

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Мателенок Е.М., Рыкун Н.Д.

ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины», г.Харьков, Украина

Введение. Переломы ключицы являются достаточно распространенными и составляют по данным различных авторов от 2-х до 10 % всех переломов опорно-двигательного аппарата у взрослых. Особое место занимают переломы акромиального конца ключицы, частота которых достигает 21 % от всех переломов ключицы. Вопросы выбора метода лечения переломов данной локализации активно обсуждаются в зарубежной и отечественной литературе. Это обусловлено значительным количеством отрицательных результатов лечения - до 20 %.

Цель данной работы - анализ способов и результатов хирургического лечения пациентов с переломами акромиального конца ключицы.

Материалы и методы. В клинике неотложной травматологии и восстановительной хирургии ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины» в период с 2002 г по 2012 г. находилось на лечении 65 пациентов с переломами ключицы, причем у 23 (35%) имел место перелом ее акромиального конца. Преимущественно такие переломы встречались у мужчин (74%). Средний возраст пациентов составил 45 лет. Согласно классификации АО-ОТА (2007) переломы данной локализации образуют II группу переломов ключицы (переломы ее латеральной трети), при этом 7 переломов относились к I типу (ключично-клювовидные связки интактны), 16 – ко II типу (ключично-клювовидные связки повреждены). Показаниями к проведению оперативного лечения являлись: неудача закрытой репозиции или вторичное смещение фрагментов перелома. Хирургическое лечение, заключалось в открытой репозиции отломков и выполнении остеосинтеза. Выбор типа фиксатора определялся, характером перелома, состоянием связочного аппарата (lig. coracoclaviculare) и его соотношением с костными фрагментами.

Результаты и их обсуждение. У 15 пациентов (5 с переломами I типа, 10 - II типа) выполнена открытая репозиция, напряжённый остеосинтез по Веберу. У пациентов с повреждениями II типа, даже небольшие по величине костные фрагменты, связанные с lig. coracoclaviculare адаптировались к основным костным фрагментам и фиксировались серкляжными швами, кроме этого, у 4-х пациентов центральный фрагмент ключицы связан с processus coracoideus винтом. У 6 пациентов с переломами II типа осуществлен остеосинтез предизогнутой пластиной с винтами. У 2-х пациентов с переломами I типа фиксация отломков произведена 2-мя спицами Киршнера, проведенными через акромиальный отросток и в послеоперационном периоде осуществлялась иммобилизация верхней конечности повязкой Дезо в течение 4 недель. У 4 пациентов выявлена несостоятельность остеосинтеза: в 2-х случаях при применении накостного остеосинтеза и в 2-х случаях – при применении спиц (миграция), что потребовало проведения повторных оперативных вмешательств с использованием костной аутопластики и накостного остеосинтеза. При оценке отдаленных результатов, через 1 год после проведенных оперативных вмешательств, у всех пациентов достигнуто сращение и получен достаточный объем движений в плечевом суставе.

Выводы.

1. При переломах акромиального конца ключицы не целесообразно использование для остеосинтеза спиц без проволочного серкляжа.

2. При небольших размерах периферического отломка ключицы показано выполнение напряженного остеосинтеза по Веберу, а при значительном повреждении ключично-клювовидных связок показана дополнительная фиксация ее центрального отломка к клювовидному отростку.

Реферат В матеріалах представлені спостереження хірургічного лікування 23 пацієнтів із переломами акроміального кінця ключиці. Аналіз спостережень свідчить про необхідність диференційованого підходу до вибору варіантів лікування.

Abstract The article provides observations of the results of surgical treatment of 23 patients with distal third clavicle fracture. The analysis of the observations shows the need for a differentiated approach to the selection of treatment options.