

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УКУШЕННЫХ РАН ЛИЦА У ДЕТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*В результате исследования установлено, что укушенные раны лица от животных одинаково часто встречались как у мальчиков, так и у девочек и чаще в возрасте до семи лет. По локализации укушенные раны лица у детей встречались чаще в области губ и щек. Среди животных, нанесших травму детям, преобладали домашние собаки. Укусы животных были спровоцированы пострадавшими детьми, что свидетельствует об отсутствии у детей навыков общения с животными. Заживление укушенных ран лица животными у детей происходило в 2 раза медленнее, чем ран другого происхождения и часто с формированием деформирующих рубцов. Проведение физиотерапевтических мероприятий в течение 8-10 месяцев после травмы на постгоспитальном этапе реабилитации ребенка является профилактикой образования грубых послеоперационных рубцов, требующих хирургического лечения.*

**Ключевые слова:** дети, лицо, укушенные раны, животные, клиника, лечение.

**A. K. Korsak, N. I. Petrovic, S. V. Lomako, T. A. Furs**

### **CHARACTERISTIC OF CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF BITE WOUNDS OF THE CHILDREN FACE**

**З**а последние годы отмечается рост количества детей с укушенными ранами лица [3, 8]. Основной причиной роста укушенных ран является рост количества домашних животных. Родители, покупая щенка или котенка ребенку, часто забывают о том, что кошки и собаки-это хищники с присущими им инстинктами, за которыми надо ухаживать и иметь навыки общения с ними. Как известно, хищники кусают чаще всего при приеме пищи, или когда им причиняют боль. Животные воспринимают это как посягательство на пищу или жизнь и, защищаясь, наносят травму.

Раны после укусов животных, как правило, инфицированы микрофлорой полости рта животных. В ротовой жидкости животных присутствуют многие патогенные микроорганизмы: как аэробы (*St.aureus*; *Str.viridans*; грамотрицательные палочки и др.), так анаэробы (*Actinomyces* spp.; *Fusobacterium* spp.; *Prevotella* spp.; *Porphyromonas* spp. и др.) и вирусы. Приблизительно в 75% случаев наряду с другими микроорганизмами, воспалительные процессы в ране вызываются представителями *Pasteurella multocida*, которые быстро вызывают гнойные воспаления [1]. Контаминация ран выше-

указанными микроорганизмами, как правило, приводит к возникновению инфекционного воспалительного процесса в виде нагноения ран, абсцессов, флегмон и др. [2, 8]. Укушенные раны могут служить входными воротами для бактерии *Campylobacterium canimorsus*, вызывающей молниеносный сепсис. При укусах животных возможно заражение столбняком [7]. После укуса (или царапины) кошек может возникнуть фелиноз или «болезнь кошачьей царапины»; вызываемая микробом *Bartonella hensellae*. В челюстно-лицевой области эта болезнь чаще всего протекает в виде хронического регионарного лимфаденита [4, 9]. Кроме того, при укусах животных, особенно бездомных и непривитых, необходимо не забывать о возможности заражения вирусом бешенства, что требует проведения соответствующих профилактических мероприятий.

При укушенных ранах лица возможна ампутация части мягких тканей или органа, что делает эту травму особенно тяжелой [7]. С другой стороны, раны на лице и волосистой части головы в связи с хорошим кровоснабжением, заживают быстрее и лучше, чем раны других локализаций, особенно в детском возрасте.

## ■ Оригинальные научные публикации

Целью нашего исследования явилось изучение эпидемиологии, особенностей клиники и лечения укушенных ран лица у детей.

### Материал и методы

Нами методом случайной выборки проанализировано 40 историй болезни детей с укушенными ранами лица от укусов животными, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии УЗ «4 городская детская клиническая больница» г. Минска в 2007-2011 годах. Кроме того, нами изучено 142 случая укушенных ран лица от укусов животных у детей, обратившихся за медицинской помощью в приемный покой УЗ «4 городская детская клиническая больница» г. Минска в 2006-2009 гг.

Госпитализация детей с укушенными ранами лица была обусловлена тяжестью травмы, возрастом ребенка, необходимостью проведения первичной хирургической обработки (ПХО) раны под общим обезболиванием, наличием дефектов мягких тканей, требующих их пластического устранения хирургическим путем.

При поступлении в клинику проводили сбор анамнеза (время травмы, вид животного, привито оно или нет и др.). При обширных повреждениях челюстно-лицевой области и у детей младшего возраста ПХО ран проводили под наркозом (70 % случаев). При ограниченных ранениях мягких тканей у детей старшего возраста операцию проводили под местной анестезией. До ПХО ран проводили забор материала (мазки) для бактериологического исследования.

