Волгоградский Государственный Медицинский Университет

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсом травматологии и ортопедии ФУВ <http://www.volgmed.ru/ru/depts/list/72/>

**Реферат**

**На тему:**

**“Травматические вывихи костей конечностей”**

**Выполнила:**

Студентка 5 курса

группы леч.фак.

**Хадайатулла Мурсал**

**Атаи**

**Волгоград 2013 г.**

**Содержание**

1. Частота травматических вывихов в различных суставах не одинакова.

2. Травматические вывихи

. Клиническая картина травматических вывихов обычно типична

. Лечение больных с травматическими вывихами

5. Вывихи ключицы

6. Вывихи плеча

7. Вывихи предплечья

. Вывих большого пальца кисти

. Вывихи бедра

. Вывих стопы - его виды и возможности лечения

**1. Частота травматических вывихов в различных суставах не одинакова**

Кроме того, в каждом суставе могут быть различные виды вывихов, причем одни из них являются наиболее типичными для каждого отдельного сустава. Все это зависит, главным образом, от анатомо-физиологических и функциональных особенностей, свойственных тому, или иному суставу. Эти особенности объясняют не только частоту и вид вывиха, но и имеют принципиальное значение для понимания патогенеза вывиха и выбора метода лечения. В особенностях анатомии и функции суставов играют роль следующие основные факторы:

. Степень соответствия суставных поверхностей. Ярким примером может служить сравнение плечевого и тазобедренного суставов. Оба эти сустава являются шаровидными; возможны все виды движений (приведение, отведение, сгибание, разгибание и ротация, торзия). Однако в плечевом суставе имеет место резкое несоответствие между величиной и формой головки плеча и сравнительно небольшой и плоской поверхностью лопатки. В тазобедренном суставе головка бедра входит глубоко в вертлужную впадину, которая на 3/4 охватывает головку со всех сторон. Разница и в прочности мышечного корсета, в, амплитуде активных движений. Естественно, что вывих в плечевом суставе может произойти более легко при незначительном механическом воздействии, чем в тазобедренном.

. Форма суставной капсулы, связочный аппарат сустава, мышцы, окружающие сустав также оказывают влияние на «прочность» сустава и предопределяют частоту вывиха. В качестве примера можно указать на коленный сустав, который по форме относится к элипсоопорным с почти суставными поверхностями, но окружен исключительно прочным связочным и мышечным аппаратом, в связи с чем травматический вывих голени - редчайшее явление.

. Соответствие между максимально возможной амплитудой движений в суставе и функциональными требованиями, предъявляемыми к конечности \_в целом. Примером может служить плечевой и тазобедренный суставы: при наличии почти одинаковых функциональных возможностей, к тазобедренному суставу предъявляются требования, в отношении величины амплитуды, значительно меньше, чем к плечевому суставу, а, следовательно, плечевой сустав и более подвержен различным механизмам повреждений, особенно в момент максимальных двигательных актов. Такое же сравнение можно провести в отношении локтевого и коленного, лучезапястного и голеностопного суставов.

Детально разобрав анатомо-функциональыые особенности каждого сустава, становится ясно, почему травматические вывихи чаще возникают в суставах верхних конечностей, а из них чаще в плечевом суставе и реже в суставах нижних конечностей, выполняющих в основном опорную функцию.

**2. Травматические вывихи**

Они встречаются реже переломов костей и по данным большинства отечественных и зарубежных статистических данных, составляют от 1,5% до 3% всех повреждений. Чаще всего травматические вывихи наблюдаются в возрасте от 20-40 лет, однако, могут встречаться в любом возрасте.

Причины травматических вывихов можно разделить на две группы:

1) располагающие к вывиху (названные выше анатомо-функциональные особенности суставов); 2) вызывающие причины -- это прямой и непрямой (косвенный) механизм воздействия на сустав извне (разобрать на примере, отметить, что наиболее частым механизмом травматического вывиха является непрямой механизм воздействия на сустав).

