

Учебное пособие

Б.С. Суковатых

С.А. Сумин

Н.К. Горшунова

Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике

2-е издание,
переработанное и дополненное

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»
в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе
образовательных учреждений, реализующих программы высшего
образования по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика»

Регистрационный номер рецензии 21 от 12.02.2016 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

ВПРАВЛЕНИЕ И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХОВ

А.И. Колесник

Вывихом (*luxatio*) называют стойкое разобщение сочленяющихся поверхностей в результате физического насилия или патологического процесса. Свое наименование вывих получает по поврежденному суставу. Также вывихнутым считают нижележащий сегмент (кроме ключицы и позвонков), например вывих в плечевом суставе или вывих плеча. В случае когда нарушена конгруэнтность сустава, но сохраняется контакт сочленяющихся поверхностей, дают заключение о подвывихе в суставе.

15.1. КЛАССИФИКАЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХОВ

По наличию повреждения тканей сустава:

- закрытые;
- открытые:
 - первично открытые;
 - вторично открытые.

По времени, прошедшему с момента травмы:

- свежие;
- несвежие;
- застарелые.

По наличию осложнений:

- неосложненные вывихи;
- осложненные вывихи:
 - с повреждением сосудисто-нервного пучка;
 - с разрывом сухожилий;
 - с переломами суставных отделов костей;
 - привычные вывихи.

Наиболее часто наблюдаются травматические вывихи, которые составляют от 2 до 4% всех повреждений скелета и 80–90% всех остальных вывихов. Вывихи встречаются во всех возрастных группах, но преимущественно у мужчин в возрасте 20–50 лет, на долю которых приходится 60–75% травм.

Для возникновения вывихов характерен не прямой (рычаговый) механизм травмы; это может быть любое насильственное движение, которое превышает функциональные возможности сустава, как правило, с повреждением капсулы сустава и связочного аппарата.

В некоторых случаях травмы повреждаются все ткани области сустава, начиная с кожи и заканчивая синовиальной оболочкой. Если повреждение тканей

сустава произошло от воздействия травмирующего фактора, то вывих классифицируется как первично открытый. Когда ткани повреждаются вследствие травмирующего воздействия костей, образующих сустав, или их отломков, то в таких случаях говорят о вторично открытом вывихе. Кроме того, вывихи могут осложняться переломами суставов (переломо-вывих). Последние две разновидности относят к осложненным вывихам. По времени, прошедшему с момента нарушения конгруэнтности сочленения, вывихи делят на свежие, несвежие и застарелые. Свежими считают вывихи, когда с момента травмы прошло не более трех дней, несвежими — от трех дней до трех недель, застарелыми — три недели и больше.

Алгоритм диагностики вывихов

- Наличие травмы в анамнезе.
- Жалобы на сильную боль и резкое ограничение движений в суставе.
- Деформации или нарушение контуров сустава.
- При исследовании сустава определяется резкое ограничение движений в суставе.
- На обзорной рентгенограмме поврежденного сустава отмечается разной степени нарушение конгруэнтности сочленяющихся поверхностей, характерное для каждого сустава.

Алгоритм оказания догоспитальной помощи при вывихах

- Первая врачебная помощь должна быть оказана немедленно в максимально краткие сроки.
- Введение обезболивающих средств (внутримышечно, подкожно).
- Адекватная иммобилизация поврежденного сустава с обязательным захватом смежных сегментов конечности.
- Экстренная транспортировка больного в стационар или травматологический пункт в зависимости от поврежденного сустава и состояния пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХОВ

Существует два способа лечения вывихов: консервативный и оперативный.

Консервативный метод лечения, или закрытый способ вправления вывиха, является основным.

Оперативный способ лечения применяют в случае невозможности закрытого вправления вывиха.

