

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ ЛИЦА, ШЕИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Профессор Т.Г. ГРИГОРЬЕВА, Е.К. ТИМЧЕНКО

*Харьковская академия последипломного образования,
Харьковский центр термической травмы и пластической хирургии*

Изложены отдаленные результаты лечения поверхностных и глубоких ожогов лица, шеи и их последствий. Обоснованы медицинская и социальная эффективность разработанных авторами технологий консервативного и хирургического лечения ожогов этой локализации и их последствий по критериям достижения стойких, окончательных анатомических, функциональных, эстетических результатов и улучшения качества жизни пациентов.

Несмотря на очевидные успехи в лечении тяжелой ожоговой болезни и благодаря именно им, увеличилось число больных, выживших после тяжелых травм, характеризующихся специфическими последствиями. У этих пациентов на всю жизнь сохраняются характерные рубцовые отметины от перенесенных ожогов, формируются рубцовые деформации, контрактуры, приводящие к инвалидности. Послеожоговые рубцовые деформации являются поздними осложнениями ожоговой болезни, поэтому реконвалесценты нуждаются в продолжительной (годами) консервативной и хирургической реабилитации. Около 75% из них подлежат консервативному лечению; восстановительное хирургическое лечение показано 40% взрослых и 35% детей, перенесших глубокие ожоги [1, 2]. У детей, как правило, хирургическая реабилитация растягивается на годы — до завершения роста скелета, что обусловлено рецидивом контрактур. Все это позволяет считать ожоговую болезнь одним из самых продолжительных и тяжелых видов хирургической патологии, требующим дорогостоящего лечения и представляющим исключительно сложную медицинскую, социальную и экономическую проблему.

В этой связи совершенствование эффективности лечения обожженных и на превентивном, и на восстановительном этапе является чрезвычайно важной задачей клинической комбустиологии и пластической хирургии. В последнее время существенно повысились требования не только к срокам восстановления анатомической целостности утраченного кожного покрова, но и к эстетическим результатам лечения. Особую сложность в этом отношении представляет лечение ожогов лица и шеи, как в остром периоде травмы, так и при реконструктивно-восстановительном лечении [3, 4].

Данное сообщение основывается на анализе отдаленных (не менее года) результатов лечения пациентов, поступивших в Харьковский ожоговый центр по поводу ожогов лица, шеи и их последствий. Среди них были выявлены три группы: пациенты с поверхностными ожогами лица и шеи (1-я группа — 189 человек); с глубокими ожогами (2-я группа — 56 больных) и с последствиями ожогов этой анатомической зоны (3-я группа — 90 больных). В каждой группе были

выделены контрольные и основные подгруппы: пациенты контрольных групп получали традиционные консервативную терапию и оперативное лечение, используемые для лечения соответствующей патологии; больных основных подгрупп лечили по разработанным авторами методам и технологиям. Содержание и непосредственные исходы лечения всех групп пациентов опубликованы нами ранее [5–7].

Общая схема реализованных традиционных, оптимизированных или разработанных нами технологий лечения пострадавших в этих трех группах приведена в табл. 1.

В Харьковском центре ожоговой травмы проводится 100% диспансеризация больных, выписывающихся из стационара. Ее суть состоит в том, что все пациенты проходят контрольный осмотр через 3–4 нед после выписки. В зависимости от результатов пациент может быть снят с диспансерного наблюдения; отнесен в группу наблюдения и консервативного лечения, включая санаторно-курортное; отнесен в группу хирургической реабилитации. Для объективизации исходов лечения нами разработан анкетный лист, который заполняется несколько раз в ходе наблюдения за больным. Критерии эффективности диспансеризации и реабилитации реконвалесцентов оцениваются в баллах, количественные значения которых представлены ниже.

