

Ославский А.И.<sup>1</sup>, Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Прокопчик Н.И.<sup>1</sup>, Русин В.И.<sup>1</sup>,  
Савицкий С.В.<sup>2</sup>, Козляковская Е.А.<sup>1</sup>, Боголейша А.А.<sup>1</sup>, Крапицкая А.С.<sup>1</sup>

## ВЫБОР МЕТОДА ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г.  
Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Послеожоговые рубцовые контрактуры суставов (ПРКС) являются сложной проблемой реконструктивно-пластической хирургии. Несмотря на многочисленные способы устранения ПРКС, хирургическое лечение данной патологии остаётся одним из актуальных проблем до настоящего времени.

На сегодняшний день предложены различные способы оперативного устранения ПРКС, но, ни один из них не является универсальным.

При хирургическом лечении послеожоговых контрактур суставов применяются различные методы кожной пластики: местная лоскутная, свободная и другие.

Аутодермопластика ран, образовавшихся после иссечения рубцов и устранения контрактуры, бывает неэффективна в связи с ретракцией и рубцовым перерождением трансплантата расщепленной кожи.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования был анализ методов и результатов хирургического лечения ПРКС с учетом морфологической характеристики рубцовой ткани.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты различных способов оперативного лечения 47 пациентов с ПРКС, оперированных в областном ожоговом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2013-2020 годах. Это были пациенты в возрасте от 18 до 72 лет. Мужчин было 42 (89,4%), женщин – 5 (10,6%).

**Результаты.** Из 47 проведенных операций в 18 (38,3%) случаях была проведена пластика трапециевидным лоскутом. Аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом (АДПСРЛ) выполнена 16 (34,0%) пациентам. В 7(14,9%) случаях была проведена пластика полнослойным кожным лоскутом. В 6 (12,8%) случаях прибегли к пластике треугольными лоскутами. За критерий доказанности лоскутной методики мы принимали характеристику наличия в рубце доказанной зрелой коллагеновой ткани.

Так, при изучении препаратов на 2 месяц после ожоговой травмы, эпителий был местами изъязвлен. Дном раневого дефекта являлся тканевой детрит в виде узкой полоски с наличием лейкоцитарной инфильтрации; местами в дне раны и ее краях определились неспецифическая грануляционная ткань, богатая сосудами и клетками (преимущественно лимфоцитами и

макрофагами. В краях дефекта определялась пролиферация и акантоз эпителия. Дерма утолщена до 6 мм за счет разрастания молодой соединительной ткани с большим количеством сосудов. Сосуды расширены, полнокровные, местами определяются периваскулярные кровоизлияния.

В то же время при исследовании микропрепаратов на 7 месяц после ожоговой травмы установлено, что лейкоцитарная инфильтрация в дне раны и ее краях не определяется. Неспецифическая грануляционная ткань, богатая сосудами и клетками, в микропрепаратах отсутствовала, что позволило нам применять лоскутные местные методики лечения ПРКС.

За хороший результат оперативного лечения мы принимали рубцовые контрактуры в суставе не более 1 степени, за удовлетворительные – не более 2 степени. За неудовлетворительный результат нами принимались рубцовые контрактуры 3 и 4 степени. Оценка результата проводилась через 3 месяца после проведенной операции.

Хорошие и удовлетворительные результаты пластики отмечены у 17(94,4%) пациентов при трапециевидной пластике, у 11(68,8%) при АДПСРЛ, у 6(100%) при пластике треугольными лоскутами. А также у 5 (71,4%) при пластике полнослойным кожным лоскутом.

В то же время неудовлетворительные результаты были получены у 1 (5,6%) пациента при трапециевидной пластике. При выполнении данного вида пластики у пациента наблюдался некроз верхушки лоскута, что потребовало выполнения некрэктомии лоскута с последующей АДПСРЛ.

При выполнении свободной пластики неудовлетворительные результаты наблюдались в раннем послеоперационном периоде у 5-х пациентов (31,2%) и заключались в частичном лизисе лоскутов. У 2 (28,6%) пациентов с пластикой свободными полнослойными лоскутами наблюдались такие осложнения, как некроз лоскута более 20% от площади, вторичное инфицирование раны, ранняя ретракция лоскута с вторичным образованием рубцовой контрактуры в позднем послеоперационном периоде.

При применении местных лоскутных методик койко-день составил  $(11,6 \pm 1,2)$  против  $(28,7 \pm 2)$  в группе свободных пластик.

**Выводы.** Таким образом, при выборе метода реконструктивной операции при ПРКС следует руководствоваться принципом, разработанным в нашей клинике – при ранних ПРКС, без уверенности в формировании зрелой рубцово-соединительной ткани и неуверенности в сохранном кровоснабжении перемещаемого лоскута, надо применять свободную пластику расщепленным кожным лоскутом. Применяемый нами метод позволил сократить послеоперационный койко-день, снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов.