

УДК 616.831.312/.315-001.4

## Обширная скальпированная рана височно-теменно-затылочной области головы у ребенка

*Щипицын С.И., Щиров В.Н., Тарасенко О.Н.*

Днепропетровская областная детская клиническая больница

Описано наблюдение обширной скальпированной раны кожного покрова головы у ребенка. Лечение больного осуществляли детский нейрохирург и хирург. Для закрытия гигантского дефекта над костями черепа проведено этапное хирургическое лечение: пластика апоневроза и мягких тканей с последующей аутодермопластикой.

**Ключевые слова:** рана головы, пластика апоневроза, аутодермопластика, дети.

Обширная скальпированная рана головы в настоящее время является одной из актуальных проблем нейрохирургии детского возраста, что обусловлено увеличением количества пострадавших, в частности, при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), необходимости их лечения в многопрофильной больнице [2]. Лечение ран проводят в соответствии с периодом (фазой) раневого процесса, оно включает применение [1]:

- хирургических методов первичной хирургической обработки (ПХО), раскрытия затеков, некрэктомии, выполнения декомпрессионных разрезов, наложения швов, кожной пластики;

- местной консервативной терапии с использованием различных видов повязок и лекарственных средств;

- физиотерапевтического воздействия: лазеротерапии, магнитотерапии, УВЧ, УФО, управляемой абактериальной среды;

- общего лечения (антибактериальной терапии, коррекции нарушений функций органов и систем, метаболических расстройств, детоксикационной терапии, повышения естественной резистентности организма, иммунотерапии, стимуляции репаративных процессов).

Приводим собственное наблюдение.

Ребенок М., 9 лет, поступил в отделение нейрохирургии 02.12.05. в 16<sup>00</sup>, через 1 ч после ДТП (сбит легковым автомобилем при переходе улицы). При госпитализации пострадавший жаловался на боль, кровотечение из раны на голове, кратковременную потерю сознания. Состояние пострадавшего при поступлении оценено как тяжелое вследствие объема травмы.

Неврологический статус при поступлении: признаки сотрясения головного мозга без очаговых симптомов. Обширная скальпированная рана головы, умеренно кровоточащая, размерами 14×9 см, значительно загрязненная гравием, с дефектом апоневроза размерами 10×5 см. Дно раны представляют кости черепа с признаками скарификации наружной костной пластинки (*рис. 1 цветной вкладки*).

На основании данных осмотра, рентгенологического исследования диагностированы открытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, обширная скальпированная рана височно-теменно-затылочной области слева, травматический шок I степени.

После предоперационной подготовки и осмотра анестезиолога больной взят в операционную. Интраоперационно наружная пластинка черепа скарифи-

цирована, переломы в проекции раны не выявлены. Произведены ПХО раны, пластика апоневроза и мягких тканей путем перемещения и расслоения лоскутов. Кожа над дефектом совмещена (*рис. 2 цветной вкладки*) после выполнения послабляющего разреза длиной до 10 см с противоположной стороны. Рана дренирована резиновыми выпускниками.

После операции ребенку назначены антибиотики, инфузия глюкозо-солевых растворов, анальгетики, местно — повязки с офлокаином. На 7-е сутки из раны появилось умеренное гнойное отделяемое. Швы сняты на 12-е сутки. В центре раны начала формироваться некротическая зона размерами 10×2 см. Местно применяли антисептики, мазевые повязки. Рана очистилась на 20-е сутки. На 24-е сутки произведены некрэктомия, пластика перемещенным кожно-жировым лоскутом головы. Вторым этапом операции осуществлена аутодермопластика волосистой части головы с использованием лоскута кожи с бедра (*рис. 3 цветной вкладки*).

Полное заживление раны отмечено на 34-е сутки после травмы (*рис. 4 цветной вкладки*).

### Список литературы

1. Баиров Г.А. Детская травматология. — СПб: Питер, 2000. — 2-е изд. — 384 с.
2. Саркисов Д.С. Очерки истории общей патологии. — М.: Медицина, 1993. — 512 с.

