

**ҚҮЛ КАФТИ ВА БАРМОҚЛАРИНИНГ ЧУҚУР КУЙШИ 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 шошилинч 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 Abdulkhalilovich^{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 куйши жароҳатларини даволаш ҳозирги кунда ҳам замонавий комбустиологиянинг долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Куйши жароҳатининг битиси жараёни узоқ вақтларга чўзилиши, шу билан бирга қўл кафти ва бармоқларининг деформацияловчи контрактураларни пайдо бўлиши 25-50% ни ташкил этмоқда. Тақдикот мақсади. Қўл кафти ва бармоқлариниг чуқур куйши жароҳатини даволашда ва тери аутодермопластикаси амалиётининг эрта ўтказишидаги нам ҳаволи муҳитининг самарадорлигини баҳолаши. Тақдикот материаллари ва усуслари. Кузатувимиизда бўлган беморлар умумий сони 125 нафарни ташкил қилди. Ушибу беморларнинг барчасида чуқур куйши 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. Тақдикот натижалари. Таҳлиллар натижасидан маълум бўлди, назорат гуруҳидаги даволанган беморларда қўлланилган анъанавий даволаш усулига қараганда асосий гуруҳидаги “намли ҳаво муҳити” билан дермазин малҳами қўлланилиб даволангандар куйши жароҳатида микроорганизимларнинг яшаши ва кўпайши учун нокулай шароит бўлганлиги сабабли регенирация жараёни жадаллашганинг кўрсатди. Хуласалар. Келтирилган тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шуни кўрсатди, қўл кафт бармоқ соҳалариниг чуқур куйшини даволашда “намли ҳаво муҳитини” қўллаши ва дермазин малҳамидан фойдаланиши юқори самарали бўлиб, ушибу даволаш усули жарроҳлик тери пластикаси амалиёти эрта ўтказишга ва уни муддатларни қисқартишига, жароҳатни тозаланишини тезлаштирибгина қолмасдан, тери пластик амалиётидан сўнги асоратларни камайтишига ижобий таъсир кўрсатди.

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

Асосан эрта ёшдаги болаларда 55% куйиш жароҳатлари кўл кафти ва бармоқлар соҳасига тўғри келади. Бу куйиш жароҳатлари асосан уйни иситиш жиҳозлари, иссиқ сувни сақловчи идишларни (термос) ишлатиш оқибатида ҳамда қиши ойларида тоғли худудларда уйни иситиш учун сандалдан фойдаланиш ҳамон сақланниб қолганлиги натижасида келиб чиқмоқда, жумладан сандалдан асосан оёқ, кўл, бош ва юз соҳалари чуқур куйиши жароҳатлари кузатилади [2,3-5]. Сандалга тушиб кетиш оқибатида оёқларда куйишлар 40% ни, кўл 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 қиласи [6,12].

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

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

Кўл кафт бармоқ соҳалари чуқур куйиш жароҳатларининг тузалиш даври 1-1,5 ойни ташкил қиласи. Бу даврда жароҳатда қалин қора қўтирилган қон томирлар, вена ва лимфа оқими секинлашиши кузатилиб, кескин шишлар пайдо бўлади. Жароҳатнинг тозаланиш даврида некротомия, некроэктомия жарроҳлик амалиётидан сўнг, жароҳатда грануляция пайдо бўлади. Шундан сўнг жарроҳлик услуби билан эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) амалиёти бажарилади.

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

Тадқиқот вазифаси: Кўл кафти ва бармоқларининг чуқур куйиш жароҳатларини даволашда, ҳамда жарроҳлик амалиётининг бажарилиш вақтини эртароқ бошлаш учун, тери кўчириб ўтказишга қиска мудатда тайёрлашда намли ҳаво мұхитининг афзаллигини ўрганиш.

Тадқиқот предмети ва усуслари: Кузатувимизда бўлган беморлар умумий сони 125 нафарни ташкил қиласи. 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 қиласи. Жабрлангандарнинг 28 (21,4%) нафари сандалдан куйиш жароҳати олган. Очиқ оловдан куйганлар 58 нафар (46,4%), қайнок сувдан 39 нафар (31,2%) чуқур куйиш жароҳати билан даволанди. Жабрлангандарнинг чуқур куйиш майдони 5% дан 12% гачани ташкил этди.

