

E.A. Сидореня, М.В. Филипович
ЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА
Научный руководитель: ст. преп. А.Д. Титова
Кафедра травматологии и ортопедии
с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

E.A. Sidorenja, M.V. Filipovich
LATERAL INSTABILITY OF THE ANKLE JOINT
Tutor: senior lecturer A.D. Titova
*Department of Traumatology and Orthopedics
with Advanced Training and Retraining Course
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Латеральная нестабильность голеностопного сустава часто развивается вследствие недостаточной диагностики повреждений таранно-малоберцовой связки при травмах. Проведённое исследование в Минске показало, что амбулаторные врачи редко направляют пациентов на дополнительное обследование, что приводит к недооценке патологии. Это подчёркивает необходимость повышения настороженности и улучшения алгоритмов диагностики в амбулаторной практике.

Ключевые слова: латеральная нестабильность, таранно-малоберцовая связка, травма голеностопного сустава, диагностика, капсулочно-связочный аппарат.

Resume. Lateral ankle instability often develops due to insufficient diagnosis of talofibular ligament injuries following trauma. A study conducted in Minsk showed that outpatient physicians rarely refer patients for additional imaging, leading to underestimation of the condition. This highlights the need to raise awareness and improve diagnostic protocols in outpatient practice.

Keywords: lateral instability, talofibular ligament, ankle joint injury, diagnostics, capsuloligamentous complex.

Актуальность. Таранно-малоберцовая связка является основным стабилизатором голеностопного сустава. Но при супинации стопы с ротацией возникает её повреждение, которое может быть как частичным, так и полным. При неправильном лечении и недостаточной диагностике данного вида повреждения у пациентов развивается недостаточность функции малоберцовой связки и патология стабилизации. Таким образом образуется латеральная нестабильность голеностопного сустава, которая, согласно статистике, приводит к болевому синдрому, ощущению нестабильности, дискомфорту при ходьбе, а также постоянным поворотам конечности у молодых людей, спортсменов.

Цель: выявить частоту встречаемости повреждения латеральной части связочного аппарата голеностопного сустава в городе Минске у пациентов городского клинического центра травматологии и ортопедии.

Задачи:

1. Проанализировать данные литературы для установления наиболее вероятных повреждений связок голеностопного сустава и методов медицинской помощи.
2. Определить группу исследования на базе УЗ 6 ГКБ.

3. Выявить недостатки диагностики пациентов и оказанной им медицинской помощи.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на базе УЗ «б-я городская клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ журналов приемного отделения, справок и историй болезни пациентов, обратившихся за помощью в приемное отделение с повреждением области голеностопного сустава. Среди возможных диагнозов фигурировал и «Повреждение таранно-малоберцовой связки», «Повреждение капсально-связочного аппарата голеностопного сустава», «Растяжение связок голеностопного сустава», «Дисторсия голеностопного сустава».

Результаты и их обсуждение. В результате оценки данных литературы было выявлено:

- 40% всех спортивных травм - это растяжения связок лодыжки, что делает растяжения лодыжки наиболее часто встречающейся травмой во время спортивных мероприятий.

- Более 50% травм в баскетболе и почти 30% травм в футболе можно отнести непосредственно к травмам лодыжки.

- Более 10% посещений отделения неотложной помощи вызваны растяжением связок лодыжки.

- 75% травм лодыжки затрагивают боковую лодыжку с равным распределением между мужчинами и женщинами.

- В некоторых литературных сообщениях сообщалось о более высоком уровне растяжений I степени у женщин по сравнению с мужчинами и более высокой предрасположенности к будущим растяжениям после растяжения связок голеностопного сустава

- Травма боковой лодыжки может привести как к функциональной, так и к механической нестабильности лодыжки. Боковая нестабильность лодыжки также может быть вызвана наследственными связочными состояниями, такими как синдром Элерса-Данлоса, синдром Марфана и синдром Тернера

Для полной оценки боковой нестабильности необходимо:

- Собрать анамнез (пациенты часто сообщают о повторяющихся эпизодах «падающей» лодыжки на неровной местности или о чувстве расслабленности и могут особенно помнить о конкретных действиях, при которых они осознают, что у них могут быть потенциальные травмы. Сама боль также может быть жалобой, хотя, как правило, не главной жалобой).

- Физическое обследование стопы и лодыжки (Оценка выравнивания стопы. Оценка наличия гипермобильности. Диапазон движения и силы в сравнении с другой конечностью).

- Стressовые исследования – тест на наклон таранной кости и тест переднего выдвижного ящика. (Сдвиг во время теста переднего ящика более чем на 8 мм считается патологическим. Исследуя наклон тала значение более 10 градусов или более 5 градусов по сравнению с контралатеральной стороной считается патологическим при просмотре на рентгенограмме).

