

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ЛИЦА И ШЕИ

Е.К. ТИМЧЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изложены современные принципы оперативного лечения глубоких ожогов лица и шеи. Обосновано применение разработанных автором новых оперативно-тактических технологий, направленных на достижение анатомических, функциональных и эстетических результатов еще в стадии острой травмы.

Известно, что местное лечение ожогов наряду с коррекцией нарушений гомеостаза при ожоговой болезни является основополагающим. Главными принципами местного лечения ожоговых ран были и остаются: 1) восстановление и поддержание на оптимальном уровне микроциркуляции; 2) профилактика и борьба с раневой инфекцией; 3) обеспечение условий для спонтанного заживления поверхностных ожогов; 4) создание условий для раннего восстановления утраченного кожного покрова [1; 2]. При лечении ожогов лица используют общепринятые методики: открытый метод лечения с применением дубящих или пленкообразующих препаратов или мазей и кремов на водорастворимой основе. Между тем шаблонный перенос успешных технологий в зону лица и шеи не гарантирует такого же успеха. Это объясняется топографо-анатомическими особенностями лица и шеи, которые определяют ответные реакции на повреждение, частоту и характер возможных осложнений, включая дистантные. Главными особенностями лица и шеи, которые достаточно известны по отдельности, но, с нашей точки зрения, должны быть обобщены и учтены при поисках резервов повышения эффективности лечения, являются следующие.

Рельеф и контуры лица, а также толщина и морфологические характеристики кожи различных зон лица, обуславливающие различные по глубине поражения. Надбровья, нос, скулы, ушные раковины, губы и подбородок поражаются более глубоко, поэтому требуют различных тактических решений в лечении.

Характер васкуляризации и лимфатической системы лица обуславливают формирование быстронарастающих, «тугих» отеков, нарушающих микроциркуляцию и способствующих гибели эпителиальных ростковых элементов, следовательно, приводящих к углублению ожоговых ран лица.

Обильная васкуляризация, известные особенности венозной и лимфатической системы лица определяют интенсивность, проявления и исходы воспалительной реакции, включая как возможность внутричерепных осложнений, так и характерное патологическое рубцеобразование даже при поверхностных поражениях.

Лицо, его кожный покров уникальны в выражении индивидуальности человека, поэтому рубцовые изменения кожи, вовлечение в раневой процесс мимической мускулатуры, нарушение иннервации лица могут нанести ему непоправимый вред.

Кожный покров шеи отличается текстурными характеристиками, специфическим строением во-

локонной основы дермы в виде кольцевой вязи, что придает коже особую подвижность, растяжимость и обуславливает часто наблюдаемый быстрый исход ожогов шеи в рубцовую трансформацию.

Массивная иннервация тканей лица и шеи, мощная болевая импульсация при ожогах приводят к выраженному болевому синдрому, достигающему иногда уровня шокогенной травмы.

Ожоги лица и шеи вызывают повышенные эмоциональные реакции, более частые психопатологические нарушения, чем ожоги других анатомических зон, вплоть до развития «синдрома изуродованного лица». Кроме того, из-за ослепления при отеке лица, продолжающегося 4–5 суток, больные лишены возможности самообслуживания и нуждаются в индивидуальном уходе.

Глубокие ожоги лица составляют от 2 до 6,5% в общей структуре ожогового травматизма [3]. Тем не менее, несмотря на очевидную значимость этой проблемы, единой тактики лечения ожогов лица и шеи не существует. В большинстве клиник продолжают использовать шаблонное замещение гранулирующих ран лица и шеи расщепленной кожей во время аутодермопластик [2; 4]. Результаты таких операций могут быть улучшены, если оперативно-тактические вопросы будут пересмотрены и им будет уделяться должное внимание. Это важно и потому, что в ближайшее время аутодермопластика свежих гранулирующих ран лица и шеи будет оставаться доминирующей, поскольку основной задачей данного этапа лечения является быстрее закрытие ран в первую очередь и любой ценой, а функциональная и эстетическая коррекция возникающих дефектов адресуется восстановительному этапу хирургического лечения. Понятно, что при ожогах лица и шеи более раннее достижение окончательных анатомо-эстетических результатов исключительно значимо и для врача, и для пациента.

