

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 травмпункті.

#### 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. Бурмирова. – 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 fentanil (2 mg/kg). During 11 operations the balanced neuroleptanalgesia with fentanil (2-3 mg/kg),

droperidol (0,15 mg/kg) and ketamin (3 mg/kg), was used. In 10 cases ataralgesia with the introduction of fentanil (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],

13 – тимпанопластик III типу; у 7 дітей виконали двоетапну тимпанопластику, причому другий етап провели через 5-7 місяців після першого хірургічного втручання. Операції на вусі були виконані за описаною раніше методикою [2-3].

Премедикація мала на меті максимально знизити страх операції та включала дом'язове введення седативних та знеболюючих середників за 40 хв до операції. Старшим дітям - сибазон (0,3 мг/кг), морфін гідрохлорид (0,2 мг/кг) та атропін сульфат (0,1 мл на 10 кг маси тіла). Дітям молодшого віку премедикацію та введення в наркоз проводили в передопераційній (в палаті) кетаміном – дом'язово з розрахунку 5 мг/кг з атропін сульфатом (0,1 мл на 10 кг маси тіла). Для зниження кровотечі у премедикацію включали етамзілат (125-250 мг).

При 11 втручаннях використовували загальне комбіноване багатокомпонентне знеболення на основі пропофолу (рекофолу) в розрахунку 3-5 мг/кг/год та фентанілу (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 10 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, яка дозволяла значно зменшити кількість медикаментів, використаних для проведення наркозу. За допомогою одногорамового інсулінового шприца через 3-4 уколи вводили по 0,4-0,7 мл розчину у всі стінки зовнішнього слухового проходу. Уколи виконували приблизно на середині перетинчасто-хрящового відділу, причому перший з них проводили в задньо-верхню стінку, в ділянці молоточкової смужки, де шкіра проходу товстіша і укол вдається зробити легше. Голку просували до кісткової стінки, що давало оптимальний знеболювальний ефект і попереджувало відшарування епітелію з утворенням пу-

хирців, заповнених анестезуючим розчином. Утворення пухирців негативно впливало на репаративні процеси в м'яких тканинах зовнішнього слухового проходу. Розчин анестетику вводили повільно, щоб забезпечити рівномірне просочування м'яких тканин всієї шкіри – від кінчика голки до барабанної перетинки.

Хворі діти перебували на спонтанному диханні через верхні дихальні шляхи або через гортанний повітропровід з оксигенацією киснем (4-6 л/хв) через маску. Для післяопераційного знеболення використовували анальгін, димедрол, кетанов (кеталонг) парацетамол у вікових дозах за вимогою.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вказана методика знеболення дала можливість провести операцію на вусі в умовах самостійного дихання, при стабільному артеріальному тиску. Всі діти гарно перенесли вказані види знеболення без виражених ускладнень під час втручання та у післяопераційному періоді (брадикардія, зниження артеріального тиску). У 5 випадках під час операції виникла наркозна депресія дихання, яку купірували за допомогою штучної вентиляції легень через маску або через гортанний повітропровід за допомогою респіратора РО -6-03 киснево-повітряною сумішшю.

#### ВИСНОВОК

Багатокомпонентна загальна анестезія (пропофолом з фентанілом), збалансована нейролептаналгезія та атаралгезія в доповненні з місцевим введенням розчину лідокаїну є ефективним методом знеболення при проведенні операцій на вусі у дітей, хворих на хронічний гнійний середній отит.

#### Література

1. Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции. – М.: Медицина, 1972. - 376 с.
2. Яшан И.А. Эндомеатальная тимпанопластика. – К.: Здоров'я.- 1982.- с.120.
3. Яшан О.І. Нові варіанти хірургічних втручання у хворих на хронічний гнійний середній отит //Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – К.-2002.- 36 с.

Кіт О. М.

## МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНА ТА СЕКРЕТОРНА ФУНКЦІЯ ШЛУНКА ПРИ ВИРАЗКОВОМУ ПІЛОРОСТЕНОЗІ І ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Моторно – евакуаторна та секреторна функція шлунка при випадковому пілоростенозі і вибір методу лікування – Автором проведено аналіз результатів дослідження і хірургічного лікування 116 хворих на ВХШ, ускладнену стенозом ворота. Комплексне дослідження моторно-евакуаторної і секреторної функції шлунка дало можливість в кожному конкретному випадку обґрунтувати метод і вибрати найбільш оптимальний спосіб оперативного втручання, покращити результати хірургічного лікування, знизити летальність з 3,2 до 0 % останніми роками, зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 4,5 до 2,9 %, скоротити терміни реабілітації хворих з 56 до 42 днів.

Моторно – евакуаторна та секреторна функція шлунка при язвенном пілоростенозі і вибір методу лікування – Автором произведено анализ результатов исследования и хирургического лечения 116 больных язвенной болезнью желудка осложненной пилоростенозом. Комплексное исследование моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка, дал возможность в каждом конкретном случае определить метод и выбрать наиболее оптимальный способ оперативного вмешательства, улучшить результаты хирургического лечения, снизить летальность с 3,2 до 0 % за последние годы, уменьшить количество послеоперационных осложнений с 4,5 до 2,9 %, сократить сроки реабилитации больных с 56 до 42 дней.

Motor – evacuation and secretion functions of a stomach at ulcer pylorostenosis and choice of treatment method – The author has carried out the

analysis of results of research and surgical treatment of 116 patients with stomach ulcer complicated by pylorostenosis. The complex research of motor evacuation and secretion functions of stomach, has enabled to determine a method in each specific case and to choose the optimal way of operative intervention, to improve the results of surgical treatment, to lower the death rate from 3,2 % up to 0 % for last years, to reduce the quantity of postoperative complications from 4,5 % up to 2,9 %, to shorten the terms of rehabilitation of patients from 56 till 42 days.

**Вступ** До останнього часу залишається дискусійним і остаточно не вирішеним питання вибору адекватного методу операції при виразковій хворобі шлунка ускладненій пілоростенозом [5,6]. Загальноновизнана резекція шлунка, позбавляючи організм великої частини такого важливого органа, призводить у 12 – 20 % оперованих до виникнення різних патологічних синдромів, які суттєво відображаються на стані здоров'я хворих [2,3]. А тому підготовка хворих до операції, обґрунтування способу хірургічного втручання повинна проводитись з врахуванням стану моторно-евакуаторної і секреторної функцій шлунка та залежати від ступеня стенозу [1, 2, 4, 7].