***Министерство здравоохранения Республики Беларусь***

***Витебский государственный медицинский университет***

***Кафедра травматологии и ортопедии***

***История болезни***

*Чиндо Ирины Анатольевны, 1965 г.р.*

***Клинический диагноз:***

***Основной:*** Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи.

***Сопутствующий:*** Артериальная гипертензия I ст., р. 2.

Курировала:

Ст. 28гр. 4 к. ЛФ

***Демиденко В.А.***

***Витебск, 2011***

***Паспортные данные***.

1. ФИО: Чиндо Ирина Анатольевна.
2. Возраст: 45 лет.
3. Дата и время поступления в клинику: 01.05.2011. 20.10
4. Пол: женский.
5. Национальность: белоруска.
6. Адрес: г. Витебск, Московский проспект, 47-1-110.
7. Профессия: индивидуальный предприниматель.

***Жалобы на момент поступления:***

Предъявляла жалобы на интенсивную боль в области правого голеностопного сустава, усиливающуюся при попытке движения в нем, не исчезающую в покое. Также имелись жалобы на онемение области вокруг правого голеностопного сустава, потерю его подвижности, нарушение функции голени и стопы, тошноту, озноб, слабость и головокружение.

***Жалобы на момент курации:***

Больная жалоб не предъявляет.

***Анамнез жизни.***

Родилась в 1965 году в Витебске, единственный ребенок в семье. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Перенесенные детские болезни не помнит. Учеба в школе давалась нормально. Образование высшее, специальность: «Учитель начальных классов». В настоящее время по специальности не работает.

Семейный анамнез: замужем с 1986 года, есть сын. Состояние здоровья членов семьи удовлетворительное.

Наследственность не отягощена.

Бытовой анамнез: проживает с мужем и сыном в отдельной двухкомнатной квартире со всеми удобствами. Питание регулярное 3-х разовое.

Перенесенные заболевания: простудные до 2-х раз в год.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции отрицает. Гепатит, венерические заболевания, онкологию у себя и родственников отрицает.

Травм, операций не было.

Привычные интоксикации: употребление алкоголя, табака, наркотиков отрицает.

Непереносимость каких – либо бытовых веществ, медикаментов не отмечает.

Гемотрансфузии не проводились.

***Анамнез заболевания.***

Со слов пациентки выяснено, что травма получена 01.05.2011г. в 18.50. Больная находилась на даче в Улановичах. Выходя из дома, оступилась на ступеньке порога и упала. В момент падения услышала хруст в правом голеностопном суставе, затем почувствовала в нем резкую боль, из-за которой не смогла подняться самостоятельно. При пальпации поврежденной области чувствовала усиление болезненности и крепитацию костных отломков, сустав был сильно увеличен в объеме, стопа смещена кнаружи. По мобильной связи вызвала сына, который в 19.35 приехал на личном автотранспорте и доставил пациентку в травмопункт БСМП в 20.10. Мероприятия первой врачебной помощи (обезболивание, транспортная иммобилизация) на месте происшествия не проводились. Больная была доставлена сидя, в травмопункте передвигалась на инвалидной коляске. Из травмопункта после введения 2 мл 50% анальгина, проведения рентгенографического обследования была доставлена в травматологическое отделение БСМП с диагнозом: «Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи».

***Допущенные ошибки:***

* не вызвана бригада СМП, а вследствие этого:
* не была проведена транспортная иммобилизация;
* неправильная транспортировка;
* не введен анальгетик на месте происшествия;
* также не произведена блокада рецепторного поля в месте перелома 0,5% р-м новокаина (30-40мл) в травмопункте.

***Правильная тактика.***

[Переломы](http://zabolevaniya.ru/zab.php?id=14029&act=full) лодыжек подлежат обязательному шинированию. Шину накладывают от нижней трети бедра до конца пальцев стопы. Шину располагают по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы. Обезболивание производят обычным способом (2 мл 50% р-ра анальгина в/м, 1 мл 2% омнопона в/м).

Транспортируют пострадавшего в лежачем положении на носилках в специализированное отделение. В случае задержки с транспортировкой пострадавшего укладывают в постель (или на носилки, подстилку) с немного приподнятым изголовьем.

Необходимо постоянно следить за периферическими отделами конечностей. При первых признаках сдавления (усиление боли в области перелома, отек стопы, посинение пальцев) — ослабить бинты, которыми шина прикреплена к конечности. Больному делают инъекции анальгина (2 мл 50% р-ра в/м), либо дают внутрь таблетки анальгина по 0,5 г 3 раза в день.

***Данные объективного обследования на 04.05.2011. 10.00***

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение в постели вынужденное на спине, так как на правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, чистые.

**Система органов дыхания:** Дыхание свободное, ритмичное, умеренной глубины. ЧДД - 18 минуту. Грудная клетка нормостеническая, симметричная, в акте дыхания обе половины участвуют равномерно, патологических выпячиваний или западений нет. Искривления позвоночника нет, физиологические изгибы выражены достаточно. Надплечья симметричны. Надключичные ямки умеренно выражены, одинаковые с обеих сторон, подключичные не визуализируются. Надчревный угол прямой, ход ребер обычный, ширина межреберных промежутков – 1, 5 см. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке, симметрично расположены.

Дыхание носовое, тип – грудной. При пальпации грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Пальпация кожи, мышц, ребер, грудины, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника безболезненна. Голосовое дрожание не изменено, одинаковое с обеих сторон. Перкуторно ясный легочный звук, симметричен по всем полям. Воздухо-, жидкость-содержащие полости не перкутируются.

***Топографическая перкуссия:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Верхняя граница:** | **справа:** | **слева:** |
| высота верхушек спереди | 4 см. | 4 см. |
| высота верхушек сзади | Ост. отр.7 шейного позвонка | Ост. отр.7 шейного позвонка |
| **Ширина полей Кренига:**  **Нижняя граница легких:** | 7 см.  **справа:** | 7,5 см.  **слева:** |
| по окологрудинной | В. край 6 ребра |  |
| по срединоключичной | Н. край 6 ребра |  |
| по переднеподмышечной | Н. край 7 ребра | Н. край 7 ребра |
| по среднеподмышечной | Н. край 8 ребра | Н. край 8 ребра |
| по заднеподмышечной | Н. край 9 ребра | Н. край 9 ребра |
| по лопаточной | Н. край 10ребра | Н. край 10 ребра |
| по околопозвоночной | На ур. ост. отр. 11 гр. позв. | На ур. ост. отр. 11 гр. позв. |
| **Дыхательная экскурсия** | **справа:** | **слева:** |
| по срединоключичной | 4 см. |  |
| по среднеподмышечной | 5 см. | 5 см. |
| по лопаточной | 3 см. | 3 см. |

Перкуссия по остистым отросткам позвонков безболезненна. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система:** Область сердца без патологии. Надчревная пульсация отсутствует. Перкуторно границы сердца в норме. AД 140/100 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные ритмичные.

