

УДК 616.717.5/.7-001.17.24-08-053.2

Абдурахмонов Фаррух Сайдазим угли.,

Кетмонов Алишер Ганижонович.,

Мирзакаримов Бахромжон Халимжонович.

Кафедра детской хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ КОНТРАКТУР

В КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ

Аннотация: Оптимизация сроков и методик лечения послеожоговых рубцовых контрактур конечностей сокращает время стационарного лечения, улучшает функциональные и косметические результаты, уменьшает дискомфорт пациентов и способствует более широкому внедрению реконструктивных операций при тяжелых последствиях ожогов в практическое здравоохранение. Результаты работы будут использоваться', хирургами и травматологами регионов РУз, ближнего и дальнего зарубежья в лечении многочисленной категории пациентов с послеожоговыми контрактурами.

Полноценная реабилитация детей определяется восстановлением функции и ликвидацией эстетических дефектов, она должна предоставлять таким пациентам- возможность быть полноценными людьми в обществе и имеет большое социальное и экономическое значение.

Ключевые слова: послеожоговая контрактура, хирургическая лечения, конечность, детской возраст.

Abdurakhmonov Farrukh Saidazim ugli.,

Ketmonov Alisher Ganijonovich.,

Mirzakarimov Bakhromjon Halimzhonovich.

Department of Pediatric Surgery

Andijan State Medical Institute

SURGICAL TREATMENT OF POST BURN CONTRACTORS IN THE LIMBS IN CHILDREN

Abstract: Optimization of the timing and methods of treatment of post-burn scar contractures of the extremities reduces the time of inpatient treatment, improves functional and cosmetic results, reduces patient discomfort and contributes to the wider introduction of reconstructive surgeries with severe consequences of burns into practical healthcare. The results of the work will be used by surgeons and traumatologists in the regions of the Republic of Uzbekistan, near and far abroad in the treatment of a large category of patients with post-burn contractures.

Full rehabilitation of children is determined by the restoration of function and the elimination of aesthetic defects, it should provide such patients with the opportunity to be full-fledged people in society and has great social and economic importance.

Key words: post-burn contracture, surgical treatment, limb, childhood.

Актуальность. В настоящее время, как и в предыдущие годы число лиц, страдающих от последствий ожогов продолжает неуклонно расти[6].

Хотя использование современных методов лечения существенно снизило летальность детей с глубокими ожогами, это не решило проблем с растущим числом инвалидов, с развивающимися послеожоговыми осложнениями в виде контрактур, дефектов тканей и трофических язв. В связи с этим реабилитация таких больных имеет важное социально-экономическое значение и является неотложной задачей сегодняшнего дня.

Наиболее частыми последствиями обширных глубоких ожогов являются тяжелые контрактуры и деформации конечностей, что приводит к нарушению их функций и порой к полной инвалидизации больного[2]. Восстановление утраченных функций поражённых суставов является

одним из основных направлений реконструктивной хирургии ожогов. Согласно данным разных авторов в реконструктивных операциях нуждаются от 40 до 75% больных, перенесших глубокие ожоги[8].

Проблема реабилитации больных с последствиями ожогов продолжает оставаться актуальной и одной из самых сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии[4].

По данным статистики в мире среди инвалидов обожженные составляют до 22,8%. Из них 82% — лица наиболее трудоспособного возраста: от 20 до 49 лет. В общем числе послеожоговых больных рубцовые деформации и контрактуры формируются у 23% пострадавших, а при глубоких ожогах с площадью поражения свыше 10% поверхности тела - у 40-55% пациентов[1].

Последствия тяжелых контрактур и деформаций в виде нарушения функции конечностей, а также косметические дефекты способствуют нарушению психоэмоционального состояния, порождают чувство неуверенности, неполноценности, бесперспективности, уменьшают духовные и трудовые возможности личности, способствуя развитию заболеваний психосоматического происхождения — неврозам, стенокардии, гипертонической болезни[7].

Для оптимизации методов коррекции и усовершенствования способов оперативного и консервативного лечения послеожоговых рубцовых контрактур крупных суставов выполнен ряд научных работ и исследований отечественными и зарубежными учёными. Постоянно ведётся поиск новых возможностей для решения данной проблемы. В настоящее время, как и все последние годы, хирурги не оставляют попытки усовершенствовать уже имеющиеся способы коррекции послеожоговых рубцовых деформаций и пытаются разрабатывать более совершенные методы реконструктивных операций[5].

Несмотря на активную разработку и поиск новых решений данной проблемы, при изучении отечественной и зарубежной литературы мы не встретили четких алгоритмов и методик, определяющих оптимальный вид лечения контрактур в зависимости от локализации и распространённости рубцов, состояния и ресурсов здоровых тканей, основанных на большом клиническом материале; нет единого взгляда на сроки хирургического лечения контрактур суставов в зависимости от времени, прошедшего с момента ожоговой травмы[3]. Все это необходимо специалистам для достижения оптимальных результатов реабилитации больных с последствиями ожогов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения послеожоговых контрактур конечности у детей.

Материалы и методы исследования. Материал настоящего исследования включает анализ результатов обследования и хирургического лечения 98 детей в возрасте до 15 лет, которые оперированы в отделении хирургии АОМПДБ. Преобладали дети в возрасте до 5 лет (49 %). Пациенты мужского пола составили 52%, женского -46%. Самому молодому пациенту было 1 год 2 месяца, самому старшему - 15 лет.