**Вывихи делятся на:** 1) закрытые - без повреждения кожных покровов и мягких тканей; 2) открытые - с повреждением кожных покровов и мягких тканей в том числе: раны не проникающие в сустав и проникающие в сустав.

**По времени вывихи различают:** свежие до 3-х дней с момента травмы; несвежие до 2-3-х недель с момента травмы; застарелые - свыше трех недель с момента травмы.

Привычные вывихи - неоднократно повторяющиеся.

**По тяжести:** 1) вывихи изолированные, неосложненные; 2) вывихи осложненные (перелом, повреждением сосудисто-нервного пучка).

**По степени смещения суставных** поверхностей: 1) полные вывихи;

) неполные - (подвывихи). По **механизму** смещения: абдукционный, адцукционный, флексионный, экстензионный, супинационный, пронационный, центральный (разобрать на таблицах и схемах различные механизмы смещения при травматических вывихах) - перечень всex суставов верхних и нижних конечностей.

**По локализации:** соответствующий сустав. Вывих носит название по периферической части скелета конечности: вывих плеча, бедра, предплечья и т.д.

**3. Клиническая картина травматических вывихов обычно типична**

В уточнении диагноза большое значение имеет правильно собранный анамнез, механизм травмы, время повреждения и жалобы больного. При объективном исследовании выделяется, в основном, две группы симптомов: общие и достоверные. Наблюдаются -боль в суставе, полное отсутствие активных движений, ограничение пассивных движений конечности в виде симптома «пружинистой фиксации», отечность или припухлость в области сустава, сглаженность» контуров сустава. Патагномоничные симптомы: Деформация сустава, вынужденное положение конечности, отсутствие головки (плеча, бедра) на нормальном месте и наличие её на новом местефасимметричное положение конечности; симптом «пружинистой фиксации», укорочение конечности, ограничение нормальных движений в суставе, наличие патологической подвижности в необычном месте.. Рентгенологическое исследование при симптомах травматического вывиха обязательно в двух проекциях: 1) в целях уточнения диагноза; 2) в целях дифференциации (от патологического вывиха, сопутствующего , перелому кости, эпифизеолиза); 3) в целях контроля качества репозиции (после вправления). Разобрать клинику различных локализаций вывихов.

Травматические вывихи костей конечностей являются абсолютным показанием к экстренному лечению.

**4. Лечение больных с травматическими вывихами**

**Оно** включает три основных задачи: вправление, фиксация на срок восстановления связочно-сумочного аппарата; восстановление функции сустава (реабилитация).

**1. Консервативное лечение** (закрытое вправление вывиха) показано во всех случаях изолированного неосложненного вывиха любой локализации при свежих и несвежих вывихах. Противопоказано при застарелых вывихах, когда соединительная ткань фиксирует кости в новом положении. Грубые манипуляции могут привести к дополнительным повреждениям: перелому кости, повреждению сосудисто-нервного пучка, вторичному кровотечению.

К настоящему времени предложено большое количество способов закрытого вправления травматических вывихов. Решающее значение для успешного вправления является преодоление мышечного сопротивления, вызванного ретракцией мышц. Надежным способом для полного расслабления мышц является достаточное обезболивание (путем местной анестезии, в/венного наркоза, ингаляционного кратковременного общего наркоза).

При наличии полного обезболивания, а, следовательно, и расслабления мышц любым известным способом без большого труда можно вправить вывих, не применяя грубой физической силы. Наименее травматичным способом вправления вывихов бедра и плеча является **способ. Ю.Ю. Джанелидзе**: после обезболивания больной укладывается на бок, при этом вывихнутая рука или нога свисает через край стола, при этом лопатка должна **фиксироваться о край стола.** Под тяжестью конечности в течение 15-20 мин. мышцы плечевого пояса постепенно расслабляются. Хирург сгибает предплечье до L 900 и при тяге за согнутое предплечье производит ротационные движения в плечевом суставе кнаружи, затем внутрь. При этом происходит вправление вывиха.