При пальпации лучевых артерий локальных расширений, сужений или уплотнений на выявлено. Стенки лучевых артерий эластичные, однородные. Пульс синхронный (дефицита нет), одинаковый на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 уд/мин. На височных, сонных, бедренных артериях, a. tibialis posterior, a. dorsalis pedis слева пульсация сохранена, одинаковая на симметричных артериях (справа пропальпировать не удалось, так как по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы наложена лонгета, которая фиксирована бинтом).

**Органы пищеварения:** Слизистая рта розовая, язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна. Стул не нарушен.

**Мочевыделительная система:** Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез в пределах нормы.

**Эндокринная система:** Грубой патологии не выявлено.

***Status localis (на момент курации).***

Положение в постели вынужденное на спине, так как на правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы.

Правая нижняя конечность находится в срединном положении (тазобедренный сустав – 180 градусов, коленный сустав – 180 градусов, стопа по отношению к голени фиксирована под углом 90 градусов).

Пальцы правой нижней конечности (доступны осмотру) отечны, кожа их розового цвета, кровообращение в конечности не нарушено, так как местная температура не снижена, а ногтевое ложе быстро восстанавливает розовый цвет после надавливания на ноготь, пальцы сохраняют подвижность, пальпация их безболезненна.

Проверка статики и ходьбы невозможна, так как больная находится в постели в вынужденном положении на спине.



***Протокол обследования больного.***

***Отделение :травматология от«04»мая2011 г.***

Палата № 217

Ф.И.О.: Чиндо И. А. возраст 45 лет.

Диагноз: Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи.

***ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ ПРАВАЯ ЛЕВАЯ***

Деформации нет нет

Ось без отклонений

***Относительная длина:***

От акромиального отростка

До шиловидного отростка луч. кости 58 58

***Абсолютная длина:***

***Плеча***

От акромиона

До локтевого отростка 34 34

***Предплечья***

От локтевого отростка

До шиловидного отростка локт. кости 25 25

***Объем движений:*** 140 140

***Плечевой сустав***

Разгибание/сгибание 40/0/150 40/0/150

Отведение/приведение 90/0/80 90/0/80

Нар.ротация/внутр.ротация 40/0/95 40/0/95

***Локтевой сустав***

Разгибание/сгибание 0/0/150 0/0/150

***Кистевой сустав***

Разгибание/сгибание 80/0/80 80/0/80

***Длина окружности плеча***

В в/3 33 33

В с/3 25 25

В н/3 23 23

***НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ***

Деформации нет нет

Ось без отклонений

***Относительная длина:***

От пер-верхн. подвзд. ости

До внутренней лодыжки 88 88

***Абсолютная длина:***

***Бедра***

От б. вертела (бедренной)кости

До наруж. щели коленного сустава 37 37

***Голени***

От наруж. щели коленного сустава

До наружной лодыжки измерение невозможно 40

***Объем движений:***

***Тазобедренный сустав***

Разгибание/сгибание Невозможно измерить/0/70 Невозможно измерить/0/85

Отведение/приведение 40/0/40 40/0/40

Нар.ротация/внутр.ротация 47/0/47 47/0/47

***Коленный сустав***

Разгибание/сгибание Измерение невозможно 0/0/110

***Голеностопный сустав***

Разгибание/сгибание Измерение невозможно 20/0/40

***Длина окружности бедра***

В в/3 41 41

В с/3 34 34

В н/3 23 23

***Куратор: студентка 28 группы Ф.И.О.: Демиденко В.А.***

***Предварительный диагноз.***

На основании:

* ***жалоб*** больной (при поступлении жаловалась на интенсивную боль в области правого голеностопного сустава, усиливающуюся при попытке движения в нем, не исчезающую в покое, онемение области вокруг правого голеностопного сустава, потерю его подвижности, нарушение функции голени и стопы, тошноту, озноб, слабость и головокружение);
* ***данных анамнеза:***
* 01.05.2011г. в 18.50. выходя из дома, оступилась на ступеньке порога и упала. В момент падения услышала хруст в правом голеностопном суставе, затем почувствовала в нем резкую боль, из-за которой не смогла подняться самостоятельно. При пальпации поврежденной области чувствовала усиление болезненности и крепитацию костных отломков, сустав был сильно увеличен в объеме, стопа смещена кнаружи.
* После рентгенографического обследования в травмопункте БСМП был выставлен диагноз: «Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи».
* ***данных объективного обследования:***
* Положение в постели вынужденное на спине, так как на правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы.
* Правая нижняя конечность находится в срединном положении (тазобедренный сустав – 180 градусов, коленный сустав – 180 градусов, стопа по отношению к голени фиксирована под углом 90 градусов).
* Пальцы правой нижней конечности (доступны осмотру) отечны, кожа их розового цвета, кровообращение в конечности не нарушено, так как местная температура не снижена, а ногтевое ложе быстро восстанавливает розовый цвет после надавливания на ноготь, пальцы сохраняют подвижность, пальпация их безболезненна.

Можно выставить диагноз:

