

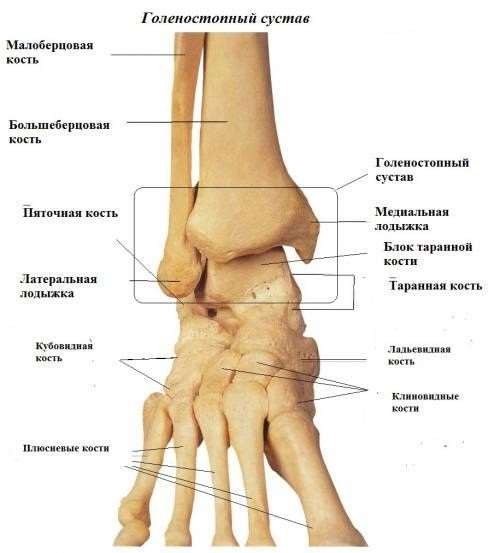
* **Лодыжка** – одна из частей голеностопного сустава, представляет собой дистальную

(нижнюю) выступающую часть голени.

* **Особенности голеностопного сустава:**
* соединение в суставе по типу шарнира
* блоковидный сустав (движение сустава в одной плоскости: изгиб назад и сгибание подошвы, вращение стопы,

радиус этих движений до 65 градусов)

* возможны небольшие боковые движения в суставе только во время сгибания подошвы
* стабильный сустав (эта особенность позволяет выдерживать большой вестела)
* взаимодействует с другими суставами: подтаранный и таранно-пяточно-ладьевидный
* **Функции голеностопного сустава:**
* обеспечение работы стопы
* опора для тела человека
* ходьба, бег, спускание по лестнице
* амортизатор тела при ходьбе
* повороты тела вокруг своей оси, не отрывая стопы от земли





# Суставные поверхности голеностопного сустава

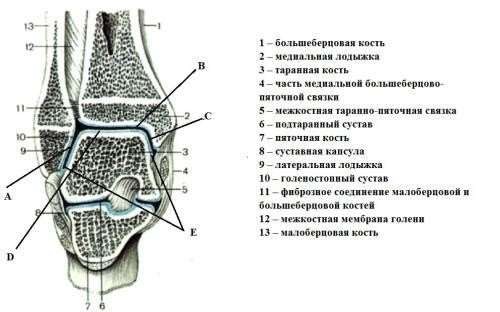
* **внутренняя поверхность латеральной лодыжки**, соединяется с латеральной лодыжковой

поверхностью таранной кости;

* **нижний конец большеберцовой кости** (свод голеностопного сустава);
* **внутренняя поверхность медиальной лодыжки**, движения осуществляются относительно

медиальной лодыжковой поверхности таранной кости;

* **блок таранной кости,** соединяется с дистальными концами малоберцовой и большеберцовой костей;
* **латеральная и медиальная лодыжковые поверхности таранной кости.**





# Группы связок суставной капсулы голеностопа: Медиальная дельтовидная группа:

* + большеберцово-ладьевидная связка
  + передняя и задняя большеберцово-таранные связки
  + большеберцово-пяточная часть

# Латеральная группа связок:

* + передняя таранно-малоберцовая связка
  + пяточно-малоберцовая связка
  + задняя таранно-малоберцовая связка

**Передние и задние связки** представляют собой утолщения капсулы

голеностопа.





* **1) Пронационный перелом** происходит при подворачивании стопы наружу.

# Компоненты пронационного перелома:

* + перелом латеральной лодыжки, может сочетаться с растяжением или разрывом латеральной

группы связок

* + перелом медиальной лодыжки, возможно сочетание с переломом нижних отделов

малоберцовой кости

* + разрыв межберцового соединения
  + перелом Дюпюитрена (перелом латеральной лодыжки, нижней части малоберцовой кости,

разрыв межберцового соединения)

* + вывих или подвывих стопы наружу

При наличии всех компонентов пронационный перлом считается **завершенным**.



1. **Супинационный перелом** происходит при подворачивании стопы вовнутрь.

# Компоненты супинационного перелома:

* + отрыв латеральной лодыжки
  + перелом медиальной лодыжки
  + перелом дистальной части большеберцовой кости
  + подвывих или вывих стопы внутрь

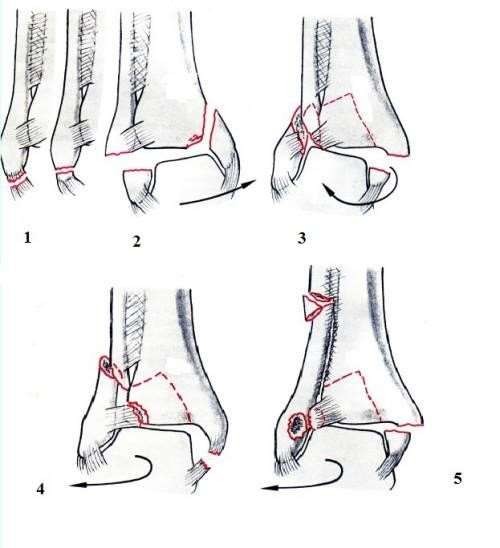


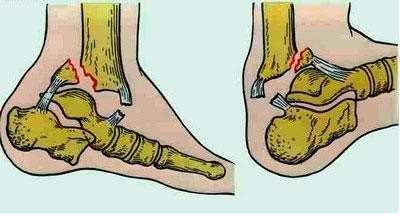
1. **Ротационный перелом** происходит при повороте голени вокруг оси при

фиксированном положении стопы.

