

Послеожоговая приводящая рубцовая контрактура большого пальца кисти и её хирургическое лечение

У.А. Курбанов, А.Р. Бобоев, С.М. Джанобилова, А.А. Давлатов

Отделение реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ;
кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе авторы приводят собственный опыт хирургического лечения послеожоговой рубцовой приводящей контрактуры большого пальца (85 кистей) у 78 больных в возрасте от 2 до 45 лет. На 82 кистях использованы местно-пластические операции и на 3 – кожно-жировые лоскуты. Полнослойные кожные трансплантаты использованы лишь на 11 кистях (12,9%), как дополнение к местно-пластическим операциям. Отдалённые результаты наблюдались у 72 (92,3%) больных, на 77 (90,6%) кистях. Результаты операций на 75 кистях (97,4%) были хорошими и удовлетворительными. В 2 случаях через год после операции потребовалось повторное корригирующее вмешательство, после чего функциональное состояние кисти значительно улучшилось. Послеожоговую приводящую контрактуру I пальца кисти авторы считают одним из сложных вариантов контрактур, основным способом лечения которой являются местно-пластические операции.

Ключевые слова: большой палец кисти, послеожоговая контрактура, Z-пластика

Актуальность. Первый палец кисти является наиболее значимым в функциональном отношении среди всех пальцев кисти. Рубцовые деформации или контрактуры I пальца резко нарушают все виды захватов и могут снизить функцию кисти на 40-50% [1-3].

Послеожоговые рубцовые деформации I пальца кисти встречаются в виде приводящей, сгибательной, разгибательной и отводящей контрактур. Среди них чаще всего встречается приводящая рубцовая контрактура, которая характеризуется рубцовым сращением первого межпальцевого промежутка различной степени.

В большинстве случаев послеожоговая рубцовая контрактура большого пальца сочетается с рубцовой контрактурой длинных пальцев. В доступной литературе практически нет данных о частоте изолированной контрактуры I пальца.

Лечение больных с приводящей контрактурой I пальца предусматривает решение двух основных задач: 1) восстановление нормального отведения I пальца, в том числе за счёт создания адекватного объёма мягких тканей в области первого межпальцевого промежутка; 2) восстановление нормальной активной оппозиции I пальца, что является конечной целью лечения [4].

Для устранения послеожоговой рубцовой контрактуры пальцев кисти, в том числе приводящей контрактуры большого пальца, главным образом, используются различные способы местно-пластических операций, каждый из которых имеет возможность удлинить ткани до различной степени. Эти способы включают в себя простую и двойную Z-пластику, способы Wolfand Broadbent, «Butterfly» (Conversand Smith), Hirshowitz, Alexander, Mustard'e («Jumping-man») и т.д. [5]. Наиболее популярным и эффективным Charman P. Et al. считают способ Mustard'e, который с успехом применяли авторы у 20 больных с врождённой синдактилией (14) и послеожоговой приводящей контрактурой I пальца [6]. В.М.Юденич и В.М.Гришкевич (1986) в постсоветском пространстве имеют наибольший опыт по реабилитации обожжённых, так они предпочитают использовать встречно-перемещаемые трапециевидные лоскуты без или в сочетании с кожной аутоотрансплантацией [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности хирургических способов устранения послеожоговой приводящей рубцовой контрактуры большого пальца кисти.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирур-



гии МЗиСЗН РТ за период с 2000 по 2014 гг. были проведены операции у 78 пациентов (на 85 кистях) с послеожоговой приводящей рубцовой контрактурой I пальца. Возраст больных колебался от 2 до 45 лет. Мужчин было 30, женщин – 48.

На всех 85 кистях имела место приводящая контрактура I пальца, что было обусловлено наличием стягивающего рубца в I межпальцевом промежутке. Относительно реже приводящая контрактура I пальца сопровождалась рубцовой сгибательной контрактурой (5) или девиацией ногтевой фаланги в лучевую (9) сторону. В ряде случаев (12) приводящая контрактура большого пальца сочеталась с наличием стягивающего рубца по тыльно-лучевой его поверхности, продолжающегося на предплечье, приводя к разгибательной контрактуре пальца. В 69 (81,2%) случаях контрактура большого пальца сопровождалась сгибательной контрактурой длинных пальцев. Изолированная же приводящая рубцовая контрактура большого пальца имела место лишь на 16 (18,8%) кистях.

