

Тема: Переломы диафиза длинных трубчатых костей на примере костей голени

Выполнила: ординатор кафедры кафедры
травматологии, ортопедии и нейрохирургии
с курсом ПО Трусова Алина Александровна

Красноярск 2017



anatomus.ru

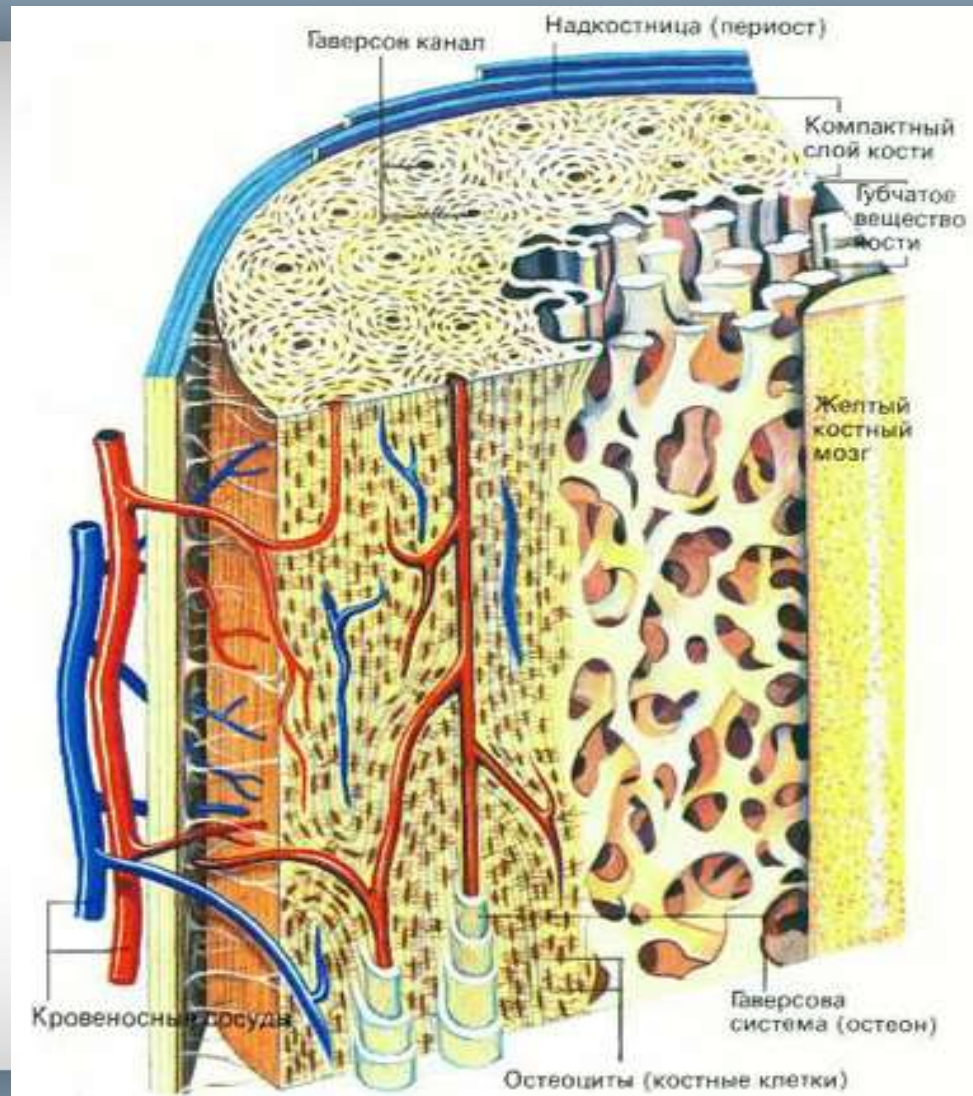
Диафизарные переломы костей голени. Доля этих переломов в структуре травм опорно-двигательной системы составляет до 14%.

Механизм переломов костей голени может быть прямым (удар по голени, что приводит к возникновению "бамперные" переломов), или косвенным - ротационный момент при фиксированной стопе.



