

В 14 суставах при проведении МРТ с получением T2-, T2*- и Pd-взвешенных изображений был диагностирован синовит.

Воспалительные, дистрофические изменения латеральных крыловидных мышц, характерные для ЮРА, были выявлены в 11 суставах.

Вывод. Для ЮРА характерно возникновение морфологических изменений

в мягкотканых и костных структурах ВНЧС задолго до клинических проявлений поражения сустава. Ранняя диагностика развивающихся в суставе структурных нарушений необходима для определения адекватной тактики лечения, что обуславливает необходимость включения КТ и МРТ в диагностический алгоритм на самых ранних стадиях ЮРА.

Особенности ультразвуковой визуализации термических ожогов кистей

Егорова Е. А.², Змеева Е. В.^{1,2}

¹ МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25», г. Волгоград

² ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Минздравсоцразвития России

Ultrasound visualization particularities of termal burn hands

Egorova E. A., Zmeeva E. V.

Актуальность. Кисть – уникальный орган, обеспечивающий двигательные функции, присущие только человеку, поэтому ее повреждение, в том числе при термических ожогах, часто приводит к временной потере работоспособности или становится причиной инвалидности.

Цель: оценить особенности ультразвукового исследования кисти при ее термическом поражении и проанализировать ультразвуковую семиотику ожогов кисти.

Материалы и методы. Обследовано 36 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет

с термическими ожогами верхних конечностей. У 21 (58,33 %) из них были поражены кисти одной или обеих рук. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось в первые 5 суток от момента ожога, через 10–14 дней и через 1 месяц. Ультрасонография выполнялась на аппарате Vivid-4 (фирма General Electric, Израиль, 2004) линейным датчиком частотой 12 МГц.

Результаты и их обсуждение. Пострадавшие были поделены на две группы. В 1-ю группу (n = 9) включены пациенты с ожогами II, III-A степени. Ультразву-

ковая картина изменений мягких тканей характеризовалась утратой структурности кожи ($n = 6$), появлением внутрикожных кистовидных структур ($n = 5$), отека подкожной жировой клетчатки ($n = 5$). В ходе повторного УЗИ через 10–14 дней патологических изменений не отмечалось.

Во 2-ю группу ($n = 12$) включены пострадавшие с ожогами III-Б, IV степени. При первичном УЗИ у 5 пациентов определялось ускорение тока крови в лучевой и локтевой артериях по сравнению с контралатеральной конечностью, причем тип кровотока изменен не был. В результате повторного исследования через 10–14 дней и спустя месяц скоростные показатели возвращались к нормальным значениям. Вызвано это, по-видимому, уменьшением отека мягких тканей. Ни в одном случае не выявлено изменений со стороны венозной системы.

У 1 пациента, при исследовании через 5 суток после ожога пламенем, отмечалось парадоксальное ускорение кровотока в глубокой и поверхностной ладонных дугах (до 64,56 и 75,34 см/с, соответственно) при сохраненных в пределах нормы значениях линейной скорости кровотока лучевой и локтевой артериях (46,68 и 53,72 см/с). При этом зона ожога располагалась на тыльной поверхности кисти и ладонную поверхность не затрагивала.

Через 14 дней после ожога данных изменений отмечено не было, из чего можно предположить наличие системной сосудистой реакции на воздействие термического агента.

У 5 пациентов определялся отек глуболежащих тканей (мышц), у 1 по-

страдавшего развился артрит пястно-фаланговых суставов.

Двоим пациентам исследование было проведено после ранней аутодермопластики, затем через 21, 30 и 45 дней после ожога. Во все сроки наблюдения отмечено длительное сохранение отека подлежащих тканей, который продолжал определяться даже после полной эпителизации ожоговой поверхности и полного приживления транспланта.

При УЗИ кистей пострадавших с термическими ожогами существуют некоторые технологические особенности, связанные как с наличием обширной раневой поверхности, так и с вынужденным положением верхних конечностей. Это отражается на полноте и адекватности исследования.

Так например, для более глубокой оценки кровотока в периферических артериях верхних конечностей невозможно применить функциональные пробы, вены не всегда возможно проследить на всем протяжении, расположение ультразвукового датчика может быть атипичным. Болевые ощущения могут быть выраженными (при поверхностных повреждениях) или полностью отсутствовать ввиду значительной глубины ожога либо действия анальгетиков.

Выводы:

1. Ультразвуковая диагностика термических повреждений кистей имеет существенные методические особенности, которые требуют дальнейшего усовершенствования и отработки на практике.

2. Характер изменений тканей кистей при ожогах зависит от глубины поражения и срока, прошедшего с момента получения термического повреждения.