

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurosovaya-rabota/443326>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина (другое)

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА.ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ.....	5
1.1. Этиология и факторы риска травм коленного сустава.....	5
1.2. Клинические проявления травм коленного сустава.....	6
1.3. Лечебно-диагностическая тактика при травмах коленного сустава.....	12
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМОЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	16
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	19
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	20
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	22

Травма колена – это повреждение мягких тканей и костей в области коленного сустава: ушиб, перелом кости, растяжение связок или другие травматические повреждения. Рассмотрим самые распространенные травмы колена. Наиболее частой травмой является повреждение связок коленного сустава. Растяжение связок проявляется следующими симптомами:

Боль при движении в суставе усиливается при попытке повернуть сустав в поврежденную сторону.

Боль при надавливании на область растянутых связок и места их прикрепления к костям.

Боль при попытке опереться на ногу с поврежденными связками. В редких случаях вообще невозможно ходить пешком.

Постепенное нарастание отека. Иногда она достигает больших размеров, например, обхват ноги может увеличиться на 2-3 см.

Гематома (экхимоз), покраснение и повышение температуры кожного покрова в области травмы. Часто гематома появляется на вторые сутки и располагается чуть ниже места травмы.

При травме средней тяжести подвижность сустава значительно ограничена. Из-за боли невозможно совершать движения в суставе, например, нога не сгибается или не разгибается в коленном суставе.

При полном разрыве связки сустав становится чрезмерно подвижным и нестабильным, что особенно заметно после исчезновения отека. Подвижность, как правило, сопровождается болевыми симптомами разной силы - от легкого дискомфорта до резкой боли.

При травме средней и тяжелой тяжести иногда можно услышать хлопок – это признак разрыва волокна в связке.

Достаточно распространенной травмой является механизм повреждения мениска при рывке голени (разгибание голени из положения глубокого приседа). В остром периоде сразу после травмы появляются боли, отек тканей в области сустава, ограничение движений, возможны гемартрозы. Через 2-3 недели после травмы острые явления исчезают и выявляется ряд типичных симптомов. Наиболее характерным симптомом является «запирание» сустава, проявляющееся тем, что при физиологической нагрузке коленный сустав внезапно остается в положении фиксированного легкого сгибания под углом около 130 градусов. Попытка расслабиться сопровождается усилением боли. Также, характерен симптом «ладони» Ланда: больной не может разогнуть ногу в коленном суставе в 0 - положения, что позволяет ладони проходить между ней и плоскостью кушетки.

Для разрыва задней крестообразной связки характерно очень сильное воздействие на сустав. Наиболее частым механизмом травматического повреждения является удар в голень спереди, который возникает при дорожно-транспортных происшествиях и при занятиях спортом. Это может быть травма от бампера, когда бампер низкой машины попадает в верхнюю часть голени, но ниже колена.

Различают три степени повреждения связок. При первой степени происходит разрыв небольшого количества волокон, локальная припухлость и боль при отсутствии объективных признаков нестабильности. Для второй степени характерно поражение более 50% волокон связок, также отмечается гемартроз, выраженная локальная боль и умеренная нестабильность, но значимая для функции сустава I-II

степени. При третьей степени травматического повреждения определяется полный разрыв связки с потерей функции, но чаще без болей и гемартрозов.

Рассмотрим степени разрывов связок на примере внутренней боковой связки (см. рис.1):

I степень - частичный разрыв связки, не сопровождающийся нестабильностью коленного сустава.

Частичный разрыв происходит либо в поверхностной, либо в задней части связки. Тяжесть симптомов минимальна. Восстановление после такого повреждения внутренней-боковой связки происходит через 1-2 недели после травмы.

II степень - это повреждение также частичное. При II степени повреждаются обе части связки. Боль и отек более выражены. Поскольку при степени II повреждается большее количество связочных волокон, может развиваться нестабильность сустава. Восстановление обычно занимает 3-4 недели.

III степень - полный разрыв внутренней боковой связки. Это приводит к развитию нестабильности.

Реабилитация может занять 5-7 недель. Неполные разрывы (I или II степени), как правило, возникают в результате бесконтактной ротационной травмы (перекрута голени), полные (III степень) - вследствие удара снаружи по бедру или голени. Неполные разрывы часто более болезненны, чем полные.

Рис.1. Степени повреждения внутренней боковой связки.

