

THE ADVANTAGES OF FREE FULL-LAYER SKIN GRAFTING IN THE ELIMINATION OF POST-BURN CONTRACTURES OF THE SHOULDER AND ELBOW JOINTS IN CHILDREN

Ketmonov Alisher Ganizhonovich
Andijan State Medical Institute

Annotation: In children, the frequency of thermal burns is higher than in adults. Of course, it depends on the level of inattention of children. The development of science and technology is steadily increasing the number of children suffering from thermal burns. Although the development of medicine reduces the mortality of children suffering from severe thermal burns, it cannot solve the problems associated with the increase in the number of disabilities caused by post-burn complications. Post-burn complications develop in 20-22% of children with thermal burns. **Purpose of work:** to improve the results of elimination of cicatricial contractures of the shoulder and elbow joints in children. **Materials and methods of research:** In the article in 2019-2022. the postoperative results of 72 children with complications caused by burns of the shoulder and elbow joints in the Department of Maxillofacial and Plastic Surgery of the Children's Multidisciplinary Medical Center of Andijan region are presented. studied. Results and discussion: 25 children were treated with traditional skin plasty using a dermatome for post-burn cicatricial contractures of the shoulder and elbow joints. Results were discussed between 3 and 6 months. Good functional and cosmetic results were achieved in 21 (84%) patients. 47 pediatric patients underwent skin resection with a free flap for post-burn cicatricial contractures of the shoulder and elbow joints, good functional and cosmetic results were achieved in 45 (96%) patients.

Keywords: burn, scar, cicatricial contracture, redrasation, joint

БОЛАЛАРДА КУЙГАНДАН КЕЙИНГИ ЕЛКА ВА ТИРСАК БЎҒИМИ ЧАНДИҚЛИ КОНТРАКТУРАЛАРИНИ БАРТАРАФ ЭТИШДА ЭРКИН БУТ ТЕРИ ПЛАСТИКАСИНИНГ АФЗАЛЛИКЛАРИ.

Аннотация. Болаларда термик куйиш ҳолатлари катталарга нисбатан юқори кўрсаткичларга эга. Бу албатда болаларни эҳтиётсизлик даражаси юқорилигига боғлиқ бўлади. Фан ва техникани ривожланиши термик куйишлардан азият чекаётган болалар сонини барқарор равишда ўстирмоқда. Тиббиётнинг ривожланиши оғир термик куйиш билан оғриган бемор болаларни ўлим кўрсаткичини камайтирсада, бу куйишдан кейинги асоратлар туфайли юзага келадиган ногиронлик сонини кўпайиши билан боғлиқ муаммоларни ҳал қила олмаяпти. Термик куйишлар билан оғриган бемор болаларда 20-22% ҳолларда куйишдан кейинги асоратлар ривожланмоқда. **Ишнинг мақсади:** болаларда куйиш оқибатида елка ва тирсак бўғимлари чандиқли контрактураларини бартараф этиш натижаларини яхшилаш. **Материаллар ва тадқиқот усуллари:** Мақолада 2019-2022-йилларда Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг Юз-жағ ва пластик жарроҳлик бўлимида елка ва тирсак бўғимлари куйиши оқибатидаги асоратлар билан 72 нафар бемор болаларнинг операциядан кейинги натижалари ўрганилди. **Натижалар ва муҳокамалар:** елка ва тирсак бўғими куйгандан кейинги чандиқли контрактураларини бартараф этишда 25 нафар бемор болаларда

анъанавий бўлган дерматом ёрдамида шилиб олинадиган тери пластикаси усули қўлланилди. Натижалар 3 ойдан 6 ойгача бўлган муддат оралиғида муҳокама қилинди. Бунда 21 (84%) нафар беморда яхши функционал ва косметик натижаларга эришилди. Елка ва тирсак бўғими куйгандан кейинги чандиқли контрактураларини бартараф этишда 47 нафар бемор болаларда биз тадбиқ этаётган эркин бут тери ёрдамида бартараф этиш жарроҳлик усули қўлланилди ва 45 (96%) нафар беморда яхши функционал ва косметик натижаларга эришилди.