Раннее хирургическое лечение ожоговых ран прочно вошло в практику лечения ожогов в специализированных стационарах мира и ожоговых центрах Украины. Однако в мировой практике бытует сдержанное отношение к выполнению первичных некрэктомий в зоне лица и шеи. Хотя актуальность изучения проблемы отмечена [5], клинический опыт крайне мал, что, возможно, связано с отсутствием необходимого деликатного инструментария для этой анатомической зоны и с опасением хирургов-комбустиологов повредить при некрэктомии функционально

важные сосудисто-нервные образования лица, в частности ветви лицевого нерва. Следует также признать, что методы несвободной кожной пластики, в том числе и дермотензия, в превентивной хирургии ожогов лица и шеи применяются необоснованно редко.

Таким образом, по нашему мнению, в существующих методах открытого и закрытого лечения ожогов лица и шеи не учитываются клинические особенности этой патологии, их использование решает лишь отдельные задачи острого или восстановительного периода, что, по-видимому, определяет недостаточную эффективность медицинской и социальной реабилитации лиц с ожогами лица, шеи и их последствиями.

Данное сообщение основывается на опыте лечения 56 больных с тяжелыми ожогами лица и шеи, среди них были выявлены две группы — основная (27 человек) и контрольная (29 человек), поступивших на лечение в Харьковский ожоговый центр. Всем пострадавшим проводилось комплексное лечение, включая коррекцию гомеостаза, подготовку к оперативному лечению, собственно хирургическое пособие, местное лечение и реабилитацию. Больные основной группы получали лечение по разработанному автором методу, пациенты контрольной группы — традиционное лечение.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Тактика общего лечения больных определялась масштабами травмы: глубиной повреждения, его обширностью, наличием сочетанных и комбинированных поражений, особенностями развития раневого процесса, характером и тяжестью осложнений. Так, больные с обширным поражением или ожогами головы IV степени, включая лицо и шею, переносившие ожоговый шок и ожоговую болезнь, получали интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию, принципы которой общеизвестны и направлены на обеспечение психоэмоционального покоя, профилактику и коррекцию нарушений гемодинамики и микроциркуляции, поддержание необходимого кислородного режима, профилактику и коррекцию нарушений обмена веществ, водно-солевого обмена и функционального состояния почек, повышение иммунореактивности, борьбу с раневой инфекцией, токсемией обожженных, с условно-патогенной аутофлорой кишечника и эндотоксемией.

Пациенты, перенесшие электротравму, получали дополнительно дегидратационную терапию в целях профилактики отека головного мозга, оксигенотерапию, антиаритмические препараты (изоптин, лидокаин), препараты, улучшающие метаболизм сердечной мышцы и головного мозга (кордарон, рибоксин, пирасетам, ноотропил и др.). Интенсивную терапию усиливали превентивным проведением ультрафиолетового и внутрисосудистого лазерного облучения крови (УФОК, ВЛОК); в стадии острой ожоговой токсемии использовали плазмаферез, экстракорпоральную гемокоррекцию, непрямо-электрохимическое окисление крови (НЭХОК). В ряде случаев, при тяжелых сочетанных повреждениях, больных лечили в условиях управляемой воздушной абактериальной среды на кровати «Клинтрон», в аэротерапевтических установках, с использованием инфракрасных облучателей.

При ожогах лица и шеи у 46,8% пациентов проводилось энтеральное зондовое питание.

Сочетание поражения глаз, дыхательных путей, структур внутреннего уха при химических ожогах требовало участия в лечении офтальмолога, ЛОР-специалиста, и больные получали соответствующее лечение. У пациентов с явными признаками поражения дыхательных путей раннее локальное лечение осуществляли через микротрахеостому; в единичных случаях проводилась диагностическая и санационная фибро-бронхоскопия с лаважем, кортикостероидами, спазмолитиками и антибактериальными препаратами.

В послеоперационном периоде по показаниям продолжали антибактериальную терапию, назначали спазмолитики, антикоагулянты (фраксипарин), препараты, улучшающие реологические свойства крови.

