

*Косимхожиев Мухаммаджон Ибрахимжон-угли*

*Заведующий кафедрой травматологии - ортопедии,*

*нейрохирургии, оториноларингологии и детской*

*анестезиологии – реаниматологии, д.м.н., доцент*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

*Гаипов Дилмураджон Абдурасулович*

*Ассистент кафедры травматологии - ортопедии,*

*нейрохирургии, оториноларингологии и*

*детской анестезиологии – реаниматологии,*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМ И ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ**

**Аннотация** Повреждения в области акромиально-ключичного сустава (АКС) среди молодого трудоспособного населения является частой травмой. Оказание экстренной хирургической помощи таким пациентам не всегда возможно, в связи с чем, в повседневной травматологической практике не редко приходится сталкиваться с застарелыми случаями повреждения АКС. Предложенный нами впервые способ лечения застарелых повреждений АКС показал хорошие отдаленные результаты лечения.

**Ключевые слова:** акромиально-ключичный сустав, травма, лечение застарелых повреждений.

*Kosimozhiyev Mukhammadjon Ibrahimjon-ugli  
Head of the Department of Traumatology - Orthopedics,  
neurosurgery, Otorhinolaryngology  
and Pediatric Anesthesiology – Resuscitation,*

*MD, Associate Professor*

*Andijan State Medical Institute Gaipov Dilmurodzhon Abdurasulovich  
Assistant of the Department of Traumatology - Orthopedics,  
neurosurgery, otorhinolaryngology and  
pediatric anesthesiology - resuscitation,  
Andijan State Medical Institute*

## **SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SEQUELAE AND DISLOCATIONS ACROMIAL END OF CLAVICLE**

*Annotation: Damage to the acromioclavicular joint (ACJ) among the young working population is a common injury. The provision of emergency surgical care to such patients is not always possible, and therefore, in everyday traumatology practice, it is not uncommon to encounter chronic cases of ACL damage.*

*The method we proposed for the first time for the treatment of chronic ACL injuries showed good long-term results of treatment.*

*Key words: acromioclavicular joint, trauma, treatment of chronic injuries.*

**Введение:** По данным различных авторов, частота встречаемости травматического вывиха акромиального конца ключицы составляет от 12,5 до 26,1 % в структуре скелетной травмы и в 11 % в структуре спортивной травмы [1]. В настоящее время, для оценки степени тяжести и характера повреждения существует множество классификаций. В нашем исследовании была использована классификация Rockwood, согласно которой вывихи акромиального конца ключицы могут быть следующих типов:

I тип – частичное повреждение акромиально-ключичной связки. Клювовидно-ключичная связка, капсула сустава, дельтовидная и трапециевидная мышцы интактны.

II тип – разрыв акромиально-ключичной связки и капсулы сустава. Подвывих акромиального конца ключицы кверху.

Частичное повреждение клювовидно-ключичной связки, но клювовидно-ключичное пространство не расширено.

III тип – разрыв акромиально-ключичной связки, капсулы сустава и клювовидно-ключичной связки. Акромиальный конец ключицы смещён кверху (максимум в два раза).

IV тип – разрыв акромиально-ключичной связки, капсулы сустава и клювовидно-ключичной связки. Акромиальный конец ключицы смещён кзади в толщу трапециевидной мышцы.

V тип - разрыв акромиально-ключичной связки, капсулы сустава и клювовидно-ключичной связки. Акромиальный конец ключицы смещён кверху (более чем на в два раза).

VI тип (встречается крайне редко) – разрыв акромиально-ключичной связки, капсулы сустава и клювовидно-ключичной связки. Акромиальный конец ключицы смещён книзу и кпереди и находится позади сухожилий короткой головки бицепса плеча и клювовидно-плечевой мышцы. В силу разных обстоятельств, оказание экстренной хирургической помощи пациентам с повреждениями АКС III-VI стадий по описанной выше классификации не всегда возможно, в связи с чем, в повседневной травматологической практике не редко приходится сталкиваться с застарелыми случаями повреждения АКС. К таким пациентам необходимо особое внимание и подход. Применяемые в застарелых случаях современные малоинвазивные высокотехнологичные методики стабилизации акромиального конца ключицы [3], разработанные для свежей травмы, в том числе артроскопические [5], зачастую оказываются несостоятельны на ранних этапах послеоперационной реабилитации, требуют длительного лечения и не редко повторных операций [4].

**Цель исследования:** Целью нашего исследования является оценка эффективности нового, разработанного в нашей клинике, метода лечения застарелых вывихов акромиального конца ключицы и последствий повреждений АКС.

