

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ

М.И. МУРАДОВ, П.Ю. САЙК, О.Б. БУСЫГИНА

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,
г. Алматы

Из общего числа травм ожоги составляют 30%. Выход на первичную инвалидизацию – 40% [1, 2, 3]. Одним из последствий ожогов, оказывающим значительное влияние на качество жизни, являются рубцы, которые приводят к формированию контрактур и деформаций. Рубцовые деформации, лица, шеи, передней грудной стенки, верхних конечностей являются наиболее частыми последствиями ожоговой травмы, способными отрицательно повлиять на внешний вид пострадавших [4, 5]. Несмотря на значительные успехи в комплексном лечении пострадавших от глубоких и обширных ожогов и их последствий, – применение профилактических мероприятий, активной хирургической тактики, частота послеожоговых деформаций остается весьма высокой (38%) [6, 7, 8], что свидетельствует о социальной значимости этой проблемы.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения послеожоговых рубцовых дефектов и деформаций тканей, сокращение сроков социальной реабилитации.

Материал и методы

В Отделении реконструктивной и пластической микрохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова за период с 2006 по 2012 гг. было обследовано и оперировано 50 больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями и контрактурами кожи различной локализации. Характеристика пациентов по возрасту и полу представлена в таблице 1.

Большинство пациентов составили лица от 5 до 35 лет (80%). Сроки обращения пострадавших после полученных ожогов составили: до 1 года у 18 больных (36%), от 1 года до 5 лет – у 25 (50%), от 6 до 10 лет – у 7 больных (14%). Ожог пламенем, как основная этиоло-

гическая причина, приведшая к рубцовым деформациям и контрактурам, наблюдался у 24 (48%) пациентов, ожог кипятком – у 18 (36%), электроожог – у 5 (10%) и химический – у 3 (6%) пациентов. Площадь деформаций составляла от 5 до 850 см².

Предоперационное обследование включало в себя определение чувствительности, движений пальцев, цвета, вида рубцов, наличие трофических язв, площади, плотности, смещаемости измененных покровных тканей. Глубину рубцового перерождения тканей определяли с помощью ультразвукового сканирования. С целью диагностики сосудов для аутотрансплантации и транспозиции комплексов тканей выполнялась ангиография.

50 пациентам были выполнены 63 операции по устранению послеожоговых контрактур и деформаций различными способами и методами, по необходимости одновременно выполнялись реконструктивно-восстановительные операции на анатомических образованиях конечностей. Характеристика вмешательств представлена в таблице 2.

Все операции выполнялись с применением оптического увеличения (операционный микроскоп, бинокулярная лупа), микрохирургической техники и атравматичного шовного материала. Вмешательства производились на двух и более областях поражения. Свободная кожная пластика применялась в комбинации с другими способами у 5 больных (7,9%), одновременно проводилось устранение контрактур обеих кистей и контрактур шеи. Иссечение рубцов в области шеи и плеч, передней грудной стенки с устранением деформации и смещения молочных желез. При выраженном дефиците здоровых тканей как пластического материала, для их

Таблица 1

Характеристика пациентов по возрасту и полу

Возраст Пол	До 10 лет	11-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 год и старше	Итого
Мужчины	13	1	2	1	1	1	0	19 (38%)
Женщины	4	8	7	8	1	2	1	31 (62%)
Всего	17 (34%)	9 (18%)	9 (18%)	9 (18)	2 (4%)	3 (6%)	1 (2%)	50 (100)

Таблица 2

Анализ выполненных реконструктивных операций

Вид реконструкции	Количество операций	Локализация			
		верхняя конечность	нижняя конечность	голова и шея	туловище
Пластика местными тканями	30 (47,6%)	12 (19%)	3 (4,8%)	10 (15,9%)	5 (7,9%)
Аутодермопластика	10 (15,9%)	9 (14,2%)	1 (1,6%)	-	-
Скользящий лоскут	3 (4,8%)	2 (3,2%)	-	1 (1,6%)	-
Перфорантный лоскут	3 (4,8%)	2 (3,2%)	-	1 (1,6%)	-
Лучевой лоскут	2 (3,2%)	2 (3,2%)	-	-	-
Экспандерная дерматензия	10 (15,9%)	2 (3,2%)	2 (3,2%)	3 (4,8%)	3 (4,8%)
Комбинированная пластика	5 (7,9%)	2 (3,2%)	1 (1,6%)	2 (3,2%)	-
Всего	63 (100%)	31 (49,2%)	7 (11,1%)	17 (27%)	8 (12,7%)

дермотензии использовали тканевые экспандеры, предварительно, рядом с рубцовым массивом подкожно или подфасциально имплантировали тканевые экспандеры. В последующем, в условиях амбулатории проводили инфузию стерильного физиологического раствора 0,9% NaCl в клапан экспандера, то есть дозированное тканевое растяжение. При достижении спланированного прироста здоровых тканей больных госпитализировали и выполняли пластику дефекта и деформации предварительно растянутыми тканями. Трем пациентам были проведены операции в два этапа. После операции начинали выполнение местного медикаментозного лечения с использованием терапии улучшающей реологические свойства крови, физиопроцедур.

