

Алгоритм Хирургического Лечения Больных С Последствиями Ожогов свода Череп

Мадазимов Мадамин Муминович

Мадазимов Комил Мадаминович

Андижанский государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, Андижан

Algorithm For Surgical Treatment of Patients with Consequences of Cranial Value Burns

Madazimov Madamin Muminovich

Madazimov Komil Madaminovich

Andijan State Medical Institute

Republic of Uzbekistan, Andijan

ABSTRACT

Авторами представлен алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожогов свода черепа. Разработанный алгоритм дает возможность одноэтапного лечение рубцовых дефектов с оголением костей, а также деформаций или алопеций свода черепа. Предложенный алгоритм позволил добиться 91,7% хороших функциональных и 89,7% эстетических результатов.

The authors present an algorithm for surgical treatment of patients with the consequences of burns of the cranial vault. The developed algorithm makes it possible to single-stage treatment of scar defects with bone exposure, as well as deformation or alopecia of the cranial vault. The proposed algorithm made it possible to achieve 91.7% good functional and 89.7% aesthetic results.

ARTICLE INFO

Received: 11th October 2023

Revised: 10th November 2023

Accepted: 14th December 2023

KEY WORD:

алгоритм, хирургическое лечение, последствия ожогов, свод черепа, дефекты с оголением костей, алопеция.

algorithm, surgical treatment, consequences of burns, cranial vault, defects with bared bones, alopecia.

Введение. Выбор хирургической тактики лечения послеожоговых рубцовых деформаций и дефектов продолжает находиться в центре внимания пластических хирургов. Так, сложнейшей проблемой остается хирургическая реабилитация пациентов с последствиями ожоговой травмы

головы, особенно свода черепа [29, 88, 168, 185]. Очень важным является вопрос об отдаленных результатах применения различных способов пластики дефектов мягких тканей свода черепа, когда последствия могут реализовываться не только через месяцы, но и годы спустя проведенной операции. Выявление факторов, способствующих развитию вторичных изъязвлений, рецидив рубцового облысения (алопеции) позволит наметить пути профилактики и улучшить долгосрочную перспективу для этих пациентов [32, 40, 103, 137].

Каждый из методов пластики имеет самостоятельное значение: местная пластика позволяет закрыть малые дефекты мягких тканей свода черепа, экспандерная дерматензия позволяет эффективно ликвидировать средние косметические дефекты, в свою очередь, применение метода микрохирургической аутотрансплантации тканей позволяет добиться хороших анатомических и функциональных результатов при обширных и глубоких дефектах мягких тканей головы. При выборе того или иного метода пластики для закрытия послеожоговых рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей свода черепа необходимо учитывать следующие факторы:

- глубина, конфигурация, площадь дефекта;
- наличие инфекционного процесса в области дефекта;
- состояние тканей, окружающих дефект;
- состоятельность реципиентных и донорских сосудов (если речь идет о микрохирургической аутотрансплантации тканей) [129, 186].

Для определения хирургической тактики рубцовые алопеции были распределены по площади кожи головы на малые (до 120 см², что составляло менее 25% площади волосистой части головы), средние (120-250 см² -25-40% площади волосистой части головы), и большие (более 250 см², то есть более 40%). С целью определения хирургической тактики лечения послеожоговые рубцовые облысения были подразделены на:

- одно-, двух- и многоочаговые;
- без поражения эстетически значимых зон, с поражением передней линии волос и висков [23].

Существуют классификации дефектов мягких тканей, широко используемые в реконструктивной и пластической хирургии, и учитывающие не только их параметры, но и состояние окружающих дефект тканей, локализацию [16, 100]. Некоторые пункты широко используемые в реконструктивной хирургии классификации дефектов мягких тканей конечностей в определенной степени отвечают и требованиям области головы (локализация, площадь, глубина, конфигурация рубцового дефекта):

I. По локализации рубцового дефекта:

1. Занимающий одну анатомическую область;
2. Занимающий два и более областей;
3. Охватывающий функционально-активные зоны.

II. По глубине:

1. Глубокие дефекты с нарушением целостности собственной фасции;
2. Поверхностные – без повреждения собственной фасции и подлежащих анатомических структур.

III. По площади дефекта:

1. Относительно малые (до 50 кв. см.);
2. Средние (от 50 до 120 кв. см.);
3. Обширные (более 120 кв. см.).
 - а) правильной конфигурации;
 - б) неправильной конфигурации.

