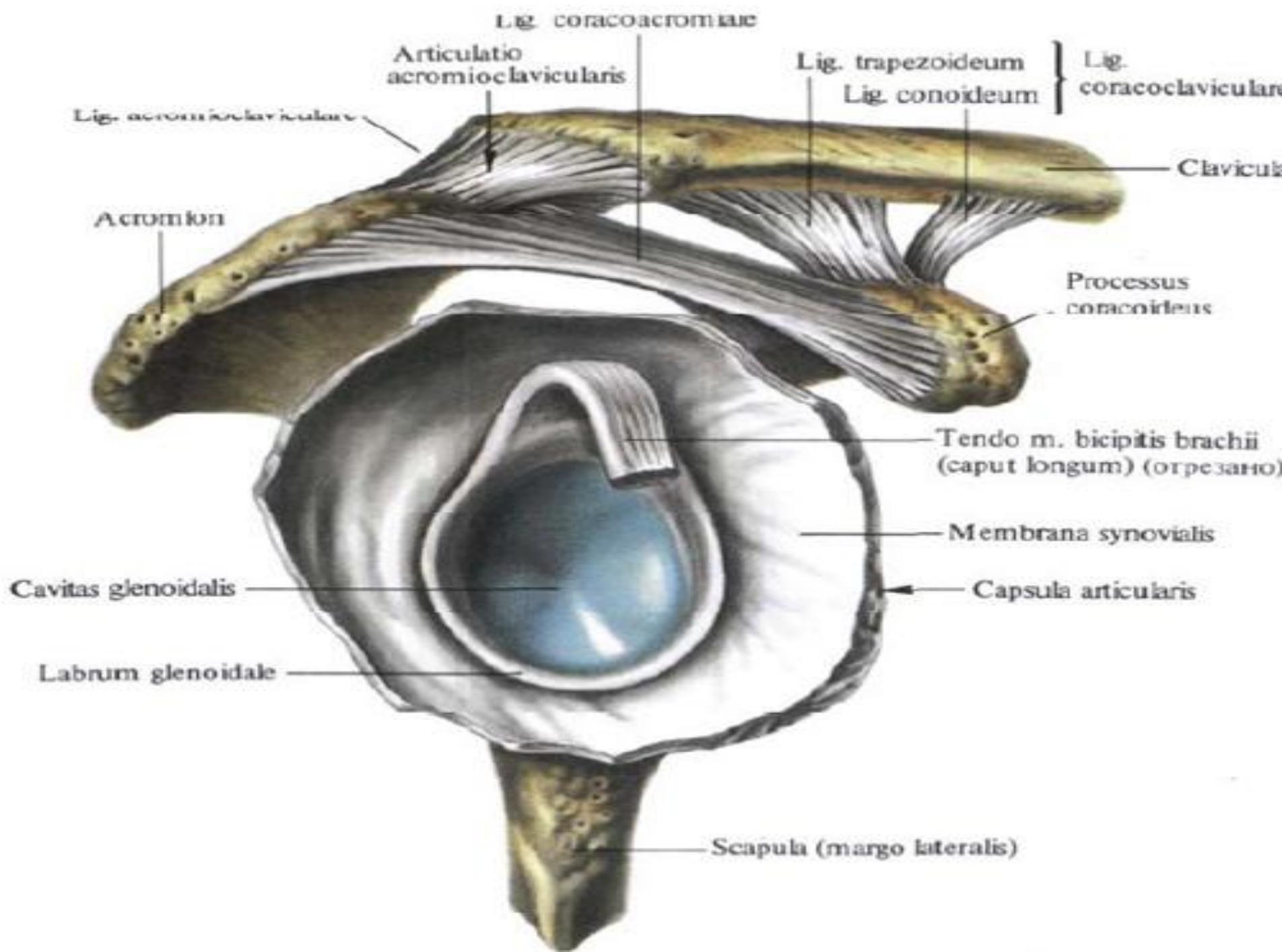


# Вывих и подвывих лопатки, ключицы



# ВЫВИХ

- **ВЫВИХ** это нарушение конгруэнтности суставных поверхностей костей.



# ПОДВЫВИХ

- При подвывихе небольшой контакт между суставными поверхностями сохранен.