Слева направо: I - частичный разрыв волокон либо поверхностной, либо задней порций, II - частичный разрыв волокон и поверхностной и задней порций, III - полный разрыв связки

При повторных микроразрывах внутренней боковой связки у некоторых пациентов может развиваться болезнь Пеллегрини-Штиды. Это состояние проявляется окостенением связки в месте ее прикрепления к мыщелку бедренной или большеберцовой кости. При полных разрывах связки часто сохраняется нестабильность сустава после консервативного лечения, поэтому требуется хирургическое лечение.

Переломы надколенника. Надколенник располагается в толще сухожилия, образованного сращением четырех мышц передней поверхности бедра. От дна надколенника начинается собственная связка надколенника, которая прикрепляется к бугристости большеберцовой кости. При разгибании ноги надколенник «плавает» над коленным суставом, располагаясь впереди и выше суставной щели.

При сгибании надколенник располагается в бороздке между двумя мыщелками бедренной кости и начинает функционировать как блок. Переломы надколенника составляют 1,5% от общего числа переломов.

Интенсивность болевого синдрома зависит от вида перелома и силы травматического фактора. Боль усиливается при попытке опереться на ногу или поднять конечность в вытянутое положение.

Внутрисуставные переломы надколенника сопровождаются гемартрозом, отеком и чувством распирания с выраженным ограничением движений. Отмечается деформация всего коленного сустава или только надколенника. Классический симптом перелома - невозможность разогнуть или поднять выпрямленную ногу.

Ушиб коленного сустава. Ушиб коленного сустава - это травма мягких тканей, при которой отсутствуют признаки нарушения целостности анатомических структур. Однако на микроскопическом уровне ушибы поражают не только кожу и подкожную клетчатку, но и внутрисуставные элементы, что провоцирует явления реактивного воспаления, формирование гемартроза или синовита. Признаки ушиба неспецифичны и могут выявляться при других повреждениях, поэтому диагноз ставят после исключения других повреждений [2].

1. Епифанов, В. А. Реабилитация в травматологии и ортопедии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 416 с.
2. Ильина И. В. Медицинская реабилитация. Практикум: учеб. пособие для СПО / И. В. Ильина. - М.: Издательство Юрайт, 2019. - 393 с.
3. Казаков, М. М. Оперативное лечение переломов костей конечностей / М.М. Казаков. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2020. - 172 с.
4. Климов, В. А. Основные направления и виды медицинской реабилитации / В. А. Климов // Справочник врача общей практики. - 2020. - № 8. - С. 17-23.
5. Котельников, П.Г. Травматология. Национальное руководство. Краткое издание / П.Г. Котельников. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 846 с.
6. Кувшинова, Н. Ю. Методы медицинской и психологической реабилитации в травматологии и ортопедии / Н. Ю. Кувшинова, Е. В. Мензул, Н. В. Тихтелева // Медсестра. - 2019. - № 11. - С. 6-9.
7. Лечебная физкультура и массаж при переломах костей конечностей: учебно-методическое пособие / А.Г.

- Куликов, И.В. Луппова, И.Н. Макарова, М.Р. Макарова, С.А. Удовиченко, И.И. Ягодина; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 77 с.
8. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник / С.Н. Попов. – М.: Academia, 2019. – 96 с.
9. Травматология: национальное руководство / под ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова; Рос. Ассоциация ортопедов и травматологов; АСМОК. – крат. изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 528 с.
10. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г. Н. Пономаренко; АСМОК, НОФРМ. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 688 с.
11. Физическая культура. Лечебная физическая культура при травмах нижних конечностей: Методические указания к самостоятельной работе / Санкт-Петербургский горный университет. Сост.: Г.В. Руденко, Г.В. Зароднюк, М.Н. Ларионова, СПб, 2021. – 38 с.
12. Физическая реабилитация. В 2 т. Т.1: учеб. для студ. уч реждений высш. мед. проф. образования / [С. Н. Попов, О. В. Козырева, М.М.Малашенко и др.]; под ред. С.Н.По пова. – М.: Издательский центр «Академия», 2019. – 288 с.
13. Хечумян А.Ф. Современные аспекты медицинской реабилитации / А.Ф. Хечумян // Современные вопросы биомедицины. – 2017. – Т. 1. – № 1 (1). – С. 10.
14. Швиренко И.Р. Проблемные вопросы медицинской реабилитации в современных условиях / И.Р. Швиренко // Университетская клиника. – 2019. – № 3-1 (24). С. 181-187.
15. Юмашев, Г. С. Травматология и ортопедия / Г.С. Юмашев. – М.: Медицина, 2019. – 504 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/443326>