

ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ

Выполнил: Сурин В.А.

ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

1) Репозиция:

- одномоментная или длительная;
- открытая или закрытая.

2) Иммобилизация (гипсовые повязки(если нет смещения), вытяжение, АВФ)

3) Остеосинтез.



ИММОБИЛИЗАЦИЯ

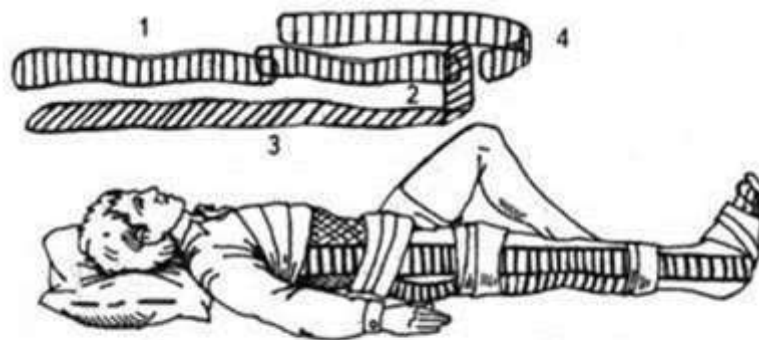
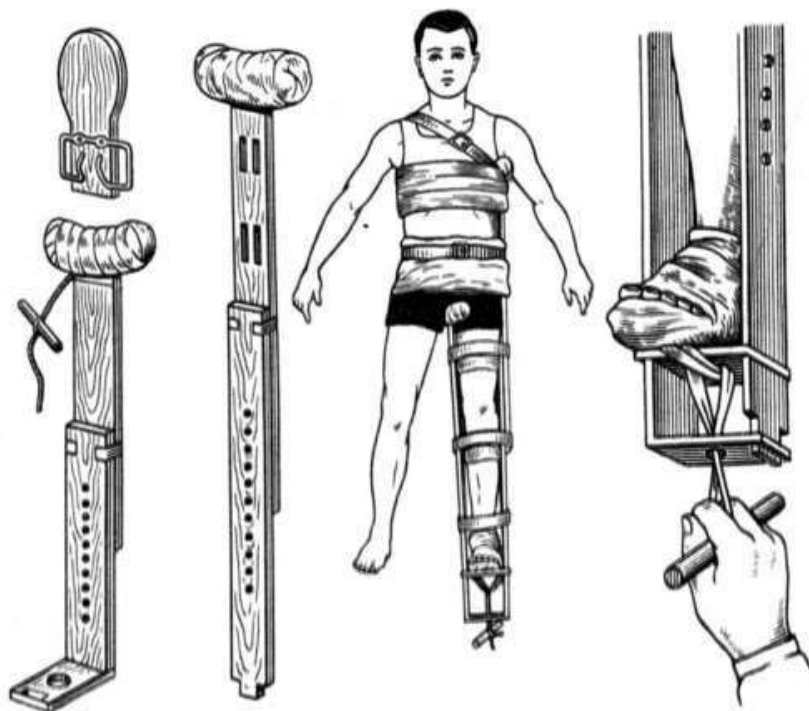
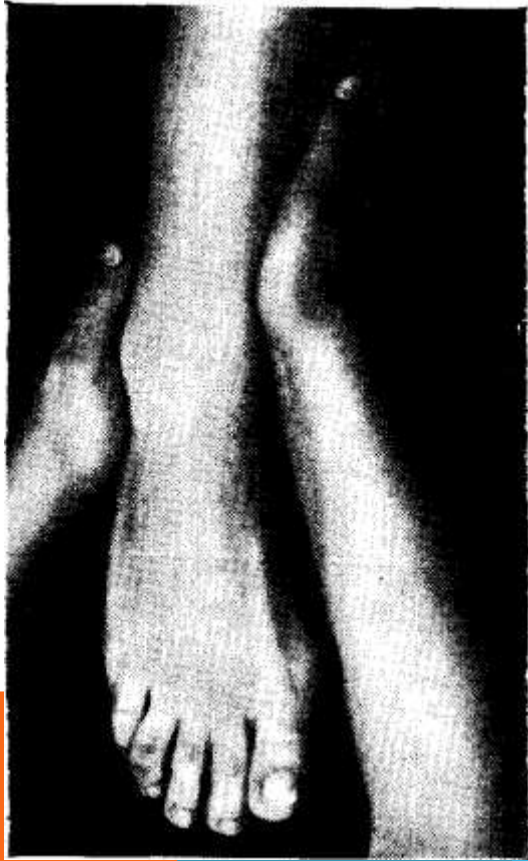