Калит сўзлар: термик куйиш, чандиқ, чандиқли контрактура, реддресация, бўғим.

ПРЕИМУЩЕСТВА СВОБОДНОЙ ПОЛНОСЛОЙНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕОЖОЖНЫХ КОНТРАКТУР ПЛЕЧЕВОГО И ЛОКТЕВОГО СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ.

Аннотация. У детей частота термических ожогов выше, чем у взрослых. Конечно, это зависит от уровня невнимательности детей. Развитие науки и техники неуклонно увеличивает количество детей, страдающих термическими ожогами. Хотя развитие медицины и снижает смертность детей, страдающих тяжелыми термическими ожогами, оно не может решить проблемы, связанные с увеличением числа инвалидностей, вызванных послеожоговыми осложнениями. Послеожоговые осложнения развиваются у 20-22% детей с термическими ожогами. **Цель работы:** улучшить результаты устранения рубцовых контрактур плечевого и локтевого суставов у детей. **Материалы и методы исследования:** В статье в 2019-2022 гг. приведены послеоперационные результаты 72 детей с осложнениями, вызванными ожогами плечевого и локтевого суставов в отделении челюстно-лицевой и пластической хирургии Детского многопрофильного медицинского центра Андижанской области. изучал. Результаты и обсуждение: 25 детей были пролечены с помощью традиционной кожной пластики с помощью дерматомы по поводу послеожоговых рубцовых контрактур плечевого и локтевого суставов. Результаты обсуждались между 3 и 6 месяцами. Хорошие функциональные и косметические результаты достигнуты у 21 (84%) больного. 47 пациентам детского возраста проведена резекция кожи свободным лоскутом по поводу послеожоговых рубцовых контрактур плечевого и локтевого суставов, хорошие функциональные и косметические результаты достигнуты у 45 (96%) пациентов.

Ключевые слова: термический ожог, рубец, рубцовая контрактура, редрасация, сустав.

Мавзуни долзарблиги. Болаларда термик куйиш ҳолатлари катталарга нисбатан юқори кўрсаткичларга эга. Бу албатда болаларни эҳтиётсизлик даражаси юқорилигига боғлиқ бўлади. Фан ва техникани ривожланиши термик куйишлардан азият чекаётган болалар сонини барқарор равишда ўстирмоқда [2,3,5,7]. Тиббиётнинг ривожланиши оғир термик куйиш билан оғриган бемор болаларни ўлим кўрсаткичини камайтирсада, бу куйишдан кейинги асоратлар туфайли юзага келадиган ногиронлик сонини кўпайиши билан боғлиқ муаммоларни ҳал қила олмаяпти. Термик куйишлар билан оғриган бемор болаларда 20-22% ҳолларда куйишдан кейинги асоратлар ривожланмиқда [5,8,9,10]. Бу асоратлар йирик ва майда бўғимларнинг чандиқли контрактуралари, юмшоқ тўқималар нуқсонлари ва трофик яралар кўринишида намоён бўлмоқда [1,4,6]. Ушбу асоратлар натижасида болаларда тенгқурлари орасида камситилишга, жамиятга қўшилмасликка, билим

олишдан ортда қолиш каби ҳолатларга олиб келади. Шунинг учун куйиш асоратларини даволаш катта ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга.

Куйишнинг асоратларида аъзоларнинг йўқолган функцияларини тиклаш реконструктив жарроҳликнинг асосий йўналишларидан биридир [2,3]. Баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра, чуқур куйган беморларнинг 40 дан 75% игача қисми реконструктив операцияларга мухтожлиги кўринади [1,2,6].