**Способ Кохера** - является классическим и состоит из 4-х этапов: после обезболивания и укладки больного на стол на спину производится: а) фиксация плечевого пояса помощником. Затем рука больного, согнутая в локтевом суставе под L 90° оттягивается вниз (тракция по длине) и медленно, преодолевая пружинящее сопротивление, плечо приводится к туловищу; б) производится наружная ротация плеча при этом нередко происходит вправление ощущение «щелчка»; в) плечо максимально приводится к туловищу, а затем; г) предплечье деротируется, опрокидывается, внутрь и кладется на, грудь больного так, чтобы кисть касалась здорового плечевого сустава. Если вправление не произошло - этапы следует повторить. Р-контроль и фиксация конечности гипсовой шиной Волковича с отведением 400, чтобы не произошло сращения кармана Риделя (указать на опасность этого метода и возможность повреждения сосудисто-нервного пучка).



**Способ Чаклина** - - вправление головки плеча путем давления на нее кулаком хирурга в подмышечной впадине при \_одновременной тракции по длине и вращении плеча.

**Способ Мота** - вправление путем тракции плеча по длине, одновременном отведении и ротационных движениях.



**Способ Гиппократа** - вправление головки плеча давлением на неё пяткой хирурга (также травматичен и его применять можно с большой осторожностью) при одновременной тяге конечности по длине.

**Способ А.В.Семенова** (1991). Для практической работы в амбулаторных условиях можно использовать способ А.В.Семенова. Вправление под местной анестезией по общепринятой методике. Больной сидит на стуле, причем больная рука свешивается через спинку стула с подложенным валиком с упором в подмышечную область. Хирург сидит напротив больной конечности, причем нога хирурга, согнутая в коленном суставе, располагается на предплечье больного на уровне верхней трети, давление вниз по оси осуществляется бедром хирурга /нижняя треть бедра своей задней поверхностью давит на верхнюю треть предплечья. Нижняя треть предплечья лежит на передней поверхности противоположного бедра хирурга, тем самым создается упор и осуществляется мощное постепенное вытяжение плеча пострадавшего вниз. Как правило, применение этого способа довольно легко переносится больным и не требует значительных физических затрат хирурга за счет использования силы ног. Руками хирург во время вправления может пальпировать и направлять головку плеча, что способствует вправлению. Описанный способ малотравматичен, удобен для пострадавшего и хирурга, дает хороший эффект. Рекомендую этот способ к применению в амбулаторных и стационарных условиях.

Со студентами следует разобрать способы вправления бедра, предплечья

обратить особенное внимание на то, что репозиция всегда обратна механизму травмы и смещения вывихнутого сегмента конечности.

**2. Оперативное лечение** (открытое вправление) вывиха показано при невправленных свежих и несвежих вывихах (в случае вероятной интерпозиции), а также застарелых, непривычных вывихах всех локализаций. Рубцовое перемещение гематомы в суставе и мягких тканях препятствует консервативному вправлению вывиха. Оперативному вправлению подлежат травматические вывихи, осложненные переломами, а также повреждением сосудисто-нервного пучка.

Выбор метода операции зависит от вида сустава, вида вывиха, степени его «застарелости» и смещения, от возраста и профессии больного. Все методы оперативного лечения травматических вывихов можно объединить в следующие группы:

а) открытое вправление;

б) открытое вправление с восстановлением связочно-сумочного аппарата;

в) открытое вправление со стабилизацией сустава (путем перемещения сухожилий, мышц или путем артродеза, артрориза).

Привычный вывих плеча возникает в результате недостаточной и кратковременной иммобилизации после травматического (первичного) вывиха. Лечение при привычном вывихе только оперативное. Все операции направлены на укрепление переднего отдела капсулы сустава.

**Операция Вайнштейна** заключается в укреплении сухожилия длинной головки двуглавой мышцы и подшиванием ее к капсуле сустава, удлинение сухожилия подлопаточной мышцы.



**Операции Гирголава и Фридланда** заключаются в подвешивании плеча с помощью ласанопластики или фасции (бедра) к акромиальному и клювовидному отростку.

