**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

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

Реферат

на тему:

**«Повреждения верхних конечностей»**

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

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

**Пенза - 2008**

**План**

1. Повреждение плечевого сустава и плеча

1.1 Вывихи плеча

1.2 Переломы верхнего конца плечевой кости

1.3 Повреждения мягких тканей в области плечевого сустава и плеча

1.4 Переломы диафиза плеча

2. Повреждение локтевого сустава и костей предплечья

2.1 Вывихи предплечья

2.2 Переломы костей составляющих локтевой сустав

2.3 Перелом диафиза костей предплечья

3. Повреждение кистевого (лучезапястного) сустава и кисти

3.1 Переломы и эпифизеолиз дистального метаэпифиза лучевой кости

3.2 Ранение кисти с повреждением крупных сосудов, сухожилий и нервов

3.3 Повреждения сухожилий сгибателей

3.4 Кольцевой отрыв кожи пальца

3.5 Сдавление кожи пальца кольцом

3.6 Инородные тела кисти

Литература

**1. ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА И ПЛЕЧА**

**1.1 Вывихи плеча**

Наблюдаются при падении на вытянутую и отведенную кзади руку.

Рука находится в положении отведения в сторону. Попытка опустить руку вызывает резкую боль. Поврежденное плечо удлинено по сравнению со здоровым. На месте головки плеча определяется западение, головка пальпируется в подмышечной впадине или (редко) спереди под клювовидным отростом.

Привычный вывих плеча наблюдается у лиц, ранее имевших травматический вывих. Возникает от небольшой травмы, иногда по нескольку раз в день. Внешние признаки травмы (боль, отек, кровоизлияние) обычно отсутствуют. Многие больные вправляют вывих самостоятельно.

Лица преклонного возраста иногда не обращаются за медицинской помощью в ближайшем периоде после травмы. Появляющаяся через 6-8 дней имбибиция гематомой кожи клетчатки в области предплечья и локтевого сустава вызывает у них беспокойство и является поводом для обращения за помощью. К этому времени невправленный свежий вывих плеча превращается в застарелый. Закрытое вправление в таких случаях нередко не удается, требуется оперативное вмешательство.

Диагноз легко устанавливают на основе характерных симптомов. Вывих плеча необходимо дифференцировать от перелома шейки плеча, при котором нет удлинения плеча, рука приведена к туловищу и отведение вызывает резкую боль. При осмотре пострадавшего необходимо проверить пульсацию на лучевой артерии и функцию тыльного разгибания кисти, так как в некоторых случаях при вывихе плеча наблюдаются повреждения подкрыльцовой артерии и плечевого сплетения.

Неотложная помощь. Обычно больные сами находят такое положение, при котором уменьшается боль в плечевом суставе. Они поднимают и поддерживают руку здоровой рукой. Не нужно пытаться насильственно опустить руку. При необходимости иммобилизации в подмышечную впадину вкладывают большой ватно-марлевый валик и руку прибинтовывают к туловищу. Кисть и предплечье подвешивают на косынку. Входят обезболивающие средства (50% раствор анальгина - 2 мл). Вправление вывиха в амбулаторных условиях лучше не производить, за исключением привычного вывиха, который вправляют часто сами пострадавшие. При задержке госпитализации необходимо вывих вправить после анестезии. За 20-30 минут до вправления подкожно вводят 1% раствор морфина - 1 мл и 0,1% раствор атропина - 0,5 мл. В полость плечевого сустава длинной иглой инъецируют 30 мл 1% раствора новокаина. Через 10 минут по достижении хорошей анестезии вправляют вывих. Нельзя производить никаких насильственных действий, помня, что основное условие вправления - хорошее расслабление мышц пострадавшего.

