

УДК: 616.717/.7-001.17.24.-08-053.2

Кетмонов А. Г.

*Ассистент кафедры детской хирургии,
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Мирзакаримов Б. Х.

*Заведующий кафедрой детской хирургии Андижанского
государственного медицинского института, Узбекистан*

Абдурхмонов Ф. С.

*Ассистент кафедры детской хирургии Андижанского государственного
медицинского института, Узбекистан*

Юлчиев К.С.

*Ассистент кафедры детской хирургии Андижанского государственного
медицинского института, Узбекистан*

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Аннотация. В статье изложены традиционные и современные методы устранения послеожоговых контрактур плечевого и локтевого сустава у детей. Из 58 больных 38 пациентов были выбраны для основной группы. У больных основной группы были применены современные методы хирургического лечения послеожоговых контрактур плечевого и локтевого сустава и были получены 95 % хороших результатов.

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

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF BURNS OF THE SHOULDER AND ELBOW JOINT IN CHILDREN

Annotation. The article describes traditional and modern methods of eliminating post-burn contractures of the shoulder and elbow joints in children. Of 58 patients, 38 patients were selected for the main group. In patients of the main group, modern methods of surgical treatment of post-burn contractures of the shoulder and elbow joints were used and 95% of good results were obtained.

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

Актуальность. В настоящее время число лиц, страдающих от последствий ожогов, продолжает неуклонно расти [2, 3, 5]. Хотя использование современных методов лечения существенно снизило летальность больных с глубокими ожогами [7], это не решило проблем с растущим числом инвалидов, среди которых 20-22 % детей с развившимися 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 [1, 6]. Восстановление утраченных функций поражённых суставов является одним из основных направлений реконструктивной хирургии ожогов [2, 3]. Согласно данным некоторых авторов в реконструктивных операциях нуждаются от 40 до 75% больных, перенесших глубокие ожоги [6]. Деформации локтевого сустава находятся на третьем месте по частоте поражения опорно-двигательного аппарата у детей с артрогрипозом и встречаются до 95% случаев. В ряде случаев при полном объеме пассивных движений наблюдается отсутствие активного сгибания в локтевом суставе [4].

Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения обожженных детей путём разработки новых и усовершенствования существующих способов хирургического лечения рубцовых контрактур плечевого и локтевого сустава у детей.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно были изучены истории болезни 58 больных с послеожоговыми деформациями плечевого и локтевого суставов находившиеся на лечении в отделении челюст-лицевой и пластической хирургии детского многопрофильного медицинского центра Андижанского вилоята за период 2017-2020 гг. Из этого 20 болных контрольный группый, 38 болных оснавной группы. Комплекс методов исследования включает:

1. Общеклинические методы исследования.
2. Оценки рубцов по клиническим характеристикам:
 - а) цвет, толщина, подвижность, возможность взять в складку, ширина складки;
 - б) расположение и распространенность рубцов;
 - в) связь рубцов с глублежащими структурами.
3. Определить наличие и площадь неповреждённой ожогом кожи, а также смежных областей, выраженность рубцовой складки и её протяженность в области плечевого и локтевого сустава у детей.

В таблице 1. дано распределение больных по полу и возрасту.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту.

Возраст	Мальчики (n=28)		Девушки (n=30)		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
до 3 лет	-	-	5	16,7	5	8,6
3 - 7 лет	7	25	12	40	19	32,8
7 - 11 лет	13	46,4	7	23,3	20	34,5
12 - 16 лет	8	28,6	6	20	14	24,1
В С Е Г О	28	48,3	30	51,7	58	100,0

Основными причинами рубцовых контрактур и деформаций плечевого и локтевого сустава были ожоги пламенем и горячей жидкостью (98,7%) (табл.2).

Таблица 2.

Распределение больных по полу и по этиологическим факторам.

Этиологический фактор	Количество больных					
	Мал.	%	Дев.	%	абс.	%
Пламя	8	28,6	9	30	17	29,3
Горячие жидкости	19	67,9	21	70	40	69
Другой травмы	1	3,3			1	1,7
ВСЕГО	28	48,3	30	51,7	58	100,0

Причины и обстоятельства получения ожогов верхней конечности в некоторой степени зависили от возраста и пола пострадавших. Дети получали ожоги в домашних условиях от воздействия пламенем и горячих жидкостей-57 (98,3%) больных.

Результаты и их обсуждения. Метод свободной дерматомной пластики был использован у 20 детей (из них 12 плечевого и 8 локтевого суставов).

Иссечение рубцово-измененной ткани производили при наличии грубых, плотных рубцов и келоидных массивов, расположенных на передней или боковых её поверхностях 20 детей, что составляет 34,5 % от общего числа больных.

