



ВЫВИХИ. ПЕРЕЛОМЫ

Лекция Телибаевой А.А.

Вывихи - смещение суставных поверхностей костей по отношению друг к другу.

Классификация:

1. Полные – суставные поверхности костей не соприкасаются друг с другом.

2. Неполные (подвывих) - суставные поверхности сохраняют частичный контакт.

3. Приобретенные.

4. Врожденные.

Привычный вывих - при повреждении связочного аппарата и капсулы сустава.

Привычный - более 1 раза в одном суставе.

Клиника:

1. Боль.

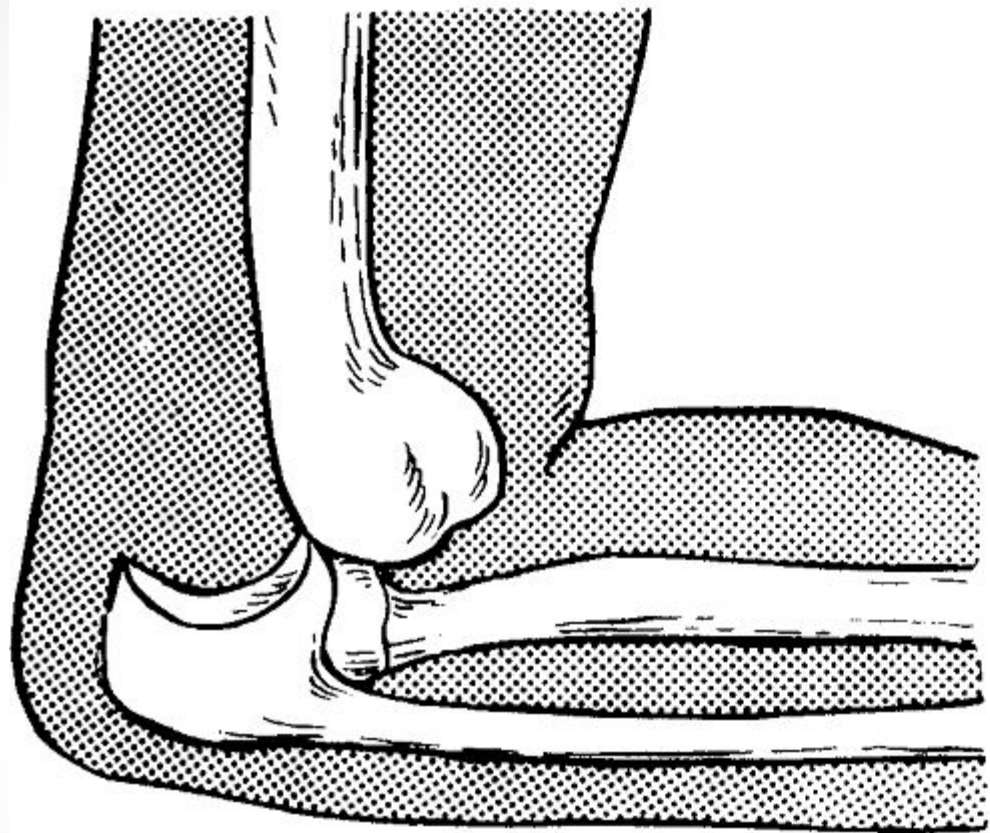
2. Вынужденное положение конечности, при котором боль наименьшая.

При попытке изменить положение - конечность занимает прежнее положение – «симптом пружинистой фиксации».

3. Ограничение объема или полная невозможность движений в суставе.

4. Деформация сустава.

