

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ НОСА.

Тешабоев М.Г., Мадазимов М.М., Мадазимов К.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

REMOVAL DEFECT SOFT FABRIC AND SCAR DEFORMING THE AREA OF THE NOSE

Teshaboev M.G., Madazimov M.M., Madazimov K.M.

ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Тешабоев М.Г., Мадазимов М.М., Мадазимов К.М.

БУРУН ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР КЕМТИГИ ВА ЧАНДИҚЛИ

РЕЗЮМЕ

В этой статье изложены результаты хирургического лечения 72 больных с ожоговыми осложнениями в области носа. Упомянут преимущества использования новых усовершенствованных способов при устранении рубцовых деформация в области носа.

При помощи вышеупомянутых новых и усовершенствованных методов у 90,3 % больных были получены хорошие функциональные и эстетические результаты.

Ключевые слова: нос, рубец, ожоговое осложнение, рубцовое - изменённая ткан, хирургическое лечение.

SUMMARY

The results of surgical treatment of 86 patients with paunch deformations and defects of nose have been generalized in this article. The effectively of nose plastic with full layer of autodermotransplantations and eliminations of microstomiy scraps from mucous comer of the mouth have been proved.

The use of above mentioned new and modernized methods of operations made it possible to achieve good functional and aesthetic results in 94% of patients.

Key words: nose, scar, consequence burn, scar-changed fabric, surgical treatment.

Хулоса

Ушбу мақолада 86 та бурун сохасидаги куйик асорати бор беморларнинг хирургик даволаш натижалари баён этилган. Бурун чандиқли деформацияларини бартараф этишда янги ва такомиллаштирилган усуллар ёрдамида бартараф қилишнинг афзалликлари айтиб ўтилган.

Юқорида айтилган янги ва мукамаллаштирилган операция усуллар ёрдамида 90,3% беморларда яхши функционал ва эстетик натижалар олинади.

Калит сўзлар: бурун, чандиқ, куйик асорати, чандиқли-ўзгарган тўқима, хирургик даволаш.

Введение. Механические и термические поражение лица от 18 до 27 % случаев сопровождаются деформациями носа [3, 4]. Это приводит к нарушению носового дыхания, а также к психологическим травмам. Несмотря на многочисленные операции по устранению этих последствий, их результаты не всегда удовлетворяют больных [1, 2, 5].

Материалы и методы: В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанского вилоята оперировано 86 больных с дефектами мягких

тканей, рубцовыми деформациями носа. Сроки от заживления ожоговой раны до операции составляли от 8 месяцев до 10 лет. Больным со свежими рубцами до и после операции проводили консервативную терапию с целью ускорения «созревания» рубца. Выбор операции зависел от площади и место расположения дефекта и рубца, состояния непораженных смежных тканей. У 6 больных проведено пластика расщепленным кожным трансплантатом, у 7 больных - острая дерматензия, у 5 - Z- пластика и у 8 больных Y- пластика. Усовершенствованным методом оперировано 16 больных, им выполнено пластика полнослойным кожным аутоотрансплантатом. Новыми предложенными методам оперировано 44 больных из них 18 больных с использованием П-образных откидных лоскутов и 26 больных оперированы применением интраоперационного баллонного растяжения.

Использование у этих больных кожно-фасциальных лоскутов на ножке, аутоотрансплантация на микрососудистых анастомозах сопряжено с образованием избытка тканей, кожа Филатовского стебля на лице часто отличается цветом и структурой, занимает много времени. Свободные расщепленные кожные трансплантаты, кроме указанных недостатков, еще и недостаточно эластичны.

Рубцовыми деформациями носа оперировано 86 больных. Из них у 16 имелись тотальные рубцовые поражение стенки и крыльев носа. У этих больных выполняли пластику всей наружной поверхности носа одним цельным полнослойным кожным аутоотрансплантатом.

Рубцы при этом важно удалять по промежуточному слою, то есть по соединительнотканым перемышкам. В этом слое мало кровеносных капилляров, поэтому рубцы удаляется почти бескровно, незначительное кровотечение останавливает компрессией салфетками или точечной электрокоагуляцией. При пластике носа свободным полнослойным кожным аутоотрансплантатом вся рана после иссечения рубцов должна быть закрыта одним цельным трансплантатом. Наиболее подходящим донорским местом для забора трансплантата мы считаем внутреннюю поверхность плеча. С помощью скальпеля берется полнослойный кожный аутоотрансплантат для носа. Донорскую рану ушивали при устранении тотальной рубцовой деформации носа рубцы иссекают полностью по промежуточному слою. Рану закрывают цельным полнослойным кожным аутоотрансплантатом. Трансплантат кладут «внахлест» на края раны и фиксируют отдельными швами. Противоположные концы нитей завязывают над предварительно уложенными марлевыми салфетками. Спустя 2 суток растягивающие нити над давящей повязкой рассекают, а на 6-е сутки меняют повязку. Гематомы диаметром 0.5 см и более опорожняют, производя над ними мелкие разрезы лезвием скальпеля. На 7-10й день после снятия швов назначают магнитотерапию.

У 18 больных для устранения дефектов крыла носа использовали откидной «П» образный лоскут с последующем закрытием раны свободным полнослойным кожным аутоотрансплантатом.

