

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Список сокращений и условных обозначений	9
Ушибы мягких тканей у детей	10
Раны мягких тканей у детей	14
Повреждения сухожилий пальцев кисти у детей	19
Переломы ключицы у детей	22
Переломы лопатки у детей	26
Переломы плечевой кости у детей	29
Переломы костей предплечья у детей	42
Переломы костей кисти у детей	51
Вывихи костей верхней конечности у детей	57
Переломы бедренной кости у детей	66
Переломы надколенника у детей	73
Переломы костей голени у детей	76
Переломы костей стопы у детей	86
Травматический вывих бедренной кости у детей	90
Родовые повреждения костно-суставного аппарата у детей	94
Ошибки диагностики и лечения скелетной травмы у детей	99
Тестовые задания	107
Эталоны ответов	122
Список литературы	123

УШИБЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У ДЕТЕЙ

1. Мотивационная характеристика темы. Ушибом называют закрытое механическое повреждение мягких тканей или органов без нарушения их анатомической целостности. В то же время следует понимать, что ушиб мягких тканей является собирательным понятием, под которым в клинической амбулаторной практике зачастую не дифференцируются небольшие разрывы мышц, фасциальных футляров, связок и т.п. Ушибы мягких тканей у детей среди других травм встречаются в 28% случаев, при этом чаще наблюдаются ушибы головы и конечностей.

2. Учебная цель. Закрепление, углубление и совершенствование знаний по диагностике и лечению ушибов мягких тканей у детей.

3. Профессиональные компетенции

Диагностическая деятельность. При установлении диагноза «ушиб», основанного на данных анамнеза и объективного осмотра области травматического воздействия (рис. 1, см. цв. вклейку), следует соблюдать осторожность. В нераспознанных случаях данная патология может скрывать повреждения таких анатомических структур, как мышцы, связки, легкие повреждения костной ткани, переломы костей, повреждения анатомических структур и тканей сустава, повреждения кровеносных сосудов и нервных стволов.

Степень и распространенность внутритканевого кровоизлияния при ушибах зависят от области повреждения, силы травмирующего воздействия. Так, при небольших по силе ударах в области спины, ягодиц, бедра при наличии выраженного массива мягких тканей возникают, как правило, ограниченные ушибы без значительных внешних проявлений и клинических симптомов. По цвету кровоподтека можно определить давность ушиба: в первые два дня он имеет багрово-фиолетовый оттенок, до 5–6-го дня — синий, до 9–10-го дня — зеленый, до 14-го дня — желтый, затем постепенно «отцветает».

При ушибах суставов не исключено повреждение сосудов капсулы и синовиальной оболочки, что сопровождается кровоизлиянием в полость сустава (гемартроз). В случае косо направленного травматической силы может наступить отслойка кожи и подкожной клетчатки с образо-

ванием гематом, при этом гематомы с большими полостями могут в дальнейшем осумковываться с исходом в травматические кисты, наполненные гемолизированной кровью. Иногда гематомы обызвествляются (гетеротопическая оссификация), например, после кровоизлияния в толщу четырехглавой мышцы бедра. При локализации ушиба в области крупных кровеносных сосудов (бедренная, плечевая артерии) может возникнуть тромбоз последних с некрозом мягких тканей. При ушибах области, где периферические нервы (чаще лучевой, локтевой и малоберцовый) расположены близко к кости, отмечаются симптомы выпадения их функции. Обычно чувствительные и двигательные нарушения быстро проходят, но иногда при внутривольных кровоизлияниях или сдавлении гематомой сохраняются длительное время.

Растяжения и разрывы связок отличаются от ушибов механизмом травмы, утратой стабильности суставов и изменением амплитуды активных и пассивных движений в них. Местные клинические проявления, отек мягких тканей, наибольшая болезненность локализованы в проекции поврежденных связок. Из дополнительных методов исследования диагностическую помощь оказывают рентгенография поврежденного сегмента, позволяющая исключить костную травму, и ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей, при котором определяются увеличение объема, толщины тканей, повышение их эхогенности (в сравнении с контралатеральной стороной) без нарушения целостности тканей и анатомических образований, включая нервные стволы. В спорных случаях сомнения разрешают в пользу наиболее тяжелого повреждения. Окончательный диагноз ставят в процессе динамического наблюдения.

Следует отметить, что у детей ушибы имеют почти одинаковые проявления с поднадкостничными переломами. Рентгенограммы в двух типичных для данной области проекциях позволяют исключить перелом и подтверждают диагноз ушиба по увеличению объема мягких тканей, изменению контуров клеточных пространств и «разрыхлению» подкожно-жировой клетчатки. В сомнительных случаях можно осуществить иммобилизацию травмированной конечности и провести контрольную рентгенографию на 10–12-е сутки, что позволяет выявить вторичные рентгенологические признаки перелома в виде периостальной реакции, появления линии перелома на фоне резорбции костной ткани.

