

*Министерство здравоохранения ЛНР
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Кафедра травматологи и ортопедии*

Травматические вывихи

*Подготовил: студент 5 курса, 11 группы
I медицинского факультета
Андреанов Илья Иванович*

Луганск-2017

Травматическим вывихом называется полное смещение суставных концов костей при котором утрачивается нормальное соприкосновение суставных поверхностей в области сочленения. Вывих наступает вследствие травмы, сопровождающейся разрывом капсулы и связок



Механизм повреждения и анатомо-физиологические особенности

Непрямой механизм травмы(падение с упором на разогнутую или согнутую конечность)

Резкое сокращение мышц(резкие движения во время плавания)

Травмируются мышцы,капсульно-связочный аппарат,сосудисто-нервные пучки, кости



Классификация

Врожденные ,приобретенные вывихи
Патологические и травматические

Открытые изакрытые

Свежие 2-3 сут. Несвежие 3-4 нед.
застарелые свыше 4 нед.

Невправимые

Привычные

Осложненные

Диагностика травматических вывихов

Диагноз вывиха устанавливается при наличии следующих данных:

- 1) травма в анамнезе (падение, резкое движение);
- 2) Локальная боль;
- 3) деформация области сустава, которая хорошо заметна при сравнении со здоровой стороной;
- 4) вынужденное, характерное для каждого вида вывиха положение конечности;
- 5) изменение направления оси вывихнутой конечности по отношению к соседним опознавательным точкам;
- 6) изменение длины конечности (чаще отмечается укорочение, реже — удлинение);
- 7) «пружинящая фиксация», при которой попытка сделать определенное пассивное движение, чтобы вывести конечность из вынужденного положения, встречает эластическое, пружинящее сопротивление и она вновь принимает то же положение;
- 8) отсутствие активных и резкое ограничение пассивных движений в суставе;
- 9) суставной конец, который вышел при вывихе из суставной впадины, прощупывается не на своем обычном месте или совсем не определяется.



Радиологическое исследование

Рентгенологическое исследование в двух стандартных проекциях .До вправления и контроль после вправления сустава.

Исключает или подтверждает сопутствующую патологию(перелом ,отрыв костной ткани)



<http://likar.org.ua/>

Принципы лечения

Догоспитальная помощь—обезболивание анальгетиками ,иммобилизация травмированной конечности

Первый этап — вправление вывиха.

Второй этап — кратковременная фиксация конечности, которую осуществляют вслед за устранением вывиха.

Третий этап — восстановительное лечение.



Вывих плеча

Травматические вывихи плеча по своей частоте занимают одно из первых мест, в силу чего приобретают особо важное практическое значение. 50-70% всех вывихов

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Плечевой сустав образован головкой плечевой кости и овальной, слабо выраженной суставной впадиной лопатки которая в 3 раза меньше головки плеча, в силу чего последняя только лишь прилежит к суставной ямке.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Передние (98%)

Задние

Нижние

По степени смещения головки различают :

Подключовидный

Внутриключовидный

подключичный



Клинические проявления

Механизм травмы не прямой

Диагностика

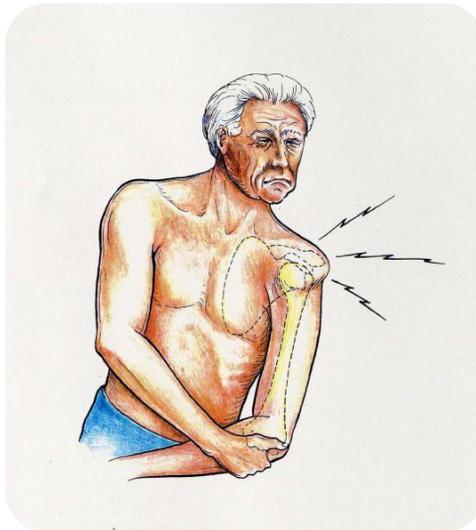
Боль в области сустава, отсутствие движения плеча,
вынужденное положение конечности

Деформация ,пружинящее сопротивление.

Радиологическое исследование .

Подтверждение наличия и характера вывиха ,выявление

Сопутствующих переломов.



