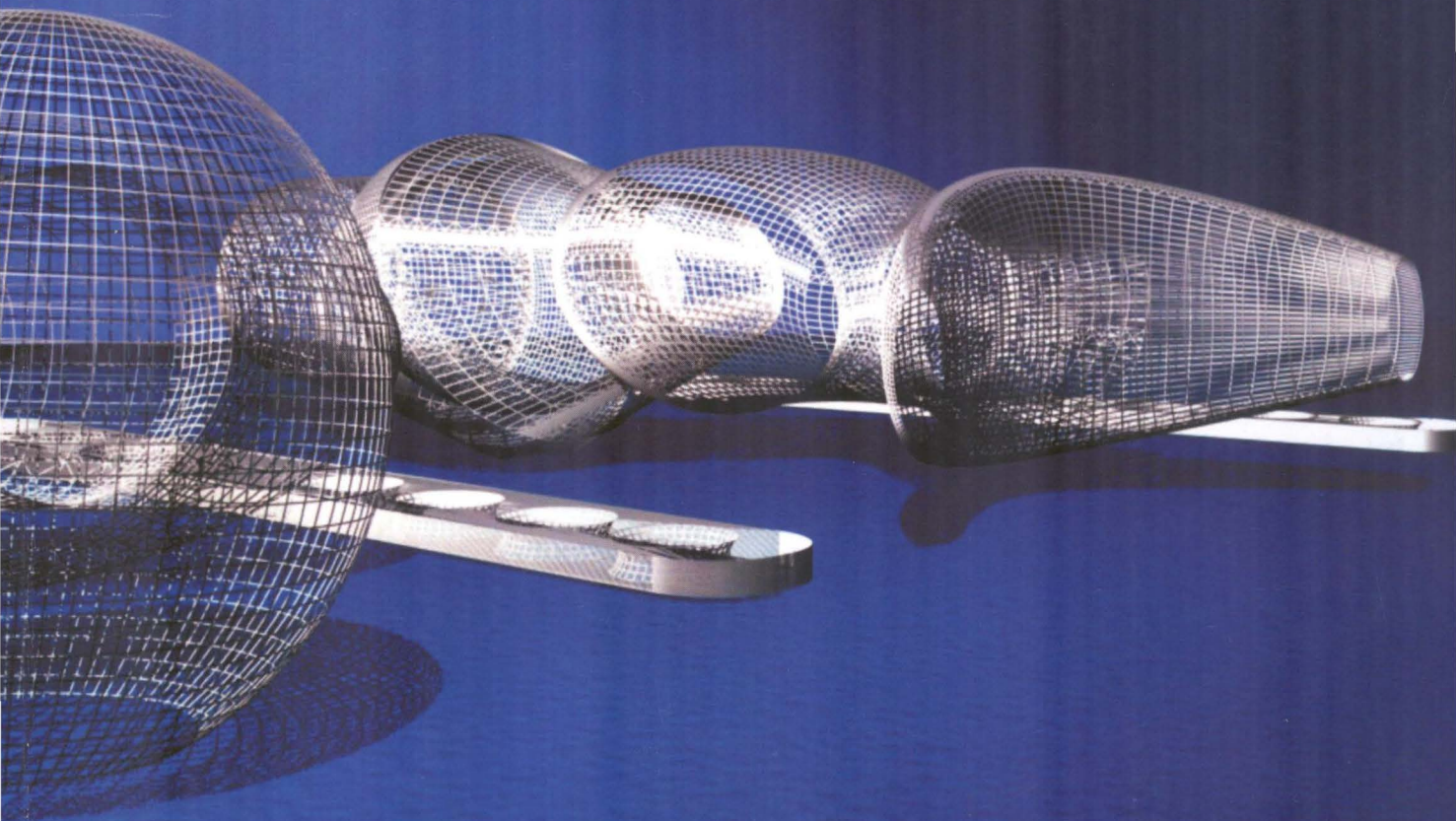


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



1/2008

ОБ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЯДА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ

Казахская государственная медицинская академия, Астана

Жиналған рентген белгілері операция барысындағы табылған белгілермен салыстырғанда, иық буынының ұлпа тіндеріндегі бірқатар патологияларды толық куәландырады. Жиналған рентгенологиялық белгілерді клиникалық көріністеріне салыстыра дұрыс талдау, емнің қолайлы шараларын орындауға мүмкіндік туғызады.

The received radiological attributes verified by operational finds, authentically enough can testify to this or that pathology of soft tissue structures of a humeral joint. Correct interpretation of the received radiological attributes, at research of a humeral joint, in a combination to the clinical data allows to execute adequate medical actions.

Обычному рентгенологическому исследованию подвергнуты 312 больных с жалобами на боли в плечевом суставе и ограничением движений, характер и степень повреждения которых необходимо было объективно уточнить. Тщательный анализ полученных данных, сопоставленных в последующем с операционными находками, позволил выявить и уточнить ряд характерных рентгенологических признаков.

Основные изменения локализовались в области большого бугорка плечевой кости и были отмечены у 87,1% больных. Одним из самых частых рентгенологических изменений были очаги склеротизации в большом бугорке или в прилегающих участках. Данный признак наблюдался у 72,3% больных. Столь высокий процент склеротизации большого бугорка, на наш взгляд, обусловлен тем, что имеет место ухудшение питания за счет отрыва сухожилий коротких ротаторов и постоянное трение бугорковой области о нижнюю поверхность акромиального отростка лопатки.