Техника операции: Над дефектом крыла носа формировали «П»-образный лоскут из рубцово-измененных тканей, основанием к краю дефекта. Лоскут откидывали вниз и фиксировали швами к носовой перегородке и носогубной складке. Образовавшуюся рану состоящей из донорской зоны и задней поверхности «откидного» лоскута закрывали полнослойным кожным аутоотрансплантатом, взятым из внутренней поверхности плеча. На трансплантат накладывали давящую глицириновую повязку на растягивающих швах. На данный метод операции получен положительное решение на патент IAP 2013 0198 от 21 мая 2013 г.

Если размер дефекта не превышало 1,5-2,5 см. использовали метод интраоперационного баллонного растяжения мягких тканей.

Способ интраоперационного баллонного растяжения мягких тканей, заключается в следующем: проводится разрез кожи на границе с рубцом. Под здоровой кожей формируется подкожный карман, в который имплантируется баллон (экспандер). Разрез временно ушивается узловыми швами. Интраоперационно баллон максимально наполняется через клапанную трубочку раствором фурациллина. Спустя 5 минут жидкость обратно извлекается. После трёх минутного интервала данная процедура повторяется еще два раза.

После последней процедуры баллон удаляется. С учетом имеющегося запаса здоровой кожи иссекаются рубцы, рана закрывается с помощью растянутыми тканями.

Данный способ позволяет увеличить площадь здоровой кожи на лице от 1,5 до 2,5 см. По данному методу получено патент IAP 2010 0344 от 21 июля 2010г. Восстановление кожи носа будет тем адекватнее, чем переносимая кожа будет ближе к естественной по окраске, толщине, текстуре и эластичности. Этим требованиям отвечают непораженные смежные ткани области носа. У 26 больных баллоны имплантировали вокруг и в области носа.

Проведенные физиологические исследования показали, что в области носа и губ до тканевого растяжения средний показатель напряжения кислорода в тканях составил $111,0 \pm 4,9$ мм.рт.ст. После интраоперационного введения жидкости в экспандер, натяжение тканей над ним увеличилось и уровень $TcPO_2$ снизился до 4-8 мм.рт.ст.. Спустя 3 минуты после обратного извлечения жидкости из экспандера уровень $TcPO_2$ составил $111,0 \pm 4,9$ мм.рт.ст.. При таких показателях вновь вводили жидкость в экспандер.

Морфологических исследования показали, интраоперационное растяжение кожи не вызывает нарушения её общей архитектоники. В эпидермисе не определяются нарушений целостности в виде надрывов, трещин. Отмечено уменьшение числа рядов клеток шиповатого слоя. При этом не отмечено явлений акантолиза и цитолиза. Ультраструктурные исследования с помощью ТЭМ и СЭМ также не выявили нарушений архитектоники, как эпидермиса, так и дермы.

Результаты: Анализ послеоперационных осложнений в двух сравниваемых группах больных показал следующий: в контрольной группе **частичный некроз лоскута** возник у 2 (4,8%) больных, в основной группе не отмечалось; **лизис трансплантата**: в контрольной группе у одного (2,4%) больного, а в основной группе не наблюдалось; **нагноение ран**: в контрольной группе возник у одного (2,4%) больного, в основной- у 2 (4,5%); **гиперпигментация**: в контрольной группе – у одного (16,7%), в основной- у одного (6,3%); **сморщивание трансплантата**: в контрольной группе – у одного (16,7%), в основной- у одного (6,3%); **расширение послеоперационного рубца**: в контрольной у 4 (9,5%) больных, в основной группе у 3 (6,8%).

Таким образом, применение разработанных новых и усовершенствованных способов хирургических операций способствовало уменьшению количества послеоперационных осложнений более чем 2 раза. При этом количество хороших отдалённых результатов операций достигнуто у 90,3 % больных.

Выводы:

1. Для устранения тотальной послеожоговой рубцовой деформации носа использование полнослойного кожного ауто трансплантата является оптимальной.
2. Дефекты крыла носа успешно устраняются ротационными или «откидными П - образным» лоскутами из смежных тканей.

3. Для устранения небольших по площади рубцовых деформаций носа эффективной является метод интраоперационного баллонного растяжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жилонов А.А., Асадуллина Г.А., Халматова М.А., Зайнабидинова С.М. Реконструктивные операции у больных с комбинированными дефектами средней зоны лица с использованием стебельчатого лоскута Филатова // Хирургическая стоматология.-2003.- №3-4.- С.42-45.
2. Каюмходжаев А.А., Расулов Ж.Д., Гуламов А.Б. Пластика сквозного дефекта щеки после радикальной операции по поводу базиломы // Симпозиум ISAPS. Сб-к тезисов. Ташкент.- 2010.- №2.- С. 44-46.
3. Мадазимов М.М., Мадазимов К.М. Самонаполняющиеся экспандеры в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов // Симпозиум ISAPS. Сб-к тезисов. Ташкент.- 2010.- №2.- С. 116.
4. Hafezi F, Karimi H, Nouhi A. Aesthetic septorhinoplasty in the burned nose//Burns. 2005 Mar;31(2):223-9.