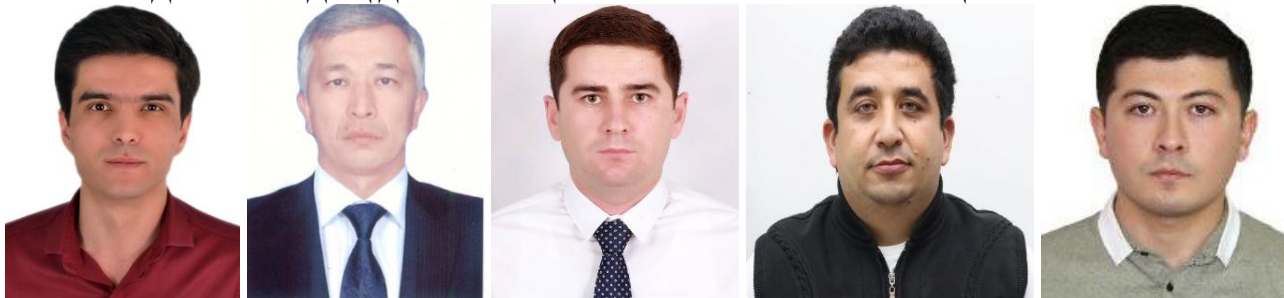


## БОЛАЛАРДАГИ ЧАНДИҚ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИ: МУАММОНИНГ ҲОЗИРГИ КҶРИНИШИ



Раззаков Анвар Сардор ўғли, Юлдашев Акмал Акрамович, Ражаматов Темур Раимжонович, Усманходжаев Абдубосит Абдурахим ўғли, Юлдашев Умид Акмал ўғли  
Болалар миллий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

## РУБЦОВЫЕ ДЕФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ - СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Раззаков Анвар Сардор угли, Юлдашев Акмал Акрамович, Ражаматов Темур Раимжонович, Усманходжаев Абдубосит Абдурахим угли, Юлдашев Умид Акмал угли  
Национальный детский медицинский центр, Республика Узбекистан, г. Ташкент

## SCAR DEFORMITIES IN CHILDREN - A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Razzakov Anvar Sardor ugli, Yuldashev Akmal Akramovich, Rajamatov Temur Raimjonovich, Usmankhodjaev Abdubosir Abdurahim ugli, Yuldashev Umid Akmal ugli  
National Children's Medical Center, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [info@bmtm.uz](mailto:info@bmtm.uz)

**Резюме.** Куйишлар, механик шикастланишлар ва кенг яллиғланиши жараёнлари натижасида юмшоқ тўқималарнинг чуқур шикастланиши чандиқли деформациялар хавфининг ошиши билан боғлиқ. Тери ости тузилмалари ва пай-мушак аппаратининг чандиқли жараёнда иштирок этиши нафақат шикастланган сегментнинг нормал шакли ва тузилишини бузади, балки унинг ривожланиши бузилишига, прогрессив атрофияга ва функционал бузилишларга олиб келади, бу эса қайтарилмас патологик қайта қуришга ва баъзи ҳолларда иккиламчи суяк-бўғим деформациясининг ривожланишига олиб келади. Терининг чандиқли деформацияси бўлган болаларни клиник ва эстетик реабилитация қилиш тобора кўпроқ ижтимоий аҳамиятга эга бўлиб, терининг пластик, реконструктив ва тикловчи хирургиясининг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, замонавий юқори технологияли воситаларни жалб қилган ҳолда самарали даволаш усуллари ёрдамида зудлик билан ҳал қилишни талаб этади. Мақолада чандиқ тўқимасини баҳолашдаги хатолар муҳокама қилинган. Педиатрик беморларни даволаш масаллари, профилактика консерватив чора-тадбирларининг операциядан олдинги тайёргарлик доирасида ҳам, операциядан кейинги даволашдаги роли ҳам муҳокама қилинади.

**Калим сўзлар:** болаларда куйиши жароҳати, хусусиятлари, асоратлари, реабилитациянинг консерватив ва жарроҳлик усуллари, операцияга тайёргарлик.

