

противоспаечный барьер при локальных повреждениях тонкой кишки.

2. Методика перитонизации кишки способствует восстановлению целостности серозного покрова кишки благодаря времен-

ному отграничению раневой поверхности и созданию благоприятных условий для ускоренной регенерации клеток мезотелия.

Получено 08.11.06.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили.- Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2001. - 240 с.
2. Гатауллин Н.Г. Послеоперационная спаечная болезнь брюшины/ Н.Г.Гатауллин. - Уфа: Башкирское книжное издательство, 1978. - 160 с.
3. Плечев В.В. Острая спаечная кишечная непроходимость (проблемы, решения) / В.В. Плечев, С.А. Пашков, Р.З. Латыпов и др. - Уфа, Издательство «Башкортостан», 2004. - 280 с.
4. Плечев В.В. Спаечная болезнь брюшины / В.В. Плечев, В.М. Тимербулатов, Р.З. Латыпов. - Уфа: Издательство «Башкортостан», 1999. - 352 с.
5. Тотиков В.З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В.З. Тотиков,*М.В. Калицова, В.М. Амриллаева // Хирургия. -2006.-№2. -С. 38-43.
6. Treutner K.H. Prevention of adhesions. Wish and reality / K.H.Treutner, V.Schumpelick // Chirurg. - 2000. - Vol.7. - № 5. - P. 510 - 517.
7. Torre M. Histologic study of peritoneal adhesions in children and in a rat model / M. Torre, A.Favre, A.Pini Prato, et al. // Pediatr. Surg. Int. - 2002. - P. 673-676.

УДК 616-001.17-06-003.92-053.2-089.844-08
© Г.И. Ялалова, С.Н. Хунафин, 2007

Г.И. Ялалова, С.Н. Хунафин МЕСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОБОЖЖЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы НПО
БГМУ, г. Уфа*

На основании опыта лечения 50 детей с последствиями ожоговой травмы авторы пришли к выводу о необходимости раннего (4-6 мес. после заживления ожоговых ран) хирургического лечения детей с рубцовыми контрактурами. Наиболее эффективным методом хирургического лечения при послеожоговых рубцовых контрактурах является пластика трапецевидными лоскутами с рациональным использованием местных тканей.

Ключевые слова: ожоги, хирургические операции восстановительные, человек, Башкирия.

G.I. Yalalova, S.N. Khunafin PLASTICS USING LOCAL TISSUES IN THE REABILITATION OF BURN CHILDREN

Based on the experience of 50 children treated for post-burn defects, the authors have come to the conclusion that early (4-6 month burn healing) surgical treatment of children with scars is necessary. The most effective surgical technique for post-burn defects is trapeze strips plastics using local tissues.

Key words: burns, reconstructive surgical procedures, human, Bashkiria.

Ожоги находятся на третьем месте среди травм мирного времени различной этиологии [1]. В последние годы распространенность ожогов в России вновь стала нарастать и составила 294,2 случая на 10 тысяч населения. Среди госпитализированных в 2002 году в РФ 58,3% было взрослых и 41,7% детей [8]. Ожоговый травматизм в Республике Башкортостан составляет 4,5% от общего числа

травм. При этом удельный вес ожоговой травмы составляет 3,4% ко всем случаям травмы среди детей. Отмечается тенденция к увеличению числа больных с обширными ожогами, при этом увеличивается удельный вес детей раннего возраста. С применением современных способов лечения ожогов стали выживать пациенты с более тяжелыми и обширными поражениями, в связи с чем возрос-

ло число сложных и тяжелых последствий ожогов [6]. Именно поэтому, несмотря на совершенствование техники реконструктивно-восстановительных операций, проблема реабилитации больных, перенесших глубокие ожоги, остается актуальной.

Известно, что более 30-40% детей, получивших ожоги, позже нуждаются в восстановительных и реконструктивных операциях. Необходимость и своевременность выполнения реконструктивных операций диктуется ранним развитием у детей с Рубцовыми контрактурами вторичных костных изменений лица, позвоночника, конечностей, приводящих к увечью и инвалидности [5, 12]. Даже небольшое стяжение рубцами оказывает влияние на рост и развитие поврежденной зоны, поэтому хирургическое вмешательство должно быть выполнено в ранние сроки и полностью ликвидировать контрактуру [10]. Тем не менее детям, перенесшим ожоговую травму, в недостаточной степени уделяется внимание участковыми педиатрами и хирургами, особенно в сельской местности, что приводит к наличию большого количества детей с тяжелыми формами контрактур, нуждающихся в реконструктивных операциях. Поэтому очевидны необходимость раннего выявления таких детей и своевременная их реабилитация.

Последствиями ожогов являются рубцовые деформации, рубцовые контрактуры, дефекты тканей (отсутствие носа, ушей и т.д.) и трофические язвы рубцов. Почти во всех случаях имеется сочетание 2 или 3 указанных последствий.

Рубцовые контрактуры разделяются на 4 вида: краевые, срединные, тотальные и вызванные узкой полосой рубцов.

