

ЮЗ ВА БЎЙИН СОҲАЛАРИ ЧУҚУР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



Некбаев Хасан Сайфуллоевич¹, Хакимов Эркин Абдихалилович^{1,2}, Хайитов Улугбек Хужамкулович², Бегнаева Мухиба Усмоновна², Хайитов Лазиз Милионерovich¹, Абдухалилов Мирзиё Эркинович²

1 – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ ЛИЦА И ШЕИ

Некбаев Хасан Сайфуллоевич¹, Хакимов Эркин Абдихалилович^{1,2}, Хайитов Улугбек Хужамкулович², Бегнаева Мухиба Усмоновна², Хайитов Лазиз Милионерovich¹, Абдухалилов Мирзиё Эркинович²

1 - Самарқандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 - Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

IMPROVING METHODS OF TREATMENT OF DEEP BURN INJURY OF THE FACE AND NECK

Nekbaev Khasan Sayfulloevich¹, Khakimov Erkin Abdikhailovich^{1,2}, Khaitov Ulugbek Khuzhamkulovich², Begnayeve Muhiba Usmonovna², Khaitov Laziz Milionerovich¹, Abdukhalilov Mirziyo Erkinovich²

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

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz, erkinxakimov@mail.ru

Резюме. Юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйиш жароҳатларини даволаш муаммолари ҳозирги даврида ҳам замонавий комбустиологиянинг долзарб мавзуларидан бири бўлиб қолмоқда. Куйиш жароҳатининг битиш жараёни узоқ муддатларга чўзилиши, шу билан бирга деформацияловчи контрактуралар, пигментатив ва эстетик ўзгаришлар ва бошқа оғир асоратлар кузатилиши 20-30% ни ташкил этмоқда. Мақсад. Юз ва бўйин соҳасининг чуқур куйиш жароҳатларини, жарроҳлик усулида даволашда жароҳат қопламаси (ЖҚ) афзаллигини ўрганиш. Материал ва усуллар. РШТЎИМ нинг Самарқанд филиали комбустиология бўлимида 2010-2022 йилларда юз ва бўйин соҳалари чуқур куйиш жароҳатлари билан даволанган 210 беморларга юз ва бўйин соҳалари чуқур куйиш жароҳатларига “эрта некрэктомия ва “Парапран” ЖҚ қўлланилди. Назорат гуруҳдаги 102 (48,6%) беморларда анаънавий даволаш усуллари ўтказилди. Беморлар ёши 4 ойликдан 70 ёшгача бўлиб, ўртача 20±3,0 ёшни ташкил этди. Натижалар. Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволанган беморларга “Парапран” жароҳат қопламаси қўлланганда 12-14-кунда юз ва бўйин соҳалари чуқур куйган жароҳатда грануляция пайдо бўлиши, жароҳатнинг қисқа муддатда тоза бўлишига эришилди. Бу эса эрта бажарилган жарроҳлик амалиётини ўтказиши ва кутиладиган асоратларнинг эрта реабилитацияси қилишига имкон берди. Асосий гуруҳдаги беморларда шикастланишидан кейинги 14-17 - кунларда тери пластикаси амалиёти бажарилди. Ушбу гуруҳдаги беморларнинг даволаниши муддатлари 21,5±1,5 кунни, назорат гуруҳидаги беморлар эса 28,5±2,4 кунни ташкил қилди. Хулоса. Мазкур тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шуни кўрсатиб турибдики, юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйишини даволашда “Парапран” жароҳат қопламасидан фойдаланиши юқори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули жарроҳлик тери пластикаси амалиётини эрта ўтказишига ва уни муддатларини қисқартиришига, шунингдек жароҳатни тозаланишини тезлаштирибгина қолмасдан, тери пластик амалиётидан сўнги асоратларни камайтиришига ижобий таъсир кўрсатди. Даволаниш кунлари сезиларли равишда 8-10 кунга қисқаргани асоратларнинг эрта реабилитацияси учун ҳам яққол аҳамият касб этди. Бирламчи оператив даводан кейинги асоратлар 62,7% дан 24,1% гача камайганлиги кузатилди. Шу билан бирга, жабрланганларни кунлик боғламларини алмаштиришида ва жароҳатларга ишлов беришидаги оғриқ ва салбий ҳиссиётларни камайтиришига, пигментатив бузилишларни олдини олишига ва эстетик ҳолатининг сақланиб қолишига сабаб бўлди, бу эса бу тоифадаги беморларда куйиш касаллигини даволаш амалиётида муҳим ўрин тутди.

Калит сўзлар: Юз ва бўйин соҳасининг чуқур куйиши, жароҳат қопламаси, аутодермопластика.