**Операция Розенштейна** (отсечение сухожилия длинной головки 2-х главой мышцы плеча, подведение ее под подлопаточную мышцу и фиксация чрескостным швом к клювовидному отростку лопатки.

Наиболее частые **ошибки и осложнения** травматических вывихов:

. Несвоевременное обращение за помощью ряда больных;

. Травматичность манипуляций при закрытом вправлении без достаточного обезболивания; вправление нельзя осуществить без обезболивания или напряжении мышц;

. Отсутствие Р-контроля после попытки вправления вывиха (остается подвывих или наблюдается интерпозиция костного фрагмента, при сопутствующих отрывных переломах, не диагностированных своевременно).

. Недостаточная по сроку фиксация, особенно при вывихах плеча и бедра (приводит к привычному вывиху).

. Слишком длительная фиксация способствует возникновению тугоподвижности, контрактуры - функциональной неполноценности сустава. При вывихе плеча отсутствие отведения приводит к сращению кармана Риделя и ведет к стойкой приводящей контрактуре.

. Деформирующий артроз - как одно из частых последствий травматического вывиха. Асептический некроз головки бедра через 3-5 лет после вывиха - следствие травматичного вправления или недостаточной фиксации.

5. **Вывихи ключицы**



Вывихи ключицы различают двух видов: акромиальный (чаще) и стернальный.

Механизм вывиха - непрямая и прямая травма (падение на приведенное плечо, удар).

При полном вывихе акромиального конца ключицы происходит разрыв ключично-акромиальной и ключично-клювовидной связок.

При осмотре отмечаются припухлость, наличие деформации сустава, ограничение функции плеча, местная болезненность, ступенеобразная деформация над акромиальным отростком.

Выполняется рентгенография обеих ключиц в вертикальном положении больного. При полном вывихе акромиальный конец ключицы смещен кверху.

Лечение. Под внутрисуставным обезболиванием 1 %-ным раствором новокаина проводят давление на вывихнутый конец ключицы в направлении вниз и кпереди. Вывих вправляется легко, но так же легко может произойти повторный вывих. Для удержания акромиального конца ключицы во вправленном положении его фиксируют гипсовой или ременной повязкой по типу портупеи, закрепленной в натянутом положении к гипсовому корсету, в течение 4 недель. Затем назначаются массаж, ЛФК, тепловые процедуры.

При рецидиве вывиха проводится оперативное лечение, которое заключается в фиксации ключицы металлическим гвоздем или винтом или в создании разорванных связок из лавсановой ленты.

После операции необходима иммобилизация плеча повязкой Дезо в течение 3-4 недель.

**6. Вывихи плеча**



1. передний пoдклювовидный

2. передний внутриклювовидный с отрывом большого бугорка

. передний подключичный

. нижний подмышечный

. задний подакромиальный

. с полным поворотом плеча кверху

Вывихи плеча чаще всего вызываются непрямой травмой (падением на отведенную руку). В 80 % случаев встречается передний вывих плеча.

В зависимости от положения вывихнутой головки различают передние, задние и нижние вывихи.

Больной жалуется на боль, поддерживает поврежденную руку здоровой в положении отведения и наружной ротации; головка плечевой кости смещена вперед.

Клиническая картина переднего вывиха плеча, который встречается чаще других, характерна: плечо отведено и напряжено. При диагностике вывиха плеча большое значение имеет определение головки в подмышечной впадине.

Грубые деформации сустава происходят в связи с тем, что головка плеча выходит из суставной впадины, дельтовидная мышца при этом спадается, акромиальный отросток резко выступает, вся область плеча принимает ступенеобразную форму.

Для уточнения диагноза производится рентгенография.

Лечение. До начала лечения нужно исключить повреждение подмышечного нерва.

В большинстве случаев удается закрытое вправление вывиха под местным внутрисуставным или общим обезболиванием способом А. А. Кудрявцева. Больной укладывается на здоровый бок на пол или на кушетку. На лучезапястный сустав поврежденной руки накладывается мягкая петля-удавка, которая связывается с веревочным канатом, переброшенным через вбитый в потолок крюк или блок.