**Abstract.** Deep damage to soft tissues as a result of burns, mechanical trauma and extensive inflammatory processes are associated with an increased risk of scar deformities. The involvement of subcutaneous structures and the tendon-muscular apparatus in the scarring process not only disrupts the normal shape and structure of the damaged segment, but also causes a violation of its development, progressive atrophy and functional failure, leading to irreversible pathological restructuring, and in some cases to the development of secondary bone-joint deformities in children. Clinical and aesthetic rehabilitation of children with scar deformity of the skin is gaining more and more social significance and is one of the most important problems of skin plastic and reconstructive surgery that require an urgent solution with the involvement of modern high-tech and highly effective methods of treatment. The article discusses the issues of errors in the assessment of scar tissue. The issues of treatment of pediatric patients, the role of preventive conservative measures both in the framework of preoperative preparation and in postoperative management are discussed.

**Keywords:** burn injury in children, features, complications, conservative and surgical methods of rehabilitation, preparation for surgery.

Жароҳатлар болалар ногиронлиги таркибида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди [2, 13, 18, 19]. ЖССТ маълумотларига кўра, куйишлар барча травматик жароҳатларнинг 30% ини ташкил қилади ва юқори даражадаги ўлим ва ногиронлик кўрсаткичлари билан ажралиб

туради. Куйишлар, экстремал вазиятларнинг пайдо бўлиш частотасига кўра, жароҳатлар орасида 3-ўринни эгаллайди ва баъзи мамлакатларда, масалан, Японияда транспорт жароҳатларидан кейин 2-ўринда туради. Ўлимга олиб келмайдиган куйишлар ҳар йили 11 миллион

одамда кайд этилади. Куйишлар касалланишининг, шу жумладан узоқ муддатга касалхонага ётқизиш ва беморлар ногиронлигининг асосий сабаби ҳисобланади. Таҷрибада ҳам, касалхонада ҳам аъзолар ва тизимлардаги морфологик ўзгаришларни ўрганишга асосланган назарий билимларни чуқурлаштирмай туриб бундай патологияли беморлар орасидаги ўлим даражасини пасайтириб ҳам, уларнинг ҳаёт сифатини яхшилаб ҳам бўлмайди.

Ўзбекистонда ҳар йили 1,7-1,9 минг бола куйиш натижасида тиббий ёрдамга мухтож. Бу куйишдан жабрланган жами беморларнинг 31-35 фоизини ташкил қилади [9, 16].

Ҳаддан ташқари чандиқларнинг илк тавсифи милоддан аввалги 1500 йилда Миср папируси Smith да топилган [12, 16, 18, 21]. Аини пайтда, адабиётлардан маълум бўлишича, ривожланган мамлакатларда 100 млн бемор ҳар йили 55 млн факультатив жарроҳлик ва 25 млн травматик жарроҳликдан [15, 16, 22] кейин чандиқлар ривожланади.

Куйишлар, механик жароҳатлар ва кенг яллиғланиш жараёнлари натижасида юмшоқ тўқималарнинг чуқур шикастланиши чандиқланиш хавфи ортиши билан боғлиқ [7, 10, 15, 19]. Тери ости тузилмалари (тўқималари) ва пай-мушак аппаратларининг чандиқланиши нафақат шикастланган сегментнинг нормал шакли ва тузилишини бузади, балки унинг ривожланишидаги бузилишга, прогрессив атрофияга ва функционал етишмовчиликка, пировардида болаларда баъзи ҳолларда қайтарилмас патологик суяк ва бўғим аппарати бузилишига олиб келади [17, 21, 22].

Сўнги йилларда куйганларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг яхшиланиши ҳамда комбустиология ва реанимациянинг ривожланиши билан куйиш жароҳатларидан ўлим частотасининг сезиларли даражада камайгани кузатилмоқда [6, 9, 16, 23]. Бинобарин, куйишнинг турли асоратлари бор одамларнинг кўпайиб бораётганини кўриш мумкин. Бундай асоратлар орасида тананинг очик жойларида локализация қилинган ялпи патологик чандиқларнинг ривожланиши кўп учрамоқда [10, 17, 19, 20].

Жамият ривожланишининг ҳозирги босқичида терининг чандиқ деформацияси бўлган болаларни клиник ва эстетик реабилитация қилиш тобора катта ижтимоий аҳамиятга эга бўлмоқда ҳамда юқори технологияли ва жуда самарали замонавий даволаш усулларини ўз ичига олган шошилиш ечимларни талаб қиладиган тери пластик, реконструктив ва тикланиш жарроҳликнинг энг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда тери шикастланишидан ва куйишдан кейинги чандиқлар - жароҳатлар ва куйиш жароҳатлари, шунингдек оператив амалиётдан кейинги асоратларнинг оқибатлари билан боғлиқ кенг тарқалган патология ҳисобланади. Кўп ҳолларда тери чандиқлари функционал бузилишларга ва патологик жараёнларнинг ривожланишига олиб келмайди. Бирок, аниқ ва деформацияланувчи тери нуқсонлари кўпинча психологик шикастланишга ва оқибатда беморнинг ҳаёт сифати кескин пасайишига олиб келади. Бу, айниқса, болаларда кўп намоён бўлади. Булар эса ушбу мавзунинг долзарблигидан далолат беради.