Вправление вывиха плеча по Кохеру выполняют следующим образом. Пострадавшего укладывают на спину, на кушетку, производят анестезию плечевого сустава. Правой рукой охватывают локтевой сустав правой руки больного (при правостороннем вывихе), а левой рукой - лечезапястный сустав и постепенно сильно натягивают плечо. Также постепенно поворачивают плечо кнаружи таким образом, что предплечье больного оказывается во фронтальной плоскости. Локоть выводят кпереди. Не меняя положения локтя, ротируют плечо внутрь и руку кладут на левое (здоровое) плечо. Вправление может произойти в любой момент нередко со "щелчком". Плечо принимает обычную форму, движения становятся свободными и безболезненными. После вправления накладывают повязку Дезо.

Госпитализация при неудаче вправления вывиха показана в травматологическое отделение.

**1.2 Переломы верхнего конца плечевой кости**

Чаще всего наблюдаются переломы хирургической шейки плеча, отрывы большого бугра, реже - переломы анатомической шейки. Большинство пострадавших - лица пожилого возраста; механизм травмы - падение на локоть, на область плечевого сустава.

Пострадавшие отмечают резкую боль в области плечевого сустава.

Руку, согнутую в локте и прижатую к туловищу, поддерживают здоровой рукой. Плечевой сустав увеличен в объеме, там же определяется резкая болезненность при пальпации и осторожных движениях. Редко можно почувствовать крепитацию отломков. При позднем обращении (через сутки и более) в области локтевого сустава и предплечья может появиться имбибиция кожи гематомой.

Диагноз устанавливают с учетом механизма травмы, возраста больных и характерных признаков. Дифференцировать следует от вывихов плеча, ушибов и надрывов надкостной мышцы (увеличение объема плечевого сустава не выражено, резкая боль появляется в определенный момент при отведении руки в сторону или кзади). Иногда сходную клиническую картину с отрывом большого бугра может иметь отрыв длинной го ловки двуглавой мышцы плеча. Болезненность в этом случае будет локализована ниже бугра, отмечается утолщение двуглавой мышцы плеча, особенно при сгибании руки в локтевом суставе.

Неотложная помощь. Руку подвешивают на косынку, при сильных болях - фиксируют к туловищу повязкой Дезо. Вводят для обезболивания 2 мл 50% раствора анальгина. У пациентов пожилого возраста вследствие сильных болей, травматического шока может наступить обострение хронических возрастных заболеваний (стенокардия и др.), поэтому нужно принять для купирования приступа, вплоть до применения наркотических анальгетиков.

Госпитализация в травматологическое отделение.

**1.3 Повреждения мягких тканей в области плечевого сустава и плеча**

Нередко встречаются в быту и возникают вследствие падения и прямого удара в области плечевого сустава, подъема больших тяжестей. К их числу относятся ушибы плечевого сустава, растяжение и разрыв связок плечевого сустава, разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча.

При ушибах плечевого сустава травма возникает вследствие прямого удара. Имеются гематомы и ссадины; отведение плеча в сторону болезненно. Растяжение и разрыв связок возникает чаще всего от непрямой травмы (падение на локоть, на вытянутую и отведенную кзади руку). Внешних проявлений травмы нет, отмечается болезненность при пальпации головки плеча и при отведении руки в сторону. Часто в первые дни после травмы боль незначительная или умеренная, но резко усиливается после повторной небольшой травмы сустава, при неловком повороте руки, надевании одежды и т.д. Отведение руки в сторону значительно ограничено и сопровождается болью. Нередко травма связок принимает хроническое течение и переходит в плече-лопаточный париартрит.

Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы происходит при подъеме больших тяжестей. Больные чувствуют "треск" в области плечевого сусгава, сила сгибания в локтевом суставе значительно уменьшается, изменяется форма двуглавой мышцы. Через 3-4 дня появляется небольшая гематома в верхней трети плеча по наружнопередней поверхности.

Диагноз устанавливают с учетом механизма травмы и характерных признаков, описанных выше.

Неотложная помощь. Производят иммобилизацию руки на косынке.

Госпитализация показана при разрывах сухожилий двуглавой мышцы в травматологическое отделение.

