

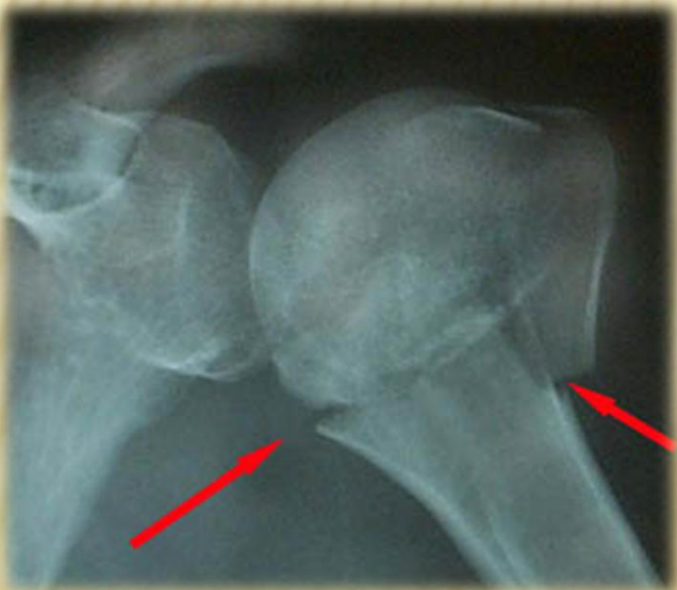
УШКОДЖЕННЯ КІСТОК ТА СУГЛОБІВ

К.мед.н., доцент А.Б.Зубаха

Перелом(fractura) – часткове або повне порушення цілісності кісток і м'яких тканин.

Причини:

- А) гостра травма
- Б) пухлини кісток
- В) запалення кісток(остеомієліт)



Класифікація переломів

За походженням:

- набуті
- вроджені

За причиною:

- травматичні
- патологічні

По відношенню до зовнішнього середовища:

- закриті
- відкриті

За ступенем ушкодження:

- повний
- неповний
- надлом(зелена гілочка)



За локалізацією:

- епіфізарні(внутрішньосуглобові) – епіфізіоліз
- метафізарні(навколосуглобові)
- діафізарні

За кількістю відламків:

- одиничні
- множинні
- уламчасті



За направленням лінії перелому:

- поздовжні, компресійні, вколочені(від стискання по осі)
- косі, спіральні(при скручуванні)
- поперечні(від згинання та стискання)



Компресійний



Спіральний



Поперечний

За наявністю ускладнень:

- без ускладнень
- з ускладненнями(пошкодження судин, нервів, внутрішніх органів)

По стоянню відламків:

- переломи без зсуву(при неповних переломах)
- переломи із зсувом(повні)

По характеру зсуву:

- під кутом
- по ширині
- по довжині
- по периферії



Клінічні симптоми обумовлені дислокацією перелому



Імовірні

- біль
- болючість при пальпації
- припухлість
- порушення функції

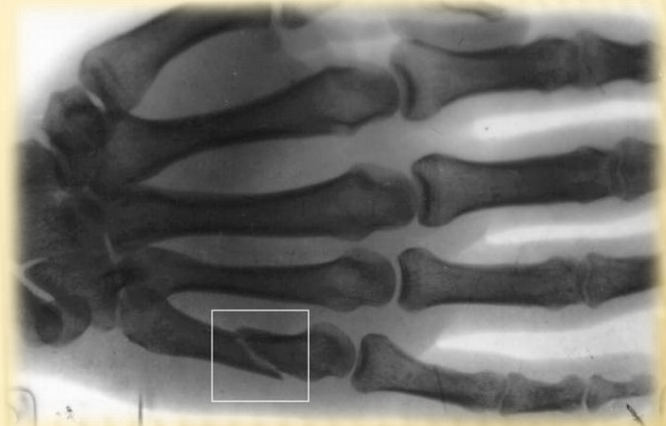
Достовірні

- деформація(викривлення, подовження або вкорочення кінцівки)
- патологічне положення кінцівки
- патологічна рухливість
- крепітація кісткових відламків

Обстеження

Об'єктивний огляд:

- припухлість
- деформація
- наявність кісткових відламків у рані при відкритих переломах



