

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ
КИСТИ**

**Дипломная работа студента
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Вдовенко Максима Сергеевича**

Научный руководитель:
преподаватель Мухин А.В.

Рецензент:
старшая медицинская сестра
по амбулаторно поликлинической
помощи
ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница», детская
поликлиника №4 Кузьмина С.Б.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ КИСТИ ЧЕЛОВЕКА.....	5
1.1.Краткий очерк развития травматологии в России.....	5
1.2. Строение и характеристика костей кисти человека	6
1.3. Исследование переломов пальцев кисти.	8
1.4. Особенности лечения переломов кисти.....	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ	17
2.1. Организация и методики исследования.....	17
2.2. Анализ полученных данных.....	17
2.3. Рекомендации при переломах кисти	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	36

ВВЕДЕНИЕ

«Травматология-это наука изучающая нарушение целостности костей человека, механизм их развития и основные моменты диагностики лечения и восстановления.

О лечении травм конечностей люди знали ещё с глубокой древности

Гиппократ написал труды о методах вправления вывиха и лечении переломов, другие учёные - Цельс и Гален занимались успешным лечением деформированных конечностей» [6].

Актуальность: выбранная мной тема актуальна в наше время тем, что возникающие травмы и развывшиеся от них осложнения при неправильном лечении являются одной из причин смертности, инвалидности и потери трудоспособности.

Проблемы травматизма актуальны, как и в России, так и во всём мире.

«По данным ВОЗ ежегодно в мире умирает более 3,5 миллионов человек и инвалидизации около 5 миллионов.

В Российской Федерации по сравнению с 2011 годом на 2019 год произошло существенное увеличение травматизации и инвалидизации и выражается в увеличении процентного соотношения.

На возникновение травм влияют такие факторы как: пол, возраст, особенности анатомического строения скелетного аппарата, регион проживания и сопутствующие заболевания. Также развитие переломов может быть спровоцировано недостаточно полноценным питанием и работой на вредном производстве» [8].

Профилактика травматизма и лечения возникших травм представляет собой основную задачу хирургии и ортопедии.

Поставленная задача для достижения успешного лечения травматизма и его профилактике должна иметь сильную концептуальную базу с основными

знаниями о причинах возникновения переломов особенности их течения и методах оказания помощи при них.

В дипломной работе рассматривалась **тема:** «Значение лечебной физической культуры при переломах кисти».

Целью дипломной работы: является исследование причин и последствий переломов пальцев правой руки и разработка основных направлений лечебной физической культуры для реабилитации пальцев правой кисти.

В соответствии с целью можно выделить следующие **задачи дипломной работы:**

1. Изучить содержание медицинской литературы.
2. Изучить последствия переломов.
3. Рассмотреть основные методы лечения.
4. Рассмотреть роль лечебной физической культуры в реабилитации пациентов после переломов.
5. Исследовать особенности ЛФК в лечении травм и повреждений пальцев кисти.
6. Дать пациентам рекомендации для скорейшего выздоровления.

Объектом исследования: являются основные направления лечебной физической культуры для реабилитации пациентов.

Предмет исследования: ЛФК при переломах пальцев кисти.

Методы исследования: изучение литературных источников, проведение анализа действий ЛФК при лечении переломов, и проведение социологического опроса среди пациентов.

ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ КИСТИ ЧЕЛОВЕКА

1.1. Краткий очерк развития травматологии в России

В древней Руси травматология считалась делом людей по профессии костоправы. Данное ремесло и послужило основным толчком к развитию отечественной травматологии.

«Начала 19 века принято считать датой становления данной науки в России. В это же время открываются 2 школы травматологии Московская и Петербургская, здесь читают лекции по лечению вывихов и переломов.

С 70-х годов 19 века начала интенсивно развиваться учения об асептики и антисептики. Такое положение дел способствовало делать более сложные при необходимости операции при переломах костей. Предпосылками к развитию отечественной травматологии послужили развитие асептики и антисептики и труды Н.И. Пирогова в военно-боевых условиях, которые посвящались лечению ран и переломов оперативным путём» [4].

«В своём развитии отечественная травматология имеет 5 этапов:

1) До конца 19 века:

В 1806 – 1807 годах в свет вышла книга «Первые начала костоправной науки». В этих трудах рассматривались вопросы десмургии и хирургии. Были открыты Московская и Петербургская школы травматологии, в которых читались лекции по лечению переломов и вправлению вывихов.

2) С начала 20 века:

Во время Первой мировой войны Р. Р. Вреден, опубликовал монографию о хирургическом лечении туберкулеза (1914), в 1917 г. вышла его работа об ампутациях.

В 1918 г. была организована первая в России кафедра травматологии при Государственном институте медицинских знаний. Научно обоснована

целесообразность организации специальных травматологических отделений и подготовки кадров врачей-травматологов. В 1927 г. под руководством и при активном участии А. Л. Поленова издано первое в стране руководство по травматологии «Основы практической травматологии».

3) С 50-ых годов 20 века:

В 1950-х гг. талантливый ученый и врач Гавриил Абрамович Елизаров разработал принципиально новый метод лечения переломов костей — чрескостный остеосинтез компрессионно-дистракционными аппаратами.

Открытый Г. А. Елизаровым эффект закономерности влияния напряжения растяжения на генез и рост тканей принес ему мировую известность. Используя методы и аппараты Елизарова. Травматологи могут удлинять конечности, исправлять любые деформации костей, замещать дефекты костей и мягких тканей.

4) с 70-х годов XX века:

Характерной особенностью того времени являлись всевозможные съезды и конференции, на которых рассматривались различные вопросы в лечении переломов и восстановлению функций органов» [3].

5) Настоящее время:

Применяются такие методы, как:

1. Остеосинтез костей скелета металлическими конструкциями
2. Восстановление длины и формы конечностей управляемыми наружными аппаратами чрескостной фиксации

Данные процедуры позволяют проводить современные диагностические и лечебные аппараты и новые методы лечения.

1.2. Строение и характеристика костей кисти человека

«Кисть — это располагающийся удалённо от центра отдел верхней конечности. Функции кисти – чувствительная и двигательная. Так называемой

границей, располагающейся между предплечьем и кистью, является линия лучезапястного сустава, которая находится выше линии между шиловидными отростками лучевой и локтевой костей на 1 сантиметр.

Кисть состоит из тыльной и ладонной поверхностей, запястья, пясти и пальцев. Кости запястья представляют собой 2 ряда: дистальный (располагается далеко от центра) и проксимальный (располагается близко к центру). Близкий включает в себя ладьевидную, полулунную, трёхгранную и гороховидную кости.

Удалённый ряд включает в себя: большую и малую многоугольную, головчатую и крючковидную кости» [7].

«Все эти кости соединяются друг с другом, взаимодействуют с близлежащими костями и образуют сложный аппарат единого кистевого сустава, состоящего из лучезапястного, межзапястного и запястно-пястного суставов.

Данная совокупность в анатомическом строении позволяет совершать двигательные движения в следующих пропорциях: ладонное сгибание до 90° и тыльное – до 70° , лучевое отведение – 30° и локтевое – 40° .

В структурный аппарат пясти включены 5 трубчатых костей и пястно-фаланговые суставы. Данное образование представляет собой шарообразную форму и характеризуется осуществлением следующих функций: сгибание, разгибание, отведение и приведение пальцев.

Костную совокупность пальцев представляют 3 фаланги: основная, средняя и ногтевая. Исключение составляет 1 палец, он не содержит в своём строении среднюю фалангу.

Фаланги разграничиваются межфаланговыми суставами, имеющими блоковидную форму и обеспечивающими функцию сгибания фаланг с амплитудой около 90° .

Ладонная область кисти и пальцев характеризуется наличием толстого кожного покрова и содержанием большого числа потовых желёз и нервных окончаний» [7].

Подкожная клетчатка ладони представляет собой плотную консистенцию. В середине ладони отчётливо выделяется ладонный апогenez (совокупность тяжей, полностью покрывающих поверхность человеческой ладони), он имеет своеобразную треугольную форму.

«Особенностью характеристики строения служит то, что в вершину как бы входит сухожилие длинной мышцы ладони и основание направляется к пальцам.

Мышцы самой кисти подразделяются на короткие и длинные. В числе коротких мышц наиболее хорошо развиты мышцы в области возвышения большого пальца, что позволяет противопоставлять его всем остальным и обеспечивать функцию захвата. Длинные мышцы кисти включают в себя локтевой и лучевой сгибатели, длинный сгибатель 1 пальца и поверхностный и глубокий сгибатели 2 и 4 пальцев.

Кожа внутренней поверхности кисти подвижная, имеет сальные и потовые железы, покрыта волосным покровом. Через костно-фиброзные каналы проходят разгибатели кисти и пальцев, образуя так называемую «анатомическую табакерку» и являются своего рода проводниками лучевой артерии на тыльную сторону кисти. Сухожилия фаланг переходят в сухожильные растяжения, которые имеют в своём окончании 3 ножки, и каждая из них имеет своё крепление: средняя – к основанию средней фаланги и 2 боковые – к основанию ногтевой фаланги» [1].

