

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ СТОПЫ И СИНДАКТИЛИЙ

Нуриддинов А. С., Абдулхакимов А. Р.

Ферганский медицинский институт общество здоровье

e-mail: mrdoctorpan@mail.ru

Summary: *The prevention and treatment post-burn deformation of foot is difficult practice. These interferences should be direct the firstly for prevention of rising pathologic scars.*

Актуальность проблемы. Сложное анатомическое строение и функционал, многообразие развивающихся изменений в виде рубцовой деформации тыльной поверхности стопы, осложненных разгибательными контрактурами суставов, сочетающимися с рубцовыми синдактилиями делают реабилитацию этих больных сложной с точки зрения восстановления.

Глубокие ожоги тыльной поверхности стопы вызывают резкую деформацию разгибательной контрактуры суставов, тыльную форму синдактилий. Это является причиной неудовлетворительных результатов лечения. После применяемых традиционных способов хирургического лечения отмечается значительное число рецидивов.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно изучены истории болезни 42 больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями тыльной поверхности стопы и синдактилий, находившихся на лечении в отделении реконструктивной хирургии многопрофильного медицинского центра Андижанской области за период 2015–2018 гг.

Новые методы одномоментной реконструкции деформации тыльной поверхности стопы и синдактилий выполнено у 42 больных.

Радикально, строго по промежуточному слою иссекали рубцы с сустава, тыльной поверхности стопы и пальцев. Во время иссечения важно не повредить тыльную венозную сеть.

Поочередно каждый палец стопы фиксировался к подошвенной поверхности стопы в положении гиперкоррекции. Из тыльного непораженного листка межпальцевой складки выкраивали двугорбые кожно-жировые лоскуты. Основание лоскутов – 1–1,5 см, дистальный конец – 0,6–0,8 см. Свободные концы лоскутов фиксировали тремя швами в углубление между головками пястных костей, формируя межпальцевые комиссуры.

Из передней поверхности верхней трети бедра скальпелем брали широкие полнослойные кожные трансплантаты и закрывали рану начиная от лучезапястного сустава. В области двугорбых лоскутов и между собой трансплантаты сшивали узловыми и непрерывными атравматическими швами N 3-0; 4-0. Донорскую рану ушивали узловыми швами после мобилизации тканей.

Первую перевязку выполняли на 3–5 сутки после операции. При этом имеющиеся в отдельных участках под трансплантатами гематомы выпускали через небольшие насечки над ними.

Широкие полнослойные кожные трансплантаты с двугорбыми лоскутами приживаются хорошо. В отдаленные сроки трансплантаты принимают вид нормальной кожи, становятся эластичными, мягкими, легко берутся в складку, обеспечивают нормальные движения в суставах кисти.

В редких случаях трансплантаты приобретают более темную окраску, чем окружающая кожа.

Для профилактики роста рубцов в области линии швов назначали курс ультразвука с контрактубексом, бальнеолечение в условиях сероводородных источников.

Результаты и их обсуждения. Отдаленные результаты изучены у 39 (92,8 %) из 42 больных. У 38 (89,6 %) больных получены хорошие функциональные и эстетические результаты. У 3 (7,8 %) больных достигнуты удовлетворительные результаты.

После одномоментного устранения деформации тыльной поверхности стопы и синдактилии у 1 (2,4 %) больного в послеоперационном периоде наступил очаговый некроз трансплантата вследствие образования гематомы под ним. Ни в одном наблюдении мы не отметили некроза двугорбых лоскутов и рецидива синдактилий.

Вывод. При одновременном восстановлении пораженной рубцами тыльной поверхности стопы наиболее эффективным методом является пластика тыла стопы одним широким полнослойным аутооттрансплантатом после предварительного восстановления межпальцевых комиссур двугорбыми лоскуточками.

В отличие от трапецевидных и треугольных лоскутов дистальные концы двугорбых лоскутов не некротизируются, со временем их площадь увеличивается.

УДК 616.31

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ, ПАРАЩИТОВИДНОЙ И РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ГИПО- И ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ

Рахматова М. Х., Махмуров А. М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Summary. *With hypocalcemia, PTH synthesis is enhanced, which increases the osteolytic activity of osteoblasts and osteocytes, activating osteocytic osteolysis, stimulates the movement of osteoclasts to the site of resorption and their activity [1, 3]. With hypercalcemia, according to the feedback principle, the synthesis of calcitonin increases, which stimulates the flow of calcium and phosphorus from the blood into the bones, accelerates the deposition of calcium, inhibits its release from the bones, promotes the formation of an organic matrix, the process of its mineralization, accelerates the process of osteogenesis, increases bone strength.*

Актуальность. Регуляция движения кальция и фосфатов в организме, поддержание постоянной концентрации кальция в крови осуществляется паратиреоидным гормоном (ПТГ), кальцитонином (КТ), витамином D. Они образуют единый гомеостатический механизм регуляции метаболизма кальция и фосфора [5, 6]. ПТГ секретируется паращитовидными железами в ответ на снижение содержания кальция в крови. Гиперкальциемия подавляет секрецию ПТГ. Под воздействием ПТГ активизируется остеокластическая резорбция и остеопитарный остеолиз, тормозится синтез коллагена в остеобластах, стимулируется превращение преостеокластов в остеокласты [6]. Повышение содержания кальция в сыворотке крови является результатом действия ПТГ на кишечник, костную ткань, почки (система регуляции по принципу обратной связи). ПТГ усиливает высвобождение кальция из костной ткани и обратное всасывание кальция в почечных канальцах. [2, 4, 7].

Кальцитонин преимущественно секретируют парафолликулярные клетки (С-клетки) щитовидной железы. Уровень секреции кальцитонина определяется содержанием кальция в крови: при повышении содержания кальция секреция кальцитонина усиливается, а при снижении – угнетается. Основной функцией кальцитонина является угнетение костной резорбции. Этот процесс сопровождается гипокальциемией, гипофосфатемией. Кальцитонин ингибирует остеолиз, стимулированный ПТГ, витамином D, способствует репарации костей после переломов [4, 5, 6].

Цель. Изучение влияния гормонов щитовидной и паращитовидной желез на репаративную регенерацию костной ткани при переломе диафиза большеберцовой кости при гипо- и гиперкальциемии.