

# Переломы костей голени



Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2013 (Казахстан)

Категории МКБ: Перелом неуточненного отдела голени (S82.9)

Разделы медицины: Травматология и ортопедия

**Перелом голени** — патологическое состояние, возникающее в ходе нарушения анатомической целостности костей голени [6].

## Классификация

### МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ АО (Ассоциации остеосинтеза) [1]

**По локализации** переломы голени разделяются на три сегмента с одним исключением:

- |            |         |               |         |
|------------|---------|---------------|---------|
| 1.         |         | Проксимальный | сегмент |
| 2.         | Средний | (диафизарный) | сегмент |
| 3.         |         | Дистальный    | сегмент |
| Исключение | для     | дистальной    | голени: |
| 4.         |         | Лодыжечный    | сегмент |

1. Переломы проксимального сегмента делятся на 3 типа:  
1А. Околосуставные, при этом типе перелома суставная поверхность костей не повреждается, хотя линия перелома проходит внутри капсулы.  
1В. Неполные внутрисуставные, повреждается только часть суставной поверхности, в то время как остальная часть остается связанной с диафизом.  
1С. Полные внутрисуставные, суставная поверхность расколота и полностью отделена от диафиза.

2. Диафизарные переломы делятся на 3 типа на основании наличия контакта между отломками после репозиции:  
2А. Линия перелома только одна, она может быть винтообразным, косым или поперечным.  
2В. С одним или более осколком, которые сохраняют некоторый контакт после репозиции.  
2С. Сложный перелом, с одним или более осколком, фрагментом, при котором после репозиции отсутствует контакт между отломками.

3. Переломы дистального сегмента делятся на 3 типа на основании степени распространения перелома на суставную поверхность:  
3А. Околосуставные, линия излома может быть винтообразной, косой, поперечной с осколками.  
3В. Неполные внутрисуставные, повреждается только часть суставной поверхности, другая часть остается соединенной с диафизом.  
3С. Полные внутрисуставные, суставная поверхность расколота и полностью отделена от диафиза.

4. Переломы лодыжек подразделяются на 3 типа на основании уровня повреждения наружной лодыжки по отношению к уровню синдесмоза: 4А. Подсиндесмозные переломы (может быть изолированным, сочетается с переломом медиальной лодыжки и с переломом заднего края большеберцовой кости). 4В. Чрезсиндесмозные (изолированные, могут сочетаться с медиальным повреждением и переломом заднего края большеберцовой кости). 4С. Надсиндесмозные (простой перелом нижней трети диафиза малоберцовой кости, оскольчатый перелом нижней трети диафиза малоберцовой кости в сочетании с повреждением медиальных структур и перелом малоберцовой кости в верхней трети в сочетании с повреждением медиальных структур).

## Диагностика

**Жалобы:** на боли в голени, нарушение опороспособности конечности, наличие ран при открытых переломах.

**Анамнез:** наличие травмы. Механизм травмы может быть как прямым (сильный удар по голени, падение тяжелых предметов на ногу), так и непрямым (резкое вращение голени при фиксированной стопе). В первом случае возникают поперечные переломы, во втором — косые и винтообразные. Нередки оскольчатые переломы.

**Физикальное обследование:** при осмотре отмечается вынужденное положение конечности больного, отек в месте перелома, деформация, кровоизлияние в окружающие ткани, укорочение конечности; при пальпации болезненность, усиливающаяся при осевой нагрузке, грубая патологическая подвижность, боль, крепитация отломков. Пострадавший не может самостоятельно поднять ногу.

**Лабораторные исследования** - неинформативны.

**Инструментальные исследования:** для установления диагноза надо произвести рентгенографию в двух проекциях. При переломах проксимального сегмента голени типа 1А, 1В, 1С (S82.1) для уточнения степени компрессионного перелома требуется компьютерная томография.

**Показанием для консультации специалистов** является сочетание переломов голени с другими органами и системами, а также сопутствующие заболевания. В связи с чем, при необходимости могут быть назначены консультации нейрохирурга, хирурга, сосудистого хирурга, уролога,

## Лечение

**Цель лечения:** устранение смещения костных отломков, восстановление опороспособности конечности.

**Тактика лечения**

**Иммобилизация конечности шинами Крамера или пневмошинами на нижнюю конечность .**

**Медикаментозное лечение**

**Основные лекарственные препараты:**

- обезболивание ненаркотические анальгетики – (например: кеторолак 1 мл/30 мг в/м);
- при сильных болях наркотические анальгетики – (например: трамадол 50 - 100 мг в/в, или морфин 1% - 1,0 мл в/в, или тримеперидин 2% - 1,0 мл в/в, можно добавить диазепам 5-10мг в/в).

**Дополнительные лекарственные препараты:**

- при явлениях травматического шока: инфузионная терапия – кристаллоидные (например: р-р натрия хлорида 0,9% – 500,0-1000,0, декстроза 5% – 500,0) и коллоидные р-ры (например: декстран – 200-400 мл., преднизолон 30-90 мг).