

В течение 12 дней находился на искусственной вентиляции легких, затем по стабилизации состояния переведён на самостоятельное дыхание. После 3-х

недельного стационарного лечения пациент был выписан в удовлетворительном состоянии с функционирующей колостомой.

Kargieva N.G., Nesmeyana A.S. **Infringement of post-traumatic diaphragmatic hernia, due to injury thoracoabdominal five years ago.** FBU "1477 Naval Hospital, "fleet", the branch number 1, Primor-sky region, Fokino; Medical unit number 100 of FMBA of Russia, Primorsky Krai, Fokino.

**Keywords:** diaphragmatic hernia, traumatic, a clinical case.

**Сведения об авторах:**

Каргиева Наталья Георгиевна, врач реанимационно-анестезиологического отделения филиала №1 ФБУ «1477 ВМКГ флота»; 6920880, Приморский край, г. Фокино, ул. Госпитальная, 10; тел.: 8 902 5542226.

Несмеян Анатолий Степанович, хирург, Медсанчасть №100 ФМБА России, Приморский край, г. Фокино.

© Коллектив авторов, 2012

УДК [615.8:616.7 001 07 08](035.3)

Кирсанов В.А., Макаренченко В.Е., Ковалёв В.А., Звиденный Д.Б., Зачиняев Г.В., Проскурин Д.В.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Филиал № 4 ФБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Вольск-18;

ФБУ «1477 ВМКГ флота», Владивосток;

Филиал № 1 ФБУ «1477 ВМКГ флота», Приморский край, Фокино

**Ключевые слова:** вывихи акромиального конца ключицы, хирургическое лечение.

Вывихи акромиального конца ключицы по литературным данным составляют 3–10% от всех травматических вывихов. В настоящее время для лечения данной патологии используются различные способы традиционных методов лечения – консервативного и оперативного. Многие авторы являются сторонниками оперативного метода лечения. Это связано с большой частотой неудовлетворительных результатов (анатомических и функциональных), полученных при лечении консервативными методами. В настоящее время существует более 100 способов оперативного лечения вывихов акромиального конца ключицы, что указывает на отсутствие единого мнения на данную проблему.

**Цель:** сравнить результаты хирургического лечения вывихов акромиального конца ключицы различными методами.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 67 больных с полными вывихами акромиального конца ключицы. Подавляющее число пациентов с данной патологией (80%) – люди работоспособного возраста. Всем пациентам было выполнено оперативное лечение: 32 больным (1-я группа) – с использованием крючководной пластины, 14 больным (2-я группа) – с использованием других погружных металлоконструкций и различных видов пластики синтетическими материалами, 21 больному (3-я группа) устранение вывиха и фиксация акромиального конца ключицы производи-

лось стержневым аппаратом. В послеоперационном периоде больным 2 группы применялась гипсовая иммобилизация на 5–6 недель, после чего проводилось восстановительное лечение. Пациентам 1 и 3 группы гипсовой иммобилизации не требовалось, больные приступали к восстановлению движений верхней конечности после купирования болевого синдрома на 6–10-е сутки.

**Результаты и их обсуждение.** Во 2-й группе больных осложнения имели место в 4 случаях (28,6%): миграция, перелом металлоконструкций у 2 пациентов, несостоятельность синтетического эндопротеза связок у 2 пациентов, повлекшие за собой рецидив вывиха акромиального конца ключицы с последующим повторным оперативным лечением. У пациентов 3-й группы зафиксировано 2 осложнения (9,5%) в виде околостержневого воспаления мягких тканей, которые были купированы консервативной противовоспалительной терапией и на продолжительность и исход лечения не повлияли. У пациентов 1-й группы осложнений не было. Трудоспособность пациентов 1-й и 3-й групп была восстановлена через 4–6 недель благодаря ранней функциональной активности. Трудоспособность во 2-й группе восстанавливалась через 8–9 недель.

