

УДК: 61:378378:001

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА И ШЕИ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ



Мадазимов Мадамин Муминович¹, Расулов Жамшид Джурабаевич²,
Низамходжаев Шамсиддин Зайниддинович³

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;

2 - ГУ «Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент;

3 - “Wara Hospital”, Государство Кувейт

ЮЗ ВА БЎЙИННИНГ КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚ ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ЭРКИН ТЕРИ ТРАНСПЛАНТАТИ БИЛАН ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК НАТИЖАЛАРИ

Мадазимов Мадамин Муминович¹, Расулов Жамшид Джурабаевич²,
Низамходжаев Шамсиддин Зайниддинович³

1 – Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.;

2 - ДМ «Академик В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт маркази», Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

3 - "Wara Hospital", Кувайт давлати

RESULTS OF PLASTIC SURGERY OF POST-BURN SCAR DEFORMITY OF THE FACE AND NECK WITH A FREE SKIN GRAFT

Madazimov Madamin Muminovich¹, Rasulov Jamshid Djurabayevich²,
Nizamkhodjaev Shamsiddin Zainiddinovich³

1 - Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

2 - State Institution " Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov", Republic of Uzbekistan, Tashkent;

3 - “Wara Hospital”, State of Kuwait

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Муаммонинг долзарблиги. Юз ва бўйиннинг куйишдан кейинги чандиқларини пластика қилиш ва маҳаллий тўқималардан фойдалана олмаслик, тўлиқ қатламли эркин тери трансплантати билан пластика қилиш зарурлигини тақазо этади. Бу жиҳатдан тери қопламасининг битиши сифати масалалари долзарб бўлиб қолмоқда ва узоқ муддатда эса – эстетик ҳолатлар, шу жумладан гипертрофик чандиқлар, келоидлар, трансплантация қилинган терининг пигментациясидаги ўзгаришлар, шунингдек, энг ёмон асорат – трансплантатнинг тортилиши билан чандиқ деформациясининг қайталаниши ҳисобланади. Мақсад: тўлиқ қатламли эркин тери қопламаларини қўллаш орқали юз ва бўйиннинг куйишдан кейинги чандиқ деформацияси бўлган беморларни жарроҳлик реабилитацияси натижаларини яхшилаш. Материаллар ва усуллар: қўлланиладиган пластик жарроҳлик усулларига кўра, 115 бемор икки гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳда-54 беморда юз ва бўйиннинг куйишдан кейинги чандиқ деформациясини бартараф этишининг тавсия этилган усули амалга оширилди; таққослаш гуруҳида-61 бемор, анъанавий усуллар бўйича эркин тери трансплантати билан пластик жарроҳлик амалга оширилди. Натижалар: юз ва бўйиннинг куйишдан кейинги чандиқларини тўлиқ қатламли эркин тери қопламаси билан жарроҳлик даволашининг такомиллаштирилган усули, кўчириб ўтказилган графт сифатининг яхшиланиши, унинг ортга тортилиши даражасини пасайтириши, шунингдек, қон томирлар шаклланишини стимуляция қилиши, қоплама остида суюқлик тўпланиши ҳавфини камайтириши билан тавсифланади. Босиб турувчи бандажини узоқ вақт кийиш бундан мустасно, бу одатда кўчириб ўтказилган тўқималарнинг янада физиологик жойлашишига ҳисса қўшади.

Калим сўзлар: бўйин, юз, куйишдан кейинги чандиқ деформацияси, эркин тери трансплантати.

Abstract. The relevance of the problem. With plastic surgery of post-burn scarring of the face and neck and the inability to use local tissues, it becomes necessary to use plastic surgery with a full-layer free skin graft. In this aspect, the

issues of the quality of graft engraftment remain relevant, and in the long term – aesthetic moments, including the formation of hypertrophic scars, keloids, changes in pigmentation of the transplanted skin, as well as the most formidable complication - the retraction of the graft with a recurrence of scar deformation. Objective: to improve the results of surgical rehabilitation of patients with post-burn scar deformity of the face and neck by applying a free full-layer skin graft. Materials and methods: according to the applied plastic surgery methods, 115 patients were divided into two groups. In the main group – 54 patients, the proposed method of eliminating post-burn scar deformity of the face and neck was performed; in the comparison group - 61 patients, plastic surgery with a free skin graft was performed according to traditional methods. Results: an improved method of surgical treatment of post-burn scarring of the face and neck with a free full-layer skin flap, characterized by an improvement in the quality of the graft taken, by reducing the degree of its retraction, as well as stimulation of vascularization, reducing the risk of formation of subcutaneous fluid accumulations, excluding prolonged wearing of a pressure bandage, which generally contributes to a more physiological engraftment of transplanted tissues.