Перкусія

Пальпація

Рентгенографія в двох проекціях

Перша допомога

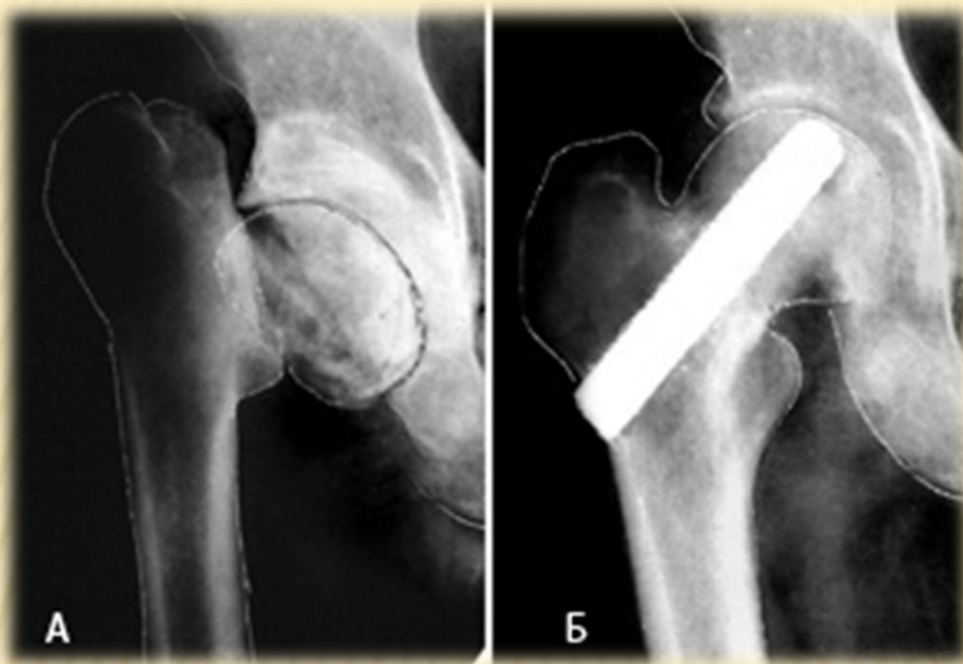
- зупинка кровотечі при наявності відкритих переломів
- знеболювання(анальгетиками, в тому числі наркотичними)
- холод
- пов'язка з розчином антисептика
- транспортна іммобілізація

Лікування

1. Репозиція одномоментна

- закрита
- відкрита(остеосинтез)