1. Психический статус: общая сумма 10 баллов (самочувствие, настроение, работоспособность, раздражительность, оптимистичность, утомляемость, бодрость, внимание, память, сон); при наличии изменений в психическом статусе по каждой из перечисленных характеристик от 10 баллов отнимается по единице, вплоть до 0.

2. Кожный покров: общая сумма 30 баллов.

А. На неповрежденных участках:

не изменен — плюс 5 баллов;

изменен (температура, окраска, зуд, потливость, шелушение, гиперестезии) — вычитается по одному баллу от 5.

Б. На участках заживших поверхностных ожогов:

не изменен — плюс 5 баллов;

изменен (окраска, уплотнение, болезненные ощущения, пузыри, изъязвления, гиперкератоз, кос-

Содержание и объем проведенных исследований [5–7]

Группы, цель исследования	Содержание исследования и группы наблюдения, количество исследований	Методы исследования
<p>1-я группа Профилактика нарушений микроциркуляции и отека тканей в целях предупреждения углубления поверхностных ожогов лица и шеи (оптимизация)</p>	<p>1. Статистические аспекты частоты и характера поверхностных ожогов лица и шеи 2. Сравнительный анализ результатов лечения пострадавших с ожогами лица и шеи на фоне применения традиционного (контроль) и оптимизированного лечения (основная группа) Контрольная подгруппа, n = 228 Основная подгруппа, n = 201</p>	<p>Клинические, лабораторные, госпитальные показатели; отдаленные результаты (потребность в повторных операциях); цитология раневых отпечатков; фотодокументация Всего, n = 429</p>
<p>2-я группа Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов лица и шеи</p>	<p>1. Статистические аспекты частоты и характера глубоких ожогов лица и шеи. 2. Сравнительный анализ результатов традиционного оперативного лечения ожогов лица и шеи методом АДП (контроль) и раннего расширенного применения несвободных методов пластики, включая дермотензию (основная группа) Контрольная подгруппа, n = 29 Основная подгруппа, n = 27 Всего, n = 56</p>	<p>Клинические, лабораторные, госпитальные показатели, отдаленные результаты, фотодокументация</p>
<p>3-я группа Оптимизация хирургического лечения рубцовых последствий ожоговых ран лица и шеи</p>	<p>Сравнительный анализ эффективности оперативного лечения последствий ожогов лица и шеи методами несвободной кожной пластики (контроль), методами стандартной и оптимизированной дермотензии (основные подгруппы) Контрольная подгруппа, n = 37 Основные подгруппы, n = 53</p>	<p>Клинические, лабораторные, госпитальные показатели, отдаленные результаты, фотодокументация</p>
<p>Отдаленные результаты лечения больных</p>	<p>Оценка медико-социальных результатов превентивного и восстановительного лечения пострадавших с ожогами и их последствиями Повторный вызов — 234 больных</p>	<p>Анкетный опрос, балльная оценка исходов, фотодокументация</p>

метический дефект) — от 5 отнимается по единице, вплоть до 0.

В. Рубцовые изменения:

нет — плюс 20 баллов;

есть: оценивается наличие рубцовых массивов, тяжей, стадий эволюции рубцов, контрактур. Снимаются баллы, если имеются: косметический эффект, неудовлетворительный либо удовлетворительный (от 2 баллов); контрактуры I–IV ст. (0–5); смешанные контрактуры (0–5); контрактуры шеи (0–5); повторный келоидоз (3).

3. Опорные ткани:

не изменены — плюс 5 баллов;

изменены (изменения костного скелета, артрогенные контрактуры, тугоподвижность суставов, нарушение функции пораженного органа) — вычитается по 1 баллу.

4. Сердечно-сосудистая система:

не изменена — плюс 5 баллов;

изменена (центральная, органная, периферическая гемодинамика) — минус 1–2 балла.

5. Внутренние органы:

не изменены — плюс 10 баллов;

изменения есть (сердце, легкие, печень, почки, ЦНС, эндокринные железы, ЖКТ и др.) — вычитается по 1–2 балла.