Лечение

Догоспитальная помощь (иммобилизация косыночной повязкой и анальгетики)

Методики закрытого вправления вывихов плеча:

Способ Джанелидзе

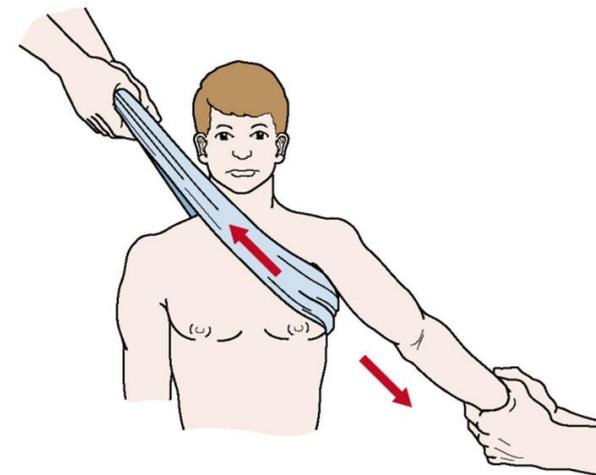
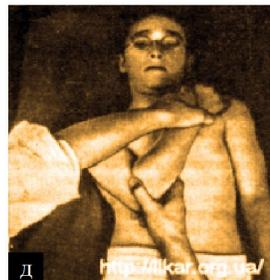
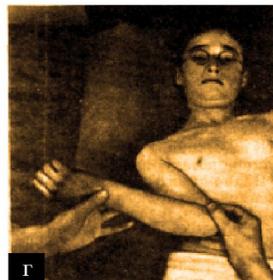
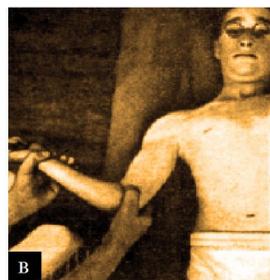
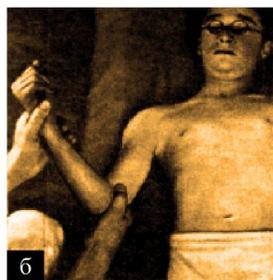
Способ Гиппократата

Способ Кохера

Способ Мота

Способ Тарасенко

Способ Чаклина



Вывих предплечья

Травматические вывихи предплечья по своей частоте занимают 2 е место, уступая вывихам плеча, и чаще встречаются среди мужчин сравнительно молодого возраста. 18-27% всех вывихов

По сложности своего строения локтевой сустав занимает одно из первых мест. Он включает плече- локтевой сустав плече- лучевой и луче-локтевой которые имеют общую суставную капсулу. Локтевой сустав относится к сложным. В целом он является разновидностью блоковидного и функционирует как винтообразный.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫВИХОВ И КЛАССИФИКАЦИЯ Среди различных видов вывихов в области локтевого сустава чаще всего встречаются задние вывихи обеих костей предплечья . У большинства больных они сочетаются со смещением предплечья кнаружи и значительно реже кнутри, поэтому задне-наружные вывихи имеют наибольшее практическое значение.

. Значительно реже имеют место передние вывихи обеих костей предплечья

Среди изолированных вывихов у взрослых чаще возникают полные



Механогенез

В основе механизма задних вывихов предплечья чаще всего лежит не прямое воздействие силы, возникающей преимущественно при падении на вытянутую руку с выраженным переразгибанием ее в локтевом суставе.

Передние вывихи предплечья возникают преимущественно при падении на согнутый локтевой сустав, где действующая сила направлена не строго перпендикулярно длинной оси плеча, а под некоторым углом.

В механогенезе пронационных подвывихов головки лучевой кости у детей существенную роль играют недоразвитая шейка лучевой кости, относительная слабость кольцевидной связки, более широкая суставная капсула между плечевой костью и головкой луча, а также наличие в этой области дубликатуры синовиальной оболочки, которая при растягивании сустава нередко ущемляется между суставными концами костей.

Клиника. Диагностика

Конечность пассивна, несколько согнута в локтевом суставе, пострадавший обычно поддерживает ее здоровой рукой. Область сустава отечна, увеличена в объеме. Сустав деформирован. При задних вывихах ось предплечья укорочена и смещена кзади, вследствие чего передне-задний размер области локтевого сустава несколько увеличен. Пружинящее сопротивление. Характерным является выстояние локтевого отростка кзади и кверху, а при задненаружных вывихах и кнаружи

Спереди область локтевого сустава обычно сглажена, нередко определяется выпячивание дистального суставного конца плечевой кости. Треугольник Гютера, образованный эпикондиллярной линией и локтевым отростком, при вывихе теряет свою равнобедренность.