Местное лечение пациентов основной группы заключалось в выполнении в ближайшее время после госпитализации (у подавляющего большинства больных первые 3 ч с момента получения травмы) новокаиновой лицевой тригемино-симпатической блокады (НЛТСБ), затем проводили тщательный туалет лица, раны закрывали ксенокожей, которую до операции меняли 2–3 раза. При наличии ожогового шока туалет выполняли на следующие сутки. НЛТСБ повторяли ежедневно до 5–7 сут; блокаду сочетали с электрофорезом 5% раствора троксевазина. Отторжение ожогового струпа стимулировали применением 0,6% раствора гипохлорида Na по методике вливно-высыхающей повязки и аппликациями ируксола.

В контрольной группе в качестве средств, применяемых локально для подготовки ран к оперативному лечению, использовали мази (кремы) на гидрофильной основе производства «Дарница» (левосин, левомеколь, офлокаин, мирамистин, диоксилиновая мазь) в соответствии со стадией раневого процесса, согласно методическим рекомендациям [6]. Отторжение струпа стимулировали препаратом, содержащим мочевины (карбодерм).

В обеих группах больных при развитии местных осложнений, наличии признаков нарушения микроциркуляции после пластики лоскутами на питающих ножках при их ротации, продвижении, скольжении использовали мази, усиливающие регионарный кровоток (гепариновая, троксевазиновая) и герудотерапию.

Больным основной группы было выполнено 35 операций (1,2 операции на одного больного), пациентам контрольной группы — 36 операций (также по 1,2 операции).

Были выписаны 54 пациента (один умер на 8-е сутки после электротравмы от не совместимых с жизнью разрушений в зоне головы и лица; один, ребенок 3 лет, умер от септических осложнений тяжелой термической травмы при общем дефиците кожи, включая лицо и шею, на площади 45%).

ОБОСНОВАНИЕ ОПЕРАТИВНО-ТАКТИЧЕСКИХ ПРИЕМОВ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ЛИЦА И ШЕИ

Основываясь на указанных выше патогенетических и клинических особенностях глубоких ожогов лица и шеи, мы полагаем, что оптимизация хирургиче-

ческого лечения этой патологии возможна и реальна в следующих направлениях.

1. Управление течением раневого процесса в целях оптимизации эпителиомезенхимальных взаимоотношений в ране.

На основании результатов, полученных нами при лечении поверхностных ожогов лица и шеи,— снижение числа типичных осложнений в 8,2 раза, достоверное сокращение сроков эпителизации ожоговых ран в 1,4 раза за счет профилактики и патогенетического лечения расстройств микроциркуляции и сосудистой проницаемости, мы считаем обоснованным использование НЛТСБ и бета-рутозидов в комплексном лечении ожогов лица [7].

2. Совершенствование возможностей свободной аутодермопластики при восстановлении обожженного лица.

Пластические и челюстно-лицевые хирурги предъявляют особые требования к операциям в зоне лица и шеи, и главные из них — сделать малозаметными следы оперативного вмешательства при восстановлении функции образований в оперируемой зоне. С этой целью применяют особый инструментарий, технику ушивания ран, специфический шовный материал. Как уже было сказано, на этапе превентивного хирургического лечения главной задачей комбустиолога является быстрое восстановление участков или всей поверхности утраченной кожи лица и шеи. С этой целью наиболее широко используют традиционную аутодермопластику.

В современной литературе описаны следующие методики аутодермопластики в зоне лица.

Применение сплошных расщепленных трансплантатов кожи, заимствованных с ягодицы, спины с помощью клеевого дермотома, которые целиком накладываются на раневую поверхность лица. При этом производят соответствующие сквозные отверстия в зоне орбит, носовых ходов, ротовой щели, края которых фиксируют к краям указанных анатомических образований. Восстановленный кожный покров при гладком его приживлении отличается равномерностью поверхности и цвета, эластичен и производит как покрытие хорошее впечатление. Однако возникают тягостные ощущения из-за сходства восстановленного лица с «маской Фантомаса» — полностью утрачивается индивидуальный облик пострадавшего.

Свободное размещение трансплантатов при использовании в зоне лица и шеи расщепленных лоскутов для восстановления обширных повреждений и расположение их на ранах «как получилось». После их приживления создается малоэстетичное впечатление, меняется облик больного.

