

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПТИМИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ КИСТИ

Исматил Одилжон Обидович, Авазов Абдурахим Абдурахманович

Ассистенты кафедры хирургических болезней №2,

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. Ожоги кисти в числе других локализаций стоят на одном из первых мест среди ожоговых травм. Применение комплексного лечения пострадавших от глубоких ожогов кисти не всегда дает желаемый результат и у до 40% больных развиваются грубые рубцовые деформации кисти. Цель: улучшить исходы лечения пострадавших с глубокими ожогами кисти. Под нашим наблюдением находились 53 больных с глубокими ожогами кисти, лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан. Проведённое исследование показало определённые успехи, связанные с организацией специализированной помощи, которые направлены на ускорении отторжения некротической ткани для подготовки к аутодермопластике. и снижении послеожоговых контрактур и деформаций.

Ключевые слова: ожоги, кисть, лечение.

MEDICAL AND ECONOMIC ASSESSMENT OF MINIINVASIVE TREATMENTS, OPTIMIZATION, AND TACTICS OF TREATMENT FOR DEEP CHANGES OF THE HAND

Avazov Abdurahim Abdurahmonovich, Ismati Odiljon Obidovich.

Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 2

Samarkand State Medical Universit

Abstract. Burn injuries of the hand, among other localizations, rank first among burn injuries. The use of complex treatment for victims of deep hand burns does not always give the desired result, and up to 40% of patients develop gross scar deformities of the hand. Purpose: to improve treatment outcomes for victims with deep hand burns. 53 patients with deep hand burns who were treated in the burn

department of the Samarkand branch of the RSHTYOIM, Samarkand, Uzbekistan, were under our observation. The conducted research demonstrated certain successes related to the organization of specialized care aimed at accelerating the rejection of necrotic tissue for autodermoplasty preparation.

Keywords: burns, brush, treatment.

Введение. Ограниченные по площади глубокие или локальные ожоги – достаточно распространенное явление в повседневной практике отделений термических поражений. Они встречаются у 60–75% пострадавших с термической травмой, включая амбулаторных больных (1). При лечении больных с подобными ожогами очень важно достичь не только полноценного функционального, но и косметического результата, удовлетворяющего как врача, так и пациента (2). Ожоги кисти в числе других локализаций стоят на одном из первых мест и среди производственных травм составляют до 40% (3). Применение комплексного лечения пострадавших от глубоких и обширных ожогов кисти не всегда дает желаемый результат и у до 40% больных развиваются грубые рубцовые деформации кисти, коррекция которых возможна лишь с применением хирургических методов лечения (4). Основную часть больных с последствиями ожогов кистей составляют лица трудоспособного возраста от 20 до 50 лет. Частое поражение глубокими ожогами в Центральной Азии связано с тем, в холодное время года для отопления все ещё используют “сандал“. Сандаловые ожоги характеризуются наиболее тяжёлым, глубоким поражением ткани кисти (8, 12, 13).

Послеожоговая рубцовая деформация кисти является одной из главных причин инвалидизации: до половины (48,5%) всех случаев потери трудоспособности приходится на глубокие ожоги кисти (5,6). Восстановительное лечение больных с ожогами кисти, представляет большие трудности, так как кисть является анатомически сложным и очень важным рабочим органом, а также открытой частью тела. При ожогах кисти в

результате самостоятельного заживления поверхностных ожогов II степени довольно часто образуются грубые рубцы (7).

Классический способ хирургического лечения при ожогах кисти, такой как аутодермопластика расщепленным кожным аутодермотрансплантатом после отторжения струпа, не всегда позволяет восстановить функции кисти, часто приводит к развитию рубцовых деформаций, что требует последующих реконструктивных вмешательств (9). Для предотвращения тяжелых последствий ожогов кисти важное значение имеет раннее и полноценное восстановление кожного покрова (10,11).

Учитывая краткое содержание немногочисленных публикаций по данной тематике в отечественной и зарубежной литературе, можно заметить, что особенности хирургического лечения и реабилитации больных с ожогами поверхности кисти описаны недостаточно.

Цель исследования — улучшить исходы лечения пострадавших с ожогами кисти, обосновать преимущества метода хирургического лечения, улучшить отдаленные функциональные и эстетические результаты лечения пострадавших с ожогами кисти.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 53 больных с глубокими ожогами кисти, лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан.

