New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.007.21-17

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

[1]Сафаров Далер Хамзаевич https://orcid.org/0009-0005-5903-0989
[2] Тешабоев Мухаммадяхё Гуломкодирович https://orcid.org/0000-0003-1723-2345
[2]Парпиев Абдумутал Лухмонжонович https://orcid.org/0009-0008-5816-4477

[1] Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2] Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ ***Резюме***

Для улучшения результатов хирургического лечения автором была разработана программа лечебно-профилактических мероприятий, направленных на коррекцию гипертрофических и келоидных рубцов. Проведено исследование результатов у 264 пациентов, из которых у 52 (19,7%) обнаружены глубокие рубцы, распространяющиеся в глубину с повреждением собственной фасции. Поверхностные рубцы выявлены у 212 пациентов (80,3%), ограничивающиеся только кожей и подкожной клетчаткой. Наибольшую группу составили пациенты с обширными глубокими рубцами - 34 человека (12,9%).

Таким образом, проведенные профилактические тактико-технические аспекты хирургического лечения рубцовых деформаций позволили снизить частоту развития специфических осложнений в ближайший период после всех видов пластики при операциях на лице с 14,5% ± 2,9% до 4,2% ± 1,8%.

Ключевые слова: рубец, лицо, качество жизни, хирургическое лечение, реконструктивная хирургия, келоид, гипертрофия.

IMPROVEMENT OF THE PROGRAM OF THERAPEUTIC AND PREVENTIVE MEASURES IN THE SURGICAL TREATMENT OF HYPERTROPHIC AND KELOID SCAR DEFORMITIES

[1]Safarov Daler Khamzaevich, [2]Teshaboev Mukhammadyahyo Gulomkodirovich,
[2]Parpiev Abdumutal Lukhmonzhonovich.

[1] Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Tel:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ ***Resume***

To improve the results of surgical treatment, the author has developed a program of therapeutic and preventive measures for the correction of hypertrophic and keloid scars. The results were studied in 264 patients, in which 52 (19.7%) scars spread to the depth with damage to their own fascia, that is, they were deep. Accordingly, superficial scars were detected in 212 patients (80.3%), limited only to the skin and subcutaneous tissue. The most severe group consisted of patients with extensive deep scars - 34 patients (12.9%).

Thus, the preventive tactical and technical aspects of surgical treatment of scar deformities have reduced the incidence of specific complications in the immediate period after all types of plastic surgery during facial surgery from 14.5% ±2.9% to 4.2% ±1.8%.

Keywords: scar, face, quality of life, surgical treatment, reconstructive surgery, keloid, hypertrophy.

GIPERTROFIK VA KELOID CHANDIQLI DEFORMATSIYALARINI JARROHLIK DAVOLASHDA DAVOLASH-PROFILAKTIKA CHORA-TADBIRLARI DASTURINI TAKOMILLASHTIRISH

[1]Safarov Daler Khamzaevich, [2]Teshaboev Mukhammadyahyo Gulomkodirovich,
[2]Parpiev Abdumutal Lukhmonzhonovich.

[1]Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O‘zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ ***Rezyume***

Jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash uchun muallif gipertrofik va keloid chandiqlarini bartaraf etishga qaratilgan davolash-profilaktik choralari dasturini ishlab chiqdi. Natijalarni o'rganish 264 nafar bemorda o'tkazildi, ulardan 52 nafarida (19,7%) chandiqlar chuqur joylashgan 212 bemorda (80,3%) chandiqlar yuza joylashgan. Asosiy guruhdagi 34 nafarida chandiqlar chiziqli bo’lgan (12,9%).

Shunday qilib, chandiq deformatsiyasini jarrohlik yo'li bilan davolashning profilaktik taktik va texnik jihatlari yuz jarrohligi paytida plastik jarrohlikning barcha turlaridan keyingi davrda o'ziga xos asoratlarni 14,5% ± 2,9% dan 4,2% ± 1,8% gacha kamaytirishga imkon berdi.

Kalit so'zlar: chandiq, yuz, hayot sifati, jarrohlik davolash, rekonstruktiv jarrohlik, keloid, gipertrofiya.

