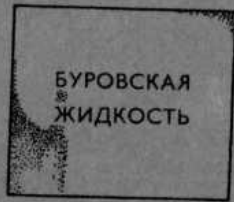


Закриті травми м'яких
тканин. Переломи, вивихи.

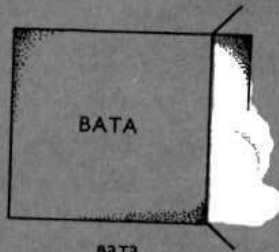
растяжение

РАСТЯЖЕНИЕ И ВЫВИХ

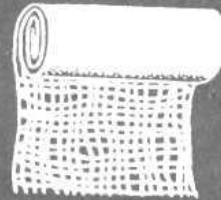
средства первой помощи



Буровская жидкость



вата



бинт

и средства для
иммобилизации

здоровый сустав



растянутый сустав



вывихи

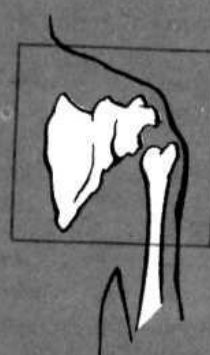
средства первой помощи те же самые, как и при растяжении



здоровый сустав



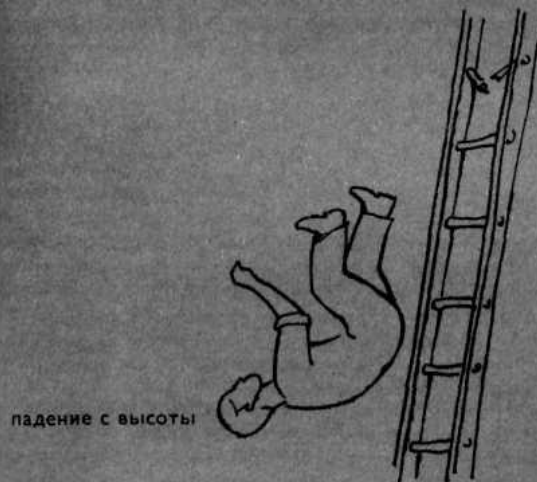
вывихнутый сустав



- **Перелом** - це повне порушення цілості кістки з втратою нею стійкої та динамічної функції. Коли цілість кістки не повністю порушується і функція частково зберігається, то така травма називається тріщиною чи надломом.

ПЕРЕЛОМЫ

возникновение перелома



виды переломов



Класифікація:

I. За походженням переломи поділяються на: вроджені (внутрішньоутробні) та набуті.

Окрему різновидність набутих переломів складають акушерські переломи (при пологах).

Набуті переломи в свою чергу поділяються на:

- а) травматичні (внаслідок дії великої механічної сили на непошкоджену кістку);
- б) патологічні (внаслідок дії незначної механічної на кістку, уражену патологічним процесом).

II. За наявністю пошкодження шкіри чи слизової оболонки

- Закриті (без пошкодження шкіри).
- Відкриті (з пошкодженнями цілості шкіри або слизових).

III. За характером пошкодження кістки:

повні (через весь поперечник кістки) та неповні (не через весь поперечник кістки): тріщина, піднадкістничний перелом (**по типу "зеленої вітки"**), переломи у вигляді отвору (вогнепальні переломи), крайовий перелом.

IV. За напрямком лінії перелому: поперечні, косі, поздовжні, уламкові, гвинтоподібні, вколочені, відривні.

Кожному з цих видів перелому відповідає певний механізм травми.

V. В залежності від наявності зміщення: без зміщення, із зміщенням.

Зміщення кісткових уламків може бути: по ширині, по довжині, під кутом, по периферії.

