

ОПТИМИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ КИСТИ

Эльмурадов Ахтам Норбекович

*Самаркандский Государственный медицинский институт.,
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи.,*

Республика Узбекистан, г. Самарканд.

Резюме. 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.

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, представляя собой своеобразный биологический скальпель, «расплавляют» некротические ткани путем активации плазмина, 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 фиброзногнойных 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 накладывается гипсовая лонгета, иммобилизирующая прилегающие суставы с максимальным растяжением кожи на пораженных участках. При ограниченных поверхностях в области кисти 15 случаях было использована неперфорированные трансплантаты (рис.2).

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 проводится 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 ускорение отторжения некротической ткани для подготовки к аутодермопластике и снижению послеожоговых контрактур и деформаций

Литература

1. RRALARINI DAVOLASHDA TARANGLASHMAGAN GERNIOPLASTIKADAN FOYDALANISH (ADABIYOTLAR SHARHI) //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2024. – Т. 9. – №. 2.
2. Орзукул Э. С., Хурсанов Ё. Э. ОБОСНОВАНИЕ ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.) //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 207-213.
3. Орзукул Э. С., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РОСТА ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭКСПРЕССИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО БЕЛКА PP 13 //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 185-191.
4. Erkin ug'li K. Y., Babajanovich K. Z. MODERN METHODS OF HERNIOPLASTY TREATMENT FOR COMPRESSED ABDOMINAL HERNIAS AFTER SURGERY //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2024. – Т. 6. – №. 04. – С. 48-55.
5. Янгиев Б. А. и др. НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 88-97.
6. Каримов Ж. Ш., Тухтаев Д. К., Хурсанов Ё. Э. МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 68-77.
7. Курбонов Н. А., Хурсанов Ё. Э., Эркинов Ш. Ш. НОВЫЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Boffin Academy. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 129-139.
8. Отакулов А. Г., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.) //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 56-67.
9. Исмаилов С. И. и др. Анализ результатов различных способов закрытия

- грыжевых ворот и методов установки протеза при послеоперационных
вентральных грыжах //Formation of psychology and pedagogy as
interdisciplinary sciences: a collection scientific works of the International
scientific conference (14 June, 2022).-Italia. – 2022. – №. 10-394. – С. 148-151.
- 10.Хурсанов Ё. Э., Курбаниязов З. Б., Махмудов С. Б. СОВРЕМЕННЫЕ
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
УЩЕМЛЕННАЯ ВЕНТРАЛЬНАЯ ГРЫЖА //Research Focus. – 2024. – Т.
3. – №. 3. – С. 176-183.
- 11.Elmuradov G. K., Xursanov Y. E. OPTIMIZATION SONOGRAPHIC
ASSESSMENT OF THE NATURE AND SEVERITY OF CLOSED
ABDOMINAL TRAUMA //Science and innovation. – 2023. – Т. 3. – №. 5. –
С. 21-32.

ITCOSCOS.RU