

УДК 616-001.21/22+616.831-089

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ГЛУБОКОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ

К.О. ЛАКАТОШ¹
М.А. ГУБИН²

¹*Воронежская
областная
клиническая больница № 1*

²*Воронежская
государственная
медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко*

e-mail: gubinfuv@vmail.ru

Сегодня аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом однозначно доминирует в лечении глубокой термической травмы. Методика простая, надежная и доступная. Ее недостатками являются длительность и вторичная дегенерация тканей. В случае реконструкции функционально и эстетически значимых зон это становится неразрешимой проблемой. Использование васкуляризированного лоскута при лечении глубокой термической травмы позволяет устранять дефект покровных тканей на этапе первичной кожной пластики.

Ключевые слова: аутодермопластика, васкуляризированный лоскут.

В настоящее время аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом однозначно доминирует в лечении глубокой термической травмы. Методика простая, надежная и доступная. Ее недостатками являются длительность и вторичная дегенерация тканей. В случае реконструкции функционально и эстетически значимых зон это становится неразрешимой проблемой.

Использование васкуляризированного лоскута при лечении глубокой термической травмы позволяет восстанавливать дефект покровных тканей на этапе первичной кожной пластики. Улучшение трофики тканей за счет непрямой ревазуляризации ускоряет и оптимизирует репаративные процессы скомпрометированной области. Таким образом, возможность использования микрохирургической ауто-трансплантации или перемещения комплекса тканей может принципиально улучшить результаты лечения пострадавших с термическими ожогами головы и шеи.

Цель исследования: разработать показания к оперативному устранению постожоговых дефектов головы и шеи на этапе первичного восстановления целостности покровных тканей.

Материалы и методы. Авторами накоплен достаточно большой опыт микрохирургической ауто-трансплантации и перемещения сложносоставных лоскутов при хирургической реабилитации тяжело обожженных пациентов.

С 2000 года в ожоговом отделении было проведено оперативное лечение 36 пациентов с глубокой и обширной термической травмой головы и шеи. Сроки устранения дефектов составляли от 4 недель до 6 месяцев.

У 22 пострадавших выполнялось устранение дефекта шеи, у 8 – волосистой части головы и у 6 проводилось восстановление покровных тканей лица. У 25 пациентов выполнялось перемещение островкового лоскута и в 11 случаях производилась микрохирургическая ауто-трансплантация комплекса тканей.

Возраст пациентов варьировал от 21 года до 86 лет. В 10 случаях оперативное лечение выполнялось по жизненным показаниям. В четырех случаях дном раны являлся головной мозг, в остальных шести – магистральные сосуды шеи. У оставшихся 24 пострадавших показаниями к выбору данного метода лечения были обширная оростомы, обнажения глазного яблока, постожоговый некроз наружного носа.

В 22 случаях производилось островковое перемещение кожно-фасциального торакодорсального лоскута. У трех пациентов восполнение мягкотканого дефекта выполнялось методом «индийской» пластики. В пяти случаях проводилась микрохирургическая ауто-трансплантация лучевого, «китайского» лоскута, и у 6 пациентов в двух случаях была произведена ауто-трансплантация лоскута широчайшей мышцы спины, в 2 – торакодорсального кожно-мышечного комплекса тканей. При пересадке



изолированной мышцы одновременно производилась аутодермопластика широчайшей мышцы спины.

Результаты. Во всех случаях удалось добиться приживления используемого пластического материала. В 28 случаях заживление прошло первично, в оставшихся 6 случаях отмечались локальные очаги гнойно-септического процесса, не повлиявшие на конечный результат.

Корректирующие операции выполнялись в основном в случае использования кожно-мышечного, торакодорсального лоскута.

Всего было выполнено 24 повторные операции. Сроки проведения коррекции от 4 до 8 месяцев. Это обусловлено избытком кожного элемента за счет атрофии мышцы. При этом, как правило, выполнялась реконструктивно-пластическая операция – устранение рубцовой деформации с использованием кожного элемента ранее пересаженного лоскута.

Вывод. Использование микрохирургического метода пересадки или перемещения сложно-составного комплекса тканей – достаточно эффективный метод лечения этой сложной категории пациентов. Кроме того, метод, вопреки устоявшемуся мнению, достаточно атравматичен, позволяет в приемлемые сроки провести адекватное восстановление целостности покровных тканей.