Основной: ***«Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи.***

Сопутствующий: ***Артериальная гипертензия I ст., р. 2.***

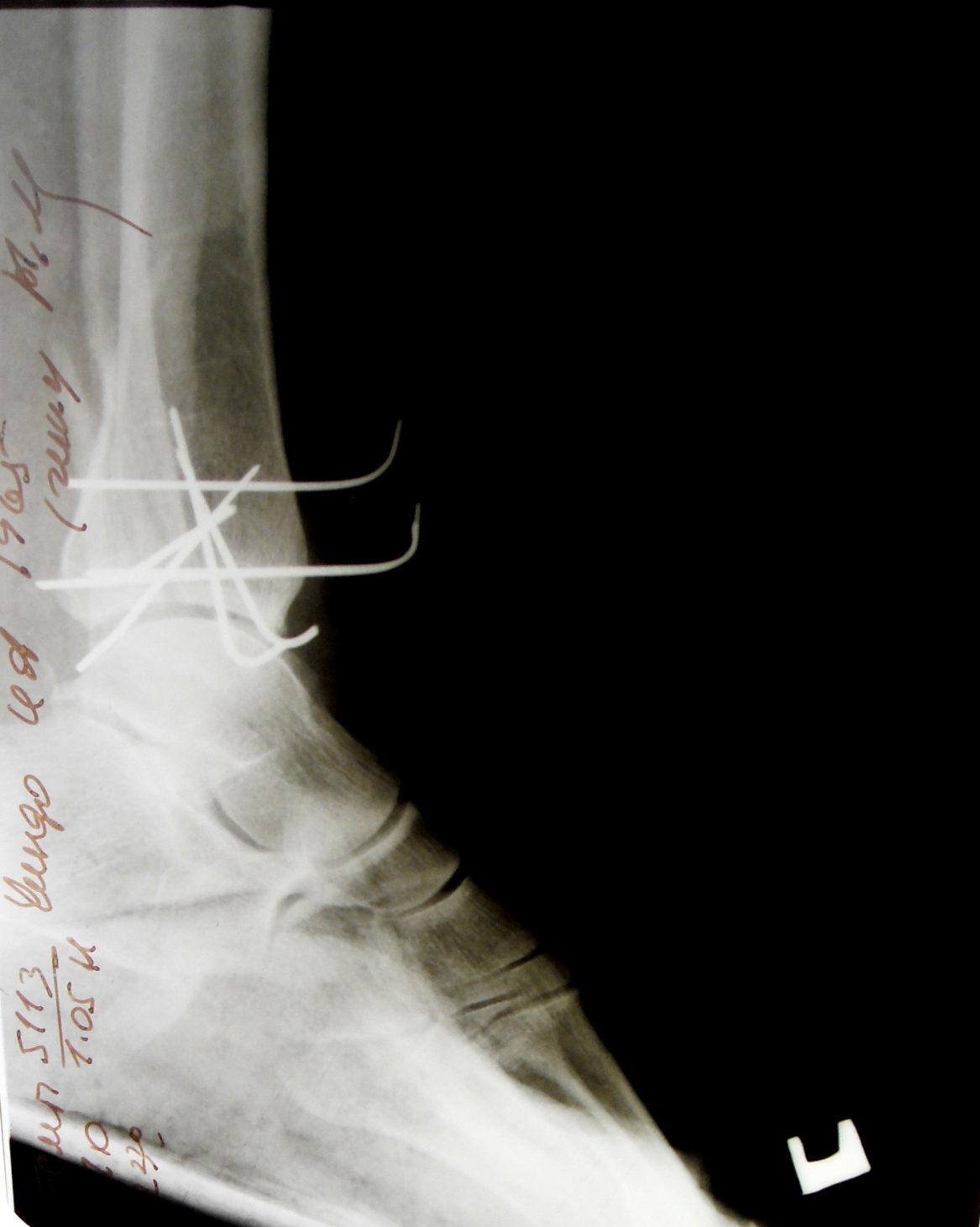
***Рентгенологические данные.***

* ***Рентгенограмма при поступлении больной в травматологическое отделение БСМП (01.05.2011).***

******

На данной рентгенограмме виден закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи.

* ***Контрольные рентгенограммы после проведения кортикального остеосинтеза спицами (01.05.2011).***

******



На данных рентгенограммах виден закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки. Проведен кортикальный остеосинтез спицами наружной и внутренней лодыжки. Подвывих стопы кнаружи устранен.

***Лабораторные и инструментальные данные.***

*ЭКГ от 02.05.2011.*

*Заключение:* Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 78 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Общий анализ крови от 02.05.2011.*** | |
| Гемоглобин | 140 г/л. |
| Эритроциты | 4,1·1012/л |
| СОЭ | 10 мм/час. |
| Лейкоциты | 7,2·109/л |
| Базофилы | 1% |
| Эозинофилы | 2% |
| *Нейтрофилы*: |  |
| Сегментоядерные | 75% |
| палочкоядерные | 1% |
| Лимфоциты | 20% |
| Моноциты | 3% |

*Заключение: без патологии*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Общий анализ мочи от 02.05.2011.*** | |
| Цвет | желтая |
| прозрачность | прозрачная |
| реакция | кислая |
| уд.вес | 1015 |
| белок | нет |
| лейкоциты | 1-2 в поле зрения |

*Заключение:* без патологии

|  |  |
| --- | --- |
| ***Биохимический анализ крови от 02.05.2011*** | |
| Общий белок | 78 г/л. |
| Фибриноген | 3,8 г/л. |
| Мочевина | 4,9 ммоль/л |
| Креатинин | 74 мкмоль/л |
| Билирубин общий | 18,5 мкмоль/л |
| АЛАТ | 34 Е/л |
| *АСАТ* | 38 Е/л |
| Холестерин общий | 4,5 ммоль/л |
| Глюкоза | 4,9 ммоль/л |
| Щелочная фосфатаза | 56 Е/л |

*Заключение:* без патологии.

***Дифференциальный диагноз.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Закрытый перелом лодыжек*** | ***Открытый перелом лодыжек*** | ***Осложненный перелом лодыжек*** | ***Вывих стопы*** |
| ***Повреждение кожных покровов.*** | Могут быть ссадины, порезы, поверхностные раны, но в ране нет костных отломков. | Отломки вследствие повреждения кожи и глубоких слоев мягких тканей непосредственно сообщаются с внешней средой | Бывает как с наличием раны, так и без нее. | Повреждения кожи чаще всего нет. |
| ***Крепитация костных отломков***. | Выявляется. | Выявляется. | Выявляется. | Не выявляется. |
| ***Функция конечности*** | Резко нарушена | Резко нарушена | Резко нарушена | Нарушена, но часто больные могут наступать на ногу и ходить с опорой на пятку |
| ***Деформация*** | В области голеностопного сустава | В области голеностопного сустава | В области голеностопного сустава | В подтаранной области или в области голеностопного сустава |
| ***Кровотечение*** | Обычно нет | Обычно нет | Чаще всего выявляется | Обычно нет |
| ***Нарушения двигательной функции и (или) чувствительности поврежденной конечности*** | Обычно нет | Обычно нет | Чаще всего выявляется | Обычно нет |
| ***Рентгенологические данные*** | Поперечная или косая линия перелома внутренней лодыжки ниже или на уровне суставной площадки нижнего эпифиза большеберцовой кости+видна линия перелома наружной лодыжки | Поперечная или косая линия перелома внутренней лодыжки ниже или на уровне суставной площадки нижнего эпифиза большеберцовой кости+видна линия перелома наружной лодыжки (костные отломки могут выходить за пределы мягких тканей) | Поперечная или косая линия перелома внутренней лодыжки ниже или на уровне суставной площадки нижнего эпифиза большеберцовой кости+видна линия перелома наружной лодыжки | Нарушена конгруэнтность суставных поверхностей |

Таким образом, учитывая вышеизложенные дифференциально-диагностические принципы, на основании:

* ***жалоб больной*** на потерю подвижности в голеностопном суставе, нарушение функции голени и стопы;
* ***данных анамнеза*** (при пальпации поврежденной области чувствовала усиление болезненности и крепитацию костных отломков, но кожные покровы остались неповрежденными, сустав был сильно увеличен в объеме, стопа смещена кнаружи);
* ***рентгенологических данных*** (определен закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи);

можно выставить следующий ***клинический диагноз:***

***Основной:*** Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи.

***Сопутствующий:*** Артериальная гипертензия I ст., р. 2.

***Этиология повреждения.***

Причиной перелома у данной пациентки явилась непрямая травма при подвертывании стопы кнаружи с одновременной внезапной нагрузкой по оси конечности (собственным весом тела пострадавшей).

***Данные литературы.***

Имеется связь между шириной голеностопного сустава, высотой блока таранной кости и шириной лодыжек, т. е. между индексами ширины голеностопного сустава, блока таранной кости и ширины внутренней лодыжки. У людей с широким и коротким голеностопным суставом обычно бывают длинные и узкие лодыжки и высокий блок таранной кости; у людей с длинным и узким голеностопным суставом — широкие и короткие лодыжки и низкий блок таранной кости.