Key words: neck, face, post-burn scar deformity, free skin graft.

Актуальность проблемы. Послеожоговые контрактуры в области лица и шеи имеют многофакторное происхождение и их трудно предотвратить при обширных ожогах. Ожоги лица приводят к искажению анатомических ориентиров, вызывая эстетические, функциональные и психологические проблемы. Каждая субъединица лица уникальна по строению, поэтому хирургу необходимо скорректировать время операции и технику в зависимости от области и тяжести контрактуры. Контрактура одной единицы, особенно шеи и лба, может усилить контрактуру соседних субъединиц. Роль этих внешних воздействий необходимо учитывать при определении последовательности хирургических процедур. Хирург должен владеть всеми методами реконструктивной хирургии, от пересадки кожи до экспандеров тканей и микрохирургии, чтобы получить наилучшие результаты [1]. Хирургического вмешательства при послеожоговых контрактурах следует избегать во время активной фазы заживления и рубцевания (т.е. пока рубец еще незрелый и сильно васкуляризированный). Обычно это занимает около 1 года. Перед операцией по поводу контрактуры рубец должен созреть, стать мягким, эластичным и менее васкуляризированным. Высокососудистый рубец больше кровоточит во время операции и затрудняет достижение идеального гемостаза, что приводит к плохому приживлению трансплантата и приводит к рецидиву контрактуры.

Одним из радикальных методов пластики при ожогах этой области является экспандерная дермотензия. Расширение может быть расположено в непосредственном контакте с реконструируемой областью для выполнения локального предварительно расширенного лоскута или в другой зоне для выполнения регионарного предварительно расширенного лоскута, за которым следует местное или дистальное расширение для достижения предварительно расширенного полного кожного трансплантата [2]. Преимущество использования

здоровой кожи рядом с пораженными участками состоит в том, что она похожа с точки зрения пигментации, оволосения, толщины и текстуры. В свете этого скуловые, подбородочные или лабиальные кожные расширения считаются особенно подходящими для лечения периоральных поражений. Однако они могут быть причиной определенных последствий для донорского участка, таких как появление растяжек, потеря эластичности кожи или уменьшение густоты волос как на коже головы, так и в области бороды у мужчин. Лечение последствий ожогов или другой потери периоральных тканей является сложным из-за места их возникновения, функциональной важности, а также социальных и эстетических аспектов. Это подвижная область с вогнутыми и выпуклыми чертами и сложной мышечной структурой, деформация которой может проявляться при движении или только при расслаблении. Функциональными последствиями ожогов в этой области являются кожная ретракция и отсутствие кожи, что может привести к лабиальному вывороту, микростоме, образованию складок и последующей несостоятельности губ, а также невозможности открыть ротовое отверстие, что ставит под угрозу обеспечение гигиены полости рта и процедуры интубации. Результаты реконструкции верхней и нижней губ, а также век указывают на то, что эта техника сопряжена с риском эктропиона [3]. Главная проблема экспандерной дермотензии при обширности рубцового дефекта, занимающего почти всю голову или область шеи - это отсутствие субстрата – нормальной ткани для экспандерной дермотензии.