Методы пластических операций, применяемых при рубцовых контрактурах, направлены не на ликвидацию рубцов с целью получения хорошего эстетического эффекта, а на устранение стяжения, вызванного рубцами, и ограничения или препятствия движению или росту. В последние годы отмечается тенденция к преимущественному использованию пластики местными тканями, в том числе и рубцовоизмененными, пригодными в качестве пластического материала.

Материалы и методы

Всего с 2002 по 2006 гг. в ожоговом центре нами проведено хирургическое лечение 50 детей с послеожоговыми Рубцовыми контрактурами. Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Возраст оперированных детей		
Возраст	Количество	%
До 3 лет	1	2%
4 – 7 лет	27	54%
8 – 15 лет	22	44%
Всего	50	100%

Из табл. 1 следует, что больше половины детей оперированы в дошкольном возрасте, среди них 30 (60%) мальчиков и 20 (40%) девочек. Для восстановительного хирургического лечения дети поступали как из г. Уфы, так из городов и районов Республики Башкортостан.

Из оперированных 50 детей имели контрактуры 97 суставов, локализация которых представлена в табл. 2.

Таблица 2

Локализация Рубцовых контрактур		
Область локализации, суставы	Число детей	Число суставов
Шея	5	5
Плечевой	7	7
Локтевой	8	8
Лучезапястный	3	3
Межфаланговые на кисти, включая синдактилии	14	45
Тазобедренный	1	1
Коленный	6	6
Голеностопный	1	1
Плюснефаланговые, включая синдактилии	5	21
Всего	50	97

Контрактуры были одиночными и множественными. Ограничение движений в суставах подразделяли на 3 степени: I - незначительное (0-30 градусов), II - умеренное (31-60 градусов), III - резкое (больше 60 градусов). Как легкие, так и тяжелые контрактуры мы старались подвергнуть раннему хирургическому лечению, сразу по мере выявления. Время от момента ожога до восстановительной операции составило от 5 месяцев до 10 лет, что зависело от многих причин. В последних наблюдениях мы стремились оперировать как можно раньше, начиная с 4-5 месяцев после заживления ран. В течение первого года после заживления ран хирургическое лечение проведено у 15 детей.

Таблица 3

Методы пластики при реконструктивно-восстановительных операциях по поводу Рубцовых контрактур

Метод пластики	Количество
Свободная кожная пластика	2 (4%)
Пластика трапециевидными лоскутами	37 (74%)
Комбинированная пластика	11 (22%)
Всего	50 (100%)

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что у детей наиболее часто (37 случаев) была применена пластика трапециевидными лоскутами. Реже нами использовалась комби-

нированная пластика (11 случаев) - пластика трапециевидными лоскутами в сочетании со свободной кожной пластикой. Свободная пластика расщепленной кожей в чистом виде выполнена у 2 детей при тотальных контрактурах.

При рубцовых контрактурах с образованием складки в зоне суставов мы применяли пластику трапециевидными лоскутами. Как правило, этот вид контрактур обусловлен рубцами, повреждающими сгибательные поверхности одного или нескольких суставов. При этом по середине сгибательной поверхности сустава образуется рубцовый выступающий тяж, от которого к боковым поверхностям сустава простираются листки в виде скатов.

После рассечения рубцового листка в проекции сустава с развилкой у оси его ротации рана принимает форму трапеции (рис. 1). Следовательно, анатомически обоснована пластика такой же формы лоскутом, выкроенным напротив раны из другого листка.

При таких контрактурах один или оба листка рубцовые, в них имеют место укорочение поверхности по длине и избыток по ширине. Если рубцы довольно эластичные, то мы их использовали для пластики, при этом за счет избытка поверхности листков складки по ширине ликвидировали недостаток по длине

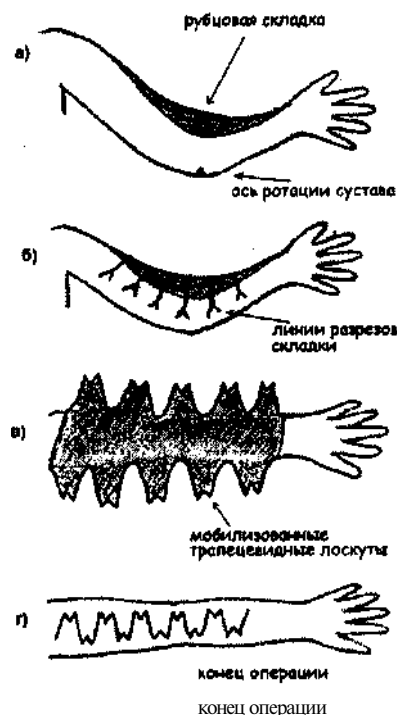


Рис. 1. Схема операции с использованием трапециевидных лоскутов:

а - в форме полулуния; б - лучеобразные линии рассечения Рубцовых листков складки до оси ротации сустава, основание центральной пары лоскутов в проекции оси ротации; в - лоскуты трапециевидной формы; г - контрактура ликвидируется перемещением.