Учитывая сказанное, мы поставили перед собой задачу расширения возможностей и совершенствования исходов аутодермопластики, сохранения индивидуального облика пациента.

Анализ соответствующей литературы позволил выяснить, что в зарубежной косметологии в зоне лица выделяют до 26 анатомических образований, выступов и углублений, обуславливающих формирование возрастного индивидуального облика человека; из них авторы называют как практически значимые 10, а поз-

же — 8 [8]. Эта информация натолкнула нас на мысль, что такой зональный подход может быть использован и при восстановлении обожженного лица.

В основу наших рассуждений и решений были положены результаты диссертационного исследования Г.А. Олейника [9], проведенные в нашем коллективе и использованные нами для разработки правил восстановления утраченного кожного покрова в зоне обожженного лица и шеи. Автор в условиях анатомического эксперимента исследовал текстурные, материаловедческие характеристики кожи в различных анатомических зонах тела человека, включая лицо, для обоснования операции дермотензии. В специальном аппарате были изучены толщина, эластичность, растяжимость, сократимость и другие свойства образцов кожи, выкраенных во взаимоперпендикулярном и косом направлении по отношению к силовым линиям Лангера. Опираясь на приведенные автором коэффициенты, мы выделили в зоне лица и шеи четыре зоны, имеющие близкие или одинаковые текстурные характеристики: лоб—подбородок, веки, щека—губы—шея, нос (см. рисунок). На этом основании в качестве донорских полей для каждой зоны лица была выбрана кожа определенных анатомических зон тела человека. Применение этих правил при пластике раневых дефектов лица обеспечивает более высокие косметические результаты.

При аутодермопластике мы считаем важным выполнение следующих оперативно-тактических приемов:

использование в качестве донорских полей внутренних поверхностей плеч, боковых поверхностей туловища, внутренней поверхности бедер у женщин;

укрытие раневых поверхностей сплошными, неперфорированными лоскутами по зонам, с фиксацией лоскутов к краям раны и между собой внахлест;

наложение на восстановленное аутоотрансплантатами лица «якорных» швов в зоне естественных и мимических складок: переносица, основания боковых поверхностей носа, основание носовой перегородки, филтрум верхней губы, носогубные складки, центральная точка у основания нижней губы и подбородка — в целях сохранения индивидуальных особенностей лица;

открытое ведение послеоперационного периода или с применением неприлипающих покрытий в первые 7 сут.

3. Расширение показаний к применению в превентивной хирургии лица и шеи методов несвободной кожной пластики, в том числе дермотензии.

Активная позиция в этом отношении выражается в планировании и выборе метода оперативного лечения.

Показаниями к применению в зоне лица и шеи несвободных видов кожной пластики являются: а) повреждение средней и нижней трети анатомической зоны лица при неповрежденной коже шеи; б) небольшие по площади дефекты, подлежащие иссечению с одномоментной пластикой. Противопоказания: а) нервно-психические заболевания; б) тяжелая сопутствующая патология.

4. Расширение и совершенствование возможностей дермотензии в превентивной хирургии ожогов лица и шеи, включая ожоги IV степени.

Таблица 1

Сроки проведения аутодермопластики у больных с глубокими ожогами лица и шеи

Показатели	Основная группа, n=27	Контрольная группа, n=29
Сроки появления регенераторного типа цитогрaмм, сут	5,4±1,3, n=11	11,6±1,9, n=9
Сроки первой аутодермопластики, сут	11,4± 0,7	17,7± 0,8

P < 0,05

Примечание. P — достоверность различий по сравнению с контролем.

Таблица 2

Оперативное лечение глубоких ожогов лица и шеи

Вид операции	Контрольная группа, n=29		Основная группа, n=27	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Свободная дерматомная кожная пластика	26	89,6	11	40,7
с первичной некрэктомией	—	—	3	27,3
химический некролиз	15	57,6	8	72,7
спонтанное очищение ран	11	42,4	—	—
Несвободные виды кожной пластики	3	10,3	16	59,3
пластика местными тканями	3	10,3	3	18,7
индийская пластика	—	—	4	25,0
итальянская пластика	—	—	3	18,7
дермотензия	—	—	6	37,5

Техника некрэктомии заключалась в оперативном удалении некротизированных участков до жизнеспособных тканей по зонам поражения с помощью специального ножа типа Гамби, изготовленного в Харьковском НИИ монокристаллов (Г.И. Цигельницкий). Устройство имеет съемные лезвия, длина которых составляет 5–7 см и самозатачивающуюся режущую кромку со скосом режущего края под определенным углом. Использование приспособления в нашей клинике показало исключительное удобство его применения в зонах, требующих высокой точности работы: кисти, лицо, шея.

