



Тема : Повреждение голени голеностопного сустава и стопы

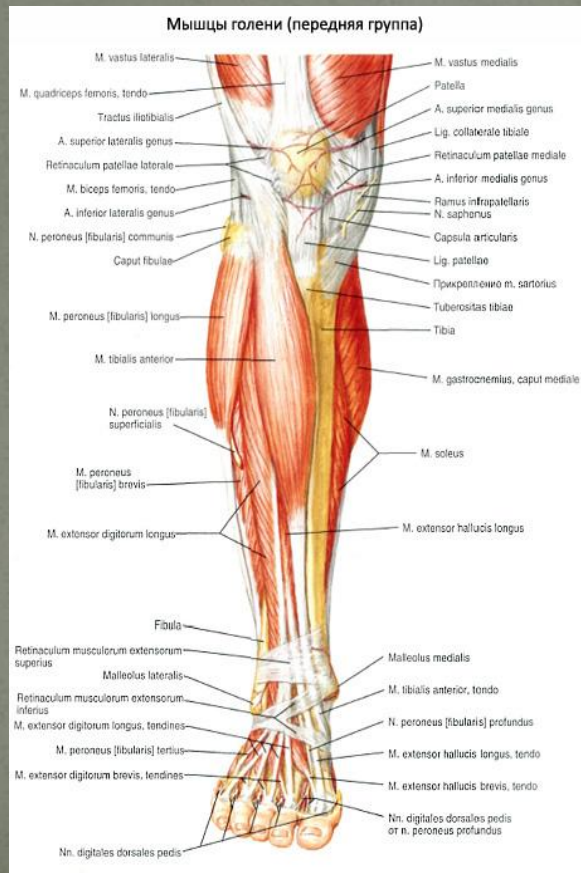
Выполнил: Садыков Р.Б

Проверил: Альходжаев С.С

Группа: ЖМ-013-012-2

Алматы 2016

Голеностопный сустав (лат. articulatio talocruralis) — сочленение костей голени со стопой - подвижное соединение большеберцовой, малоберцовой и таранной костей человека.



-
- Берцовые кости расположены параллельно и плотно связаны межкостной перегородкой. Окружающие мягкие ткани разделяются на три отдела. Первый — передний отдел — включает мышцы (передняя большеберцовая, длинный разгибатель пальцев, длинный разгибатель большого пальца), переднюю большеберцовую артерию и глубокую ветвь малоберцового нерва. Поскольку этот отдел заключен между берцовыми костями и фасцией, пространство для развития отека невелико. Второй отдел — латеральный — включает короткую и длинную малоберцовые мышцы и поверхностный малоберцовый нерв. Существует риск повреждения последнего при переломе шейки диафиза или шейки малоберцовой кости. Третий отдел — задний — состоит из мышц (камбаловидная, икроножная, задняя большеберцовая, длинный сгибатель большого пальца и длинный сгибатель пальцев), заднего большеберцового нерва и задней большеберцовой артерии.
- Повреждения вследствие отека в переднем отделе голени встречаются чаще, чем аналогичные повреждения в заднем или боковом отделе. Задний и боковые отделы также имеют достаточно ограниченное пространство, и в случае развития значительного отека здесь тоже может наблюдаться синдром сдавления.
- Существуют многочисленные классификации переломов костей голени. Вероятно, наиболее удобно классифицировать переломы большеберцовой кости как стабильные или нестабильные, что имеет значение для выбора методов лечения. Другие классификации, основанные на определении смещения и количества отломков с учетом повреждений мягких тканей, позволяют (в определенной степени) прогнозировать исход лечения.