Актуальность

Вся история человечества неразрывно связана со сражениями и с наличием большого количества тяжелых ранений, часто верхнего плечевого пояса и лица. Испокон веков врачи пытались найти способы восстановления утраченного кожного покрова. Кроме того, после эпохи возрождения внимание к внешнему облику человека значительно возросло. Сейчас же даже небольшие дефекты лица помимо функциональных расстройств в большинстве случаев бывают причиной тяжелых душевных переживаний и психологических расстройств, которые затрудняют социальную адаптацию [2]. Поэтому коррекция дефектов лица и шеи в настоящее время приобрело первостепенное значение. Приводит факты в пользу высокой частоты термической травмы у военнослужащих даже в наше время [4] и считается одним из самых тяжелых видов боевой патологии [1, 6]. Во время боевых действий в Корее и Вьетнаме использовался запрещенный напалм, который увеличил частоту ожогов в структуре санитарных потерь до 25 и 45% соответственно. После 80-х гг при вооруженных конфликтах удалось снизить частоту ожогов до 5% от всех боевых хирургических травм [3]. Вовремя Афганистанских действий в 1981-1985 гг. ожоговые поражения составили уже лишь 1,5-3,6%. Военная кампания в Чечне в 1994-2001 гг. отмечена ожоговыми поражениями до 4,1-4,6% [4]. Чаще поражались открытые участки тела (лицо, шея и кисти). Отрадно, что в 70% случаев встречаются поверхностные ожоги, лишь у 10% пострадавших наблюдаются обширные поражения. Комбинированные механо-ожоговые поражения составляют 12-18% [5]. В 2013 г. на IV съезде комбустиологов России профессор А.А. Алексеев, являющийся президентом Всероссийского общественного объединения комбустиологов «Мир без ожогов», напомнил коллегам о последних крупных техногенных катастрофах XXI в. Так, в 2009 г. при пожаре в ночном клубе «Хромая лошадь» г. Перми количество пострадавших составило 238 человек, из которых у 32,8% были изолированные ожоги, а у 67,2% обожженных наблюдались многофакторные поражения. В 2011 г. в городе Владикавказе 46 человек получили ожоги в результате взрыва баллона с бытовым газом. В 2013 г. в ночном клубе «Kiss» бразильского города Санта-Мария из-за пожара пострадали 245 человек [3, 6]. Даже в высокоразвитых странах, например, в США, ежегодно получают ожоги около 500000 человек, из них 40000 пострадавших госпитализируются. Общее число ожогов удалось снизилось благодаря использованию таких профилактических мероприятий, как пожарная сигнализация, безопасная организация рабочих мест, но летальность, вызванная ожоговой травмой, находится на 5-м

месте среди всех случаев, обусловленных непредвиденными обстоятельствами [8]. В России ожоговая травма является причиной инвалидности в 22,8% случаев. Из них в 82% случаев пострадавшие - это лица наиболее трудоспособного возраста от 20 до 49 лет. Рубцовые деформации формируются у 23% пострадавших, а при глубоких ожогах с площадью поражения свыше 10% поверхности тела - у 40-55% пациентов. Ожоги лица составляют 18-20% от всех локализаций [4, 7]. Начало 21 века ознаменовано неуклонным ростом пострадавших с ожогами лица [2].

Цель исследование является улучшения результатов хирургического лечения гипертрофических и келоидных рубцовых деформаций в области лица, путём усовершенствования программы лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы

Из всех 264 пациентов у 52 (19,7%) рубцы распространялись в глубину с повреждением собственной фасции, то есть являлись глубокими**.** Соответственно поверхностные рубцы выявлены у 212 больных (80,3%), ограничиваясь только кожей и подкожной клетчаткой. Наиболее тяжелую группу составили больные с обширными глубокими рубцами лица - 34 больных (12,9%). Площадь поражения рубцовым дефектом приведена в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение пациентов по площади рубцового дефекта

