**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Зав. кафедрой д.м.н., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реферат

на тему:

**«Повреждения позвоночника, таза, лопатки и ключицы»**

Выполнила: студентка V курса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проверил: к.м.н., доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пенза - 2008**

**План**

1. Повреждения позвоночника

1.1 Повреждения шейных позвонков

1.2 Повреждения грудных и поясничных позвонков

2. Повреждения таза и мочевой системы

2.1 Переломы костей таза

2.2 Забрюшинные кровоизлияния

2.3 Разрывы почки

2.4 Разрывы мочевого пузыря

2.5 Разрыв мочеиспускательного канала

3. Повреждения лопатки и ключицы

3.1 Переломы лопатки

3.2 Вывихи ключицы

3.3 Переломы ключицы

Литература

**1. ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА**

**1.1 Повреждения шейных позвонков**

Возникают при резком сгибании или переразгибании шеи. Наблюдаются при падении на голову, у ныряльщиков, при автомобильных травмах, особенно в тех случаях, когда сиденья в автомашине не оборудованы подголовниками. У части пострадавших осложняются повреждения спинного мозга различной степени сложности.

Характерна резкая боль в области шеи. Пострадавший нередко придерживает голову руками. При необходимости посмотреть в сторону поворачивается всем туловищем. Пальпаторно определяется выстояние остистого отростка поврежденного позвонка, резкая боль при надавливании. При переломах и вывихах шейных позвонков может быть поврежден спинной мозг. При полном перерыве его наступает паралич верхних и нижних конечностей с отсутствием рефлексов, всех видов чувствительности, острая задержка мочи. Паралич вначале вялый только через 2-3 суток переходит в спастический. При частичном повреждении спинного мозга пострадавший может ощущать онемение, покалывание и слабость в одной или обеих руках.

Диагноз. Дифференцировать переломы и вывихи шейных позвонков без рентгеновского исследования практически невозможно. Характерный механизм травмы, резкие боли в области шеи, "щадящая", поза пострадавшего, пальпаторное определение болезненной точки в области пораженного позвонка позволяет поставить диагноз бесспорным. Во всех случаях подозрения на перелом или вывих шейных позвонков нужно также провести минимальное неврологическое обследование: проверить силу мышц верхних конечностей, попросив пострадавшего пожать руки обследующему, проверить наличие движения в ногах, тактильную и болевую чувствительность на кистях и стопах, выяснить возможность самостоятельного мочеиспускания.

Дифференциальный диагноз проводят с острым миозитом шейных мышц, острым шейным радикулитом. При этом травма незначительная или отсутствует совсем, отмечается разлитая болезненность в области мышц шеи, нагрузка на голову обычно безболезненна, в анамнезе - фактор простуды.

Неотложная помощь. Нельзя переводить больного в сидячее и вертикальное положение, пытаться наклонить или переразогнуть голову. Больного осторожно перекладывают на носилки на спину, голову помещают на плотный валик, сделанный из одежды, или резиновый круг. Сложное шинирование шеи, которое предлагалось ранее, в случаях острой травмы осуществить невозможно и польза от него сомнительна. При наличии специальных самоотвердевающих носилок фиксируют голову и шею пострадавшего. Высокие повреждения спинного мозга могут привести к быстрому распространению отека на продолговатый мозг с остановкой дыхания. В этих случаях необходимо искусственное дыхание через маску (интубация противопоказана), при наличии спинального шока - переливание кровезаменителей, сердечные средства.

Сочетание утопления и травмы шейных позвонков наблюдается у ныряльщиков. Классические приемы оживления непригодны. Пострадавшего укладывают на спину, освобождают полость рта от тины и ила, отсасывают шприцем из полости рта и трахеи воду, начинают искусственное дыхание маской.

Госпитализация в травматологическое, нейрохирургическое (при повреждении спинного мозга) или реанимационное отделение.

**1.2 Повреждения грудных и поясничных позвонков**

Наблюдаются при падении на спину, реже при прямом ударе (наезд поезда, автомашины), падения с высоты, автомобильных авариях, резком сгибании туловища.