Основную группу исследования составили 53 больных (22 женщины, 31 мужчины) в возрасте от 16 до 64 лет с ожоговыми ранами III-IV степени на общей площади до 5% поверхности тела. Проведенные исследования, наибольший удельный вес составили ожоги пламенем - 43.4% к общему числу больных (23 больных), ожоги кипятком –22.6 % к общему числу больных (12 больных), сандаловые ожоги составили 20.8% (11 больных), химические ожоги – 5.7% (3 больных), прочие ожоги – 7.5% (4 больных).

Результаты и их обсуждение. Известно, что в системе комплексного лечения больных с глубокими ожогами кисти важное место принадлежит

кожно-пластическим операциям. Длительное существование ожогового струпа препятствует осуществлению аутодермопластики, способствует развитию в ожоговой ране гноеродной микрофлоры и выделению токсических веществ, что усугубляет течение ожоговой болезни (рис.1). Самостоятельное отторжение омертвевших тканей при глубоких ожогах приводит к полному очищению раневой поверхности через 4-6 недель. Длительное существование ожогового струпа препятствует осуществлению аутодермопластики, способствует развитию в ожоговой ране гноеродной микрофлоры и выделению токсических веществ, что усугубляет течение ожоговой болезни.

У обожжённых, поступивших в стадии шока (26 больных), раневая поверхность закрывалась с растворами 1% йодопирона, йодовидона или бетадина. Обычно, первичный туалет ожоговой раны у данной категории больных производился максимально щадящим способом после купирования шока.

Примененных нами методик было использование иммобилизованных протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина и др.) в сочетании с 10% раствором мочевины. Подобное сочетание (у 10 больных) позволяет ускорить отторжение некротических масс, стимулировать очищение ожоговых ран, быстрее подготовить раны к оперативному закрытию.

Одной из примененных нами методик также было использование металлокомплексов иммобилизованных на текстильном носителе (у 23 больных). В качестве металла могут быть использованы различные соединения цинка, серебра. Вышеперечисленные металлокомплексы обладают как некролитическим, так и бактерицидным действием. Рациональное сочетание протеолитических ферментов трипсина, химотрипсина или коллитина, а также металлокомплексов, «расплавляют» представляя некротические собой своеобразный биологический скальпель, ткани путем активации плазмينا, оказывают противовоспалительное

действие. В результате снижения активности пенициллиназы бактерий, разрушения их фибриновой оболочки, понижается резистентность гноеродной микрофлоры. В результате этого ожоговые поверхности быстрее подготавливаются к завершающему этапу комплексной терапии – кожной пластике.

Свободную кожную пластику мы проводили в основном на гранулирующую рану, когда рана была полностью готова для аутодермопластического закрытия. Считается, что хорошо подготовленная для оперативного лечения раневая поверхность должна быть ярко розового цвета, не отёчной, сочной, малокровоточащей, покрытой тонким слоем нежной мелкозернистой грануляционной тканью, без фибринозных и некротических налётов и отсутствием воспалительных явлений кожи по периферии раны, а также с минимальным количеством микрофлоры. Лоскуты брали электродерматомом.

Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 38 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантаты, которые получились в результате нанесения специальным дерматомом насечек на взятые обычным способом кожные лоскуты, в результате чего они принимали вид сетки. Края трансплантата при необходимости фиксируются швами. Рана плотно забинтовывается 5-7 турами медицинского бинта. Для неподвижности тканей на противоположной стороне конечности в проекции непоражённых участков накладывалась гипсовая лонгета, иммобилизирующая прилегающие суставы с максимальным растяжением кожи на поражённых участках. При ограниченных поверхностях в области кисти 15 случаях было использовано неперфорированные трансплантаты.

Нам удалось в один этап закрыть раневую поверхность у 44 больных, в два этапа – у 9 больных. Всего произведено 62 аутопластик кожи. Первую перевязку проводили на 2 сутки после аутодермопластики, так как более

длительный бесперевязочный период может привести к расплавлению кожных трансплантата на инфицированной ране. Последующие перевязки проводились ежедневно, или через день, до полной эпителизации.