Потягивая за веревку, медленно поднимают и подтягивают вверх вывихнутую руку до тех пор, пока грудная клетка больного не поднимется над полом на 2-3 см. Канат фиксируется.

Через 10-15 мин вывих в 97 % случаев вправляется самостоятельно. Иммобилизация плеча после вправления осуществляется повязкой Дезо в течение 2-3 недель.

Застарелые и привычные вывихи плеча подлежат оперативному лечению.

**7. Вывихи предплечья**

Вывихи предплечья встречаются в основном в двух вариантах - задний вывих (чаще) и передний, но могут быть заднебоковые и изолированные вывихи лучевой и локтевой костей, которые дают наибольшие нарушения конфигурации локтевого сустава. Они возникают при падении на вытянутую руку.

Клиника. При заднем вывихе предплечье укорочено и слегка согнуто, локтевой сустав деформирован, локтевой отросток выстоит кзади. При переднем вывихе отмечается укорочение плеча, локтевой сустав округлой формы, в области локтевого отростка - западание.

Значительная деформация локтевого сустава наблюдается при вывихе головки лучевой кости, который нередко сопровождается переломом локтевой кости (переломом Монтеджи).

Лечение вывиха предплечья заключается в своевременном и правильном вправлении под местным или общим обезболиванием.

При заднем вывихе помощник производит тракцию и сгибание предплечья, а врач, захватив обеими руками плечо и удерживая его большими пальцами, давит на локтевой отросток. После вправления вывиха предплечье фиксируют задней гипсовой лонгетой под углом 90° в течение 5-7 дней, затем приступают к ЛФК; массаж и физиотерапевтические процедуры не назначают.

**8. Вывих большого пальца кисти**



Вывих большого пальца кисти чаще встречается у мужчин в результате непрямой травмы. Основная фаланга смещается на тыльную поверхность пястной кости.

Клиническая картина: палец переразогнут у основания, а ногтевая фаланга его согнута. Отмечается пружинящее сопротивление.

Лечение. После контрольной рентгенографии и местного обезболивания или под наркозом палец смазывается клеолом и покрывается марлевой салфеткой, затем он сильно переразгибается у основания и смещается дистально.

При достаточной силе тракции производится быстрое ладонное сгибание пальца и наступает его вправление. Иммобилизация проводится в течение 5 дней, затем назначают ЛФК, массаж, тепловые процедуры. Если вправление не удается, назначается операция.

**Вывихи кисти**

Истинные вывихи кисти (см. рис. 7.4, а). Такие вывихи характеризуются полным смещением суставных поверхностей проксимального ряда костей запястья вместе с кистью относительно суставной поверхности лучевой кости. Различают тыльный вывих и крайне редко - ладонный вывих кисти. Такие повреждения могут сопровождаться переломом или отрывом шиловидных отростков и края лучевой кости, а также тяжелыми ушибами. В клинической практике истинные вывихи кисти встречаются редко. Преобладают в основном перилунарные повреждения, которые составляют до 90% от всех вывихов в области сустава кисти.

Перилунарный вывих кисти (см. рис. 7.4, б). Вывих возникает при разгибательном механизме травмы в области кистевого сустава.



Полулунная кость при этом остается на месте и контактирует с лучевой, а остальные кости вместе с головчатой смещаются в тыльную сторону и проксимально. В ряде случаев подобное повреждение может сопровождаться переломом шиловидных отростков лучевой и локтевой костей. травматический вывих стопа кисть

Периладьевидно-лунарный вывих кисти (см. рис. 7.4, в). Такое повреждение характеризуется тем, что ладьевидная и полулунная кости остаются на месте и артикулируют с лучевой костью, а остальные кости кисти смещаются в тыльную сторону и проксимально.