Подобная связь подтверждается определениями, произведенными в ЦИТО у больных с повреждениями голеностопного сустава. ***Большинство больных имели длинный и узкий голеностопный сустав, низкий и плоский блок таранной кости и короткие широкие внутренние лодыжки.*** У этих больных наблюдалась пронационная установка стопы с небольшим объемом движения в суставе. Такие больные подвержены более частым переломам. Это соответствует данным И. С. Шидловского, Г. А. Михайлова и др.

***Повреждения голеностопного сустава возникают от непрямого и прямого действия на него травмирующей силы.***

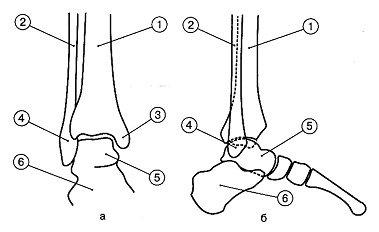
Прямой механизм травмы встречается значительно реже и наблюдается при ударе движущимся транспортом, при спортивных играх или при падении на ногу тяжелых предметов.

Непрямая травмирующая сила действует на голеностоп­ный сустав чаще в направлении абдукции и пронации, т.е. стремится отвести стопу, пронировать ее и повернуть кнаружи, и в направлении аддукции и супинации, т. е. когда стопа приводится, супинируется и поворачивается внутрь.

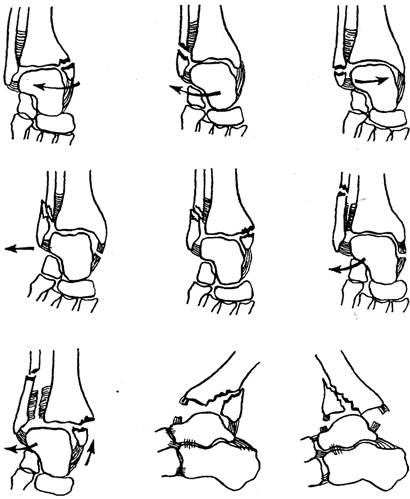
**Нормальные взаимоотношения костных образований, формирующих          голеностопный сустав.**

**а – прямая проекция;  б – боковая проекция.**

**1 – большеберцовая кость; 2 – малоберцовая кость; 3 – внутренняя лодыжка; 4 – наружная лодыжка; 5 – таранная кость; 6 – пяточная кость.**



***Варианты переломов лодыжек.***



Абдукционно-пронационные повреждения голеностопно­го сустава возникают значительно чаще, чем аддукционно-супинационные. В этом случае травмирующая сила дей­ствует согласно закону рычага второго рода, что значи­тельно увеличивает ее суммарный силовой эффект на голеностопный сустав (Bonnin). Поэтому данный вид по­вреждения голеностопного сустава наиболее часто при­водит к осложнениям.

Свежие абдукционно-пронационные и аддукционно-супинационные повреждения голеностопного сустава приво­дят к нарушению различных костных и связочных элемен­тов сустава: ***переломам наружной лодыжки или малобер­цовой кости на различном уровне, внутренней лодыжки, заднего края нижнего эпифиза большеберцовой кости, разрыву связок межберцового синдесмоза и другим по­вреждениям.***

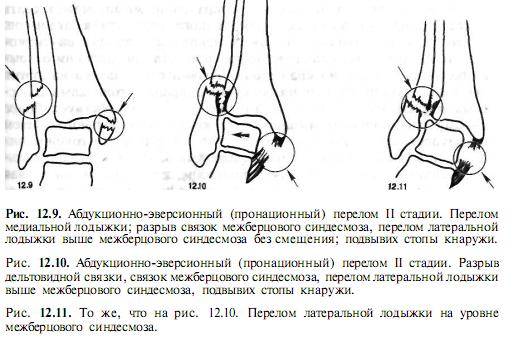
Однако абдукционно-пронационные повреждения голе­ностопного сустава существенным образом отличаются от аддукционно-супинационных повреждений.

Смежно абдукционно-пронационные повреждения голе­ностопного сустава в зависимости от величины травмиру­ющей силы могут сопровождаться переломом наружной лодыжки или малоберцовой кости.

***Абдукционно-пронационные повреждения голеностопного сустава:***

***Первая степень***— изолированные переломы внутрен­ней или наружной лодыжек, разрывы дельтовидной связки.

***Вторая степень***— двухлодыжечные переломы, разрывы дельтовидной связки, связок межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи.



***Третья степень***— двухлодыжечные переломы, отрыв зад­него края нижнего эпифиза большеберцовой кости, раз­рывы дельтовидной связки и связок межберцового син­десмоза, подвывих стопы кнаружи и кзади.

***Лечение.***

***Одним из непременных условий достижения хороших результатов при лечении повреждений голеностопного сустава является точное анатомическое восстановление повреждений его элементов, удержание их до полного сращения и последующее восстановление функции сус­тава.***

Прежде чем перейти к рассмотрению вопроса о лече­нии больных с повреждениями голеностопного сустава, необходимо остановиться на обезболивании, которое применяется при лечении этих повреждений.

***Обезболивание.***

При консервативном и оперативном лечении свежих и застарелых повреждений голеностопного сустава большое значение имеет обезболивание. В зависимости от харак­тера перелома применяют местное, внутрикостное и об­щее обезболивание.

***Местное обезболивание*** обычно проводят при закрытой репозиции переломов лодыжек. В этом случае ***20—40 мл раствора новокаина (0,5—1%)*** вводят в по­лость голеностопного сустава. Место введения обычно располагается по линии голеностопного сустава, ближе к наружной лодыжке. Хорошего обезболивания можно достигнуть введением новокаина непосредственно в гема­тому.

***Внутрикостная анестезия,*** как правило, при­меняется с целью более полного расслабления мышц голеностопного сустава.

Для полного расслабления трехглавой мышцы голени резиновый жгут следует накладывать на нижнюю треть бедра, после чего в пяточную кость вводят 100***—120 мл 0,5% раствора новокаина.*** Это обезболивание особенно показано при *закрытой репозиции двулодыжечных абдукционно-пронационных переломов с отрывом заднего края нижнего эпифиза большеберцовой кости, сопровождающихся подвывихом стопы кнаружи и кзади.* Полное расслабление трехглавой мышцы дает возможность правильно сопоставить отломки заднего края нижнего эпифиза большеберцовой кости и устранить подвывих стопы.

***Показаниями для общего обезболивания*** являются *операции одновременно на наружной и внутренней лодыжках, заднем крае большеберцовой кости, межберцовом синдесмозе, связках голеностопного сустава* и др., т. е. когда проводится особенно большой объем оператив­ного вмешательства. Кроме того, учитывается желание больного, диктуемое состоянием его психики, и т. д. Но и при проведении операций под общим обезболиванием на верхнюю треть голени следует накладывать кровооста­навливающий жгут. Этим достигается обескровливание конечности, что очень важно при ведении операций.