Болаларда елка ва тирсак бўғимларини термик куйишлардан кейинг чандикли деформацияларини бартараф этилмаслик оқибатида 95% ҳолларда бўғимлар артрогриппозига олиб келади ва бу кўрсаткич ушбу бўғимларда артрогриппоз касаллигини чақирувчи касалликлар частотаси бўйича учинчи ўринда туради. [2,4,6,7].

Ишнинг мақсади. Болаларда елка ва тирсак бўғимларининг термик куйишлар оқибатида келиб чиқадиган чандикли контрактураларини замонавий бўлган эркин бут тери ёрдамида бартараф этиш усулини афзалликларини аниқлаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. 2019-2022-йилларда Андижон вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг Юз-жағ ва пластик жарроҳлик бўлимида елка ва тирсак бўғимлари термик куйиши оқибатидаги асоратлар билан 72 нафар бемор болаларнинг касаллик тарихи ретроспектив тарзда ўрганилди. Булардан 25 (35%) нафар бемор назорат гуруҳи, 47 (65%) нафар бемор асосий гуруҳ қилиб олинган. Бу беморлар 2 ёшдан 18 ёшгача бўлиб, 23 (32%) нафари қиз болалар, 49 (68%) нафари ўғил болаларни ташкил этади. Қуйидаги жадвал орқали беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши кўрсатиб ўтилган.

Жадвал 1.

Беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимланиши.

Ёши	Ўғил болалар (n=49)		Қиз болалар (n=23)		Жами	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
3 ёшгача	4	8 %	3	13 %	7	10 %
3-7 ёш	20	41 %	6	26 %	26	36 %
7- 11 ёш	16	33 %	9	39 %	25	35 %
12- 16 ёш	9	18 %	5	22 %	14	19 %
Жами	49	65 %	23	35 %	72	100,0

Болаларда елка ва тирсак бўғимларини термик куйиш сабаблари ва оғирлик даражалари уларнинг ёши ва жинсига боғлиқ бўлади [2,3,6]. Тадқиқот учун олинган 72 нафар бемор болаларнинг 70 (97%) нафари уй шароитида аланга ва иссиқ суюқлик таъсирида куйиш жароҳати олган (жадвал 2).

Жадвал 2.

Беморларнинг жинси ва қуйишнинг этиологик омиллари бўйича тақсимланиши.

Этиологик омили	Беморлар миқдори					
	Ўғил болалар	%	Қиз болалар	%	абс.	%
Алангадан қуйиш	21	43 %	9	39 %	30	42 %
Иссиқ суяқликлардан қуйиш	26	53 %	14	61 %	40	55 %
Бошқа турдаги қуйишлар (контакт қуйишлар)	2	4 %	-		2	3 %
Жами	49	68 %	23	32 %	72	100,0

Тадқиқот усуллари сифатида барча бемор болаларда қуйдаги кўрсаткичлар аниқланди:

1. Умумий клиник ва лобаратор текширувлар.
2. Чандикларни клиник белгилари бўйича баҳолаш:
 - а) ранги, эни, қалинлиги, ҳаракатчанлиги, букланиш қобиляти;
 - б) чандикларнинг жойлашиши ва тарқалиши;
 - в) чандикларнинг остидаги тўқималарга ёпишганлик ва ажраганлиги.
3. Елка ва тирсак бўғимининг қуйишдан зарар кўрмаган майдонини, шунингдек, бўғимлар чандикли контрактураларини оғирлик даражасини аниқлаш.

Натижалар ва муҳокамалар. Болаларда елка ва тирсак бўғимларини термик қуйишлар оқибатидаги чандикли контрактураларини бартараф этишда анъанавий бўлган дерматом ёрдамида шилиб олинган эркин аутодермопластика усулидан кенг қўламда фойдаланилади [1,4,5,6]. Биз болаларда елка ва тирсак бўғими қуйгандан кейинги чандикли контрактураларини бартараф этишда 25 нафар беморда анъанавий усулни қўладик. Ушбу усулни қўлаш билан бўғимлар чандикли контрактуралари бартараф этилган бемор болаларни назорат гуруҳи қилиб олинди.

