

## PROVISION OF URGENT ASSISTANCE TO CHILDREN WITH TRAUMATIC INJURIES OF THE SOFT TISSUES OF THE MAXILLO-FACIAL REGION

Tkachenko P.I., Bilokon S.O., Lohmatova N.M., Dolenko O.B., Popelo Yu.V., Korotych N.M., Rezvina K.Iu., Hohol Ya.A.  
POLTAVA STATE MEDICAL UNIVERSITY, POLTAVA, UKRAINE

### НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ З ТРАВМАТИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Ткаченко П. І., Білоконь С. О., Лохматова Н. М., Доленко О. Б.,  
Попело Ю. В., Коротич Н. М., Резвіна К. Ю., Гоголь Я. А.  
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, ПОЛТАВА, УКРАЇНА

**Вступ:** В останні роки прослідковується чітка тенденція до збільшення кількості пацієнтів з травматичними ушкодженнями різних частин тіла особливо внаслідок бойових дій, які відбуваються на території України. Особливого значення це набуває коли мова йде про лицеву частину черепа, яка являється найбільш відкритою і не захищеною від впливу травмуючого агента. На ушкодження м'яких тканин у дітей приходиться до 90% від усіх травми обличчя та шиї. При цьому досить важливу роль відіграє тяжкість самого пошкодження і вірогідність виникнення на цьому фоні кровотечі, яка, враховуючи добру васкуляризацію тканин обличчя, може супроводжуватися значною кровотратою. В основу принципів надання невідкладної медичної спеціалізованої допомоги таким дітям закладено вікові анатомо-фізіологічні особливості будови щелепно-лицевої ділянки і наявність в цій зоні важливо життєвих органів, які забезпечують життєдіяльність всього організму. За умов своєчасного проведення первинної хірургічної обробки травмованих м'яких тканин зменшується ризик виникнення на ранніх етапах гемомікроциркуляторних та метаболічних порушень як на місцевому, так і загальному рівнях.

**Мета роботи:** Проаналізувати варіанти надання невідкладної допомоги дітям при травматичному ушкодженні м'яких тканин різної тяжкості.

**Матеріали і методи:** Ми проаналізували 121 випадок спостереження за дітьми з різними видами травматичного ушкодження м'яких тканин за 5 років (2018-2023), які лікувалися за амбулаторних і стаціонарних умов на базових клінічних закладах кафедри дитячої хірургічної стоматології.

**Результати дослідження:** Із 121 пацієнта у 28 – 25,7%, було діагностовано забиття, яке супроводжувалося формуванням гематоми. У 10 дітей (8,1%), у яких було ушкоджено крупні судини і у зв'язку з чим вона мала значні розміри на час первинного звернення проведено аспірацію крові за рахунок проведення пункції. Завдяки цій маніпуляції завжди вдавалося досягти евакуації значної кількості крові і зменшити, відповідно, об'єм гематоми. У 3 випадках із 10 – 23,1%, не дивлячись на таку процедуру відбулося нагноєння досить великих за розмірами гематом, що потребувало в подальшому стаціонарного лікування. Їх консервативний супровід відбувався за класичними варіантами - на першу добу прикладали холод, а потім призначали теплові та фізіотерапевтичні процедури, за виключенням гематом, що супурували. У 31 пацієнта (25,6%) було діагностовано садна, які потребували лише санації епідермального шару, а сама рана у всіх випадках загоювалася під струпом. Слід зауважити, що не дивлячись на неускладнений перебіг в посттравматичному періоді навкруги садна завжди мав місце набряк і ознаки перифокальної інфільтрації. На рани припадало 62 випадки (48,7%). Із них у 56 пацієнтів (90,3%) вони були без дефекту тканин і у 6-9,7% з дефектами різної складності. В їх структурі за характером травмуючого агента превалювали рвані та змішані і від їх виду залежала клінічна тактика. Слід зауважити, що у всіх випадках це супроводжувалося внутрішньою і зовнішньою кровотечею. У 59 дітей (95,1%) первинна хірургічна обробка ран була проведена – до 36 годин, у 2–3,2% віддалена до 48 годин і у 1–1,7% пізній (72 години). До визначення методу знеболення підходили індивідуально з врахуваннями клінічної ситуації, віку дитини та умов за яких проводилося надання медичної допомоги. У 35 пацієнтів (56,4%) первинну хірургічну обробку рани було проведено під загальним знеболенням. Із них у 17-49,8% застосовували інтубаційний варіант і найчастіше це стосувалося осіб з проникаючими пораненнями в ротову порожнину. В інших випадках мова йшла про внутрішньовенний або внутрішньом'язовий шляхи анестезіологічного забезпечення, що вирішувалося колегіально з анестезіологом. У 27 постраждалих (43,6%) первинна хірургічна обробка рани проведена під місцевим знеболенням, коли інфільтраційна анестезія поєднувалася з провідниковою. У всіх випадках, в меншій чи більшій мірі, хірургічне втручання супроводжувалося кровотечею, вираженість якої залежало від типу судин і їх діаметру, але за любых умов ми в першу чергу проводили зупинку кровотечі. Після цього проводилася ревізія рани з уточненням ходів раньових каналів і стану оточуючих тканин, встановлювали співвідношення їх до важливих органів та наявність сторонніх тіл. Під час оперативного втручання обов'язково проводили антисептичну обробку і санацію ексудату із глибоких відділів і ніш раньових каналів. Ушивання рани відбувалося пошарово з врахуванням рекомендацій класичних напрацювань, як і ведення пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді. Первинним натягом рани загоїлися у 56 пацієнтів (90,3%) і у 6–9,7% відбулося їх нагноєння, що потребувало застосування іншого тактичного підходу.

**Висновок:** Таким чином, вид та обсяг лікувальних заходів у дітей з травматичним ушкодженням м'яких тканин в значній мірі залежить від виду і характеру травмуючого агента. Найчастіше дитячому хірургу-стоматологу доводиться мати справу з ранами, які характеризуються порушенням цілісності м'яких тканин і які мають індивідуальні особливості, що слід враховувати при проведенні їх первинної хірургічної обробки та визначенні обсягу медичного супроводу в ранньому післяопераційному періоді.

**Ключові слова:** діти, травматичні ушкодження м'яких тканин, щелепно-лицева ділянка, невідкладна допомога

**Key words:** children, traumatic injuries of soft tissues, maxillofacial region, emergency care