

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; тел. (861) 252-72-58. E-mail: roma_babichev@mail.ru; кафедра общей хирургии, кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4

В статье представлен опыт лечения ожогов тыльной поверхности кисти в ожоговом центре ГБУЗ НИИ – ККБ № 1 им. проф. Очаповского. Проведен анализ структуры, частоты, встречаемости и видов хирургического лечения ожогов тыльной поверхности кисти. Для оптимизации метода ранней некрэктомии с первичной пластикой предложен способ пластики неперфорированными кожными аутоотрансплантатами после некрэктомии, проводимый под жгутом, который позволяет уменьшить время операции и сократить интраоперационную кровопотерю. Вследствие пластики без перфорации в послеоперационном периоде наблюдается положительный не только функциональный, но и косметический результат.

Ключевые слова: ожоги, тыльная поверхность кисти, хирургическое лечение.

R. G. BABICHEV, S. B. BOGDANOV, Y. P. SAVCHENKO

TOPICAL ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF BURNS DORSUM OF THE HAND

GBUZ «Research Institute – Krasnodar regional clinical hospital № 1 named by professor S. V. Ochapovsky» ministry of health of the Krasnodar region, Russia, 350086, Krasnodar, 1 Maya str., 167; tel. (861) 252-72-58. E-mail: roma_babichev@mail.ru; department of general surgery, department of surgery № 1 General and clinical pathophysiology, Kuban state medical university, Russian Ministry of health, Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4

In the article describes the experience of the treatment of burns dorsum of the hand in the burn center GBUZ NII – KKB № 1 them. prof. Ochapovsky. Spend structure, frequency analysis, incidence and types of surgical treatment of burns dorsum of the hand. To optimize the method of early necrectomy primary plastics provides a method of non-perforated skin autografts after necrectomy held under the harness, which reduces the operation time and reduce intraoperative blood loss. Due to the plastic of non-perforated autografts in postoperative period there is a positive not only functional, but also cosmetic result.

Key words: burns, a dorsum of the hand, surgery.

Введение

Проблема ожогов до настоящего времени остается одной из самых актуальных и сложных в современной медицине. В первую очередь это связано со значительным распространением ожогов среди населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, ожоги занимают второе-третье место среди других видов травм. В России ежегодно обращаются за медицинской помощью по поводу ожогов в среднем 420 тысяч пострадавших, из них 120 тысяч госпитализируются в специализированные ожоговые, хирургические и травматологические отделения лечебно-профилактических учреждений.

Главной задачей при лечении тяжело обожженных является сохранение жизни пострадав-

ших и достижение положительных функциональных результатов, в то время как косметический результат лечения второстепенен. При лечении локальных ожогов основную цель представляет достижение максимального косметического результата лечения, в особенности при ожогах лица, тыльных поверхностей кистей и стоп. Однако, несмотря на этапное хирургическое лечение пограничных ожогов, образование рубцовой ткани в отдаленном периоде наблюдается в большинстве случаев, особенно при термических поражениях в областях с минимальной толщиной дермы [10, 11, 12].

Тыльная поверхность кисти чаще других анатомических областей подвергается термическим поражениям, ее ожоги наблюдаются у 44% пост-

радавших. Реабилитационное лечение больных с ожогами кисти и их последствиями представляет значительные трудности, так как кисть является анатомически сложным, очень важным рабочим органом и открытой частью тела [2, 3]. До 50% всех случаев потери трудоспособности приходится на глубокие ожоги кисти. Одной из главных причин инвалидизации пострадавших является послеожоговая рубцовая деформация кисти с контрактурами суставов. Поэтому к хирургическому лечению ее ожогов и послеожоговых деформаций предъявляются исключительно высокие требования [1, 5, 7].

Исследования различных авторов показали, что наиболее часто рубцовые контрактуры развиваются именно в области тыла кисти, что в значительной степени связано с анатомическими особенностями данной области: малая подвижность кожи, более тонкий кожный покров, истонченный подкожно-жировой слой, поверхностно расположенный сосочковый слой дермы, периферическое кровоснабжение, замедленный венозный и лимфатический отток. Все эти перечисленные факторы являются предрасполагающими для более глубокого поражения кожи данной локализации и склонности к рубцеванию [8, 9].

