

УДК: 616-089-001.17

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ**

Темиров Пулат Чуянович

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

**КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ БЕМОЛЛАРИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ**

Темиров Пулат Чуянович

Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

**REHABILITATION OF PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF BURN**

Polat Ch. Temirov

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [hirurg-pulat67@mail.ru](mailto:hirurg-pulat67@mail.ru)

**Резюме.** Чуқур кенг куйиш оқибатларининг оғирлиги чандиқларнинг тарқалиши ва пластик жарроҳлик учун бузилмаган терининг етишмаслиги туфайли реабилитацияни мураккаблаштиради. Андижон кўп тармоқли тиббиёт марказининг реконструктив жарроҳлик бўлими томонидан турли этиологияли куйиш оқибатлари бўлган беморларни даволаш алгоритмлари ишлаб чиқилган. Фарғона водийсининг куйиш бўлимларидан бушатилгандан сўнг дарҳол беморлар диспансер рўйхатиغا олинди ва уларнинг ҳар бири учун кейинги реабилитация ишлаб чиқилмоқда.

**Калит сўзлар:** куйиш, реабилитация, куйиш оқибатлари, реконструкция.

**Abstract.** The severity of the consequences of deep extensive burns complicates rehabilitation due to the prevalence of the cicatricial process and the lack of intact skin for plastic surgery. In the Department of Reconstructive Surgery of the Andijan Multidisciplinary Medical Center, algorithms for the treatment of patients with the consequences of burns of various etiologies have been developed. Immediately after discharge from the burn departments of the Fergana Valley, patients are taken to the dispensary and further rehabilitation is developed for each of them.

**Keywords:** burn, rehabilitation, consequences of burns, reconstruction.

**Актуальность проблемы.** Тяжесть последствий глубоких обширных ожогов усложняет реабилитацию из-за распространенности рубцового процесса и недостатка неповрежденной кожи для пластики [2]. В последнее десятилетие в мире отмечается увеличение удельного веса ожогов. В экономически развитых странах термические ожоги достигают 300-380 случаев на 100 000 населения [3]. Термические поражения наблюдаются у 5,6-12% всех пострадавших с травмами. Если учесть, что по всей Ферганской Долине проживают около 7 млн. населения, то количество пострадавших от ожогов составляет в пределах 18-19 тысяч человек в год. Около 43% из них (7-8 тысяч) в последующем нуждаются в хирургической реабилитации [5].

**Цель исследования:** улучшение результатов реабилитации больных с последствиями ожогов.

**Материалы и методы исследования.** В отделении реконструктивной хирургии Андижанского многопрофильного медицинского центра разработаны алгоритмы лечения больных с последствиями ожогов различной этиологии. Сразу после выписки из ожоговых отделений Ферганской долины, больные берутся на диспансерный учет и на каждого из них разрабатывается дальнейшая реабилитация. После заживления ожоговых ран больные направляются в санаторий «Чимён» Ферганской области, где им проводятся весь арсенал физиотерапевтических процедур, включающий приём сероводородных ванн. Через 4-6 месяцев процедура повторяется. Если у больных имеются рубцовые деформации, которые требуют неотложных операций проводятся I-этап хирургического вмешательства:

а) Если у больного имеются рубцовые вывороты век, то проводим операции по их устранению путём предельного рассечения стягивающих рубцов до здоровых тканей отступа от ресничного края века на 2-3 мм. Обязательно через ресничный край проленом 4-0 производится фиксирование века в состояние гиперкоррекции к надбровью (при вывороте нижних век), и к подорбитальной области (при вывороте верхнего века). Обрзовавшуюся рану на веках закрывали свободным аутодермотрансплантатом, взятым из внутренней поверхности плеча. Изучение отдаленных результатов показало, что кожа это область наиболее подходящая для пластики век с эстетической и функциональной точки зрения.

б) Если у больного имеются рубцовая микростомия, которая ограничивает анестезиологические пособия, то им на I-этапе под местной анестезией устраняли его: из слизистых углов рта формировали треугольные лоскуты основанием к слизистой, рассекали поперечно стягивающие рубцы углов рта и рану закрывали мобилизованными треугольными лоскутами с наложением узловых швов пролена 5-0.

В остальных случаях реконструктивные операции проводили в основном через 12-14 месяцев после ожога:

а) при рубцовых алопециях их устраняли путем тканевого растяжения посредством эндозекспандеров. Тканевое растяжение проводили в среднем около 2,5-3 месяцев в зависимости от размера рубцов. При местных рубцовых алопециях применяли метод острой дермотензии. При наличии грубых рубцов в области лица проводили свободную АДП после иссечения рубцов посредством полнослойной аутокожи взятым из передне-внутренней поверхности бедра с наложением давящей повязки «Пелот» на 10-12 суток. При рубцовых деформациях нижних отделов лица и подбородка успешно устраняли рубцы посредством широкой мобилизации подлежащих кожно-жировых тканей. При послеожоговых дефектах крыльев носа нами применялся метод замещения кожно-хрящевого дефекта аутодермохрящевым свободные трансплантатом взятым в виде клина из наружной окружности ушной раковины. Донорскую рану ушивали проленом 5-0. На область пересаженного кожно-хрящевого комплекса проводили гипотермию в течении 8-10 суток. В 90% случаев свободный кожно-хрящевой трансплантат прижился с хорошим результатом. При дефектах ушных раковин, размерами до 5см<sup>2</sup>.

