

## **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЫВИХАХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ**

**В.С. Старых, А.С. Фёдоров**

*МУЗ «Городская клиническая больница  
№3 им. М.А. Подгорбунского»  
Кемерово, Россия*

При хирургическом лечении больных с вывихами акромиального конца ключицы широко применяют различные металлические фиксаторы. В 1981 году был изобретён крючкообразный фиксатор ключицы (авторское свидетельство №971297, автор Старых В.С.), содержащий стержень со штыкообразно изогнутым одним концом и выполненные на другом конце лапки, образующие полукольцо под прямым углом к стержню. После хирургического обнажения акромиального конца ключицы и части акромиона с удалением из сустава повреждённых и интерпонированных тканей, крючковидный конец фиксатора подводят под акромион, и, опираясь стержнем на ключицу, вправляют её. Полукольцом из лапок на другом конце стержня охватывают тело ключицы и зубцами на концах лапок прикрепляют фиксатор к ключице. Клинические испытания показали, что такой фиксатор исключает необходимость просверливания костей под шурупы и, снижая травму костной ткани, обеспечивает одновременное дозируемое вправление вывихнутого конца ключицы и удержа-

ние её во вправленном состоянии [В.С. Старых, 1993].

Разработанные в последующем другие конструкции крючковидных фиксаторов имеют отверстия под шурупы, которыми фиксируют пластину к ключице через просверленные в ней каналы [А.А. Сорокин, 2008]. Однако применение жёстких фиксаторов, предусматривающих проведение части их через акромиально – ключичный сустав, может приводить к образованию грубых фиброзных сращений между суставными поверхностями ключицы и акромиального отростка лопатки [Harris T., Lynch S., 2003], возникновению гетеротопических оссификатов, деформирующего артроза и синостозирования лопатки и ключицы [А.В. Файтельсон, 2002]. Осложнения, отмечаемые исследователями более чем у трети оперированных больных с вывихами акромиального конца ключицы, побуждают к дальнейшей разработке новой технологии хирургического лечения.

В 2009 году нами разработан способ хирургического вмешательства при вывихе акромиального конца ключицы (заявка на изобретение №2009144637), также включающий, после удаления повреждённых и интерпонированных тканей из сустава, подведение конца крючка фиксатора под акромион, вправление ключицы, и приклепление пластины фиксатора к телу ключицы, но при этом между дистальным концом ключицы и суставной поверхностью акромиона размещают прокладку из эла-

стичного нейтрального для тканей организма материала. Для этого сначала проводят конец крючка фиксатора через отверстие в центре прокладки, под акромион подводят нижнюю часть прокладки и конец крючка, а верхнюю часть прокладки размещают на верхней поверхности конца ключицы. При вправлении ключицы прижимают крючком нижнюю часть прокладки к акромиону, а пластиной фиксатора верхнюю часть прокладки к ключице. После вправления ключицы и прикрепления к ней пластины фиксатора конец крючка фиксирует нижнюю часть прокладки к акромиону, а пластина фиксатора удерживает верхнюю часть прокладки на ключице. Края прокладки дополнительно прикрепляют к окружающим мягким тканям нитью из длительно рассасывающегося материала. Прокладка исключает непосредственный контакт суставных поверхностей ключицы и акромиального отростка лопатки. Размещение между дистальным концом ключицы и суставной поверхностью акромиона прокладки из эластичного нейтрального для тканей организма материала, способствует спонтанному формированию в тканях вокруг прокладки изолирующей капсулы. При последующем хирургическом удалении металлического фиксатора извлекают и временную прокладку из синтетической плёнки. Образовавшаяся оболочка капсулы может выполнять функцию синовиальной оболочки сустава и способ-

ствовать восстановлению объёма движений ключицы.

Известно, что в норме в акромиально – ключичном суставе возможны движения ключицы вперёд, назад, вверх и вниз [Л.П. Николаев, 1947]. Таким образом, изобретённый способ расширяет возможности выбора метода лечения больных с вывихами акромиального конца ключицы и, предупреждая образование грубых фиброзных сращений между суставными поверхностями ключицы и акромиального отростка лопатки, создаёт условия для сохранения функции сустава.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КАМНЯ(ЕЙ) В ПОЧЕЧНОЙ ЧАШЕЧКЕ**

**М.А. Узденов, А.О. Гюсан**

*РГ ЛПУ «Карачаево-Черкесская  
республиканская клиническая  
больница»  
Черкесск, Россия*

**Введение.** До настоящего времени нет единого мнения о причинах камнеобразования и методах лечения как коралловидных, так и камней почечных чашечек. Тактика лечения больных при этих заболеваниях различна и включает удаление камней методами дистанционной литотрипсии (ДЛТ), чрезкожной нефролитотрипсии (ЧКНЛТ), открытых операций через разрез лоханки или паренхиму поч-