

## ОСТЕОХОНДРОПАТИЯ ВЕНЕЧНОГО ОТРОСТКА ЛОКТЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

© *М.С. Никитин, Я.Н. Прощенко*

ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург

Статья поступила в редакцию: 04.12.2017

Статья принята к печати: 18.02.2018

Остеохондропатия проксимального отдела локтевой кости — редкое заболевание, которое поражает не только локтевой, но и венечный отросток. В отечественной и зарубежной медицинской литературе мы не нашли описания остеохондропатии венечного отростка у ребенка, вызывающей большой интерес с точки зрения диагностики и лечения. В статье представлен клинический случай остеохондропатии венечного отростка, описана клиническая картина поражения локтевого сустава у пациента, которая проиллюстрирована рентгенограммами, сделанными до и после хирургического лечения.

В описанном клиническом случае после хирургического лечения у ребенка прошли боли и восстановилась в полном объеме функция локтевого сустава, что позволяет нам расценить результат лечения как хороший и предположить, что выбранная активная хирургическая тактика лечения данного заболевания адекватна и своевременна.

**Ключевые слова:** локтевая кость; ребенок; остеохондропатия.

## OSTEOCHONDROPATHY OF THE CORONOID PROCESS OF THE ULNA IN A CHILD: CASE REPORT

© *M.S. Nikitin, Ya.N. Proshchenko*

The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia

For citation: *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*. 2018;6(1):55-57

Received: 04.12.2017  
Accepted: 18.02.2018

Osteochondropathy of the proximal ulnar bone is a rare disease that affects not only the ulnar, but also the venous process. To our knowledge, the existing domestic and foreign medical literature does not provide a description of osteochondropathy of the coronal process, a topic of considerable interest from the point of view of diagnosis and treatment.

Here, we describe a clinical case of osteochondropathy of the coronal process and present a clinical picture of the defect of the elbow joint in the patient, with radiographs taken before and after the surgery. In the present clinical case, postoperatively, the patient reported pain; however, the elbow joint function was fully restored, indicating the success of the treatment and that active surgical treatment of this disease is adequate and timely.

**Keywords:** ulna; child; osteochondropathy.

### Введение

Остеохондропатии — заболевания апофизов и эпифизов трубчатых костей и губчатого вещества коротких костей у детей, характеризующиеся медленно протекающими асептическими некрозами ядер окостенения, которые сопровождаются нарушением формы кости и ведут к деформации пораженного сегмента конечности с проявлениями нарушения функции вплоть до полной утраты [1].

В литературе выделяют четыре группы остеохондропатий: с поражением эпифизов длинных

трубчатых костей; с поражением коротких губчатых костей; поражение апофизов и частичные остеохондропатии суставных поверхностей. По данным С.А. Рейнберга (1964), остеохондропатии любой локализации проходят пять стадий, которые следуют одна за другой, не разделяются строго по времени, причем возможно параллельное протекание двух и трех стадий, что говорит о некоторой условности рентгенологической стадийности процесса и многообразии клинических проявлений [1, 2].

Нужно отметить, что в литературе описано более 200 остеохондропатий различной локализации. Так, в начале прошлого столетия врачи Нильсон в 1921 г., Гасс в 1921 г. и Паннер в 1929 г. описали редкие остеохондропатии проксимального и дистального эпифиза плечевой кости, а в 1982 г. D. Capla и J. Kundrát представили случай остеохондропатии локтевого отростка у ребенка. В то же время описания поражения венечного отростка локтевой кости нет [3].

С учетом того что остеохондропатии могут быть различной локализации, был проведен поиск в отечественной и зарубежной литературе заболеваний асептического генеза венечного отростка у детей, тактики лечения и диагностики. Дополнительно с целью охвата большого количества описаний в зарубежной литературе по базе PubMed также был задан поиск на предмет остеохондропатии локтевой кости. Результат наших поисков оказался отрицательным, и мы не нашли описания или упоминания болезни (остеохондропатии) венечного отростка локтевой кости у детей.

Принимая во внимание, что поражение венечного отростка у детей само по себе редкое заболевание, мы решили представить клинический случай остеохондропатии венечного отростка у ребенка, что, на наш взгляд, является яркой демонстрацией нетипичной локализации этой болезни.