1.3. Исследование переломов пальцев кисти

Частыми причинами переломов является в основном механическое воздействие: удар, воздействие тяжести или движущегося механизма.

«Переломы бывают поперечными (линия излома кости приобретает прямо перпендикулярное расположение к продольной оси кости), оскольчатыми (сломанная кость раздробляется на 3 и более части),

винтообразными (линия перелома проходит по спирали), внутрисуставными (линия перелома частично или полностью располагается в полости сустава) и внесуставными (искривление костной оси походит под углом).

Поперечный перелом возникает в результате прямого удара, падения или подъёма тяжестей, отражаются на трубчатых костях.

Оскольчатые переломы возникают вследствие прямого воздействия тупым предметом или спортивной травмы.

Причинами развития внутрисуставных переломов являются ДТП, занятия спортом и травмы на производстве.

Внесуставной может возникнуть по причине падения в гололёд» [4].

Общими симптомами при переломах являются боль, припухлость, отёк и ограничение подвижности.

«Основным диагностическим критерием при переломе является проведение рентгенологического. Также существуют и другие методы: осмотр, пальпация и проведение функциональных проб на сгибание и разгибание. Различают несколько видов переломов фаланг пальцев: поперечные, косые или оскольчатые, вне – и внутрисуставные, со смещением и без смещения» [6].

Подобные переломы диагностируются легко.

Лечение бывает консервативным и оперативным. Перелом без смещения лечат консервативно: «Необходимо обеспечить иммобилизацию гипсовой лангетной, на 20-21 день, иногда дольше. Нужно постоянно следить, чтобы повязка сохраняла функциональное положение пальцев с направлением, то есть сведением, их кончиков на шиловидный отросток лучевой кости, неповрежденные пальцы должны при этом оставаться свободными и не быть сдавленными в кисти» [3].

«При наличии перелома со смещением прибегают к оперативному методу лечения: проводят репозицию отломков. Это делается для того, чтобы добиться точного их сопоставления. Обязательно добиваются сопоставления отломков, для того, чтобы не произошла утрата функции пальца» [4].

Если произошел перелом без смещения, на поврежденный палец накладывается ладонная гипсовая лонгета или шина Болеро на срок до одного месяца.

Перелом первой пястной кости выходит на 1 место и чаще всего встречается у мужчин.

«Травма возникает вследствие удара согнутым пальцем о твёрдую поверхность.

Классификация:

1. перелом основания
2. перелом диафиза
3. внутрисуставной
4. внесуставной
5. поперечный.

Перелом основания характеризуется отёком и припухлостью в зоне поражения, 1 палец согнут и прижат к ладони, усиливается боль в зоне поражения» [8].

«Простой перелом с вывихом называется переломом Беннета.

Причины возникновения: сильный удар по запястью, удар согнутым большим пальцем и падение с приземлением на выставленный большой палец.

Клинические проявления: У пострадавшего сразу после травмы появляется сильная боль в области основания большого пальца. На тыльной поверхности кисти и в области лучезапястного сустава возникают выраженный отек и подкожное кровоизлияние. Также данный перелом сопровождается резкой болезненностью при сгибании или разгибании, приведении или отведении большого пальца. Пострадавший не может сделать ротационные движения кистью и пальцем» [6].

Диагностика: осмотр и пальпация (специалист может выявить сильную болезненность и смещение края первой пястной кости) и проведение рентгенографии в 2 проекциях.

Методы лечения: консервативный и оперативный.

«Многооскольчатый перелом с вывихом носит название перелома Роланда. Проводятся те же диагностические мероприятия, что и при переломе Беннета. Лечение может быть, как консервативным, так и оперативным. Проводится одномоментная репозиция костных отломков с последующим наложением гипсовой повязки с обязательным захватом большого пальца при проведении контрольного рентгеновского снимка. Отломки фиксируют при помощи одной или двух спиц на 3 недели. После этого спицы извлекают, а гипсовую повязку оставляют до 5 недель. Затем назначают физиотерапию и лечебную физкультуру» [4].

Перелом диафиза – тела первой пястной кости встречается редко. Это обусловлено подвижностью кости.

Развивается при нанесении прямого удара по кости. При отсутствии признаков смещения накладывают гипсовую повязку от средней трети предплечья до основания пальцев, но первый палец должен быть полностью обездвижен, на месяц.

«Переломы второй, третьей, четвертой и пятой пястных костей встречаются значительно реже. Развиваются они при падении на кулак или ударе кулаком прямо в кость. Характерными симптомами являются боль в кости и ладони, усиливающаяся при попытке сжать руку в кулак» [6].

«Оказание первой помощи:

1. обеспечение неподвижного положения
2. наложение шины (изготавливается шина, имеющая вид желоба, накладывается от локтевого сустава до концов пальцев.

В подготовленный заранее желоб кладется ватная подстилка, в пострадавшую кисть зажимают плотный ватный или марлевый шарик и плотно фиксируется. Для этой цели используется косынка.

3. транспортировка в травматический пункт» [6].

«При открытом переломе проводятся те же мероприятия, только предварительно проводится обработка раны и наложение стерильной повязки.

Для более точной диагностики проводят рентгенологическое исследование в 2 проекциях, которое позволяет уточнить характер и локализацию перелома, а также направление смещения костных отломков.

Второй рентгеновский снимок делают спустя 10-12 дней с целью определения правильного сращения сопоставленных обломков. Данная процедура также позволяет определить эффективность проведённого лечения» [6].

1.4. Особенности лечения переломов кисти

«Перелом кисти может включать в себя нарушение целостности костей и фаланг пальцев. Каждый вид перелома характеризуется конкретными причинами возникновения этих переломов соответствующей клинической картиной, определёнными методами лечения и восстановлением подвижности повреждённого органа.

При переломе фаланг пальцев лечение заключается в репозиции это восстановление костных отломков и их соединения

Все эти этапы лечения имеют важное значение в процессе реабилитации, пренебрежение каким-либо из них может привести к тяжёлым последствиям» [8].

«В случае перелома фаланга травмируется не только кость, но и окружающие её мягкие ткани. Если палец останется в неблагоприятном состоянии в течение длительного времени восстановление функции может быть затруднено из-за рубцевания мягких тканей.

Например, если пальцы вытянуты в течение длительного времени боковые связки межфаланговых суставов сжимаются и не позволяют пальцу сгибаться после сращения частей сломанной кости» [5].

При лечении переломов фаланг пальцев необходимо придерживается следующих правил;

1. Обеспечить неподвижность повреждённого органа.
2. Провести при необходимости репозицию.
3. Наложить гипсовую повязку.
4. Проводить ЛФК здоровых пальцев кисти.

«Сравнение частей необходимо осуществлять под наркозом. Мягкие ткани плотно прилегают к кости. Введение новокаина создаёт большее напряжение тканей, что не во всех случаях безопасно по этой причине лучше использовать проводниковые обезболивающие. 10мл 1% раствора новокаина вводят в межпальцевые промежутки с каждой стороны повреждённого пальца. В этот момент пациент получает достаточное обезболивание повреждённого пальца, позволяющее безболезненно сопоставить отломки» [6].

В каждом травматологическом кабинете поликлиники или травматологическом пункте должен быть набор проволочных шин для пальцев.

«Перед позиционированием необходимо подготовить шину наложить на неё тонкую полоску картона, накрыть шину тонкой ватной полосой и обмотать бинтом.

После того как конструкция готова, необходимо наложить циркулирующую гипсовую повязку от средней трети предплечья до пястно-фаланговых суставов, шину необходимо накладывать так, чтобы она располагалась по ладонной поверхности повреждённого пальца.

При накладывании шину необходимо установить так, что её свободный край выступал над верхушкой пальца на 1-2 сантиметра.

Палец необходимо уложить так, укрепляя его несколькими турами липкого пластыря начиная чуть ниже ногтя.

При этом прибинтованный палец, следуя за изгибом, натягивает сломанную фалангу, и отломки устанавливаются в правильном положении. Необходимо следить, чтобы не произошло гиперкоррекции.

При сгибании шины палец принимает полусогнутое, благоприятное для функции положение» [6].

Необходимо еще раз подчеркнуть, что точное сопоставление отломков имеет решающее значение для восстановления функции. Так, сопоставляют фрагменты при смещении под углом, открытым к тылу.

«При смещении под углом, открытым в ладонную сторону, которое встречается при переломе средней фаланги, после того как шина в гипсована, ее изгибают так, чтобы уложенный на нее палец принял полусогнутое положение. Затем в рентгеновском кабинете, нажимая на вершину угла, образованного фрагментами, репозируют отломки.

Проверив правильность положения отломков, палец фиксируют к шинку несколькими турами липкого пластыря.

