ВИВИХИ СТЕГНА І ГОМІЛКИ

**Вивих стегна.** Травматичні вивихи стегна вини­кають переважно у людей молодого та середнього віку. Що ж до літніх людей, то у них частіше бувають переломи проксимального кінця стег­нової кістки, бо кістки з віком втра­чають еластичність і у структурі їх переважають неорганічні солі. Трав­матичні вивихи, за даними статис­тики, становлять 15 % від усіх виви­хів. Кульшовий суглоб має три сту­пені свободи рухів — навколо трьох головних осей. Вивихи його бувають не так уже й часто, порівняно з пле­човим та ліктьовим суглобами. Це пояснюється тим, що він має глибоку вертлюжну западину, п'ять міцних зв'язок і перекривається добре роз­виненим м'язовим шаром.

Травматичні вивихи стегна вини­кають переважно під впливом знач­ної непрямої сили, що діє за прин­ципом важеля. Залежно від місця ло­калізації вивихнутої головки виді­ляють задньо-верхній (luxatio femoris iliaca), задньо-нижній, або сідничний (luxatio femoris ischiadica), передньо-верхній, або надлобковий (luxatio fe­moris suprapubica), передньонижній, або обтураторний (luxatio femoris ob-turatorica), і центральний (luxatio cen-tralis) вивихи.

Задній вивих виникає за умови, що кінцівка під час дії травмівної си­ли була зігнута, приведена і ротована досередини. Що менше зігнуте стег­но у кульшовому суглобі, то вище го­ловка зміщується, і навпаки, що біль­ше воно зігнуте (під гострим кутом), то зміщення головки буде нижчим.

Передні вивихи стегна виникають тоді, коли стегно і кінцівка перебу­вають у положенні зовнішньої ротації, відведення і згинання. У разі по­мірного згинання і відведення за зов­нішньої ротації виникає передньовер-хній (lux. suprapubica або iliopecti-nea), а за значного згинання і відве­дення стегна із зовнішньою ротацією — передньонижній (luxatio obturatori-са)вивих.

**Клінічні прояви заднього виви­ху стегна**. Травмована кін­цівка приведена, зігнута в кульшово­му і колінному суглобах, повернута досередини. Ступінь згинання, при­ведення і внутрішньої ротації більше виражені за сідничних вивихів. Стег­но здається коротшим, ділянка зов­нішньої поверхні кульшового сугло­ба сплощена. Контури верхівки вер­тлюга травмованої кінцівки прогля­даються вище, ніж на здоровій кін­цівці, і вище за лінію Розера — Нела-тона. Чітко виражені порушення три­кутника Бріана та симетричність лінії Шемахера. Сідничні складки на трав­мованому боці розташовуються ви­ще, ніж звичайно. Під час пальпації під сідничними м'язами чітко виз­начається головка стегнової кістки. При сідничному вивиху сіднична ді­лянка більш округла і головка стег­нової кістки пальпується біля сід­ничної кістки. Інколи бувають сим­птоми подразнення сідничного нерва (парестезія, стріляючий біль, зані­міння). На боці вивиху, як правило, спостерігається відносне укорочення кінцівки.

На відміну від задніх вивихів стег­на, при передніх травмована кінцівка відведена, зігнута і ротована назовні.*.* При обтураційних ви­вихах усі ці симптоми виражені біль­шою мірою, ніж при надлобкових. Як і при задніх вивихах, при передніх відзначається відносне укорочення травмованої кінцівки.

Для передніх вивихів типовими є сплощення сідничної ділянки і від­сутність контурів великого вертлюга, який не пальпується. Пахова ж ді­лянка випукла і здається збільшеною за рахунок вивихнутої головки стег­нової кістки, яка пальпується під пупартовою (паховою) зв'язкою. Не­рідко з внутрішнього боку вивих­нутої головки відзначається чітка пульсація стегнової артерії.

**Центральний вивих стегна.** Внаслі­док перелому дна вертлюжної запади­ни головка зміщується в порожнину малого таза — залежно від травмівної сили. Виникає центральний вивих най­частіше від прямої дії сили по осі ший­ки і головки стегнової кістки. Значно рідше спричинюється непрямою дією травмівного чинника.

