

ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера МЗ РФ

Лечение постоянным скелетным вытяжением

Выполнила:

Студентка 5 курса 513 группы

Лечебного факультета

Блинова Дарья

2016

Цель метода

- постепенное вправление отломков с помощью грузов и удержание их в правильном положении до образования первичной костной мозоли (4 – 6 недель).

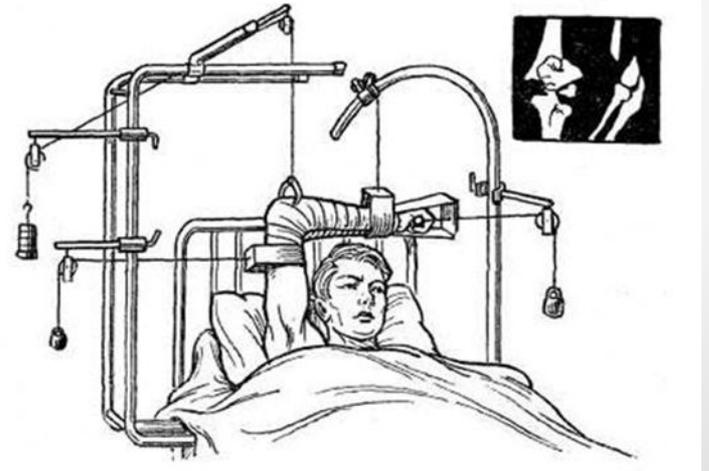
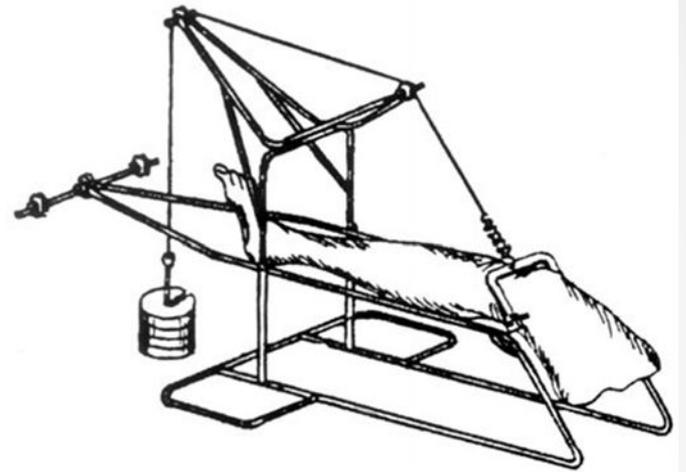
Показания

- 1. Винтообразные, оскольчатые, множественные и внутрисуставные закрытые и открытые переломы костей бедра, голени, реже - плечевой кости со смещением отломков.
- 2. Множественные переломы костей таза с вертикальным и диагональным смещением отломков.
- 3. Односторонние переломы костей таза и бедра, бедра и голени (двойное скелетное вытяжение на одной стороне).
- 4. Открытые переломы костей бедра и голени со смещением (если одновременное оперативное вмешательство невозможно, а гипсовая иммобилизация неэффективна).
- 5. Необходимость временной иммобилизации отломков до выведения пострадавших из тяжелого состояния и подготовки их к оперативному вмешательству.
- 6. При неудачных попытках достигнуть репозиции и фиксации отломков другими методами.

Пять принципов лечения скелетным вытяжением. «5П»

- Положение среднефизиологическое;
- Покой конечности;
- Противопоставление отломков;
- Постепенность нагрузки;
- Противовытяжение отломков.

- В нашей стране выпускаются шины Беллера для лечения больных с переломами нижних конечностей и шины ЦИТО для вытяжения при переломах верхних конечностей.



Т а б л и ц а 1

**Величина груза при лечении переломов демпферированным
скелетным вытяжением**

Локализация перелома	Величина груза, кг		
	начальная	максимальная	конечная
Перелом шейных позвонков	3—5	12	3
Перелом бедра	5	7—12	5
Перелом голени	4	5—7	3—4
Перелом плеча	4	4—7	2—3

Три фазы лечения переломов скелетным вытяжением «ЗР»

- **Репозиционная:** до 3х дней.
- **Ретенционная** (удержание): 2-3 нед.
- **Репарационная:** 2-4 нед.

Места проведения спиц

Рис. 1. Точки проведения спиц
вблизи коленного сустава:

1 — место проведения спицы через дистальный метафиз бедренной кости; 2 — место проведения спицы через проксимальный метафиз большеберцовой кости (на 2 см ниже бугристости и на 1,5–2 см кзади от переднего края гребня большеберцовой кости); 3 — неправильное место проведения спицы «через бугристость большеберцовой кости»; 4 — п. 'peroneus communis; 5 — bursa praepatellaris; 6 — bursa infrapatellaris; 7 — cavum articu-
laris; 8 — bursa suprapatellaris.