***Консервативное лечение свежих повреждений голеностопного сустава.***

***Лечение двулодыжечных абдукционно-пронационных пе­реломов со смещением отломков и подвывихом стопы кнаружи.*** Лечение этого вида повреждения состоит из трех основных этапов:

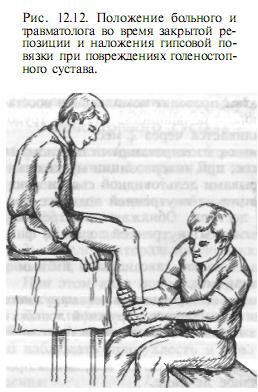
***1)*** вправление (репозиция) от­ломков;

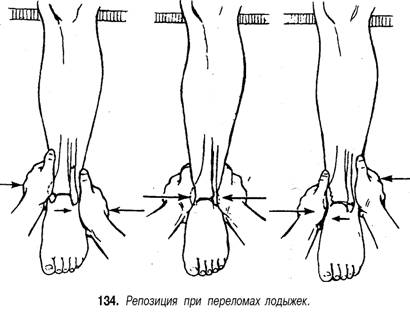
***2)*** удержание вправленных отломков от вторич­ного смещения;

***3)*** восстановление функции голеностоп­ного сустава после иммобилизации. Все этапы лечения очень важны, и от их скрупулезного и точного выполне­ния зависит результат лечения.

Для вправления костных элементов голеностопного сус­тава травматолог должен произвести движения, обрат­ные тем, которые возникли в процессе травмы. Это про­изводится при ***полном расслаблении мышц голени***, так как сокращение мышц может стать непреодолимым пре­пятствием для точного вправления отломков. Анестезия, как правило, местная. Проводится она следующим обра­зом: в область гематомы с наружной и внутренней сторо­ны вводят 20—30 мл 0,5—1 % раствора новокаина. Боль­ным, не переносящим новокаин либо слишком возбужден­ным и т. д., обычно назначают общее обезболивание.

Для вправления отломков больного сажают на край стола. Травматолог садится напротив так, чтобы нога больного опиралась головками плюсневых костей на ко­лено травматолога. Это положение способствует более полному расслаблению мышц голени больной конечно­сти.





Положение больного и трав­матолога во время репозиции и на­ложении гипсовой повязки при по­вреждениях голеностопного сустава по Л. Белеру.

Травматолог кладет руки на боковые поверхности го­леностопного сустава, охватывая ладонями области ло­дыжек, затем, сильно надавливая яа наружную лодыжку и одновременно оказывая противодействие со стороны внутренней лодыжки, производит вправление отломков. Чисто под руками ощущается «передвижение» в области лодыжек.

Продолжая сдавливать лодыжки, травматолог стре­мится устранить расхождение вилки голеностопного сустава.

Для фиксации положения лодыжек накладывают U-образную лонгету, которая идет от одного мыщелка большеберцовой кости через подошву до другого. Лонгету укрепляют циркулярными ходами гипсового бинта. За­тем накладывают подошвенную гипсовую лонгету, и по­вязка превращается в гипсовый сапожок. Производится контрольная рентгенография в двух проекциях.

Некоторые травматологи при этом виде перелома при­дают стопе положение супинации и аддукции, однако подобная установка стопы нежелательна, так как при этом положении движение происходит в основном в подтаранном суставе, а небольшой поворот таранной кости вокруг оси в сагиттальной плоскости может способство­вать расхождению вилки голеностопного сустава.

В первые 10—12 дней больному предписывают постель­ный режим, причем для восстановления тонуса сосудов рекомендуют периодически опускать ногу. Быстрое уменьшение отека может способствовать вторичному сме­щению отломков.

Через 10—12 дней производят контрольную рентгено­графию. При хорошем стоянии отломков и целости гип­совой повязки больному разрешают ходить на костылях. Гипсовая иммобилизация продолжается 7—8 недель, за­тем ее прекращают и вновь производят контрольную рентгенографию.

Заканчивается лечение назначением ЛФК, массажа, механотерапии и постепенной дозированной нагрузки на больную конечность.

Вопросу нагрузки на голеностопный сустав придается очень большое значение. В течение 1/2 месяцев больному разрешают ходить с помощью костылей, слегка нагружая больную ногу, затем нагрузка на конечность увеличивает­ся и больному разрешают ходить с палкой. Для умень­шения отеков рекомендуется пользоваться эластичным бинтом, который накладывают на конечность от стопы до коленного сустава сразу после вставания с постели.

Трудоспособность, как правило, восстанавливается через 3—3,5 месяцев.

**Оперативное лечение свежих повреждений голеностопного сустава.**

***Показаниями для оперативного лечения*** свежих пов­реждений голеностопного сустава являются:

* оскольчатые переломы;
* неудавшая­ся репозиция отломков;
* случаи их вторичного смеще­ния.

За последнее время в связи с усовершенствованием оперативной техники и применением высококачественных материалов для фиксации отломков появилась возмож­ность чаще прибегать к оперативному лечению повреж­дений голеностопного сустава.

Так, более оправдано оперативное вмешательство, поз­воляющее точно сопоставить отломки, удалить гематому и прочно удержать отломки до сращения, чем произво­дить многократные травматические репозиции, подчас не дающие даже удовлетворительного результата. Но вме­сте с тем не должно быть чрезмерного расширения пока­заний для оперативного вмешательства. Поэтому опера­тивному лечению подлежат свежие повреждения голе­ностопного сустава по строгим показаниям.

Для проведения операций на голеностопном суставе при его свежих и застарелых повреждениях используют следующие оперативные доступы: **наружный боковой, задний, внутренний боковой.**

Три первых доступа служат для проведения восстано­вительных операций и в зависимости от вида поврежде­ния костных элементов и связочного аппарата сустава сочетаются друг с другом.

**Наружный боковой доступ.**Разрез начинается на 6 см проксимальнее верхушки наружной лодыжки, про­ходит посередине малоберцовой кости, ближе к передне­му ее краю, и дистальнее верхушки наружной лодыжки, плавно загибается кпереди и достигает тыла стопы. Этим разрезом хорошо обнажается межберцовый синдесмоз, переднее-наружная часть капсулы голеностопного сустава, наружная суставная щель.

***Задний доступ.***Разрез длиной 10—12 см начинается на наружной поверхности ахиллова сухожилия. Сухожи­лие обнажают и Z-образно рассекают. Затем рассекают глубокую фасцию голени и обнажают сухожилия m. fle­xor hallucis longus, a. tibialis posterior, vv. tibialis pos­terior и п. tibialis. Все эти образования отводят кзади и кнутри. После этого обнажается задний край и нижний эпифиз большеберцовой кости.

Таким образом, из наружно-бокового и заднего разре­зов произ'водятся операции на наружной лодыжке, на­ружно-боковой связке, межберцовом синдесмозе, заднем крае нижнего эпифиза болынеберцовой кости.

***Внутренний боковой доступ***служит для проведения операций на внутренней лодыжке и дельтовидной связке.

Разрез начинается на 6—7 смпроксимальнее внутрен­ней лодыжки, затем он проходит несколько кпереди от ее середины и у 'верхушки плавно загибается кпереди по направлению к ладьевидной кости. При рассечении под­кожной клетчатки необходимо выделить и отвести v. saphena magna и п. saphenus.