# Компоненты ротационного перелома:

* + вывих или подвывих стопы вперед или назад
  + ротационный перелом малоберцовой кости
  + оскольчатый перелом большеберцовой кости
  + разрыв межберцового соединения
  + перелом или отрыв медиальной и/или латеральной лодыжек





Перелом Потта-Десто – травма края большеберцовой кости, сопровождающаяся вывихом стопы. Различают два типа перелома Потта-Десто

* Перелом заднего края большеберцовой кости с вывихом стопы назад.
* Перелом переднего края большеберцовой кости с подвывихом стопы вперед.







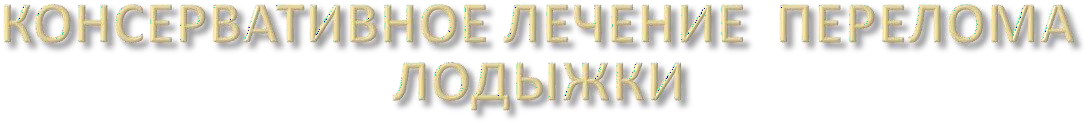
* **Линия перелома кости:** косая, продольная и спиралевидная. Может определяться на одной или нескольких костях, в зависимости от сложности перелома.
* **Расширение щели голеностопного сустава** появляется при разрыве связок. В зависимости от группы поврежденных связок, расширение щели отмечается в соответственной части.
* **Деформация щели голеностопного сустава в виде клина** выявляется при

подвывихе стопы.

* **Наличие смещения отломков кости** на рентгенограммах определяется в виде

разнообразных комбинаций плоскостей кости.

# Утолщение мягких тканей в области перелома

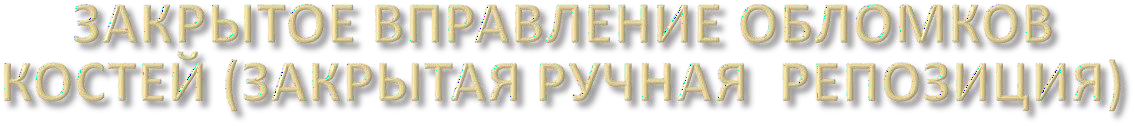


**Показания к консервативному лечению:**

* закрытый перелом лодыжек без смещения,
* небольшое повреждение связок голеностопного сустава,
* возможно консервативное лечение при переломе лодыжки со смещением:

🢝 смещение обломков при условии максимально эффективного одномоментного вправления их врачом травматологом,

🢝 невозможность проведения оперативного вмешательства и/или противопоказания к общей анестезии (отказ больного, старческий возраст, сопутствующие заболевания – тяжелый сахарный диабет, некоторые заболевания сердца, центральной нервной системы и прочее).



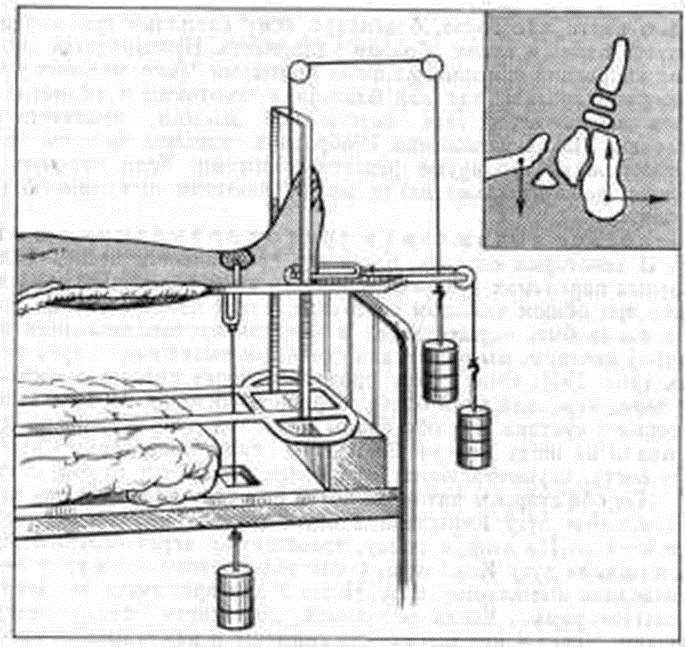
Проводится под местной или, реже, под общей анестезией. Вправление должно проводиться только специально обученным врачом. Больному необходимо согнуть ногу в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом. Помощник руками фиксирует бедро. Травматолог одной рукой захватывает голеностоп спереди или пятку (в зависимости от вида вывиха), а другой голень снизу, сзади и по бокам (противотяга), стопа при этом должна быть в положении сгибания. Руками врач поворачивает стопу до нормального положения голеностопного сустава и когда он ощущает, что кости вправлены, фиксирует руку на стопе, придерживая ее в положении сгибания или

разгибания (зависит от вида вывиха). Помощник накладывает гипс.