-
- Как и при любом повреждении опорно-двигательного аппарата, симптомы и признаки перелома костей голени определяются тяжестью травмы. Боль обычно бывает интенсивной и локализованной. Часто отмечаются крепитация при смещении отломков и выраженная деформация. Деформация обычно проявляется наружной ротацией и имеет вальгусный характер. В диагностике перелома важны такие признаки, как местный отек и изменение окраски кожи, а также наличие ран. Если при переломе голени имеется какая-либо рана, нарушающая целостность кожи, то перелом следует считать открытым, хотя прямое повреждение сосудов и нервов не является частым осложнением переломов голени, обязательно проводится (и регистрируется в карте) оценка неврологического и сосудистого статуса. В карте следует отметить интактность кровоснабжающих сосудов стопы, а также иннервации голени (двигательная и сенсорная функция), особенно функции малоберцового нерва.
- При переломах голени рентгенография в переднезадней и боковой проекциях, как правило, позволяет сделать полное заключение о повреждении кости и расположении отломков. Как и в других случаях, необходима тщательная рентгенологическая оценка трабекулярного строения при небольших переломах без смещения, особенно при повреждении малоберцовой кости. Кроме того, должны быть хорошо видны поверхности как коленного, так и голеностопного сустава.
- Лечение
- Лечение переломов костей голени в отделении неотложной помощи обычно не вызывает затруднений. После завершения первичного обследования и идентификации и верификации перелома показаны закрытая репозиция, иммобилизация голени с помощью длинной лонгеты и направление пациента в специализированное отделение. Трудности при лечении таких переломов в ОНП возникают тогда, когда врач не может добиться адекватной репозиции или имеются серьезные сопутствующие повреждения мягких тканей при открытом переломе. Следует еще раз подчеркнуть, что в подобных ситуациях соответствующее лечение мягких тканей значительно важнее лечения собственно перелома. От врача требуется осторожный, но тщательный туалет мягких тканей (очищение и промывание раны), а также проведение соответствующей профилактики столбняка и назначение антибиотиков. Иммобилизация не должна препятствовать местному лечению поврежденных мягких тканей. В некоторых случаях может потребоваться неотложная репозиция отломков, сдавливающих сосуды дистальнее уровня перелома. Хотя это происходит нечасто, необходимость в такой репозиции ввиду нарушения кровообращения может возникнуть до проведения рентгенологического исследования.

Топография передней и задней области голени



- Осложнения
- Наиболее типичным осложнением перелома является повреждение мягких тканей с присоединением инфекции. Кроме того, как уже упоминалось, может наблюдаться синдром сдавления в переднем тибиальном пространстве, который возникает через 24—48 часов после травмы. Пациент должен быть осведомлен о необходимости избегать любых действий, которые могли бы ускорить развитие этого синдрома, а в случае появления любых его симптомов или признаков (сдавление сосудов и нервов) обратиться за помощью. Повреждение нервных стволов при переломах костей голени возникает нечасто, но оно может наблюдаться в случае травмы головки малоберцовой кости с вовлечением поверхностного малоберцового нерва. Повреждение сосудов также нехарактерно, но оно может иметь место при переломах верхнего отдела большеберцовой кости с повреждением передней большеберцовой артерии, проходящей через межкостную мембрану. Как и при любом повреждении опорно-двигательного аппарата, часто наблюдается отсутствие или замедление консолидации перелома, особенно в случае значительного смещения отломков или раздробления кости. Кроме того, у некоторых пациентов возможно развитие артрита.
- Переломы малоберцовой кости
- Изолированные переломы малоберцовой кости, особенно ее диафиза, встречаются редко. Более частой травмой является перелом этой кости на уровне голеностопного сустава. Однако в ряде случаев при прямой или непрямой травме возникают переломы диафиза. При этом у пациентов определяются локальный отек и болезненность в области перелома, а также боль при движении. Ввиду возможных трудностей при распознавании перелома малоберцовой кости (особенно если это перелом вследствие перенапряжения, который часто наблюдается в дистальной трети кости) необходимы рентгенограммы с четкой визуализацией костных трабекул. Как правило, вполне приемлемы снимки в прямой и боковой проекциях.
- Лечение обычно предусматривает полный покой. Иммобилизация очень часто не требуется. Однако в некоторых случаях для более удобного передвижения предпочтительно наложение короткой лонгеты или использование костылей в течение 2 недель.

