

Верхневолжский медицинский журнал. 2024; 23(2): 11–14.
Upper Volga Medical Journal. 2024; 23(2): 11–14.
УДК 617.52-001-08-039.35:355.01

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕЙ С ВЗРЫВНОЙ ОСКОЛОЧНОЙ ТРАВМОЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**Сергей Викторович Тарануха, Анастасия Андреевна Левенец,
Олег Олегович Авраменко**

*Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии
ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького Минздрава России, г. Донецк, Россия*

Аннотация. Описан клинический случай оказания специализированной медицинской помощи пострадавшему ребенку 9 лет с взрывной осколочной травмой в челюстно-лицевой области после артиллерийского обстрела одного из районов города Донецка, ДНР.

Ключевые слова: минно-взрывная травма, челюстно-лицевая область, перелом челюсти, реконструктивная хирургия

Для цитирования: Тарануха С. В., Левенец А. А., Авраменко О. О. Оказание специализированной помощи пострадавшей с взрывной осколочной травмой в челюстно-лицевой области: клиническое наблюдение. Верхневолжский медицинский журнал. 2024; 23(2): 11–14.

PROVIDING SPECIALIZED ASSISTANCE TO A VICTIM WITH EXPLOSIVE FRAGMENTAL INJURY IN THE MAXILLOFACIAL AREA: CLINICAL OBSERVATION

S. V. Taranukha, A. A. Levenets, O. O. Avramenko

Donetsk State Medical University named after M. Gorky

Abstract. A clinical case of providing specialized medical assistance to a 9-year-old child with an explosive fragmental injury in the maxillofacial area after artillery shelling of one of the districts of the city of Donetsk, DPR is described.

Key words: blast-induced injury, maxilla-facial region, jaw fracture, reconstructive surgery.

For citation: Taranukha S. V., Levenets A. A., Avramenko O. O. Providing specialized assistance to a victim with explosive fragmental injury in the maxillofacial area: clinical observation. Upper Volga Medical Journal. 2024; 23(2): 11–14.

Введение

Боевые огнестрельные, осколочные и минно-взрывные травмы в области головы и лица представляют особо сложные случаи для челюстно-лицевых хирургов. Ранения такого характера имеют разрушительные последствия как с эстетической, так и с функциональной точки зрения и возникают в результате серьезных повреждений костных структур и мягких тканей в челюстно-лицевой области. Эти повреждения вызывают катастрофические последствия, если не будут быстро и эффективно обработаны с позиций мультидисциплинарного подхода.

Разрушение костей лицевого скелета, вызванное мощными взрывами снарядов, мин или взрывных устройств в сочетании с проникновением в полость черепа осколков, пуль часто приводит к образованию больших дефектов и появлению угрожающих жизни состояний. Тактика лечения подобных травм значи-

тельно отличается от других видов повреждений в челюстно-лицевой области из-за обширности разрушений мягких тканей, костных структур, а также необходимости извлечения осколков. Настоящая работа рассматривает клинический случай оказания первичной специализированной медицинской помощи пациенту с данным видом травмы.

Цель исследования: представить клинический случай взрывного осколочного повреждения средней и нижней зоны лица у ребенка.

Материал и методы исследования

Проведен анализ лечебной тактики в случае взрывной осколочной травмы у пострадавшей девочки, первично госпитализированной в стоматологическое отделение для детей № 2 ЦГКБ № 1 г. Донецка.