Кожные трансплантаты, дермальные заменители с трансплантатами и лоскуты доступны для покрытия пострелизинговой сырой области [4]. Трансплантаты помогают показать шейно-подбородочный угол и контур шеи. Тем не менее трансплантаты не податливы и сжимаются. В значительной степени использование дермальных заменителей дает лучшие результаты и может привести к зашипованию кожи, хотя для



Внешний вид до операции



Острая экспанерная дермотензия



Нанесение порошка Немобен на раневую поверхность после иссечения рубцовой ткани на шее



Вид после пластики



Облучение зоны пластики лазерным аппаратом «Согдиана»

Рис. 1. Пациентка Ж. Послеожоговая средне-боковая двусторонняя рубцовая деформация шеи. Контрактура шеи III ст. Выраженный косметический дефект. Пластика свободным кожным трансплантатом

Способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица или шеи полнослойным кожным лоскутом, включал линейный горизонтальный разрез с иссечением рубцовой ткани, выполнение редрессации головы, устранение стягивающих рубцов по боковой поверхности шеи дополнительными разрезами, обработку раневой поверхности (реципиентской зоны), иссечение/забор свободного кожного лоскута для аутодермопластики, выполнение аутодермопластики, фиксацию свободно перемещенного кожного лоскута к мягким тканям реципиентской зоны, стандартную фиксацию головы, раневую поверхность реципиентской зоны обрабатывают нанесением порошкообразной композиции «НЕМОВЕН», в количестве 60 мг на каждые 4 см² обрабатываемой поверхности, и через 5-10 минут наносят шприцом аутоплазму, разведенную физиологическим раствором в соотношении 1:1, в количестве 10 мл на 10 см² поверхности, перед забором свободного кожного лоскута с паховой области выполняют острую дермотензию посредством имплантации под кожу латексного прямоугольного экспандера, объемом основания 40,5 см², в который нагнетают 300-400 мл стерильного физиологического раствора, после чего облучают потенциальный кожный лоскут лазерным аппаратом «Импульс-100» (Узбекистан) в инфракрасном спектре (с длиной волны 900 нм) с частотой 100 Гц, импульсной мощностью 80-100 Вт/в импульсе, в течение 10 минут на расстоянии 3 см от поверхности кожного лоскута в сканирующем режиме по всей его поверхности, иссечение полнослойного кожного лоскута проводят по краям экспандерного растяжения и производят его перфорирование инъекционной иглой по одному проколу на каждый 1 см², аутодермопластику выполняют с наложением фиксирующих узловых швов по краям раны на расстоянии 1,0 см друг от друга атравматическим монофиломентным нерасасывающимся шовным материалом 4/0, после чего аналогичными швами свободно перемещенный кожный лоскут дополнительно фиксируют к мягким тканям шеи в шахматном порядке без наложения давящей повязки по 1 шву на каждые 2,0 см², в раннем послеоперационном периоде проводят облучение через повязку зоны пластики лазерным аппаратом «Согдиана» (Узбекистан) в инфракрасном спектре (с длиной волны 890 нм) с частотой 1300 Гц, импульсной мощностью 5-7 Вт/в импульсе, в течение 2 минут прикладыванием к повязке в сканирующем режиме (по всей поверхности лоскута), 2 раза в день в течение 7-10 дней (рис. 1).

На данный способ получен патент на изобретение Министерства юстиции Республики Узбекистан №IAP 07436 от 31 мая 2023 года («Спо-

соб хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации головы и шеи полнослойным кожным лоскутом»).

Все пациенты в обеих группах проходили стандартный комплекс предоперационного обследования. В послеоперационном периоде учитывались все варианты локальных осложнений, как в ближайший, так и в отдаленный период.

Результаты исследования. Принципиальным моментом при пластике СКТ является длительная фиксация давящей повязки, которая накладывается на 5 и более суток. То есть первая перевязка производится не ранее чем через 5 суток. В этой связи предложенный способ пластики СКТ позволил как исключить необходимость наложения давящей повязки, так и сократить сроки первичной изоляции трансплантированного кожного лоскута. В частности, после пластики в области лица в группе сравнения первичная перевязка была выполнена через $5,2 \pm 0,5$ суток, тогда как в основной группе через $3,3 \pm 0,5$ суток ($t=12,84$; $p<0,05$), после пластики в области шеи эти показатели составили $5,1 \pm 0,4$ суток против $3,1 \pm 0,3$ суток ($t=22,10$; $p<0,05$). Соответственно в целом у всех пациентов средние сроки ношения повязки составили $5,2 \pm 0,5$ суток против $3,2 \pm 0,4$ суток ($t=24,30$; $p<0,05$).

