

Внутрисуставные переломы дистального отдела плеча: возможности двухэтапного метода лечения

Е. С. Козлов¹, Ю. П. Солдатов², С. Ю. Лукин¹,
А. В. Гордеев¹, Аль Самеай Абдулараб Нассер
Абдулраб Мохаммед²

¹ Городская больница № 36 «Травматологическая»,
Екатеринбург, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия

Введение. Переломы дистального отдела плечевой кости представляют собой сложную клиническую проблему из-за высокого риска формирования контрактур, несращений и гетеротопической оссификации. Научные данные указывают на недостаточную изученность ряда вопросов, касающихся выбора биомеханически обоснованных методов остеосинтеза при внутрисуставных переломах указанной локализации. Остается открытым вопрос о рациональных малотравматичных способах репозиции костных отломков при сложных переломах дистального отдела плечевой кости.

Цель работы — усовершенствование тактики двухэтапного лечения больных со сложными переломами дистального отдела плечевой кости с применением аппарата Илизарова и анатомических пластин, направленной на снижение травматичности операций и осложнений, а также определение ее эффективности.

Материалы и методы. В исследование включено 120 пациентов, распределенных на основную группу ($n = 50$) и группу сравнения ($n = 70$). В основной группе применялась двухэтапная методика. На первом этапе хирургического лечения выполнялись лаваж сустава раствором физиологического раствора и новокаина, закрытая репозиция грубых смещений костных фрагментов под электронно-оптическим преобразователем, остеосинтез аппаратом Илизарова рациональной компоновкой для осуществления в послеоперационном периоде лигаментотаксиса. На втором этапе при переломах типа В компоновка аппарата

Илизарова усиливалась дополнительными спицами и при необходимости деталями для продолжения фиксации кости и разработки локтевого сустава; типа С, когда имелись сложный перелом и остаточные стойкие смещения костных фрагментов, — операционный аппарат демонтировался, фиксация плечевой кости продолжалась с применением накостного остеосинтеза фиксирующими компрессионными пластинами (*англ.* locking compression plate, LCP).

У пациентов группы сравнения закрытая репозиция костных фрагментов под электронно-оптическим преобразователем и последующий остеосинтез аппаратом Илизарова или пластинами LCP (в зависимости от типа перелома) осуществлялись в одну операционную сессию. Для анализа эффективности оперативного лечения больных определялись результаты рентгенологического и функционального исследований, анализировались послеоперационные осложнения.

Результаты. В основной группе достоверно снизилась частота осложнений, таких как контрактуры и гетеротопическая оссификация, и сократились сроки консолидации. Через 2—3 месяца после операции рентгенологически выявлена хорошая консолидация после применения закрытой методики остеосинтеза аппаратом Илизарова, а при использовании открытой техники с анатомическими LCP хорошая консолидация наблюдалась в сроках от 3 до 6 месяцев после операции. По шкале М. Э. Броберга и Б. Ф. Морри (*англ.* М. А. Broberg et В. F. Morrey) доля отличных и хороших результатов достигла 90 % в основной группе, 75 % в группе сравнения.

Обсуждение. Двухэтапный метод лечения позволил обеспечить раннюю стабилизацию фрагментов кости, минимизировать операционную травму за счет лигаментотаксиса на первом этапе лечения и сократить длительность реабилитации. Метод сочетает преимущества внешней фиксации и анатомической репозиции при минимизации рисков возможных осложнений.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности двухэтапного подхода при лечении пациентов со сложными переломами дистального отдела плечевой кости. Методика позволяет значительно улучшить функциональные исходы, снизить уровень послеоперационных осложнений и ускорить восстановление формы и функции локтевого сустава.