

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФАСЦИИТОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаев С.А.

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14789212>

Аннотация: Хирургическая инфекция всегда была и остается проблемой клинической хирургии. Больные с хирургическими заболеваниями составляют всех больных с хирургическими инфекциями до 30-40% всех больных хирургического профиля. Особенно актуальным является проблема комплексного лечения инфекции кожи и мягких тканей при сахарном диабете. Один из тяжелых осложнений сахарного диабета гнойно-септические поражения кожи и мягких тканей и диабетическая стопа с гнойно-некротической гангреной конечностей. По данным Всемирной организации здравоохранения по инвалидности после сахарного диабета на первом и по смертности на третьем месте. По этому XXI веке сахарного диабета считают неинфекционной пандемией.

Ключевые слова: гангрена, некроз, фасциит, сахарный диабет.

TACTICS OF TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC FASCIITIS IN DIABETES MELLITUS

Abdullaev S.A.

Samarkand State Medical University

Abstract: Surgical infection has always been and remains a problem of clinical surgery. Patients with surgical diseases make up all patients with surgical infections up to 30-40% of all patients in the surgical profile. Particularly relevant is the problem of complex treatment of skin and soft tissue infections in diabetes mellitus. One of the severe complications of diabetes mellitus is purulent-septic lesions of the skin and soft tissues and diabetic foot with purulent-necrotic gangrene of the extremities. According to the World Health Organization, diabetes mellitus ranks first in disability and third in mortality. According to this, in the 21st century, diabetes mellitus is considered a non-infectious pandemic.

Keywords: gangrene, necrosis, fasciitis, diabetes mellitus.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Разработать новые технологии в лечение кожи и подкожной клетчатки и при синдроме диабетической стопы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В гнойно-септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения находились на стационарном лечении 86 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими воспалительными процессами мягких тканей. Мужчин было 48 женщин 38. Возраст больных были от 24 до 78 лет. Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 28 – 35 кг/м² у обследованных больных. С избыточной массой тела и ожирением выявлены у 62 пациента.

Хирургической инфекции по уровню поражения мягких тканей мы использовали предложенной классификации по D.N. Anchelroz (1991).

1. Уровень - поражение собственной кожи-11.
2. Уровень - поражение подкожной клетчатки-41.
3. Уровень - поражение поверхностной фасции-27.

4. Уровень - поражение мышц и глубоких фасциальных структур-16 больных.

Все 86 больных мы разделили на 2 группы. В первую группу вошли 25 больных которые получали традиционное лечение без этапной некрэктомии.

Во вторую группу вошли 61 больной (основная группа) которые получили по новой технологии провели этапную некрэктомию.

Причинами гнойно-некротических воспалений мягких тканей были: сахарный диабет-2го типа, тяжелая форма синдромом диабетической стопы, пара проктиты, флегмона промежности, болезнь Фурнье, флегмона верхних и нижних конечностей, глубокие постинъекционные абсцессы, ущемлённые пупочные, паховые грыжи с воспалением грыжевого мешка, после операционные нагноения раны с осложнением флегмоной передней брюшной стенки. Для уточнения степени выраженности макро и микрососудистых поражений всех больные подвергались ультразвуковому, рентгенологическому (рентгенография конечностей, рентгеноскопия грудной клетки), доплерографическому исследованию. При необходимости КТ и МСКТ. Помимо этого все лабораторные исследование крови и мочи, биохимические исследование, количество сахара в крови в динамике и бактериологические исследование из гнойных ран. Произведены иммунологические мониторинг.

При обследовании больных сахарным диабетом 2го типа были выявлены риска развития сахарного диабета наследственного характера у 61% больных, табакокурение у 24%, употребление алкогольных напитков у 23% особенно среди мужчин.

Клинический анализ показал что сердечно-сосудистой патологии-ишемическая болезнь сердца- у 18%, у 11% больных перенесённых остро нарушение мозгового кровообращение, у 58% больных выявлены ортериальная гипертензия.

