

Результаты лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения с применением различных оперативных методик

В.Д.Приколота

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, НИИ травматологии и ортопедии (директор — профессор В.Г.Климовицкий)
Донецк, Украина

Проанализирован опыт лечения 68 пострадавших, лечившихся в ОКТБ и ДНИИТО по поводу вывиха акромиального конца ключицы с применением различных оперативных методик. Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что в ранние сроки (до 10 суток) после травмы наилучшие результаты получены при применении разработанной в ДНИИТО методики чрескостного остеосинтеза (91,9% хороших результатов), что позволяет рекомендовать методику к дальнейшему использованию.

Ключевые слова: акромиально-ключичное сочленение, вывих, оперативное лечение, результаты.

Введение

Повреждения акромиально-ключичного сочленения (АКС) являются частой причиной боли в области надплечья и нарушения функции верхней конечности. Вывихи акромиального конца ключицы составляют около 12% всех случаев травмы плечевого пояса и наиболее часто встречаются у пациентов трудоспособного возраста [5].

Как известно по данным литературы, вывихи акромиального конца ключицы достаточно легко устраняются мануально, но достигнутое положение сложно удержать консервативным путем [3, 4]. Вследствие этого неблагоприятные результаты при консервативном лечении могут достигать 40–72% [1, 6]. Именно поэтому в литературе для лечения указанной патологии многими авторами рекомендуется оперативное лечение, для выполнения которого предложено около 100 методик [1, 3]. Однако и в этом случае в значительном количестве наблюдений (порядка 16,5–35,2%) полного восстановления функции не происходит [6]. Возможной причиной такой ситуации является отсутствие четкой общепринятой системы выбора оптимальной методики, учитывающей основные факторы, способные повлиять на результат (срок после травмы, степень травматичности, степень стабильности и функциональности и т.п.). В плане ее разработки представляется целесообразным изучение в сравнительном аспекте опыта применения наиболее распространенных способов оперативного лечения.

Исходя из изложенного, целью нашей работы явилось изучение опыта применения ряда широко используемых в настоящее время методик оперативного лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения и сравнительная оценка полученных результатов.

Материалы и методы исследования

Изучен опыт лечения 68 пострадавших, находившихся в ОКТБ и ДНИИТО в период 1999–2009 гг. по поводу вывиха акромиального конца ключицы, при лечении которых были применены различные оперативные методики.

В данном исследовании изучены результаты лечения только «свежих» (давностью до 10–14 суток после травмы) повреждений. Среди пациентов мужчин было 65 (95,5%), женщин — 3 (4,5%). В возрасте до 21 года было 3 (4,4%) пациентов, 21–40 лет — 39 (57,4%), 41–60 лет — 24 (35,3%), 61 год и более — 2 (2,9%) пострадавших. Таким образом, преобладали лица молодого трудоспособного возраста, из них 63 (92,6%) пациента занимались преимущественно физическим трудом.

По отношению к примененному способу лечения выделено три группы пациентов. 1 группа — больные, при лечении которых применена лавсанопластика ключично-акромиальной и ключично-клювовидной связок (16 человек). 2 группа — больные, при лечении которых применена лавсанопластика ключично-акромиальной связки, фиксация по месту крепле-

Таблиця 1

Некоторые характеристики показателей лечебного процесса пациентов клинических групп

Группы пациентов	Количество больных	Средний срок от травмы до операции	Средний срок пребывания на койке	Количество пациентов с политравмой	Количество пациентов с послеоперационной иммобилизацией
1 группа	16 (23,5%)	12,04±1,3	19,57±2,0	4 (25%)	16 (100%)
2 группа	15 (22,1%)	4,28±0,45	22,03±2,1	1 (6,6%)	15 (100%)
3 группа	37 (54,4%)	3,59±0,35	16,81±1,6	1 (2,7%)	0
Итого	68 (100%)	6,64±0,7	19,47±1,9	6 (8,8%)	31 (45,6%)

ния ключично-ключовидной связки выполнялась металлической серкляжной проволокой (11 человек) или винтом, соединяющим ключицу и ключовидный отросток (4 человек) — всего 15 человек. 3 группа — больные, при лечении которых применена фиксация ключицы и акромиона методом наружного чрескостного остеосинтеза по методике, разработанной в ДНИИТО [2], — 37 человек. Закрытый остеосинтез выполнен у 28 (75,7%) человек, открытый — у 9 (24,3%). Необходимость открытого вмешательства была обусловлена невозможностью мануального устранения вывиха из-за наличия интерпозиции («захлеста») капсулы под акромиальный конец ключицы. Целью открытого вмешательства было устранение интерпозиции, точность восстановления соотношений между ключицей и акромионом при этом контролировалась пальпаторно и визуально.

Результаты оценивались в сроки три месяца и более (до полугода) на основе Приказа МОЗ Украины №41 от 30.03.1994 г. Выбор был обусловлен тем, что в исследование был включен и архивный материал: истории болезни, в которых фиксировались данные, требуемые нормативными документами, но не всегда имелось достаточно данных для более детальной балльной оценки.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о ходе и результатах лечения пострадавших трех выделенных клинических групп представлены в табл. 1 и 2.

