

С. М. КРАСНОПЬОРОВ, І. В. ШИШКА, М. Л. ГОЛОВАХА

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОШКОДЖЕНЬ ЗВ'ЯЗКОВОГО АПАРАТУ ЛАТЕРАЛЬНОГО ВІДДІЛУ НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОГО СУГЛОБА У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Запорізький медичний університет <krasnoперovserg@gmail.com>

Несвоєчасна діагностика пошкоджень зв'язкового апарату надп'яtkово-гомiлкового суглоба і подальше неадекватне лікування призводять до розвитку хронічної нестабільності і швидкого прогресування дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобі. Метою даної роботи було поліпшити результати лікування шляхом розробки алгоритму діагностики і вибору тактики лікування гострих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба. Обстежено 48 хворих з інверсійним механізмом травми надп'яtkово-гомiлкового суглоба в анамнезі у гострому періоді. Протокол діагностики включав клінічне та рентгенологічне обстеження через 48 год і через 7–10 днів з моменту травми. З урахуванням високої питомої ваги неточних результатів клінічної діагностики в перші 48 год після травми необхідний короткий курс консервативного лікування протягом 7–10 днів з повторним обстеженням і проведенням клінічних та рентгенологічних тестів нестабільності. Аналіз клінічних симптомів при інверсійній травмі надп'яtkово-гомiлкового суглоба показав, що поєднання локальної болючості при пальпації в проекції пошкоджених зв'язок, наявність вираженої періартикулярної гематоми в латеральному відділі надп'яtkово-гомiлкового суглоба і позитивні тести передньої і бічної нестабільності через 7–10 днів з моменту травми в 87 % випадків свідчить про пошкодження зв'язок. В результаті дослідження запропоновано алгоритм діагностики гострого пошкодження зв'язкового апарату латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба, який дозволив визначити диференційовані показання до хірургічного відновлення зв'язок латерального відділу та консервативного лікування даної групи хворих.

Ключові слова: надп'яtkово-гомiлковий суглоб, пошкодження зв'язок, діагностика.

Вступ. Пошкодження надп'яtkово-гомiлкового суглоба посідає одне з перших місць серед травм опорно-рухового апарату і становить, за даними різних авторів, від 10 до 20 % [4, 5, 9]. Н. А. Корж та співавт. вказують, що травми надп'яtkово-гомiлкового суглоба зустрічаються в 55–64 % випадках всіх травм нижніх кінцівок [3]. Згідно з М. К. Вадаккадата, пошкодження зв'язкового апарату зустрічається в 42 % при травмах надп'яtkово-гомiлкового суглоба [1]. Однак існує думка, що відсоток цей набагато вищий, оскільки при нормальній рентгенологічній картині співвідношення кісток часто має місце пошкодження зв'язкового комплексу [6, 7, 10]. Серед спортсменів близько 40 % всіх травм припадає на пошкодження надп'яtkово-гомiлкового суглоба [4], особливо це характерне для таких видів спорту, як баскетбол, футбол, пішохідний туризм, волейбол, катання на ковзанах.

У гострому періоді травми клінічна діагностика пошкодження зв'язок надп'яtkово-гомiлкового суглоба є важливою проблемою. Виконання тестів нестабільності одноразово у гострому періоді травми часто супроводжується хибно-негативними результатами, що пов'язано з больовим синдромом і, як наслідок, гіпертонусом м'язів і обмеженням рухів у суглобі. Це, в свою чергу, призводить до неадекватної тактики лікування даних пошкоджень.

Несвоєчасна діагностика свіжих пошкоджень зв'язкового апарату надп'яtkово-гомiлкового суглоба (20–80 % випадків) і подальше неадекватне лікування призводять до хронічної нестабільності, швидкого прогресування дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобі, що супроводжується значним зниженням працездатності та інвалідизацією хворих [8]. При остеоартрозі надп'яtkово-гомiлкового суглоба у 60–65 % пацієнтів знижена працездатність, а у 11,5 % спостерігається інвалідність [2]. При цьому основний контингент постраждалих – особи молодого і працездатного віку [5].