Слизистая субакромиальная сумка, выполняющая как бы роль своеобразного буфера, при повреждении сухожилий коротких ротаторов плеча не выполняет данной функции и «лысый» большой бугорок пролабирует в образовавшийся дефект.

Весьма важным признаком повреждений сухожилий коротких ротаторов плеча являются отрывы костного вещества, выявленные у 51,3% оперированных больных. Причем в 25% случаев отмечены свежие отрывы с участками тонких костных пластинок по наружной поверхности большого бугорка на расстоянии 1-2 мм. В других случаях свежие отрывы костного вещества наблюдались в виде дефектов кости в области верхушки большого бугорка, имеющие зубчатый контур. Свежие отрывы костного вещества наблюдались у 30% больных, обратившихся в первые три недели после травмы. Старые отрывы костного вещества, характеризующиеся сглаженностью контуров дефекта, наличием вновь образованной костной ткани, кистоподобными просветлениями и атрофией бугорковой области, остеосклерозом.

В 39,1% случаев в области большого бугорка и шейки головки выявлены кистовидные образования в виде округлых просветлений. Причиной образования кист является кровоизлияние в кость на фоне

дегенеративно-дистрофического процесса.

Краевые костные разрастания в области большого бугорка имели место в 69,1% случаев, склероз нижней поверхности акромиального отростка лопатки с краевыми костными разрастаниями отмечен у 73,2% больных. Данные рентгенологические признаки мы расцениваем как результат репаративных процессов костной ткани на месте костных дефектов и кистозных образований, а также дегенеративно-дистрофическими поражениями субакромиального сустава.

Остеопороз головки плеча отмечен у 21,2%. С нашей точки зрения, остеопороз головки плеча следует объяснить особенностями изученного контингента больных. Как правило, это были больные, обратившиеся в сроки после 3 месяцев заболевания, длительное время безуспешно лечившиеся в поликлинике. У ряда больных имелась тугоподвижность в плечевом суставе.

У 16,9% больных наблюдали сужение щели между акромиальным отростком лопатки и головкой плеча. Данный признак был свойственен больным с так называемым «замороженным» плечом и обусловлен ретрактивным капсулитом плечевого сустава.

Подвывих головки, выявленный у 7,2% больных, характеризовался такими признаками, как клиновидная рентгенологическая суставная щель с вершиной книзу, увеличением расстояния между акромионом и головкой плеча, когда нижне-медиальный квадрат головки располагается ниже нижнего края суставной впадины. При отрывах «вращающей манжеты» плеча стабильность плечевого сустава нарушается из-за ухудшения стабилизирующей функции поврежденных мышц, в результате того, что культя их сухожилий загибаются внутрь, иногда создавая интерпозицию между головкой плеча и костно-фиброзным выступом суставного отростка лопатки, а также вследствие понижения тонуса и силы мышц.

Известковые отложения выявлены у 8,2% пациентов в виде интенсивной, бесструктурной, но гомогенной тени. Форма тени овальная, иногда она раздвинута на несколько более или менее крупных изолированных участков в виде капель или уплощенных глыбок. Их контуры гладки или неровны, но всегда резко очерчены и занимают место между акромионом

и головкой плеча. Следует полагать, что в основе известковых отложений лежат дегенеративно-дистрофические процессы.

Анализ 216 артрограмм, полученных в условиях обычного и двойного контрастирования, позволил в 121 случае установить повреждение ВМП, из которых в 92 случаях определялся выход контраста за пределы капсулы сустава с заполнением субакромиально-пространства и поддельтовидной сумки.

В 18 случаях определен застарелый разрыв в стадии рубцевания, что характеризовалось деформацией нижней поверхности вращающей манжеты в местах типичного ее повреждения (1-1,5 см от большого бугорка).

У 11 больных контрастное вещество определялось в виде капель «просачивания» или мест накопления на нижней поверхности вращающей манжеты, что интерпретировалось как частичный («крадущийся») разрыв.

Патология сухожилия длинной головки бицепса выявлена у 13 больных и характеризовалась либо деформацией сухожилия в межбугорковой борозде, либо массивным заполнением сухожильного влагалища вплоть до мышечной пазухи.

У 7 больных, основываясь на анализе изучения деформации тканевых контуров в области межбугорковой борозды, в виде Т- и Г-образного депо контраста, определено как повреждение поперечной связки

межбугорковой борозды, а у 5 пациентов выявлена редкая патология – медиальный вывих сухожилия длинной головки бицепса, что характеризовалось как нетипичное расположение депо контраста, заполнившего сухожильное влагалище, и отсутствие плавной дуги, соединяющей подмышечный карман с сухожильным влагалищем.

У пациентов, страдающих длительной контрактурой в плечевом суставе, на артрограммах определялось сужение суставной щели, резкое уменьшение Ридельского кармана или его отсутствие, сухожильное влагалище длинной головки контрастом не заполняется. Такие данные установлены у 22 больных, что было определено как сморщивание капсулы сустава – ретрактильный капсулит («замороженное плечо»).

В ряде случаев (69 человек) явной видимой рентгенологической патологии выявлено не было, но с учетом клинических данных изменения интерпретировались как тендинит коротких ротаторов плеча, шейный остеохондроз с синдромом плече-лопаточного периартроза, деформирующий артроз.

Представленные рентгенологические признаки, правильно интерпретированные, являются, по нашему мнению, очень важным аргументом в постановке правильного диагноза, соответственно, применении к каждому больному адекватного лечения.