Традиционным способом хирургического лечения при ожогах тыльной поверхности кисти является аутодермопластика расщепленным кожным аутодермотрансплантатом после отторжения струпа. Данная методика хирургической помощи не всегда позволяет восстановить функции кисти, довольно часто приводит к развитию рубцовых деформаций, что требует проведения последующих реконструктивных вмешательств [4, 6]. Для предотвращения тяжелых последствий ожогов кисти, требуемой хирургической реабилитации важное значение имеет раннее и полноценное восстановление кожного покрова. У пострадавших, имеющих ограниченные по площади глубокие и локальные ожоги (площадь кисти во всех возрастных группах невелика и составляет 2,5% от общей площади поверхности тела), шок обычно не развивается и дефицита кожного покрова не наблюдается. Общее состояние пострадавшего с данным характером поражения стабильное, и проведение операции возможно в максимально ранние сроки (1–2 суток) с использованием кожных аутодермотрансплантатов без перфорации, тем самым улучшается не только функциональный, но и косметический результат хирургического лечения [10, 15, 16].

Таким образом, несмотря на очевидную актуальность вышеизложенной проблемы, ее изучению уделяется недостаточное внимание. Учитывая краткое содержание немногочисленных публикаций по данной тематике в отечественной и зарубежной литературе, мы заметили, что осо-

бенности хирургического лечения и реабилитации больных с ожогами тыльной поверхности кисти описаны недостаточно. Первостепенной задачей при лечении пострадавших с локальными ожогами является достижение полноценного функционального и косметического результата лечения, удовлетворяющего врача и пациента.

Материалы и методы

Исследование базируется на данных обследования и лечения 272 пострадавших в возрасте от 1 года до 65 лет, которые получили глубокие локальные ожоги тыльной поверхности кисти на территории Краснодарского края и проходили лечение в условиях специализированного ожогового отделения ГБУЗ НИИ – ККБ № 1 им. проф. С. В. Очаповского министерства здравоохранения Краснодарского края с 1995 по 2014 г. В исследование не были включены пострадавшие с глубокими локальными ожогами с обнажением глубоких анатомических структур.

В зависимости от применяемых методов хирургического лечения пострадавшие в количестве 272 человек были разделены на три группы: в первую, основную группу были включены пациенты, оперированные методом ранней некрэктомии с первичной аутопластикой неперфорированным кожным трансплантатом (140 пациентов – 51,5%); во вторую группу сравнения вошли пациенты, оперированные методом ранней некрэктомии с первичной аутопластикой перфорированным кожным трансплантатом (45 пациентов – 16,5%); в третью группу, сравнения – пациенты, пролеченные этапным хирургическим методом, с выполнением аутопластики на гранулирующую рану (87 пациентов – 32%).

Ежегодно в Краснодарский краевой ожоговой центр госпитализируются 1200–1300 пострадавших с термической травмой. За 19 лет работы отделения в период с 1995 по 2014 г. было госпитализировано 23 700 человек с термической травмой. У 272 из этих пострадавших за исследуемый промежуток времени были зарегистрированы локальные глубокие ожоги тыла кистей, что составляет 1,2%. Из них процент пациентов старше 18 лет с локальными ожогами тыла кистей составляет 70,3% (191 человек), а пациентов до 18 лет около 29,7% (81 человек). Причем мужчины составляют основную массу пациентов с локальными ожогами тыла кистей – до 80% (217 человек). Мы определили, что в основном пострадавшие с анализируемым характером поражения – это люди мужского пола и трудоспособного возраста из категории экономически активного населения. К тому же при анализе распределения больных по анатомической локализации поражения видно, что чаще наблюдаются ожоги обеих кистей (52,9%), реже – изолированно

только правой (28,7%) и левой (18,4%) кисти. Что в большей степени подтверждает необходимость улучшения функциональных и косметических результатов лечения больных данной категории.

