

СТАТИСТИЧНІ ВІДОМОСТІ ПРО ТРАВМИ НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ

Шармазанова О.П.¹, Агій В.І.², Шимон В.М.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Державний вищий навчальний заклад

«Ужгородський національний університет»

Переломи кісток надп'яtkово-гомiлкового суглоба (НГС) є одними з найчастіших у дітей, частота їх коливається від 6 до 25% серед усіх травм опорно-рухового апарату. Серед травм гомілки її дистальний відділ уражається в 30-45%. На сьогодні відмічається стійка тенденція до зростання числа пошкоджень НГС у дітей в середньому на 0,3-0,5% у рік.

Мета роботи. Вивчення частоти та видів травматичних ушкоджень надп'яtkово-гомiлкового суглоба у дітей залежно від статі та віку за клініко-рентгенологічними даними.

Матеріал і методи. Був проведений ретроспективний аналіз журналів амбулаторного прийому, історій хвороб і рентгенограм НГС 607 дітей (338 хлопчиків і 269 дівчаток) віком від 1 до 17 років, які надходили у дитяче травматологічне відділення після гострої травми з клінічними ознаками ушкодження надп'яtkово-гомiлкового суглоба протягом одного року. Всім дітям було виконано рентгенограми НГС у прямій і бічній проекції згідно з затвердженими протоколами дослідження. Контрольні спостереження проводили у дітей із наявністю переломів або стійкого больового синдрому за призначенням ортопедів-травматологів.

Результати дослідження та їх обговорення. Від загальної числа дітей, які звернулися з гострими травмами опорно-рухової системи за рік, ушкодження НГС склали 6,8%. Переломи кісток встановлено у 256 (42,2%) дітей, всього було виявлено і проаналізовано 274 переломи, ушкодження зв'язок склали 50,2%; забої – 7,6%.

Питома вага переломів у дівчаток до 6 років складала 28,2%, від 7 до 10 років – 17,3%, 11-14 років – 38,4%, 15-18 років – 15,4%. У хлопчиків – 13,9; 27,0; 39,5%; 19,8% відповідно. Тобто у дівчаток віком до 6 років переломи відмічені в 2 рази частіше, ніж у хлопчиків ($p < 0,01$); у віці 7-10 років – навпаки, переломи у хлопчиків траплялись в 1,6 рази частіше ($p < 0,01$). Таким чином, у дівчаток ризик виникнення переломів до 7 років вищий, ніж у хлопчиків, після 7 років – навпаки. Пояснення такої ситуації потребує подальших досліджень. Найбільш часто з травмами НГС звертались діти 13-14 років – 23,9% (із них у 13 років переломи й ушкодження зв'язок склали по 50,0%, у 14 років ушкодження зв'язок в 1,7 рази переважали над переломами; $p < 0,01$). За отриманими даними, максимальний пік переломів кісток НГС у хлопчиків і дівчаток припадає на 13 років (15,8; 15,4% відповідно).

Перше місце за частотою травм НГС посідає вуличний травматизм (61,0% у хлопчиків і 65,1% — у дівчаток), потім — побутовий 9,2 і 17,8% відповідно), шкільний (6,8% — хлопчики, 5,2% — дівчатка) і спортивний (21,6% — хлопчики, 11,5% — дівчатка). Найбільш травмобезпечними місяцями для травм НГС у дітей є вересень (13,8%) і жовтень (12,0%), на відміну від зимових і літніх місяців.

Таким чином, травматичні ушкодження у дітей мають свої особливості стосовно віку (пік ушкоджень припадає на 13 років), механізму травми (частіше діти отримують такі ушкодження на вулицях) та часу їх отримання (у вересні та жовтні відбувається найбільший відсоток травм надп'яtkово-гомiлкового суглоба).

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА

Шармазанова О.П.

Харьковская медицинская академия

последипломного образования

Стабільність лучезапястного суглоба (ЛЗС) обусловлена формою костей запястья и связочным аппаратом, обеспечивающим также необходимые функции подвижности костей, формирующих сустав. Переломы дистального отдела костей предплечья являются самыми частыми среди травматических костных повреждений, составляя 20-25% всех переломов у взрослых, а среди переломов предплечья на их долю приходится почти 90%. Частота повреждений мягких тканей лучезапястного сустава и кисти также значительно высока и составляет для хрящей до 20%, сухожилий — около 30% и связочного аппарата — до 90% (А.В. Брюханов; А.Ю. Васильев, 2001). Повреждение даже одной связки или перелом кости со смещением часто приводит к нарушению сложного баланса внутри запястья, изменению распределения нагрузок, а в дальнейшем — к развитию нестабильности и дегенеративных изменений. Учитывая частоту повреждений ЛЗС и низкую частоту диагностирования разрывов связок, становится необходимым детальное освещение возможностей их расширенного и детального лучевого обследования.

Цель сообщения. Улучшение лучевой диагностики нестабильности лучезапястного сустава.

Материал и методы. Для диагностики острых костных травматических повреждений ЛЗС используется рентгенография в прямой и боковой проекциях, косые ладонные и тыльные, а также функциональные рентгенограммы, реже используется мультиспиральная компьютерная томография. Для диагностики повреждений связочного аппарата — ультразвуковое исследование и МРТ.

Результаты исследования. Стабільність запястья забезпечується складним анатомічним пристроєм його зв'язочного апарату. Розличають три види зв'язок: капсульні, підкапсульні і міжкостні. Наружные (капсульные) связки соединяют запястные кости с лучевой и локтевой костями. Капсульными связками являются лучевая и локтевая коллатеральные связки запястья. Межкостные связки являются внутренними связками, которые соединяют отдельные запястные кости. Проксимальный ряд костей запястья соединяется ладьевидно-полулунной и полулунно-трехгранной связками. Эти связки разделяют лучезапястный и межзапястный суставы и препятствуют их сообщению. Дистальный ряд костей запястья также соединен межкостными связками.

Известны два механизма, приводящие к нестабильности запястья: 1) динамическая нестабильность с разрывом или ослаблением внутренних или наружных связок запястья; 2) статическая нестабильность, возникающая при неправильной ориентации лучевой или локтевой костей.

Для диагностики нестабильности ЛЗС используют клинические пробы: тест Н.К. Watson et al. (1988) — на стабильность ладьевидно-полулунного сочленения; тест D.S. Reagan et al. (1984) — на стабильность полулунно-трехгранного сочленения; «пресс-тест» (Lester B. et al., 1995) — на состоятельность треугольного фиброзно-хрящевого комплекса; тест «клавиши пианино»