

ҚЎЛ КАФТИ ВА БАРМОҚЛАРИНИНГ ЧУҚУР КУЙГАН ЖАРОҲАТЛАРИНИ ДАВОЛАШДА “НАМ ҲАВОЛИ МУҲИТ”НИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ



Хакимов Эркин Абдухалилович^{1,2}, Хайитов Улугбек Хужакулович¹, Умедов Хушвакт Алишерович^{1,2}, Бегнаева Мухиба Усмоновна²

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 – Республика шошилинич тез ёрдам илмий Маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПРЕИМУЩЕСТВА “ВЛАЖНОЙ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ” ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ЛАДОНЕЙ И ПАЛЬЦЕВ

Хакимов Эркин Абдухалилович^{1,2}, Хайитов Улугбек Хужакулович¹, Умедов Хушвакт Алишерович^{1,2}, Бегнаева Мухиба Усмоновна²

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

THE ADVANTAGES OF A "MOIST AIR ENVIRONMENT" IN THE TREATMENT OF DEEP BURNS OF THE PALMS AND FINGERS

Khakimov Erkin Abdukhalilovich^{1,2}, Khayitov Ulugbek Khujaqulovich¹, Umedov Khushvakt Alisherovich^{1,2}, Begnaeva Mukhiba Usmonovna²

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: erkinxakimov@mail.ru

Резюме. Долзарблиги. Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиши жароҳатларини даволаш ҳозирги кунда ҳам замонавий комбустиологиянинг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Куйиши жароҳатининг битиши жараёни узоқ вақтларга чўзилиши, шу билан бирга қўл кафти ва бармоқларининг деформацияловчи контрактураларни пайдо бўлиши 25-50% ни ташкил этмоқда. Тадқиқот мақсади. Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиши жароҳатини даволашда ва тери аутодермопластикаси амалиётининг эрта ўтказишида нам ҳаволи муҳитнинг самарадорлигини баҳолаш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Кузатувимизда бўлган беморлар умумий сони 125 нафарни ташкил қилди. Ушбу беморларнинг барчасида чуқур куйиши жароҳатлари аниқланган. Беморларнинг ёши 7 ойликдан 73 ёшгача бўлган беморлардан иборат бўлди. Шулардан 3 ёшгача бўлганлар сони 76 нафарни, 3 ёшдан - 14 ёшгача бўлганлар 14 нафар беморни, 14 ёшдан катта бўлганлар 35 беморни ташкил қилди. Тадқиқот натижалари. Таҳлиллар натижасидан маълум бўлдики, назорат гуруҳидаги даволанган беморларда қўлланилган анъанавий даволаш усулига қараганда асосий гуруҳидаги “намли ҳаво муҳити” билан дермазин малҳами қўлланилиб даволанганлар куйиши жароҳатида микроорганизмларнинг яшashi ва кўпайиши учун ноқулай шароит бўлганлиги сабабли регенерация жараёни жабдалашганлигини кўрсатди. Хулосалар. Келтирилган тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шуни кўрсатдики, қўл кафт бармоқ соҳаларининг чуқур куйишини даволашда “намли ҳаво муҳитини” қўллаш ва дермазин малҳамидан фойдаланиш юқори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули жаррохлик тери пластикаси амалиёти эрта ўтказишига ва уни муддатларни қисқартиришига, жароҳатни тозаланишини тезлаштирибгина қолмасдан, тери пластик амалиётидан сўнги асоратларни камайтиришига ижобий таъсир кўрсатади.

Калит сўзлар: қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиши, нам ҳаволи муҳит, аутодермопластика.

Abstract. Relevance. Treatment of deep burn injuries of the palms of the hands and today remains one of the urgent problems of modern combustiology. The healing process of a burn wound is delayed for a long time, while the appearance of deforming contractures of the fingers of the hand is 25-50%. The purpose of the study. To evaluate the effectiveness of the “moist air environment” in preparation for skin autodermoplasty, as well as in the treatment of deep burn injuries of

the hand and fingers. Materials and methods of research. The total number of patients we observed was 125. Deep burn injuries of the hand and fingers were found in all these patients. The age of the patients ranged from 7 months to 73 years. Of these, the number of children under the age of 3 was 76, between the ages of 3 and 14 - 14, and over the age of 14 - 35 patients. The results of the study. As a result of the analysis, it was found that those who were treated with dermazine ointment with a "moist air environment" in the main group, in contrast to the traditional method of treatment used in patients of the control group, indicate that the regeneration process is accelerated due to the fact that unfavorable conditions for reproduction and reproduction are created for microorganisms living in a burn wound. vital activity. Conclusions. The presented research and analysis results show that in the treatment of deep burns of the fingers and hands, the use of "moist air" and dermazine ointment are highly effective, they positively affect the healing of wounds and enable early skin grafting.

