

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Абдуллаев С.А.

Самаркандский Государственный медицинский университет.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14807826>

Аннотация: Воспалительные осложнения мягких тканей при СД вызывают сепсис в 44% случаев. В нашем наблюдении у 58 больных СД диагностированы диабетическая стопа и гнойно-воспалительные осложнения в мягких тканях. Своевременная диагностика является актуальным вопросом в лечении таких опасных осложнений. Диабетический гной мягких тканей и изменения микрососудов при синдроме диабетической лапы используются для выявления изменений микрососудов с помощью УЗИ, рентгенографии, допплерографической КТ, МСКТ. У больных сахарным диабетом микроангиопатия развивается быстро. В последние годы мы отказались от контрастной ангиографии. Всем нашим больным в короткие сроки проведено оперативное лечение: выявленные флегмонозные абсцессы были вскрыты, то есть очищены от некротических тканей.

Ключевые слова: сахарный диабет, инфекция мягких тканей, гнойно-некротическая чувствительная фасция.

COMPREHENSIVE SURGICAL TREATMENT OF INFECTIOUS COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS

Abdullaev S.A.

Samarkand State Medical University.

Abstract: Inflammatory complications of soft tissues in diabetes mellitus cause sepsis in 44% of cases. In our observation, diabetic foot and purulent-inflammatory complications in soft tissues were diagnosed in 58 patients with diabetes. Timely diagnostics is an urgent issue in the treatment of such dangerous complications. Diabetic pus of soft tissues and changes in microvessels in diabetic foot syndrome are used to detect changes in microvessels using ultrasound, radiography, Doppler CT, MSCT. In patients with diabetes mellitus, microangiopathy develops quickly. In recent years, we have abandoned contrast angiography. All our patients underwent surgical treatment in a short time: the identified phlegmonous abscesses were opened, i.e. cleared of necrotic tissue.

Keywords: diabetes mellitus, soft tissue infection, purulent-necrotic sensitive fascia.

ВВЕДЕНИЕ

Тот факт, что лечение всех хирургических инфекций при сахарном диабете не является удовлетворительным, заставляет ученых искать новые методы лечения. Несмотря на развитие медицинской науки, при сахарном диабете наблюдаются осложнения хирургических инфекций сепсисом (до 44%).

Цель научной работы: Определение совместимости местного и хирургического лечения гнойно-некротических осложнений при сахарном диабете.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ

Наблюдение проводилось за 58 больными гнойно-некротическим очагом, находившимися на лечении в стационарных условиях в многопрофильной поликлинике Самаркандского городского медицинского объединения и Самаркандского государственного медицинского университета. Мужчин - 31, женщин - 27. По возрасту

определенено, что им 28-78 лет. Ранняя диагностика сахарного диабета с гнойно-некротическим поражением мягких тканей и осложнений синдрома диабетической лапы является основным фактором положительного лечения. В ранней диагностике таких больных роль ангиохирурга заключается в определении уровня соматических изменений, уровень поражения артериальных сосудов ног, уровень этих инфекций. Комплекс как специалист помогает организовать хирургическое лечение, наконец, реаниматолог помогает организовать интенсивную терапию. Терапевт контролирует общее состояние больного в короткое время.

Для определения изменений макро- и микрососудов у пациентов проводят ультразвуковое рентгенологическое исследование (рентгенограмма рук и ног, рентгенограмма грудной клетки) и допплерографию. При наличии показаний будут проведены КТ и МСКТ. Наряду с этими исследованиями проводятся лабораторные анализы крови и мочи, биохимический, сахарный, бактериологический анализ гнойных выделений, полученных из ран. Проводится иммунологический мониторинг. Интерстициальная флегмона, болезнь Фрунье, флегмона рук и ног, глубокая постинфекционные абсцессы, сдавленные грыжи, воспаление грыжевого мешка. Диабетический анамнез у этих больных составляет в среднем 15,8±2 года. Из анамнеза 24 больных известно, что у 24 больных сахарный диабет от 5 до 15 лет, у 29 человек - в течение 15-20 лет, у 21 и более - обратились поздно. Данная группа больных обратилась в стационар после возникновения гнойного воспаления мягких тканей.

При появлении воспаления жировой клетчатки под кожей это приводит к травмированию (фасцииту) поверхностной фасции. В этот период воспаления первичные симптомы фасциита не проявляются и возникают трудности в его диагностике. С началом При некротическом фасциите начинают появляться массивные отеки, локальные боли и признаки интоксикации. Гнойно-некротический фасциит, если он начинается на лапах и пальцах рук, начинает распространяться вверх через синовиальные оболочки поверхностных фасций и мышц.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

При хирургическом лечении больных сахарным диабетом II типа, осложненным гнойно-некротическим фасциитом, обращают внимание на распространение в мягких тканях и его основные характеристики. Инфекции, вызывающие гнойно-некротические флегмоны и некротический фасциит, могут быть различными. В основном это стрептококки, стафилококки, энтерококки, энтерококки и другие анаэробы. Мягкая Клиническое течение повреждений тканей при инфекциях носит полиморфный характер. Поскольку разные микробы обладают особыми свойствами. В настоящее время в 39-45% случаев стафилококки (stat albus, stat citreus, stat aureus) в науке называются sensis.