Три источника кровоснабжения диафизов трубчатых костей

1. Сосуды, проникающие через надкостницу.
2. Сосуды, идущие по Гаверсовым каналам.
3. Артерии nutriticia, проникающие в костно-мозговой канал, спускающиеся вниз, но дающие коллатерали и вверх



При переломе типа «трещины» страдают сосуды Гаверсовых каналов и незначительно надкостницы.

При полном переломе со смещением отломков полностью страдают сосуды проникающие из надкостницы в результате её перенапряжения и отслойки почти на всем протяжении диафиза, сосуды Гаверсовых каналов. Кровоснабжение концов отломков осуществляется только за счет нисходящих (верхнего отломка) и восходящих сосудов костно-мозгового канала.

При оскольчатых и многооскольчатых переломах кровоснабжение осколков полностью нарушено и резко страдает концов отломков.



- КОД ПОМКБ-10

S82.2. Перелом тела [диафиза] большеберцовой кости.

S82.4. Перелом только малоберцовой кости.

- КЛАССИФИКАЦИЯ

- Различают переломы

- Верхней,

- Средней,

- Нижней трети.

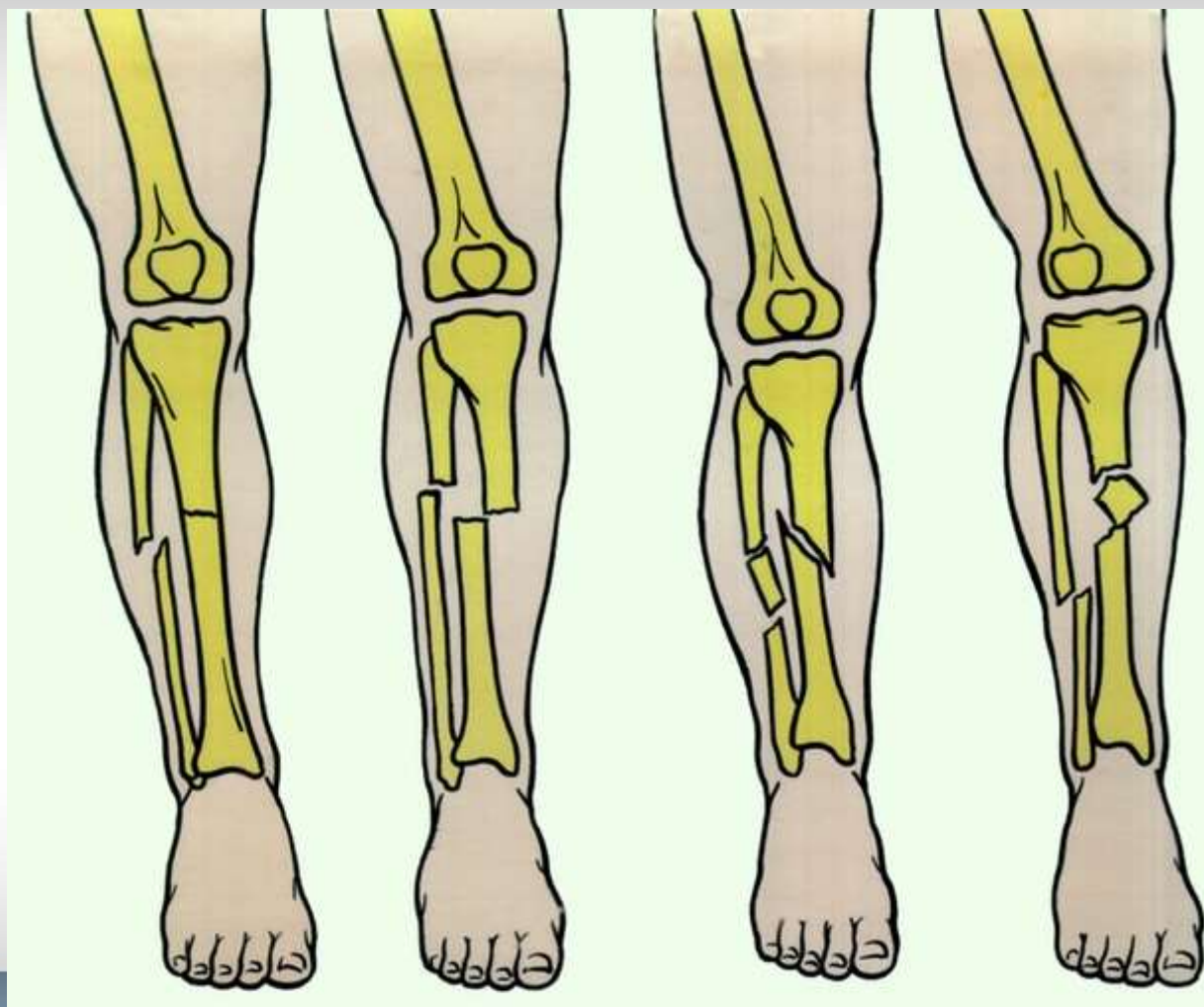


- ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ (по характеру и опорности)

- Поперечный (угол линии перелома с горизонтальной линией меньше 30°)
- Косой (угол линии перелома с горизонтальной линией больше 30°)
- Поперечно-зубчатый
- Косо-поперечный
- винтообразный
- оскольчатый
- многооскольчатый
- многомелкооскольчатый



- Опорные: поперечные, косопоперечные, поперечно-зубчатые
- Неопорные: косые, винтообразные, оскольчатые, многооскольчатые (крупно- и мелкооскольчатые, раздробленные) после сопоставления даже небольшая нагрузка строго по оси ведет к смещению отломков