# КЛАССИФИКАЦИЯ

**Вывихи и подвывихи могут быть:**

- Врожденными
- Паталогическими
- Травматическими
- Привычными

По степени смещения вывих может полным, т. е. таким, который сопровождается полным расхождением концов суставов, или неполным (подвывих) – когда поверхности суставов частично соприкасаются. Вывихнутым суставом является тот, который находится дальше от туловища. Исключениями являются позвонки (вывихнутым считают позвонок, находящийся выше), ключицы, плечо (вывих может быть передним и задним).

В зависимости от происхождения, вывихи могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные возникают вследствие нарушения внутриутробного развития ребенка. Распространенной патологией является вывих тазобедренного сустава ([дисплазия](#)), реже встречается вывих коленного сустава. Приобретенные вывихи являются следствием травм или различных заболеваний (артрит, артроз, [остеомиелит](#), [полиомиелит](#) и проч.)

Также вывихи могут быть открытыми и закрытыми. Закрытые вывихи происходят без разрыва кожи и тканей над суставом, а открытые – с образованием раны. Повреждение мышц, сосудов, костей, сухожилий или нервов делает вывих осложненным. О привычном вывихе говорят в тех ситуациях, когда вследствие плохого лечения вывих может возникнуть вновь даже при незначительном воздействии. Патологический вывих, характерный преимущественно для тазобедренного и плечевого суставов, возникает в том случае, если патологический процесс разрушает поверхности суставов.

# ПРИВЫЧНЫЕ ВЫВИХИ/ПОДВЫВИХИ

- Определенные суставы подвержены повторным вывихам и подвывихам. Этиологическим моментом, приводящим к развитию данной травмы, является травматический вывих в результате которого происходит повреждения связок или суставных поверхностей. В основном повреждаются следующие суставы: плечевой, грудино-ключичный, пателло-фemorальный и лодыжки.

# ПАТОГЕНЕЗ

- При вывихе практически всегда происходит разрыв связок и капсулы сустава, в результате чего суставные поверхности костей, образующих сустав, расходятся. Иногда происходит отрыв капсулы сустава от поверхности кости, к которой она прикреплена (плечевой сустав). Если же не происходит разрыв связочного аппарата, то возможен вариант, когда фрагмент кости виснет на связке.

# ПАТОГЕНЕЗ

- При вывихе практически всегда происходит разрыв связок и капсулы сустава, в результате чего суставные поверхности костей, образующих сустав, расходятся. Иногда происходит отрыв капсулы сустава от поверхности кости, к которой она прикреплена (плечевой сустав). Если же не происходит разрыв связочного аппарата, то возможен вариант, когда фрагмент кости виснет на связке.

# ПАТОГЕНЕЗ

- Так же не всегда происходит выход конца кости образующий сустав за суставную капсулу, даже в случае полного расхождения суставных поверхностей (внутри - капсульный вывих). В суставах, положение которых удерживается в основном за счет мышц, повреждения чаще происходят, когда мышцы находятся в патологическом состоянии, например, при эпилепсии.

# ПАТОГЕНЕЗ

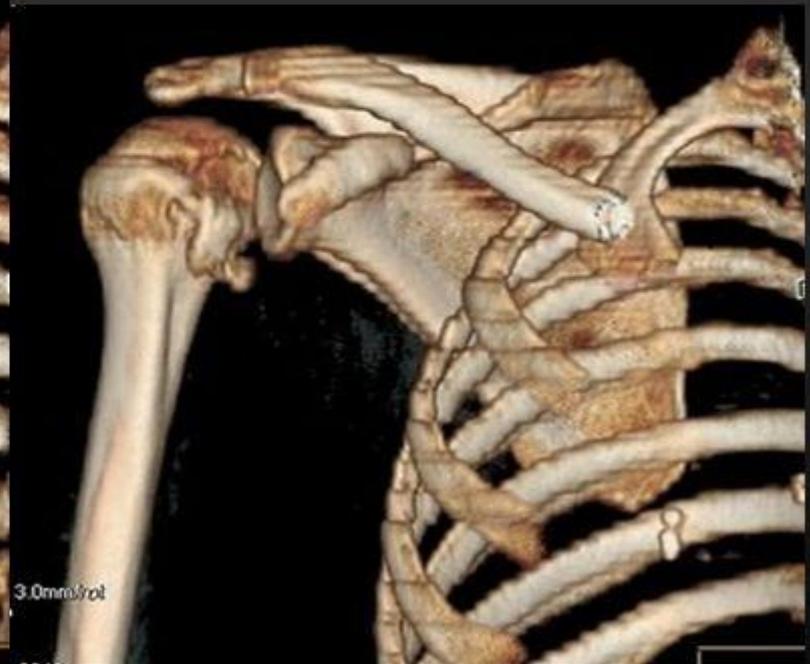
- Иногда встречается вариант когда не происходит выход конца кости образующий сустав за суставную капсулу, даже в случае полного расхождения суставных поверхностей (внутри - капсульный вывих). В суставах, положение которых удерживается в основном за счет мышц, повреждения чаще происходят, когда мышцы находятся в патологическом состоянии, например, при эпилепсии.