Мета дослідження – поліпшити результати лікування шляхом розробки алгоритму діагностики і вибору тактики лікування свіжих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба.

Завдання дослідження. 1. Провести аналіз частоти виникнення клінічних симптомів пошкодження зв'язок латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба в гострому посттравматичному періоді. 2. Вивчити клінічні прояви нестабільності надп'яtkово-гомiлкового суглоба в динаміці. 3. Провести порівняльний аналіз клінічної діагностики з результатами стресової рентгенографії та інтраопераційними даними. 4. Сформулювати алгоритм діагностики і вибору тактики лікування свіжих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 48 хворих у віці від 18 до 48 років з інверсійним механізмом травми надп'яtkово-гомiлкового суглоба в анамнезі у гострому періоді, 27 чоловіків, 21 жінка. Правих надп'яtkово-гомiлкових суглобів – 28, лівих – 20.

Протокол діагностики включав клінічне обстеження та рентгенологічне дослідження через 48 год і 7–10 днів від моменту травми. Клінічні тести передньої і бічної нестабільності вважали позитивними при надмірній передній трансляції або інверсії таранної кістки порівняно з інтактним суглобом. На рентгенограмах тест вважали позитивним при передньому зміщенні таранної кістки більше 3 мм порівняно з інтактним суглобом або більше 10 мм незалежно від стану здорового суглоба. Рентгенологічний тест бічної нестабільності вважали позитивним при варусному відхиленні таранної кістки більше 10° порівняно із здоровим суглобом або більше 20° незалежно від стану здорового суглоба.

Між обстеженням пацієнти отримували короткий курс консервативного функціонального лікування. На всіх етапах обстеження оцінювали набряк м'яких тканин латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба, наявність періартикулярної гематоми, болючість при пальпації в проекції передньої малогомiлково-таранної (ПМТЗ) і малогомiлково-п'яtkової (МПЗ) зв'язок. При позитивних клінічних та рентгенологічних тестах нестабільності під час повторного огляду обов'язково виконували магнітно-резонансну томографію (МРТ) надп'яtkово-гомiлкового суглоба для уточнення діагнозу та супутньої внутрішньосуглобової патології.

З 48 пацієнтів у 18 отримано негативні тести передньої та бічної нестабільності при повторному огляді через 7–10 днів від моменту травми. Ці хворі пройшли курс консервативного функціонального лікування протягом 3 тиж і при огляді через 1 і 6 міс не мали скарг. Решта 30 пацієнтів, у яких при повторному огляді були зафіксовані позитивні клінічні та рентгенологічні тести нестабільності, були оперовані (інтраопераційно підтверджено пошкодження ПМТЗ чи поєднання пошкоджень ПМТЗ і МПЗ).

Результати та їх обговорення. *Аналіз клінічних проявів при свіжих пошкодженнях зв'язкового апарату латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба.* Клінічні прояви наведено в табл. 1. Наявність або відсутність пошкодження ПМТЗ і МПЗ оцінювали за даними МРТ та інтраопераційними. Серед хворих з пошкодженням ПМТЗ 68 % звертали увагу на звуки «хрускоту, тріску, клацання» під час травми, при поєднанні пошкодження ПМТЗ і МПЗ – у 80 %, тоді як тільки 11,1 % пацієнтів без пошкодження зв'язкового апарату відмічали цей клінічний прояв. На неможливість подальшої ходи відразу після травми вказували 64 % пацієнтів з пошкодженням ПМТЗ, 100 % осіб – з поєднаним пошкодженням ПМТЗ і МПЗ та тільки 27,8 % пацієнтів – без пошкодження зв'язок латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба.

