

УДК: 616.5 + 616.97(083.13)

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ



Даминов Феруз Асадуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЧУҚУР КУЙИШЛАРДА РАЦИОНАЛ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАҢЛАШ

Даминов Феруз Асадуллаевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CHOICE OF RATIONAL METHODS OF SURGICAL TREATMENT FOR DEEP BURNS IN THE ELDERLY AND SENILE AGE

Daminov Feruz Asadullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот мақсади. Қари ва кекса ёшдаги беморларда чуқур куйишлар учун жарроҳлик даволашининг оқилона усули ишлаб чиқиши. Тадқиқот материаллари. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали куйиш бўлимида 2002-2022 й. 419 нафар қари ва кекса ёшдаги беморлар даволанди. Кўп босқичли эркин терини пластика қилиш операцияларининг муваффақиятли бажарилиши ва унинг натижалари донор жойларининг яраларини даволаш ҳолати ва вақти билан сезиларли даражада таъсир қилади ва улар, ўз навбатида, донор жойларининг локализациясига, терининг қалинлигига боғлиқ.

Калим сўзлар: куйиш касаллиги, кекса ва қари ёшдаги беморлар, (эрта жарроҳлик некрэктомия, аутодермопластика.

Abstract. Purpose of the study. a rational method of surgical treatment for deep burns in the elderly and senile. Research materials. In the burn department of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in the period 2002-2022. 419 elderly and senile patients were treated for burn disease. The successful performance of multi-stage free skin plasty operations and its outcomes are significantly influenced by the condition and timing of wound healing of the donor sites, and they, in turn, depend on the localization of the donor sites, the thickness of the skin in these areas and the thickness of the cut grafts.

Key words: burn disease, elderly and senile age, early surgical necrectomy, autodermoplasty.

Актуальность. Одной из наиболее сложных проблем комбустиологии является лечение больных с глубокими ожогами в пожилом и старческом возрасте. Это обусловлено возрастными изменениями и сопутствующими заболеваниями, а также неустойчивостью метаболических процессов, ослабленной сопротивляемостью и низкими компенсаторными возможностями стареющего организма, определяющими высокий процент летальности (от 24 до 63).

Неудовлетворительные результаты лечения пострадавших пожилого и старческого возраста в значительной мере связаны с тем, что до настоящего времени недостаточно разработаны показания к различным видам кожной пластики, техни-

ка, объём и сроки её выполнения с момента получения ожоговой травмы.

Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики.

Цель исследования. Разработать рациональный способ хирургического лечения при глубоких ожогах в пожилом и старческом возрасте.

Материалы исследований. Обследовано 419 пострадавших в возрасте от 60 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2 до 25% поверхности тела. 65% из них были женщины, 35% - мужчины. Из сопутствующих заболеваний следует отметить большую частоту перенесенного ранее инфаркта миокарда (17%) и мозгового ин-

сульта (15,5%) у больных с глубокими ожогами, а сахарный диабет и алкоголизм встречались у 11% больных.

В работе использованы методы исследования содержания общего белка и белковых фракций, реологии крови и системы гемостаза, гематокрита, показателей межклеточного обмена (КОС, остаточная и промежуточная окисляемость, глутатион, молочная и пировиноградная кислоты, каталаза и карбоангидраза крови).

У 186 больных (из 419) с площадью глубокого ожога 2-15% нами была произведена ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 15 дней после травмы. Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 116 и от 5 до 15% поверхности тела у 70 пострадавших, всего 201 пластик (от 500 до 850 см²).

Хорошее приживление кожных лоскутов было у 156 (83,9%) больных, частичная отслойка трансплантатов - у 25 (13,4%) и полный лизис пересаженных лоскутов - у 5 больных, у которых ранняя некрэктомия производилась на площади 10-15% поверхности тела, у них вследствие отторжения трансплантатов наступило ухудшение общего состояния. Несмотря на общеукрепляющую терапию, состояние пострадавших прогрессивно ухудшалось, через 10 дней у 2 больных наступил летальный исход. У 171 (91,9%) пострадавших операции выполнялись в один этап, у 15 (8,1%) - в два этапа, что было вызвано обильным кровотечением из раневой поверхности и недостаточно полным удалением некротических струпов. Второй этап операции производился на 6-7-й день после первого с удалением оставшихся некротических струпов. При этом хорошее приживление отмечено у 13 больных, у 2 пациентов наблюдалась частичная отслойка трансплантатов.