Боль в области сломанного позвонка, особенно при надавливании на остистый отросток, нагрузке по оси позвоночника при давлении на голову, выстояние кзади остистого отростка сломанного позвонка (пуговчатый кифоз). У худых субъектов можно видеть напряжение мышц спины и поясницы (симптом вожжей).

Диагноз устанавливают на основании характерного механизма травмы и локальных болевых симптомов, уточнение его возможно после рентгенологического исследования. При повреждении нескольких позвонков могут развиться травматический шок, возникнуть обширная забрюшинная гематома.

Дифференциальный диагноз проводят с переломами поперечных отростков поясничных позвонков, острым, грудным и поясничным радикулитом, вывихом межпозвонкового диска. При переломах поперечных отростков позвонков отмечается боль в паравертебральных точках латеральнее на 5-8 см от средней линии; надавливание на остистый отросток безболезненно. Остистый поясничный или грудной радикулит, вывих диска возникает после подъема тяжести. Пуговчатого кифоза нет, имеется разлитая болезненность поясничной области, пальпация паравертебральных точек болезненна. Боль иррадиирует в ягодицу и по задней поверхности ноги, носит "стреляющий", "жгучий" характер. При выпадении межпозвонкового диска могут наблюдаться периферические парезы ног, нарушение чувствительности.

Неотложная помощь и госпитализация. Осмотр больного и транспортировку осуществляют с максимальной осторожностью. Больным, находящимся в состоянии возбуждения вследствие опьянения или черепномозговой травмы, нельзя разрешаться садиться, вставать, резко поворачивать туловище.

При подозрении на перелом позвоночника передвигать или поворачивать пострадавшего можно только одним приемом; нельзя поворачивать больного только за туловище или конечности; голова и шея должны оставаться строго во фронтальной плоскости во время поворота или перекладывания. Это особенно важно для пострадавших, находящихся в бессознательном состоянии, которые получили травму при падении с высоты. Для того чтобы переложить пострадавшего, нужно не менее 3 человек: один располагается на уровне головы и шеи, второй - туловища, третий - ног. Подложив руки, поворачивают пострадавшего на спину по команде ("повернули"), после укладывания на спину связывают руки на груди за запястья, а ноги - в области коленных суставов и лодыжек. У головы пострадавшего устанавливают носилки, на которые на уровне поясницы кладут валик из полотенца или одежды. Приподнимают больного по команде ("подняли"), обращая внимание на то, чтобы не было прогиба в области спины. Четвертый помощник продвигает носилки под пострадавшего, которого опускают на них по команде ("положили").

При наличии шока проводят противошоковую терапию вводят наркотические анальгетики (омнопон, промедол).

Госпитализация в травматологическое отделение, при множественной травме и шоке - в реанимационное отделение.

Помощь при задержке госпитализации. Если перелом позвоночника не сопровождается повреждением мозга, пострадавшего укладывают на спину на кровать. Под матрац предварительно помещают деревянный щит. Под поясничную область подкладывают валик в виде мешочка с песком. Под головой должна быть плоская подушка. В дальнейшем осуществляют общий уход за пострадавшим, дают обезболивающие препараты внутрь (анальгин по 0,5 г 3 раза в день).

**2. ПОВРЕЖДЕНИЯ ТАЗА И МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ**

**2.1 Переломы костей таза**

Наблюдаются при сдавливании таза во фронтальной или сагиттальной плоскости, падении с большой высоты. Изолированные переломы лонной или седалищной кости протекают обычно относительно благоприятно. Множественные переломы костей таза, разрывы лонного и крестцово-подвздошного сочленений являются тяжелыми травмами, сопровождающимися массивной внутренней кровопотерей в забрюшинное пространство и тазовую клетчатку. При них развивается картина тяжелого травматического шока, нередко имеется повреждение уретры и мочевого пузыря.

Пострадавший жалуется на боль в области крестца и промежности. Надавливание на лонное сочленение и гребни подвздошных костей болезненно. В области промежности может определяться гематома, но чаще она появляется в более поздние сроки. На стороне повреждения – положительный симптом "прилипшей пятки" (больной не может поднять прямую ногу, а, сгибая ее в коленном суставе, волочит стопу по постели).

