

**УДК: 616. 717. 4. 5/. 6+616-001/17:617-089.844-053**

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ УСТРАНЕНИЯ  
ПОСЛЕОЖОГОВЫХ КОНТРАКТУР ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО  
СУСТАВА МЕТОДОМ ПОЛНОСЛОЙНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ У  
ДЕТЕЙ.**

**Мадазимов М.М., Кетмонов А.Г., Абдурахмонов Ф.С., Исомиддинов З.Д.**

*Андижанский государственный медицинский институт.*

**Аннотация.** В данной статье приведены сравнение между современными и традиционными методами хирургических лечений послеожоговых рубцовых контрактур в области плечевого и локтевого сустава у детей. Исследование проводилось в Андижанской областной детской многопрофильной медицинском центре в отделении пластической хирургии и челюстно-лицевой хирургии у 62 пациентов с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевого и локтевого сустава. из них 42 пациента были отобраны как основная группа и 20 как контрольная группа. у основной группы пациентов провели современный хирургический метод полнослойной кожной пластики. результаты показали что при лечении современным хирургическим методом у больных с послеожоговыми рубцовыми контрактурами в области плечевого и локтевого сустава составило 95,3% хороших результатов.

**Ключевые слова:** ожог, рубцовые контрактуры, редрессация, сустав.

**A MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF  
ELIMINATION OF POST-BURN CONTRACTURES OF THE SHOULDER  
AND ELBOW JOINT BY FULL-THICKNESS SKIN GRAFTING IN  
CHILDREN.**

**Madazimov M.M., Ketmonov A.G., Abduraxmonov F.S., Isomiddinov Z.D.**

*Andijan State Medical Institute*

**Annotation.** This article presents a comparison between modern and traditional methods of surgical treatment of post-burn cicatricial contractures in the area of the shoulder joint and forearm in children. The study was conducted in the Andijan Regional Children's Multidisciplinary Medical Center in the Department

of Plastic Surgery and Maxillofacial Surgery in 62 patients with post-burn cicatricial contractures of the shoulder joint and forearm. of these, 42 patients were selected as the main group and 20 as the control group. the main group of patients underwent a modern surgical method of full-thickness skin grafting. the results showed that in the treatment of modern surgical methods in patients with post-burn cicatricial contractures in the area of the shoulder joint and forearm, 95.3% of good results were achieved.

**Key words:** burn, cicatricial contractures, redress, joint.

**Актуальность.** В настоящее время число детей страдающие в результате ожогов неуклонно растет [2,3,5]. Не смотря на то что современные методы лечение ожогов значительно уменшило численность смертности , но не решило проблему с увеличением численности инвалидизации после тяжелых ожогов у детей. В 20-22% случаях у детей наблюдается осложнения послеожоговых болезней [5,9,10]. В виде трофических язв, контрактур суставов и деструкции тканей [1,4,6]. Поэтому реабилитация таких больных имеет очень важное социально-экономическое значение.

Восстановление функции органов, которые были потеряны в результате осложнений после ожогов является основной задачей реконструктивной хирургии [2,3]. Как считают некоторые авторы 40-75% больных после сильных ожогов нуждаются в реконструктивной хирургии [1,2,6].

Частота встречаемости болезни артрогипоза в суставах у детей с послежоговыми рубцовыми деформациями плечевого и локтевого сустава стоит на третьем месте. Неустранимые рубцовые изменения суставов может привести к артрогипозу суставов в 95% случаев [2,4,6].

**Цель исследования.** Выявить преимущества современного метода устранения рубцовых контрактур плечевого и локтевого сустава путем полнослойной кожной пластики.

**Материалы и методы исследования.** Ретроспективно изучен анамнез 62 пациентов с рубцовыми контрактурами после ожогов плечевого и локтевого суставов, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра в 2017-2021 гг. Из них 20 (32%) пациентов вошли в контрольную группу и 42 (68%) пациента в основную группу. Это были

пациенты в возрасте от 2 до 16 лет, среди которых было 18 (29%) девочек и 44 (71%) мальчика. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено ниже (табл. 1).