Для данного вида пластики были характерны следующие осложнения. Частичный некроз трансплантата после пластики в области лица развился у 2 (8,0%) пациентов в группе сравнения, в этих случаях некроз лоскута занимал около 20% от всей поверхности. В основной группе таких осложнений не было. Расхождение швов в зоне натяжения лоскута в группе сравнения отмечено у 2 (8,0%) пациентов, в основной группе у 1 (4,8%). Подлоскутное нагноение развилось у 1 (4,0%) пациента в группе сравнения. Типичным осложнением для пластики СКТ в группе сравнения было формирование подлоскутной гематомы, которая верифицировалась при УЗИ, ликвидация последней проводилась при помощи чрескожной пункции. В основной группе ввиду применения гемостатического средства таких осложнений не отмечалось. Всего в группе сравнения после пластики дефектов лица СКТ различные осложнения были отмечены у 5 (20,0%) пациентов, тогда как в основной группе только у 1 (4,8%). Соответственно без осложнений послеоперационный период протекал у 20 (80%) и 20 (95,2%) пациентов. По этому критерию ввиду малой численности групп достоверного отличия не получено ($\chi^2=2,337$; $df=1$; $p=0,127$).

После пластики в зоне шеи в группе сравнения было 7 (19,4%) пациентов с различными осложнениями, в основной группе – 2 (6,1%) ($\chi^2=2,719$; $df=1$; $p=0,100$).

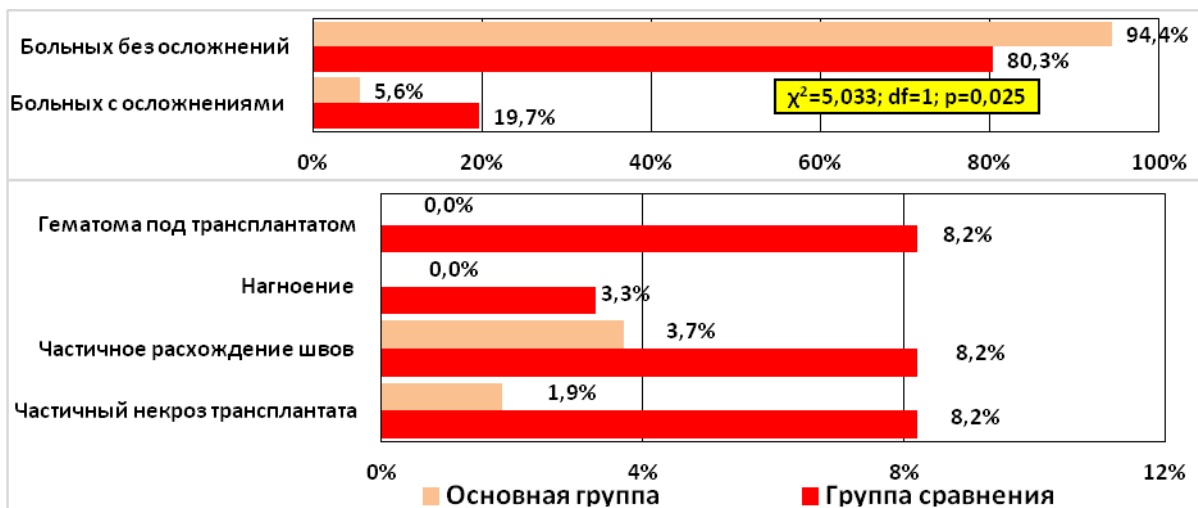


Рис. 2. Частота ближайших осложнений после пластики всех дефектов свободным кожным трансплантатом

Анализ частоты развития ближайших осложнений в целом по группам показал, что в группе сравнения всего было 12 (19,7%) с различными осложнениями, из которых частичный некроз трансплантата был у 5 (8,2%), в основной группе осложнения развились у 3 (5,6%) ($\chi^2=5,033$; $df=1$; $p=0,025$) (рис. 2).

