

A gyermekkori csonttörések konzervatív kezeléséről

A gyermek NEM „kis felnőtt”

Gyermekkorban a nagyobb fizikai aktivitásnak köszönhetően gyakrabban fordulnak elő csonttörések, mint felnőttkorban. A növekedés a csontvégek felől történik. Többek között ezért is vannak jelentős különbségek a gyermek és felnőttkori töréskezelésben. Előny, hogy a csont gyógyulása a növekedési potenciál miatt gyorsabb folyamat gyermekkorban, egyes kisebb elmozdulással járó töréseket a csont átépülésével képes a gyermeki szervezet korrigálni, ugyanakkor a nem megfelelően kezelt törés, vagy a növekedési zónát ért törések esetében előfordulhat a későbbiekben kialakuló végtagi deformitás, mely az ízületi mozgások beszűküléséhez vezet. Ezek később korrekációs műtéti ellátást tehetnek szükségessé.

Törés típusok

Megkülönböztetünk elmozdulással járó és elmozdulás nélküli töréseket. Az utóbbi csoportba eső sérülések ellátása rutinszerűen konzervatív úton (= nem műtéti ellátás) történik. Ez rendszerint valamilyen külső rögzítést (gipsz, karfelkötés, speciális készen kapható rögzítő (orthesis) jelent. Amennyiben az elmozdulással járó törés esetén röntgen képerősítő segítségével, szemellenőrzés mellett a görbületet, elmozdulást megszüntetjük és a törés külső rögzítéssel kellően stabilizálható a törés gyógyulásáig gipszrögzítést használunk. Ha a törés ilyen módszerrel nem stabilizálható, úgynevezett instabil törésről beszélünk, mely műtéti úton valamilyen belső rögzítést igényel. Sok esetben ilyenkor is szükséges műtétet követően gipsz felhelyezése.

Ha nem mozdul el a törés, miért kell begipszolni?

Akinek már volt csonttöréssel járó sérülése az tudja, hogy a törés fájdalmas. A töréskezelés legősibb formája, a végtagok nyugalomba helyezése szinte egyidős az emberiséggel. Őseinket az a tapasztalat vezette erre, hogy a nyugalomba helyezés elsődlegesen fájdalomcsillapító hatású. Továbbá a gyógyulási folyamat is valamivel gyorsabbá tehető megfelelő rögzítéssel.

Mit kell tudni a gyermekekre felhelyezett gipszről?

A friss sérülés szinte minden esetben fokozatosan kialakuló duzzanattal jár, ezért az először felhelyezett gipsz sosem körkörös, hanem úgynevezett gipszsín. A gipszsínt rögzítő gézpólya valamivel rugalmasabb, mint maga a merev gipsz, így a még növekvő duzzanat ellenére is kisebb a keringési elégtelenség kialakulásának kockázata, mely súlyos funkció veszteséghez, atrófiához, vezethet! Ennek elkerülése miatt minden felhelyezett gipsz után másnap kötelező a keringésvizsgálat orvos általi elvégzése, mely a gézpólya felhasításából, és cseréjéből áll.

Fontos kihangsúlyozni, hogy bár a gipszrögzítés jelentős fájdalomcsillapítást eredményez, azonban az első 24-48 órában szükség lehet fájdalomcsillapító adásra.

Gyors, de rövid hatású fájdalomcsillapítók (paracetamol, amidazofen) recept nélkül is kaphatóak, de igen jó hatásúak az úgynevezett nem-szteroid gyulladáscsökkentő szerek is.

Ezek hatása lassabban alakul ki, de hosszabb ideig tart. Ebbe a csoportba tartoznak a diclofenac, ibuprofen, piroxicam, nimezulid, származékok.

