

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДА РАСТЯГИВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОСЛЕ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ОБШИРНЫХ ГЕАНГИОМ ЛИЦА

А.А. Жилонов, Ш.А. Боймуродов, Р.А. Амануллаев, Ж.Б. Абдукаримов

Ташкентская медицинская академия

Рубцовые деформации волосистой части головы, лица и шеи являются наиболее трагичными последствиями ожоговой травмы. [1,2,3,4]. Повреждение лица, кроме тяжелых функциональных нарушений, влечет за собой серьезные психические расстройства пациента [4,5,11,13]. Поэтому, основная задача пластических хирургов – решить не только функциональные, но и эстетические проблемы пациента [15].

Особую сложность представляет восстановление кожного покрова лица, поврежденного после склерозирования обширных гемангиом. В результате склерозирующей терапии образуются грубые рубцы, вызывающие функциональные и эстетические нарушения. Последующая тактика заключается в иссечении рубцов на лице, что ставит перед хирургом сложную задачу - выбор метода пластического закрытия обширного дефекта ввиду дефицита прилегающих донорских участков кожи [3,4,6,10,15].

Одним из методов устранения дефектов кожных покровов лица является свободная пересадка кожи. К настоящему времени разработано множество техник свободной пересадки кожи. В развитии метода свободной пересадки кожи выдающаяся роль принадлежит русским ученым (А. С. Яценко, С. М. Янович-Чайнский, П. Я. Пясецкий, И. Я. Фомин и др.). Однако

для метода свободной пересадки кожи присущи некоторые недостатки: возможный некроз лоскута, не совпадение цвета кожных лоскутов с реципиентными зонами и др.

В последнее время увеличилась потребность в проведении пластических восстановительных операций с использованием баллонной дермотензии. Важным преимуществом её является возможность значительно увеличить поверхность смежных неповрежденных тканей и эффективно использовать их в качестве пластического материала. Кроме того, возможность возмещения близкими по цвету, структуре и толщине тканями. [5,7,9,13,14].

Цель исследования: Обосновать эффективность и расширить возможности метода баллонной дермотензии при лечении дефектов покровных тканей головы и шеи.

Материалы и методы: Работа основана на результатах анализа обследования и лечения больных, перенесших склерозирующую терапию обширных гемангиом лица, находившихся на лечении в отделении взрослой и детской хирургической стоматологии 3-клиники Ташкентской медицинской академии в 2007-2013 гг. Прооперированы 31 человек в возрасте от 15 до 40 лет. Мужчин было 54,8% (n=17), женщин - 45,2% (n=14).

Таблица

Распределение больных в зависимости от локализации рубцовых деформаций лица.

Область лица	Количество больных	%
Височная	6	19,3

Околоушно-жевательная	5	16,1
Щечная	7	22,6
Подчелюстная	5	16,1
Подбородочная	8	25,8
Всего	31	100

В зависимости от использованной методики хирургического лечения больные были распределены на две группы: 1-ая группа больных (n=18), где для закрытия дефектов кожи был использован свободный кожный лоскут; 2-ая группа (n=13), где для закрытия дефекта при иссечении рубцовых тканей были использованы лоскуты, после проведения дермотензии с применением экспандера.

Клиническая характеристика больных: у всех больных наблюдалось натяжение кожных покровов за счет рубцовой контрактуры склерозированных областей.



Ход операции: под общей или местной анестезией ближе к рубцовой деформации создается ложе для установки экспандера. Переходную часть эндоэкспандера размещают вне зоны растяжения тканей. При обширных дефектах, мы применяли подсадку 2 или 3 эндоэкспандеров с нескольких сторон, что позволяло подготовить большой запас тканей с одномоментным иссечением значительной части рубцовой ткани. Это в свою очередь сокращает этапы хирургического лечения. После имплантации, рану ушивали послойно и в экспандер вводили физиологический раствор с учетом натяжения тканей и при этом в

Поверхность склерозированной области слегка гиперемирована, при пальпации безболезненна, плотной консистенции. За счет рубцовой контрактуры отмечается нарушение рельефа лица, приводящее к анатомическому, функциональному и эстетическому недостатку.

Эндоэкспандер представляет собой латексный или силиконовый резервуар различных размеров с переходной частью, через которую в его полость вводится жидкость (физиологический раствор натрия хлорида 0,9% в зависимости от размера дефекта).



ране достигали гемостаз. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия.

На 3-4 неделе начинали дермотензию. Постепенно увеличивали давление жидкости. Растяжение тканей проводили до появления незначительных болей и изменения цвета кожи. Каждые 4 дня в экспандер вводили физиологический раствор в количестве 3-4 мл. Срок дермотензии в среднем составлял 1 месяц. После достижения максимального растяжения тканей выполнялась операция удаления эндоэкспандера с иссечением рубцовой

ткани и одномоментным замещением кожным лоскутом.

В первой группе, где использовали свободный кожный лоскут, оперативное вмешательство проводилось традиционным способом. Преимущественно использовали полнослойный кожный лоскут.

Результаты исследования и обсуждение.

В первой группе у 16 больных рана зажила первичным натяжением, у 2 больных (11,1%) пересаженный, полнослойный, кожный аутоотрансплантат полностью не зажил, отслоился от реципиентной области. Рана зажила вторичным натяжением. У 1 больного наблюдалось келоидное рубцевание. У всех больных в отдаленном сроке наблюдалось пигментирование кожных лоскутов, что снижало эстетичность результатов лечения. Более того, ограниченность подвижности лоскута в зависимости от его локализации способствовала развитию функциональных нарушений.

