

Выбор способа хирургического лечения больных с вывихами акромиального конца ключицы

Г.И. Булычев, Г.А. Блувштейн

Selection of surgical technique for treatment of patients with clavicular acromial end dislocations

G.I. Boulychev, G.A. Blouvshtein

Саратовский государственный медицинский университет (ректор – д.м.н. П.В. Глыбочко),
кафедра общей хирургии (заведующий – профессор Г.А. Блувштейн)

Изучен клинический материал 136 больных с вывихами акромиального конца ключицы (ВАКК). Разработан новый хирургический способ лечения свежих и несвежих ВАКК, основанный на фиксации ключицы к клювовидному отростку лопатки компрессирующим спонгиозным винтом в положении гиперкоррекции. При сравнительной оценке отдаленных исходов лечения консервативными, оперативными методами и разработанным нами методом наилучшие результаты получены при применении последнего. Предлагаемый метод позволил получить хорошие и удовлетворительные анатомические и функциональные результаты в 95,5% случаев. Таким образом, доказана его эффективность, что дает право рекомендовать его для широкого клинического применения. Предложенный способ малотравматичен, доступен, логичен с точки зрения биомеханики вывиха, так как усилия фиксации при нем направлены противоположно вывихивающим силам.

Ключевые слова: ключица, вывихи акромиального конца.

Clinical material of 136 patients with clavicular acromial end dislocations (CAED) was studied. A new surgical technique was worked out for treatment of recent and non-recent CAED, based on fixation of the clavicle to scapular coracoid process using a compressing spongy screw in the position of hypercorrection. The best results were obtained when the technique worked out by us was used that was determined by comparison of long-term outcomes using conservative, surgical techniques and that one determined by us. The proposed technique allowed to improve good and fair anatomic and functional results in 95,5% cases, so its effectiveness was confirmed, thereby giving the right to recommend it for wide clinical use. The proposed technique is of little damage, it's available, logical from the point of view of the dislocation biomechanics, because fixation forces in this case act in the opposite direction to dislocation forces.

Keywords: clavicle, acromial end dislocations

Вывихи акромиального конца ключицы (ВАКК) занимают важное место в структуре повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют 7-26,1% среди всех вывихов других локализаций. В подавляющем большинстве данной травме подвержены люди, занимающиеся физическим трудом, в самом трудоспособном возрасте – от 20 до 45 лет.

Диагностике и лечению ВАКК посвящено много работ [1-8], и к настоящему времени предложено более 200 различных консервативных и оперативных способов лечения. Однако, несмотря на это, до сих пор отсутствует единый взгляд на метод лечения, что затрудняет индивидуальный выбор его в каждом конкретном случае. Следует также отметить, что большинство рекомендаций весьма разнообразны, а подчас и противоречивы.

Таким образом, выбор метода лечения ВАКК представляет собой актуальную проблему, имеющую большое социально-экономическое значение и нуждающуюся в более углубленном

исследовании с целью поиска наиболее оптимальных методов лечения.

В период с 1994 по 2001 г. в травматологическом отделении клиники общей хирургии Саратовского Государственного медицинского университета и хирургическом отделении Новоузенской НРБ лечились 136 больных с полными вывихами акромиального конца ключицы, из которых 125 (91,9%) были оперированы. Большинство пострадавших было в возрасте от 20 до 39 лет (70,6%). Мужчин было 128 (94,2%), женщин – 8 (5,8%). Правосторонними вывихами страдали 77 больных из 136 (56,6%), левосторонними – 59 больных (43,4%). Вывихи чаще наблюдались у рабочих и механизаторов, гораздо реже у лиц других социальных групп и профессий.

Консервативное лечение было применено у 11 пациентов. Использовались повязки Дезо, плечевые гипсовые лонгеты, гипсовые повязки М.П. Смирнова и В.Г. Вайнштейна, торакобрахиальные гипсовые повязки, раздвижные

шины СарНИИТО. Изучение отдаленных результатов лечения у 8 из 11 этих больных показало, что устранить вывих и удержать вправленную ключицу до восстановления связочного аппарата при помощи данных повязок и шин удается далеко не всегда. Так, ни у одного из 8 пациентов не было получено хороших анатомических или функциональных результатов. На основании анализа наших данных и данных литературы мы считаем, что возможности консервативного лечения ВАКК с помощью различных повязок и шин весьма ограничены. Наиболее эффективным методом лечения полных вывихов акромиального конца ключицы, по нашему мнению, является оперативный.