Стафилококки продуцируют гемолизин, лейкотоксин, дерматонексотоксины и энтеротоксины. Кроме того, стафилококки предотвращают выработку свертывающих ферментов (лейкотоксинов и гиалуронилазы) другими микроорганизмами. Токсины стафилококка влияют на степень окисления организма. Такие случаи представляют определенные трудности для хирургов, поэтому необходимо определить вид микробов, вызывающих инфекцию, поставить правильный диагноз и назначить адекватный метод лечения. При лечении сепсиса необходимо хорошо подготовиться перед оперативным лечением гнойно-некротических осложнений мягких тканей. В случае монотерапии мы использовали амоксициллина клавуланат исходя из его антимикробной функции. Кроме

того, мы использовали цефасфарин IV поколения совместно с метронидазолом или карбопенином. С целью иммунотерапии мы часто назначали стандартную дозу нетаглобина из расчета 3-5 мл/кг в день в течение 3 дней. При местном лечении гнойно-некротических ран левамикол масло лоромен со смесью оставляли трипсин, ферменты химотрипсина. В последние годы стали отдельно оставлять 3% раствор фурацилина.

Особое клиническое течение некротического фасциита характеризуется гнойным гниением фасции, приводящим к мионекрозу, что нередко приводит к развитию сепсиса. В нашем наблюдении острый парапроктит с фасциитом, осложненный гнойно-некротическим поражением лапы на передней стенке средней части живота с флегмоной на пальцах рук, больные поздно обратились в стационар, в этой группе больных чаще встречался сепсис. Важным методом является УТТ. для определения локализации гнойно-некротических случаев в мягких тканях. При лечении гнойно-некротических образований мягких тканей необходима ранняя диагностика и радикальное хирургическое вмешательство. Основная цель радикальной операции – реабилитация и адекватное дренирование головки, оставленной хирургическим разрезом. Наши пациенты были прооперированы с большими разрезами, очищены от некротических тканей.

В ряде случаев из-за тяжелого состояния больных не удавалось выполнить полную резекцию, поэтому после операции выполняли достаточные некрэктомии, при каждой операции раны промывали раствором перекиси и дезинфицирующих средств, дренировали. После операции у нескольких больных наблюдалось повышение температуры тела, тахикардия, боли в ране после операции, общее состояние улучшилось. Таких случаев не наблюдалось. Имелось показание к повторному осмотру раны. Когда было проведено при повторном осмотре вдали от ран обнаруживались образования с жидкостью. В ряде случаев, когда вышеуказанное обследование не давало результатов, применяли метод прокола раны. При обнаружении образований с жидкостью раны расширялись. и вновь открылся.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для лечения гнойно-некротических осложнений сахарного диабета в ранних сложных случаях достаточно местного и хирургического лечения икротомией.

Литература

1. Абдуллаев С.А., Байсариев Ш.У. (2023). Болезнь фурнье – редкое заболевание в хирургии. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(6), 212-216. Retrieved from <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/2014>
2. Абдуллаев Сайфулло Абдуллаевич, & Байсариев Шовкат Усмонович. (2023). Проблемы лечения хирургических инфекций. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(5), 579-582. Retrieved from <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/1871>
3. Абдуллаев С.А., Байсариев Ш.У., Хайдарова Л.О. (2023). Хирургическая инфекция и сахарный диабет. *Research Focus International Scientific Journal*, 2(5), 209–212. Retrieved from <https://refocus.uz/index.php/1/article/view/249>
4. С.А. Абдуллаев, Л.С. Абдуллаева Диагностика и лечение сепсиса при сахарном диабете // ReFocus. 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-sepsisa-pri-saharnom-diabete> (дата обращения: 11.02.2024).

5. Абдуллаев С. А. и др. Диабетик панжва юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яраларни махаллий даволаш технологиялари //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 394-398.
6. Khudaynazarov Utkir Rabbimovich, Abdullaev Sayfulla Abdullaevich, & Yuldoshev Farrukh Shokirovich. (2022). Modern Approaches to Local Treatment of PurulentNecrotic Complications of Diabetic Foot Syndrome. *Texas Journal of Medical Science*, 6, 35–39. Retrieved from <https://www.zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/1018>
7. Kurbaniazov B. Zafar, Sherbekov A. Ulugbek, Rustamov M. Inoyatulla. Loose set-on in the treatment of acute paraproctitis// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 2, pp.390-398
8. Karabayev J.A., Rustamov I.M., Shakulov A.M., & Juraboyev Yu.Sh. (2023). Draining ligature in the treatment of acute paraproctitis. *Research Focus International Scientific Journal*, 2(4), 223–229. Retrieved from <https://refocus.uz/index.php/1/article/view/138>
9. Шербеков У.А., Рустамов И.М. Эффективность комплексной терапии острого парапроктита // ReFocus. 2023. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-terapii-ostrogo-paraproktita-1> (дата обращения: 11.02.2024).
10. Rustamov I. M., Karabayev J. A. Modern approach to the treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 469-472.
11. Isomiddinovich R. M., Muradulla R. I., Shodmonov A. A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 02. – С. 36-42.
12. Rustamov M. I. et al. Results of surgical treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis //Journal of hepat-gastroenterology research. – 2020.
13. Муртазаев, З., Рустамов, М., Шербеков, У., Сайдуллаев, З., & Рахматова, Л. (2017). Анализ результатов хирургического лечения больных гангреной фурнье. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (96), 73–75.