После проведенного тщательного гемостаза раневой дефект закрывали свободным расщеплённым аутодермотрансплантатом толщиной 0,5 мм, взятой из передней поверхности бедра. Трансплантаты перфорировали кончиком скальпеля для обеспечения дренажной функции и предупреждения образования гематом, накладывали поперек раны, «взахлест» и фиксировали между собой и подлежащими тканями П-

образными отдельными швами с завязыванием концов нити над марлевыми тампонами. На боковых поверхностях плечевого и локтевого суставов краям раны придавали зигзагообразную форму.

Там, где трансплантат неплотно прилегал к ране, его подшивали к подлежащим тканям отдельными швами, которые завязывали над марлевыми тампоном, смоченным раствором антисептика. Кроме того, равномерное придавливание трансплантата осуществлялось с помощью фиксирующей давящей повязки и гипсовыми лангетами.

Первую перевязку производили на 4-5 сутки. Снимали растягивающие швы, имеющиеся гематомы удаляли. На трансплантаты накладывали марлевые салфетки, смоченные раствором антисептика (фурацилин 1:5000, бетадин).

Результаты оперативного лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур сроком от 3 месяца до 1 год наблюдалось у 20 больных. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 4 (20%) детей, у которых возникли небольшие очаги некроза (0,5-1,0 см), обусловленные наличием гематом, некрозом тканей после коагуляции или легирования сосудов. У 3 (15%) из них возник краевой лизис трансплантата на участке 2-3 см. Раны зажили самостоятельно.

Метод полнослойной кожной пластики был использован у 38 детей от общего числа больных.

Иссечение рубцово-измененной ткани производили при наличии грубых, плотных рубцов и келоидных массивов, расположенных на передней или боковых её поверхностях. Рубцы иссекали вместе с измененной кожной мышцей. Редрессация. После проведенного тщательного гемостаза раневой дефект закрывали полнослойным аутооттрансплантатом, взятом из передней поверхности бедра с помощью скальпеля. Донорскую рану ушивали. Накладывали поперек раны, «взахлест» и фиксировали между собой и подлежащими тканями П-

образными отдельными швами с завязыванием концов нити над марлевыми тампонами. На боковых поверхностях плечевого и локтевого суставов краям раны придавали зигзагообразную форму.

Там, где трансплантат неплотно прилегал к ране, его подшивали к подлежащим тканям отдельными швами, которые завязывали над марлевыми тампоном, смоченным раствором антисептика. Кроме того, равномерное придавливание трансплантата осуществлялось с помощью фиксирующей давящей повязки и гипсовой лангеты. Первую перевязку производили на 5-6 сутки. Снимали растягивающие швы, имеющиеся гематомы удаляли. На трансплантаты накладывали марлевые салфетки, смоченные раствором антисептика (фурацилин, бетадин, глицерин).

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдалось у 2 (5%) больных. У 1 (2,5%) пациента возник краевой лизис трансплантата на участке 2-3 см. Раны зажили самостоятельно. У 1 (2,5 %) больного отмечалось выраженная гиперпигментация, на фоне которой имелись очаги диспигментации, в результате чего поверхность плечевого и локтевого сустава приобретала пестрый вид.

Результаты оперативного лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур плечевого и локтевого суставов сроком от 4 месяцев до 1 год наблюдалось (табл. 3).

Таблица 3.

Результаты хирургического лечения послеожоговых рубцовых деформаций и контрактур плечевого и локтевого суставов методом полнослойной кожной пластики

	Всего	Хороший результат	
		Абс.	%
Функциональный и косметический эффект	38	36	95

Как видно из таблицы, у 36 (95%) больных был получен хороший функциональный результат.

Вывод. Отдаленные результаты в контрольной группе изучены у 20 (из 58) больных. У 16 (80%) больных получены хорошие функциональные и косметический результаты. У 4 (20%) больных были неудовлетворительные результаты.

Отдаленные результаты в основной группе изучены у 38 (из 58) больных. У 36 (95%) больных получены хорошие функциональные и косметический результаты. У 2 (5%) больных были неудовлетворительные результаты.

На основе отдаленных результатов, для получения хороших результатов хирургического лечения послеожоговых контрактур плечевого и локтевых суставов приемлемым является метод полнослойной кожной пластики. Так как процент хороших результатов высока.

Список литературы

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. 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.

3. 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.

4. Мадазимов М.М., Гришкевич В.М., и др. Устранение рубцовых облысений методом тканевого растяжения//Хирургия.- 1990.- №9.- С.81-85.
5. Hultman C.S., Use of scarred flaps and secondary flaps for reconstructive surgery of extensive burns. Burns Incl Therm Inj. 2010.
6. Lickstein L.H., Bentz ML. Reconstruction of pediatric foot and ankle trauma //Craniofac. Surg.- 2003.- Vol.14 (4).- P.559-565.
7. Uba AF, Edino ST, Yakubu AA. Paediatric burns: management problems in a teaching hospital in north western Nigeria. Burns. 1994.