З даних табл. 1 видно, що виражений і середнього ступеня вираженості набряк м'яких тканин латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба спостерігався у 96 % пацієнтів з пошкодженням ПМТЗ, у 100 % – при поєднанні пошкодження ПМТЗ і МПЗ та тільки у 38,8 % осіб – непошкодженими латеральними зв'язками надп'яtkово-гомiлкового суглоба. Відсутність набряку м'яких тканин

частіше зустрічалася у пацієнтів без пошкодження зв'язкового апарату – у 61,2 %, тоді як у разі розриву ПМТЗ – у 4 %. Крім того, набряк м'яких тканин проявлявся практично відразу у 60 і 80 % пацієнтів з підтвердженим пошкодженням ПМТЗ і поєднанням пошкодження ПМТЗ і МПЗ відповідно порівняно з 11,1 % хворих з інтактними зв'язками надп'яtkово-гомiлкового суглоба.

Таблиця 1. Клінічні прояви пошкодження зв'язок латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба, абс. од. (%)

Прояви	Пошкодження ПМТЗ (n = 25)	Пошкодження ПМТЗ і МПЗ (n = 5)	Без пошкодження ПМТЗ і МПЗ (n = 18)
Звуки «хрускоту, тріску» під час травми			
так	17 (68)	4 (80)	2 (11,1)
ні	3 (12)	0 (0)	11 (61,1)
не пам'ятає	5 (20)	1 (20)	5 (27,8)
Інтенсивність болю			
неможливість подальшої ходи	16 (64)	5 (100)	5 (27,8)
подальша хода можлива	9 (36)	0 (0)	13 (72,2)
Ступінь набряку м'яких тканин			
виражений	9 (36)	4 (80)	1 (5,5)
середній	15 (60)	1 (20)	6 (33,3)
набряк відсутній	1 (4)	0 (0)	11 (61,2 %)
Час появи набряку			
практично відразу	15 (60)	4 (80)	2 (11,1)
пізніше	4 (16)	1 (20)	4 (22,2)
не пам'ятає	6 (24)	0 (0)	1 (5,5)
Періартикулярна гематома через 7–10 днів:			
виражена	19 (76)	4 (80)	2 (11,2)
середня	4 (16)	1 (20)	7 (38,8)
відсутня	2 (8)	0 (0 %)	9 (50)
Біль при пальпації в проекції різних структур при огляді через 7–10 днів			
ПМТЗ	25 (100)	5 (100)	3 (16,6)
МПЗ	12 (48)	5 (100)	1 (5,5)
дифузний	2 (8)	3 (60)	4 (22,2)
латеральної кісточки	4 (16)	2 (40)	1 (5,5)
синдесмозу	12 (48)	1 (20)	0 (5,5)
відсутній	0 (0)	0 (0)	9 (50)

Виражена періартикулярна гематома мала місце у 76 % хворих з пошкодженням ПМТЗ, у 80 % – з поєднанням пошкодження ПМТЗ і МПЗ, тоді як за відсутності пошкодження зв'язок латерального відділу виражену гематому відмічено лише у 11,2 %.

Під час огляду через 48 год від моменту травми у 90 % осіб біль при пальпації був дифузний. При повторному огляді через 7–10 днів від моменту травми пальпація місця пошкодження була більш інформативна, що пов'язано із зменшенням набряку м'яких тканин. Всі пацієнти з верифікованим пошкодженням ПМТЗ і поєднаним пошкодженням ПМТЗ і МПЗ відмічали локальну болючість в проекції пошкоджених зв'язок, тоді як у 50 % хворих без пошкодження зв'язок пальпація в цій ділянці була безболісною. Слід зазначити, що у більшості пацієнтів зона пальпаторної болючості не була обмежена тільки проекцією ПМТЗ або МПЗ.

Таким чином, можна дійти висновку, що у 88 % хворих з підтвердженим ізольованим розривом ПМТЗ або в поєднанні з МПЗ спостерігали пальпаторний біль в проекції пошкоджених зв'язок латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового

суглоба, а також виражену періартикулярну гематому при повторному огляді через 7–10 днів від моменту травми.

