

УДК 617.576-089.844У 616-00 У 614.212-089

Мацюк В.Л., Кравчук М.Є., Михайлюк М.В., Ролік О.В., Кіцак Я.М.

НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ СКАЛЬПОВАНИХ РАНАХ КИСТІ В УМОВАХ ТРАВМПУНКТУ

Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги (ТМКЛШД)

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Вступ На сьогодні, коли збільшились технічні засоби обробки деревини, кількість травм, де виникають скальповані рани кисті, збільшилась. Так, за нашими даними, якщо за медичною допомогою в травм пункт ТМКЛШД в 1995 – 1999 рр. зі скальпованими ранами кисті звернулося 120 пацієнтів, то у 1999 – 2004 рр. вже 340 пацієнтів.

Загальновідомо, що рани більші 1см² самостійно заживають лише із рубцем. А на пальцях, де чутливих рецепторів набагато більше, аніж на інших ділянках тіла, рубець створює значні незручності: випадання ділянок чутливості, болючий рубець [1, 2, 4, 5].

Первинна хірургічна обробка (ПХО) ран із пластикою шкіри в терміні 24–40 годин після травми дозволяє отримати від 83 до 94 % первинного загоювання при тяжких пошкодженнях кисті і пальця [4].

Скальповані рани на кисті площею більші 1см² закриваються автошкірою (повношаровим чи розщепленим клаптиком, італійською пластикою чи “філатовським” стеблом [4]) .

Мета: обґрунтувати необхідність використання при ПХО скальпованих ран кисті пластику шкіри повношаровим шкірним клаптиком.

Матеріали та методи Під спостереженням перебувало 35 хворих із скальпованими ранами кисті. Із них 25 хворим проведено пластику шкіри повношаровим шкірним клаптиком, взятим із передпліччя. 10 хворих були контрольними.

Пересадка повношаровим клаптиком проводиться так :

- шкіру забираємо, в переважній більшості, із долонного боку передпліччя (рис.1);
- очищуємо від підшкірної жирової клітковини;
- зашиваємо донорське місце;
- очищуємо місце скальпованої рани від нежиттєздатних тканин;
- підготовлений шкірний клаптик підшиваємо до скальпованої рани з максимальною адаптацією до шкіри із незначним натягом клаптика, що забезпечує гемостаз (рис.2);
- на рану накладаємо стискальну пов’язку, щоб витіснити кров, яка набралася під клаптиком. Іноді потрібно робити насічки чи перфорації в центрі клаптика, щоб кров, яка підтікає після пересадки, мала вихід з-під нього.

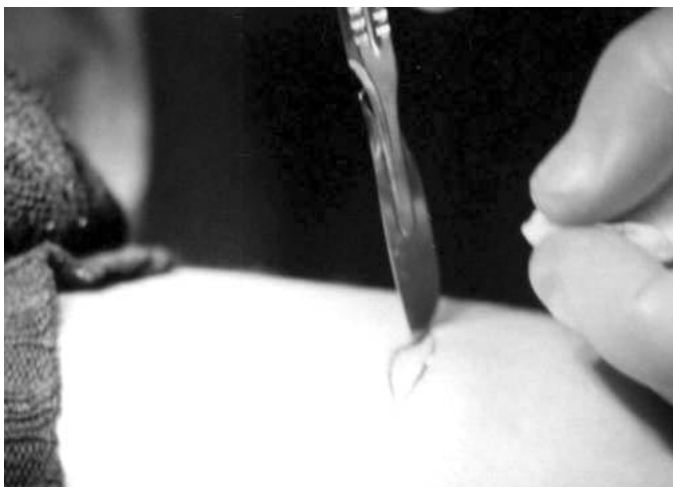


Рис.1. Взяття клаптика шкіри.



Рис.2. Скальпована рана та підшитий клаптик шкіри до неї.
Першу перев’язку робимо на другий чи третій день.

