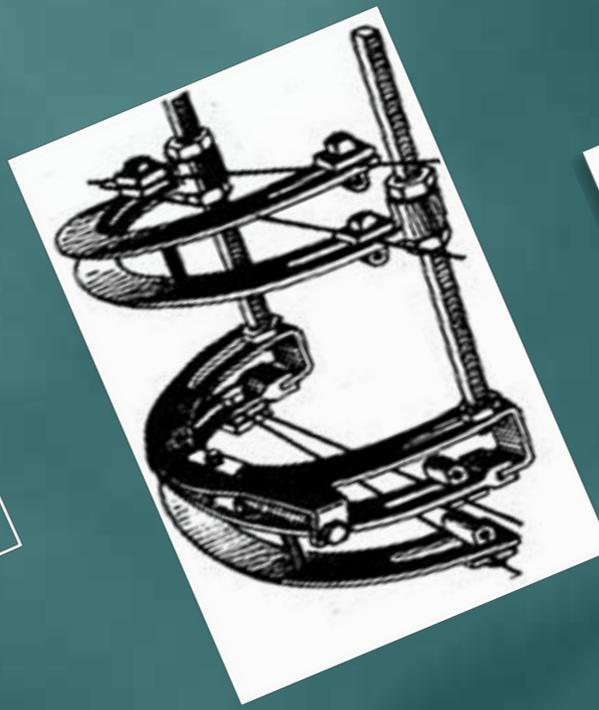
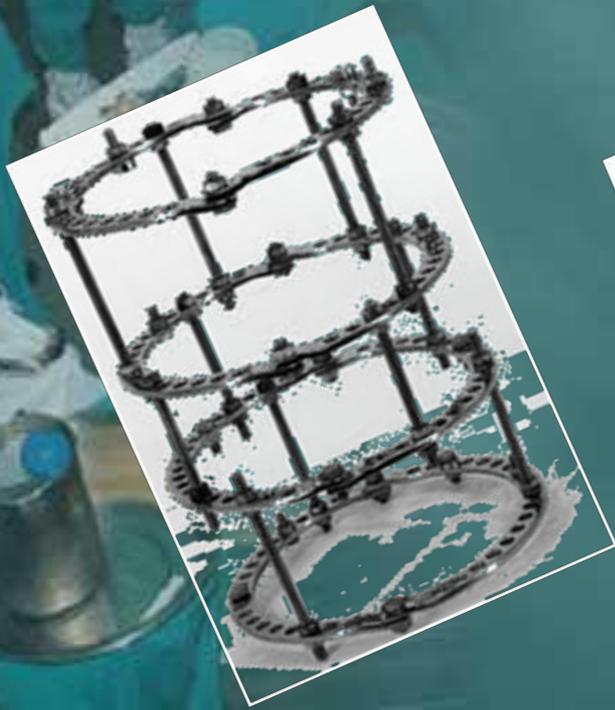
- Открытые переломы.
- Повреждение жизненно важных органов отломками костей (головного, спинного мозга, крупных сосудов, нервов).
- Интерпозиция мягких тканей
- Ложный сустав.
- Гнойно-воспалительные осложнения перелома.
- Неправильно сросшиеся переломы с грубым нарушением.

Относительными показаниями являются:

- Неудавшаяся попытка репонировать костные отломки.
- Замедленная консолидация перелома.
- Поперечные переломы длинных трубчатых костей, когда нельзя сопоставить или удержать костные отломки.
- Неправильно сросшиеся переломы с незначительным нарушением функции органа.

Компрессионные аппараты.

Преимущества их заключается в том, что фиксирующие спицы проводят вне перелома
Используют аппараты Илизарова, Гудушаури, Волкова – Оганесяна.