Все больные подвергнуты оперативному вмешательству в сроках от 8 месяцев до 9 лет после получения ожога. У детей и подростков до 14 лет операция проводилась под общим обезболиванием, а больным старше 14 лет – под блокадой плечевого сплетения с нейролептанальгией.

Для устранения контрактуры I пальца нами во всех случаях использованы способы местно-пластических операций. Полнослойные кожные трансплантаты использованы лишь на 11 кистях (12,9%), как дополнение к местно-пластическим способам операции. Чаще всего приводящую контрактуру I пальца устраняли модифицированными способами множественной Z-пластики – способы «Butterfly», Mustard`e и Hirshowitz. В 5 случаях использован способ square-flap по Лимбергу (табл. 1).

В 32 случаях, когда по одной поверхности I межпальцевого промежутка располагался грубый неэластичный рубец, а по другой поверхности сохранялась относительно эластичная кожа, большое значение имело формирование межпальцевого промежутка за счёт этой широкой эластичной кожи. Это возможно только при использовании схемы «Butterfly». В качестве иллюстрации приводим клиническое наблюдение.

Ребёнок Н., 2 года, поступила с диагнозом: приводящая послеожоговая рубцовая контрактура I пальца с лучевой девиацией и синдактилией I межпальцевого промежутка; послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура II-III-IV-V пальцев с синдактилией межпальцевых промежутков. В двухмесячном возрасте получила ожог кипятком. Лечили девочку консервативно в домашних условиях народными средствами. При поступлении наряду с приводящей контрактурой I пальца также имеется сгибательная контрактура длинных пальцев с синдактилией межпальцевых промежутков. В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом проведена операция: способом «Butterfly» ликвидированы приводящая контрактура и лучевая девиация большого пальца (рис.1). Сгибательная контрактура и синдактилия межпальцевых промежутков длинных пальцев ликвидированы способом встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление раны первичным натяжением. Больная получила курс реабилитационной терапии.

На 12 кистях плотные рубцы занимали как ладонную, так и тыльную поверхности I межпальцевого промежутка, и необходимость в удлинении тканей была больше, приводящую контрактуру I пальца устраняли способом Hirshowitz. Большая удлиняющая способность схемы Hirshowitz позволяла при этом достичь максимального разведения большо-

ТАБЛИЦА 1. СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА С ФОРМИРОВАНИЕМ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА

Способы операции	Кол-во	%
«Butterfly» (Smith)	32	37,6
Mustard`e	24	28,2
Hirshowitz	12	14,1
Square-flap (Limberg)	5	5,9
Одиночная Z-пластика	2	2,4
Множественная Z-пластика	3	3,5
Встречно-перемещаемые прямоугольные лоскуты	4	4,7
Лучевой лоскут	1	1,2
Осевой паховый лоскут	2	2,4
Всего	85	100%