Keywords: *deep burns of the hand and fingers, moist air, autodermoplasty.*

Долзарблиги: Қўл кафт бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатларини даволаш ҳозирги кунда ҳам замонавий комбустиологиянинг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Куйиш жароҳатининг битиш жараёни узок вақтларга чўзилиши, шу билан бирга қўл кафт бармоқларининг деформацияловчи контрактураларни пайдо бўлиши 25-50% ни ташкил этмоқда [3,8,11,12]. Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш ҳолатлари, куйишдан кейинги асоратларни (контрактура, келлоид чандиқлар, пигментациянинг бузилиши, кафт ва бармоқлар эстетикасининг бузилиши) учраши куйиш жароҳатининг 35% ни ташкил қилмоқда. Болалар ўртасида бу кўрсаткич бундан кўпроғини ташкил этади [1,3,11].

Асосан эрта ёшдаги болаларда 55% куйиш жароҳатлари қўл кафти ва бармоқлар соҳасига тўғри келади. Бу куйиш жароҳатлари асосан уйни иситиш жиҳозлари, иссиқ сувни сақловчи идишларни (термос) ишлатиш оқибатида ҳамда киш ойларида тоғли худудларда уйни иситиш учун сандалдан фойдаланиш ҳамон сақланиб қолганлиги натижасида келиб чиқмоқда, жумладан сандалдан асосан оёқ, қўл, бош ва юз соҳалари чуқур куйиши жароҳатлари кузатилади [2,3-5]. Сандалга тушиб кетиш оқибатида оёқларда куйишлар 40% ни, қўл кафти ва бармоқларда 30% ни, бош ва юз соҳаси 25-30% ни ташкил этади. Сандалдан куйиш ҳар доим ҳам терининг чуқур куйиши билан характерланади. Сабаби сандал чуқурчасидаги алангадан пайдо бўлган чўғ 400 градусдан 800 градусгача бўлган юқори иссиқ ҳароратни ташкил қилади [6,12].

Эрта ёшдаги болалар аввалига сандал атрофидаги иссиқ жой ҳисобига ухлаб қолади. Маълум вақтдан сўнг уйку аралаш иссиқдан безовталаниб, сандал чуқурчасига, боши, юзи соҳаси, билак ёки қўл соҳаси билан кўпроқ ҳолатларда оёқлари билан сандал чуқурчасидаги юқори ҳароратли чўғ устига тушиб кетиш натижасида чуқур куйиш жароҳати олади. Бундай ҳолатларда сандал чўғидан куйиш жароҳати терининг нафақат дерма қаватининг тўлиқ куйиб кетиши, балки тери ости тўқималарини ҳам оғир жароҳатлайди. Натижада қўл кафт бармоқларининг қора қўтир қурумига айланиб,

қўл кафти ва бармоқларининг анатомик бутунлиги бузилади. Периферик қон томирлар, вена ва лимфа оқими секинлашиши кузатилиб, кескин шишлар пайдо бўлади.

Қўл кафт бармоқ соҳалари чуқур куйиш жароҳатларининг тузалиш даври 1-1,5 ойни ташкил қилади. Бу даврда жароҳатда қалин қора қўтир пайдо бўлиб, яллиғланиш даври ичида жароҳатда йиринглаш ҳолати кузатилади. Жароҳатнинг тозаланиш даврида некротомия, некроэтомия жаррохлик амалиётидан сўнг, жароҳатда грануляция пайдо бўлади. Шундан сўнг жаррохлик услуби билан эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) амалиёти бажарилади.