VI. В залежності від відділу пошкодження кістки: діафізарні, епифізарні, епіфізарні.

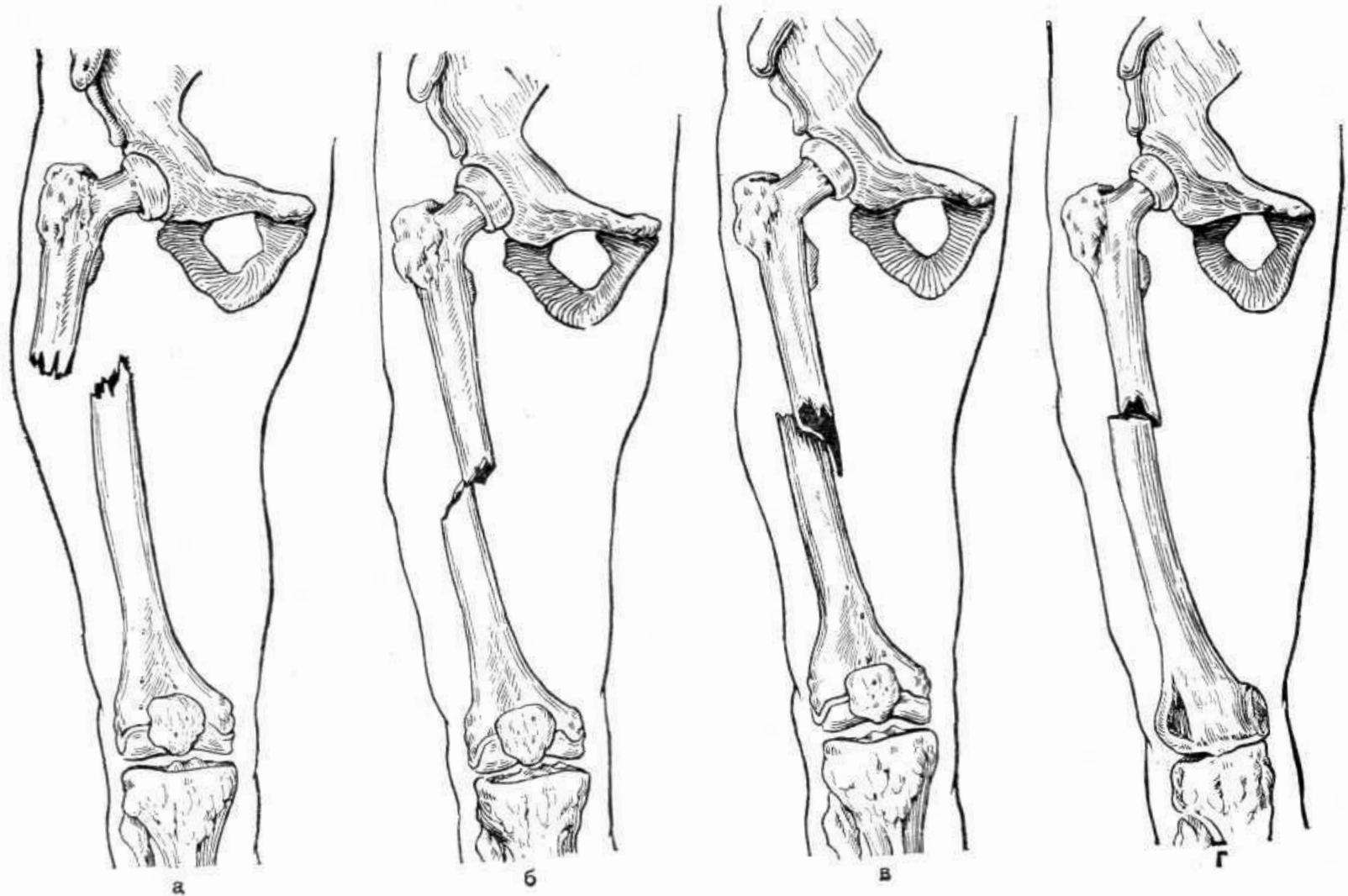


Рис. 117. Смещение отломков.
а — под углом; б — боковое; в — по длине; г — ротационное