Abstract. One of the urgent problems of modern combustiology remains the treatment of deep burn injuries in the face, as well as in the modern period of world medicine. Long-term process of completion of burn injury, as well as outbreaks of severe complications, pigmentative changes in deforming contractures are 20-30%. Objective. Study of the deep burn injury of the face area, the benefits of ulcerative coating (RP) in surgical treatment. Material and methods. Samarkand branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine of combiology 2010-2022, 210 patients treated with moderate injuries were divided into 2 groups and the results of treatment were studied. For 108 (51.4%) patients in the main group, "early necroectomy and parapran of the wound cover (RR)" were used. 102 (48.6%) control patients were treated. The age of patients ranged from 4 months to 70 years, an average of 20 ± 3.0 years. Results. Thus, the "wound parapran (RP)" applied to patients in the main group contributed to the appearance of granulation with a deep burn wound for 12-14 days, the purity of the injury in the shortest possible time. Early surgery, early rehabilitation of expected complications. Patients of the main group practiced skin repair for 15-17 days. This was 21.5 ± 1.5 days on treatment days for patients in this group. Day of treatment for control patients was 28.5 ± 2.4 days. Conclusions. The above results of studies and analyzes show that in the treatment of a deep knee burn, it is highly effective to use "parapran wound coating (RP)," which allows surgical skin surgery at an early stage and reduce its duration, not only accelerating skin cleaning, but also subjecting it to plastic practice positively influenced the reduction of complications. Treatment days were significantly reduced by 8-10 days, which also became important for early rehabilitation of complications. There was a decrease in complications after the primary surgical process from 62.7% to 24.1%. As well as the preservation of the aesthetic state of pigmentative disorders when replacing day dressings and reducing infusions and negative feelings when treating injuries, which plays an important role in the practice of treating burn diseases in patients

Key words: Deep burns to the neck of the face, wounds, autodermoplasty.

Долзарблиги. Дунёда ҳозирги кунда касалликларни даволаш ва ташхислашда юқори технологияларга таянган ҳолда, замонавий асбоб ускуналардан фойдаланиш, касалликларни дастлабки даврида ташхислаш, кейинги келиб чиқадиган асоратларни олдиндан аниқлаш, кам ҳаражат ва сифат кўрсаткичини яхшилаб, қисқа даврда ичида беморлар соғлиғини тиклаш муҳим аҳамиятга эга [1].

Юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйиш травмасининг асоратлари ҳамон ўз долзарблигини йўқотмаганлигини таъкидлаш лозим. Юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйиш травмасидан кейинги асоратлар (келлоид чандиклар, пигментатив ўзгаришлар, кўз олмасидаги контрактулар, оғиз соҳасининг микростомияси, кулоқ супрасининг хондрит ҳолатидан кейинги конфигурациясининг ўзгариши ва бўйин контрактураси ҳамда эстетик бузилишлар) умумий куйиш травмасининг 20-30% ини ташкил қилмоқда. Ёпиқ бинолардаги табиий газнинг чакнаши оқибатида ва суицид ҳолатлар туфайли бу кўрсаткич юз ва бўйин соҳаси чуқур куйиш травмаси 85-88% ни ташкил қилади [2,3].

Асосан ёпиқ бинодаги ёнғин, босим остида чакнаш туфайли кечадиган оловли таъсирот тананинг очиқ соҳаси бўлган юз ва бўйин соҳасига тўғридан-тўғри оғир термик таъсири кўрсатиши оқибатида юз ва бўйин терисининг чуқур термик зарарланишига олиб келади. Бу куйиш жароҳатлари асосан бинолардаги иситиш тизимининг техник носозлиги, балонда сақланувчи пропан газларнинг очиқ қолиши, газ конденцатидан ноўрин фойдаланишлар, суицид ҳолатларда, ҳарбий ҳаракатлар вақтида кўпинча бош ва юз, бўйин ҳамда қўл қафти соҳалари чуқур куйиш жароҳатлари кузатилади [4].

Ретроспектив таҳлиллар шуни кўрсатдики, эрта ёшдаги болалар ўртасида юз ва бўйин соҳалари териси чуқур термик зарарланиши сандалга боши, юз соҳаси билан тушиб кетиш оқибатида, қаровсиз қолдирилган ўспирин ёшдаги болалар орасида газ плитасидан нотўғри фойдаланишлар натижасида келиб чиққан бўлиб, улардаги куйиш жароҳатлари юз ва бўйин соҳасида куйиши 25-30% ни ташкил этади. Суюлтирилган газ, яъни пропан ва газ хаводан оғир бўлганлиги сабабли тўпланиш хусусиятига эга бўлиб, босим остида чакнаш оқибатида куйиш жароҳати олишига сабаб бўлади. Босим остида оловли чакнаш оқибатида ҳар доим терининг чуқур зарарланиши билан характерланади.

