

СТРАТЕГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ботиров Н.Т.*к.м.н., доцент***Сайдалиев Ш.Ш***магистр 3го курса**Кафедра травматологии и ортопедии, АГМИ.*

Аннотация. *Лечение переломов дистального отдела плечевой кости является технически сложным. Хотя до сих пор существует много спорных вопросов, целью лечения является установление анатомически стабильной фиксации путем восстановления двух колонн и суставной поверхности. Обычно применяется задний срединный разрез, и доступ варьируется в зависимости от дальнейшего лечения трицепса или локтевого отростка. Доказательства подтверждают, что фиксация двумя пластинами является оптимальным методом фиксации, и споры относительно соответствующей конфигурации пластин все еще продолжаются.*

Ключевые слова: *плечевая кость, фиксация перелома, дистальный отдел, травма, хирургическое лечение.*

STRATEGY FOR SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES OF THE DISTAL HUMERUS.**Botirov N.T.***c. m. s., associate professor***Saydaliev Sh.Sh.***master of the 3rd course**Department of Traumatology and Orthopedics .ASMI*

Annotation. *Treating distal humerus fractures, especially those involving complex technically demanding. Although there still exist many controversial issues, the goal of treatment is to establish anatomical stable fixation by restoring the two columns and the articular surface. Universally, a posterior midline incision is applied, and the approach varies according to the further management of the triceps or olecranon.*

Key words: *humerus, fracture fixation, distal section, trauma, surgical treatment.*

Переломы дистального отдела плечевой кости у взрослых считаются сложными из-за сочетания анатомических и лечебных сложностей, неблагоприятных исходов и осложнений. Расчетная заболеваемость у взрослых составляет 5,7 на 100 000 человек в год, что составляет менее 7% переломов у взрослых. Эти переломы имеют

бимодальное распределение с ранним пиком у молодых мужчин из-за высокоэнергетической травмы и поздним пиком у пожилых людей из-за низкоэнергетической травмы. Несмотря на большие успехи в лечении переломов дистального отдела плечевой кости, существует множество спорных вопросов, включая оптимальный хирургический доступ, метод фиксации, имплантаты и лечение локтевого нерва. В данной статье рассматривается стратегия открытой репозиции и внутренней фиксации внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости.

Предоперационный план

Необходимо провести полный обзор анамнеза, включая механизм травмы и состояние здоровья до травмы. Следует внимательно наблюдать за состоянием кожи или наличием открытых ран. Перед хирургическим вмешательством следует оценить функцию нерва (особенно локтевого и лучевого нервов) и состояние сосудов, включая периферический пульс. Для визуализирующих исследований обычной рентгенографии обычно достаточно для постановки диагноза и определения плана лечения. Компьютерная томография полезна для понимания картины перелома, особенно при подозрении на повреждения коронарной плоскости, такие как сдвиговой перелом головки и блока.

Базовые настройки

Хирургическое лечение перелома дистального отдела плечевой кости часто требует длительной операции. Положение лежа на животе или на боку рекомендуется для хорошей визуализации поражения и потому, что оно позволяет легко расположить С-дугу. Все точки давления должны быть тщательно закрыты, чтобы избежать компрессии нервов и образования ран из-за длительного времени операции. Универсальный задний срединный разрез выполняется, когда перелом затрагивает мышцелок и окружающую область. Введение Маркаина с адреналином способствует гемостазу во время воздействия. Полнослойные медиальный и латеральный кожно-фасциальные лоскуты приподнимают, чтобы избежать деваскуляризации кожи и образования серомы. В случае остеотомии локтевого отростка разрез должен огибать латеральную сторону локтевого отростка, чтобы облегчить покрытие аппаратными средствами и избежать прямого раздражения, которое может привести к образованию гематомы или проблемам с кожей в будущем.

