

УДК 616.279-008.64-089

ДИАБЕТИК ПАНЖА ВА ЮМШОҚ ТЎКИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ЯРАЛАРНИ МАХАЛЛИЙ ДАВОЛАШ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ

С.А.Абдуллаев., Ф.Ш.Юлдошев., С.Т.Хужабоев., М.М.Дусияров.

Самарканд Давлат тиббиёт университети Умумий хирургия кафедраси

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7616166>

Аннотация. Бутун жахон буйлаб энг куп таркалган касалликлар сонига караб қандли диабет юрак қон томирлар ва хавфли усма шишлар (рак)дан кейинги учинчи уринни эгаллайди. Бутун дунё буйича қандли диабет билан оғриган беморларнинг 30-70%да диабетик панжа синдроми учрамоқда. Бизнинг мақоламизда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва СамДТУ кўп тармокли клиникасида стационар шароитда даволанган 45 та қандли диабет-2 тип юмшоқ туқималар йирингли-некротик асоратлар кузатилган беморлар устида текшириш олиб борилди. Дастлабки илмий изланишимизда қандли диабет билан касалланганларда юмшоқ туқималар йирингли-некротик жараларини маҳаллий ва комплекс хирургик даволашда Ацербин суюқлигининг қўлланиши яранинг некротик туқималардан тезроқ тозаланишига ва стационардаги ўртача даволаниш муддатини қисқартиришда олиб келадиган энг оптимал усул ҳисобланади.

Калит сўзлар: *диабетик панжа, йирингли-некротик жаралар, қандли диабет, фасциитлар.*

MODEREN APPROACHES TO THE TREATMENT OF PURULENT- NECROTIC COMPLICATIONS OF SOFT TISSUES AND WITH DIABETIC FOOT.

Abstract. Diabetes is the third most common disease in the world after cardiovascular diseases and cancer. Diabetic foot syndrome occurs in 30-70% of diabetic patients worldwide. Our article presents examination of 45 patients with type II diabetes mellitus complicated by purulent-necrotic wounds of soft tissues, who were hospitalized in Samarkand City Medical Association. This study shows the advantage of using Acerbin in local and complex surgical treatment of purulent necrotic soft tissue wounds in patients with diabetes mellitus as the most optimal drug, which leads to more rapid clearance of the wound from necrotized tissues and a reduction of the average duration of hospital treatment.

Key words: diabetic foot, purulent-necrotic wounds, diabetes mellitus, fasciitis.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ

Аннотация. Диабет является третьим по распространенности заболеванием в мире после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований. Синдром диабетической стопы встречается у 30-70% больных сахарным диабетом во всем мире. В нашей статье приведены обследование 45 больных сахарным диабетом II типа с гнойно-некротическими осложнениями мягких тканей, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском городском медицинском объединении. В данном исследовании показано преимущество применения Ацербина при местной и комплексной хирургической обработке гнойно-некротических ран мягких тканей у больных сахарным диабетом, как наиболее оптимального средства, которое приводит к более быстрому очищению раны от некротизированных тканей и сокращению средней продолжительности стационарного лечения.

Ключевые слова: диабетическая стопа, гнойно-некротические раны, сахарный диабет, фасцииты.

