

**АО «Медицинский университет астана»
Кафедра детской хирургии**

**Тема: Подвывих головки лучевой кости у детей.
Профилактика детского травматизма, принципы
диспансеризации травматологических больных**

Выполнила: Сейфолла Н.Н.

Группа: 740 ВОП

Преподаватель: Аристангалиев М.Т.

Астана – 2018 год

План:

1. Подвывих головки лучевой кости
2. Причины, вызывающие подвывих головки лучевой кости
3. Клиническая картина
4. Лечение
5. Профилактика детского травматизма

Подвывих головки лучевой кости встречается исключительно у детей до 3—5-летнего возраста и называется также «вывих от вытягивания» или «болезненная пронация маленьких детей».

Подвывих головки лучевой кости, часто встречающийся когда их ведут за руку, и ребенок спотыкается; клинически, как правило, проявляется невозможностью движений в локтевом суставе (псевдопаралич).

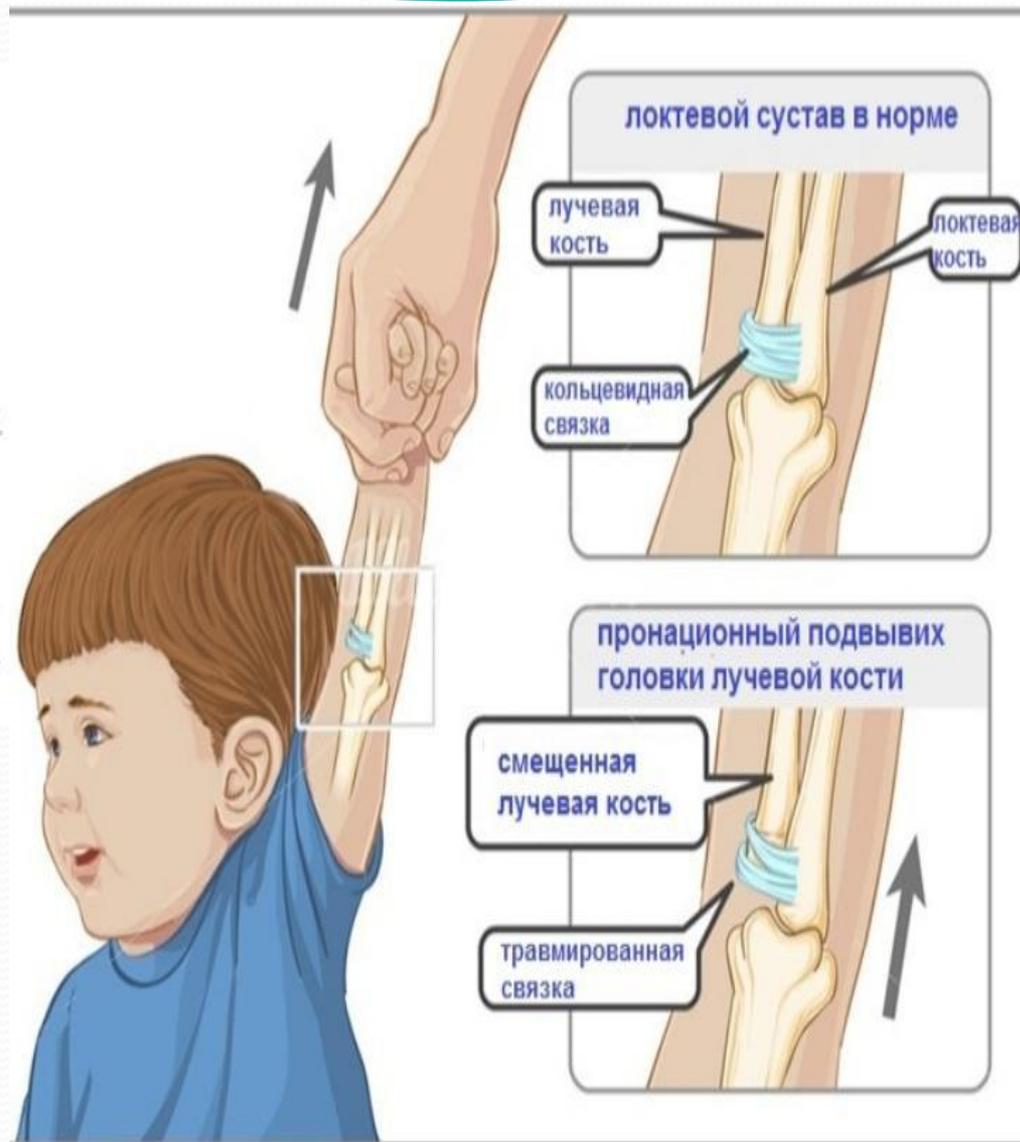
У взрослых головка лучевой кости шире ее шейки, поэтому головка не может проникнуть через связки, плотно окружающие шейку. У детей ясельного возраста (около 2—3 лет) головка лучевой кости не шире ее шейки и может легко проникнуть через эти связки (подвывих головки лучевой кости).

