

- б) не требует повторного хирургического вмешательства для удаления металлоконструкции;
- 7) не вызывает разрушения акромиально-ключичного сустава.

Недостатки малоинвазивной реконструкции акромиально-ключичного сочленения системой MINAR:

- 1) отсутствие визуального контроля за репозицией ключицы;
- 2) не производится ревизия акромиально-ключичного сустава;
- 3) не исключено развитие артроза акромиально-ключичного сустава в результате повреждения его мениска.

Выводы

1. Оперативное лечение вывихов акромиального конца ключицы с помощью системы MINAR необходимо выполнять у пациентов при свежей травме в сроки до 10 дней, в более поздние сроки — фиксация акромиально-ключичного сочленения при помощи крючковидной пластины.
2. У тучных, физически крепких пациентов оптимальным способом лечения вывиха акромиального конца ключицы — фиксация акромиально-ключичного сочленения при помощи крючковидной пластины.
3. Применение малоинвазивной реконструкции акромиально-ключичного сочленения системой MINAR позволило сократить время пребывания в стационаре в 2 раза.

Литература

1. Алиев В.М. Оперативное лечение вывиха акромиального конца ключицы “стягивающей петлей” / Алиев В.М., Корнеев Б.С., Чутрина А.Н. // *Здравоохранение Казахстана*. — 1981. — № 7. — С. 52–53.

2. Брагин В.Б. Сравнительная оценка способов лечения вывихов ключицы / В.Б. Брагин, Ю.А. Безгодков // *Вестн. хирургии*. — 2002. — № 4. — С. 33–36.
3. Симон Р.Р. Неотложная ортопедия конечности / Р.Р. Симон, С.Дж. Кенигскнехт. — М.: Медицина, 1998. — 622 с.
4. Старых В.С. Способ пластики акромиально-ключичной связки / В.С. Старых, А.Б. Панахалл // *Современные медицинские технологии и перспективы развития военной травматологии и ортопедии*. — СПб.: Питер, 2000. — С. 139–140.
5. Concha J.M. Stabilization of acute type III acromioclavicular joint dislocation with a hook implant / J.M. Concha // *AO Dialogue*. — 2005. — № 3. — P. 17–25.
6. Constant C.R. A clinical method functional assessment of the shoulder / C.R. Constant, A.H. Murley // *Clin. Orthop.* — 1987. — Vol. 214. — P. 160–164.
7. Grutter P.W. Anatomical acromioclavicular ligament reconstruction: a biomechanical comparison of reconstructive techniques of the acromioclavicular joint / P.W. Grutter, S.A. Petersen // *Am. J. Sports Med.* — 2005. — № 11. — P. 1723–1728.
8. Reconstruction of the coracoclavicular ligaments with tendon grafts: a comparative biomechanical study / Lee S.J., Nicholas S.J., Akizuki K.H. [et al.] // *Am. J. Sports Med.* — 2003. — № 9. — P. 1245–1285.
9. Sammarco V.J. Os acromiale: frequency, anatomy, and clinical implications / V.J. Sammarco // *Surg. Am.* — 2000. — Vol. 82, № 3. — P. 394–400.
10. Stability of acromioclavicular joint reconstruction: biomechanical testing of various surgical techniques in a cadaveric model / Deshmukh A.V., Wilson D.R., Zilberfarb J.L., Perlmutter G.S. // *Am. J. Sports Med.* — 2004. — № 6. — P. 142–148.
11. Tossi F. Acromioclavicular separations: useful and practical classification for treatment / F. Tossi // *Clin. Orthop.* — 1963. — № 1. — P. 111–119.
12. Zantop T. Minimally Invasive Acromioclavicular Joint Reconstruction (MINAR) / Petersen W., Wellmann M., Rosslenbroich S., Zantop T. // *Oper. Orthop. Traumatol.* — 2010. — Vol. 22. — P. 52–61.