**1.4 Переломы диафиза плеча**

Переломы диафиза плеча возникают как вследствие непрямой травмы (падение на локоть, резкое выкручивание плеча), так и при прямом ударе по плечу. При переломах в средней трети может быть поврежден лучевой нерв.

Имеются все классические признаки перелома: укорочение и деформация плеча, ненормальная подвижность на месте перелома, крепитация (хруст) отломков. При повреждении лучевого нерва кисть свисает в ладонную сторону, активное тыльное разгибание кисти и отведение большого пальца невозможны.

Диагноз нетруден и может быть установлен уже при осмотре. Необходимо проверить пульсацию на лучевой артерии и функцию кисти. Несмотря на травму лучевого нерва, расстройства чувствительности на кисти могут быть не выражены, так как в состав лучевого нерва входят в основном двигательные волокна.

Неотложная помощь. Необходимо произвести иммобилизацию перелома транспортными шинами ЦИТО, надувными или лестничными шинами. Шину накладывают от здоровой лопатки до основания пальцев. Руку сгибают под прямым углом в локтевом суставе. Для обезболивания вводят 2 мл 50% раствора анальгина или 1 мл 2% раствора морфина.

Госпитализация в травматологическое отделение.

**2. ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА И КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ**

**2.1 Вывихи предплечья**

Чаще всего наблюдаются задние вывихи, реже - передние и боковые. Вывихи могут сочетаться с переломами костей, составляющих локтевой сустав. Механизм травмы: падение на кисть руки, попадания в станок, автомобильные травмы.

При заднем вывихе предплечье укорочено и имеется характерная штыкообразная деформация локтевого сустава за счет выстояния локтевого отростка. Пострадавшие жалуются на сильную боль, движения в суставе резко ограничены и болезненны. При попытке разгибания в суставе определяется пружинистое сопротивление.

При переднем вывихе предплечья удлинено в сравнении со здоровой конечностью, в области локтевого отростка определяется западение, функция ограничена меньше, чем при заднем вывихе. При боковых вывихах предплечье смещено кнутри или кнаружи. При передних и боковых нередко имеется повреждение локтевого или срединного нерва с выпадением чувствительности на кисти.

Диагноз устанавливают с учетом механизма травмы, характерного внешнего вида локтевого сустава.

Неотложная помощь. Шинирование локтевого сустава. Длина шины - от верхней трети плеча до основания пальцев. Рука согнута в локтевом суставе. Введение обезболивающих средств.

Госпитализация в травматологическое отделение.

При задержке госпитализации вывих должен быть вправлен. Вправление заднего вывиха производят после местной анестезии. Длинную иглу вводят между локтевым отростком и плечом до упора в кость и появлении в шприце крови. Затем инъекцируют 20 мл 1% раствора новокаина. Через 10 минут приступают к вправлению. Помощник фиксирует плечо. Врач сгибает руку под углом 100 и делает тракцию за пальцы кисти. Тракцию (вытяжение) следует производить равномерно, без рывков. Через несколько минут предплечье вправляют с характерным "щелчком". Восстанавливаются свободные движения в локтевом суставе. Руку подвешивают на косынку (в условиях стационара накладывают гипсовую лонгету). При переднем вывихе руку сгибают под острым углом в локтевом суставе, отводят от туловища и производят тракцию за верхнюю треть предплечья по направлению длинной оси плеча. Через несколько минут по достижении хорошего расслабления мышц помощник смещает плечо кпереди. Вывих вправляется. Аналогичным образом вправляют боковые вывихи.

У детей младшего возраста могут наблюдаться подвывихи головки лучевой кости. Механизм травмы: взрослый резко дергает за кисть ребенка, которого он ведет за руку. Ребенок плачет и жалуется на боль в области локтя. Рука согнута в локтевом суставе, предплечье пронировано. Отека и гематомы, как правило, не бывает. Подвывих можно вправить. Руку осторожно сгибают в локтевом суставе и производят тракцию за предплечье. Через некоторое время предплечье переводят в положение супинации. В это время можно услышать характерный "щелчок". Боль проходит, ребенок начинает свободно двигать рукой в локтевом суставе.

