**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Реферат

на тему:

**«Повреждение нижних конечностей»**

**Пенза 2008**

# **План**

1. Повреждения тазобедренного сустава и бедра
2. Открытые повреждения костей и открытые повреждения суставов

Литература

**1. Повреждения тазобедренного сустава и бедра**

***Вывихи бедра*** – относительно редкое повреждение. Они происходят при внутриавтомобильных травмах, когда травмирующие силы действуют по оси согнутой в колене ноги при фиксированном туловище, при падении с высоты. Различают задние вывихи (более 90% всех вывихов), надлонные и запирательные.

При заднем вывихе нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, приведена и ротирована внутрь; при надлонном – выпрямлена, немного отведена и ротирована кнаружи, а головка прощупывается под паховой (пупартовой) связкой; при запирательном – нога согнута в тазобедренном суставе, отведена и ротирована кнаружи.

Диагноз. В отличие от переломов в области тазобедренного сустава деформации при вывихах бедра носят фиксированный характер. При попытке изменить положение ощущается пружинистое сопротивление.

Неотложная помощь. Больного укладывают на носилки на спину. Конечность иммобилизуют путем подкладывания подушек и одежды, не изменяя то положение, в котором фиксирована нога. Иммобилизация стандартными шинами обычно невозможна. Попытка насильственно выпрямить, привести или ротировать ногу может привести к перелому шейки бедра. Для обезболивания вводят 1 мл 20% раствора промедола подкожно. Не следует предпринимать попыток вправления вне стационара. Вправление вывиха возможно только под наркозом с релаксантами в условиях травматологического отделения.

Госпитализация в травматологическое отделение

***Переломы верхнего конца бедра*** встречаются преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста. Перелом происходит от незначительной травмы (падение дома с высоты роста, реже на улице). Различают медиальные переломы шейки бедра и латеральные (вертельные) переломы. У молодых пациентов после прямого удара в вертельную область (наезд автомобиля, падение с высоты) наблюдаются чрезвертельно-подвертельные переломы.

При чрезвертальных переломах отмечается сильная боль в области тазобедренного сустава, нога ротирована кнаружи, так, что наружный край стопы касается постели, быстро появляется припухлость и гематома в области большого вертела бедренной кости. Попытка приподнять ногу вызывает сильную боль в месте перелома. Укорочения конечности обычно не бывает. Поколачивание по пятке вызывает резкую боль в области тазобедренного сустава.

При медиальных переломах шейки бедра боль выражена значительно меньше, ротация кнаружи не столь значительная. Самостоятельно поднять прямую ногу больной не может (положительный симптом «прилипшей пятки»), но с посторонней помощью ногу можно поднять почти без боли. Поколачивание по пятке вызывает умеренную боль в области тазобедренного сустава.

При вколоченных медиальных переломах шейки бедра боль в тазобедренном суставе выражена незначительно. Больные нередко ходят с частичной опорой на поврежденную ногу. Резкое усиление боли наступает при вторичном смещении отломков. Это бывает чаще всего от небольшой повторной травмы («споткнулся», «неловко сел»). Усиление боли вынуждает больных обратиться за медицинской помощью.

Чрезвертельные и подвертельные переломы у молодых пациентов характеризуются выраженной болью в области тазобедренного сустава в покое и при попытке пассивных движений, нога ротирована кнаружи, укорочена, отмечается крепитация отломков. В области тазобедренного сустава и верхней трети бедра появляется быстро нарастающая отечность вследствие гематомы (имбибиция гематомой кожи появляется на 2–3-й день). На коже – нередко ссадины.

Диагноз. Пожилой возраст больных, механизм травмы и перечисленные выше симптомы позволяют поставить диагноз перелома шейки бедра с высокой достоверностью Сложнее определить вколоченный перелом шейки бедра. Нередко ставят диагноз артрита, артроза тазобедренного сустава, ишиаса, обострения радикулита и т.д. Однако наличие в анамнезе падения, болей при нагрузке по оси ноги, более при осторожных ротационных движениях заставляют заподозрить перелом. Рентгенологическое исследование в стационаре уточняет диагноз.

Нередко медиальные переломы шейки бедра отмечаются у лиц с гемипарезами вследствие перенесенного инсульта. В этом случае основным симптомом перелома шейки бедра является локальная боль в тазобедренном суставе, усиливающаяся при поколачивании по пятке и при движениях в тазобедренном суставе. Клинический диагноз подтверждают рентгенологическими исследованиями в стационаре.