Из 233 больных с обширными глубокими ожогами 10-25% поверхности тела у 193 была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны со сплошными дерматомными лоскутами: в один этап - у 133, в два этапа - у 45 и в три этапа - у 55 (398 операций).

С целью увеличения площади закрываемых ран при обширных ожогах нами у 32 больных производилась аутоаллопластика кожи. Из них у 17 пострадавших был применен «марочный» способ и в 15 наблюдениях - кожная пластика по методу Моулем-Джексона.

Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 102 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантаты. Этот метод применялся у больных с обширными ожогами и у пострадавших с ограниченными ожогами, протекавшими на фоне значительных нарушений сердечной деятельности и функции внешнего дыхания, а также у

ослабленных больных, имеющих различные осложнения (пролежни, пневмонии, гепатиты). При этом на первый план выступало сохранение жизни пострадавших, иногда в ущерб функциональным результатам. Предпочтение отдавалось сетчатым трансплантатам, полученным с коэффициентом увеличения 1:1,5, что способствовало более быстрой эпителизации ячеек трансплантатов.

Опытным путем доказано, что наиболее оптимальным вариантом являются коэффициенты пластики от 1:1 до 1:1,5. Растяжимость сетчатого трансплантата позволяет легко приспособлять его к неровностям поверхности тела. Краевая эпителизация у сетчатых трансплантатов с малыми ячейками начинается на 2-3-й день и заканчивается на 7-12-й день после операции пересадки кожи в зависимости от особенностей регенерации и коэффициента растяжения.

Восстановленный таким методом кожный покров в первое время остаётся плотным и спаянным с подлежащими тканями. Через 4-6 мес кожа становится эластичной, легко беретка в складку, в отдаленные сроки косметические результаты вполне удовлетворительные.

В наших наблюдениях из 398 аутопластик кожи на гранулирующие раны полное приживление трансплантатов отмечено в 287 (72,1%) наблюдениях, приживление 70% пересаженных лоскутов - в 92 (19%), полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 19 (6%) наблюдениях.

Таким образом, активное хирургическое лечение, заключающееся в многоэтапности пластических операций с возможно малыми интервалами между ними и преимущественным применением кожной пластики сетчатыми трансплантатами толщиной 0,2-0,3 мм, позволило у большинства пострадавших пожилого и старческого возраста восстановить кожный покров в сроки от 30-45 дней со дня травмы даже при глубоких ожогах до 20% поверхности тела.

Как показали исследования, удаление некротических струпов на площади более 5% поверхности тела приводило к значительному ухудшению состояния пострадавших, что связано с высокой травматичностью данных оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста, а также с низкими адаптационно-компенсаторными возможностями стареющего организма. Опыт показал, что с целью уменьшения травматичности ранней некрэктомии и обеспечения более надёжного гемостаза, эту операцию целесообразно производить в два этапа. Вначале иссекаются некротические ткани, а через 2-4 дня выполняется аутопластика. Эта тактика обеспечивает лучшие исходы операций.

Метод ранних эксцизий некротических тканей оказался целесообразным лишь у физически крепких больных, не имеющих выраженных на-

рушений со стороны сердечно-сосудистой и лёгочной систем, на площади не более 5% поверхности тела. Иссечение некротических струпов даже на столь ограниченной площади у пострадавших, с ожогами общей площадью более 10% поверхности тела, ухудшало общее состояние, что не только задерживало выполнение следующего этапа кожной пластики, но и создавало угрозу для жизни у этого контингента больных. Поэтому одним из важных моментов при оперативном лечении обожженных старше 60 лет является не столько раннее начало пластического закрытия ран, сколько сохранение защитных сил стареющего организма на возможно длительное время, что даёт возможность восстановить кожный покров до развития необратимых изменений в организме пострадавших.