Портловчи алангадан босим остида пайдо бўладиган иссиқлик даражаси 400 градусдан 500 градусгача бўлган ҳароратни ҳосил қилади. Бундай ҳолатда қўшимча юқори нафас йўллари оғир ингалацион шикастланиш ҳам кузатилади. Шуни инобатга олган ҳолда, анамнезида ёпиқ бинодаги чакнаш туфайли олинган термик шикастланганларга ингалацион зарарланиш мавжудлиги шубҳа остига олиниб, клиник белгилари таянган ҳолда фибробронхоскопия текшириш усули ўтказилади [5].

Катта ёшдаги одамларда юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйиши, асосан очиқ оловдан, ёпиқ бинодаги ёнғинлар ва суицид ҳолатлар (кўп ҳолларда аёллар орасида оилавий келишмовчиликлар ёки рухий касалликлар туфайли) содир бўлиб, эркалар орасида эса спиртли ичимлик мутгасил истеъмол қилиш асорати сифатида ривожланган алкоголизм касаллиги таъсирида тамаки маҳсулотларини чекиб ухлаб қолиши оқибатида термик жароҳатланиши кузатилади [6].

Юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйиш жароҳатлари тузалиш даври 28-35 кунни ташкил

этомқда. Бу даврда жароҳатда қалин қора кўтир пайдо бўлиб, куйган тери эластиклик хусусияти йўқолиб кўз қовоқлар ва оғиз бўшлиғи ҳаракати чекланиб, яллиғланиш даврида жароҳатни йиринглаш жараёни кузатилади. Эрта некрэктомия жарроҳлик амалиёти (ЭНЖА) ҳамда жароҳатни ёпиб турувчи вақтинчалик қопламалар “Парапран” айнан юз ва бўйин соҳаларидаги чуқур куйган жароҳатларни даволашда ижобий натижа бериши шундан иборатки, жароҳат тубидаги терини озиклантирувчи қон томирларни ўтказувчанлигининг сақлаб қолиниши регенерация жараёнини жадаллашига имкон бериб, иккиламчи йирингли асоратларнинг ривожланишига тўсқинлик қилади.

“Парапран” ЖК афзаллиги шундаки, таркибида кучли антисептик хусусиятга эга бўлган хлоргексидин борлиги, шу билан бирга парафин бўлганлиги учун тана ҳарорати таъсирида парафин секинлик билан юмшаб хлоргексидин фаоллигини оширади, эрта некрэктомия жарроҳлик амалиётининг бажарилишида юз ва бўйин соҳасининг куйган тери тўқималарнинг оғриқсиз енгил ажралиши, жароҳат қонаши кузатилмаслиги, тери эластиклик хусусияти сақланиб туриши билан изоҳланади. Жароҳатнинг тозаланиш даврида эрта некрэктомия жарроҳлик амалиётидан (ЭНЖА) сўнг, жароҳатда грануляция пайдо бўлади. Шундан сўнг жарроҳлик усули билан эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) амалиёти бажарилади [9,10].

Мақсад. Юз бўйин соҳанинг чуқур куйиш жароҳатларини жарроҳлик усулида даволашда жароҳат қопламаси афзаллигини ўрганиш.

Материал ва усуллар. РШТЎИМнинг Самарқанд филиали комбустиология бўлимида 2010-2022 йилларда юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатлари билан даволанган 210 беморлар 2 гуруҳга ажратилиб даволаш натижалари ўрганилди. Асосий гуруҳдаги 108 (51,4%) беморларга “эрта некрэктомия ва “Парапран” жароҳат

қопламаси қўлланилди. Назорат гуруҳдаги 102 (48,6%) беморларда анаънавий куйган жароҳатни очик даволаш усуллари ўтказилган. Беморлар ёши 4 ойликдан 70 ёшгача бўлиб, ўртача $20 \pm 3,0$ ёшни ташкил этди.

Жабрланганларнинг 165 (78,5%) нафари оловдан ёнғин ёпиқ бинода чақнаши оқибатида куйиш жароҳати олган. Очик оловдан нефть маҳсулотлари, газ конденцати, бензиндан чиққан ёнғин туфайли куйганлар 23 нафар (10,9%), иссиқ буғ ва ёғдан 11 нафар (5,2%) чуқур куйиш билан жабрланган, 11 нафар (5,2%) суицид ҳолатда куйиш жароҳати билан даволанган. Жабрланганларнинг чуқур куйиш майдони 4% дан 9% гачани ташкил этди.

