**Министерство Здравоохранения РФ**

**Кафедра травматологии и ортопедии ОмГМА**

Повреждения надплечья, плеча. Травматический вывих плеча.

**Выполнила: *студентка 502 группы***

***лечебного факультета***

***Попова И. М.***

**Омск-2004**

**План.**

**1. Повреждения надплечья.**

* 1. Перелом лопатки.
  2. Вывих ключицы.
  3. Перелом ключицы.

1. **Повреждения плеча.**
   1. Перелом плеча.
   2. Вывих плеча.
      1. Эпидемиология и классификация.
      2. Клиника и диагностика.
      3. Лечение.

**2.2.4.** Трудоспособность.

**Повреждения надплечья.**

Костная основа плечевого пояса состоит из лопатки, ключицы и окружена мышцами. Эта подвижная опора руки является амортизатором при резких движениях и внешних насилиях при травме.

**Перелом лопатки.**

Встречается в 0,9-1,5 % всех переломов опорно-двигательного аппарата. Как правило, перелом лопатки связан с прямой травме при ударах значительной силы. Перелом тела лопатки может сочетаться с повреждением прилежащих ребер. При падении на наружную область плеча, область локтевого сустава в положении отведения плеча или при падении на вытянутую руку может произойти перелом лопатки в области ее шейки, или перелом суставной впадины.

При прямой травме происходит перелом акромиального или клювовидного отростков лопатки. Перелом клювовидного отростка во время вывиха ключицы возникает по типу отрывного – при резком напряжении связочного аппарата (клювовидно-ключичной связки). Отрыв верхушки клювовидного отростка со смещением фрагмента вниз может сопровождаться вывихом плечевого сустава при резком напряжении головки двуглавой и клювовидно-плечевой мышц.

Диагностика основана на осмотре и объективном обследовании. Клиническая симптоматика повреждения зависит от характера перелома и смещения отломков. Перелом шейки лопатки необходимо дифференцировать с передним вывихом плеча. Основным критерием диагностики является рентгенологическая картина.

Лечение. Общим принципом лечения переломов лопатки является наложение отводящих фиксирующих повязок. ЛФК для лучезапястных локтевого суставов.

Трудоспособность в среднем восстанавливается в срок 1,5-2 мес.

**Вывих ключицы.**

Составляет 3-15 % от всех вывихов. Он происходит при разрыве связочного аппарата ключицы. Обычно вывих ключицы встречается у мужчин работоспособного возраста. Вывих грудинного конца ключицы происходит под воздействием непрямой травмы. Вывихи ключицы различают полные и неполные, что зависит от степени повреждения связочного аппарата.

Диагностика. Основана на клинической картине, данных объективного обследования. Ведущим критерием является рентгенография.

1. Лечение. Вправление под местной анестезией, наложение фиксирующей повязки Шимбарецкого, по Сальникову, шины ЦИТО, ЛФК.

Трудоспособность. Восстанавливается, как правило, через 7-8 нед.

**Перелом ключицы.**

Составляют 15-18 % среди всех переломов ОДА. Возникает как при прямом, так и при непрямом, механизме травмы. При непрямом механизме перелом косой или косопоперечный и происходит на границе средней и средней третью, т.е. в месте наибольшего изгиба. При прямой травме перелом бывает оскольчатым, поперечным и косопоперечным. Возможен открытый перелом.

Диагностика. Как правило не представляет трудности и основана на жалобах, клинической картине и объективном обследовании. Необходимо дифференцировать перелом наружного конца ключицы с вывихом акромиального конца.

Лечение. Метод лечения определяется характером перелома. Фиксирующими повязками, в постельном режиме с табуретом. В ряде случаев показано оперативное лечение.

Абсолютные показания к оперативному лечению:

1. открытый перелом
2. закрытый перелом, осложнившийся повреждением СНП
3. сдавление нервного сплетения
4. оскольчатый перелом с перпендикулярным стоянием к кости отломков и угрозой ранения СНП
5. опасность ранения коди изнутри острым отломком
6. различные виды интерпозиции (костная, надкостничная).

В ПОП конечность фиксируют шиной ЦИТО.