IV. По состоянию окружающих дефект тканей:

1. С выраженной рубцовой деформацией окружающих тканей;
2. Без рубцовой деформации.

Ашуров Р.Г. своей работе разделил дефекты мягких тканей свода черепа по площади на три группы: малые дефекты (шириной рубца не более 1,5 см, площадь дефектов от 1,5 см² до 20 см²); средние дефекты (от 6,25 см² до 21 см²); большие рубцовые дефекты (более 21 кв см). По глубине дефекта: рубцовые (рубцовая алопеция) и открытые, с оголением костей черепа [9].

Отделение последствий травм и ортопедии ММЦ Андижанского вилоята имеет опыт хирургического лечения более 1200 больных с РДМТ (рубцовая деформация мягких тканей) свода черепа с использованием традиционных способов пластики (перемещенные лоскуты, свободная кожная пластика, трапецевидная, Z- кожная пластика).

Анализ результатов позволил разработать алгоритм хирургического лечения зависимости от характера, уровня, площади и глубины РДМТ свода черепа.

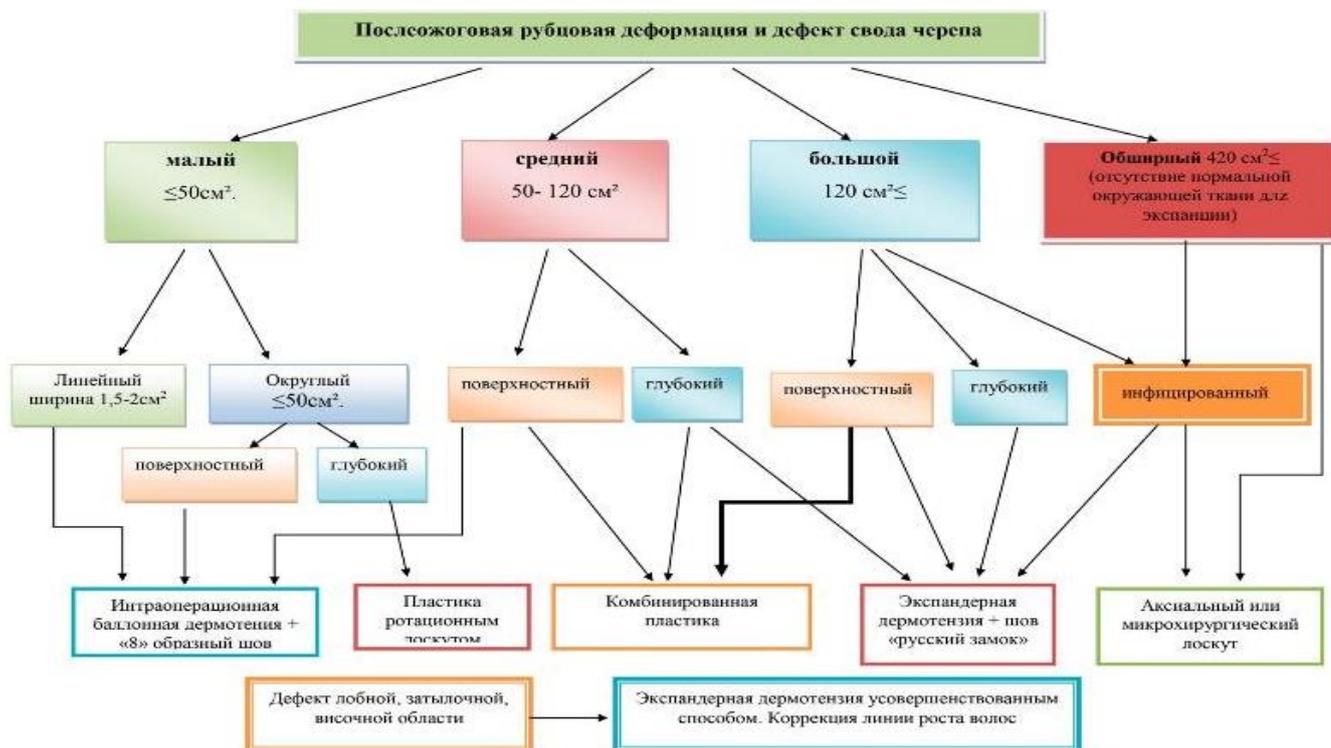


Схема. Алгоритм хирургического лечения больных с последствиями ожогов свода черепа.

