УЎК: 616-001.17-053.9-08

# КУЙИШ ЖАРОҲАТИ ОЛГАН КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК НЕКРЭКТОМИЯСИДАН КЕЙИНГИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКА НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Фаязов А.Д.[1], Ахмедов А.И.[2]

# АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕКРЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Фаязов А.Д.[1], Ахмедов А.И.[2]

# ANALYSIS OF AUTODERMOPLASTY RESULTS FOLLOWING SURGICAL NECRECTOMY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH BURN INJURY

Fayazov A.D.[1], Akhmedov A.I.[2]

*[1]Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, [2]Самарқанд давлат тиббиёт университети*

***Цель:*** *выбор наиболее подходящего метода хирургической некрэктомии и аутодермопластики с учетом площади ожога у больных с ожогами пожилого и старческого возраста.* ***Материал и методы:*** *в отделении комбустиологии Самаркандского городского медицинского объединения в 2022-2025 гг. под наблюдением были 52 пациента с глубокими ожогами IIIB-IV степени в возрасте 60 лет и старше, с индексом Бо (прогностическим показателем) более 60 единиц. 1-ю группу составил 21 (40,4%) пострадавший с индексом Бо от 61 до 80 единиц – относительно положительный показатель. Во 2-ю группу включены 19 (36,5%) пациентов с индексом Бо от 81 до 100 единиц – сомнительный показатель. В в 3-ю группу вошли 12 (23,1%) больных с травмами, угрожающими жизни (индекс Во выше 100 единиц).Мужчин было 29 (55,8%), женщин 23 (44,2%).* ***Результаты:*** *рациональное применение методов ранней хирургической некрэктомии при активном лечении этой категории больных позволяет значительно сократить сроки восстановления кожных покровов и снизить частоту осложнений ожоговой болезни. Наилучших результатов в хирургическом лечении у пациентов пожилого и старческого возраста можно достичь, используя одномоментную аутодермопластику для закрытия всех ран в один этап, а при обширных ожогах – метод отсроченной аутодермопластики.* ***Выводы:*** *тяжесть лизиса аутотрансплантатов у пациентов с ожогами пожилого и старческого возраста прямо пропорциональна длительности ожоговой некрэктомии, площади и глубине ожога, а также тяжести сопутствующих заболеваний.*

***Ключевые слова****: глубоких ожогов, аутодермопластика, хирургические некрэктомии, аутодермопластика.*

***Objective:*** *To select the most appropriate method of surgical necrectomy and autodermoplasty taking into account the burn area in elderly and senile patients with burns.* ***Material and methods:*** *In 2022-2025, 52 patients with deep burns of grades IIIB-IV, aged 60 years and older, with a Bo index (prognostic indicator) of more than 60 units were observed in the Combustiology Department of the Samarkand City Medical Association. Group 1 consisted of 21 (40.4%) victims with a Bo index from 61 to 80 units, a relatively positive indicator. Group 2 included 19 (36.5%) patients with a Bo index from 81 to 100 units, a questionable indicator. Group 3 included 12 (23.1%) patients with life-threatening injuries (Bo index above 100 units). There were 29 men (55.8%) and 23 women (44.2%).* ***Results:*** *Rational use of early surgical necrectomy methods in the active treatment of this category of patients can significantly reduce the time to skin restoration and reduce the incidence of burn complications. The best surgical results in elderly and senile patients can be achieved using single-stage autodermoplasty to close all wounds in a single stage, and for extensive burns, a delayed autodermoplasty method.* ***Conclusions:*** *The severity of autograft lysis in elderly and senile burn patients is directly proportional to the duration of burn necrectomy, the area and depth of the burn, and the severity of comorbidities.*

***Key words:*** *deep burns, autodermoplasty, surgical necrectomies, autodermoplasty.*



Кекса ва қари ёшдаги беморларда куйиш жароҳатларини даволаш замонавий комбустиологиянинг энг мураккаб йўналишларидан бири ҳисобланади. Бу ёшдаги беморларда регенерация (тикланиш) жараёнларининг секинлиги ва ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги жарроҳлик амалиётига алоҳида ёндашувни талаб қилади [2, 7, 13]. Шу билан бирга кекса ва қари ёшдаги беморларда жароҳатнинг оғирлик даражаси нафақат куйиш яраларининг майдони ва чуқурлиги билан, балки ҳамроҳ патологиялар ҳамда барча аъзолар ва тизимларнинг ёшга доир инволюцияси (ортга ривожланиши) билан ҳам белгиланади [1, 6, 11]. Шундай экан, бугун кунга келиб, куйиш жароҳати олганлар орасидаамбулатория шароитида даволанишнинг ўсиш тенденцияси кузатилаётган бўлсада, кекса ва қари беморларда аксинча шифохонада ётиб даволаниш тенденцияси ошмоқда [1, 5,12].

Куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморларга ўз вақтида тиббий ёрдамнинг етарли бўлмаслиги, кичик ҳажмдаги куйиш жароҳатларга нисбатан эътиборнинг кам бўлиши, ҳамда куйиш касаллигининг дастлабки даврида даволашнинг тактик жиҳатдан кечикиши, даволашдаги кейинги натижаларга салбий таъсир кўрсатиши мумкин [4, 8, 10].

Охирги йилларда куйиш жароҳатларида фаол жарроҳлик амалиётини қўллаш, консерватив даволашга қараганда асоратлар ва ўлим ҳолатларини камайтиради, бироқ бунда эрта хирургик амалиётнинг вақти ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Аммо кекса ва қари ёшдаги беморларда куйиш касаллигини хирургик даволашда фаол жарроҳлик усулларини қўллаш имкониятлари чекланган [3, 5, 9].