После обнаружения внутренней лодыжки, отделения и отведения заднего лоскута мягких тканей книзу вы­деляют сухожилие задней большеберцовой мышцы, ко­торое используют при операциях по поводу несросшего­ся, неправильно сросшегося перелома внутренней лодыж­ки или застарелого разрыва дельтовидной связки. Из этого же разреза легко обнажаются дельтовидная связ­ка, передняя и внутренняя части капсулы голеностопного сустава и его внутренняя боковая суставная щель.

Точное анатомическое восстановление поврежденных компонентов голеностопного сустава целиком зависит от характера и вида повреждения. Так, при двухлодыжечных переломах без сме­шения отломков репозиции обычно не требуется. Но переломы лодыжек со смещением отломков требуют обязательной и тщательной их репозиции, так как это необходимое условие для восстановления нормальной функ­ции сустава. Если же закрытая репозиция невозможна из-за интерпозиции мягких тканей между отломками и т. д., это является первым показанием для восстановительной операции.

Восстановлениефункции сустава решается путем наз­начения правильной нагрузки на конечность, проведения лечебной физкультуры, массажа, физиотерапии, ношения ортопедической обуви.

***Операции при свежих повреждениях голеностопного сустава производят в различные сроки***. Обычно их назначают ***в первые 1-2 дня*** после травмы или ***на 8—10 сутки***, когда уменьшится отек, придут к норме кожа и мягкие ткани, уменьшится гематома.

***В случаях открытых переломов лодыжек больного опе­рируют сразу же при поступлении.*** Операция проводит­ся по типу первичной обработки раны с фиксацией, по возможности, и костных фрагментов сустава.

Операции возможны и в ***более поздние сроки (через 14- 20 дней после травмы).*** В таких случаях, как правило, на контрольных рентгенограммах выявляется вто­ричное смещение отломков. В последнее время широко используется методика ***трансартикулярной фиксации***. Эта методика заключается в следующем. Первоначально проводят операции открытой репозиции и остеосинтеза костных фрагментов и восстановление связок и мягких тканей голеностопного сустава. Затем через полость голеностопного сустава в различных на­правлениях проводят 1—2 и более спиц с тем, чтобы прочно удержать костные элементы сустава и стопы и препятствовать вторичному смещению. Концы спиц вы­водятся наружу и оставляются в гипсовой повязке. Спустя 3—4 недели спицы удаляются через окно в гипсовой повязке. К этому времени исключается возмож­ность вторичного смещения отломков.

Обычно спица проводится через пяточную кость, та­ранную и нижний эпифиз большеберцовой кости. Иногда добавляются спицы, проведенные в другом направлении. Важно одно — чтобы травматолог был твердо убежден в том, что костные элементы голеностопного сустава и стопы правильно анатомически восстановлены и проч­но удерживаются без тенденции ко вторичному сме­щению.

Методика трансартикулярной фиксации может быть использована и при закрытой репозиции переломов ло­дыжек, когда наблюдается тенденция ко вторичному смещению отломков с образованием подвывиха стопы.

Наиболеечасто это происходит при двулодыжечных переломах с отрывом заднего края нижнего эпифиза большеберцовой кости и подвывихом стопы кнаружи и кзади.

**Оперативное лечение свежих абдукционно-пронационных повреждений голеностопного сустава.**

*Вторая степень* свежих абдукционно-пронационных повреждений голеностопного сустава, в основном, лечится консервативно. Однако по сравнению с первой степенью количество случаев оперативного лечения при второй степени возрастает. Это связано с тем, что при второй степени, кроме переломов наружной и внутрен­ней лодыжек, повреждается такое важное образование, как связки межберцового синдесмоза, и возникает подвывих стопы кнаружи, что не всегда удается устранить консервативно.

***Операции при второй степени свежих абдукционно-пронационных повреждений голеностопного сустава в зависимости от их объема подразделяются на 2 вида:***

***1)*** операции на отдельных костных фрагментах сустава (наружной лодыжке или одновременно на обеих ло­дыжках);

***2)*** полные восстановительные операции (на лодыжках, межберцовом синдесмозе и т. д.).

***Первый вид операции***производится в случаях, когда при первичной закрытой репозиции удается анатомиче­ски сопоставить, основные поврежденные костные элемен­ты голеностопного сустава и устранить подвывих стопы кнаружи. Однако остаются анатомически не восстанов­ленными наружная или внутренняя лодыжки из-за интерпозиции мягких тканей между их фрагментами или поворота кнаружи дистального фрагмента. Обычно опера­цию проводят на 14—16-й день, когда кожа и мягкие ткани сустава приходят к норме и уменьшается опас­ность вторичного смещения отломков.

В зависимости от повреждений голеностопного сустава операция проводится из наружного или внутреннего боковых разрезов.

Внутренним боковым разрезом обнажают внутреннюю лодыжку, области перелома удаляют гематому. Фраг­менты лодыжки сопоставляют и фиксируют винтом или спицами.

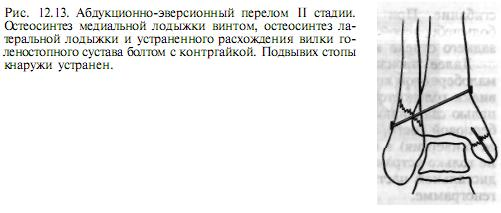
Из наружного бокового разреза производится опера­ция на наружной лодыжке. После обнажения ее фраг­ментов удаляется гематома, фрагменты точно анатомиче­ски сопоставляются и фиксируются одной или двумя спи­цами. Производится рентген-контроль правильности репозиции.

Гипсовая повязка накладывается на 3 месяца; после ее снятия также производится контрольная рентгенография в двух проекциях. При наличии консолидации фрагментов на­значают ЛФК, массаж, механотерапию; рекомендуется ношение ортопедической обуви, разрешается дозированная нагрузка. Трудоспособность восстанавливается через 3-4 месяца.

***Операции второго вида***проводят в случаях, когда кон­сервативно не удается анатомически точно сопоставить основные повреждения элементов голеностопного сустава. Обычно операции проводят на 8—10-й день после по­пытки репозиции.

Операция начинается из наружного и внутреннего бо­ковых разрезов.

