

ҚЎЛ КАФТИ ВА БАРМОҚЛАРИНИНГ ЧУҚУР КУЙГАН ЖАРОҲАТЛАРИНИ ДАВОЛАШДА «НАМ ҲАВОЛИ МУҲИТНИ» ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Э.А. ХАКИМОВ, Б.А. ЯНГИЕВ, У.Х. ХАЙИТОВ, Х.А. УМЕДОВ, Х.С. НЕКБОЕВ

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиали,
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF «MOIST AIR» IN THE TREATMENT OF DEEP BURNS OF THE PALM AND FINGERS

E. KHAKIMOV, B. YANGIEV, U. KHAYITOV, H. UMEDOV, H. NEKBOEV

Samarkand branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine,
Samarkand State Medical University, Uzbekistan

Мақсад. Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатини даволашда ва тери аутодермопластики амалиётини эрта ўтказишда «нам ҳаволи муҳитининг» самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва услублар. РШТЎИМнинг Самарқанд филиали комбустиология бўлимида 2017–2022 йилларда қўл кафти ва бармоқларнинг чуқур куйиш жароҳатлари бўлган 125 нафар беморларни даволаш натижалари ўрганилди. Асосий гуруҳдаги 68 та (54,4%) беморни даволашда «нам ҳаволи муҳит» қўлланилди. Назорат гуруҳидаги 57 нафар (46,6%) беморда анъанавий даволаш усуллари ўтказилди. Беморлар ёши 7 ойликдан 73 ёшгача бўлиб, ўртача $23 \pm 3,0$ ёшни ташкил этди.

Натижалар. Асосий гуруҳдаги қўл кафти ва бармоқларнинг чуқур куйишида «намли ҳаво муҳити» қўлланилиб даволанганларда регенерация жараёни жадаллашганлиги, тери қаватининг тикланиш даври қисқариб, даволаниш кунлари 10–12 кунгача камайганлиги кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларда грануляция жараёни секинлик билан кечди, операциядан кейинги асоратлари (келлоид чандиқлар, контрактуралар, пегментатив ўзгаришлар) 63,2% ни ташкил этди. Ушбу асоратлар асосий гуруҳда 8,9% гача камайиши кузатилди.

Хулоса. Қўл кафти ва бармоқ соҳаларининг чуқур куйишини даволашда «намли ҳаво муҳитини» қўллаш юқори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули тери пластик амалиётини эрта ўтказишга, амалиётдан сўнги асоратларнинг 2,5 баробарга камайишига ва даволаниш кунлари 10–12 кунгача қисқаришига эришилди, шунингдек, жабрланганларни кунлик боғламларини алмаштиришда ва жароҳатларга ишлов беришдаги оғриқ ва салбий ҳиссиётларнинг камайишига олиб келди.

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

Aim. Evaluation of the effectiveness of moist air in the treatment of deep burn wounds of the palms and fingers and in early cutaneous autodermplasty.

Material and methods. In 2017–2022, 125 patients with deep burn wounds of the hands, palms and fingers were divided into 2 groups, and the results of treatment were studied in the combustiolog department of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine. Sixty-eight (54.4%) patients in the main group were treated with a moist air environment. Traditional methods of treatment were used in 57 (46.6%) patients in the control group. The age of the patients ranged from 7 months to 73 years, and the average age was $23 \pm 3,0$ years.

Results. When patients with deep burns of the hands, palms and fingers in the main group were treated with moist air, due to unfavorable conditions for the life and reproduction of microorganisms in the burn wound, the regeneration processes were accelerated, the recovery period of the skin was shortened, and the bed-days were reduced to 10–12 days. As a result of the traditional method of treatment in patients in the control group, the granulation process proceeded more slowly, and postoperative complications (keloid scars, contractures, pigmentary changes) amounted to 63.2%, whereas in the main group, these complications decreased to 8.9%.

Conclusions. In the treatment of deep burns of the palms and fingers, the use of a «moist air environment» is highly effective. This method of treatment not only allows for early skin plastic surgery and acceleration of the granulation process but also accelerates wound healing and reduces complications. In patients in the control group, complications after skin grafting were reduced by 2.5 times, and bed-days were reduced to 10–12 days. In addition, it led to a decrease in pain and negative emotions during daily dressing and wound care.

Key words: deep burns of the hand and fingers, moist air, autodermplasty.