При переломах основной фаланги со смещением под местной анестезией осуществляют закрытое сопоставление отломков путем вытяжения по оси, давления на сместившийся фрагмент с ладонной поверхности и сгибания основной фаланги до прямого угла. Иммобилизацию пальца осуществляют гипсовой или металлической шиной в указанном выше положении в течение 3-4 недели. Трудоспособность восстанавливается через 5-6 недели» [7].

«Если закрытым путем сопоставить фрагменты не удалось, прибегают к открытой репозиции. Иммобилизацию осуществляют гипсовой или металлической шиной в течение 4 недели. Спицу извлекают в этот же срок. Трудоспособность восстанавливается через 5-6 лет.

При открытых переломах основной фаланги операцию хирургической обработки необходимо закончить репозицией отломков и остеосинтезом» [4].

При переломах средней фаланги лечение проводят, как и при переломе основной фаланги. Необходимо помнить, что характер смещения зависит от уровня перелома относительно к месту прикрепления поверхностного сгибателя пальца.

Если плоскость излома проходит дистальное места прикрепления сухожилия, то центральный отломок будет отклоняться в ладонную сторону и между фрагментами образуется угол, открытый к тылу.

Продолжительность иммобилизации при переломах средней фаланги - 3 недели.

Трудоспособность восстанавливается через 4-5 недели. Оперативную стабилизацию отломков при повреждении средней фаланги осуществляют при неудаче закрытой репозиции, а также при открытых переломах.

«При переломах ногтевой фаланги осуществляют иммобилизацию пальца липким пластырем или на палец накладывают циркулярную гипсовую повязку в среднефизиологическом положении фаланг. Гипсовая повязка обеспечивает более скорое возвращение к трудовой деятельности, продолжительность иммобилизации составляет 10- 15 дней» [7].

Внутрисуставные переломы фаланг более серьезны. При переломах без смещения осуществляют иммобилизацию в функционально удобном положении в течение 2 недели с последующей лечебной гимнастикой.

При переломах со смещением краевых фрагментов осуществляют репозицию натяжением капсулы сустава, а если сопоставление не удается - последнюю проводят открыто.

Продолжительность иммобилизации - 15-20 дней.

«Лечебную гимнастику можно начинать через 3 недели, особое внимание уделив в период иммобилизации движениям в смежных суставах. При многооскольчатых внутрисуставных переломах с нарушением полное взаимное соответствие формы сочленяющихся костей суставных поверхностей иммобилизацию необходимо осуществлять в среднефизиологическом положении фаланги. Возможные последствия данного перелома характеризуется развитием такого явления как анкилоз» [2].

Активные движения неповрежденными пальцами необходимо производить с первых дней после травмы. Они способствуют улучшению кровоснабжения кисти и уменьшению отека. Больному следует разъяснить важность активных движений неповрежденными пальцами.

Кабинет лечебной физкультуры должен располагать набором приспособлений для восстановления функции. Однако лучшим способом

восстановления функции поврежденных пальцев являются активные движения, которые производит больной на протяжении всего дня.

«При переломах фаланг без смещения фрагментов их также следует фиксировать с помощью проволочной шины в функционально удобном положении поврежденного пальца сроком на 10—12 дней. Трудоспособность восстанавливается спустя 2—3 недели» [7].

Описанная выше методика иммобилизации и лечения переломов фаланг пальцев кисти в большинстве случаев позволяет сопоставить и фиксировать фрагменты на срок, необходимый для хорошего сращения. Однако встречаются случаи, когда отломки плохо сопоставляются и имеют тенденцию к повторному смещению, особенно при косых переломах.

В таких случаях показаны оперативное вмешательство и фиксация фрагментов путем внутрикостного введения спицы.

«Фиксацию другого типа приходится применять при отрывах кусочка кости от тыла ногтевой фаланги. На палец накладывают циркулярную гипсовую повязку. Для того чтобы она не соскальзывала с пальца, ее закрепляют на кисти несколькими турами загипсованного бинта. В положении пере-разгибания палец находится 3—4 недели. После снятия повязки функция пальца быстро восстанавливается.

При застарелых переломах, а также в тех случаях, когда отломок не сопоставляется с ногтевой фалангой или, ущемляясь в суставе, причиняет боль, показаны оперативное удаление отломка и сшивание разорвавшегося сухожилия разгибателя и капсулы.

Весьма часто при переломах ногтевой фаланги образуется подногтевая гематома, которая вызывает не меньшую боль, чем перелом. В этих случаях перед наложением фиксирующей шины в ногте следует сделать отверстие и удалить гематому» [7].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЕВ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КИСТИ

2.1. Организация и методики исследования

Цель практического исследования – заключается в изучении статистических данных случаев возникновения переломов костей кисти.

Объект исследования – лечебная физкультура, особенность ее применения.

Предмет исследования – случаи переломов костей кисти.

База исследования. Исследование проводилось на базе

Методы исследования. При проведении исследования был применен метод анкетирования, опрос 15 пациентов, находящихся на лечении с переломами кисти.

Материалы исследования. Анкета.

Опрос пациентов проводился с целью анализа применения лечебной физкультуры при переломах костей кисти.

2.2. Анализ полученных данных

Исследование проводилось за период преддипломной практики.

В данном исследовании была изучена и проанализирована статистика переломов различного характера.

По статистике «в России частота оперативного лечения переломов костей конечностей составляет 16%. Остальные 84% переломов лечатся консервативно. В последние годы повысились требования к быстрому восстановлению трудоспособности и сокращению сроков нахождения в стационаре» [2].

Эти условия продельваются совершенствованием оперативных методов лечения.

Переломы могут локализоваться в нижней, средней или верхней третях кости, а также проникать в сустав (внутрисуставные переломы). Нарушение целостности кости часто сопровождается смещением отломков. Различают четыре вида смещения: по ширине, по длине, по оси (под углом), по периферии (ротация). Редко наблюдается только один вид смещения, в большинстве случаев они бывают в виде различных комбинаций.

По имеющимся данным, можно сделать вывод, что переломы довольно частое явление.

Как было сказано выше, существуют закрытые и открытые переломы (Рис. 1).



Рис. 1. Виды переломов

Статистика переломов. «В мирное время частота закрытых переломов костей не превышает 85,5 %, открытых, в том числе огнестрельных 14,5 %.

Также можно отметить, что переломы встречаются как множественные – 205, так и одиночные 884» [8].

На интересующий нас вопрос о классификации переломов среди пациентов были получены следующие ответы (Рис. 2).

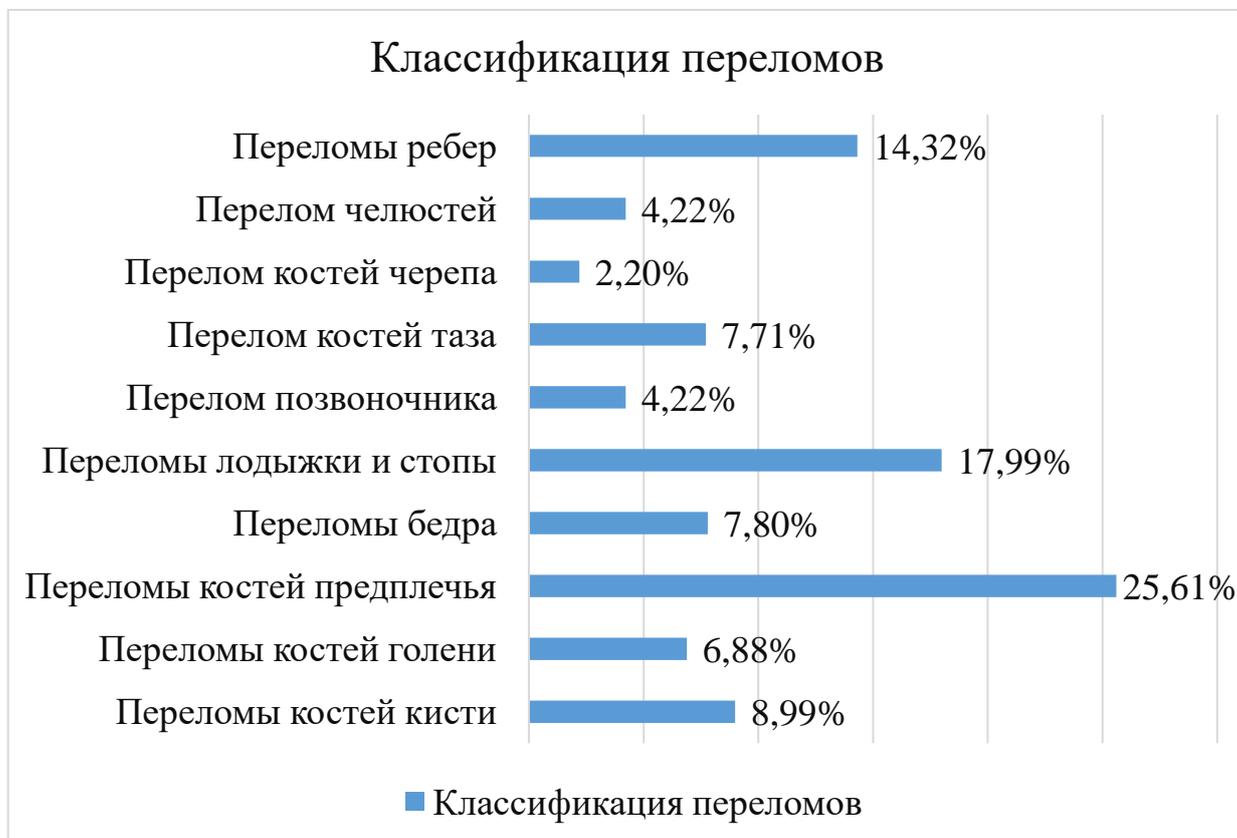


Рис. 2. Классификация переломов

При проведении анализа данной диаграммы можно отметить, что переломы костей предплечья выступает самыми встречающимися, что же касается самого низкого показателя, то переломы костей черепа встречаются намного реже всех остальных переломов.