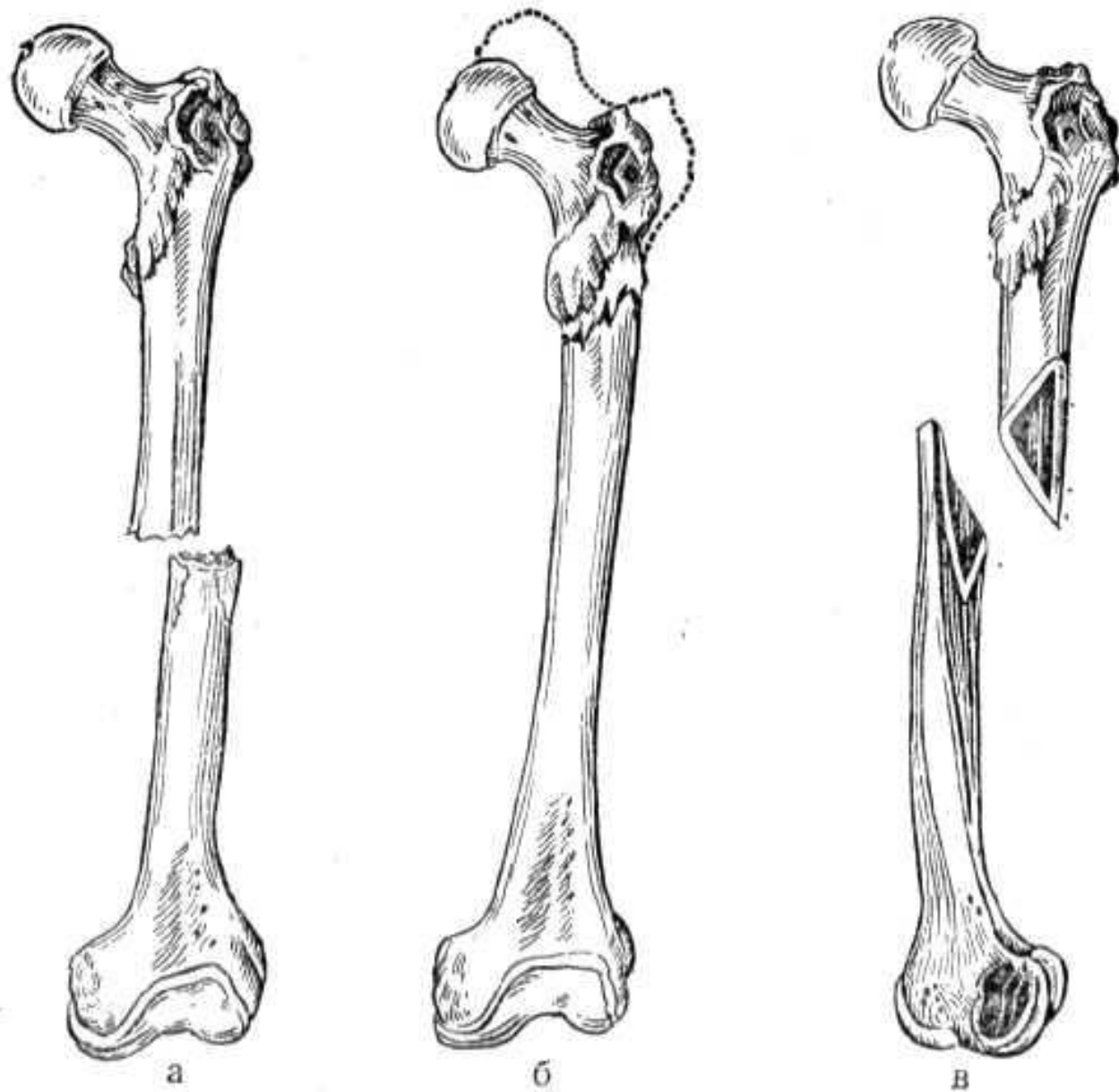


Рис. 105. Виды переломов.

а — поперечный, б — вколоченный, в — винтообразный.



Рис. 106. Компрессионный перелом позвоночника.

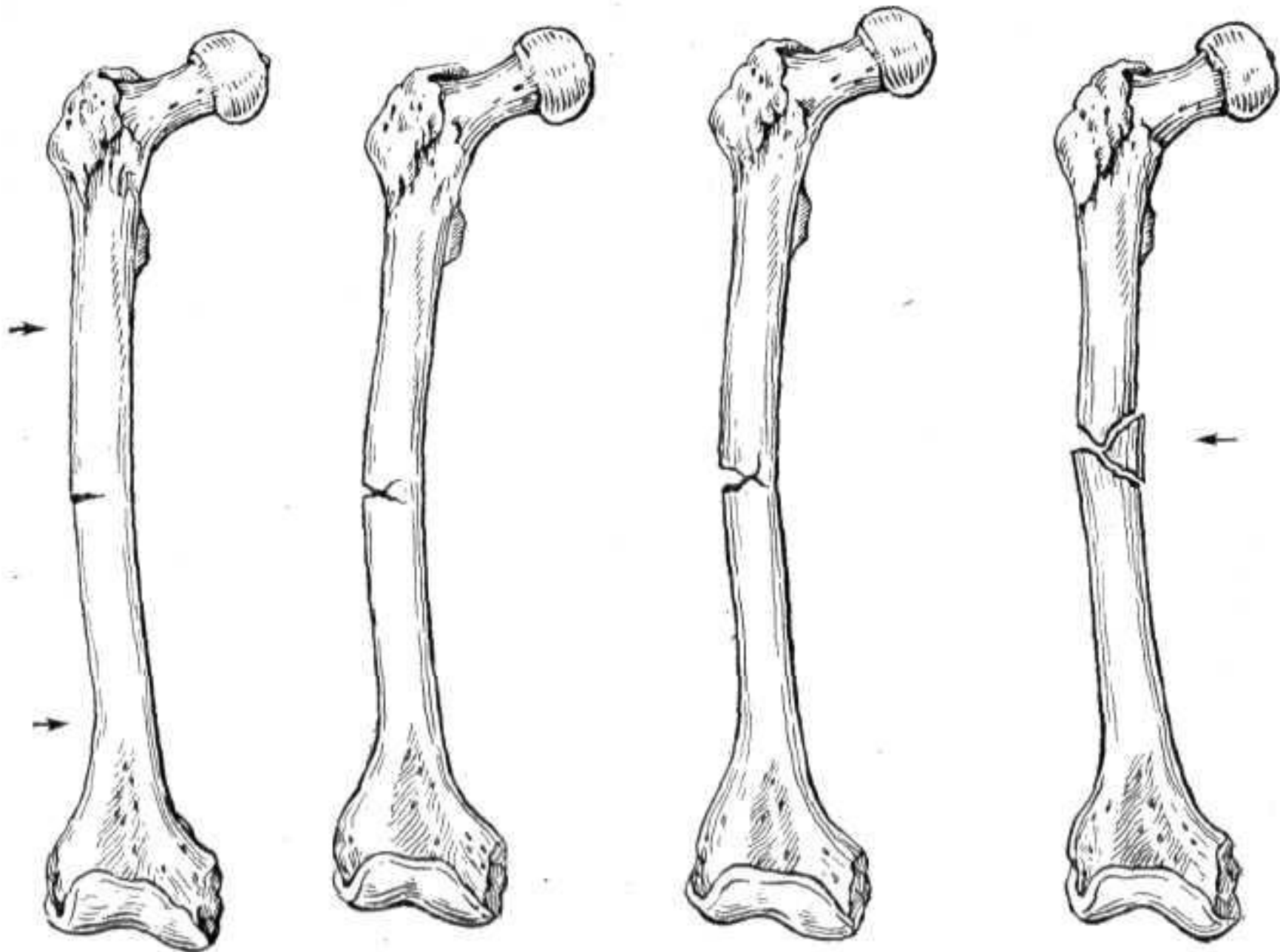


Рис. 107. Перелом кости при сгибании.

