



Вывих нижней конечности

Вывих бедра

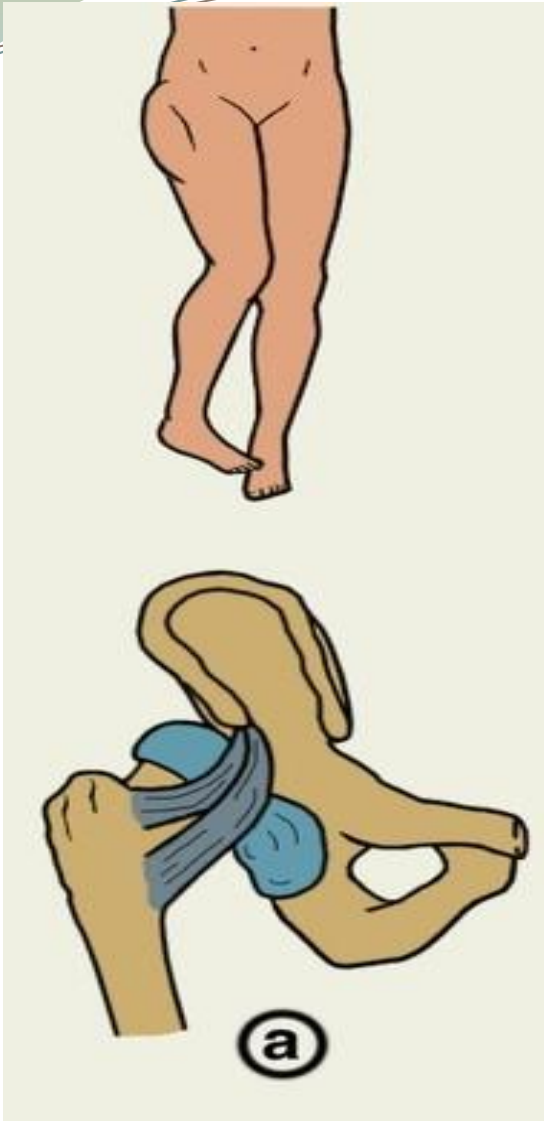
- травматические вывихи бедра возникают вследствие не прямой массивной **травмы** (падения с высоты, дорожно-транспортного происшествия и т.д.),
- преимущественно эта патология встречается у мужчин до 60 лет.
- Прямой механизм травмы не свойственен этой патологии. Непрямой механизм вывиха бедра обусловлен рычагообразным действием всего бедра и дистальной части конечности. При этом создается двуплечий рычаг - рычаг первого рода. Длинным плечом рычага является вся нижняя конечность, расположенная дистальнее края вертлужной впадины, а коротким - расположенная внутрисуставно головка бедренной кости. Точкой опоры при этом является край вертлужной впадины, в который упирается шейка бедренной кости. рычаг первого рода, вращаясь вокруг точки опоры, приводит к дальнейшему перемещению короткого плеча рычага, головка выходит (как бы выдавливается) из вертлужной впадины, наступает вывих. Встречается вывих бедра относительно редко (3-7,5% всех вывихов)

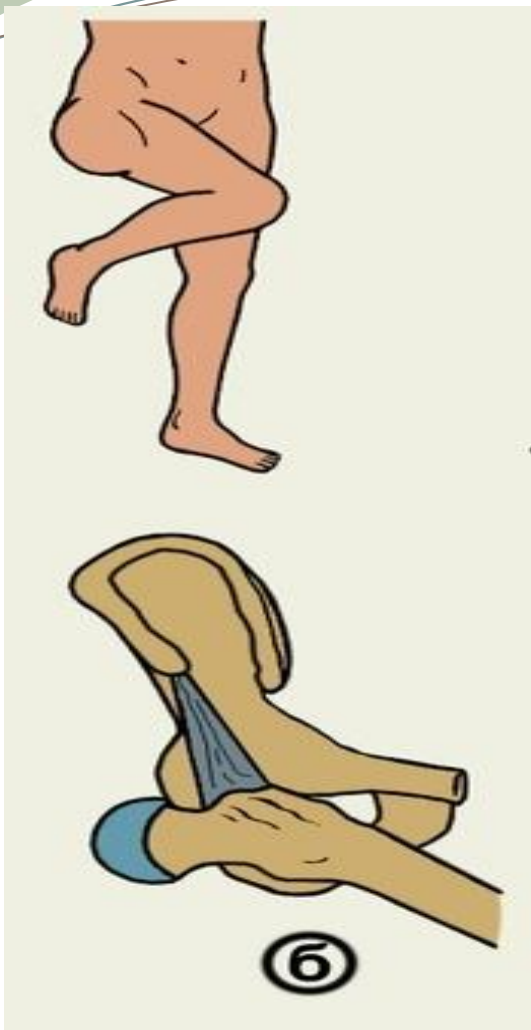
Классификация:

- . В зависимости от смещения головки бедренной кости различают четыре основных вывиха бедра: задневерхний, или подвздошный, задненижний, или седалищный; передневерхний, или надлонный, и передненижний, или запирательный. Чаще встречается подвздошный **вывих бедра**, который составляет 80-85% всех вывихов в тазобедренном суставе, затем идет седалищный вывих, запирательный и реже всех - надлонный **вывих**.

Задневерхний вывих бедра

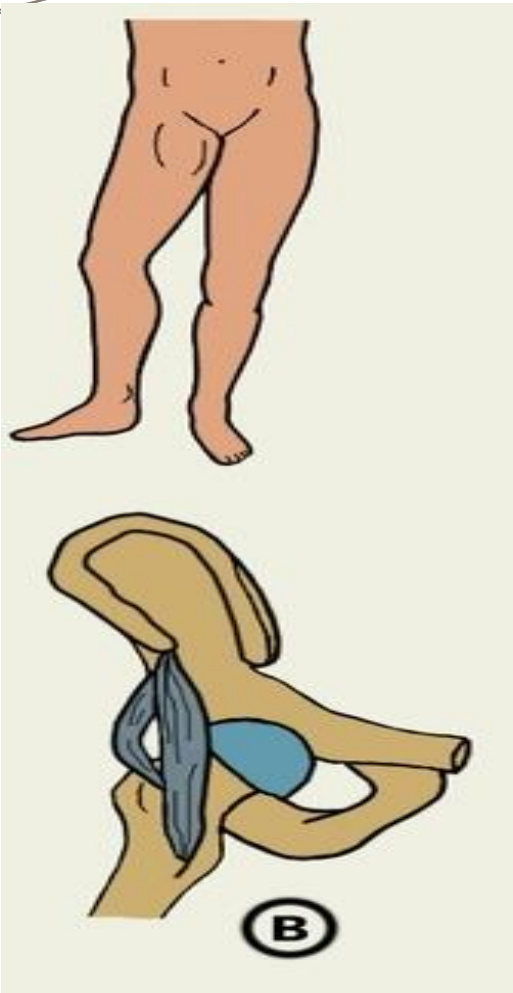
(подвздошный - luxatio femoris iliaca) представляет собой незначительное приведение поврежденной нижней конечности, легкое сгибание в тазобедренном и коленном суставах и ротацию ноги внутрь. При этом большой вертел располагается над линией Розера-Нелатона. Ягодичная область на стороне вывиха приобретает большую округлость, а паховая складка выглядит более рельефно. Поясничный лордоз в связи с этим несколько увеличен, укорочение ноги достигает 5-6 см.