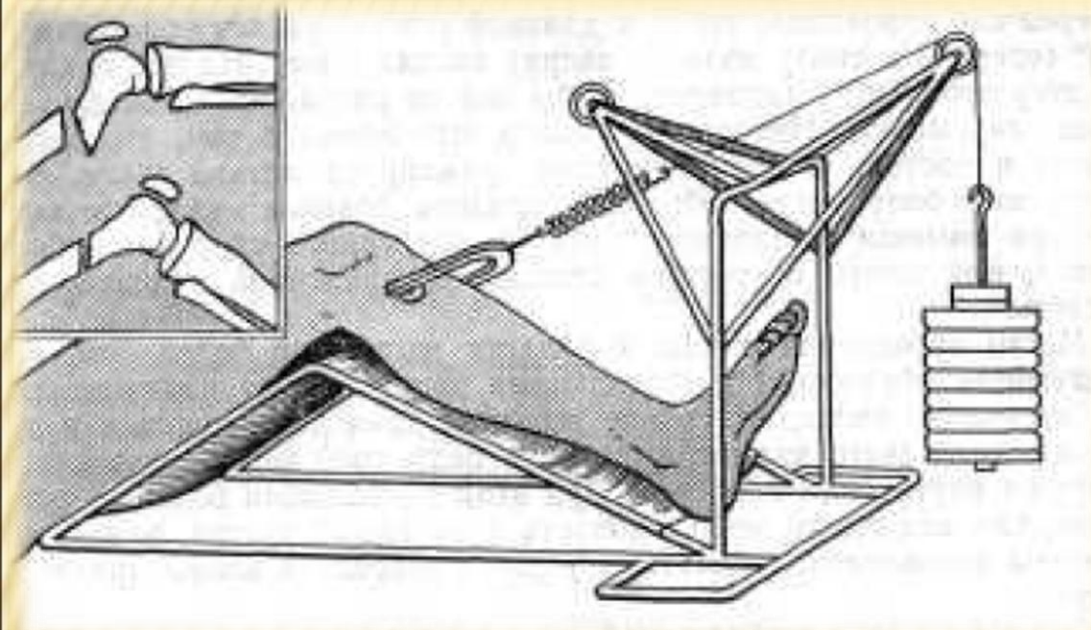
Внутрішньокістковий остеосинтез



Позавогнищевий
остеосинтез

2. Репозиція тривала

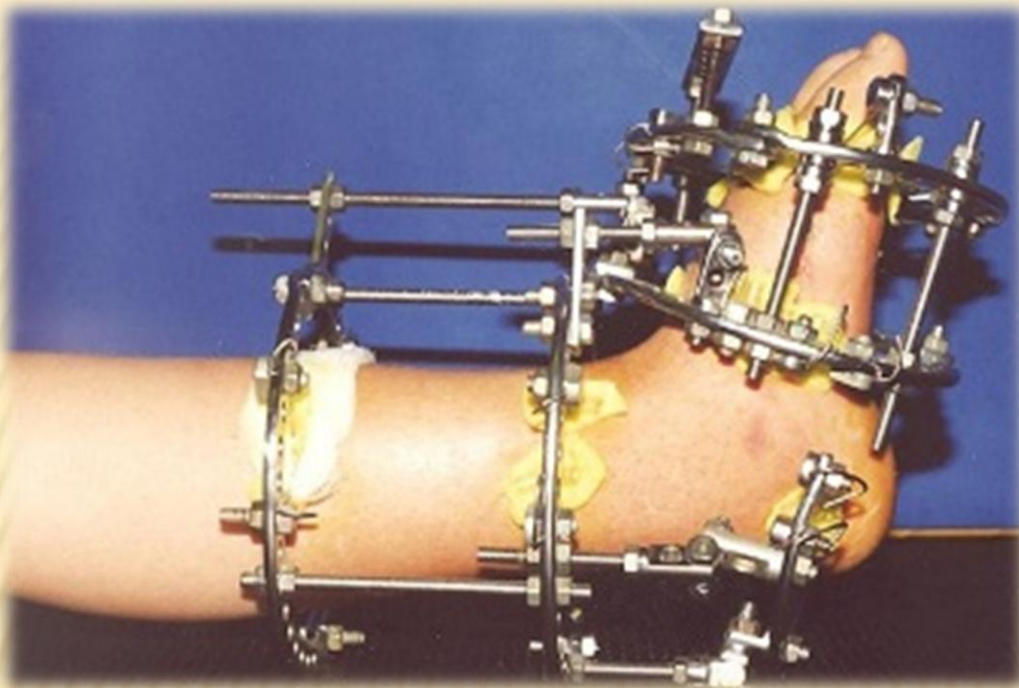
- кісткове витягання(за спицю)
- шкірне лейкопластирне витягання
- витягання за допомогою апаратів(Ілізарова)



кісткове витягання



шкірне
лейкопластирне
витягання



витагання за допомогою
апарата Ілізарова



Показання до оперативного лікування переломів

- відкриті переломи
- переломи з ушкодженням: головного та спинного мозку, великих судин та нервів
- інтерпозиція м'яких тканин між кістковими відламками
- відривні та уламчасті переломи, множинні діафізарні переломи
- неможливість стабілізувати відламки після закритої репозиції
- переломи які неправильно зрослися

Види лікувальної імобілізації

Гіпсова пов'язка(лонгетна, циркулярна, вікончаста), після накладання пов'язки обов'язково рентгеноконтроль

Остеосинтез:

- 1) Інтрамедулярний – через кістковомозковий канал
- 2) Екстрамедулярний – фіксація пластинами, дротом, шурупами, спицями
- 3) Компресійно-дестракційний(апаратом Іллізарова)

Зростання переломів – процес різний, неоднаковий для всіх кісток, залежить від:

- віку хворого;
- тяжкості травми;
- місця перелому;
- супутніх ушкоджень;
- мікроциркуляції перелому.