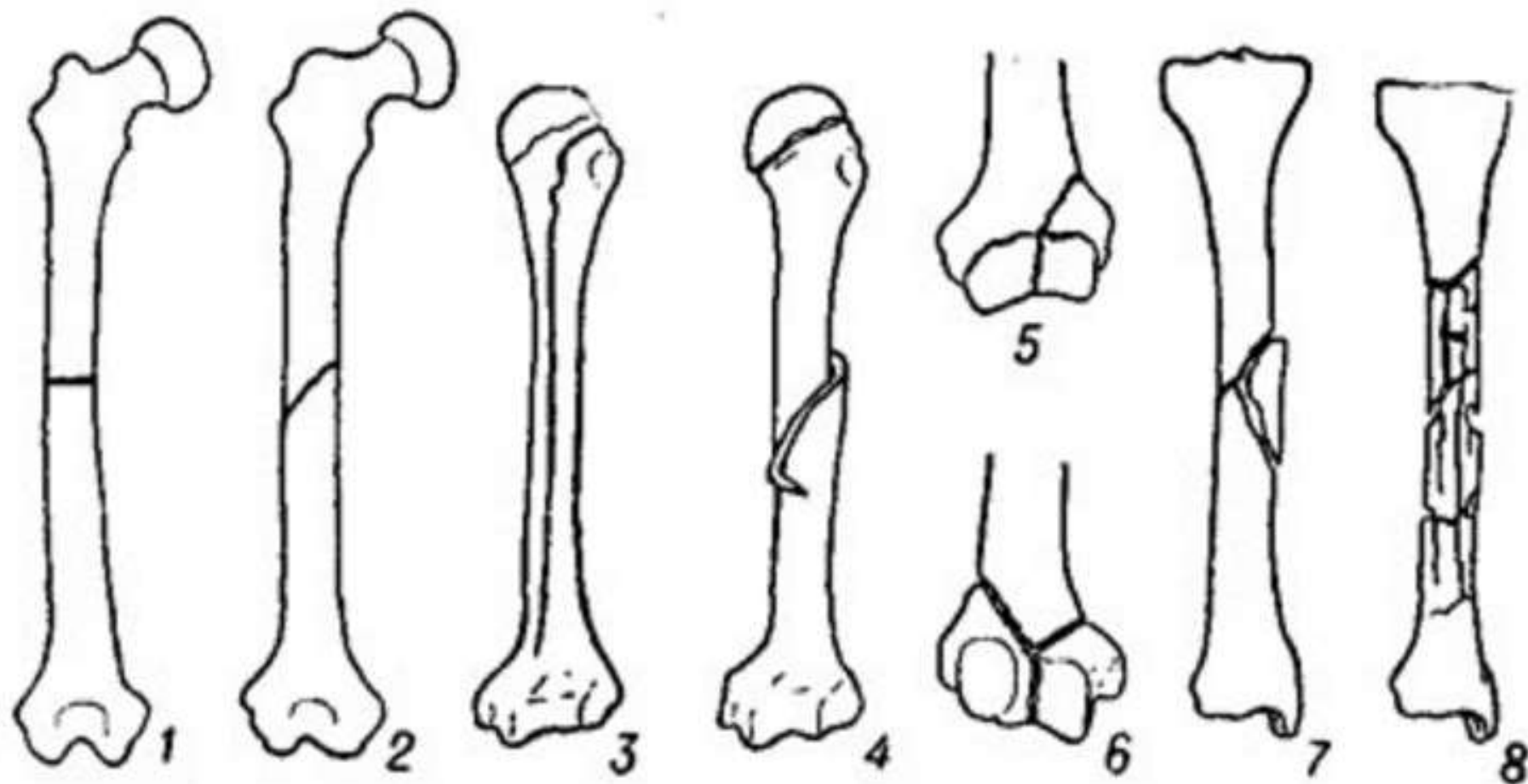


Схема переломов трубчатых костей: 1 — поперечный; 2 — косой; 3 — продольный; 4 — винтообразный; 5 — крестообразный; 6 — U-образный; 7 — клиновидный; 8 — оскольчатый.

ВИДЫ СМЕЩЕНИЙ

1. По длине 2. По ширине 3. Под углом 4. Ротационные

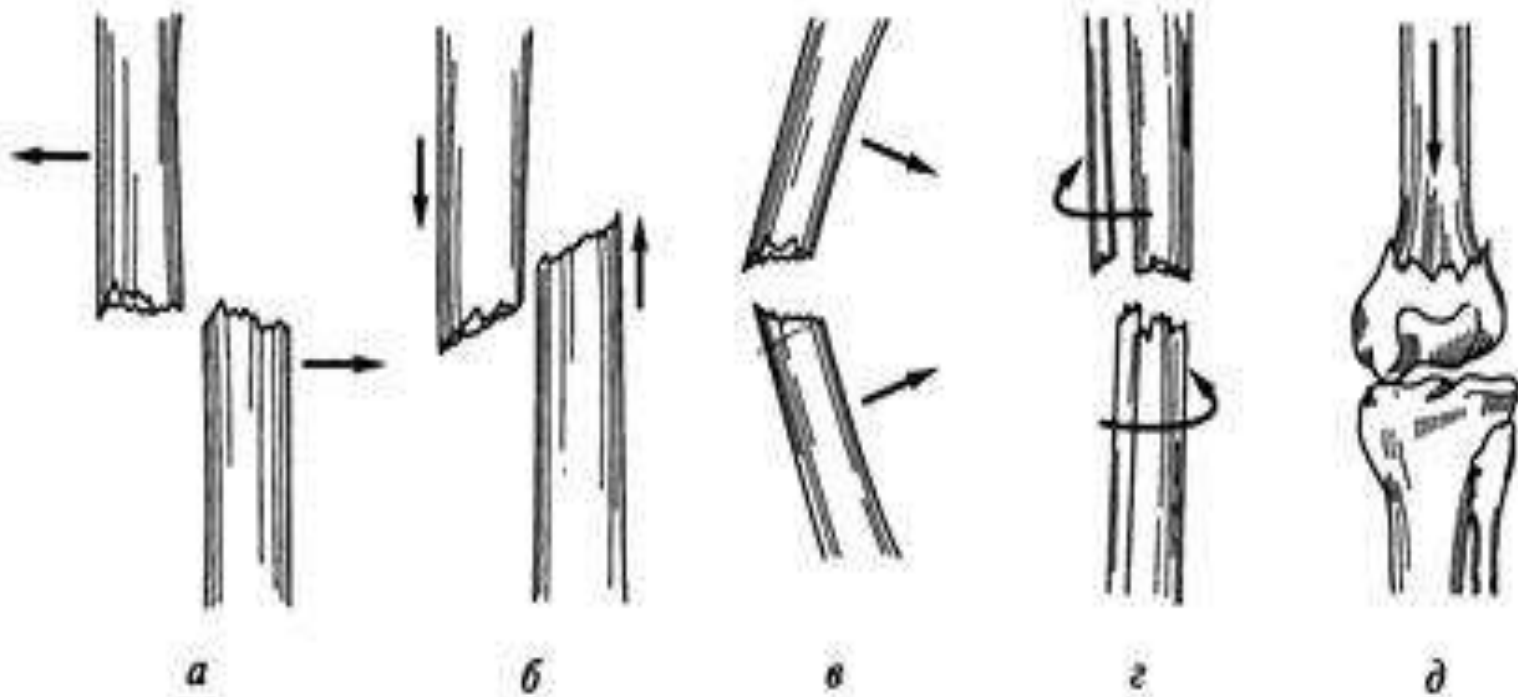
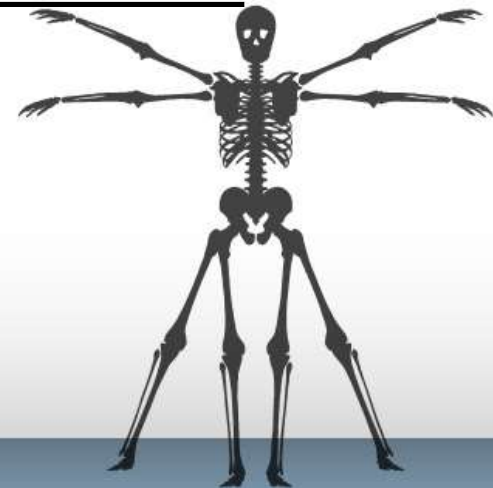