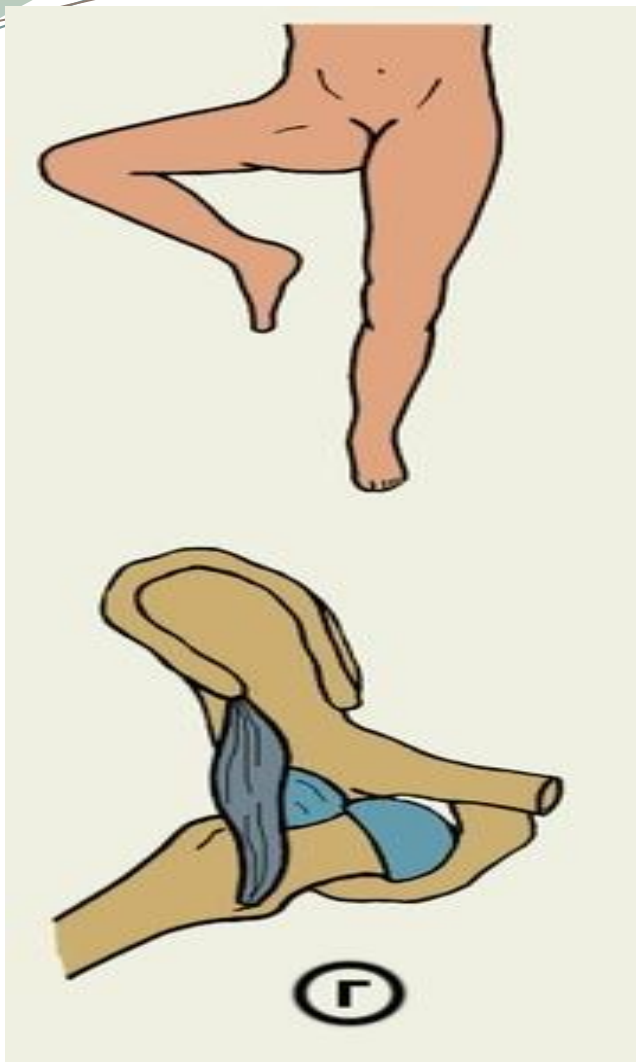
задненижний вивих.

При данном вывихе бедра деформация сустава выражена значительно реже. Приведение, сгибание и внутренняя ротация ноги выражены настолько сильно, что при положении пострадавшего лежа на спине больное бедро перекрещивает здоровую ногу выше коленного сустава. При пальпации большой вертел в этой ситуации прощупывается несколько выше линии Розера-Нелатона. Укорочение ноги незначительное, составляет всего 1-2 см, лордоз тем не менее выражен отчетливо. Под лобково-бедренной связкой определяется западение мягких тканей.



