



УДК 616-089-02:616-001.17:611.984:611.93:613.49

ВПЛИВ РАНЬОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ ГОЛОВИ, ШИЇ НА КОСМЕТИЧНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Вінницький
національний медичний
університет
ім. М.І. Пирогова

В.В. Нагайчук

Вступ

Незважаючи на успіхи, досягнуті за останні роки в лікуванні опіків голови, шиї, косметичні та функціональні результати залишаються незадовільними [1,2,3]. На місцях опікових уражень розвиваються рубцеві поля та спотворювальні рубці, які в 0,5%-6,2% виписаних зі стаціонару хворих призводять до втрати працездатності [4].

Після самостійного відторгнення некрозу в рані утворюються та ростуть грануляції, основу яких складає фіброзний, пізніше рубцевий шар, товщина якого зростає по мірі тривалості існування рани [5]. Чим раніше відновлений шкірний покрив, тим менше умов для утворення грубих деформуючих рубців [6].

Традиційний метод лікування опіків (автодермопластика на гранулюючі поверхні після самостійного відторгнення некротичних тканин) не тільки не профілакує розвиток рубців, а навпаки, за рахунок формування грануляцій у рані сприяє їхньому розвитку [7].

Незважаючи на те, що у 80 роки значно покращилась інфузійно-трансфузійна терапія, місцеве лікування ран, широко використовувалася дерматомна шкірна пластика, застосовувалися засоби ортопедичної профілактики, рання ЛФК, завдяки чому скоротилися строки лікування, від 18% до 40% дорослих і від 26% до 47% дітей мали опікові деформації, гіпертрофічні та келоїдні рубці, косметичні дефекти [8,9,10]. Тільки дехто [11] на той час стверджував, що превентивна хірургія опіків знижує частоту порушень функцій рухового апарату до 7-11%.

Останніми роками в Україні широко впроваджується раннє оперативне лікування обпечених [12,13,14]. Некректомія, виконана на 2-3 добу після отримання опіку з одномоментним закриттям ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами, є першою й останньою операцією у хворих із поверхневими опіками незалежно від площі опікових ран. Чим раніше виконане оперативне ліку-

вання, тим легший перебіг опікової хвороби, тим кращий її наслідок, косметичні та функціональні результати [15].

Мета дослідження

Покращення косметичних та функціональних результатів лікування хворих з опіками голови, шиї шляхом упровадження раннього хірургічного лікування.

Завдання дослідження

Вивчити косметичні та функціональні результати після раннього оперативного лікування хворих із дермальними опіками голови, шиї з використанням біоактивованих ксенодермотрансплантатів.

Новизна досліджень

Уперше буде обґрунтовано доцільність і патогенетичність раннього видалення некротичних тканин у хворих із дермальними опіками голови, шиї й одночасне закриття операційної рани біоактивованими ксенодермотрансплантатами.

Практичне значення отриманих результатів

Раннє оперативне лікування дермальних опіків голови, шиї дозволить скоротити доопераційний період на 10-12 днів, профілакувати розвиток запального процесу в рані, запобігти формуванню грануляційної тканини як майбутньої основи рубця, ліквідувати плазмовтрату, скоротити загальне перебування хворого на ліжку при поверхневих опіках на 9-10 днів, при глибоких опіках на 22-25 днів та досягти при цьому значно кращих косметичних і функціональних результатів.

Матеріали та методи

Порівняльному аналізу були піддані косметичні та функціональні результати 42 опікових реконвалесцентів через 6 місяців після виписки зі стаціонару. 24 пацієнтам проводили ранню некректомію на другу, третю добу після травми з одномоментним закриттям рани біоактивованими ксенодермотрансплантатами. Біоактивацію ксенодермотрансплантатів проводили запропонованим автором методом [Патент (11) 50619А]. Контрольну групу склали 18 хворих, етапну некректомію яким проводили з 12-14 доби після травми з подаль-

шою самостійною епітелізацією ран під вологовисихаючими пов'язками.