При анализе общей структуры этиологических факторов при локальных ожогах кистей за анализируемый период времени выявлено, что ведущим из них является поражение пламенем – 186 пострадавших (72,6%), на втором месте – поражение горячими жидкостями, 36 пострадавших (14%), на контактный механизм травмы приходится 24 человека (9,4%), а причинами ожога кистей 10 человек (4%) являются электрический и химический агенты. По частоте встречаемости глубоких локальных ожогов кистей, учитывая место проживания пострадавшего, выявлено, что среди представителей сельского населения данный вид травматизма встречается в 66,5% случаев (181 человек), что в два раза чаще, чем у городских жителей (33,5% – 91 человек).

В ожоговом отделении ГБУЗ – НИИ ККБ № 1 им. проф. Очаповского разработан «Способ пластики кожных покровов конечностей после ранней некрэктомии» (патент на изобретение № 2248757), который позволяет улучшить функциональные и косметические результаты лечения, снизить интраоперационную кровопотерю, сократить время остановки кровотечения перед пластикой. Данный метод нашел практическое применение и положительные отзывы в ведущих ожоговых центрах Российской Федерации. Особенностью данного способа является то, что при проведении ранней тангенциальной некрэктомии глубоких ожогов на конечностях, в частности на тыльных поверхностях кистей и стоп, с использованием кровоостанавливающего жгута кожную пластику расщепленным неперфорированным трансплантатом выполняют под жгутом на конечности. Жгут удаляют после наложения давящей повязки на раны.

Проведение ранней некрэктомии с первичной аутопластикой у больных с глубокими ожогами тыльной поверхности кисти (рис. 1) при отсутствии клинической картины ожогового шока, осуществляют со 2-х суток от момента травмы.

Пластика трансплантатом без перфорации возможна при отсутствии явлений воспаления в ране, как правило до 7–9 суток. Операцию начинают после предоперационной подготовки и обработки кожи операционного поля. Электродерматомом производят забор кожных ауто трансплантатов толщиной 0,2–0,3 мм в свободных от ожогов местах площадью, равной предполагаемой некрэктомии. На донорские раны накладывают повязки с антисептиками. Ауто трансплантаты заворачивают в салфетки, смоченные антисептиками. Затем на плечо пораженной конечности, проксимальнее ожога, накладывают кровоостанавливающий жгут. Электродерматомом танген-



Рис. 1. Глубокий ожог тыльной поверхности кисти III ст. (по МКБ-10), 3-и сутки после получения травмы

циально удаляют нежизнеспособные ткани до нижних слоев дермы и мозаичных участков обожженной подкожной клетчатки (рис. 2).



Рис. 2. Выполнена некрэктомия под жгутом до нижних жизнеспособных слоев дермы

Кровотечения при этом нет. После визуальной оценки полного удаления некроза производим аутопластику расщепленным кожным неперфорированным трансплантатом (рис. 3).



Рис. 3. Выполнена аутодермопластика неперфорированным кожным ауто трансплантатом

непонимание детьми необходимости правильного положения функционально активных зон, родителям рекомендовали использование съемных лонгет на период дневного и ночного сна в течение двух-трех месяцев после выписки. Длительность и интенсивность использования съемных лонгет определяли индивидуально на осмотрах в динамике.

Результаты наших исследований показали, что ночное систематическое применение съемных гипсовых лонгет более значимо, чем компрессионная одежда, особенно для профилактики сгибательных контрактур пальцев кисти.

Обсуждение

Хирургическое лечение больных с локальными глубокими ожогами представляет собой серьезную медико-социальную проблему, значение которой с каждым годом неуклонно возрастает. Так, удельный вес рассматриваемой категории пострадавших увеличился в течение последних 30 лет вдвое и достиг 50–60% от общего числа пациентов, находящихся на стационарном лечении. В этот же период времени непосредственные и отдаленные результаты их лечения, частота выявления рубцовых деформаций и контрактур существенной положительной динамики не претерпели. Как и четверть века назад, около 40–50% обожженных нуждаются в последующей хирургической реабилитации. Неудовлетворительные отдаленные функциональные и косметические результаты при лечении ожогов III степени (по МКБ-10) тыльной поверхности кисти обусловлены следующими причинами: выполнение аутопластики на грануляционную ткань при этапном хирургическом лечении, использование перфорированных кожных трансплантатов. Улучшить отдаленные функциональные и косметические результаты лечения возможно за счёт выполнения приёмов оперативного лечения в следующей последовательности: предварительное наложение жгута на плечо; выполнение некрэктомии; пересадка на раневую дефект неперфорированных кожных трансплантатов; наложение давящей повязки; снятие жгута. Применение давящей повязки поверх пересаженного трансплантата позволяет исключить кровоизлияние под кожный трансплантат и обеспечить его полноценное приживание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аминев В. А., Докунина Л. Н., Кислицын П. В. и др. Интраоперационный контроль радикальности удаления ожоговых струпов при выполнении ранней некрэктомии // Сборник научных трудов III съезда комбустиологов. – Москва, 2010. – С. 195–196.