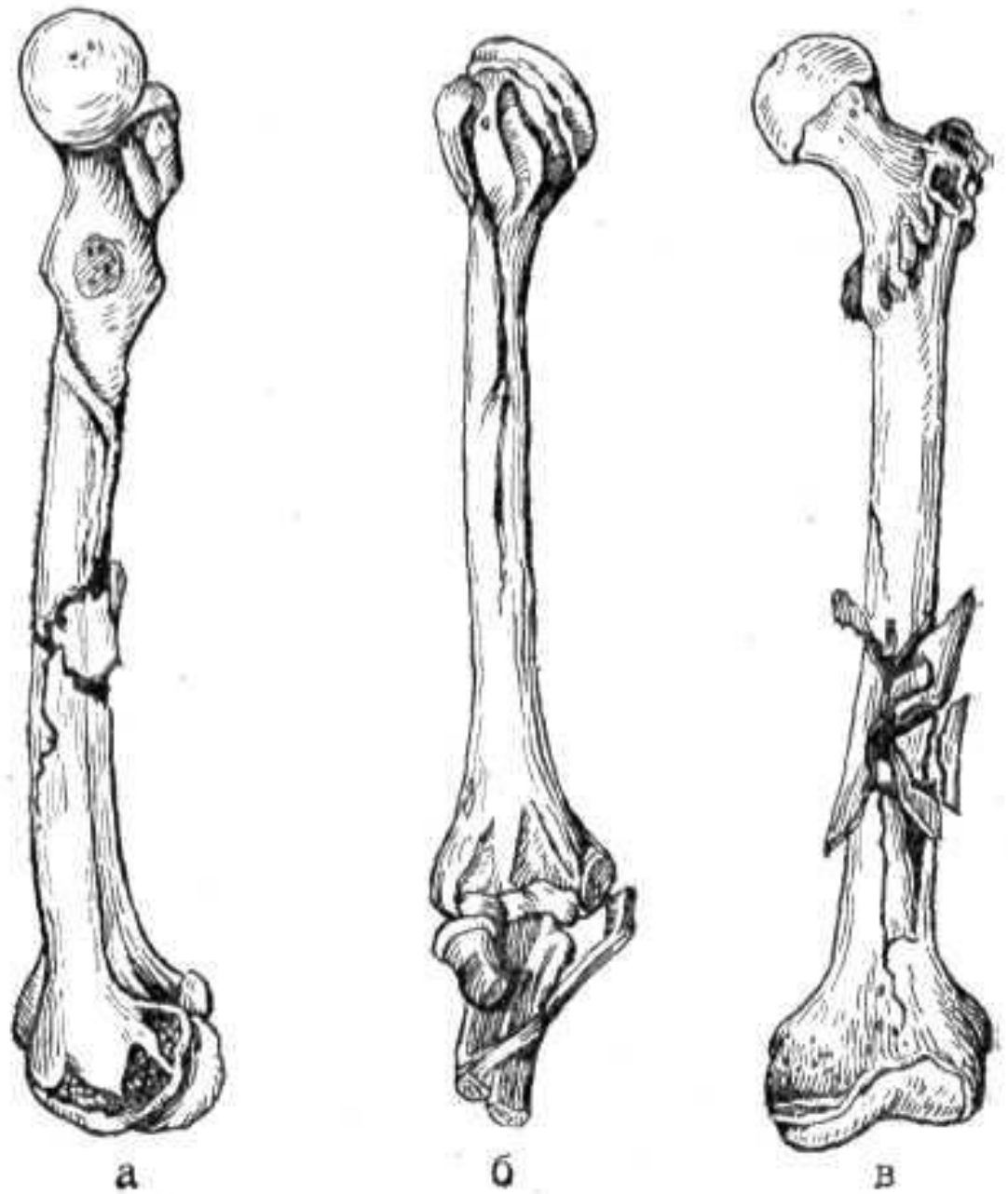


Рис. 108. Виды переломов.