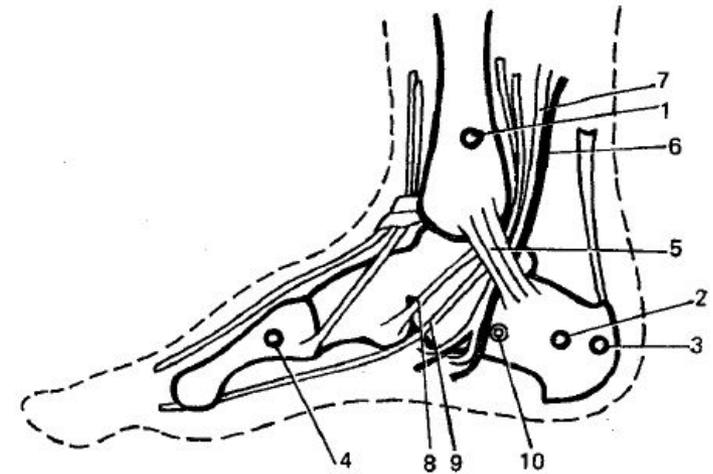
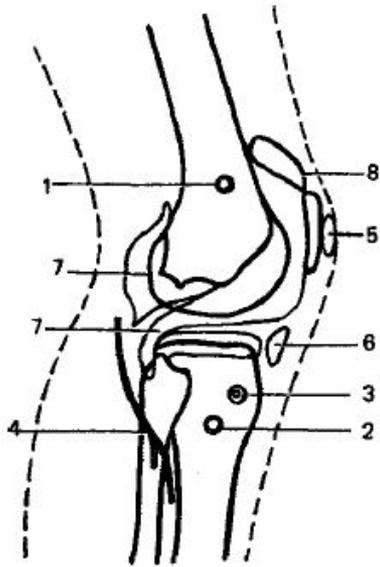
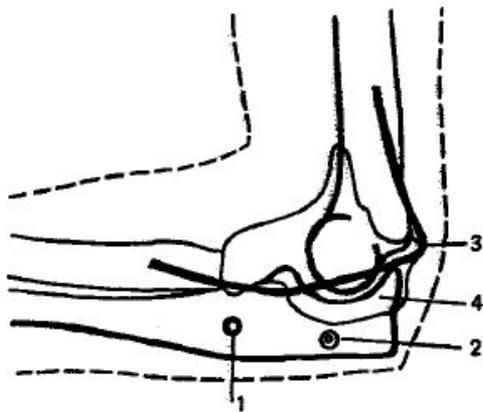