Клінічні прояви центрального виви­ху: дещо зігнуте приведене і помірно ротоване назовні стегно, незначне від­носне укорочення кінцівки, обмежен­ня згинання та розгинання у кульшо­вому суглобі і неможливість відведення та ротаційних рухів. Відносно біомеха­нічної осі нижньої кінцівки вісь стегна зміщена дещо досередини, контури ве­ликого вертлюга не визначаються і зов­нішня поверхня кульшового суглоба менш овальна. Під час ректального до­слідження виявляють болючість і купо­лоподібне випинання стінки таза.

Після клінічного проводять рентге­нологічне дослідження і лише потім встановлюють остаточний діагноз.

Ускладненими є вивихи стегна з одночасним переломом заднього краю

вертлюжної западини. Симптоматика така сама, як і у разі неускладненого заднього вивиху. Для уточнення діаг­нозу користуються даними анамнезу (удар потерпілий отримав по осі зігну­того стегна в ділянку коліна, що є ти­повим для цієї травми).

**Вивих гомілки.** Вивих гомілки належить до рід­кісних травм і складає 1,5—2 відсотки від інших вивихів. Виникає частіше від непрямої дії, коли один із суглобових кінців (частіше стегна) фіксований ста­більно, а другий (гомілковий) змі­щається вперед, назад чи вбік. Вивих гомілки виникає за умови повного роз­ривання схрещених зв'язок і капсули суглоба. У разі підвивиху розривається одна із них (передня чи задня — залеж­но від напрямку дії механічної сили). Для переднього вивиху гомілки харак­терна штикоподібна деформація колін­ного суглоба. Гомілка фіксована у ро­зігнутому положенні і здається корот­шою. Над стегном під перерозтягнутою шкірою виступає проксимальний суг­лобовий кінець гомілки. При суто передньому вивиху він розташований по осі нижньої кінцівки, при перед-ньобічному і бічному — назовні чи досередини. Спостерігається крово­вилив у суглоб (гемартроз).

При задньому вивиху суглобовий кінець гомілки зміщується назад і утворює сходоподібну деформацію. На передній поверхні під шкірою ре­льєфно виступають контури вирос­тків стегнової кістки. Якщо надко­лінок при передньому вивиху мобіль­ний і зв'язка його напружена, то при задньому вивиху гомілки він притис­нутий до виростків стегна, власна зв'язка напружена. Вісь гомілки змі­щена назад у сагітальній площині, а при передньому вивиху вона зміщу­ється вперед. При вивиху гомілки, особливо задньому, травмується під­колінна артерія, що проявляється набряком ступні, ціанозом або бліді­стю шкіри, порушенням чутливості, зниженням температури, відсутністю пульсу на тильній поверхні ступні.

**Травматичний вивих надко­лінка (luxatio patellae)** спостеріга­ється рідко *(0,4—*0,7 %). Діагностика його не складна. Внаслідок прямої травми надколінок зміщується лате­ральне, рідше медіально. Спостеріга­ється крововилив у колінний суглоб. Нога дещо зігнута у колінному суг­лобі, який дефігурований. Надколінок пальпується на бічній поверхні ко­лінного суглоба. Напрямок власної зв'язки його зміщується відповідно до вивихнутого надколінка. Часто ви­вих надколінка виникає за незначної травми, що пояснюється дисплазією одного з виростків стегнової кістки.

У гомілковостопному суглобі ізо­льованих травматичних вивихів не буває. Вони виникають у разі пе­релому кісточок та розриву диста­льного міжгомілкового синдесмозу.

Травматичний вивих кісток ступні — теж не ізольована травма. Спос­терігаються підтаранний вивих стопи (luxatio subtalo), вивих по суглобу Лісфранка, ізольовані вивихи таран­ної і човновидної кісток.