а — от сгибания, б — отрывной, в — огнестрельный

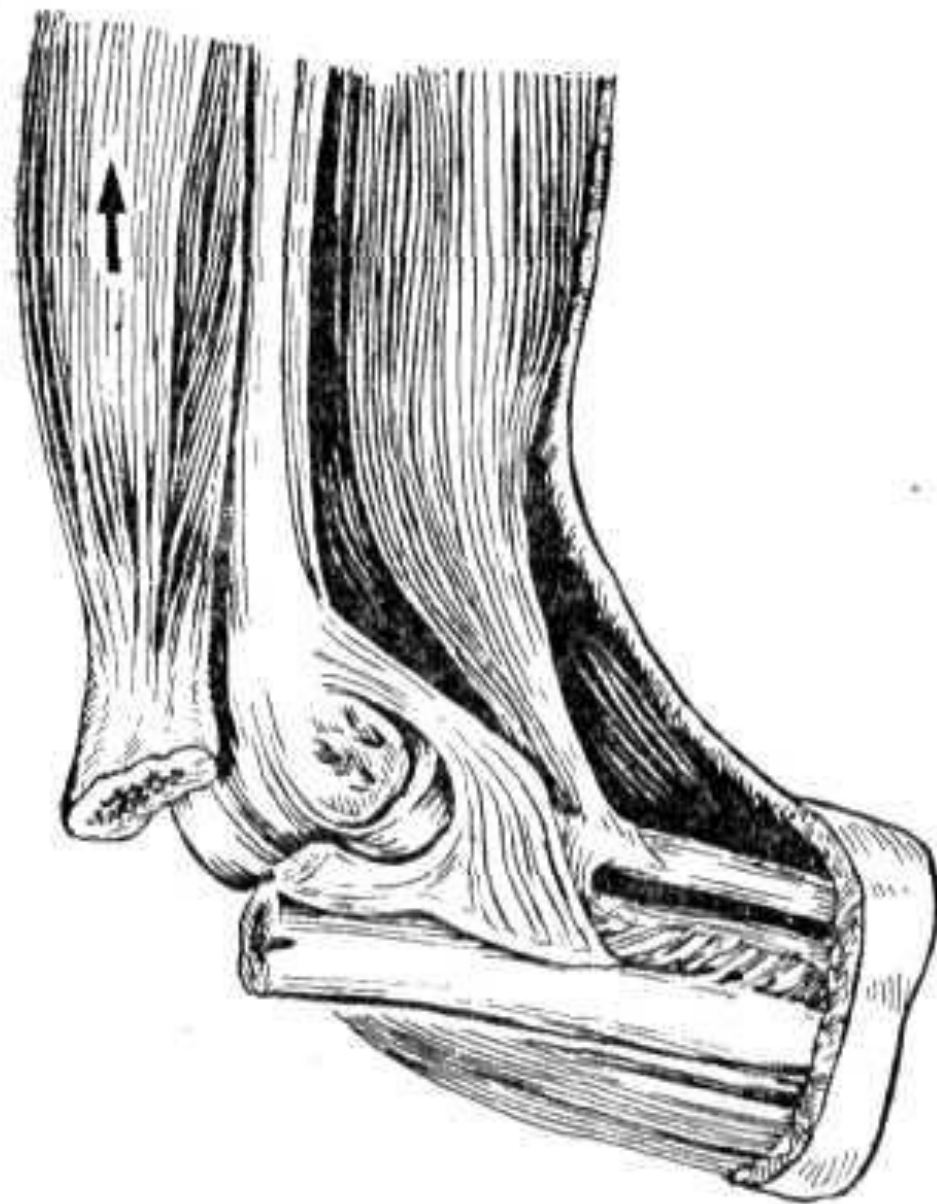


Рис. 109. Перелом локтевого отростка от смещения (отрывной).

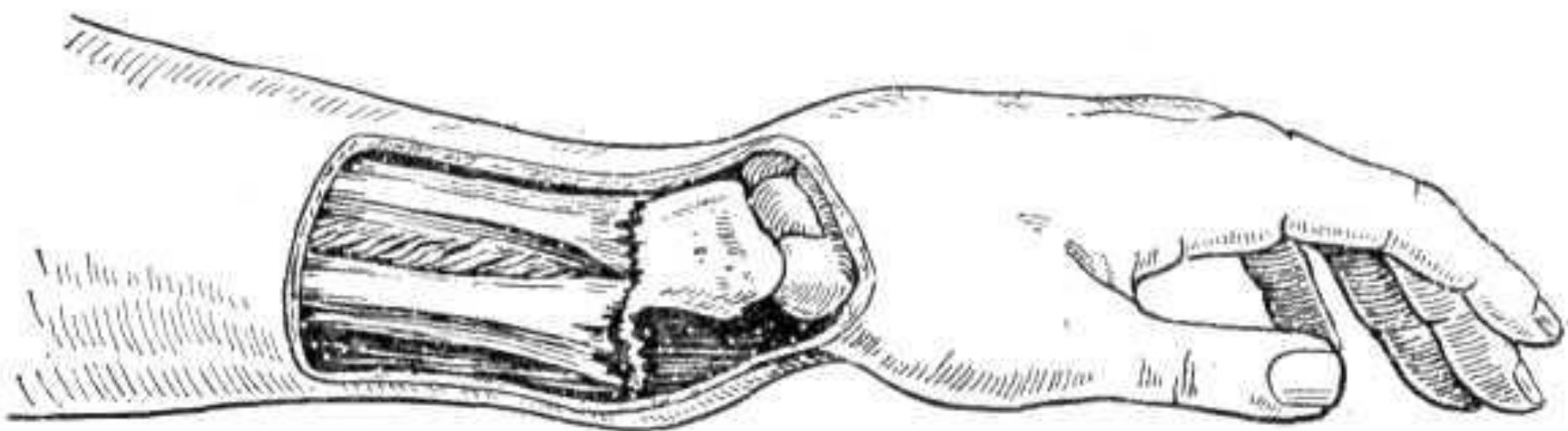


Рис. 110. Перелом лучевой кости в типичном месте.

VII. За складністю пошкодження: прості (пошкодження однієї кістки), складні (пошкодження декількох кісток, або в поєднанні з вивихом).

VIII. За кількістю: поодинокі, множинні.

IX. В залежності від розвитку ускладнень: неускладнені, ускладнені.

Можливі ускладнення: травматичний шок, пошкодження судин і нервів, пошкодження внутрішніх органів, ранева інфекція, остеомієліт, сепсис, жирова емболія.

X. Поєднана травма (політравма) - це поєднання травм різних ділянок тіла та внутрішніх органів.

Види зрощення переломів.

- Первинне зрощення відбувається при точному співставленні і надійній фіксації уламків. Регенерація починається з периостального і інтермедіарного мозоля.
- Вторинне зрощення проходить при рухливості уламків і діастазі між ними. В таких випадках зразу розвивається хрящева тканина, яка в подальшому замінюється кістковою.