Переломы костей кисти встречаются не очень часто.

На вопрос о численность переломов в различное время года ответы распределились следующим образом (Рис. 3).

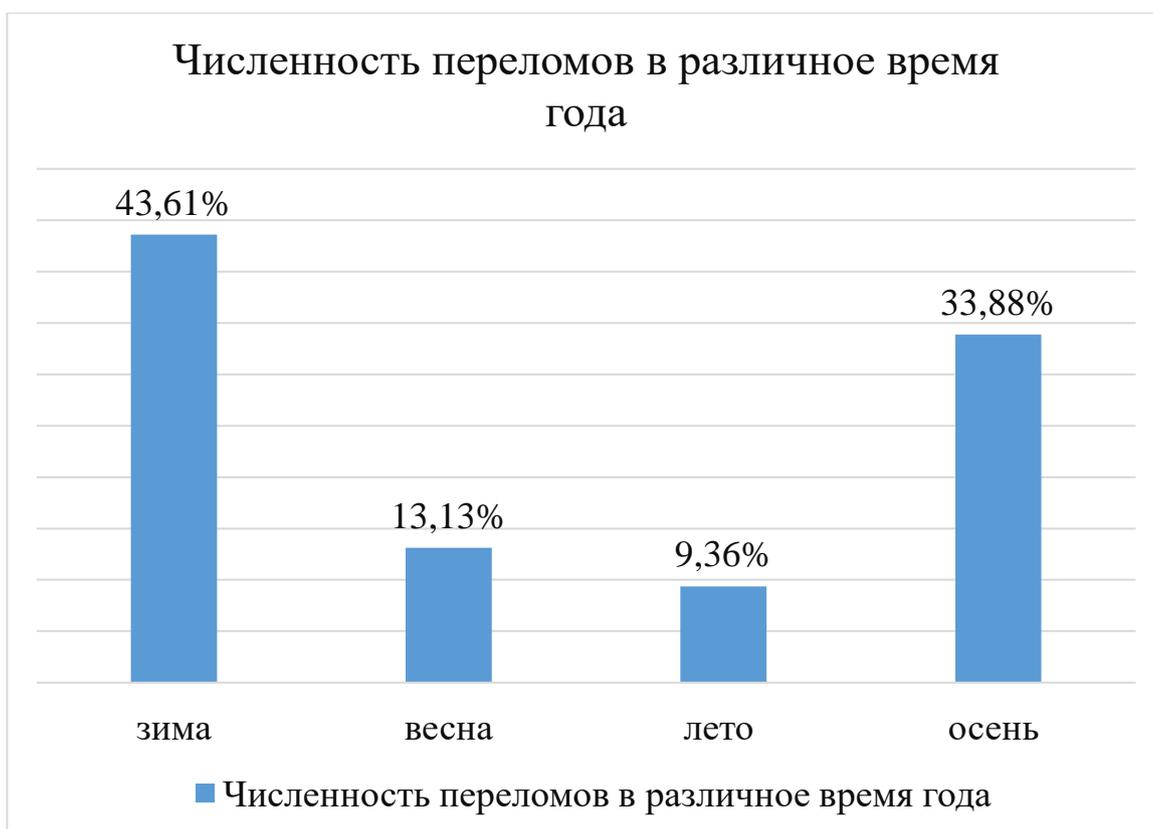


Рис. 3. Численность переломов в различное время года

Также необходимо подчеркнуть, в различный период времени переломы встречаются по-разному, это связано с временами года, в зависимости от погодных условий и занятости граждан.

Самое большое количество переломов встречается в зимнее время, это в первую очередь связано с погодными условиями.

Численность переломов в зависимости от возрастной категории граждан колеблется в следующем соотношении (Рис. 4).



Рис. 4. Численность переломов в зависимости от возрастной категории граждан

После проведенного исследования специфики переломов, необходимо отметить, что численность граждан, получивших переломы довольно высока, в связи с этим существует необходимость в дополнительной подготовке по оказанию первой помощи, медицинским сестре, фельдшеров, повышение их знаний в сфере разновидности переломов.

На вопрос о половой принадлежности среди опрашиваемых были даны следующие ответы (Рис. 5).

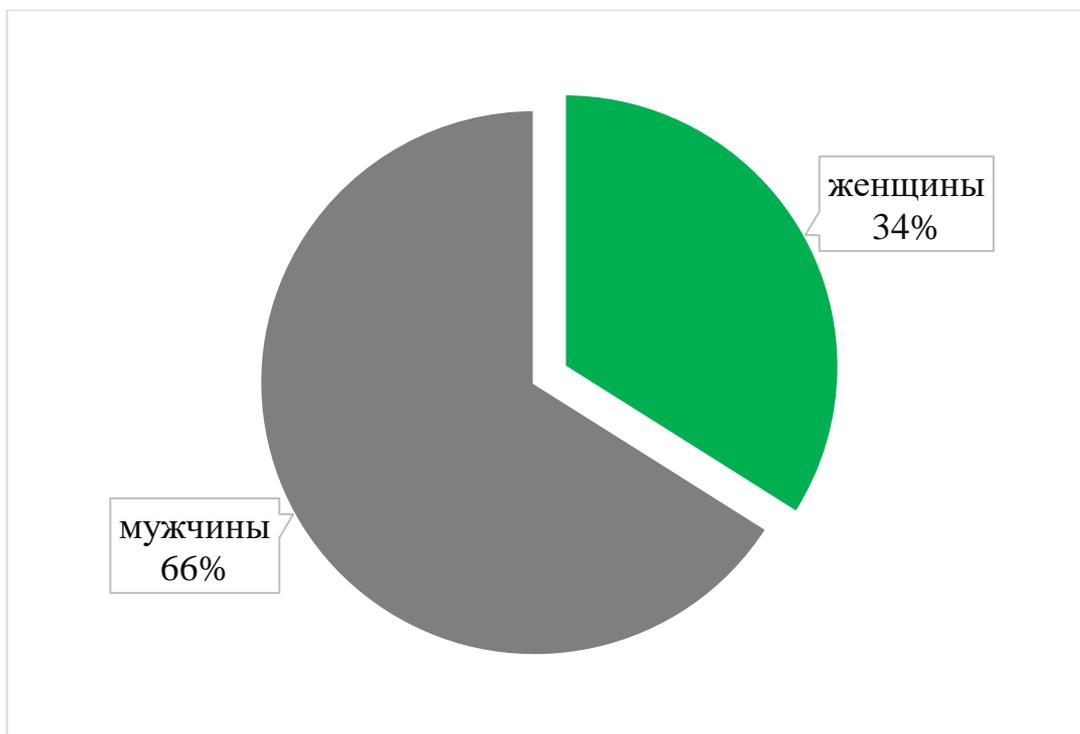


Рис. 5. Распределение по полу

При проведении опроса было выявлено, что большая часть пострадавших – мужчины – 10 человек.

Пациенты по возрастной категории распределились на несколько групп (Рис.6).

