

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Жунусов Б.Ж., Анаркулов Б.С.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Нами были проанализированы результаты оперированных больных с изолированным переломом акромиального конца ключицы с новым предложенным способом в БНИЦТО за 2014г. Общее число составило 16 больных.

Ключевые слова: ключица, перелом, остеосинтез.

АКЫРЕКТИН АКРОМИАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН ОБОЧОЛОНУП СЫНЫП КЕТҮҮСҮНДӨГҮ ФУНКЦИОНАЛДЫК ОСТЕОСИНТЕЗИ

Жунусов Б.Ж., Анаркулов Б.С.

Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илим изилдөө борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2014ж. БШТОИБ жаңы ыкма менен акыректин акромиал бөлүгүнүн обочолонуп сынып кетүүсүндө жасалган операцияларынын натыйжаларына талдоо жүргүзүлдү. Оорулуулардын жалпы саны 16.

Негизги сөздөр: акырек, сынык, остеосинтез.

FUNCTIONAL OSTEOSYNTHESIS OF FRACTURES OF THE ACROMIAL END OF THE CLAVICLE

Junusov B.J., Anarkulov B.S.

Bishkek research centre for traumatology and orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. We have analyzed the results of operated patients with isolated fracture of the acromial end of the clavicle with the new method proposed in BNICITO for 2014. The total number amounted to 16 patients.

Keywords: clavicle, fracture, osteosynthesis.

Введение.

Переломы ключицы являются довольно частым повреждением и встречаются как у взрослых, так и у детей. Они составляют 12,5-26,1% от всех переломов у амбулаторных больных, причем в 70% случаев - это пострадавшие молодого трудоспособного возраста [1]. В 76,8-80,0% случаев переломы ключицы сопровождаются смещением отломков, а в 18,7-25,2% случаев они являются нерепонируемыми [2]. В 4,2-5,0% случаев переломы ключицы сопровождаются повреждением связочного аппарата акромиально-ключичного сочленения (АКС) [3].

Количество осложнений и неудовлетворительных результатов лечения при этом виде травм остаются высокими от 5,7-25,3% случаев [1,4,5]. И могут быть связаны с повреждением структур окружающих ключицу: повреждение сосудисто-нервного пучка, повреждение верхушки легкого — довольно опасные осложнения проявляющиеся кровотечением, неврологическими нарушениями в поврежденной руке, расстройствами дыхания, требующее незамедлительного оперативного лечения. При хирургическом лечении, ввиду сложного анатомического строения ключицы и травматичности обширных хирургических доступов, использование наkostных пластин несколько ограничено. Неудовлетворительные результаты остеосинтеза пластинами переломов ключицы достигают 45% случаев (1, 6).

Большое количество остеомиелитов и ложных суставов ключицы при внутреннем остеосинтезе пластинами и гвоздями, напрямую связано с дополнительным нарушением кровоснабжения ключицы в зоне перелома. Остеосинтез аппаратами внешней фиксации не решил проблему лечения переломов ключицы,

так как метод технически сложен и реально применяется лишь отдельными хирургами в специализированных клиниках [7].

Последствия посттравматического изменения формы ключицы не ограничиваются только областью перелома. При этом происходит существенные изменения нервно-мышечного аппарата, ведущие к снижению мышечной силы верхней конечности, укорочению надплечья [8].

При применении большинства известных методов лечения повреждения АКС требуется длительная иммобилизация, что снижает функциональные возможности нервно-мышечного аппарата плечевого пояса и верхней конечности, приводя к увеличению сроков временной нетрудоспособности. Невозможность проведения раннего функционального лечения влечет за собой формирования стойких контрактур в плечевом суставе, требующих дополнительного длительного восстановительного лечения, которое приводит к увеличению сроков временной нетрудоспособности [9].

Часто используемый внутрикостный остеосинтез различными конструкциями так - же малотравматичен, достаточно устойчив к изгибающим нагрузкам. Однако, из-за сложного рельефа ключицы, имеющей S-образную форму, проведение конструкции на протяжении обоих отломков не всегда удается, что заставляет использовать дополнительные блокирующие элементы: винты, проволочные швы, скобы, кольцевидные фиксаторы с эффектом памяти формы.