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



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

Биринчи (асосий гурухга) 68 нафар bemor куйиш жароҳати олган вактдан жароҳатга бирламчи жароҳлик ишлови берилиб, таркибида оғриқ қолдирувчи доксидин-лидокаинли аралашма аэразоли сепилиб оғриқизлантирилди, 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 цеплофан пакет билан герметик боғлам қўйилди. Бу муолажалар 13-14 сутка давом эттирилди. Ҳар куни цеплофан пакетга йигилган сероз суюқлик миқдори ўлчаб борилди, ҳамда олинган суюқлик биохимик таҳлилдан ўтказилди. 8-10- суткада жароҳатдан чиқадиган 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 цеплофанли пакет билан кафт бармок соҳалари герметик боғлам қўйилди. Даволаниш жараёнида bemorларда оғриқли ҳолатлар деярли кузатилмади. Бармокларда билак-кафт бўғимида ҳаракатлар чекланиши “намли ҳаво мухити” ҳисобига кузатилмади. 15-17 кунларда эркин тери кўчириб ўтказиш жарроҳлик амалиёти ўтказилди.

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

Иккинчи гурух, яъни назорат гурухидаги 57 нафар bemorлар қўл кафти ва бармокларининг чуқур куйиши билан стационарга ётқизилгандан сўнг анъанавий даволаш стандартлари бўйича



Расм 2. Куйиш жароҳатидан кейинги дастлабки 24-соати ичida “нам ҳаво мухитининг” таъсири

олиб борилди. Bemorлар қўл кафти ва бармокларида III-IV даражали куйиш ташхиси қўйилгандан сўнг, оғриқизлантирилиб 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 фойданилди.

Жароҳатни тозалаш учун аутодермопластика амалиётига тайёрлаш мақсадида трипсин, хемотрипсин ферментларидан фойдаланилди. Назорат гурухидаги bemorларга 23-24 кунларда аутодермопластика амалиёти бажарилди. Кафт устки ва пастки юзасидаги гранулацияланган жароҳатларга перфорация қилинган 0,3-0,4 мм қалинликдаги тери бўлаклари қўйилди.

Барча bemorларнинг қўл кафти ва бармок соҳалари ҳаракат зонаси бўлғанлиги сабабли юмшоқ лангеталардан фойдаланилди.

Асосий гурухдан жой олган bemorларни барчасида цеплофан пакетга йигилган 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 мұҳокомаси. Асосий гурухда даволанган bemorларнинг қўл кафти ва бармоклар соҳасидаги жароҳатларга дастлабки 1-соатдан бошлаб дермазинли малҳами суртилиб, бетадинли асептик боғлам қўйилди, шундан сўнг цеплофан пакет кийдирилиб “намли ҳаво мухити” пайдо қилинди. Маълум вактдан сўнг тўқ сарғиш экссудат суюқлик ажралиб чиқиши бошланди. Бир кунда катта ёшдаги bemorлар жароҳатидан 500-700 млгача суюқлик ажралиб чиқди. Намли ҳаво мухитда, жароҳатда куруқ некроз пайдо

бўлишини олдини олинниб, жароҳат чукурлашиб тўқималарни қон билан таъминлашининг бузилиши олдини олинди. Шу билан бирга беморларда жароҳатда бўладиган оғриқдан ҳам шикояти деярли бўлмади.