УДК 616.718.16–001–089

ИННОВАЦИОННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

М. Ю. Каримов, М. Т. Шорустамов
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

INNOVATION TACTICS OF TREATMENT PATIENTS WITH TRAUMATIC INJURIES OF ACETABULUM
M. Y. Karimov, M. T. Sborustamov

The article is devoted to solution of actual problems of acetabular surgical treatment of fractures with application of the innovatory treatment method. Proposed device of dynamic unloading allows to make more active the patients on the second day after the surgery and gives possibility of early weight bearing on the operated limb at the early stages that will increase life quality level of the patient.

Key words: acetabulum, fracture, treatment.

ІННОВАЦІЙНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ВЕРТЛЮГОВОЇ ЗАПАДИНИ

М. Ю. Карімов, М. Т. Шорустамов

Стаття присвячена вирішенню актуальних проблем хірургічного лікування пошкоджень вертлюгової западини з використанням інноваційного способу лікування. Апарат динамічного розвантаження, що пропонується, дозволяє активізувати хворих на другу добу після операції, дає можливість раннього навантаження оперованої кінцівки, що підвищує рівень якості життя хворого.

Ключові слова: вертлюгова западина, перелом, лікування.

Введение

В последнее время большинство ортопедов-травматологов не удовлетворяют исходы лечения повреждений вертлужной впадины. Несмотря на значительные достижения в хирургии тазобедренного сустава в последние десятилетия, лечение пострадавших с повреждениями вертлужной впадины остается актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. Частота этих повреждений невелика — 0,05–0,32%, однако, учитывая сочетанный характер, значительная тяжесть травм является причиной высокой смертности среди пострадавших в остром и раннем периодах травматической болезни. Из числа выживших большинство становятся инвалидами в течение длительного периода времени, а иногда и всей жизни [1–3].

Такие последствия травматических повреждений вертлужной впадины как асептический некроз головки бедренной кости и посттравматический коксартроз вызывают значительное нарушение функции тазобедренного сустава и нижней конечности в целом. Несмотря на успехи открытой репозиции и внутренней фиксации костных отломков при переломах вертлужной впадины, от 10 до 30% пострадавших нуждаются в дальнейшем хирургическом вмешательстве [1–5].

Цель исследования — оптимизировать лечение переломов костей вертлужной впадины.

Материалы и методы

С 1997 г. по настоящее время пролечено 180 больных с повреждениями костей вертлужной впадины. Мужчин было 162, женщин — 18, возраст которых колебался от 16 до 78 лет.

При переломах заднего края и крыши вертлужной впадины произведен остеосинтез отломков шурупами 92 больным, пластинами — 67 больным, а также дополнительно в 28 случаях наложен аппарат динамической разгрузки. Отдаленные результаты лечения прослежены от 6 мес. до 3 лет, оценка которых включала:

- 1) клиническое исследование: жалобы, анамнез, объективный статус;
- 2) балльную оценку функции тазобедренного сустава по модифицированной шкале Харриса;
- 3) лучевые методы исследования:
 - рентгенография (обзорная рентгенография таза, прямая и боковая проекции поврежденного сустава);

- МСКТ костей таза;
- 4) исследование биомеханической функции сустава на аппарате “Диаслед”;
- 5) денситометрию.

Результаты и их обсуждение

Оптимизация хирургического лечения при повреждениях заднего края и крыши вертлужной впадины заключалась в фиксации шурупами отломков костей (67 случаев) и в дополнительном наложении аппарата динамической разгрузки в суставе (28 случаев). Это давало возможность нагружать нижнюю конечность на 2-й день после операции с сохранением движений в суставе в трех плоскостях: сгибание — разгибание, приведение — отведение и ротационные движения. Методика наложения аппарата динамической разгрузки (рис.),

