

# ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ПРОКСИМАЛЬНОМУ МЕТАЭПИФИЗУ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Антипов Н.В., Василенко Л.И., Самерок С.И.  
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, г. Донецк,  
Донецкая Народная Республика

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопрос лечения переломов плато большеберцовой кости многогранна и далека от своего окончательного решения. Данные травмы составляют от 2 до 5% от переломов костей конечностей всех локализаций, до 30% – от переломов нижней конечности и до 60% – от внутрисуставных переломов в области крупных суставов.



Рис. 1 Вариант оперативного лечения перелома обоих мыщелков большеберцовой кости. Открытая репозиция, внутренняя фиксация перелома накостными пластинами и винтами.

# АКТУАЛЬНОСТЬ

Для успешного лечения необходима анатомичная репозиция отломков и восстановление опороспособности сустава, проведенные в кратчайшие сроки. При выборе метода лечения необходимо ориентироваться на наименее травматичный способ операции, который, в то же время, позволяет адекватно выполнить репозицию и фиксацию костных отломков, включающих суставные поверхности. Решение этих двух задач напрямую зависит от правильного выбора хирургического доступа к зоне перелома.

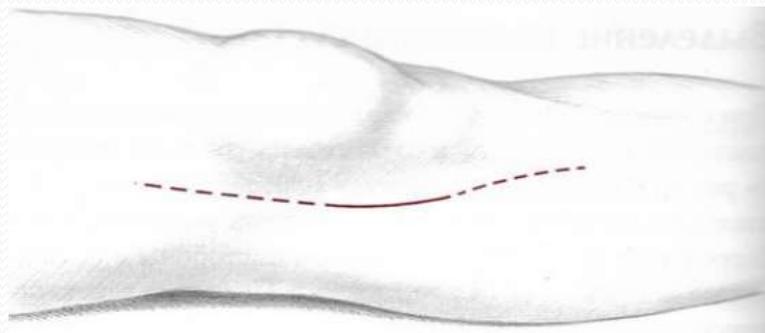


Рис. 2 Переднелатеральный доступ к коленному суставу

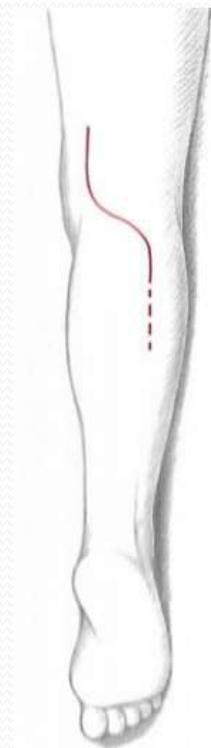


Рис. 3 Задний доступ к коленному суставу

# МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе рассмотрены 12 случаев переломов латеральной части плато большеберцовой кости (8 мужчин, 67%, 4 женщины, 33%), возрастом от 43 до 67 лет, средний возраст  $52 \pm 5.4$  года, повреждения монологатеральные: типы 41B1.1, 41B2.1, 41B3.1 согласно классификации AO Foundation, либо типы I-III по клинической классификации Schatzker.

# МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

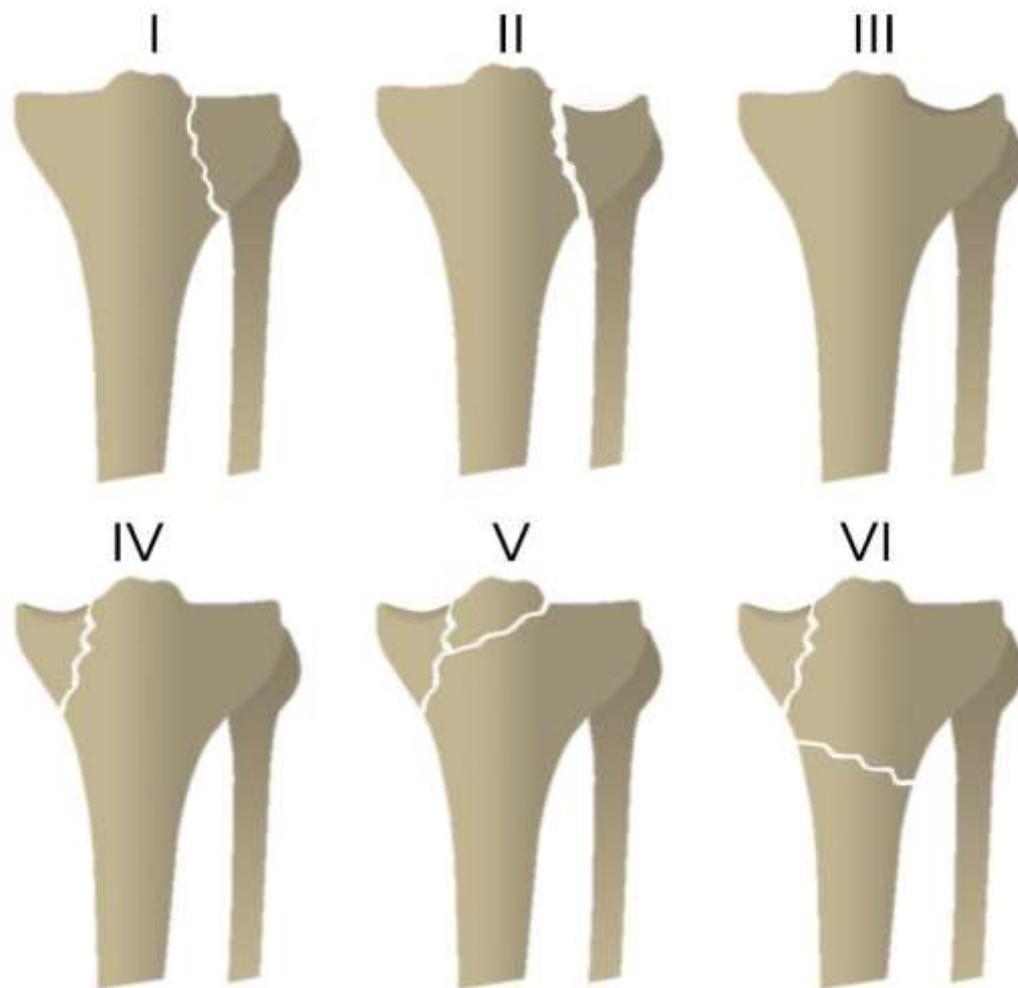


Рис.4 Классификация переломов проксимального метаэпифиза большеберцовой кости по Shazker

# МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В зависимости от позиции отломков применялись 3 варианта доступов к месту перелома: 6 случаев (50%) переднелатеральный ПЛ, 5 случаев (42%) переднелатеральный трансфибулярный ПЛТФ (с остеотомией головки малоберцовой кости) и в 1 случае (8%) потребовалось дополнить традиционный переднелатеральный доступ задним (ПЛЗЛ) из за наличия крупного смещенного отломка в проекции заднелатеральной колонны плато большеберцовой кости.

# РЕЗУЛЬТАТЫ

	<b>Время операции (Время затраченное на оперативный доступ)</b>	<b>Время от момента операции до снятия швов</b>	<b>Клиника повреждений ОМН</b>
Переднелатеральный	86±4.6 мин (13±2.4 мин)	14±1.0 суток	отсутствует
Переднелатеральный трансфибулярный	101±12.0 мин (20±5.3 мин)	15±1.2 суток	отсутствует
Переднелатеральный +задний	135 мин (25 мин)	15.0 суток	отсутствует

# ВЫВОДЫ

Использование традиционных оперативных доступов к области перелома наружного мыщелка большеберцовой кости дает клинически оправданный результат и минимум осложнений. При необходимости оправдывает себя использование комбинированных доступов с минимальной потерей времени и низким интраоперационным риском.