

ID: 2018-11-25-T-18562

Тезис

Кострюков В.Ю., Андрианов А.Н.

Алгоритм выбора хирургической тактики при псевдоартрозе ключицы

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра травматологии и ортопедии

Научные руководители: д.м.н. Левченко К.К., Киреев С.Н.

Введение. Переломы ключицы – довольно частое повреждение, которое встречается как у взрослых, так и у детей. Они составляют 12,5-26,1% всех переломов длинных костей и 35,1-44,3% переломов костей пояса верхней конечности.

По данным разных авторов неудовлетворительные результаты лечения переломов ключицы, в том числе ложные суставы, встречаются в 2-35 % клинических наблюдений, что отчасти обусловлено активной хирургической тактикой.

Лечение ложных суставов ключицы представляет значительные трудности, особенно в случаях, когда несращение сочетается с дефектом костной ткани или остеомиелитом. Сложности для остеосинтеза связаны в первую очередь с анатомическими особенностями этой трубчатой кости и ее положением как связующего элемента туловища и верхней конечности. Выбор способа хирургического лечения ложных суставов и дефектов ключицы разнообразен: варианты костной пластики, погружной металлоостеосинтез, аппараты наружной чрескостной фиксации.

Цель: сформировать алгоритм выбора способа хирургического лечения псевдоартроза ключицы.

Материал и методы. На базе профильных отделений ГУЗ "СГКБ №9" в период с 2005 по 2017 получили лечение 15 пациентов в возрасте от 39 до 55 лет мужского пола и пациентка 56 лет - всего 16 наблюдений. В анамнезе у всех первично был выполнен остеосинтез по поводу перелома ключицы внутрикостным стержнем Богданова (8 человек), накостной пластиной (7 человек), внутрикостным компрессирующим стержнем (1 человек). В 3 случаях констатировали осложнение в виде остеомиелита.

Результаты. Во всех наблюдениях выполняли реостеосинтез после удаления первично имплантированных конструкций. Выбор способа вмешательства и последующей фиксации определяли с учетом наличия дефекта ключицы или его возможного формирования интероперационно, а также с учетом наличия очага остеомиелита, качества костной ткани, функции плечевого сустава на стороне патологии. При наличии очага остеомиелита первым этапом выполняли его резекцию с последующим налаживанием системы приточно-оттечного дренирования в условиях внешней иммобилизации травмированной конечности ортезом или лонгетной гипсовой повязкой, а после стихания гнойного процесса – остеосинтез аппаратом внешней фиксации стержневого типа с костной аутопластикой зоны дефекта. Во всех наблюдениях нами была достигнута консолидация костных фрагментов.

Ключевые слова: псевдоартроз, остеосинтез, ложный сустав, ключица, дефект