Химический некролиз был осуществлен у 8 пациентов основной и 15 — контрольной группы. В силу особенностей рельефа лица применение традиционных некротических мазей (40% салициловая мазь) по известной методике в этой анатомической зоне затруднено из-за опасности затекания некротического средства при его расплавлении после нанесения на ожоговый струп в глазные щели, носовые ходы, ротовую полость. В своей практике мы апробировали такие некротические средства, как мазь ируксол, действующим началом которой является коллагеназа различных типов, и мазь карбодерм, в состав которой входит 10% мочевины и 0,6% раствор гипохлорида Na. Выбор этих препаратов был обусловлен как большой тугоплавкостью, так и отсутствием повреждающего действия на здоровые ткани при случайном попадании на них препаратов. Гипохлорид Na оказывает очень мягкое некротическое и выраженное санитизирующее действие.

Аутодермопластику выполняли после хирургической или химической некрэктомии. Непосредственный результат оценивали при выписке, ближайший результат — при осмотре пациентов через 2–3 мес.

Большинство операций у больных контрольной группы составила свободная дерматомная кожная пластика (у 26 человек — 89,6%), у них в качестве основной подготовки ран к оперативному лечению использован химический некролиз (57,6%) и спонтанное очищение ран (42,4%). Этим были обусловлены более продолжительные сроки подготовки ран к пластике, главным образом за счет длительности спонтанного некролиза. В основной группе свободная аутодермопластика была применена только у 11 (40,7%) больных, причем у 3 из них (27,3%) использована первичная некрэктомия, а у остальных 72,7% — химический некролиз. Включение в комплексную подготовку ран к аутодермопластике локального пособия в виде НЛТСБ и бета-рутозидов, активно регулирующих ее влияние на развитие воспалительной реакции в ране, и последующее проведение первичной некрэктомии и химического некролиза обусловили более быструю подготовку ожоговых ран к операции у пациентов основной группы — 12,1±0,9 сут по сравнению с 18,8±1,1 сут в контрольной группе. В то же время первичное приживление пересаженных лоскутов оказалось почти одинаковым, составив 73% в контрольной и 79% в основной группе.

Больше чем у половины (16, или 59,3%) пострадавших основной группы применили несвободные виды кожной пластики. Из этого числа пациентов у 3 человек после иссечения гранулирующих ран лица (1) и шеи (2) раны были ушиты местными тканями; у 2 человек для замещения раневых дефектов после иссечения гранулирующих ран лица и шеи применяли мостовидные лоскуты и у 3 больных с электроожогами IV степени лица использовали двухлоскутную пластику в сочетании с дистантной дермотензией по разра-

ботанной технологии. Дермотензию по интенсивной технологии применили у 4 больных для ликвидации раневых дефектов лица и у 2 — шеи. Следует отметить, что после пластики местными тканями и индийской пластики и дермотензии при гладком течении послеоперационного периода на 5–9-е сутки все пациенты были выписаны, что в 4 раза сократило общие сроки пребывания больных в клинике.

Вместе с тем типичные осложнения аутодермопластики в послеоперационном периоде наблюдались у 11 человек примерно с одинаковой частотой в обеих группах и были обусловлены лизисом части пластического материала. В основной группе эти потери были незначительными и для их ликвидации оказалось достаточным наложения вторичных швов. В контрольной группе у 4 пациентов осложнения были устранены тем же способом, а у 3 человек из-за обширности лизиса потребовались дополнительные аутодермопластики.

