Викладач	Стоянова Л. П.
Предмет	М/С в хірургії
Група	4 – А с/с
Дата	25.04.2022 р.
Лекція. Тема:	Догляд за хворими з захворюванням та ушкодженням кінцівок

СХЕМА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

ПОШКОДЖЕННЯ НИЖНІХ КІНЦІВОК

МЕТА ЗАНЯТТЯ

Навчити студентів методам діагностики пошкоджень кісток та суглобів нижніх кінцівок, способам надання їм першої допомоги. Ознайомити з основними методами лікування постраждалих з пошкодженнями кісток та суглобів нижніх кінцівок.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ

Класифікацію переломів проксимального відділу стегна. Механізм ушкодження. Клініка, діагностика. Надання медичної допомоги на догоспітальному етапі. Особливості репаративної регенерації переломів проксимального відділу стегна. Методи лікування, показання та особливості в залежності від локалізації переломів та їх видів.Переломи діафіза стегнової кістки. Механізм травми, клініка, діагностика. Особливості зміщення відломків залежно від локалізації перелому. Показання до консервативного та оперативного лікування. Переломи виростків стегнової кістки. Класифікація, механізм травми. Клініка, діагностика. Головні принципи лікування. Показання до оперативних та консервативних методів лікування.

Переломи надколінника. Клініка, діагностика. Методи лікування в залежності від типу перелома.

Ушкодження зв’язок колінного суглоба. Механізм травми, клініка, діагностика. Методи консервативного та оперативного їх лікування їх. Ушкодження менісків. Механізм травми, клініка, діагностика, лікування.

Ушкодження м’яких тканин гомілки (м'язів, п’яткового сухожилка, малого гомілкового та великого гомілкового нервів, судин). Клініка, діагностика та їх лікування.

Переломи кісток гомілки. Класифікація. Механізм ушкодження, клініка, діагностика. Консервативні та оперативні методи лікування переломів кісток гомілки, показання до них.

Переломи кісточок гомілки. Класифікація, механізм травми, діагностика. Консервативне та оперативне лікування. Техніка закритої репозиції при типових переломах кісточок.

Переломи надп’яткової та п'яткової кісток**.** Механізм їх ушкодження. Клініка, діагностика, лікування.

Переломи плесневих кісток та фаланг пальців. Клініка, діагностика, лікування. Особливості лікування переломів кісток стопи.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ВМІТИ:

1. Обстежити постраждалих з ушкодженнями кісток та суглобів нижньої кінцівки.
2. Виконати тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі.
3. Виконати анестезію місця перелому кісток нижньої кінцівки.
4. Забезпечити транспортну іммобілізацію стандартними шинами при пошкодженні кісток нижньої кінцівки.
5. Виконати лікувальну іммобілізацію нескладними гіпсовими пов’язками при нескладних переломах дистальніого відділу кісток нижньої кінцівки.
6. Оцінити стан нижньої кінцівки в гіпсовій пов’язці.
7. Зняти гіпсову пов’язку.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН БУТИ ОЗНАЙОМЛЕНИЙ:

1. З організацією медичної допомоги постраждалим з пошкодженнями кісток та суглобів нижньої кінцівки.
2. З основними методами консервативного та оперативного лікування хворих з пошкодженнями нижньої кінцівки.

ВИВИХИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.

Механізм травми. Травматичні вивихи стегна виникають під дією великої сили (автотравма, падіння з висоти та інше) у осіб молодого і середнього віку. У немолодих і людей похилого віку при аналогічній травмі частіше відбуваються переломи шийки стегнової кістки. Залежно від зсуву головки стегнової кістки щодо вертлюжної западини розрізняють передні і задні вивихи, які, у свою чергу, підрозділяються на верхні і нижні

Клінічні ознаки. Для кожного виду вивиху характерне певне положення кінцівки. При задніх вивихах стегно зігнуте, приведене і ротовано всередину. Головка стегнової кістки пальпується позаду від кульшової западини, нижче або вище за неї. Для передніх вивихів характерне відведення пошкодженої кінцівки з ротацією її назовні. (рис.2.1, 2.2).

