

ПРОБЛЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Боровская О.С.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь*

Аннотация. В связи с участвовавшими случаями травматизма на занятиях физической культурой в школах очень актуальной проблемой является тактика лечения таких травм. Выбор метода лечения напрямую связан со сроком выздоровления, а, следовательно, и сроком возвращения детей к учебной деятельности. В данной работе описаны и обоснованы методы лечения таких травм, обеспечивающие быстрое выздоровление ребенка.

Ключевые слова: переломы лучевой кости, проблема эффективности лечения, хирургическое лечение переломов.

В последнее время участились случаи травматизма на уроках физической культуры у детей. При повреждении локтевого сустава наиболее частым является не прямой механизм травмы головки и шейки лучевой кости, т. е. падение вперед с опорой на вытянутую руку. Также, причиной получения такой травмы может послужить сильный удар спортивным инвентарем, например, мячом или гимнастической палкой. При повреждении локтевого сустава, различают переломы шейки лучевой кости (встречаются у 20,9% детей), переломы головки на границе с шейкой лучевой кости – у 11% [1]. В детском возрасте переломы головки и шейки лучевой кости представлены эпифизолизмами и остеоэпифизолизмами с присущей данным повреждениям классической рентгенологической картиной. В педиатрической практике с учетом функционирующей зоны роста методы открытой репозиции с обнажением зоны перелома и последующим металлоостеосинтезом несомненно будут более травматичными, чем закрытые способы, поэтому показания к ним должны быть сведены к минимуму. Резекция головки лучевой кости, как у взрослых недопустима.

Цель исследования явилось проведение анализа эффективности применения малоинвазивных методов оперативного лечения (закрытой репозиции, остеосинтеза спицами) с применением ЭОП при переломах головки и шейки лучевой кости у детей для скорейшей реабилитации.

С 2005 по 2018 год на базе детского травматолого-ортопедического отделения 6 ГКБ г. Минска было проведено 36 операций (из них – 28 малоинвазивные) пациентам с остеоэпифизолизмами головки и переломами шейки лучевой кости у детей (15 мальчиков, 21 девочек). Средний возраст пациентов составил 9 лет (от 4 до 14).

В диагностике данного вида повреждений выполнялась рентгенография локтевого сустава в 2-х проекциях. Среди методов закрытой репозиции под контролем ЭОП наиболее часто использовалась методика закрытой репозиции

по Свинухову, однако при данной репозиции отсутствует прямой рычаг и суть репозиции заключается в опосредованном супинационно-пронационном воздействии на мелкий фрагмент – головку относительно всей лучевой кости [2]. Поэтому применялась модификация Ворохобова закрытой репозиции по Свинухову. Но и этот способ не всегда обеспечивал качественную репозицию, так как давление на головку лучевой кости идет опосредованно через мягкие ткани. При большом смещении головки лучевой кости производилось вправление по Баирову. Данные методики репозиции позволяли достигнуть удовлетворительного положения отломков в 78% случаев. При безуспешности закрытой репозиции выполнялось открытое вмешательство с репозицией головки и фиксации ее спицами интрамедуллярно, либо трансартикулярно. В 1 случае при множественном повреждении применялся комбинированный метод лечения, включающий закрытое устранение вывиха и репозицию головки лучевой кости под контролем ЭОП с фиксацией ее спицами, введенными интрамедуллярно, затем выполнялась открытая репозиция внутреннего надмыщелка с фиксацией его спицами [3]. Средняя продолжительность операций с применением ЭОП составляла 30-40 мин. в зависимости от вида повреждения. Пациенты выписывались на амбулаторное лечение на 5-6-й день после операции.

Применение малоинвазивной методики операции с применением ЭОП при остеоэпифизеолизах головки и переломах шейки лучевой кости у детей является высокоэффективным методом лечения и позволяет в большинстве случаев избежать открытой репозиции, что сокращает сроки лечения и реабилитации и позволяет сократить продолжительность пребывания пациента в стационаре и обеспечить полноценное возвращение в учебную деятельность. В среднем, спустя 5 дней пациенты уже вне условий стационара самостоятельно продолжают восстановление. Рекомендованы комплексы гимнастики для свободных от гипсовой повязки суставов с обязательным вовлечением пальцев кисти. Упражнения выполняются перед столом с гладкой поверхностью для облегчения скольжения руки. Полезны упражнения в теплой воде, а также бытовые нагрузки, в частности самообслуживание. Гидрокинезотерапия назначается после снятия гипсовой повязки. Тепловой режим при занятиях в воде должен быть мягким. Температура воды: от 34 до 36 °С. Гимнастика проводится при полностью погруженной в воду руке (предплечье, кисть). На начальных этапах необходимо исключить ношение тяжестей и висы. Весьма полезен массаж пораженной конечности. Уделяется внимание всем суставам от пальцев до локтей. Сначала пациент помогает себе делать упражнения здоровой рукой. Все движения должны выполняться до болевого синдрома, а не через него. Начинаются упражнения со сгибания и разгибания в суставах, затем делается приведение и отведение, пронация и супинация. Вполне возможно дополнять упражнения в воде занятиями с мягкими губками и мячиками, впоследствии размер предметов должен

уменьшаться. Для тренировки мелкой моторики в воду опускаются пуговицы, которые пациент должен захватывать и вылавливать. Физические факторы, применяемые в постиммобилизационный период: парафиновые аппликации, электрофорез лидазы, калия, ультрафонофорез лидазы, электростимуляция мышц, солевые ванны. На третьем этапе, когда фиксация не требуется, нагрузка на пораженную конечность не ограничивается. При выполнении комплекса лечебной физкультуры используется дополнительное оборудование для отягощения, а также висы и упражнения на сопротивление. В этом периоде делается упор на полное восстановление конечности и устранение остаточных явлений перелома. Лечебная физкультура включает в себя комплексы гимнастики, механотерапии и гидрокинезотерапии. Гидрокинезотерапия: занятие проводится как на прошлом этапе, но дополняется выполнением бытовых манипуляций. Они призваны увеличивать амплитуду движения в суставах и позволяют пациенту расширить объем упражнений: имитация мытья рук и посуды, стирки и выжимания и т. д. Также следует скорректировать рацион питания. Необходимо включить продукты, содержащие кальций (молочные продукты, зеленые листовые овощи, орехи и т.д.).

Все эти реабилитационные мероприятия обеспечивают скорейшее выздоровление и возвращение пациента к его привычному образу жизни.

Литература

1. Бойчев, Б. А. Оперативная ортопедия и травматология / Б. А. Бойчев. - София: Медицина и физкультура, 1962. – 356с.
2. Чаклин, В. Д. Основы оперативной ортопедии и травматологии / В.Д. Чаклин. - М.: Медицина, 1964. – 163с.
3. Мовшович, И. А. Оперативная ортопедия / И. А. Мовшович. - М.: Медицина, 1985. – 245с.