Алгоритм лечения свежих вывихов

- Вправление свежих вывихов относится к экстренным мероприятиям и выполняется сразу же после рентгенологического подтверждения установленного диагноза.
- Устранение вывиха должно выполняться под общим (внутривенным) наркозом за исключением отдельных случаев, когда вправление производят под местным обезболиванием или интубационным наркозом.
- Вывихнутый сегмент конечности вправляют максимально щадящим способом, без грубых усилий.

- После вправления вывиха применяют иммобилизацию сустава гипсовой повязкой или скелетным вытяжением.
- По окончании иммобилизации необходимо проведение реабилитационных мероприятий: лечебной гимнастики, физиопроцедур, водолечения, механотерапии, направленных на снятие болевого синдрома, нормализацию кровообращения, увеличение эластичности мягких тканей.

Алгоритм эффективности вправления вывиха

- Момент вправления вывиха обычно сопровождается щелчком разной степени выраженности.
- Устраняется деформация сустава.
- Полностью восстанавливается амплитуда и все виды движения в зависимости от сустава: разгибание, сгибание, отведение, приведение, наружная и внутренняя ротация.
- Движения в суставе свободные и плавные.
- На контрольной рентгенограмме вывих устранен с восстановлением равномерности суставной щели.

15.2. ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА КЛЮЧИЦЫ

Лечение вывиха акромиального конца ключицы

Первая врачебная помощь

Догоспитальная помощь при вывихе акромиального конца ключицы (рис. 15-1) заключается во введении обезболивающих средств (например, тримеперидин (Промедол®) 2% — 1,0 в/м, п/к); транспортная иммобилизация осуществляется шиной Крамера, накладываемой от противоположного надплечья до пальцев кисти, рука при этом находится в положении приведения со сгибанием в локтевом суставе под углом 90°.

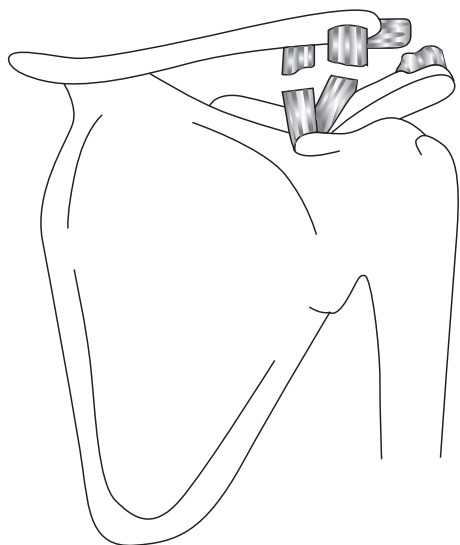


Рис. 15-1. Вывих акромиального конца ключицы

При отсутствии шины ее можно заменить бинтовой повязкой Дезо, Вельпо, шина Крамера; в крайнем случае применяется простая косыночная повязка (рис. 15-2).

