



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12(50)2022

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (50)

2022

декабрь



Received: 20.11.2022
Accepted: 29.11.2022
Published: 20.12.2022

УДК 617-089.844+611.69

СПОСОБ ЭКСПАНДЕРНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Назирова С.У., Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., Абдукадиров Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ Резюме

В данной работе обобщено оперативное лечение молочных желез с последствиями ожогов. При восстановлении молочных желез используется традиционный метод экспандерной пластики непораженной области кожи туловища. Данным способом оперировано 16 пациентов. Результаты пластики показали, что у 10 (64,5%) из 16 больных получены хорошие функциональные и косметические результаты, у 2 (16,1%) больных удовлетворительный и у 4 (19,4%) больного неудовлетворительный.

Ключевые слова: рубец, послеожоговая деформация, туловище, молочная железа, последствия.

METHOD FOR EXPANDER PLASTY IN RECONSTRUCTION OF CONSEQUENCES OF BREAST BURN

Nazirov U.S., Madazimov M.M., Temirov P.Ch., Abdukadirov A.D.

Andijan State Medical Institute. Uzbekistan

✓ Resume

This paper summarizes the surgical treatment of the mammary gland with the consequences of burns. When restoring the mammary gland, the traditional method of expander plasty of the unaffected area of the skin of the body is used. 16 patients were operated on in this way. The results of plastic surgery showed that 10(64.5%) out of 16 patients had good functional and cosmetic results, 2(16.1%) patients had satisfactory results, and 4(19.4%) patients had unsatisfactory results.

Key words: scar, post burn complications, torso, trunk, breast, consequence.

SUT BEZI KUYISHINING OQIBATLARINI QAYTA TIKLASHDA EKSPANDERLI PLASTIKA USULI

Nazirov S.U., Madazimov M.M., Temirov P.Ch., Abdukadirov D.A.

Andijon davlat tibbiyot institute, O'zbekiston

✓ Rezyume

Ushbu maqolada sut bezlarini kuyish oqibatlarida jarrohlik usuli bilan davolash umumlashtirilgan. Sut bezlarini qayta tiklashda tana terisining shikastlanmagan joylarini an'anaviy ekspander plastika usuli foydalaniladi. Ushbu usul bilan 16 nafar bemor tashrix qilindi. Plastika natijalari shuni ko'rsatadiki, 16 bemordan 10 nafari (64,5%) yaxshi funksional va kosmetik natijalarga ega, 2 nafar (16,1%) bemor qoniqarli va 4 nafar (19,4%) bemor qoniqarsiz natijalarga ega bo'ldi.

Kalit so'zlar: chandiq, kuyik asoratlari, tana, sut bezi, oqibatlar.

Актуальность

В настоящее время многие вопросы реабилитации больных с последствиями ожогов туловища, а именно области молочных желез, остаются нерешенными [1]. Поражение открытой части тела в области грудной клетки вызывает эстетический дефект. Эти рубцы у лиц женского пола приводят к асимметрии молочных желез, их недоразвитию, нарушению лактации в период беременности [2].

Рубцы передней грудной стенки после ожогов, полученных в детском возрасте, могут препятствовать нормальному развитию желез в период полового созревания. Послеожоговые рубцовые деформации данной области у девочек сопровождаются чувством неполноценности, ущербности, ведут к замкнутости, отчужденности, одиночеству [4,3,5].

Цель исследования – изучение отдаленных результатов хирургического лечения при послеожоговых рубцовых деформаций области молочных желез способом пластики предварительно растянутыми тканями.

Материал и методы

В отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области за 2016-2020 годы оперированы 16 больных с рубцовыми деформациями молочной железы. Сроки от заживления ожоговой раны до операции составляли от 2 до 12 лет. Больным со свежими рубцами до и после операции проводили консервативную терапию с целью ускорения «созревания» рубца.

Когда площади здоровой кожи было недостаточно для широкой мобилизации и растяжения тканей у 16 больных использовали 20 экспандеров. Величина, количество и расположение их определялось площадью рядом расположенной непораженной кожи.

Площадь рубцового дефекта составляла 100-400 см². В области грудной стенки экспандеры имплантировали подфасциально с одной (12 больным) или с двух (4 больных) сторон от дефекта.

По мере достижения запланированного прироста площади кожи над экспандером, больных госпитализировали и выполняли второй этап операции. В области туловища средний показатель прироста площади тканей составил 127,1±1,9 % (табл. 1).

Таблица 1.