За период с 1994 по 2001 г. в клинике общей хирургии и хирургическом отделении Ново-узенской ЦРБ оперативное лечение применено у 125 больных. Трех больных оперировали дважды. Таким образом, было выполнено 128 операций (таблица 1).

Таблица 1.
Характер оперативных методов лечения ВАКК

Методы оперативных вмешательств	Количество операций	
	абс.	%
Фиксация ключицы к акромиону проволокой	9	7,0
Трансартрикулярная фиксация ключицы к акромиону:		
а) спицами	11	8,6
б) винтом	22	17,2
в) 4-х-гранным стержнем	10	7,8
Пластика акромиально-ключичной связки капроном или лавсаном	8	6,3
Лавсанопластика обеих связок по методике СарНИИТО	42	32,8
Наша методика	26	20,3
Всего	128	100,0

Анализ отдаленных результатов лечения 98 больных (78,4%) этими методами показал, что при застарелых вывихах акромиального конца ключицы, когда шанс на восстановление собственных связок ключично-лопаточного сочленения уже упущен, методом выбора является эндопротезирование акромиально-ключичной и ключично-ключовидной связок. Здесь можно рекомендовать лавсанопластику по методике СарНИИТО. По своей сути, это – видоизменение классической операции Беннеля.

При свежих и несвежих вывихах акромиального конца ключицы (до 3-х недель) применение этой травматичной операции, как и ряда других, не обоснованно. По нашему мнению, оперативное вмешательство по поводу данного повреждения должно отвечать следующим принципам:

- во-первых, оно должно быть малотравматичным;
- во-вторых, жестко и надежно фиксиро-

вать ключицу во вправленном положении;

- в-третьих, носить не только стабилизирующий, а функционально-стабилизирующий характер, т.е. не допускать впоследствии потери функции акромиально-ключичного сустава;

- в-четвертых, быть биомеханически обусловленным, т.е. усилия фиксации должны быть прямо противоположны вывихивающим силам;

- в-пятых, быть доступным в применении не только в специализированных, но и в общехирургических стационарах.

При изучении зарубежной литературы, посвященной проблеме лечения ВАКК, мы натолкнулись на способ В. Bosworth [1], который, на наш взгляд, отвечал многим вышеперечисленным требованиям. Его метод в различных модификациях используется в настоящее время во многих западных странах. Проанализировав его положительные и отрицательные стороны, мы разработали свою модификацию этого способа (патент РФ № 2165242 по заявке № 98104304).

Методика операции следующая.

Под общим обезболиванием или местной анестезией в положении больного на спине ассистент располагает плечо пациента на стороне повреждения в положении отведения в пределах 50°-65°, передней девиации - 30°-40° и внутренней ротации - 10°- 15° и с помощью, например, однозубого крючка надавливает через кожу на акромиальный конец ключицы, вправляя его, и фиксирует в таком положении. Устанавливают ориентиры клювовидного отростка через мягкие ткани, касаясь при этом переднего края ключицы, наружного и внутреннего краев клювовидного отростка параллельно друг другу и перпендикулярно продольной оси ключицы. Для этого используют две тонкие короткие спицы (применяемые для остеосинтеза костей кисти) с "плавающими" упорными площадками для ограничения их погружения (нанизанный кусочек резиновой пробки). Таким образом, погружаемые под кожу части этих спиц (до резинового ограничителя) определяют расположение клювовидного отростка, а также переднего края ключицы, а оставшиеся над кожей части спиц указывают направление сверления и последующей установки винта. Затем устанавливают подобный ориентир (более короткий) заднего края ключицы, касаясь его в проекции клювовидного отростка в точке, равноудаленной от ранее установленных ориентиров. Делают разрез мягких тканей над ключицей, равноудаленный от ее переднего и заднего края длиной 1,5-2 см, согласно ориентирам. Через этот разрез сверлом, диаметр которого равен диаметру стержня винта, формируют канал через ключицу в клювовидный отросток из центра образованного ориентирами треугольника. Канал обрабатывают метчиком, и по нему из ключицы в клювовид-