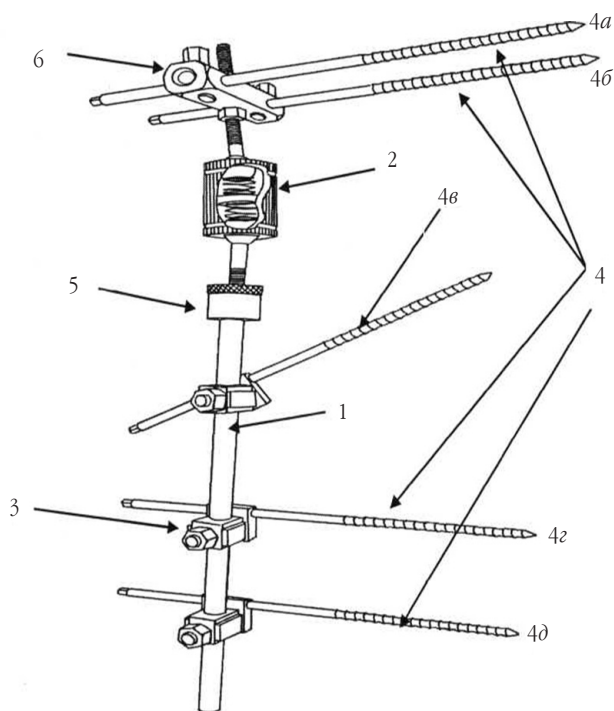


Рис. Схема аппарата динамической разгрузки в тазобедренном суставе: 1 — штанга, 2 — шаровой механизм с двумя внутренними пружинами, 3 — фиксаторы, 4 — стержни (4в — стержень с заточкой), 5 — муфта, 6 — фиксатор стержневой для ацетабулярной области

заключалась в наступному: два стержня — 4а, б — вводили в наацетабулярну область паралельно друг другу, а потім стержень 4в вводили в область великого вертела по напрямку до головки бедренної кістки і два стержня — 4г, д — в бедренну кістку. Стержень 4в, введений в великий вертел, мав заточку в середній частині, яка запобігала зворотній міграції стержня і створювала можливість дозувати динамічну розвантаження суглоба (на це винахід отримало позитивне рішення Агентства по інтелектуальній власності Республіки Узбекистан). Стержни, введені в бедренну кістку, фіксуються за допомогою фіксаторів на штанзі з кульовим пристроєм, дають можливість руху в двох площинах, а стержні, введені в наацетабулярну частину, фіксуються на фіксатор стержня для ацетабулярної області, яка з'єднується з бедренним компонентом. Ротаторні рухи створюються за рахунок обертових рухів всередині штанги.

Розроблений нами апарат динамічної розвантаження дозволив значно скоротити перебування пацієнтів в стаціонарі. Якщо після остеосинтезу великих з травмами вертлужної западини після операції терміном на 4–6 тижнів накладували скелетне витягання через надмішечки бедренної кістки, то з використанням розробленого нами апарату великі активізувалися на 2-і добу після хірургічного лікування, що дозволило навантажувати велику кінцівку і виконувати функціональні рухи в суглобі.

Выводы

Авторський апарат динамічної розвантаження дозволяє проводити ранню активізацію великих з травмами вертлужної западини і зменшує терміни перебування в стаціонарі. Як наслідок, рання статична навантаження на кінцівку виявилася профілактикою остеопорозу і підвищила якість життя великого.

Апарат динамічної розвантаження може застосовуватися при захворюваннях і травмах тазобедренного суглоба.

Литература

1. Выбор способа имплантации вертлужного компонента на основе рабочей классификации последствий переломов вертлужной западины / Тихилов Р. М., Шубняков И. И., Чиладзе И. Т. [и др.] // Травматол. и ортопед. России. — 2011. — № 2. — С. 37–43.
2. Кутепов С. С. Лечение переломов таза с повреждением вертлужной западины / С. С. Кутепов, А. В. Рунков // Там же. — 1995. — № 3. — С. 13–17.
3. Миллюков А. Ю. Современные подходы к лечению пациентов с повреждениями вертлужной западины / А. Ю. Миллюков, А. А. Пронских // Политравма. — 2006. — № 1. — С. 38–42.
4. Operative management of acetabular fractures. A review of 73 fractures / Kumar A., Shah N. A., Kersbaw S. A., Clayson A. D. // Injury. — 2005. — Vol. 36. — P. 605–612.
5. Operative treatment of displaced fractures of the acetabulum / Ginoudis P. V., Grotz M. R., Papakostidis C., Dinopoulos H. // J. Bone Jt Surg. — 2005. — Vol. 77-B, № 1. — P. 3–10.