**2.2 Переломы костей, составляющих локтевой сустав**

Из всех костей, составляющих локтевой сустав, по клиническим признакам можно диагностировать с достаточной достоверностью только перелом локтевого отростка. Переломы других конечностей (мыщелков плеча, головки лучевой кости, венечного отростка) диагностируют предположительно. Окончательный диагноз уточняют при рентгенографии. Травма локтевого сустава - одна из самых частых в детском возрасте.

Ткани, окружающие локтевой сустав, очень хорошо васкуляризованы. Поэтому травма сустава всегда сопровождается гематомой, быстро развивающимся травматическим отеком. При переломе локтевого отростка со смещением отломков путем пальпации можно определить щель между отломками. При переломах мыщелков плеча попытка пассивных движений в локтевом суставе вызывает крепитацию отломков.

Неотложная помощь. Производят шинирование локтевого сустава, вводят обезболивающие - 2 мл 50% раствора анальгина. При сильных болях вводят наркотические анальгетики. Применяют холод для уменьшения отека.

Госпитализация в травматологическое отделение.

При задержке госпитализации - пункция гематомы с соблюдением принципов строгой асептики и введение 20 мл 1% раствора новокаина.

**2.3 Перелом диафиза костей предплечья**

Может произойти перелом как обеих костей, так и одной (локтевой или лучевой). Перелом наступает вследствие прямого удара по предплечью, затягивания предплечья и кисти в движущиеся части станков, при автомобильной аварии. Перелом одной кости предплечья может сопровождаться вывихом другой.

При переломах обеих костей отмечаются деформация предплечья, патологическая подвижность, боль, крепитация отломков. При переломах одной кости деформация выражена меньше, пальпаторно можно определить место наибольшей болезненности, смещение отломков.

Диагноз установить нетрудно на основании вышеперечисленных симптомов. При тяжелых травмах необходимо проверить положение головок лучевой и локтевой костей. При вывихе их можно легко прощупать под кожей.

Неотложная помощь. Предплечье иммобилизуют лестничной или деревянной шиной, накладывая ее от нижней трети плеча до основания пальцев кисти. Руку сгибают в локтевом суставе под прямым углом. Вводят обезболивающее (50% раствор анальгина - 2 мл). При необходимости вводят наркотические анальгетики.

Госпитализация в травматологическое отделение.

**3. ПОВРЕЖДЕНИЕ КИСТЕВОГО (ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО) СУСТАВА И КИСТИ**

**3.1 Переломы и эпифизеолиз дистального метаэпифиза лучевой кости**

У женщин эта травма происходит чаще, чем у мужчин. У детей нередко наблюдаются переломы по линии ростковой зоны (эпифизеолизы). Дистальный отломок смещается к тылу, в результате чего образуется штыкообразная деформация. Механизм травмы - падение на кисть руки.

Сильная боль в месте перелома, при смещении отломков - деформация кистевого сустава. Объем сустава увеличен за счет излияния крови. Движения резко ограничены и болезненны.

Диагноз. Характерный механизм травмы, резкая боль и отек в области матаэпифиза лучевой кости позволяют заподозрить перелом лучевой кости. При наличии штыкообразной деформации кистевого сустава диагноз перелома не вызывает сомнений.

Лечение. Доврачебная и врачебная помощь. Необходимо шинировать перелом, наложив шину от основания пальцев до верхней трети предплечья. При сильных болях вводят 2 мл 50% раствора анальгина.

**3.2 Ранения кисти с повреждением крупных сосудов**, **сухожилий и нервов**

Ранения кисти с повреждением крупных сосудов, сухожилий и нервов возникают в результате бытовых и производственных травм. Нередко причиной обильного кровотечения является неумело наложенный импровизированный жгут, который сдавливает вены, поэтому необходимо разобраться в причинах кровотечений. Снимают импровизированные жгуты, прижимают лучевую артерию к нижней трети лучевой кости, чтобы уменьшить кровоснабжение кисти. Осторожно осматривают рану, выясняя наличие в ней концов сухожилий, сосудов, нервов.

