

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

УДК 616.716.4-001.5-053.2-07-089

Єфименко В.П.

ПОМИЛКИ В ЛІКУВАННІ РАН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Резюме: Травми ШЛД у дітей на відміну від дорослих, призводять до значних щелепно-лицевих деформацій і захворювань, що супроводжуються пошкодженням зон росту щелеп, рубцевих змін, патології прикусу і прорізування зубів, що в свою чергу негативно впливає на психоемоційний розвиток такої дитини в зв'язку з косметичними дефектами. Саме тому дітям з травмами ШЛД необхідно надавати своєчасну, повну і кваліфіковану хірургічну допомогу в умовах спеціалізованих стаціонарів, що дасть змогу уникнути важких ускладнень та полегшити реабілітацію таких хворих.

Ключові слова: рани ШЛД, ПХО, щелепно-лицеві деформації, помилки в лікуванні.

Вступ. В дитячій щелепно-лицевій хірургії травма щелепно-лицевої ділянки (ШЛД) залишається важливою проблемою хірургічної стоматології дитячого віку, так у 1998 році за даними нашої клініки травматичні пошкодження склали 11,7% по стаціонару і 35,6% – від всіх звернених до травмпункту, а в 2008 році відповідно 16,5% та 45,6%. Актуальність даної проблеми пояснюється ще й тим, що травми ШЛД у дітей на відміну від дорослих, призводять до значних щелепно-лицевих деформацій і захворювань, що супроводжуються пошкодженням зон росту щелеп, рубцевих змін, патології прикусу і прорізування зубів. Все перераховане призводить до проблем психоемоційного розвитку такої дитини в зв'язку з косметичними дефектами.

Ціллю і завданням дослідження було проаналізувати найбільш часті помилки при наданні спеціалізованої допомоги дітям з травмами щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз архіву клініки, особисті спостереження, дані наукової літератури. Аналіз архіву нашої клініки за 1998–2008 роки виявив, що травми м'яких тканин склали 93,5% від всіх травм ШЛД у дітей і 40% від кількості всіх звернених по ургентну допомогу.

Результати дослідження. За характером – травми ШЛД поділяються наступним чином: найбільшу кількість складають побутові травми – 56%; під час занять спортом – 27%; особливе місце серед травм м'яких тканин ШЛД у дітей займають укушені рани – 12%; окремі випадки травмувань в автотранспортних пригодах – до 5%.

Більшу частину травм діти отримують в літній та зимовий періоди – до 65%; за часом – між 16 – 24 годинами – 65,4%. Найбільша частина травм за віковим показником припадає на дітей у віці від 6 до 14 років, у хлопчиків вони майже вдвічі частіші за дівчаток. Травми м'яких тканин лица і ротової порожнини дітей у віці до 6 років трапляються частіше (78%), ніж поєднана травма м'яких тканин і пошкодження зубів та щелеп, котра частіше спостерігається у дітей шкільного віку (65%).

Забиті рани ШЛД у дітей складають 81% від всіх травм м'яких тканин, супроводжуються наявністю стороннього тіла в рані, скальповані рани – до 30% (включаючи рани після укусів 10%), незначний відсоток складають колоті (8%), вогнепальні (1%), рубані (2–3%). При обстеженні колотих ран лица, що склали близько 8% за даними стаціонару, доволі часто відмічались діагностичні помилки. Колоті ра-

ни м'яких тканин у дітей частіше відмічаються в межах твердого та м'якого піднебіння, виникають внаслідок падіння дитини з відкритим ротом на колючий предмет (палка, олівець), при цьому травмуючий предмет відламується і частина його може залишитися в рані. Іноді стороннім тілом може виявитись фрагмент скла (різані рани, автовипадки), або металеві частини (вогнепальні рани). Недостатньо і не в повному обсязі зібраний анамнез, а також не уважна ревізія рани не дозволяє виявити хірургу стороннє тіло в рані, яке часто буває нерентгеноконтрастним, що призводить до нагноєння ран і тривалого лікування запального процесу "нез'ясованого генезу". Запальний процес такого характеру призводить до вторинної хірургічної обробки ран та тривалого лікування пацієнта.