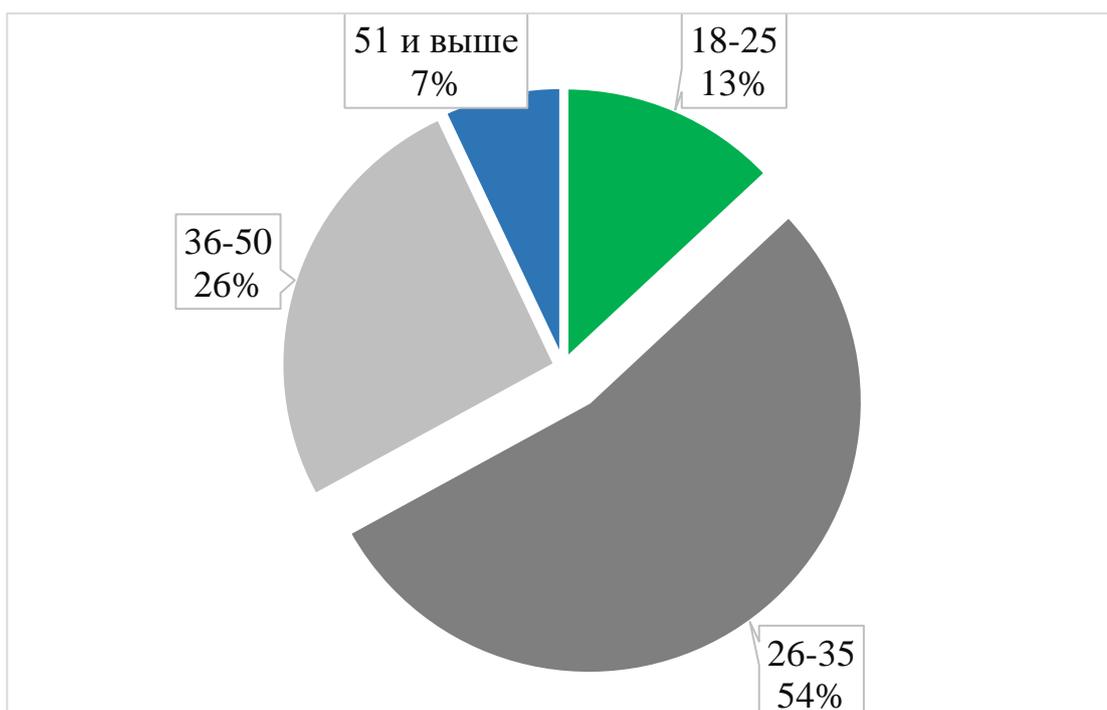


Рис. 6. Возраст респондентов

При полученных данных можно сделать вывод, что наибольшее число пострадавших находятся в средней возрастной категории – 26 -35 лет, наименьшая же численность приходится на возраст 51 год и выше – 1 пациент.

На вопрос об условиях получения травмы были даны следующие ответы анкетированных респондентов (Рис.7).

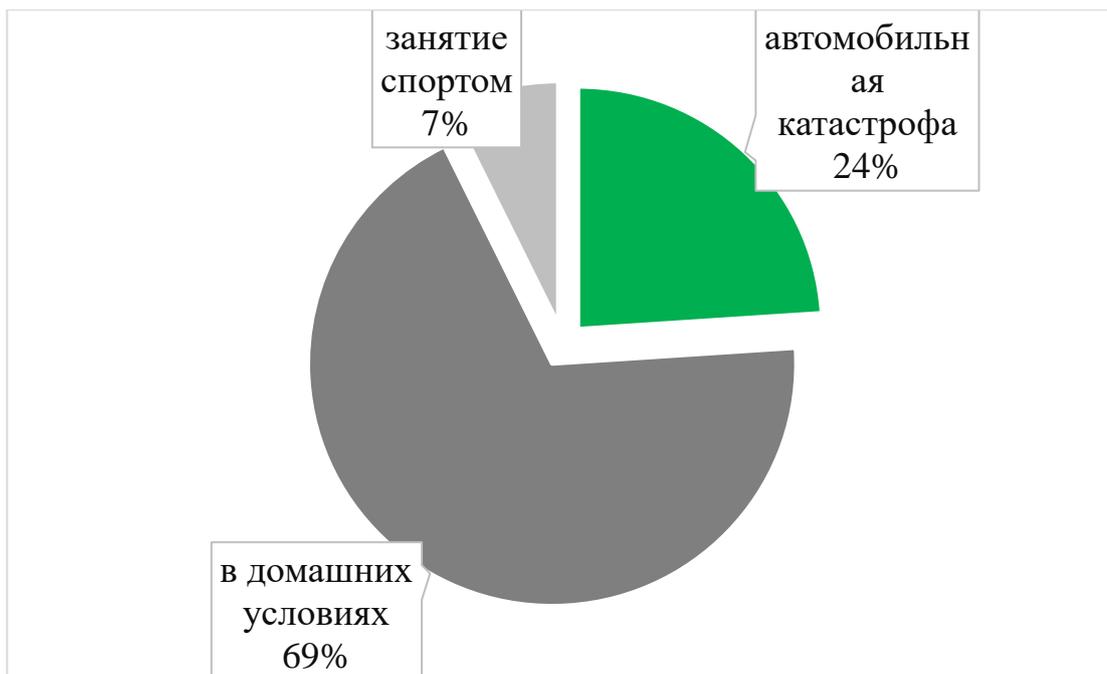


Рис. 7. Получение травмы

При проведении исследования было выявлено что наиболее чаще перелома кисти получают в домашних условиях.

6. Причиняет ли неудобства Ваш перелом?

- очень сильно мешает при выполнении дел – 12 опрошенных пациентов.
- мешает, но не сильно – 2 опрошенных пациента.
- не мешает, так как перелом не основной руки – 1 опрошенный.

На вопрос об испытываемых неудобствах в следствии перелома мы получили ответы от пациентов в данном соотношении (Рис. 8).

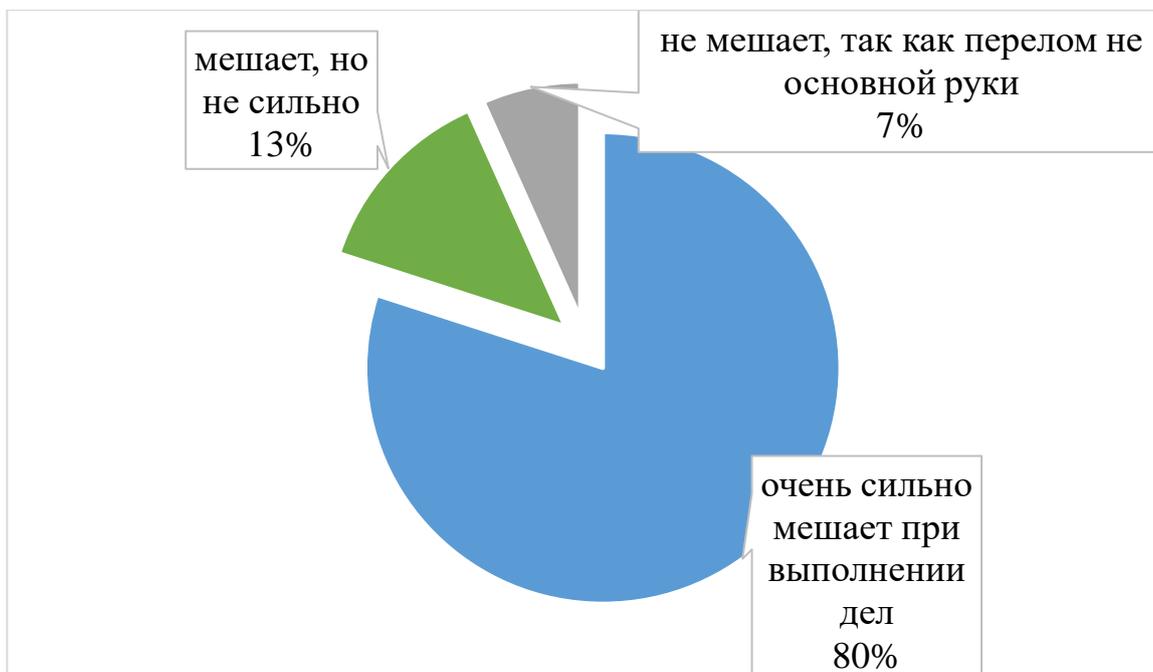


Рис. 8. Неудобства от перелома

Что касается неудобств, причиняемых из-за перелома, то большая часть опрошенных подтвердили, что перелом причиняет им большие неудобства

7. Как влияет на выполнение повседневных дел проявление болезненного состояния?

- невозможно выполнять дела по дому/работе – 13 опрошенных пациентов.

- не сказывается – 2 опрошенных пациентов.

На данный вопрос о факторах риска развития перелома, оказывающие влияние на выполнение человеком определённых бытовых работ мы получили такие ответы (Рис. 9).