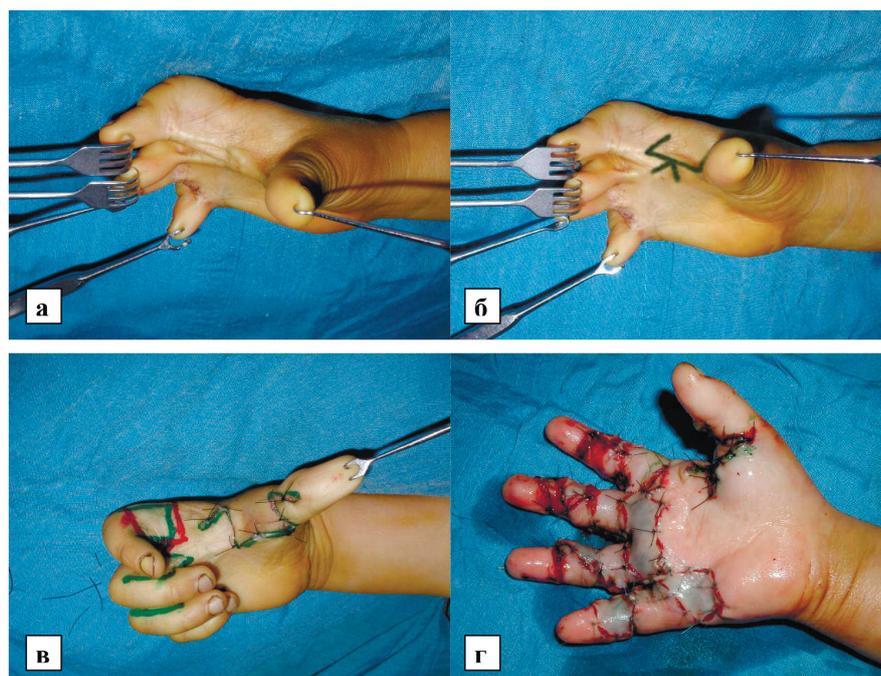


РИС. 1. ЛИКВИДАЦИЯ РУБЦОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ I ПАЛЬЦА С ФОРМИРОВАНИЕМ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА: А – СОСТОЯНИЕ I ПАЛЬЦА И МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА ПРАВОЙ КИСТИ ДО ОПЕРАЦИИ; Б – СХЕМА ОПЕРАЦИИ; В – СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА И ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВОГО МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА; Г – СОСТОЯНИЕ КИСТИ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ КОНТРАКТУР ВСЕХ ПАЛЬЦЕВ

го пальца, и межпальцевой промежуток формировался встречным перемещением треугольных лоскутов.

Клинический пример. Больная С., 13 лет, поступила с диагнозом: послеожоговая рубцовая приводящая контрактура I пальца с лучевой девиацией и синдактилией I межпальцевого промежутка левой кисти; послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. В пятимесячном возрасте больная получила ожог кипятком. Лечилась консервативно в условиях ожогового центра. При поступлении отмечается рубцовая приводящая контрактура I пальца с лучевой девиацией. Кроме того, имеется сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом проведена операция: способом Hirshowitz ликвидирована рубцовая приводящая контрактура I пальца, а лучевая девиация большого пальца устранена способом двойной Z-пластики. Сгибательная контрактура и синдактилия межпальцевых промежутков длинных пальцев устранены способом встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов (рис. 2).

При сочетании приводящей контрактуры большого пальца с лучевой девиацией ногтевой фаланги, последнюю приходилось устранять способом одиноч-

ной (2) или двойной (3) Z-пластики. В таких случаях, во избежание нарушения кровообращения на выкраиваемых лоскутах, важно, чтобы лоскуты схем на межпальцевом промежутке и на лучевой поверхности пальца не имели общего основания (питающей ножки).

Выраженная приводящая контрактура большого пальца с протяжённым сращением I межпальцевого промежутка требует значительно большего углубления межпальцевого промежутка. При этом правильное использование тканей сращённого межпальцевого промежутка в определённой степени позволит устранить синдактилию без дополнительного применения кожных трансплантатов. Нами, для устранения протяжённого сращения I межпальцевого промежутка, в 24 случаях применялся способ Mustard'e (Jumping-man-plasty). В качестве иллюстрации приводим клинический пример.

Ребёнок М., 7 лет, поступил с диагнозом: послеожоговая рубцовая приводящая контрактура I пальца; послеожоговая рубцовая сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. В восьмимесячном возрасте получил ожог кипятком. Лечился консервативно в условиях районной больницы по месту жительства. При поступлении отмечается рубцовая приводящая контрактура I пальца и синдактилия I межпальцевого промежутка. Также отмечается по-



РИС. 2. ЛИКВИДАЦИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ I ПАЛЬЦА С ФОРМИРОВАНИЕМ МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА СПОСОБОМ HIRSCHOWITZ: А – ПРИВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА I ПАЛЬЦА С ЛУЧЕВОЙ ДЕВИАЦИЕЙ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ, СГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА II-III-IV-V ПАЛЬЦЕВ; Б – СХЕМА ДВОЙНОЙ Z-ПЛАСТИКИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ДЕВИАЦИИ НОГТЕВОЙ ФАЛАНГИ; В – СХЕМА HIRSCHOWITZ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ; Г – ПРИВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА И I ПАЛЬЦА С ЛУЧЕВОЙ ДЕВИАЦИЕЙ, А ТАКЖЕ КОНТРАКТУРА ДЛИННЫХ ПАЛЬЦЕВ И СИНДАКТИЛИЯ МЕЖПАЛЬЦЕВЫХ ПРОМЕЖУТКОВ УСТРАНЕНЫ

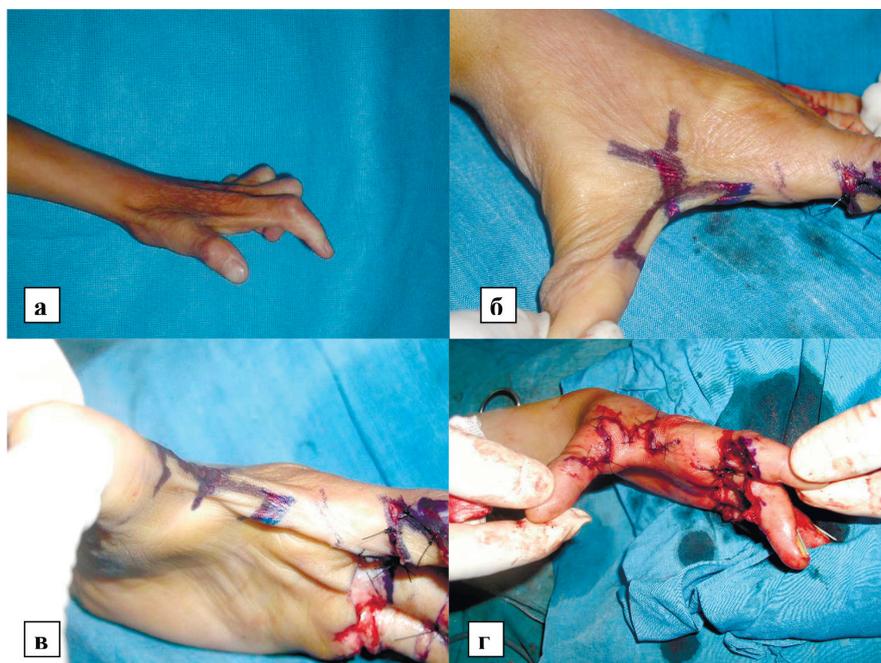


РИС. 3. УСТРАНЕНИЕ СИНДАКТИЛИИ И ФОРМИРОВАНИЕ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА СПОСОБОМ MUSTARDÉ: А – ВЫРАЖЕННАЯ ПРИВОДЯЩАЯ КОНТРАКТУРА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА С ПРОТЯЖЁННЫМ СРАЩЕНИЕМ I МЕЖПАЛЬЦЕВОГО ПРОМЕЖУТКА; Б И В – СХЕМА «JUMPING-MAN» ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ РАЗРЕЗОВ; Г – ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД ПЕРЕМЕЩЁННЫХ ЛОСКУТОВ И СФОРМИРОВАННЫЙ I МЕЖПАЛЬЦЕВОЙ ПРОМЕЖУТОК ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОПЕРАЦИИ



РИС. 4. УСТРАНЕНИЕ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СПОСОБОМ А.А. ЛИМБЕРГА:
А – СХЕМА ОПЕРАЦИИ; Б – КИСТЬ ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

слеожоговая рубцовая сгибательная контрактура длинных пальцев с проксимальной синдактилией межпальцевых промежутков. Под эндотрахеальным наркозом произведена операция: рубцовая приводящая контрактура I пальца ликвидирована способом Mustard'e (рис. 3). Сгибательная контрактура длинных пальцев и рубцовые сращения межпальцевых промежутков ликвидированы способами Z-пластики и встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов.