Ушбу усулнинг бажарилиши қуйидагича: елка ёки тирсак бўғими чуқурчасида қуйиш оқибатидан кейинги ҳосил бўлган тотал жойлашган тортиб турувчи чандиклар кесиби олинади. Жароҳат гемостаз қилинади. Бўғимлар редрессация қилинади. Ҳосил бўлган жароҳатга сон олд юзасидан дерматом ёрдамида (0,5 мм қалинликда) шилиб олинган тери ёпилади ва қўйилган терини фиксация қилиш мақсадида четларига атравматик тугунли чоклар қўйилади. Дренаж вазифазини тамъминлаш ва гематомаларни олдини олиш мақсадида жароҳатга ўрнатилган тери скалпел ёрдамида бир неча жойидан тешилади ва антисептик эритма (фурациллин 1:5000 эритмаси ёки бетадин) шимдирилган дока

тампонлар ёрдамида трансплантатни барча қисми босилиб боғланади. Донор жароҳатга фурациллин 1:5000 эритмаси шимдирилган дока марле босилиб боғланади.

Биринчи боғлам алмаштириш 5-6 кунда амалга оширилди. Босиб турувчи боғлам эчиб олинади, трансплантатга асептик боғлам (фурациллин 1:5000 эритмаси ёки бетадин) шимдирилган дока тампонлар ёпилиб боғланади. Барча беморларда операциядан кейин 5-6 кун мобайнида антибиотикотерапия ўтказилади. Операциядан кейинги даврда эса физио ва болнеотерапия ўтказилади.

Натижалар 3 ойдан 6 ойгача бўлган муддат оралиғида муҳокама қилинди. Бунда 4 (16 %) нафар беморда шилиб олинган терини бужмайиб қолиши, жароҳатни чандикланиб битиши ва бўғим қайта контрактурага учраши кузатилди.

Бу ташрих усули бир қанча камчиликларга эга (трансплантат ретракцияси ва некрози, чандикли контрактурани қайталаниши, гиперпигментация) бўлганини ҳисобга олиб болаларда елка ва тирсак бўғимлари куйгандан кейинги чандикли контрактураларини бартараф этишда шифохонамизда янги замонавий бўлган эркин бут тери ёрдамида бартараф этиш усулини кенг қўламда қўлламоқдамиз. Ушбу усул билан куйгандан кейинги елка ва тирсак бўғимлари ўртанги ва тотал жойлашган чандикли букилган контрактуралари 47 нафар бемор болаларда ташрих ўтказилди ва бу бемор болаларни асосий гуруҳ қилиб олинди.

Операция техникаси қуйдагича: елка ва тирсак бўғими чуқурчаларидаги ўртанги ва тотал жойлашган куйиш оқибатида ҳосил бўлган тортиб турувчи чандиклар кесиб олинади. Гемостаз. Бўғим бироз редрессация қилинади. Ҳосил бўлган жароҳатга чов соҳасидан скалпел ёрдамида терини барча қаватлари билан қўшиб олинган ва тери ости ёғ қаватидан ажратилган эркин бут тери ёпилиб, четлари атравматик тугунли чоклар билан тикилади. Жароҳатга кўчириб ўтказилган трансплантатни барча қисмини босиб турувчи бетадинли асептик боғлам қўйилади. Донор жароҳат “ўткир дермотензия” усулда тикилади. Боғлам алмаштириш 5-6 кунда амалга оширилади. Барча беморларда операциядан кейин 5-6 кун мобайнида антибиотикотерапия ўтказилади. Жароҳат тўлиқ битгандан сўнг эса физио ва болнеотерапия ўтказилади.