**Выводы.** Оперативные методы лечения вывихов акромиального конца ключицы с использованием стержневого аппарата внешней фиксации и с использованием крючководной пластины наряду с техниче-

ской простотой обеспечивают надёжную фиксацию необходимую для полного сращения повреждённых связок. Отсутствие необходимости в гипсовой иммобилизации в послеоперационном периоде позволяет в короткие сроки восстановить функцию верхней конечности. Недостатками методики с использованием крючководной пластины являются

более выраженная травматичность и необходимость повторной операции по поводу удаления металлоконструкции. Использование аппаратного метода устраняет данные недостатки, но наличие громоздкой металлоконструкции и необходимость ухода за аппаратом в послеоперационном периоде причиняют некоторые неудобства пациентам с данной патологией.

Kirsanov V.A., Makarchenko V.E., Kovalev V.A., Zvidenny D.B., Zachinyaev G.V., D.V. Proskurin. **A comparative analysis of methods of surgical treatment of dislocation acromial end of the clavicle.** FBU branch № 4 "3 Central Military Clinical Hospital named. A.A. Vishnevskogo Russian Defense Ministry, "Volsk-18. FBU "1477 VMKG Fleet", Vladivostok; FBU branch number 1 "in 1477 VMKG fleet."

**Keywords:** acromial end of clavicle dislocation, surgical treatment.

**Авторы-корреспонденты:**

Кирсанов В.А. – ординатор травматологического отделения Филиала № 4 ФБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого МО РФ», кандидат медицинских наук, врач-травматолог высшей категории. Гражданский персонал МО РФ.

Ковалев В.А. – начальник травматологического отделения Филиала № 4 ФБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого МО РФ». Майор медицинской службы.

Проскурин Д.В. – начальник травматологического отделения на 20 коек с палатами для больных с поражениями спинного мозга Филиала № 1 ФБУ «1477 ВМКГ флота». Подполковник медицинской службы. Тел.: 8 (42339) 24-7-60

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 617.576-001(083.13)

Кирсанов В.А., Макаренко В.Е., Ковалёв В.А., Звиденный Д.Б., Зачиняев Г.В., Проскурин Д.В.  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ  
СПИЦЕСТЕРЖНЕВЫМИ АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ**

Филиал № 4 ФБУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России», Вольск-18;  
ФБУ «1477 ВМКГ флота», Владивосток;  
Филиал № 1 ФБУ «1477 ВМКГ флота», Приморский край, Фокино

**Ключевые слова:** переломы пястных костей, хирургическое лечение.

Переломы пястных костей по данным различных авторов составляют от 2,5 до 18%. Множественные переломы данной локализации встречаются реже, но по количеству потерянного рабочего времени, материальным затратам, связанным с оплатой временной нетрудоспособности, и неблагоприятным исходам, остаются достаточно значимой социальной проблемой.

**Цель.** Оптимизация хирургического лечения множественных переломов пястных костей способом чрескостного остеосинтеза спицестержневыми аппаратами внешней фиксации.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 15 пациентов с множественными переломами пястных костей со смещением костных отломков. По локализации переломов больные распределились следующим образом: 6 пациентов с переломами II, III пястных костей, 4 пациента с переломами III, IV пястных костей, 4 пациента с переломами IV, V пястных костей, 1 пациент с пе-

реломами II, III, V пястных костей. Все переломы были закрытыми. 5 пациентам (группа сравнения) выполнен погружной остеосинтез пластинами, винтами, спицами (10 операций), 10 пациентам (основная группа) – спицестержневыми аппаратами нашей конструкции (21 операция). Всего выполнено 31 оперативное вмешательство.

**Методика.** В проксимальный и дистальный отломки пястной кости проводилось по одному стержню для чрескостного остеосинтеза. Проксимальнее и дистальнее места введения стержней с контрлатеральных сторон проводилось перпендикулярно оси кости по одной консольной спице диаметром 1,5 мм. Концы спиц изгибались под углом 45°. Стержни и спицы крепились с помощью фиксаторов к внешней опоре - резьбовому стержню. Выполнялись этапы репозиции костных отломков в аппарате до полного сопоставления.

**Результаты.** В основной группе осложнения отсутствовали, объём движений в смежных суставах восстановился до 90% к 30 суткам, срок общего ле-