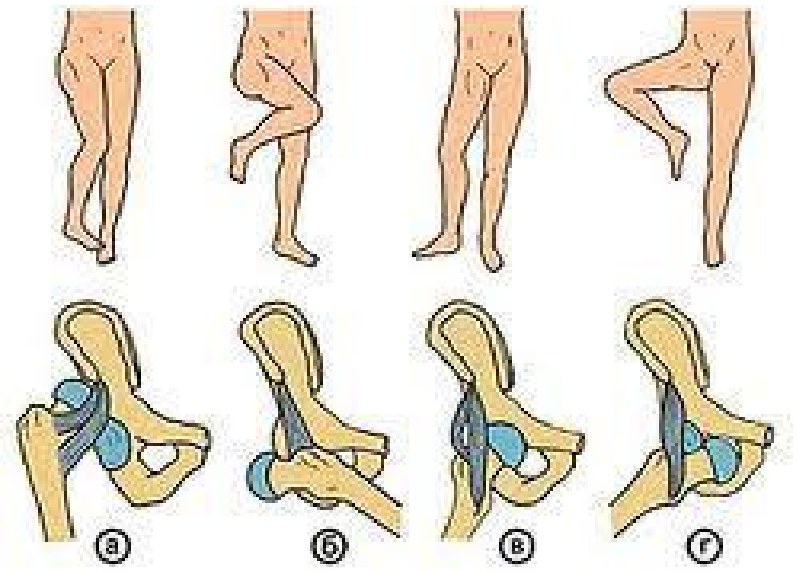

Рис. 2.1. Положення кінцівки при вивихах стегна: а) задньоверхній б) задньонижній в) передньоверхний г) передньонижний

Рис. 2.2. Положення кінцівки хворого при задньо-верхньому вивиху стегна.

Будь-які активні рухи в кульшовому суглобі неможливі, а пасивні обмежені і супроводжуються пружинистим опором. Відносне вкорочення кінцівки спостерігається при будь-яких вивихах. Зсув великого вертлюга щодо лінії Розера-Нелатона доповнює клінічну картину вивиху. Рентгенограми кульшового суглоба в прямій і аксіальній проекціях дозволяють не тільки уточнити вид вивиху, але і розпізнати можливі супутні пошкодження кульшвоої западини і головки стегна (рис.2.3)

Рис2.3. Рентгнеограми при вивихах стегна

Перша допомога. Введення анальгетиків, транспортна іммобілізація драбинчастими шинами, госпіталізація.

Лікування. Вправлення вивиху необхідно проводити обов'язково під наркозом із застосуванням препаратів, що розслабляють мускулатуру, щоб уникнути надмірного насильства і можливого при цьому пошкодження хрящового покриву головки стегнової кістки. З численних способів вправлення вивихів в цьому суглобі найбільш поширені способи Джанелідзе і Кохера.

При способі Джанелідзе хворого укладають на стіл обличчям донизу, пошкоджена нога при цьому звішується через край столу. Помічник хірурга утримує хворого, притискуючи його таз до столу. У такому положенні хворий повинен знаходитися протягом 10—15 хв., щоб наступило повне розслаблення м'язів. Потім хірург згинає пошкоджену ногу в колінному суглобі під прямим кутом, однією рукою або коліном натискає на область підколінної ямки вниз по осі стегна, іншою рукою захоплює область гомілковостопного суглоба і, користуючись гомілкою як важелем, обертає її всередину і назовні. Вправлення відбувається з характерним клацаючим звуком. Рухи в пошкодженому суглобі відразу ж стають вільними (рис.2,4).

Рис.2.4 Вправлення вивиха стегна за методом Джанелідзе

Вправлення за способом Кохера проводиться при положенні хворого на спині. Помічник хірурга міцно утримує таз хворого, притискуючи його до столу. Хірург згинає пошкоджену ногу під прямим кутом в колінному і кульшовому суглобах і ротує її всередину. Потім з силою проводить тягу вгору по осі стегна з одночасною ротацією кінцівки дозовні. Якщо вправлення не відбулося, то, продовжуючи витягнення по осі стегна, хірург швидко розгинає ногу в колінному і кульшовому суглобах і ротує її досередину (рис.5). Результат вправлення обов'язково контролюють рентгенографією. Після вправлення кінцівку укладають на шину Белера і налагоджують витягнення за стегно і гомілку. Через 3—4 тиж. дозволяють ходьбу з милицями і активну реабілітацію, через 14—16 тиж. дозволяють повне навантаження на ногу.

