

ISSN 1684-9280

**Травматология**  
**ЖӘНЕ**  
**Ортопедия**

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ РУБЦАМИ И КОНТРАКТУРАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Ш.А. БАЙМАГАМБЕТОВ, Л.А. БЕКЕНОВА, Ж.К. РАМАЗАНОВ  
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

15 жасқа дейінгі 50 баланың күіктен кейінгі қалпын бұзу және контрактураларды емдеудегі нәтежелері зерттеліп, байқалынды. Күйіктен кейінгі балаларды хирургиялық емдеу тәжірибесі, белгілі бір орында (мүше) тартылған тыртықтарды оқшауландыруға байланысты (қалпын өзгерту және контрактура) тиімді тәсілдерді таңдауға мүмкіндік берді.

Results of treatment postburns deformations and contractures at 50 children in the age of till 15 years are investigated. Experience of surgical treatment of children with consequences of burns has allowed to choose optimum ways of operations depending on localization pulling together cicatrixes (a kind of deformation and contractures) with reference to concrete area.

Ожоги занимают третье место среди травм мирного времени различной этиологии [1]. В последние годы распространенность ожогов вновь стала нарастать. Ожоговый травматизм в Республике Казахстан составляет 4,5% от общего числа травм. При этом удельный вес ожоговой травмы составляет 3,4% от всех случаев травм среди детей. Отмечается тенденция к увеличению числа больных с обширными ожогами, при этом увеличивается удельный вес детей раннего возраста. С применением современных способов лечения ожогов стали выживать пациенты с более тяжелыми и обширными поражениями, в связи с чем возросло число сложных и тяжелых последствий ожогов [2]. Именно поэтому, несмотря на совершенствование техники реконструктивно-восстановительных операций, проблема реабилитации больных, перенесших глубокие ожоги, остается актуальной.

Известно, что более 30-40% детей, получивших ожоги, позже нуждаются в восстановительных и реконструктивных операциях [3]. Необходимость и своевременность выполнения реконструктивных операций диктуется ранним развитием у детей с рубцовыми контрактурами вторичных костных изменений лица, позвоночника, конечностей, приводящих к увечью и инвалидности [4, 5]. Даже небольшое стяжение рубцами оказывает влияние на рост и развитие поврежденной зоны, поэтому хирургическое вмешательство должно быть выполнено в ранние сроки и полностью

ликвидировать контрактуру [6]. Тем не менее, детям, перенесшим ожоговую травму, в недостаточной степени уделяется внимание участковыми педиатрами и хирургами, особенно в сельской местности, что приводит к наличию большого количества детей с тяжелыми формами контрактур, нуждающихся в реконструктивных операциях. Поэтому очевидна необходимость раннего выявления таких детей и своевременное проведение их реабилитации.

В последние годы отмечается тенденция к преимущественному использованию пластики местными тканями, в том числе и рубцовоизмененными, пригодными в качестве пластического материала [5].

Цель исследования - изучение эффективности различных видов реконструктивно-восстановительных операций.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В ожоговом отделении НИИТО за 2002 – 2006 годы нами оперировано 50 детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами. В возрасте до 7 лет оперировано 56% детей, от 8 до 15 лет - 44% детей, мальчиков было 30 (60%), девочек - 20 (40%). Для восстановительного хирургического лечения дети поступали как из г. Астаны, так и из регионов РК.

У 50 оперированных детей имелись контрактуры суставов, локализация которых представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Локализация рубцовых контрактур

Локализация	Абсолютное число детей	%	Количество случаев	%
Плечевой сустав	12	24%	12	22,2%
Локтевой сустав	14	28%	15	27,8%
Лучезапястный сустав	6	12%	7	13%
Тазобедренный сустав	1	2%	1	1,8%
Коленный сустав	8	16%	9	16,7%
Голенистоопный сустав	9	18%	10	18,5%
Всего	50	100%	54	100%

Наиболее часто встречались контрактуры локтевых (27,8%) и плечевых (22,2%) суставов. Реже - контрактура тазобедренного сустава (1,8%). У 4 больных контрактуры были множественные (локтевых и плечевых суставов (2), коленных и голеностопных суставов(2). Все контрактуры мы старались подвергнуть раннему хирургическому лечению, сразу по мере

выявления. Время от момента ожога до восстановительной операции составило от 8 месяцев до 10 лет, что зависело от обрацаемости больных. Мы стремились оперировать как можно раньше, начиная с 8-10 месяцев после заживления ожоговых ран. В течение первого года после заживления ран оперировано 15 детей.

