

УДК 616.211-006-089

*Ю.О. СЕРЕЖКО, Є.М. ЦИМБАЛЮК, В.В. СТРЕЖАК*

## ВАРІАНТ НАКЛАДАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ШВА ПРИ РИНОТОМІЇ ЗА МУРОМ

*Ин-т отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМНУ  
(дир. – чл.-кор. АМНУ, проф. Д.І. Заболотний)*

Хірургічний метод лікування пухлин у приносних пазухах та порожнині носа, як правило, передбачає ринотомію за Муром. Утворення грубого рубця, норичь, дефектів після операції по лінії шва посилюють косметичні вади у пацієнта та психічно його травмують. Для покращення гоєння рани після такої ринотомії і запропоновано варіант накладання післяопераційного шва.

Був проведений ретроспективний аналіз. За період з 2003 по 2005 р. у відділі онкопатології ЛОР-органів Інституту отоларингології АМНУ після 69 ринотомій за Муром утворення норичь спостерігалось в 7 випадках (10,1%).

Після видалення пухлини утворюється післяопераційна порожнина. При зшиванні

м'яких тканин над цією порожниною спостерігається утворення дефектів по лінії шва. Можливими причинами є те, що після формування доступу до пухлини порожнини носа та приносних пазух м'які тканини не мають кісткового каркасу, а загоєння відбувається за рахунок формування рубця. Це зумовлює погіршення кровопостачання в ділянці шва. Може бути також погіршення живлення тканин при рецидивах пухлини або у випадках, коли хірургічне втручання відбувалося після проведеної телегаматерапії. Слід зазначити, що утворення норичь та отворів у хворих по лінії шва відбувалось через 2-5 місяців після операції. Як правило, дефект по лінії шва утворювався у ділянці біля медіального кута ока (рис. 1).



Рис. 1. Дефект тканин у ділянці рубця після ринотомії при рецидиві пухлини та як наслідок опромінення.

При виконанні доступу за Муром хірург змушений пересікати квадратний м'яз верхньої губи, носовий м'яз, край кругового м'яза ока. Пересікаються гілочки а. facialis.

Тому погіршення живлення країв рани передбачає заощадливе ставлення до тканин при їх з'єднанні. Умовою задовільного гоєння рани є такий стан, коли шов тільки

утримує зближені краї рани і не здавлює судини. Не слід залишати у рані лігатури на довгий час. Цім вимогам відповідає застосування неперервного шва.

Пластика за досконалою методикою після проведеного хірургічного втручання проведена у 7 хворих з пухлинами порожнини носа та приносних пазух. Розроблена методика полягала у формуванні ложа для шкіри з м'язів лица. Неперервний шов з дексону з'єднував розсічені м'язи і виводився на шкіру на відстані 0,5-1 см від краю рани. Другий ряд з вузлуватих швів накладали на шкіру (у 9 осіб). У іншій групі хворих (8

осіб) шкіру зшивали неперервним швом. Лінію шва закривали асептичною пов'язкою на 2-3 дні. Надалі проводився звичайний догляд за післяопераційною порожниною. Ділянку шкіри в області шва обробляли антисептиком. Вузлуваті шви знімали на 7-8-й день. На 14-й день видаляли нитку, що з'єднувала м'язи. У випадку, коли другий ряд утворювався неперервним швом, нитку видаляли на 16-й день.

Спостереження протягом року показало задовільні результати пластичного закриття післяопераційної рани у хворих обох груп (рис. 2).



Рис. 2. Вигляд післяопераційного рубця у хворих через півроку та рік після пластичного закриття післяопераційної рани.

Таким чином, можна вважати, що застосування двохрядного шва при зшиванні тканин над порожниною після хірургічного видалення пухлини у хворих на рак порож-

нини носа та при носових пазух дає задовільні результати і може використовуватись взагалі при ринотоміях.

Надійшла до редакції 16.01.07.

© Ю.О. Серезко, Є.М. Цимбалюк, В.В. Стрежак, 2006