Оперативные подходы

Паратриципальный подход

Рассечение продолжают до медиальной и латеральной границ трицепса. Трехглавую мышцу отделяют от задней поверхности межмышечной перегородки. На латеральной стороне идентифицируется лучевой нерв, проходящий в заднем направлении через межмышечную перегородку. После подъема трехглавой мышцы над надкостницей и ее медиального отражения обнажается заднелатеральный стержень плечевой кости. Затем локтевую мышцу вместе с трехглавой поднимают,

чтобы сохранить ее иннервацию и кровоснабжение. При медиальной экспозиции сначала идентифицируют и обнажают локтевой нерв. Медиальная диссекция вдоль заднего края межмышечной перегородки обнажает заднемедиальную часть дистального отдела плечевой кости. Визуализация всего заднего отдела плечевой кости возможна после мобилизации и поднятия трехглавой мышцы из задней коры плечевой кости. Поскольку этот подход щадит локтевой и разгибательный механизм и позволяет избежать остеотомии локтевого отростка, время операции сокращается, тем самым снижая риск предоперационных или послеоперационных осложнений [3-4]. Этот подход обычно адекватен внесуставным переломам и позволяет суставную репозицию переломов C1 и C2 с крупными медиальными и надмыщелковыми фрагментами. Однако в случае внутрисуставного многофрагментарного (C3) перелома требуется дальнейшее обнажение посредством остеотомии локтевого отростка. Этот подход можно преобразовать в более экстенсивное обнажение с остеотомией локтевого отростка или без нее во время процедуры [5].

Трицепс-отражающий подход (Брайан-Морри)

Важность этого подхода заключается в том, что сухожилие трицепса, фасция предплечья и надкостница высвобождаются как единое целое от медиального к латеральному в виде непрерывного рукава, отражающегося непосредственно от локтевого отростка. Проксимально весь разгибательный механизм и задняя капсула отражаются и отводятся латерально, чтобы обнажить сустав. Поскольку трицепс отведен латерально, требуется тщательный мониторинг локтевого нерва, чтобы избежать тракционного повреждения. Этот подход был первоначально введен для эндопротезирования. После фиксации перелома сухожилие трехглавой мышцы снова прикрепляют к локтевому отростку путем сверления двух крестообразных отверстий. Также пациенту необходимо избегать активного разгибания локтевого сустава с сопротивлением в течение шести недель. Пока разгибательные механизмы плотно закреплены, разгибательных механизмов не будет [6].

Заключение

Решение о лечении переломов дистального отдела плечевой кости должно основываться на сочетании наилучших имеющихся доказательств и предпочтений хирурга. При соблюдении этих принципов во время процедуры общие результаты лечения внутрисуставных переломов в целом вполне удовлетворительны. Кроме того, ранняя стабильность, достигнутая хирургическим вмешательством, может привести к превосходным результатам ранней интенсивной реабилитации для восстановления движения в локтевом суставе.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Робинсон К.М., Хилл Р.М., Джейкобс Н., Далл Г., Корт-Браун К.М. Переломы метафиза дистального отдела плечевой кости у взрослых: эпидемиология и результаты лечения. *J Orthop Trauma* 2003;17(1):38–47.
2. Галано Г.Дж., Ахмад К.С., Левин В.Н. Современные стратегии лечения двухколонных переломов дистального отдела плечевой кости. *J Am Acad Orthop Surg* 2010;18(1):20–30.
3. Гейбл Г.Т., Хэнсон Г., Беннетт Дж.Б., Ноубл П.С., Таллос Х.С. Внутрисуставные переломы дистального отдела плечевой кости у взрослых. *Clin Orthop Relat Res* 1987; (216): 99–108.
4. Загорски Дж. Б., Дженнингс Дж. Дж., Беркхальтер В. Е., Урибе Дж. В. Оскольчатые внутрисуставные переломы дистального отдела мыщелков плечевой кости. Хирургическое и нехирургическое лечение.
5. Шильдхауэр Т.А., Норк С.Е., Миллс В.Дж., Хенли М.Б. Задний паратрицепитальный доступ с сохранением разгибательного механизма к дистальному отделу плечевой кости. *J Orthop Trauma* 2003;17(5):374–8.
6. Брайан Р.С., Морри Б.Ф. Обширное заднее обнажение локтевого сустава: подход с сохранением трицепса. *Clin Orthop Relat Res* 1982; (166):