

ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



УДК 616-009.87:616-001.17-053.2

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦАМИ И КОНТРАКТУРАМИ

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

18 жасқа дейінгі 68 баланың күіктен кейінгі қалпын бұзу және контрактураларды емдеудегі нәтижелері зерттеліп, байқалынды. Күйіктен кейінгі балаларды хирургиялық емдеу тәжірибесі, белгілі бір орында (мүше) тартылған тыртықтарды оқшауландыруға байланысты (қалпын өзгерту және контарктура) тиімді тәсілдерді таңдауға мүмкіндік берді.

Results of treatment postburns deformations and contractures at 68 children in the age of till 18 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 scars (a kind of deformations and contractures) with reference to concrete area.

В настоящее время с улучшением социально-бытовых условий, быстрым ростом электробытовой техники, с частым использованием химических элементов, удельный вес ожогов у детей остается высоким. Число детей, получивших глубокие ожоги туловища, составляет 21% случаев от всех обожженных. Это увеличивает количество детей, получивших инва-

лидность, приносит эстетические неудобства и усугубляет их психо-эмоциональное состояние [1].

В связи с этим реабилитация детей с послеожоговыми деформациями кожных покровов остается самой актуальной задачей реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии.

У большого числа детей, подвергающихся глубо-

ким ожогам туловища, отмечаются рубцовые дефекты мягких тканей, деформации, контрактуры и длительно незаживающие трофические язвы. Повреждаются подкожно-жировая клетчатка, мышцы, сухожилия, суставы и костная ткань. Такие последствия приводят к глубокой инвалидности, способствуя развитию астенизации, и лишают человека возможности участия в активной жизни общества [2].

Вышеуказанное требует выработки более конкретных показаний к каждому виду хирургических вмешательств, оценки эффективности существующих методов хирургического лечения последствий ожогов.

Следует отметить, что выбор оптимального способа лечения последствия термических поражений и профилактики осложнений весьма труден.

В арсенале восстановительной и пластической хирургии существует множество способов кожно-пластических операций. Наряду с неоспоримыми достоинствами, они также имеют ряд недостатков, существенно ограничивающих их широкое использование.

В частности, свободная расщепленная кожная пластика в 37-45% случаев из-за ретракции трансплантатов приводит к рецидиву контрактуры. Пластика кожно-фасциальными и кожно-жировыми лоскутами в большинстве случаев сопровождается вторичной деформацией донорских зон. Применение "Z" пластики не дает эффекта в связи с некрозом остроконечных лоскутов и использованием рубцовой ткани.

Использование для пластики стебля Филатова требует множества этапов операций. На этапах миграции стебля теряется пластический материал, утрачивается также эластичность кожи, увеличивается также риск развития инфекции.

Из-за необходимости использования дорогостоящих операционных микроскопов, микроинструментов, сверхтонких нитей, обученных специалистов, а также ограниченности донорских зон у обожженных, хорошо зарекомендовавшая себя микрохирургическая пересадка тканей не всегда выполнима [3].

Проблему дефицита здоровых тканей для пластики стало возможным решать с помощью тканевого растяжения [4]. Однако об использовании этого метода в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов туловища у детей имеются единичные сообщения [5].

Всё это ставит задачу совершенствования способов хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Начиная с 2001 года, в ожоговом отделении НИИ травматологии и ортопедии г. Астана проведено хирургическое лечение 67 детей с послеожоговыми рубцовыми деформациями туловища. Из них мальчиков - 23 (34,3%), девочек - 44 (65,7%).

Из этого контингента больных в возрасте до 8 лет было 12 (17,9%), от 9 до 12 лет - 25 больных (37,3%), от 13 до 18 лет - 30 (44,8%). По локализации послеожоговых рубцовых деформации разделили на область суставов верхних конечностей - 24 (35,8%), область суставов нижних конечностей - 31 (46,5%), грудная область - 7 больных (10,4%), область живота

- 2 (2,9%), поясничная область - 3 больных (4,4%).

Давность полученных ожоговых травм: до 1 года были у 15 больных (22,3%), от 1 года до 5 лет - у 39 (58,2%), от 6 до 10 лет - у 13 больных (19,5%).

Всем больным проводили общеклинические исследования крови, мочи, биохимический анализ крови, по показаниям - рентгенограмму грудной клетки, позвоночного столба и т.д. Рубцы характеризовали по площади, толщине, смещаемости, цвету, виду, наличию трофических язв и т.д.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 67 детей выполнено 88 операций на туловище. Свободная кожная пластика выполнена у 25 (37,3%) больных, у 23 (34,3%) - местно-пластические операции, у 2 (2,9%) - применение тканевых экспандеров, лоскутная пластика - 4 (5,9%), комбинированная пластика - 7 (10,4%), свободная кожная пластика в комбинации с другими способами - у 6 детей (9,2%).