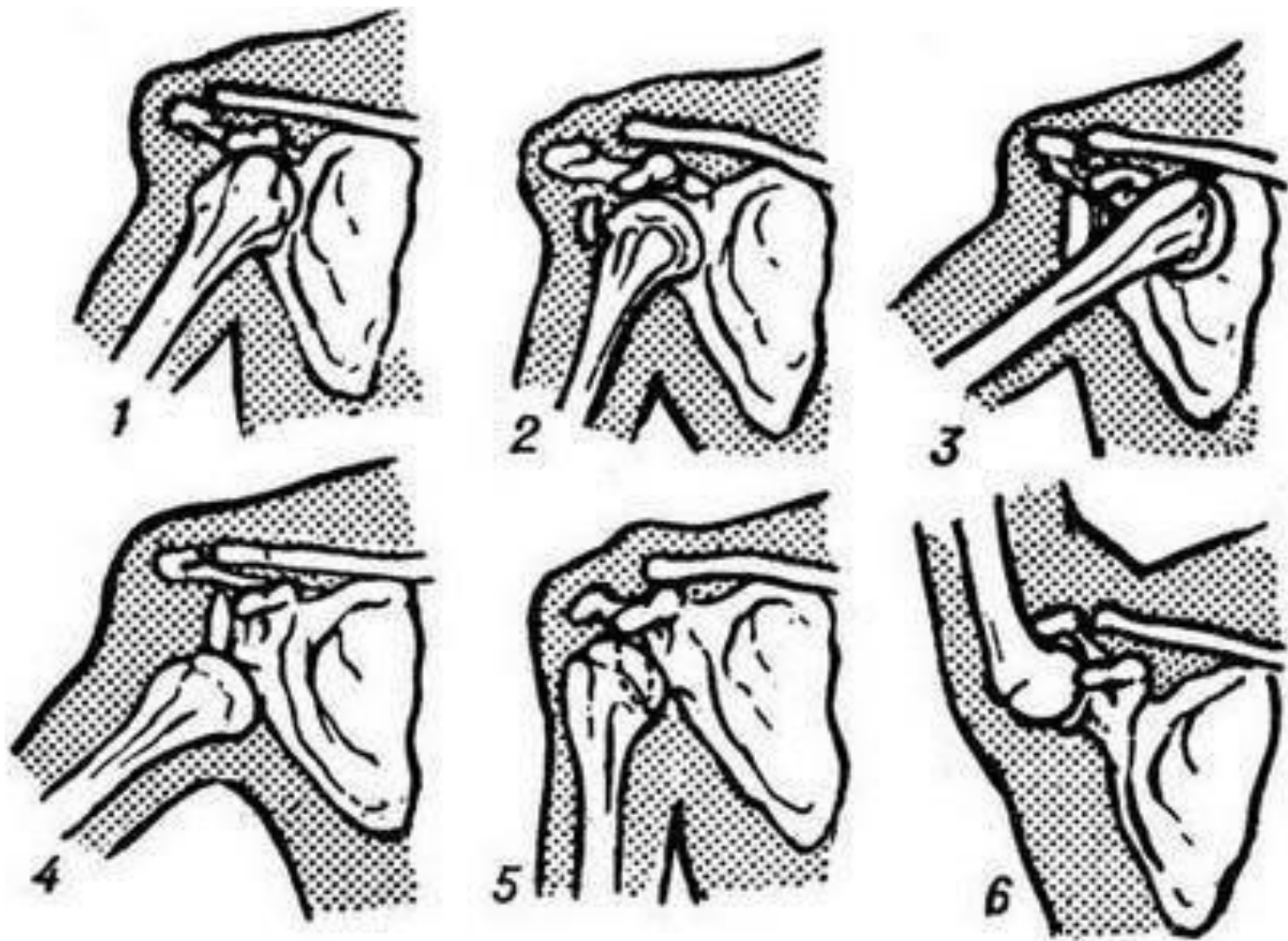
5. Изменение длины конечности.



ВЫВИХ ЛОКТЯ ВО ВНУТРЬ



ВЫВИХ ЛОКТЯ НАРУЖУ



Диагностика:

1. Клиника.
2. Рентгенография сустава.

Лечение:

1. Вправление - под местной анестезией или наркозом. Методы Кохера, Джанелидзе, Гиппократата.
2. Фиксация (иммобилизация) конечности на 2-3 недели.
3. Оперативное вмешательство - при застарелых вывихах, при привычном вывихе.



Переломы - нарушение анатомической целостности костей.

Классификация: *По происхождению:*

1. Врожденные - при внутриутробном развитии.

2. Приобретенные - переломы при родах и далее в последующие годы.

По причинам:

1. Травматические (при падении, ударе, компрессии, ротации, отрыве).

2. Патологические (при остеомиелите, опухолях, нарушении обмена веществ).



По состоянию кожных покровов и слизистых:

1. Закрытые - без повреждения кожи и слизистых.

2. Открытые - с повреждением кожных покровов и слизистых.

По полноте перелома:

1. Полные.

2. Неполные:

а) трещины;

б) поднадкостничные (у детей по типу "зеленой ветки").

Виды переломов



наклонный



раздробленный



спираль



составной

Перелом кости (типы переломов)