Аналіз клінічних тестів і стресової рентгенографії при свіжих пошкодженнях зв'язкового апарату латерального відділу над'яtkово-гомількового суглоба. Результати дослідження протягом 48 год від моменту травми. Виконання тестів нестабільності протягом 48 год від моменту травми викликало значний біль і рефлекторний спазм м'язів у пацієнтів, тому клінічне обстеження і стресові тести виконували після місцевої анестезії шляхом внутрішньосуглобового введення 20 мл 1 % розчину лідокаїну. Дані клінічних та рентгенологічних тестів нестабільності надп'яtkово-гомількового суглоба наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Дані клінічних тестів нестабільності та стресової рентгенографії через 48 год від моменту травми

Тест	Передній висувний ящик	Тест бічної нестабільності
<i>Клінічний тест нестабільності</i>		
Позитивний	28	4
Негативний	20	44
Всього	48	48
<i>Стрессова рентгенографія</i>		
Позитивний	31	5
Негативний	17	43
Всього	48	48

У 3 пацієнтів зафіксовано негативні результати клінічних тестів передньої нестабільності, тоді як при виконанні стресової рентгенографії під місцевою анестезією отримано позитивні результати, що можна пояснити похибкою у виконанні клінічного тесту. У 17 хворих, у яких отримано негативні клінічні тести передньої нестабільності, на стресових рентгенограмах тест також залишався негативним. Серед 44 пацієнтів, у яких зареєстровано негативні клінічні тести бічної нестабільності, у 1 на стресовій рентгенограмі тест був позитивним, у 43 – негативний, що також можна пояснити похибкою у виконанні тесту.

Результати дослідження через 7 днів від моменту травми. Клінічні тести нестабільності та стресову рентгенографію виконували без внутрішньосуглобового введення анестетичного засобу, оскільки в цьому не було необхідності (в результаті короткого курсу консервативного лікування больовий синдром зменшувався і пацієнти спокійно переносили маніпуляцію). Дані виконання клінічних та рентгенологічних тестів нестабільності надп'яtkово-гомількового суглоба наведено в табл. 3.

Таблиця 3. Дані клінічних тестів нестабільності та стресової рентгенографії через 7 днів від моменту травми

Тест	Передній висувний ящик	Тест бічної нестабільності
<i>Клінічний тест нестабільності</i>		
Позитивний	30	5
Негативний	18	43
Всього	48	48
<i>Стрессова рентгенографія</i>		
Позитивний	30	5
Негативний	18	43
Всього	48	48

Як видно з табл. 3, дані клінічних тестів передньої і бічної нестабільності та стресової рентгенографії повністю збігаються, і це свідчить про те, що в даний період набряк м'язових тканин, біль і рефлекторний гіпертонус м'язів не впливають

на проведення клінічного обстеження пацієнта, тоді як дані тестів передньої нестабільності через 48 год після травми і через 7 днів значно різняться. Необхідно відмітити, що у 5 пацієнтів, у яких отримано негативні клінічні та рентгенологічні тести передньої нестабільності при огляді через 48 год, при огляді через 7–10 днів тести стали позитивними. У подальшому у них на МРТ і інтраопераційно верифіковано розриви ПМТЗ. Це свідчить про те, що в перші 48 год після травми, незважаючи на проведення тестів під місцевою анестезією, больовий синдром і гіпертонус м'язів провокували хибно-негативний вплив на оцінку як клінічного тесту, так і стресової рентгенографії.