Выводы:

1. Разработанный в экспериментальных условиях способ и схема интраоперационной баллонной дермотензии тканей свода черепа позволяет в один этап достичь прирост площади мягких тканей на 127,7% и устранить дефекты средней площади.

2. Интраоперационное баллонное растяжение кожи свода черепа по разработанному способу и схеме не вызывает нарушений её общей архитектоники, приводит к существенному увеличению в волосяных фолликулах числа стержней волос, что сопровождается утолщением стенок волосяных сумок.

3. Послеожоговые рубцовые алопеции малого размера, а также линейные рубцы шириной не более 2 см. можно устранить пластикой местными тканями. Применение разработанного способа местной пластики путем интраоперационного баллонного растягивания тканей и использования предложенного вида «восмиобразного» шва позволяют улучшить отделенные результаты по сравнению с традиционными методами на 6,9%.

4. Использование усовершенствованного способа с закрытием донорской зоны полнослойным кожным трансплантатом улучшает отдаленные результаты комбинированной пластики рубцовых деформаций и дефектов свода черепа на 6,1%.

5. Эффективной тактикой устранения средних и больших рубцовых алопеций, а также глубоких послеожоговых рубцовых дефектов с обнажением костей свода черепа является плановое применение баллонного растягивания неповрежденных тканей. Использование разработанного экспандерной дермотензии в сочетании разработанного вида шва по типу «русского замка» позволяет улучшить отдаленные результаты по сравнению с традиционным способом на 8,6%.

Литература

1. Альтшулер Е.М., Брежнев Е.В. Тканевая дермотензия в хирургическом лечении электроожогов волосистой части головы // Комбустиология: Сборник научных работ. Часть первая. – 2017. – №59-60.
2. Ваганова Н.А., Сарыгин П.В., Ваганов Н.В. Возможности и клиническая эффективность повторного баллонного растяжения тканей // Комбустиология: Сборник научных работ. Часть первая. – 2017. – №59-60.
3. Введенский А.И. Особенности лечения ожогов лица и волосистой части головы у взрослых // Сборник научных работ. Часть первая. – Комбустиология. – 2017. - №59-60.
4. Виноградова Т.А. Повышение эффективности хирургического лечения и реабилитации больных с термической травмой: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. – Тверь, 2018. – 23 с.
5. Короткова Н.Л. Реконструктивно-восстановительное лечение больных с последствиями ожогов лица: Автореф. дисс ... докт. мед. наук.-Н. Новгород, 2014.-39 с.
6. Кропотов М.А., Соболевский В.А., Бекашев А.Х., Лысов А.А., Диков Ю.Ю. Реконструкция дефектов кожи волосистой части головы и костей свода черепа после удаления опухолей //Анналы хирургии. - 2015. - № 1. - С.21-30.
7. Соколов В.Н., Аветиков Д.С., Иваницкая Е.С., Бондаренко В.В. Пластика дефектов тканей головы и шеи артеризированными трансплантатами на базе широчайшей мышцы спины // Український стоматологічний альманах. - 2016. № 1 (Том 2). – С.49-53.
8. **Тешабаев М.Г. Оптимизация хирургического лечения больных с последствиями ожогов лица и шеи. Дисс. док. философии (PhD).-Ташкент -2017.-С.**
9. Cunha M.S., Nakamoto H.A., Herson M.R. et al. Tissue expander complications in plastic surgery: a 10-year experience //Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo.- 2002.- Vol.57, N3.- P.93-97.
10. Dedhia R., Hsieh T.Y., Tollefson T.T., Ishii L.E. Evidence-based Medicine in Facial Plastic Surgery: Current State and Future Directions // Facial Plast. Surg. Clin. North. Am. – 2016. - № 24 (3). – P.265-274.
11. Kang N. Tissue expansion in cranioplasty – a collaborative approach for all involved for improved outcomes JPRAS July 2018.- Volume 71, Page 1097-110
12. Kalra G S, Mitesh Bedi, Vipin Kumar Barala A comparative study of tissue expansion and free parascapular flaps in extensive facial burn scar reconstruction Int J Burns Trauma. 2017; 7(4): 50–55.
13. Kazanavičius M¹, Cepas A², Kolaityte V², Simoliuniene R³, Rimdeika R⁴. The use of modern dressings in managing split-thickness skin graft donor sites: a single-centre randomised controlled trial. J Craniofac Surg. 2017 Jan;28(1):122-124.