Тадқиқотимизда юз ва бўйин соҳасининг ШАБ-IV даражали куйиш жароҳатлари олган, куйиш майдони, ёши жиҳатидан ҳамда шифохонага тушган вақтини ҳисобга олган ҳолда, бирибирига мос бўлган беморларни 2 гуруҳга ажратган ҳолда ўрганилди.

Натижалар. Асосий гуруҳдаги 108 бемор куйиш жароҳати олган вақтдан жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови берилмади. Бунга асосий сабаб беморда оғир куйиш шоки ҳолатида бўлганилиги, шу билан бирга ингалацион зарарланишга шубҳа бўлганлигини ҳисобга олиб, аввало умумий аҳволини мўтадиллаштирувчи шокга қарши чора - тадбирларга қаратилди. Шокга қарши муолажалардан 12-16 соатдан сўнг юз ва бўйин соҳасидаги жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови бериш учун таркибида оғриқ қолдирувчи доксидин-лидокаинли аралашма аэрозоли сепилиб оғриқсизлантирилди. Некрозга учраган тўқималар олиб ташланиб, жароҳатланган майдонга таркибида хлоргексидин бўлган “Парапран” ЖК ҳамда таркибида сульфадиазин кумуш хлоргексидин бўлган дермогард малҳами суртилиб, 1% ли бетадин эритмаси билан асептик боғлам қўйилди (1-расм).



а.



б.



в.



г.

Расм 1. а. Юз ва бўйин куйиш жароҳатини жароҳат қопламаси ва дермогард малҳами билан ишлов бериш; б. Юз ва бўйин куйиш жароҳатини жароҳат қопламаси устидан асептик боғлам қўйиш техникаси; в. Юз ва бўйин куйиш жароҳатидан. 10-12 соатдан ўтиб боғлам қўйилган ҳолати; г. 10-суткада некрэкт тўқималарнинг ажралиши жароҳатнинг тозаланиш жараёни



а.



б.



в.



г.

Расм 2. а. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатининг эрта некрэктомия жарроҳлик амалиётидан кейинги 14-кун; б. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатининг аутодермопластика жарроҳлик амалиётидан кейинги 15-кун; в. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатининг эрта некрэктомия жарроҳлик амалиётидан кейинги 12-кун; г. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатининг аутодермопластика жарроҳлик амалиётидан кейинги 13-кун



а.



б.

Расм 3. а. Ингалацион шикасланишни ташхисловчи FUJINON-PS2-HP ускунаси; б. Дастлабки соатларда ингалацион шикастланишни аниқлаш учун фибробронхоскопия амалиётининг бажарилиши



а.



б.



в.



г.

Расм 4. а. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатининг гипергрануляция ҳолати; б. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатининг очик усулда даволаш натижаси 30- кун; в. Кечиктирилган аутодермопластика амалиётидан кейинги ҳолат 32- кун; г. Гипергрануляциялашган жароҳат юзаси тозаланиб аутодермопластика амалиёти бажарилди

Боғлам 72 соатгача алмаштирилмади, сўнгра жароҳат очилиб некротизация учраган тери тўқималари қонсиз, оғриқсиз, босқичма-босқич тозаланиб борилди. Некрозлардан тозаланган жароҳат устига "Парапран" ЖҚ қўйилиб дермогард малҳами қўйилиб, бетединли 1%ли эритмаси билан боғлам қўйилиб боғланди. Жароҳат боғламини алмаштириш вақтида некротизациянинг олиниш жараёнида, жароҳатдан қон кетиши ва оғриқли ҳиссиётлар кузатилмади.

Жароҳатда йирингли жараёнини ривожланмаслиги учун жароҳатга таркибидан антибиотик сақловчи офломелид-дермогард малҳами билан комбинациялаштирилиб "Парапран" ЖҚ устки қисмидан суртилиб, бетединли асептик боғлам қўйилиб, юз ва бўйин соҳаси боғланди. Даволаниш жараёнида боғламини алмаштирилгандан сўнгра беморларда оғриқли ҳиссиётлар деярли кузатилмади. Беморларнинг боғлам алмаштириш вақтида оғриқнинг

бўлмаслигига некрозлардан тозаланиш даврида қонсиз ажралишига асосий сабаб бўлиб, "Парапран" ЖК ва дермогард малҳами куйган тери-некрозларнинг қуриб қолишини олдини олиб, некроз тўқималарнинг ажралиш жараёнини енгиллашганлиги кузатилди. 12-14-кунларда юз ва бўйин соҳасидаги жароҳат тўлиқ тозаланиб, грануляция пайдо бўлди. Дастлаб кўз ва қовоқ соҳаларига эркин тери кўчириб ўтказиш жароҳлик амалиёти ўтказилди (2-расм).