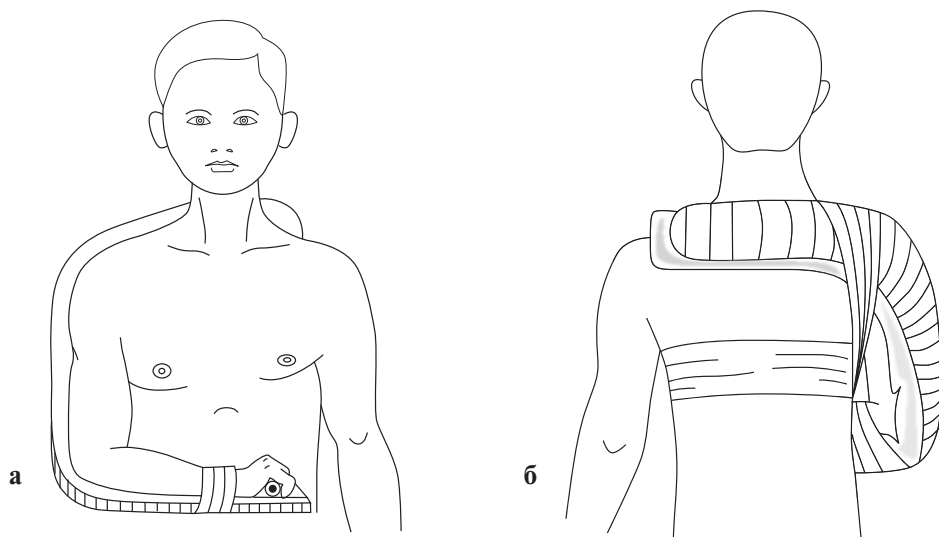


Рис. 15-2. Фиксация поврежденного плечевого пояса при помощи шины Крамера (а, б)

Транспортировка

Транспортировка в специализированное отделение; при отсутствии такового — в хирургическое отделение.

Вправление

Анестезия. Местная анестезия — введение в полость сустава 10–20 мл 1% раствора прокаина (Новокаин®).

Вправление вывиха акромиального конца ключицы обычно не представляет больших трудностей.

Иммобилизация

Иммобилизацию вправленного конца ключицы осуществляют разнообразными гипсовыми повязками с пелотами, шинами и аппаратами для удержания конца ключицы во вправленном состоянии (рис. 15-3). С учетом того, что удержать вправленный акромиальный конец предложенными средствами практически невозможно, обычно прибегают к оперативному лечению.

Лечение вывиха грудинного конца ключицы

Первая врачебная помощь

Догоспитальная помощь при вывихе грудинного конца ключицы (рис. 15-4) заключается во введении обезболивающих средств (например, тримеперидин

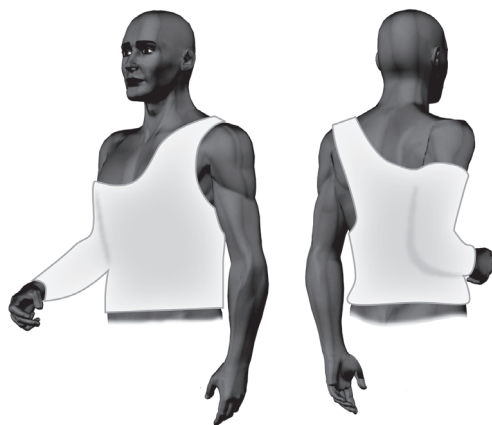


Рис. 15-3. Повязка Смирнова–Вайнштейна для временной иммобилизации надплечья при вывихе акромиального конца ключицы

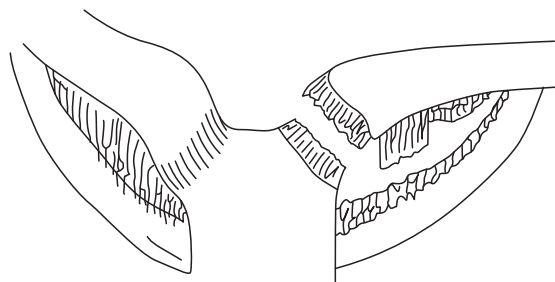


Рис. 15-4. Вывих грудинного конца ключицы

(Промедол®) 2% — 1,0 в/м, п/к); транспортная иммобилизация осуществляется шиной Крамера, накладываемой от противоположного надплечья до пальцев кисти, рука при этом находится в положении приведения со сгибанием в локтевом суставе под углом 90°. При отсутствии шины ее можно заменить бинтовой повязкой Дезо, или Вельпо; в крайнем случае применяется простая косыночная повязка.

Транспортировка

Транспортировка в специализированное отделение; при отсутствии такового — в хирургическое отделение.

Вправление

Вправление вывиха грудинного конца ключицы обычно не производится. Как правило, лечение оперативное.

Иммобилизация

Иммобилизацию плечевого пояса на стороне повреждения ключично-грудинного сочленения осуществляется как и при повреждении акромиально-ключичного сочленения.