Рис. 42 . Шины Крамера для иммобилизации пострадавшего с переломом бедра



РЕПОЗИЦИЯ





ВЫТЯЖЕНИЕ НА ПРИМЕРЕ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРА

При переломах диафиза бедра спицу проводят через бугристость большеберцовой кости.

Величина груза для создания вытяжения определяется степенью смещения отломков, развитием мышц, массой тела больного.

Ориентировочный груз при переломе бедренной кости составляет 15% от массы тела (или $1/7$) - 6-12 кг.

Одномоментно устанавливают максимальный груз. Сопоставление отломков достигают в первые 5 дней, затем груз уменьшают.

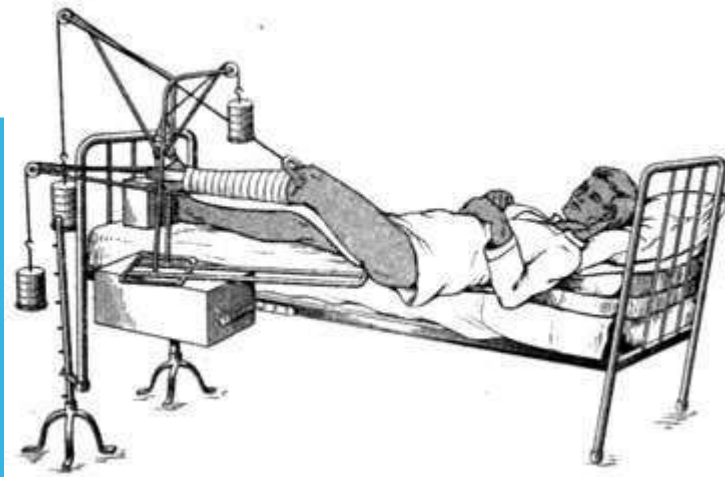
По окончании вытяжения груз снимают, скобу и спицу удаляют. Для этого кожу и спицу тщательно обрабатывают раствором йода 5%, перекусывают спицу у каждой раны и выдергивают за противоположный конец.

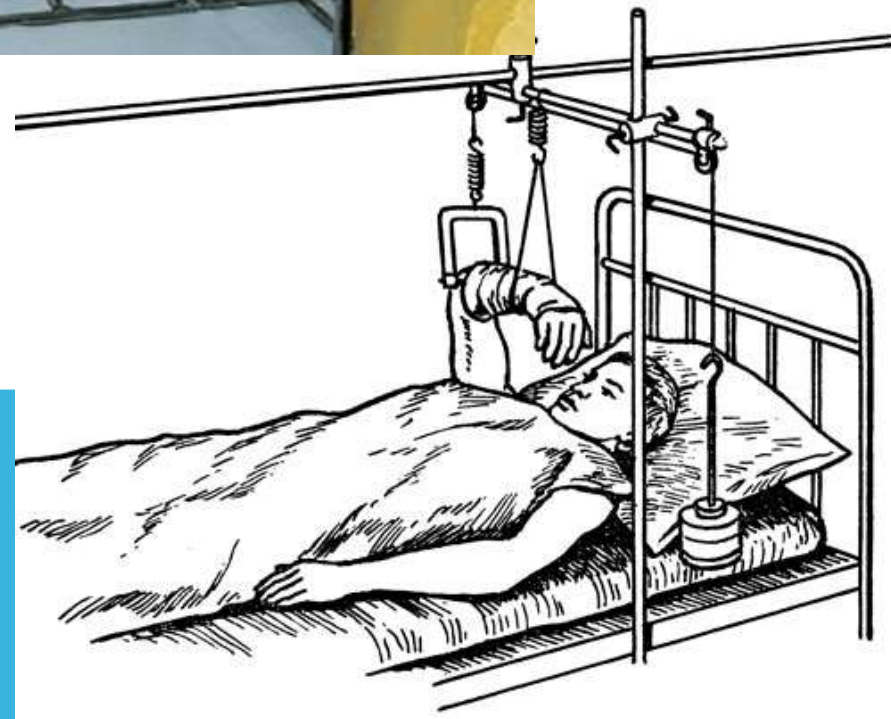
ВЫТЯЖЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА БЕДРА