У 25 хворих, у яких при первинному огляді отримано позитивні рентгенологічні тести передньої нестабільності, такі самі результати були і при огляді через 7–10 днів від моменту травми (у подальшому вони були оперовані). Цікаво, що у 6 пацієнтів, у яких клінічні та рентгенологічні тести передньої нестабільності були позитивними в перші 48 год від моменту травми, при обстеженні через 7–10 днів отримано негативні результати. Можна припустити, що в пошкодженій зв'язковій структурі вже утворюються елементи сполучної тканини, які з'єднують кінці пошкодженої зв'язки і, як наслідок, структура починає виконувати свою роль у стабілізації над'яtkово-гомiлкового суглоба, перешкоджаючи зміщенню таранної кістки відносно великогомілкової при виконанні тесту переднього висувного ящика. Однак дане припущення вимагає подальшого дослідження для обґрунтування.

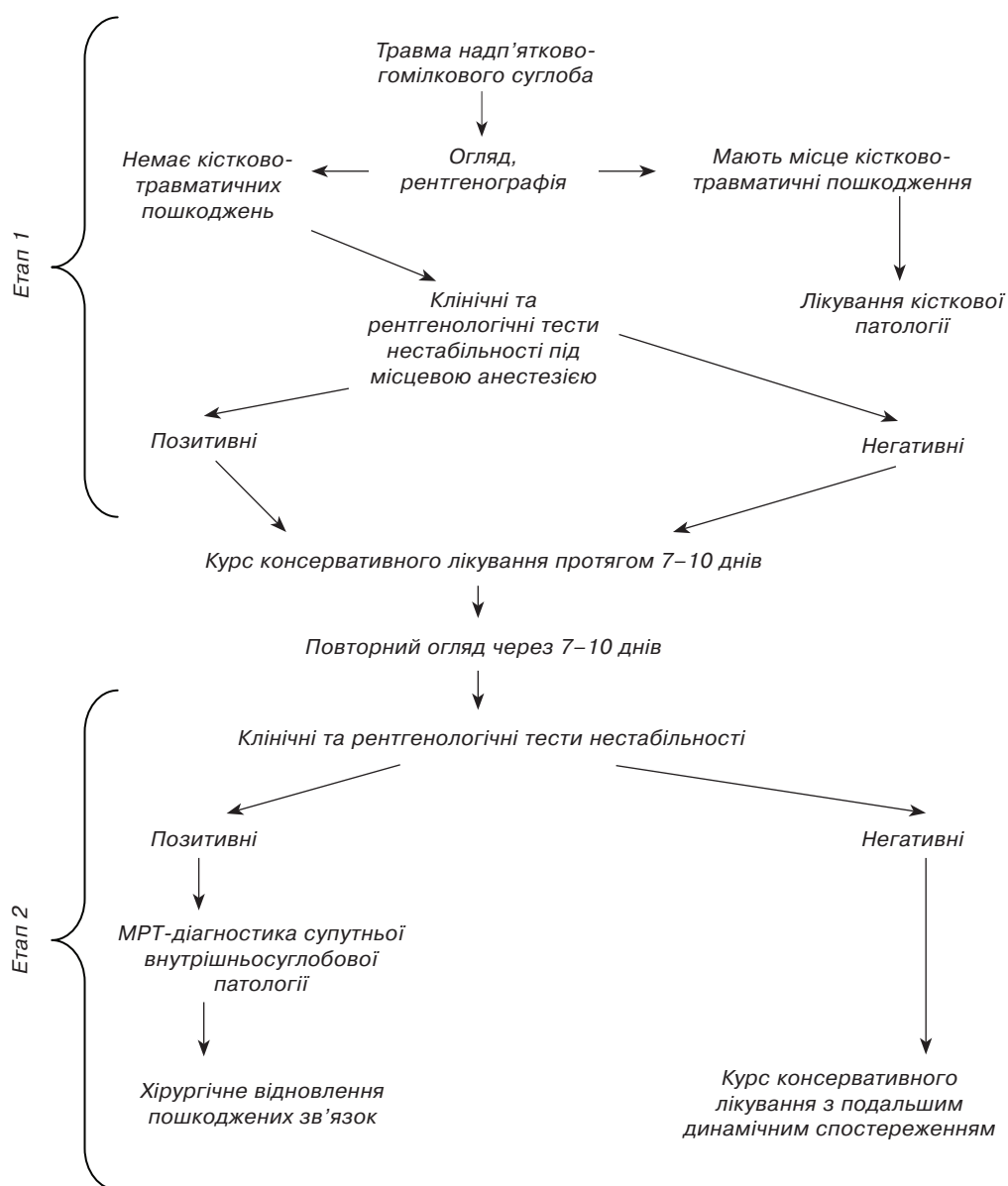
У 5 хворих, у яких при первинному огляді зафіксовано позитивні тести бічної нестабільності при виконанні стресової рентгенографії, під час огляду через 7–10 днів ці тести залишалися позитивними.