Чунки кўз ва қовоқ соҳаси доимий ҳаракатда бўлиб турадиган ҳаракатчан соҳа бўлганлиги, ҳамда қисқа вақт ичида қовоқ киприк контрактурани ривожланишини назарда тутиб, эрта тери кўчириб ўтказиш тактикаси қўлланилди. Донор соҳадан олинган эркин тери қовоқ соҳасига кўчириб ўтказишда олинган тери бўлаги бўйлама ҳолда олиниб, рецепент қовоқ соҳага ҳам шу тарзда қўйилди. Кейинги босқичда юз ва бўйин соҳасида грануляция пайдо бўлган жароҳат атрофи соғ бўлган теридан ажратувчи кесма ўтказилиб, қўйиладиган донор тери бўлаги юз ва бўйин мушаклари йўналишига мос равишда тери пластика амалиёти бажарилди. Бўйин соҳаси ҳаракатчан, эгилувчан, очиқ турувчи эстетик соҳа бўлганлигини инобатга олиб, олинган донор тери бўлаги перфорация қилинмасдан бўйин мушакларига вертикал бўйлама ҳолатда аутодермопластика амалиёти бажарилди. Жароҳлик амалиёти билан бир вақтнинг ўзида беморларга иккиламчи инфекция ривожланмаслик мақсадида цефалоспорин II-III авлоди антибиотиклари билан фторхинолон II авлоди комбинациялаштирилган антибактериал терапия ўтказилди. Яллиғланиш жараёнини секинлаштириш, жароҳатдан экссудацияни камайтириш, иммун тизимни сусайтириш, донор терини лизис жараёнини профилактикаси учун оператив даволаш фонида глюкокортикоид гармонлари (дексаметазон 0,5мг\кг, преднизолон 1-2мг\кг) миқдорда 3 кун давомида муолажа давом эттирилди. Аутодермопластика амалиётидан сўнг жароҳат боғлами 48 соатгача очилмади. Умумий чуқур куйган жароҳат майдони 15% дан ортиқ бўлган беморларга инфузионтерапия, қон таҳлилида умумий оксиген миқдори 65 г\лдан паст бўлганда, гемоглобин миқдори 70г\л дан кам бўлган ҳолатларда оператив даволаш фонида гемотрасфузия ва янги музлатилган қон зардоби қўйиш ўтказилди. Оғиз бўшлиғи атрофида тери пластик амалиёти бажарилган беморларга, операция олди даврида назогастрал йўл орқали ошқозонга зонд ўрнатилиб, 3-4 кун мабойнида зондли озиклантириш олиб борилди. Юз ва бўйин соҳадаги 1% гача бўлган контакт чуқур куйган яраларга 1- суткада "Парапран" ЖК қўйилиб 2-

суткада электро-дерматом ёрдамида 0,2-0,3мм қалинликда эрта некрэктомия амалиёти бажарилиб, жароҳат атрофи соғ теригача кесиб олиниб, бир вақтнинг ўзида аутодермопластика операцияси бажарилди. Юз ва бўйин соҳасидаги чуқур куйган жароҳатларни, барча жароҳлик амалиётлари умумий наркози таъсири остида бажарилди.

Назорат гуруҳидаги 102 нафар беморлар юз ва бўйин соҳасининг чуқур куйиши билан стационарга ётқизилгандан сўнг анаънавий даволаш стандартлари бўйича олиб борилган. Беморлар юз ва бўйин соҳасининг ШАБ-IV даражали куйиш ташхиси қўйилганидан сўнг, оғриксизлантирилиб жароҳатга бирламчи ишлов шокга қарши даволаш муолажалари ўтказилиб, агар ингалацион шикастланишлар клиник белгилари мавжуд бўлса, фибробронхоскопия текшириши ўтказилди (3-расм), сўнг синтомицин 10% ли - дермазин 1% ли малҳами аралаштирилиб суртилиб жароҳатни очиқ усулда даволаш олиб борилди. Кун давомида юз ва бўйин соҳасидаги жароҳатга 4-5 маротаба синтомицин 10% ли малҳами билан дермазин 1% ли малҳами комбинациялаштирилиб суртилиб, жароҳатда 6-7- кунларда қуруқ қаттиқ некроз пайдо қилди. 10-12- суткаларда юз ва бўйин соҳасидаги куйган жароҳатда йиринглаш жараёни кузатилиб, жароҳатдан некроз тўқималар кўтарилиб ажрала бошлади. Бемор овқатланиш вақтида ҳамда зўриқиш ҳолатлари бўлган пайтларда жароҳатдан қон кетиш, юз ва бўйин жароҳатларида кучли оғрик хиссиётлари кузатилди. Очиқ усулда даволанган беморларда 24-суткага бориб жароҳат тўлиқ некроздан тозаланиб, оператив даволаниш учун тайёр бўлди (4-расм а, б, в, д).

