

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СУХОЖИЛКІВ РОЗГИНАЧІВ ПАЛЬЦІВ КИСТІ У ДІТЕЙ

Веселов А. В., магістрант

*Науковий керівник - д-р мед. наук проф. В. Д. Шищук
СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та НС*

Пошкодження сухожилків кисті у дітей є актуальним питанням вітчизняної ортопедії та травматології, адже цей вид травматизму призводить до стійкого порушення функції кисті, а нерідко до інвалідизації. На сьогодні існує велика кількість різноманітних методик лікування пошкоджень сухожилків кисті, але чітких показань для застосування того чи іншого методу не існує.

Ми вирішили проаналізувати результати лікування дітей з пошкодженнями сухожилків розгиначів кисті з метою вибору оптимального методу.

Нами проаналізовано амбулаторні карти розвитку та історії хвороб дітей, що знаходились на стаціонарному та амбулаторно-поліклінічному лікуванні в ортопедо-травматологічному відділенні СОДКЛ у 2011 році з приводу пошкоджень сухожилків розгиначів пальців кисті. За звітний період у відділенні було проліковано 14 хворих, 12 з яких в ургентному порядку, та 2 хворих в плановому. При ургентному зверненні до травм пункту СОДКЛ 64,3% постраждалих отримали різані рани пальців кисті, у 35,7% випадків були закриті пошкодження сухожилків розгиначів кисті. При плановому зверненні в лікарню у всіх пацієнтів (2 хворих) були закриті травматичні розриви сухожилків розгиначів кисті. Час, що минув після травми – $5,8 \pm 2,2$ днів. У постраждалих з відкритими пошкодженнями сухожилків лікування включало ПХО рани з накладанням первинного сухожильного шва по Кюнео, з фіксацією шиною Белера в положенні помірного розгинання. У випадку підшкірного розриву сухожилку розгинача з відривом кісткового фрагменту проводилось відкрите відновлення цілісності сухожилку, з підшиванням останнього до основи нігтьової фаланги пальця.

Дітям з підшкірним пошкодженням сухожилку розгинача без відриву кісткового фрагменту проводилась трансосальна трансартикулярна фіксація нігтьової фаланги пальця спицею Кіршнера, або ін'єкційною голкою з наступним накладанням шини Белера в положенні гіперекстензії. Спиця видалялась через 3 тижні. Фіксація шиною здійснювалась протягом 1 місяця з подальшим проведенням курсу фізео-функціонального реабілітаційного лікування.

У результаті проведеного аналізу нами встановлено, що у 92,9% випадків були отримані відмінні та добрі результати, що свідчить про правильність вибору методу лікування даного виду пошкоджень, що має неабияке значення для подальшого життя, адаптації в суспільстві.