### Поширена скальпована рана потилично-тім'яно-скроневої ділянки голови у дитини

*Щипицын С.И., Щиров В.М., Тарасенко О.М.*

Наведено спостереження поширеної скальпованої рани шкірного покриву голови. Лікування хворого здійснювали дитячий нейрохірург та хірург. Для закриття гігантського дефекту над кістками черепа виконане етапне хірургічне лікування: пластика апоневрозу та м'яких тканин з подальшою аутодермопластикой.

### The wide-spread scalping wound of the child's head occipitotemporo-parietal area

*Shchipsyn S.I., Shchirov V.N., Tarasenko O.N.*

The case of wide-spread scalping wound of head dermal integuments is described. The patient was treated by neurosurgeon and surgeon. For large defect above skull bones closing the stage-by-stage surgical treatment was applied — aponeurosis and dermal integuments plasty with subsequent autodermoplasty.

*К статье Щипицына С.И., Щирова В.Н., Тарасенко О.Н. «Обширная скальпированная рана височно-теменно-затылочной области головы у ребенка»*



*Рис. 1. Раневая поверхность при поступлении. Скальпированная рана размерами 14×9 см, умеренно кровоточащая.*



*Рис.2. Поверхность головы после операции. Произведены пластика апоневроза и мягких тканей. С противоположной стороны выполнен послабляющий разрез.*



*Рис. 3. 24-е сутки после травмы. Произведены некрэктомия, пластика перемещенным кожно-жировым лоскутом головы.*



*Рис. 4. 34-е сутки после травмы. Полное заживление раны.*

**Комментарий**

к статье *Щипицына С.И. и соавторов «Обширная скальпированная рана височно-теменно-затылочной области головы у ребенка»*

Лечение больных с черепно-мозговой травмой и травматическим повреждением тканей головы, обширными дефектами кожи и подлежащих тканей — один из важных вопросов медицины, которыми занимаются врачи-нейрохирурги, комбустиологи.

У детей причинами повреждения с обширными дефектами тканей головы наиболее часто являются нападение собак, которые обрывают скальп, прокусывают кости черепа, а также ДТП и длительное сдавление головы твердыми предметами.

В представленной статье авторы описывают случай из практики — обширная скальпированная рана 14×9 см височно-теменно-затылочной области с дефектом кожи (размеры дефекта кожи не указаны) и методы лечения. Авторы указывают на закрытие дефекта тканей смещенным кожным лоскутом после проведения послабляющего разреза до 10 см на отдалении. Часть этого лоскута в последующем некротизировалась. Зона некроза 10×2 см, что является осложнением выбранной тактики лечения и потребовало повторных хирургических вмешательств.

Лечебные мероприятия основываются на данных всестороннего обследования.

Обработку ран необходимо проводить с использованием максимально щадящих ткани манипуляций. Область травматического повреждения saniруют, обеспечивая сохранность жизнеспособных тканей, адекватность кровообращения.

При относительно небольших дефектах кожи и наличии тканей, достаточных для секторальных насечек — производят множественные надрезы кожи до апоневроза длиной 1–1,5 см и смещают кожу в область дефекта. Большие дефекты кожи замещают путем поворота кожно-жирового лоскута или пересадки мигрирующего лоскута, сформированного на предплечье или нижнелатеральной области живота.

Если дном раны является кость, удаляют ее наружную пластинку до губчатого вещества для образования грануляций. Вторым этапом имплантируют аутодермальный лоскут или ксенокожу на эту область. Эффективным методом замещения тканей является растяжение кожи баллоном, который имплантируют подкожно и затем увеличивают его объем. Этот метод позволяет замещать дефекты кожи головы площадью более 100 см<sup>2</sup>.

Из нашего опыта лечения пострадавших с дефектами ткани головы эффект реконструктивных вмешательств удовлетворительный.

*Г.А. Кеворков, доктор мед. наук,  
зав. клиникой ургентной нейрохирургии детского возраста  
Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины*