МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Каллаев Н.О., Каллаев Т.Н.

Дагестанский государственный медицинский университет. Махачкала. Россия Институт медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета. Россия.

Переломы области локтевого сустава одна из наиболее сложных и тяжёлых проблем в современной травматологии в связи с особенностями анатомического строения локтевого сустава и проблемами восстановления его функции. Несмотря на совершенствование способов хирургического лечения, неудовлетворительные исходы при лечении данной патологии встречаются в 8,3-85% случаев, а 18-29,9% пациентов признают инвалидами (Кирсанов В.А. и соавт., 2016). **Целью** нашей работы является изучение фиксационных и функциональных возможностей предложенного нами малоинвазивного способа остеосинтеза с использованием аппарата внешней фиксации и устройства динамической компрессии без выключения движений в повреждённом суставе. **Материал и методы.** Работа основана на изучении исходов лечения 167 больных в возрасте от 16 до74 лет с около – и внутрисуставными переломами области локтевого сустава аппаратом внешней фиксации (а. с 173120 РФ, патенты №№ 88941, 2405493). Показаниями к применению метода были чрез - и надмыщелковые около- и внутрисуставные переломы плечевой кости типа СI, В2 (по классификации AO/ASIF), переломы мыщелков типа BI, B2. надмыщелков (AI), головки мыщелка плечевой кости (B3), локтевого отростка (B3, CI) и также переломы головки и шейки лучевой кости (AI, B2, CI). Аппарат внешней фиксации состоит из внешней опоры, противоупорных спице-стержневых фиксаторов и компрессирующего устройства. Последнее укрепляется на внешней опоре и с помощью пружинного механизма обеспечивает давление упорного стержня на отломок, без угрозы вторичного смещения. Противоупорные фиксаторы проводятся дистальнее или проксимальнее зоны повреждения в зависимости от локализации повреждения. Отломки репонируются открыто под визуальным контролем или закрыто под контролем ЭОП или рентгенограмм. Величины силы компрессии при различных типах повреждений исследовались экспериментальным путём на кафедрах физики твёрдого тела и сопротивления материалов Технического университета. Исследование безопасных уровней и направления введения спице-стержневых противоупорных и компрессирующих фиксаторов проводились на дистальных и проксимальных сегмента плеча и предплечья биоманекенов, сосуды которых иньецировались разогретым до 20° окрашенным латексом по методу В.И. Бычкова (1971). 8 ампутированных верхних конечностей замораживались для выполнения распилов по методике Н.И. Пирогова. На дистальном сегменте плеча и проксимальном сегменте предплечья выполнялись распилы и на основании полученных срезов устанавливались наиболее «безопасные» коридоры для проведения фиксаторов. Со второго дня после операции назначались активные и пассивные движения в суставе. Сроки фиксации в аппарате составили от 3-х недель до 1,5 месяцев и зависели от типа и локализации повреждения. **Результаты**. Оценка исходов лечения проведена нами в сроки: 1 год и 5 лет после операции 127 больных. Полное восстановление анатомической формы и функции сустава отмечено у 104 (81,9%) больных. Ограничение объёма движений в суставе до 12º выявлено у 18(14,2%) пациентов, неудовлетворительные результаты отмечены у 7 (5,5%). Следует отметить, что в более поздние сроки число неблагоприятных исходов увеличивалось за счёт развития посттравматических дегенеративно-дистрофических изменений в локтевом суставе (5) и параартикулярных оссификатов (2).. Основными причинами развития отрицательных результатов были открытые повреждения и не соблюдение больным лечебного режима. **Выводы.** Остеосинтез около-и внутрисуставных переломов области локтевого сустава является методом выбора и может быть применён по показаниям. Способ остеосинтеза функционален и малотравматичен. При минимуме имплантируемых в ткани конструкциях обеспечивается надёжная фиксация сравнительно небольших костных фрагментов без угрозы вторичного смещения до конца сращения. При этом уменьшаются осложнения и сроки лечения за счёт малой травматизации параартикулярных тканей и совмещения иммобилизационного и реабилитационного периодов.