**Материалы и методы:** В нашем исследовании приняли участие 27 человек обоего пола с застарелыми вывихами акромиального конца ключицы III-V стадии по Rockwood, в возрасте от 17 до 56 лет. Среди них встречались пациенты перенесшие спортивную (51,9%), дорожно-транспортную (14,8%) и бытовую (33,3%) травмы. Всем пациентам была выполнена оперативная реконструкция ключично-ключовидной связки и трансартикулярная фиксация АКС. В ходе операции проводилась резекция фиброзной ткани, удаление интерпонента, мениска и рубцов из полости сустава. Для восстановления ключично-ключовидной связки применялась малоинвазивная (пуговичная) методика, позволяющая через минимальный доступ в проекции сустава, после выполнения полноценного дебридмента, выполнить ее реконструкцию. Под интраоперационным рентгенологическим контролем выполнялось. Предложенный подход к лечению пациентов с застарелыми травматическими вывихами акромиального конца ключицы продемонстрировал хорошие функциональные результаты. Через 2 месяца с момента операции, большинство (25 из 27 случаев) оперированных нами пациентов вернулись к привычному образу жизни, а спустя еще 2 месяца они имели возможность приступить к спортивным нагрузкам. Разработанный протокол лечения позволил получить более чем в 90% случаев полное восстановление функции, избежать повторных оперативных вмешательств и серьезных хирургических осложнений. На контрольных рентгенограммах, выполненных через 6 месяцев после операции и позднее отмечается правильное соотношение костей в АКС и стабильность фиксатора. При использовании визуально-аналоговой шкалы выявлен хороший результат (0-3 балла) у 92,6% пациентов. Последующие 6 недель пациентам предписывалась иммобилизация руки в ортезе типа Дезо. Удаление спиц выполнялось на 4-ой неделе с момента операции. В дальнейшем проводилась послеоперационная и постиммобилизационная реабилитация по разработанному в нашей клинике алгоритму с применением ортопедических аппаратов [6], тренажеров и лечебной гимнастики. Сроки оказания

хирургической помощи составляли от 8 до 19 суток с момента получения травмы. В ходе наблюдения за пациентами проводились этапные (промежуточные) контроли, однако окончательная оценка результатов лечения проводилась через 8 месяцев с момента операции, при помощи рентгенологического контроля, определения объема движений в плечевом суставе и визуально-аналоговой шкалы.

**Результаты** : Предложенный подход к лечению пациентов с застарелыми травматическими вывихами акромиального конца ключицы продемонстрировал хорошие функциональные результаты. Через 2 месяца с момента операции, большинство ( 25 из 27 случаев) оперированных нами пациентов вернулись к привычному образу жизни, а спустя еще 2 месяца они имели возможность приступить к спортивным нагрузкам. Разработанный протокол лечения позволил получить более чем в 90% случаев полное восстановление функции, избежать повторных оперативных вмешательств и серьезных хирургических осложнений. На контрольных рентгенограммах, выполненных через 6 месяцев после операции и позднее отмечается правильное соотношение костей в АКС и стабильность фиксатора. При использовании визуально-аналоговой шкалы выявлен хороший результат (0-3 балла) у 92,6% пациентов.

### **Выводы**

Таким образом, предлагаемый нами способ лечения застарелых повреждений АКС показал хорошие отдаленные результаты лечения. Функциональное восстановление пациентов

проходило согласно разработанному протоколу и позволило вернуть привычное качество жизни большинству оперированных нами пациентов. Хирургическая техника описанной операции имеет такие существенные преимущества, как минимальная инвазивность, отсутствие необходимости повторных вмешательств для удаления имплантов, отсутствие вторжения в плечевой сустав и субакромиальное пространство и относительно высокая степень воспроизводимости, т.е. доступности для повседневного применения

в травматологической практике без специальной подготовки. Отмечена также экономическая выгода такого подхода, в виде уменьшения продолжительности стационарного лечения, а также отсутствия необходимости применения дорогостоящих имплантов.

### **Список литературы**

1. Файтельсон А.В., Дубровин Г.М., Тихвненко С.Н. Раннее восстановление функции плечевого сустава при вывихах акромиального конца ключицы.// В ст. Материалы всероссийского симпозиума «коленный и плечевой сустав XXI век. Я., 2000
2. ISAKOS Upper Extremity Committee Consensus Statement on the Need for Diversification of the Rockwood Classification for Acromioclavicular Joint Injuries; Beitzel, Mazzocca, Bak, Itoi, Kibler, Mirzaya, Imhoff, Calvo, Arce, Shea, Upper Extremity Committee of ISAKOS— Arthroscopy. 2014 Feb;30(2):271-8.
3. Minimally Invasive Acromioclavicular Joint Reconstruction (MINAR), Rosslenbroich , Zantop et al.— Oper Orthop Traumatol. 2010 Mar;22(1):52-61.
4. Biomechanical Consequences of Coracoclavicular Reconstruction Techniques on Clavicle Strength, Dornan, Millett, Wijdicks et al.— Am J Sports Med., 2014 Mar 13
5. Arthroscopically assisted stabilization of acute injury to the acromioclavicular joint with the double TightRope™ technique: one-year results, Pauly, Scheibel M et al.— Unfallchirurg. 2013 Feb;116(2):125-30.
6. The gymnastics shoulder , Gerhardt , Scheibel et al.— Orthopade. 2014 Mar;43(3):230-5.
7. Associated lesions requiring additional surgical treatment in grade 3 acromioclavicular joint dislocations, Parten P, Denard P, Burkhardt SS et al., Arthroscopy. 2014 Jan;30(1):6-10. 10.1016/j.arthro.2013.10.006.
8. Acromio-clavicular repair using two different techniques, Parchi P, Piolanti N, Michele L. et al, Eur J Orthop Surg Traumatol. 2014 Feb;24(2):237-42. 10.1007/s00590-013-1186-1. Epub 2013 Feb 13.