Непосредственные и ближайшие результаты лечения обожженных с помощью разработанных методов (усовершенствования ведения острой ожоговой травмы и оперативных приемов аутодермопластики) свидетельствуют о его эффективности: отличные и хорошие результаты были достигнуты у 91% пациентов основной группы по сравнению с 76,8% в контрольной группе. Эти результаты характеризовались отсутствием явных признаков рубцовой трансформации, сохранением индивидуальности и высокой оценкой результата лечения самим больным. Неудовлетворительных результатов (асимметрия восстановленного лица, изменение выражения лица, оценка самим пациентом непосредственных результатов) в контрольной группе была в 2,5 раза больше.

Результаты традиционной несвободной кожной пластики обеспечили первичное приживание у 75% пациентов с достижением отличных и хороших исходов у всех оперированных больных. Осложнения отмечены при лоскутной пластике у 3 человек и у одного — при пластике дерматомным лоскутом в виде краевых некрозов перемещенных лоскутов. Иссечение этих линейных участков и наложение вторичных швов позволило полностью ликвидировать раневые дефекты. При этом отмечено, что планирование и широкий выбор возможностей современной кожной пластики позволяет во всех случаях: 1) избежать образования донорской раны; 2) в ходе первой же операции устранить дефект, закрыв его полноценной кожей; 3) избежать необходимости в повторных операциях; 4) получить более полноценный в функциональном и эстетическом отношении результат, чем при свободной кожной пластике.

Особые возможности предоставляет метод острой дермотензии для замещения раневых дефектов лица и шеи, в том числе при ожогах IV степени. Из 9 пациентов, хирургическое лечение которых осуществлялось методом дермотензии, у 2 после контактных ожогов имелись: у одного — раневые двухсторонние дефекты среднего и нижнего отделов лица и у одного — сквозной дефект левой щеки. У 3 пациентов были глубокие односторонние ожоги шеи (1) и двухсторонние ожоги нижней трети лица и шеи (2). Трое больных (из них один ребенок) были госпитализированы по поводу

электротравмы и электроожога IV степени с некрозом костей лицевого черепа, разрушением глазного яблока и гибелью мягких тканей половины лица (2); один больной из этой группы получил контактный ожог с гибелью мягких тканей половины лица, волосистой части головы, некрозом теменной и затылочной костей. Этим пациентам была проведена дистантная дермотензия по приведенной выше технологии.

Оперативное лечение на основе несвободной кожной пластики обеспечивает быструю ликвидацию патологического процесса с достижением оптимальных результатов. В дальнейшем больные обращались повторно только для коррекции мелких косметических недостатков.

Приведем клиническую иллюстрацию лечения глубоких ожогов лица и шеи по разработанным нами технологиям.

История болезни 2966.

Больной Ц., 16 лет, доставлен с вокзала. Снят с поезда в связи с несчастным случаем. В вагоне поезда у больного возник приступ эпилепсии, во время которого он прикасался лицом к трубе отопления. Получил контактный ожог IV степени в зоне правой щеки, верхней и нижней губы. Дефект оказался сквозным. На 3-и сутки в зоне шеи имплантирован тканевый экспандер для получения дополнительных объемов пластического материала. Собственно дермотензия начата с 6-х суток и осуществлялась в интенсивном режиме. В течение 21 сут в экспандер поступило 240 мл жидкости, а прирост пластического материала составил 8 см. На 29-е сутки произведена пластика скользящим дермотензионным лоскутом, заимствованным на шее и мобилизованным по технике лифтинга. Это позволило получить лоскут таких размеров, что оказалось возможным, создав дубликатуру в его дистальной части и ротировав его в сторону раны, заместить дефект кожи и слизистой правой щеки, верхней и нижней губы без образования донорской раны на шее. Послеоперационное течение гладкое. Выписан на 34-е сутки. В последующем, через 8 мес, прооперирован повторно с целью восстановления красной каймы верхней губы справа.

Таким образом, результаты разработанной технологии и тактики ведения больных с глубокими ожогами лица и шеи позволяют оптимизировать подготовку ран к оперативному лечению за счет профилактического и корригирующего эффекта включения в комплексную подготовку ран курсового использования НЛТСБ и бета-рутозидов как средств, улучшающих микроциркуляцию в тканях паранекротической зоны. При этом в достоверно более ранние сроки наступают регенераторные изменения в ранах, в 1,5 раза сокращается время подготовки ран к дермопластике.

