

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Носивец Д. С., Носивец С. М.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

*ООО «Медицинский центр «Клиника семейной медицины». Днепропетровск, Украина.

Введение. Восстановление физиологического объема движений в локтевом суставе (ЛС) и профилактика контрактур является важным вопросом в реабилитации пациентов с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК). На сегодняшний день для восстановления утраченной вследствие травмы функции ЛС широко используются хирургические способы лечения. Однако взгляды на выбор способа фиксации переломов ДМПК различны. Так, при открытой репозиции создаются благоприятные условия для анатомической реконструкции суставной поверхности, окружающих структур, мягкотканых образований и ревизии сосудисто-нервного пучка. В то же время, причиной поздней мобилизации ЛС является нестабильность фиксации фрагментов перелома вследствие тяжести травмы, погрешностей технического характера или нестабильного остеосинтеза. При внеочаговом остеосинтезе мягкотканые структуры повреждаются минимально, имеется возможность манипулирования фрагментами перелома в процессе лечения и возможна мобилизация ЛС в аппарате внешней фиксации (АВФ). Однако возникают сложности восстановления конгруэнтности суставной поверхности с помощью спиц и стержней оскольчатых внутрисуставных переломов. Таким образом, с нашей точки зрения, возникает необходимость в исследовании преимуществ и недостатков различных способов фиксации фрагментов перелома.

Цель – улучшить результаты лечения больных с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) путем усовершенствования способов оперативного лечения.

Материал и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 54 пациентов возрастом от 18 до 64 лет (мужчин – 12, женщин – 42) с внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) типа С (С2 – 20 человек и С3 – 34) (по классификации АО), которые в период с 2006 по 2015 гг. находились под наблюдением в клинике.

Оперативное вмешательство выполняли в сроки от нескольких часов до 2 суток с момента травмы. Для лечения пострадавших выполнялась открытая репозиция и накостный остеосинтез перелома реконструкционными или конгруэнтными пластинами с последующей фиксацией в одноплоскостном стержневом аппарате внешней фиксации (АВФ) с предложенным нами шаровым шарниром, позволяющим максимально приблизить движения в локтевом суставе (ЛС) к физиологическим.

На первом этапе оперативного вмешательства путем открытой репозиции через задний срединный доступ с V-образной остеотомией локтевого отростка (ЛО) выполнялась репозиция костных фрагментов и их предварительная фиксация спицами Киршнера. После восстановления конгруэнтности сустава при помощи пластин, расположенных по боковым колоннам ДМПК выполнялась стабильная фиксация внутрисуставного перелома. Реконструкционные пластины использованы у 16 пациентов и конгруэнтные у 38. У 24 пациентов выполнена пластика дефектов кости губчатой аутокостью. После фиксации ЛО напряженной проволочной петлей, спонгиозным винтом или конгруэнтной пластиной выполнялась реконструкция мягкотканых структур и ушивание послеоперационной раны.

На втором этапе оперативного вмешательства выполнялся монтаж стержневого АВФ. У всех пациентов была применена стандартная схема монтажа одноплоскостного стержневого АВФ, состоящего из двух частей, на плече и предплечье, с шаровым шарниром, центр вращения которого совпадает с центром вращения блока плечевой кости, определяемого по рентгенограмме. Отличительной особенностью монтажа АВФ явилось

отсутствие осевой спицы и наличие шарового шарнира, размещенного между проксимальной и дистальной балками стержневого АВФ для осуществления контролируемой пассивной функции ЛС в объеме до 1400 сгибания (по В. О. Маркс, 1978).

В течение 1-х суток после операции начинались пассивные движения в ЛС путем distraction между компонентами стержневого АВФ по 20 мм в сутки. Активные движения (сгибание/разгибание) выполнялись пациентом самостоятельно в АВФ через 2-3 недели, а нагрузка на конечность разрешалась через 3-3,5 месяца после операции. Средний срок фиксации в шарнирном АВФ составил 5,5 недель (от 4 до 6 недель).

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность диспансерного наблюдения за всеми пациентами составила 76,9 мес. (от 9 лет до 12 мес.). Послеоперационный период протекал без осложнений у 49 (90,7%) пациентов. У этих пациентов в отдаленном послеоперационном периоде средний объем движений (по В. О. Маркс, 1978) в ЛС составил: разгибание/сгибание - $0^{\circ}/0^{\circ}/130^{\circ}\pm 10^{\circ}$; пронация/супинация - $70^{\circ}\pm 10^{\circ}/0^{\circ}/70^{\circ}\pm 10^{\circ}$.

Выводы. Таким образом, лечение внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плечевой кости с использованием открытой репозиции и накостной фиксации с последующим наложением одноплоскостного стержневого аппарата внешней фиксации с шаровым шарниром, расположенным в оси вращения локтевого сустава обеспечивает максимальное восстановление функции поврежденного сегмента конечности и позволяет снизить количество неблагоприятных результатов лечения.

В результате применения предложенной методики лечения переломов дистального метаэпифиза плечевой кости положительные результаты лечения получены у 49 (90,7%), что свидетельствует об ее эффективности и приемлемости в практической травматологии.