Первичная хирургическая обработка укушенных ран лица у детей начиналась с тщательной обработки ран и окружающих тканей растворами слабых антисептиков (фурацилина, хлоргексидина и др.), остановки кровотечения, удаления инородных тел из раны. Свежие укушенные раны наружно обрабатывали раствором рифампицина, а также обильно промывали мыльным раствором, так как хозяйственное мыло инактивирует вирус бешенства [7, 5]. ПХО укушенных ран лица у детей проводили так, чтобы получить наиболее совершенный эстетический результат. С этой целью на лице свежие (до 24 часов) укушенные раны ушивали, как правило, наглухо с наложением первичного глухого шва и дренированием раны резиновыми полосками. При отсутствии признаков развивающегося нагноения укушенные раны лица в период до 48 часов после травмы, также послойно ушивали наглухо с обязательным ее дренированием. При наличии дефектов мягких тканей для ушивания раны наглухо использовали различные методы пластической хирургии (пластику местными тканями или лоскутами на ножке; мобилизацию кожи в подкожном слое и др.). Укушенную рану на лице не переводили в резаную, как того требуют правила общей хирургии, а иссекали только явно нежизнеспособные ткани. Для получения хороших эстетических результатов при ушивании раны старались избегать натяжения ее краев, а при ПХО ран в области губ, век и крыльев носа тщательно и правильно сопоставляли края естественных отверстий. Если раны проникали в полость рта, то в первую очередь, ушивали слизистую полости рта, а затем мышцы, используя для этого рассасывающийся шовный материал (викрил, дексон, Дар-Вин и др.). Кожу на лице ушивали тонким нерассасывающимся монофиламентным шовным материалом (пролен, этилон и др.), т.е. материалами не вызывающими тканевую реакцию. В случае нагноения ран после операции частично снимали швы, а после очищения ее от некротических тканей иногда применяли вто-

ричные швы. В первые трое суток после операции назначали УФО на рану; лазеротерапию.

Для профилактики нагноения укушенных ран после операции назначали антибактериальную терапию. Выбор необходимого антибиотика проводился на основании результатов бактериологического исследования. До получения результатов бактериологического исследования чаще всего назначали цефалоспорины и пенициллины (амоксциллин) в возрастных дозировках, так как наибольшую чувствительность возбудители воспаления укушенных ран проявляли к этим препаратам [6]. Профилактика столбняка введением противостолбнячного анатоксина (в 5% случаев) проводилось при отсутствии у пациента подтвержденных данных о плановой иммунопрофилактике столбняка и ее сроках.

Профилактика бешенства проводилась согласно общепринятым схемам при подозрении на возможность заражения (в 20 % случаев). Вакцинация против бешенства проводилась в антирабическом пункте в 1-ый день обращения больного за помощью (1,0 в/м), а так же на 3, 7, 14, 30 и 90 дни. При укусе домашнего животного привитого от бешенства (если животное в течение 10 суток оставалось здоровым) проводили курс профилактического лечения из 3-ех инъекций. Препаратом, способным подавлять репродукцию вируса бешенства и препятствовать проникновению его в ЦНС является рифампицин. Его применение для местной обработки укушенных ран и в виде инъекций в комплексе с антирабической вакциной признано целесообразным [5].

### Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования нами установлено, что укушенные раны лица практически одинаково часто встречаются как у мальчиков (50,7%), так и у девочек (49,3%). Укушенные раны лица чаще всего встречались у детей в возрасте до 11 лет (83,1%), из них до 7 лет-у 77,5% детей, что, на наш взгляд, связано с отсутствием навыков обращения с животными. Большинство потерпевших обращалось за медицинской помощью своевременно-в течение первых суток после травмы (83,1%).

По локализации укушенные раны лица чаще всего встречались в области верхней (20,4 %) и нижней (14,1%) губы, щеки (16,2 %), скуловой области (8,5 %), нескольких анатомических областей (16,2 %).

При анализе обстоятельств получения травмы нами установлено, что укусы животных в основном были спровоцированы самими детьми (76,7%), что также свидетельствует об отсутствии у детей навыков общения с животными. Большая половина животных нанесших травму было привито (66,9%). Не привито животных (16,2 %). Данные о прививках были не установлены в (16,9 %) случаев. Среди животных нанесших травму детям преобладали домашние собаки (90,1%).

Результаты клинического обследования челюстно-лицевой области у детей показали, что укушенные раны лица имели неправильную форму, края их были неровными, вывернутыми. За счет сокращения мимической мускулатуры укушенные раны лица кровоточили, зияли, особенно в области губ. Дефекты мягких тканей губ, щек, скуловой области и др. встречались в 22,5% случаев.

Так как укушенные раны лица у детей были контаминированы (кроме микрофлоры окружающей среды) микрофлорой полости рта животных, они нагнаивались в 2-3 раза чаще, чем раны лица другого происхождения. Это сопровождалось как местными (гиперемия, отек, боль, гноетечение) так и общими (повышение температуры тела, лейкоцитоз до  $18,4 \times 10^9/\text{л}$ , повышение СОЭ до 20

## Оригинальные научные публикации □

мм/час и др.) признаками гнойного воспаления.