Перитрехгранно-лунарный вывих кисти (см. рис. 7.4, г). Повреждение характеризуется вывихом кисти, при котором полулунная и трехгранная кости остаются на месте, а остальные кости кисти ещаются в тыльную сторону и проксимально. Этот вид поврежения встречается очень редко.

Чрезладьевидно-перилунарный вывих кисти (см. рис. 7.4, д). акой вывих относится к переломовывихам. При этом виде повреждения происходят перелом ладьевидной кости, как правило, в средней трети, и перилунарный вывих кисти. Полулунная кость и связанный с ней проксимальный фрагмент ладьевидной кости с помощью полулунно-ладьевидной связки остаются на месте и контактируют с учевой костью. Дистальный фрагмент ладьевидной кости вместе с тальными костями кисти смещается в тыльную сторону.

Чрезладьевидно-чресполулунный вывих кисти (см. рис. 7.4, е). Это также переломовывих. Характерен перелом ладьевидной и полулунной костей, при котором их проксимальные фрагменты контактируют с лучевой костью. Остальные кости кисти с дистальными фрагментами полулунной и ладьевидной костей смещаются в тыльную сторону и проксимально.

Клиническая картина вывихов кисти и переломовывихов запястья схожа с таковой при переломах лучевой кости в типичном месте. При истинном вывихе кисти выявляется симптом пружинящей фиксации кисти, во всех остальных случаях отмечаются значительное ограничение активных и пассивных движений в кистевом суставе и болезненность. Пальпаторно на тыле кисти определяется выбухание. Все виды тыльных вывихов характеризуются сгибательной установкой пальцев кисти. Возможно сдавление срединного нерва в области канала запястья. Окончательный диагноз устанавливают на основании обязательного рентгенологического обследования в прямой и боковой проекциях, а при необходимости производят рентгенографию в 3Д проекции.

В свежих случаях устранение всех видов смещения кисти производят под проводниковой анестезией или наркозом (возможно применение местной анестезии). Вправление кисти осуществляют хирург и ассистент, угол сгибания в локтевом суставе 90°. Ассистент удерживает конечность за плечо, а хирург производит тягу по оси предплечья, растягивая кистевой сустав, при этом одна рука хирурга производит тягу за I палец кисти, а вторая - за остальные четыре. После растяжения кистевого сустава и при продолжающейся дистракции с помощью больших пальцев кистей своих рук хирург надавливает на выступающую часть кисти в области кистевого сустава до устранения тыльной дислокации.

Устранив тыльный вывих, кисть фиксируют в положении сгибания под углом 40° от нейтральной позиции тыльной гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых до локтевого сустава и производят контрольную рентгенограмму. Через 2 нед кисть выводят из положения сгибания и вновь фиксируют на 2 нед при всех видах вывихов кисти. После вправления чрезладьевидно-перилунарного вывиха кисти лечение проводят, как при переломе ладьевидной кости. При, нестабильности кистевого сустава, что определяют по рецидиву вывиха сразу после вправления и по контрольной рентгенограмме, сустав может быть фиксирован спицами Киршнера. Спицы проводят в косом направлении через дистальный конец лучевой кости с ее наружной поверхности, через кистевой сустав и среднюю треть V пястной кости.

Вправление вывихов можно произвести с помощью дистракционных аппаратов в следующих случаях: при невозможности закрытого вправления вывихов и переломовывихов кисти, при отсутствии симптомов сдавления анатомических образований в канале запястья, а также при позднем обращении за медицинской помощью (через 1-3 нед). Оперативное вправление вывихов особенно показано при сдавлении срединного нерва в канале запястья. Длительное сдавление нерва может привести к его дегенерации. Доступ к кистевому суставу осуществляют через тыльный дугообразный разрез. Сухожилия разгибателей пальцев и кисти не пересекают. Если необходимо, дополнительно рассекают капсулу кистевого сустава. При дистракции по оси предплечья устраняют интерпонирующие ткани и вправляют вывих. В случае нестабильности кистевого сустава производят трансартикулярную фиксацию спицами Киршнера, затем рану послойно ушивают. Срок фиксации кистевого сустава 4-6 нед, а при чрезладьевидно-перилунарном вывихе - до 3-4 мес.