Первинне зростання, без утворення кісткової мозолі, проходить здебільшого в кортикальному шарі кістки, залежить від:

- широкого співставлення кортикальних поверхонь,
- хорошої мікроциркуляції періосту та кісткової тканини.

Таким чином виникає нова кісткова тканина, з подальшою осифікацією вверх та вниз, зв'язується з фрагментами перелому.

Вторинне зростання(з утворенням кісткової мозолі) - з камбіального шару(зона періост-кістка) проростають нові кровоносні судини і остеобласти, що веде до широкого розвитку волокнистої кісткової основи.

У щілині між відломками проходить утворення кістки. Після того як місце перелому знову стало міцним зайві мозолисті маси лізуються.

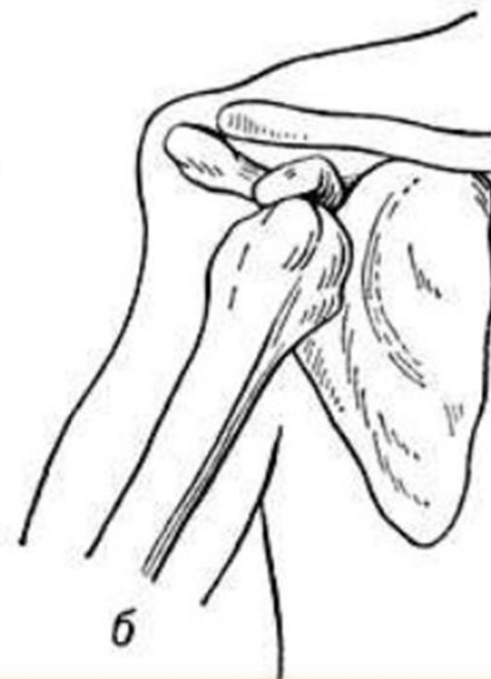
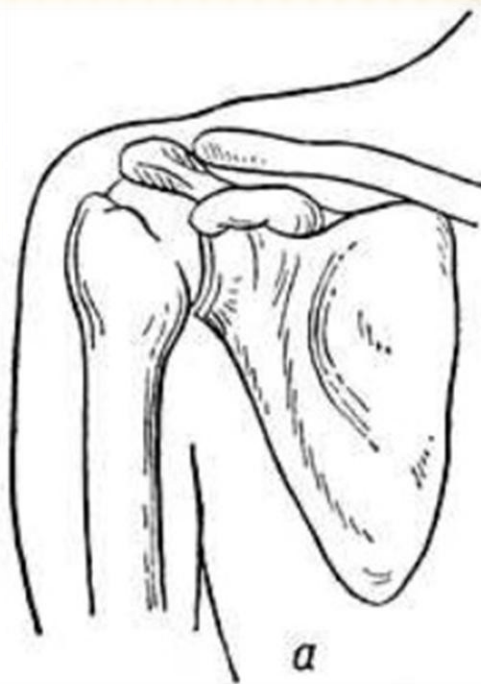
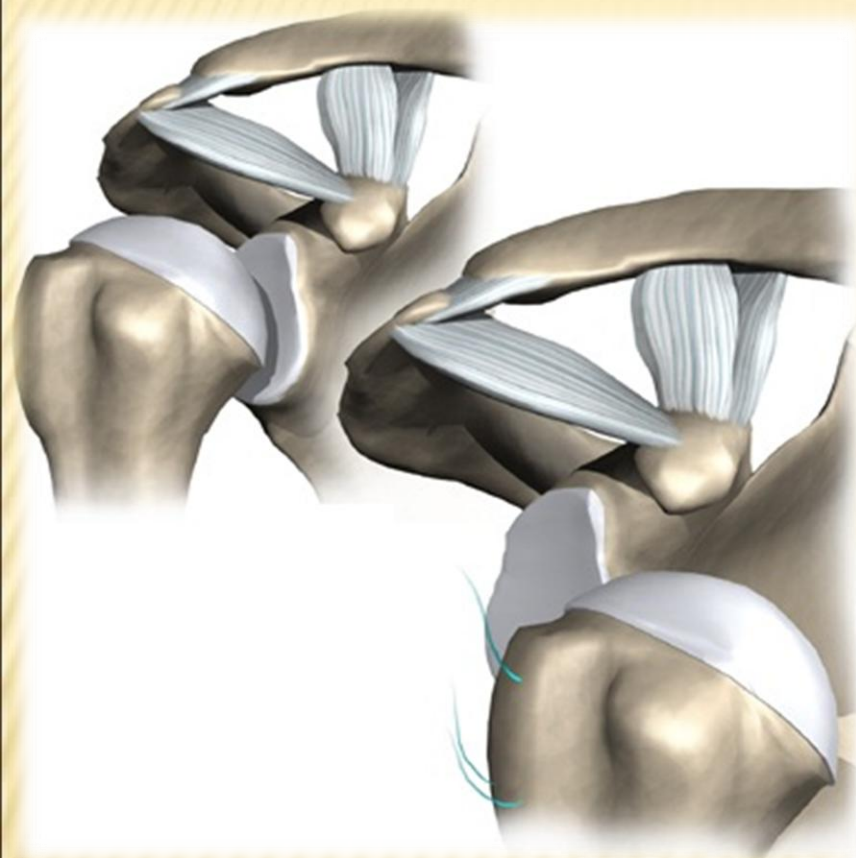
Функціональне та відновне лікування:

1. ЛФК, масаж після завершення іммобілізації.
2. Фізіотерапія(УВЧ, електрофорез, лазеротерапія, магнітотерапія, іонофорез, ультразвук).

Ускладнення переломів:

1. Травматичний шок.
2. Кровотечі.
3. Жирова емболія(при множинних переломах довгих трубчастих кісток).
4. Тромбемболія(при тривалих іммобілізаціях).
5. Застійні пневмонії.
6. Сепсис, раньове виснаження.
7. Пролежні.
8. Нагноєння ран.
9. Остеомієліт.
10. Несправжній суглоб.
11. Контрактури, анкілози.

Вивихи



Вивих(Luxacio) - стійкий зсув суглобових поверхонь зчленованих кісток, з ушкодженням та без капсули суглоба.

Підвивих(Subluxacio) - це часткове зміщення суглобових поверхонь одна відносно одної.

Частота вивихів в різних суглобах залежить від:

- анатомо-фізіологічних особливостей суглоба,
- розмірів, еластичності суглобової капсули, міцності зв'язок,
- об'єму активних і пасивних рухів у суглобі.

Класифікація:

1. **Вроджені**(внаслідок порушення розвитку суглобу)
2. **Травматичні**(травми)
3. **Патологічні**(внаслідок руйнування суглоба запальним процесом, пухлиною)
4. **Звичні**, які часто повторюються при звичайних рухах без травми

За часом:

1. **Свіжі**(до 3 діб)
2. **Несвіжі**(до 2 тижнів)
3. **Застарілі**(більше 2 тижнів)

Патологічна анатомія -
при розриві капсули та
зв'язкового апарату,
відбувається крововилив
в порожнину суглоба та
периартикулярні тканини,
травмуються нерви,
кровоносні та лімфатичні
судины, м'язи.



Клініка:

- біль у суглобі,
 - неможливість активних і пасивних рухів,
- об'єктивний огляд:
- порушення конфігурації суглобу,
 - деформація, припухлість,
 - фіксоване положення кінцівки.

при пальпації:

- відсутність голівки кістки на звичайному місті, та виявлення її в іншому,
- розлита болючість,
- пружня фіксація кінцівки(опір при спробі зробити пасивний рух),

діагностика:

- на основі клінічних симптомів
- рентгенографія в двох проекціях(можуть виявитися ознаки перелому)

Перша допомога:

- знеболення,
- іммобілізація кінцівки(верхня - косинкова або бинтова пов'язка; нижня - накладання шин),
- транспортування(вправлення вивиху - це лікарська маніпуляція).

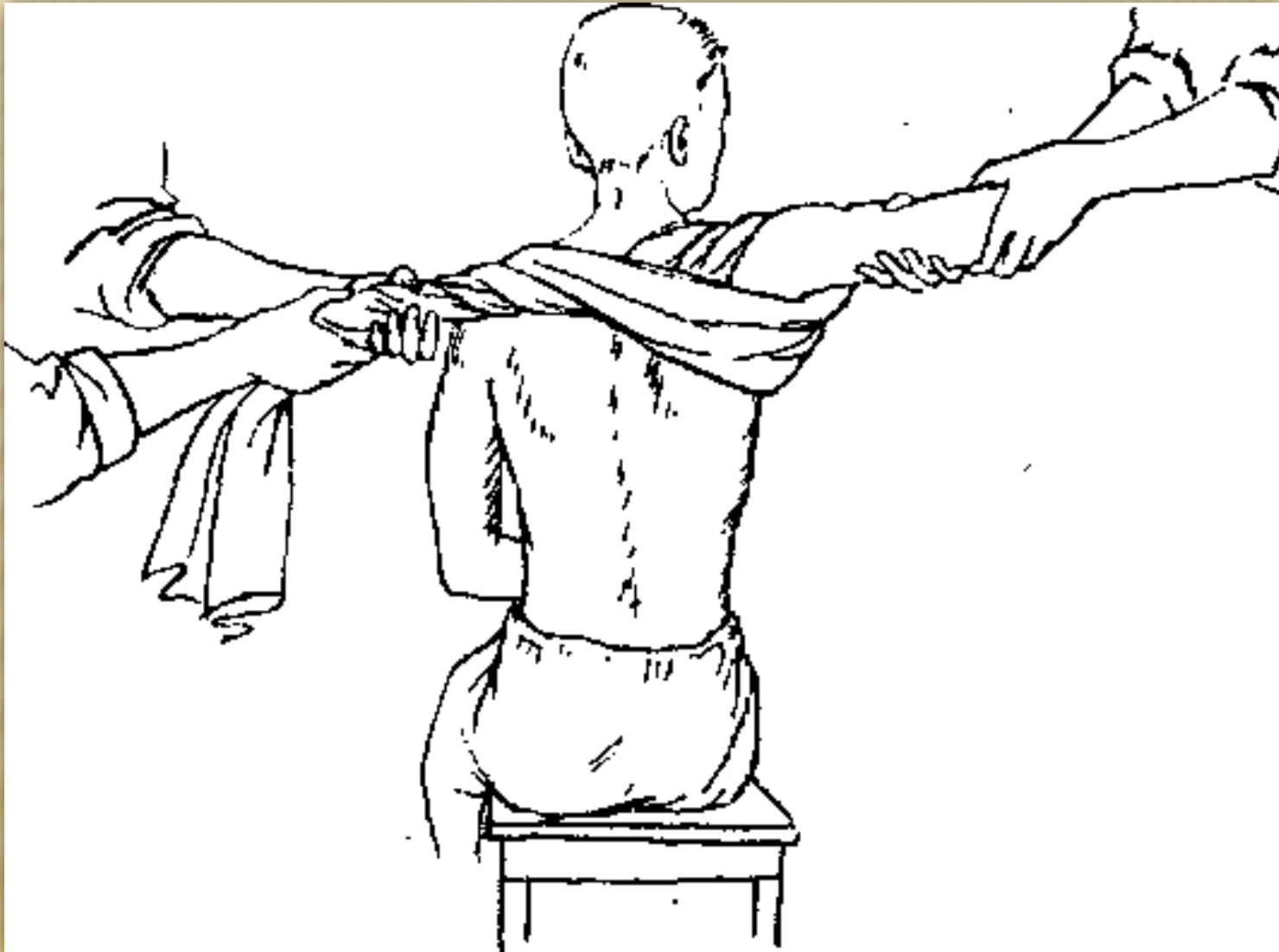
Лікування:

1. Вправлення свіжого вивиху - без застосування грубої сили, максимальне розслаблення м'язів, використання місцевого та загального знеболення.
2. Про вправлення свідчить феномен "клацання" в суглобі та відновлення функції.
3. Після вправлення обов'язковий рентген-контроль.
4. Імобілізація вправленої кінцівки.
5. Відновне лікування(ЛФК, масаж, фізіотерапія).
6. Оперативне лікування та ортопедичне протезування апаратами.