Радиологическое исследование

До и после вправления вывиха.
Рентгенография в прямой и боковой проекции



Лечение

Догоспитальная помощь:

Транспортная иммобилизация, анальгетики

Вправление вывиха под наркозом.

Иммобилизация задней гипсовой лангетой

Восстановительное лечение



Вывих костей запястья

Вывихи костей запястья наблюдаются редко. Чаще других вывихивается полулунная кость в ладонную сторону ,затем ладьевидная –в тыльно-лучевом направлении.

Вправление производится под внутрикостной анестезией при сильной тяге за пальцы кисти. Если вправление не удастся ,то прибегают к оперативному вправлению или удалению вывихнутой кости.



Вывихи в суставах нижней конечности

Вывих бедра

Составляет 5 % всех вывихов, образуется под действие большого травмирующего усилия.

Классификация:

- задневерхний (подвздошный)- встречается наиболее часто
- задненижний (седалищный)
- передневерхний (лонный)
- передненижний (запирательный)

Механизм. Непрямое значительное насилие. При резкой ротации и приведении бедра в положение сгибания- задние вывихи. Передние вывихи- фиксированное отведение ноги с ее наружной ротацией.



Вывихи в суставах нижней конечности

Диагностика

Сопровождается сильными болями, отсутствием движений в тазобедренном суставе, невозможностью встать на ногу после повреждения. Вынужденное положение, которое зависит от вида вывиха. Определяется симптом «пружинящего сопротивления».

Радиологическое обследование. Рентгенография проксимального отдела бедра с половиной таза в стандартных проекциях до и после вправления.



Вывихи в суставах нижней конечности

Лечение.

- Догоспитальная помощь. Транспортная иммобилизация в положении лежа на носилках. Анальгетики.
- Вправление вывиха, иммобилизация вытяжением с последующей ходьбой на костылях
- Функциональная терапия

Способы вправления:

- 1) Джанелидзе
 - 2) Кохера
 - 3) Депре-Бигелоу
- Постоиммобилизационный период. Ходьба на костылях 12-14 недель с частичной нагрузкой. Трудоспособность восстанавливается через 14-16 недель.

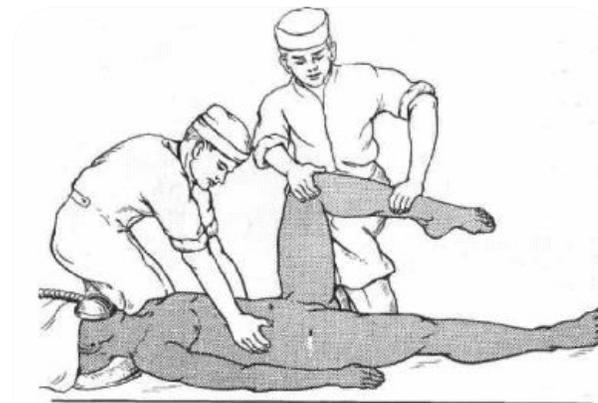
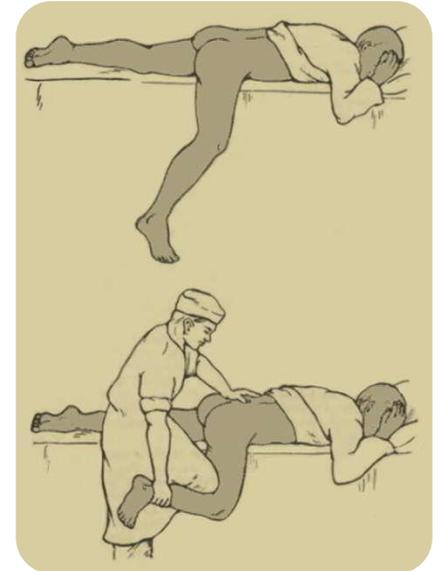


Рис. 1.15. Вправление вывиха бедра
по Кохеру.
по Кохеру.
БНС: 1 1 2: Вправление вывиха бедра

