Помощь могут оказать **гормональные инъекции** (например, препарата Кеналог), а также **инъекции собственной плазмы крови (БоТП (PRP))**. Для уменьшения тугоподвижности сустава и укрепления мышц предплечья полезна **физиотерапия**.

Если при хронических состояниях консервативное лечение не дает желаемого результата, то показано также хирургическое лечение. Методы оперативного лечения зависят от объема поражения сустава и от наличия сопутствующего повреждения хряща. При помощи определенных методов (например, оперативной пластики связки) возможно восстановить целостность сустава; если же поврежден хрящ, то проводится операция, которая позволяет восстановить достаточный объем безболезненных движений в суставе (скрепление/удаление костей и т.д.).

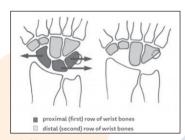


Рисунок 4. Удаление костей в процессе операции

Если вышеуказанное не представляется возможным, то в качестве альтернативы остается операция по приданию суставу неподвижности (артродез) или прерыванию проводимости нерва (нейротомия).

#### ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Возможными осложнениями при проведении консервативного лечения являются усугубление повреждения, тугоподвижности и болезненности сустава.

После оперативного лечения в отдельных случаях может наблюдаться:

- чувствительность и болезненность в области раны (примерно у 20% больных) — проходит в течение нескольких месяцев;
- уменьшение силы сжимания кисти восстанавливается в течение 0.5-1 года;
- скованность пальцев и запястья;

- онемение в области послеоперационного шрама (не влияет на функционирование сустава);
- развитие инфекции (вероятность около 1%) проходит после антибактериального лечения.

Серьезным, но редким осложнением является **хронический рефлекторный болевой синдром (ХРБС)**, для которого характерна длительная боль, отечность и тугоподвижность как последствие аномальной нейроваскулярной реакции. В силу непредвиденных обстоятельств симптомы могут усугубиться, хотя это случается редко.

#### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ**

При консервативном лечении острых повреждений связок запястья восстановительный период составляет около 6 недель — чем тяжелее физический труд/деятельность рукой, тем дольше восстанавливается трудоспособность. Следует учитывать, что период нетрудоспособности длится 2-4 месяца, а от «ручных» видов спорта следует воздерживаться до 6 месяцев. В начальный период восстановления следует обязательно применять средства поддержки запястья (ортезы).

Хирургическое лечение связки ТФХК обычно приносит хорошие результаты. Время фиксации занимает около 6 недель; для полного восстановления требуется 6-9 недель. Восстановление после артроскопической операции происходит быстрее. Благополучный исход операций, стабилизирующих связки SLL и LTL, зависит от наличия сопутствующих повреждений, но в целом уровень удовлетворенности пациентов высок. В этом случае восстановительный период также является длительным — лучезапястный сустав фиксируется приблизительно на 8 недель; такой же отрезок времени требуется после этого для полного восстановления движений в запястье. В последнем случае следует принимать во внимание, что период нетрудоспособности длится до 4 месяцев, а от спортивных занятий следует воздерживаться до 6 месяцев.

Ortopeedia Arstid AS — это основанная в 2005 году частная клиника, которая на высоком уровне оказывает услуги амбулаторного и хирургического лечения в области ортопедии. Мы предлагаем услуги как лицам, застрахованным Больничной кассой Эстонии, так и пациентам, которые платят за свое лечение сами или имеют полис частного медицинского страхования.

#### ORTOPEEDIA ARSTID AS

Палдиски мнт., 68a, 10617 Таллинн, тел.: +372 606 7747 orto@ortopeediaarstid.ee, www.ortopeediaarstid.ee



Лучезапястный сустав — это один из самых сложных суставов в организме человека. Он состоит из восьми костей запястья, сочленяющихся друг с другом и с двумя костями предплечья. Стабильность сустава обеспечивают многочисленные связки; некоторые из них пролегают между костями, другие покрывают сустав снаружи, образуя таким образом суставную капсулу. Главные связки, которые непосредственно стабилизируют кости сустава, расположены между ладьевидной и полулунной костями (связка scapholunar — SLL), а также между полулунной и трехгранной костями (связка lunotriquetral — LTL). Отдельный сустав представляет собой пястное сочленение локтевой и лучевой кости; его стабилизацию обеспечивают хрящевой диск, связки и сухожилия. Вся данная структура носит название треугольный фиброзно-хрящевой комплекс (ТФХК).

