

УДК 617.51:616-001.17-08

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ОЖОГОВ СВОДА ЧЕРЕПА

В. П. Полянский, О. С. Полянская

ГУСО «Краснооктябрьский центр медико-социальной реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов», г. Волгоград

Предложен новый способ закрытия постожоговых дефектов свода черепа, заключающийся в удалении некротизированной наружной пластинки пораженных костей, с последующим закрытием дефекта свода черепа лоскутами на питающей ножке, позволяющий сократить сроки лечения, снизить вероятность развития осложнений.

Ключевые слова: ожоги свода черепа, дефекты тканей свода черепа, наружная пластинка, пластика лоскутом на питающей ножке.

Тяжелые ожоги вызывает ток высокого напряжения (свыше 6000 В). Возникает обугливание не только тканей, но и костей. По данным А. В. Юденича, В. В. Гришкевича, электротравмы головы составляют более $\frac{1}{3}$ всех контактных ожогов электричеством и занимают второе место вслед за электротравмами верхних конечностей. Чаще всего поражаются теменные и затылочные кости, реже бывают ожоги лобных костей. При электротравме нежизнеспособные мягкие ткани за пределами пора-

женной кости отторгаются через 5—6 недель. При травмах электрическим током свода черепа с повреждением костей внутричерепные гнойные осложнения развиваются, как правило, через 2—3 недели и часто клинически протекают бессимптомно (В. И. Березнева, 1964; Ю. М. Панова, 1970; А. Н. Орлов, 1977). Клинический опыт лечения данной патологии подтверждает, что при электротравмах свода черепа раннее хирургическое лечение должно быть доминирующим. Раннее иссечение

нежизнеспособных мягких тканей и множественные дырчатые краниотомии способствуют хорошему дренированию раны, поэтому данные мероприятия необходимо выполнять не позднее 3—4 недель с момента травмы. Очищение раны от некротизированных костей и образование грануляционного покрова происходит через 1,5—2 месяца, после чего возникает необходимость восстановления кожного покрова. При ограниченных поражениях кости для ускорения формирования грануляций удаление наружной костной пластинки может быть произведено и сразу после нанесения отверстий широким долотом или электрофрезой диаметром 5—6 мм.

Учитывая, что после некроза наружной пластинки возникает нагноение губчатого вещества, а удаление наружной пластинки из-за длительного роста грануляций приводит к некрозу внутренней, был применен новый способ одновременного удаления наружной пластинки и кожной пластики. Этот метод применялся в течение 15 лет в отделении термических поражений Областной клинической больницы № 1 г. Курска и в 970-м военном госпитале г. Волгограда пострадавшим в боевых действиях в Чеченской республике. Применялась ранняя некрэктомия при контактных и электроожогах свода черепа на 3—4-е сутки после травмы. Для некрэктомии наружной пластинки использовалось двойное фрезерование копьевидными фрезами — в начале диаметром 3—4 мм, а затем 13—14 мм, предварительно места предполагаемых отверстий «накернивали» шилом (рис. 2). Данный способ позволяет значительно уменьшить костные промежутки между фрезевыми отверстиями и удалить их с помощью кусачек или узким долотом. Края костной раны выравниваются узким долотом. Как правило, диплоэтическая ткань без нагноения и хорошо кровит, обрабатывается антисептиками. После обработки костная ткань закрывается свободным аутоотрансплантатом, который фиксируется к краям раны швами. На трансплантат укладывается один слой марли с антисептиком. Второй слой марли придавливается тупферами и фиксируется нитями кожных швов.

Для закрытия обширных дефектов тканей черепа применялся разработанный нами «Способ закрытия дефектов тканей черепа» (изобретение №93-025273/14 026158 В. П. Полянского с соавторами, патент РФ на изобретение № 2071282, 1997 г., патентообладатель В. П. Полянский). Данный способ закрытия дефектов тканей черепа, включающий двухэтапную пластику кожно-жировым лоскутом на питающей ножке из отдаленных участков тела, заключается в выкраивании на передней поверхности предплечья двух встречных прямоугольных лоскутов с основаниями с локтевой и лучевой сторон. Затем лоскуты разводят и фиксируют по периферии дефекта на своде черепа, а при отсечении мягких тканей предплечья от черепа до-

полнительно выкраивают лоскуты на передне-боковой поверхности предплечья, которые сшивают, закрывая оставшийся дефект на черепе (рис. 1). Приживление аутоотрансплантатов или лоскутов происходит через 3—4 недели (рис. 2).

Используя данный способ лечения контактных и электроожогов свода черепа, удалось сократить сроки лечения патологии, предотвратить развитие таких осложнений, как нагноение губчатого вещества, некроз внутренней пластинки, эпидуральных абсцессов. Таким образом, применяя разработанный способ, мы добились положительных ближайших и отдаленных результатов: полное приживление трансплантатов, лоскутов, отсутствие гнойных осложнений, укорочение сроков лечения патологии в среднем на 2—3 месяца.



Рис. 1. Закрытие дефекта черепа кожным лоскутом предплечья



Рис. 2. Состояние кожного лоскута через 3 недели после аутопластики

ЛИТЕРАТУРА

1. *Арьев Т. Я.* Ожоги. — М.: Медицина, 1975. — 204 с.
2. *Бубенко М. В.* Хирургическое лечение электрических ожогов: дис. ... канд. мед. наук. — Челябинск, 1972. — 120 с.
3. *Вихреев Б. С.* Ожоги. — М.: Медицина, 1981. — 246 с.
4. *Золтан Я.* Оперативная техника и условия оптимального заживления ран. — М., 1983. — 180 с.
5. *Каплан А. Д.* Повреждение костей при электротравме. — М., 1941. — 84 с.
6. *Каплан А. Д.* Электротравмы // Основы травматологии / Под. ред. В. В. Гориневской. — М., 1952. — Т. 1. — 260 с.
7. *Орлов А. Н.* Электротравма. — М., 1977. — 160 с.
8. *Шрайбер М. П.* Ожоги. — М.: Медицина, 1974. — 260 с.
9. *Юденич В. В., Гришкевич В. В.* Руководство по реабилитации обожженных. — М.: Медицина, 1986. — 160 с.