Таблица 1.

**Распределение пациентов по полу и возрасту**

<b>Возраст</b>	<b>Мальчики (n=44)</b>		<b>Девочки (n=18)</b>		<b>Всего</b>	
	<b>Абс.</b>	<b>%</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>	<b>Абс.</b>	<b>%</b>
До 3 лет	4	9	2	11	<b>6</b>	<b>10</b>
3-7 лет	17	39	4	22	<b>21</b>	<b>34</b>
7 - 11 лет	14	32	7	39	<b>21</b>	<b>34</b>
12 - 16 лет	9	20	5	28	<b>14</b>	<b>22</b>
<b>Всего</b>	<b>44</b>	<b>71</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

В комплекс методов исследования вошли:

1. Общеклинические обследования.
2. Оценка рубцов по клиническим признакам:
  - а) цвет, ширина, толщина, подвижность, способность сгибания;
  - б) расположение и распространение рубцов;
  - в) слипание и расслоение тканей под рубцами.
3. Определения участка плечевого и локтевого сустава не пострадавшие от ожогов а так же тяжесть ребцовых контрактур.

Причины и тяжесть ожогов плечевого и локтевого суставов в определенной степени зависят от возраста и пола детей [2,3,6]. Большинство пациентов, поступивших в исследование, получили ожоги от воздействия огня и горячих жидкостей в быту (61 (98,3%)). (табл.2)

Таблица 2.

**Распределение больных по полу и этиологическим факторам.**

Этиологический фактор	Число больных					
	Мальчики	%	Девочки	%	абс.	%
Ожоги пламенем	18	41	7	39	25	40
Ожоги горячими жидкостями	25	57	11	61	36	58
Другие виды	1	2	-		1	2
<b>Всего</b>	<b>44</b>	<b>71</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

**Результаты и обсуждения.** для устраниния плечевых и локтевых контрактур у детей широко применяется метод свободной аутодермопластики с помощью традиционного дерматома [1, 4, 5, 6]. В нашей больнице этим методом прооперировано 20 больных.

Выполнение этого метода заключается в следующем: рассекают тотальные рубцы, расположенные в ямках плечевого и локтевого суставов, делают редресацию суставов и гемостаз. На образовавшуюся рану накладывают кожу с передней поверхности бедра который был взят с помощью дерматома (толщиной 0,5 мм), ушивают кожу и накладывают атравматические узловые швы по краям. Для обеспечения дренажной функции и предотвращения образования гематом в нескольких местах с помощью скальпеля делают начески и всю часть трансплантата прижимают и перевязывают с помощью марлевых тампонов, смоченных раствором антисептика (раствор фурациллина 1:5000 или бетадин). На донорскую рану накладывают повязку смоченную фурацилином 1:5000.

Первая перевязка раны проводилась через 5-6 дней. Сняли давящую повязку, а трансплантат закрывали марлевыми тамponами, смоченными асептическим бинтом (раствор фурациллина 1:5000 или бетадин). Все пациенты получали антибактериальную терапию в течение 5–6 дней после

операции. В послеоперационном периоде проводилась физиотерапия и больнеотерапия

Результаты обсуждались в течение периода от 2 до 8 месяцев. У 3 (15%) больных трансплантированная кожа была сморщена, рана зарубцевалась, наблюдалась повторная контрактура.

Учитывая, что данный метод операция имеет ряд недостатков (ретракция и некроз трансплантата, гиперпигментация), мы используем новый современный метод устранения рубцовых контрактур у детей после ожогов плечевого и локтевого суставов с использованием свободной кожной пластики. Данным методом обследовано 42 ребенка с послеожоговыми поражениями срединным и тотальным рубцовыми сгибательными контрактурами плечевого и локтевого суставов.