Сравнительный анализ показывает, что у пациентов 1 группы срок от травмы до операции был наибольшим — $12,04 \pm 1,3$ дня и статистически достоверно ($p < 0,05$) отличался от 2 и 3 групп, между которыми, в свою очередь, достоверных различий по этому показателю не было (табл. 1).

Мы склонны объяснять это тем, что лавсанопластика обеих связок как наиболее травматичная и продолжительная по времени из сравниваемых вмешательств требует более се-

рьезного и продолжительного предоперационного обследования и подготовки, тогда как, например, менее травматичный ЧКО нередко выполнялся непосредственно в ургентном порядке. Соответственно и среднее время пребывания пациента на койке в 3 группе также было наименьшим.

Весьма существенно на общий ход лечения влияло и то, что во всех наблюдениях в 1 и 2 группах потребовалась послеоперационная иммобилизация повязкой Турнера или стандартной шиной на срок в среднем не менее 5 недель. В отличие от этого после ЧКО пациентам не только не запрещали, но рекомендовали раннюю функцию плечевого сустава и верхней конечности как начальный этап периода реабилитации (что в целом отвечает современным требованиям стабильно-функционального остеосинтеза).

В табл. 2 представлены данные об осложнениях, которые укладывались в 2 большие группы: подвывих в ключично-акромиальном сочленении (или рецидив вывиха) и нарушение стабильности фиксации восстановленных соотношений между ключицей и акромионом.

В отличие от распространенного мнения о неизбежности воспалительных осложнений при ЧКО или о высокой частоте инфекционных осложнений после лавсанопластики мы практически не наблюдали значимых осложнений этой категории. У 2 больных после лавсанопластики при одном из плановых амбулаторных контролей выполнялось удаление отдельной лигатуры из подкожного слоя, что не повлияло ни на срок, ни на результат лечения. После ЧКО на амбулаторном этапе перевязки у стержней, естественно, выполнялись. При этом у 4 больных отмечали гиперемию кожи у отдельных стержней. Но лечебные мероприятия ограничивались обычными перевязками. Ни замены стержней, ни коррекции плана лечения не потребовалось.

Значительную частоту подвывиха в акромиально-ключичном сочленении у пациентов 1 группы мы склонны объяснять тем, что степень натяжения при фиксации лавсановых лент оп-

Таблиця 2

Частота осложнений и результаты лечения пострадавших разных клинических групп (число, %)

Группы пациентов	Количество больных	Количество больных с осложнениями	Количество отдельных осложнений		Результат лечения		
			Подвывих (рецидив вывиха)	Нарушение стабильности фиксации	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо
1 группа	16 (23,5%)	6 (37,5%)	6 (37,5%)	0	9 (56,3%)	7 (43,7%)	0
2 группа	15 (22,1%)	6 (40,0%)	2 (13,3%)	4 (26,6%)	7 (46,7%)	6 (40,0%)	2 (13,3%)
3 группа	37 (54,4%)	3 (8,1%)	0	3 (8,1%)	34 (91,9%)	3 (8,1%)	0
Итого	68 (100%)	15 (22,5%)	8 (11,7%)	7 (10,3%)	50 (73,5%)	16 (23,5%)	2 (3%)

ределялась эмпирически, что не исключало изначально не очевидных, но проявлявшихся впоследствии нарушений точности сопоставления сочленяющихся отделов ключицы и акромиона. Косвенно этот факт подтверждается тем, что в двух случаях дополнительно (для повышения точности и стабильности фиксации) проводились трансартикулярно две фиксирующие ключицу и акромион спицы. Следует учесть и возможность «прорезывания» лавсановых лент в кости в случае остеопороза или при раннем начале движений в плечевом суставе.

Во 2 группе такие осложнения также наблюдались, но более характерным было нарушение стабильности фиксации — 4 (26,7%) случая. Причем все 4 наблюдения относятся к области ключично-клювовидной связки (в 1 случае — миграция винта, соединявшего ключицу с клювовидным отростком, в 3 — разрыв серкляжной проволоки). Единственным реальным способом коррекции в подобных случаях было повторное оперативное вмешательство.

В 3 группе осложнения отмечены в 3 случаях (8,1%) — нарушение прочности соединения с костью одного из стержней аппарата. Во всех случаях после доприведения одного стержня (без смены схемы аппарата или изменения общего плана лечения) стабильность аппарата была восстановлена, смены тактики не было.

При изучении исходов лечения обращает на себя внимание, что в большинстве случаев результаты были положительными. Только у 2 (13,3%) пациентов 2 группы отмечен неудовлетворительный результат, обусловленный неустранимым вывихом акромиального конца ключицы после разрыва серкляжной проволоки, соединявшей ключицу с клювовидным отростком. Однако по числу хороших результатов (восстановление анатомии и функции) 3 группа (91,9%) достоверно превосходила обе другие группы. Удовлетворительных результа-

тов в 1 группе было 7 (43,7%), во 2 группе — 6 (40,0%). В 1 группе удовлетворительный исход был обусловлен наличием подвывиха акромиального конца ключицы у 6 человек, что вызвало болевой синдром и ограничение функции в плечевом суставе. У одного пациента ограничение функции было вызвано постиммобилизационной контрактурой, не устраненной полностью в период реабилитации. Во 2 группе удовлетворительный результат был обусловлен рецидивом подвывиха у 2 человек, постиммобилизационной контрактурой — у 2 человек. Еще у 2 человек, которым было проведено повторное оперативное лечение, удовлетворительный результат был обусловлен посттравматическим артрозом акромиально-ключичного сочленения и связанным с ним болевым синдромом.

