

УДК 616.717.5/.7-001.17.24-08-053.2

Абдурахмонов Фаррух Сайдазим угли

*Кафедра детской хирургии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПОСЛЕОЖОГОВЫХ КОНТРАКТУРАХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ**

**Резюме:** 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.

*Abdurakhmanov Farrukh Saidazim ugli*

*Department of Pediatric Surgery*

*Andijan State Medical Institute*

## **SURGICAL INTERVENTION OF POST-BURN CONTRACTURES OF LIMBS IN CHILDREN**

**Resume:** The results of the work will be used by doctors, surgeons and traumatologists of the regions of the Republic of Uzbekistan, near and far abroad in the treatment of numerous categories of patients with post-burn contractures.

Full-fledged 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 is of great social and economic importance.

**Keywords:** post-burn contracture, surgical treatment, limb, child's age.

**Актуальность.** Проблема реабилитации больных с последствиями ожогов продолжает оставаться актуальной и одной из самых сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии[2,4].

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[1,7].

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[3,7].

В настоящее время, как и в предыдущие годы число лиц, страдающих от последствий ожогов продолжает неуклонно расти[3,6].

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[5].

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[4].

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 устраниении легкой степени сгибательной контрактуры пальца, когда необходимость в удлинении тканей не превышает 124%.

Для устраниения 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-пластиических 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.** 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.

Определены показания к выполнению различных видов местно-пластиических 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 контрактурах пальцев кисти, позволила избежать сложных и многоэтапных оперативных вмешательств, что значительно сокращает сроки лечения больных и имеет большое социально-экономическое значение.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Абалмасов К.Г., Морозов К.М. Окклюзирующие поражения артерий дистального русла. Проблемы диагностики и лечения (часть II) // Анналы хирургии. -2017.-№ 5.-С.21-26.
2. Иашвили Б. П., Какителашвили М. А. Восстановление формы и функции поврежденной ожогом кисти методом дозированного тканевого растяжения // Международная конференция " Пластическая хирургия при ожогах и ранах. М. - 2014.- С. 113-114.
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-пластические операции при устраниии 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 three-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. 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.