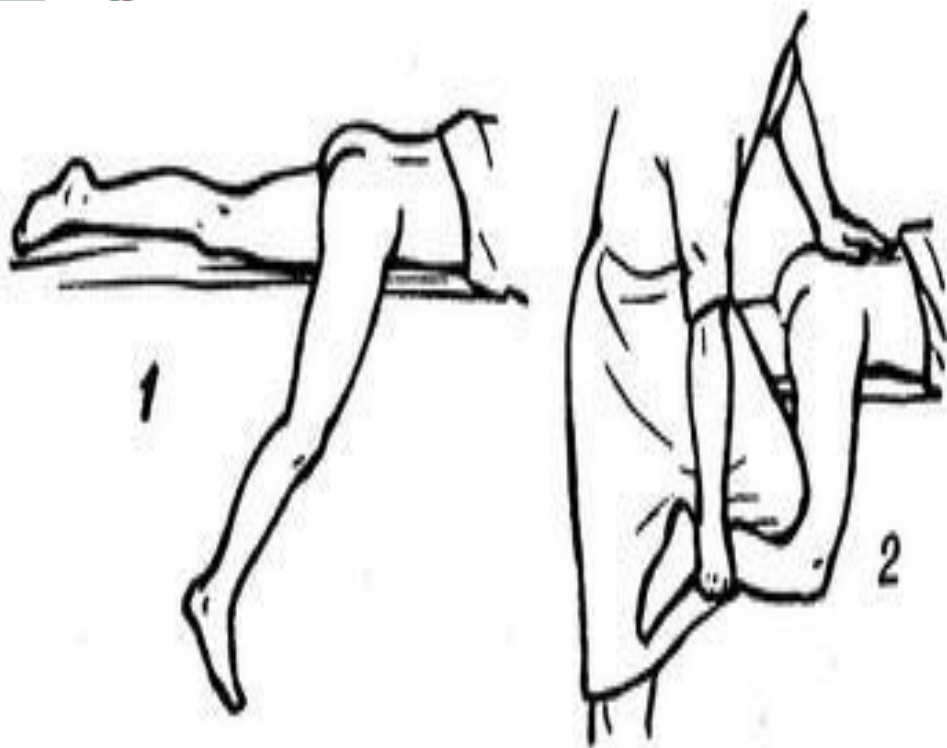
Передневерхний вывих бедра

(надлонный или лонный - luxatio femoris suprapubica или luxatio femoris pubica)
характеризуется незначительным отведением конечности и ее наружной ротацией. Нога может при этом находиться в состоянии небольшого сгибания в тазобедренном и коленном суставах или в выпрямленном положении. При пальпации головку бедренной кости можно прощупать под паховой связкой. Иногда она отчетливо контурируется здесь, как бы выполняя собой углубление паховой области. Большой вертел смещен кпереди и прощупывается в стороне от линии Розера-Нелатона. Укорочение ноги при этом незначительное.



(запирательный - luxatio femoris obturatoria) в свою очередь характеризуется сгибанием ноги в тазобедренном и коленном суставах, значительной наружной ротацией и отведением бедра. При этом отмечается напряжение мягких тканей внутренней поверхности бедра. Большой вертел по сравнению со здоровым бедром прощупывается на необычном для него месте.

симптомы **травмы**: сильная боль, отсутствие активных движений, пружинящая подвижность при попытке пассивно изменить положение бедра. Всегда головка бедренной кости на своем обычном месте отсутствует, имеется также относительное укорочение конечности той или иной степени выраженности. В связи со смещением головки бедренной кости большой вертел прощупывается в несвойственном ему месте. Нарушается равнобедренность, а также прямоугольность треугольника Бриана, большой вертел располагается в стороне от линии Розера-Нелатона, а линия Шемакера проходит атипично. Все это определяется при сравнительном обследовании тазобедренных суставов.

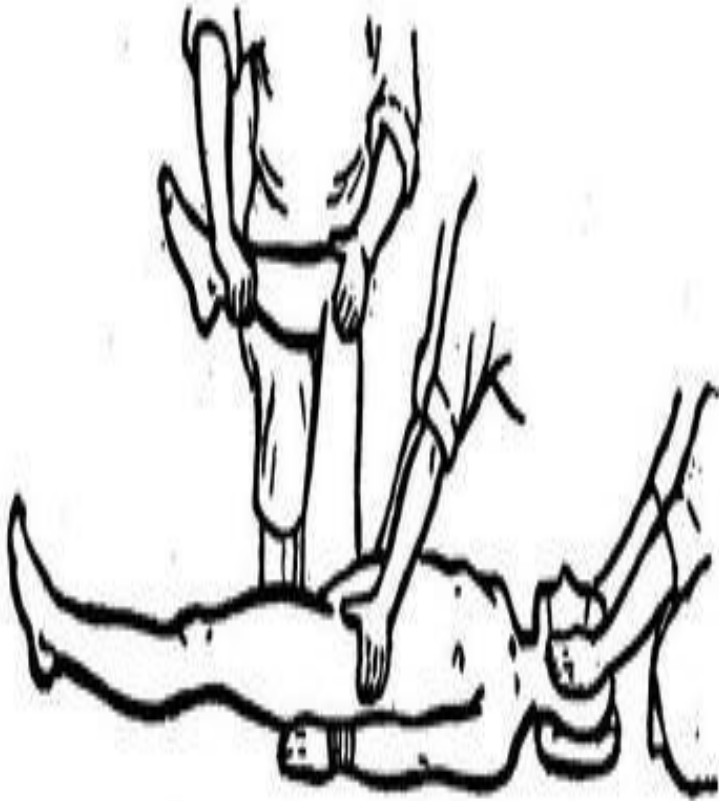


лечение

Сп 1. Способ Джанелидзе Больного укладывают на живот на столе таким образом, чтобы пострадавшая нога свисала со стола. Согнув в коленном суставе, ее поддерживают в таком положении в течение 10—20 минут. После этого хирург несколько отводит и ротирует конечность кнаружи. Затем надавливает вниз своим коленом на голень вывихнутой конечности. В результате головка бедра проскальзывает в вертлужную впадину; часто при этом слышен щелкающий звук.