Діагностика переломів.

1. Абсолютні симптоми переломів: характерна деформація, кісткова крепітація, патологічна рухомість.
2. Відносні симптоми переломів: локальна болючість в місці перелому, біль при навантаженні по осі, деформація кінцівки, наявність гематоми, вкорочення кінцівки, вимушене положення кінцівки, порушення функції.

Лікування.

Лікування переломів включає в себе: надання першої допомоги, лікування в спеціалізованих закладах.

Перша допомога: зупинка кровотечі, профілактика та лікування шоку, накладання асептичної пов'язки, транспортна іммобілізація. Основні принципи лікування:

1. Репозиція кісткових уламків. При репозиції потрібно дотримуватись наступних правил: знечуження, співставлення периферичного уламка по напрямку центрального, контрольне рентгенівське обстеження після репозиції.
2. Іммобілізація.

При консервативному лікуванні досягається шляхом накладання різних видів гіпсових пов'язок.

При хірургічному лікуванні: металевими конструкціями, скелетним витягненням, з допомогою спеціальних апаратів (компресійно-дистракційний остеосинтез).

В лікуванні переломів можна виділити три основних методи:

1. Консервативне лікування (закрита репозиція та іммобілізація). Найбільш часто застосовується одномоментна закрита репозиція. В консервативному лікуванні для іммобілізації застосовуються гіпсові пов'язки.
2. Скелетне витягання. Цей метод в лікуванні переломів належить до функціональних. Досягається закрита поступова репозиція та іммобілізація уламків.

Виділяється: липкопластирні витягання, власне скелетне витягання (безпосередньо за кістку).

Позавогнищевий компресійно-дистракційний остеосинтез.

Досягається поступова апаратна репозиція та іммобілізація відломків.

Покази: складні переломи довгих трубчастих кісток, виражене зміщення уламків, несправжні суглоби, при сповільненій консолидації, необхідність подовження кістки.

Ускладнення при заживленні переломів:
посттравматичний остеомієліт, несправжній суглоб, неправильне зрощення з порушенням функції, порушення рухів в суглобі, м'язеві контрактури.

Вивих - стійке повне зміщення суглобових кінців кісток, при якому втрачається можливість доторкання суглобових поверхонь. Вивихнутою рахують периферичну частину кінцівки стосовно центральної (окрім акроміального кінця ключиці та хребців).

I. Класифікація

- По часу виникнення вивихи поділяються на вроджені та набуті. Серед вроджених найбільш поширений вивих стегна, зумовлений порушенням розвитку кульшового суглобу.
- По етіології розрізняють набуті вивихи внаслідок травми - травматичні, які зустрічаються значно частіше ніж патологічні (при яких розмежування поверхонь суглоба зумовлене хворобою - пухлиною, туберкульозом і т.інш.), що фактично є суглобовою формою прояву відповідного захворювання.
- За тривалістю від початку захворювання вивихи поділяють на: а) свіжі (до 2 діб); б) несвіжі (до 4 тижнів); в) застарілі (понад 4 тижнів).

Для визначення лікувальної тактики доцільно виділити:

- а) невправимі вивихи, коли інтерпозиція м'яких тканин в суглобі не дозволяє ліквідувати їх консервативними методами;
- б) звиклі вивихи, що виникли повторно в тому ж суглобі, часто вправляються самими хворими, рецидивують, а тому підлягають оперативній корекції;
- в) закриті та відкриті (коли є ушкодження шкіри, яке сполучається з суглобом), бо останні підлягають тільки оперативному лікуванню.

II. Травматичні вивихи.

Найчастіше (у 50-60% випадків) зустрічаються вивихи плеча.

Діагноз вивиху правомірно ставити, якщо є наступні дані:

- характерний механізм травми в анамнезі
- біль в суглобі
- зміна конфігурації суглоба, наявність суглобового кінця кістки (при пальпації) в нетиповому місці
- зміни напрямку осі кінцівки та її довжини (вкорочення)
- "пружна фіксація" кінцівки в неправильному положенні - пасивні рухи при спробі вивести кінцівку з вимушеного положення зустрічають еластичний, пружинячий опір і кінцівка повертається в попереднє положення
- відсутність активних та різке послаблення пасивних рухів в суглобі.

Лікування.

- Лікування вивихів ґрунтується на наступних принципах:
 - своєчасне вправлення
 - адекватна іммобілізація
 - відновна лікувальна фізкультура.
- Перша медична допомога:
- введення аналгетиків при вираженому больовому синдромі
- транспортна іммобілізація
- транспортування в медичний заклад
Вправлення вивиху

Транспортна іммобілізація - невідкладний захід медичної допомоги травмованому, який забезпечує створення сприятливих умов, для уникнення ускладнень в час транспортування до лікувального закладу, в першу чергу, зменшення больового синдрому та попередження розвитку травматичного шоку чи зменшення його важкості.

Призначення (задачі) транспортної іммобілізації

- попередження наступного зміщення кісткових уламків
- зменшення больового синдрому
- протишокова дія
- створення безпечних умов транспортування постраждалого.