Стремление уменьшить опасность развития осложнений и улучшить исходы лечения побудили нас сократить показания к ранней некрэктомии у лиц старше 60 лет и применять более щадящие методы удаления некротических тканей. Одним из них явились этапные бескровные некрэктомии, выполняемые по мере отторжения некротических стругов.

В наших наблюдениях метод щадящих некрэктомии применялся 223 раза у оперированных больных. Сроки подготовки ран к первой аутопластике составили от 17 до 25 дней с момента травмы. Однако у пострадавших пожилого и старческого возраста имела значение не только подготовка ран в более ранние сроки, но и время между последующими этапами кожной пластики. Уменьшение сроков между оперативными вмешательствами до 5-6 дней у этого контингента больных позволило не только сократить сроки лечения, но и предотвратить ряд осложнений, связанных с длительным существованием ран (так, пролежни развились лишь у 3 больных, ожоговое истощение у 4 пострадавших и сепсис у 2 больных).

Нами изучались больные с сопутствующими заболеваниями. Например, распространённость сахарного диабета среди взрослого населения в разных странах составляет 5,7% и в 2010 году количество взрослых больных достигло 300 миллионов. Ежегодно число вновь диагностируемых случаев составляет от 5 до 10% от общего числа больных. По данным Международного института диабета при таком темпе роста заболеваемости к 2190 году все население земного шара (9 млрд.) будет болеть СД.

Получение ожоговой травмы у таких больных рассматривается как интеркуррентный процесс, так как при этом имеется изменение метаболизма углеводов, белков, жиров, связанна нарушением продукции и/или утилизацией инсулина, что существенно сказывается на процессе заживления ран. Известно, что у больных с термиче-

скими поражениями имеется стойкая гипергликемия на фоне инсулинорезистентности. Гормональные изменения, происходящие в организме вслед за ожогом, приводят к более интенсивному всасыванию глюкозы у таких больных. В то же время эффективность инсулина в процессах транспортировки глюкозы в клетки снижена. Предполагается, что резистентность инсулина у ожоговых больных происходит из-за повышенной циркуляции катехоламинов и кортизола. Следствием «гормонального взрыва» у ожоговых больных является интенсификация процессов глюконеогенеза, гликогенолиза в печени, что еще больше повышает содержание глюкозы в сыворотке крови. Расстройства микроциркуляции и обменные нарушения не только осложняют течение ожогового воспаления, но и удлиняют обе фазы раневого процесса. Так, в фазу экссудации отмечается замедленная миграция лейкоцитов, а низкая активность нейтрофилов и макрофагов существенно замедляет формирование «сухого» струпа в ожоговой ране и очищение ее от тканевого детрита. В фазу пролиферации заметно снижена активность образования коллагеновых и эластических волокон, прорастание в область раны новых кровеносных сосудов. В ожоговом отделении СФ РНЦЭМП за период с 2000-2010 годы находились на стационарном лечении 35 больных (из них 19 человек составляли женщины, 16 мужчины) с ожогами IIIA, IIIB, IV степени. В 33 случаях больные получили ожог кипятком в быту, в 2-х – пламенем. Общая площадь поражения составила от 2 до 10% поверхности тела (средняя площадь поражения составила $8 \pm 0,5\%$ поверхности тела) с момента получения ожога и до оказания квалифицированной помощи составил в среднем 3 ± 1 дня.

Существует еще ряд факторов, оказывающих отрицательное влияние на заживление ран у пациентов с диабетом. Снижение вибрационной и болевой чувствительности и развитие дистальной полинейропатии делает больных сахарным диабетом слабочувствительными к боли при небольших по площади ожогах. Это приводит к позднему обращению к специалистам и раннему развитию инфекционных осложнений. Гнойная инфекция у этих больных очень часто приводит к переходу латентной формы течения диабета в тяжелую, трудно поддающуюся корректирующей терапии. Образуется «порочный круг». С появлением ожоговой раны у больных диабетом растет уровень сахара в крови, увеличивается глюкозурия, развивается кетоацидоз, что приводит к увеличению глубины поражения и нередко образованию хронического изъязвления.

Нами рассматривался только сахарный диабет 2 типа тяжелого течения.