6. Необходимость повторного оперативного лечения — минус 5 баллов.

7. Иммунологический статус:

не изменен — плюс 5 баллов;

изменен — минус 5 баллов.

8. Микроциркуляция:

не изменена — плюс 10 баллов;

изменена (в зоне заживших поверхностных ожогов без последствий — минус 1; в зоне заживших поверхностных ожогов с келоидозом — минус 4; в зоне приживших аутотрансплантатов — минус 4; в симметричных участках тела — минус 1).

9. Медицинская реабилитация:

достигнута — плюс 10 баллов;

не достигнута — 0 баллов.

10. Социальная реабилитация:

достигнута — плюс 10 баллов (оптимальная самооценка, отношения в семье, возвращение к труду; продолжение учебы, реализация планов профессионального роста; освоение новой профессии; снятие группы инвалидности; изменение семейного положения);
не достигнута — 0 баллов (сохранение чувства ущербности, стремление к изоляции, негативизм, отказ или невозможность выполнения профессиональных навыков работы).

При полноценной медицинской и социальной реабилитации сумма баллов должна достигнуть 100.

Анкетный, визуальный и фотодокументальный анализ отдаленных исходов лечения был проведен у подавляющего большинства пролеченных больных. Результаты оценивались в сроки более 1 года после выписки. В течение месяца осуществлен активный вызов пациентов по телефону или письменным обращением. Наименьшее число откликнувшихся больных оказалось в группах больных, имевших поверхностные ожоги лица и шеи, что отчасти можно объяснить отсутствием проблем у этих пациентов.

В первой группе наблюдений оценены исходы лечения у 56 больных основной и 42 больных контрольной подгрупп.

Отдаленные результаты консервативного и оперативного лечения ожогов лица, шеи и их последствий представлены в табл. 2.

В группе пациентов, которые получили поверхностные ожоги лица и были выписаны с этим диагнозом, в последующем, как видно из данных таблицы, рубцовая трансформация не имела места у подавляющего большинства больных основной и почти у половины — контрольной подгрупп. У 16 человек локальные и распространенные рубцы обусловили неудовлетворительные исходы (38,0%), причем у 8 из них имелась тотальная или субтотальная рубцовая трансформация кожного покрова, потребовавшая сложной и продолжительной реабилитации больных; локальные рубцовые поражения имели место у 6 пациентов. По анатомической локализации, в порядке наблюдаемой частоты, это были: носогубная и подбородочная области, веки, нижняя треть лица, передняя и боковые поверхности шеи, область щек. У 4 больных имело место сочетание рубцовой трансформации тканей с формированием функциональной недостаточности в виде рубцового выворота век, микростомий, сужения носовых ходов, вплоть до их полного зарращения. Установлена достоверная связь между отдаленными

результатами и лечением, полученным в остром периоде ожоговой травмы.

Во 2-й группе на диспансерном наблюдении состояли все 56 пациентов, оперированных в остром периоде ожогов лица и шеи. Результаты их осмотра через год показали, что в контрольной подгруппе результаты у большинства больных были удовлетворительными и более чем у 1/4 — неудовлетворительными. У 24 из них кожный покров в остром периоде травмы был восстановлен путем стандартной аутодерматензивной пластики (АДП). У 7 пациентов с локализацией ожогов в зоне шеи наблюдались сморщивание, уплотнение, изменение цвета на пересаженной коже и формирование контрактур шеи I–III ст. У 17 пациентов результаты были оценены как удовлетворительные, поскольку отсутствовали функциональные нарушения, однако имевшиеся изменения цвета, рельефа, асимметрия оперированных зон, преимущественно косметические недостатки, не удовлетворяли 14 из этих пациентов (82,3%).