Результати лікування хворих аналізували за такими показниками: середній ліжко-день до операції, середні строки епітелізації опікових ран голови, шиї, тривалість набряку м'яких тканин голови, інтенсивність свербіж (визначали з анамнезу), колір післяопікових полів та рубців (визначали візуально), висота рубців у мм (визначали методом гіпсових відбитків), наявність контрактур та деформацій (візуально).

Результати дослідження та їх обговорення

Середній ліжко-день до операції в основній групі склав $1,3 \pm 0,4$ проти $11,6 \pm 0,9$ ліжко-днів у контрольній групі, $P < 0,001$. Період повної епітелізації опікових ран голови, шиї в основній групі $17,8 \pm 1,3$ ліжко-дня проти $29,9 \pm 2,1$ ліжко-дня в контрольній групі, $P < 0,001$. У основній групі набряк м'яких тканин голови починав зменшуватися після видалення некротичних тканин та закриття післяопераційних ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами (2-3 доба). У контрольній групі набряк м'яких тканин наростав і зберігався протягом 5-7 днів. У хворих основної групи інтенсивність свербіж наближалася до помірної, тоді як у хворих контрольної групи свербіж був нестерпним, не купірувався антигістамінними препаратами, а постійне механічне подразнення нижнього епітелію було стимулюючим фактором росту рубців. Колір опікових полів у хворих основної групи блідо-рожевий, наближається до нормального кольору шкіри. У контрольній групі колір післяопікових полів червоний, у деяких випадках із переходом у ціанотичний.

У хворих основної групи рубці або відсутні, або на 1 мм здіймаються над рівнем шкіри, переважно навколо очей, носогубної складки, рота. Шкіра легко береться в складку, рухома, неболюча. Разом з тим, у 30% хворих контрольної групи формуються грубі рубцеві масиви, які на 3-5 мм здіймаються над рівнем шкіри. Рубцево змінена шкіра важко береться у складку, малорухома, болюча. В основній групі хворих із деформаціями м'яких тканин та контрактурами нижньощелепного суглоба не було. У контрольній групі 27,8% хворих мали деформації м'яких тканин голови, шиї, в 11,1% спостерігалися важкорухомість і контрактура нижньощелепного суглоба. Косметичні та функціональні результати лікування хворих основної групи, безумовно, були на порядок кращими порівняно з хворими контрольної групи. Це пояснюється тим, що некректомія, виконана в 2-3 добу після травми

з одномоментним закриттям післяопераційних ран біоактивованими ксенодермотрансплантатами, профілакує розвиток запального процесу в рані, запобігає формуванню грануляційної тканини як майбутньої основи рубців, ліквідує плазмовтрати, значно скорочує терміни епітелізації ран, що само по собі створює умови для кращих косметичних і функціональних результатів.

Висновки

1. Найбільш грубі деформуєчі рубці та контрактури розвиваються у хворих із межовими опіками III A і III Б ст., гранулюючі рани яких загоюються після самостійного відторгнення некрозу шляхом крайової й острівцевої епітелізації.

2. Традиційний метод лікування – самостійне відторгнення опікового некрозу з подальшим формуванням грануляцій та епітелізацією поверхневих ран – не здатний на сьогодні суттєво покращити косметичні та функціональні результати.

3. Раннє оперативне лікування обпечених з одномоментним закриттям рани біоактивованими ксенодермотрансплантатами за рахунок значного скорочення термінів лікування, профілактики запального процесу та відсутності формування грануляційної тканини в рані, раннього відновлення функціональної активності хворих сприяє кращим косметичним і функціональним результатам.

Перспектива подальших розробок цього напрямку полягає в постійному вдосконаленні методики раннього оперативного лікування з метою покращення косметичних і функціональних результатів.