Ўзбекистонда ҳар йили 180 мингдан ортик жароҳатлар кайд этилади [9]. Аини вақтда шуни таъкидлаш жоизки, Ўзбекистондаги ижтимоий-иқтисодий ва технологик тараққиёт аҳоли орасида шикастланишнинг кўпайишига бевосита таъсир қилади. Болалар эса, ёш хусусиятларига кўра, шикастланишга энг кўп мойил бўлган аҳоли тоифасидир [9, 11, 16, 22]. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, Ўзбекистонда болаларнинг шикастланиш даражаси Ғарбий Европадагидан уч барабар юқоридир [9].

Бир қатор минтакаларда (вилоятларда) ихтисослашган муассасаларнинг узоқда жойлашганлиги ва ҳатто йўқлиги ҳамда аҳоли ижтимоий фаоллигининг пастлиги чандиқланиш жараёни фонида таянч-харакат тизимининг оғир деформациялари ривожланишига олиб келмоқда [1, 6, 9, 16]. Деформация соҳасидаги чандиқ тўқималарининг хусусиятини баҳолашда йўл қўйиладиган хатолар кўпинча чандиқ тўқимасининг тез ўсишига ва унинг трофикасини бузиш билан боғлиқ оператив амалиётдан кейинги асоратлар ривожланишига сабаб бўлади. Зарур реконструктив даволашнинг мураккаблиги ва кўп босқичли табиати мавжуд ёндашувларни такомиллаштиришни тақозо этмоқда [3, 10, 11, 12].

Турли тери жароҳатларидан кейин патологик чандиқларнинг ривожланиши, натижада функционал чекловлар, косметик нуқсонлар ва ижтимоий қийинчиликлар юзага келиши долзарб илмий ва клиник муаммо бўлиб қолмоқда. Комплекс даволаш ва профилактикани оптималлаштиришнинг янги имкониятлари динамикада чандиқ тўқималари шаклланишини ўрганиш ва унинг ҳар бир босқичида ортикча чандиқ ривожланишининг етакчи механизмларини аниқлаш билан боғлиқ.

Болаларда куйишдан кейинги чандиқ деформациялари куйишдан жароҳатланган барча беморларнинг 40% идан кўпроғида учрайди [5, 8, 10, 19]. Кўпгина муаллифлар куйишнинг оғир шикастланишидан бирламчи болалик ногиронлиги юқори даражада (тахминан 50%)

эканлигини қайд этишади [6, 10, 11]. Шунинг таъкидлаш керакки, болаликда куйишдан кейинги чандиқлар косметик нуқсонларда эмас, балки сезиларли функционал бузилишларда намоён бўлади [8, 10, 15].

Айни вақтда, тиббиётнинг кўплаб соҳаларида, масалан, куйиш ва йирингли жарроҳликда, тери пластик реконструктив жарроҳлигида, гинекология, оториноларингология ва бошқа соҳаларда бир қатор жарроҳлик аралашувлари ва манипуляциялар билан патологик тўқима тузилмаларини қатламма-қатлам ва аниқ олиб ташлаш талаб этилади.

Реконструктив операцияларнинг таъсири ҳар доим ҳам барқарор эмас, боланинг ўсиши ва табиий ривожланиши туфайли қисман йўқолиши мумкин [3, 15]. Патологик ўзгарган тўқималарда такрорий жарроҳлик аралашувлари, тасодифий ва баъзан терапевтик усулларни асосиз қўллаш кўпинча даволашнинг функционал ва косметик натижалари ёмонлашишига, кайталанишлар ривожланишига олиб келади [8, 16]. Куйишдан кейинги чандиқларни даволаш куйганларни реабилитация қилишнинг асосий муаммоларидан бири бўлиб, ҳозир тобора долзарб бўлиб бормоқда. Куйиш яраларини даволашдан кейин, шунингдек ҳар қандай реконструктив оператив амалиётдан олдин ва кейин узок муддатли консерватив даволанишнинг умумий қабул қилинган талабига шубҳа йўқ [22].