При застарелых вывихах и переломовывихах кисти (через 3 нед и более) показано двухэтапное оперативное лечение. На I этапе накладывают дистракционный аппарат. Через лучевую кость проводят спицы на 2 кольца или полукольца, а через основания II-V пястных костей - на одно. После растяжения кистевого сустава в течение 7-10 дней производят открытое вправление вывиха, снимают аппарат. Кистевой сустав трансартикулярно фиксируют спицами. При чрезладьевидно-перилунарном вывихе кисти после вправления вывиха репонируют отломки ладьевидной кости и фиксируют их спицами. Послеоперационный период ведут, как при консервативном лечении. При застарелых вывихах с развитием деформирующего артроза показано оперативное лечение, направленное на артродезирование сустава. После прекращения иммобилизации проводят курс восстановительного лечения. При истинном вывихе кисти производят артродез лучезапястного сустава по Брокману с резекцией суставной поверхности лучевой кости, головки локтевой кости и экономной резекцией суставных поверхностей ладьевидной, полулунной и при необходимости трехгранной костей (рис. 7.5).



Кисть устанавливают в положении разгибания под углом 20-30° к оси предплечья. Кистевой сустав фиксируют спицами Киршнера. Вправление застарелого чрезладьевидно-перилунарного или периладьевидно-лунарного вывиха кисти с развитием деформирующего артроза состоит в выполнении первичного ограниченного костнопластического артродеза кистевого сустава по Ашкенази с использованием цилиндрических трансплантатов из гребня крыла подвздошной кости (рис. 7.6).

**9. Вывихи бедра**



Вывихи бедра встречаются редко и только при большой травмирующей силе.

В зависимости от смещения головки бедра различают четыре вида вывихов: задневерхние и задненижние, передневерхние и передненижние.

Чаще происходят задневерхние вывихи (до 80 %).

Клиническая картина задневерхнего вывиха: бедро несколько приведено и согнуто, вся нога укорочена, согнута и ротирована кнутри.

Большой вертел смещен вверх, при этом головка бедренной кости находится позади от вертлужной впадины. Поясничный лордоз увеличен, переразгибается у основания и смещается дистально. Возможно повреждение седалищного нерва.

Лечение: немедленно под наркозом производят закрытое вправление вывиха бедра по способу Джанелидзе или Кохера-Кефера. В противном случае возможен ишемический некроз головки бедренной кости. После вправления вывиха конечность фиксируется в среднем физиологическом положении на шине Белера с помощью накожного вытяжения в течение 3 недель.

# **10. Вывих стопы - его виды и возможности лечения**

Вывих стопы - это самый распространенный вид травмы сочленений нижней конечности, ведь под этим термином понимается повреждение любого из суставов, расположенных на стопе человека.

Современные травматологи различают следующие разновидности этой травмы:

· вывих (повреждение) голеностопного сустава;

· вывих таранного сочленения;

· повреждение подтаранных сочленений (подтаранный вывих);

· повреждения стопы в суставе Шрппара (вывих предплюсневых костей);

· повреждения стопы в суставе Лисфранка (вывих плюсневых костей);

· повреждения (вывихи) суставов пальцев.

На нашем сайте есть статья про вывих голеностопа, рекомендуем прочитать ее.

## Симптомы вывиха стопы

Клиническая картина вывиха стопы целиком зависит от того, какая именно группа суставов повреждена.