- Рентгенография лодыжки для оценки расширения синдесмоза, деформаций стопы или лодыжки, которые могут предрасполагать пациентов к нестабильности.

- МРТ голеностопного сустава для оценки повреждения (Выявление сопутствующих патологий: остеохондральные дефекты таллярного купола, патология сухожилия большеберцовой области.

- УЗИ голеностопного сустава.

- Пациенты с механической нестабильностью будут иметь радиологические доказательства, пациенты с функциональной нестабильностью могут иметь отрицательные тесты на наклон переднего ящика или талар.

Классификация латеральной нестабильности разделяется на анатомическую и функциональную.

- Анатомическая

I класс - Растижение комплекса боковой связки

II степени - Частичный разрыв одной или нескольких связок в комплексе боковых связок

III степени - Полный разрыв комплекса боковой связки.

- Функциональная

I класс - пациент может полностью выдержать вес и ходить.

II степени - пациент ходит с заметной хромотой.

III класс - пациент не может ходить



Рис. 1 – Классификация травматизации связок при латеральной нестабильности голеностопного сустава

Исследование было выполнено на базе УЗ «6-я городская клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ журналов приемного отделения, справок и историй болезни пациентов, обратившихся за помощью в приемное отделение с повреждением области голеностопного сустава. Среди возможных диагнозов фигурировал и «Повреждение таранно-малоберцовой связки», «Повреждение капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава»,

«Растяжение связок голеностопного сустава», «Дисторсия голеностопного сустава»

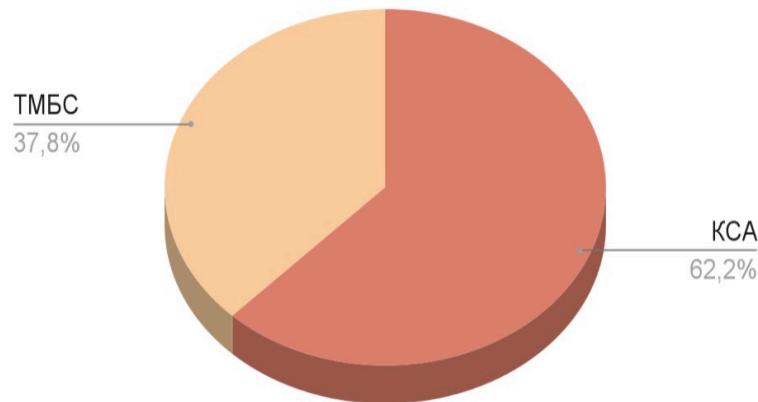


Рис. 2 – Соотношение выставленных в приемном покое диагнозов при повреждении голеностопного сустава

В ходе исследования пациенты, обратившиеся в приемное отделение УЗ “6-я ГКБ” были разделены на две части по выставленному им диагнозу: в первую группу были определены пациенты с диагнозом “Повреждение таранно-малоберцовой связки” (1452 обращения), в другую же попали пациенты, которым были выставлены диагнозы “Повреждение капсульно-связочного аппарата голеностопного сустава”, “Растяжение связок голеностопного сустава”, “Дисторсия голеностопного сустава” (2388 обращений)

Согласно проведенному исследованию диагнозы были выставлены на основании данных анамнеза и рентгенографий в двух проекциях.

Пациентам обеих групп были даны общие рекомендации, в том числе продолжение лечения амбулаторно.

У всех пациентов данного исследования было недооценено повреждение связочного аппарата голеностопного сустава. Им не было рекомендовано выполнение дополнительных обследований в отсроченном периоде (УЗИ и МРТ голеностопного сустава) для оценки степени повреждения связочного аппарата.

В ходе исследования было установлено, что среди врачей амбулаторного звена практически отсутствует настороженность по развитию латеральной нестабильности голеностопного сустава после его травматизации.

Выводы. Латеральная нестабильность голеностопного сустава по данным литературы встречается в 60% случаев после травматизации голеностопного сустава и по большей части затрагивает людей молодого возраста, поэтому настороженность по данной патологии должна присутствовать в амбулаторном звене.

Литература

1. А.Н. Кубрина, Е.П. Сорокин, Е.А. Пашкова, Н.С. Коновалчук, В.А. Фомичев, Д.А. Шулепов Лечение хронической нестабильности голеностопного сустава, вызванной повреждением латерального связочного комплекса: обзор литературы / Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург.
2. Chan, K. W., Ding, B. C., Mroczek, K. J. (2011). Острая и хроническая нестабильность латерального голеностопа у спортсмена. Bull NYU Hosp Jt Dis, 69(1), 17-26.
3. Хертель, Дж. (2002). Функциональная анатомия, патомеханика и патофизиология латеральной нестабильности голеностопа. J Athl Train, 37(4), 364-375.