

ЗАКРЫТИЕ ПОСЛЕОЖГОВОЙ РАНЫ СВОДА ЧЕРЕПА С ОБНАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ КОМБИНИРОВАННЫМ СПОСОБОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Мадазимов М. М.

Темиров П. Ч.

Назиров С. У.

Мадазимов К. М.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ истории болезни, согласно цели исследования, пациентки М., 30 лет, госпитализированного с 02.03.2021 г. по 07.04.2022 г. (36 койко-дней) в стационар отделения реконструктивной хирургии частной клиники «МК MED» Министерства здравоохранения республики Узбекистан г. Андижан.

Цель исследования. Рассмотреть клинический случай хирургического лечения пациентки с послеожговыми дефектами мягкой тканей свода черепа с оголением теменно-лобной костей.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Тяжесть состояния обусловлена глубиной и площадью термической травмы, наличием открытой травмы теменно-лобной области черепа. Проведены хирургические вмешательства – «Комбинированная пластика открытой раны теменно-лобной области черепа».

Выводы. Проведено адекватное хирургическое лечение пациента с оголением лобно-теменной костей в результате контактного ожога.

Ключевые слова: ожог; послеожговые рубцы, открытая рана, лобная кость.

Материалы и методы исследования. Рассмотрен сложный клинический случай пациента М., 30 лет из Самаркандской области с послеожговыми дефектами мягкой тканей свода черепа с оголением теменно-лобной костей на основании ретроспективного анализа истории болезни №259.

Обсуждение. Больная обратилась 04.01.2022 на консультацию в нашу клинику с жалобами на наличие послеожговой ран области свода черепа. Из анамнеза 21.12.2020 больная получила контактный термический ожог лица и свода черепа во время судорожного приступа (в течении 15 лет страдает эпилепсией). При осмотре на лице имеются послеожговые рубцы различной толщины. В области свода черепа (теменно-лобная область) имеется дефект мягкой тканей, дном этой раны является теменно-лобная кости размерами 12x15 см. Из под краев раны выделяется гнойное содержимое. Височные и

теменно-затылочные области имеют здоровый волосяной покров. Больной рекомендовано стационарное лечение для очищения раны свода черепа.

После рекомендованного лечения больная поступила 02.03.2022 г. в плановом порядке в отделение реконструктивной хирургии частной клиники «МК MED» г. Андижана. На момент поступления в клинику больная предъявляла жалобы на наличие послеожоговой ран области свода черепа, на боли в ране, слабость. Объективно при поступлении: температура тела 36,6°C, общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы на интактных участках физиологической окраски. Дыхание везикулярное, через нос. При исследовании сердечно-сосудистой системы тоны сердца ясные, границы сердца не расширены, частота сердечных сокращений (ЧСС) 76 ударов в минуту, пульс удовлетворительного наполнения, артериальное давление (АД) на правой и левой руках 120/80 мм.рт. ст. Исследование системы пищеварения – язык сухой, живот мягкий, стул в норме, печень не увеличена, край печени мягкий, эластичный. Мочеиспускание в норме. Status localis: В Области свода черепа (теменно-лобная область) имеется дефект мягких тканей, дном этой раны является теменно-лобная кости размерами 12x15 см. Височные и теменно-затылочные области имеют здоровый волосяной покров. Надкостница по краям раны некротизирована (Рис.1).

Предварительный диагноз при поступлении: Послеожоговая рубцовая деформация области лица и свода черепа с оголением височно-теменных костей. Сопутствующее: эпилепсия. В течении 7 суток больной проводилось предоперационная общеукрепляющая терапия с ежедневными перевязками раны свода черепа.

Больной была предложена экспандерная пластика, но ввиду семейных обстоятельств они не дали согласие. Поэтому было решено произвести одноэтапное закрытие оголенных костей с целью профилактики остеомаляции и остеомиелита.

Со стороны внутренних органов противопоказаний не выявлено. Лечение пациента было мультидисциплинарным, так как в ходе терапии были привлечены врачи различных специальностей: анестезиологи-реаниматологи, терапевт, кардиолог, психотерапевт, пульмонолог, врач-реабилитолог.

02.03.2022 под общим эндотрахеальным наркозом произведена операция “Обновление краев раны свода черепа, закрытие костей мягкотканым лоскутом на питающей сосудистой ножке” (рис.2), с закрытием донорского участка полнослойным аутодермотрансплантатом (18x6см), взятым из верхне-передней поверхности бедра (Рис. 3, 4). Рану на бедре ушивали наглухо после предварительной широкой мобилизации ран.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

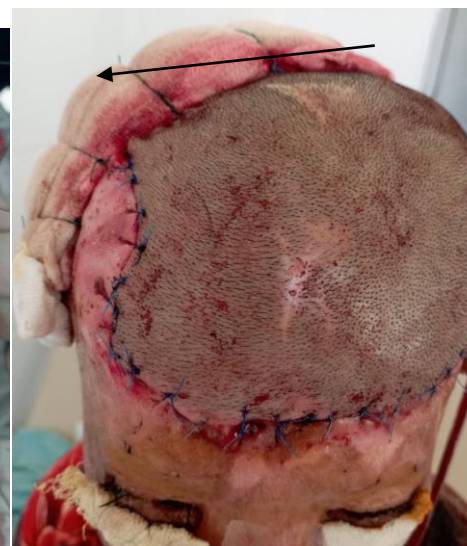


Рис. 5.