Площадь поражения	Группа сравнения		Основная группа		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Малые (до 50 см^2)	35	29,4	44	30,3	79	29,9
Средние (от 50 до 120 см^2)	52	43,7	65	44,8	117	44,3
Обширные (более 120 см^2)	32	26,9	36	24,8	68	25,8
Всего	119	100	145	100	264	100

В области лица дефекты малой площади определены у 44 (30,3%) пациентов в группе сравнения и 35 (29,4%) в основной группе. Средние дефекты были у 65 (44,8%) и 52 (43,7%) пациентов соответственно и обширные у 36 (24,8%) и 32 (26,9%) больных. Фактически в половине случаев дефекты локализовались в средней зоне лица – 49 (41,2%) в группе сравнения и 63 (43,4%) случая в основной группе.

Результат и обсуждение

Комплексная программа профилактики развития ближайших и отдаленных неудовлетворительных результатов пластики послеожоговых рубцовых деформаций в области лица должна основываться на двух составляющих:

- совершенствование тактико-технических аспектов этапа хирургического лечения;
- применение оптимизированного подхода к пролонгированной реабилитации, которая должна быть направлена как на профилактику развития ранних послеоперационных осложнений (снижение активности воспалительного процесса в зоне пластики; улучшение процессов васкуляризации и приживления лоскутов), так и на профилактику развития поздних послеоперационных осложнений, связанных с косметическим эффектом реконструкции (ускорение процессов регенерации в зоне реконструкции; обеспечение качественной реабилитации психоэмоционального статуса; снижение риска формирования патологических рубцов и рецидива деформаций; сокращения общего периода послеоперационной реабилитации с достижением приемлемого косметического и функционального результата).

Предложенный способ обработки донорского участка и техника забора свободного полнослойного кожного лоскута позволили получить трансплантат равномерной толщины, без повреждений целостности кожи и без подкожной клетчатки. При этом после забора

трансплантата не было необходимости его обезжиривания. Применение местной гипотермии в послеоперационном периоде способствовало уменьшению таких осложнений как подлоскутная гематома, венозный, лимфатический отек и ишемия. Все это значительно улучшало процесс приживления лоскута, повышало функциональные и эстетические результаты операций.

Использование полнослойного кожного аутотрансплантата в комбинированной пластике исключало процессы сморщивания и гиперпигментации трансплантата. При этом сохранялись нормальные свойства кожи: цвет, текстура, эластичность и чувствительность.

Проведенное исследование позволило выработать протокол и алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с последствиями ожогов лица (табл. 2).

Таблица 2

Протокол тактики хирургического лечения больных с последствиями ожогов лица

№ п/п	Площадь, уровень, глубина, характер, дефекта	Предпочтительный метод пластики
I	***Рубцовая ДМТ (деформация мягких тканей) малой площади (до 50 см²):***	
	1. Область лица:	
	1.1. Глубокая	Пластика треугольными лоскутами; свободная полнослойная кожная пластика; комбинированная пластика носа «П» -образным лоскутом; пластика интраоперационно предварительно растянутыми тканями
	1.2. Поверхностная	Пластика треугольными лоскутами; комбинированная пластика носа «П» -образным лоскутом; пластика интраоперационно предварительно растянутыми тканями
	Рубцовая ДМТ средней площади (50-120 см²):	
	1. Область лица:	
	1.1. Глубокая	Свободная полнослойная кожная пластика; пластика интраоперационно растянутыми тканями; пластика предварительно растянутыми тканями.
	1.2. Поверхностная	Свободная полнослойная кожная пластика; пластика интраоперационно растянутыми тканями.
	Обширная рубцовая ДМТ (более 120 см²)	
	1. Область лица:	
	1.1. Глубокая	Свободная полнослойная кожная пластика; пластика предварительно растянутыми тканям.
	1.2. Поверхностная	Свободная полнослойная кожная пластика; пластика интраоперационно растянутыми тканями; пластика предварительно растянутыми тканями.