Фиксаторов с памятью

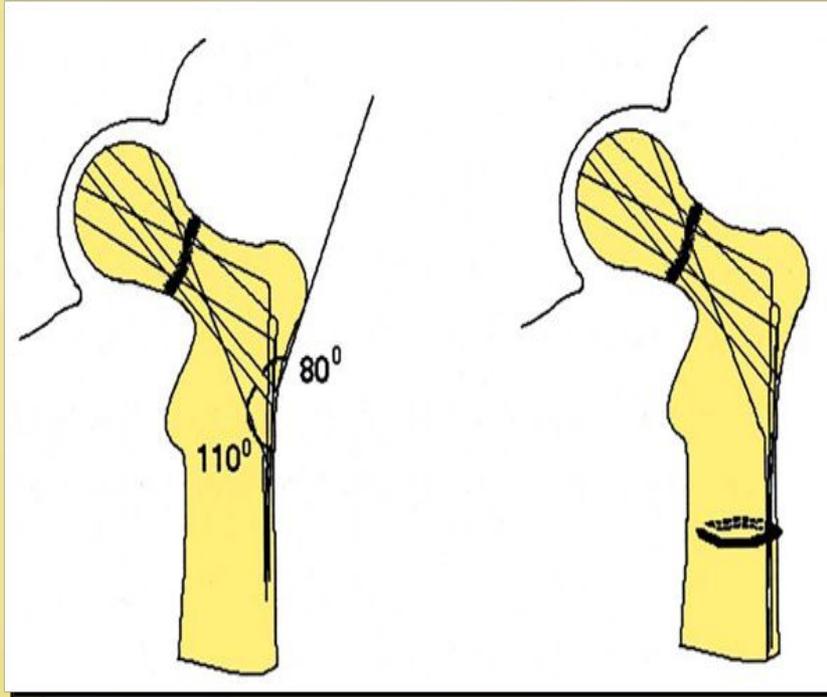


- Создают условия для ранней функциональной нагрузки, что исключает развитие постиммобилизационных контрактур.
- Никелид-титан обладает полной биологической и химической инертностью.



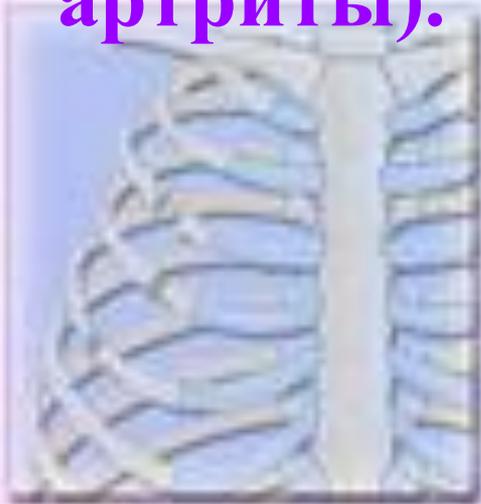
Остеосинтез пучком спиц.

Операция мало травматична.



Вывихи.

Вывихи - нарушение конгруэнтности суставных поверхностей костей, как с нарушением целостности суставной капсулы, так и без нарушения, под действием механических сил (травмы) либо деструктивных процессов в суставе (артрозы, артриты).



Классификация.

I. По происхождению:

- Врождённые вывихи.
- Приобретённые.
- Травматические вывихи.
- Патологические (самопроизвольные) вывихи.
- Привычные вывихи.

II. В зависимости от повреждения бывают:

- Закрытые.
- Открытые.

III. В зависимости от времени выделяют:

- Свежие - давность вывиха меньше 3 суток.
- Несвежие – давность травмы до 14 дней.
- Старые – давность травмы свыше 2—3 недель.

Классификация.

IV. По степени смещения суставных поверхностей:

- Полный вывих.
- Неполный (подвывих).

V. В зависимости от осложнений:

1. Не осложненные вывихи.

2. Осложненные:

- Переломом (переломовывих).
- Разрывом сухожилий, мышц
- Повреждением магистральных сосудов, нервных пучков.
- Гнойным артритом.

ЭТИОЛОГИЯ.

- Травмы с разрывом суставной капсулы и связок: непрямая травма, резкое сокращение мышц.
- Заболевания суставов с изменением или разрушением суставных поверхностей сочленяющихся костей (остеомиелит, туберкулез)
- Врождённые аномалии суставов и костей.
- Преждевременное прекращение иммобилизации в последствии первого вывиха.



Клиническая картина.

- Резкая боль в области сустава и невозможность выполнения активных и пассивных движений в нем.
- Деформация в области сустава, вынужденное для каждого сустава положение конечности. Активные движения невозможны, определяются укорочение, реже удлинение и изменение оси конечности.
- При пальпации определяется болезненность в области сустава, иногда удается прощупать суставной конец не на своем обычном месте.
 - Пассивные движения резко ограничены и болезненны.



Диагностика.

Диагноз вывиха устанавливается при наличии следующих данных:

- Травма в анамнезе (падение, резкое движение);
- Сильная боль;
- Деформация области сустава, заметная при сравнении со здоровой стороной;
- Вынужденное характерное для каждого вида вывиха, положение конечности;
- Изменение направления оси вывихнутой конечности по отношению к соседним опознавательным точкам;
- Отсутствие активных и резкое ограничение пассивных движений в суставе;
- «Пружинящая фиксация», при которой попытка сделать определенное пассивное движение, чтобы вывести конечность из вынужденного положения, встречает эластическое, пружинящее сопротивление и она вновь принимает то же положение;
- Суставной конец, который вышел при вывихе из суставной впадины, прощупывается не на своем обычном месте или совсем не определяется.



