

Саенко Светлана Эдуардовна

студентка

Галкин Алексей Николаевич

студент

Шпак Елена Игоревна

студентка

Медицинский институт

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

г. Пенза, Пензенская область

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация: в статье освещены особенности проведения первичной и вторичной хирургической обработки челюстно-лицевой области. Описаны особенности выполнения манипуляций в зависимости от временных сроков.

Ключевые слова: первичная хирургическая обработка, вторичная хирургическая обработка, раневой процесс, челюстно-лицевая область.

Прежде чем осветить в своей статье один из методов лечения ранений челюстно-лицевой области, нужно вспомнить, что собой представляет такое понятие, как рана.

Рана – это повреждение тканей организма с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, вызванное каким-либо механическим воздействием [2, с. 124].

Существуют некоторые признаки ранения. Признак первый – болевые ощущения, особенности которой, будут зависеть от вида и топографии раны. Признак второй – нарушение функции поврежденной области. Признак третий – кровотечение, связанное с излиянием крови из поврежденных сосудов. Это жизненно опасный признак ранения, который может приводить к изменению гемодинамики, снижению артериального давления, и в тяжелых случаях – шоку.

При нарушении анатомической целостности покровных или внутренних тканей организма, включается каскад реакций в ответ на ранение, которые будут способствовать регенерации поврежденного очага. Клиническая картина раневого процесса будет зависеть от таких факторов как, степень микробного осеменения, восприимчивости и свойств организма, размеров раны и др.

Все методы лечения ран делятся на два вида: общие и местные. К общим относится введение в организм противостолбнячной сыворотки, антибиотиков и других средств. К местным – наложение антисептических повязок, хирургическая обработка раны.

В зависимости от временных сроков выделяют первичную (ПХО) и вторичную хирургическую обработку (ВХО). Первичная – представляет собой совокупность мероприятий, выполняемых в асептических условиях и способствующих оптимальному заживлению раны.

Выделяют несколько этапов ПХО:

1. Ревизия раны. Этот этап заключается в разведение краев повреждения хирургическими крючками, для создания зоны обзора оперативного доступа. Если входное отверстие (например, колотое ранение) не обеспечивает достаточной видимости, производят рассечение и расширение раны.

2. Некрэктомия. После промывания раны, с целью удаления кровяных сгустков и инородных тел, производят ее осмотр. Определяют границы поврежденных тканей. Нежизнеспособные ткани – измененные в цвете, с нарушением их гемодинамики – удаляют. Мышцы имеющие темный цвет, дряблую структуру, не сокращающиеся в ответ на раздражение, иссекают, а жизнеспособные мышечные пучки сближают и шивают. Производят широкое иссечение подкожно-жировой клетчатки при ее загрязнении и размозжении. Стараются избегать прямолинейности в иссечение краев кожи, более приемлемы будут зигзагообразные прилежащие края, т.к. они, впоследствии, способствуют созданию более эстетичного и мало заметного рубца.

3. Гемостаз.

4. Дренирование полости (пассивное или активное).

5. Закрытие раны. Данным этапом заканчивается первичная хирургическая обработка раны. Производят сближение краев и накладывают первичный глухой шов. В челюстно-лицевой области к швам предъявляют определенные требования:

- нежное обращение к краям сшиваемой раны;
- сопоставление, или, по-другому, прецизионность слоев раны;
- небольшое приподнятие краев раны для предупреждения втяжения рубца

[3, с. 28].

ПХО в зависимости от сроков ее проведения делится на:

1. Ранняя (до 24 часов), которая обычно заканчивается наложением швов.

2. Отсроченная (от 24 до 48 часов), при которой осуществляют наложение швов с обязательным применением антибактериальных препаратов. Выполняется, когда тяжелое состояние пациента не позволяет провести раннюю хирургическую обработку.

3. Поздняя (после 48 часов), в этот период наложение глубокого шва противопоказано, кроме ран в области губ, век, носа, ушной раковины и слизистой оболочки полости рта.

Вторичная хирургическая обработка раны проводится при развитии осложнений (прогрессирующий некроз ткани или раневая инфекция).

Особенностью хирургической обработки челюстно-лицевой области является то, что ее нужно проводить незамедлительно, по правилу «чем раньше, тем лучше». Так, мы предупредим риск инфицирования раны, и способствуем быстрой ее регенерации по типу заживления – первичным натяжением. Это важно, так как челюстно-лицевая зона, является косметической областью.

Хирургическая обработка раны должна проводиться в полных асептических условиях. При соблюдении всех требований и сроков выполнения, данный метод лечения обеспечит безопасное и быстрое заживление раны. Также при выполнении хирургических манипуляций нужно помнить, что челюстно-лицевая область – это нечто большее, чем просто область человеческого тела, это зона

отражения индивидуальности и личности человека. Поэтому работа врача-хирурга, должна быть ювелирно точна и искусна [1, с. 5].

Список литературы

1. Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – М.: Медицина, 1985. – 448 с.
2. Гладенин В.Ф. Общая хирургия: Пособие для студентов высш. мед. учеб. заведений. – М.: Владос-Пресс, 2005. – 287 с.
3. Чудаков О.П. Травматические повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение: Учеб.-метод. пособие / О.П. Чудаков, Т.Б. Людчик, В.А. Маргунская, Л.Е. Мойсейчик, С.П. Мулик. – Минск: БГМУ, 2002. – С. 58.