USE OF RECONSTRUCTIVE-PLASTIC EFFECTS OF SURGERY IN THE TREATMENT OF DEEP THERMAL HEAD AND NECK INJURY

K.O. LAKATOSH¹

M.A. GUBIN²

¹⁾ *Voronezh
regional clinical
hospital № 1*

²⁾ *Voronezh State
Medical Academy
named by N.N. Burdenko*

e-mail: gubinfuv@vmail.ru

Recently, autodermoplastic with split-thickness skin graft (STSG) dominates in treatment of a deep thermal trauma.

The technique is simple and reliable, however it's very time consuming and often followed by secondary tissues degeneration. The latter can be a critical problem, when functionally and cosmetically significant zones are involved.

Use of vascularized grafts in the treatment of deep thermal trauma let us to restore skin and related structures at the stage of the primary skin plastic.

Key words: autodermoplastic, vascularized grafts.

УДК 617.52- 002.3: 616.9: 0-36

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ ЛИЦА И ШЕИ

А.А. ОГАНЕСЯН¹**М.А. ГУБИН²****Е.Н. КОРЧАГИНА²**¹⁾ *Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*²⁾ *Воронежская
государственная медицинская
академия им. Н.Н. Бурденко*

Авторами определены и сформулированы показания к повторным операциям при гнойно-воспалительных заболеваниях лица и шеи, на основании многофакторного анализа общих и местных проявлений заболевания. Разработан комплекс организационно-методических и лечебных программ, позволяющих существенно снизить количество повторных операций при гнойных заболеваниях лица.

Ключевые слова: повторные операции, лицо, шея

e-mail: oganecyan@rambler.ru

Повторные операции у больных с острой гнойной хирургической инфекцией мягких тканей, послеоперационными осложнениями в абдоминальной, торакальной хирургии, гинекологии, онкологии и др., не являются исключительной редкостью.

Многие стороны этой проблемы, продолжая оставаться дискуссионными, нашли свое отражение в крупных работах монографического характера, диссертационных исследованиях и многочисленных журнальных статьях (1, 2, 3).

В то же время раздел о повторных операциях в гнойной хирургии лица и шеи не получил должного освещения в периодической печати. Нет сведений по статистике, анализу наиболее вероятных причин, не разработаны показания и критерии, регламентирующие объем и радикализм повторных операций, необходимость внесения корректив в общую программу комплексного лечения.

Цель работы заключалась в разработке и внедрении в практику комплекса организационно-методических, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на снижение процента повторных операций, обеспечение их безопасности и эффективности в общей программе комплексного лечения больных с флегмонами лица, шеи и их осложнениями.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2009 годы в отделении челюстно-лицевой хирургии №1 ВОКБ №1 находилось на лечении 6609 больных. У 895 из них (13,5%) были диагностированы флегмоны челюстно-лицевой области и шеи. Повторно были оперировано 97 больных (10,8%). Возраст повторно оперированных больных от 18 до 82 лет. Большинство – 81 (83,5%) – были в возрасте до 60 лет, от 61 года и старше было 16 человек (16,5%). Лиц мужского пола 66 (68,0%), женщин 31 (32,0%). Фоновая патология (преимущественно заболевания системы кровообращения, сахарный диабет II типа и др.) была установлена у 32 больных (33,0%).

Флегмоны в пределах 1-2 клетчаточных пространств были у 10 больных (10,3%), 3-4 пространств у 19 (19,6%), от 5 и более пространств – у 68 больных (70,1%»).

У 24 больных (24,8%) заболевание развивалось в форме местной гнойной инфекции, у 59 (60,8%) – с проявлением синдрома системного воспалительного ответа. Септический вариант заболевания установлен у 14 больных (14,4%).

Обследование больных проводилось в соответствии с разработанным диагностическим алгоритмом, включающим анализ местных и общих жалоб, динамики развития заболевания, особенностей местных проявлений. Для объективизации тяжести заболевания использовали модифицированную шкалу Apache II. В послеоперационном периоде определяли основные показатели состояния обменных процессов и иммунитета (содержание общего белка, распределение белковых фракций, уровень белковых метаболитов, активность трансаминаз, содержание лимфоцитов, Т и В популяций лимфоцитов, концентрация основных классов иммуноглобулинов, их об-