Все случаи расхождения швов требовали наложение вторичных швов, что было выполнено у 5 (8,2%) пациентов в группе сравнения и у 2 (3,7%) в основной группе. Иссечение некротических тканей было выполнено у 5 (8,2%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно. Чрескожная пункция гематомы под контролем УЗИ была произведена у 5 (8,2%) пациентов в группе сравнения. Всего в группе сравнения было выполнено 15 (24,6%) дополнительных вмешательств у 12 пациентов, а в основной группе только 3 (5,6%) ($\chi^2=7,861$; $df=1$; $p=0,006$).

Развитие различных осложнений повлияло и на среднюю продолжительность госпитального периода после операции. Так, в группе сравнения этот показатель по всем пациентам после СКП составил $11,6 \pm 1,6$ суток, тогда как в основной группе - $8,5 \pm 1,6$ суток ($t=10,17$; $p<0,05$).

Отдаленные осложнения и собственно результат пластики рубцовой деформации в области лица и шеи регистрировались при контрольных осмотрах на 3-12 месяц после операции. Следует отметить, что именно пластика СКТ относится к наиболее уязвимым по качеству заживления трансплантата методам. Мы учитывали все варианты отдаленных осложнений, даже ситуации с изменением пигментации трансплантата, что с одной стороны могло быть обусловлено разностью кожи в донорской и реципиентской зоне, а с другой качеством репаративных процессов, микроциркуляции и т.д. В обеих группах после СКП в области лица наиболее частым осложнением было гипо- или гиперпигментация трансплантата, час-

тота которой составила в группе сравнения 24% (у 6 из 25 пациентов) и в основной группе – 14,3% (у 3 из 21 пациента). Гипертрофические рубцы, которые как правило формировались в зоне расхождения швов, выявлены у 4 (16,0%) и 1 (4,8%) соответственно. Наиболее грозное осложнение – сморщивание трансплантата с рецидивом рубцовой деформации было отмечено в 2 (8,0%) случаях в группе сравнения. Всего в группе сравнения было 12 (48%) различных осложнений, а в основной группе – 4 (19,0%) ($\chi^2=4,217$; $df=1$; $p=0,041$).

После пластики в области шеи всего в группе сравнения было 15 (41,7%) различных осложнений, а в основной группе – 7 (21,2%) ($\chi^2=3,317$; $df=1$; $p=0,069$).

В целом среди всех пациентов с пластикой СКТ в группе сравнения было 27 (44,3%) различных осложнений, а в основной группе – 11 (20,4%) ($\chi^2=7,390$; $df=1$; $p=0,007$) (рис. 7.6). При этом сморщивание трансплантата было отмечено у 5 (8,2%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно. Развитие именно этого осложнения требовало выполнения повторного полноценного хирургического устранения (рис. 3 и 4).

Соответственно развитию различных осложнений методы их устранения указаны в табл. 2. В случаях изменения пигментации, формирования гипертрофических рубцов пациенты направлялись к косметологам. В зависимости от пятен и времени года им выполнялись различные виды процедур, от отбеливающих масок и мезотерапии до лазерного пилинга. Всего аппаратная косметология была применена у 17 (27,9%) пациентов в группе сравнения и 7 (13,3%) в основной группе. В целом, хирургическое устранение осложнений после пластики рубцовых дефектов лица и шеи потребовалось 10 (16,4%) больным в группе сравнения и 4 (7,4%) в основной группе. Соответственно без осложнений было 34 (55,7%) и 43 (79,6%) пациента ($\chi^2=7,391$; $df=2$; $p=0,025$).