Бироқ ҳозир мавжуд бўлган терапевтик таъсир усуллари кўпинча етарли даражада самарали эмас, чунки улар чандиқ тўқималари деформацияловчи омилнинг таъсирини истисно қила олмайди. Шунинг таъкидлаш керакки, 4-15 ёшдаги болаларда даволашнинг жарроҳлик усулларини боланинг яқинлашиб келаётган ўсиши ва ривожланиши туфайли радикал деб аташ қийин, бу босқичма-босқич аралашувларни талаб қилади. Шу билан бирга, жарроҳлик аралашувининг маълум бир турини танлаш асосан жарроҳнинг малакаси ва клиниканинг устувор йўналишлари билан белгиланади. Ўсиб бораётган организмда жарроҳлик реабилитациясининг тактикаси ва техникаси қандай бўлиши борасида яқдиллик йўқлигини таъкидлашимиз [5, 8, 13]. Ушбу муаммонинг ечими асосан беморнинг ёши, зарар етказувчи воситанинг хусусиятлари, чандиқ деформациялари ва уларнинг локализацияси, интраоператив нуқсоннинг катталиги ва комбинацияланган маҳаллий жароҳатлар (мушаклар, суяклар, тендонлар, артикуляр юзалар)га боғлиқ. Кўтарилган масаланинг долзарблиги ва болалар комбустиологиясига бағишланган кўплаб нашрлар мавжудлигига қарамай, куйишдан кейинги чандиқ деформациялари ва контрактуралари бўлган

болаларни жарроҳлик йўли билан реабилитация қилиш тактикаси ва техникаси хусусида илмий асосланган маълумотлар йўқ.

Бунинг натижасида бундай беморларга ўз вақтида ташхис қўйилмайди ва улар вақтида даволанмайди, ногиронлик фоизи ҳатто болалик даврида ҳам юқори бўлиб, кейинчалик жиддий ижтимоий жиҳатга олиб келади. Терининг деформациясига (тери шаклининг бузилишига) сабаб бўладиган патологик чандиқлар операциялар ва жароҳатларнинг узок муддатли асоратидир. Шу билан бирга, жароҳат олган деярли барча болалар у ёки бу даражада ихтисослаштирилган тиббий ва ижтимоий реабилитацияга муҳтож бўлиб, шикастланишдан кейин, куйишдан кейин ва терининг бошқача бузилишидан кейин чандиқ деформациялари ҳосил бўлганида уларни йўқ қилиш, сезиладиган тери нуқсонини минималлаштириш учун керак [7, 16].

Чандиқ тўқималарининг хусусиятларини аниқлаш учун объектив баҳолаш усуллари [5, 10] ҳамда махсус жиҳозлардан фойдаланилади (пневмотонометрлар ва кутометрлар, дурометрлар, колориметрлар, юқори частотали ультратовуш сканерлар) ва қўлланади. Рентген нурлари ва инфракизил нурлар, радиоизотоплар, радиоавтографик, иммунологик усуллар, гистофермент сингари замонавий тадқиқот усуллари ёрдамида куйиш чандиқларини ташхислашнинг оптимал усулларини топишга ҳаракатлар бўлган [10, 19]. Бироқ, бу усуллардан ҳар доим ҳам фойдаланиб бўлмайди, чандиқларни ташхислашда асосий роль жароҳат этиопатогенези ва репарация хусусиятлари билан ҳамбарчас боғлиқ бўлган клиник кўринишга тегишли.

Келоид чандиқлари куйиш реконвалесцентларида кузатиладиган асоратлар орасида биринчи ўринни эгаллайди. Бўйин, елка, тирсак бўғимлари, кўкрак олд деворининг чуқур куйиши билан куйиш яраларининг эпителизациясидан 10-15 кун ўтиб ҳосил бўлган чандиқлар оғрикнинг бошида шаклланишига олиб келади, сўнгра бўғимларнинг чандиқ контрактуралари [10]. Яъни, бўғинлар, табиий тешиқлар, бўйин, тўш яқинида жойлашган чандиқларни консерватив даволаш жуда қийин: доимий травматизация туфайли улар тез ўсишга мойил бўлиб, кўпинча муҳим функционал ва косметик нуқсонларга олиб келади [3].