Диагноз устанавливают на основании изложенных выше признаков. При тяжелом шоке, бессознательном состоянии диагноз перелома костей таза бесспорен в следующих случаях: а) наличие дефекта в области лона при разрыве симфиза, определяемого при пальпации; б) явное смещение кверху какой-либо половины таза; в) явно видимая деформация костей таза кнутри или кнаружи; г) укорочение бедра с "исчезновением" большого вертела. В остальных случаях диагноз ставят предположительно с учетом механизма травмы, наличия гематомы, ссадин, ран в области таза, признаков повреждения мочевого пузыря или уретры. Дифференцировать переломы костей таза без смещения следует от переломов шейки бедра, чрезвертельных переломов бедра, наружных вывихов бедра.

Неотложная помощь и госпитализация. Пострадавшего укладывают на носилки на спину с валиком под коленями. Колени разводят в стороны (положение "лягушка"). Дают обезболивающие средства (анальгин, амидопирин). Наркотические анальгетики вводят с осторожностью, исключив повреждения органов живота.

При наличии шока - противошоковые мероприятия. Больного транспортируют в положении лежа на спине с валиком под коленями. Шинирование не требуется. При задержке госпитализации производит внутритазовую новокаиновую блокаду. Госпитализация в травматологическое, реанимационное (при наличии шока) отделение.

**2.2 Забрюшинные кровоизлияния**

Забрюшинные кровоизлияния вследствие разрыва сосудов поясничной области, сосудов почек могут быть различных размеров - от незначительных местных гематом до обширных кровоизлияний, распространяющихся за брюшиной вниз и вперед до-надлобковой области.

Обычно имеется болевой синдром. При наличии гематомы отмечается выбухание поясничной области; раздражение заднего листка брюшины может вызвать вздутие и напряжение передней брюшной стенки.

**2.3 Разрывы почки**

В результате прямого удара в поясницу или при переломах нижних ребер может возникнуть повреждение почки - от небольшой трещины до полного разрыва органа, иногда возникают отрывы сосудов, лоханки или мочеточника.

Всегда боль в области почки, положительный синдром Пастернацкого, почти всегда гематурия разной интенсивности (от кровянистой окраски мочи до тотальной гематурии).

**2.4 Разрывы мочевого пузыря**

При переломах костей таза обычно возникают внебрюшинные разрывы мочевого пузыря, а при ударе по животу - внутрибрюшинные.

При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря мочеиспускание резко болезненно и поэтому ограниченно вплоть до задержки мочеиспускания. Жалобы на боль в лонной области и в паху. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочевой пузырь над лобком не определяется ни пальпаторно, ни перкуссией. Получение при катетеризации мочевого пузыря незначительного количества кровянистой мочи, выделяющейся под низким давлением, при переломе переднего отдела тазового кольца свидетельствует о повреждении мочевого пузыря. Затек рентгеноконтрастного вещества при рентгенографии подтверждает предполагаемый внебрюшинный разрыв. Для уточнения диагноза может быть использована цистоскопия.

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря сопровождается болью внизу живота, признаками раздражения брюшины, отсутствием мочи в мочевом пузыре при катетеризации сразу после травмы, а в позднем периоде при катетеризации выделяется большое количество жидкости - смеси мочи и брюшинного экссудата. При цистографии контрастная жидкость распространяется между петель кишечника в виде лучей. Цистоскопия часто не удается из-за невозможности наполнить мочевой пузырь.

**2.5 Разрыв мочеиспускательного канала**

Разрыв мочеиспускательного канала наблюдается практически только у мужчин, у женщин - крайне редко.

Основными признаками являются уретроррагия, резкая боль в промежности при попытке к мочеиспусканию, частичная или полг ная задержка мочи и припухлость в области промежности через несколько часов после травмы (урогематома). Полная задержка мочи бывает при полных разрывах мочеиспускательного канала. Иногда у наружного отверстия его появляется капля крови: немного крови может показаться после легкого надавливания на промежность по ходу мочеиспускательного канала. Катетеризация во внебольничных условиях не рекомендуется. При неполном разрыве иногда удается ввести катетер в мочевой пузырь, причем первая порция кровянистой мочи сменяется чистой мочой, и мочевой пузырь полностью опорожняется. Более точным методом диагностики является уретрография: затек контрастного вещества за пределы уретры свидетельствует о ее разрыве.