Жароҳатдаги боғлам ҳар куни бир маротаба очилди. Боғлам алмаштиришда “намли ҳаво мухитида” 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 чиқадиган суюқлик ҳар кунига 10-15% га камайиб ранги хиралашиб қуюқлашиб борди. Олинган суюқлик экссудат биохимик таҳлилида 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 таҳлилига қараганда 3-4 баробар камлигини таҳлиллар кўрсатди. Шундай қилиб, I гуруҳда даволанган bemorларга кўлланган “намли ҳаво мухити” 10-12

кунда жароҳатда грануляция пайдо бўлиши, жароҳатнинг қиска муддатда тоза бўлишига ёрдам бериб, асосий (I гуруҳ) гуруҳдаги bemorлар 16-17 кунларда тери пластикаси амалиёти бажарилди. Бу эса асосий (I гуруҳ) гуруҳдаги bemorлар ётоқ кунлари $22,5\pm1,5$ кунни ташкил қилди. Назорат гуруҳидаги bemorлар ётоқ куни эса $32,5\pm3,4$ кун бўлди.

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

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



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



Расм 4. Эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика)



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



Расм 6. Эркин тери кўчириб ўтказиш (аутодермопластика) кафт ташки юзаси 15-сутка



Расм 7. Операциядан кейинги 3-сутка



Расм 8. Операциядан кейинги 18-сутка



Расм 9. Операциядан сўнги 1 ойдан кейинги натижага

Жадвал 1. Қўл кафт бармоқ соҳаларининг чукур куйишини даволаш натижалари

Кўрсатгичлар	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 жаррохлик амалиёти НК %	8 (8,9%)	36 (63,1%)

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

Бу гурухдаги 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 гурухидаги даволанган беморларда қўлланилган анъанавий даволаш усулига қараганда асосий гурухдаги “намли ҳаво мухити” билан дермазин малҳами қўлланилиб даволангандар куйиш жароҳатида микроорганизмларнинг яшаши ва кўпайиш учун ноқурай шароит бўлганлиги сабабли регенирация жараёни жадаллашганигини кўрсатади.

Жароҳат соҳасидан олинган намуналар микробиологик таҳлилларда 32 (47%) нафарида Staph. aureus, 15 нафар (22%) беморларда Staph. epidermidis аниқланди. Микробиологик таҳлиллар асосида микроорганизмларнинг антибиотикларга сезигирилиги кўп ҳолларда аминогликозид гурухига киравчи амикацин ва цефалоспоринлар гурухидаги цефтазидим билан биргалиқда қўллаш ижобий натижалар берганлигини жароҳатда грануляциянинг кисқа вақтда ривожланиши, экссудациянинг камайиши билан яққол намоён бўлди.

Хулоса: Келтирилган тадқиқот ва таҳлиллар натижалари шуни кўрсатиб турибдики, қўл кафти ва бармоқ соҳаларининг чукур куйишини даволашда “намли ҳаво мухитини” қўллаш ва дермазин малҳамидан фойдаланиш юкори самарали бўлиб, ушбу даволаш усули жаррохлик тери пластикаси амалиёти эрта ўтказишга ва уни муддатларни кисқартиришга, жароҳатни тозаланишини тезлаштирибина

қолмасдан, тери пластик амалиётидан сўнги асоратларни камайтиришга ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, жабрлангандарни кунлик боғламларини алмаштиришда ва жароҳатларга ишлов беришдаги оғриқ ва салбий ҳиссиятларни 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. междунар. 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.
3. Бобровников А.Э. Технологии местного консервативного лечения обожжённых /диссер. д-ра мед. наук. – М., 2012. – С.312.
4. Войновский Е.А., Колтович А.П. Комбинированные термомеханические повреждения //Д-м., 2006.– С.100.
5. Евтеев А.А. Неудачи аутодермопластики. // М., 2011. – С.159.
6. Крутиков М.Г. Лечение ожоговых ран во влажной среде // Российский научно-практический журнал «Скорая медицинская помощь». – 2006. – №3, – том 7. – С.115-116.
7. Крылов К.М., Крылов П.К. Современные возможности местного лечения ожогов. Амбулаторная хирургия. - 2010. – №1. – С.30-35.
8. Крылов К.М. Раневые покрытия в комбустиологии: эволюция, перспективы / К.М. Крылов, Ю.В. Юрова, П.К. Крылов // Комбустиология. – 2011. – № 46-47.
9. Шакиров Б.М., Ахмедов Ю.М., Тағаев К.Р., Карабаев Х.К., Ҳакимов 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.