Частота укушених ран серед всіх травматичних пошкоджень складає від 10% до 12%, а в складі травм м'яких тканин ЩЛД їх кількість ще вища (у середньому кожна 5-та дитина). Очевидним є збільшення загальної кількості укушених ран, за 10 років в структурі всіх травматичних пошкоджень, вона зросла майже вдвічі 1998р. – 7,16% від всіх травм і 7,74% від ізольованих травм м'яких тканин, в 2008р. – відповідно 12,5% та 10,6%. Частіше за все при укусах пошкоджується лице і волосиста частина голови, шия – до 32% від всіх укусів. Діти до 5 років складають 42% травмованих. За нашими даними потреба в госпіталізації зросла до 11,5%, по даним закордонних авторів – 5%, середній термін перебування в стаціонарі – 7,2 днів, у порівнянні з травмами іншої етіології – 4,5 днів. Показання до стаціонарного лікування у хворих з укушеними ранами виникали в 4,3 рази частіше, ніж при інших видах травм. 95% укусів спричинено собаками (різних порід), і 4,5% – укуси кішок (подряпини). В 11% це були нез'ясовані напади тварин, в інших випадках укуси спровоковані самою дитиною. Не зважаючи на те, що частота укушених ран незначна, вони більше небезпечні з точки зору розвитку загальних ускладнень, пошкодження життєво важливих структур, довготривалого загоєння завідомо інфікованих ран, виникнення можливих дефектів тканин (іноді тотальних дефектів носа, губ), нанесення дитині значної психічної травми. Посттравматичні рубці в організмі, що росте, можуть призводити до виражених деформацій, формування в майбутньому косметичних і

функціональних порушень, вимагаючи неодноразової хірургічної корекції, що в свою чергу негативно впливає на формування здорової психіки дитини.

Лікування дітей з укушеними ранами ЩЛД повинно проводитись тільки в спеціалізованих профільних клініках, де створені всі необхідні умови для надання повної комплексної та кваліфікованої хірургічної та іншої допомоги. З метою вибору оптимальної тактики відносно антирабічної профілактики: збираючи анамнез, важливо з'ясувати вид та приналежність тварини, встановити її стан на момент укусу, місце знаходження в теперішній час, можливість встановлення за ним ветеринарного нагляду, а також детально з'ясувати обставини, які призвели до травми. Враховуючи високий відсоток ускладнень при лікуванні укушених ран, на наш погляд, мають бути розширені показники для госпіталізації таких дітей. Стаціонарне лікування повинно проводитись для хворих: з колотими, проникаючими, зі значними за розміром рваними ранами, при наявності дефекту тканини, поєднаних з пошкодженнями кісток лица, зубних рядів. Необхідність в госпіталізації може бути обумовлена проведенням антирабічного лікування у випадках ізольованих пошкоджень м'яких тканин. Для невеликих за розміром і глибиною ран, якщо дозволяє психоемоційний стан дитини, первинна хірургічна обробка (ПХО) може бути проведена під місцевим знеболенням, в інших випадках застосовують наркоз. В неускладнених випадках рана ліквідується шляхом пошарового ушивання її, з дренажуванням (при необхідності), при наявності дефекту тканини, застосовують метод пластики місцевими тканинами або аутотрансплантації. Необхідно зазначити, що своєчасне проведення ПХО при наявності дефектів тканин забезпечує успішність подальшого лікування і зменшує ступінь рубцевих деформацій. Дренажі необхідно видаляти з рани після повного припинення відходження екссудату – це особливо важливо у дітей з їх рихлою та об'ємною підшкірно-жировою клітковиною, а також при укушених ранах, які нагноюються в 2,5 рази частіше, ніж іншої етіології. В нашій клініці не використовують місцеве застосування антибіотиків, що призводить до зниження місцевого імунітету, а застосовують протеолітичні ферменти (місцево), раціональну антибактеріальну терапію, антигістамінну, імуно-

