

**Курский государственный
медицинский университет.
Кафедра травматологии,
ортопедии с курсом ВПХ.**

Тема № 6

**Повреждения голени,
голеностопного сустава и
СТОПЫ.**

Классификация повреждений голени:

- - переломы проксимального отдела большеберцовой кости;
- - изолированные повреждения одного из диафизов;
- - переломы обоих диафизов;
- - повреждения дистального отдела костей голени.



- Оскольчатый перелом проксимального метаэпифиза большеберцовой кости со смещением

Переломы мыщелков голени (по Новаченко).

- - перелом мыщелков большеберцовой кости без нарушения конгруэнтности суставных поверхностей;
- - перелом одного мыщелка со смещением;
- - перелом обоих мыщелков со смещением;
- - перелом обоих или одного мыщелка с подвывихом голени.

Диагностика.

- При переломе возникает боль локального характера. При переломе наружного мыщелка голень отклоняется кнаружи (вальгусное положение), при переломе внутреннего – кнутри (варусное положение). Укорочение конечности отмечается при многооскольчатом переломе обоих мыщелков. Рентгенографию проводят в двух проекциях, иногда дополняют томографией.

Лечение.

- - пункционно удаляют кровь и вводят 20 мл 20% р-ра новокаина;
- - при переломе без смещения накладывают гипсовую повязку с окном над суставом;
- - при переломе со смещением применяют консервативный метод(закрытая ручная репозиция, скелетное вытяжение), либо оперативный (оперативное восстановление мыщелка по Чаклину, остеосинтез перелома обоих мыщелков болтами).

Изолированные повреждения малоберцовой кости.

- - вывих головки малоберцовой кости;
- - перелом диафиза малоберцовой кости;
- - повреждения малоберцовой кости в области голеностопного сустава.

Вывих головки малоберцовой кости.

- Механизм травмы: прямой и непрямой.
- Диагностика: в области проксимального межберцового сочленения определяется деформация, головка малоберцовой кости смещена кпереди или кзади, при пальпации легко вправляется и вновь смещается. При надавливании на головку возникает боль. Рентгенография позволяет точно поставить диагноз.
- Лечение: головку фиксируют к мыщелку большеберцовой кости чрескостными лавсановыми швами или костным штифтом.

Изолированный перелом диафиза малоберцовой кости.

- Механизм травмы: прямой.
- Диагностика: постоянными симптомами являются боль в месте перелома и локальная болезненность при пальпации. Рентгенография голени в двух проекциях позволяет правильно поставить диагноз.
- Лечение: накладывают заднюю гипсовую лонгету на 3-4 недели.

Изолированный перелом диафиза большеберцовой кости.

- Механизм травмы: прямой, реже не прямой.
- Диагностика: визуально определяется деформация и искривление оси голени. При пальпации по гребню большеберцовой кости определяется ступенеобразная деформация в области перелома, там же определяется болезненность, выявляемая при осевой нагрузке. Подвижность отломков выражена нечетко. Опорность конечности нарушена. Рентгенограммы голени в двух проекциях позволяют уточнить характер перелома.
- Лечение: обезболивание 20мл 2% р-ра новокаина. При переломе без смещения накладывают глухую гипсовую повязку на 2 месяца. При переломе со смещением производят одномоментную репозицию с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой. При наличии интерпозиции мягкими тканями показан остеосинтез.

Диафизарный перелом обеих костей голени (бамперный перелом).

- Механизм травмы: прямой, так и не прямой.
- Диагностика: визуально определяются деформация и изменение кожных покровов. Дистальный отдел голени под тяжестью стопы ротирован кнаружи. При пальпации выявляется симптом умбиликации- воронкообразное втяжение кожи над местом перелома. Осевая нагрузка на голень болезненна. Рентгенограмма в двух проекциях.

Диафизарный перелом обеих костей голени (бамперный перелом).

- Лечение: Гипсовую повязку накладывают при переломе без смещения, а также при репонируемых и легко удерживаемых переломах. Одномоментная репозиция показана при переломах со смещением с поперечной линией излома. Лечение скелетным вытяжением показано при неустойчивых без дополнительной тракции переломах. Хирургическое вмешательство при закрытых диафизарных переломах показано в случаях нерепонируемых переломов: применение интра- или экстрamedулярного остеосинтеза (штифты или пластины).

Диафизарный перелом обеих костей голени (бамперный перелом).



- Косой перелом нижней трети обеих костей голени со смещением по длине, по ширине, под углом.

Повреждения голеностопного сустава.

Классификация:

- - повреждение связок голени;
- - перелом лодыжек;
- - перелом и вывих таранной кости.

Повреждение связок голеностопного сустава.

- Механизм травмы: не прямой.
- Диагностика: возникает боль в голеностопном суставе в области наружной лодыжки. Отек более выражен в области наружной лодыжки. Симптом подвывиха свидетельствует о полном разрыве наружных боковых связок, при частичном повреждении волокон связок этот симптом отсутствует. Рентгенография голеностопного сустава в двух проекциях позволяет исключить перелом костей.

Повреждение связок голеностопного сустава.