Причиной, вызывающей подвывих головки лучевой кости, является обычно движение, при котором рука ребенка, находящаяся в вытянутом положении, подвергается резкому растяжению за кисть или за нижний конец предплечья по продольной оси конечности чаще вверх, иногда вперед. Из анамнеза удастся установить, что ребенок оступился или поскользнулся, а мать, которая вела его, держа за левую руку, потянула за нее, чтобы удержать ребенка от падения. Иногда у маленького ребенка такое растяжение руки происходит во время игры или надевания и снятия узкого рукава.

С. Д. Терновский объяснял это возрастными анатомическими особенностями связочного и костно-мышечного аппарата у детей до 3-летнего возраста: позднее развитие наружной части дистального мыщелка плечевой кости, слабость мышц и тонкость суставной сумки. Кроме того, капсула сустава между плечевой костью и головкой лучевой кости шире и образует складку, которая вдается в полость сустава. Указанные анатомические особенности, несомненно, способствуют подвывиху головки лучевой кости.



Рис. 53. Механизм возникновения подвывиха головки лучевой кости у детей в возрасте до 3—4 лет.
 а — на прогулке;
 б — при одевании.



Клиническая картина при подвывихе головки лучевой кости всегда типична. Рука свисает вдоль туловища подобно парализованной, в положении легкого сгибания в локтевом суставе и пронации. Попытка произвести движения в локтевом суставе вызывает у ребенка плач, так как движения болезненны. Однако можно осторожно произвести медленное сгибание и разгибание в локте, не изменяя положения предплечья. При пальпации иногда удается определить, что болезненно надавливание на головку лучевой кости, но видимых изменений в этой области не отмечается..

Существуют различные анатомические объяснения этого повреждения. Л. Омбредан считает, что головка лучевой кости остается наполовину ущемленной в кольцевидной связке и не может освободиться и занять нормальное положение. А. Я. Мастерман, изучая анатомию этого отдела на детских трупах, пришел к заключению, что одним ущемлением головки в кольцевидной связке подвывих лучевой кости объяснить нельзя. Он полагает, что это повреждение обусловлено возрастными особенностями связочного и костно-мышечного аппарата, который у детей до 3 лет развит слабее, у них отмечается незаконченное развитие костей, в частности более позднее развитие головчатого возвышения плечевой кости, слабость мышц и тонкость суставной капсулы. Кроме того, сумка сустава между плечевой костью и головкой лучевой кости у детей шире и имеет синовиальную складку — дубликатуру, которая вдается в полость сустава. Изучая сочленение головки лучевой кости с плечевой, указанный автор обнаружил несколько вариантов формы и размера дубликатуры.

Так, при растягивании сустава вследствие этих особенностей головка лучевой кости соскальзывает со своего нормального места, а дубликатура вследствие присасывания растянувшимся суставом втягивается и ущемляется между суставными концами костей. Таким образом, А. Я. Мастерман делает вывод, что патогенез подвывиха лучевой кости обуславливается не ущемлением головки лучевой кости в кольцевидной связке, а наличием указанных возрастных анатомических особенностей, которые по мере развития ребенка изменяются, что и объясняет резкое уменьшение этого вида повреждения после 3 лет.

При дифференциальной диагностике подвывиха головки лучевой кости надо помнить о переломе ключицы и шейки плечевой кости. Важным моментом являются анамнестические данные.

При переломе ключицы больной также держит иногда руку опущенной вдоль туловища и щадит ее, что дает повод принять один перелом за другой. Перелом ключицы легко исключается ощупыванием.

При переломе шейки плечевой кости область плечевого сустава припухает, контуры сустава сглажены, ощупывание вызывает резкую боль, в то время как движения в локтевом суставе совершенно свободны. Повреждение нервов легко исключить, обследовав больного и убедившись, что он может двигать кистью и пальцами. Неподвижность руки объясняется страхом боли, которую ребенок испытывает при движении в локтевом суставе. Таким образом, дифференциальный диагноз не представляет больших затруднений, если врач знаком с указанной патологией.

Лечение при подвывихе головки лучевой кости. Вправление подвывиха головки лучевой кости в 1-е сутки проходит обычно легко (без предварительного обезболивания).

Вправление подвывиха головки луча у детей



Техника вправления. Одной рукой фиксируют плечо в области локтевого сустава, I палец устанавливают в проекции головки лучевой кости. Другой рукой осторожно сгибают предплечье в локтевом суставе под прямым углом при одновременной супинации и давлении пальцем хирурга на головку. Все движения производятся плавно, однако без перерыва и с некоторой силой. В момент вправления при переходе в супинацию ощущается щелчок. Ребенок вскрикивает, затем быстро успокаивается, и через несколько минут восстанавливаются свободные активные движения. В некоторых случаях вправление сразу не удается, и указанный прием приходится повторить несколько раз. Неудача происходит обычно от неправильной фиксации и недостаточного сгибания руки или от неполно произведенной супинации. После вправления иммобилизация не нужна. При недиагностированном подвывихе головки лучевой кости боль сохраняется в течение нескольких дней, наступает отек в области локтевого сустава, а само вправление происходит с некоторым насилием. При рецидивах подвывиха и позднем вправлении рекомендуется кратковременная иммобилизация в гипсовой лонгете сроком не более 1 нед. дабы дать покой суставу и способствовать сокращению связок и сумки сустава