Література

1. Богосьян Р.А. Сводная кожная пластика при лечении послеожоговых рубцовых деформаций век // Международный конгресс «Комбустиология на рубеже веков» (9-12 октября 2000 г.). – М.: Ин-т хир. им. А.В. Вишневского, РАМН. – 2000.- С. 187-188.
2. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов // Международный конгресс «Комбустиология на рубеже веков» (9-12 октября 2000 г.). – М.: Ин-т хир. им. А.В. Вишневского, РАМН. – 2000.- С. 192-193.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – К.: ООО «Червона Рута – Турс», 2002. – 1024 с.

4. Гунько П.М. Застосування фізичних лікувальних чинників в реабілітації опікових реконвалесцентів: Автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.01.33 / Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології.- Одеса, 1999. – 20 с.
5. Азолов В.В., Дмитриев Г.И., Жегалов В.А. и др. Новая концепция организации реабилитации обожженных // Травматол. и ортопедия России. – 1996. - № 1. – С. 66-69.
6. Верещагина Е.С. Клинико-физиологическое обоснование методики оперативного лечения глубоких ожогов грудной клетки у детей: Автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.00.22 / Горьковский гос мед.ин-т. – Горький, 1998. – 16 с.
7. Зубанова Т.Є. Дермотензія у відновній хірургії опіків у дітей: Автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.01.03 / Терн. держ. мед. акад. ім. І.Я. Горбачевського. – Тернопіль, 2002. – 18 с.
8. Болховитинова Л.А., Павлова М.Н. Келоидные рубцы. – М.: Медицина, 1977. – 136 с.
9. Гришкевич В.М., Мороз В.Ю. Хирургическое лечение последствий ожогов нижних конечностей. – М.: Московская типография № 2, РАМН, 1996. – 297 с.
10. Maglicani G., Stella M., Castadnoli C., Trombotto C., Ondei S., Calcagni M. Post – burn pathological scar: clinical aspects and therapeutic approach // Annals of Burns and Fire Disasters. – 1997. - V.X., № 2. – P. 105-109.
11. Рудковский В., Назиловский В., Зиткевич К. Теория и практика ожогов: Перевод с англ. – М.: Медицина, 1980. – 376 с.
12. Коваленко О.М. Вплив раннього хірургічного лікування на перебіг і наслідки опікової хвороби у дорослих: Автореф. дис. ... канд.мед.наук: 14.01.03 / Національний мед.універ. ім. О.О. Богомольця.- К., 2002. – 20 с.
13. Ковальчук О.Л. Можливості відновлення втраченого шкірного покриву в обпечених хворих: Автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.01.03 / Він.держ.мед. універ. ім. М.І. Пирогова. – Вінниця, 2000. – 20 с.
14. Таран В.М. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: Автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.01.03 / Терн. держ.мед.акад. ім. І.Я. Горбачевського. – Тернопіль, 2001. – 19 с.
15. Повстяной Н.Е., Коваленко О.Н. Выбор методов кожной пластики при раннем хирургическом лечении ожогов // Междунар. конгр. «Комбустиология на рубеже веков» (9-12 октября 2000).- М.: Ин-т хир. им. А.В. Вишневского, РАМН, 2000. – С. 149.

Стаття надійшла
18.04. 2006 р.

Резюме

На основании сравнительного анализа результатов лечения больных с поверхностными ожогами традиционным методом и с использованием раннего хирургического лечения автор обосновывает целесообразность проведения некрэктомии с одновременным закрытием ран биоактивированными ксенодермотрансплантатами на 2-3 сутки после ожога.

Ключевые слова: ожог, раннее оперативное лечение, некрэктомия, биоактивированные ксенодермотрансплантаты.

Summary

On the basis of the comparative analysis of treatment results of patients with singes by traditional method, using early surgical treatment, the author substantiates the expediency of conducting (realization) necrectomy by single-stage wound closing with bioactive xenodermatransplantats in 2-3 days after injuries.

Key words: burn, early operative treatment, necrectomy, bioactivated xenodermatransplantats.