При переломе диафиза на разных уровнях конечности на СВ нужно придавать разные положения:

- *Перелом в верхней трети:* конечность в положении отведения.
- *Перелом в средней трети:* конечность расположена прямо, без отведения.
- *Перелом в нижней трети:* нога согнута в колене под прямым углом, под колено подкладывают валик. Вытяжение осуществляется за мыщелки.

Сроки консервативного лечения зависят от тяжести перелома, особенностей организма, скорости образования костной мозоли. В среднем, сроки составляют 6-8 недель. В некоторых случаях могут удлиниться до 10 недель.





ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ

- «Минусы» данного метода:

1. возможность гнойного инфицирования;
2. большая длительность (от 4-6 недель в среднем);
3. ограниченное применение у детей и у пожилых.

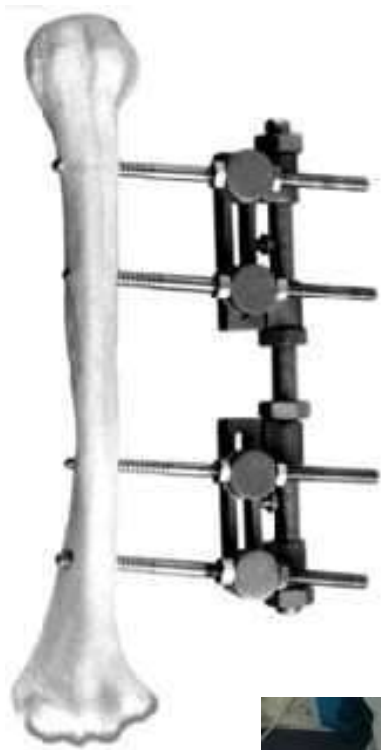
- «Плюсы» данного метода:

1. возможность постоянного визуального контроля за поврежденной конечностью;
2. отсутствие вторичного смещения отломков;
3. малоинвазивность вмешательства;
3. функциональность метода;
4. уменьшение сроков реабилитации.

АВФ

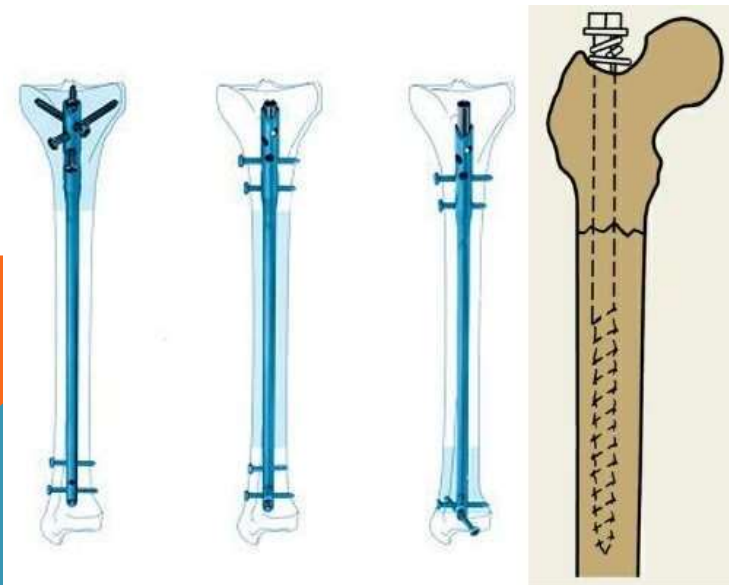
Остеосинтез аппаратом внешней фиксации не вызывает существенных нарушений кровоснабжения кости, обеспечивает стабильную фиксацию перелома. Внешний фиксатор применяется для стабилизации открытых переломов, закрытых переломах с тяжелым повреждением мягких тканей, при сочетанных травмах.