2. Способ Кохера — Кеффера

Пострадавшего для выполнения пособия укладывают на спину на стол или низкую кушетку. Помощник обеими руками тщательно фиксирует таз за передние верхние ости, прижимая его к столу. Врач встает со стороны вывихнутой ноги, захватив ее рукой, разноименной с вывихнутой ногой, за верхнюю треть голени, а второй рукой - за нижнюю треть голени. При устранении передневерхнего вывиха головки бедренной кости врач добивается положения крайней наружной ротации бедра. Тем самым достигается отведение головки бедренной кости от лонной кости (первый этап). Затем следует приведение бедра, сгибание ноги в тазобедренном и коленном суставах до угла в $120-130^\circ$ и внутренняя ротация бедра (второй этап вправления). В результате всех этих манипуляций, как правило, головка бедренной кости подводится к вертлужной впадине. Вправление головки бедренной кости достигается при осуществлении последнего (третьего) этапа - разгибания ноги в тазобедренном и коленном суставах и отведения ее.



В дальнейшем после устранения вывиха бедренной кости необходимо наложить кратковременную фиксацию конечности в физиологическом положении. Больного укладывают на ортопедическую кровать, ногу слегка сгибают в коленном и тазобедренном суставах, под голень подкладывают жесткую ортопедическую подушку. Также на голень и бедро накладывают клеевое вытяжение с грузами по 2 кг, на стопу подвешивают петлю с грузом 1,5 кг. Уже через неделю необходимо выполнять движения в тазобедренном суставе и массаж. Дозированная нагрузка на тазобедренный сустав разрешается спустя 2-3 недели (ходьба с помощью костылей), а через 8-10 недель можно давать полную нагрузку на сустав. Все время лечения больному назначают массаж, лечебная физкультура и физиотерапевтические процедуры. Восстановление трудоспособности возможно спустя 6-7 недель.

Вывих голени

- травматические вывихи голени благодаря большой прочности связочного аппарата встречаются достаточно редко и составляют в среднем 5% всех вывихов. Чаще их можно наблюдать у мужчин.
- Различают полные и неполные **вывихи голени**. Полный вывих представляет собой смещение, как правило, голени кпереди или кзади, тогда как неполные (подвывихи) являются результатом смещения голени кнаружи или кнутри. К неполным вывихам, к примеру, могут быть отнесены и ротационные вывихи голени, возникающие крайне редко.



- **Клиническая картина** полных вывихов голени очень специфична: разлитая болезненность, кровоизлияние и отек в области сустава, укорочением конечности.
- При передних вывихах верхний край большеберцовой кости резко выстоит впереди, при задних - кзади. Развивается штыкообразная деформация коленного сустава. Ось голени соответственно проходит спереди или сзади оси бедра. При подвывихах голени снаружи или внутри прощупываются выстоящие суставные концы большеберцовой и бедренной костей.
- Активные сгибание и разгибание в коленном суставе отсутствуют. Движения в коленном суставе вызывает резкую боль и ощущение пружинистого сопротивления. Боковые движения возможны. Боковые движения выражены при разрыве одной или обеих коллатеральных связок, при переломе одного из мыщелков образующих сустав костей.
- Также отмечается быстроразвивающаяся синюшность и отечность голени и стопы вследствие сдавления сосудов подколенной ямки. Пульс на стопе в таких случаях не определяется.