Лучшими оказались результаты у пациентов основной подгруппы, в лечении которых использовали усовершенствования стандартной АДП: раннее применение несвободных видов пластики; кожу, замещавшую из определенных донорских участков, симметричное ее расположение в соответствии с четырьмя выделяемыми по текстурным характеристикам кожи зонам якорной фиксации трансплантата по мимическим линиям лица. В основной подгруппе у 75,8% пациентов результаты лечения оценили как хорошие и окончательные, у остальных возникла потребность в мелких корригирующих операциях (обезжиривание лоскутов, косметические швы и пр.). У трех пациентов из этой подгруппы, у которых для замещения обширных дефектов мягких тканей головы и реваскуляризации остеонекрозов черепа применили дистантную дермотензию, были подготовлены приемные полости к протезированию глазного яблока, что позволило двум из этих больных возвратиться к труду и одному продолжить занятия в школе.

Таблица 2

Эффективность проведенного лечения пациентов по результатам анализа в отдаленном периоде (через 1–2 года после завершения лечения)

Группы наблюдений, n = 234	Результаты лечения в баллах					
	хорошие, 80–100		удовлетворительные, 40–79		неудовлетворительные, менее 40	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1-я группа, n = 98						
Подгруппы:						
основная, n = 56	49*	87,5	6	10,7	1	1,8
контрольная, n = 42	20	47,6	6	14,4	16*	38,0
2-я группа, n = 56						
Подгруппы:						
основная, n = 29	22*	75,8	7	24,2	—	—
контрольная, n = 27	3	11,2	17	62,9	7	25,9
3-я группа, n = 80						
Подгруппы:						
основная, n = 50	43*	86,0	7*	14,0	—	—
контрольная, n = 30	7	23,3	21	70,0	2	6,7

* Достоверные различия между группами.

Отдаленные результаты реконструктивно-восстановительного лечения больных с последствиями ожогов лица и шеи, проведенного в третьей клинической группе, также позволили положительно оценить возможности метода дермотензии, его рационализацию и новаторство по сравнению с несвободными видами кожной пластики и АДП. В основной подгруппе этой группы значительно преобладали окончательные хорошие анатомо-функциональные и эстетические результаты. Нуждались в дополнительных или корригирующих операциях 14,0% пациентов, в контрольной подгруппе — 70,0% и двое больных были в последующем оперированы с применением дермотензии.

Следует подчеркнуть, что при ожогах лица и шеи не меньшее значение, чем устранение анатомо-функциональных дефектов, имеет возвращение эстетического облика пострадавшему [4]. В наших наблюдениях это подтвердилось в полной мере: 39% пациентов из этого контингента реконвалесцентов либо изначально, либо после предшествующего оперативного лечения, позволившего устранить структурно-функциональные недостатки, по их настоянию были подвергнуты дополнительному оперативному лечению уже в целях достижения косметического результата. По мнению специалистов, пожеланиям пациентов такого рода следует уделять должное внимание, особенно при поражении открытых участков тела, так как возникающее у них чувство ущербности, неполноценности приводит к патохарактерологическому развитию личности с преобладанием тормозных или возбудимых черт, что может привести к нарушению социальных контактов и даже к потере трудоспособности. Это важнейший аспект психологической и социальной реабилитации пациентов с последствиями ожогов лица и шеи [3].

Приведем в качестве клинических иллюстраций следующие наблюдения.

Ист. болезни № 1238. Больная Я., 17 лет, получила обширные поверхностные ожоги тела от вспышки пламени в результате несчастного случая, происшедшего во время выпускного вечера. С диагнозом субтотального ожога лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей II ст. на площади 80%; поражения дыхательных путей средней степени тяжести; ожогового шока; индекс тяжести термического поражения (ИТТП) — 190 у.е. Госпитализирована в Харьковский центр ожоговой травмы в течение первого часа после получения ожога. Получала адекватную многокомпонентную инфузионно-трансфузионную и медикаментозную терапию.