Долзарблиги. Ҳозирги кунда касалликларни даволаш ва ташхислашда юқори технологияларга таянган ҳолда, замонавий асбоб-ускуналардан фойдаланиш, касалликларни эрта аниқлаш, кам ҳаражат ва қисқа кунларда бемор соғлиғини тиклаш муҳим аҳамиятга эга бўлмоқда [1].

Аммо айрим патологиялардаги муаммолар ҳамон ўз долзарблигини йўқотмаганлигини таъкидлаш жоиз. Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш ҳолатлари, куйишдан кейинги асоратларни (контрактуларалар, келлоид чандиқлар, пигментатив ўзгаришлар, кафт ва бармоқлар эстетикасининг бузилиши) куйиш жароҳатининг 35% ини ташкил қилмоқда. Болалар ўртасида бу кўрсаткич бундан-да кўпроғини ташкил этади [2].

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 қиш ойларида тоғли ҳудудларда уйни иситиш учун сандалдан фойдаланиш ҳамон сақланиб қолганлиги натижасида келиб чиқмоқда, жумладан сандалдан асосан оёқ, қўл, бош ва юз соҳалари чуқур куйиши жароҳатлари кўпроқ кузатилади [3–4].

Катта ёшдаги одамларда қўл кафти ва бармоқларининг куйиши, асосан очиқ оловдан ва иссиқ жисмдан жабрланиши кўп ҳолларда кузатилади [5].

Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатларини даволаш ҳозирги кунда ҳам замонавий комбустиологиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Куйиш жароҳатининг битиш жараёни узоқ вақтларга чўзилиши, шу билан бирга қўл кафт ва бармоқларининг деформацияловчи контрактулараларининг пайдо бўлиши 25–50% ни ташкил этмоқда [6,7].

Қўл кафт ва 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. «Намли ҳаво муҳити» айнан чуқур куйган жароҳатларда самарадорлиги шундан иборатки, жароҳат тубидаги терини озиклантирувчи қон томирларнинг ўтказувчанлигини сақлаб қолишда муҳим аҳамиятга эга [8,9,10].

Жароҳатнинг тозаланиш даврида некротомия, некроэтомия жарроҳлик амалиётидан сўнг, жароҳатда грануляция пайдо бўлади. Шундан сўнг жарроҳлик усули билан эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) амалиёти бажарилади. «Намли ҳаво муҳити» жарроҳлик амалиётининг бажарилишида некрозга учраган тўқималарнинг ажралиши оғриқсиз ва жароҳатнинг қонаши кузатилмаслиги билан изоҳланади [11].

Мақсад. Қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатини даволашда ва тери аутодермопластикаси амалиётини эрта ўтказишда «нам ҳаволи муҳитнинг» самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар. РШТЁИМнинг Самарқанд филиали комбустиология бўлимида 2017–2022 йилларда қўл кафт ва бармоқларнинг чуқур куйиш жароҳатлари билан даволанган 125 беморлар 2 гуруҳга ажратилиб даволаш натижалари ўрганилди. Асосий гуруҳдаги 68 (54,4%) беморни даволашда «намли ҳаво муҳитидан» фойдаланилди (1-расм).

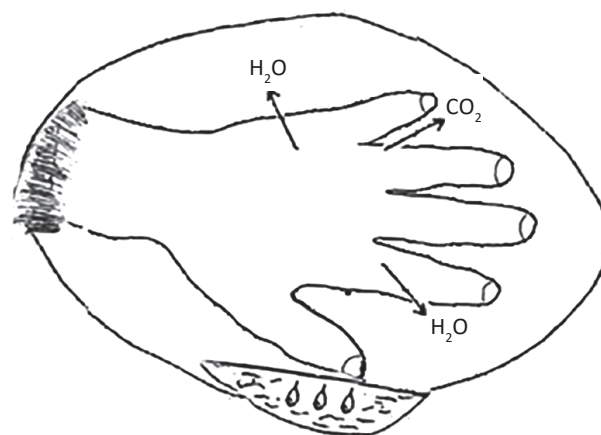
Назорат гуруҳдаги 57 (46,6%) беморда анъанавий даволаш усуллари билан даволанган. Беморлар 7 ойликдан 73 ёшгача бўлиб, ўртача $23 \pm 3,0$ ёшни ташкил этди.

Жабрланганларнинг 28 (21,4%) нафари иссиқ жисмдан куйиш жароҳати олган. Очиқ оловдан куйганлар 58 нафар (46,4%), қайноқ сувдан 39 нафар (31,2%) чуқур куйиш жароҳати билан даволанган. Жабрланганларнинг чуқур куйиш майдони 5% дан 12% гачани ташкил этди.

