

РАДИОДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Аристов А.Ю.¹, Обухов И.А.²

Уральский государственный медицинский университет¹,
Центральная городская клиническая больница № 24² г. Екатеринбург

Актуальность. Кистевой сустав сложное анатомическое образование и является наиболее часто повреждаемым сегментом опорно-двигательного аппарата. Не диагностированные и неправильно леченные повреждения связочного аппарата кистевого сустава приводят к нарушению функции кисти, а в застарелых случаях и всей верхней конечности. Неотъемлемой частью кистевого сустава является дистальный лучелоктевой сустав (ДЛЛС), принимающий активное участие в осуществлении ротационных движениях предплечья.

В настоящее время использование современных методов лучевой диагностики (ЛД) - ультрасонографии (УСГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) - внесло принципиальные изменения в исследование мягких тканей конечностей. Однако возможности лучевой диагностики при повреждениях и заболеваниях кисти и предплечья изучены недостаточно.

Цель исследования. Изучение возможностей КТ в диагностике повреждений ДЛЛС.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты КТ и рентгенографии у 150 человек в возрасте от 21 до 68 лет с повреждениями кистевого сустава, находившихся в специализированном отделении хирургии кисти ЦГКБ № 24, являющимся базой кафедры травматологии и ортопедии УГМУ г. Екатеринбурга за период с 2008 по 2014 г.г. С подозрением на повреждение ДЛЛС было обследовано 44 чел. Мужчин было 15, женщин - 29. КТ проводили в следующие сроки после травмы: у 3 пациентов – через 5-10 дней, у 10 – через 1-3 месяца, у 21 – через 6-18 месяцев. Исследование проводили на аппарате SIEMENS EMOTION. Повреждение ДЛЛС подтвердилось у 27 человек. Преимущественную часть больных основной группы составили лица, средний возраст которых приходился на наиболее трудоспособный период жизни - от 20 до 50 лет.

В связи с поздним обращением пациентов за медицинской помощью в большинстве случаев, установить механизм и характер повреждений не всегда представлялось возможным. В наших наблюде-

ниях причиной повреждения ДЛЛС явились переломы дистального эпиметафиза лучевой кости (ДЭМЛК), которые встретились у 10 больных. Изолированные вывихи головки локтевой кости были у 17 пациентов.

Для диагностики повреждений связочного аппарата кистевого сустава применяли наиболее распространённые и доступные методы исследования – клинический и рентгенологический. С 2008 г. с целью уточнения диагностики и определения тактики лечения нами применялись современные методы лучевой визуализации: компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), ультрасонография (УСГ).

Клиническое обследование больных включало в себя: сбор анамнеза, внешний осмотр, пальпацию, перкуссию, определение объёма движений. Для диагностики локального повреждения связок кистевого сустава применяли диагностические тесты: тест на стабильность ДЛЛС («клавиши пианино») (Regan J.M., 1945); «пресс-тест» (Lester B. et al., 1995); тест Watson et al., (1998); тест Reagan et al., (1984).

Рентгенологическое обследование проводили в трёх проекциях: прямой, боковой и $\frac{1}{4}$ пронации кисти. На рентгенограмме лучезапястного сустава, сделанной в прямой проекции при повреждениях связочного аппарата определялось наличие диастаза в лучелоктевом сочленении, превышающее 2 мм и различные степени нарушений контура треугольного просветления. На рентгенограмме, выполненной в боковой проекции выявлялись смещения головки локтевой кости в тыльную или в ладонную стороны. При затруднении в постановке диагноза производили сравнительную рентгенографию и здорового лучезапястного сустава.

КТ была выполнена пациентам с целью уточнения характера смещения отломков при внутрисуставных переломах ДЭМЛК, переломах сигмовидной вырезки, для определения состояния ДЛЛС, его конгруэнтности, наличия вывиха или подвывиха в суставе. По данным КТ оценивали количество фрагментов лучевой кости, наличие и степень смещения тыльного фрагмента суставной поверхности, смещение шиловидного отростка лучевой кости. Кроме того, КТ использовалась для выявления динамической нестабильности в ДЛЛС.

Изображения получали в различных (сагиттальной, фронтальной и горизонтальной) плоскостях полем обзора 9-12см и толщиной среза 1 мм. Все исследования проводили в сравнении со здоровой

стороной. Исследование проводилось в положении пронации, крайней пронации, а так же супинации. Особое место занимает также исследование при проведении «stress-фактора» - т.е. исследование проводится в положении, когда пациент чувствует появления боли в суставе.

Анализ КТ-грамм при подозрении на динамическую нестабильность ДЛЛС проводился на основании различного смещения головки локтевой кости относительно сигмовидной вырезки лучевой кости. Для оценки степени смещения головки локтевой кости использовались 4 основные рентгенометрические технологии.

Объективно подтвержденный диагноз повреждения дистального лучелоктевого сочленения явился основанием для оперативного лечения 14 пациентов. В послеоперационном периоде пациентам проводилось повторное КТ исследование с целью контроля стабильности ДЛЛС.

Заключение. В диагностике лучелоктевой нестабильности следует использовать клинический, рентгенологический методы и компьютерную томографию. Проведение КТ с выполнением функциональных проб в различном положении, с выполнением «stress-фактора», является важным диагностическим тестом для выявления и подтверждения нестабильности в ДЛЛС.

К ВОПРОСУ ОБ АНТЕГРАДНОЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ВНЕСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Баженов А.В.², Челноков А.Н.³, Чертков А.К.¹,
Рошаль С.М.², Панченко Е.Н.²*

Уральский государственный медицинский университет¹,
5 военный клинический госпиталь ВВ МВД России²,
УНИИТО им. В.Д. Чаплина³, Екатеринбург

Актуальность. Анатомические особенности строения дистального отдела плечевой кости ограничивают показания к применению антеградного интрамедуллярного остеосинтеза при переломах ниже уровня окончания канала. Используемая для антеградного введения стержня традиционная точка входа в костномозговой канал зачастую приводит к повреждению вращающей манжеты и суставной поверхности головки плеча и последующему развитию импиджмент-синдрома. Расширению показаний к антеградному интрамедуллярно-