Натижалар 3 ойдан 6 ойгача бўлган муддат оралиғида муҳокама қилинди. Ушбу усул ёрдамида елка ва тирсак бўғими контрактуралари бартараф этилганда операциядан кейинги даврда асоратлар 2 (4%) нафар беморда кузатилди. 1 (2%) нафар беморда жароҳатга кўчириб ўтказилган трансплантатнинг 2-4 см қисми лизиси содир бўлди ва контрактура қайталанди. 1 (2%) нафар беморда трансплантат гиперпигментация қайд этилди ва контрактура қисман қайталанди (Жадвал 3).

Жадвал 3.

Эркин бут тери ёрдамида елка ва тирсак бўғимларининг куйишдан кейинги чандикли деформациялари ва контрактураларини хирургик даволаш натижалари.

	Жами беморлар сони	Яхши натижа	
		Абс.	%

Функционал ва косметик натижа	47	45	96 %
--------------------------------------	----	----	------

Жадвалдан кўриниб турибдики, 45 (96%) нафар беморда яхши функционал ва косметик натижаларга эришилди.

Хулоса. Операциядан кейинги натижалар назорат гуруҳидаги 25 нафар беморда ўрганилганда шуни кўрсатдики, 21 (84%) нафар беморда яхши функционал ва косметик натижаларга эришилди. 4 (16%) нафар беморда қониқарсиз натижаларга эришилди.

Асосий гуруҳ бўлган 47 нафар беморларда натижалар ўрганилганда 45 (96%) нафар беморларда яхши функционал ва косметик натижаларга эришилди. 2 (4%) нафар беморда қониқарсиз натижаларга эришилди.

Болаларда елка ва тирсак бўғимларининг куйишдан кейинги чандикли контрактураларини хирургик йўли билан даволашнинг эркин бут тери ёрдамида бартаф этиш усули анъанавий усулларга нисбатан самарали ҳисобланиб, даволашнинг яхши натижалари 96% ни ташкил этади.

Адабиётлар:

1. Азолов В.В., Александров Н.М., Петров С.В. Реконструкция пальцев при последствиях термических поражений кисти и предплечья// Комбустиология на рубеже веков: Тез.докл. Междунар.конгресс.- Москва, 2000 г. С.183-184.
2. Альтшулер Е.М., Лечение глубоких ожогов крупных суставов / Е.М.Альтшулер, и др. // Материалы международного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». Москва. - 2000. - С. 132-133;
3. Мадазимов М.М., Содикова М.А. «Хирургическая коррекция послеожоговых рубцовых деформации плечевого и локтевого суставов» Хирургия Узбекистана №2, 2002 г.
4. Морозов В.Ю. Реконструктивно-восстановительная хирургия при ожогов. М. 2008 г.
5. Дмитриев Г.И. Реконструктивно-восстановительная хирургия последствий ожогов// Матер. VIII Всероссийской научно-практ. конф. «Проблемы лечения тяжелой термической травмы». 22-24 сентября 2004г.- Нижний Новгород, 2004.- С.199-200.
6. Дмитриев Г.И., Зольцев Ю.К., и др. Хирургическая реабилитация больных с последствиями ожогов. Мат. Межд. Конф. «Актуальные проблемы термической травмы». 2002 г.
7. Дмитриев Д.Г., Стручков А.А., Ручин М.В. Активное хирургическое лечение ожогов с повреждением глубоких анатомических структур//Комбустиология на рубеже веков: Междунар конгресс.- Москва, 2000.- С.139-140.
8. Hultman C.S., Use of scarred flaps and secondary flaps for reconstmctive surgery of extensive burns. Burns Incl. Thermlnj. 2010.
9. Lickstein L.H., Bentz ML. Reconstruction of pediatric foot and ankle trauma //Craniofac. Surg.- 2003.- Vol.14 (4).- P.559-565.
10. Uba A.F., Edino S.T., Yakubu A.A. Paediatric burns: management problems in a teaching hospital in north western Nigeria..Burns. 1994