2. Али-заде С. Г., Василенко А. С. Раннее хирургическое лечение ограниченных ожогов конечностей // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы международной конф. – СПб., 2002. – С. 238.

3. Будкевич Л. И., Воздвиженский С. И., Шурова Л. В. и др. Результаты хирургического лечения детей с глубокими ожогами при различных видах оперативных вмешательств // Новые методы лечения ожогов с использованием культивированных клеток кожи: Материалы II Междунар. симп. – Саратов, 1998. – С. 12–14.

4. Дмитриев Г. И., Дмитриев Д. Г., Арефьев И. Ю. Раннее хирургическое лечение больных с ожогами кисти и их последствиями // Материалы конгресса «Комбустиология на рубеже веков». – Москва, 2000. – С. 138–139.

5. Демченко С. Ю., Чубаров В. И., Богословский В. Н. Ожог IIIA степени: оперировать или нет? // Тез. докл. IV конгресса по пластич., реконстр. и эстетич. хирургии с междунар. участием «Пластическая хирургия и эстетическая дерматология» / Под ред. К. П. Пшениснова. – Ярославль: Параллак, 2003. – С. 82–83.

6. Дмитриев Д. Г., Воробьев А. В., Вилков С. А. и др. Показания и противопоказания к ранним некрэктомиям у обожженных с одномоментной или отсроченной кожной пластикой // Нижегородский мед. журнал. Приложение «Проблемы лечения тяжелой термической травмы»: Мат. VIII Всероссийской конф. – Н. Новгород, 2004. – С. 148.

7. Запольнов Г. П., Денисов А. А., Альтшулер Е. М. Щадящая некрэктомия как метод уменьшения операционной кровопотери // Проблемы термической травмы у детей и подростков: Материалы межрегион. науч.-практ. конф. – Екатеринбург, 2003. – С. 88–89.

8. Крылов К. М., Козулин Д. А. Вариант снижения кровопотери при некрэктомии у обожженных // I съезд комбустиологов России: Материалы съезда. – Москва, 2005. – С. 172–173.

9. Крылов К. М., Шлык И. В. Тактика и стратегия хирургического лечения пострадавших с глубокими ожогами: Уч.-мет. пособие. – СПб, 2005. – 29 с.

10. Панютин Д. А., Степной П. С., Манин С. В. Хирургическое лечение глубоких локальных ожогов кисти // Сборник научных трудов II съезда комбустиологов России. – Москва, 2008. – С. 172–173.

11. Повстяной Н. Е., Коваленко О. Н. Выбор методов кожной пластики при раннем хирургическом лечении ожогов // Комбустиология на рубеже веков: Материалы конгресса. – Москва, 2000. – С. 149.

12. Рудовский В., Назиновский В., Зиткевич В. Теория и практика лечения ожогов. – М.: Медицина, 1980. – 375 с.

13. Смирнов С. В., Спиридонова Т. Г., Маркова О. А. и др. Изменения показателей гемостаза и гемореологии у тяжелообожженных при ранних и отсроченных некрэктомиях // VI съезд травматологов и ортопедов России: Тез. докл. – Н. Новгород, 1997. – С. 144.

14. Тюрников Ю. И., Евтеев А. А. Алгоритм принятия решения при выборе тактики и методов раннего хирургического лечения // Комбустиология на рубеже веков: Материалы конгресса. – Москва, 2000. – С. 152–153.