Больные поступили со сроками от 6 месяцев до 14 лет после получения ожоговой травмы. Причины ожогов были довольно разнообразными: кипяток, электроплитка, пламя, горячая пища, горячая печь, раскаленное масло, и в одном случае - негашеная известь.

Результаты исследования. Степень тяжести послеожоговой рубцовой сгибательной контрактуры пальцев кисти определяется дефицитом покровных тканей по ладонной поверхности пальцев с наличием контрактуры. Отношение расстояния между двумя точками по ладонной поверхности одноименного пальца здоровой кисти к измененному расстоянию между аналогичными точками по ладонной

поверхности пораженного пальца объективно показывает степень дефицита покровных тканей. Этот показатель, названный нами как индекс степени тяжести контрактуры (/с), позволяет определить необходимость в удлинении тканей для полного устранения контрактуры.

Определены две большие группы местно-пластических способов устранения рубцовой сгибательной контрактуры пальцев кисти - простые (Z-пластика, множественная Z-пластика) и сложные (модифицированные способы Z-пластики - способы Limberg, Hirshowitz, Smith (butterfly), Mustad'e, Karacaoglan и др.) способы.

Простые способы Z-пластики эффективны при устранении легкой степени сгибательной контрактуры пальца, когда необходимость в удлинении тканей не превышает 124%.

Для устранения рубцовой сгибательной контрактуры пальца средней степени тяжести сложные (модифицированные) способы Z-пластики позволяют устраниить до 200% дефицита тканей по длине пальца.

При рубцовых контрактурах пальцев тяжелой степени, необходимость в удлинении тканей превышает 200%, существующие ранее способы местно-пластических операций не позволяют эффективно устраниить контрактуру.

Разработка нового способа местно-пластической операции - способ встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов, позволила достичь удлинения тканей по ладонной поверхности пальца до 1030% и избежать сложных, многоэтапных оперативных вмешательств. Этот способ эффективен при рубцовых сгибательных контрактурах пальцев средней и тяжелой степени тяжести.

Результаты хирургического лечения послеожоговых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти зависят от степени тяжести, давности существования и правильного выбора хирургического способа устранения контрактуры.

Дифференцированный подход к выбору местно-пластических операций в зависимости от степени тяжести контрактуры позволил в 86,2% случаев получить хорошие и отличные функциональные результаты.

Функциональные результаты применения способа встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов были хорошими и отличными в 94,3% случаев.

Вывод. Разработанные критерии оценки позволили объективно оценить тяжесть контрактур конечности и установить необходимость в удлинении по линии стягивающего рубца.

Определены показания к выполнению различных видов местно-пластических операций в зависимости от степени выраженности контрактуры и возможностей способов устранить дефицит тканей. Разработка и внедрение нового способа встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов при тяжелых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти, позволила избежать сложных и многоэтапных оперативных вмешательств, что значительно сокращает сроки лечения больных и имеет большое социально-экономическое значение.

Применение оптического увеличения и прецизионной техники дало возможность во всех случаях идентифицировать пальцевые сосудисто-нервные пучки и более безопасно выполнить операцию. Разработка показателя степени устранения контрактуры позволила объективно оценить результаты хирургического лечения рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Аганина Е.Н., Ведерникова О.Л. Комплексное хирургическое лечение послеожоговой контрактуры шеи III степени // Сборник научных трудов I Съезда комбустиологов России (17-21 октября), 2005. - С. 218 - 220.

2.Дмитриев Г. И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов // Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков", (9-12 октября). М. 2000. - С. 192 -193.

3.Островский Н.В., Белянина И.Б. Выбор сроков и методов устранения послеожоговых рубцовых деформаций. // Сборник научных трудов I Съезда комбустиологов России (17-21 октября), 2005.-С.212-213.

4.Эктор В.Н., Лакатош КО. Реконструктивно-пластиические операции при устраниении послеожоговых дефектов и деформаций в раннем периоде. // Междунар. конгресс "Комбустиология на рубеже веков": Матер, конгресса (9-12 октября). М. 2000. - С. 216.

5.Bandon Y., Yanai A., Seno H. The fhree-square-flap method for reconstruction of minor syndactyly.// J.Hand Surg.- 1997.- Vol.22 A, № 4.- P.680-684.

6.Vossmann A. Secundere reconstruction hand verbrenungen // Unfallnneil-kunde. 1980. - Bd. 83. P. 554 - 561.

7.Ward Y. W., Pensler J.H, Faery S. Pollicization for Thumb Reconstruction in Severe Pediatric Hand Burns // Plast. Reconst. Surg. 1985. Vol. 76, № 6. -P. 927-932.

8.Woolf R.M., Broadbetnt T.R. The four-flap Z-plasty.// Plast.Reconstr. Surg.-1972.-Vol.49, № 1.-P.48-51.

9. Wu W.C., Chang Y.C., So Y.C. et al. The combined use flaps based on the subscapular system to limb reconstructions. // Brit. J. Plast. Surg. 1997. - Vol. 50, № 2. - P. 92 - 98.