Проаналізувавши основні клінічні прояви та результати тестів нестабільності у пацієнтів з пошкодженням зв'язкового апарату латерального відділу над'яtkово-гомiлкового суглоба, можемо дійти такого висновку. Поєднання локальної болючості при пальпації в проекції ПМТЗ і МПЗ, виражена періартикулярна гематома в латеральному відділі над'яtkово-гомiлкового суглоба, позитивні клінічні та рентгенологічні тести передньої і бічної нестабільності через 7–10 днів від моменту травми в 87 % випадків відповідають пошкодженню ПМТЗ або поєднанню пошкоджень ПМТЗ і МПЗ (за даними МРТ та інтраопераційними). Відсутність періартикулярної гематоми в латеральному відділі над'яtkово-гомiлкового суглоба, безболісна пальпація в проекції ПМТЗ і МПЗ та негативні клінічні й рентгенологічні тести передньої і бічної нестабільності, проведені через 7–10 днів від моменту травми, практично завжди свідчать про те, що зв'язкові структури не пошкоджені.

Алгоритм діагностики свіжих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу над'яtkово-гомiлкового суглоба. На підставі проведених клінічних досліджень ми розробили алгоритм діагностики свіжих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу над'яtkово-гомiлкового суглоба (схема).

На етапі 1 (див. схему) при зверненні пацієнта в перші 48 год від моменту травми над'яtkово-гомiлкового суглоба особливу увагу приділяють таким клінічним ознакам, як ступінь набряку м'яких тканин суглоба і час його появи, періартикулярна гематома та її вираженість. У подальшому необхідно провести рентгенографію над'яtkово-гомiлкового суглоба в стандартних проекціях для виключення кістково-травматичних пошкоджень. За їх наявності подальший алгоритм діагностики та тактика лікування залежать від типу кісткової патології. Якщо на рентгенограмі кістково-травматичних пошкоджень не виявлено, у подальшому виконували клінічні та рентгенологічні тести нестабільності над'яtkово-гомiлкового суглоба. Незалежно від результатів клінічних та рентгенологічних тестів нестабільності пацієнти проходили курс консервативного лікування протягом 7 днів (пересування на милицях без навантаження на травмовану кінцівку, холод, еластичне бинтування над'яtkово-гомiлкового суглоба, підвищене положення кінцівки протягом 20–30 хв 3–4 рази на день, нестероїдні протизапальні препарати з метою знеболювального і протизапального ефекту).

Алгоритм діагностики свіжих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба



На етапі 2 (див. схему) при повторному обстеженні через 7–10 днів від моменту травми пальпація місця пошкодження виявилася більш інформативною, що пов'язано із зменшенням набряку м'яких тканин. Повторне виконання клінічних та рентгенологічних тестів нестабільності надп'яtkово-гомiлкового суглоба є важливим показником пошкодження зв'язок латерального відділу надп'яtkово-гомiлкового суглоба. Крім того, дані первинного та повторного обстеження можуть значно різнитися. Це свідчить про те, що, незважаючи на проведення тестів під місцевою анестезією, біль і рефлекторний спазм м'язів можуть провокувати хибно-негативні результати.