Нагноение укушенных ран вело к частичному расхождению швов (или распусканию швов хирургом) и заживлению их вторичным натяжением. Таким образом, укушенные раны лица животными заживали медленнее, чем обычные раны и часто с формированием заметных, а часто грубых и деформирующих рубцов на лице, для устранения которых требовалось длительное физиотерапевтическое лечение, а иногда и хирургическое вмешательство. Так средний койко-день детей с укушенными ранами лица от животных составил 6,25, а при ранах мягких тканей лица другого происхождения - 3,4 койко-дня.

Так как, после укусов животных на лице часто образовывались грубые и гипертрофические рубцы, которые значительно снижали эффект хирургического лечения, в постгоспитальном периоде эти дети требовали длительного физиотерапевтического лечения. Обычно после снятия швов (на 7-ой день после операции) и выписки больного из стационара, с целью лечения и профилактики образования грубых деформирующих рубцов на лице и получения хороших эстетических результатов, мы назначали следующее лечение, проводимое амбулаторно по месту жительства:

1) Точечный массаж, начиная с 12-14 дня после операции.

2) Механотерапию или миогимнастику для губ при повреждениях круговой мышцы рта или наличии внесуставной контрактуры.

3) Смазывание рубцов мазью «Контрактубекс» в течение нескольких месяцев.

4) Электрофорез лидазы на область рубцов № 10 через день.

5) При наличии болезненных гипертрофических рубцов – фонофорез гидрокортизона № 8-10.

6) Парафинотерапию или аппликации озокерита через день № 10 и др.

Подобное физиотерапевтическое лечение проводилось курсами с перерывами (3-4 недели) в течение, как минимум, 6-8 месяцев после травмы, а иногда и более. В подавляющем большинстве случаев это позволяло получить хороший эстетический результат. Хирургическое вмешательство с целью иссечения, рассредоточения рубцов или коррекции травмированного органа обычно проводили не ранее, чем через год после получения

травмы. Операции требовались только в единичных случаях, что свидетельствует о достаточно высоком уровне проведения ПХО ран в клинике.

### Выводы

1. Так как укушенные раны лица имеют склонность к нагноению, то во время ПХО ран требуется их тщательная антисептическая обработка, обязательное дренирование, а так же адекватная антибиотикотерапия.

2. Хирургическое лечение укушенных ран лица имеет свои особенности – ушивание ран должно быть послойным, с тщательным сопоставлением краев раны и краев естественных отверстий, обязательным ушиванием мимических мышц и др.

3. С целью лечения и профилактики образования грубых послеоперационных рубцов после выписки больных из стационара, в амбулаторных условиях обязательно проведение физиотерапевтических мероприятий (курсами) в течение 8-10 месяцев после травмы.

### Литература

1. *Болезни собак* / Под ред. А. И. Майорова. – М.: ЧЕРО, 1994. – 368 с.

2. *Козлов, А. В., Васильев С. С., Мушковская С. С.* Хирургическая обработка неогнестрельных ран мягких тканей лица и шеи. Санкт-Петербург. 1997.

3. *Петрович, Н. И., Мильгевич Т. Г., Стайнова О. П.* Укушенные раны лица у детей / Материалы XI ежегодного научного форума «Стоматология 2009». Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.-2009. – С. 294-296.

4. *Петрович, Н. И., Стайнова О. П., Млявая Т. В.* Болезнь кошачьей царапины у детей: Актуальные вопросы терапевтической, ортопедической, хирургической стоматологии, стоматологии детского возраста и ортодонтии. Материалы 8-ой международной научно-практической конференции по стоматологии в рамках 5-ой международной специализированной выставки «Стоматология Беларуси 2009» (Минск, 27-29 октября 2009 г.) – Мн., 2009. – С. 148-149.

5. *Приказ МЗ РБ от 22.02.1999г. №64* «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболеваний людей бешенством»

6. *Страчунский, Л. С., Беденков А. В.* Антибактериальная терапия укушенных ран у детей // Детский доктор. – 2000.-№ 4. – С. 32-33.

7. *Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста* / Под ред. Л. В. Харьковца. М. «Книга плюс». – 2005. – 470 с.

8. *Хирургическая тактика лечения и реабилитации детей с укушенными ранами лица и шеи* / А. В. Резникова и др. Московский центр детской челюстно-лицевой хирургии. 10 лет работы. Результаты, итоги, выводы / Под редакцией В. В. Рогинского. – 2002. – С. 137-142.

9. *Шейбак, В. М., Шейбак М. П.* Болезнь кошачьей царапины // Здравоохранение. – 2000.-№ 8. – С. 14-15.

Поступила 16.03.2012 г.