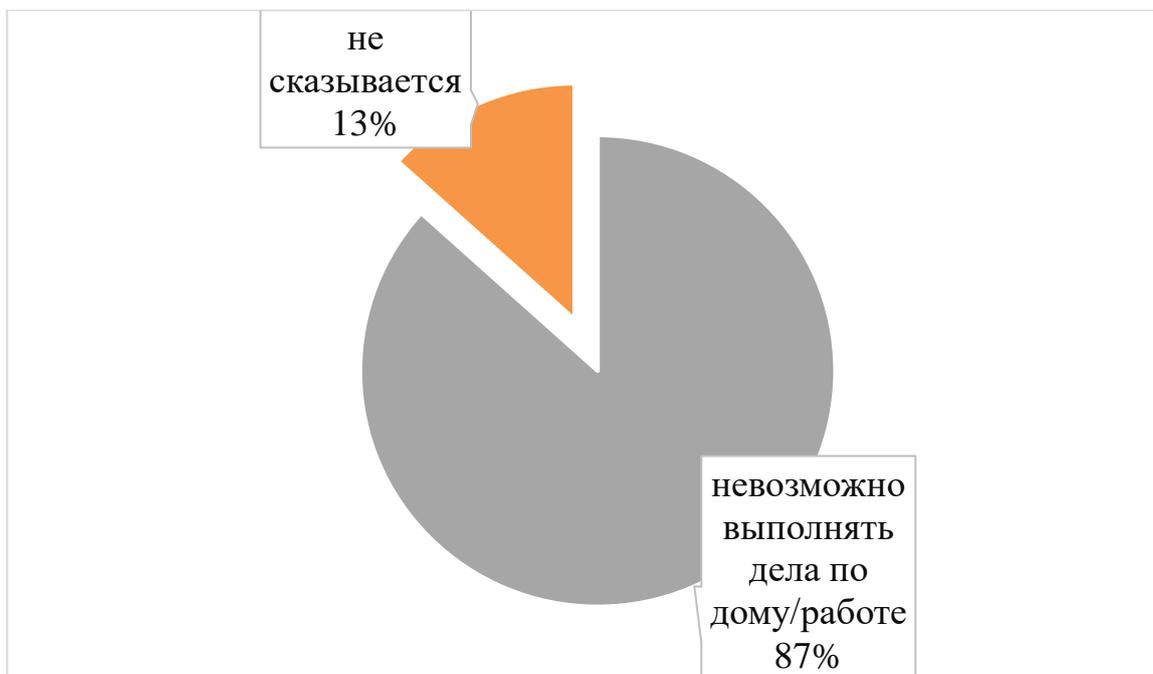


Рис. 9. Факторы риска развития перелома, оказывающие влияние на выполнение человеком определённых бытовых работ

Вследствие чего, был рассмотрен фактор влияния перелома на выполнение повседневных дел, а именно болезненного состояния, необходимо отметить, что у 13 опрошенных болезненное состояние находится на довольно высоком уровне, из-за этого существуют ограничения в выполнении повседневных дел.

8. Считаете ли Вы, необходимым заниматься лечебной физкультурой при переломах костей кисти?

- конечно, выздоровление будет проходить быстрее – 4 опрошенных.
- нет, полный покой – 11 опрошенных.

На вопрос о проведении занятий лечебной физкультурой и её влияния на организм и скорейшее выздоровление мнение пациентов разделились следующим образом (Рис. 10).

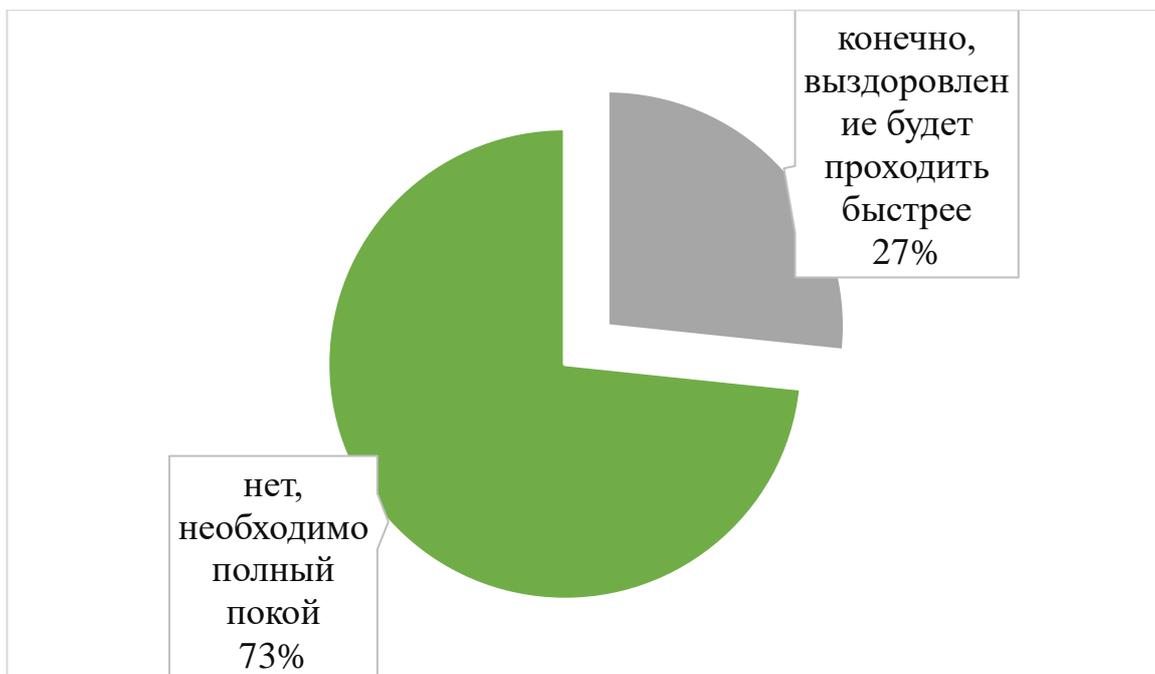


Рис. 10. Занятия лечебной физкультурой

Что касается необходимости в занятиях лечебной физкультурой при переломах костей кисти, то большая часть опрошенных считает, что занятия лечебной физкультурой недопустимы при переломах костей кисти.

9. Считаете ли Вы необходимой консультацию специалиста при планировании физической активности?

- да, конечно консультация необходима – 12 опрошенных.
- нет, это не важно – 3 опрошенных пациентов.

На вопрос о важности консультаций тренером при занятиях лечебной физкультурой пациенты пришли к следующему выводу (Рис. 11).

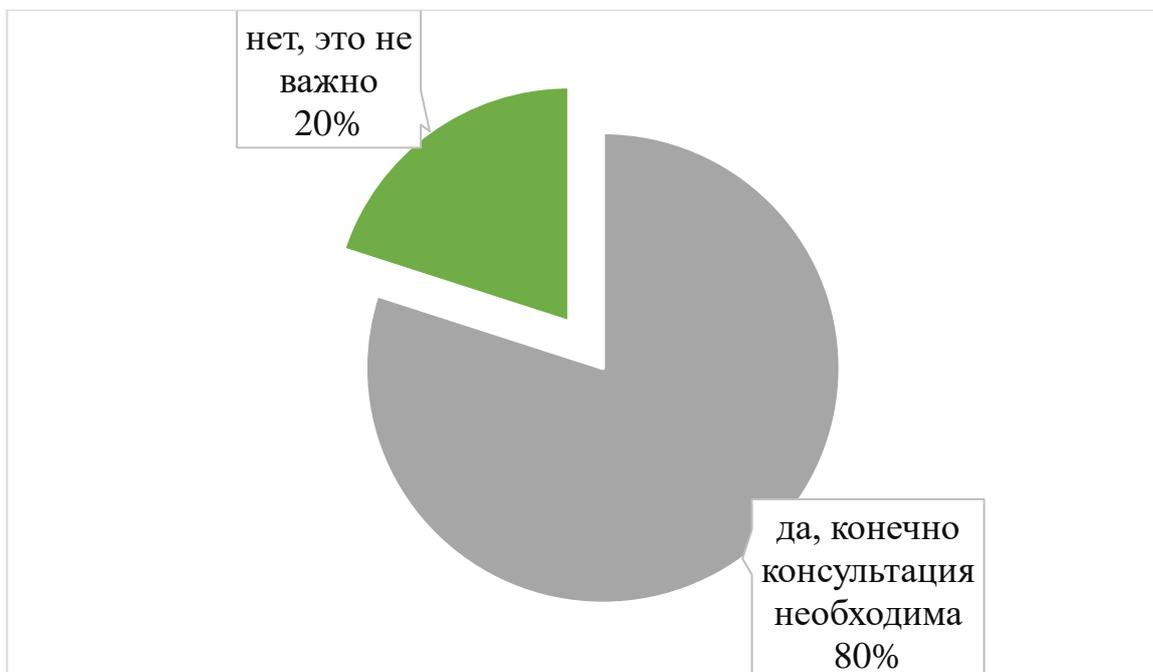


Рис. 11. Консультация при занятиях лечебной физкультурой

10. Владеете ли Вы правилами занятий лечебной физкультурой при переломах костей кисти?

- нет, не имею представления – 10 опрошенных.
- да, имею базовые знания – 5 опрошенных.

На вопрос о некоторых знаниях по приемам использования ЛФК анкетированные привели следующие ответы (Рис. 12).