Куйиш жароҳати олган геронтологик беморларда жарроҳлик некрэктомиясидан кейинги аутодермопластика қилишнинг натижаларини ўрганиш комбустиологиянинг асосий стратегияларидан бири ҳисобланади.

**Тадқиқот мақсади**

Куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморларда куйиш майдонини ҳисобга олган ҳолда,

жарроҳлик некрэктомияси ва аутодермопластиканинг энг мақбул усулларини танлаш.

**Материал ва усуллар**

Клиник тадқиқотлар 2022-йилдан 2025-йилгача бўлган даврда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг комбустиология бўлимида даволанган 52 нафар беморни комплекс даволаш натижаларига асосида олиб борилди. Беморларни тадқиқот гуруҳига киритиш мезонлари қуйидагилардан иборат бўлди: 52 нафар беморда IIIB – IV даражали чуқур куйиш жароҳати олган, ёши 60 ва ундан юқори бўлган, ҳамда Бо индекси (башорат кўрсаткич) 60 бирликдан юқори бўлган беморлар таҳлил қилинди.

Клиник кечиши ва термик шикастланишнинг оғирлигига кўра, оғир куйган кекса ва қари ёшдаги беморлар уч гуруҳга бўлинди:

Биринчи гуруҳ: 21 нафар (40,4%) бемор, Бо индекси (БоИ) 61 дан 80 бирликкача – нисбатан ижобий.

Иккинчи гуруҳ: 19 нафар (36,5%) бемор, Бо индекси (БоИ) 81 дан 100 бирликкача – шубҳали.

Учинчи гуруҳ: 12 нафар (23,1%) бемор, ҳаёт учун номутоносиб жароҳат (БоИ 100 бирликдан юқори).

Ўртача БоИ кўрсаткичи 83,12±14,88 бирликни ташкил этди.

Тадқиқот гуруҳида эркаклар 29 нафарни (55,8%), аёллар эса 23 нафарни (44,2%) ташкил қилди.

Кузатувларимизда жабрланган беморларнинг 25(48,1%) алангадан термик жароҳат олган. Иссиқ суюқликлардан куйиш– 21(40,3%) беморларда қайд қилинди. Контакт куйишлар 3(5,7%), қайноқ ёғ 2(3,8%) ва электротермик жароҳатлар 1(2,1%) жуда кам ҳолларда кузатилди.

Беморларда куйишнинг умумий майдони тана юзасининг 0,5% дан 70% гача бўлиб, ўртача 51,1±1,3% ни ташкил этди. Умумий майдонни баҳолашда барча даражадаги (I, II, IIIAB va IV) куйишлар ҳисобга олинди. Тана юзасининг 10% дан камроғи куйган чекланган жароҳатлар фақат 19 нафар (36,5%) беморда кузатилди. Шу билан бирга, тана юзасининг учдан бир қисмидан кўпроғи куйган кенг кўламли жароҳат олганлар жами 10 кишини (19,2%) ташкил этди.

Турли омиллар таъсирида чуқур куйишларнинг тарқалиши: чуқур куйиш майдони кичикроқ (тана юзасининг 3% ва 7% игача) бўлган беморларнинг ярмидан кўпида кўпинча қайноқ сувдан куйиш (55% ва 50%) кузатилган бўлса, кенгроқ куйиш жароҳати олганларда асосий сабабчи омил алангадан олинган жароҳатлар бўлди. Бизнинг кузатувларимизда чуқур контакт куйишлар тана юзасининг 6% идан, чуқур электр куйишлар эса 9% идан ошмади.

Маълумки, гериатрик ёшдаги беморларнинг характерли хусусиятларидан бири — бир ёки бир нечта ҳамроҳ касалликларнинг юқори даражада учрашидир. Ушбу тадқиқотда биз даволаш натижаларига ва тактикасига у ёки бу даражада таъсир қилиши мумкин бўлган клиник жиҳатдан муҳим касалликларнигина ҳисобга олишни мақсадга мувофиқ деб билдик. Жами 38 нафар (73%) беморда жиддий ҳамроҳ касалликлар қайд этилди.

Кутилганидек, учраш даражаси бўйича биринчи ўринда юрак-қон томир касалликлари туради: текширилган беморларнинг 56% юрак ишемик касаллигидан азият чеккан, кекса ва қария ёшдаги куйган беморларнинг 20,2% ида эса артериал гипертензия аниқланди, бу ушбу ёш тоифасидаги ўртача популяция кўрсаткичларига мос келади. Қон айланишининг бузилиши билан боғлиқ касалликлар тоифасига анамнездаги ўткир мия қон айланишининг бузилиши ҳолатларини (21,1%) ва сурункали цереброваскуляр етишмовчилик асоратларини (1,8%) киритиш мумкин.

Бундан ташқари, тахминан ҳар беш-олти нафар беморнинг бирида нафас олиш аъзолари касалликлари (14,7%), қандли диабет (22,9%) ва овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари (20,2%) аниқланди. Айрим ҳолатларда сурункали алкоголизм (2,8%), буйрак касалликлари (0,9%) ва хавфли ўсмалар (0,9%) ташхиси қўйилди.