Тадқиқотимизда қўл кафти ва бармоқларининг III–IV даражали куйиш жароҳатлари олган, куйиш майдони жиҳатидан ҳамда шифохонага тушган вақтини ҳисобга олган ҳолда, беморларни 2 гуруҳга ажратган ҳолда ўрганилди.

Асосий гуруҳдаги 68 бемор куйиш жароҳати олган вақтдан жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови берилиб, таркибида оғриқ қолдирувчи доксидин-лидокаинли ара-лашма 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 стерил полиэтиленли пакет билан герметик боғлам қўйилди (2-расм). Бу муолажалар 13–14 кун давом эттирилди. Ҳар куни пакетга йиғилган сероз суюқлик миқдори ўлчаб борилди ҳамда олинган суюқлик биокимёвий таҳлилдан ўтказилди. 8–10-кунга келиб жароҳатдан чиқадиغان ажралма камийиб борди, жароҳат устида қалин фибрин секинлик билан тозаланиб, жароҳатдан қон кетиши ва оғриқли ҳиссиётлар кузатилмади (3-расм). Жароҳатнинг йирингли жараёни ривожланмаслиги учун жароҳатга таркибида антибиотик сақловчи левомеколь-офломелид-дермазин малҳами билан комбинациялаштирилиб суртилди, устки қаватига бетадинли асептик боғлам қўйилиб, пакет стерил ҳолатда билан кафти ва бармоқ соҳаларига герметик ҳолатда боғлам қўйилди. Даволаниш жараёнида беморларда оғриқли ҳолатлар деярли кузатилмади. Бармоқларда билан-кафт бўғимида ҳаракатлар чекланиши «намли ҳаво муҳити» ҳисобига кузатилмади. 15–17-кунларда жароҳатда грануляция пайдо бўлди ва шундан сўнг эркин тери кўчириб ўтказиш жарроҳлик амалиёти ўтказилди (4–7-расмлар).

Олинган донор соҳадан тери қалинлиги 0,3–0,4 мм бўлиб, қўл ва кафт соҳасининг эстетик ҳолатини сақлаб қолиш, келажакда контрактура пайдо бўлишининг олдини олиш мақсадида, олинган эркин тери перфорация қилинмасидан узунасига бўйлама равишда тери пластик амалиёти бажарилди (8–10-расмлар).



1-расм. Намли ҳаво (парник) муҳити билан даволаш усулининг схематик кўриниши



2-расм. «Намли ҳаво муҳити» пайдо қилиш



3-расм. Куйиш жароҳатидан кейинги дастлабки
1-кунда «нам ҳаво муҳитининг» таъсири



4-расм. Жароҳат грануляцияси 14-сутка



5-расм. Эркин тери кўчириб ўтказиш
(аутодермопластика)



6-расм. Эркин тери кўчириб ўтказиш
(аутодермопластика) кафт ички юзаси



7-расм. Эркин тери кўчириб ўтказиш
(аутодермопластика) кафт ташқи юзаси



8-расм. Операциядан кейинги
3-сутка



9-расм. Чиқариш эпикризи олди
ҳолати 18-сутка



10-расм. Операциядан сўнги
1-ойдан кейинги натижа

Назорат гуруҳидаги 57 нафар беморлар қўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиши билан стационарга ётқизилгандан сўнг, анъанавий даволаш стандартлари бўйича олиб борилди. Беморлар қўл кафти ва бармоқларида IIIБ–IV даражали куйиш ташхиси қўйилганидан сўнг, оғриқсизлантирилиб жароҳатга бирламчи ишлов берилиб, левомеколь-диоксизол-дермазин малҳами суртилиб, бетадинли асептик боғлам қўйилди ва у ҳар 3–4 кун оралиғида алмаштирилиб, некрозлардан тозалаш учун салицил 10–20% ли малҳами билан консерватив некрэктомия қилинди.