Техника операции следующая: была сделана рассечение средних и тотальных сгибательных рубцов в плечевом и локтевом суставах. Гемостаз. Сделана не большая редресация сустава. На образовавшуюся рану была наложена полнослойная свободная кожа с отделенной подкожной жировой клечаткой которая была взята с области паха с помощью скалпеля. Края раны были сшиты атравматическими узлами. На рану накладывали асептическую повязку с бетадином, закрывающую всю часть пересаженного трансплантата. Донорская рана ушита методом «острой дермотензии». Замена повязки производилась через 5-6 дней. Все пациенты получили антибактериальную терапию в течение 5–6 дней после операции. После полного заживления раны была проведена физиотерапия и болеотерапия.

Результаты обсуждались сроком от 2 до 8 месяцев. данным методом при устраниении контрактур плечевого и локтевого суставов в послеоперационном периоде у 2 (4,8%) больных наблюдались осложнения. У 1 (2,4%) больного 2-4 см пересаженного трансплатанта наблюдался лизис и контрактура. У следующего 1 (2,4%) пациента наблюдалась частичная контрактура гиперпигментация трансплантанта (табл.3).

Таблица 3.

**Результаты лечение методом полнослойной кожной пластики при  
устранении послеожоговых контрактур плечевого и локтевого сустава у  
детей**

	<b>Общее число больных</b>	<b>Хороший результат</b>	
		<b>Абс.</b>	<b>%</b>
<b>Функциональные и косметические результаты</b>	42	40	95,3

Из таблицы видно, что хорошие функциональные и косметические результаты достигнуты у 40 (95,3%) пациентов.

**Вывод.** Послеоперационные результаты у 20 (из 62 больных) контрольной группы показали хорошие функциональные и косметические результаты 17 (85%) больных. Неудовлетворительные результаты получены у 3 (15%) пациентов.

Результаты исследования у 42( из 62 ) пациентов основной группы у 40 (95,3%) пациентов были получены хорошие функциональные и косметические результаты. У 2 (4,8%) больных были неудовлетворительные результаты.

Применение современного метода полнослойной кожной пластики при устраниении послеожоговых контрактур плечевого и локтевого суставов показали эффективность чем лечение традиционным методом. Хорошие результаты были достигнуты у 95,3% больных.

### **Литература.**

1. Азолов В.В., Александров Н.М., Петров С.В. Реконструкция пальцев при последствиях термических поражений кисти и предплечья// Комбустиология на рубеже веков: Тез.докл. Междунар. конгресс.- Москва, 2000 г. С.183-184.
2. Мадазимов М.М., Содикова М.А. «Хирургическая коррекция послеожоговых рубцовых деформации плечевого и локтевого суставов» Хирургия Узбекистана №2, 2002 г.

3. Морозов В.Ю. Реконструктивно-востановительная хирургия при ожогах. М. 2008 г.
4. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов// Матер. VIII Всероссийской научно-практ. конф. «Проблемы лечения тяжелой термической травмы». 22-24 сентября 2004г.- Нижний Новгород 2004- С.199-200.
5. Дмитриев Г.И., Зольцев Ю.К. и др. Хирургическая реабилитация больных с последствиями ожогов. Мат. Межд. конф. «Актуальные проблемы термической травмы». 2002 г.
6. Дмитриев Д.Г., Стручков А.А., Ручин М.В. Активное хирургическое лечение ожогов с повреждением глубоких анатомических структур//Комбустиология на рубеже веков: Междунар. конгресс-Москва 2000- С.139-140.
7. Hultman C.S., Use of scarred flaps and secondary flaps for reconstructive surgery of extensive burns. Burns Incl.Thermlnj. 2010.
8. Lickstein L.H., Bentz ML. Reconstruction of pediatric foot and ankle trauma //Craniofac. Surg.- 2003.- Vol.14 (4)- P.559-565.  
Uba AF, Edino ST, Yakubu AA. Paediatric burns: management problems in a teaching hospital in north western Nigeria.Burns. 1994.