Из 53 больных с глубокими ожогами у 42 больных лизис трансплантата не наблюдалось, сроки стационарного лечения составили $27,5 \pm 3,3$ койко-дней, у 11 больных наблюдался частичный лизис трансплантатов сроки стационарного лечения составили $34,7 \pm 5,5$ койко-дней. После восстановления кожного покрова и выписки из ожогового отделения показано ношение лонгет в течение 1-2 месяцев с периодическим снятием их в течение дня для лечебной гимнастики и массажа. Лечебная гимнастика начинается после оценки состояния больного врачом реабилитологом на следующий день после поступления. Основная цель физических упражнений- восстановление функции кисти, предупреждение образования контрактур, снижение риска развития осложнений. ЛФК делается очень осторожно, индивидуально для каждого больного. Движения должны быть медленным и растягивающими. ЛФК должна проводиться 2-3 раза в день по 30-40 минут и после выписки из стационара до полного созревания и обратного развития рубца.

Целесообразно применение физиотерапевтических процедур, чередуя их и санитарно курортное лечение, с применением массажа рубцовых зон орошением сероводородными водами. Контрольные осмотры для проведения тактики лечения проводят через месяц после выписки или санаторно-курортного лечения, затем 1 раз в 3 месяца на протяжении 1-2 лет.

Выводы. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в лечении глубоких ожогов кисти наблюдаются определённые успехи, связанные с организацией специализированной помощи, которые направлены на ускорении отторжения некротической ткани для подготовки к аутодермопластике и снижении послеожоговых контрактур и деформаций.

Литература

1. Abdurakhmanovich A. A., Magrupovich S. B., Shavkatovich K. D. OYOQ PANJASI VA TOVONNING SANDALDA KUYISHINI DAVOLASH //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2023. – Т. 8. – №. 5.
2. Avazov A. A., Xursanov Y. E. ERTA KUYGAN BOLALARDA AUTODERMOPLASTIKA QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 23-28.
3. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
4. Norbekovich E. A., Abduraxmonovich A. A. OUR MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 4. – С. 69-81.
5. Abdurakhmanovich A. A., Akhtamkhon E., Alisherovich U. K. Pathogenesis, Clinic and Principles of Treatment of Burn Shock //Eurasian Research Bulletin. – 2022. – Т. 9. – С. 20-25.
6. Ruziboev S. A. et al. Results Of Treatment Of Acute Diffuse Purulent Peritonitis Using Laparostomy //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 11. – С. 66-71.
7. Avazov A. A. STRATEGIC ISSUES IN THE CONSTRUCTION OF NUCLEAR POWER PLANTS //Conference Zone. – 2022. – С. 202-203.
8. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
9. Erkinovich K. Y. METHODS OF EARLY SURGICAL TREATMENT OF BURNS //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.

10. Рузибоев С. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 61-64.
11. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
12. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
13. Авазов А. А. и др. АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 536-537.
14. Даминов Ф. А. и др. Синдром кишечной недостаточности и его коррекция у тяжелообожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 20-21.
15. Карабаев Х. К. и др. Изучение частоты и вида сердечнососудистой патологии у обожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 28-29.
16. Даминов Ф. А. и др. Особенности лечебного питания для ранней профилактики желудочнокишечных осложнений у обожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 21-21.
17. Авазов А. А. и др. ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 99-102.
18. Усанов Ж. Р. У. и др. Возможности диагностики и лечения острого тяжелого панкреатита //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 103-106.

19. Avazov A. CLASSIFICATION OF FACTORS INFLUENCING THE EFFECTIVENESS OF PERSONNEL ACTIVITIES IN INDUSTRIAL ENTERPRISES //International Finance and Accounting. – 2019. – Т. 2019. – №. 5. – С. 17.
20. Mukhammadiev M. et al. INDICATORS OF ORGAN DEFICIENCY DEVELOPMENT IN ACUTE PANCREATITIS //InterConf. – 2021. – С. 738-753.
21. Gulamov O. M. et al. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus //Doctor's herald. – 2020. – Т. 2. – С. 94.
22. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
23. Ruziboev S. et al. TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION WITH MINI-INVASIVE METHODS //InterConf. – 2021. – С. 768-773.
24. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
25. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
26. Авазов А. А., Джумагелдиев Ш. Ш., Исламов Н. К. ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 535-536.
27. Элмурадов А. Н., Авазов А. А., Мухаммадиев М. Х. РОЛ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //International Bulletin of Applied Science and Technology. – 2023. – Т. 3. – №. 6. – С. 534-538.