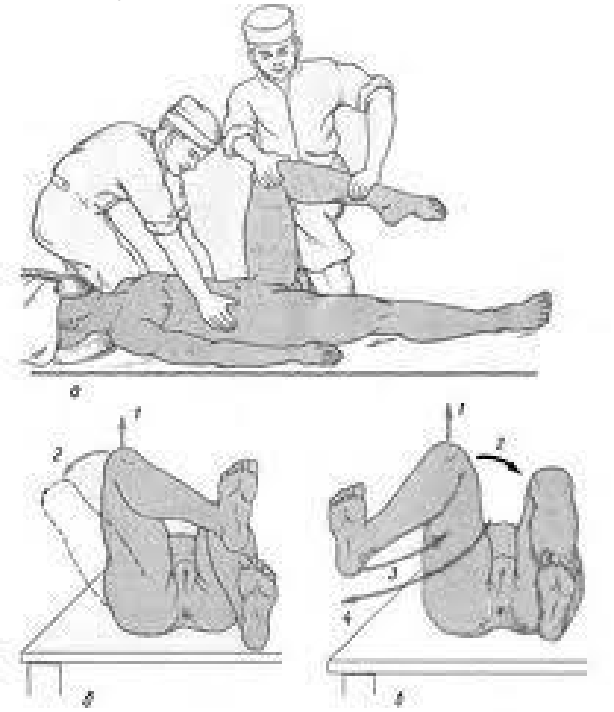

Рис. 2.5. Вправлення вивиха стегна за методом Кохера

У застарілих випадках, коли вивих не був своєчасно вправлений, показано оперативне лікування. Характер його залежить від давності вивиху і стану хворого. Відкрите вправлення вивиху — важке, травматичне втручання, яке може бути успішним тільки при вивихах невеликої давності і хорошій техніці хірурга. При вивихах давністю більше 6 міс показаний артродез (рис.2,6) кульшового суглоба або ендопротезування.

Рис. 2.6 Ендопротезування та артродез кульшового суглоба

ПЕРЕЛОМИ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Механізм травми. Переломи шийки стегна виникають в результаті удару великого вертлюга об тверду поверхню при некоординованому падінні хворого (ожеледь, мокра підлога, натертий паркет, ванна і т. п.). Ці переломи спостерігаються переважно у осіб літнього і старечого віку, у жінок в два рази частіше, ніж у чоловіків. За локалізацією переломи можуть бути різні(Рис. 2.7).

Рис. 2.7. Переломи шийки стегна: субкапітальний, трансцервікальний та базальний.

Клінічні ознаки. Скарги на болі в області кульшового суглоба, що посилюються при спробі змінити положення ноги, ротованій назовні. Латеральний край стопи майже торкається площини ліжка. Болісна пальпація області кульшового суглоба, а також биття по великому вертлюгу і по п'яті уздовж осі кінцівки. Визначаються відносне укорочення кінцівки, великий вертлюг вище лінії Розера — Нелатона, лінія Шемакера нижче пупка, трикутник Бріана не рівнобедрений.

При переломах без зсуву і вбитих переломах більшість цих симптомів відсутні, залишаються постійні болі в кульшовому суглобі, що посилюються

при рухах. Постійність болів пояснюється розтягуванням капсули суглоба кров'ю, що скупчилася в ній. Тому вбиті переломи шийки стегнової кістки нерідко своєчасно не розпізнаються, іноді навіть за наявності рентгенограм. Рентгенограми проводять обов'язково в двох проекціях. (рис.2.8).