Внутри-
суставный

Открытый

Закрытый

Типы переломов



Частичный



Смещение



Простой

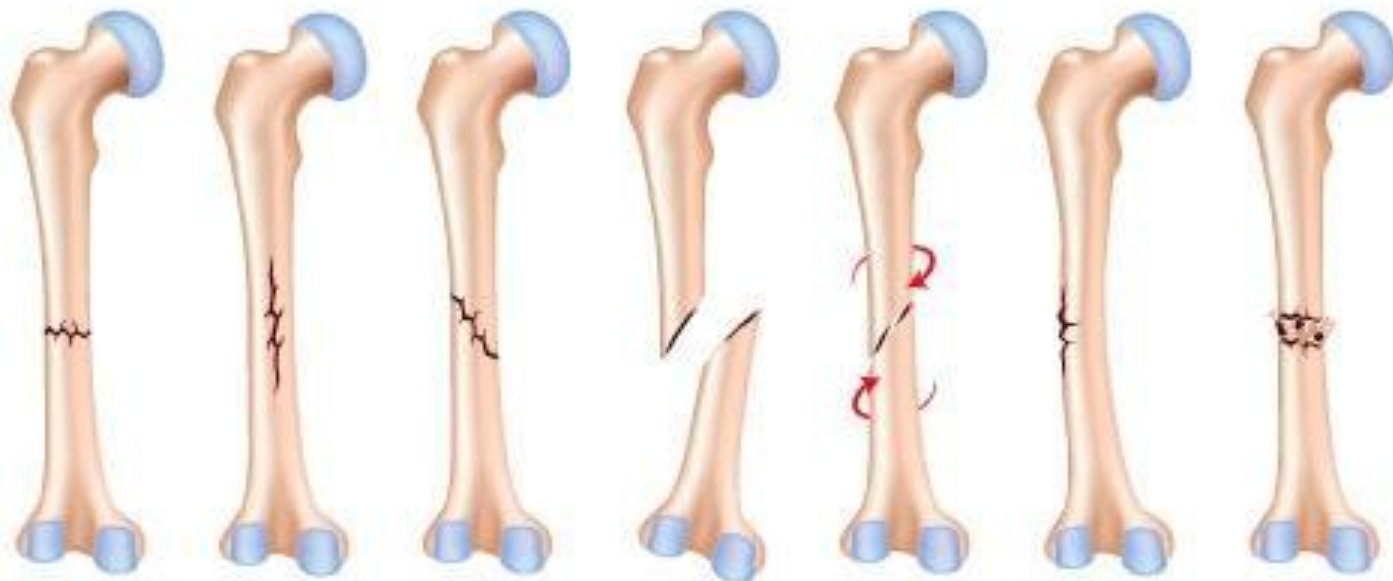
По локализации:

1. Диафизарные.
2. Метафизарные.
3. Эпифизарные.
4. Внутрисуставные.

По линии перелома:

1. Поперечные.
2. Продольные.
3. Косые.
4. Винтообразные.
5. Оскольчатые.
6. Отрывные.
7. Вколоченные.
8. Компрессионные.

Типы переломов костей



поперечный

продольный

косой, без
смещения

косой, со
смещением

спиральный

по типу
«зеленой ветки»

оскольчатый

По смещениям:

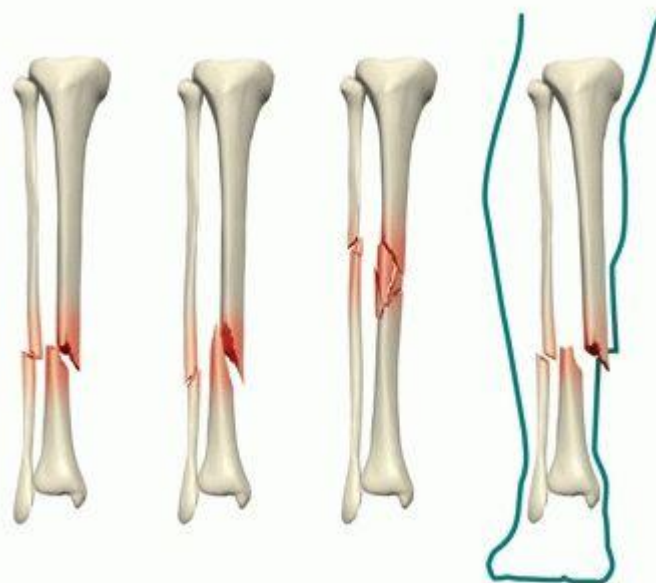
1. Без смещения.

2. Со смещением:

а) по длине: с укорочением и удлинением конечности.

б) под углом: абдукционные - угол кнаружи; аддукционные - угол во внутрь

в) ротационные - по оси.



По сложности:

1. Комбинированная травма это вид травмы, при которых оказывается воздействие нескольких повреждающих факторов.
2. Множественная травма – несколько повреждений в одной системе органов (напр. множественные переломы костей, множественные повреждения органов брюшной полости).
3. Сочетанная травма – повреждения в разных системах органов (переломы + черепно-мозговая травма, переломы + повреждение печени).

Клиника:

Косвенные признаки:

1. Боль.
2. Припухлость, гематома.
3. Деформация.
4. Нарушение функции.
5. Изменение длины конечности (укорочение, удлинение).

Достоверные признаки:

1. Патологическая подвижность.
2. Крепитация (костный хруст).