Наружным боковым разрезом обнажают наружную лодыжку, область межберцового синдесмоза, наружную боковую щель голеностопного сустава. Из области пере­лома и суставной щели удаляют гематому. Затем устра­няют подвывих стопы и производится остеосинтез наруж­ной лодыжки и межберцового синдесмоза. Для этого фрагменты наружной лодыжки или малоберцовой кости точно анатомически сопоставляют и фиксируют несколь­кими спицами, которые проходят не только через фра­гменты наружной лодыжки и малоберцовой кости, но и через область межберцового синдесмоза и нижний эпифиз большеберцовой кости. Таким образом одновре­менно достигается остеосинтез наружной лодыжки, проч­ное ее удержание у большеберцовой кости, т. е. устраня­ется расхождение вилки межберцового синдесмоза и подвывих стопы кнаружи. Если же удержать фрагменты наружной лодыжки между собой и устранить расхожде­ние вилки берцовых костей спицами не удается, то при­меняется металлический болт с гайкой. Тогда после точного анатомического сопоставления фрагментов наружной лодыжки или малоберцовой кости и устранения подвывиха стопы кнаружи через дистальный фрагмент наружной лодыжки, межберцовый синдесмоз и нижнюю треть большеберцовой кости сверлом проводят туннель в направлении снизу вверх сзади наперед под углом 45° к длинной оси голени. В этот туннель проводят болт и производят одновременно прочный остеосинтез фраг­ментов лодыжки и берцовых костей в области синдесмоза. Затем операция продолжается на внутренней лодыжке. Производят точное анатомическое сопоставление ее фраг­ментов, которые фиксируются металлическим винтом или спицами. Операционные раны послойно зашивают наглу­хо. Производят контрольную рентгенографию. Накла­дывают глухую гипсовую повязку до коленного сустава. Через 3 месяца повязку снимают. После контрольной рентгенографии и при наличии консолидации костных фрагментов голеностопного сустава назначают ЛФК, массаж, механотерапию, дозированную нагрузку на су­став. Рекомендуется носить эластичный бинт и ортопеди­ческую обувь. Трудоспособность восстанавливается через 6—8 месяцев.



***Лечение данной пациентки.***

***Оперативное лечение.***

Из наружного бокового разреза обнажают линию перелома латеральной лодыжки. Удаляют гематому, очищают суставную щель. Освежают костной ложкой костные отломки наружной лодыжки. При этом добиваются восстановления длины латеральной лодыжки и устранения ротации ее дистального отдела кнаружи. Производят остеосинтез латеральной лодыжки после репозиции отломков спицами. Так же устраняют подвывих стопы.

Над внутренней лодыжкой проводится продольный кожный разрез. Щель перелома обнажается непосредственно под кожей. После удаления оторванных участков надкостницы и кровяных сгустков в области перелома в верхушку смещенной внутренней лодыжки вставляется острый костный крючок, и фрагмент оттягивается на свое место. Точная репозиция может быть установлена на основании точного соответствия кортикальных зубцов. Затем фрагмент фиксируется на своем месте двумя удерживающими проволоками.  
У проксимального конца раны при помощи 2 лш-ового спирального сверла перпендикулярно к костной оси просверливается кортикальный слой больщеберцовой кости. В просверленное отверстие вставляется гибкая проволока толщиной в 1 мм, которая перекрещивается в форме восьмерки над переломом и затем скручиванием натягивается под выступающими концами двух проволок Kirschner. Удерживающие проволоки перегибаются и откусываются на расстоянии 2—3 мм от кости. Затем крючковидные концы проволоки скручиваются над проволочной петлей до тех пор, пока не погружаются в мягкие ткани.

Операционные раны зашивают, проводят контрольную рентгенографию.

***Иммобилизация.***

Накладывают гипсовую лонгету на 8-10 дней, на время, в течение которого спадает отек голеностопного сустава. За этот период лонгеты необходимо подбинтовывать мягкими бинтами, а после снятия швов (через 8-10 суток)— гипсовый сапожок на 2-2,5 мес.

***Медикаментозное лечение.***

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 2 мл 3 раза в день в течение 3-5 дней после операции.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1ml.

D.t.d.N. 10 in amp.

S. по 1 мл в/м 1 раз в день на ночь в течение 3-5 дней после операции.

Rp.: Tabulettas «Calcium-D3-nycomed» № 100

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день внутрь во время еды в течение 3-4 месяцев.

Rp.: Enalaprili 0,005

D.t.d. N. 20 in tab.

S. По 1 таблетке внутрь 2 раза в день независимо от приема пищи постоянно.

***Восстановительное лечение.***

После контрольной рентгенографии и при наличии консолидации костных фрагментов голеностопного сустава назначают ***ЛФК, массаж, механотерапию, дозированную нагрузку на су­став, суховоздушные ванны, озокеритовые и грязевые аппликации.*** Рекомендуется носить эластичный бинт и ортопеди­ческую обувь в течение года после травмы.

***Дневник курации.***

***04.05.2011г*** Жалобы на умеренную болезненность в области правого голеностопного сустава. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение в постели вынужденное, так как на правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы.

Температура - 36,7. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум на верхушке. PS 76 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД 140\90 мм рт.ст. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и диурез в норме. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

***Назначения.***

Стол № 15.

Режим постельный.

Ортопедическое лечение: продолжать иммобилизацию голени гипсовой лонгетой.

Медикаментозное лечение:

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 2 мл 3 раза в день.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1ml.

D.t.d.N. 10 in amp.

S. по 1 мл в/м 1 раз в день на ночь.

Rp.: Tabulettas «Calcium-D3-nycomed» № 100

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день внутрь во время еды.

Rp.: Enalaprili 0,005

D.t.d. N. 20 in tab.

S. По 1 таблетке внутрь 2 раза в день независимо от приема пищи.

***06.05.2011г*** Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Положение в постели вынужденное, так как на правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы.

Температура - 36,6. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум на верхушке. PS 76 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. АД 140\90 мм рт.ст. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и диурез в норме. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

***Назначения.***

Стол № 15.

Режим постельный.

Ортопедическое лечение: продолжать иммобилизацию голени гипсовой лонгетой.

Медикаментозное лечение:

Rp.: Tabulettas «Calcium-D3-nycomed» № 100

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день внутрь во время еды.

Rp.: Enalaprili 0,005

D.t.d. N. 20 in tab.

S. По 1 таблетке внутрь 2 раза в день независимо от приема пищи.

***Эпикриз.***

Чиндо Ирина Анатольевна, 45 лет, поступила в травматологическое отделение БСМП 01.05.2011 в 20.10. из травмопункта с диагнозом: «Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи». Отсутствовало алкогольное опьянение.

Из анамнеза стало известно, что травма получена 01.05.2011г. в 18.50., когда больная находилась на даче в Улановичах. Выходя из дома, оступилась на ступеньке порога и упала. В момент падения услышала хруст в правом голеностопном суставе, затем почувствовала в нем резкую боль, из-за которой не смогла подняться самостоятельно. При пальпации поврежденной области чувствовала усиление болезненности и крепитацию костных отломков, сустав был сильно увеличен в объеме, стопа смещена кнаружи. В травмопункт была доставлена сыном на личной автотранспорте, мероприятия первой врачебной помощи (обезболивание, транспортная иммобилизация) на месте происшествия не проводились.

При поступлении жаловалась на интенсивную боль в области правого голеностопного сустава, усиливающуюся при попытке движения в нем, не исчезающую в покое. Также имелись жалобы на онемение области вокруг правого голеностопного сустава, потерю его подвижности, нарушение функции голени и стопы, тошноту, озноб, слабость и головокружение.