Вивихи хребців найчастіше спос­терігаються у шийному відділі хребет­

ного стовпа (мал.34). Виникають вони внаслідок надмірного згинання, рїдше — розгинання голови. Спостерігають­ся розриви зв'язок дуговідросткових суглобів. У цьому разі суглобові по­верхні верхнього хребця зсуваються наперед за суглобові поверхні ниж­нього хребця, тобто відбувається за­ходження однієї суглобової поверхні за другу і виникає двобічний вивих хребця.

Однобічні вивихи бувають тоді, коли до згинання голови приєдну­ється елемент ротації.

Значно частіше вивих хребців суп­роводжується переломом суглобових виростків, дужок, тіла.

При двобічних згинальних виви­хах хребця голова нахилена вперед, підборіддя майже торкається грудної клітки. Виникає значний біль у шиї, який особливо загострюється за най­меншої спроби руху голови, тому по­терпілий руками фіксує голову. М'я­зи шиї напружені.

Остистий відросток вивихнутого хребця більш заглиблений, і над ним рельєфно виступає під шкірою сусід­ній осіисіий відросток Якщо вивих хребця однобічний, то голова повернута в бік, протилежний вивиху, остистий відрос­ток відхилений у бік вивиху. Остаточ­ний діагноз встановлюють після рентге­нологічного дослідження.

**Лікування травматичного вивиху.** Ще в давні часи вважалось, що вивих, який настав до заходу сонця, повинен бути вправлений до заходу сонця і, навпа­ки, якщо вивих настав до сходу сонця, пін повинен бути вправленим до сходу сонця. І на сьогодні незмінним прин­ципом лікування травматологічних ви­вихів є невідкладність та ургентність.

Вивих треба вправляти за такого зне-болення, коли настає повне розслаб­лення м'язів. Тільки тоді вправлення

не причинить додаткової травми. Після вправлення вивиху обов'язкова іммо­білізація травмованої кінцівки (не мен­ше як на 2—3 тиж) доти, доки не зро­стеться розірвана капсула суглоба.

Вивихи плеча вправляються за ме­тодами Кохера, Гіппократа, Джанелі-дзе, Мота та ін. Передній вивих кра­ще вправляти за методом Кохера. За­лежно від методу знеболення вивих вправляють у положенні лежачи на спині чи сидячи. Помічник фіксує ло­патку до стола (якщо потерпілий си­дить, то до спинки стільця). Хірург бере рукою травмовану кінцівку потерпіло­го вище від ліктя, а другою рукою — за передпліччя, згинає у ліктьовому суглобі до прямого кута і поступово, без насильства виконує такі операції:

І етап — плавно з наростаючою си­лою хірург робить тракцію плеча по осі донизу, перемагаючи контракцію (ско­рочення) м'язів;

II етап — ротує плече назовні. У такому положенні головка має наймен­ший діаметр, нівелюється кут між нею і діафізом. Тим самим запобігають додатковому травмуванню нею м'язів під час зміщення головки в бік сугло­бової западини;

III етап — хірург, не зменшуючи тракції по осі плеча, спрямовує пле­чову кістку у напрямку середньої лінії до тулуба так, щоб вона на рівні ниж­ньої і середньої третин уперлася у груд­ну клітку. Таким чином плече стає ніби двоплечовим важелем. Довгим плечем важеля стає верхня і середня третини, а коротким — нижня третина плеча. Після чого хірург, зберігаючи тракцію по осі, тисне на зовнішню поверхню ліктьового суглоба (короткий важіль) згори вниз, розвиваючи на кінці дов­гого важеля таку силу, що дозволяє вивести головку плечової кістки на рівень суглобової западини лопатки;

4 етап — відчувши, що головка пле­чової кістки змістилася, і побачивши, що контур плечового суглоба виповнив­ся, хірург робить енергійну внутрішню ротацію плеча і в положенні пронації кладе кисть та передпліччя на грудну клітку під гострим кутом. У цей час го­ловка плечової кістки стає на місце, що супроводжується характерним звуком. Як тільки головка вправилася, зразу ж контур плечового суглоба стає оваль­ним. Іммобілізацію проводять пов'яз­кою Дезо, яку додатково фіксують гіпсо­вими бинтами (не менш як на 3 тиж — доки не зростеться капсула суглоба). Лікування без іммобілізації або раннє її зняття зумовлює тяжке ускладнення — звичний вивих плеча.