ный отросток с помощью отвертки вводят компрессирующий спонгиозный винт с шайбой. Убирают ориентиры. Делают рентгеноконтроль за взаиморасположением ключицы и акромиального отростка лопатки и при необходимости этим винтом осуществляют коррекцию до положения нижнего края ключицы *ниже* нижнего края акромиона. Накладывают 1-2 шва на кожу. Производят иммобилизацию верхней конечности гипсовой повязкой типа Смирнова-Вайнштейна, сохраняя положение плеча, заданное во время операции, с помощью ватно-марлевой клиновидной подушки. Через 5-6 недель снимается иммобилизация, а еще через 1-2 недели в амбулаторных условиях удаляется винт с шайбой, и взаимоотношения ключицы и акромиона возвращаются к анатомической норме (рис. 1).

Такая методика применена нами у 25 боль-

ных. Отдаленные результаты изучены у 22 больных. Хорошие анатомические и функциональные результаты получены у 19 человек (86,4%), удовлетворительные - у 2 (9,1%) и неудовлетворительные - у 1 пациента (4,5%), у которого мы попытались применить предлагаемый метод при застарелом вывихе.

Разработанный нами способ закрытого вправления акромиального вывиха с фиксацией ключицы к клювовидному отростку лопатки компрессирующим спонгиозным винтом при свежих и несвежих вывихах малотравматичен, несложен, не требует специального оборудования, целесообразен с точки зрения биомеханики вывиха. Он может быть выполнен на базе любого травматологического или хирургического отделения и может быть рекомендован для широкого применения в клинической практике.

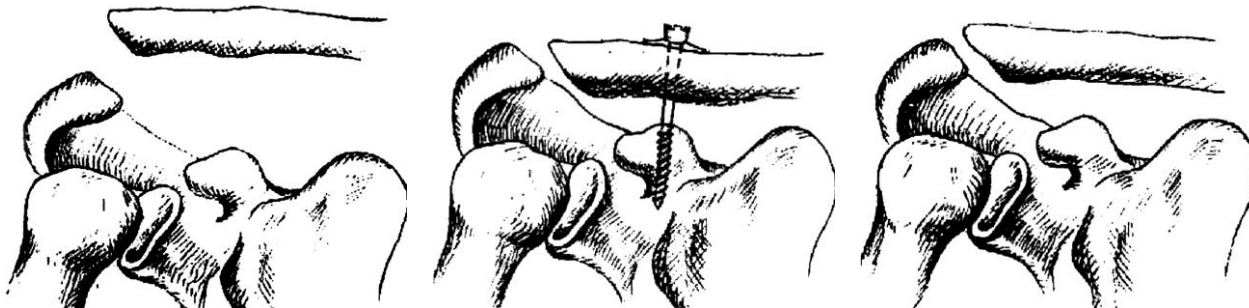


Рис. 1. Предложенная модификация операции В. Bosworth (этапы лечения).

ЛИТЕРАТУРА

1. Bosworth B.M. Acromioclavicular separation: a new method of repair // Surg. Gynecol. Obstetr. - 1941. - Vol. 73. - P. 866-871.
2. Оперативная хирургия / Под общ. ред. проф. И. Литмана. - Будапешт, 1982. - С.967-970.
3. Виноградова Т.Д., Кулевич А.Ю. Лечение травматических вывихов акромиального конца ключицы // Воен.-мед. журн. - 1982. - №8. - С.25-28.
4. Воробьев А.В. Лавсанопластика в лечении вывихов акромиального конца ключицы // Ортопед., травматол. - 1987. - №6. - С.49-50.
5. Дубровин Г.М. Стабильно-функциональная фиксация пружинной тягой при лечении вывихов и переломов акромиального конца ключицы (клинико-эксперим.иссл.): Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1987. - 16 с.
6. Ищенко В.П., Ищенко И.В. Лечение вывихов акромиального конца ключицы восьмиобразным погружным трансоссальным швом по А.П. Мизину // Ортопед., травматол. - 1989. - №1 - С.52-53.
7. Вартамян Ш.Г. Функциональное лечение переломов акромиального конца ключицы // Ортопед., травматол. - 1992. - №3. - С. 39.
8. Muller M. E. Et al. Manual of Internal Fixation / M.E. Muller, M. Allgower, R. Schneider, H. Willenegger. - Berlin: Springer-Verlag, 1992. - P. 436-437.

Рукопись поступила 24.08.02.