# ДИАГНОСТИКА

- В большинстве случаев достаточно клинической картины чтобы поставить правильный диагноз. Тем не менее, в случае чрезмерного развития подкожно жировой клетчатки или тяжелого повреждения у пациента, можно не заметить вывих.

# ДИАГНОСТИКА

- Часто проблемы возникают при печально известном заднем вывихе плеча и довольно редким задним вывихом бедра в сочетании с переломом.



# ДИАГНОСТИКА

- В сомнительных случаях необходимо выполнить рентгенологическое исследование. Исследование необходимо выполнить в двух проекциях под прямым углом друг к другу, потому что вывих можно не заметить в одной проекции. После того как вывих был вправлен необходимо сделать повторное рентгенологическое исследование для исключения перелома.

# ДИАГНОСТИКА

- В случае подвывиха клинической картины недостаточно для правильной постановки диагноза. Необходимо выполнить рентгенологическое исследование. А при повреждение конечности еще нужно провести специальные тесты, что бы исключить возможность повреждения сосудов, нервов и других важных структур организма.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Основным принципом лечения вывихов и подвывихов является **вправление**. Обычно это достигается посредством закрытой манипуляции, но в некоторых случаях может потребоваться хирургическое вмешательство.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Лечение при повреждении связок в большинстве случаев консервативное. В некоторых случаях при разрыве связки проводят хирургическое вмешательство (например, полный разрыв медиальной связки колена). Если нет противопоказаний в дальнейшем проводят раннюю мобилизацию.

# ЛЕЧЕНИЕ

Однако, при наличии следующих показаний проводят иммобилизацию:

- (1) разрыв важной связки, отвечающей за стабильность сустава (например, конусовидная и трапециевидная связки акромиально-ключичного сустава; медиальная и латеральная связки колена; боковая связка лодыжки и нижняя межберцовая связка);
- (2) серьезный риск посттравматического окостенения или оссифицирующий миозит (на практике суставы локтя и бедра являются единственными, которые нуждаются в иммобилизации);
- (3) сильная боль.

# ЛЕЧЕНИЕ

- В случаях когда **вывихи** или **подвывих** сочетаются с **переломами**, то вначале проводят вправление сустава, а затем лечат перелом.



Вывихи лопатки наблюдаются редко. Они возникают при резком и сильном потягивании за руку по направлению кверху, кнаружи и кпереди или при непосредственном воздействии силы на лопатку. В результате лопатка повертывается и соскальзывает в наружную сторону, а нижний угол ее ущемляется и фиксируется в ненормальном положении между ребрами вблизи задней акромиальной линии. Ромбовидные и передняя зубчатая мышцы, прикрепляющиеся к позвоночнику и позвоночному краю лопатки, растягиваются и в большей или меньшей степени надрываются.

Иногда такие смещения не завершаются ущемлением и фиксацией нижнего угла лопатки между ребрами или такой вывих сам вправляется. Однако и в этих случаях ромбовидные мышцы могут растянуться и надорваться.

Симптомы и распознавание.

Подкрыльцовый край лопатки и ее нижняя часть необычно выпячены, а позвоночный край повернут и не прощупывается, в особенности его нижний отдел. Лопатка фиксирована в ненормальном положении. Отмечается сильная боль при попытке двигать плечом. Иногда после самовправления или незавершенного вывиха, а также после вправления вывиха лопатки позвоночный край ее остается отклоненным назад и повернутым кнаружи, напоминая крыловидную лопатку.