**Вправлення вивиху за методом Гіппократа** (мал.36) ще називають військово-польовим методом. Потер­пілий лежить на спині. Хірург сідає з боку вивиху обличчям до хворого і бере травмовану руку обома руками за перед­пліччя вище від променезап'ясткового суглоба. Після чого середній відділ од-ноіменної з вивихнутою рукою сто­пи (а не п'яту) максимально вставляє у пахвинну ямку так, щоб згин стопи закривав її. При цьому зовнішній край середнього відділу стопи упирається у бічну поверхню грудної клітки, а внут­рішній — у медіальну поверхню верх­ньої третини плеча. Утворюється дво-плечий важіль, коротшим плечем якого стають головка і верхня третина плеча, а довшим — середня і нижня тре­тини плеча. Хірург починає поступо­во, без ривків нарощувати силу тяги по осі руки з приведенням її до тулуба. У цей час за принципом дії важеля головка поступово виводиться до рівня суглобової западини лопатки і стає на місце. Плечовий суглоб набуває звич­ної (рорми, пасивні рухи стають вільни­ми, не обмеженими. Все це свідчить про те, що вивих вправлений. Проводять іммобілізацію пов'язкою Дезо.

**Ефективним методом вправлення ви­вихів плеча є метод Джанелідзе.** По­терпілого кладуть на стіл на травмова­ний бік так, щоб лопатка не заходила за край стола, а була фіксована до ньо­го. Голову потерпілого підтримує по­мічник або її кладуть на додатковий сто­лик. Рука повинна вільно звисати між столом і столиком. Обов'язковою умо­вою є фіксація лопатки до стола. Тільки за цієї умови через 10—15 хв можливо досягти розслаблення м'язів плечового пояса. Упевнившись, що м'язи розсла­билися, хірург згинає передпліччя у лік­тьовому суглобі до кута 90° і поступово, з наростаючою силою тисне на верхню третину передпліччя донизу, роблячи невеликі ротаційні рухи. У цей час і на­стає вправлення головки.

**Вправлення заднього вивиху перед­пліччя.** Задній вивих передпліччя вправляють двома методами: перероз-тягнення і згинання. Обов'язкові зне-болення і релаксація м'язів.

**Метод перерозгинання.** Асистент охоплює плече потерпілого у нижній третині, фіксує його, а хірург у цей час перерозгинає передпліччя у ліктьово­му суглобі. Цим прийомом досягають виведення вінцевого відростка з ліктьо­вої ямки епіфіза плеча. Після чого на­рощують тягу по осі руки доти, доки ліктьовий відросток не наблизиться до рівня ліктьової ямки. Не зменшуючи силу тяги, згинають передпліччя до утворення гострого кута. Зникнення пружної рухомості та вільні пасивні рухи у ліктьовому суглобі свідчать про те, що вивих передпліччя вправлений.

**Метод вправлення шляхом згинання.** Асистент бере передпліччя за нижню тре­тину і плавно з наростаючою силою тяг­не його по довжині. Хірург захоплює нижню третину плеча так, щоб обидва І пальці вперлися у ліктьовий відросток. Асистент, не зменшуючи сили, посту­пово згинає передпліччя, а хірург у цей час спрямовує ліктьовий відросток уперед, дистальний кінець плечової кістки відтягує назад. Відбувається вправлення вивиху, яке супроводжуєть­ся голосним звуком. Іммобілізацію ліктьового суглоба проводять задньою гіпсовою шиною від верхньої третини плеча до головок п'ясних кісток у поло­женні згинання передпліччя під гострим кутом (до 70—75°) протягом 3 тиж.

При задньобічному вивихові перед­пліччя передусім треба усунути б^чне зміщення. Для цього (при фіксовано­му плечі) хірург зміщує передпліччя до осі кінцівки, чим перетворює задньо-бічний вивих на задній, і вправляє його за описаною вище методикою.