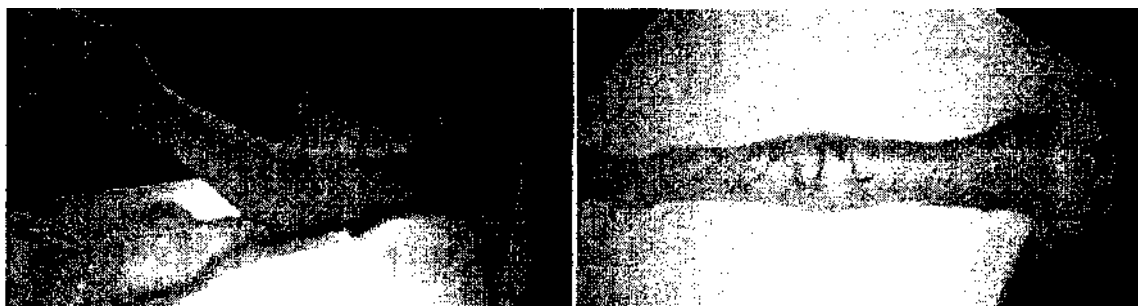


Рис.2 Вид верхней конечности ребенка А. до и после операции с применением трапециевидных лоскутов

Результаты и обсуждение

В раннем послеоперационном периоде не наблюдалось некроза трапециевидных лоскутов, подлоскутных гематом и нагноения ран. В двух случаях, при использовании рубцовоизмененных тканей для пластики трапециевидными лоскутами, имели место участки поверхностного некроза, которые эпителизировали самостоятельно и не влияли на результат операции. При применении свободных расщепленных кожных лоскутов в трех случаях также были участки поверхностного некроза, ранки самостоятельно эпителизовались, результаты операций были хорошие. В отдаленные сроки, в течение 4 лет, наблю-

далось благоприятное течение периода реконвалесценции. Трапециевидные лоскуты из здоровых тканей, перемещенные в зону рассеченного рубцового листка, росли с ростом ребенка, увеличивались по площади в 2 раза и более, поэтому рецидива контрактуры не наблюдалось. Следовательно, хирургическое лечение контрактур, с образованием складки в зоне сустава, пластикой трапециевидными лоскутами является эффективным способом устранения рубцовых контрактур у детей с последствиями ожоговой травмы. Поскольку подавляющее большинство восстановительных операций выполнено пластикой местными и смежными неповрежденными тканями,

то не имеет существенного значения, являются ли рубцы зрелыми или свежими. Операции необходимо проводить в ранние сроки для предупреждения вторичных изменений.

Выводы

1. Хирургическое лечение детей с послеожоговыми Рубцовыми контрактурами необходимо проводить в ранние сроки (спустя 4-6 месяцев после заживления ожоговых ран), этим достигаются предупреждение развития вто-

ричных изменений и сокращение в 2 раза сроков восстановительного лечения детей.

2. Наиболее эффективным методом хирургического лечения является выполнение реконструктивно-восстановительных операций с использованием местных тканей в виде трапециевидных лоскутов.

Получено 10.11.06.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азолов В.В. / В.В. Азолов, В.А. Жегалов, С.П. Перетяган // электронный журнал «Комбустиология». - 1999. - № 1.
2. Гришкевич В.М. / В.М. Гришкевич, П.В. Сарыгин // Хирургия. - 1995,- № 6.- С.32-34.
3. Дмитриев Г.И. / Г.И. Дмитриев, Ю.К. Зольцев, И.Ю. Арефьев // Актуальные проблемы термической травмы. - СПб., 2002. - С.419-421.
4. Мороз В.Ю. / В.Ю. Мороз, В.М. Гришкевич, Н.А.Ваганова // Вестн. Рос. АМН. - 1994. - № 6.-С.37.
5. Островский Н.В. / Н.В. Островский, И.Б. Белянина // Проблемы термической травмы у детей и подростков. - Екатеринбург, 2003. - С. 140-142.
6. Поято Т.В. / Т.В. Поято, Т.В. Сивкова // Скорая медицинская помощь- 2006. - Т. 7, № 3. - С. 246-247.
7. Салистый П.В. / П.В. Салистый, А.К. Штукатуров // Проблемы термической травмы у детей и подростков. - Екатеринбург, 2003. - С. 17-18.
8. Федоров В.Д. / В.Д. Федоров, А.А. Алексеев // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Т. 7, № 3.-С. 36-37.
9. Шаробаро В.И. / В.И. Шаробаро, В.Ю. Мороз, А.А. Юденич // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Т. 7, №3. - С. 255-256.
10. Шурова Л.В. / Л.В. Шурова, И.В. Бурков // Скорая медицинская помощь. - 2006. - Т. 7, №3. - С. 219-220.
11. Юденич В.В. Руководство по реабилитации обожженных / В.В. Юденич, В.М. Гришкевич. -М., 1986.
12. Postburn hand deformities in children due to scar contracture / D. Kim, M. Kim, D. Choi, J. Lee // 10 Congr. Internat. Soc. Burn Injuries. - Ierusalem, 1998. - P.83.