Рис. 1. Местный статус ребенка после полученной взрывной осколочной травмы

Fig. 1. Local status of a child after a blast fragmental injury

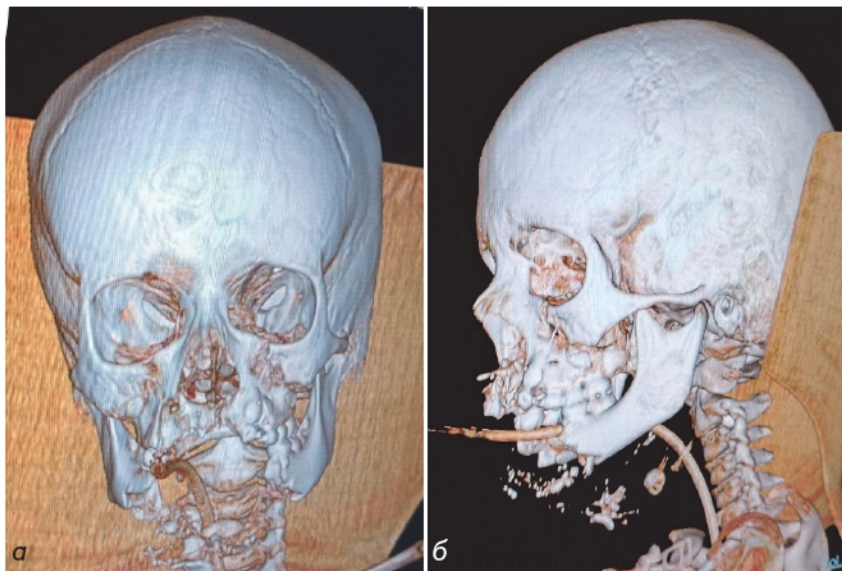


Рис. 2. 3D-реконструкция лицевого отдела черепа пациентки с взрывной осколочной травмой (а — прямая проекция, б — боковая проекция)

Fig. 2. 3D-reconstruction of the facial part of the skull of a patient with blast fragmental injury (a — direct projection, в — lateral projection)

Клиническое наблюдение

Пострадавшая 9 лет госпитализирована в стоматологическое отделение для детей № 2 в ургентном порядке 28.07.2023 г. в 13:50. С места происшествия доставлена бригадой скорой медицинской помощи. Со слов родственников, 28.07.2023 около 12.00 в результате артиллерийского обстрела одного из центральных районов г. Донецка ребенок получил осколочное ранение в области лица. Кратковременно терял сознание, тошноты, рвоты не было.

При поступлении состояние тяжелое. Пострадавшая в сознании, контактна, заторможена. Менингеальных знаков нет. Зрачки D-S. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски за исключением местного статуса. Органы дыхания: грудная клетка правильной формы. Дыхание самостоятельное, свободное. В акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 22 дыхательных движения в 1 мин. Органы кровообращения: границы сердца в пределах возрастной нормы, верхушечный толчок не смещен. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс ритмичный удовлетворительных свойств с частотой 150 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Органы пищеварения и брюшной полости: живот мягкий, безболезненный, участвует акте дыхания. Печень не увеличена, край ее мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Локальный статус челюстно-лицевой области: конфигурация лица изменена за счет разрушения средней и нижней зон лица. В области среднего и переднего отдела правой щеки имеется обширная рана, представляющая собой отсутствие фрагмента щеки, отсутствие угла рта справа, верхней и нижней губы, мягких тканей переднего отдела носа, тканей подбородка, переднего отдела тканей дна полости рта. Рана переходит на передний отдел левой щеки с отсутствием верхней и нижней губы. В полости рта имеется отсутствие срединного фрагмента альвео-

лярного отростка верхней челюсти вместе с передней группой зубов, отсутствует фрагмент резцовой кости, правая и левая гайморовы пазухи вскрыты; также отсутствует ментальный отдел нижней челюсти вместе с зубами, фрагменты нижней челюсти справа и слева выстоят в рану. При нагрузке на скуловую кость слева в области скуло-орбитального шва возникает крепитация. Отмечается гематома по правой поверхности шеи, правого нижнего века и правой поднижнечелюстной области. Язык не поврежден. При пальпации костей черепа в зоне волосистой части головы повреждения не выявлено (рис. 1).

В клиническом анализе крови: эритроциты $4,06 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 115 г/л; лейкоциты $19,0 \times 10^9/л$; гематокрит — 32 %. Отмеченный повышенный уровень лейкоцитов и нормальные значения показателей красной крови указывает на наличие посттравматического стресса и явлений гемоконцентрации. Уровень лейкоцитов колебался в значительных пределах, что отражает течение травматической болезни.

Установлен предварительный диагноз: Взрывная травма. Закрытая черепно-мозговая травма: осколочное повреждение средней и нижней зоны лица: травматическая ампутация среднего и переднего отделов правой щеки, угла рта, верхней и нижней губы, мягких тканей подбородка и переднего отдела тканей дна полости рта с переходом на передний отдел левой щеки. Травматическая ампутация ментального отдела нижней челюсти вместе с фронтальной группой зубов, ампутация переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти и фрагмента резцовой кости с вскрытием правой и левой гайморовых пазух. Перелом левой скуловой кости. Перелом костей носа. Гематома шеи, правого нижнего века и подчелюстной области справа. Травматический шок. Травматический гайморит справа и слева.



Рис. 3. Местный статус ребенка после проведенной хирургической операции

Fig. 3. Local status of the child after surgery

Результаты 3D-реконструкции лицевого черепа пациентки 9 лет с взрывной осколочной травмой представлены на рисунке 2.

У данной категории пациентов ряд авторов рекомендуют выполнять операцию в максимальном (исчерпывающем) объеме для предотвращения развития стойких деформаций в челюстно-лицевой области [1].