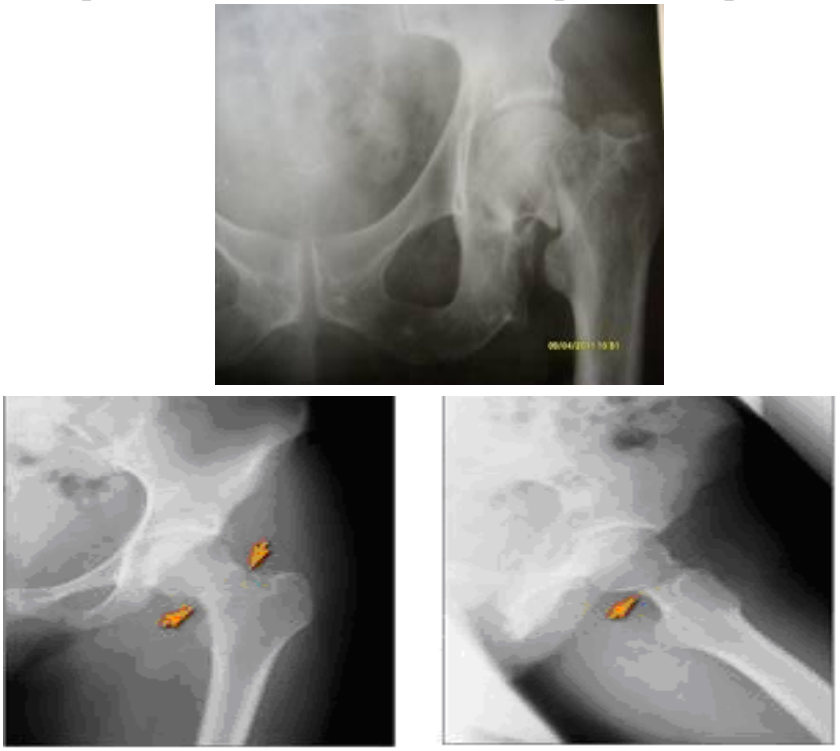

Рис. 2.8. Рентгеногрми при переломах шийки стегна

Інколи переломи шийки поєднуються з вивихами голівки стегна(рис.2,9)

Рис. 2.9. Переломо-вивих голівки стегна.

Перша допомога. Введення анальгетиків, транспортна іммобілізація драбинчастими шинами від пальців стопи до пахвової западини або шиною Дітеріхса, госпіталізація.

Лікування. Консервативне лікування допустиме при вбитих переломах або в тих випадках, коли оперативне лікування зв'язане з великим ризиком для хворого. Іммобілізацію кінцівки проводять циркулярною кульшовою

гіпсовою пов'язкою в положенні відведення і зовнішньої ротації протягом 4—6 мес і більше (рис.2.10).

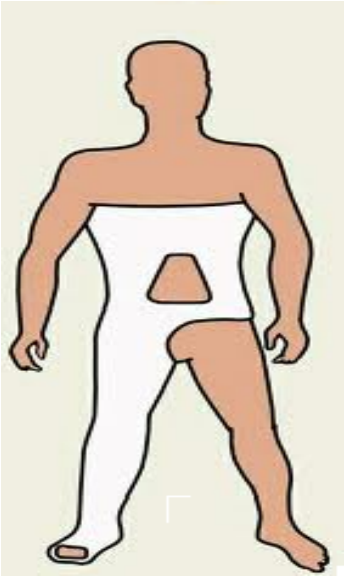

Рис. 2.10. Кульшова гіпсова пов’язка.

Оперативним методам лікування переломів шийки стегнової кістки необхідно віддавати перевагу. Хоча сама операція є серйозним випробуванням для хворого, проте вона забезпечує необхідні умови для сприятливого перебігу перелому. Під час операції забезпечуються точна репозиція відламків, міцна їх фіксація металевими конструкціями, що дозволяє рано активізувати хворих.

Операцію проводять під наркозом або спинномозковою анестезією. Після закритої репозиції відламки скріпляють трилопатевим металевим стрижнем, гвинтами або іншими конструкціями (рис.2.11).