Узоқ вақт мавжуд бўлган патологик чандиқлар кўпинча юмшоқ тўқималарнинг қўшни майдонларини тортади, янги кўпол чандиқлаш туфайли доимий травматизация бўлгани учун патологик малигнизацияга [11, 23] янада мойил бўлади.

Ривожланаётган бириктирувчи тўқималарнинг биокимёвий тадқиқотлари регенерация жараёнларини тартибга солиш ва ўз-ўзини тартибга солишнинг функционал тизими сифатида фибробластлар, макрофаглар, қопловчи эпителия хужайралари ва тромбоцитлар ўртасида маълум муносабатлар мавжудлигини кўрсатди. Фибробластларнинг функционал фойдалилиги, уларнинг фикрига кўра, тромбоцитлар чиқарадиган фиброгенетик омил томонидан ва уларнинг тўпланиши пайтида назорат қилинади. Келоид деформациялари, кўкрак қафасининг туғма деформациялари бўлган болаларда жаррохлик аралашувлари пайтида тромбоцитлар дисфункциясининг клиник ва лаборатория белгилари топилди ҳамда қон пластиналари агрегация кобилятининг сезиларли пасайиши кўпинча уларнинг юқори даражадаги ёпишқоқлик кобиляти ва тромбоцитлар калций каналларининг бузилган функцияси билан бирлаштирилди. Келоид ўсишини башорат қилиш, олдини олиш ва даволаш учун тромбоцитопеник усуллардан фойдаланиш, дастлабки босқичда таъсир қилишнинг бошқа усуллари билан бирга, бизнинг эътиборимизни тортди ва бу муаммога қизиқишни оширди. Шундай қилиб, чандиқ тўқима объектив хусусиятлари ноинвазив усуллари учун узоқ муддатли кидирув оптимал клиник натижалар [6, 10] бермади. Ҳар бир ўзига хос препаратнинг таъсир қилиш механизмида мавжуд хусусиятлар асосий фаол компонентнинг хусусиятларига асосланади ва протеолитик, реологик, намликни сақловчи, яллиғланишга қарши ва регенерацияни яхшиловчи сифатида белгиланади. Бироқ, уларнинг чандиқнинг тузилишига, хужайра фаоллигига ва микроваскуляр ўзан ҳолатига таъсири ҳақида ҳамон маълумотлар йўқ, бу чандиқ ҳосил бўлиш босқичини ҳисобга олган ҳолда оптимал дори танлашни қийинлаштиради [12].

Ишончли ва тўлиқ диагностика маълумотларини олишнинг энг инфорацион усуллари гистологик ва иммуногистокимёвий усуллар ёрдамида чандиқ ўзгарган тўқималарнинг биопсияларини ўрганишдир [12].

Дермато-жаррохлик учун атрофдаги терига нисбатан чандиқларни фарқлаш терининг чандиқ деформациясини даволашнинг якуний мақсади деформацияланган юзасини текислаш эканлигини ҳисобга олиб, энг мос даволаш усулини танлаш имконини беради.

Дермато-жаррохликда чандиқ тўқималарининг ҳолатини аниқлаш учун, визуал ва тактил текширувдан ташқари, радиоизотоп клиренси, термография, магнит-резонанс томография ва лазерли доплер флорометрияси каби инструментал тадқиқот усуллари

қўлланилади. Юқоридаги усулларнинг барчаси биринчи навбатда чандиқ томирлари даражасини аниқлашга қаратилган.

Бугунга келиб терининг чандиқ деформациялари бўлган беморларни фақат оптимал комплекс даволаш орқали максимал даражадаги натижага эришиш мумкинлиги аниқ. Бу эса, ўз навбатида, беморни қониқтиради. Интеграциялашган ёндашувга эҳтиёж тери чандиқларини текислашнинг мавжуд усуллари универсал эмаслиги билан боғлиқ. Даволаш усулини танлаш чандиқланиш жараёнининг босқичларига боғлиқ бўлиб, уларнинг ҳар бири учун ўзига хос клиник кўринишлар мавжуд [4, 9]. Чандиқни даволашнинг дастлабки босқичларида даволашнинг терапевтик усуллари қўлланилади, уларнинг мақсади чандиқ тўқималари гипертрофиясининг намоён бўлиш эҳтимоли ва даражасини камайтиришдир. Ушбу усулларга куйидагилар қиради: фермент терапияси, маҳаллий компрессион терапия, силикон гел копламаси, кортикостероид инъекциялари [4, 5].