Таким образом, полученные нами данные говорят об эффективности применения при лечении повреждений акромиально-ключичного сочленения в ранние сроки после травмы методики фиксации ключицы и акромиона в стержневом аппарате [2]. Такое вмешательство малотравматично, требует минимальной подготовки и может быть выполнено в ургентном порядке. В послеоперационном периоде со 2 дня возможны движения в плечевом суставе, иммобилизации не требуется, что предупреждает нарушения функции верхней конечности и способствует ранней реабилитации пострадавших. Вместе с тем следует обратить внимание на то, что такое вмешательство показано только в первые дни (до 10 суток) после травмы, когда удержание ключицы и акромиона в репонированном положении создает условия для оптимального протекания регенерации в области повреждения связок и обеспечивает восстановление функции. В более поздний период пластическое вмешательство по восстановлению связочного аппарата (лавсанопластика) становится необходимым.

Выводы

1. При повреждении акромиально-ключичного сочленения в ранние сроки (до 10 суток) после травмы применение наружного чрескостного остеосинтеза по методике, разработанной в НИИТО Донецкого национального медицинского университета, позволяет получить более 90% хороших ре-

зультатов, что превосходит результаты, полученные при использовании иных методик.

2. Условием успешного применения разработанной методики является выполнение вмешательства в первые дни после травмы, когда в 75,7% случаев операция выполняется «закрыто», без разреза мягких тканей.

Литература

1. Воробьев А.В. Отдаленные результаты оперативного лечения вывихов акромиального конца ключицы / Тез. докл. науч. конф. молодых ученых ИГМИ им. А.С.Бубнова. — Иваново, 1986. — С. 99-100.
2. Патент на корисну модель №38662 Україна, А 61 В 17/60. Спосіб черезкісткового остеосинтезу вивиху акроміального кінця ключиці / О.Я.Лобко, В.Ю.Черниш, В.Ю.Чернецький, О.А.Антонов, В.Д.Приколота (UA). — №u200808639; Заявл. 01.07.2008; Опубл. 12.01.2009. Бюл. №1. — 4 с.
3. Писарев В.В. Оперативное лечение вывихов акромиального конца ключицы: Автореф. дис. ... к.мед.н. — Иваново, 2005. — 18 с.
4. Скоблин А.П., Бом К.Б., Рехлицкий А.Я., Грабовой А.Ф. Переломы и вывихи ключицы. — К.: Здоров'я, 1973. — 128 с.
5. Emery R. Shoulder surgery. Acromioclavicular and sternoclavicular joints. — W.B.Saunders: Philadelphia, 1997. — P. 77-88.
6. Moravec O., Lexa C. Dynamicka stabilizace acromioclavilami Luxace // Acta chirurg. ortop. trauma. Cechoslovaca. — 1996. — Vol. 63. — №3. — P. 225-227.
7. Taft T.N., Wilson F.C., Oglsby J. W. Dislocation of the acromioclavicular joint // J. Bone Joint Surg. — 1997. — Vol. 79. — №7. — P. 1045-1051.

В.Д.Приколота. Результати лікування пошкоджень акроміально-ключичного зчленування із застосуванням різних оперативних методик. Донецьк, Україна.

Ключові слова: акроміально-ключичне зчленування, вивих, оперативне лікування, результати.

Проаналізовано досвід лікування 68 постраждалих, що лікувалися в ОКТЛ (Обласній клінічній травматологічній лікарні) і ДНДІТО (Донецькому національному інституті травматології та ортопедії) з приводу вивиху акроміального кінця ключиці із застосуванням різних оперативних методик. Отримані дані дозволяють зробити висновок про те, що в ранні терміни (до 10 діб) після травми найкращі результати отримані при застосуванні розробленою в ДНДІТО методики черезкісткового остеосинтезу (91,9% добрих результатів). Це дозволяє рекомендувати методику до подальшого використання.

V.D.Prykolota. The results of treatment of injuries of acromioclavicular joint with the use of the different operative methods. Donetsk, Ukraine.

Key words: acromioclavicular joint, dislocation, operative treatment, results.

The experience of treatment of 68 patients treated in regional clinical traumatological hospital and DRDITO (Donetsk institute of traumatology and orthopedy) with dislocation of acromial extremity of clavicle with using the different operative methods was analyzed. The got data allow to draw a conclusion that in early terms (to 10 days) after trauma the best results are received at application of the developed in DRDITO method of the external transosseous osteosynthesis (91,9% good results) that allows to recommend a method to the further use.

Надійшла до редакції 30.03.2009 р.