В 5 случаях, при сочетанной приводящей контрактуре большого пальца и сгибательной контрактуре длинных пальцев, нами использовался способ А.А. Лимберга, так называемый Square-flap. Необходимо подчеркнуть, что при этом важно согласование сочетания нескольких схем таким образом, чтобы последующая схема стала продолжением предыдущей схемы. Для более наглядного объяснения приводим клинический пример.

Больной С., 7 лет, поступил с послеожоговой рубцовой приводящей контрактурой большого пальца и сгибательной контрактурой длинных пальцев. Ожог получил полтора года назад кипятком, лечился у хирурга по месту жительства. При поступлении отмечается умеренно выраженная рубцовая приводящая контрактура большого пальца. Стягивающий гребень с первого межпальцевого промежутка переходит на ладонную поверхность II пальца, вызывая сгибательную его контрактуру. Больному в плановом порядке под общим обезболиванием выполнена операция. По схеме Лимберг произведено устранение приводящей контрактуры большого пальца и по схеме «Butterfly» – устранение сгибательной контрактуры длинных пальцев (рис. 4).

В одном случае отмечалось сочетание приводящей и разгибательной контрактур большого пальца с обширными грубыми стягивающими рубцами тыльной поверхности кисти и распространением рубцов на I межпальцевой промежуток. Применение местно-пластических операций в этом случае заведомо неэффективно, а использование кожных трансплан-

татов в этой зоне чревато рецидивами контрактуры. В связи с этим, методом выбора для устранения контрактуры считали использование лучевого кожно-фасциального лоскута на ретроградной сосудистой ножке. Приводим случай.

Больная Р., 5 лет, поступила с диагнозом: послеожоговая рубцовая приводящая и разгибательная контрактуры I пальца, послеожоговый гипертрофический рубец тыльной поверхности кисти. В двухлетнем возрасте получила ожог кипятком. Больной произведено частичное иссечение гипертрофического рубца тыла кисти, устранение приводящей и разгибательной контрактур I пальца. Образовавшийся дефект покровных тканей по I межпальцевому промежутку и тыльной поверхности I луча размерами 9 x 6 см укрыт перемещённым кожно-фасциальным лучевым лоскутом на ретроградной сосудистой ножке (рис. 5).

В крайне тяжёлых случаях контрактуры большого пальца (2), когда дефицит покровных тканей запредельный, нами был использован осевой паховый лоскут на временной питающей сосудистой ножке. Через 2-3 недели пересекли ножку лоскута и произвели её коррекцию (рис. 6).

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Осложнения со стороны ран имели место лишь на 3 (3,5%) оперированных кистях в виде краевого некроза, что не повлияло на окончательный результат операции.

Отдалённые результаты наблюдались в сроках от 6 месяцев до 12 лет после операции 77 (90,6%) кистей у 72 (92,3%) больных. Отдалённые функциональные результаты 75 (97,4%) кистей были хорошими и удовлетворительными, объём движения и все виды захватов сохранены, эстетический вид оперированной кисти был удовлетворительным. В 2 случаях через год после операции потребовалось повторное корригирующее вмешательство, после чего функциональное состояние кисти улучшилось.