Сосудистую ножку лоскута составила височная артерия когда лоцировали при помощи доплерографии. Подлокутное пространство активно дренировано. Над пересаженным полнослойным аутодермотрансплантатом наложили повязку “Пелот” для оптимального соприкосновения с подлежащими здоровыми тканями (Рис. 5). Операция продолжалась 4 часа. В послеоперационном периоде проводилась гипотермия свода черепа, общеукрепляющая терапия, антибиотикотерапия, препараты улучшающие

микроциркуляцию. Через 5-6 суток наблюдали краевой лизис пересаженного аутодермотрансплантата, который зажил эпителизацией после нескольких перевязок без ущерба результату операции (Рис. 6, 7).



Рис. 6.



Рис. 7.

Из под лоскута на ножке, по дренажу в течении 15 суток выделялось серозно-геморрагическое отделяемое, которое регрессировало в динамике. Дренаж удален на 18 сутки. Со стороны лоскута нарушений кровообращения не наблюдалось. Незначительное расхождение краев ран на лбу зажило без наложения дополнительных швов. Послеоперационные швы сняты поэтапно на 20-25 сутки (Рис. 8, 9).

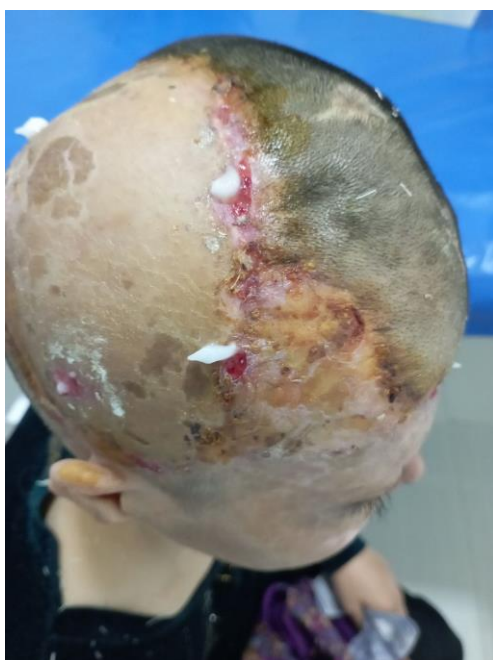


Рис. 8.



Рис. 9.

Рана на бедре зажила без особенностей (Рис. 10). Больная выписана на амбулаторное наблюдение.

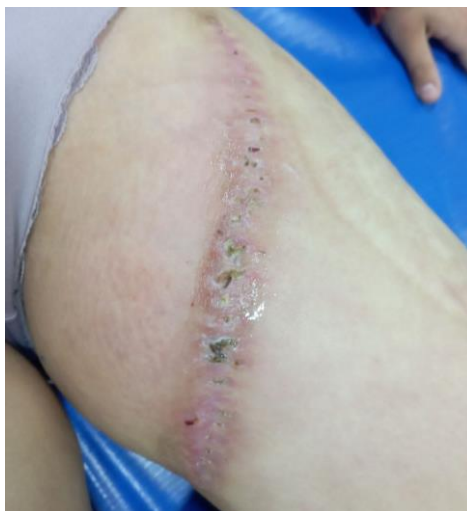


Рис. 10.

Резюме: в данном клиническом примере комбинированная пластика лоскутом на питающей ножке и аутодермопластика дали хороший функциональный результат, тем самым устранилась проблема с оголением костной ткани.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев А.А., Кудзоев О.А., Тютюма П.Н., Клименто М.В., Скуба Н.Д., Гришшина И.А., Агафонов В.А., Хирургическая обработка гранулирующих ран у обожженных. Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков. М., 2000, с.131-132
2. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т. 1: Рубцы и их коррекция. - СПб.: Командор-SPB, 2005. - 128с.
3. Богосьян Р.А. Хирургическое лечение рубцовых деформаций глазничной области после ожогов: Дисс. ... канд. мед. наук. - Нижний Новгород, 2003. – 152 с.
4. Короткова Н.Л., Иванов С.Ю. Хирургическая тактика лечения больных с последствиями ожогов лица // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2012. – №4. – С.10-17.
5. Daigeler A., Kapalschinski N., Lehnhardt M. Therapy of burns // Chirurg. – 2015. – Vol. 86, N4. – P. 389-401.
6. Fistal E.Y., Speranskiy I.I., Soloshenko V.V. et al. Analysis of treatment of the injured with moderate and severe burns // Chirurgia Plastyczna I Oparzenia. — 2013. — Vol. 1, № 2. — P. 56–58.
7. Israel J.S., Greenhalgh D.G., Gibson A.L. Variations in Burn Excision and Grafting: A Survey of the American Burn Association // J Burn Care Res. – 2017. – Vol. 38, N1. - P. e125-e132.
8. Tang W., Li X., Deng Z. et al. Effects of unified surgical scheme for wounds on the treatment outcome of patients with extensive deep burn // Zhonghua Shao Shang Za Zhi. – 2015. – Vol. 31, N4. – P. 254-258.