Кекса ва қари ёшдаги беморларда биз жарроҳлик некрэктомияси (ЖН) усулини қўлладик. Бажарилиш муддатига кўра, некрэктомия эрта (ЭЖН) ва кечиктирилган (КЖН) турларга бўлинди. Некрэктомиядан кейинги жароҳатнинг аутодермопластикага тайёргарилигига қараб, бир босқичда ва бир неча босқичда кечиктирилган аутодермопластика (АДП) операциялари ўтказилди.

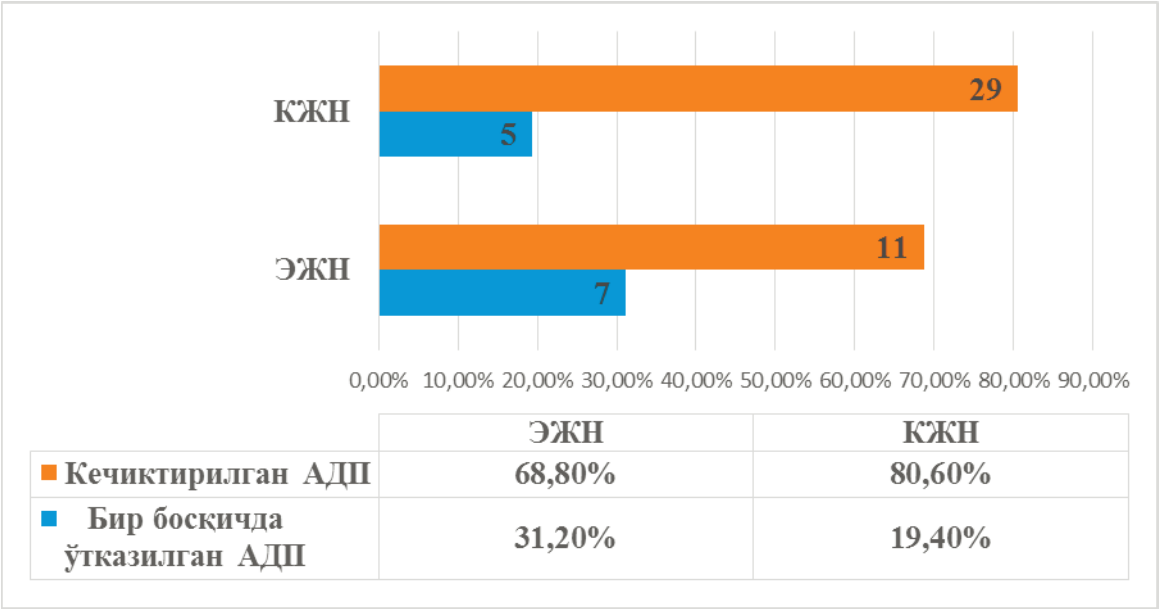
**Натижалар ва муҳокама**

Юқори ёш гуруҳидаги беморларда эрта жарроҳлик некрэктомияси (ЭЖН) жароҳат соҳасида яллиғланиш жараёнлари бўлмаган тақдирда, термик шикастланиш олинган вақтдан бошлаб биринчи ҳафта давомида амалга оширилди. Кечиктирилган жарроҳлик некрэктомияси (КЖН) эса жароҳатдан кейин 10 кундан 45 кунгача бўлган муддатларда бажарилди.

Бир босқичда ўтказиладиган АДПга кўрсатма бўлиб некрозлашган тўқималарни ишончли равишда радикал олиб ташлаш ҳисобланади, у операция қилинган кекса ёшдаги беморларнинг чорак нафарида, яъни 12 (23%) да бажарилди (1-расм).

Барча ҳолатларда перфорацияланган тери лахтаклари қўлланилди. Одатда, чуқур куйишлари чекланган кекса беморларда бир босқичда ўтказиладиган аутодермопластикани бажариш учун қулай шароитлар мавжуд эди. Кечиктирилган АДП жарроҳлик некрэктомиясидан сўнг 1-10 кун муддатда, ўртача4,7±1,6 кундан кейин 40 нафар (77%) беморда амалга оширилди.

Некротик тўқималарни бир босқичнинг ўзида радикал кесиб ташлаш ва мос равишда, бир вақтнинг ўзида АДПни бажариш имконияти ишончли тарзда некрэктомия муддатига боғлиқ эмас эди. ЭЖН ва КЖН бажарилганда АДП фақат тегишли гуруҳлардаги 31,2% ва 19,4% беморлардагина амалга оширилишига эришилди ($\chi^2$=0,116). Одатда мазкур шахслар асосан чуқур куйишлари чекланган куйганлардан иборат эди (бир вақтнинг ўзида АДП бажарилган фақат 2 нафар (12,5%) бемордагина IIIБ-IV-даражадаги куйиш майдонлари т.ю. 7%дан ортиқ бўлган).

