

ляет добиться сопоставления отломков. В процессе лечения важно следить за тем, чтобы кольца не ослабевали, лежали правильно, их нужно периодически осматривать и поправлять. Имобилизацию отломков проводят на сроки 3-4 недели. К этому времени отломки обычно срастаются. В процессе лечения разрешаются движения во всех суставах руки. В большинстве случаев переломы ключицы не оставляют тяжелых последствий и трудоспособность восстанавливается полностью.

При безуспешности сопоставления отломков консервативными способами прибегают к оперативному методу лечения. Показаниями для оперативного лечения также служат: повреждение подключичного сосудисто-нервного пучка, открытые переломы, многооскольчатые переломы с угрозой повреждения сосудов и нервов и переломы, сопровождающиеся угрозой перфорации кожи отломком. Методом выбора для оперативного лечения переломов ключицы является интрамедуллярный остеосинтез спицами или стержнем Богданова или на костный остеосинтез пластинками Лена и АО.

**Вывих акромиального конца ключицы** происходит чаще всего в результате не прямой травмы, при которой рука оттягивается вниз и внутрь. Вывих может быть *неполным*, если происходит разрыв только акромиально-ключичной связки и *полным*, если происходит разрыв обеих связок, то есть и акромиально-ключичной и ключично-ключовидной.

При осмотре больного после выяснения механизма травмы обнаруживается, что вывихнутый конец ключицы приподнят кверху и образует ступенеобразный выступ. Обширные кровоизлияния и отек могут маскировать этот выступ. Однако при пальпации определяется резкая болезненность и пружинящая подвижность акромиального конца ключицы. При надавливании на него сверху ключица опускается, но стоит только отпустить пальцы, как она возвращается в прежнее положение – этот симптом «клавиши» является определяющим для диагностики. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны. Диагноз подтверждается рентгенографическим исследованием, а при неясности клинической картины выполняются функциональные снимки с грузом.

Лечение вывихов акромиального конца ключицы может быть консервативным или оперативным и заключается во вправлении вывихнутого конца ключицы и удержании его в приданном положении до сращения суставной капсулы и связок. Удержать на месте вывихнутую ключицу можно только постоянным давлением на нее. Для этого накладывают торакобрахиальную повязку так, чтобы рука, согнутая в локтевом суставе, была отведена от туловища на 100-105°. При таком положении лопатка приподнимается и акромиальный конец её приближается к ключице. На ключицу кладут пелот и прижимают ее книзу с таким расчетом, чтобы вывихнутый конец стал на свое обычное место. Пелот закрепляют лямкой, идущей через плечо и вшитой в корсет. Правильное положение ключицы проверяют рентгенологически. Повязка должна оставаться не менее 3 недель. Необходимо следить за тем, чтобы давление на ключицу не ослабевало, т. е. вовремя подтягивать пелот. Спустя 3 недели удаляют пелот и, если не наступит рецидива вывиха, повязку снимают. На не-