Диагностика:

Рентгенография в 2-х проекциях.

Осложненные:

1. Кровотечение.
2. Травматический шок.
3. Повреждения головного и спинного мозга.
4. Повреждения внутренних органов.

Заживление:

1. Первичная гематома.
2. Первичная костная мозоль (4-6 недель).
3. Вторичная костная мозоль (5-6 недель).



Лечение:

При лечении переломов должны быть соблюдены 4 принципа:

1. Репозиция,
2. Иммобилизация (фиксация),
3. Функциональное лечение,
4. Стимуляция образования костной мозоли.

Репозиция - сопоставление отломков в правильном положении, выполняют после рентгенологической оценки характера смещения, хорошего обезболивания (новокаиновая блокада, наркоз).

Различают: одномоментную репозицию и длительную репозицию.

Одномоментная репозиция: при переломах небольших костей, или при небольших смещениях под углом.

При переломе больших костей (бедренная, кости голени, плечевая) о смещением костей по длине одномоментная репозиция невыполнима из-за сопротивления мышц. В таких случаях выполняют длительную репозицию - путем скелетного вытяжения.

Фиксация - обеспечение неподвижности отломков для заживления перелома.

3 вида: гипсовые повязки, вытяжение, оперативный метод.

Гипсовая повязка: должна фиксировать 2 сустава, при переломе бедренной и плечевой костей - 3 сустава.

Виды: 1.Циркулярная повязка, 2.Лонгетная повязка, 3.Корсетная повязка (на туловище).

Гипсовые повязки не должны сдавливать ткани, не должны нарушать кровообращение (оставляют пальцы открытыми для контроля за кровоснабжением). При наличии ран на коже в гипсовой повязке оставляют окно для перевязок.

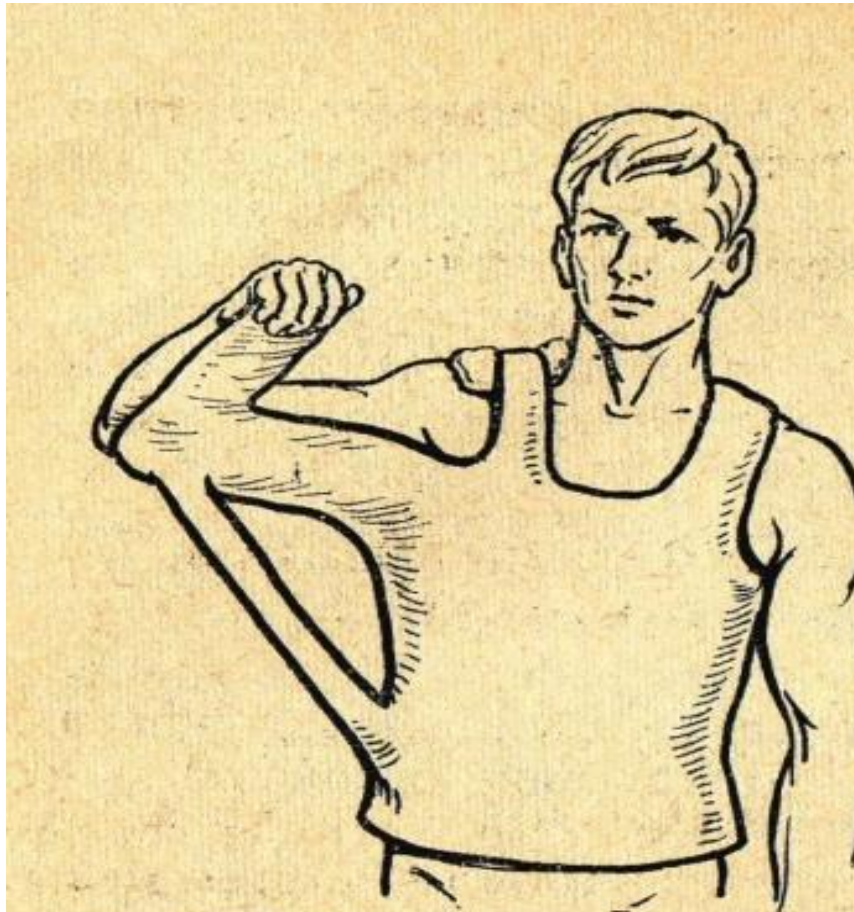


Рис. 127. Фиксация ключицы гипсовой повязкой при вывихе акромиального конца ключицы.