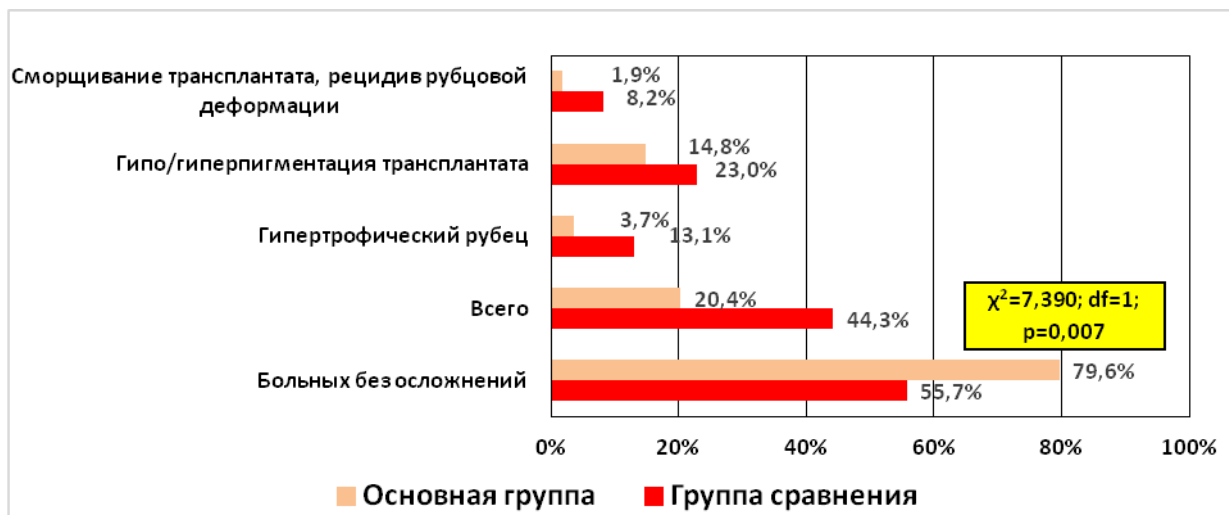


Рис. 3. Частота отдаленных осложнений после пластики всех дефектов свободным кожным трансплантатом



Рис. 4. Группа сравнения. Больная А. Последствие химического ожога (серная кислота). Обширная срединно-боковая двухсторонняя рубцовая деформация шеи. Контрактура III степени. Послеожоговый келоидоз лица, груди. Результат I этапа пластики шеи свободным полнослойным кожным трансплантатом – рецидив рубцовой деформации с развитием контрактуры II степени

Таблица 2. Варианты лечения отдаленных осложнений после пластики свободным кожным трансплантатом

Вид лечения осложнений	Группа сравнения		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Аппаратная косметология	17	27,9%	7	13,0%
Иссечение рубца	2	3,3%	3	5,6%
Повторная СКП	5	8,2%	1	1,9%
Вторично-корректирующая операция с использованием местной пластики	3	4,9%	0	0,0%
Всего	27	44,3%	11	20,4%

