

И. Н. Гаевский, Е. В. Вошула
**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ**

Научные руководители: канд. мед наук, ассист. Е. В Жук,

врач травматолог-ортопед С. Е. Шедько

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлены основные методики оперативного лечения повреждений акромиально-ключичного сочленения и представлены результаты лечения пациентов с данной патологией на базе Минского городского клинического Центра травматологии и ортопедии 6 ГКБ в период с января 2015 г. по март 2017 г.

Ключевые слова: акромиально-ключичное сочленение, вывих, связка, разрыв.

Resume. The article presents main methods of surgical treatment of acromioclavicular joint injuries and also presents results of treatment patients with this pathology on the basis of Minsk City Clinical Center of Traumatology and Orthopedics of the 6th State Clinical Hospital since January 2015 till March 2017.

Keywords: acromioclavicular joint, wrench, ligament, burst.

Актуальность. Согласно литературным данным, наиболее часто повреждение акромиально-ключичного сочленения (АКС) встречается у мужчин трудоспособного возраста. Частота данной патологии достигает 15% всех вывихов [3]. Неудовлетворительные результаты лечения существенно снижают качество жизни пациентов. До настоящего времени отсутствует единый подход к методам лечения данного вида травмы. Большое количество предложенных классификаций и методик лечения (более 200) говорит о том, что научный поиск решения данной проблемы продолжается и требует более детального изучения.

Цель: изучить опыт применения ряда широко используемых в настоящее время методик оперативного лечения повреждений АКС и предоставить сравнительную оценку полученных результатов.

Задачи:

1. Проанализировать основные причины, патогенетические и клинические особенности вывиха АКС.
2. Определить оптимальные варианты лечения в зависимости от тяжести травмы.

Материал и методы. Работа выполнена в ходе ретроспективного клинического исследования на базе Минского городского клинического Центра травматологии и ортопедии 6 ГКБ. В исследование вошло 100 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, проходивших лечение в период с января 2015 г. по март 2017 г. Критерий включения – не более 3 суток после травмы АКС. Оценка полученных данных основывалась на результатах исследования: возраста, пола, обстоятельств травмы, времени операции, срока стационарного лечения.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было выявлено, что преобладающее большинство пациентов – 90% были мужского пола. Средний возраст мужчин составил 35 лет, женщин – 37,3 года. Проведенное исследование показало, что 36% пострадавших травмировали левую руку и 64% - правую.

100% травм были непроизводственными, производственная травма не встречалась.

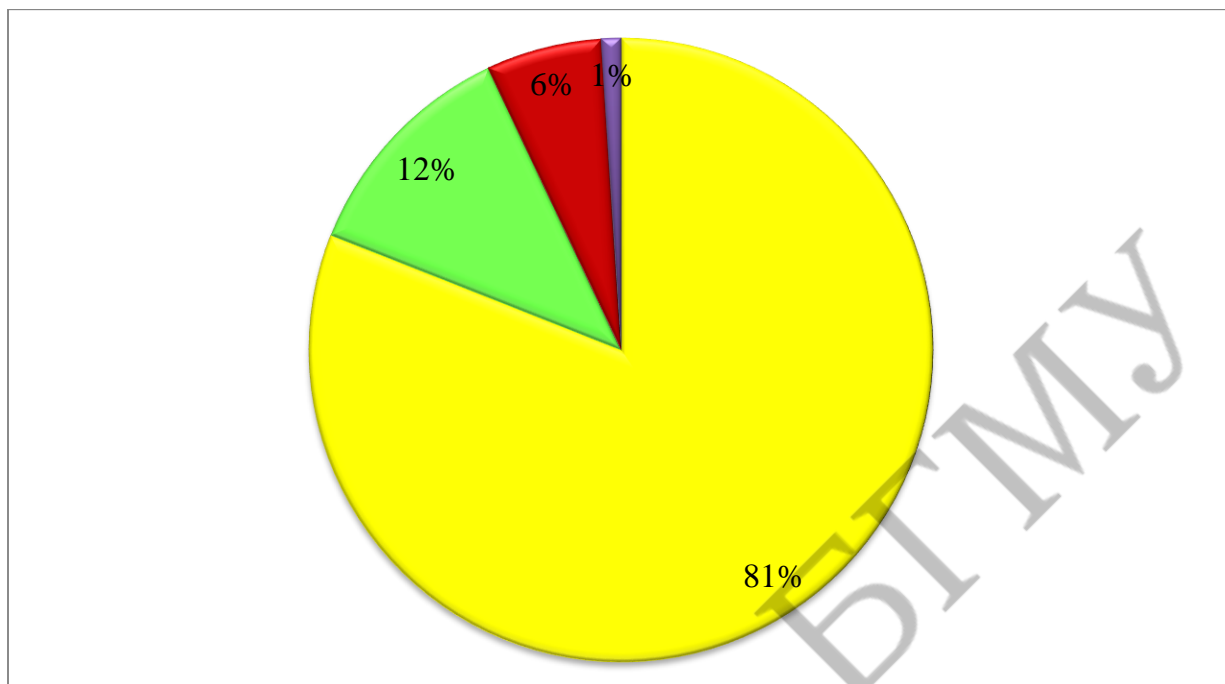


Рисунок 1 – Виды травмы

По обстоятельству травмы пациенты распределились следующим образом:

81% - бытовая;

12% - спортивная;

6% - уличная;

1% - транспортная.

Важным этапом в ходе обследования и выбора дальнейшей тактики лечения является точная оценка степени тяжести повреждения. Для этого мы руководствовались классификацией Лапуста А. А. [2].

По степени тяжести выделяют повреждения:

I степени — надрыв ключично-акромиальной связки

II степени — разрыв ключично-акромиальной связки и повреждение волокон ключично-клювовидной связки.

III степени — разрыв обеих связок, ключично-акромиальной и ключично-клювовидной.

Также есть еще IV степень — редко встречающиеся случаи — задний вывих, вылушивание акромиального конца ключицы из периоста по типу «кожуры банана»

В нашем исследовании 4-я степень не встретилась, поэтому пациенты были разделены на 3 группы.

По степеням тяжести пациенты разделились следующим образом:

11% - первая степень;

48% - вторая степень;

41% - третья степень.

Выбор лечебной тактики определяется типом повреждения АКС. В первой группе все пациенты были пролечены консервативно. А во второй и третьей группе

все пациенты были прооперированы. В итоге оперативное лечение было выполнено 89 пациентам.

Таблица 1. Характеристика групп пациентов

Вид операции	Количество пациентов	Время операции	Срок стационарного лечения
Открытая с пластикой связок	2 степень: 16 3 степень: 36	2 степень: 53 мин 3 степень: 56,1 мин	2 степень: 6,1 дня 3 степень: 6,7 дней
Открытая без пластики связок	2 степень: 12 3 степень: 5	2 степень: 45 мин 3 степень: 67,5 мин	2 степень: 6 дней 3 степень: 9,3 дня
Закрытая	2 степень: 20	2 степень: 30,6 мин	2 степень: 7,1 дня

Прооперированные пациенты были разделены на две группы:

1 группа - оперированные открытым путём, в нее вошло 69 пациентов. Они разделились на тех, кому была выполнена пластика связок (52 пациента) и без пластики (17 пациентов).

2 группа составила 20 пациентов, оперированных закрытым путем. Среднее время операции у пациентов оперированных открытым путем в два раза больше, в сравнении с оперированными закрытым путём. Средний срок стационарного лечения практически не отличался. Оперативное вмешательство закрытым путём проводилось под электронно-оптическим преобразователем.

Следует отразить современные альтернативные методы оперативного лечения, к ним относят:

Синтетический лигаментарный протез связок.

Преимущество искусственных связок в том, что отсутствует требование к сбору трансплантата мягких тканей для реконструкции. Это дает возможность имитировать травмированные связки и зафиксировать ключицу во вправленном состоянии на время, необходимое для их регенерации.

Методика MINAR (Minimally invasive acromioclavicular joint reconstruction).

Малоинвазивная реконструкция акромиально-ключичного сустава, которая, по сути, является однопучковой пластикой. Однако клювовидно-ключичная связка имеет двухпучковую структуру и состоит из двух пучков, или связок: трапецевидной и конической. Эти связки идут под углом друг к другу, что формирует уникальный биомеханический комплекс акромиального конца ключицы.

Малоинвазивный двухпучковый метод фиксации якорными фиксаторами.

В отличие от предыдущего, этот метод учитывает двухпучковое строение клювовидно-ключичной связки. Т. е. суть предлагаемого метода заключается в том, что с использованием якорного фиксатора с нитями мы воссоздаем векторы сил нативных связок, действующих на акромиальный конец ключицы. Благодаря этому мы добиваемся оптимальной и достаточной стабильности в АКС. А это создает оптимальные условия для самостоятельного сращения связок.

Биодеградируемый материал.

Здесь плюсы очевидны. Биодеградируемый имплант рассасывается постепенно, что способствует скорейшему заживлению. Кроме того, такие импланты не требуют

удаления, а значит и повторной операции, так как они полностью рассасываются в организме в процессе гидролиза на CO² и воду.

Выводы:

1. Мужчины травмировались в 9 раз чаще, чем женщины
2. Наиболее социально-активная группа в возрасте от 30 до 40 лет
3. Большинство повреждений требует оперативного метода лечения
4. Отсутствие единых подходов к тактике хирургического лечения и разнообразие хирургических методик требует дальнейшего научного поиска

I. N. Gaevsky, E.V. Voshchula
MODERN PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT
IN ACROMIOCLAVICULAR JOINT

Tutors: assistant E. V. Zhuk

doctor S. E. Shedko,

*Department of Traumatology and orthopedics,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Денисов-Никольский, Ю. И. Актуальные проблемы теоретической и клинической остеоартрологии / Ю. И. Денисов-Никольский. – М.: МАКС-пресс, 2005. – 360с.
2. Способ лечения разрыва связок акромиально-ключичного сочленения : пат. 3988 РБ : А 61 В 17/56 / А. А. Лапуста, П. И. Беспальчук. — № а 19990267; заявл. 23.03.1999; опубл. 30.06.2001, Афiцыйны бюлетэнь / Дзярж. Пат. ведамства РБ. — 2001. — №2 (29). — С. 96.
3. Травматология и ортопедия: учебник для студ. высш. учеб. заведений / Г.М. Кавалерский, Л.Л. Силин, А. В. Гаваркави [и др.]: под ред. Г.М. Кавалерского. – Издательский центр «Академия», 2008. – 624 с.