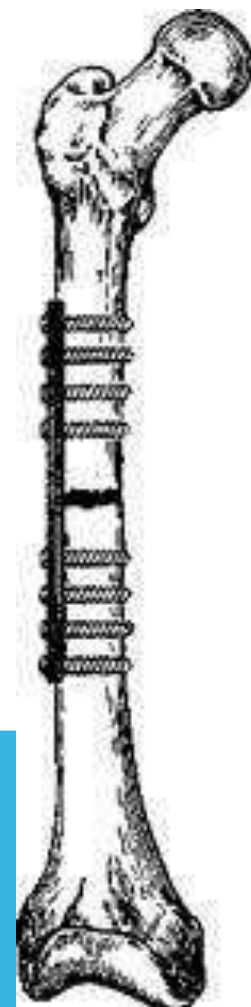


ОСТЕОСИНТЕЗ

- Внеочаговый (АВФ);
- экстрамедуллярный;
- интрамедуллярный;
- комбинированный.



ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ



ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ



КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

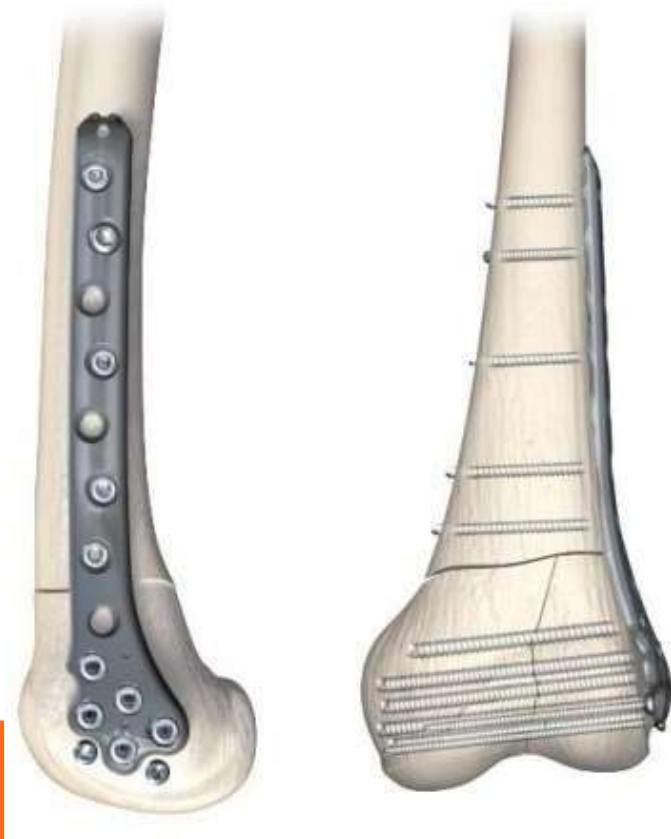
Пациентка: Матяш Д.Д. 18 лет

Диагноз: Закрытый поперечно-зубчатый перелом с//З правой бедренной кости со смещением.