### Клинический случай

Пациент А., 16 лет (2000 г. р.), профессионально занимается водным поло в течение 8 лет. С 2014 г. (в возрасте 14 лет) начали беспокоить боли в области локтевых суставов, документированных случаев травмы нет, за лечением не обращался. С 2016 г. интенсивность болевого синдрома в области лево-

го локтевого сустава возросла, появились случаи отека левого локтевого сустава, ограничение разгибания в левом локтевом суставе. В связи с нарастанием симптомов пациент обратился в клинику НИДОИ им Г.И. Турнера. Он и его родители добровольно подписали информированное согласие на обработку персональных данных, обследование и выполнение хирургического вмешательства.

При осмотре отмечалась боль при пальпации медиальных отделов локтевых суставов, области венечного отростка, суставной щели (более выражено слева); наблюдалось ограничение разгибания в левом локтевом суставе до 170–175° (далее резкий болевой синдром). Сгибание и ротация не нарушены.

Проведены рентгенологическое и компьютерно-томографическое исследования (рис. 1–3), выявлен асептический некроз в области бугорка венечного отростка в стадии фрагментации.

На основании проведенного обследования установлен диагноз: «Остеохондропатия венечного отростка левого локтевого сустава, контрактура, болевой синдром».

Учитывая, что ребенок занимается спортом и имеет выраженный болевой синдром, проведено хирургическое лечение — удаление фрагмента венечного отростка (рис. 4).

При осмотре через полгода пациент жалоб не предъявлял, объем движений в левом локтевом суставе полный, физические нагрузки безболезненные. Боковая стабильность локтевого сустава не нарушена.

### Обсуждение

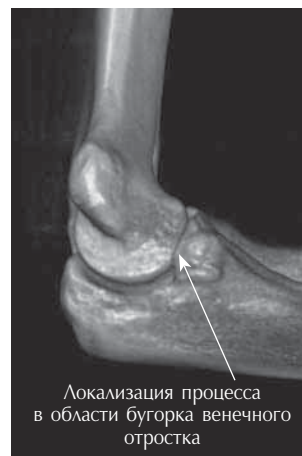
Диагностика остеохондропатии венечного отростка была основана на лучевых методах исследования, при проведении дифферен-



**Рис. 1.** Рентгенограмма левого локтевого сустава. Стадия фрагментации области бугорка венечного отростка



**Рис. 2.** Компьютерная томография левого локтевого отростка, стадия фрагментации области бугорка венечного отростка



**Рис. 3.** Компьютерная томография в режиме 3D



**Рис. 4.** Передне-задняя рентгенограмма левого локтевого сустава после операции

циальной диагностики был исключен перелом, также нами была осуществлена диагностика на предмет аномалии развития — передняя локтевая кость, добавочное костное образование венечного отростка [1, 2, 4], что также не имело место.

### Заключение

Представленный клинический случай остеохондропатии венечного отростка локтевой кости демонстрирует большое многообразие топических повреждений костей и непредсказуемость локализации асептического остеонекроза у детей.

### Информация о финансировании и конфликте интересов

Работа проведена на базе и при поддержке ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

### Список литературы

1. Ортопедия: национальное руководство / Под ред. С.П. Пиророва, Г.П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Pironov SP, Kotel'nikov GP, editors. Orthopedics: National guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. (In Russ.)]
2. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. – М.: Медицина, 1963. [Reynberg SA. X-ray diagnosis of diseases of bones and joints. Moscow: Meditsina; 1963. (In Russ.)]
3. Capla D, Kundrat J. Necrosis apophyseos olecrani ulnae. Juvenile osteochondropathy of the ulna. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* 1982;49(6):497-499.
4. Королюк И.П. Рентгеноанатомический атлас. Скелет (норма, варианты, ошибки интерпретации). – М.: Видар, 1996. [Korolyuk IP. X-ray anatomy atlas. Skeleton (norm, variants, interpretation errors). Moscow: Vidar; 1996. (In Russ.)]

### Сведения об авторах

**Максим Сергеевич Никитин** — травматолог-ортопед отделения последствий травм и ревматоидного артрита ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург.

**Ярослав Николаевич Прощенко** — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения последствий травм и ревматоидного артрита ФГБУ «НИДОИ им. Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: yar-2011@list.ru.

**Maxim S. Nikitin** — MD, Orthopedic Surgeon of the Department of Trauma Effects and Rheumatoid Arthritis. The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia.

**Yaroslav N. Proshchenko** — MD, PhD, Research Associate of the Department of Trauma Effects and Rheumatoid Arthritis. The Turner Scientific Research Institute for Children's Orthopedics, Saint Petersburg, Russia. E-mail: yar-2011@list.ru.