Призначаємо: антибактеріальну терапію, знеболюючі, судинну терапію, фізпроцедури (магнітотерапію).

Шви знімаємо на 8–12-й день. Розробку починаємо з 6-9-го дня.

Працездатність відновлюється через 15–30 днів.

Приводимо клінічний приклад: У пацієнта Ф. скальпована рана третього пальця лівої кисті розміром 2,0 x 4,5 см. На рентгенограмі відривні(скальповані) переломи 0,2 x 0,4 см нігтьової та головки середньої фаланг (рис.3).



Рис.3. Рентгенограма хворого Ф. при поступленні.

При ПХО рани використано пластику шкіри повношаровим шкірним клаптиком, взятим із передпліччя.

Після двох тижнів лікування відмічаємо епітелізацію рани (рис.4).



Рис.4. Рана після 2-х тижнів лікування.

Після місяця лікування



Рис.5. Розгинання пальця.



Рис.6. Згинання після місяця лікування.

Клаптик практично повністю прижився. Функція пальця збережена (рис. 5, 6).

Результати: із 25 хворих, яким пересадка проведена:
 – у 20 (84 %) хворих (оперовані до 2-х годин після травми) клаптик прижився без ускладнень;
 – у 2-х (8,4 %) хворих (оперованих після 18-ти годин після травми) наступив некроз пересащеного клаптика. Але під некрозом пройшла епітелізація і рубець не утворився;
 – у 3-х хворих (оперованих від 3-х до 18-ти годин) відбувся краєвий некроз пересащеного клаптика і епітелізація без рубця.

В контрольній групі із 10 пацієнтів: у 1 (10 %) хворих розвинувся келоїдний рубець із больовим синдромом; у 7 (70 %) пацієнтів сформувався атрофічний рубець; у 3 (30 %) хворих виник гіпертрофічний рубець. Все це призводило до порушення функції кисті із розвитком згинально-розгинальних контрактур, больових рубців, які значно погіршували якість життя пацієнтів.

Висновки:

1). Пересадка повношарового клаптика шкіри на скальповану рану кисті, яку зроблено в перші години після травми, забезпечує оптимальні умови для регенерації.

2). Використання повношарового шкірного клаптика при ПХО скальпованих ран кисті є одним із методів лікування скальпованих ран в травмункті.

Література

1. Золтан Я. Пересадка кожи. – Издательство Академии наук Венгрии 1984 – С.303.
2. Оперативная хирургия Под общей редакцией проф. И.Лит мана. – Будапешт, 1981 – С.1175.
3. Ожоги Под редакцией Б.С. Вихреева и проф. В.М. Бурмистрова. – Л.: Медицина, 1981 – С.327.
4. Усольцева Е.В. Хирургия заболеваний и поврежденной кисти. – Л.: Медицина 1986 – С.316.
5. Бойчев Б. Хирургия кисти и пальцев. София, 1971 – С. 316.

Яшан О.І., Яшан І.А., Глух Є.В., Остапенко В.П.,
 Іванчук Н.І.

НАШ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАЦІЙ НА ВУСІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Кафедра оториноларингології Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

