

Опыт применения ступенеобразной пластины Synthes при лечении переломовывихов ключично-акромиального сочленения

В.П. Абельцев, П.В. Переярченко, В.Г. Крымзлов
ФГУ «ОБП» УД Президента РФ

Повреждения области ключично-акромиального сочленения являются достаточно частыми травмами плечевого пояса. По разным классификациям [1,2], основным методом лечения частичных повреждений является консервативный. При повреждениях TOSSI I и TOSSI II [4], по мнению российских авторов, оперативного лечения не требуется. Медицинская помощь оказывается различными иммобилизационными повязками [1] с целью адекватной фиксации и создания конгруэнтности в поврежденном сочленении. Однако наложение таких фиксирующих повязок, как шина Кузьминского, гипсовая повязка Бабича, «португя» требуют от пациентов неукоснительного соблюдения ортопедического режима и вызывают большие неудобства при ношении бандажа.

По нашему мнению, если при повреждениях ключично-акромиального сочленения I типа можно рекомендовать консервативное лечение в виде временной (4–5 недель) иммобилизации мягкой повязкой с целью формирования рубца параартикулярной ткани, то при повреждениях II и III типа и при латеральных переломовывихах ключицы (NEER1) нами рекомендовано оперативное лечение (рисунок).

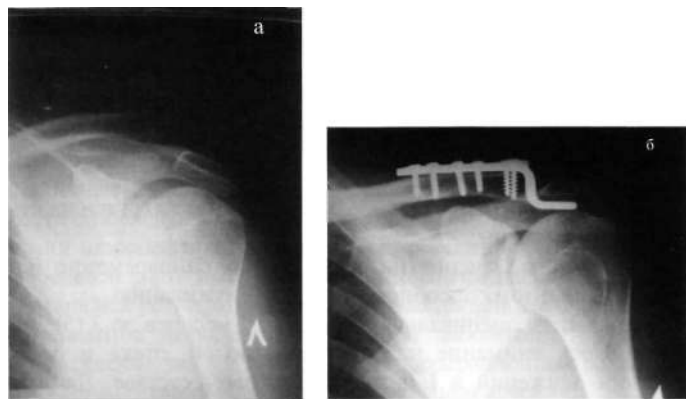


Рис. Клинический пример.

За последние 5 лет методом выбора в нашем отделении при лечении переломовывихов ключично-акромиального сочленения является операция стабилизации этого сочленения, а при необходимости и остеосинтез латерального перелома ключицы ступенеобразной пластиной. При повреждениях

III типа необходима дополнительная стабилизация ключично-корокоидальной связки винтом или петлей. В каждом случае проводилось шивание поврежденной капсулы ключично-акромиального сочленения. Форма пластины учитывает анатомическую особенность ключицы и акромиона, что позволяет фиксировать как вывих, так и переломовывих акромиального конца ключицы.

Изготавливаются пластины для левой и правой сторон со ступенью 15 и 18 мм.

Крючок ступенеобразной пластины образует соединяющий мостик, между ключицей и акромионом, а отверстия в пластине служат для введения кортикальных винтов.

С 2003 по 2006 г. в отделении оперировано 9 пациентов (8 мужчин, 1 женщина). Время поступления в стационар от момента травмы до операции от 7 дней до 1,5 месяца. Средний возраст пациентов — 38 лет.

Активизация больных проводилась со второго дня после оперативного лечения в режиме постизометрической миорелаксации. Со второй недели разрешены полностью активные движения в плечевом суставе. После операции фиксаторы были удалены у 8 пациентов в сроки от 5 до 10 месяцев. Отмечено полное рентгенологическое восстановление анатомии сочленения и функциональная достаточность движений в плечевом суставе.

Использование данного фиксатора, по сравнению с ранее применяемыми, позволяет стабилизировать не только вывихи ключично-акромиального сочленения, но и выполнить надежный остеосинтез латеральных переломов ключицы.

Функциональная стабильность оперированного сустава и быстрая послеоперационная реабилитация пациента позволяют рекомендовать данный метод в широкую практику.

Литература

1. Каплан А.В. *Закрытые повреждения костей и суставов.* — М.: Медицина., 1967.
2. Юмашев Г.С. *Травматология и ортопедия.* — М.: Медицина, 1977. - С. 236 - 240.
3. Buhland W., Riederberger J.: *Zur Behandlung der Luxation in Akromioklavikulargelenk. Med. u. Sport. Btrlin 13(1973) 139-140.*
4. Mbller M.E., Allgcer M., Schneider R, Willenegger H. *Manual of Internal Fixation. Technigues Recommended by the AO-ASIF Group.* Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, London Pari.