Трудоспособность восстанавливается через 1,5-2 мес.

**Повреждения плеча.**

**Перелом плеча.**

Составляет 9-12 % всех переломов. Различают переломы :

1. Проксимального конца плечевой кости.
   1. Внутрисуставные

- переломы головки плеча

- переломы анатомической шейки плеча

1.2. Внесуставные

- переломы бугорковой области

- переломы хирургической шейки плеча и эпифизеолиз.

1.3. переломы диафиза плечевой кости

- в/3

- с/3

- н/3

1.4. Переломы дистального конца плечевой кости

- надмыщелковые переломы

- переломы мыщелков

Внутрисуставные переломы чаще возникают при прямом ударе по наружной поверхности плечевого сустава или при падении на локоть, кисть. Переломы бугорков плечевой кости чаще являются отрывными. Переломы хирургической шейки плеча обычно бывают результатом падения на локоть. Переломы диафиза плеча возникают вследствие прямого удара, падения на локоть или на прямую руку. Переломы дистального конца плеча происходят при падении на локоть или ладонь выпрямленной руки; реже они бывают следствием прямой травмы.

Диагностика. Основана на клинических симптомов и рентгенографии плечевого сустава.

Лечение. Фиксационные косынки, лангеты, гипсовые повязки, оперативные методы, скелетное вытяжение, остеосинтез. Используют штифты, пластины и другие фиксаторы.

Трудоспособность в зависимости от вида и тяжести перелома восстанавливается в сроки от 3-4 нед. до 1,5-2 мес.

**Вывих плеча.**

**Эпидемиология и классификация.** Вывих плеча составляет 50-60 % вывихов, что объясняется АФО плечевого сустава: поверхность суставной впадины лопатки в 3-4 раза меньше поверхности головки плеча, имеющей шаровидную форму, суставная сумка обширная и тонкая.

Травматический вывих плеча возникают при непрямой травме (падение на зад на выставленную руку или вперед на вытянутую или отведенную руку).

При вывихе головка плеча может смещаться кпереди, кзади и книзу суставной впадины. В зависимости от положения вывихнутой головки плеча различают передний, задний и нижний вывихи.

98 % среди вывихов плеча составляют передние вывихи.

Вывих плеча всегда сопровождается разрывом суставной капсулы, с надрывом или полным отрывом сухожилия мышц, надостной. Наиболее часто встречается отрыв бугорка плечевой кости, и реже малого, с прикрепляющимися к ним сухожилиями мышц.

**Клиника и диагностика.** Голову больной держит склоненной в поврежденную сторону. Травмированную конечность поддерживает здоровой, что создает максимальный для нее покой. Надплечье пострадавшей руки опущено. Конечность находится в положении отведения, согнута в локтевом суставе и кажется удлиненной. Ось плеча проходит через ключицу. Расстояние от акромиального отростка до наружного мыщелка плеча больше, чем на здоровой стороне. На месте нормальной округлости дельтовидной мышцы определяется неровная плоская поверхность, над которой прощупывается свободный акромиальный отросток. Активные движения в суставе отсутствуют или резко ограничены. При попытке провести пассивные движения: поднять руку больного, привести или отвести ее, отмечается пружинящее сопротивление («упругая фиксация» плеча). Локтевой сустав невозможно привести у туловищу. При пальпации определяется разлитая болезненность в области сустава.

Ротационные движения, вызываемые поворотом локтя кнаружи, предаются на головку плеча, которая прощупывается под клювовидной областью или в нижнем отделе подмышечной впадины. Мышцы, окружающие плечевой сустав (в особенности дельтовидная) напряжены. Смещенная головка плеча может сдавить или повредить плечевое сплетение или сосуды. Вследствие этого возможны цианоз и/или бледность кожных покровов пальцев, снижение чувствительности, парестезии и др. Пульс на лучевой артерии ослаблен или отсутствует. Вывих плеча иногда сочетается с переломом хирургической шейки плеча. При этом плечо обычно укорочено и не отведено. В таком случае при попытке отвести или привести плечо отмечается характерное для вывиха пружинящее сопротивление, а при движении определяется крепитация. Значительно труднее клинически диагностировать вывих плеча с одновременным вколоченным переломом его шейки. Своевременная диагностика перелома до вправления очень важна, т.к. при вправлении может произойти разъединение вколоченного перелома. Поэтому клиническое обследование рентгенологическим исследованием в 2-х проекциях, которое уточняет диагноз.