В некоторых случаях, например при большом отеке, ссадинах, застарелых переломах лодыжек и заднего края большеберцовой кости, а также при общем тяжелом

состоянии, когда одномоментная репозиция не могла быть осуществлена и имелись противопоказания к оперативному лечению, мы применяли скелетное вытяжение в трех направлениях (рис. 198). Одну спицу проводили через пяточную кость, другую – через передний край большеберцовой кости на 2-3 см выше голеностопного сустава. На обе спицы надевали дуги Киршнера и ногу укладывали на шину Белера. За первую спицу, проведенную через пяточную кость, осуществлялось вытяжение вдоль оси голени с грузом 6-7 кг. По обе стороны пяточной кости на спицу надевали два крючка или небольшую дугу Киршнера и осуществляли вытяжение кверху с грузом 3-4 кг. На вторую спицу, проведенную через большеберцовую кость, надевали дугу Киршнера, к которой подвешивался груз 3-4 кг, и производили вытяжение книзу. Через 2 дня производилась контрольная рентгенограмма. Когда репозиция достигнута, груз постепенно уменьшают. Через 4 нед вытяжение снимают и накладывают гипсовую повязку на 2 мес.

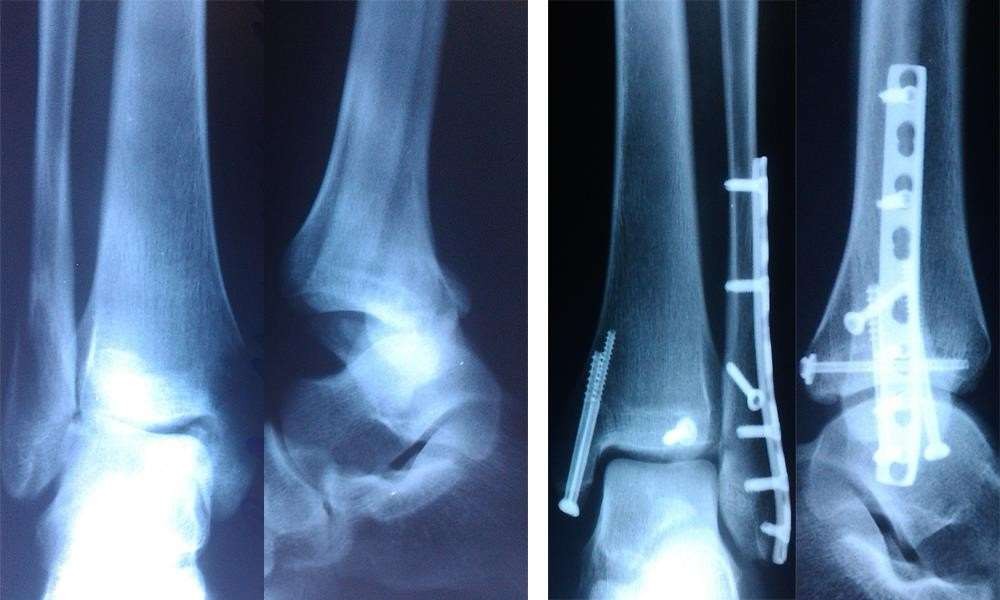




**Показания к оперативному лечению:**

* открытые переломы лодыжки,
* при неэффективном ручном вправлении или невозможности провести репозицию из- за сложности перелома (смещение в двух и более структурах, интерпозиция обломков – полное откалывание осколка кости, обломки легко смещаются),
* застарелые переломы (позднее обращение, когда кости начали сращиваться неправильно),
* перелом нижнего заднего отдела большеберцовой и малоберцовой костей более чем на треть поверхности со смещением в комбинации с переломами лодыжек. Такие переломы заживают очень долго и возможны неправильные сращения, формирование артроза голеностопного сустава,
* перелом обеих лодыжек,
* разрыв межберцового соединения и сложные разрывы связок голеностопного сустава.









* Первые три недели после хирургического лечения вставать на ногу абсолютно

противопоказано, и только через 3-4 недели возможно передвижение

пациента на костылях. Гипсовая повязка после операции необходима в течение

2-3 месяцев. После снятия лангеты временно накладывают эластичный бинт в

область голеностопного сустава.

* Полную нагрузку на ногу (передвижение без костылей) можно дать через 3-4

месяца.

Полное восстановление функции голеностопного сустава наступает через

период от 3 месяцев до 2-х лет.