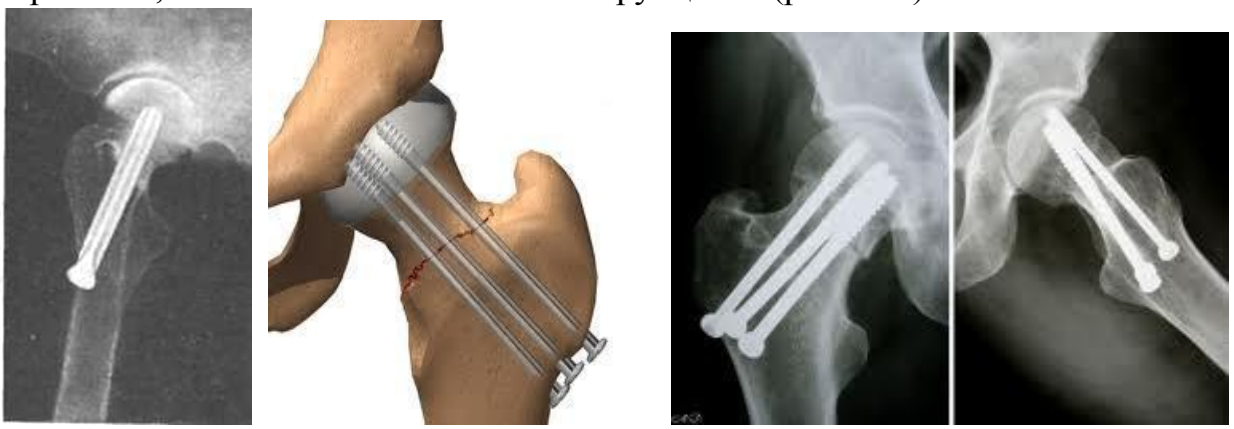

Рис. 2.11 Металоконструкції для скріплення відламків перелома шийки стегна

Застосування термінового ендопротезування кульшового суглоба поліпшило результати переломів шийки стегна у хворих літнього і старечого віку (рис.2.12). Після загоєння операційної рани хворим дозволяють сидіти в ліжку, а через 3 тиж. почати ходьбу з милицями без опори на хвору ногу. Подальше лікування можна проводити в домашніх умовах.

Рис. 2.12. Ендопротез кульшового суглоба

КРІЗЬВЕРТЛЮГОВІ ПЕРЕЛОМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Механізм травми. Падіння на бік і удар по області великого вертлюга. Сприяючим чинником є вікові зміни міцності кісткової тканини.

Клінічні ознаки. Проксимальний відламок тягою м'язів сідниць зміщується догори, що приводить до зменшення шийково-діафізарного кута, дистальний відламок зміщується назад і ротується назовні. Якщо малий вертлюг залишається пов'язаним з дистальним відламком, то цей відламок тягою клубово-поперекового м'яза зміщуватиметься всередину і догори. Пошкоджена кінцівка повністю лежить зовнішньою поверхнею на площині ліжка. Різко болісна пальпація області великого вертлюга. Діагноз уточнюють при рентгенографії (рис.2. 13).

Рис. 2.13 – Крізьвертлюгові переломи стегнової кістки

Перша допомога. Введення анальгетиків, транспортна іммобілізація шиною Дітеріхса або Крамера. Госпіталізація в травматологічний стаціонар.

Лікування. Найбільш поширене лікування цих переломів за допомогою скелетного витягнення (рис.2.14). Витягнення здійснюють протягом 1,5 – 2 міс., потім дозволяють хворим ходити за допомогою милиць з легкою опорою на хвору кінцівку, повна опора—через 3—4 міс.

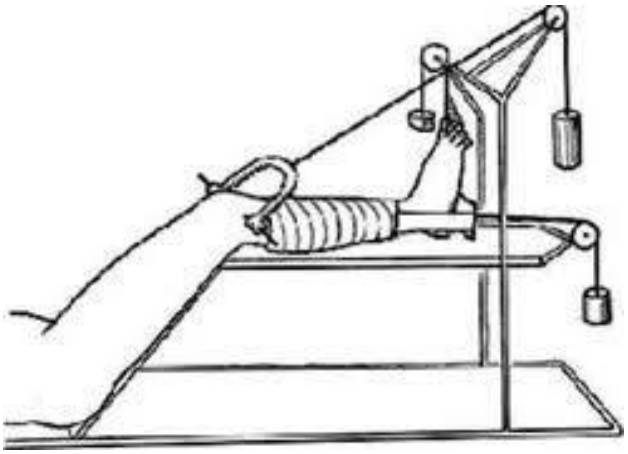

Рис.2.14 Схема скелетного витягнення.

Хворі літнього і старечого віку важко переносять тривале перебування в ліжку. Їх стан часто ускладнюється застійними пневмоніями, пролежнями, порушеннями серцево-судинної діяльності. Через це нерідко доводиться передчасно припиняти витягнення до настання консолідації перелому. Тому в даний час при подібних переломах широко застосовують оперативне лікування (рис.2.15). Хворому дозволяють ходьбу за допомогою милиць через місяць після операції, спочатку без навантаження, а через 2 міс з навантаженням на хвору ногу.