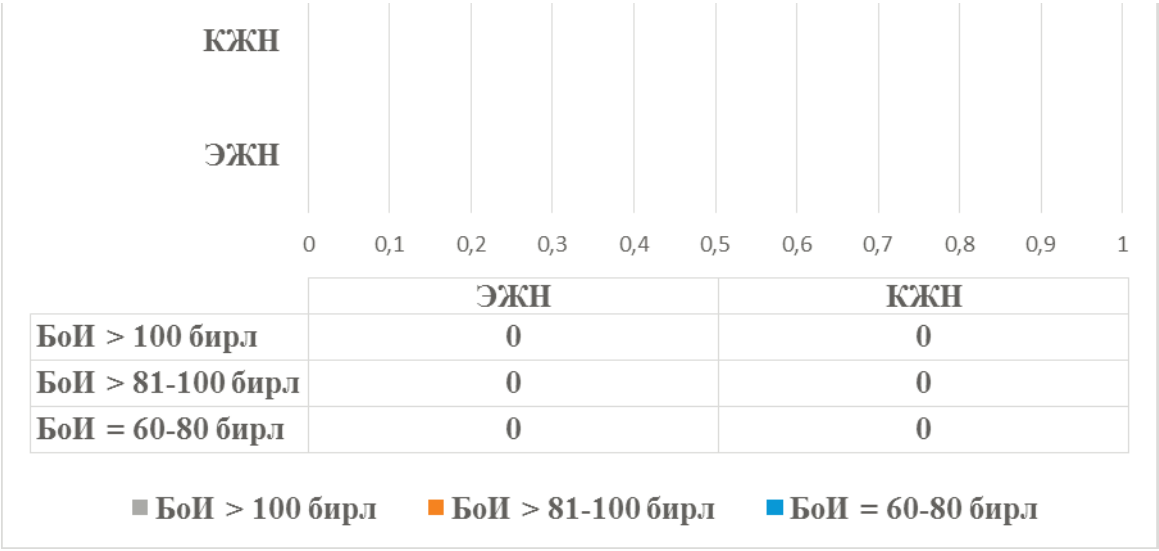



| | ЭЖН | КЖН |
|---|---|---|
| Кечиктирилган АДП | 68,80% | 80,60% |
| Бир босқичда ўтказилган АДП | 31,20% | 19,40% |

***1-расм. Беморларнинг АДП ва ЖН табиатига кўра тақсимоти, n (%)***

ЭЖНдан кейин кечиктирилган АДП 11 нафар (68,8%) куйган беморларда ўртача 2,9 кундан сўнг бажарилди. Битта ҳолатда т.ю.5% чекланган куйиш қайд этилган (ШБ даражали, т.ю. 3%, БоИ - 64 бирл.) беморда АДП умумий соматик сабабларга кўра (оғир чўзилган зотилжам, ўтказилган бош мияда қон айланишнинг ўткир бузилиши оқибатлари) 32 кунга кечиктирилди. КЖН гуруҳидаги яна 2 беморга қандли диабет фонида иккиламчи некрозлар ривожланиши ва яра жараёнининг секин кечиши туфайли АДП некрозга учраган тўқималар олиб ташланган сўнг 2 ҳафтадан кейин (17 ва 22 кунлар) бажарилди.

Жарроҳлик некрэктомияси ўтказилган беморлар гуруҳида жароҳатдан кейин АДПни бажаришнинг ўртача муддатлари 13,9 кунни ташкил қилди (2-расм).




| | ЭЖН | КЖН |
|---|---|---|
| БоИ > 100 бирл | 0 | 0 |
| БоИ > 81-100 бирл | 0 | 0 |
| БоИ = 60-80 бирл | 0 | 0 |

***2-расм. Жароҳатдан кейин бирламчи ва кечиктирилган ЖНни бажаришда АДПни амалга оширишнинг ўртача муддатлари***

Некрэктомия тури – ЭЖН ёки КЖНга қараб жароҳатдан кейин яранинг трансплантатлар билан ёпилиш муддатлари тахминан икки баравар фарқ қилди, ҳамда мос равишда 8,7 ва 17,1 кунни ташкил этди. Гарчи ушбу рақамлар муайян даражада шартли бўлганлиги, яъни бир босқичда бажарилган ва кечиктирилган аутодермопластика ҳисобга олинганлиги сабаблитери қопламлари тикланиш вақтининг қисқариши нуқтаи назаридан эрта некрэктомиянинг афзалликларига аниқ ишора қилади.

АДПни бажариш муддатлари турли оғирликдаги термик жароҳат олган беморларда ишончли тарзда фарқ қилмади. Масалан, БоИ 60-80 бирлик бўлган беморлар ва БоИ 80 бирликдан ортиқ куйганлар ўртасидаги фарқ ушбу кўрсаткич бўйича 1-2 кунни ташкил қилди (p>0,05). Умуман олганда, термик жароҳат оғирлиги бир хил бўлган куйганларда яраларни аутотрансплантатлар билан ёпиш муддатлари ўртасидаги фарқ 12-14 кунгача бўлиши кузатилди. ЖН ва кейинги АДП муддатларини танлаш беморнинг шифохонага ётиш вақти, беморнинг аҳволи, ёндош касалликлар ва асоратларнинг мавжудлиги ва бошқалар билан белгиланади (1-жадвал).

*1-жадвал*

***Жароҳатдан кейин бир босқичдаги ва кечиктирилган АДПни амалга оширишнинг ўртача муддатлари***

| Кичик гуруҳлар | АДПни бажариш муддатлари (кунларда) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ЭЖН, n=16 | | КЖН, n=36 | |
| | Бир босқичдаги АДП, n=5 | Кечиктирилган АДП, n=11 | Бир босқичдаги АДП, n=7 | Кечиктирилган АДП, n=29 |
| БоИ = 60-80 бирл., n=21 | 5,5±1,6 | 11,1±2,0 | 11,3±1,1 | 19,2±0,4 |
| БоИ > 81-100 бирл., n=19 | 6,7±1,2 | 11,0±1,3 | 15,9±1,4 | 17,6±0,3 |
| БоИ > 100 бирл., n=12 | 7,1±1,7 | 12,9±1,5 | 15,5±1,5 | 18,1±1,9 |

Масалан, БоИ 80 бирликдан ортиқ бўлган беморларда яралар аутотрансплантатлар билан ЭЖНни бир босқичдаги АДП билан амалга оширганда 6,7±0,2 кунда, КЖН ва кечиктирилган АДП бажарилганда 17,0±0,8 кунда тери бутлиги тикланди. Бундай операциялар БоИ 100 бирликдан ортиқ бўлган беморларда ҳам тахминан ушбу муддатларда амалга оширилди.

АДП ўртача т.ю. 9,8±0,2% майдонида амалга оширилди (2-жадвал). АДПнинг ўртача майдони жарроҳлик йўли билан даволашнинг танланган тактикасига деярли боғлиқ бўлмаган – ушбу кўрсаткич ЭЖН ва КЖН гуруҳида ишончли тарзда фарқ қилмаган. Барча ҳолатларда биз чуқур тери нуқсонлар жойини аутотрансплантат билан максимал даражада ёпишга ҳаракат қилдик, ушбу ҳолат термик жароҳат оғирлиги турлича бўлган кичик гуруҳларда АДП майдонидаги ишончли фарқда акс этди. Некрэктомия зонасига мувофиқ аутодермопластика БоИ 60-80 бирлик бўлган ва БоИ 100 бирликдан ортиқ бўлган беморларда турлича майдонлар, мос равишда т.ю. 7,7±0,6 ва 12,7±1,1%да амалга оширилди.

*2-жадвал*

***ЖНда АДПнинг ўртача майдони***

| Кичик гуруҳлар | АДП*майдони (т.ю. %) | | |
|---|---|---|---|
| | ЭЖН, n=16 | КЖН, n=36 | Умумий кўрсаткич |
| БоИ = 60-80 бирл., n=21 | 6,7±0,9 | 7,9±0,7 | 7,7±0,6 |
| БоИ > 81-100 бирл., n=19 | 13,2±1,6 | 11,7±0,9 | 12,8±0,8 |
| БоИ > 100 бирл., n=12 | 14,3±2,6 | 12,4±1,1 | 12,7±1,1 |
| Барча операция қилинганлар, n=52 | 9,8±0,4 | 9,9±0,3 | 9,8±0,2 |

**** - Агар АДП босқичма-босқич бажарилган бўлса, биринчисининг майдони ҳисобга олинган***

Бир босқичда барча чуқур тери деффектлар кекса ва қари ёшдаги беморларнинг 40 нафарида (77%), 2 босқичда эса 12 нафарида (23%) ёпилди.

ЭЖН ўтказилган беморлар гуруҳида (n=16) жами 31 та АДП амалиётлари бажарилди: 10 нафар беморда битта муваффақиятли операция қилинди, 2 нафар беморда – 2 босқичли операция амалга оширилди, 3 кишида –аутотрансплантатлар лизиси туфайли қайта операция ўтказилди ва 1 та ҳолатда - 3 та операция бажарилди (2 босқичли АДП ва лизис туфайли аутотерини қайта ўтказиш).

КЖНли куйганларда (n=36) эса жами 51 та АДП амалиётлари ўтказилди: 28 нафар беморда бир босқичда операция қилинди, 5 кишида аутотерини 2 босқичли ўтқазиш амалга оширилди. Яна 3 нафар беморларда бир босқичдаги (2) ва икки босқичдаги (1) операциялардан сўнг аутотрансплантатларнинг лизисга учраши кузатилди ва қайта операция қилинди.

Жарроҳлик некрэктомияси бажарилганда жароҳатдан кейин тери қопламларининг тикланиш муддатлари ўртача 29,6±1,9 кунни, жумладан ЭЖН гуруҳида 27,2±1,7 кунни, КЖН гуруҳида 32,2±1,6 кунни ташкил қилди (фарқ ўртача 4 кунга тенг бўлди, $p<0,05$). Ушбу кўрсаткичлар БоИ 80 гача бўлган ва 100 дан ортиқ бўлган беморлар гуруҳи ўртасида ишончли тарзда фарқ қилди (3-жадвал).

Кенг қамровли ва чуқур куйишлар қайд этилган беморларда тери қопламлари тикланишининг узоқроқ муддатлари АДПни босқичма-босқич бажарилишининг зарурияти ва маҳаллий асоратлар,шунингдек, 21-28 кун ичида битган IIIA даражали куйишларнинг эпителизация тезлиги билан боғлиқ эканлиги аниқланди. ЭЖН ва бир вақтда ўтказилган аутодермопластика фонида тери қопламлари тикланишининг муддатлари ўртача 19,6±1,9 кунни ташкил қилди, яъни чегараланган чуқур куйишлари бор кекса беморларда куйиш яраларини олиб боришнинг фаол жарроҳлик тактикасини қўллаш ЖН гуруҳида ўртача кўрсаткичларга қараганда даволаш муддатларини яна 3-8 кунга қисқартиришга имкон берди.

Кекса ва қари ёшдаги куйган беморларда аутодермотрансплантатларнинг лизиси тахминан ҳар беш ҳолатда – жарроҳлик некрэктомияси ва кейинги АДП ўтказилган 11 нафар (21,1%) беморда қайд

этилди. Термик жароҳат оғирлиги турлича бўлган кичик гуруҳларда лизис частотаси 9,6 (БоИ = 60-80 бирликда) дан 21,1% (БоИ > 100 бирликда) гача кузатилди, бироқ кузатишлар сони 52 та бўлганлиги сабабли кўрсаткичлардаги фарқ статистик жиҳатдан ишончли бўлмайди(p>0,05) (4-жадвал).