**При передньому вивиху передпліччя** асистент обома руками фіксує плече, обхопивши його за нижню третину. Хірург, не розгинаючи передпліччя, відтягує його по осі руки (донизу) і, не ослаблюючи тяги, ще більше згинає і плавно відсуває передпліччя назад. Асистент у цей час дистальну третину плеча відсуває уперед. За таких умов відбувається вправлення вивиху.

**Вправлення вивихів стегна.** Врахо­вуючи той факт, що до стегна при­кріплюються міцні м'язи, вправлення треба проводити за умови повної релак­сації їх.

Досягти повної релаксації м'язів мож­на за допомогою наркозу або спинно­мозкової анестезії. Найчастіше викори­стовують методи Джанелідзе і Кохера.

**Метод Кохера**.*.* Потер­пілий лежить на спині. Асистент, на­тискаючи на ості, фіксує таз до стола.

Хірург згинає гомілку і стегно до кута 90°. Після чого з наростаючою силою витягує стегно вгору, дещо відводячи його і ротуючи назовні. Наблизивши головку стегна до рівня вертлюжної за­падини, енергійними ротаційними ру­хами з відведенням вправляє вивих, що супроводжується характерним звуком. Як тільки вивих вправлений, пасивні рухи у кульшовому суглобі відновлюють­ся у повному обсязі, верхівка великого вертлюга міститься на лінії Розера— Нелатона. Після вправлення кінцівку розгинають, забезпечують її іммобіліза­цію (кокситною гіпсовою пов'язкою) або на нижню третину стегна накладають ске­летне витягання на 3 тиж.

Потерпілі з травматичним вивихом стегна повинні до 2 років бути під на­глядом фахівця, бо у понад 80 % випадків спостерігається тяжке усклад­нення — асептичний некроз головки стегнової кістки, що призводить до інвалідності.

**Метод Джанелідзе**. Потерпілого кладуть на столі на живіт так, щоб травмована кінцівка вільно звисала. При цьому таз не повинен за­ходити за край стола. У такому поло­женні потерпілий лежить 15—20 хв. Під дією маси кінцівки м'язи розслаблю­ються в ділянці кульшового суглоба.

Переконавшись у тому, що м'язи роз­слабилися, асистент руками тисне на таз у напрямку до стола, фіксує його. Хірург стає між столом і кінцівкою потерпілого, що звисає, згинає її'у колінному суглобі до прямого кута, дещо відводить і ротує стегно назовні. Після чого своїм коліном упирається у задню поверхню верхньої третини го­мілки і по осі стегна тягне його донизу доти, поки головка стегнової кістки досягне рівня вертлюжної западини. Потім хірург робить, не ослаблюючи сили, ротаційні рухи стегном, і в цей час головка стає на місце. Пасивні рухи стають вільними, верхівка великого вертлюга розташовується по лінії Розе­ра—Нелатона.

**Вивихи гомілки, надколінка,** якщо вони свіжі, вправити не складно. У стані глибокого наркозу, за повного розслаблення м'язів асистент фіксує руками стегно у нижній третині, а хірург витягує гомілку по осі. Коли суглобовий кінець гомілки досягне рівня суглобової щілини, у разі пере­днього вивиху суглобовий кінець гом­ілки зміщують назад, у разі заднього — вперед. Суглобові поверхні легко зіставляються. Іммобілізацію здійсню­ють гонітною гіпсовою пов'язкою протягом З тиж.

**Вивихи хребців,** якщо вони незадав-нені, вправляють закритим способом одномоментно. Асистент фіксує плече до стола. Хірург плавно з наростаючою силою тягне за голову потерпілого, од­ночасно здійснюючи незначні ротаційні рухи головою, і відхиляє голову назад. Вправлення хребця супроводжується характерним звуком. У разі застарілого вивиху ефективний метод скелетного витягання за череп скобами Кречфіль-да. Через 2 тиж після вправлення, не знімаючи скелетного витягання, накла­дають торакокраніальну гіпсову пов'яз­ку або використовують пластмасові ор-тези протягом 1,5—2 міс.

Лікування застарілих вивихів хірургі­чне, тобто виконують відкрите вправ­лення вивиха або артропластику суглоба.