Неотложная помощь. На рану накладывают стерильную повязку, плотный валик из ваты и туго бинтуют. Необходимость в накладывании жгута на нижнюю треть предплечья возникает редко. Аналогичным образом поступают при травматических отрывах пальцев кисти.

Госпитализация. Больных направляют в специализированное отделение травмы кисти или микрохирургии (при ампутациях).

Переломы пястных костей и фаланг пальцев кисти возникает чаще в результате непосредственного удара.

Наблюдается деформация (при переломах со смещением), припухлость, острая боль, крепитация отломков, подногтевая гематома при переломах ногтевых фаланг.

Неотложная помощь. Переломы фаланг пальцев шинируют шпателем, прибинтовывая его с ладонной стороны. При переломах нескольких костей шину накладывают с ладонной стороны от концов пальцев до середины предплечья.

Госпитализация. Больных направляют при открытых и множественных повреждениях - в специализированные травматологические отделения кисти, при закрытых изолированных - в травматологические пункты.

**3.3 Повреждения сухожилий сгибателей**

В подавляющем большинстве случаев их причинами являются ранения острыми предметами.

Если были повреждены оба сухожилия, то не сгибаются средняя и ногтевая фаланги пальца; если только глубокое, то не сгибаются ногтевая фаланга. Чтобы проверить это, палец выпрямляют, фиксируют среднюю фалангу и предлагают пострадавшему согнуть ногтевую фалангу.

Неотложная помощь и госпитализация. Больного с повреждением сухожилия сгибателя, наложив ему асептическую повязку, направляют в специализированное отделение травмы кисти для оперативного лечения.

Повреждения сухожилий разгибателя. Характерно отсутствие активного разгибания поврежденного пальца. В ране часто видны концы сухожилия, так как в отличие от сгибателей разгибателя не расходятся далеко.

Неотложная помощь. Необходимо наложить асептическую повязку и направить больного на травматологический пункт, так как операцию сшивания сухожилия разгибателем можно производить в амбулаторных условиях.

**3.4 Кольцевой отрыв кожи пальца**

Кольцевой отрыв кожи пальца происходит в том случае, если пострадавший падает, зацепившись за что-нибудь кольцом, надетым на палец. Образуется круговой дефект кожи от основания до конца пальца с обнажением сухожилий.

Неотложная помощь и госпитализация. На рану накладывают асептическую повязку, смоченную раствором фурацилина, и направляют больного в травматологическое отделение для кожной пластики.

**3.5 Сдавление пальца кольцом**

При различных травмах пальцев развивается отек. Если вовремя не снято кольцо, то оно врезается в мягкие ткани пальца и перестает сниматься. При нарастании отека может наступить некроз пальца. Следует помнить, что при любых травмах верхних конечностей все кольца, браслеты должны быть обязательно сняты возможно раньше. Если кольцо надето очень плотно, прибегают к снятию при помощи нити. Берут толстую прочную шелковую нить N 8-10 длиной 40-50 см. Пропускают конец нити под кольцо с дистальной стороны (это можно сделать тонкой хирургической иглой) и захватывают этот конец левой рукой. Затем другим концом нити обматывают палец сразу от края кольца в один слой до конца средней фаланги как можно плотнее. Левой рукой начинают разматывающие движения, и кольцо, скользя по нити, снимается.

**3.6 Инородные тела кисти**

Чаще всего это швейные иглы, реже - стружка, стекла. Попадают в кисть в результате неосторожности. Пострадавшие часто напуганы вследствие бытующего мнения, что "игла дойдет до сердца". Для удаления иглы пострадавшего направляют в травматологическое отделение, располагающее рентгенотелевизионной установкой, так как мелкие отломки иглы, внедренные в мышцы, удалить без помощи рентгенологического контроля не всегда удается.

**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