

of autoimmune reactions. These trends correlate with the dynamics of changes in the content of immunoglobulins: the optimization of IgG and IgM production as indicators of humoral response, reduce the risk of scar formation. The development of scar deformities in the first six months was not observed., good results were noted in 84% of cases in year later.

Conclusions. The algorithm of surgical treatment of dermal burns provides for early excision of both superficial and deep necrosis with primary wound plastic by temporary coverings. The application of the algorithm leads to decrease of antigen load a phagocytic cells in the burn wound zone, to decrease the number of B-lymphocytes in septicotoxemia and to restoration of T-lymphocyte activity, and reduces the risk of autoimmune reactions. These trends correlate with the dynamics of changes in the IgG and IgM immunoglobulin content. In patients of the comparison group, autosensitization with the development of a T-independent response with a decrease in T-helper activity, an increase in T-suppressors and B-lymphocytes with the highest values in the septicotoxemia stage was determined in patients with a prolonged stay of altered tissues, which correlated with subsequent scar formation in these patients.

Key words: dermal burns, surgical treatment of burns, microflora of burn wounds, natural resistance, immunological reactivity of burned, development of scars.

ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ТА КОНТРАКТУР З ВИКОРИСТАННЯМ РОЗТЯГНУТИХ ОБ'ЄДНАНИХ КЛАПТІВ НА ОСНОВІ КЛЮЧОВИХ ТА ПЕРФОРАНТНИХ СУДИН

Вступ

Частина опікових ран завжди заживає самостійно, а пересажені транспланта-ти зазнають дегенеративних змін. Це призводить до виникнення рубців, зниження рухомості шкірних покривів, виникнення деформацій та контрактур. Традиційні методи не дають тривалого ефекту, використовується для тимчасового усунення важких контрактур. Для подолання дефіциту повноцінних тканин використовують метод тканинного розширення. Однак, висока кількість ішемічних ускладнень призводить до рецидивів деформацій та обмежує використання методу.

Великі ділянки можуть бути відновлені з використанням попередньо розтягнутих клаптів. Розтягування клаптів широко використовують при лікуванні рубцевих уражень різних ділянок тіла [2, 7, 8].

Останнім часом для реконструкції шкірних дефектів використовуються перфорантні клапті в різних комбінаціях. Однак, клапті на основі перфорантних судин мають обмежені розміри для закриття великих дефектів [7, 9].

Мета

Удосконалення та розробка нових технологічних засобів хірургічного лікування хворих з післяопіковими деформаціями різних локалізацій шляхом використання об'єднаних розтягнутих клаптів на основі ключової та перфорантних судин.

Матеріал та методи

Під наглядом знаходилось 29 хворих, серед яких з деформаціями шиї було 4 пацієнта, з ураженнями грудної клітки – 14, ліктьового суглоба – 4 та стегна – 7.

При деформаціях шиї у 3 випадках використали задні об'єднані потилично-шийні клапті та у 3 – передні об'єднані потилично-шийні клапті. Для обох видів клаптів ключові судини однакові: нижні перфорантні гілки потилично-артерії та верхні перфорантні гілки поперечної артерії шиї. В задній клапоть додатково включали перфорантні гілки надлопаткової артерії; в передній перфорантні судини акроміально-грудної артерії та верхні міжреберні перфорантні гілки внутрішньої грудної артерії.

З 14 пацієнтів з рубцевими ураженнями грудної клітки 6 пацієнтів мали односторонні ураження та 8 – двосторонні. У 18 випадках для усунення деформацій використали об'єднаний розтягнутий клапоть з включенням бічної артерії грудної клітки, як ключової судини та судинної мережі V–VII середніх перфорантів міжреберних артерій та перфорантів грудоспинної артерії. У двох випадках застосували клапті на основі VI–VII передніх перфорантів міжреберних артерій та у одного хворого використали двостороннє розтягування клаптів на основі акроміально-грудних артерій.

При рубцевих деформаціях ділянки ліктьового суглоба здійснювали розтягування зовнішнього подовженого клаптя плеча та передпліччя на основі перфорантних судин задньої гілки променевої колатеральної артерії та зворотньої променевої артерії.

**Жернов О.А.¹,
Козинь Г. П.¹,
Кітрі М.¹,
Гузь О. О.²**

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ.

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ.

© Жернов О.А.
Козинь Г. П.
Кітрі М.
Гузь О. О.