Бригадой врачей отделения челюстно-лицевой хирургии 28.07.2023 г. выполнена первичная хирургическая обработка раны средней и нижней трети лица. Под наркозом после антисептической обработки операционного поля произведена ревизия раны, проведен гемостаз путем прошивания и перевязки кровоточащих сосудов, произведено удаление свободнолежащих костных фрагментов ментального отдела нижней челюсти, фрагментов зубов. Кожно-жировые лоскуты подподбородочной области, правой и левой щеки мобилизованы и, по возможности, ушиты на себя с целью уменьшения раневой поверхности. Вскрытые гайморовы пазухи промыты раствором антисептика и тампонированы йодоформной турундой, концы которой выведены в полость рта. Также тампонированы и носовые ходы. Швы на кожу — нить монофил. Послеоперационная рана многократно промывается растворами антисептиков. Гемостаз по ходу операции. Послеоперационные раны дренированы тремя ленточными выпускниками. Наложена асептическая повязка. Общая длительность операции составила не более 3 часов (рис. 3).

После проведения оперативного вмешательства пострадавшая осмотрена врачом-реаниматологом Республиканского Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф г. Донецка, в отделение интенсивной терапии которого переведена для дальнейшего лечения, обследования в экстренном порядке.

Обсуждение

Это клиническое наблюдение наглядно демонстрирует особенности подхода к лечению пациентов с минно-взрывными травмами (МВТ) челюстно-лицевой области.

Важно, что пострадавшие от МВТ, несомненно, сталкиваются с серьезными физическими последствиями, но также несут значительное психологическое бремя. В долгосрочной перспективе им часто требуется психологическая помощь из-за развития серьезного посттравматического стрессового расстройства. Его симптомы включают в себя вспышки ярости, избегание ситуаций, напоминающих о травме, и повторные сновидения [2].

Часто после МВТ у пострадавших развивается депрессия из-за физических ограничений, потери навыков или изменений в образе жизни [3].

Характерно также снижение самооценки: пострадавшие могут чувствовать себя беспомощными и недооцененными из-за своих травм и физических ограничений.

Имеют место и сложности в социальной адаптации. После МВТ многие пострадавшие испытывают сложности в общении с окружающими, что может привести к социальной изоляции и ухудшению психологического состояния вплоть до суицидальных попыток.

Из-за этого психологического стресса и эмоциональных трудностей, пострадавшие от МВТ часто нуждаются в психологической помощи. Психотерапевты и психологи могут помочь им справиться с эмоциональными трудностями, развивать механизмы, которые помогут справиться со стрессом и восстановить психическое благополучие. Эта поддержка играет важную роль в процессе их долгосрочного восстановления и адаптации к новой реальности своей жизни [4, 5].

Выводы

1. Лечение данной категории пациентов важно проводить в специализированных многопрофильных стационарах, оснащенных современным оборудованием, учитывая сложность и множественность полученных травм.
2. Хирургическое вмешательство должно проводиться как можно раньше, быть всесторонним и максимально полным, чтобы уменьшить необходимость в последующих реконструктивных операциях и приблизить пациента к выздоровлению и скорейшей реабилитации.
3. Одной из главных проблем, связанных с минно-взрывными травмами, является их разрушительный характер. Мины, снаряды и взрывные устройства производятся с целью причинения максимального ущерба людям, и их действия приводят к настолько разрушительным последствиям, что они не только прерывают жизнь многих людей, но и оставляют после себя серьезные последствия для выживших. Важно понимать, что урон пострадавшим наносится не только физический, но и психологический. В дальнейшем это потребует больших усилий для возвращения к нормальной жизни, особенно, если учитывать детский возраст пострадавшей, представленной в этом клиническом случае.

Список источников

1. Лукьяненко А.В. Ранения лица. Москва: Медицинская книга; Нижний Новгород: Издательство НГМА. 2003: 162.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2021: 552.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». 2007: 208.
4. Назарова Е.О., Карпов С.М., Апагуни А.Э. Психоневрологический статус у пациентов с сочетанной травмой (обзорная статья). Международный журнал экспериментального образования. 2014; 1: 83–85.
5. Тревожные расстройства в общей врачебной практике. Руководство для врачей / под ред. Л.С. Чутко. Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб. 2010: 192.

Тарануха Сергей Викторович (контактное лицо) — ассистент кафедры стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии ФГБОУ ВО Донецкий ГМУ Минздрава России; 283003, ДНР, г. Донецк, пр-т Ильича, д. 16; taranukhasergej@gmail.com

Поступила в редакцию / The article received 11.02.2024.