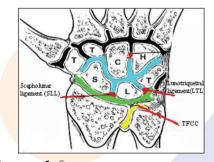


Рисунок 1. Структура лучезапястного сустава

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПРОЯВЛЕНИЯ

Повреждения лучезапястного сустава встречаются как в молодом, так и в среднем возрасте у активных мужчин и женщин. Особенно этому подвержены те, у кого повышена эластичность соединительной ткани (чаще — женщины), у которых даже незначительная травма способна вызвать повреждение связок запястья. В группу повышенного риска входят также лица, занимающиеся контактными и ракеточными видами спорта (теннисисты, гольфисты, волейболисты, баскетболисты, борцы, боксеры) и лица, занятые тяжелым физическим трудом.

### ПРИЧИНЫ

Причинами возникновения повреждения сустава в области запястья являются острая травма, повторяющиеся микротравмы или перегрузка. Типичные характерные причины — падение на руку или резкий поворот руки в запястье в положении максимального сгибания или разгибания (см. рис. 2).



**Рисунок 2.** Возникновение травмы лучезапястного сустава при падении

Перегрузки или многократно повторяющиеся движения в суставе приводят к микротравмам в соединительной ткани и со временем — к разрывам связок. Возможны дегенеративные повреждения по причине воспалительных заболеваний или же врожденных костных аномалий.

#### жалобы и симптомы

Наиболее распространенными жалобами при повреждении связок запястья являются боль и отечность в области лучезапястного сустава. Также возможно «щелканье» сустава при движениях в запястье и слабость в руке (даже при письме), опора на руку может причинять боль.

При повреждении ТФХК наблюдается боль в запястье со стороны мизинца, в случае повреждения связки SLL боль отмечается в середине и со стороны большого пальца, а в случае повреждения связки LTL — в середине и со стороны мизинца.



Рисунок 3. Зоны локализации боли при повреждении связок запястья

# ДИАГНОСТИРОВАНИЕ И ИССЛЕДОВАНИЯ

Повреждение связок запястья диагностируются в ходе обычного врачебного осмотра при помощи проведения специальных медицинских тестов, а также посредством рентгенологического обследования.

Объем повреждений может быть самым различным, вследствие чего различаются также и результаты обследований. При легком повреждении (боль отмечается только при определенных движениях)

обычная рентгенограмма не всегда в состоянии выявить аномалии в суставе — в этом случае более точными методами диагностирования являются магнитно-резонансная томография (МРТ) с контрастным веществом или артроскопическое исследование.

Если на обычном рентгеновском снимке выявляется костная патология, то в большинстве случаев речь идет о полном отрыве, или **статической нестабильности**. Если упомянутой рентгенологической находке сопутствуют симптомы изнашивания сустава (остеоартрит), то это, как правило, хроническое дегенеративное повреждение.

# **КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Из консервативных методов лечения в случае острого частичного повреждения применяется наложение шины на сустав сроком на 4-6 недель, в дополнение к чему назначаются обезболивающие лекарственные препараты, и пораженному суставу обеспечивается покой. Если недомогания не отступают, то следует взвесить возможность оперативного лечения — предпочтительным методом в данном случае является артроскопическое восстановление связки.

При остром полном разрыве связки альтернативой артроскопии является открытая (обычная) операция.

К сожалению, во многих случаях пациенты не обращаются за врачебной помощью, поскольку их состояние не мешает им справляться с работой и повседневными бытовыми делами. Если пораженную область оставить без лечения, то у ряда больных симптомы со временем могут исчезнуть, особенно при изменении вида деятельности/нагрузки на руку. В таких случаях может наблюдаться тугоподвижность сустава и время от времени обостряться болезненность при нагрузке, а со временем возможно развитие **хронической травмы**. Не исключено также полное исчезновение симптомов приблизительно в течение 1-1,5 лет (например, при перемене нагрузки/вида деятельности).

В процессе лечения хронических состояний применяется также временное шинирование, изменение режима деятельности (например, снижение нагрузки или исключение определенных видов деятельности), прием противовоспалительных обезболивающих препаратов, накладывание мази и местное электролечение для устранения воспалительной реакции.