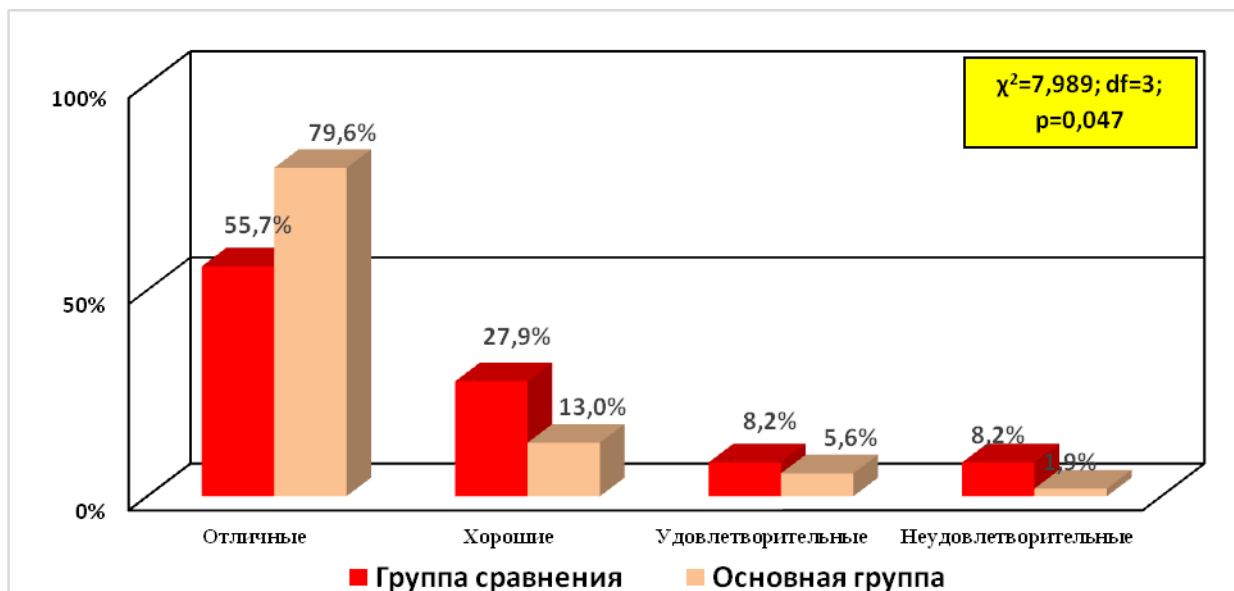


Рис. 5. Сводные отдаленные функциональные и эстетические результаты пластики дефектов лица и шеи свободным кожным трансплантатом

Оценка отдаленных результатов проводилась по следующим критериям.

Отличный результат – все случаи приживления лоскута без развития ближайших (влияющих на качество приживления) и отдаленных осложнений.

Хороший результат – случаи, когда имело место развитие эстетических осложнений, которые подвергались различным вариантам аппаратного косметологического лечения.

Удовлетворительный результат – случаи, когда пациентам с отдаленными осложнениями в виде частичной рубцовой деформации требовалось выполнение хирургического устранения в виде иссечения рубцов или вторично-корректирующих вмешательств.

Неудовлетворительный результат – ситуации, когда после пластики настал рецидив рубцовой деформации в области лица или шеи, требующий полноценной повторной операции по устранению дефекта.

После пластики СКТ в области лица отличный результат был получен у 13 (52%) пациентов в группе сравнения и 17 (81,0%) больных в основной группе. Хорошие результаты констатированы у 7 (28,0%) и 3 (14,3%) пациентов соответственно, удовлетворительные у 3 (12,0%) и 1 (4,8%) пациентов. Неудовлетворительный результат был отмечен у 2 (8,0%) пациентов в группе сравнения ($\chi^2=4,822$; $df=3$; $p=0,186$).

После пластики СКТ в области шеи отличный результат был получен у 21 (58,3%) пациентов в группе сравнения и 26 (78,8%) больных в основной группе. Хорошие результаты констатированы у 10 (27,8%) и 4 (12,1%) пациентов соответственно, удовлетворительные у 2 (5,6%) и 2 (6,1%) пациентов. Неудовлетворительный резуль-

тат был отмечен у 3 (8,3%) пациентов в группе сравнения и 1 (3,0%) в основной группе ($\chi^2=3,980$; $df=3$; $p=0,264$).

В целом среди всех пациентов после пластики СКТ в области лица и шеи отличный результат был получен у 34 (55,7%) пациентов в группе сравнения и 43 (79,6%) больных в основной группе. Хорошие результаты констатированы у 17 (27,9%) и 7 (13,0%) пациентов соответственно, удовлетворительные у 5 (8,2%) и 3 (5,6%) пациентов. Неудовлетворительный результат, потребовавший выполнение повторной полноценной пластики был отмечен у 5 (8,2%) пациентов в группе сравнения и 1 (1,9%) в основной группе ($\chi^2=7,989$; $df=3$; $p=0,047$) (рис. 5).

Следует отметить, что в данном исследовании ввиду первичного клинического внедрения новых способов пластики постожоговых рубцовых деформаций в области лица и шеи мы оценивали только один этап в комплексной программе хирургической реабилитации этой тяжелой группы пациентов. Около 35% больных ввиду распространенности процесса в общем переносили от 2 до 5 этапов пластики, включая и устранение рубцовых деформаций в других зонах (конечности, грудь и т.д.)

Таким образом, внедрение усовершенствованного способа забора полнослойного кожного трансплантата и пластики постожоговой рубцовой деформации в области лица и шеи позволило улучшить эстетический эффект операций.