К сожалению, и в настоящее время нет общепринятой тактики в выборе метода лечения повреждений ключицы. Анатомо-физиологические особенности как самой ключицы, так и достаточно

обширной зоны повреждений при ее травмах, недооцениваются клиницистами, что в конечном итоге приводит к значительному количеству осложнений, как при консервативном, так и при оперативных методах лечения (10).

Большое количество неудовлетворительных исходов, достигающих 35,2%, показывает необходимость внедрения в практику надежного способа фиксации акромиального конца ключицы, который, во первых, позволит восстановить анатомические и биомеханические характеристики акромиально-ключичного сустава, во вторых, даст возможность начать раннюю функцию поврежденной конечности, что позволит сократить сроки временной нетрудоспособности [9]

Цель исследования.

Обосновать и применить оптимальный хирургический метод лечения переломов акромиального конца ключицы в комплексе восстановительного лечения, анатомически и функционально обеспечивающий благоприятный исход.

Материалы и методы исследования.

В клинике БНИЦТО в отделении экстренной медицинской помощи за 2014г. прооперировано предложенным способом 16 больных с изолированным переломом акромиального конца ключицы. Всем произведена стандартная рентгенография и клиническое локальное исследование. После операции на 20 сутки полностью восстановилась работоспособность больных. Боль в области акромиального конца ключицы не отмечалась. На 50-60 сутки, после контрольной рентгенографии спицы удалены с малыми разрезами. С применением нового способа, значительно сократились сроки нетрудоспособности и исключались боли в области акромиального конца ключицы, из-за отсутствия травматизации АКС.

Технический способ при изолированном переломе акромиального конца ключицы осуществляется следующим образом (на рис.1). Больного укладывают на спину. Под местной или внутривенной анестезией хирургический разрез над местом перелома длиной 4-5см

и удаление интерпонированных тканей между отломками. Отступая от края места перелома на 0.5 – 1см, с тонким сверлом, защищая сосудисто-нервный пучок, вертикально в косом направлении (которое исключает повреждения сосудисто - нервного пучка) просверливают параллельные каналы в двух местах обеих отломков. С помощью церкуляжной проволоки, через отверстие проксимального отломка сверху вниз «П» образно проводится лавсановая нить, далее «Х» образно подводят под отломками ключицы и выводят на дистальный отломок ключицы через просверленные отверстия. После репозиции отломков, концы, лавсановой нитью завязывают под натяжением. Далее не задевая акромиально-ключичный сустав, по наружному краю дистального отломка ключицы с двух сторон «Х» образно проводят спицы до прорезывания кортикального слоя проксимального отломка ключицы и дистальный конец спицы загибают под углом 90⁰ градусов, и погружают в толщу мышечной ткани. Последующим накладывают послойные швы на рану. Верхнюю конечность фиксируют косыночной повязкой на 20 дней. Через 45-60 дней под местной анестезией, малым кожным разрезом спицы удаляют.

Выводы:

1. Результаты исследования внедрены в повседневную клиническую практику и успешно применяются с положительным эффектом в отделениях БНИЦТО.

2. Разработанная система фиксации переломов акромиального конца ключицы является эффективной, малотравматичной методикой лечения данной патологии.

3. Все элементы фиксатора находятся вне АКС, тем самым, мы избегаем проведения фиксирующих спиц и нитей через АКС, в результате чего удается сохранить суставной диск, что благоприятно сказалось на отдаленных результатах лечения, так как риск развития артроза меньше.

4. Сохранение физиологического объема движений в АКС, позволяет восстановить анатомические и биомеханические характеристики АКС.