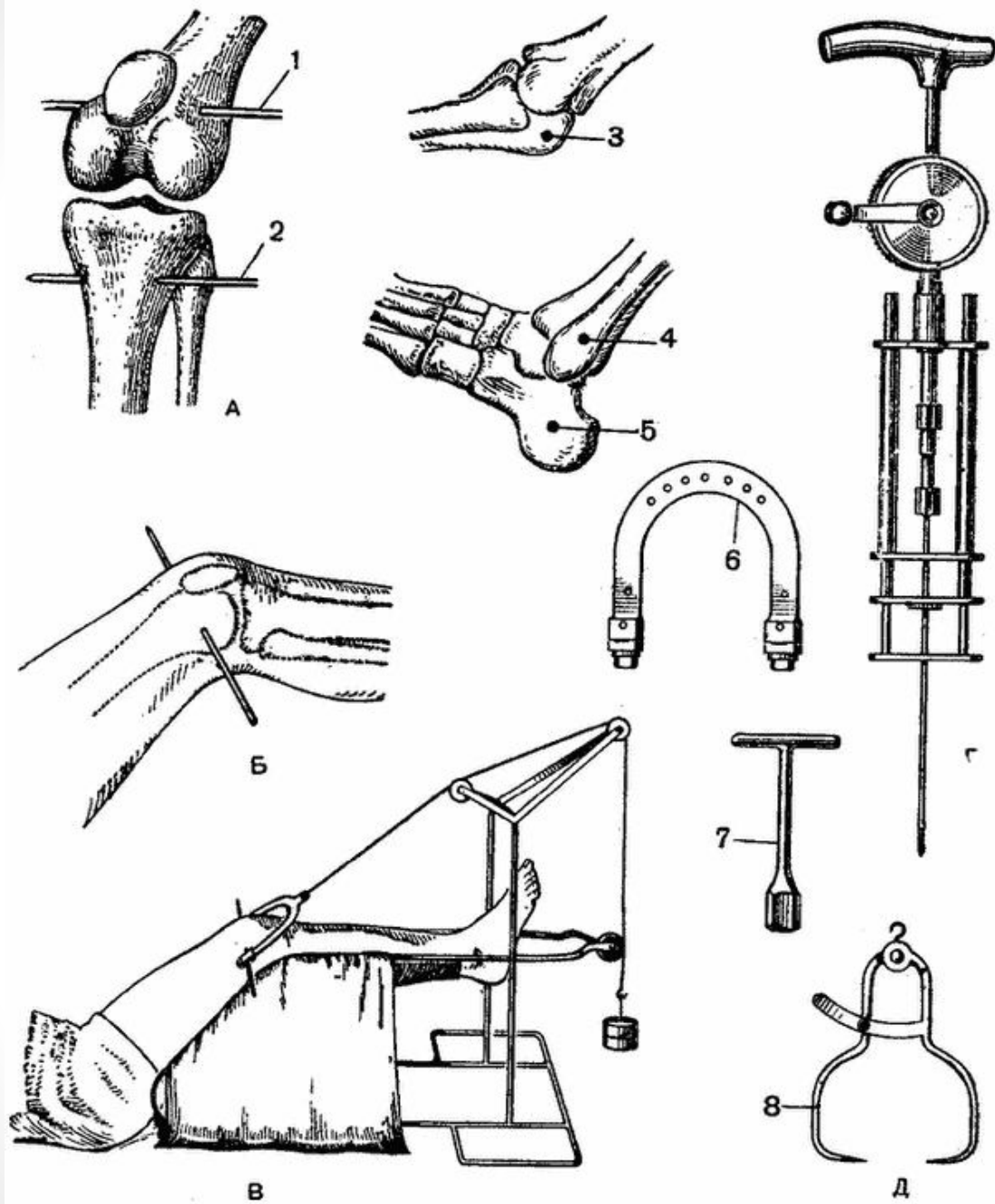
Метод вытяжения:

Липкопластырное. Скелетное.

Конечность располагают в специальных шинах (шина Белера) и подвешивают груз (8-12 кг при переломе бедра, 2-4 кг - при переломе голени). Скелетное вытяжение применяют в тех случаях, когда одномоментная репозиция отломков невозможна. При вытяжении: сохраняется подвижность в суставах, что предупреждает атрофию мышц и нарушение трофики, поэтому этот метод называют функциональным методом.

Функциональное лечение - применяется при всех видах и всех методах лечения. Это сохранение функциональной активности конечности в период созревания костной мозоли.

Однако скелетное вытяжение имеет недостаток: необходимость соблюдения постельного режима в течение длительного времени.