рапію, симптоматичне лікування – попереджають розвиток раневої інфекції і утворення грубих рубців при загоєнні ран. Правильне і своєчасне проведення ПХО ран м'яких тканин ЩЛД – будь якої етіології в спеціалізованих стаціонарах знижує ризик не тільки інфекційно-запальних ускладнень, але і розвиток в майбутньому значних рубцевих деформацій обличчя. Для зниження деформуєчого впливу рубців на тканини, що ростуть, призначається міогімнастика, масаж (застосування мазей з вмістом еластопротекторів), застосовуються еластопротектори на основі силікону, фізіотерапевтичні методи з десклерозуючими препаратами. Остаточна корекція може бути проведена в майбутньому хірургічним шляхом, дермабразією, лазерним шліфуванням. Існує достатньо помилок при наданні допомоги дітям з травмами м'яких тканин, загальну кількість яких можна поділити на ті, які допускають самі пацієнти та їх батьки: невиправдано пізні звертання в клініку, відмова від госпіталізації, переривання чи відміна призначеного курсу лікування; неправильне транспортування відкушених тканин та їх запізнена доставка в клініку, знищення тварин, які нанесли травми. Також достатньо помилок випадає на долю лікарів, що надають допомогу травмованим дітям – недостатньо повний збір анамнезу, неухважна ревізія рани, глухе ушивання ран, грубе зближення країв рани, без урахування особливостей ЩЛД та віку хворого, використання невідповідного шовного матеріалу, груба техніка накладення швів. Ще раз, хотілося акцентувати увагу на необхідності дренування практично всіх глибоких, проникаючих, забитих та укушених ран.

Не дивлячись на те, що успіх при лікуванні травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки залежить від багатьох факторів (вид пошкодження, вік дитини, своєчасність надання допомоги) найбільш важливим є якість проведення ПХО рани. При проникаючих в порожнину рота пораненнях, або просто глибоких пошкодженнях м'яких тканин, в умовах нашої клініки, в більшості випадків ПХО ран закінчувалось накладення пошарових швів (зі сторони слизової і шкіри) з обов'язковим дренуванням рани (бажано зі сторони порожнини рота), терміном на 2–3 доби (винятком є укушені рани, які потребують більш тривалого дренування). При такій схемі ведення даних хворих, а вони складають близько 12,5% від

всіх травматичних пошкоджень ЩЛД за нашими даними (інші клініки не надають інформації стосовно цього виду ушкоджень), нам вдалося знизити кількість ускладнень у них у вигляді нагноєнь з 15%–17,5% до 5%. При ПХО ран обличчя не в умовах нашої клініки нагноєння ран склали майже 18%, де ми в зв'язку з цим проводили хірургічне втручання у вигляді розтину абсцесів в за давних випадках, ревізії запальних інфільтратів. Необхідно відмітити і невірну тактику по відношенню до дітей з ранами м'яких тканин у їх батьків, а інколи, на жаль, і лікарів поліклінік, які своєчасно не спрямовують дітей (бажано в першу добу після травми) для надання хірургічної допомоги в спеціалізовані дитячі щелепно-лицеві стаціонари, що призводить в результаті до нагноєння таких ран та утворення грубих деформуєчих рубців, які в подальшому потребують складної багатоетапної корекції. Проведення ПХО розміжчених ран м'яких тканин обличчя у дітей передбачає максимально щадну обробку в зв'язку з тим, що регенераторні можливості тканин ЩЛД у дітей обумовлені гарним кровопостачанням і іннервацією цієї ділянки, а також значною кількістю мезенхімальної сполучної тканини з низько диференційованими клітинними елементами, які, на думку В.І. Давидовського, є "потенціалом регенерації тканин". В зв'язку з цим видалення некротизованих ділянок необхідно проводити в більш пізні терміни загоєння, коли чітко визначається демаркаційна лінія некрозу та можна провести вторинну хірургічну обробку рани. Навіть банальні гематоми в зоні краніальної та лицевої частини голови, поєднані з травмами м'яких тканин ЩЛД, можуть ховати в собі тяжкі неврологічні ускладнення у вигляді закритої черепно-мозкової травми (струс, забиття головного мозку різного ступеня, внутрішньочерепна гематома), які можуть ніяк не проявляти себе в перші години після травми, що пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями будови дитячого організму. В таких складних діагностичних ситуаціях необхідно проведення невідкладної консультації невропатолога або нейрохірурга з наступним наданням повного комплексу спеціалізованої хірургічної допомоги в умовах дитячого відділення щелепно-лицевої хірургії.