Жароҳатни йирингли фибринлардан тозалаш учун аутодермопластика амалиётига тайёрлаш мақсадида трипсин, хемотрипсин ферментларидан фойдаланилди. Назорат гуруҳидаги беморларда боғламасини алмаштириш даврида кучли оғриқ хиссиётлари ҳамда жароҳатдан қон кетиш ҳоллари кузатилиб 23–24-кунларда грануляция пайдо бўлди. Шундан сўнг пластик жарроҳлик амалиёти бажарилди. Кафт устки ва пастки юзасидаги грануляцияланган жароҳатларга перфорация қилинган 0,3–0,4 мм қалинликдаги тери бўлаклари қўйилди. Донор терини перфоратив тешиклар қўйишимиз зарурияти майда ўчоқли некрозлар ва грануляция тўлиқ намоён бўлмаганли сабаб бўлди. Барча беморларнинг қўл кафти ва бармоқ соҳалари ҳаракат зонаси бўлганлиги сабабли юмшоқ лангеталардан фойдаланилди.

Асосий гуруҳдан жой олган беморларнинг барчасида, полиэтилен пакетга йиғилган ажралмалар бактериологик текширувдан ўтказилди. Бактериологик таҳлилларда 19 (28%) нафарида *Staph. aureus*, 9 нафар (11%) беморларда *Staph. epidermidis* аниқланди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг жароҳат юзасидан олинган суртмадан бактериологик таҳлил қилинди, бунда олинган намуналар бактериологик таҳлилларда 32 (56%) нафарида *Staph. aureus*, 15 нафар (26%) беморларда *Staph. epidermidis* аниқланди. Микробиологик таҳлиллар асосида микроорганизмларнинг антибиотикларга сезгирлиги кўп ҳолларда аминогликозид гуруҳига кирувчи амикацин ва цефалоспоринолар гуруҳидаги цефтазидимга аниқланди, шунинг учун уларни биргаликда қўллаш ижобий натижалар берганлигини жароҳатда грануляциянинг қисқа вақтда ривожланиши, экссудациянинг камайиши билан яққол намоён бўлди.

Натижалар. Асосий гуруҳда даволанган беморларнинг қўл кафти ва бармоқлар соҳасидаги жароҳатларга дастлабки 1-соатдан бошлаб бетадинли асептик боғлам полиэтилен пакет кийдирилиб «намли ҳаво муҳити» пайдо қилинди. Маълум вақтдан сўнг тўқ сарғиш экссудат суюқлик ажралиб чиқиши бошланди. Бир кунда катта ёшдаги беморлар жароҳатидан 500–1000 мл гача суюқлик аж-

ралиб чиқди. «Намли ҳаво муҳитда» жароҳатда қуруқ некроз пайдо бўлишининг олди олиниб, жароҳат чуқурлашиб тўқималарни қон билан таъминлашининг бузилиши олди олинди. Шу билан бирга беморларда жароҳатда бўладиган оғриқдан ҳам шикоят деярли бўлмади.

Жароҳатдаги боғлам ҳар кuni 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 материалига ёпишиб ажралиб тушаверди. Некрозга учраган тери тўқималари оғриқсиз ажралиши, ҳар боғлам алмаштирилганда енгил олиб борилди. Жароҳатдан чиқадиغان суюқлик ҳар кунига 10–15% га камайиб ранги хиралашиб қуюқлашиб борди. Олинган суюқлик экссудат биокимёвий таҳлилда умумий оқсил 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 кўрсатди. Шундай қилиб, асосий гуруҳда даволанган беморларга қўлланган «намли ҳаво муҳити» 10–15-кунда жароҳатда грануляция пайдо бўлиши, жароҳатнинг қисқа муддатда тоза бўлишига ёрдам бериб, асосий гуруҳдаги беморлар 16–17-кунларда тери пластикаси амалиёти бажарилди. Бу эса асосий гуруҳдаги беморлар даволаниш кунлари 22,5±1,5 кунни ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги беморлар даволаниш кунлари эса 32,5±3,4 кунни ташкил этди (1-жадвал).

Иккала гуруҳда даволанган беморларга тери бутунлиги тиклангандан сўнг, қўл кафти 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 ҳамда даволаш гимнастикаси қилиниб борилди. Даволаниш гимнастикаси 30–40 дақиқагача давом эттирилди. Бу эса қўл кафт ва бармоқларида контрактуралар пайдо бўлишининг эрта олдини олишга қаратилди.

Тери пластикаси амалиётидан сўнг асосий гуруҳдаги беморларнинг (икки йилда) атиги 8 тасида (8,9%) қўл кафт ва бармоқларида контрактура I–II даражаси кузатилди. Бу эса беморларнинг берилган тавсияларга риоя қилинмаганлиги оқибатида бўлганлиги аниқланди. Шу сабабли қайта тери пластикаси амалиёти бажарилди.