Оперативное лечение (свободная кожная пластика расщепленным лоскутом) была проведена у 12 пациентов щадящая некрэктомия на 15-18 сутки после травмы. Приживление аутотрансплантатов наблюдалось лишь у 10 больных на 80-85%, у 2-х больных наступил лизис аутотрансплантата на 30-40%. И все же наилучшие результаты оказались у 9 пациентов, которым проводилась тщательно подобранная гипогликемическая терапия, назначались сосудистые препараты.

Таким образом, специфические расстройства обмена, нейропатия, ангиопатия малых сосудов конечностей, повышенная чувствительность к инфекции оказывает повреждающее воздействие на процессы регенерации ожоговых ран у больных сахарным диабетом. Однако, раннее обращение к специалистам, адекватное лечение основного заболевания и коррекция гипергликемии позволяют оптимизировать процесс заживления ожоговых ран и существенно снизить риск поздних осложнений у больных диабетом.

При ожогах нижних конечностей с варикозным расширением вен. Трудности лечения ожогов стоп у пациентов старше 60 лет заключается в том, что в этом возрасте отмечаются различные сопутствующие заболевания, такие как варикозное расширение вен нижних конечностей, хроническая лимфопатическая недостаточность, облитерирующий атеросклероз сосудов, деформирующий артрит-артроз суставов стоп и др.

Нами проведен анализ результатов лечения ожоговых ран с мазью на водорастворимой основе «левомеколь», «левосин» у 32 больных старше 70 лет с ожогами II-III-Б степени, площадью от 2 до 10% поверхности тела.

Больные были разделены на две группы: первая группа - больные с ожогами II-III-Б степени (14 человек, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей, ХВН II-III ст., получившие венотоники - флебодиа 600 мг по 1 табл x 1 раз в день).

Вторая группа - пациенты с ожогами III-Б степени (16 человек, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей ХВН II-III ст., не получивших венотоники во время лечения).

Больным I группы начинали местное лечение с мазью «левомеколь», «левосин» на 2-е сутки после получения ожоговой травмы. На ранах обычно имелся фибриновый налет, отмечалась

большая отечность стоп, покраснение по ходу вен голени. Назначили внутрь венотоники - флебодиа 600 мг по 1т. x 1 раз в день. перевязки проводились через день. На 4-5 сутки использования препарата флебодиа и мазей на водорастворимой основе отмечалось уменьшение отека стоп, исчезло покраснение по ходу вен голени. Эпителизация ран наблюдалась на 14-16-е сутки.

Больным II группы начинали лечение на 2-е сутки после ожоговой травмы с мазями на водорастворимой основе. На 10-13-е сутки отмечалось уменьшение отека стоп и голени. Заживление ран отмечалось на 20-25-е сутки.

Таким образом, местное лечение ожоговых ран с применением мазей на водорастворимой основе «левомеколь», «левосин» и применением венотоника флебодиа 600 мг у пациентов с ожоговыми травмами стоп и варикозной болезнью нижних конечностей и хронической лимфопатической недостаточностью нижних конечностей является одним из эффективных методов лечения такой категории больных.

Применение активного хирургического лечения разработанного в нашем ожоговом центре, одним из принципов которого является сокращение интервалов между этапами кожной пластики, позволило восстановить кожный покров у 158 из 419 оперированных в сравнительно короткие сроки, несмотря на то, что многие из них имели тяжелые ожоги, протекавшие на фоне сопутствующих заболеваний и возрастных изменений (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы, сроки восстановления кожного покрова составили от 30-45 дней у 170 пострадавших, от 46-60 дней - у 249 больных.

Большое значение при лечении пострадавших с глубокими ожогами имеет правильный выбор метода кожной пластики. Особенно большое значение следует придавать толщине срезаемых трансплантатов, так как у пострадавших старше 60 лет кожные покровы атрофированы и истончены. В наших наблюдениях толщина срезаемых кожных лоскутов определялась не только возрастом больных, но и характером закрываемых ран и их локализаций. На лице и в области крупных суставов применялись более толстые (0,3-0,35 мм) трансплантаты, которые меньше подвержены вторичному сморщиванию.