- Лечение: при частичном разрыве волокон связок голеностопного сустава лечение проводят иммобилизацией сустава восьмиобразной повязкой на 5-14 суток. При полном разрыве боковых связок накладывают гипсовую лонгету (после спадания отека ее заменяют циркулярной гипсовой повязкой). В тяжелых случаях осуществляют хирургическое восстановление таранно-малоберцовой связки.

Перелом лодыжек.

Классификация:

- -пронационный перелом: завершённый и незавершённый переломы Дюпюитрена;
- - супинационный перелом: завершённый и незавершённый;
- - перелом Потта- Десто (перелом заднего или переднего края большеберцовой кости).

Перелом лодыжек.

- Механизм травмы: не прямой.
- Диагностика: больных беспокоит боль в области голеностопного сустава. Опорность ноги полностью нарушена при переломовывихе. При пронационном переломовывихе находится в вальгусном положении, при супинационном — в варусном положении. При переломе Потта-Десто определяется вывих стопы кзади или кпереди.

Перелом лодыжек.

- Лечение: одномоментная репозиция с последующим наложением гипсовой повязки является основным видом консервативного метода лечения перелома лодыжек со смещением. Скелетное вытяжение показано при переломах, которые из-за повреждения кожных покровов нельзя репонировать одномоментно. При переломах заднего края большеберцовой кости проводят скелетное вытяжение по Каплану. Хирургическое вмешательство показано при открытых переломах и при неэффективности закрытой репозиции (остеосинтез с помощью винтов и спиц).

Перелом лодыжек.



- Перелом наружной лодыжки со смещением по ширине и длине, разрыв дистального межберцового синдесмоза, разрыв дельтовидной связки с подвывихом стопы кнаружи.

Перелом лодыжек.



- Закрытый оскольчатый перелом обеих лодыжек, разрыв дистального межберцового синдесмоза с подвывихом стопы кнаружи.

Перелом и вывих таранной кости.

- Различают переломы шейки, тела и заднего отростка таранной кости.
- Механизм травмы: не прямой.
- Диагностика: голеностопный сустав увеличен в объеме, активные движения ограничены или невозможны из-за боли, возможна деформация в верхнем отделе стопы. Рентгенограммы делают в двух проекциях.
- Лечение: применяется консервативный метод: наложение гипсовой повязки или тугого бинтования. При выраженном асептическом некрозе и деформирующем артрозе показан артродез голеностопного сустава и подтаранного.

Переломы и вывихи костей СТОПЫ.

Классификация:

- - подтаранный вывих стопы;
- - перелом пяточной кости;
- - перелом костей переднего отдела предплюсны;
- - вывих в суставе Лисфранка;
- - перелом плюсневых костей и фаланг пальцев;
- - ВЫВИХ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ.

Подтаранный вывих стоп.

- Механизм травмы: не прямой.
- Диагностика: функция стопы нарушена, имеется деформация в подтаранной области, на тыле стопы четко пальпируется головка таранной кости, кнутри от нее определяется сместившаяся ладьевидная кость.
- Лечение: вправление под наркозом, иммобилизация гипсовой повязкой до коленного сустава на 3-4 недели и последующее функциональное лечение.

Перелом пяточной кости.

- Механизм травмы: прямой.
- Диагностика: больные не могут ходить из-за болей. Пяточная кость расширена, отмечается отек в подлодыжечных областях. Продольный свод уплощен или отсутствует. Напряжение икроножной мышцы вызывает усиление болей. Рентгенография позволяет подтвердить диагноз.
- Лечение: репозицию перелома осуществляют под общей или местной анестезией пальцевым или аппаратным давлением на смещенный фрагмент кости. Лечение горизонтального перелома проводят по методу Юмашева-Силина. При невозможности закрытой репозиции прибегают к хирургическому вмешательству: репозиция и фиксация перелома спицей или шурупом.

Перелом плюсневых костей и фаланг пальцев.

- Механизм травмы: прямой.
- Диагностика: отмечается локальная боль, болезненность, усиливающаяся при осевой нагрузке, патологическая подвижность, костная крепитация. Для перелома плюсневых костей характерен симптом Якобсона: усиление болей в месте перелома при надавливании на головку плюсневой кости.
- Лечение: при переломе плюсневых костей без смещения накладывают гипсовую повязку до коленного сустава на 4-6 недель, при переломе фаланг без смещения достаточно на 1-2 недели наложить циркулярный слой лейкопластыря. При переломе плюсневых костей применяют скелетное вытяжение по Клаппу или Черкес-Заде. Для хирургической фиксации применяют металлические спицы или стержни Богданова.

Вывих пальцев стопы.

- Диагностика: чаще встречается вывих 1 пальца в тыльную сторону. Вывихнутый палец укорочен, длинная ось его деформирована. При пальпации определяется локальная болезненность.
- Лечение: вправление производят под местной или общей анестезией. Гипсовую повязку накладывают до нижней трети голени на 2 недели.

The background of the slide features a pattern of stylized, overlapping autumn leaves in various shades of orange and brown. The leaves are depicted with prominent veins, creating a textured, organic feel. The overall color palette is warm and monochromatic, typical of fall foliage.

Спасибо за внимание.