Шаклланмаган чандиқ деформациясига қарши курашиш учун кўпинча лидаза ва ронидаза каби ферментлар билан ионофорез ишлатилади [9]. Лидаза юмшатувчи ва толали ўчоқлари [5] камайтириш ҳисса қўшади бир гиалуронидаза таъсири бор.

Адабиётлардаги маълумотларга кўра, патологик чандиқларнинг олдини олиш учун компрессион терапиядан фойдаланиш ҳақида илк бор 1947 йилда қайд этилган [3]. С.М.Ҳеилбронн 1999 йилда патологик чандиқларнинг олдини олиш учун операциядан кейинги яраларни даолашда босим ўтказгичлардан муваффақиятли фойдаланиш мумкинлигини айтган [5]. Ҳозирда силикон геллар ва қопламалардан фойдаланиш самарадорлиги борасида кўплаб адабиётлар мавжуд [39]. Бироқ катта шикастланишларда силикон қопламалардан фойдаланиш уларнинг фиксацияси билан боғлиқ муаммолар туфайли қийин кечади [2].

Чандиқ деформациялари ва тери контрактуралари учун жаррохлик аралашувларини амалга оширишнинг асосий мезонларидан бири куйиш жароҳати олган пайдан бошлаб чандиқнинг пишиб етиш даражасидир [5]. Яқин пайтларгача чандиқ шаклланишининг ўзи, куйиш қачон юз берганидан қатъи назар, жаррохлик учун кўрсатма эди [3]. Дағал деформациялар ва контрактураларнинг қайталаниши туфайли даволаш тактикаси ўзгарди. Эндиликда жароҳатлардан камида 12 ой ўтгач, яъни чандиқ инволюцияси босқичида жаррохлик амалиётини ўтказиш тавсия этилмоқда [3].

Тери чандиқларининг хилма-хиллиги ҳамда бўйин ва кўкрак қафасини таранглаштирувчи



чандиқларнинг турли даражадаги тортишиши туфайли вазиятни тузатиш учун пластик жарроҳликнинг барча маълум турлари қўлланилади. Бўлинган ёки тўлиқ қатламли тери трансплантати билан терини тиклаш усули, маҳаллий пластик жарроҳликнинг турли усуллари - турли анъанавий зет-пластикасидан кенг озиклантирувчи оёғчадаги локал тери-фасциал лахтақларнинг ҳаракатигача, Филатов лахтаги билан пластик жарроҳлик [4], экспандер дермотенсияси усули, тери-фасциал лахтақларнинг эркин микрожарроҳлик трансплантацияси ана шулардандир[5].

Амалиёт усуллари кенг арсеналидан фойдаланиш зарурати ҳар бир усулнинг бошқа усулларга нисбатан қандайдир катта афзалликлари, айтилишда мақсадга мувофиқлиги ва самарадорлигини белгилайдиган ўзига хос камчиликлар мавжудлиги, ҳар бир алоҳида ҳолатда муайян усулдан фойдаланишнинг самарасизлиги ва мақсадга мувофиқ эмаслиги билан изоҳланади. Буларнинг барчаси бўйин ва кўкрак соҳасида куйиш оқибатлари бўлган беморларни даволаш учун жарроҳлик усулини танлаш қийинлигидан далолат беради.

Клиник тиббиёт ривожланишининг ушбу босқичида қўлланиладиган чуқур ва кенг куйишлар оқибатларини жарроҳлик даволашда сезиларли ютуқларга эришилганига қарамай, жарроҳлик усуллари билан тузатиш ҳар доим ҳам бундай беморларни реабилитация қилиш муаммосини етарли даражада ҳал қила олмайди. Шу боис жарроҳлик тактикаси муаммолари ва пластик жарроҳликнинг етарли усулини танлаш ҳозиргача мунозарали масала бўлиб келмоқда [2].

Жарроҳлик аралашуви усулини танлашда жарроҳлар бўйиндаги чандиқ деформацияларининг жойлашуви, чуқурлиги ва майдонидан, шунингдек тегишли функционал бузилишлар ва эстетик камчиликлардан келиб чиқишади [8]. Шу боис етарли эстетик натижага эришиш учун йўқолган терини донор тери ресурсларидан ямоқ пластикаси ёрдамида тўлдириш мақбул ҳисобланади.