***3-жадвал***

***Тери қопламлари тикланишининг ўртача муддатлари***

| Кичик гуруҳлар | Тери қопламлари тикланишининг ўртача муддатлари (кунларда) | | |
|---|---|---|---|
| | ЭЖН | КЖН | Умумий кўрсаткич |
| БоИ = 60-80 бирл., n=21 | 24,6±2,6 | 29,7±1,8 | 27,0±1,5 |
| БоИ > 81-100 бирл., n=19 | 29,1±2,2 | 32,0±1,4 | 21,5±1,8 |
| БоИ > 100 бирл., n=12 | 32,8±3,2 | 34,6±3,5 | 34,4±2,6 |
| Барча операция қилинганлар, n=52 | 27,2±1,6 | 32,2±1,6 | 29,6±1,9 |

***4-жадвал***

***Аутодермотрансплантатлар лизиси частотаси, n (%)***

| Кичик гуруҳлар | Лизис 10%дан кам | Лизис 10-50% | Лизис 50%дан ортиқ | Жами |
|---|---|---|---|---|
| БоИ = 60-80 бирл., n=21 | 1 (4,8%) | 1 (4,8) | - | 2 (9,6) |
| БоИ > 81-100 бирл., n=19 | 2 (10,5) | 1 (5,3) | 1 (5,3) | 4 (21,1) |
| БоИ > 100 бирл., n=12 | 2 (16,7) | 2 (16,7) | 1 (8,3) | 5 (40,7) |
| Барча операция қилинганлар, n=52 | 5 (9,6) | 4 (7,7) | 2 (3,8) | 11 (21,1) |

БоИ 100 бирликдан ортиқ куйган беморларнинг оғирроқ тоифасида ушбу асорат ҳар уч кишидан бирида содир бўлади, ушбу ҳолат, афтидан, беморлар аҳволининг оғирлиги ҳамда тери лахтаклар перфорациясидан фойдаланишнинг юқорироқ коэффициенти (1:4, 1:6) билан боғлиқдир.

Трансплантатларнинг тотал ва субтотал лизиси фақат 2 та ҳолатда (3,8%) кузатилди (лизиснинг барча ҳолатларидан 9,6%). Ўтқазилган аутотеринг қисман (50% гача) кўчиши анча кўпроқ, 4 нафар (7,7%) бемордақайд этилди.

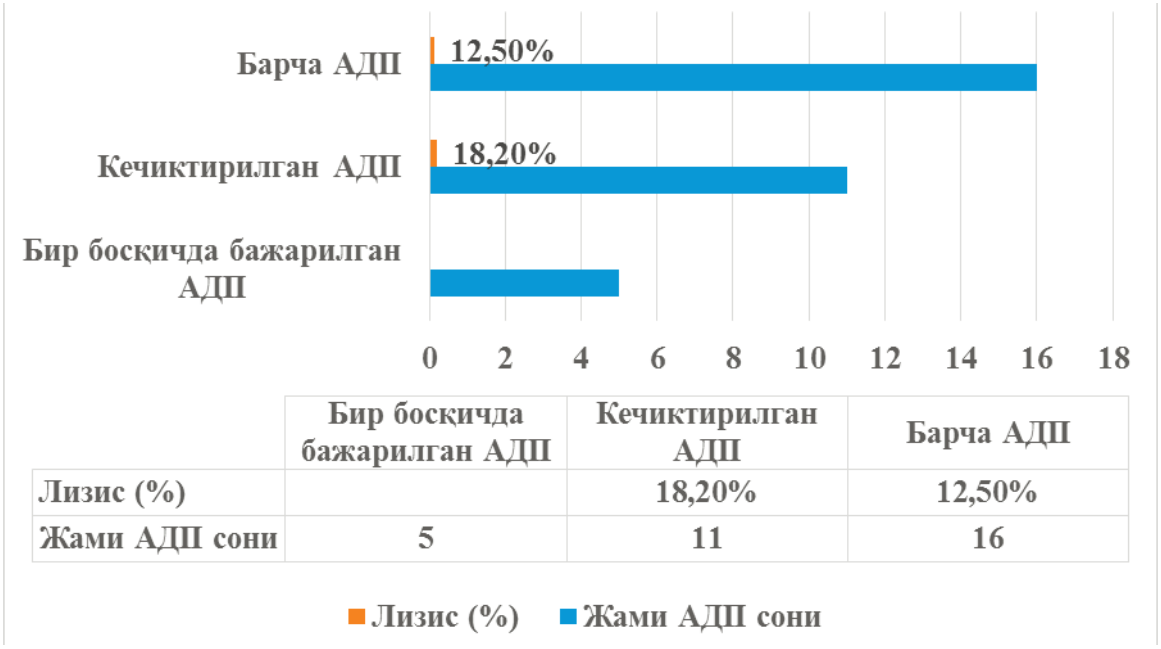
Бир вақтдаги АДПни бажаришда, яъни тери қийқимлари кесиб олинган куйган ярага қўйилганда, трансплантатлар лизисининг учраши 8,3%ни (12 та АДПга 1 та ҳолат) ташкил этди, кесиб олинган грануляцион ярага кечиктирилган трансплантацияни амалга оширишда ушбу кўрсаткич уч баравар – 23,1% гача (52 тадан 12 та) ошди.

Кекса ва қари ёшдаги беморларда ЭЖН бажарилгандан кейин 16 та АДП ҳолатига трансплантатларнинг атиги2 та (12,5%) лизис эпизоди қайд этилди. Бир вақтда бажарилган АДП да трансплантатнинг лизиси қайд қилинмади. Кечиктирилган АДП бажарилган беморларда лахтак бир вақтда ўтказилишига қараганда трансплантатнинг лизис асорати бирмунча кўпроқ ривожланди (12,5%) (3-расм).