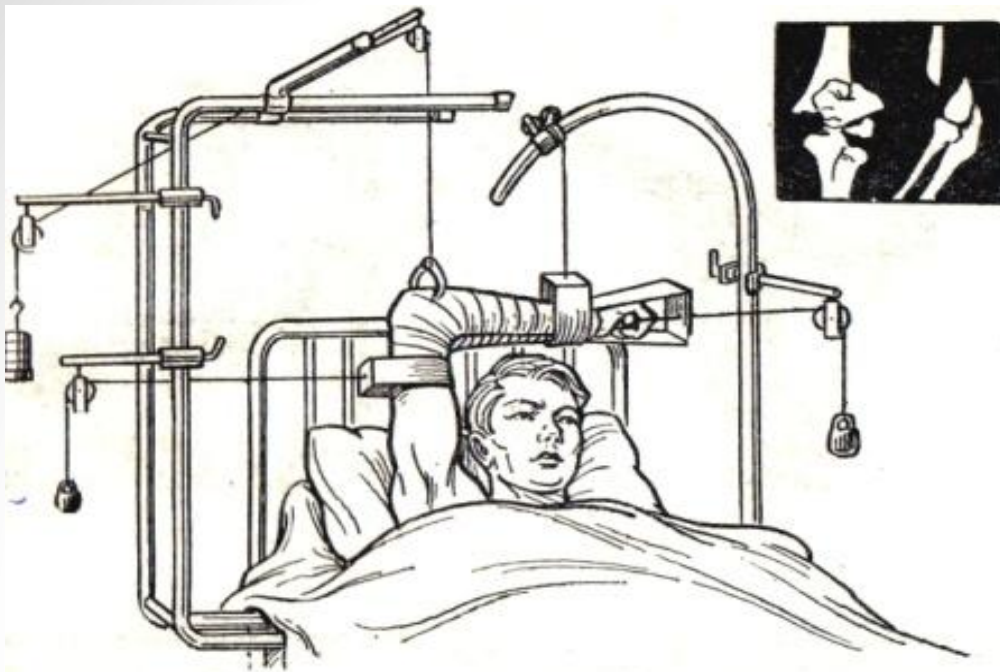


рис. 175. Скелетное вытяжение за локтевой отросток при переломе плеча.



Рис. 23. Положение больного на кровати с наложенным скелетным вытяжением.

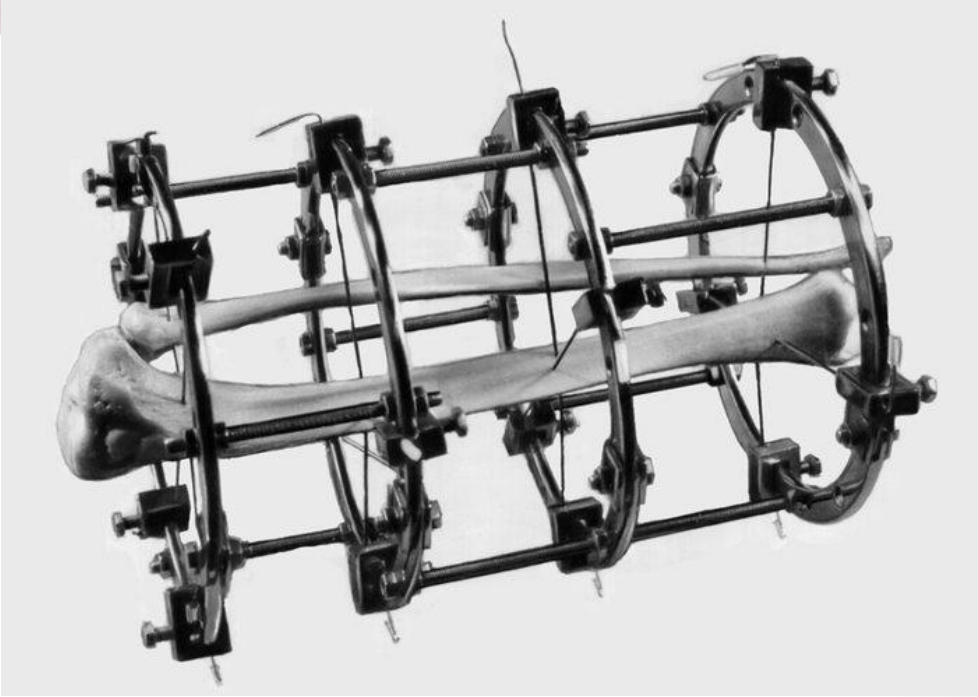
Оперативное лечение переломов.