Тадқиқот мақсади: Қўл кафт бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатини даволашда “нам ҳаволи муҳитнинг” самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот вазифаси: Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатларини даволашда, ҳамда жаррохлик амалиётининг бажарилиш вақтини эртароқ бошлаш учун, тери кўчириб ўтказишга қисқа мудатда тайёрлашда намли ҳаво муҳитининг афзаллигини ўрганиш.

Тадқиқот предмети ва усуллари: Кузатувимизда бўлган беморлар умумий сони 125 нафарни ташкил қилди. Ушбу беморларнинг барчасида чуқур куйиш жароҳатлари аниқланган.

Беморларнинг ёши 7 ойликдан 73 ёшгача бўлган беморлардан иборат бўлди. Шулардан 3 ёшгача бўлганлар сони 76 нафарни, 3 ёшдан - 14 ёшгача бўлганлар 14 нафар беморни, 14 ёшдан катта бўлганлар 35 беморни ташкил қилди. Жабрланганларнинг 28 (21,4%) нафари сандалдан куйиш жароҳати олган. Очиқ оловдан куйганлар 58 нафар (46,4%), қайноқ сувдан 39 нафар (31,2%) чуқур куйиш жароҳати билан даволанди. Жабрланганларнинг чуқур куйиш майдони 5% дан 12% гачани ташкил этди.

Олдимизга қўйилган мақсад ва тадқиқот вазифаларини ўрганиш учун қўл кафти ва бармоқларининг ШБ-IV даражали куйиш жароҳатлари олган, куйиш майдони жиҳатидан ҳамда шифохонага тушган вақтини ҳисобга олган ҳолда, беморларни 2 гуруҳга ажратиб тадқиқот ўтказилди.



Расм 1. Бемор Р. куйиш жароҳатидан кейинги дастлабки 3-соатдан сўнг



Расм 2. Куйиш жароҳатидан кейинги дастлабки 24-соати ичида “нам ҳаво муҳитининг” таъсири

Биринчи (асосий гуруҳга) 68 нафар бемор куйиш жароҳати олган вақтдан жароҳатга бирламчи жароҳлик ишлови берилиб, таркибида оғриқ қолдирувчи доксидин-лидокаинли аралашма аэрозоли сепилиб оғриқсизлантирилди, некрозга учраган тўқималар олиб ташланиб, жароҳатланган майдонга дермазин 1% ли малҳами суртилиб 1% ли бетадин эритмаси билан асептик боғлам қўйилди, боғлам устидан 0,3-0,4 мм қалинликдаги полиэтиленли целлофан пакет билан герметик боғлам қўйилди. Бу муолажалар 13-14 сутка давом эттирилди. Ҳар куни целлофан пакетга йиғилган сероз суюқлик миқдори ўлчаб борилди, ҳамда олинган суюқлик биохимик таҳлилдан ўтказилди. 8-10- суткада жароҳатдан чиқадиغان ажралма камайиб борди, аммо жароҳат устида қалин фибрин секинлик билан тозаланиб борди. Жароҳатнинг йирингли жараёнини ривожланмаслиги учун жароҳатга таркибида антибиотик сақловчи левамикол-офломелид-дермазин малҳами билан комбинациялаштирилиб суртилди, устидан бетадинли асептик боғлам қўйилиб целлофанли пакет билан қафт бармоқ соҳалари герметик боғлам қўйилди. Даволаниш жараёнида беморларда оғрикли ҳолатлар деярли кузатилмади. Бармоқларда биллак-қафт бўғимида ҳаракатлар чекланиши “намли ҳаво муҳити” ҳисобига кузатилмади. 15-17 кунларда эркин тери кўчириб ўтказиш жароҳлик амалиёти ўтказилди.

Олинган донор соҳадан тери қалинлиги 0,3-0,4 мм бўлиб, қўл қафт соҳасининг эстетик ҳолатини сақлаб қолиш, келажакда контрактура пайдо бўлишини олдини олиш мақсадида, олинган эркин тери перфорация қилинмасидан узунасига бўйлама равишда тери пластикаси амалиёти бажарилди.