Бироқ бўйин ва бош ҳаракатларини чеклаши, шунингдек эстетик позициянинг ривожланиши туфайли кўпчилик муаллифлар реконструктив жарроҳлик куйишдан кейин 6 ойдан 12 ойгача амалга оширилиши керак, деган фикрда яқдилдирлар [5]. Шу билан бирга, куйишдан кейинги дастлабки босқичларда жарроҳлик аралашувларини амалга ошириш қон йўқотиш, тикув чизиғи майдонининг кўпол чандиқлари, шунингдек чекланган ҳаракатчанлик ҳамда инфекция тушиши хавфи туфайли чандиқ деформациясини тўлиқ тузатишнинг иложи йўқлиги билан боғлиқ. [20]. Баъзи муаллифлар бўйин умуртқалари бўғимларида оғир

контрактуралар ва иккиламчи ўзгаришлар ривожланишига йўл қўймастик учун жарроҳлик аралашувларини эрта босқичда амалга оширишни ёқлайдилар, бу эса бўйин ва бош ҳаракатининг чекланиб қолишига олиб келади [2].

Куйишдан кейинги дастлабки босқичларда жарроҳлик аралашувларини амалга ошираётганда чандиқ деформациялари ва контрактуралари қайталанишининг олдини олиш учун муайян чоралар кўриш керак. Буларга чандиқ зонасини оператив амалиётдан олдин эҳтиёткорлик билан тайёрлаш, аралашув пайтида тери ва юмшоқ тўқималарни эҳтиёткорлик билан даволаш ҳамда оператив амалиётдан кейинги антибактериал ва чандиқларга қарши етарли терапия киради [2].

Реконструктив оператив амалиётларнинг асосий нукталаридан бири даволаш стратегиясини режалаштириш, яъни минимал жарроҳлик аралашувлари билан чандиқли деформацияни бартараф этиш ҳамда энг яхши функционал ва эстетик натижаларга эришишдир [3]. Бунга фақат тери ва юмшоқ тўқималар чандиқларининг ҳажмини, шунингдек етуқлиги ва анатомик локализация даражасини оператив амалиётдан олдин тўғри баҳолаш билан эришиш мумкин [4]. Бундан ташқари, пайдо бўлган нуқсонларни яшириш учун ишлатилиши мумкин бўлган атрофдаги тўқималарнинг ҳолатини ҳисобга олиш керак [5].

Шундай қилиб, ушбу муаммонинг долзарблиги чандиқ шаклланишининг турли вақтларида олинган клиник, морфологик ва иммуногистокимёвий маълумотларга асосланган чандиқ деформацияларини ташхислаш ва даволашда патогенетик жиҳатдан асосли ёндашувни ишлаб чиқиш зарурати билан боғлиқ.

#### **Адабиётлар:**

1. Абдуллоев Дж.А. Некоторые аспекты ожоговых травм в Республике Таджикистан (распространённость, проблемы и перспективы лечения) / Абдуллоев Дж.А., Гайратов Т.Г., Пайков И.А. // Вестник Акад. Мед. наук Таджикистана. - 2018. - № 1. - С. 5-9.
2. Каюмходжаев А.А. Выбор способа пластики постожоговой рубцовой деформации шеи / Каюмходжаев А.А., Аълохонов Л.Б. // Хирургия Узбекистана. - 2014. - № 4. - С. 36-39.
3. Преимущества раннего хирургического лечения глубоких ожогов шеи у детей / Гнипов П.А. и др. // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2020. - Т. 8, № 1. - С. 25 -34.
4. Ризаев Ж. А., Шамсиев Р. А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вестник проблем биологии і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.

5. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход //Журнал" Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.
6. Хирургическое лечение тотальных и субтотальных контрактур шеи с использованием предварительно растянутых задних шейно-грудных, шейно-плечевых и окололопатковых лоскутов. / Жернов А.А. и др. // Хирургия Украины. - 2019. - № 2(70). - С. 41-50.
7. A rare approach? Microsurgical breast reconstruction after severe burns. / L. Weitgasser et al. // Arch Plast Surg. - 2018. - V. 45, № 2. - P. 180184.
8. Angrigiani C. Anterior neck resurfacing using a single free flap: comparison of flap descent in patients with burn sequelae of the neck/chest and patients with burn sequelae of only the neck. / C. Angrigiani, P. Neligan, N. Thrikutam // Ann Plast Surg. - 2019. - V. 83, I. 6. - P. 642-646.
9. Application of tissue expansion with perforator flaps for reconstruction of challenging skin lesions. / H.Zhu et al. // J Reconstr Microsurg. - 2018. - V. 34, I. 1. - P. 13-20.
10. Comparative evaluation of three methods of skin graft fixation for split thickness skin graft after release of post burn contracture of the neck. / C.C.Samal et al. // Burns. - 2019. - V. 45, № 3. - P. 691-698.
11. De Sousa R.F. Bilateral unexpanded supraclavicular flaps for singlestage resurfacing of anterior neck contractures. / R.F.De Sousa // Indian J Burns. 2019. - V. 27. P. 20-29.
12. Effects of free transplantation of expanded perforator flaps in the treatment of severe scar contracture deformities in children. / X.X.Zhu et al. // Zhonghua Shao Shang Za Zhi. - 2019. V. 35. P. 405-409.
13. Expanded latissimus dorsi myocutaneous flap for burn scar reconstruction. / A.Zhang et al. // Eplasty. - 2018. 13; 18: c13.
14. Extension of flaps associated with burn scar reconstruction: A key difference between island and skin-pedicled flaps. / Y.Yoshino et al. // Burns. 2018. V. 44, I. 3. P. 683-691.
15. Grishkevich V.M. Plastic and reconstructive surgery of burns. An atlas of new techniques and strategies. / V.M.Grishkevich, Max.Grishkevich. -USA.: Springer, Cham., 2018. P. 376.
16. Management of head and neckburns- a 15-year review. / T.J.Hamilton et al. // J Oral Maxillofac Surg. - 2018. - V. 76, I. 2. - P. 375-379.
17. Medhat S.H. Post burn neck contracture: an algorithm for choosing the ideal surgical method of management. / S.H. Medhat // Int Surg J. - 2020. - V. 7, I. 2. - P. 547-551.
18. Post-burn neck contracture: effectively managed with supraclavicular artery flap. / H.Ali et al. // Ann Burns Fire Disasters. - 2019. - V. 32. № 4. - P. 301-307.
19. Postburn neck contracture: principles of reconstruction and a treatment algorithm. / Y.Gao et al. // Journal Reconstr Microsurg. - 2018. - V. 34, I. 7. - P. 514-521.
20. Postburn neck reconstruction with preexpanded upper back perforator flaps. Free-style design and an update of treatment strategies. / H.Li et al. // Ann Plast Surg. - 2018. - V. 81, I. 1. - P. 45-49.
21. Reconstruction of neck and face scar contractures using occipito-cervico-dorsal supercharged "super-thin flaps": A retrospective analysis of 82 cases in Vietnam. / V.Q.Vinh et al. // Burns. - 2018. - V. 44, I. 2. - P. 462-467.
22. Reconstruction of post-burn anterior neck contractures using a butterfly design free anterolateral thigh perforator flap. / L.Alexandre et al. // Archives of Plastic Surgery. - 2020. - V. 47, I. 2. - P. 194-197.
23. Tissue expanders; review of indications, results and outcome during 15 years' experience. / H.Karimi et al. // Burns. - 2019. - V. 45, I. 4. - P. 990-1004.

#### **РУБЦОВЫЕ ДЕФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ - СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

Раззаков А.С., Юлдашев А.А., Ражаматов Т.Р.,  
Усманходжаев А.А., Юлдашев У.А.

**Резюме.** Глубокое повреждение мягких тканей в результате ожогов, механических травм и обширных воспалительных процессов сопряжены с повышенным риском образования рубцовых деформаций. Вовлечение в рубцовый процесс подкожных структур и сухожильно-мышечного аппарата не только нарушает нормальную форму и строение повреждённого сегмента, но и обуславливает нарушение его развития, прогрессирующую атрофию и функциональную несостоятельность, приводя к необратимой патологической перестройке, а в ряде случаев и к развитию вторичных деформаций костно-суставного аппарата у детей. Клиническая и эстетическая реабилитация детей с рубцовой деформацией кожных покровов приобретает все большую социальную значимость и является одной из важнейших проблем кожно-пластической, реконструктивно-восстановительной хирургии, требующих неотлагательного решения с привлечением современных высокотехнологичных и высокоэффективных методов лечения. В статье обсуждаются вопросы ошибок при оценке рубцовой ткани. Обсуждаются вопросы лечения пациентов детского возраста, роли профилактических консервативных мероприятий как в рамках предоперационной подготовки, так и в послеоперационном ведении.

**Ключевые слова:** ожоговая травма у детей, особенности, осложнения, консервативные и хирургические методы реабилитации, подготовка к оперативному вмешательству.