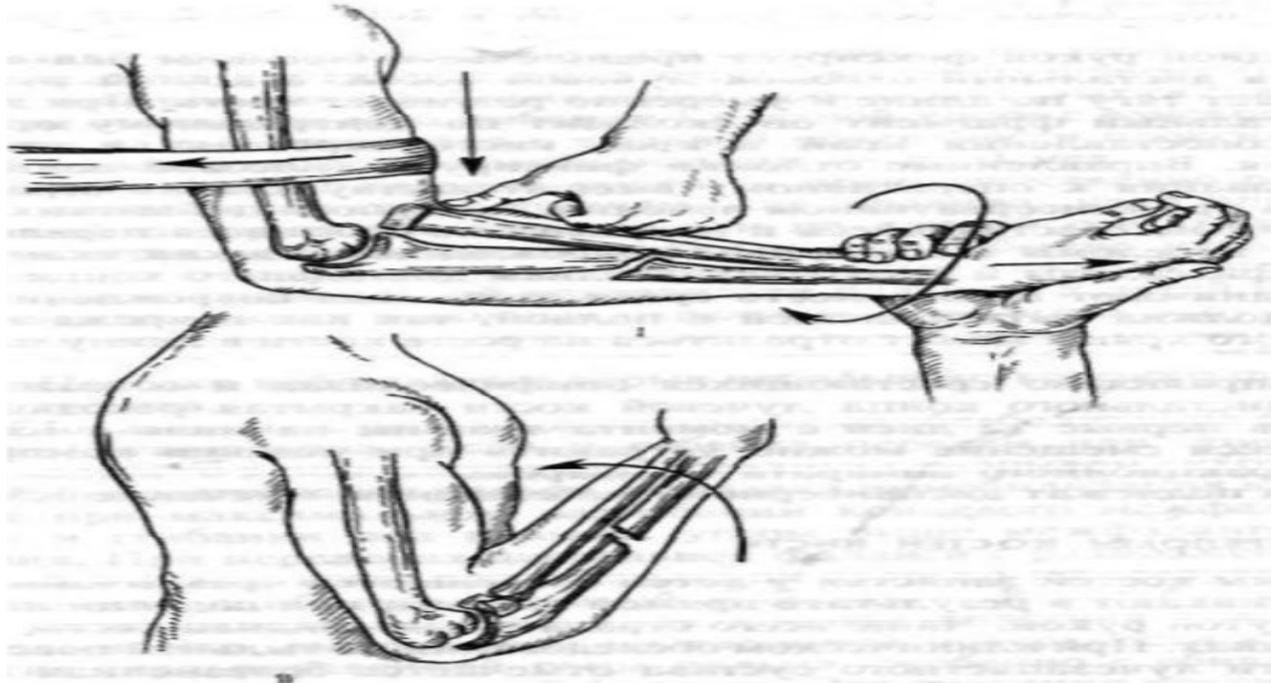


Рис. 14.7. Этапы вправления и репозиции переломовывиха Монтеджи.
I — момент репозиции; II — репозиция завершена.

Травмой (повреждением) называется результат внезапного воздействия на организм ребенка какого-либо фактора внешней среды, нарушающего анатомическую целостность тканей и протекающие в них физиологические процессы. Повреждения, повторяющиеся среди детей различных возрастных групп в аналогичных условиях, входят в **понятие детского травматизма**.

В зависимости от причин и обстоятельств возникновения повреждений различают следующие виды **детского травматизма**:

- бытовой,
- уличный — транспортный и нетранспортный,
- школьный (во время перемен, на уроках физкультуры, труда и т. п.),
- спортивный (при организованных занятиях и неорганизованном досуге),
- прочий (учебно-производственный, сельскохозяйственный и др.).

Профилактика травматизма у детей Обеспечить максимальную безопасность ребенка - основная цель родителей и лиц, которые отвечают за детей. Основные меры профилактики знать и выполнять должен каждый: Ребенка учите безопасности с самого малого возраста: проводите беседы с детьми, рассказывайте о травмах и их последствиях, приводите примеры. Чем меньше малыш, тем больше времени его нельзя упускать из вида. Всегда будьте уверены и проверяйте, чтобы острые предметы, химия, кипяток, огонь и прочие опасности были недоступны для детей. Проверяйте знания детей-школьников о правилах дорожного движениях, поведения на улице, безопасности в школе, на спортивных секциях. Учите детей, что нужно делать, если травма уже произошла. Перед выходом ребенка в сад, школу, на прогулку, убедитесь, что его обувь, одежда и игрушки не могут стать причинами травмы (развязавшийся шнурок на обуви, отколовшаяся пуговица, неисправный зонт, посторонние предметы в карманах и т. п.). Нужно помнить, что избежать детских травм намного проще, чем исправлять печальные последствия. Профилактика детского травматизма должна стать частью вашего образа жизни, и тогда ваши дети будут максимально защищены от окружающих опасностей.