Лечение.

Применяется местное обезболивание: под лопатку вводят 20-30 мл 0,5-1% раствора новокаина. Больного кладут на живот. Помощник полностью отводит и тянет вверх руку. В это же время хирург захватывает рукой подкрыльцовый край лопатки, поворачивает ее кпереди и толкает в направлении, обратном смещению, т. е. к позвоночнику. После вправления накладывают гипсовую фиксирующую повязку на грудную клетку и плечо таким образом, чтобы опущенная и согнутая в локтевом суставе рука была подтянута кверху и оттянута назад, а лопатка во время бинтования прижалась к грудной клетке. Повязку снимают через 2-3 нед. Затем назначают лечебную гимнастику, электролечение, тепловые процедуры и массаж спины. Полные движения в плечевом суставе следует начинать лишь к 4-5-й неделе. Иногда в течение длительного периода позвоночный край лопатки остается отклоненным назад и лишь после нескольких месяцев принимает нормальное положение.

Если неправильное положение лопатки стойкое, что наблюдается редко, показана оперативная фиксация позвоночного края и угла лопатки к ребру.

**Вывихи ключицы** встречаются достаточно часто и составляют около 5% от общего числа вывихов. Вывих ключицы возникает в результате не прямой травмы – падения на плечо или отведенную руку. Реже причиной вывиха становится резкое сжатие области надплечий в поперечном направлении. Вывих ключицы может произойти как в акромиальной части, так и в месте ее сочленения с грудиной. Наблюдается боль и отек, увеличение выстояния ключицы в месте вывиха. Диагностика осуществляется по результатам клинического осмотра и анамнеза повреждения, дополнительно может проводиться рентгенография. Сложность лечения вывиха ключицы состоит в проблематичности удержания ключицы в **анатомическом** положении после ее вправления.

Ключица – единственная кость, скрепляющая кости верхней конечности с костями туловища. Своим грудинным концом ключица прикрепляется к грудине. Акромиальный конец ключицы соединяется с акромиальным отростком лопатки.

### **Механизм травмы**

Вывих ключицы возникает в результате не прямой травмы – падения на плечо или отведенную руку. Реже причиной вывиха становится резкое сжатие области надплечий в поперечном направлении.

Вывихиваться может как акромиальный, так и грудинный конец ключицы. Вывих акромиального конца ключицы встречается примерно в 5 раз чаще.

# Вывих акромиального конца ключицы

Пациент с вывихом ключицы предъявляет жалобы на боль в области повреждения. Наблюдается локальный отек мягких тканей. Акромиальный конец ключицы выпячивается вверх и немного кзади. Появляется симптом «клавиши»: при надавливании на выступающий конец ключицы он встает на место, а когда давление прекращают – снова поднимается. Пальпация места повреждения болезненна, движения ограничены.

Степень выпячивания акромиального конца ключицы зависит от тяжести повреждения. Выделяют неполные (частичные) и полные вывихи ключицы. При полных вывихах повреждается клювовидно-ключичная связка, капсула и связки акромиально-ключичного сустава. При неполных вывихах клювовидно-ключичная связка остается неповрежденной.

При неполном вывихе ключицы выпячивание выражено незначительно или умеренно. Если руку больного потянуть вниз, ключица вместе с плечом переместится книзу и степень выстояния ключицы не изменится. При полных вывихах ключицы потягивание руки больного вниз сопровождается увеличением выпячивания.

Диагноз, как правило, сомнений не вызывает. Для подтверждения диагноза проводят [рентгенографию](#). При неполных вывихах ключицы в некоторых случаях требуется сравнительная рентгенограмма обеих акромиально-ключичных сочленений, иногда – с функциональной нагрузкой (пациент берет в руки небольшой груз).

При полных вывихах показана операция, поскольку ничем не удерживаемый акромиальный конец ключицы очень просто поставить на место, но, из-за особенностей анатомического строения этой области, практически невозможно



неполный вывих ключицы в большинстве случаев лечат консервативно. Выполняется [иммобилизация](#) акромиально-ключичного сочленения на срок 2-3 недели. В последующем назначают [лечебную физкультуру](#) и физиолечение: [электрофорез](#), [магнитотерапия](#), [озокеритолечение](#) и т. п. При полных вывихах показана операция, поскольку ничем не удерживаемый акромиальный конец ключицы очень просто поставить на место, но, из-за особенностей анатомического строения этой области, практически невозможно удержать в правильном положении. В ходе операции ключица вправляется и фиксируется лавсановой лентой или шелковой нитью. В некоторых операционных методиках применяется дополнительная фиксация спицей.