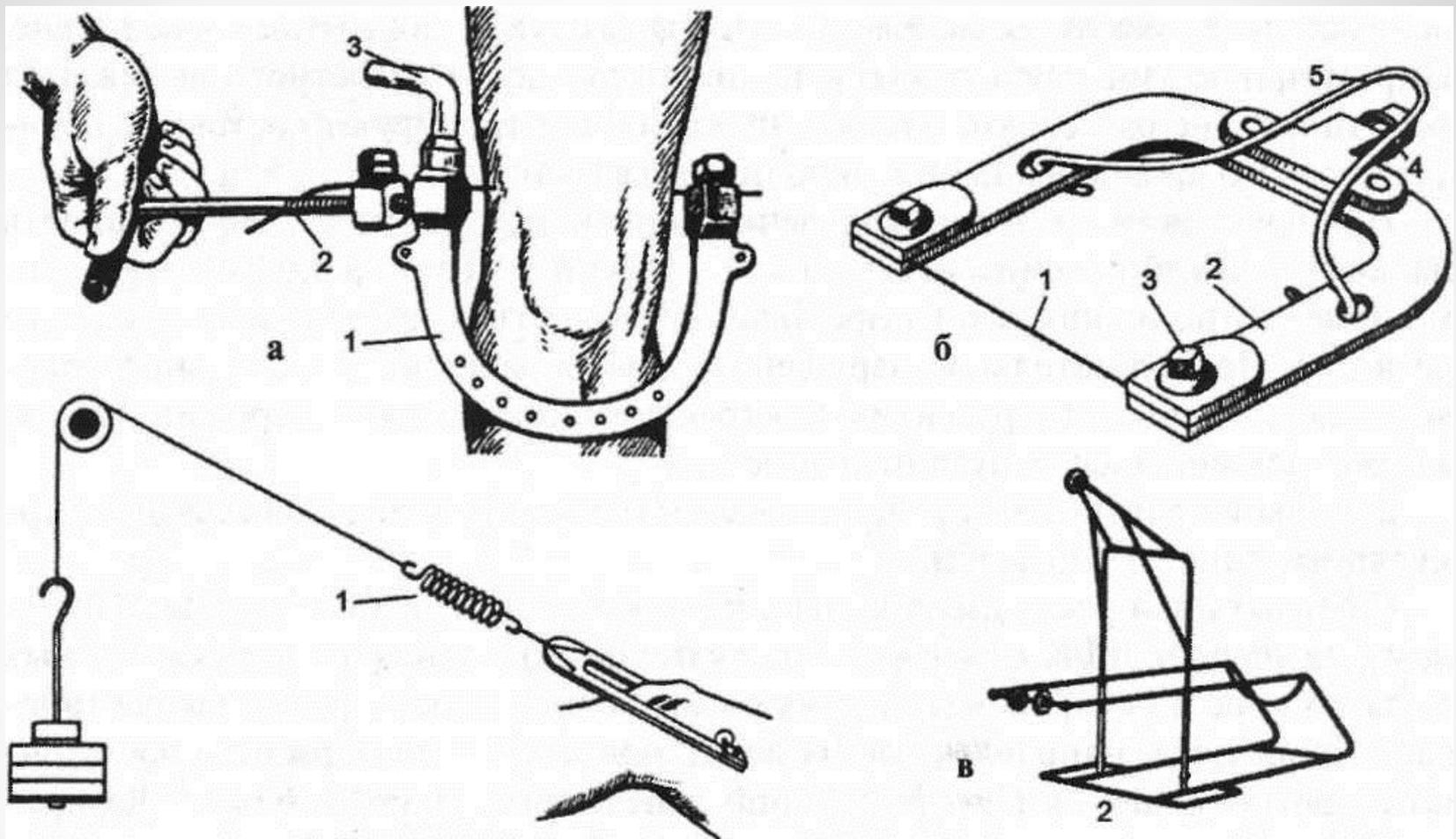
Рис. 2. Точки проведения спиц через стопу и большеберцовую кость при лечении вытяжением переломов голени и пяточной кости.

1 — место проведения спицы через дистальный метафиз большеберцовой кости; 2 — место проведения спицы через пяточную кость при лечении переломов голени; 3 — место проведения спицы при лечении переломов пяточной кости; 4 — место проведения спицы через плюсневые кости; 5 — lig. laciniatum; 6 — п. tibialis; 7 — a. u. v. tibialis post.; 8 — tendo m. tibialis post.; 9 — tendo m. flexoris digitorum longi; 10 — точка неправильного проведения спицы через пяточную кость при лечении переломов голени («на 4–5 см ниже верхушки внутренней лодыжки»).

Рис. 3. Точка проведения спицы
через локтевую кость при лечении
вытяжением переломов плечевой
кости.

1 — место проведения спицы через основание локтевого отростка локтевой кости; 2 — неправильно выбранное место проведения спицы через локтевой отросток (возможность прорезывания спицы, боли от раздражения надкостницы); 3 — п. ulnaris; 4 — cavum articularis.





- Инструменты и аппараты для скелетного вытяжения (по В. В. Ключевскому, 1999): а — инструментарий Киршнера для натяжения спицы: 1 — дуга; 2 — спиценатягиватель; 3 — торцовый ключ; б — скоба ЦИТО для натяжения спицы: 1 — спица; 2 — полудуга; 3 — фиксатор спицы; 4 — устройство для разведения полудуг; 5 — спица для крепления шнура к скобе; в — демпферирование системы скелетного вытяжения: 1 — пружина-демпфер между скобой и грузом; 2 — функциональная шина для скелетного вытяжения

Преимущества

- позволяет избежать мышечной гипотрофии поврежденной конечности;
- быстрее приступить к восстановительному лечению;
- позволяет обеспечить неподвижность костных отломков при сохранении подвижности суставов и функции мышц;
- конечность не сдавливается повязкой, не нарушается кровообращение, что ускоряет образование костной мозоли, предупреждает атрофию, образование пролежней и прочих осложнений;
- больная конечность доступна осмотру, а движения начинаются с первых дней лечения.

Недостатки

- больной вынужденно "прикован" к постели;
- метод требует длительного постельного режима и специального ухода за больным;
- увеличения сроков пребывания в стационаре.