НАШ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЗНЕБОЛЕННЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАЦІЙ НА ВУСІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ – Наведені методики знеболення, застосовані авторами при 32 операціях на вусі у 25 дітей віком 7-18 років, хворих на мезотимпаніт (12), епімезотимпаніт (8) та епітимпаніт (5). Було використано загальне комбіноване багатокомпонентне знеболення пропофолом (рекофолом) в розрахунку 3-5 мг/кг/год та фентанілом (2 мг/кг). При 11 операціях застосували збалансовану нейролептаналгезію, яка включала фентаніл (2-3 мг/кг), дроперидол (0,15 мг/кг) та кетамін (3 мг/кг). У 11 випадках використали атаралгезію з введенням фентанілу (2-3 мг/кг), сибазону (2-3 мг/кг) та кетаміну (3 мг/кг). Загальне знеболення обов'язково доповнювали традиційною місцевою анестезією 1-2 % розчином лідокаїну з адреналіном (1:10). Вказаний метод анестезії вважають ефективним методом знеболення при проведенні операцій на вусі у дітей, хворих на хронічний гнійний середній отит.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА УХЕ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ – Приведены методики анестезии, использованные авторами при 32 операциях на ухе у 25 детей, больных мезотимпанитом (12), эпимезотимпанитом (8) и эпитимпанитом (5). При 11 операциях применили общее комбинированное многокомпонентное обезболивание пропофолом (рекофолом) в расчете 3-5 мг/кг/час и фентанилом (2мг/кг). При 11 операциях использовали сбалансированную нейролептаналгезию, которая включала фентанил (2-3 мг/кг), дроперидол (0,15 мг/кг) и кетамин (3 мг/кг). В 10 случаях применили атаралгезию с введением фентанила (2-3 мг/кг), сибазона (2-3 мг/кг) и кетамина (3 мг/кг). Общее обезболивание обязательно дополняли традиционной местной анестезией 1-2 % раствором лидокаина с адреналином (1:10). Описанный метод анестезии считают эффективным методом обезболивания при проведении операций на ухе у детей с хроническим гнойным средним отитом.

OUR EXPERIENCE OF ANESTHESIA DURING OPERATIONS ON EAR IN CHILDREN WITH CHRONIC PURULENT MEDIUM OTITIS – The methods of general anesthesia during 32 operations on ear in 25 children, aged from 7 to 18, with mesotympanitis (12), epimesotympanitis (8) and epitympanitis (5), are described. It was applied the combined multicomponent anaesthesia with propofol (rekofolom 3-5 mg/kg/hour) and fentanyl (2 mg/kg). During 11 operations the balanced neuroleptanalgesia with fentanyl (2-3 mg/kg),

droperidol (0,15 mg/kg) and ketamin (3 mg/kg), was used. In 10 cases ataralgesia with the introduction of fentaniil (2-3 mg/kg), sibazon (2-3 mg/kg) and ketamin 3 mg/kg, was applied. In all cases the general anesthesia was combined with traditional local anesthesia by 1-2 % solution of lidokain with adrenalin (1:10). The described method is considered to be an effective method of anesthesia during the operations on the ear in children with chronic purulent medium otitis.

Ключові слова: знеболення, хронічний гнійний середній отит, тимпанопластика.

Ключевые слова: обезболивание, хронический гнойный средний отит, тимпанопластика.

Key words: anasthesia, chronic purulent medium otitis, tympanoplasty.

ВСТУП Проведення хірургічного втручання на вусі у дітей має свої особливості і суттєво відрізняється від проведення операцій у дорослих передусім специфікою психіки дитини та її емоційним станом на момент операції. Ефективність втручання у маленьких пацієнтів значною мірою визначається якістю передопераційної підготовки та методом знеболення. Місцева анестезія, яку переважно використовують у дорослих, не може бути застосована у дітей. Вона не знімає негативного емоційного фону та не ліквідує рухових реакцій, які особливо небажані при проведенні втручання під операційним мікроскопом на важливих структурах середнього і внутрішнього вуха. Для забезпечення повної нерухомості маленького пацієнта необхідне поєднання місцевої анестезії з будь-яким методом загального знеболення.

МАТЕРІАЛИ та МЕТОДИ У цій роботі ми поділилися досвідом проведення 32 операцій на вусі у 25 дітей віком від 7 до 18 років. П'ять операцій провели дітям у віці 7-10 років, 9 – дітям у віці 10-12 років, 10 – у віці 12-15, 8 – 15-18 років. У 12 дітей був діагностований мезотимпаніт, у 8 – епімезотимпаніт та у 5 – епітимпаніт. Всі хворі були оперовані в плановому порядку. Було виконано 12 тимпанопластик I-II типу [класифікація Х.Вульштейна, 1],