Аналізуючи отримані дані, ми дійшли висновку, що пальпація ділянки надп'яtkово-гомiлкового суглоба і виконання тестів нестабільності через 7–10 днів від моменту травми є ключовими моментами в диференційованих показаннях до хірургічного відновлення зв'язкового апарату надп'яtkово-гомiлкового

суглоба. Позитивні клінічні та рентгенологічні тести нестабільності при повторному огляді є показанням до виконання МРТ-діагностики супутньої внутрішньосуглобової патології і подальшого хірургічного відновлення пошкоджених зв'язок. При негативних тестах нестабільності показано подальший курс консервативного фізіофункціонального лікування під спостереженням ортопеда-травматолога з подальшим динамічним контролем.

Висновки. При обстеженні хворих у перші 48 год після травми основними симптомами пошкодження зв'язкового апарату латерального відділу над'яtkово-гомількового суглоба є: звуки «хрускоту, тріску» під час травми (70 %), виражений і середнього ступеня вираженості набряк м'яких тканин ділянки над'яtkово-гомількового суглоба (96,6 %), неможливість подальшої самостійної ходи (70 %), клінічні тести передньої (73 %) і бічної нестабільності (80 %), рентгенологічні тести передньої (83 %) та бічної нестабільності (100 %). З урахуванням високої питомої ваги неточних результатів клінічної діагностики в перші 48 год після травми необхідно призначити короткий курс консервативного лікування протягом 7–10 днів з повторним обстеженням і проведенням клінічних та рентгенологічних тестів нестабільності. У частини пацієнтів (12,5 %), у яких при клінічному обстеженні і на стресових рентгенограмах діагностовано пошкодження ПМТЗ, через 7–10 днів не було ознак нестабільності, що, можливо, зумовлено регенерацією пошкодженої зв'язки. Це, імовірно, залежить від локалізації і форми розриву ПМТЗ, що вимагає подальшого вивчення.

Аналіз клінічних симптомів при інверсійній травмі над'яtkово-гомількового суглоба показав, що поєднання локальної болючості при пальпації в проекції пошкоджених зв'язок, виражена періартикулярна гематома в латеральному відділі над'яtkово-гомількового суглоба і позитивні тести передньої й бічної нестабільності через 7–10 днів від моменту травми в 87 % випадків свідчать про пошкодження зв'язок латерального відділу над'яtkово-гомількового суглоба. У результаті дослідження запропоновано алгоритм діагностики свіжих пошкоджень зв'язкового апарату латерального відділу над'яtkово-гомількового суглоба, який дозволив визначити диференційовані показання до хірургічного відновлення зв'язок латерального відділу та консервативного лікування даних пацієнтів.

Список літератури

1. Вадаккадат М. К., Кулыгин В. Н., Львов С. Е. Классификации переломов лодыжек: взгляд на пороге XXI века (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. – 2003. – № 1. – С. 59–66.
2. Коваленко В. П., Боршкевич О. П. Остеоартроз: Практ. руководство. – К.: Морион, 2003. – 448 с.
3. Корж Н. А., Мателенок Е. М., Бурлака В. В. О лечебной тактике при свежих повреждениях голеностопного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – № 1. – С. 6–12.
4. Barker H. B., Beynon B. D., Renstrom P. A. Ankle injury risk factors in sports // Sports Med. – 1997. – Vol. 23. – P. 69–74.
5. Colville M. Reconstruction of the lateral ankle ligaments // Instr. Course Lect. – 1995. – Vol. 44. – P. 341–348.
6. Colville M. R., Grondel R. J. Anatomic reconstruction of the lateral ankle ligaments using a split peroneus brevis tendon graft // Am. J. Sports Med. – 1995. – Vol. 23. – P. 210–213.
7. Coughlin M. J., Schenck R. C., Grebing B. R. Comprehensive reconstruction of the lateral ankle for chronic instability using a free gracilis graft // Foot Ankle Int. – 2004. – Vol. 25, N 4. – P. 231–241.
8. Kaikkonen A., Kannus P., Jarvinen M. Surgery versus functional treatment in ankle ligament tears. A prospective study // Clin. Orthop. Relat. Res. – 1996. – Vol. 326. – P. 194–202.
9. Kannus P., Renstrom P. Treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle. Operation, cast, or early controlled mobilization // J. Bone Joint. Surg. Am. – 1991. – Vol. 73, N 2. – P. 305–312.
10. Karlsson J. Early mobilisation versus immobilisation after ankle ligament stabilization // Scand. J. Med. Sci. Sports. – 1999. – N 9. – P. 299–303.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

С. Н. Красноперов, И. В. Шишка, М. Л. Головаха (Запорожье)

Несвоевременная диагностика повреждения связочного аппарата голеностопного сустава и последующее неадекватное лечение приводят к развитию хронической нестабильности и быстрому прогрессированию дегенеративно-дистрофических процессов в суставе. Целью данной работы было улучшить результаты лечения путём разработки алгоритма диагностики и выбора тактики лечения свежих повреждений связочного аппарата латерального отдела голеностопного сустава. Обследовано 48 больных с инверсионным механизмом травмы голеностопного сустава в анамнезе в остром периоде. Протокол диагностики включал клиническое и рентгенологическое обследование через 48 ч и через 7–10 дней после травмы. С учётом высокого удельного веса неточных результатов клинической диагностики в первые 48 ч после травмы необходим короткий курс консервативного лечения в течение 7–10 дней с повторным обследованием и проведением клинических и рентгенологических тестов нестабильности. Анализ клинических симптомов при инверсионной травме голеностопного сустава показал, что сочетание локальной болезненности при пальпации в проекции повреждённых связок, выраженная периартикулярная гематома в латеральном отделе голеностопного сустава и положительные тесты передней и боковой нестабильности через 7–10 дней после травмы в 87 % случаев свидетельствуют о повреждении связок латерального отдела голеностопного сустава. В результате исследования предложен алгоритм диагностики свежих повреждений связочного аппарата латерального отдела голеностопного сустава, который позволил определить дифференцированные показания до хирургического восстановления связок латерального отдела и консервативного лечения данной группы больных.

Ключевые слова: голеностопный сустав, повреждение связок, диагностика.

PARTICULAR QUALITIES OF DIAGNOSTIC ACUTE LATERAL ANKLE LIGAMENT INJURIES

S. N. Krasnoperov, I. V. Shishka, M. L. Golovaha (Zaporizhzhia, Ukraine)

Zaporizhzhia state medical university

Delayed diagnosis of acute lateral ankle ligaments injury and subsequent inadequate treatment leads to the development of chronic instability and rapid progression of degenerative processes in the joint. The aim of our work was to improve treatment results by developing an diagnostic algorithm and treatment strategy of acute lateral ankle ligament injuries. The study included 48 patients with history of acute inversion ankle injury mechanism. Diagnostic protocol included clinical and radiological examination during 48 hours and after 7–10 days after injury. According to the high rate of inaccurate clinical diagnosis in the first 48 hours of the injury a short course of conservative treatment for 7–10 days is needed with follow-up and controlling clinical and radiographic instability tests. Clinical symptoms of ankle inversion injury showed that the combination of local tenderness in the projection of damaged ligaments, the presence of severe periarticular hematoma in the lateral department and positive anterior drawer and talar tilt tests in 7–10 days after the injury in 87 % of cases shows the presence of ligament rupture. An algorithm for diagnosis of acute lateral ankle ligament injury was developed, which allowed us to determine differential indications for surgical repair of the ligaments and conservative treatment of these patients.

Key words: ankle joint, acute ligament injury, diagnostic algorithm.

О. В. ЯКОВЕЦ (Киев)

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФАЦИЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. – проф. А. М. Политун)
ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ» <karler.sa@gmail.com>

Определены особенности морфологической картины фаций ротовой жидкости у беременных с интактным пародонтом и при воспалительных заболеваниях тканей пародонта