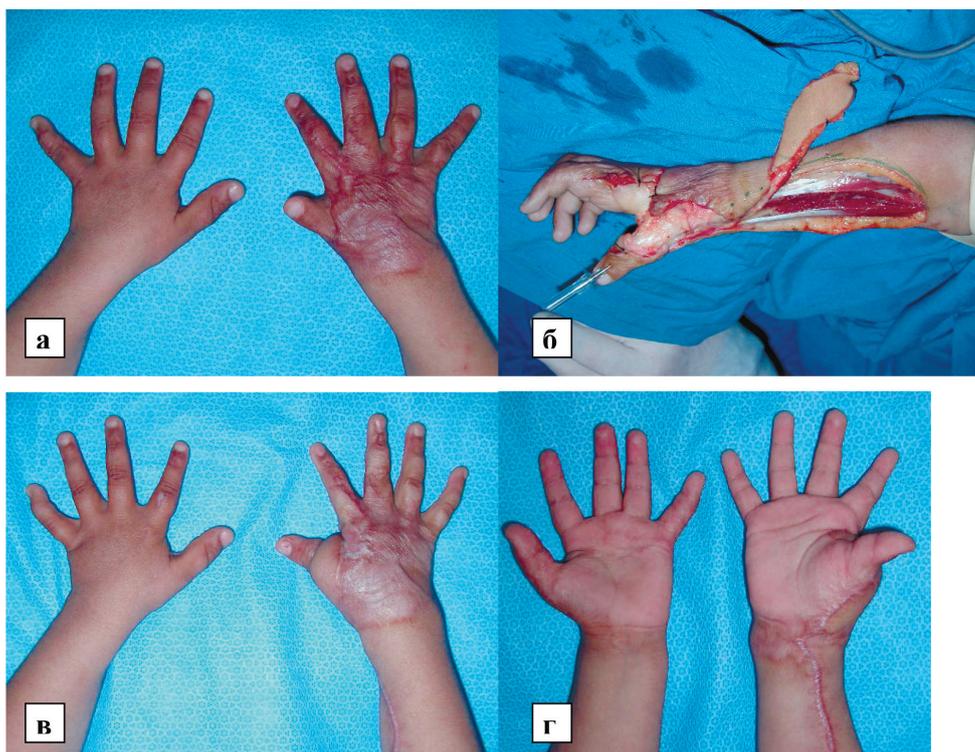


РИС. 5. ЛИКВИДАЦИЯ ПРИВОДЯЩЕЙ И РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУР I ПАЛЬЦА ПЕРЕМЕЩЁННЫМ КОЖНО-ФАССИАЛЬНЫМ ЛУЧЕВЫМ ЛОСКУТОМ: А – ВИД КИСТИ И ПОЛОЖЕНИЕ I ПАЛЬЦА ДО ОПЕРАЦИИ; Б – ПРИВОДЯЩАЯ И РАЗГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦА УСТРАНЕНЫ, ПОДНЯТ КОЖНО-ФАССИАЛЬНЫЙ ЛУЧЕВОЙ ЛОСКУТ НА РЕТРОГРАДНОЙ СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ; В И Г – РАЗВЕДЕНИЕ I ПАЛЬЦА ПОЛНОЕ, ПЕРЕМЕЩЁННЫЙ ЛУЧЕВОЙ ЛОСКУТ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ

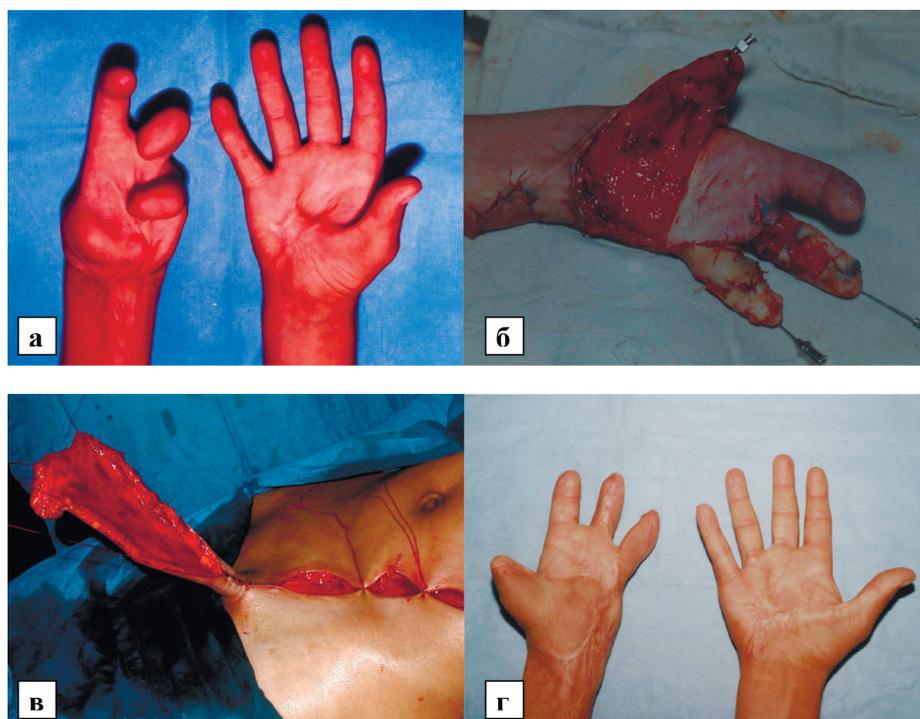


РИС. 6. УСТРАНЕНИЕ ТЯЖЁЛОЙ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАХОВОГО ЛОСКУТА: А – СОСТОЯНИЕ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ДО ОПЕРАЦИИ; Б – ЭТАП УСТРАНЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ПАЛЬЦЕВ И ОБРАЗОВАВШИХСЯ ДЕФЕКТОВ КОЖИ, В – ПОДНЯТЫЙ ПАХОВЫЙ ЛОСКУТ ДЛЯ УКРЫТИЯ ДЕФЕКТА ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КИСТИ

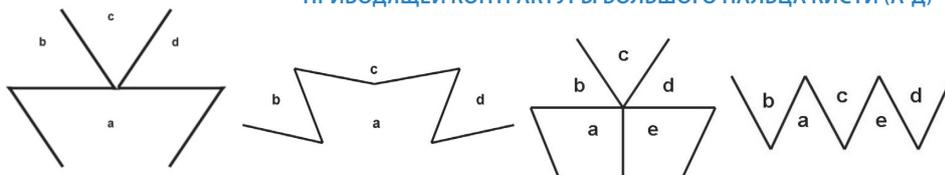
Для оценки результатов хирургического лечения послеожоговой приводящей рубцовой контрактуры большого пальца исходили из того, что адекватная функция I пальца включает два необходимых условия: способность противопоставления другим пальцам кисти и достаточно максимальное его отведение.

При устранении приводящей контрактуры большого пальца лучшими оказались способы «Butterfly» и «Jumping-man».

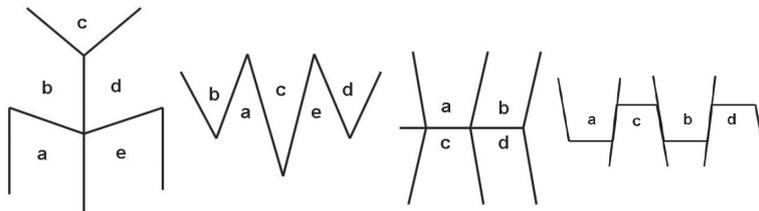
Трансплантаты расщеплённой кожи, помещённые в первый межпальцевой промежуток, как правило, сморщиваются, а при коррекции приводящей контрактуры свободной кожной пластикой нередко наступает рецидив [6]. Кроме того, отставание в росте рубцово-изменённых тканей и пересаженных кожных трансплантатов также способствует развитию рецидива контрактуры [7,8].

Восстановление комиссуры I межпальцевого промежутка имеет большое значение в функциональном аспекте. Для устранения приводящей контрактуры лёгкой и средней степеней выраженности и формирования межпальцевого промежутка самым оптимальным из местно-пластических способов является способ «Butterfly». При более выраженной контрактуре требуется схема Hirshowitz. Когда необходимость в удлинении и углублении межпальцевого промежутка большая, целесообразно использовать схему Mustard`e. Схема этого способа близка к схеме Hirshowitz, однако при способе Mustard`e средний разрез, который при способе Hirshowitz проводится в виде прямой линии по стягивающему гребню, имеет угол менее 180°. Боковые же разрезы со стороны треугольных лоскутов отдалены от среднего поперечным разрезом, соединяющим средний и боковые разрезы. Сильное захождение центрального треугольного лоскута на протяжении двух колен способствует образованию выемки, что позволяет формировать достаточной глубины межпальцевой промежуток (рис. 7).