Назорат гуруҳда анъанавий усулда даволанган беморларнинг 36 тасида (63,2%) II–III даражали қўл кафти ва бармоқларининг (flexion-extension) контрактуралари кузатилди (11–12-расмлар).



11-расм. Назорат гуруҳида даволанган бемордаги II даражали контрактура



12-расм. Назорат гуруҳида даволанган бемордаги III даражали контрактура

Назорат гуруҳдаги беморларда кузатилган асоратлар 10–12 ой давомида консерватив усулда электрофорез, юмшатувчи ва чандиқларни сўрдирувчи дори воситалар қабул қилгандан сўнг 36 (63,2%) нафарида қайта тери пластикаси амалиёти бажарилган (1-жадвал).

1-жадвал. Қўл кафти ва бармоқ соҳаларининг чуқур куйишини даволаш натижалари.

Кўрсаткич	Асосий гуруҳ, n=68	Назорат гуруҳ, n=57
Тери пластикаси амалиёти кунлари	15-16	23-24
Даволаниш кунлари	22,5±1,5	33,5±3,4
Қайта жарроҳлик амалиёти	8 (8,9%)	36 (63,2%)

Таҳлиллар натижасидан маълум бўлдики, назорат гуруҳидаги даволанган беморларда қўлланилган анъанавий даволаш усулига қараганда, асосий гуруҳдаги «намли ҳаво муҳити» қўлланилиб даволанганлар куйиш жароҳатида микроорганизмларнинг яшаши ва кўпайиш учун ноқулай шароит бўлганлиги сабабли, тўқималарнинг қуриб қолиши олди олиниб, қон томирлар ўтказувчанлиги сақланиб туриши эвазига, регенерация жараёни жадаллашганлигини кузатдик.

Хулоса. Келтирилган тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шуни кўрсатиб турибдики, қўл кафти ва бармоқ соҳаларининг чуқур куйишини даволашда «намли ҳаво муҳитидан» фойдаланиш юқори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули жарроҳлик тери пластикаси амалиётини эрта ўтказишга ва уни муддатларни қисқартиришга, жароҳатнинг тозаланишини тезлаштирибгина қолмасдан, тери пластик амалиётидан сўнгги асоратларни камайитиришга ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, жабрланганларнинг кунлик боғламларини алмаштиришда ва жароҳатларга ишлов беришдаги оғриқ ва салбий ҳиссиётларни камайитиришга сабаб бўлади, бу эса беморларда куйиш касаллигини даволаш амалиётида алоҳида ўрин тутади.

Адабиётлар

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э., Хунафин С.Н. Лечение поверхностных и пограничных ожоговых ран с применением современных раневых повязок. Медицинский вестник Башкортостана. 2013;8(3):25-30 [Alekseev A.A., Bobrovnikov A.E., Khunafin S.N. Lechenie poverkhnostnykh i pogranichnykh ozhogovykh ran s primeneniem sovremennykh ranevykh povyazok. Meditsinskii vestnik Bashkortostana. 2013;8(3):25-30. In Russian].
2. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тогаев К.Р. Ожоговый шок у детей. Сборник научных трудов I съезда комбустиологов России. М. 2005:56-57 [Karabaev Kh.K., Khakimov E.A., Togaev K.R. Ozhogovyi shok u detey.

Sbornik nauchnykh trudov I-sezda kombustologov Rossii. M. 2005:56-57. In Russian].