Принципи транспортної іммобілізації

- забезпечення нерухомості всієї кінцівки
- швидкість та простота виконання

стандартные шины

шины фабричного производства



деревянные

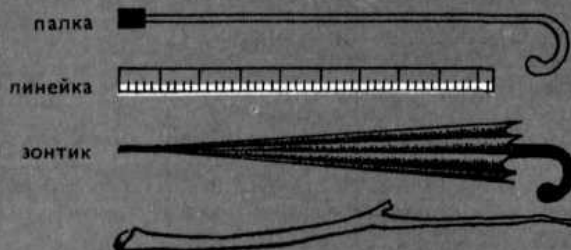


Крамеровские



надувные

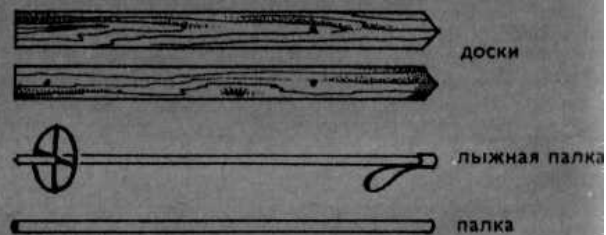
импровизированные шины



палка

линейка

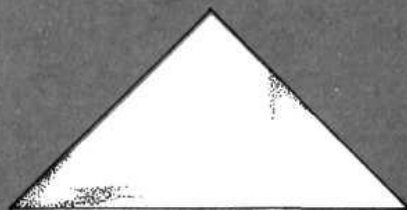
зонтик



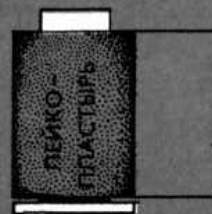
доски

лыжная палка

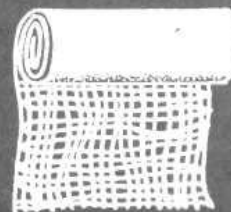
палка



треугольная косынка



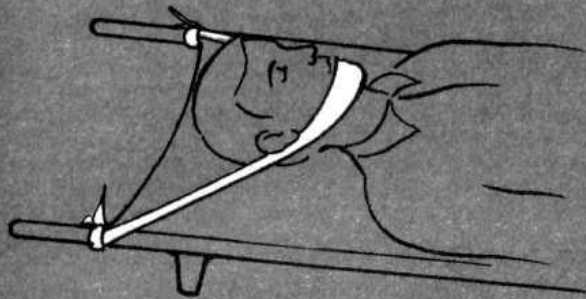
пластырь



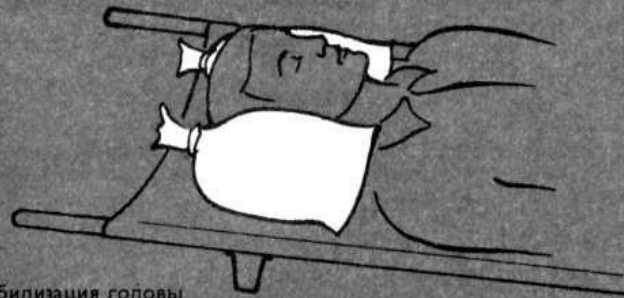
эластический бинт

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

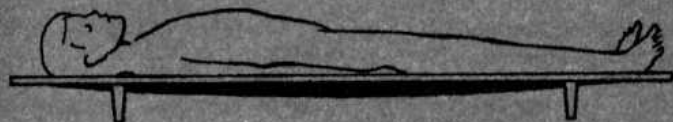
голова



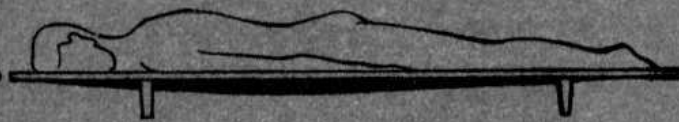
иммобилизация головы



позвоночник

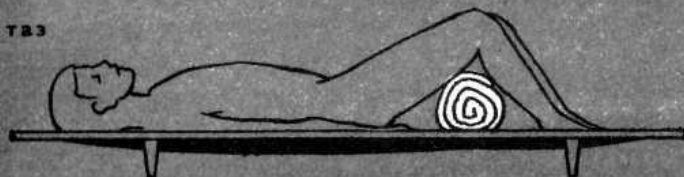


иммобилизация грудного отдела позвоночника



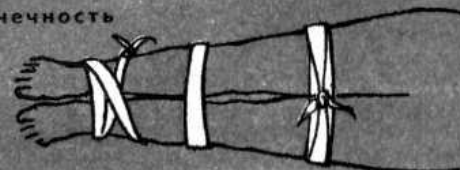
иммобилизация поясничного отдела позвоночника