Результаты: Таким образом, совершенствование профилактических тактико-технических аспектов хирургического лечения рубцовых деформаций в области лица позволили сократить частоту развития специфических осложнений в ближайший период после всех видов пластики при операциях на лице с 14,5%±2,9% (у 21 из 145 пациентов в группе сравнения) до 4,2%±1,8% (у 5 из 119 больных в основной группе; $t=2,98$; $p<0,001$) и на шее с 17,3%±3,8% (у 17 из 98 пациентов в группе сравнения) до 5,4%±2,4% (у 5 из 92 больных в основной группе; $t=2,65$; $p<0,01$). В свою очередь с учетом вида пластики частоту осложнений удалось снизить после СКП с 11,4%±5,4% (у 4 из 35 пациентов в группе сравнения) до 3,3%±2,3% (у 2 из 60 больных в основной группе; $t=1,38$; $p>0,05$), после ПВЛ с 15,7%±2,8% (у 27 из 172 пациентов в группе сравнения) до 4,5%±2,0% (у 5 из 111 больных в основной группе; $t=3,29$; $p<0,001$), а после КП с 19,4%±6,6% (у 7 из 36 пациентов в группе сравнения) до 7,5%±4,2% (у 3 из 40 больных в основной группе; $t=1,53$; $p>0,05$).

Вывод

Применение предложенной программы пролонгированной профилактической реабилитации пациентов с ПРД зоны лица в совокупности с внедрением усовершенствованных методик свободной, комбинированной и полнослойной пластики кожным трансплантатом способствуют более прочному восстановлению кожного покрова, хорошей эластичности и

подвижности относительно подлежащих тканей, снижению риска ретракции и улучшению эстетического эффекта по отношению к неповрежденной коже.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г., Мадазимов К.М. Хирургическая реабилитация больных с последствиями ожогов области головы и шеи / Монография, Ташкент 2019;59.
2. Тешабоев М.Г. Изучения оценка качества жизни больных с последствиями ожогов лица и шеи // Тиббиётда янги кун. 2020;2(30):543-545. (14.00.00, №22)
3. Исмаилов С.И., Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г. Оценка качества жизни пациентов после пластики последствий ожогов лица и шеи // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия 2022;1(2):197-200. (https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2022.1.2.031).
4. Исмаилов С.И., Мадазимов М.М., Тешабоев М.Г. Сравнительный анализ ближайших результатов применения предложенного комплекса профилактических тактико-технических аспектов пластики рубцовых дефектов лица и шеи // Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия 2022;1(2):201-206. (https://doi.org/10.57231/j.idmfs.2022.1.2.032).
5. Шуклин Г.О., Шуклина А.А., Япаров А.Э., Бабина С.А., Желтышева А.Ю. Хирургическое лечение глубоких ожогов, современные методы // Международный студенческий научный вестник. 2019;3; URL: https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19675.
6. Abouzeid CA, Wolfe AE, Ni P, Carrougher GJ, Gibran NS, Hammond FM, Holavanahalli R, McMullen KA, Roaten K, Suman O, Stewart BT, Wolf S, Zafonte R, Kazis LE, Ryan CM, Schneider JC. Are Burns a Chronic Condition? Examining Patient Reported Outcomes up to 20 Years after Burn Injury - A Burn Model System National Database Investigation. // J Trauma Acute Care Surg. 2022 Jan 25. doi: 10.1097/TA.0000000000003547.
7. Aggarwal S. J., Baxter C. R., Diller K. R. (1985). Cryopreservation of skin: an assessment of current clinical applicability. J. Burn Care Rehabil. 1985;6:469-476. 10.1097/00004630-198511000-00003
8. Davison-Kotler E., Sharma V., Kang N. V., García-Gareta E. (2018). A universal classification system of skin substitutes inspired by factorial design. // Tissue Eng. Part B Rev. 2018;24:279-288. 10.1089/ten.teb.2017.0477
9. De La Cruz Monroy MFI, Kalaskar DM, Rauf KG. Tissue expansion reconstruction of head and neck burn injuries in paediatric patients - A systematic review. // JPRAS Open. 2018 Oct 26;18:78-97. doi: 10.1016/j.jpra.2018.10.004.

Поступила 20.01.2024