Неотложная помощь. При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря и задержке с госпитализацией ввести постоянный катетер; вводить анальгетики и антибиотики. Если у больного с разрывом мочеиспускательного канала имеется резко выраженное переполнение мочевого пузыря мочой, то ему производят чрескожную надлобковую пункцию мочевого пузыря.

Госпитализация на носилках. Больные с разрывом мочевого пузыря и мочеиспускательного канала подлежат экстренной госпитализации в урологическое отделение. В зависимости от срока с момента травмы, сопутствующих повреждений пострадавшему выполняют первичный шов уретры с дренированием мочевого пузыря и промежностей урогематомы. При поздней госпитализации (свыше 6 часов и после травмы) ограничиваются чрескожной пункционной эпицистостомией и дренированием промежностной урогематомы.

**3. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОПАТКИ И КЛЮЧИЦЫ**

**3.1 Переломы лопатки**

Чаще всего возникают вследствие прямого удара и нередко сочетаются с множественными переломами ребер. По клиническим признакам установить диагноз можно только предположительно на основании наличия гематомы, болезненности и припухлости в области тела лопатки, резкой боли и ограничения движений в плечевом суставе, особенно при попытке поднять руку. Диагноз уточняют при рентгенологическом исследовании в стационаре.

Неотложная помощь. Изолированный перелом лопатки относится к амбулаторным травмам, и лечение проводят в травматологическом пункте. В качестве первой помощи достаточно подвесить руку на косынке, ввести обезболивающие средства.

При задержке госпитализации или если предстоит длительная транспортировка в подмышечную впадину вкладывают валик из ваты и больную руку прибинтовывают к туловищу повязкой Дезо.

**3.2 Вывихи ключицы**

Механизм травмы непрямой - падение на вытянутую руку, на плечевой сустав. Нередко возникают у борцов, акробатов, гимнастов. 90% вывихов наблюдается в акромиально-ключичном сочленении, реже в грудинно-ключичном.

Отмечается выстояние акромиального конца ключицы кверху, грудинного - кпереди, реже кзади, положительный симптом "клавиша": при надавливании на конец ключицы она встает на место, при прекращении давления вновь приподнимается кверху. Все эти манипуляции и движения рукой в плечевом суставе вызывают значительную болезненность.

При частичном вывихе выстояние ключицы небольшое. При опускании плеча путем потягивания за руку выстояние ключицы не увеличивается, как при полном вывихе, а остается прежним. Ключица вместе с плечом перемещается книзу.

Диагноз нетруден и может быть установлен после осмотра.

Неотложная помощь. Больных с полным вывихом необходимо госпитализировать, с частичным - можно лечить на травматологическом пункте. Первая помощь заключается в подвешивании руки на косынке, введении обезболивающих средств (50% раствор анальгина - 2 мл внутримышечно).

Госпитализация в травматологическое отделение.

**3.3 Переломы ключицы**

Возникают при падении на вытянутую руку, плечевой сустав. В редких случаях происходит повреждение плечевого сплетения.

Для переломов со смещением характерна деформация ключицы, ненормальная подвижность, припухлость, крепитация отломков. Центральный отломок выстоит несколько кпереди и кверху, периферический опускается книзу. У детей часто встречаются переломы по типу "зеленой ветки" и поднадкостичные, при которых нет смещения отломков. Определяется только небольшая локальная припухлость и болезненность в месте перелома, ребенок щадит руку, прижимая ее к туловищу здоровой ручкой.

Диагноз нетруден, так как налицо все характерные признаки перелома.

Неотложная помощь. Иммобилизация заключается в подвешивании руки на косынку или прибинтовывании ее к туловищу. После обезболивания места перелома возможна репозиция отломков, иммобилизация восьмиобразной повязкой или кольцами Дельбе.

Госпитализация в травматологическое отделение. Транспортировка в положении сидя.

**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, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год