Оптимизация результатов оперативного лечения переломов ключицы

Кирсанов В.А.1, Ковалев В.А.2, Половинко В.В.3

1Филиал № 2 ФГКУ «428 Военный госпиталь» Минобороны России,

Вольск-18, Россия

2ФГКУ «354 Военный клинический госпиталь» Минобороны России,

Екатеринбург, Россия

3ГКУ «Московский авиационный центр», Москва, Россия

Актуальность. Среди общего числа переломов костей скелета переломы ключицы встречаются довольно часто, составляя по данным разных авторов от 2,5 до 15%, среди травм пояса верхних конечностей - 35-45%. По локализации более 75-80% переломов ключицы приходится на среднюю треть, 10-20% - на дистальную (акромиальную) треть и 2-5% - на проксимальную (стернальную) треть ключицы. Существует распространённое мнение о том, что переломы ключицы представляют собой лёгкую разновидность травматических повреждений и что исходы их лечения, в общем, достаточно удовлетворительны. Зачастую пострадавшие с этой патологией лечатся в поликлиниках, общехирургических отделениях стационаров и крайне редко в специализированных травматологических отделениях. Однако анализ отдалённых результатов лечения данной патологии, по мнению многих авторов, показывает, что неадекватное лечение этих «незначительных» повреждений может привести к инвалидности. При лечении переломов ключицы наиболее часто применяется погружной остеосинтез или консервативное лечение. Но частота осложнений при такой тактике лечения доходит до 29%. Достаточно часто встречаются нарушения консолидации, что связано с недостаточной стабильностью погружного остеосинтеза. Миграция интрамедуллярного фиксатора встречается в 25% случаев.

Цель исследования - улучшить результаты лечения переломов ключицы с помощью применения комбинации интрамедуллярного и внеочагового остеосинтезов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 43 пациента с переломами ключицы со смещение костных отломков. Мужчин было 34 (79,1%), женщин-9 (20,9%). Средний возраст пациентов составил 39±5,2 лет. При поступлении всем пострадавшим выполнялось рентгенологическое исследование в прямой и аксиальной проекциях. По локализации перелома пациенты распределились следующим образом: средняя треть-76,7% (33 пациента), дистальная треть-18,6% (8 пациентов), проксимальная треть-4,7% (2 пациента). Переломы с поперечной линией излома встречались в 39,5 % случаев (17 пациентов), косая линия излома имела место в 48,8% (21 пациент), оскольчатые и фрагментарно-оскольчатые переломы диагностированы в 11,7 % случаев (5 пациентов). Всем пациентам для лечения был применен комбинированный метод остеосинтеза, который сочетает в себе интрамедуллярную и внеочаговую методики.

Описание метода. Под общей анестезией выполняли мини-доступ к костным отломкам ключицы. Через место перелома интрамедуллярно проводили спицу в акромиальный отломок с выходом в области акромиального изгиба ключицы. Далее выполняли репозицию костных отломков с последующим проведением спицы в стернальный отломок. После этого через каждый костный отломок в поперечном направлении с контралатеральных сторон проводили по 2 консольных спицы. Концы интрамедуллярной и консольных спиц Г-образно изгибались и при помощи шайб с прорезью и гаек крепились к наружной опоре - резьбовому стержню. Рана послойно ушивалась. Таким образом, данный метод сочетает в себе интрамедуллярный и внеочаговый остеосинтезы. Фиксация интрамедуллярной спицы к внешней опоре препятствует её миграции. Консольные спицы играют роль блокирования, что является профилактикой ротационной нестабильности.

В послеоперационном периоде иммобилизации не требовалось, больные приступали к восстановлению движений верхней конечности после купирования болевого синдрома на 5-8 сутки. Оценку лечения проводили при помощи клинических (продолжительность стационарного лечения, продолжительность общего лечения, наличие и отсутствие осложнений, исходы лечения) и физических (восстановление дефицита объёма движений в плечевом суставе, реабилитационные тесты) методов.

Результаты. Продолжительность стационарного лечения составила 9,1±3,2 сут. Металлоконструкция удалялась через 5-7 недель амбулаторно. Трудоспособность была восстановлена через 6-7 недель благодаря ранней функциональной активности. Восстановление функции смежных суставов по дефициту объёма движений происходило к 60-м суткам с момента операции. По данным опросника «Простой тест для плеча» (Simple Shoulder Test, по Lippit S.B. и соавт., 1993 г.) установлено, что на 15-е сутки после операции восстановление функции плечевого сустава составило 62%. На 30-е сутки после операции функция плечевого сустава восстановилась на 79%, на 60-е сутки функция плечевого сустава восстановилась полностью-100%. Осложнения имели место у 2 пациентов в виде околоспицевого воспаления мягких тканей, которые были купированы консервативной противовоспалительной терапией и на продолжительность и исход лечения не повлияли. Нарушений консолидации переломов ключицы при использовании данной методики не было.

Выводы. Комбинация интрамедуллярного и внеочагового остеосинтезов переломов ключицы является малоинвазивным методом, обеспечивающим стабильную фиксацию костных отломков. Данная методика не требует дополнительного оперативного вмешательства по поводу удаления остеофиксатора и позволяет в короткие сроки восстановить функцию верхней конечности.