

Traumatyczne uszkodzenia nadgarstka

Przedstawiony na **ryc. 123** przekrój poprzeczny wykonany na poziomie centralnie usytuowanej główki kości główkowatej uwidacznia również bocznie położoną kość łódeczkową oraz zlokalizowany przyśrodkowo bliższy biegun kości haczykowej, kość trójgraniastą i grochową. Wyraźnie zarysowuje się przednia wklęsłość bliższego szeregu, która wykazuje pewną zmienność, zależnie od tego, czy nadgarstek ustawiony jest w pronacji, czy w supinacji. Wklęsłość ta jest głębsza w supinacji, ponieważ skrajne kości zbliżają się wtedy do siebie o 3 mm (z 47 mm do 44 mm), otwarty ku tyłowi kąt pomiędzy kością łódeczkową a główkowatą zwiększa się o 2°, a podobny kąt pomiędzy kością haczykową i trójgraniastą – o 7°.

Wspomniana wklęsłość (**ryc. 124**) jest zachowywana **dzięki napięciu włókien troczka zginaczy** oraz przednich więzadeł międzykostnych. W trakcie chirurgicznego leczenia zespołu cieśni nadgarstka (**ryc. 125**), troczek, stanowiący **najmocniejszy w organizmie człowieka bloczek** dla mięśni zginaczy, zostaje przecięty, a wklęsłość rozchyła się na boki na odległość 3–5 mm. W takich warunkach już tylko przednie więzadła międzykostne (**ryc. 126, czarne strzałki**) zapobiegają całkowitemu spłaszczeniu bliższego szeregu kości nadgarstka. Z tego powodu korzystniejszym zabiegiem jest wydłużenie troczka zginaczy, a nie proste przecięcie go.

Nadgarstek jest **najbardziej narażony na urazy** w pozycji wyprost i odwiedzenia, najczęściej podczas upadku i podparcia ręką. **Forsowne odwodzenie** jest ograniczane przez dwa czynniki: opór więzadeł przyczepiających się do kości trójgraniastej oraz wyrostek rylcowaty kości promieniowej. Zależnie od ułożenia kości łódeczkowej w stosunku do promieniowej

powierzchni stawowej, przy urazie tego typu następuje **złamanie z przemieszczeniem dalszej nasady kości promieniowej (ryc. 127)** lub **złamanie kości łódeczkowej** w jej środkowej części podczas uderzenia w wyrostek rylcowaty (**ryc. 128**). W innych okolicznościach może pojawić się **odłamanie promieniowego wyrostka rylcowatego**, któremu częstokroć towarzyszy rozerwanie więzadła łódeczkowato-księżycowatego (nie pokazanego), co przy braku dokładnych badań może zostać niezauważone. Nadmierny wyprost pojawiający się w trakcie urazu może również powodować odłamanie dalszej nasady kości promieniowej z przemieszczeniem w kierunku grzbietowym (**ryc. 129, przekrój strzałkowy**). Ten typ uszkodzenia często wiąże się także z **odłamaniem tylnopryśrodkowego fragmentu nasady kości promieniowej (ryc. 130, przekrój poprzeczny)**, co zaburza działanie dalszego stawu promieniowo-łokciowego.

W jeszcze innym scenariuszu forsowny wyprost doprowadza do rozerwania przyczepu więzadeł na przedniej powierzchni kości główkowatej (**ryc. 131**), która przemieszcza się grzbietowo za pozostającą na właściwym miejscu kość księżycowatą (zwichnięcie okołoksiężycowate). W trakcie tego przemieszczenia (**ryc. 132**) tylny róg kości księżycowatej może ulec skruszeniu, a jej tylne więzadła – rozerwaniu, prowadząc do przesunięcia kości ku przodowi (**ryc. 133**). Następnie kość księżycowata obraca się o 90°, a główka kości główkowatej zajmuje jej pozycję, wchodząc w kontakt z dystalną powierzchnią stawową kości promieniowej (zwichnięcie kości księżycowatej). Jest to częstokroć zwichnięcie trudne do rozpoznania radiologicznego i widoczne jedynie w projekcjach *stricte* bocznej oraz, przede wszystkim, skośnej.