ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ, ТИПЫ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Семенов Сергей Юрьевич[1,2], Прощенко Ярослав Николаевич[1], Баиндурашвили Алексей Георгиевич[1,2]

[1] Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, 196603, Россия, Санкт-Петербург, г. Пушкин, ул. Парковая, д.64–68

[2] Федеральное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, 195067, Россия, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д.47

E-mail: sergey2810@yandex.ru

Ключевые слова: дети, травма, нестабильность дистального лучелоктевого сустава

При анализе научных публикаций по травматической нестабильности дистального лучелоктевого сустава (ДЛЛС) у детей было установлено, что эта патология в литературе мало освещена. Был выполнен поиск литературных источников в основных отечественных и зарубежных базах данных таких как eLibrary, Cyberleninka, PubMed Central, Google Scholar по ключевым словам: нестабильность дистального лучелоктевого сустава у детей, переломы Галеацци у детей, distal radioulnar joint instability in children, Galeazzi fracture in children. Рассмотрены полнотекстовые статьи (всего 15) на русском и английском языках. Выборка источников в основном ограничивалась 1998–2021, так как материалов, опубликованных по данной патологии у детей ранее, не было обнаружено.

Цель исследования. на основе обзора литературы представить причины развития, типы, алгоритм диагностики и лечения травматической нестабильности ДЛЛС у детей.

Нестабильность ДЛЛС — дисгармоничное взаимодействие структур кистевого сустава на уровне ДЛЛС, которое приводит к нарушению функции вследствие патологической дислокации локтевой или лучевой кости и может являться причиной как болевого синдрома, так и раннего развития артроза кистевого сустава.

Наиболее часто нестабильность ДЛЛС у детей возникает при переломах и переломовывихах дистальных структур локтевой и лучевой костей со смещением, в результате которых происходит повреждение стабилизирующих структур, что приводит к развитию нестабильности в ДЛЛС (тип1).

Другой причиной формирования нестабильности ДЛЛС является изолированное повреждение стабилизаторов ДЛЛС.

Не менее важной причиной развития нестабильности ДЛЛС в отдаленном периоде являются неправильно срастающиеся переломы и закрытие дистальных зон роста одной из костей предплечья.

В отдельную группу необходимо выделить нестабильность ДЛЛС как компонент лучелоктевой диссоциации травматического генеза, которая возникает после повреждений Эссекс-Лопрести, однако нужно отметить, что у детей нужно рассматривать и врожденный характер патологии, который не описан в литературе.

Таким образом, выделяют четыре основных типа и причины, которые приводят к развитию травматической нестабильности дистального лучелоктевого сустава у детей.

Алгоритм обследования пациента детского возраста с нестабильностью ДЛЛС включает в себя клинический метод: сбор анамнеза жизни и заболевания, ортопедическая оценка ротационной функции предплечья, а также проведение диагностических тестов («стресс-тест» и «пресс-тест»).

Лучевая визуализация нестабильности ДЛЛС основана на использовании рентгеновского метода исследования, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Рентгенография кистевого сустава проводится в объеме стандартной сравнительной рентгенографии костей предплечья в 2 проекциях и рентген-функционального исследования в положении вывиха головки локтевой кости. МСКТ — исследование проводится на этапе планирования хирургического лечения. Для оценки состояния мягкотканных структур кистевого сустава и дистальных зон роста костей предплечья выполняется МРТ.

Лечение этой категории пациентов определяется типом нестабильности ДЛЛС: при 1 и 3 типе нестабильности выполняют восстановление анатомической длины и оси костей предплечья; при 2 типе — восстановление стабилизаторов ДЛЛС. Для реабилитации используется лечебная физкультура и физиотерапия на основании индивидуального плана лечения.

При 4 типе НДЛЛС — лечение направлено на восстановление анатомической длины и оси костей предплечья, вправление головки лучевой и локтевой кости, восстановления стабилизаторов ДЛЛС.

Заключение. нестабильность ДЛЛС 1 типа возникает преимущественно у детей старшей возрастной группы и обусловлена низким ремоделирующим потенциалом, минимальной возможностью к спонтанной самокоррекции остаточных деформаций и ротационных смещений костей предплечья. Развитию 2 типа нестабильности ДЛЛС у детей предшествует изолированное повреждение стабилизаторов дистального лучелоктевого сустава в результате травмы области кистевого сустава без повреждения костных структур.

Формирование 3 типа нестабильности ДЛЛС характерно только для детей, так как изменения возникают при наличии активных зон роста и связаны с предшествующим переломом и нарушением функционирования дистальной зоны роста лучевой кости.

Нестабильность ДЛЛС 4 типа является элементом сложносоставного повреждения — лучелоктевой диссоциации, так нужно установить этиологию: врожденного или травматического генеза, а в дальнейшем необходимо провести дополнительное исследование с целью определения этапности лечения данной патологии у детей.