

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИВИХУ
АКРОМІАЛЬНОГО КІНЦЯ КЛЮЧИЦІ НА БАЗІ І І ОРТОПЕДИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ
КУ СМКЛ №1**

Томенко А. М.

Сумський державний університет, кафедра ортопедії і травматології

В даний час існує більше 100 способів оперативного лікування вивихів акроміального кінця ключиці, що вказує на відсутність єдиної думки на дану проблему.

Мета. Порівняти результати хірургічного лікування вивихів акроміального кінця ключиці різними методами.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 67 хворих з вивихами акроміального кінця ключиці. Всім пацієнтам було виконано оперативне лікування : 32 хворим (1-а група) – з використанням крючководної пластини, 14 хворим (2-а група) – з використанням інших заглибних металокопункцій і різних видів пластики синтетичними матеріалами, 21 хворому (3-тя група) усунення вивиху і фіксація акроміального кінця ключиці було виконано стрижневим апаратом. В післяопераційному періоді хворим 2 групи застосовувалася гіпсова іммобілізація на 5–6 тижнів, після чого проводився відновлювальний курс лікування. Пацієнтам 1 і 3 групи гіпсової іммобілізації не було потрібно, хворі приступали до відновлення рухів верхньої кінцівки після купування больового синдрому на 6–10 добу.

Результати. У 2 групі хворих ускладнення мали місце в 4 випадках (28,6 %) : міграція, перелом металокопункцій у 2 пацієнтів, неспроможність синтетичного ендопротеза зв'язок у 2 пацієнтів. У пацієнтів 3 групи зафіксовано 2 ускладнення (9,5 %) у вигляді окологрунневого запалення м'яких тканин, які були куповані консервативною протизапальною терапією і на тривалість і результат лікування не вплинули. У пацієнтів 1 групи ускладнень не було. Працездатність пацієнтів 1 і 3 групи була відновлена через 4–6 тижнів завдяки ранній функціональній активності. Працездатність у 2 групі відновлюється через 8–9 тижнів.

Висновки. Оперативні методи лікування вивихів акроміального кінця ключиці з використанням стрижневого апарату зовнішньої фіксації і з використанням крючкоподібної пластини разом з технічною простотою забезпечують надійну фіксацію необхідну для повного зрощення пошкоджених зв'язок. Відсутність необхідності в гіпсовій іммобілізації в післяопераційному періоді дозволяє в короткі терміни відновити функцію верхньої кінцівки. Недоліками методики з використанням крючкоподібної пластини є більш виражена травматичність і необхідність повторної операції з приводу видалення металокопункції. Використання апаратного методу усуває дані недоліки, але наявність громіздкої металокопункції та необхідність догляду за апаратом в післяопераційному періоді спричиняють деякі незручності пацієнтам з даною патологією.

Актуальні питання теоретичної та практичної медицини : збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 16-18 квітня 2014 р. / М.В. Погорелов. - Суми : СумДУ, 2014. - С. 277.