***Данные лабораторных и инструментальных исследований:***

*ЭКГ от 02.05.2011.*

*Заключение:* Синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 78 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Общий анализ крови от 02.05.2011.*** | |
| Гемоглобин | 140 г/л. |
| Эритроциты | 4,1·1012/л |
| СОЭ | 10 мм/час. |
| Лейкоциты | 7,2·109/л |
| Базофилы | 1% |
| Эозинофилы | 2% |
| *Нейтрофилы*: |  |
| Сегментоядерные | 75% |
| палочкоядерные | 1% |
| Лимфоциты | 20% |
| Моноциты | 3% |

*Заключение: без патологии*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Общий анализ мочи от 02.05.2011.*** | |
| Цвет | желтая |
| прозрачность | прозрачная |
| реакция | кислая |
| уд.вес | 1015 |
| белок | нет |
| лейкоциты | 1-2 в поле зрения |

*Заключение:* без патологии

|  |  |
| --- | --- |
| ***Биохимический анализ крови от 02.05.2011*** | |
| Общий белок | 78 г/л. |
| Фибриноген | 3,8 г/л. |
| Мочевина | 4,9 ммоль/л |
| Креатинин | 74 мкмоль/л |
| Билирубин общий | 18,5 мкмоль/л |
| АЛАТ | 34 Е/л |
| *АСАТ* | 38 Е/л |
| Холестерин общий | 4,5 ммоль/л |
| Глюкоза | 4,9 ммоль/л |
| Щелочная фосфатаза | 56 Е/л |

*Заключение:* без патологии.

***Клинический диагноз:***

***Основной:*** Изолированная травма: закрытый абдукционно-пронационный перелом правой внутренней лодыжки, оскольчатый перелом правой наружной лодыжки с подвывихом стопы кнаружи.

***Сопутствующий:*** Артериальная гипертензия I ст., р. 2.

***Лечение:***

Проведен кортикальный остеосинтез спицами наружной и внутренней лодыжки. Выполнен рентгенологический контроль правильности репозиции.

* ***Контрольные рентгенограммы после проведения кортикального остеосинтеза спицами (01.05.2011).***





***Иммобилизация.***

Накладывают гипсовую лонгету на 8-10 дней, на время, в течение которого спадает отек голеностопного сустава. За этот период лонгеты необходимо подбинтовывать мягкими бинтами, а после снятия швов (через 8-10 суток)— гипсовый сапожок на 2-2,5 мес.

***Медикаментозное лечение.***

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 2 мл 3 раза в день в течение 3-5 дней после операции.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1ml.

D.t.d.N. 10 in amp.

S. по 1 мл в/м 1 раз в день на ночь в течение 3-5 дней после операции.

Rp.: Tabulettas «Calcium-D3-nycomed» № 100

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день внутрь во время еды в течение 3-4 месяцев.

Rp.: Enalaprili 0,005

D.t.d. N. 20 in tab.

S. По 1 таблетке внутрь 2 раза в день независимо от приема пищи постоянно.

***Восстановительное лечение.***

После контрольной рентгенографии и при наличии консолидации костных фрагментов голеностопного сустава назначают ***ЛФК, массаж, механотерапию, дозированную нагрузку на су­став, суховоздушные ванны, озокеритовые и грязевые аппликации.*** Рекомендуется носить эластичный бинт и ортопеди­ческую обувь в течение года после травмы.

*Прогноз для жизни* – благоприятный, так как отсутствует повреждение важных органов и систем организма, и травма не представляет непосредственной угрозы для жизни.

*Прогноз для здоровья* – благоприятный при соблюдении всех рекомендаций лечащего врача.

*Прогноз для труда* – благоприятный.

***Заключение.***

Переломы лодыжек — это одни из наиболее распространенных внитрисуставных переломов скелета человека.

Переломы лодыжек в большинстве случаев являются следствием непрямой травмы. Причиной перелома у данной пациентки явилась непрямая травма при подвертывании стопы кнаружи с одновременной внезапной нагрузкой по оси конечности (собственным весом тела пострадавшей).

Клинические признаки перелома лодыжек — боль, отек, изменение контуров сустава, нарушение функции. Как правило, больные не могут опереться на поврежденную ногу, но при некоторых переломах без смещения опороспособность ноги сохранена, хотя болезненна. Для уточнения диагноза проводят рентгенографию голеностопного сустава.

***Одним из непременных условий достижения хороших результатов при лечении повреждений голеностопного сустава является точное анатомическое восстановление повреждений его элементов, удержание их до полного сращения и последующее восстановление функции сустава.***

Цели оперативного лечения перелома лодыжек: анатомически точное восстановление соотношения суставных поверхностей в голеностопном суставе; восстановление капсульно-связочного аппарата и синдесмоза; удаление фрагментов хряща; стабильный остеосинтез, дающий возможность проведения функционального лечения.

Последствия перелома лодыжек: нарушение функции голеностопного сустава, хронические боль и отек, деформирующий артроз, отсекающий остеохондроз. При анатомичной репозиции, стабильном остеосинтезе, и интенсивных занятиях лечебной физкультурой, как правило, достигается хороший функциональный результат. При точном соблюдении предписаний врача моей пациентке удастся избежать этих осложнений.

***Литература.***

1. Х.А. Мусалатов, Г. С. Юмашев, «Травматология и ортопедия», изд. «Медицина», 1995г.

2. В.Н. Гурьев «Консервативное и оперативное лечение повреждений голеностопного сустава», изд. «Медицина», 1971г.

4. «Новые решения актуальных проблем в травматологии и ортопедии» (РГМУ), изд. «Эликта принт», 2001г.

5. Л.Н. Анкин, В.Б. Левицкий «Принципы стабильно-функционального остеосинтеза», 2002г.

6. И. А. Мошкович «Оперативная ортопедия», изд. «Медицина», 1983г.

7. «Основы травматологии и ортопедии» А.А. Коломиец, Е.А. Распопова.Г. Барнаул 2002 год.

***Интернет-источники:***

[*http://bone-surgery.ru/view/lodyzhka.\_lechenie\_perelomov\_lodyzhek*](http://bone-surgery.ru/view/lodyzhka._lechenie_perelomov_lodyzhek)

[*http://www.correction.ru/content/view/34/26/*](http://www.correction.ru/content/view/34/26/)

[*http://www.ref.by/refs/50/37325/1.html*](http://www.ref.by/refs/50/37325/1.html)

[*http://www.phitenshop.ru/ortoped/perelom\_lodyizhek/*](http://www.phitenshop.ru/ortoped/perelom_lodyizhek/)

[*http://zapitanie.ru/lechenie-pereloma-lodizhki*](http://zapitanie.ru/lechenie-pereloma-lodizhki)

[*http://my-ortoped.ru/travmatologiya/perelomy-kostej-goleni/perelomy-lodyzhek.html*](http://my-ortoped.ru/travmatologiya/perelomy-kostej-goleni/perelomy-lodyzhek.html)

[*http://extremed.ru/clinicchir/16-travma/170-crisesankle*](http://extremed.ru/clinicchir/16-travma/170-crisesankle)

[*http://zapitanie.ru/lechenie-pereloma-lodizhki*](http://zapitanie.ru/lechenie-pereloma-lodizhki)