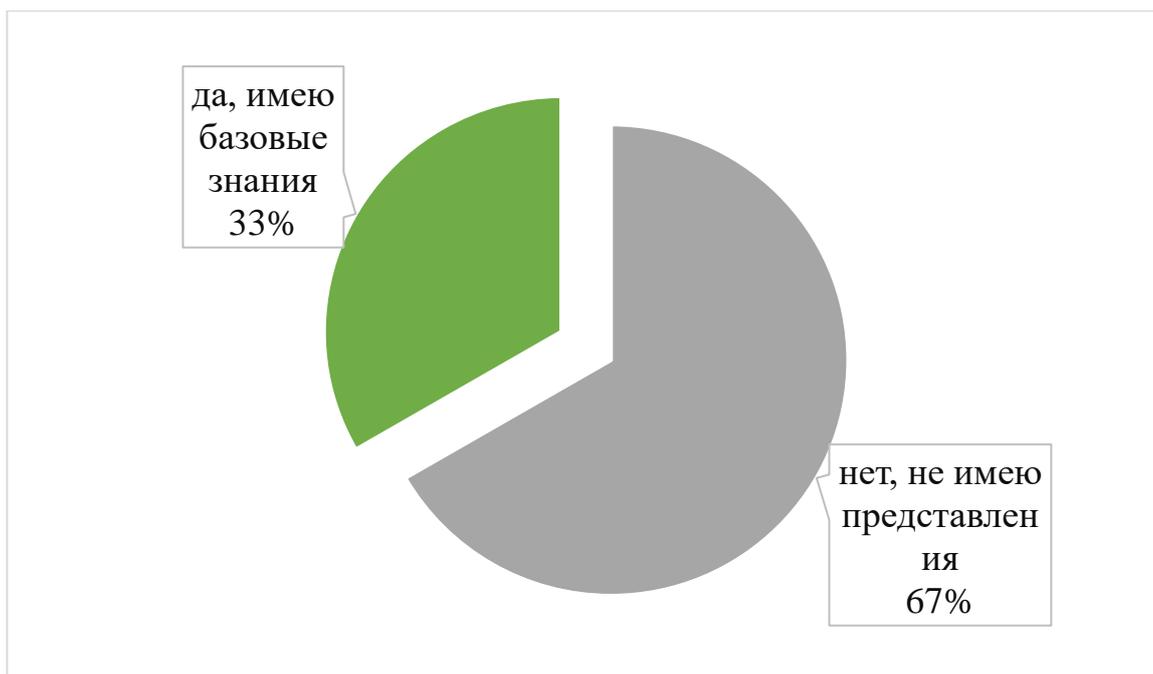


Рис. 12. Знание приемов ЛФК

11. Как часто Вы занимаетесь лечебной физкультурой?

- по рекомендации врача – 9 опрошенных.

- по наличию времени – 6 опрошенных.

На вопрос о проведении ЛФК пациенты дали следующие ответы (Рис. 13).

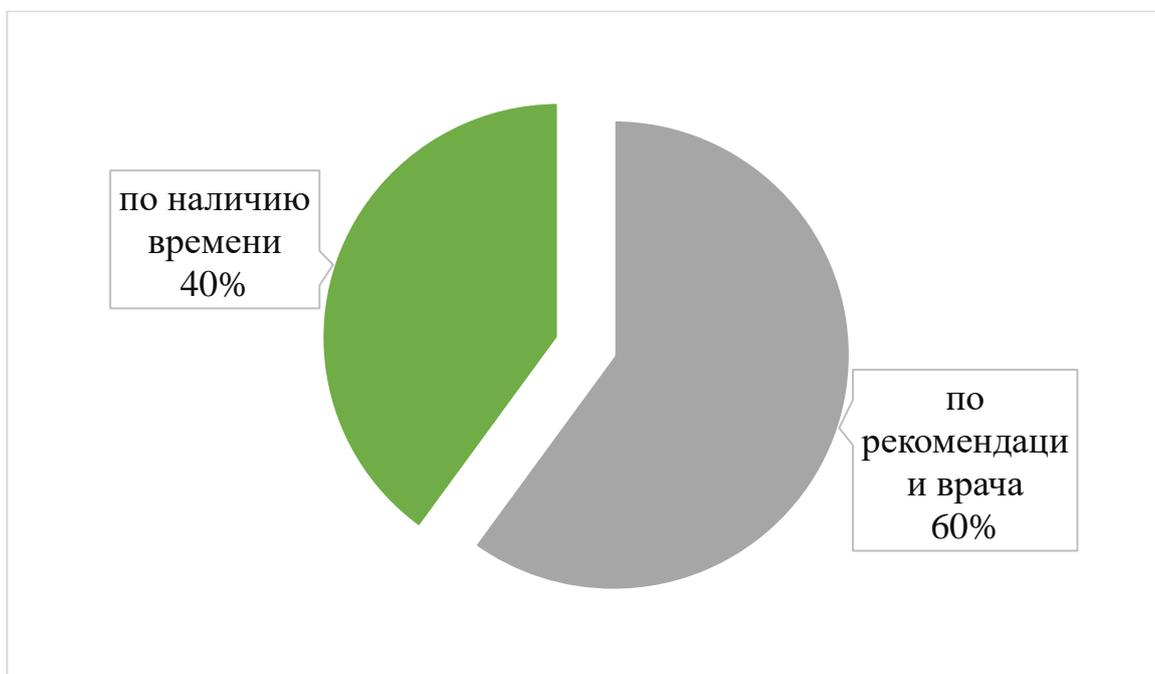


Рис. 13. Занятия ЛФК

Итак, в ходе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При проведении анализа данной анкетирования можно отметить, что переломы костей предплечья выступает самыми встречающимися, что же касается самого низкого показателя, то переломы костей черепа встречаются намного реже всех остальных переломов. Переломы костей кисти встречаются не очень часто.

2. Также считаю важным отметить, что переломы встречаются в разном количестве у лиц мужского и женского пола, из всех переломов – 1089, количество переломов у лиц женского пола составляет – 356, у мужчин – 733. Что касается возрастного фактора, то у лиц женского пола он следующий: в

возрасте от 14 до 20 лет количество переломов составляет – 68, от 21 до 35 – 209 переломов, и от 36 до 50 – 79.

У мужчин показатель в зависимости от возраста превышает женские показатели: на долю от 14 до 20 лет приходится – 205 переломов, от 21 до 35 – 349, и от 36 до 50 лет – 179

3. При проведении опроса было выявлено, что большая часть пострадавших – мужчины – 10 человек.

2.3. Рекомендации при переломах костей кисти

Наложение гипсовой повязки фиксирует травмированную руку в определенном положении.

С ее помощью обеспечивается правильность сращения конечности. Однако в процессе лечения травмированная рука теряет работоспособность.

У большинства пострадавших возникает вопрос о том, как разработать руку после перелома. Чтобы вернуть подвижность врачи рекомендуют больному выполнять упражнения, разработанные специалистами.

Для начала необходимо снять болевые ощущения. С этой целью пациенту нужно перед каждым занятием разминать поврежденную руку.

Упражнения для разработки кисти руки после перелома не должны причинять пациенту дополнительную боль. Польза массажных движений в том, что у больного улучшается кровообращение. Это помогает вернуть работоспособность застоявшихся мышц.

Для усиления лечебного эффекта можно воспользоваться согревающими мазями. Средство необходимо втереть в травмированную зону тонким слоем.

На первом этапе реабилитацию пациенту рекомендуется выполнять следующие упражнения:

1. В первую очередь нужно избавиться от отека, который образуется после удара. Пластилин поможет пострадавшему вернуть подвижность кисти

руки. Оторвите кусочек пластилина и скатайте его в шарик. Чтобы облегчить выполнение упражнения можно помогать здоровой рукой. Чтобы не повредить костную мозоль нельзя сильно давить на больную конечность.

2. Необходимо попытаться сжать поврежденной рукой пластину. Прекратите выполнение упражнения при наступлении усталости.

3. Нужно сомкнуть ладони обеих рук и наклоните их в правую сторону. Такое же движение повторите для левой стороны. При появлении боли в запястье немедленно прекратите тренировку. Учтите, что упражнения для разработки кисти руки после перелома нужно выполнять регулярно.

4. Необходимо взять в руку мяч и киньте его в стену. При отскоке попробуйте поймать мяч пальцами больной руки.

Особенности восстановления подвижности руки с помощью аппарата Елизарова.

Устройство используется при множественном переломе лучевой кости. Оно позволяет избежать смещения осколков. Разработка кисти руки после перелома осложняется тем, что при удалении аппарата в мягких тканях остаются ранки. Поэтому необходимо избегать слишком энергичных движений, чтобы не спровоцировать кровотечение. Полноценное восстановление можно начинать только после заживления ран. Для ускорения регенерации на ранки наносят противовоспалительную мазь

Водные упражнения. Теплая вода помогает уменьшить боль в травмированной конечности. Она действует как естественная среда, которая расслабляет напряженные мышцы. Чтобы начать выполнять упражнения необходимо налить в таз теплую воду. Учтите, что температура воды в процессе тренировки не должна быть ниже 36 градусов. В противном случае может возникнуть спазм из-за переохлаждения.