**Лечение. С**вежего вывиха в плечевом суставе заключается во вправлении под наркозом при оказании неотложной помощи. Иногда вправление может быть произведение под местной анестезией. Для этого до вправления больному вводя 1 мл 1% раствора пантопона или морфина. Затем производят анестезию плечевого сустава 1% раствором новокаина, вводя 30 – 40 мл его в суставную капсулу. Из множества способов вправления при массовом поступлении предпочтение отдают следующим.

**Способ Гиппократа-Купера.** Врач садится лицом к лежащему на спине больному со стороны вывиха и двумя руками захватывает кисть. Пятку своей ноги помещает в подмышечную впадину больного и надавливает на сместившуюся в нее головку, осуществляя одновременно вытяжением по оси конечности.

**Способ Кохера.** Применяется у лиц молодого возраста при передних вывихах, отсутствии переломов проксимального отдела плеча. Способ состоит из четырёх последовательно проводимых этапов.

**I этап**. Хирург одной рукой держит нижнюю треть предплечья больной руки, а другой, разноимённой с вывихнутой – локоть, который согнут под прямым углом, и осторожно приводит его к туловищу, осуществляя вытяжение по оси плеча. Помощник фиксирует надплечье.

**II этап**. Не ослабляя вытяжение по оси плеча, которое прижимается к туловищу, хирург медленно ротирует кнаружи до тех пор, пока предплечье не встанет во фронтальную плоскость туловища. При этом головка плеча поворачивается суставной поверхностью вперёд. Нередко при выполнении второго этапа происходит вправление вывиха; пир этом слышен щелчок .

**III этап**. Сохраняя положение ротации кнаружи и не ослабляя вытяжения, начинают постепенно поднимать предплечье вверх и вперёд, продвигая прижатый к телу локоть больного к средней линии и кверху. При этом головка обычно становится против места разрыва сумки. Иногда головка может, вправится после этого этапа.

**IV этап**. Предплечье используется как рычаг, резко производят ротацию внутрь. При этом кисть пострадавшего перемещают на противоположный плечевой сустав, а предплечье кладут на грудь больного. В этот момент обычно происходит вправление. Если оно не осуществилось, следует повторить все этапы, не допуская грубых, резких движений.

**Способ Чаклина.** Больной лежит на спине. Врач потягивает приведённое плечо по длине, оттесняя кнаружи головку плеча второй рукой, введённой в подмышечную впадину. Способ Чаклина наименее травматичен и выполняется под наркозом. Особенно показан при переломовывихах плеча.

**Способ Джанилидзе.** После обезболивания пострадавшего на бок больной стороны так, чтобы край стола приходился в подмышечную ямку, а вывихнутая рука свободно свисала вниз. Голову укладывают на подставной столик. В таком положении больной должен находиться в течение 10-20 мин., чтобы произошло расслаблении мышц плечевого пояса. Затем приступают к вправлению вывиха. Хирург становится впереди больного, захватывает согнутое в локтевом суставе предплечье и надавливает на него ближе к локтю, сочетая давление с небольшими вращательными движениями в плечевом суставе. При этом происходит вправление вывиха плеча. Затем накладывают на 2-3 нед. Гипсовую повязку, фиксирующую руку к груди. После вправления следует сделать рентгеновский снимок, чтобы убедиться в правильности вправления вывиха и целостности костей. Через 5-7 сут. Назначают ЛФК и физиопроцедуры в целях быстрейшего восстановления.

**Трудоспособность.** Восстанавливается через 35-40 сут. Во избежание повторных вывихов больным следует воздержаться тяжелого физического труда в течение 3 мес.

**Список литературы.**

1. Травматология, уч., стр. 122-128, 191-213.
2. Экстремальная медицина, уч., стр. 176-220.