Дифференцировать переломы шейки бедра необходимо с обострением деформирующего артроза тазобедренного сустава, для которого характерны длительный анамнез заболевания, отсутствие травмы, свободное поднимание вытянутой ноги, стойкая контрактура в тазобедренном суставе. При ишиасе – боль стреляющего характера, локализующаяся по задней поверхности бедра, имеется характерная неврологическая симптоматика.

Наличия паховой или бедренной грыжи на стороне повреждения, особенно при старческом маразме пострадавшего, может направить мышление врача по неправильному пути. В этих случаях иногда ставят диагноз ущемленной грыжи. Однако тщательный осмотр конечности (наружная ротация, боль при движениях) позволяет диагностировать перелом шейки бедра.

Неотложная помощь. Производят шинирование перелома шиной Дитерихса, вводят обезболивающее средство (2 мл 50% раствора анальгина). У пожилых пациентов травма бедра может вызывать обострение сопутствующих возрастных заболеваний, поэтому может потребоваться помощь для купирования приступа стенокардии, бронхиальной астмы и т.д. Помощь при чрезвертельно-подвертельных переломах оказывают так же, как при переломах диафиза бедра.

Госпитализация в травматологическое отделение

***Перелом диафиза бедра*** происходит в результате приложения большой силы, чаще всего вследствие автомобильной травмы (наезд на пешехода), падения с высоты, у грузных людей – в результате резкого поворота туловища при фиксированной голени. Большинство переломов сопровождается смещением отломков. Перелом бедра может осложниться шоком.

Бедро укорочено, деформировано, ротировано кнаружи; определяется ненормальная подвижность, боль, крепитация отломков.

Диагноз нетруден. При низких переломах бедра необходимо проверить пульсацию на тыле стопы и у медиальной лодыжки. Неотложная помощь. Вводят обезболивающие средства (2 мл 50% анальгина). Перелом необходимо правильно шинировать. Для этого пользуются стандартной деревянной шиной типа Детерихса, лестничными шинами, надувными шинами. Шину Дитерихса накладывают вдвоем с помощником. Помощник приподнимает сломанную ногу, положив руку под коленный сустав и нижнюю треть голени. Обувь можно не снимать. У мужчин шину накладывают поверх брюк, у женщин обкладывают ватой область коленного и голеностопного суставов, снимают туфли на высоких каблуках, затем пробинтовывают подстопник. По внутренней и наружной стороне бедра укладывают внутренний и наружный костыль, которые соединяют с подстопником. Костыли раздвигают таким образом, чтобы внутренний упирался в пах, а наружный – в подмышечную впадину. Создают умеренное вытяжение конечности. Не нужно добиваться выравнивания длины конечностей, так как это несет дополнительную травму пострадавшему. Костыли соединяют между собой ремнями, подложив под них вату.

Надувную шину разворачивают, помощник производит вытяжение ноги за стопу и слегка ее приподнимает, а врач протягивает полотнище шины под ногой до ягодицы. Шину застегивают на молнию и надувают. После шинирования переносят пострадавшего на носилки. При отсутствии стандартных транспортных шин используют приспособленные из досок, труб и т.п. Можно также прибинтовать поврежденную ногу к здоровой. Между коленями и лодыжками прокладывают мягкий материал (вата, мягкая одежда и т.д.). Помощник соединяет обе ноги и приподнимает их. Связывает бинтами или косынки обе ноги вместе, а области лодыжек и коленных суставов. Затем связывают в области бедер так, чтобы одна косынка была выше перелома, а другая ниже. Все узлы должны быть спереди на стороне неповрежденной конечности.

При наличии шока проводят противошоковую терапию. Производят инъекцию 2% раствора промедола (1 мл), сердечнососудистых средств (кордиамин – 2 мл).

Госпитализация. Транспортировка в положении лежа на носилках; госпитализация в реанимационное (при наличие шока) или травматологическое отделение.

**2. Открытые переломы костей и открытые повреждения суставов**

***Открытые переломы костей*** – это переломы, при которых имеется рана в зоне перелома и область перелома сообщается с внешней средой. Они могут представлять опасность для жизни пострадавшего вследствие частого развития травматического шока, кровопотери, возможности инфицирования с формированием тяжелой флегмоны конечности (в том числе анаэробной) и сепсиса. Механизм травмы у большинства пострадавших прямой (наезд трамвая, поезда, автомобильная авария, попадание в движущиеся механизмы на производстве). Реже ранение мягких тканей и кожи происходит изнутри острым костным отломком.