Вывихи в суставах нижней конечности

Вывихи в коленном суставе

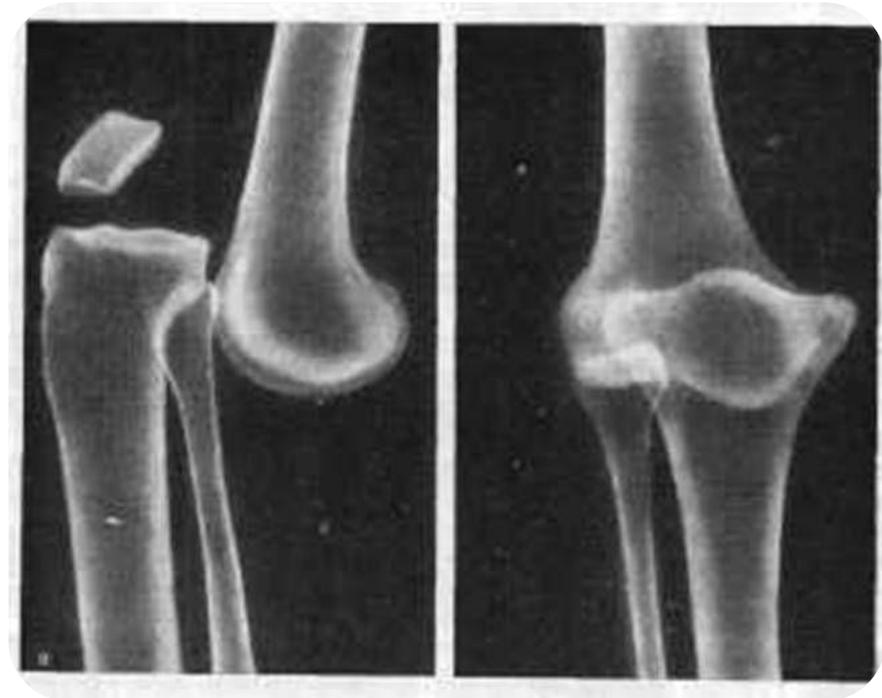
Вывих голени.

-передние

-задние

-боковые (наружные, внутренние)

-ротационные



Вывихи в суставах нижней конечности

Диагностика.

Механизм травмы прямой или не прямой. Резкая боль, невозможность активных движений в суставе, неопорность конечности, нога выпрямлена, укорочена. В области коленного сустава отмечается штыкообразная деформация, активные движения отсутствуют. Пассивные движения проверять нельзя из-за опасности повреждения подколенных сосудов.

Радиологическое исследование. Рентгенография в двух стандартных проекциях.



Вывихи в суставах нижней конечности

Догоспитальная помощь. Противошоковые мероприятия, адекватное обезболивание, транспортная иммобилизация. Шинирование от ягодичной складки до пальцев стопы. Обязательная госпитализация в стационар.

Лечение. Вправление вывиха под наркозом. После вправления- иммобилизация гипсовой лангетой от ягодичной складки до пальцев стопы.

Лечение гемартроза.

Вывихи в суставах нижней конечности

Вывих головки малоберцовой кости

Возникает при разрыве проксимального межберцового синдесмоза и может сопровождаться повреждением малоберцового нерва.

Рентгенография позволяет определить диагноз. Лечение оперативное.

Вывихи в суставах нижней конечности

Травматический вывих надколенника

Классификация:

- боковой (наружный, внутренний)
- торсионный (ротационный) (надколенник проворачивается вокруг вертикальной оси)
- вертикальный

Диагностика. Болевой синдром, движения отсутствуют, либо резко ограничены, надколенник смещен в сторону, либо ребро его пальпируется на передней поверхности сустава. Четырехглавая мышца резко напряжена, сустав увеличен в размерах.

Радиологическое исследование в двух проекциях до и после вправления.

Лечение. Вертикальные-только оперативно. В остальных случаях проводят закрытое вправление надколенника под наркозом. При гемартрозе предварительно пунктируют сустав. Имобилизация гипсовой повязкой от ягодичной складки до голеностопного сустава на 3 недели.



Вывихи в суставах нижней конечности

Вывихи в суставах стопы

Подтаранный вывих стопы.

Классификация:

- боковые
- передние
- задние
- сочетание их

Механизм травмы- не прямой.

Диагностика. Выражена деформация в подтаранной области, стопа резко сдвинута кнутри, находится в положении супинации и варуса, на тыле стопы четко пальпируется головка таранной кости, функция стопы нарушена. Болезненность.

Радиологическая диагностика в двух стандартных проекциях.

Лечение. Транспортная иммобилизация, обезболивание, вправление вывиха под наркозом, после вправления-иммобилизация гипсовой повязкой до коленного сустава на 3-4 недели с последующим функциональным лечением. Полная нагрузка через 6-8 недель.