Таблица 2 - Методы пластики при реконструктивно-восстановительных операциях по поводу рубцовых контрактур

Метод пластики	Количество	%
Свободная аутодермопластика	12	24%
Пластика трапециевидными лоскутами	27	54%
Комбинированная пластика	11	22%
Всего:	50	100%

У детей наиболее часто (54%) применена пластика трапециевидными лоскутами. Реже нами применялась комбинированная пластика (22%). При данном методе использовалась пластика трапециевидными лоскутами в сочетании со свободной кожной пластикой. Свободная пластика расщепленной кожей в чистом виде выполнена у 12 детей.

При рубцовых контрактурах с образованием складки в зоне суставов нами применялась пластика трапециевидными лоскутами. Как правило, этот вид контрактур обусловлен рубцами, повреждающими сгибательные поверхности одного или нескольких суставов. При этом по середине сгибательной поверхности сустава образуется рубцовый выступающий тяж, от которого к боковым поверхностям сустава простираются листки в виде скатов. После рассечения рубцового листка в проекции сустава с развилкой у оси его ротации рана принимает форму трапеции. Следовательно, анатомически обоснована пластика такой же формы лоскутом, выкроенным напротив раны из другого листка [2].

При таких контрактурах один или оба листка рубцовые, в них имеет место укорочение поверхности по длине и избыток по ширине. Если рубцы довольно эластичные, то мы их использовали для пластики. При этом за счет избытка поверхности листков складки по ширине ликвидировали недостаток по длине.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде не наблюдалось подлоскутных гематом и нагноения ран. В двух случаях, при использовании рубцовоизмененных тканей для пластики трапециевидными лоскутами, имели место участки поверхностного некроза, которые эпителизировались самостоятельно и не влияли на результат операции. При применении свободных расщепленных кожных лоскутов в трех случаях также отмечались участки поверхностного некроза, раны самостоятельно эпителизировались, результаты операций были хорошие. В отдаленные сроки, в течение 4 лет, наблюдалось благоприятное течение периода реконвалесценции. Трапециевидные лоскуты из здоровых тканей, перемещенные в зону рассеченного

рубцового листка, росли с ростом ребенка, увеличивались по площади в 2 раза и более, поэтому рецидивы контрактур не наблюдалось. Следовательно, хирургическое лечение контрактур с образованием складки в зоне сустава и пластикой трапециевидными лоскутами является эффективным способом устранения рубцовых контрактур у детей с последствиями ожоговой травмы. Поскольку подавляющее большинство восстановительных операций выполнено пластикой местными и смежными неповрежденными тканями, то не имеет существенного значения - являются рубцы зрелыми или свежими. Операции необходимо проводить в ранние сроки для предупреждения вторичных изменений.

## ВЫВОДЫ

1. Хирургическое лечение детей с послеожоговыми рубцовыми контрактурами необходимо проводить в ранние сроки (спустя 8-10 месяцев после заживления ожоговых ран), что позволяет предупредить развитие вторичных изменений и сократить в 2 раза сроки восстановительного лечения.

2. Наиболее эффективным методом хирургического лечения является выполнение реконструктивно-восстановительных операций с использованием местных тканей в виде трапециевидных лоскутов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Г.И., Зольцев Ю.К., Арефьев И.Ю. и соавт. Актуальные проблемы термической травмы - Санкт-Петербург. - 2002. - С.419-421.
2. Федоров В.Д., Алексеев А.А. и соавт. // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Том 7, №3. - С.36-37.
3. Повстяной Н.Е., Дрюк Н.Ф. // Актуальные вопросы комбустиологии. - Челябинск, 1996. - С.138-140.
4. Охотина Л.А. // Проблемы термической травмы у детей и подростков. - Екатеринбург, 2003. С.142-144.
5. Поято Т.В., Сивкова Т.В. // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Том 7, №3. - С.246-247.
6. Rudowski W. et al. Теория и практика лечения ожогов. - М: Медицина, 1980. - 375с.