Диабетический анамнез у этих больных составил среднем 20,3 лет. 28 больных страдало сахарным диабетом от 5 до 15 лет что составило 29%. У 36 больных диабетический анамнез было отмечено 16 - 20 лет что составило 51%. У остальных 7 больных диабетический анамнез были более 21 года что составляло 10%. Однако не смотря на длительный диабетический анамнез эти группы больных очень поздно обратились к врачу. При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции, подкожно-жировая клетчатка. В этой стадии болезни первичные признаки не появляются в плане диагностики бывают определённые затруднения. Некротических фасциитах появляются массивные отёки, локальная боль и признаки интоксикации. При локализации гнойно-некротического процесса в области стоп и пальцев гнойный процесс распространяются вверх по фасцитам и по синовиальной оболочке мышц (мионекрозы). При вскрытии флегмоны, абсцесса далеко от инфильтрата мягких тканей в глубине раны выявлены всякого характера желтовато-серого цвета гнойные массы со специфическим ихорозным запахом. У 31 больного обнаружены сепсис. У 45 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса. После соответствующей предоперационной подготовки срочном порядке скрывались широкими разрезами. При наличии анаэробной флегмоной мы производили несколько разрезов «лампасного» характера. В после операционном периоде произведено этапная некрэктомия.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ РАБОТЫ

В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространённость

воспитательного процесса мягких тканей. Возбудителями гнойно-некротической флегмоны мягких тканей, особенно осложненных наркотизирующими фасциитами могут быть различные микроорганизмы:

-стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечные палочки и другие облигатные анаэробы.

Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на коже специфические местные признаки визуально не определялись. Особенностью течения некротических фасциитов является гнойный процесс подкожной клетчатки, распространяется по фасциям и развивается гнилостно – некротических процесс в фасции и переходит в подлежащим мышцам (мионекрозы). Мы наблюдали группу больных, которые поступили в стационар поздно, их состояния были тяжелыми и выявлены клинические признаки сепсиса.

В наших наблюдениях выяснилось, что больные с острыми парапроктитами, осложненными фасциитами промежности, большими флегмонами передней брюшной стенки, гнойно-некротическими флегмонами пальцев и стоп обращались в стационар поздно. Именно в этой группе больных часто развивалось сепсис. УЗИ является высокоинформативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани, его размеры, глубины поражения.

В лечении некротических фасциитов необходимо своевременного, раннего радикального оперативного вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны, адекватное дренирование.

Все наши больные своевременно подверглись оперативному лечению, то есть широкими разрезами флегмоны бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из-за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. Поэтому в послеоперационном периоде произведена этапная некрэктомия. Тяжелым больным от 3х до 8 раз нами проведены этапные некрэктомии с адекватным дренированием. При наличии осложнения анаэробной флегмоны производились разрезы «лампасного» характера. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную санацию, по мере возможности некрэктомию и дренирование раны.

Если в послеоперационном периоде развивается повышение температуры, тахикардия, боли в области послеоперационной раны, особого улучшения общего состояния больных не наблюдается — это является показанием к глубине мягких тканей вокруг раны были обнаружены жидкостное образование. В отдельных случаях, когда вышеприведенные исследования не удается возможным, мы применяли пункционные методы обследования вокруг ран. При обнаружении наличия жидкости мягких тканях проводились расширение раны. Примерно лечение раны отрицательным давлением на 2-м этапе гнойного процесса.

ВЫВОД

Ранняя диагностика, комплексное адекватное хирургического лечение с этапной некрэктомии является оптимальным способом лечения при гнойно некротических фасциитах.

Литература:

1. С.А. Абдуллаев, С.Т. Хужабаев, М.М. Дусияров, И.М. Рустамов. тактика хирургического лечения гнойно-некротических осложнений мягких тканей у больных сахарным диабетом и диабетической стопы //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 399-404.