Грануляцияланган жароҳат юзаси антисептик воситалар билан тозаланиб ювилиб, аутодермопластика амалиёти бажарилди. Жароҳатдан йирингли ажралмаларни инобатга олган ҳолда беморларга цефалоспорин II-III авлоди билан биргаликда фторхинолон II авлоди комбинациялаштирилган антибиотиклар қўлланилди. Умумий қон таҳлили, биохимик қон таҳлилларининг кўрсаткичларига қараб, гемотрансфузия ва қон зардоби, инфузион терапия операция фонида бажарилди. Жароҳатда гипергрануляция бўлган жароҳат юзаси ётоқ ҳолатда скальпел ёрдамида кириб олиниб, капилляр қон кетган соҳага адреналин + натрий хлор эритмаси салфеткага шимитилиб босиб туриш усулида қон кетиши тўхтатилиб аутодермопластикаси бажарилди. Операциядан сўнг яллиғланиш жараёни секинлаштириш жароҳатда экссудация жараёнини сусайтириш мақсадида глюкокортикоидлар преднизолон 1-2 мг\кг, дексаметазон 0,2-0,3 мг\кг миқдорда 3 кун давомида муолажа қилинди.



Расм 5. а. Бемор Д. 7 ёш. Бўйин соҳаси ШБ даражали 5% термик куйиши, келлоид чандиқланиши 2 йилдан кейинги ҳолат; б. Бемор Ж. 30 ёш. Юз ва бўйин, қўл соҳаси ШБ даражали 15% оловдан куйиши, келлоид чандиқланиши 5 йилдан кейинги ҳолат; в. Бемор А.10 ёш. Бош юз ва бўйин соҳаси ШБ-IV даражали 12% сандалдан куйиши, келлоид чандиқланиши 9 йилдан кейинги ҳолат

Жадвал 1. Юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйишини даволаш натижалари

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ 108	Назорат гуруҳ 102
Тери пластикаси амалиёти кунлари	12-14	21-23
Даволаниш кунлари	20,5±1,5	28,5±2,4
Қайта реконструктив жаррохлик амалиёти НК %	26 (24,1%)	64 (62,7%)

Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволанган беморларга қўлланган "Парапран" ЖК 12-14-кунда юз ва бўйин чуқур куйган жароҳатда грануляция пайдо бўлиши, жароҳатнинг қисқа муддатда тоза бўлишига ёрдам берди. Эрта бажарилган жаррохлик амалиёти, кутиладиган асоратларнинг эрта реабилитацияси бўлиб хизмат қилди. Асосий гуруҳдаги беморлар 14-17 кунларда тери пластикаси амалиёти бажарилди. Бу эса ушбу гуруҳдаги беморлар даволаниш кунлари 21,5±1,5 кунни ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги беморлар даволаниш кунни эса 28,5±2,4 кунни ташкил қилди. Иккала гуруҳда даволанган беморларга тери бутунлиги тиклангандан сўнг, юз ва бўйин соҳаларига 3-4 ой мобайнида чандиқланишни профилактикаси учун "Клин Скар" креми суртиш тавсия қилинди. "Клин Скар" кремнинг асосий хусусияти чандиқланишни олдини олиб, терининг пигментатив бузилишларни камайтиради. Бўйин соҳасида контрактурани профилактикаси учун даволовчи гимнастикаси 20-25 дақиқагача давом эттириб, мунтазам равишда бўйин юмшоқ шинаси тақиб юриш 6 ойгача тавсия қилинди. Бу эса бўйин контрактуралар пайдо бўлишини эрта реабилитациясига қаратилди.

Юз ва бўйин соҳасининг тери пластикаси амалиётдан сўнг асосий гуруҳдаги беморларнинг (уч йилда) 26 тасида (24,1%) да юз ва бўйин соҳаларининг I-II даражали кўз ковоқ соҳасида, лаб соҳасида юқорги ва пастки тортилувчи контрактуралар, бўйин контрактуралари, чандиқланишлар, пигментатив бузилишлар, оғиз микростомияси, юз эстетикасининг бузилиш ҳолатлари кузатилди (5-расм а, б, в).

Беморлар диспансер назоратида бўлишига қарамадан, мунтазам равишда тавсия этилган

муолажаларни қабул қилинмаганлиги оқибатида юқоридаги асоратлар кузатилганлиги билан изоҳланади. Ушбу асоратлар кузатилган беморларни санатория-курорт, физотерапевтик даволаш муолажалари олгандан сўнг қайта реконструктив тери пластик жаррохлик амалиёти бажарилди.