Висновки. Актуальність проблеми дитячого щелепно-лицевого травматизму обумовлена зростаючою кількістю стаціонарних хворих з

11,7% в 1998 році з травмами ЩЛД до 16,5% в 2008 році і з незмінно високою часткою дітей з травмами лиць — більш ніж третя частина всіх хворих щелепно-лицевого профілю. Неправильні дії лікаря при наданні хірургічної допомоги пояснюються перш за все неможливістю хірургом-стоматологом в поліклініці провести повний комплекс обстеження і лікування хворого, відсутністю або наявністю застарілої діагностичної апаратури, недостатнім знанням анатомо-фізіологічних закономірностей розвитку тканин щелепно-лицевої ділянки у

дітей, особливостей ПХО ран обличчя, принципів і тактики ведення хворих з даним видом травмами. Ці помилки тягнуть за собою різні ускладнення в течії раньового процесу, в загоєнні ран і, як наслідок, формуванні вторинної деформації м'яких тканин і щелеп, рубців, порушень прикусу. Саме тому дітям з травмами ЩЛД необхідно надавати своєчасну, повну і кваліфіковану хірургічну допомогу в умовах спеціалізованих стаціонарів, що дасть змогу уникнути важких ускладнень та зменшити термін і об'єм реабілітації таких дітей.

ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ

Ефименко В.П.

Резюме: Травмы ЧЛО у детей в отличие от взрослых, приводят к значительным челюстно-лицевым деформациям и заболеваниям, которые сопровождаются повреждением зон роста челюстей, рубцовым изменением, патологии прикуса и прорезывания зубов, в свою очередь негативно влияет на психо-эмоциональное развитие такого ребенка в связи с косметическими дефектами. Именно поэтому, детям с травмами ЧЛО необходимо предоставлять своевременную, полную и квалифицированную хирургическую помощь в условиях специализированных стационаров, что позволит избежать тяжелых осложнений и облегчить реабилитацию таких больных.

Ключевые слова: раны ЧЛО, ПХО, челюстно-лицевые деформации, ошибки в лечении.

FAULT OF THE TREATMENT OF MAXILLOFACIAL INJURES OF CHILDREN

Iefymenko V.P.

Summery: The traumas of maxillofacial area in children unlike in adults result in significant maxillofacial deformations and diseases that are accompanied by injury of the jaw bones growth plates, cicatricial changes, teeth occlusion and eruption pathologies. This, in turn, negatively affects psycho-emotional development of such a child owing to cosmetic defects. Therefore, timely, complete and qualified surgery care for children with traumas of maxillofacial region is required in the conditions of specialized in-patient departments. This will allow preventing severe complications and improving rehabilitation of such patients.

Key words: maxillofacial injures, primary debridement, maxillofacial deformation, fault of the treatment.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Харьков Л.В., Куцевляк В.Н. Состояние хирургической помощи детям с заболеваниями челюстно-лицевой области. - Вісник стоматології. - 1997. - 1. - с. 27-30.
2. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Ефименко В.П., Коротченко Г.М. Проблемы детского травматизма челюстно-лицевой области. - Современная стоматология. - 1998. - 3. - с. 46-49.
3. Callaham M: Dog Bites Wounds. JAMA 1980; 244: 2327-2328.
4. Hall R.K. Injuries of the face and jaws in children. Int. J. Oral Surg. 1:65, 1972.
5. McGraw, B.L., and Cole, R.R. Pediatric maxillofacial trauma. / Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 116: 41, 1990.