Рис. 4.2. Виды смещения отломков:

a — по ширине; *b* — по ширине и длине; *в* — под углом; *г* — ротационное смещение; *д* — вколоченный перелом

СТЕПЕНИ СМЕЩЕНИЯ

- без смещения (полный контакт на всём протяжении)
- со смещением менее ширины кортикального слоя (полный контакт почти на всём протяжении)
- смещение на ширину кортикального слоя (полный контакт в местах пересечения и прогрессивно уменьшающийся в других отделах)
- смещение более ширины кортикального слоя (контакт только в местах пересечения)



Пять групп переломов (в зависимости от смещения отломков)

По виду смещения отломков различают

без
смещения
отломков

под углом

со смещением
по длине (с
захождением)

с
расхождением
отломков

Открытые
переломы



Диагностика переломов

Абсолютные симптомы переломов:

- явно костная деформация, возникшая непосредственно после травмы
- патологическая подвижность, возникшая непосредственно после травмы
- крепитация костных отломков



Характерные симптомы переломов:

- локальная боль и болезненность
- припухлость, сглаженность контуров
- боль при нагрузке через заведомо неповрежденные ткани



Клиника

При переломах костей голени со смещением фрагментов отмечаются следующие симптомы: пассивное положение конечности, наружная ротация дистального отдела голени и стопы, искривление оси голени, укорочение на 1—3 см, контурирование под кожей по передней поверхности голени конца одного из фрагментов большеберцовой кости, что нередко вызывает прокол или некроз (пролежень от давления) кожи и этой области.

При быстро нарастающей гематоме и отеке голени образуются эпидермальные пузыри с серозным или серозно-кровоянистым содержимым. Неглубокая пальпация одним или двумя пальцами области перелома резко болезненна. Нередко удастся прощупать оба или один из фрагментов большеберцовой кости; при этом может выявиться симптом крепитации.



Малоберцовую кость тоже тщательно пальпируют, так как ее перелом, располагаясь выше уровня перелома большеберцовой кости, нередко просматривается. Невозможность поднять выпрямленную в коленном суставе ногу и резкое ограничение из-за боли активных движений в смежных суставах дополняют клиническую картину перелома обеих костей голени со смещением фрагментов.

Клиническая картина изолированных переломов одной из костей голени, особенно малоберцовой, и субпериостальных изолированных переломов у детей менее богата симптомами. С помощью рентгеновских снимков, сделанных в двух проекциях, уточняют характер перелома и степень смещения фрагментов, что имеет важное значение при определении лечебной тактики.



Спасибо за внимание!