Таблица 1. Влияние активного хирургического лечения на сроки восстановления кожного покрова

Площадь глубоких ожогов (%)	Кол-во больных со сроками лечения		Всего больных
	30-45 дней	46-60 дней	
До 10	158	-	158
11-19	12	231	243
20 и более	-	18	18
Всего	170	249	419

Таблица 2. Характер произведенных оперативных вмешательств в зависимости от площади ожоговых ран

Площадь ожоговых ран, %	Кол-во больных	Некротомия	Некрэктомия		Виды кожной пластики			Всего операций
			ранняя	Щадящая и Хим НЭ	Ауто-пластика	ауто- и аллопластика	Ампутация и экзартикуляция	
До 10	171	10	124	-	201	-	-	335
11-19	214	17	30	211	301	12	12	583
20 и более	34			32	97	32	-	161
Всего	419	27	154	243	599	44	12	1079

При лечении пострадавших с обширными ожогами имеется значительный дефицит донорских участков кожи. В этих случаях возникает необходимость в повторном срезании кожных лоскутов с одного и того же донорского места.

После закрытия ран в области суставов, с целью их фиксации, накладывались лёгкие съёмные гипсовые лонгеты. Характер произведенных оперативных вмешательств отражен в таблице 2.

Рассекать следует только сам струп на глубину 1,5-2 мм так. Чтобы не вызвать обильного кровотечения. Эту операцию, совершаемую в пределах нежизнеспособных и потерявших чувствительность тканей. Выполняют без анестезии. Поверхность струпа, предназначенную для рассечения, дезинфицируют спиртом или 5% йодной настойкой. Концом острого скальпеля наносят достаточно длинные разрезы вдоль оси конечности, туловища или шеи, лучше в шахматном порядке, параллельно друг к другу. При правильно выполненной операции кровотечения почти не бывает, края разрезов расходятся и напряжения тканей снимается.

Иссечение омертвевших тканей на всю глубину до поверхностной или даже глубокой фасции – более радикальный метод некрэктомии. Эту операцию выполняют с помощью обычных хирургических инструментов – ножницами или скальпелем. Некротизированную кожу желательнее удалить общим блоком. Можно предварительно нанести параллельные разрезы на всю глубину некротизированной кожи, а затем удалять эти пласты в виде лент вместе с большим и меньшим слоем подкожной жировой клетчатки.

При оперативном лечении у пострадавших старше 60 лет, имевших те или иные нарушения жизненно важных органов и систем (ПОН), даже ограниченные ожоги создавали угрозу жизни, поэтому на первом плане стоял вопрос об объеме кожнопластических операций.

Проведенные исследования показали целесообразность сдержанной тактики, применяемой у пострадавших этого возраста, которая заключалась в сокращении объема оперативных вмешательств, выборе щадящих методов обезболивания и наиболее рациональных способов кожной пла-

стики. Даже при хорошем состоянии грануляционного покрова и достаточных компенсаторных возможностях организма, площадь одномоментного закрытия ран не превышала 1100 см².

Тактика многоэтапных аутопластических замещений кожного покрова с определением объёма пластики в каждом отдельном случае, в зависимости от состояния пострадавших и подготовленности ожоговых ран, была наиболее рациональна у этого контингента больных.

При закрытии гранулирующих ран сплошными трансплантатами перевязка производилась на 2-3 день после кожной пластики, а применение сетчатых трансплантатов, обладающих хорошей дренажной способностью, позволяло отсрочить первую перевязку до 5-6 дней. Ранние перевязки травмировали ещё неокрепшие кожные лоскуты и ухудшали их васкуляризацию, что способствовало лизису пересаженных трансплантатов.

Наряду с задачей восстановления кожного покрова, не менее важной остаётся проблема лечения ран донорских участков, особенно у пострадавших пожилого и старческого возраста.

Для сравнительного изучения эффективности различных методов лечения ран донорских участков, нами у 147 больных были применены асептические повязки с антисептическими растворами с использованием лазера, у II пострадавших повязки с силиконом, у 9 больных - повязки с раствором цетилпиридиний хлорида в концентрации 1:2000, у 46 больных лечение ран осуществлялось с применением перфорированной плёнки из поливинилового спирта и у 34 обожжённых - повязок с другими лекарственными препаратами (альгилор, антибиотики и т.д.).