Иккинчи гуруҳ, яъни назорат гуруҳидаги 57 нафар беморлар қўл қафти ва бармоқларининг чуқур куйиши билан стационарга ётқизилгандан сўнг анъанавий даволаш стандартлари бўйича

олиб борилди. Беморлар қўл қафти ва бармоқларида ШБ-IV даражали куйиш ташхиси қўйилгандан сўнг, оғриқсизлантирилиб жароҳатга бирламчи ишлов берилиб левамикол-диоксизол малҳами суртилиб (бетадинли йодаперон) асептик боғлам қўйилди ва у ҳар 3-4 кун оралиғида алмаштирилиб, некрозлардан тозалаш учун салицил 10%-20% ли малҳамидан фойдаланилди.

Жароҳатни тозалаш учун аутодермопластика амалиётига тайёрлаш мақсадида трипсин, хемотрипсин ферментларидан фойдаланилди. Назорат гуруҳидаги беморларга 23-24 кунларда аутодермопластика амалиёти бажарилди. Қафт устки ва пастки юзасидаги грануляцияланган жароҳатларга перфорация қилинган 0,3-0,4 мм қалинликдаги тери бўлақлари қўйилди.

Барча беморларнинг қўл қафти ва бармоқ соҳалари ҳаракат зонаси бўлганлиги сабабли юмшоқ лангеталардан фойдаланилди.

Асосий гуруҳдан жой олган беморларни барчасида целлофан пакетга йиғилган ажралмалар бактериологик текширувдан ўтказилди. Шунга кўра антибактериал даволаш муолажалари олиб борилди. Кўп ҳолларда кенг миқёсда таъсир этувчи антибиотикларга сезувчанлиги аниқланди. Олинган натижаларга қараб цефалоспорин II-III - авлод антибиотиклари қўлланилди.

Олинган натижалар муҳокамаси. Асосий гуруҳда даволанган беморларнинг қўл қафти ва бармоқлар соҳасидаги жароҳатларга дастлабки 1-соатдан бошлаб дермазинли малҳами суртилиб, бетадинли асептик боғлам қўйилди, шундан сўнг целлофан пакет кийдирилиб “намли ҳаво муҳити” пайдо қилинди. Маълум вақтдан сўнг тўқ сарғиш экссудат суюқлик ажралиб чиқиши бошланди. Бир кунда катта ёшдаги беморлар жароҳатидан 500-700 млгача суюқлик ажралиб чиқди. Намли ҳаво муҳитда, жароҳатда қуруқ некроз пайдо

бўлишини олдини олиниб, жароҳат чуқурлашиб тўқималарни қон билан таъминлашининг бузилиши олдини олинди. Шу билан бирга беморларда жароҳатда бўладиган оғриқдан ҳам шикоятга деярли бўлмади.

Жароҳатдаги боғлам ҳар куни бир маротаба очилди. Боғлам алмаштиришда “намли ҳаво муҳитида” бўлганлиги сабабли оғриқсиз бўлиб, боғлам жароҳатдан ажралиши енгил кечди. 2-кунда жароҳат устида қалин сарғиш фибринлар пайдо бўлди. Фибринлар ҳар боғлам алмаштирилганда боғлов материалга ёпишиб ажралиб тушаверди. Некрозга учраган тери тўқималари оғриқсиз ажралиши ҳар боғлам алмаштирилганда енгил олиб борилди. Жароҳатдан чиқадиган суюқлик ҳар кунига 10-15% га камайиб ранги хиралашиб қуюқлашиб борди. Олинган суюқлик экссудат биохимик таҳлилида умумий оксил миқдори 55 г/л дан секин аста 6-7- кунларда 25-30 г/л гача камайиб борди. Бундан ташқари суюқликда калий-натрий-хлор электролитлари аниқланди.

Электролитлар қондаги таҳлиliga қараганда 3-4 баробар камлигини таҳлиллар кўрсатди. Шундай қилиб, I гуруҳда даволанган беморларга қўлланган “намли ҳаво муҳити” 10-12

кунда жароҳатда грануляция пайдо бўлиши, жароҳатнинг қисқа муддатда тоза бўлишига ёрдам бериб, асосий (I гуруҳ) гуруҳдаги беморлар 16-17 кунларда тери пластикаси амалиёти бажарилди. Бу эса асосий (I гуруҳ) гуруҳдаги беморлар ётоқ кунлари $22,5 \pm 1,5$ кунни ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги беморлар ётоқ куни эса $32,5 \pm 3,4$ кун бўлди.