лечение

- Один помощник, захватив обеими руками стопу лежащего на спине больного, производит вытяжение по оси нижней конечности, второй, удерживая бедро за нижнюю его треть, осуществляет противотягу. Врач, надавливая одной рукой на дистальный отдел бедра, а другой рукой - на проксимальный отдел голени в направлении, противоположном смещению, производит устранение вывиха. Вправление сопровождается щелкающим звуком и появлением свободных движений в коленном суставе. Пункция сустава с целью эвакуации излившейся крови показана в случае, когда вывих голени сопровождается значительным гемартрозом. Пункцию нужно производить после сопоставления суставных поверхностей. Циркулярную гипсовую повязку с поясом и стопой накладывают после устранения вывиха на 2-2,5 месяца, причем положение конечности должно быть физиологическим (со сгибанием коленного сустава до угла в 170°).

Хирургическое лечение

При сохраняющейся нестабильности коленного сустава следует добиться максимально возможного объёма движений и затем определить сроки пластики повреждённых крестообразных или коллатеральных связок.

Приблизительный срок нетрудоспособности

Трудоспособность восстанавливается через 3,5-4 мес.

Вывих стопы

Вывихи в голеностопном суставе, как правило, сочетаются с переломами лодыжек или переднего и заднего краёв большеберцовой кости. Изолированные вывихи сегментов стопы или отдельных её костей встречаются относительно редко

ВЫВИХ ТАРАННОЙ КОСТИ

Механизм травмы не прямой: чрезмерное приведение, супинация и подошвенное сгибание стопы.

Клиническая картина и диагностика

Осмотр и физикальное обследование

Боль в месте травмы, голеностопный сустав деформирован. Стопа отклонена кнутри. По передненаружной поверхности стопы прощупывается плотное выпячивание. Кожа над ним белесоватого цвета за счёт ишемии.

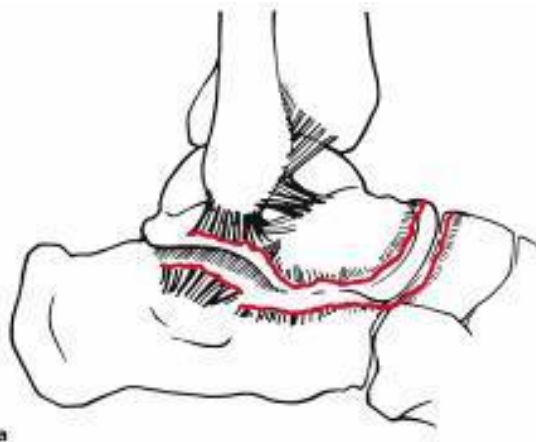
На рентгенограмме определяют вывих таранной кости.



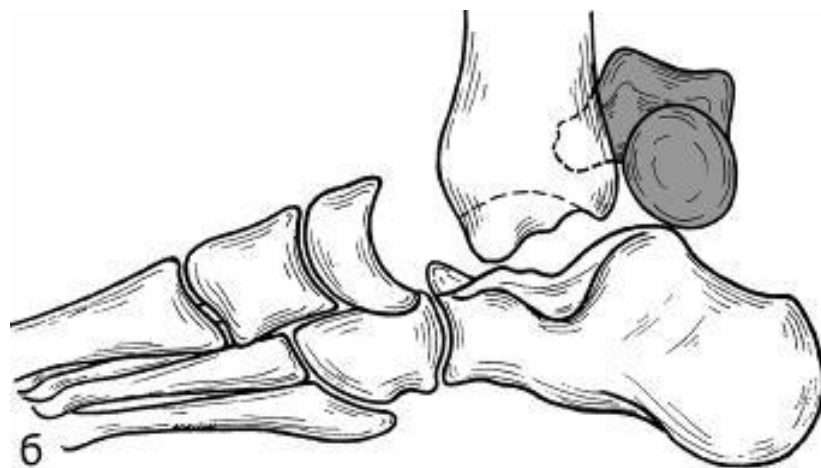
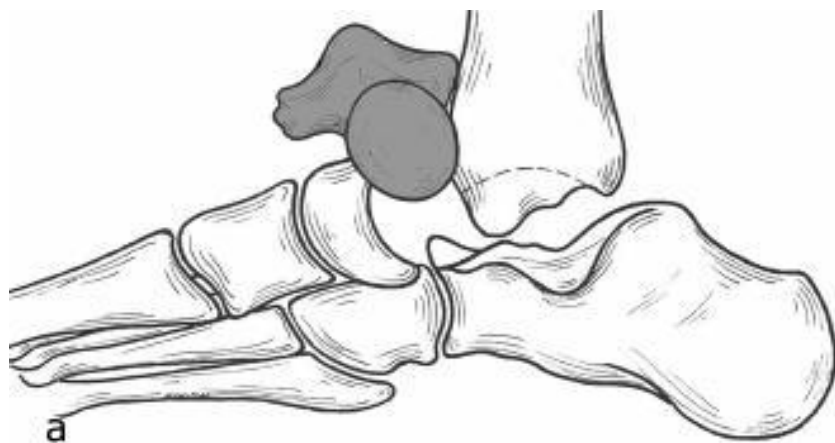
Рентгенограмма
тотального вывиха. •
Тотальный
(изолированный)
вывих таранной
кости – крайне
редкая ситуация.