Лучшим оказался асептическая повязка с противовоспалительными препаратами и лазерным облучением, которая способствовало ускорению заживления донорских ран на 2-3 дня.

Выводы:

На успешное проведение операций многоэтапной свободной кожной пластики и её исходы существенное влияние оказывают состояние и сроки заживления ран донорских участков, а они, в свою очередь, зависят от локализации донор-

ских мест, толщины кожи на этих участках и толщины срезаемых трансплантатов.

Из 1855 ран нагноились 148 (8,0%). Из них среди больных I группы – 4,5%, II группы – 9,8%). При анализе факторов, влияющих на возникновение нагноения, установлено действие нескольких причин: срезание избыточно толстого лоскута, давления на рану в послеоперационном периоде и т.д. Чем больше количество комбиальных элементов (эпителиальных клеток придатков кожи и их выводных протоков) остается в глубине раны донорского места, тем она устойчивее к инфекциям.

Худшие результаты эпителизации донорских ран зафиксированы в старшей возрастной группе (более 75 лет). Это объясняется тем, что к старости наряду с понижением регенеративной потенции организма происходит истончение кожи за счет дермы и утолщение рогового слоя эпидермиса. Количество придатков резко уменьшается, появляется гиперкератоз фолликулов устьев сальных и потовых желез, склероз кожных сосудов. Задержку эпителизации ран донорских участков у пожилых больных можно объяснить изменениями кожи.

Заживление донорских ран (1855) оставшихся после забранного расщепленного кожного лоскута в среднем составило $15,7 \pm 0,5$ дня (I группа $13,5 \pm 0,5$, II группа $17,8 \pm 1,0$ дня).

Активное хирургическое лечение, заключающееся в многоэтапных аутопластик кожного покрова с возможно малыми интервалами между ними с использованными сетчатыми трансплантатами толщиной 0,2-0,3 мм при обширных глубоких ожогах у больных пожилого и старческого возраста является наиболее рациональной, что позволяет восстанавливать кожный покров в сроки от 30 до 45 дней после травмы

Литература:

1. Бойко В. В. и др. Возможности комбинированного лечения и профилактика осложнений при субфасциальных ожогах // Харківська хірургічна школа. – 2015. – №. 1. – С. 89-95.
2. Карабаев Б., Фаязов А. Наш опыт лечения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 01. – С. 110-114.

3. Карабаев Х. и др. Желудочно-кишечные кровотечения при ожоговой болезни // Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 70-74.

4. Ризаев Ж.А. и др. Особенности течения пневмонии, ассоциированной с кариесом зубов, у детей // Тиббиёт ва спорт Medicine and Sport. – 2020. – С. 3.

5. Рузиев С. Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. – 2011.

6. Фаязов А. Д., Ажиниязов Р. С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 54-57.

7. de Sire A. et al. Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: a comprehensive review // Nutrients. – 2022. – Т. 14. – №. 5. – С. 982.

8. Johnson I. P. Age-related neurodegenerative disease research needs aging models // Frontiers in aging neuroscience. – 2015. – Т. 7. – С. 168.

9. Keller S. M., Burns C. M. The aging nurse: Can employers accommodate age-related changes? // AAOHN Journal. – 2010. – Т. 58. – №. 10. – С. 437-446.

10. Reich A., Ständer S., Szepietowski J. C. Pruritus in the elderly // Clinics in dermatology. – 2011. – Т. 29. – №. 1. – С. 15-23.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЛУБОКИХ ОЖОГАХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Даминов Ф.А.

Резюме. Цель исследования. рациональный способ хирургического лечения при глубоких ожогах в пожилом и старческом возрасте. Материалы исследований. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2002-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 419 пациентов пожилого и старческого возраста. На успешное проведение операций многоэтапной свободной кожной пластики и её исходы существенное влияние оказывают состояние и сроки заживления ран донорских участков, а они, в свою очередь, зависят от локализации донорских мест, толщины кожи на этих участках и толщины срезаемых трансплантатов.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, пожилой и старческий возраст, ранняя хирургическая некрэктомия, аутодермопластика.