Первая помощь.

Первая помощь – холод на область поврежденного сустава, применение обезболивающих (анальгин, промедол и др.), иммобилизация конечности в том положении, которое она приняла после травмы. Верхнюю конечность подвешивают на косынке или перевязке из бинта, нижнюю - иммобилизуют при помощи шин или подручных средств.

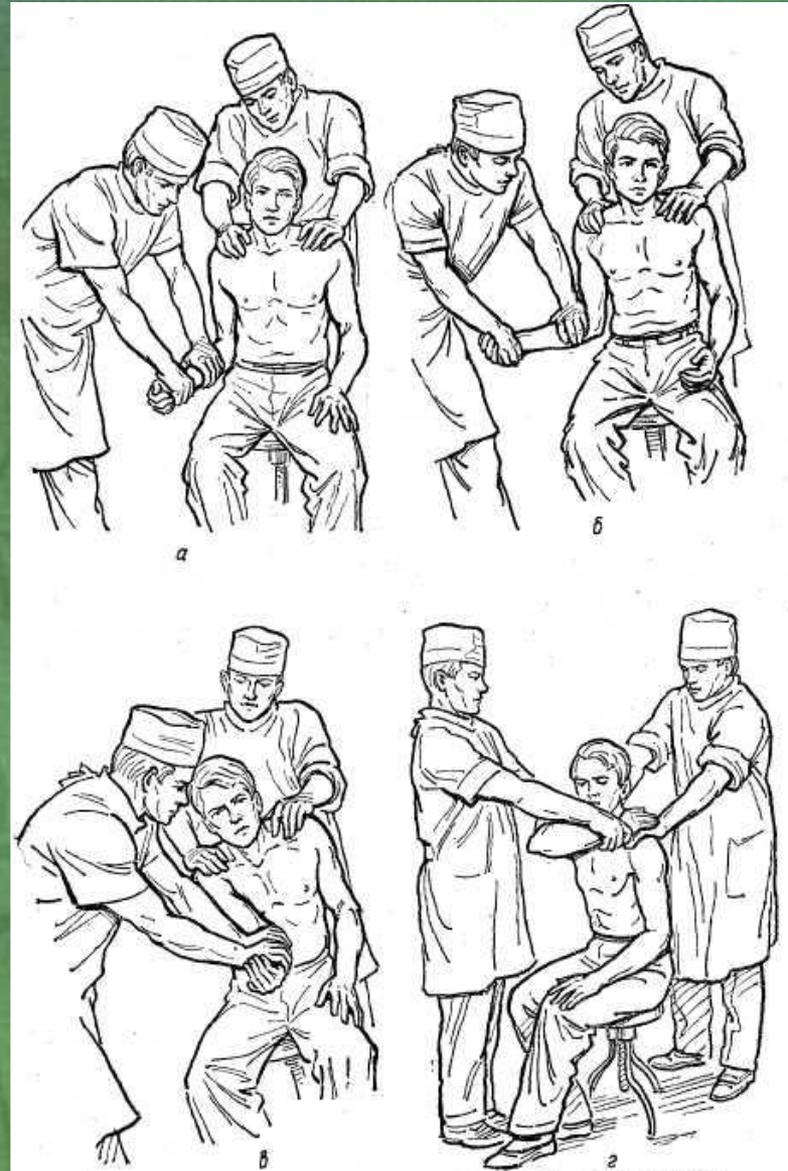


Лечение.

В лечении различаются 3 этапа:

1. Вправление
2. Иммобилизация конечности
3. Восстановление функции.

Для вправления применяют способы Кохера, Джанелидзе.



Лечение.

Для вправления применяют способы Мота,
Гиппократа.



Оперативное лечение.

Показаниями к хирургическому лечению:

- открытые вывихи;
- невправимые свежие вывихи (интерпозиция мягких тканей);
- застарелые вывихи;
- привычные вывихи.

Смысл оперативного лечения состоит в устранении вывиха и укреплении связок и капсулы сустава.

Иммобилизация и реабилитация.

- **иммобилизация в среднем на 2-3 недели**
- **через 1-2 недели при сохранении мягкой иммобилизации постепенно начинают движения в суставе, проводят курс лечебной физкультуры**
- **полное излечение наступает через 30-40 дней, а возможность полной нагрузки достигается через 2-3 мес.**





**Благодарим за
внимание!**