

## К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕЛОКТЕВОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

*Обухов И.А.<sup>1</sup>, Ахмад С.<sup>2</sup>, Аристов А.Ю.<sup>2</sup>, Альтман К.Н.<sup>3</sup>, Штанова А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

<sup>2</sup> Центральная городская клиническая больница № 24, г. Екатеринбург

<sup>3</sup> ФГУ «МСЧ ГУВД по Свердловской области», г. Екатеринбург

Повреждения дистального отдела костей предплечья встречаются наиболее часто из всех повреждений длинных костей опорно-двигательного аппарата. При этом переломы лучевой кости нередко сопровождаются повреждением дистального лучелоктевого сочленения (ДЛЛС). Диагностика этих повреждений зачастую не проводится, и внимание травматолога привлечено лишь к переломам лучевой кости. В связи с этим повреждения ДЛЛС зачастую своевременно не диагностируются, что в отдаленные сроки после травмы приводит к снижению качества жизни и в ряде случаев требует оперативного лечения.

Целью исследования явилось определение частоты встречаемости повреждений дистального лучелоктевого сочленения среди больных с повреждениями дистального отдела костей предплечья.

**Материал и методы исследования.** Проведено изучение амбулаторных карт и рентгенограмм 70 больных, обратившихся за медицинской помощью в травмпункт ЦГКБ № 24 г. Екатеринбурга, а также 26 больных, находившихся под амбулаторным наблюдением в МСЧ ГУВД по Свердловской области.

Все пациенты были в возрасте от 17 до 80 лет. Среди больных преобладали женщины - 79,2%. Возрастные группы пациентов составляли: от 17 до 39 лет - 32,3%; от 40 до 59 лет - 38,6%; от 60 до 80 лет - 29,1%. В 82,3 % случаев механизмом травмы было падение на руку в 17,7% - удар по руке. Больные обращались в сроки от нескольких часов до 2,5 месяцев после травмы. Ведущими жалобами были боль в кистевом суставе и ограничение пронационо-супинационных движений предплечья. Из повреждений дистального отдела предплечья в 55 (57,2%) случаях отмечался перелом дистального эпиметафиза лучевой кости с переломом шиловидного отростка лучевой кости, в 62 (64,6%) случаях повреждения сопровождались подвывихом или вывихом головки локтевой кости (ГЛК). Наличие подвывиха или вывиха (чаще тыльного) ГЛК являлось несомненным признаком повреждения связок ДЛЛС.

Для раннего выявления случаев повреждений ДЛЛС в клинике разработан алгоритм диагностики повреждений дистального отдела костей предплечья, включающий применение клинических и лучевых методов исследования.

Клиническая диагностика основывалась на выявлении выстояния ГЛК к тылу, постоянных болей в области ДЛЛС при пронации и супинации предплечья, симптома «клавиши» в области ГЛК, пружинистой подвижности в ДЛЛС. Боли усиливались при осевых физических нагрузках на предплечье, сопровождалась ограничением пронационо-супинационных движений в суставах предплечья. Определялась болезненность при пальпации вдоль линии, соединяющей верхушку шиловидного отростка с верхушкой гороховидной кости.

Из лучевых методов диагностики применялись рентгенография в стандартных проекциях и компьютерная томография. Основными рентгенологическими симптомами повреждения ДЛЛС являлись: расширение суставной щели ДЛЛС более чем на 2 мм на передне-задней рентгенограмме; расположение оси головки локтевой кости за пределами лучевой кости на боковой рентгенограмме (в норме локтевая кость располагается на одной линии с III пястной костью).

Компьютерная томография выполнялась в сомнительных случаях для уточнения диагноза. Использование аксиальной компьютерной томографии и мультипланарной реконструкции изображений позволяло детально оценить анатомотопографические соотношения в ДЛЛС и диагностировать минимальные тыльные и ладонные подвывихи. 3D-реконструкции давали объемное представление о взаимоотношении отломков и степени подвывиха ГЛК.

При ретроспективном изучении результатов консервативного лечения 47 больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости и переломом шиловидного отростка локтевой кости, с частичным или полным разрывом ДЛЛС выявлено, что своевременная хорошая репозиция лучевой кости и устранение вывиха/подвывиха головки локтевой кости обеспечивает восстановление стабильности ДЛЛС. В сроки от 3 месяцев и более при сращении лучевой кости у 16-ти пациентов (34,0%) подвывих не был устранен, отмечено несращение шиловидного отростка локтевой кости, сохранялось расширение щели ДЛЛС. Клинически у больных сохранялся болевой синдром, усиливающийся при осевой нагрузке, и ограничение пронационно-супинационных движений, нестабильность ДЛЛС. В 6 случаях возникла необходимость оперативного лечения для восстановления формы и длины лучевой кости, и вправления ГЛК.

**Заключение.** Повреждения дистального лучелоктевого сочленения среди больных с переломами дистального эпиметафиза лучевой кости со смещением встречаются в 64,6% случаев. При переломах дистальных эпиметафизов лучевой и локтевой костей должна проводиться диагностика и поврежденный дистального лучелоктевого сочленения. В алгоритм диагностики поврежденный дистального лучелоктевого сочленения следует включать рентгенографию и компьютерную томографию дистального отдела предплечья.

## **ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ**

*Обухов И.А., Гилев М. В., Нудельман Н.С.*

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Лечение тяжелых послеожоговых деформаций верхней конечности представляет собой трудную проблему в связи с вовлеченностью в рубцовый процесс разных анатомических структур (кожи, сухожилий, суставов) и необходимость их хирургической коррекции. Применение кожных пластик, микрохирургических технологий замещения кожи и подлежащих тканей не обеспечивает полноценного восстановления функции кисти и пальцев. Одним из перспек-