

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛНОСЛОЙНЫХ АУТОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ

Мадазимов М.М.

Темиров П.Ч.

Мадазимов К.М.

Назиров С.У.

Мадазимова К.Р.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Проблема лечения рубцовых последствий ожогов остается одной из сложных проблем хирургии. Актуальность проблемы обусловлена увеличением количества больных с ожогами, приводящий к высокому проценту инвалидизации после заживления ожоговых ран. Целью настоящей работы явилось улучшение результатов хирургической коррекции послеожоговых деформаций и контрактур.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2010-2022 гг. в отделении реконструктивной хирургии, на кафедре «Факультетской и госпитальной хирургии» АГМИ находились на лечении 120 больных с послеожоговыми деформациями областей свода черепа, выворота век, тыла кисти и подколенной области.

При послеоперационных травматических оголений костей свода черепа использовали закрытие ран комбинированным способом. Кость закрывали кожно-жировым лоскутом на питающей ножке, оставляя в донорской зоне апоневроз. Зону забора лоскута закрывали цельным полнослойным аутодермотрансплантатом, взятым из передней внутренней поверхности бедра. Донорскую зону на бедре ушивали методом «острая дермотензия» после мобилизации кожно-жирового слоя 2-х рядными швами.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Послеожоговое оголение лобной кости

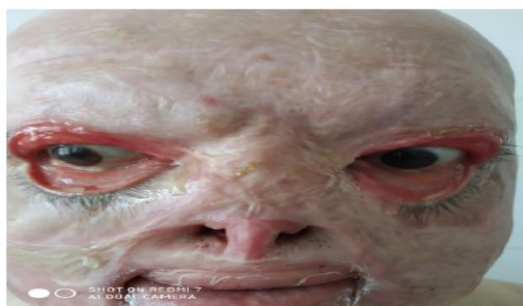


Отдаленный результат после аутодермопластики нижних век

При послеоперационных выворотах век мы отказались от использования расщепленных трансплантатов, так как часто (80-90%) наблюдались рецидивы выворотов.

Техника операции: после продольного рассечения рубцов на 2 мм выше или ниже ресничного края до круговых мышц, производим редрессацию век и ушиваем через ресничный край в состоянии гиперкоррекции к надбровью (при вывороте нижнего века) и к нижней параорбитальной области. Образовавшиеся раны в области век закрывали полнослойным аутодермотрансплантатом, взятым из внутренней поверхности плеча. Донорскую рану ушивали методом «острая дермотензия». Над трансплантатом накладывали повязку «Пелот» на 7-8 суток.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Послеожоговая рубцовая деформация верхних и нижних век



Отдаленный результат после аутодермопластики нижних век

Наши наблюдения показали, что при использовании полнослойного трансплантата в отдаленном послеоперационном периоде рецидива выворотов не наблюдается.

При послеожоговом поражении тыла кисти нами широко использованы цельные аутодермотрансплантаты. После иссечения грубых стягивающих рубцов до здоровых тканей и редрессации пальцев до полного сгибания, рану на тыле кисти и тыльной поверхности пальцев, закрывали цельным полнослойным аутодермотрансплантатом, взятым из передне внутренней поверхности бедра.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР



Послеожоговая рубцовая деформация левой кисти и пальцев (невозможность сгибания пальцев)



Послеоперационный результат после аутодермопластики



Отдаленный результат после пластики (восстановлено сгибание пальцев)

Донорскую рану на бедре ушивали путем «острой дермотензии» после широкой мобилизации ее краев. Швы снимали только на 18-20 сутки. Гипсовая лонгета на кисть. Всем больным проводили лечение, направленное на улучшение микроциркуляции, антибиотикотерапия. Основным моментом мы считаем проведение местно гипотермии путем прикладывания льда над трансплантатом в течении 7-8 суток. В послеоперационном периоде в 2 случаях наблюдали краевой лизис участка кожи, с последующей эпителизацией ее. Гнойных осложнений не наблюдали. В 5% случаев наблюдалось гиперпигментация пересаженного аутодермотрансплантата, а в 2% случаях ее депигментация, что не влияло на функциональный результат.

РЕЗЮМЕ

Изучение отдаленных результатов показало высокую функциональную, и особенно, эстетико-косметическую эффективность этих методов. На тыле кисти не оставалось лишних стыков от соединения нескольких лоскутов трансплантата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азолов В.В., Жегалов В.А., Перетягин С.П. Российская ожоговая служба на современном этапе - проблемы и возможности их решения // Мат. VII Всеросс. конф. по проблеме термич. поражений. - Челябинск, 2009. - С. 3-6.
2. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т. 1: Рубцы и их коррекция. - СПб.: Командор-SPB, 2005. - 128с.
3. Богосьян Р.А. Хирургическое лечение рубцовых деформаций глазничной области после ожогов: Дисс. ... канд. мед. наук. - Нижний Новгород, 2003. - 152 с.
4. Григорьева Т.Г., Цогоев А.Д., Современная превентивная и восстановительная хирургическая реабилитация обожженных, Материалы XIX съезда хирургов Украины, Харьков, 2010, с. 312-313
5. Daigeler A., Kapalschinski N., Lehnhardt M. Therapy of burns // Chirurg. - 2015. - Vol. 86, N4. - P. 389-401.

6. Fistal E.Y., Speranskiy I.I., Soloshenko V.V. et al. Analysis of treatment of the injured with moderate and severe burns // *Chirurgia Plastyczna I Oparzenia*. — 2013. — Vol. 1, № 2. — P. 56–58.
7. Israel J.S., Greenhalgh D.G., Gibson A.L. Variations in Burn Excision and Grafting: A Survey of the American Burn Association // *J Burn Care Res*. – 2017. – Vol. 38, N1. - P. e125-e132.
8. Tang W., Li X., Deng Z. et al. Effects of unified surgical scheme for wounds on the treatment outcome of patients with extensive deep burn // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi*. – 2015. – Vol. 31, N4. – P. 254-258.