3. Фаязов А.Д. Принципы и пути улучшения результатов хирургического лечения тяжелообожженных. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Ташкент. 2007:4 [Fayazov A.D. Printsipy i puti uluchsheniya rezul'tatov khirurgicheskogo lecheniya tyazheloobozhzhennykh. Avtoref. diss.d-ra med. nauk. Tashkent. 2007:4. In Russian].
4. 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 Узбекистана. 2013;(4):33-36 [Shakirov B.M., Akhmedov Y.M., Tagaev K.R., Karabaev H.K., Khakimov E.A. Treatment of deep foot burns in a humid environment. Bulletin of Emergency Medicine Uzbekistana. 2013;(4):33-36. In Russian].
5. Shakirov B.M. Sandal Burns and their Treatment in Children. J Burn Care Rehabilitation. 2004; 25:501-505.
6. Бобровников А.Э. Технологии местного консервативного лечения обожженных. Дисс. д-ра мед. 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. In Russian].
7. Хаджибаев А.М., Фаязов А.Д. Принципы хирургического лечения тяжелообожженных. Методические рекомендации. Ташкент. 2004:3-4 [Khadjibaev A.M., Fayazov A.D. Printsipy khirurgicheskogo lecheniya tyazheloobozhzhennykh. Metodicheskie rekomendatsii. Tashkent. 2004:3-4. In Russian].
8. Евтеев А.А., Тюрников Ю.И., Шерстнев Р.А., Астафьев И.В. К вопросу об оценке эффективности аутодермопластики. Мир без ожогов. Москва. 2011:159-160 [Evtsev A.A., Tyurnikov Yu.I., Sherstnev R.A., Astafyev I.V. On the issue of evaluating the effectiveness of autodermoplasty. A world without burns. Moscow. 2011:159-160. In Russian].
9. Крутиков М.Г. Лечение ожоговых ран во влажной среде. Российский научно-практический журнал. 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. In Russian].
10. Atiyeh B., Masellis A., Conte C.: Optimizing burn treatment in developing low-and middle-income countries with limited health care resources. Public Health, Annals of burn and fire disasters. 2009;121-125.
11. 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. In Russian].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ВЛАЖНОЙ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ

Э.А. ХАКИМОВ, Б.А. ЯНГИЕВ, У.Х. ХАЙИТОВ, Х.А. УМЕДОВ, Х.С. НЕКБОЕВ

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Самаркандский Государственный медицинский университет, Узбекистан

Цель. Оценка эффективности влажной среды при лечении глубоких ожоговых ран ладоней и пальцев и при ранней кожной аутодермопластике.

Материалы и методы исследования. В 2017–2022 годах были разделены на 2 группы и изучены результаты лечения 125 больных с глубокими ожоговыми ранами кистей, ладоней и пальцев в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП. Влажно-воздушной средой лечили 68 (54,4%) больных основной группы. Традиционные методы лечения применялись у 57 (46,6%) больных контрольной группы. Возраст больных колеблется от 7 мес. до 73 лет, средний возраст $23 \pm 3,0$ года.

Результаты. При глубоких ожогах кистей, ладоней и пальцев в основной группе, получавших лечение с применением «влажно-воздушной среды», из-за неблагоприятных условий для жизнедеятельности и размножения микроорганизмов в ожоговой ране процессы регенерации ускорялись, восстановительный период кожного покрова укорачивался, а койко-дни сокращались до 10–12 дней. В результате традиционного метода лечения у больных контрольной группы процесс грануляции протекал медленнее, послеоперационные осложнения (келоидные рубцы, контрактуры, пигментные изменения) составили 63,2%, в основной группе эти осложнения уменьшились на 8,9%.

Выводы. При лечении глубоких ожогов ладоней и пальцев высокоэффективно использование «влажно-воздушной среды». Этот метод лечения не только позволяет проводить раннюю пластику кожи и ускорение процесса грануляции, ускоряет заживление ран, но и уменьшает осложнения после кожной пластики в 2,5 раза, а койко-дней сокращает до 10–12 дней, а также уменьшает боли и негативные эмоции при ежедневной перевязке и уходе за раной.

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

Сведения об авторах:

Хакимов Эркин Абдихалилович – доктор медицинских наук, заведующий отделением комбустиологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: erkinxakimov@mail.ru.

Янгиев Бахтиёр Ахмедович – кандидат медицинских наук, директор Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. E-mail: bahtierangiev560@gmail.ru.

Хайитов Улугбек Хужамкулович – старший преподаватель кафедры детской хирургии №2 Самаркандского государственного медицинского университета.

Умедов Хушвакт Алишерович – ассистент кафедры хирургии №2 Самаркандского государственного медицинского университета.

Некбоев Хасан Сайфуллоевич – врач-ординатор отделения комбустиологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Поступила в редакцию: 21.07.2023

Information about the authors:

Khakimov Erkin – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Combustiology of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine. E-mail: erkinxakimov@mail.ru.

Yangiev Bakhtiyor – Ph.D, Director of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine. E-mail: bahtierangiev560@gmail.ru.

Khaitov Ulugbek – Senior Lecturer of the Department of Pediatric Surgery No. 2 of Samarkand State Medical University.

Umedov Khushvakt – Assistant of the Department of Surgery No. 2 of Samarkand State Medical University.

Nekboev Hasan – Resident physician of the Department of Combustiology of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine.

Received: 21.07.2023