Сравнительная оценка исходов традиционной и модифицированной кожной пластики позволяет отметить, что при практически одинаковых показателях первичного приживания трансплантатов функциональные и эстетические исходы лечения достоверно выше в основной группе больных. Значимыми оказались следующие разработанные оперативно-тактические решения в модификации аутодермопластики у пациентов основной группы:

выделение в зоне лица 4 зон, кожа которых характеризуется специфическими текстурными параметрами;

выделение зон на теле человека, наиболее пригодных для использования в качестве донорских в хирургии обожженных лица и шеи;

достижение при свободной кожной пластике более высокого эстетического результата, направленного на сохранение индивидуальных особенностей, которые обеспечиваются зональным размещением трансплантатов с обязательной якорной фиксацией лоскутов по мимическим линиям.

Более широкое использование несвободной кожной пластики, в том числе и дермотензии, которая была выполнена у пациентов основной группы по интенсивной технологии, позволило закрыть раневые дефекты лица и шеи площадью 100–200 см² лоскутами кожи, выращенной рядом с раневым дефектом в течение 25–30 сут без образования донорской раны. Результаты лечения носят стойкий окончательный характер и обеспечивают ана-

томический, функциональный и эстетический эффект. Разработанная технология дистантной дермотензии, предназначенной для получения значительных дополнительных объемов пластического материала с заданными свойствами (кожно-подкожный, кожно-фасциальный, кожно-мышечный лоскут), дает возможность его переноса по итальянской технике при ожогах лица IV степени (с некрозом костей черепа) в зону поражения.

Полученные данные позволяют считать предложенные технологии модифицированной аутодермопластики в сочетании с традиционными видами несвободной кожной пластики перспективными в превентивной хирургии ожогов лица и шеи. Особые преимущества имеет в этом аспекте метод дермотензии. Нам представляется, что разработанный метод дистантной дермотензии должен занять ведущие позиции в лечении ожогов головы IV степени.

Л и т е р а т у р а

1. Григорьева Т.Г., Цогоев А.А. Современная превентивная и восстановительная хирургическая реабилитация обожженных // Матер. XIX з'їзду хїрургїв України: Зб. наук. ст.— Харків, 2000.— С. 312–313.
2. Повстяной Н.Е., Коваленко О.Н. Структура, характер, достоинство и недостатки различных видов кожных пластик при ожогах // Там же.— С. 342–343.
3. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных.— М.: Медицина, 1986.— 368 с.
4. Охотина Л.А. Местнопластические операции при хирургической коррекции послеожоговых контрактур шеи // Комбустиология на рубеже веков: Тез. докл. Междунар. конгр.— М., 2000.— С.204–205.
5. Савчин В.С. Опыт раннего хирургического лечения глубоких ожогов лица // Актуальные проблемы термической травмы: Матер. междунар. конф., посвящ. 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию Ожогового центра.— С.Пб., 2002.— С.293–295.
6. Клинико-лабораторное обоснование эффективности последовательного применения препаратов диоксизоль, офлокаин, мирамистин, метилурацил и пантестин для местного лечения ожоговых ран / Г. П. Козинец, О.И. Осадчая, С.В. Тацюк, К.Г. Козинец // Харьковская хирург. школа.— 2002.— 4(5).— С. 83–87.
7. Тимченко Е.К. Современные принципы консервативного лечения поверхностных ожогов лица и шеи // Укр. мед. альманах.— 2002.— Т. 5, 2 — С. 114–116.
8. Последние достижения в пластической хирургии / Под ред. И. Джексона: Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985.— С. 196–208.
9. Олейник Г.А. Клинико-анатомические особенности дермотензии в реконструктивно-восстановительной хирургии ожогов отдельных локализаций: Автореф. дис ... канд. мед. наук.— Харьков, 1990.— 21 с.

Поступила 10.11.2003

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF DEEP BURNS OF FACE AND NECK

E.K. Timchenko

S u m m a r y

Modern principles of surgery for deep burns of the face and neck are stated. The use of the original new surgical tactic technologies aimed at achievement of anatomical, functional and esthetic results at the stage of acute injury is substantiated.