## **Вывих грудинного конца ключицы**

Грудинный конец ключицы может вывихиваться в трех направлениях: вверх (надгрудинный вывих), назад (загрудинный вывих) и вперед (переднегрудинный вывих). Чаще наблюдается переднегрудинный вывих ключицы. Пациент предъявляет жалобы на боли в области грудино-ключичного сочленения. Визуально определяется отек и деформация. При переднегрудинном вывихе ключицы в области повреждения определяется выпячивание, при загрудинном – западение. Пальпация болезненна, движения ограничены.

Для уточнения диагноза проводят рентгенологическое исследование. При вывихе грудинного конца ключицы вправление осуществляется без особых затруднений, однако, удержать ключицу на месте удается далеко не всегда. Существует специальная консервативная методика лечения, при которой после вправления накладывается восьмиобразная гипсовая повязка. В большинстве случаев используются [оперативные методы](#) лечения. Для восстановления связок применяется лавсанопластика.

## **Застарелые вывихи ключицы**

Если с момента вывиха грудинного или акромиального конца ключицы прошло более 3-4 недель, такой вывих считается застарелым.

Неполный застарелый вывих акромиального конца ключицы может протекать практически бессимптомно. Единственной жалобой пациентов иногда является деформация акромиально-ключичного сочленения.

При полных застарелых вывихах ключицы пациентов беспокоят боли в области повреждения и снижение силы руки. Застарелые вывихи акромиального и грудинного конца ключицы можно устранить только с помощью операции.

При полных вывихах ключицы показано оперативное лечение, которое целесообразно осуществлять в первые 7 дней.

Делают S-образный разрез в области акромиально-ключичного сочленения от заднего края наружного конца ключицы, под акромиально-ключичным сочленением, далее разрез после изгиба проходит над ключицей и отклоняется вниз до верхушки клювовидного отростка. Послойно рассекают кожу с подкожной клетчаткой. В направлении длинника ключицы рассекают собственную фасцию и вскрывают акромиально-ключичный сустав. Как правило, происходит разрыв акромиально-ключичной связки и отрыв волокнистого хряща наружного конца ключицы вместе со связкой. Одновременно происходит отрыв волокон дельтовидной мышцы вместе с надкостницей от наружного конца ключицы на протяжении до 3—4 см.

Целесообразно надсечь дельтовидную мышцу до 1,5—2 см и тупо надсеченные волокна вместе с оторвавшимися отвести кнаружи. Этим доступом хорошо обнажаются верхняя поверхность клювовидного отростка и разорвавшейся клювовидно-ключичная связка. Ответственным моментом является подведение лавсановых лигатур (2—3 нити) под клювовидный отросток. Это можно делать иглами Дешана или специально изогнутой проволочной петлей или проводником. В наружном конце ключицы прокладывают канал (шилом-перфоратором или электродрелью) на расстоянии 1,5—2 см от наружного конца ключицы — соответственно месту прикрепления трапециевидной порции клювовидно-ключичной связки. Проводят лигатуры через концы поврежденных клювовидно-ключичных связок.

После вправления наружного конца ключицы производят остеосинтез акромиально-ключичного сочленения металлическим стержнем (рис. 159), завязывают адаптирующие швы на концах поврежденной клювовидно-ключичной связки. После тщательного гемостаза рану спокойно ушивают наглухо.

В послеоперационном периоде конечность фиксируют отводящей шиной ЦИТО на срок до 4—5 нед. Со 2—3-го дня назначают лечебную физкультуру для пальцев лучезапястного и локтевого суставов.

Затем на 5-й неделе шину заменяют повязкой с валиком в подмышечной впадине. Металлический фиксатор удаляют через 6—7 нед с момента операции. Трудоспособность больных восстанавливается, как правило, через 7—8 нед.



8 Ęå÷:åíèå àêđłìèàëüł-êëþ÷:è÷:łłĩł ñł÷:ëåíåíè. mp4