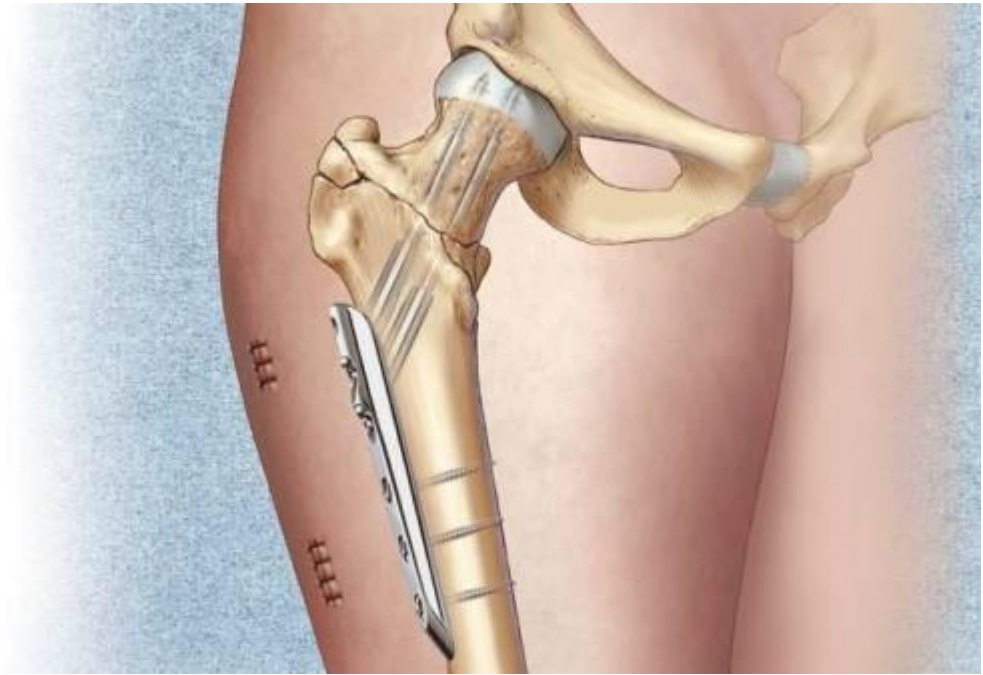
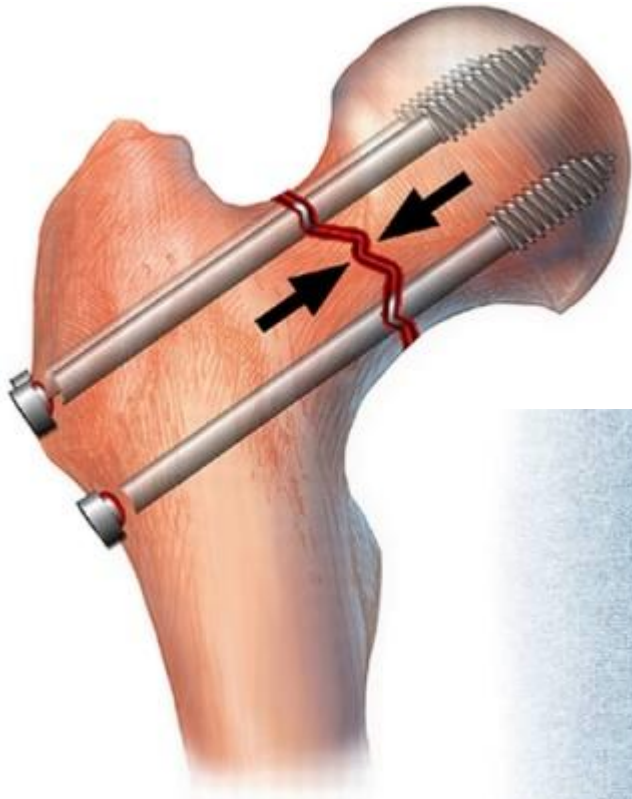
Все виды операций при переломах называются остеосинтезом, делятся на 3 группы:

1. Интрамедулярный остеосинтез, когда металлический стержень вводится в костно-мозговой канал.

2. Экстрамедулярный остеосинтез, когда отломки соединяются вне костно-мозгового канала, с помощью пластин, шурупов, проволоки и др.

3. Внеочаговый остеосинтез, с использованием аппаратов Илизарова, Гудушаури и др. По другому - компрессинно-дистракционный способ - стимуляция образования костной мозоли дозированной компрессией или дистракцией области перелома.