ЭЖН ва КЖНдан кейин аутодермопластика бажарилиши билан лизислар частотаси солиштирилганда (12,5% ва 25%) статистик жиҳатдан ишончли фарқ аниқланмади.

Шундай қилиб, кекса ва қари ёшдаги беморларда кузатилган чуқур куйишларни даволаш учун жароҳлик некрэктомиясининг ЭЖН ва КЖН усули ва кейинги аутодермопластика қўлланилганда қуйидаги натижалар олинди:

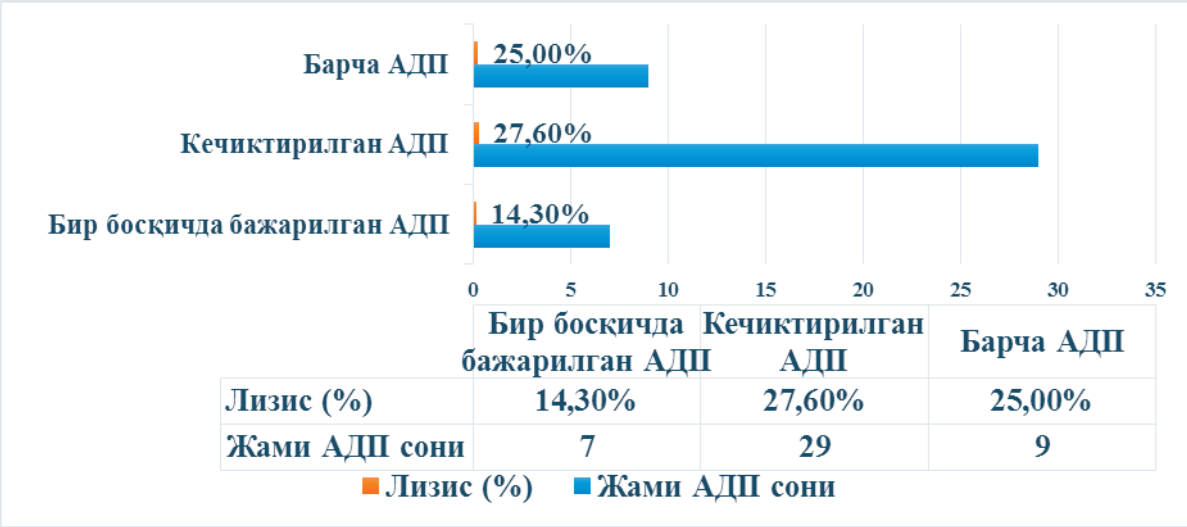
- Куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморлар эрта хирургик даволаш усулларини оқилона қўллашда операциядан олдинги тайёргарлик ва беморнинг ҳамроҳ касалликларини ҳисобга олган ҳолда умумий аҳволини барқарорлаштириш зарурлигини кўрсатди;
- Куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморларни фаол хирургик даволашда, эрта хирургик некрэктомия усулларини қўллаш орқали аутотери қопламаларининг тикланиш муддатини сезиларли даражада қисқартиришга ва куйиш касаллигининг асоратлари салмоғини камайтиришга имкон беради;
- Куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморларда аутотрансплантатлар лизисининг салмоғи ЖН муддатига, куйиш майдонига ва чуқурлигига, шунингдек беморнинг ҳамроҳ касалликларининг оғирлигига тўғри пропорционал эканлиги аниқланди;
- Чегараланган куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморларда бир босқичдаги аутодермопластикани бажаришда кечиктирилган АДПга нисбатан яхшироқ натижалар қайд этилди (12,5% ва 25%);
- Куйиш жароҳати олган кекса ва қари ёшдаги беморларда кенг кўламли куйишлар мавжуд бўлганда, 1-2 босқичда амалга ошириладиган кечиктирилган аутодермопластикадан фойдаланиш яхши натижалар беради.




| | Бир босқичда бажарилган АДП | Кечиктирилган АДП | Барча АДП |
|---|---|---|---|
| Лизис (%) | | 18,20% | 12,50% |
| Жами АДП сони | 5 | 11 | 16 |

*3-расм. ЭЖН ва АДП муддатларига қараб аутодермотрансплантатлар лизисининг частотаси, n (%).*

КЖН бажарилганда 9 та (25%) ҳолатда трансплантатлар лизиси 36 нафар беморда кузатилди. Бундай жарроҳлик тактикасида бир вақтда АДП ўтказилган куйганларда яхшироқ натижалар олинди, ушбу ҳолатда аутотрансплантат лизиси частотаси аутотери кечиктирилиб ўтказилган беморларга қараганда икки маротабадан камроқ қайд этилди (14,3% ва 27,6%) (4-расм).




| | Бир босқичда бажарилган АДП | Кечиктирилган АДП | Барча АДП |
|---|---|---|---|
| Лизис (%) | 14,30% | 27,60% | 25,00% |
| Жами АДП сони | 7 | 29 | 9 |

*4-расм. КЖН ва АДП муддатларига қараб аутодермотрансплантатлар лизисининг частотаси, n (%).*