Подшвенный апоневроз

Короткий сгибатель
пальцев

Мышца, отводящая
большой палец

Длинный сгибатель
большого пальца

Короткий сгибатель
большого пальца

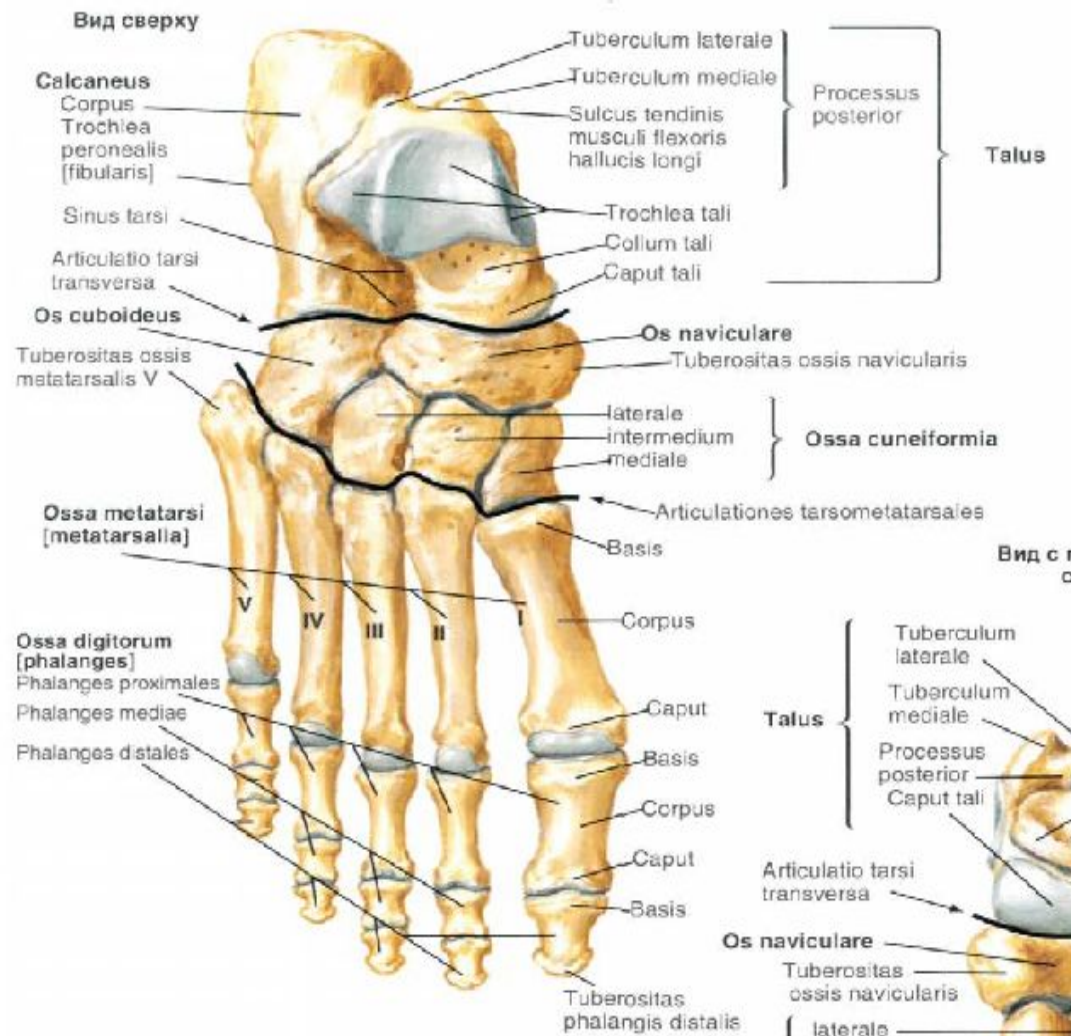
Большой палец
стопы

Малая отводящая
пальцы мышца

Короткий сгибатель
мизинца стопы

Червеобразная
мышца





Воспалительные процессы