Водные упражнения выполняют в следующем порядке. Опустите руку в таз с водой и попробуйте энергично сжать кулак. Задержите руку в этом положении в течение нескольких секунд. После этого разожмите кулак. Разработать травмированную руку можно в процессе сгибания кисти в разные

стороны. Сделайте несколько вращательных движений. Это поможет разработать конечность в целом. Цикл движений нужно повторить не меньше 6 раз. Ежедневное выполнение водных упражнений способствует более быстрому восстановлению подвижности травмированной конечности.

«Лечебная физкультура – эффективный способ восстановления травмированной конечности. В процессе тренировок нужно соблюдать несколько правил:

Чтобы достичь положительных результатов, нужно выполнять упражнения каждый день. На разработку руки может уйти несколько месяцев. Нельзя пропускать тренировки, даже при плохом самочувствии.

Ускорить восстановление можно за счет использования различных приспособлений. Для восстановления работоспособности можно воспользоваться резиновым мячом или гимнастической палкой.

Нагрузку на больную руку нужно усиливать постепенно, по мере заживления. Помните, что поврежденным клеткам нужен отдых.

Многих пациентов беспокоит тот факт, что руки просто не слушаются. Чтобы помочь таким больным необходимо выполнить растирание кисти перед тренировкой. Разомните каждый палец. Это улучшит кровообращение и обмен веществ в поврежденной зоне» [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чаще всего переломы возникают при прямом воздействии на конечность.

Характерной особенностью переломов является усиление клинических симптомов в момент получения травмы, развитие осложнений при несвоевременной и неправильно оказываемой помощи.

Успешная реабилитация влияет на дальнейшую жизнь пациента и на его трудоспособность.

Причины развития переломов:

1. Воздействие сильного фактора на конечность
2. Аварии на дорогах
3. Несчастные случаи на производстве
4. Занятия спортом
5. Возможные конфликтные ситуации, заканчивающиеся дракой

Чаще всего к травмам приводит падение с опорой на разогнутую в запястье кисть.

Падение на разогнутую кисть, находящуюся в исходном положении между лучевым и локтевым отклонениями, как правило заканчивается переломом лучевой, ладьевидной, головчатой, полулунной или трехгранной и, реже, других костей запястья.

Исходя из теоретической части проделанной дипломной работы можно сделать следующие выводы:

травмы возникают по разным причинам и требуют проведения комплексного лечения с целью восстановления поврежденной конечности.

Нами было проведено анкетирование среди пациентов, опрашивали 15 человек

База проведения исследования: ОГБЗУ «Городская клиническая больница №2 города Белгорода» .

При проведении анализа можно отметить, что переломы костей предплечья выступают самыми встречающимися, что же касается самого низкого показателя, то переломы костей черепа встречаются намного реже всех остальных переломов. Переломы костей кисти встречаются не очень часто.

Также необходимо подчеркнуть, в различный период времени переломы встречаются по-разному, это связано с временами года, в зависимости от погодных условий и занятости граждан.

Самое большее количество переломов встречается в зимнее время, это в первую очередь связано с погодными условиями.

Вследствие чего, был рассмотрен фактор влияния перелома на выполнение повседневных дел, а именно болезненного состояния, необходимо отметить, что у 13 опрошенных болезненное состояние находится на довольно высоком уровне, из-за этого существуют ограничения в выполнении повседневных дел.

Что касается необходимости в занятиях лечебной физкультуры при переломах костей кисти, то большая часть опрошенных считает, что занятия лечебной физкультуры недопустимы при переломах костей кисти.

Проделанная исследовательская работа позволила больше узнать о таком разделе медицины как травматология. Данная наука изучает причины развития переломов, их особенности, методы диагностики и лечения, особенности проведения ЛФК.

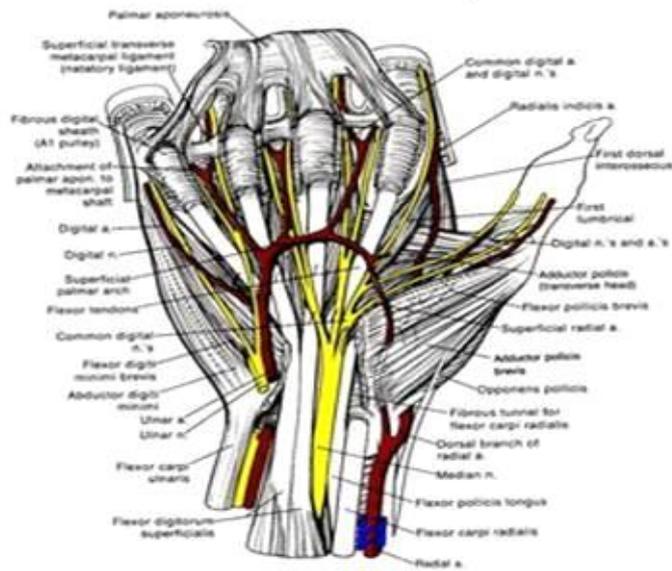
Проведение ЛФК влияет на скорость восстановление функций повреждённой конечности и показатель жизни людей при выполнении простых бытовых нужд.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анатомия человека / Авт.- сост. В. Сабовой. - М.:ООО «Издательство Астрель» ООО «Издательство АСТ», 2002.-255с.-(Медицина и здоровье).
2. Бабич Б.К. Травматические вывихи и переломы. - Киев: Здоровье 1986-458с.
3. Бобиков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бобиков. - СПб.: Лань, 2014.
4. Босенков, Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей / Л.Н. Босенков. - СПб.:Спец Лит, 2015.
5. Васильев, В.К. Общая хирургия: Учебное пособие / В.К. Васильев, А.П. Попов и др. - СПб.: Лань, 2014.
6. Вайс М.А. Вопросы восстановления трудоспособности больных с травмами ОДА Руководство по ортопедии и травматологии. - М., «Медицина» 1993-744с.
7. Волков М.В., Мобошну И.А. Травмы и заболевание ОДА. - М. «Медицина» 1979-280с.
8. Васечкин В.И. Все о массаже.-М.; АСТ-Пресс-Книга, 2004.-368с.
9. Клиническая хирургия. /Под ред. Р. Кондона, Л. Найхуса. – М.: Практика, 2014.
10. Нестеренко, Ю.А. Хирургия: Учебник для мед. Училищ. / Ю.А. Нестеренко, Ступин. - М.: Альянс, 2016.
11. Нестеренко, Ю.А. Хирургия: Учебник для мед. Училищ. // Ю.А. Нестеренко, Ступин. - М.: Альянс, 2016.
12. Петров, С.В. Общая хирургия: Учебник // С.В. Петров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
13. Рубинина, Э.Д. Хирургия: Учебник / Э.Д. Рубинина. - М.: Дашков и К, 2015.

14. Савельева В.С. Клиническая хирургия: Нац. рук-во в 3-х т. // В.С. Савельева А.И. Кириенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
15. Справочник по клинической хирургии. /Под ред. В.И. Стручкова. - М.: Медицина, 2016.
16. Цапунов, Б.В. Хирургия с сестринским уходом: Учебное пособие / Б.В. Цапунов, К.Н. Гоженко, Е.А. Жилиев. - М.: Форум, НИЦ ИНФРА-М, 2013.
17. Черноусова А.В. Хирургические болезни: Учебник// А.В.Черноусова -М.: ГЭОТАР-МЕДИА,2015.
18. Хирургия, руководство для врачей и студентов. /Под ред. Ю.М. Лопухина, 2016.
19. <http://www.knigamedika.ru/chast-1/travmy-grudnoj-kletki.html> - электронный ресурс
20. <https://lor.inventech.ru/first/first-0143.shtml> - электронный ресурс

ПРИЛОЖЕНИЯ



Строение кисти



Перелом Беннета



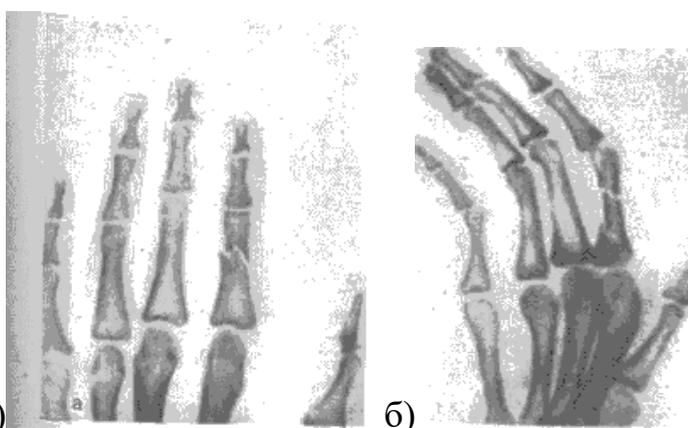
Перелом головки 3 пястной кости с небольшим смещением, в двух проекциях



Рисунок.4. Перелом основания средней фаланги 3 пальца кисти со смещением остеосинтез спицами.



Внутрисуставной перелом средней фаланги пальца.



Перелом основной фаланги II пальца (а) и двойной перелом (б).



Проволочные шины для лечения переломов фаланг.



Фиксация пальца на проволочной шине, укрепленной на гипсовом лангете.