таз



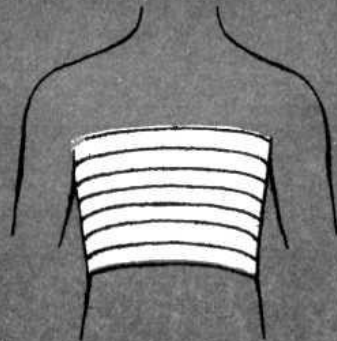
иммобилизация таза

нижняя конечность



связывание

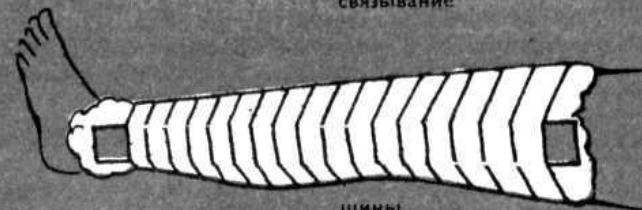
грудная клетка



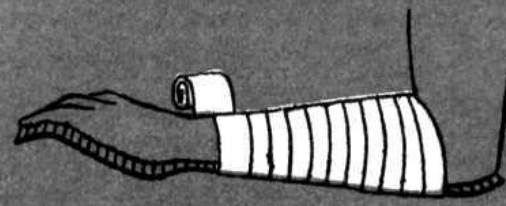
иммобилизация грудной клетки



подвешивание



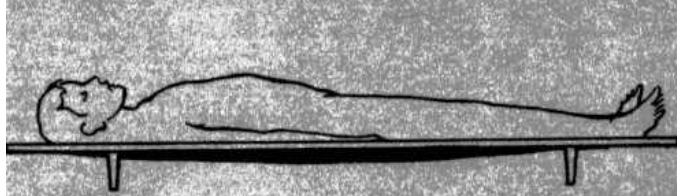
шины



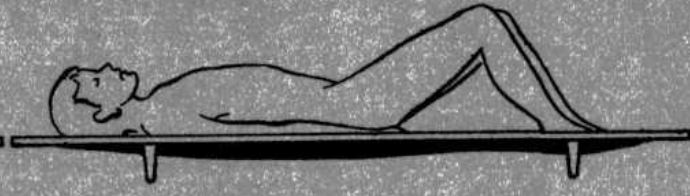
шины

верхняя конечность

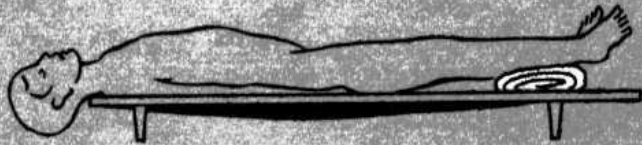
ПОЛОЖЕНИЕ ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ



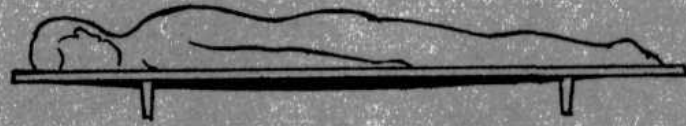
положение на спине



положение на спине с согнутыми коленями



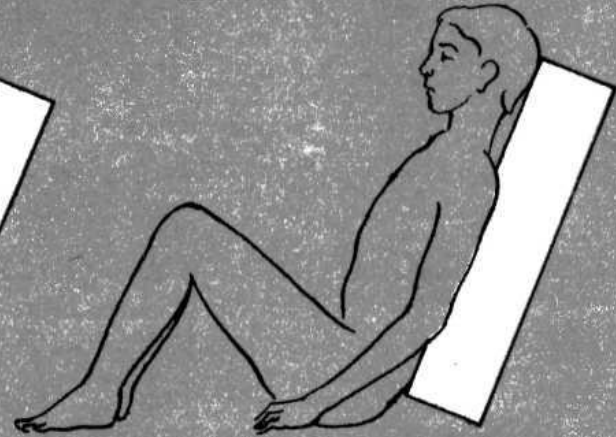
положение на спине с приподнятыми нижними конечностями
и опущенной головой



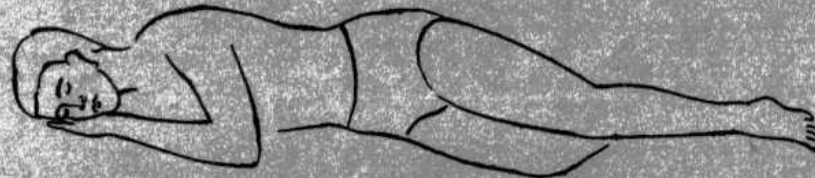
положение на животе



полусидячее положение



полусидячее положение с согнутыми коленями



положение на боку

Правила транспортної іммобілізації (послідовність дій по наданню транспортної іммобілізації)

1. перед транспортною іммобілізацією провести знечулення
2. зупинити кровотечу
3. на рану накласти асептичну пов'язку
4. одяг не знімати (тільки по показах - відкритий перелом, для кращого обстеження кінцівки), використовуючи її для м'якої прокладки під шину
5. уламки кісток при відкритих переломах не вправляти
6. змоделювати шину відповідно ділянки транспортної іммобілізації конкретного хворого
7. накласти на шину ватно-марлеві (або з іншого матеріалу) прокладки в її ділянках, що торкаються кісткових виступів та в проекції судинно-нервових пучків
8. при переломі довгих трубчатих кісток - фіксація всіх суглобів, які функціонують під дією м'язів даного сегмента кінцівки
9. положення фіксації кінцівки - середньо-фізіологічне
0. якщо конструкція шини дозволяє, то краще створити після транспортної іммобілізації витяжіння (протидія рефлексорному скороченню м'язів ураженого сегмента)

Способи проведення транспортної іммобілізації

- а) Аутоіммобілізація - бинтування ураженої нижньої кінцівки до здорової або верхньої кінцівки до тулуба
- б) Транспортна іммобілізація за допомогою підручних предметів (імпровізовані шини з паликів, дошок, кусків фанери, лиж, картону, парасольки і т. ін. в якості жорсткого предмету, до якого фіксують пошкоджену кінцівку)