Клинический пример. **Больной М., 33 года**, поступил в плановом порядке с диагнозом: Отдаленные последствия электротравмы. Обширная рубцовая деформация, хроническая трофическая язва поясничной области. Хронический остеомиелит крестца. Жалобы при поступлении на наличие обширного, деформирующего, стягивающего, ограничивающего движения рубца поясничной области по центру с долгонезаживающей, периодически кровоточащей, болезненной язвой.

Из анамнеза электротравму получил в 10 лет назад, по поводу чего выполнена свободная аутодермопластика с бедра на поясничную область. Рана заживала длительное время вторичным натяжением, по заживлению раны отмечается образование деформирующего рубца с язвой.

Локально: в пояснично-крестцовой области имеется обширный, деформирующий, стягивающий, ограничивающий движения рубец ромбовидной формы размером 17х22 см, спаянный с подлежащими тканями, болезненный при пальпации, в центре рубца над крестцом имеется язва размером 2х3 см с серозно-геморрагическим отделяемым. Края язвы представлены кожным валиком, дно вялогранулирующей тканью с налетом фибрина. Посев из язвы – синегнойная палочка.

Для устранения деформации пояснично-крестцовой области пациенту выполнено оперативное лечение в два этапа. Первым этапом выполнена имплантация тканевых растяжителей (экспандер) V=500 мл в правую и левую ягодичную и поясничную область под здоровые ткани. В течение 1,5 месяца производилась экспандерная дермотензия NaCl 0,9% до полного заполнения растяжителей. Вторым этапом выполнено: а) иссечение рубцовой деформации, б) секвестрэктомия крестцовой кости в области язвы, в) удаление экспандеров, г) префабрикация лоскутов, д) устранение образовавшегося дефекта транспозицией тензивных лоскутов.

В послеоперационном периоде проведен курс антибактериальной, противовоспалительной, улучшающей реологические свойства крови терапии. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Выписан на 14-е сутки с выздоровлением (фото 1-9).

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде у 2 (4%) пациентов отмечался краевой некроз лоскута (0,3 см) по причине несоблюдения пациентами лечебного режима, однако данные осложнения не повлияли на отдаленные результаты. У остальных 48 (96%) пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. В отдаленном периоде (от 6 мес до 1 года) наблюдалось 38 пациентов. У 34 (89,5%) пациентов получен отличный функциональный и эстетический результат, полностью удовлетворяющий больных, 4 (10,5%) пациентам потребовались дополнительные корригирующие операции.

Каждый вид патологических изменений требует своего оперативного решения местной, свободной или комбинированной кожной пластики. Успех реконструктивно-



Фото 1. Общий вид до операции



Фото 2. Имплантация тканевых растяжителей (экспандер)