5. Применение разработанной методики позволяет

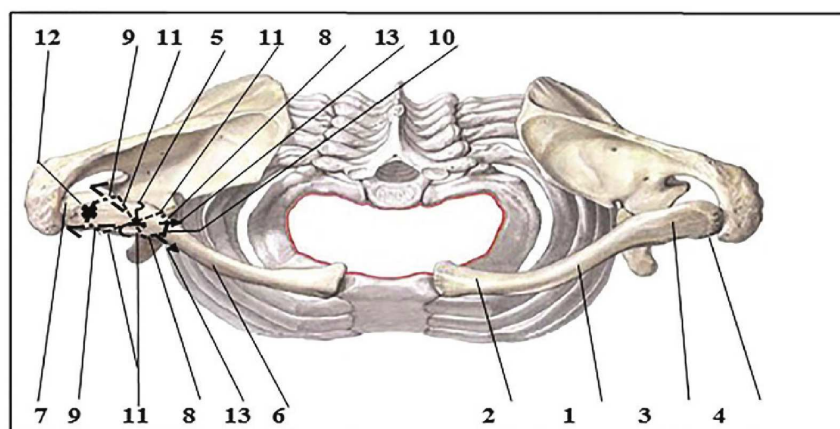


Рис.1. Функциональный остеосинтез при изолированном переломе акромиального конца ключицы.

На рис. 1 представлена ключица с лопаткой соединенной с грудной клеткой, вид сверху на правой ключице осуществлены предложенные нами способы фиксации, включают: 1- диафиз ключицы; 2- грудинный конец; 3- акромиальный конец; 4- акромиально-ключичный сустав; 5- место перелома; 6- проксимальный отломок; 7- дистальный отломок; 8- просверленные каналы в проксимальном отломке; 9- просверленные каналы в дистальном отломке; 10- лавсановый нит; 11- лавсановые нити проведенные под ключицей; 12- узел лавсановой нити; 13- спицы.

проводить раннюю функцию поврежденной конечности, что дает сокращение сроков восстановления движений в плечевом суставе.

6. В послеоперационном периоде больной может лечиться амбулаторно, ограничивается только тяжелый физический труд, связанный с поднятием тяжести.

Литература:

1. Бабушкин Ю.Н., Корнеев В.П., Ланиаков В.А. Оперативное лечение переломов ключицы // *Новые технологии в медицине*. Курган-2000.-С.23.

2. Копысова В. А., Каплун В. А., Непомнящих О. В. и др. Остеосинтез ключицы фиксаторами с термомеханической памятью : метод, пособие. Новокузнецк : ВМПЦ ИПФ, 2002. - 14 с.

3. Горнаев А. А., Хабабьянов Р. Я., Панков И. О. Достоинства и недостатки различных способов лечения повреждений акромиального конца ключицы // *Науч.-практ. конф. с междунар. участием «Новые технологии в медицине»: тез. докл. Курган, 2000. - Ч.1.-С. 111.*

4. Чернов, А.П. Новый способ лечения застарелых разрывов ключично-акромиального сочленения / А.П. Чернов, В.С. Стуколов // *Анналы травматологии и ортопедии*. — 2001.- №1. С.32-33.

5. Ермаков А.Н., Самсонов С.Ю., Квирикадзе П.Э. *Возможности костного остеосинтеза переломов ключицы. Человек и его здоровье: Материалы VI Рос. конгр. с междунар. участ. СПб 2001; 36.*

6. Бейдик О. В., Катаев И. А. Комбинированный наружный чрескостный остеосинтез при деформациях и переломах костей конечностей // *Актуальные вопросы и перспективы развития многопрофильного лечебного учреждения // тез. докл.- Шиханы.- 2001.- С. 168.*

7. Тонких С.А. Причины неудовлетворительных исходов при внутреннем остеосинтезе ключицы / С.А. Тонких, В.Э. Янковский, А.А. Коломиец // *Гений ортопедии*. 2004. - № 1. -С. 114-117.

8. Тонких С.А., Коломиец А.А., Распопова Е.А., Янковский В.Э. Анализ осложнений и исходов при внутреннем остеосинтезе переломов ключицы. Настоящее и будущее технологичной медицины: Материалы Всерос. науч.- практ. конф. Новосибирск 2002; 143.

9. Писарев В.В. Способы оперативного лечения вывихов акромиального конца ключицы / В.В. Писарев, С.Е. Львов // *Травматология и ортопедия России*. – 2008. – №3(49). – С. 54 – 57.

10. Баймагамбетов Ш. А. Анатомо-биомеханические особенности ключицы/ Баймагамбетов Ш. А., Батпенев Н. Д., Кулымкулов О. Б. // *Биомеханика: VI Всерос. конф. по биомеханике: Тез. докл. Н. Новгород, 2002. С. 98.*



Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате
на сайте

www.elibrary.ru,

где отмечается цитирование по каждой статье