Применение различных оперативных доступов при переломах мыщелка плечевой кости.

*Сергеев А.Ю., Файн А.М.*

*НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Москва, Россия*

*129090 Б. Сухаревская пл. д. 3, 8-903-156-73-15,* [*mail4doctor@rambler.ru*](mailto:mail4doctor@rambler.ru)

**Актуальность.** Выбор доступа и способа фиксации отломков при переломе мыщелка плечевой кости остается актуальной проблемой современной травматологии. Наиболее распространен задний доступ с остеотомией локтевого отростка, для облегчения визуализации и манипуляции с отломками. Менее популярен задний доступ с рассечением сухожилия трехглавой мышцы плеча и выделением локтевого отростка из дистальной части сухожилия трехглавой мышцы. Данный доступ более трудоемкий, но не наносит дополнительной костной травмы, как в случае доступа с остеотомией локтевого отростка.

Бесспорно, применение заднего доступа с шевронной остеотомией локтевого отростка позволяет лучше визуализировать передний отдел мыщелка плечевой кости. Однако, при переломах типа С данная визуализация не всегда необходима, т.к. анатомическое сопоставление отломков надмыщелков и мыщелка, основываясь на конгруэнтности видимых костных структур через расщепленное сухожилие трехглавой мышцы вполне достаточно для оценки репозиции.

На сегодняшний день, влияние того или иного доступа на последующий функциональный результат в отдаленном периоде изучен мало, а это является основным критерием для определения оперативной тактики в том или ином случае.

**Цель.** На основании анализа отдаленных функциональных результатов у больных с переломами мыщелка плечевой кости типа В3 и С, определить целесообразность использования различных оперативных доступов при остеосинтезе.

**Материал и методы**. Изучен и обобщен опыт хирургического лечения 126 пациентов с внутрисуставными переломом дистального метаэпифиза плечевой кости (2006-2016гг). Пациенты разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 97 больных с переломом типа С по классификации АО. Во 2 группу вошли 29 пациентов с переломом типа В3 и С по АО. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и уровню физической активности пациентов.

1 группе больных мы выполнили задне-срединный доступ в нижней трети плеча с переходом на локтевой отросток без остеотомии. При необходимости, мобилизовали локтевой отросток с латеральной и медиальной сторон, что давало достаточную подвижность проксимального эпифиза локтевой кости. Данный вид мобилизации позволял во время операции отвести локтевую кость кзади, что улучшало обзор мыщелковых структур. Случаев разрыва сухожилия трехглавой мышцы после операции мы не наблюдали.

Во 2 группе, 29 больным, мы применяли задний доступ с шевронной остеотомией локтевого отростка. 20 пациентам с переломом типа С, применяли данный доступ на начальном этапе нашей работы, когда четко не определили показания в необходимости остеотомии. 9 больным с переломом типа В3, остеотомия локтевого отростка обусловлена низким внутрисуставным переломом непосредственно блока и головки мыщелка. При таком переломе блок и головка мыщелка разрушены во фронтальной плоскости, передняя часть смещена кпереди и кверху, а также обычно развернута на 90°. Только при доступе с шевронной остеотомией локтевого отростка существует возможность низвести отломанные фрагменты и фиксировать их.

**Результаты.** Отдаленные результаты лечения больных с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости изучены в сроки от 1 года до 6 лет у 98 пациентов. В 1 группе 76 человек и во 2 группе 22 человека.

Для оценки результатов лечения мы использовали интегрированный метод, состоящий из сравнения «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», антропометрических показателей и укороченного вопросника DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure). На основании этих критериев результаты были разделены на отличные, хорошие, удовлетворительные, неудовлетворительные и инвалидизация.

В 1 группе результаты лечения следующие: отличные – 8 человек (10,5%), хорошие – 36 (47,4%), удовлетворительные – 27 (35,5%), неудовлетворительные – 5 (6,6%).

Во 2 группе: отличные – 2 человека (9,1%), хорошие – 10 (45,5%) удовлетворительные 9 (40,9%) неудовлетворительные – 1 (4,5%).

Инвалидизации в обеих группах нет.

Статистически значимых различий результатов в обеих группах выявлено не было.

**Заключение**. Показанием для доступа с остеотомией локтевого отростка является переломы типа В3. В остальных случаях, учитывая отсутствие разницы функциональных результатов, нанесение дополнительной костной травмы в виде остеотомии локтевого отростка, удлиняющей операцию на 30-40 минут, мы считаем нецелесообразным.