A gipszben lévő végtagot lógatni tilos, mivel ilyenkor a rögzítettség miatt megsűnik az izmok pumpa funkciója, mely segíti a vénás vér visszaáramlását a szív felé, ezáltal pangás alakul ki a végtagban, mely növeli a duzzanatot, rontja a szövetek oxigénellátottságát és növeli a trombózis kialakulásának kockázatát. Ezért a felső végtagot napközben egy sállal, vagy háromszög kendővel kell a nyakba akasztva, a test elé helyezni (kép), éjszakára pedig a párnára felpolcolni. Alsó végtag törése esetén a végtag vízszintesbe helyezése javasolt, a sarok megemelésével.(kép)

A szülők figyelmét minden esetben felhívjuk arra, hogy fájdalom, lüktetés, szorítás esetén azonnali orvosi ellenőrzés szükséges.

Ha a gipsz meglazul vagy eltörik, a törést már nem tudja kellően rögzíteni. Ilyenkor szükséges a gipsz cseréje.

A duzzanat megsűnése után (általában 1 hét) körkörös gipszet helyezünk fel a végtagra, mely fokozottabb stabilitást biztosít.

A gipsz hossza a törés jellegétől függ. Az instabilitás miatt olykor a szomszédos ízületeket is rögzíteni kell és ilyenkor úgynevezett hosszú-, vagy magas gipszet alkalmazunk. Ez az alkar esetén a tenyértől a hónaljig, lábszár esetén a lábujjaktól az ágyékhajlatig ér.

Kaphat-e műanyag gipszet a gyerek?

Az utóbbi években egyre elterjedtebbé vált, elsődlegesen üvegszálal, nedvességre polimerizálódó anyagok alkalmazása. Nagy előnyük a kis súly és az 1 órán belüli terhelhetőség. Esztétikusabbak, a gyerekek rajonganak értük, mert színesek. Akár speciális cipővel, akár nagyobb méretű sportcipővel is lehet őket használni. Így nincs végtag hossz differencia és a kis beteg nem a koszos gipsszel fekszik a tiszta ágyba. Ezek az előnyök felső végtagon nem olyan kifejezetten, mindazonáltal a durva felszín és élek miatt inkább zavaró is lehet.

Egyik nagy hátrányuk az áruk, amit nem térít a biztosító, így az a szülő pénztárcáját terheli. Érdes felszínük a ruhaneműt könnyen károsítja, kiszakítja. A műszálal alábélelő pólyából nehezen távozik el a nedvesség, ezért a fürdőzés ezzel sem ajánlott. Mivel kevésbé modellálhatók, mint a hagyományos gipsz friss sérülésekre és egyes törés típusokra nem alkalmazhatóak. Továbbá a műanyag gipsz levétele a gyermek együttműködését igényli, ezért ennek hiánya szintén korlátozó tényező.

Mennyi ideig tart a lábadozás?

A csuklótöréseket általában 3-4 hétig, az alkartöréseket 4-6 hétig rögzítjük. A lábszár és a combcsont töréseit hosszabb ideig, akár 8 hétig is rögzítjük. Minden külső rögzítőnek, - így a gipszkötésnek is- az a legfőbb hátránya, hogy a törést határoló ízületekben mozgásbeszűkülés alakul ki, ezért ezeknek a bemozgatása egy-két hetet vehet igénybe. Gipszlevétel után gyerekek esetében igen ritkán van szükség gyógytorna végzésére, nagyfokú aktivitásuk ezt feleslegessé teszi.

A gipsz meglehetősen kiszárítja a bőrt. Legideálisabb ilyenkor semleges, ún. Baba krémmel az érintett testrészt vastagon bekenni és azt 1-2 órát rajta hagyni, majd langyos, szappanos vízzel eltávolítani. Tilos azonban gipszlevétel után a végtagot forró vízben áztatni.

Fontos tudni, hogy a gipszrögzítést csak a feltétlenül szükséges ideig alkalmazzuk, a csont teljes gyógyulása hosszabb ideig eltart, ezért a gyermekek a teljes fizikai aktivitásukhoz csak az orvos által engedélyezett idő után térhetnek vissza, addig fokozott óvatosság és tehermentesítés szükséges.

Dr. Wéber Gabriella