Средний прирост площади кожи (Sp) области туловища в результате баллонного растяжения (M±m).

Область	Исходная Sэ основания (в см ²) экспандера	Sp после растяжения (в см ²)	Sp прироста тканей (в %)
Туловище (n = 21)	81,5±4,1	184,6±8,5	127,1±1,9

Растянутые ткани перемещали на дефект путем "скольжения" без выкраивания лоскутов у 8 больных или дополнительным разрезом выкраивали лоскуты у 6 больных.

Баллоны у этих больных имплантировали после очищения ран, что контролировалось взятием мазка из них. После достижения спланированного прироста площади кожи вторым этапом удаляли экспандер, искали изъязвленные рубцы и закрывали образовавшуюся рану предварительно растянутыми тканями. Больным в до- и послеоперационном периоде проводили региональную лимфатическую антибиотикотерапию.

В области туловища до тканевого растяжения средние цифры TсPO2 составили: без экспандера 108,9±2,9 мм.рт.ст. и с экспандером 108,8±5,5 мм.рт.ст. На 5-6 сутки ткани стабилизировались, что отражалось приближением показателей TсPO2 до исходного уровня: 100,6±2,1 мм.рт.ст. - без экспандера и 103,0±5,8 мм.рт.ст. с экспандером. (рис. 1)

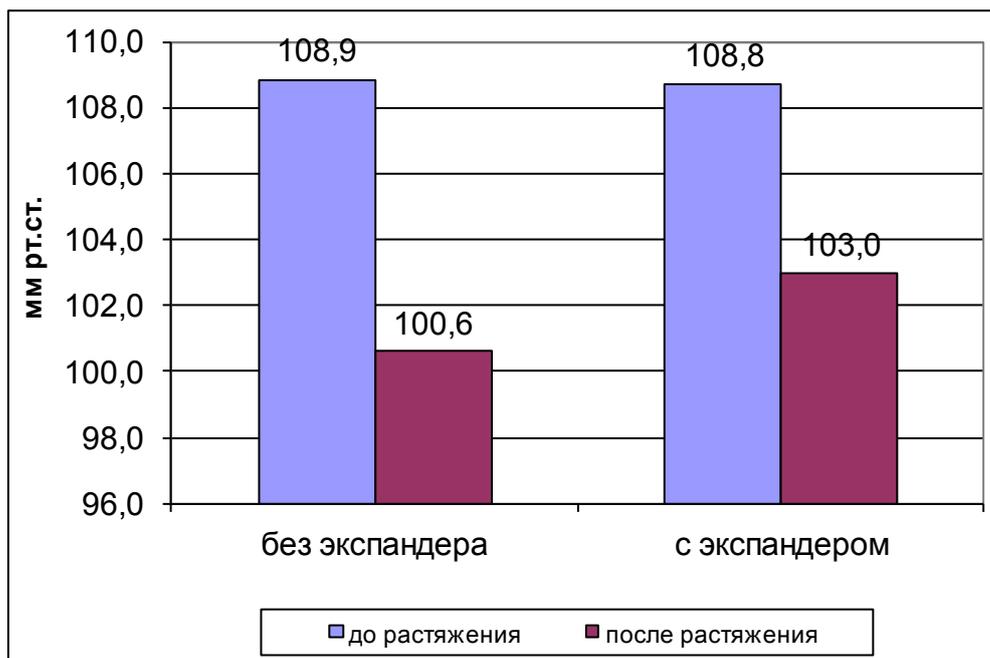


Рис. 1. Изменения TcPO₂ в области туловища до и после острого и экспандерного тканевого растяжения на 5-6 сутки.

При таких показателях проводили повторный сеанс тканевого растяжения.

Рубцовая деформация молочной железы устранена у 16 (100%) больных. Имплантировано по одному экспандеру объемом от 350 до 800 мл.

Растягивали неповрежденную кожу на задне-боковой поверхности грудной стенки. После достаточного прироста площади кожи вторым этапом из растянутых тканей формировали лоскуты.

Над распластанными молочными железами иссечены рубцы. Большой изогнутой иглой под поверхностной фасцией железы циркулярно в 3-4 яруса проводится монофиламентная нить, начиная от соска и заканчивая основанием железы. Небольшим натяжением нитей железе придается нужная форма. Концы нитей выводятся наружу через здоровую кожу на передней поверхности грудной клетки противоположно смещению железы с завязыванием узла над салфеткой. Соответственно уровню расположения соска неповрежденной железы в растянутый кожно-фасциальный лоскут через небольшой разрез выводили наружу рубцово пораженную ареолу и сосок.