В момент поступления по поводу ожогов лица, шеи и поражения дыхательных путей больной выполнены последовательно двусторонние новокаиновые лицевые тригеминно-симпатические блокады, которые купировали развитие реактивного отека лица, оказали выраженный обезболивающий эффект, предотвратили механическое ослепление. На 7-е сутки транспортирована в Донецкий ожоговый центр в связи с жизненной необходимостью местного лечения ожоговых ран в условиях кровати клинитрон, поскольку единственный в клинике клинитрон в это время использовался для лечения ребенка со сверхкритическим ожогом. Течение ожоговой болезни оказалось тяжелым, продолжительным вследствие развития сепсиса и его осложнений. После эпителизации ожоговых ран больная была снова

переведена в Харьковский центр ожоговой травмы, где и проходила последующую реабилитацию.

При поступлении на диспансерное наблюдение больная была угнетена, негативно настроена относительно перспектив лечения, считая, что ее жизненные планы в личном и социальном аспектах потерпели крах. Реабилитационные мероприятия включали принятый в Украине физиотерапевтический, медикаментозный, санаторно-курортный комплекс. После завершения двух полных курсов реабилитации, к исходу первого года после заживления ожогов, у больной оставались рубцовые массивы в нижней трети лица с двух сторон, рубцовая трансформация тыльной поверхности кожи обеих кистей и других, скрытых под одеждой, участков. По настойчивому желанию пациентки в дальнейшем было предпринято хирургическое лечение: с двух сторон в подчелюстной зоне методом дермотензии с имплантацией тканевого экспандера был «выращен» дополнительный пластический материал в виде полнослойных кожно-жировых лоскутов. Последние были перемещены на раневые дефекты, образовавшиеся после иссечения рубцовых массивов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Результаты (рис. 1–3) полностью удовлетворили запросы пациентки.



Рис. 1. Больная Я. Гипертрофические рубцы нижней трети лица перед началом хирургического лечения



Рис. 2. Та же больная. Этап хирургического лечения методом дермотензии. Под кожей нижней трети лица справа контурируется имплантированный экспандер. В его полости находится 90 мл жидкости



Рис. 3. Та же больная. Результаты хирургического лечения через 1 год после его завершения

Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует об исключительном значении для пациентов, особенно для молодой девушки, эстетических дефектов, остающихся по завершении традиционного лечения. Как правило, у пациента, как и в данном наблюдении, формируются негативные поведенческие реакции — ощущение своей ущербности, подавленность, стремление к сокращению социальных контактов, изоляции, негативизм, отказ от реализации имевшихся ранее жизненных планов. Разработанный метод дермотензии позволил без развития осложнений получить результаты, удовлетворившие пациентку, и способствовал устранению психоэмоциональных изменений личности больной, развившихся после получения термической травмы. Больная возвратилась к своему плану обрести врачебную специальность, поступила в медицинский университет и в настоящее время успешно учится.

Ист. болезни № 1023. Больной Д., мальчик, 7 лет. Ожоги лица и шеи получены более 3 лет назад. Родители ребенка обратились в клинику впервые по поводу массивных двусторонних рубцов лица и шеи, образовавшихся после перенесенных ожогов. Помимо плоскостных дефектов у ребенка имелась и функциональная патология: зарращение носового хода справа, резкое сужение ротовой щели (микростомия) — в ротовую полость удавалось ввести только кофейную ложечку. Следствием изменения носового дыхания, невозможности полноценной артикуляции стали изменения речи (гнусавая, неразборчивая речь). Ребенок был лишен возможности посещать детский сад, младший брат отказывался от общения с ним.

В результате проведенного хирургического лечения функциональная патология была устранена, достигнуто существенное улучшение промежуточных эстетических результатов (рис. 4–6). После снятия швов мальчик получил возможность учиться, пошел в первый класс школы, занимается и общается со сверстниками.