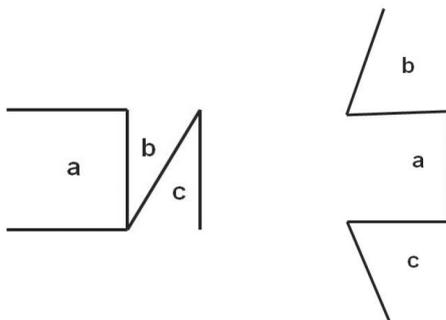
РИС. 7. СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ РУБЦОВОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА КИСТИ (А-Д)



А) Способ «Butterfly» (Converse and Smith, 1966); Б) Способ Hirshowitz, 1975



В) Способ «Jumping-man» (Mustard`e, 1963); Г) Grishkevich, 1985



Д) Square-flap (Limberg, 1946)

Как следует из рис. 7, задача всех способов заключается в формировании треугольных или трапециевидных лоскутов, перемещением которых образуется дно межпальцевого промежутка, по выражению С.П.Пахомова и Е.Ч.Ахсаляна (2000), «с ломаной линией послеоперационного шва» [9].

Таким образом, послеожоговая рубцовая приводящая контрактура большого пальца кисти, как один из сложных вариантов рубцовых контрактур, требует больших знаний в области местно-пластических операций, правильного выбора способа оперативного вмешательства, тщательного расчёта схемы операции и правильного, аккуратного технического её выполнения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Парин Б.В. Основные принципы оперативного лечения рубцовых конт-рактур / Б.В.Парин // Научное обоснование нормативов потребности населения в травматологическо-ортопедической помощи. Материалы научной сессии. – Горький. – 1966. – С.137-141.
2. Юденич В.В. Руководство по реабилитации обожжённых / В.В.Юденич, В.М.Гришкевич. - М.. - 1986. -366с.
3. Родоманова Л.А. Лечение посттравматических ишемических приводящих контрактур первого пальца кисти / Л.А.Родоманова, Д.И.Кутянов, К.С.Мелихов // Травматология и ортопедия России. – 2010. – № 4. – С.25-29.
4. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А.Е.Белоусов // С-Пб.: Гиппократ. – С. Пб. – 1998. – 744с.
5. Курбанов У.А. Новый местно-пластический способ операции при тяжёлых послеожоговых рубцовых сгибательных контрактурах пальцев кисти / У.А.Курбанов [и др.] // Ж.Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – М. – 2005. – №2. – С. 37-42.
6. Ахсахалян Е.Ч. Реконструктивно-восстановительная хирургия ожоговых повреждений и рубцовых контрактур кисти у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ч.Ахсахалян. – Н. Новгород. – 1999. – 20с.
7. Филиппова О.В. Особенности развития вторичных деформаций у детей с рубцовыми последствиями ожогов, принципы хирургического лечения / О.В.Филиппова [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2012. – №1 (63). – С. 77-84.
8. Курбанов У.А. Способ восьмилоскутной пластики – новый метод местно-пластической операции / У.А.Курбанов, А.А.Давлатов, Д.Д.Джононов // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2010. – № 1. – с. 9-18.
9. Пат. 2158558 Российская Федерация, А61В17/56. Способ устранения рубцовой приводящей контрактуры первого пальца кисти / Пахомов С.П., Ахсахалян Е.Ч.; опубл. 10.11.2000г.

Summary

Surgical treatment of post-burn scar contracture of THUMB

U.A. Kurbanov, A.R. Boboev, S.M. Janobilova, A.A. Davlatov

Department of Reconstructive and Plastic Microsurgery RSCVS;

Chair of Surgical Diseases № 2 Avicenna TSMU

The authors presented their own experience of surgical treatment 78 patients with post-burn scar thumb contracture of 85 hands in age from 2 to 45 years. Local plastic surgery used in 82 hands and skin-fat graft – in 3. Full-thickness skin grafts used only for 11 hands (12,9%) in addition to local plastic surgery.

Long-term results have been observed in 77 (90,6%) hands in 72 (92,3%) patients. The results of operations on 75 hands (97,4%) were good and satisfactory. Repeated corrective intervention required in 2 cases one year after surgery, then the functional state of the hand has improved significantly. The authors considers that post-burn scar contracture of thumb is one of the most difficult types of contractures when local plastic surgery is the main method of treatment.

Key words: thumb, post-burn contracture, Z-plasty

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор
кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: kurbonovua@mail.ru