дефект устраняли кожно-жировым лоскутом на ножке из заушной области в 3-4 этапе. Если размеры дефекта были более 5см<sup>2</sup>, то дефект заменяли кожно-жировым лоскутом на питающей ножке из плеча, с умеренной биологической тренировки. При рубцовых контрактурах шеи метод операции зависел от состояния окружающих тканей. Если рубцы располагались в середине то операция заключалась в иссечении рубцов и закрытия раны путем широкой мобилизации тканей с боку шеи над подтяжкой мышцей. Обязательно краем сшивающих ран придавали Z образную форму, для профилактики рецидива стягивания. При тотальном поражении шеи рубцами, после их иссечения проводили редрессацию и образовавшуюся рану закрывали полнослойный АДП, взятым из передне-внутренней поверхности бедра. Считаем обязательным наложение повязки «Пелот» на 10-12 суток. Если имелись интактные ткани плеча и груди использовали эпителиальные кожно-жировые лоскуты на питающих ножках. При рубцовых деформациях молочных желез применяли в основном контурную пластику с иссечением стягивающих рубцов и закрытием ран полнослойной аутокожей или же предварительно растянутыми тканями. При рубцовых деформациях тканей стопы часто использовали пластику посредством широкой мобилизации тканей ближних областей. За 3-4 этапа добивались устранения рубцов до 300-320см<sup>2</sup>. Особенно это актуально у девочек детородного возраста, так как рубцовые деформации брюшной стенки, препятствуют нормальному течению беременности. При рубцовых деформациях конечностей наиболее часто применяли метод «Острой дермотензии», которой был противопоказан только при циркулярных поражениях конечностей. Поэтапно с интервалом 10-12 месяцев иссекали продольные рубцы и закрывали раны мобилизацией смежных тканей с наложением 2х рядных швов. При циркулярных поражениях со сдавлением сосудов конечностей производили продольные разрезы и раны закрывали свободной полнослойной аутокожей, с наложением гипсовой лонгеты для иммобилизации. При рубцовых контрактурах крупных суставов часто применяем кожно-жировые и кожно-фасциальные лоскуты на ножках из смежных областей для закрытия ран после иссечения стягивающих рубцов и редрессации сустава. При дефиците здоровых тканей рану закрывали полнослойной аутокожей. При рубцовых поражениях тыла кисти широко применяем метод полного замещения рубцового пласта полнослойной цельной аутокожей из передне-внутренней поверхности бедра. Одномоментно устранением рубцовых синдактилий и разгибательных контрактур оказались очень функционально и эстетичными эффективными. При устранении разгибательных контрактур пальцев ног после иссечения стягивающих рубцов и редрессации пальцев, обязательно подшивали в состоянии гиперкоррекции пальца через ногтевые фаланги к своду подошвы. Это позволило избежать рецидива контрактур, вследствие ретракции трансплантата в отдаленном периоде. При оголенных костях проводили итальянскую лоскутную пластику с противоположной ноги. Иссекали ножку лоскута на 7-8 дней раньше, чем в литературных данных, благодаря ускоренной методике биологической тренировки лоскута, разработанной нами. С целью уменьшения ранних послеоперационных гнойно-некротических осложнений в ране широко применяется метод регионарной лимфатической антибиотикотерапии. Метод позволил уменьшить осложнения почти в 3 раза. Всем оперированным в отделении проведена кожная термометрия и изучение парциального давления кислорода в тканях, что позволило предотвратить и сократить осложнения, связанные с нарушением микроциркуляции в операционных тканях. После каждого этапа хирургического вмешательства, через 10-12 дней после заживления ран большие обязательно направлялись в санаторий «Чимён» для проведения физиотерапевтических процедур с сероводородными ваннами. В нашей практике был случай пациентки с рубцовыми деформациями всего тела. Ожог поразил 90% площади всего тела. Мы провели ей 68 восстановительных операций за 14 лет. Эта пациентка в настоящее время является студенткой ВУЗа и функционально работоспособна.

**Результаты исследования.** Изучение ближайших и отдаленных результатов консервативной и хирургической реабилитации проводимых в нашем отделении показало высокую эффективность проводимых лечебных мероприятий.

**Выводы.** Внедрение в практику современных методов реконструктивных операций у послеожоговых больных и диспансерного наблюдения мониторингом их состояния позволило сократить инвалидность среди этого контингента больных от 42% до 15%.

#### **Литература:**

1. Адмакин А.Л. и соавт. Оперативное лечение последствий ожоговой травмы // Комбустиология.-2011.- № 41-42. – С.31-32.
2. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов // - Нижний Новгород, 2014.- С.199.
3. Короткова Н.Л. и соавт. Оперативное лечение больных с последствиями ожогов лица // Комбустиология- 2011. №41-42. – С. 147.
4. Мадазимов М.М., Темиров П.Ч., и др. Хирургическое лечение послеожоговых деформаций лица // Сборник науч. трудов III съезда комбустиологов России. - Москва, 2010.- С.232-233.
5. Donelan MB, Parrett BM, Sheridan RL. Pulsed dye laser therapy and z-plasty for facial burn scars: the alternative to excision//Ann.Plast. Surg.- 2018 May;60(5):480-6.
6. Martinez L., Ros Z., et al. Artificial dermis in pediatric reconstructive surgery//Cir. Pediatr.- 2012.- Vol.15(3).- P.97-100.

#### **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ**

Темиров П.Ч.

**Резюме.** Тяжесть последствий глубоких обширных ожогов усложняет реабилитацию из-за распространенности рубцового процесса и недостатка неповрежденной кожи для пластики. В отделении реконструктивной хирургии Андижанского многопрофильного медицинского центра разработаны алгоритмы лечения больных с последствиями ожогов различной этиологии. Сразу после выписки из ожоговых отделений Ферганской долины, больные берутся на диспансерный учет и на каждого из них разрабатывается дальнейшая реабилитация.

**Ключевые слова:** ожог, реабилитация, последствия ожогов, реконструкция.