**Адабиётлар**


1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э., Малютина Н.Б., Филимонов К.А. Анализ и особенности работы ожоговых стационаров в России в 2022 году. Материалы всероссийской научно-практической конференции «Ожоги: диагностика, лечение, реабилитация» - Комбустиология. -2021.-С.69–70.
2. Богданов С.Б., Каракулев А.В., Афанасов И.М., Муханов М.Л., Зайцева С.Л., Дутов В.С. Особенности раннего хирургического лечения пациентов с глубокими ожогами с применением биологических раневых покрытий // Инновационная медицина Кубани. – 2024. Т. 9, №3. – С. 54–60.
3. Зиновьев Е.В., Солошенко В.В., Коуров А.С., Шаповалов С.Г. К вопросу о тангенциальной некрэктомии в хирургии ожогов (обзор литературы) // Медико–биологические и социально–психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2020. №3. – С. 24–35.
4. Мухитдинова Х.Н., Фаязов А.Д., Алауатдинова Г.И. Возрастные особенности лейкоцитарной реакции в танатогенезе ожоговой токсемии. В сборнике: Высшая школа: научные исследования. Материалы Межвузовского международного конгресса. -2023.-№.1.-С.70–76.
5. 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.
6. Фаязов А.Д., Ахмедов А.И. Результаты хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста// «Джанелидзевские чтения – 2025» СПб. Научно-практической конференции. С.81-83.
7. Akhmedov A.I., Fayazov A. D. Early surgical treatment of deep burns in elderly patients// Biomeditsina va amaliyot jurnali.- 2025. -№1. -Vol.18 - P.523-531.
8. Ali Akbar Mohammadi., MReza Goodarzian., Seyedeh Yasamin Parvar., Elham Rafiei., Mohammad Keshavarz. Epide-

miology of Burn Injuries Among Adult Females in Southern Iran; A Retrospective Study from 2007 to 2022//Journal of Burn Care & Research, 2023.- № 3, P. 638-643.
9. Fayazov A.D., Akhmedov A.I., Magdiev Sh.A. Rational Surgical Methods of Deep Burns Treatment in Older Patients // Burn Care and Prevention.- 2024.-№.3.-P. 45-50.
10. Romanowski E., Curtis A., Barsun T., Palmieri D., Greenhalgh S.,The frailty tipping point: determining which patients are targets for intervention in a burn population// Burns.- 2019.- P. 1051-1056.
11. Church E., Rogers K., Rockwood O.A scoping review of the Clinical Frailty Scale// BMC Geriatrics.-2020.- P. 393.
12. Savetamal A. Infection in Elderly Burn Patients: What Do We Know?. Surg Infect. -2021.-№.22(1).-P.65–68.
13. Sen S, Romanowski K, Miotke S, Palmieri T. Burn Prevention in the Elderly: Identifying Age and Gender Diff erences in Consumer Products Associated with Burn Injuries. J Burn Care Res.- 2021.

## КУЙИШ ЖАРОҲАТИ ОЛГАН КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК НЕКРЭКТОМИЯСИДАН КЕЙИНГИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКА НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Фаязов А.Д., Ахмедов А.И.

***Мақсад:*** *куйган кекса ва қари беморларда куйиш майдонини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик некрэктомия ва аутодермопластиканинг энг мос усулини танлаш.* ***Материаллар ва усуллар:*** *2022-2025 йилларда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг Комбустиология бўлимида IIIB-IV даражали чуқур куйишлар билан оғриган, 60 ёш ва ундан катта ёшдаги, Бо индекси (прогностик кўрсаткич) 60 бирликдан ортиқ бўлган 52 бемор кузатилди. 1-гуруҳга Бо индекси 61 дан 80 бирликгача бўлган 21 (40,4%) жабрланувчилар киритилган, бу нисбатан ижобий кўрсаткич. 2-гуруҳга Бо индекси 81 дан 100 бирликгача бўлган 19 (36,5%) бемор киритилган, бу шубҳали кўрсаткич. 3-гуруҳга ҳаёт учун хавфли жароҳатлар олган 12 (23,1%) бемор киритилган (Бо индекси 100 бирликдан юқори). Улардан 29 нафари эркак (55,8%) ва 23 нафари аёл (44,2%) эди.* ***Натижалар:*** *ушбу тоифадаги беморларни фаол даволашда эрта жарроҳлик некрэктомия усулларидан оқилона фойдаланиш терининг тикланиш вақтини сезиларли даражада қисқартириши ва куйиш асоратлари пайдо бўлишини камайтириши мумкин. Кекса ва қари беморларда энг яхши жарроҳлик натижаларига барча яраларни бир босқичда ёпиш учун бир босқичли автодермопластика, кенг кўламли куйишлар учун эса кечиктирилган автодермопластика усули ёрдамида эришиш мумкин.* ***Хулоса:*** *Кекса ва қари куйиш беморларида автотрансплантат лизисининг оғирлиги куйиш некрэктомияси давомийлиги, куйиш майдони ва чуқурлиги ҳамда қўшма касалликларнинг оғирлигига тўғридан-тўғри пропорционалдир.*

***Калит сўзлар****: чуқур куйиш, аутодермопластика, хирургик некрэктомия, аутодермопластика.*

### Муаллифлар ҳақида маълумот

*Фаязов Абдулазиз Жалилович, т.ф.д., профессор, Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази шошилинч комбустиология илмий лабораторияси мудири. e-mail: Fayazov1960@mail.ru, https://orcid.org/0000-0003-1288-3683*

*Ахмедов Адхам Ибадуллаевич, PhD. СДТУ Педиатрия факультети хирургик касалликлар кафедраси доценти. Тел: +998906559064, e-mail: aiaxmedov@mail.ru, https://orcid.org/0000-0002-2389-6247*