Иккала гуруҳда даволанган беморларга тери бутунлиги тиклангандан сўнг қўл қафти ва бармоқлар соҳаларига 3-4 ой мобайнида гипсли қаттиқ лангеталар, ёки юмшоқ лангеталар қўйилиб, ҳар кунига бир маротаба боғлам ечилиб камфора мойи 5%-10% ли эритмаси билан массаж, даволаш гимнастикаси қилиниб борилди. Даволаниш физкультураси 30-40 дақиқагача давом этирилди, бу эса қўл қафт бармоқларидаги контрактураларнинг эрта олдини олишга қаратилди.

Тери пластикаси амалиётидан сўнг (асосий) I-гуруҳдаги беморларнинг (икки йил) атига 8 тасида (8,9%) қўл қафт бармоқларда контрактура I-II даражаси кузатилди. Бу эса беморларнинг берилган тавсияларга риоя қилинмаганлиги оқибатида бўлганлиги аниқланди. Шу сабабли қайта тери пластикаси амалиёти бажарилди.



Расм 3. Бемор 3. куйиш жароҳатидан кейинги 14-сутка



Расм 4. Эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика)



Расм 5. Эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) қафт ички юзаси



Расм 6. Эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) қафт ташқи юзаси 15-сутка



Расм 7. Операциядан кейинги 3-сутка



Расм 8. Операциядан кейинги 18-сутка



Расм 9. Операциядан сўнги 1 ойдан кейинги натижа

Жадвал 1. Қўл кафт бармоқ соҳаларининг чуқур куйишини даволаш натижалари

Кўрсаткичлар	I-гурух (n=68)	II-гурух (n=57)
Тери пластикаси амалиёти кунлари	15-16	23-24
Ётоқ кунлар	22,5±1,5	33,5±3,4
Қайта жароҳлик амалиёти НК %	8 (8,9%)	36 (63,1%)

Назорат (II) гуруҳда анъанавий усулда даволанган беморларнинг 36 тасида (63,1%) II-III даражали қўл кафт бармоқлар (flexion-extension) контрактуралар кузатилди.

Бу гуруҳдаги беморларда кузатилган асоратлар 10-12 ой давомида консерватив усулда электрофорез юмшатувчи ва чандиқларни сўрдирувчи дори воситалар қабул қилгандан сўнг 31 (54,3%) нафари қайта тери пластикаси амалиёти бажарилди.

Таҳлиллар натижасидан маълум бўлдики, назорат гуруҳидаги даволанган беморларда қўлланилган анъанавий даволаш усулига караганда асосий гуруҳдаги “намли ҳаво муҳити” билан дермазин малҳами қўлланилиб даволанганлар куйиш жароҳатида микроорганизмларнинг яшаши ва кўпайиш учун ноқулай шароит бўлганлиги сабабли регенерация жараёни жадаллашганлигини кўрсатади.

Жароҳат соҳасидан олинган намуналар микробиологик таҳлилларда 32 (47%) нафариди Staph. aureus, 15 нафар (22%) беморларда Staph. epidermidis аниқланди. Микробиологик таҳлиллар асосида микроорганизмларнинг антибиотикларга сезгирлиги кўп ҳолларда аминогликозид гуруҳига кирувчи амикацин ва цефалоспоринлар гуруҳидаги цефтазидим билан биргаликда қўллаш ижобий натижалар берганлигини жароҳатда грануляциянинг қисқа вақтда ривожланиши, экссудациянинг камайиши билан яққол намён бўлди.

Хулоса: Келтирилган тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шунини кўрсатиб турибдики, қўл кафти ва бармоқ соҳаларининг чуқур куйишини даволашда “намли ҳаво муҳитини” қўллаш ва дермазин малҳамидан фойдаланиш юқори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули жароҳлик тери пластикаси амалиёти эрта ўтказишга ва уни муддатларни қисқартиришга, жароҳатни тозаланишини тезлаштирибгина

қолмасдан, тери пластик амалиётдан сўнги асоратларни камайтиришга ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, жабрланганларни кунлик боғламларини алмаштиришда ва жароҳатларга ишлов беришдаги оғриқ ва салбий ҳиссиётларни камайтиришга ҳисса қўшади, бу эса болаларда куйиш касаллигини даволаш амалиётида алоҳида ўрин тутади.