При этом, когда размеры раны были небольшими, выполнялась пластика послойной аутокожей с последующим ушиванием донорской раны. Для закрытия обширных ран использовалась дермотомная аутопластика.

Необходимо отметить, что пересаженная полнослойная кожа в функциональном и эстетическом отношении дает лучшие результаты, чем расщепленная кожа. В отличие от расщепленной, послойная кожа не подвергается ретракции. Вскоре под кожей образуется слой жировой клетчатки. Спустя 8-12 месяцев пересаженная послойная аутокожа полностью восстанавливает все свойства нормальной кожи.

Лоскутная пластика применялась у 4 больных (5,9%). Для устранения рубцовых контрактур туловища и головы, при наличии рядом с рубцами здоровых тканей, выполняли пластику с помощью кожно-жировых или кожно-фасциальных лоскутов.

Комбинированная пластика проводилась у 7 больных (10,4%). При этом способе наиболее значительные в функциональном отношении зоны туловища восстанавливали с помощью кожно-жировых, кожно-фасциальных лоскутов, а остальные участки закрывали полнослойной или расщепленной кожей.

На основе дермотензии пластика местными тканями проводилась у 23 больных (34,3%), массивные рубцы на туловище устранялись с применением данного способа. Суть способа заключается в следующем: проводится разрез на границе рубца со здоровыми тканями; после широкой мобилизации кожно-жирового пласта тканей, с учетом их запаса, иссекали рубцы и закрывали рану мобилизованными тканями с помощью двухрядных швов. Для ликвидации огромных по площади рубцовых массивов данный способ применяли в два или три этапа.

Тканевое растяжение применялось у 2 больных (2,9%). При выраженном дефиците здоровых тканей как пластического материала, для их "выращивания" использовали тканевые экспандеры. Предварительно, рядом с рубцовым массивом подкожно или подфасциально имплантировали тканевые экспандеры. В последующем проводили инфузию стерильного раствора физиологического раствора в экспандер, т.е. дозированное тканевое растяжение. При достижении запланированного прироста здоровых тканей

выполняли пластику дефекта и деформации предварительно растянутыми тканями.

В отдаленные сроки (3-5 лет) перемещенные на дефект предварительно растянутые ткани по толщине, цвету и текстуре полностью соответствовали тканям восстанавливаемой зоны, ничем не отличаясь от них.

У всех больных за сутки до операции и в течение 5-7 суток после операции применялась антибиотикотерапия. Из антибиотиков применяли цефазолин, пенициллин в разовой дозировке четыре раза в сутки.

В ближайшем послеоперационном периоде гнойно-некротических осложнений не наблюдалось.

В 64 (95,5%) наблюдениях достигнут оптимальный функциональный и эстетический результат. В одном случае (1,5%) в результате расхождения краев раны наблюдали рецидив контрактуры. У 2 больных (3%), вследствие ретракции дерматомного трансплантата достигнут неудовлетворительный результат.

Таким образом, опыт хирургического лечения детей с последствиями ожогов свидетельствует о преимуществах предложенных операций перед традиционными методами и целесообразности внедрения их в практику пластических хирургов.

ВЫВОДЫ

1. Применение тонких аутодермотрансплантатов при пластике должно быть ограничено из-за неудовлетворительного функционального и эстетического результатов.

2. Обширные рубцовые массивы успешно устраняются применением методов острой дермотензии и предварительно растянутыми тканями.

3. Рубцовые контрактуры эффективно устраняются лоскутами в комбинации с послойной кожной пластикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов // Сб. тр. Междунар. конгр. "Комбустиология на рубеже веков".- Москва, 2000.- С.192.

2. Гришкевич В.М., Мороз В.Ю. Хирургическое лечение последствий ожогов нижних конечностей.- М., 1996.- 297 с.

3. Юденич А.А., Кафаров Т.Г., Сарыгин П.В., Адамская Н.А. Устранение послеожоговых рубцовых деформаций верхних и нижних конечностей с использованием микрохирургической аутотрансплантации тканей // Сб. тр. Междунар. конгр. "Комбустиология на рубеже веков".- М., 2000, с. 281-282.

4. Ваганова Н.А. Использование экспандеров при хирургическом лечении дефектов мягкой тканей волосистой части головы с обнажением костей черепа // Сб. тр. Междунар. конгр. "Комбустиология на рубеже веков".- М., 2000.- с.188-189.

5. Мадазимов М.М., Гришкевич В.М., Морозов В.Ю. и др. Устранение рубцовых дефектов и деформаций методом тканевого растяжения // Сов. медицина. -1990.-№ 7. -С. 97-101.