Рис. 4. Больной Д. Послеожоговая рубцовая деформация правой и левой половины лица, зарращение правого носового хода, рубцовая деформация правой ушной раковины. Рубцовая деформация шеи справа уже устранена методом дермотензии при размещении экспандера в зоне надплечья



Рис. 5. Тот же больной. Этап хирургического лечения



Рис. 6. Тот же больной. Промежуточные результаты хирургического лечения

Таким образом, приведенные результаты свидетельствуют об эффективности разработанной комплексной технологической системы медицинской и социальной реабилитации пострадавших в динамике лечения ожогов лица, шеи от момента получения травмы до устранения ее последствий.

Разработанная система позволила повысить качество лечения поверхностных ожогов лица и шеи еще в остром периоде травмы за счет оптимизации течения раневого процесса, профилактики углубления ран, что в конечном итоге привело к отсутствию патологического рубцеобразования у в 2 раза большего числа пациентов. Повышена эффективность лечения и глубоких ожогов этой анатомической зоны, когда благодаря раннему использованию несвободных видов кожной пластики, дермотензии и усовершенствованной АДП окончательные анатомо-функциональные и косметические исходы достигаются уже на превентивном этапе лечения ожогов, а потребность в корригирующих операциях сокращается в 2,5 раза. Разработанная методика дистантной технологии дермотензии при ожогах лица IV ст.

позволяет в относительно короткие сроки (до 1 года) осуществить протезирование при утрате глазного яблока.

Отдаленные результаты реконструктивно-восстановительного лечения пациентов с последствиями ожогов лица и шеи также доказывают эффективность и преимущества технологии дермотензии перед другими видами несвободной кожной пластики, поскольку она обеспечивает возможность полноценного, последовательного, практически полного устранения рубцовых дефектов и контрактур в этой анатомической зоне без образования вторичных донорских ран. При реализации дермотензии хорошие результаты получены в 6 раз чаще при снижении числа осложнений в 3 раза по сравнению с традиционными видами кожной пластики.

Описанная система лечения ожоговых реконвалесцентов открывает возможность реабилитации и улучшения качества жизни пациентов, когда успешное устранение последствий ожогов в зоне лица и шеи обеспечивает их полноценную психологическую, микросоциальную и социальную адаптацию.

Литература

1. *Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г.* Ожоги: Руковод. для врачей.— С.Пб.: Спец. лит., 2000.— 480 с.
2. *Карваял Х., Паркс Д.* Ожоги у детей: Пер. с англ.— М.: Медицина, 1990.— 520 с.
3. Система реабилитации пострадавших с термической травмой / С.В. Слесаренко, Г.П. Козинец, Э.Я. Фисталь и др. // Днепрпетровск, 2004.— 49 с.
4. *Сарыгин П.В., Адамская Н.А.* Сочетанные реконструктивные операции на лице при последствиях ожогов // Комбустиология на рубеже веков.— М., 2000.— С. 210.
5. *Тимченко Е.К.* Современные принципы консервативного лечения поверхностных ожогов лица и шеи // Укр. мед. альманах.— 2002.— Т. 5, № 2.— С. 114–116.
6. *Тимченко Е.К.* Хирургическое лечение глубоких ожогов лица и шеи // Международный. мед. журн.— 2003.— Т. 9.— № 4.— С. 72–78.
7. *Тимченко О.К.* Удосконалення превентивного та відновлювального лікування опіків обличчя та шиї на базі принципів дермотензії: Автореф. дис. канд. мед. наук.— Харків, 2005.— 22 с.

Поступила 22.04.2005

MEDICAL AND SOCIAL EFFICACY OF REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH BURNS OF THE FACE, NECK AND THEIR CONSEQUENCES

T.G. Grigorieva, E.K. Timchenko

S u m m a r y

Long-term results of superficial and deep burns of the face, neck and their consequences are described. Medical and social efficacy of the original techniques for conservative and surgical treatment for burns of this location and their consequences was substantiated using the criteria of stable final anatomical, functional, esthetic results and improvement of the quality of life of these patients.