Повреждение голеностопного сустава в подавляющем большинстве случаев ограничивается неполным вывихом этого сустава - в этом случае происходит частичный разрыв связок сустава с той стороны, на которую приходилось действие повреждающей силы. Такая травма обычно не сопровождается переломами лодыжек. В том случае, когда возникает полный вывих стопы, одновременно с разрывом связок часто возникают внутрисуставные и внесуставные переломы лодыжек:

· наружный вывих, возникающий в момент подворачивания стопы вбок наружу, сопровождается переломом наружной лодыжки;

· внутренний вывих стопы, возникающий в момент подворачивания стопы внутрь, сопровождается переломом внутренней лодыжки;

· задний вывих стопы возникает в момент насильственного сгибания стопы в подошвенном направлении или в результате резкого и сильного удара по передней поверхности голени;

· передний вывих стопы возникает в момент насильственного сгибания стопы в сторону ее верхней (тыльной) поверхности или в результате резкого и сильно удара по задней поверхности голени.

Кроме того, возможно *развитие верхнего вывиха стопы*, но эта травма может возникнуть только при падении (прыжке) с достаточной высоты.

Основной жалобой пациента при вывихе голеностопного сустава становится резкая, нестерпимая боль в поврежденном сочленении - ее появление сопровождается появлением сильного отека, кровоподтека, цианотичностью и мраморностью кожи, выраженной деформацией сустава. Пациент не может двигать травмированной конечностью, невозможна и опора на ногу.

Повреждение подтаранного сустава встречается очень редко и сопровождается повреждением связок. Основными проявлениями этой травмы становятся боль в стопе, ее отек и деформация, опора на стопу невозможна, но движения в голеностопном суставе в минимальном объеме возможны.

Повреждения суставов предплюсны возникает в момент резкого поворота стопы. Его основными проявлениями становятся появление резкой боли, отека, деформации травмированной стопы, причем в дистальном ее отделе (пальцы) очень быстро развиваются тяжелые нарушения кровообращения, которые могут закончиться гангреной.

Повреждения плюсны встречается очень редко, и проявляется, помимо резкой боли, отеком, заметным расширением и укорочением стопы.

Вывих суставов пальцев чаще всего возникает в результате прямого удара по ним, и эта травма сопровождается появлением боли, развитием отека травмированного пальца.

### Первая помощь при вывихе стопы

Для предупреждения дальнейшего повреждения связок и расхождения костей стопы при ее вывихе необходимо:

· зафиксировать травмированную конечность - можно для этого использовать любые подручные материалы, которые подойдут для изготовления импровизированной лонгеты;

· приложить холод к месту травмы - эту облегчит боль и воспрепятствует развитию массивного отека;

· дать пациенту любой обезболивающий препарат;

· немедленно доставить его на консультацию к травматологу.

### Вывих стопы - лечение

Для уточнения уровня повреждения, своевременного обнаружения сопутствующих переломов обязательно выполнение рентгенографии пораженной конечности в двух перпендикулярных проекциях. После этого травматолог может принять решение о тактике лечения пациента - проводится вправление вывиха (консервативное или хирургическое), после чего на поврежденную конечность накладывают фиксирующую лонгету.

Вправление вывиха может проводиться под проводниковой анестезией или общим наркозом - от тог, насколько тщательно будет выполнена репозиция вывиха. После вправления выполняют контрольный снимок голени и стопы, а также накладывают гипсовую повязку или лонгету. Больному запрещают наступать на травмированную конечность на все время лечения - срок иммобилизации составляет от 2до 12 недель (зависит от типа вывиха и уровня его расположения). В периоде реабилитации назначают массаж, физиотерапевтические процедуры, комплекс ЛФК.

**Литература**

1. уч. Кавалерский Г.М., Силин Л.Л., Гаркави А.В. Травматология и ортопедия 2005 г.

2. уч. С. Юмашева - травматология и ортопедия \

. http://sportswiki.ru/%D0%92%D1%8B%D0%B2%D0%B8%D1%85\_%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B0\_-\_%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5

. http://supernicolass.narod.ru/topic1013.htm

. http://supernicolass.narod.ru/topic1013.htm

. http://www.e-reading.mobi/chapter.php/103706/8/Zhidkova\_-\_Travmatologiya\_i\_ortopediya\_\_konspekt\_lekciii.html

. http://xupypr.org/hirurgicheskie-bolezni-s-uhodom-za-bolnyimi/vyivihi-nizhnih-konechnostey.html