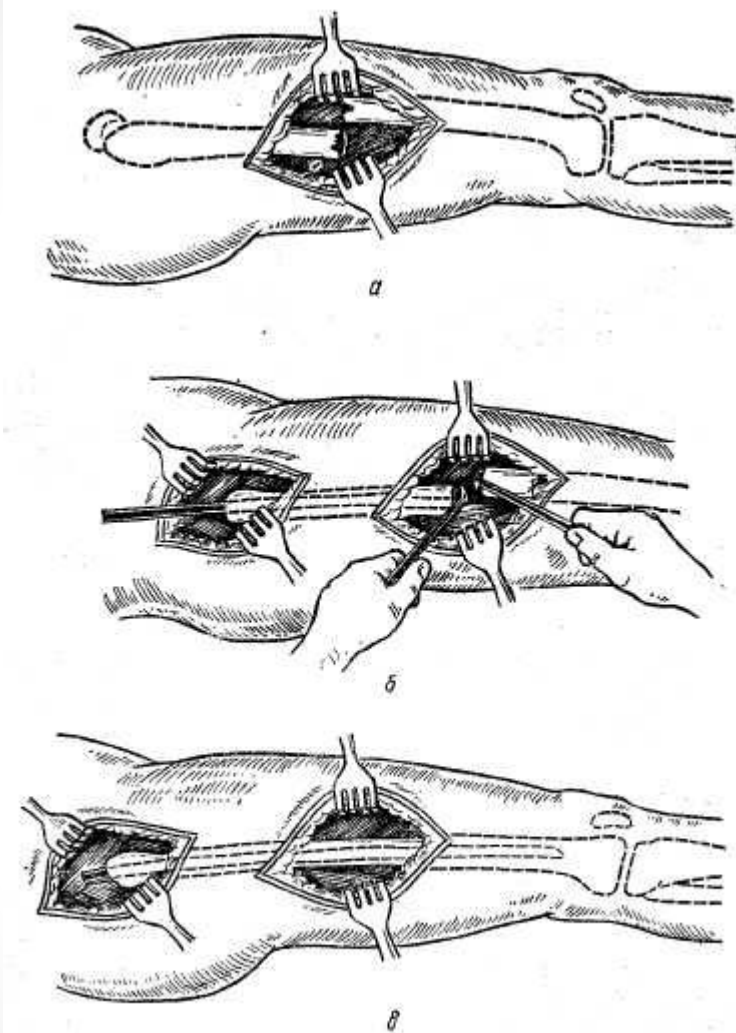


Рис. 103. Остеосинтез металлическим штифтом.

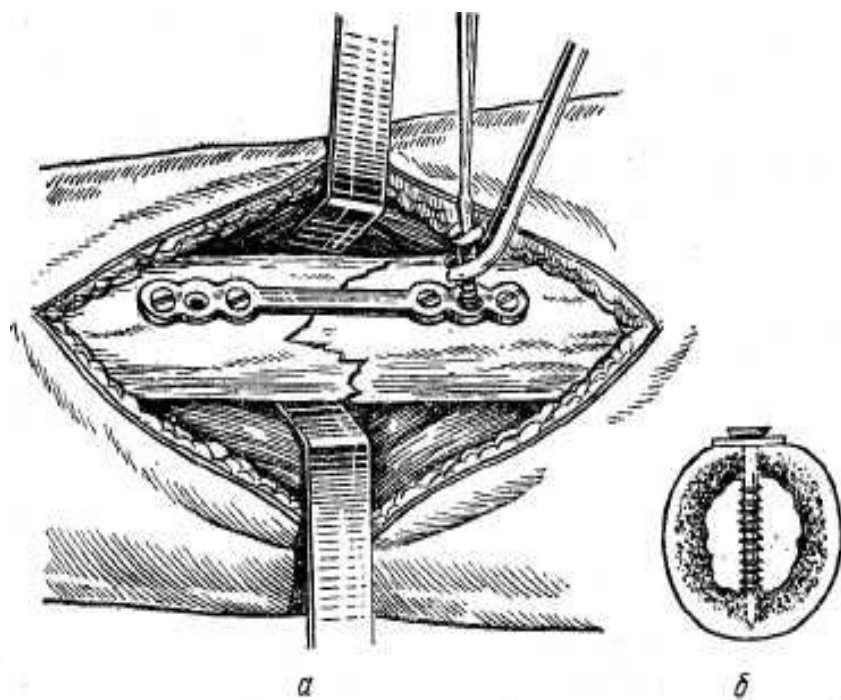


Рис. 104. Остеосинтез пластинкой Лена.

Осложнения переломов.

Непосредственные - травматический шок, повреждение отломками мягких тканей, кровотечения, повреждения мягких тканей.

Отдаленные - неправильное сращение переломов, остеомиелит, ложный сустав, анкилоз.

К нарушениям консолидации переломов относятся:

1.Замедленная консолидация переломов - сращение есть, но замедлено по срокам. Причины: 1)общие: недостаток витаминов, Са, пожилой возраст, сопутствующие заболевания;

2)местные: недостаточная иммобилизация, частичная интерпозиция мягких тканей между отломками.

2. Ложный сустав - сращение между отломками полностью отсутствует.

(Причины: остеомиелит, полная интерпозиция мягких тканей между отломками).

Лечение:

При замедленной консолидации - удлинить сроки гипсования, общее лечение (препараты Са, витамины и др.).

При ложном суставе - лечение оперативное: 1)удаление мягких тканей; 2)резекция пораженных отломков, фиксация аппаратом Илизарова.