При остром дефиците неповрежденных тканей растяжение их с помощью экспандеров позволило восстановить форму и нормальную кожу всей поверхности молочной железы, а также ушить донорскую рану местными тканями.

Ограниченный краевой некроз мобилизованных тканей (3 наблюдений) 18,7% являлся следствием чрезмерного натяжения и раскраивания мобилизованных пластов на лоскуты, что резко ухудшало условия их кровоснабжения.

При краевом некрозе на протяжении 3-4 см у 2 больных на 7 сутки иссекали нежизнеспособные ткани, добивались появления грануляции и выполняли свободную пересадку кожи.

У одного больного после формирования границы некроза (10-12 сутки) иссекали нежизнеспособные ткани, мобилизовали оставшуюся часть лоскута и им устраняли дефект, получив при этом удовлетворительный результат.

В условиях недостатка мобилизованных и растянутых тканей для полного закрытия дефекта, по нашему мнению, целесообразно применять провизорные швы. Подлоскутная гематома, имевшая место у 2 (12,5%) больных, первые сутки после операции была связана с недостаточным гемостазом и неадекватным дренированием подлоскутного пространства. Дренирование с помощью резиновых выпускников в таких случаях бывает недостаточным, поэтому мы применяли вакуумное дренирование подлоскутного пространства в течение первых

суток, что в последующем позволяло избежать указанного осложнения. У всех больных с помощью желобоватого зонда удалена гематома, подлопаточное пространство промыто растворами антисептиков и дренировано. Назначена региональная лимфатическая антибиотикотерапия.

Клинический пример. Больная М-ва. 1979 г. Дата получения травмы -2014 г. История болезни № 213/10 Диагноз: Рубцовая деформация грудной стенки с распластыванием правой молочной железы. Экспандером растянута непораженная кожа боковой поверхности грудной стенки (Рис. 2).

Операция № 10 – Пластика правой молочной железы предварительно растянутыми тканями, а также пластика шеи трапециевидными лоскутами.



Рис. 2. Больная О-ва. Рубцовая деформация грудной стенки.



Рис. 3. Та же больная. Результат пластики.

Результат: Отдаленные результаты, прослеженные у 10 (64,5%) из 16 больных получены хорошие функциональные и косметические результаты, у 2 (16,1%) больных удовлетворительный, так как отмечался избыточный рост послеоперационных рубцов по краю перемещенных лоскутов. неудовлетворительный. У 4 (19,4%) больных результат оценён как неудовлетворительный из-за расхождения краев раны и образования пролежней с обнажением экспандера.

Выводы

Данным способом в 2 этапа можно устранить обширный рубцовый массив и восстановить кожный покров на молочной железе. Экспандеры можно имплантировать с одной или – двух сторон от дефекта. В последующем выращенные ткани перемещаются на рану в виде лоскута или цельного пласта.

В свою очередь отрицательным моментом является необходимость включения этапа предварительной растяжки, который занимает 1-3 месяца, и также включает возможность получения локальных осложнений при установке экспандера, что в ряде случаев нивелировало эффективность этой методики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бирюков О.М., Скворцов Ю.Р. и др. Оперативное лечение деформаций молочных желез, вызванных ожогом прилежащих областей //Матер. Международной конф. «Актуальные проблемы термической травмы», посвящ. 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожогового центра. 27-29 июня 2002г.- Санкт-Петербург, 2002.- С.411-413.
2. Куринный Н.А., Богданов С.Б. и др. Хирургическое лечение послеожоговых деформаций молочных желез //Матер. Международной конф. «Актуальные проблемы термической травмы», посвящ. 60-летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. 20-22 июня 2006г.- Санкт-Петербург, 2006. - С.235-236.
3. Furukawa H., Yamamoto Y., et al. Clinical application of expanded free flaps based on primary or secondary vascularization //Plast. Reconstr. Surg.- 2015.- Vol.102.- P.1532-1536.
4. Gasperoni C., Salgarello M., Gasperoni P. A personal technique: mammoplasty with J scar //Ann. Plast. Surg.- 2017.- Vol.48 (2).- P.124-130.
5. Kilgo M.S., Cordeiro P.G., Disa J.J. Tissue expansion after inverted-T mammoplasty: can it be performed successfully? //Ann. Plast. Surg. - 2013. -Vol.50 (6). - P.588-593.

Поступила 20.11.2022