Адабиётлар:

1. Али-Заде С.Г., Василенко А.С. «Раннее хирургическое лечение ограниченных глубоких ожогов конечностей» Актуальные проблемы термической травмы: матер. межд. конф. – СПб, 2002. – С.238.
2. Белоцкий С., Брейтман Р. “Раны и повязки”. Современная концепция и практика (40 лет применения плёночных повязок) // Израиль, 2000.– С.280.
5. Бобровников А.Э. Технологии местного консервативного лечения обожжённых /диссер. д-ра мед. наук. – М., 2012. – С.312.
3. Войновский Е.А., Колтович А.П. Комбинированные термомеханические повреждения //Д-м., 2006.– С.100.
4. Евтеев А.А. Неудачи аутодермопластики. // М., 2011. – С.159.
5. Крутиков М.Г. Лечение ожоговых ран во влажной среде // Российский научно-практический журнал «Скорая медицинская помощь». – 2006. – №3, – том 7. – С.115-116.
6. Крылов К.М., Крылов П.К. Современные возможности местного лечения ожогов. Амбулаторная хирургия. - 2010. – №1. – С.30-35.
7. Крылов К.М. Раневые покрытия в комбустиологии: эволюция, перспективы / К.М. Крылов, Ю.В. Юрова, П.К. Крылов // Комбустиология. – 2011. – № 46-47.
8. Шакиров Б.М., Ахмедов Ю.М., Тагаев К.Р., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А. «Лечение глубоких

ожогов стопы во влажной среде /Вестник экстренной медицины. – 2013.-№4. – С.33-36.

9. Atiyeh B.S., Ioannovich J., Al-Amm C.A., El-Musa K.A. Management of Acute and Chronic Open Wounds: The Importance of Moist Environment in Optimal Wound Healing // Current Pharmaceutical Biotechnology, Volume 3, Number 3, September 2002. – p.179-195.

10. Bernard F.X., Barrault C., Juchaux F. et al. Stimulation of the proliferation of human dermal fibroblasts in vitro by a lipidocolloid dressing. J. Wound Care. 2005. Vol.14. – P.215-220.

11. Eaglstein W. H. Moist Wound Healing with Occlusive Dressings: A Clinical Focus // Dermatologic Surgery, 2001, V. 27, Issue 2, p.175-182.

12. Shakirov B.M. Sandal Burns and their Treatment in Children. J Burn Care Rehabilitation 2004; 25:501-505.

ПРЕИМУЩЕСТВА “ВЛАЖНОЙ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ” ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ЛАДОНЕЙ И ПАЛЬЦЕВ

*Хакимов Э.А., Хайитов У.Х., Умедов Х.А.,
Бегнаева М.У.*

Резюме. Актуальность. Лечение глубоких ожоговых повреждений ладоней и пальцев рук и сегодня остается одной из актуальных проблем современной комбустиологии. Процесс заживления ожоговой раны затягивается на длительное время,

при этом появление деформирующих контрактур ладоней и пальцев кистей составляет 25-50%. Цель исследования. Оценить эффективность “влажной воздушной среды” при подготовке к аутодермопластики кожи, а также при лечении глубоких ожоговых травм кисти и пальцев. Материалы и методы исследования. Общее число пациентов, которых мы наблюдали, составило 125. У всех этих пациентов были обнаружены глубокие ожоговые повреждения кисти и пальцев. Возраст пациентов варьировал от 7 месяцев до 73 лет. Из них число детей в возрасте до 3 лет было 76, в возрасте от 3 до 14 лет - 14, и в возрасте старше 14 лет - 35 больных. Результаты исследования. В результате анализа установили, что те, кого лечили мазью дермазин с “влажной воздушной средой” в основной группе, в отличие от традиционного метода лечения, применяемого у пациентов контрольной группы, указывают на то, процесс регенерации ускоряется из-за того, что для микроорганизмов живут в ожоговой ране создаются неблагоприятные условия для размножения и жизнедеятельности. Выводы. Представленные результаты исследований и анализа показывают, что при лечении глубоких ожогов области пальцев и кисти применение “влажной воздушной среды” и мази дермазин высокоэффективны, они положительно влияют сроки заживление ран и дает возможность ранней кожной пластики.

Ключевые слова: глубокие ожоги ладоней и пальцев рук, влажная воздушная среда, аутодермопластика.