

Первичная хирургическая обработка сочетанных травм носа и методы достижения эстетически-значимого результата

Научный руководитель – Кучеров Александр Георгиевич

Тележенкова Ксения Александровна

Студент (специалист)

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.

Пирогова, Москва, Россия

E-mail: xeniya.telezhencowa12@yandex.ru

Введение. Наружные и внутренние структуры носа важны и в функциональном плане, обеспечивая полноценное дыхание, и с эстетической точки зрения. Большинство экстренных пациентов не возвращаются для отсроченной коррекции последствий травмы. Проблемы экстренного приема: различия ран по этиологическому признаку; ПХО и репозиция в условиях экстренного приемного отделения; деформирующий характер местной анестезии; минимальные временные рамки и поток пациентов; отсутствие возможности индивидуального подхода, асоциальность и низкий достаток поступивших. Цель исследования. Выявить и доказать преимущества методики наложения горизонтального П-образного эпидермального шва в сочетании с непрерывным швом на глубоколежащих тканях и с одномоментным сопоставлением костных отломков для достижения прогнозируемого течения посттравматического периода. Материалы и методы. Прием пациентов с сочетанной травмой носа, ассистирование и самостоятельное проведение хирургических вмешательств, наблюдение пациентов. Обследованы с проведением ПХО 20 пациентов: 3 женщины, 17 мужчин. Травматическая ампутация – 6; открытая проникающая травма – 11; открытая непроникающая травмы – 6; распространенная на окружающие ткани – 8; РКН с наружной деформацией – 12. Планируя тактику вмешательств, мы исходили из следующих постулатов: 3D МСКТ черепа; сначала РКН, затем ушивание; применять и инфльтрационную, и проводниковую анестезию; корригировать девиацию, инструментально проверять западение ската носа, возможно скрытого под отеком; производить симплексную тампонаду полости носа, предотвращая нарушение носового дыхания из-за искривления перегородки носа (ИПН); фиксировать глубокие слои и хрящи; использовать силиконовые подложки в регуляции натяжения лоскутов и формировании формы носа; предсказывать изменение архитектоники раны и шва после рассасывания анестетического инфильтрата и снижения воспаления; внутрикожные швы на глубоких слоях, избегая эпителия; эпидермис ушивать П-образными швами. Результаты. Оптимальный результат был достигнут у всех 20 пациентов. Важнейшим явлением стало отсутствие выраженного посттравматического нарушения дыхания у 18 из 20 пациентов. Линейный рубец и удовлетворительная форма носа сформировались у 17 пациентов. Выводы. Таким образом, РКН первичнее ПХО при сочетанных травмах носа. Одномоментно с РКН следует исправлять не только девиацию, но и инструментально проверять западение ската носа, возможно скрытого под отеком. Поскольку ПХО сочетанных травм носа с загрязнением, контаминацией, лимфоплазмоцитарной инфильтрацией и последующей деформацией инфильтрационной анестезией затрудняет сопоставление краев раны, наложение горизонтальных П-образных швов, сопоставляющих эпидермальные слои раны, и ушивание глубоких слоев непрерывным швом позволило достигнуть желаемых результатов.

Источники и литература

- 1) В.Т.Пальчун, М.М.Магомедов, Л.А.Лучихин Оториноларингология 2002

2) Еланцев Б.В. Оперативная оториноларингология 1959

3) Я. Золтан. Операционная техника и условия оптимального заживления ран 1968

Иллюстрации



Рис. 1. травматическая ампутация кончика носа



Рис. 2. пластика хрящей для формирования кончика носа



Рис. 3. пластика кожным лоскутом сформированного кончика носа

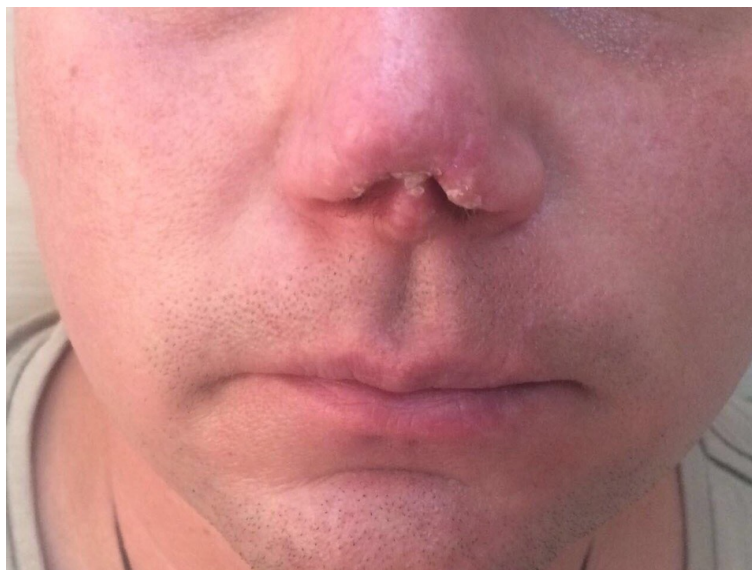


Рис. 4. отдаленные результаты реконструкции кончика носа после травматической ампутации



Рис. 5. травматическая ампутация кончика носа с повреждением хрящевого остова



Рис. 6. ПХО, борьба со вдавнением узла, протекторы.



Рис. 7. Отдаленный результат реконструкции носа.



Рис. 8. Вертикальный П-образный шов подложением протектора

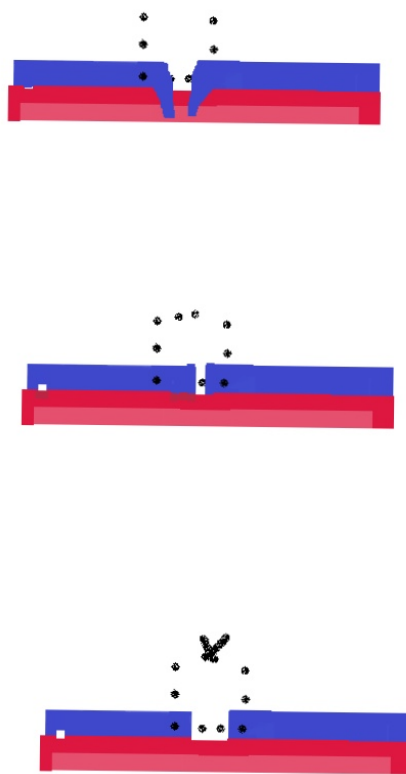


Рис. 9. Ошибки формирования узловых швов