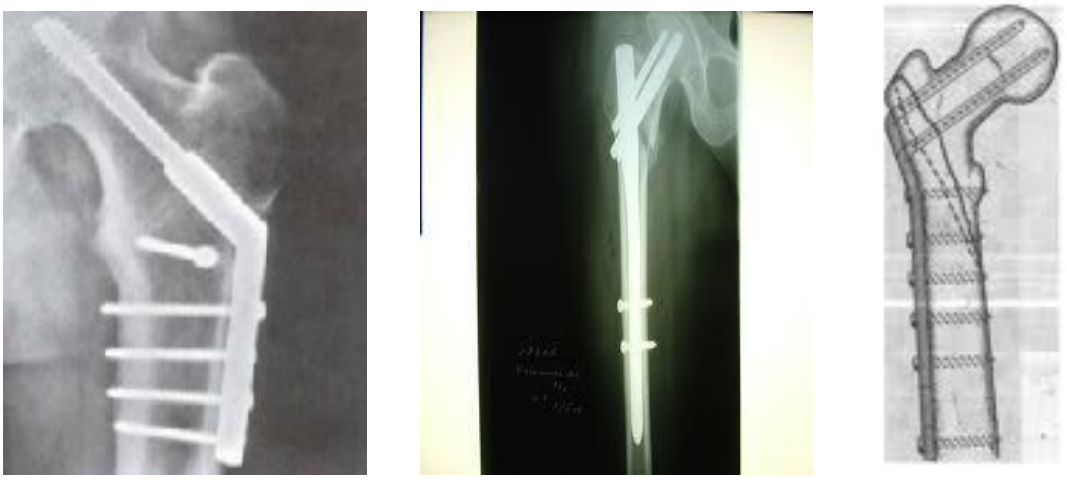

Рис.2.15. Остеосинтез при крізвертлюгових переломах

ПІДВЕРТЛЮГОВІ ПЕРЕЛОМИ СТЕГНЕВОЇ КІСТКИ.

Механізм травми. Падіння на бік і удар по області великого вертлюга.

Клінічні ознаки. Біль в ділянці кульшового суглоба. Кінцівка вкорочена, активні рухи не можливі. Пасивні рухи та осьові навантаження різко болісні, великий вертлюг знаходиться на лінії Розера-Нелатона, лінія Шемахера вище пупка. Діагноз уточнюється за допомогою рентгенографії (рис.2.16).

Рис.2.16 Підвертлюговий перелом стегна.

Перша допомога. Введення анальгетиків, транспортна іммобілізація шиною Дітеріхса або Крамера. Госпіталізація в травматологічний стаціонар.

Лікування. При консервативному лікуванні репозицію проводять методом скелетного витягнення, з наступною мобілізацією гіпсовою пов'язкою. При оперативному лікуванні виконують відкриту репозицію, та один з видів остеосинтезу (рис. 2.17).

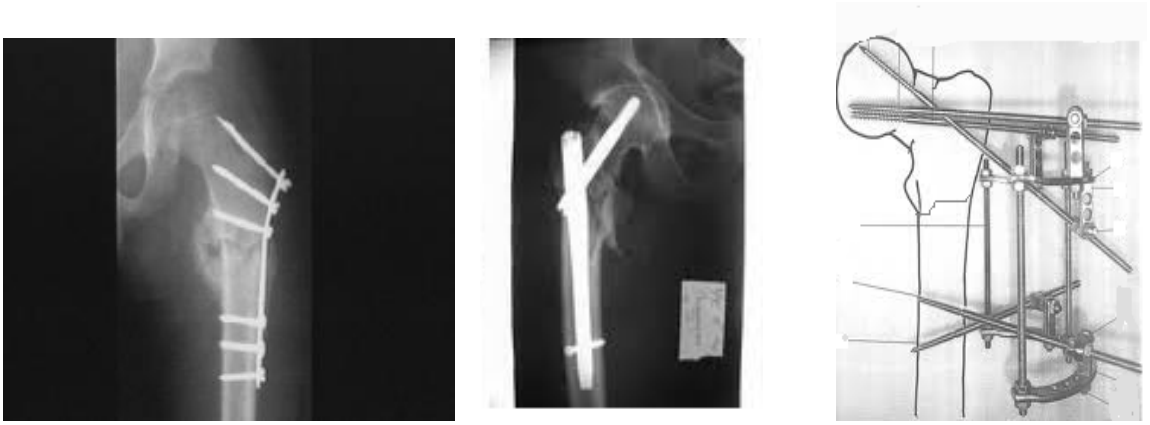

Рис.2.17 Остеосинтез при підвертлюгових переломах.