Назорат гуруҳда анаънавий усулда юз ва бўйин чуқур куйган жароҳатлари билан даволанган беморларнинг 64 тасида (62,7%) II-III - даражали юз ва бўйин соҳасида кўз ковоқ, лаб бўйин соҳаларида чандиқланган контрактуралари, пигментатив бузилишлар келлоид чандиқланишлар кузатилди.

Назорат гуруҳдаги беморларда кузатилган асоратлар 3 йил давомида консерватив усулда санатория-курорт муолажалари электрофорез, юмшатувчи ва чандиқларни сўрдирувчи дори воситалар қабул қилгандан сўнг 64 (62,7%) нафарида қайта икки-уч босқичда қайта реконструктив тери пластикаси жаррохлик амалиёти бажарилган (1-жадвал). Таҳлил натижаларидан маълум бўлдики, назорат гуруҳидаги даволанган беморларда қўлланилган анаънавий даволаш усулига қараганда, асосий гуруҳдаги "Парапран" ЖК қўлланилиб боғлам остида юз ва бўйин соҳаларини даволаш давомида куйиш жароҳатида микроорганизмларнинг яшаши ва кўпайиш учун ноқулай шароит бўлганлиги сабабли, некрозлар оғриқсиз қисқа давр оралиғида ажралиши, тўқималарнинг қуриб қолиши олди олиниб, кон томирлар ўтказувчанлиги сакланиб туриши эвазига, регенерация жараёнини жадаллашганлигини, кейинги кузатилган юз ва бўйин соҳаларидаги чандиқли асоратлар пигментатив бузилишлар камайганлигини кузатдик (6-расм а, б, в, г).



а.



б.



в.



г.

Расм 6. а. Юз ва бўйин чуқур куйиш жароҳатига жароҳат қопламаси қўлланилиб эрта пластик амалиёти кейинги ҳолат 35 кун; б. Эрта некрэктомия, аутодермопластика амалиётидан сўнги ҳолат 4 ойдан кейинги натижа; в. Эрта некрэктомия, аутодермопластика амалиётидан сўнги ҳолат 5 ойдан кейинги натижа; г. Бўйин соҳаси эрта некрэктомия, аутодермопластика амалиётидан кейинги хотима олди ҳолати

Хулоса. Келтирилган тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шуни кўрсатиб турибдики, юз ва бўйин соҳаларининг чуқур куйишини даволашда "Парапран" ЖК фойдаланиш юқори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули жароҳлик тери пластикаси амалиёти эрта ўтказишга ва уни муддатларни қисқартиришга, жароҳатни тозаланишини тезлаштирибгина қолмасдан, тери пластик амалиётидан сўнги асоратларни камайтиришга ижобий таъсир кўрсатди. Даволаниш кунлари сезиларли равишда 8-10 кунга қисқаргани асоратларнинг эрта реабилитацияси учун ҳам аҳамияти катта бўлди. Бирламчи оператив даводан кейинги асоратлар 62,7% дан 24,1% гача камайганлиги кузатилди. Шунингдек, жабрланганларни кунлик боғламларини алмаштиришда ва жароҳатларга ишлов беришдаги оғрик ва салбий ҳиссиётларни ҳамда пигментатив бузилишлар камайтиришга, эстетик ҳолатининг сақланиб қолишига сабаб бўлади, бу эса бу тоифадаги беморларда куйиш касаллигини даволаш амалиётида муҳим ўрин тутди.

Адабиётлар:

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э., Малютин Н.Б., Филимонов К.А. Анализ и особенности работы ожоговых стационаров в России в 2022 году. // Всероссийской научно-практической конференции мир без ожогов «Ожоги: диагностика, лечение, реабилитация» Россия, Махачкала Дагестан 2023 г. 10-14 стр.
2. Брегадзе А.А., Клепикова Т.Н., Лебедь А.А., Фомина О.В., Буторин Д.В., Козка А.А. Применение хитопрана для лечения ран донорских мест. // Всероссийской научно-практической конференции мир без ожогов «Ожоги: диагностика, лечение, реабилитация» Россия, Махачкала Дагестан 2023 г. 20 стр.
3. Вагнер Д.О., Зиновьев Е.В., Кошелев Т.Е., Скородумов А.В. Подходы к хирургическому лече-

нию тяжелообожженных на основании формирования моделей пациентов. // Всероссийской научно-практической конференции мир без ожогов «Ожоги: диагностика, лечение, реабилитация» Россия, Махачкала Дагестан 2023 г. 21-22 стр.

4. Романова Л.Л. Периоперационный период ранних некрэктомий с одномоментной аутодермопластикой у детей с глубокими ожогами. // Всероссийской научно-практической конференции мир без ожогов «Ожоги: диагностика, лечение, реабилитация» Россия, Махачкала Дагестан 2023 г. 48-49 стр.

5. Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Рузимуратов Д.А., Камиллов У.Р., Ахмедов А.И. Эффективность применения раневых покрытий при местном лечении ожоговых ран у тяжелообожженных. // Всероссийской научно-практической конференции мир без ожогов «Ожоги: диагностика, лечение, реабилитация» Россия, Махачкала Дагестан 2023 г. 63-65 стр.

6. Бобровников А.Э. Технологии местного консервативного лечения обожжённых. Диссертация доктора медицинских наук. Москва. 2012:4-312. [Bobrovnikov A.E. Technologies of local conservative treatment of the burned. Dissertation of the Doctor of Medical Sciences. Moscow. 2012:4-312].

7. Хаджибаев А.М., Фаязов А.Д. Принципы хирургического лечения тяжелообожженных. Методические рекомендации. Ташкент 2004:3-4. [Khadzhibayev A.M., Fayazov A.D. Printsipy khirurgicheskogo lecheniya tyazheloobozhzhennykh. Metodicheskie rekomendatsil. Tashkent 2004:3-4].

8. Евтеев А.А., Тюрников Ю.И., Шерстнёв Р.А., Астафьев И.В. К вопросу об оценке эффективности аутодермопластики. Мир без ожогов. Москва, Россия. 2011:159-160. [Evtsev A.A., Tyurnikov Yu.I., Sherstnev R.A., Astafyev I.V. On the issue of evaluating the effectiveness of autodermaplasty. A world without burns. Moscow, Russia. 2011:159-160.

9. Крутиков М.Г. Лечение ожоговых ран во влажной среде. Российский научно-практический жур-

нал. Скорая медицинская помощь. 2006; 3(7):115-116. [Krutikov M.G. Treatment of burn wounds in a humid environment. Russian Scientific and Practical journal. Emergency medical care. 2006;3(7):115-116] 10. Крылов К.М., Юрова Ю.В. Раневые покрытия в комбустиологии: эволюция, перспективы. Мир без ожогов Комбустиология. 2011; 46-47. [Krylov K.M., Yurova Yu.V. Wound coverings in kombustiology: evolution, prospects. A world without burns Combustiology. 2011; 46-47].

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ОЖоговой ТРАВМЫ ЛИЦА И ШЕИ

*Некбоев Х.С., Хакимов Э.А., Хайитов У.Х.,
Бегнаева М.У., Хайитов Л.М., Абдухалилов М.Э.*

Резюме. Одной из актуальных проблем современной комбустиологии остается лечение глубоких ожоговых травм области лица, а также в современном периоде мировой медицины. Длительный процесс окончания ожоговой травмы, а также вспышки тяжелых осложнений, пигментативные изменения деформирующих контрактур составляют 20-30%. Цель. Изучение глубокой ожоговой травмы области лица, преимущества раневого покрытия (РП) при хирургическом лечении. Материалы и методы исследования. В отделе комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП изучены результаты лечения в 2 группы 210 пациентов, которые в 2010-2022 годах были госпитализированы с травмами средней тяжести. Для 108 (51,4%) пациентов основной группы были применены «ранняя некрэктомия и Паранран ранительного по-

крова (ЗП)». 102 (48,6%) пациентов из контрольной группы прошли лечение. Возраст больных составил от 4 месяцев до 70 лет, в среднем $20 \pm 3,0$ лет. Результаты. Таким образом, «Паранран раны (РП)», применявшийся к больным в основной группе, способствовал появлению грануляции при глубоком ожоговом ранении в течение 12-14 дней, чистоте травмы в кратчайшие сроки. Ранняя хирургическая операция, ранняя реабилитация ожидаемых осложнений. Пациентам основной группы в течение 15-17 дней практиковали кожную пластику. Это составило $21,5 \pm 1,5$ дня в дни лечения пациентов данной группы. Срок лечения пациентов контрольной группы составил $28,5 \pm 2,4$ дня. Выводы. Приведенные результаты исследований и анализов показывают, что при лечении глубокого ожога коленного сустава высокоэффективно использовать «Паранран раневой покрытия (РП)», что позволяет проводить операцию хирургической кожной пластики на ранней стадии и сокращать ее сроки, не только ускоряя очистку кожи, но и подвергая ее пластической практике положительно повлияло на снижение осложнений. Значительно сократились дни лечения на 8-10 дней, что также стало важным для ранней реабилитации осложнений. Наблюдалось снижение осложнений после первичного оперативного процесса с 62,7% до 24,1%. А также сохранение эстетического состояния пигментативных расстройств при замене дневных повязок и уменьшении вливаний и негативных чувств при обработке травм, что играет важную роль в практике лечения ожоговых заболеваний у пациентов

Ключевые слова: Глубокий ожог области шеи, раны, раневое покрытие, аутодермопластика.