Заключение. Усовершенствованный способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица и шеи свободным полнослойным кожным лоскутом, характеризуется улучшением качества забранного трансплантата, за счет снижения степени его ретракции, а также

стимуляцией васкуляризации, снижением риска формирования подлоскутных жидкостных скоплений, исключением длительного ношения давящей повязки, что в целом способствует более физиологичному приживлению пересаженных тканей.

Применение предложенного способа забора полнослойного кожного трансплантата и пластики постожоговой рубцовой деформации в области лица и шеи за счет усиления локальных репаративных процессов, снижения риска развития натяжения лоскута с частичным расхождением швов или некрозом позволило снизить частоту ближайших послеоперационных осложнений с 19,7% до 5,6% ($\chi^2=5,033$; $df=1$; $p=0,025$) и отдаленных осложнений с 44,3% до 20,4% ($\chi^2=7,390$; $df=1$; $p=0,007$), соответственно сократить необходимость в применении аппаратной косметологии с 27,9% до 13,0% и повторного хирургического вмешательства с 16,4% до 7,4% ($\chi^2=7,391$; $df=2$; $p=0,025$).

Литература:

1. Sabban R, Serror K, Levy J, Chaouat M, Mimoun M, Voccaro D. Head and neck skin expansion: assessment of efficiency for the treatment of lesions in the lower half of the face. *Ann Burns Fire Disasters*. 2020 Mar 31;33(1):38-46.
2. McCullough MC, Roubard M, Wolfswinkel E, Fahradyan A, Magee W. Ectropion in facial tissue expansion in the pediatric population: incidence, risk factors, and treatment options. *Ann Plast Surg*. 2017;78(3):280–283.
3. Pradier JP, Duhamel P, Brachet M, Dantzer E, Vourey G, Bey E. Surgical strategy for neck burns and their sequelae. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011;56:417–428.
4. Gaviria JL, Gómez-Ortega V. One-stage reconstruction of neck burns with single-layer dermal matrix. *Plast Aesthet Res*. 2018;5:35.
5. Ogawa R. Surgery for scar revision and reduction: From primary closure to flap surgery. *Burns Trauma* 2019;7:7.
6. Zan T, Li H, Huang X, Gao Y, Gu B, Pu LLQ, Xu X, Gu S, Khoong Y, Li Q. Augmentation of Perfora-

tor Flap Blood Supply with Sole or Combined Vascular Supercharge and Flap Prefabrication for Difficult Head and Neck Reconstruction. *Facial Plast Surg Aesthet Med*. 2020 Nov/Dec;22(6):441-448. doi: 10.1089/fpsam.2020.0040.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСТОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА И ШЕИ СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Мадазимов М.М., Расулов Ж.Д., Низамходжаев Ш.З.

Резюме. Актуальность проблемы. При пластике постожоговой рубцовой деформации лица и шеи и невозможности использования местных тканей возникает необходимость применения пластики полнослойным свободным кожным трансплантатом. В данном аспекте актуальность сохраняют вопросы качества приживления лоскута, а в отдаленный период – эстетические моменты, включая формирование гипертрофических рубцов, келоидов, изменение пигментации трансплантированной кожи, а также самое грозное осложнение - ретракция трансплантата с рецидивом рубцовой деформации. Цель: улучшить результаты хирургической реабилитации пациентов с постожоговой рубцовой деформацией лица и шеи путем применения пересадки свободного полнослойного кожного трансплантата. Материалы и методы: согласно примененным методам пластики 115 пациентов были разделены на две группы. В основной группе – 54 пациентам был выполнен предложенный способ устранения постожоговой рубцовой деформацией лица и шеи; в группе сравнения – 61 пациент, пластика свободным кожным трансплантатом выполнялась по традиционным способам. Результаты: усовершенствованный способ хирургического лечения постожоговой рубцовой деформации лица и шеи свободным полнослойным кожным лоскутом, характеризуется улучшением качества забранного трансплантата, за счет снижения степени его ретракции, а также стимуляцией васкуляризации, снижением риска формирования подлоскутных жидкостных скоплений, исключением длительного ношения давящей повязки, что в целом способствует более физиологичному приживлению пересаженных тканей.

Ключевые слова: шея, лицо, постожоговая рубцовая деформация, свободный кожный трансплантат.