Подтаранные вывихи составляют 1% от всех вывихов костей скелета и подразделяются на § латеральные, встречающиеся значительно реже (1: 6) в связи с тем, что латерально стопу удерживает мощная дельтовидная связка; § медиальные, встречающиеся чаще (6:1)



*а. Передний изолированный вывих Рис. б. Задний
изолированный вывих*



Консервативное лечение

Производят интенсивную тракцию за стопу, придавая ей ещё большее подошвенное сгибание, супинацию и приведение. Затем хирург надавливает на таранную кость кнутри и кзади, пытаясь развернуть её и сместить в собственное ложе. Конечность фиксируют циркулярной гипсовой повязкой от середины бедра до концов пальцев при сгибании в коленном суставе под углом 30° , в голеностопном — 0° . Повязку рассекают по длине для профилактики сдавления. Через 3 нед повязку меняют на гипсовый сапожок сроком на 6 нед. После устранения иммобилизации проводят реабилитационное лечение. Во избежание асептического некроза таранной кости нагрузку на конечность разрешают не ранее чем через 3 мес с момента травмы.

Вывих костей предплюсны

или вывих в суставе

Шопара

- встречается чрезвычайно редко. Возникает такой вывих при резком повороте стопы. Пациента беспокоит боль в стопе, которая резко усиливается при движениях стопы. Возникает отек, который быстро увеличивается. В стопе ниже места вывиха нарушается кровоснабжение. Пострадавшему необходимо дать обезболивающее.
Лечение вывиха костей предплюсны. Производится вправление вывиха под проводниковой анестезией или наркозом. Затем на ногу накладывается гипсовая повязка от кончиков пальцев до средней трети бедра на срок до 8 недель, с последующим освобождением коленного сустава через 3 недели. Назначается лечебная физкультура и физиотерапия. В течение года пациент должен носить ортопедическую обувь или супинаторы.