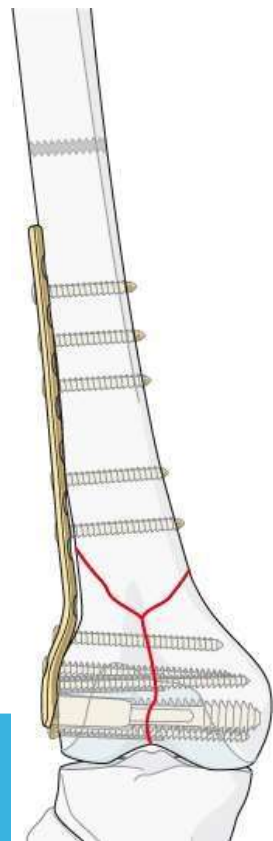
Операция: закрытая репозиция, остеосинтез с/З правого бедра блокированным стержнем «zimmer»



ЭКСТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ



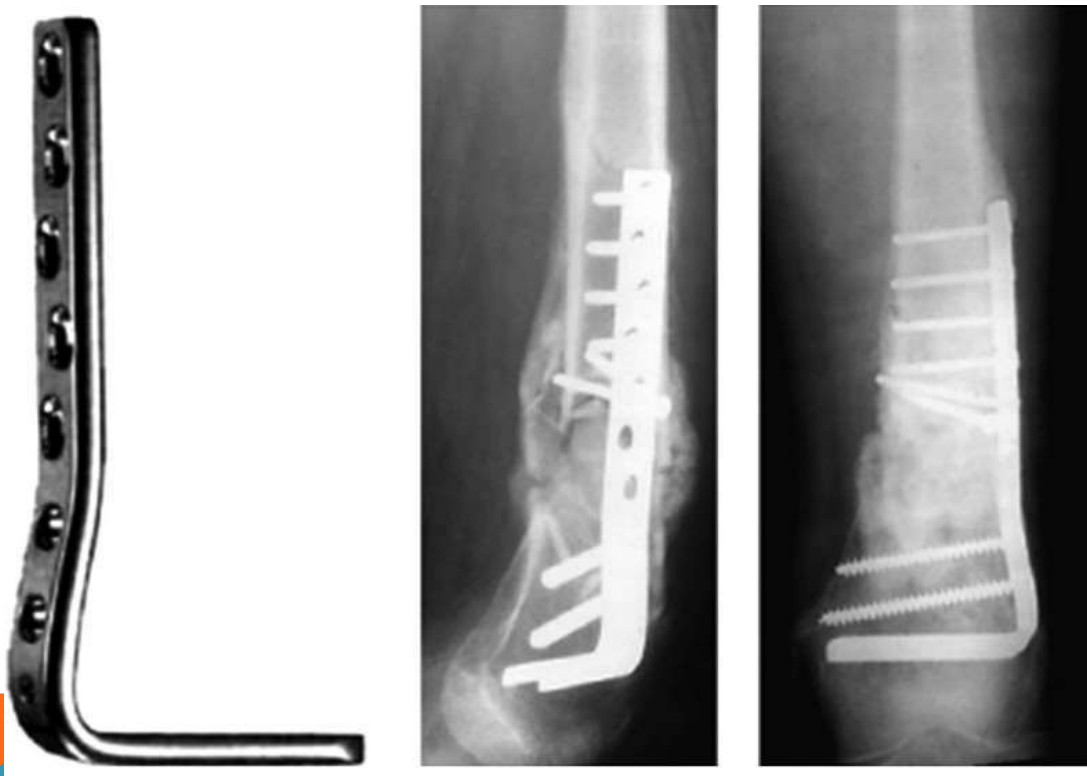
Остеосинтез перелома
дистального отдела бедренной
кости пластиной PERI-LOC.



Остеосинтез перелома
дистального отдела
бедренной кости
пластиной и винтами типа
DCS (динамический
мышцелковый винт).
Динамический винт (на
схеме он самый толстый)
стягивает между собой
мышцелки бедренной кости
при их переломе.



ЭКСТРАМЕДУЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ



Внешний вид клинковой пластины и рентгенограммы надмыщелкового перелома бедренной кости, фиксированного клинковой пластиной и винтами.

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ



Рентгенограммы надмыщелкового перелома бедренной кости (слева), фиксированные штифтом Expert RFN фирмы Synthes.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