Фото 3. Через 1,5 месяца экспандерной дермотензии

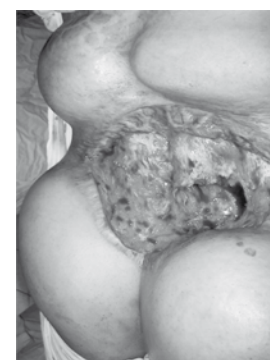


Фото 4. Иссечение рубца



Фото 5. Макропрепарат



Фото 6. Удаление экспандеров

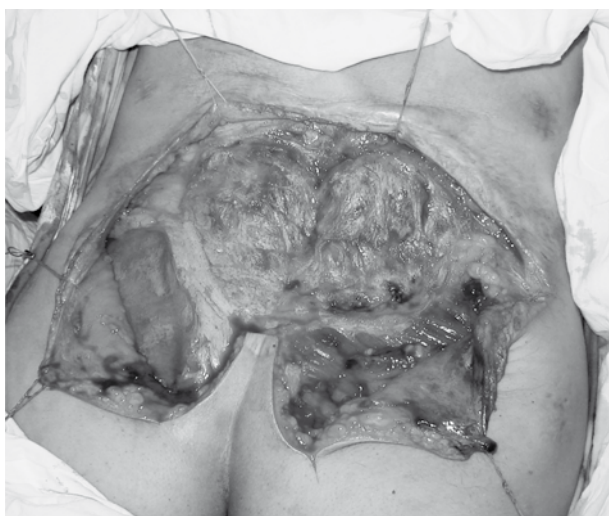


Фото 7. Префабрикация лоскутов



Фото 8. Общий вид после операции



Фото 9. Отдаленный результат через 1 год

восстановительных операций во многом зависит от тщательного соблюдения всех деталей техники операции и правильного проведения послеоперационного периода. Необходимыми условиями приживления кожного лоскута являются хороший гемостаз по возможности без применения лигатур, равномерное натяжение и полное соприкосновение его с поверхностью и краями раны. Новые способы местной кожной пластики при оперативном лечении рубцовых деформаций кожи направлены не только на восстановление функциональных нарушений, но и на улучшение эстетических результатов.

Выводы

Таким образом, при лечении дефектов и деформаций любой части тела возможно использование различных вариантов пластики, при этом применение

микрохирургической техники, одномоментная и этапная реконструкция анатомических образований позволили качественно повысить эстетический и функциональный результат.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ваганова Н.А. Новые хирургические способы лечения деформаций волосистой части головы, лица и шеи с применением баллонного растяжения тканей: автореф. дисс. ... д. м. н. / Н.А. Ваганова. – 2006. – С. 3–10;
2. Островский Н.В., Белянина И.Б., Куспич Е.В. Выбор способа устранения послеожоговых рубцовых деформаций. Материалы IV конгресса по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. Ярославль, 8–11 июня 2009 года. Ярославль: Р.А. "Параллакс" 2009. – С. 259–260;
3. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов // Сб. тр. Междунар. конгр. "Комбустиология на рубеже веков". – Москва, 2000. – С. 192;
4. Парамонов Б.А., Порембский О.Я., Яблонский В.Г., Ожоги. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2000. – 480 с.;
5. Повстаной Н.Е., Коваленко О.Н. Структура, характер, достоинство и недостатки видов кожных пластик при ожогах. Материалы XIX съезда хирургов Украины. Харьков. 2000. – С. 342–343;
6. Boucq D., Schoofs M., Fissette I. Reconstruction cervicale, apres brulures, par lambeau libre parascapulaire – Ann.Chir.Plast.Esthet. – 2007 – N 33 – p.315–320;
7. Kobus K., Stepnewski S. Surgery of postburn contractures – Eur.J.Plant.Surg. – 2004 – Vol. 11 – N 2 – p.126–131;
8. Nappi G.F., Lubberts S.V. Composite tissue transfer in burn patients. – Clin. Plast. Surg. – 2008 – Vol.13 – N 1 – p.137–142.

ТҰЖЫРЫМ

ЖАБЫҚ ТІҢДЕРІҢ КҮЙГЕНЕН КЕЙІҢГІ ЕМДЕУ ТӘЖІРБИЕСІ

М.И. Мурадов, П.Ю. Сайк, О.Б. Бусыгина

Қазақстан республикасы Сызганов А.Н. атындағы Ұлттық Ғылыми, Алматы қ.

2006 жылдан бастап 2012 жылға дейін ҒҰХО реконструктивтік, пластикалық және эстетикалық микрохирургия бөлімінде 50 науқастың тіңдерінің күіктен кейіңгі алшақсалдарын емдеу барысындағы оперативтік жұмыс зертеуі негізіне алынған. Өртүрлі контрактуралық және деформациялық жабық тіңдерінің күйінен кейіңгі зақым алған науқастарға 63 пластикалық лоскут бойынша микрохирургиялық техникамен операциялар жасалынды. Ұзақ уақыт мерізімде, 6 айдан бір жыл аралығында толық қанағаттанарлық 89,5% науқастар қуады, микрохирургиялық пластикалық лоскут тәсілі бойынша ондай топ науқастарға қолайлы.

SUMMARY

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF AFTER BORN DEFECTS AND DEFORMATIONS OF COVERED TISSUES

M.I. Muradov, P.Y. Saik, O.B. Busygina

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Almaty c.

In fundamental analysis of conduct work was taken the experience of surgical treatment of 50 patients with after burn weal deformations and contractures, who had been treating at in-patient department of reconstruction, plastic and aesthetics microsurgery of NSCS in the period of 2006–2012 years. To this group of patients were made 63 operations of removal of after burn defects and deformations by different methods of flap plastic with using microsurgery techniques. In far-off period of time from 6 months to 1 year excellent functional and aesthetic result that satisfied patients was in 89,5% of cases, that shows the effectiveness of using microsurgery techniques in this category of patients.