Раны в области перелома могут быть различных размеров – от точечной до обширных размозжений мягких тканей с обширной отслойкой кожи и клетчатки. Все признаки перелома (боль, ненормальная подвижность, крепитация отломков) обычно выражены достаточно ярко. В ране можно видеть костные отломки. Кровотечение из раны чаще всего носит венозный характер. Открытые переломы крупных костей могут сопровождаться травматическим шоком.

Диагноз. Необходимо, прежде всего, определить общее состояние пострадавшего, состояние гемодинамики (пульс, АД) и дыхания (число дыханий) с целью диагностики травматического шока. Диагноз самого перелома обычно нетруден. Необходимо проверить пульс и чувствительность периферических отделов конечностей.

Неотложная помощь. Предупреждение тяжелых осложнений открытых переломов: кровотечения, шока, инфекции, повреждении магистральных сосудов и нервов. На рану в области перелома накладывают стерильную повязку. Это лучше делать, уложив конечность на заднюю транспортную шину типа ЦИТО или на лестничную шину, что позволяет поднять конечность для бинтования. Ни в коем случае нельзя пальцами вправлять костные отломки в рану. Необходимость в применении жгута возникает редко, для гемостаза обычно бывает достаточно тугой давящей повязки.

Если у пострадавшего имеются клинические признаки шока, проводят комплексную терапию шока.

Госпитализация в реанимационное или травматологическое отделении. Транспортировка лежа на спине на носилках.

***Открытые повреждения суставов***. Характерно наличие раны, проникающей в сустав, вследствие чего полость сустава сообщается с внешней средой. Причинами открытых повреждений суставов могут быть различного рода проникающие ранения мягких тканей (колотые, резаные, ушибленно-рваные и т.д.), а также повреждения кожных покровов, связок и суставной капсулы, сочетающиеся с переломом костей, составляющих сустав. Второй вид открытых травм суставов наиболее опасен и возникает при тяжелых транспортных травмах, падении с высоты, при огнестрельных ранениях.

В проекции сустава имеется рана, из которой выделяется синовиальная жидкость, окрашенная кровью, с каплями жира (костный мозг). При переломах костей, составляющих сустав, определяется соответствующая симптоматика.

Диагноз при наличии зияющей раны и обнажения суставных концов ясен уже при осмотре раны. При колотых ранах суставов пострадавшие обычно обращаются за помощью поздно, когда развивается гнойный артрит, сопровождающийся высокой температурой. В суставе формируется болевая контрактура в положении сгибания.

Неотложная помощь. Производят туалет раны, накладывают стерильную повязку и транспортную шину. При наличии шока и кровопотери – противошоковая терапия.

Госпитализация в травматологическое отделение, при позднем обращении и развитии гнойного артрита в гнойное хирургическое отделение.

Помощь при переломах костей верхних и нижних конечностей в случае задержки госпитализации. Пострадавшего укладывают на постель с немного приподнятым изголовьем. Осторожно раздевают, снимая одежду сначала со здоровой конечности, а затем с больной. Если шины наложены поверх одежды, то их снимают, обкладывают суставы ватой и производят повторное шинирование. Пострадавшего удобно укладывают, подложив под локоть или ногу подушки. Необходимо постоянно следить за периферическими отделами конечности и при первых признаках сдавления (усиление боли в области перелома, отек кисти или стопы, цианоз пальцев стоп и кистей) ослабить бинты, которыми шина прикреплена к конечности. Больному дают внутрь анальгин по 0,5 г 3 раза в день, на ночь делают инъекцию 1 мл 2% раствора промедола с 1 мл 1% раствора димедрола внутримышечно.

При открытых переломах и ранениях суставов внутримышечно вводят большие дозы антибиотиков (пенициллин по 1000000 ЕД 6 раз в сутки, или ампициллин по 500000 ЕД 6 раз в сутки, или канамицин по 500 000 Ед 4 раза в сутки), проводят пассивно-активную иммунопрофилактику столбняка. Производят перевязки ран в области переломов. Иммобилизующую шину во время перевязки снимать нельзя. Шину прибинтовывают к конечности по ее неповрежденной стороне. Повязку на ране фиксируют отдельным бинтом. Если в раме видны костные отломки, их нужно закрыть стерильной салфеткой, пропитанной стерильным вазелином или подсолнечным маслом.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год