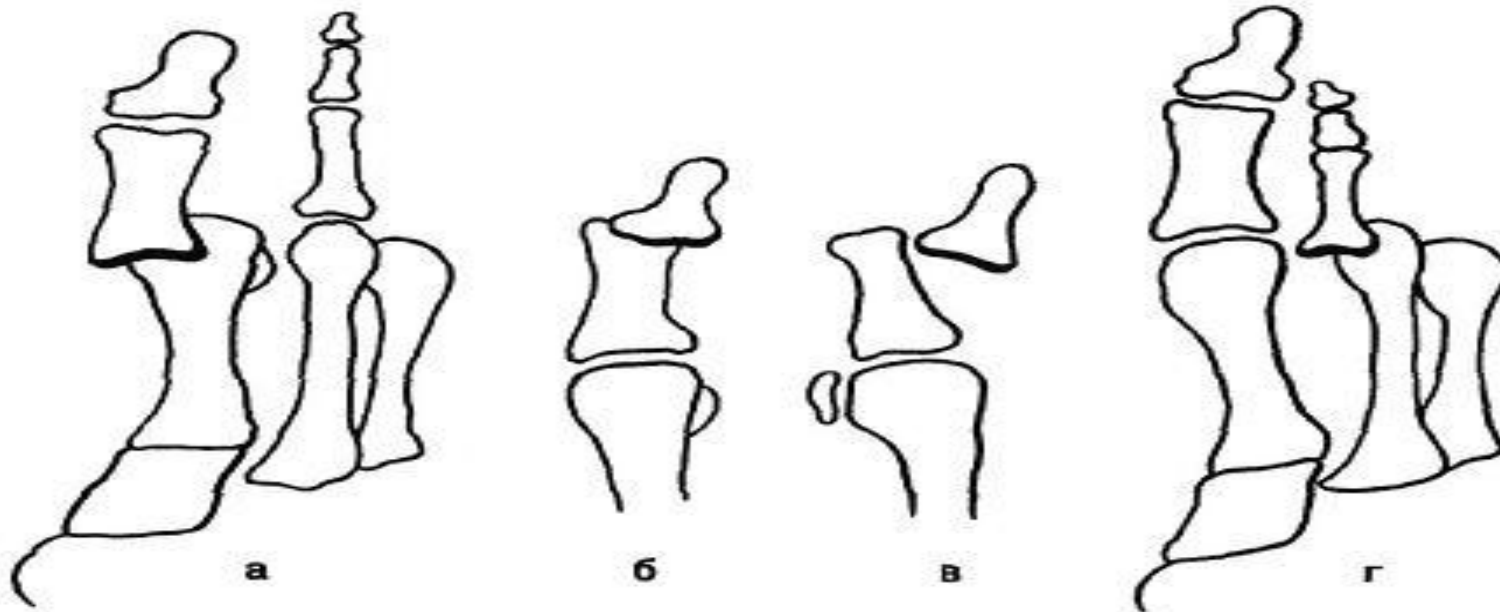
Вывих костей плюсны или вывих в суставе Лисфранка

- встречается также редко. Он бывает полным и неполным. При полном вывихе смещаются все плюсневые кости, при неполном вывихе возникает смещение со своего нормального положения отдельных костей плюсны. У пациента возникает боль в стопе. Форма стопы изменяется. Стопа кажется укороченной и расширяется в переднем отделе. Если вывихивается одна из костей плюсны на поверхности стопы, определяется выпячивание в виде ступеньки.
- **лечение вывиха костей плюсны или вывих в суставе Лисфранка** проводят обезболивание. Врач при помощи ассистента вправляет вывих. Затем от кончиков пальцев до колена накладывают циркулярную гипсовую повязку с тщательно моделированным сводом стопы. Срок иммобилизации до 8 недель. Затем назначают физиотерапию, лечебную физкультуру и ношение супинатора в течение одного года. Иногда при невозможности вправить вывих проводится оперативное лечение.

Вывихи пальцев стоп

- Различают два вида вывиха: в межфаланговом и в плюснефаланговом суставах. Механизм указанных повреждений в большинстве случаев не прямой (падение с высоты на разогнутую стопу, удар стопой о твердый предмет). Направление смещения при вывихе — к тылу, к подошве и в сторону. Диагностика а вывихов пальцев основывается на анамнезе, характерной деформации и положении пальца, его укорочении, ограничении функции, пружинящей неподвижности, а также на данных рентгенографии.

а — вывих проксимальной фаланги I пальца к тылу; б — вывих дистальной фаланги к тылу; в — вывих дистальной фаланги I пальца кнаружи; г — вывих проксимальной фаланги II пальца кнаружи.



лечение

- врач производит тягу по длине за поврежденный палец; противотягу за голеностопный сустав осуществляет помощник. Затем, не ослабляя тяги рукой по длине, большим пальцем другой руки приступает к вправлению вывиха путем надавливания на основание смещенной фаланги в сторону, противоположную смещению. После вправления осторожно проверяют сгибательные и разгибательные движения в пальце и накладывают лейкопластырную повязку, делают контрольную рентгенографию.