2. Abdullaev S., Akhmedov A. T. A., Djalolov D. Problems of surgical tactics for the treatment of diabetic foot syndrome //International Journal of Advanced Science and Technology. – 2020. – Т. 29. – №. 5. – С. 1836-1838.
3. Abdullaev S. et al. Features of Complex Surgical and Infusion Treatment of Sepsis in Diabetes Mellitus //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2283-2288.
4. Abdullaevich A. S. et al. Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 3. – С. 175-178.
5. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2289-2294.
6. Абдуллаев С. А., Джалолов Д. А. Особенности течения болезни Фурнье при сахарном диабете //Наука в современном мире: приоритеты развития. – 2020. – №. 1. – С. 9-11.
7. Абдуллаев С. А. и др. прогнозирование тяжести травмы и исхода лечения пострадавших с сочетанной травмой груди и живота //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 19-20.
8. Абдуллаев С. А. и др. классификация сочетанной травмы груди и живота //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
9. Абакумов М. М. и др. Разрывы диафрагмы при сочетанных повреждениях груди и живота //Вестн. хир. – 1991. – №. 5-6. – С. 64-68.
10. Abdullaev S. A. et al. surgical tactics for the treatment of sepsis in diabetes mellitus //in science and innovation in the 21st century: current issues, discoveries and achievements. – 2019. – С. 190-194.
11. Абдуллаев С. и др. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у обожженных //Журнал вестник врача. – 2012. – Т. 1. – №. 03. – С. 12-13.
12. Шеркулов К.У., Рустамов И.М., Усмонкулов М.К. результаты лечения больных острым гангренозно некротическим парапроктитом //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 483-486.
13. Abakumov M. M. et al. Diaphragmatic ruptures in combined injuries to the chest and abdomen //Vestnik Khirurgii Imeni II Grekova. – 1991. – Т. 146. – №. 5. – С. 64-68.
14. I.M. Rustamov, J.A. Karabayev. modern approach to the treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 469-472.
15. Murodulla R. et al. a rare case of keratoakontoma //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
16. РУСТАМОВ М. И. и др. Современная тактика лечения острого парапроктита //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
17. Ismailov S. I. et al. Predictors of postoperative complications in patients with ventral hernia //Khirurgiia. – 2022. – №. 1. – С. 56-60.
18. Dusiyarov M.M., Eshonxodjaev J.D., Xujabaev S.T., Sherkulov K.U., & Rustamov I.M. (2021). Estimation of the efficiency of antisial coating on the model of lung wound in experiment. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 1(4), 1-6. <https://doi.org/10.47494/cajms.v1i4.57>.
19. Rustamov M.I., Rustamov I.M., Shodmonov A.A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 02. – С. 36-42.

20. Рустамов М.И, Давлатов С.С, Сайдуллаев З.Я, & Рустамов И.М. Хирургическое лечение больных гангреной фурнье //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 69-71.
21. Дусияров М.М., Рустамов И.М., Муртазаев Х.Ш., Шербекова Ф.У. Выбор оптимального метода лечения эпителиально-копчикового хода //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-358.
22. Дусияров М.М., Рахматова Л.Т., Рустамов И.М. Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
23. Рустамов И.М., Кан С.А., Рустамов М.И., Шербеков У.А., Дусияров, М. М. Анализ результатов хирургического лечения больных гангреной фурнье //Современные технологии: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2017. – С. 83-86.
24. Abdullaev S. A. et al. problems of diagnosis and treatment of sepsis in diabetes mellitus //doctor's bulletin. – Т. 6.
25. С.А.Абдуллаев, Ф.Ш.Юлдошев, С.Т.Хужабоев, and М.М.Дусияров. "диабетик панжа ва юмшоқ тўкималардаги йирингли-некротик яраларни махаллий даволаш технологиялари" Research Focus, vol. 2, no. 1, 2023, pp. 394-398.
26. Абдуллаев С.А. "битишма касаллиги ва унинг профилактика қилиш муаммолари" Research Focus, vol. 2, no. 2, 2023, pp. 96-103.
27. SA Abdullaev. surgical treatment of purulent-necrotic soft tissue complications in patients with diabetes mellitus and diabetic foot// World Bulletin of Public Health, 2023, pp. 157-160.
28. Abdullayev S.A. (2023). Treatment of Purulent-Necrotic Soft Tissue Complications in Diabetic Foot. Eurasian Medical Research Periodical, 17, 118–120.