ПЕРЕЛОМИ ДІАФІЗУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Механізм травми. Прямий сильний удар рухомим транспортним засобом, падіння з висоти і т.д.

Клінічні ознаки. Скарги на болі в області стегна і неможливість користуватися кінцівкою, яка значно ротована назовні. Укорочення стегна в порівнянні із здоровою кінцівкою досягає 8—10 см. М'які тканини на рівні перелому напружені із-за великого крововиливу. Унаслідок укорочення кінцівки з'являються складки шкіри над надколінником, знижується тонус м'язів, виражена патологічна рухомість. Необхідно обов'язково перевірити пульсацію тильної артерії стопи і чутливість шкіри на стопі. Діагноз уточнюють при рентгенологічному дослідженні. При переломах у верхній третині стегна проксимальный відламок зміщується наперед і дозовні,

дистальний, — догори, розвивається характерна деформація під кутом, відкритим внутрішньо. При переломах в середній третині відбувається зсув проксимального відламка внутрішньо і дозаду. При переломах стегна в нижній третині дистальний відламок зазвичай зміщується назад, а проксимальный розташовується наперед від нього і дещо внутрішньо. Чим коротше дистальний відламок, тим більше його кутове зміщення до прямого кута по відношенню до кісток гомілки, що може бути причиною здавлення або пошкодження судинно-нервового пучка в підколінній ямці з гострим розладом кровопостачання дистального відділу кінцівки (рис.2.18).

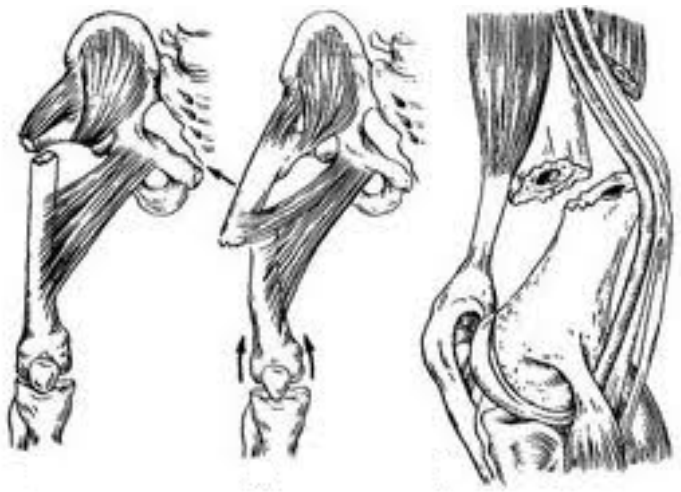

Рис. 2.18 Зміщення відламків стегна при переломах у верхній, середній та нижній третинах.

Характер перелому та види зміщення відламків уточнюється по рентреноггаммах (рис.2.19).

Рис.2.19 Рентгенограми при переломах стегна. (поперечний, косий, відламковий).

Перша допомога. Введення анальгетиків, транспортна іммобілізація шиною Дітеріхса або стандартними драбинчастими шинами. Госпіталізація в травматологічний стаціонар.

Лікування. При лікуванні косих та відламкових переломів стегнової кістки із зсувом репозиція може бути виконана за допомогою скелетного витягнення. Через 6—8 тиж. хворому накладають кульшову гіпсову пов'язку (на 8-10 тиж.) і виписують на амбулаторне лікування.

Показання для оперативного лікування: неможливість утримати відламки в правильному положенні після репозиції, особливо при поперечних переломах; неусунена інтерпозиція м'яких тканин між відламками; переломи, що супроводжуються здавленням крупних кровоносних судин і нервових стовбурів або загроза прориву шкіри відламками, що змістилися. Методами вибору є інтрамедулярний остеосинтез стрижнем, накістковий остеосинтез пластинами та позаосередковий остеосинтез (рис.2.20). При відкритих переломах – ПХО рани і позаосередковий остеосинтез фіксація відламків апаратом.

Рис. 2.20 Остеосинтез стегна. (болкуючий інтрамедулярний, накістковий, позаосередковий).