Спосіб вправлення вивиху плеча по Кохеру



Метод вправлення вивиху плеча по Моту-Мухіну



Метод вправлення вивиху плеча по Джанелідже



Схема вивихів стегна: а) верхній(лонний), б) нижній(затульний)

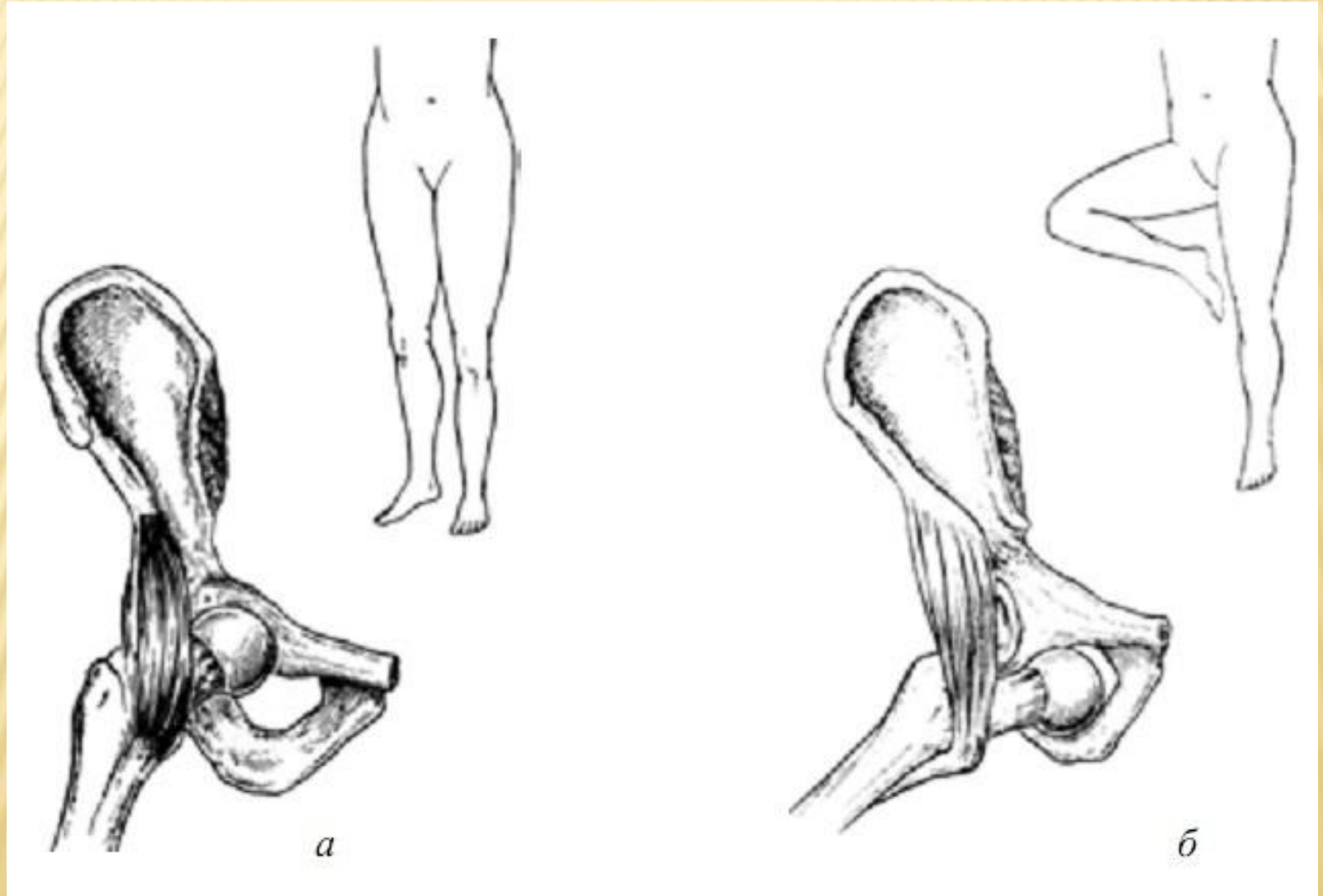


Схема вивихів стегна: а) верхній(клубовий), б) нижній(сідничний)



а



б

Схема вправлення вивиху бедра по Джанелідзе:



Дякую за увагу!