Во второй группе у 12 больных из 13 мы получили удовлетворительные результаты. Рана зажила первичным натяжением, область дефекта закрылась полностью. Швы снимались на 7-8 сутки. Через год после операции цвет кожи стал неразличим от нормальной, окружающей кожи. Отмечалось восстановление формы утраченного органа. Все функции кожи были полностью восстановлены.

Только у 1 больного (7.7%) края лоскута подверглись некрозу, рана зажила вторичным натяжением.

Таким образом, баллонная дермотензия у больных с рубцовыми деформациями не нарушает целостности анатомических структур кожи и подлежащих тканей, что способствует получению удовлетворительных эстетических результатов.

Литература:

1. Григорьева Т.Г. Дермотензия и эпидермальные клеточные трансплантаты кожи в превентивной

и восстановительной хирургии ожогов: Автореф. дис...д-ра мед. наук. –Харьков, 1991-44 с.

2. Дмитриев Д.Г. Значение метода distraction рубцов в системе реабилитации пострадавших с глубокими ожогами области плечевого сустава: Автореф. дис. ... канд.мед. наук. –Н.Новгород, 1998.-23 с.
3. Куринный Н.А. Пластическое замещение дефектов покровных тканей с предварительной эндозкспандерной дермотензией// Материалы 7-й Всероссийской научно-практической конференции по проблеме термических поражений. – Челябинск, 1999. –С. 224-226
4. Е.И.Трифимов, Д.М. Бжассо. Экспандерная дермотензия: опыт применения// Анналы пласт. Реконструктив. И эстет.хир. 2006.-М., №4.-С.147.
5. MarksM.W., Argenta L.C., Thorton J.W. Burn management: the role of tissue expanders// Clin.Plast.Surg. -1987. – Vol.14.-P.543-548
6. Sharpe D.T. Tissue expansion //Burns. - 1987/-Vol. 13. –P.43-48.
7. Nahai F.A. A method for exteriorization of tissue expander tubing// Plast. Reconstr. Surg. 1988.-Vol.82.-P.840-848
8. Iconomon T.G., Michelow B.J., Lucer R.M. Tissue expansion in the pediatric patient//Ann. Plast. Surg.-1993. – Vol.31.-P.134-140.
9. Xiao J. and Cai B.R. Functional and occupational outcome in patients surviving massive burns//Burns.-1995.- Vol.21,№6. – P. 415-421.
10. Russell RC, Khouri RK, Upton J, et al. The expanded scapular flap. *Plast Reconstr Surg* 1996;96:884.
11. Sasaki GH. Intraoperative expansion as immediate reconstructive technique. In: *Tissue expansion in reconstructive and aesthetic surgery*. St. Louis: Mosby, 1998:248
12. Sasaki GH. Reaction patterns and dysfunctional changes in expanded tissue. In: *Tissue expansion in*

- reconstructive and aesthetic surgery*. St. Louis: Mosby, 1998:35-37.
13. Keskin M., Kelly C.P., Yavuzer R. et al. Safety and convenience of external filling ports in tissue expansion//*Plast. Reconst. Surg.* -2006. –Vol.117.-P.1551.
14. GRABB AND SMITH'S PLASTIC SURGERY 6th Edition Bruce S. Bauer 2007: 84-90.
15. Ira D. Papel Fascial plastic and reconstructive surgery 2th Edition *Plast Reconstr Surg*. John F. Hoffmann 2007: 586-596.

ВЛИЯНИЕ ВОБЭНЗИМА НА МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рахимов З.К., Сулейманов С.Ф.

Бухарский государственный медицинский институт

В последние годы отмечается неуклонный рост числа переломов костей лицевой скелета. На долю переломов нижней челюсти (ПНЧ) приходится 75-87% [1, 3]. ПНЧ в 10-37% случаев осложняются воспалительными явлениями [2]. Одним из патогенетических механизмов развития гнойно-воспалительных осложнений является нарушение иммунного статуса и неспецифической резистентности организма [2, 5].

Установлено, что у больных травматическими повреждениями лицевого скелета, особенно при развитии гнойно-воспалительных осложнений, отмечается подавление иммунитета. В связи с этим вполне обосновано включение в комплекс лечебных мероприятий препаратов, обладающих иммуномодулирующим эффектом [6, 7].

В настоящее время актуальным является поиск препаратов, обладающих иммуномодулирующим действием у больных с ПНЧ.

Цель работы - изучение влияния Вобэнзима в составе комплексного лечения на местный иммунитет у больных с ПНЧ.

Материал и методы исследований

Мы обследовали 60 больных с ПНЧ, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Возраст больных составил от 17 до 62 лет. Из них 33 были с односторонним переломом, 27 – двухсторонним ПНЧ. Контрольную группу сравнения составил 21 практически здоровый человек идентичного возраста приблизительно того же возраста.

Таблица 1.

Распределение больных по полу и возрасту.

№		До 20 лет	20-29	30-39	40-49	50 и старше	итого
1	Мужчины	6	12	11	6	4	39 (65,0 %)
2	Женщины	4	5	9	3	0	21 (35,0 %)
3	Всего	10	17	20	9	4	60 (100%)

Для диагностики ПНЧ и выбора оптимального способа лечения всем больным провели клинические (сбор анамнеза, жалоб, внешний осмотр челюстнолицевой области и полости рта), неврологические,

рентгенологические, лабораторные методы исследования.

В зависимости от проведенного лечения все больные были разбиты на 2 группы: I-ая - 22 больных с ПНЧ, лечившихся традиционным способом;