Иногда ушиб мягких тканей приходится дифференцировать от воспалительного процесса, особенно в начальной фазе его развития. Для последнего характерны местное повышение температуры, легкая

гиперемия, отсутствие кровоподтека и ушиба в анамнезе. Эту особенность важно учитывать в клинической практике, так как родители зачастую любые патологические состояния конечностей ребенка в первую очередь ассоциируют с каким-либо повреждением в анамнезе.

Лечебная деятельность. При ушибах, как правило, проводят амбулаторное лечение. В первые сутки после травмы используют холодные компрессы (пузырь со льдом). Ушибленной конечности придают возвышенное положение. С целью создания покоя поврежденному сегменту конечности и купирования болевого синдрома целесообразно осуществлять кратковременную (3–5 дней) иммобилизацию. При этом отказ от иммобилизации при ушибах, сопровождающихся распространенным, плотным отеком мягких тканей, — лечебная ошибка. Со вторых суток назначают сухое тепло, ультравысокочастотную (УВЧ) терапию, массаж (обходя место ушиба), лечебную физкультуру, местное лечение (противовоспалительные, рассасывающие мази). К пункции мягкотканых гематом прибегают при отсутствии положительной динамики от применения рассасывающих средств в течение 7–10 дней после травмы.

При ушибах концевых фаланг пальцев кисти сразу после травмы применяют холод, что уменьшает боль и ограничивает образование гематомы. Через 2–3 дня после ушиба необходимо опорожнить гематому. Вмешательство производят под местным обезболиванием по Лукашевичу. Если гематома расположена близко к периферическому краю ногтя, то остроконечным скальпелем пунктируют подногтевое пространство параллельно плоскости ногтя и, аккуратно надавливая на последний, опорожняют гематому. При расположении гематомы у основания ногтя вращательными движениями остроконечного скальпеля пробуравливают небольшое отверстие над гематомой. После этого накладывают сухую асептическую давящую повязку на 4–5 дней.

При ушибах пястно-фаланговых и первых межфаланговых суставов применяют вначале холодные компрессы, затем палец фиксируют в шине на 6–7 дней. После указанного срока назначают тепловые процедуры, лечебную гимнастику, массаж.

При обширных плотных отеках ребенка необходимо госпитализировать для наблюдения, проведения медикаментозного лечения, направленного на восстановление микроциркуляции. В таких случаях при прогрессировании отека тканей с нарушением магистрального кровоснабжения конечности приходится решать вопрос о хирургическом вмешательстве — фасциотомии.

Большие расслаивающие гематомы, при пальпации которых четко определяется зыбление, пунктируют с целью аспирации содержимого,

после пункции на область ушиба накладывают давящую повязку. Если в ходе динамического наблюдения отмечается нарастание гематомы, сопровождающееся нейрососудистыми расстройствами, то в таких случаях необходимо лечение в хирургическом стационаре (вскрытие, ревизия, установление источника кровотечения и выполнение соответствующего оперативного приема с целью гемостаза — электрокоагуляция, лигирование, шов или пластика поврежденного сосуда).

4. Клинические ситуационные задачи

Задача № 1. Мальчик 8 лет во время игры со сверстниками получил удар ногой по правой руке. После этого жалуется на боли в области предплечья и старается активно рукой не двигать. Обратился за медицинской помощью через 2 ч после травмы.

При осмотре по тыльной поверхности средней трети правого предплечья определяется кровоизлияние в мягкие ткани («синяк») багрового цвета, пальпация в данном месте умеренно болезненна. Активные движения в локтевом и лучезапястном суставах в полном объеме, безболезненные. Ротационные движения предплечья ограничены из-за боли. На рентгенограммах предплечья в прямой и боковой проекциях травматических повреждений лучевой и локтевой костей не выявляется.

Ваш диагноз, лечебная тактика?

Задача № 2. Ребенок 6 лет упал с велосипеда. После падения стал жаловаться родителям на боли и чувство жжения в области правого колена.

Данные осмотра: по наружной поверхности правого коленного сустава имеется припухлость мягких тканей, там же участок кожи, лишенный эпидермиса, отмечается поверхностное кровотечение.

Ваш диагноз, лечебная тактика?

Эталоны ответов

Задача № 1. Диагноз: ушиб правого предплечья.

Лечение: травмированную верхнюю конечность фиксируют косыночной повязкой, на место ушиба накладывают пузырь со льдом. Со вторых суток назначают УВЧ-терапию, местно применяют противовоспалительные, рассасывающие мази.

Задача № 2. Диагноз: ушиб и ссадина правого коленного сустава.

Лечение: раневую поверхность промывают раствором водорода пероксида (Перекисью водорода*), кожу вокруг ссадины обрабатывают Йода раствором спиртовым 5%* и накладывают Лейкопластырь бактерицидный*. На место ушиба накладывают пузырь со льдом.