КИРИШ

Бутун жахон бўйлаб энг кўп таркалган касалликлар сонига қараб қандли диабет юрак қон томирлар ва хавфли ўсма шишлар (рак)дан кейинги учинчи ўринни эгаллайди. Қандли диабетнинг таркалиш географиясига қарасак ҳозирги кунда купроқ Жанубий Америка давлатларида (15 % дан купроқ), АКШ да (4%), Россияда (3-4%) ва бошқа ривожланган мамлакатларда ҳам купаймоқда. Хар йили диабет касаллиги билан касалланганлар сони (5-6%) га ошмоқда, хар 15 йилда эса икки бараварга кўпаймоқда. Аммо шуни айтиш керакки агар ўзимиз ўз танамиз устидан яхши назорат қила олсак диабет касаллиги эмас балки бу алоҳида бизнинг яшаш тарзимиз ҳолатига тушиб қолади. Агар фаол яшаш тарзига ўтсак қандли диабетнинг куп асоратларидан қутиламиз. Жисмоний фаоллик одам ҳаётининг ажралмас қисмидир. Табиийки жисмоний фаолликнинг сусайиши кўпчиликда "цивилизация касаллиги"га олиб келади. Бу стенокардия, атеросклероз, меъда ва ичаклар яра касаллиги ва семизликдир. Ҳозирги кунда шу касалликлар билан бирга қандли диабет турибди. Япон олимларининг кузатувлари бўйича шахсий автомобилга эга кишиларда қандли диабет 2 типи пийда юрувчиларга нисбатан 2 марта купроқ учрар экан. Жисмоний фаоллик хар бир кишининг ҳаёти учун энг муҳим омили булиши билан қандли диабетга эса асосий ҳаёт тарзига айланиши керак. Қандли диабет 2 типига олиб келадиган асосий факторлардан- семизлик ва наслий факторлар ҳам муҳим ҳисобланадилар. Семизликнинг I даражасида қандли диабет 2 марта, II даражасида-5 марта, III даражаси кузатилганда-10 мартагача кўп учрайди. Доимий жисмоний ҳаракатда булганларда ёғларнинг организмда парчаланиш кучаяди, тана вазни пасаяди, кондаги ёғларнинг таркиби яхшиланади. Бу эса ўз навбатида атеросклерознинг хар хил томир касалларининг ривожланиши факторларини бартараф этади. Ҳозирги вақтда қандли диабет 2 тип касаллиги билан ҳасталанганлар сонининг кўпаяётганлиги билан уларнинг асоратлари ҳам ошмоқда. Айрим асоратлари (юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яллигланишлар) қандли диабет билан чалингандан кейин бир ва икки ой ичида кузатилмоқда эди. Ваҳоланки амалиётда қандли диабет билан ҳозирги кунда 10-15 йил ҳасталанган беморларда кузатилмоқда. Бутун дунё бўйича қандли диабет билан оғриган беморларнинг 30-70 %да диабетик панжа синдроми учрамоқда. Қандли диабет касаллиги билан ҳасталанган кишилар орасида ёш ногирон бўлишлар ва ўлим натижалари билан тугаллаш ҳолатлари купаймоқда. Бутун дунёда 3 миллиондан кўпроқ кишиларда охир оқибатда гангрена ва оёқлар ампутациясига олиб келмоқда.

Умумий ампутациялар сонига нисбатан 50-70% оёқлар ампутацияси қандли диабет касаллигида қилинмоқда. Дунёда хар 30 секундда битта қилинадиган ампутациялар қандли диабет натижасида булмоқда.

Илмий ишнинг мақсади: Қандли диабетик панжа ва юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик асоратларини комплекс, хирургик ва маҳаллий даволаш технологияларини такомиллаш.

Материал ва ташхислаш усуллари: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва СамДУ кўп тармоқли клиникасида стационар шароитда даволанган 45 та қандли диабет 2 тип юмшоқ тўқималар йирингли-некротик асоратлар кузатилган беморлар устида текшириш олиб борилди. Эркаклар-25 та (55,5%), аёллар 20 (44,5%) кишини ташкил қилдилар.

Қандли диабет билан ҳасталанган беморларга юмшоқ туқималарининг йирингли яллигланишига асосий сабаблари бўлиб думба соҳаси инъекциясидан кейин ривожланган

флегмона, абсцесслар, парапроктитлар, панжалардаги йирингли яралар, операциядан кейинги яраларнинг йиринглаши эканлиги аниқланди. Юмшоқ тўқималарнинг йирингли некротик яллигланишларини тўғри ва ўз вақтида диагноз қўйиш муҳим деб ҳисоблаймиз. Тўғри ва аниқ диагноз қўйишда анамнезига эътибор бериш, беморларнинг ёши ва яшаш тарзини аниқлаш, айниқса қари ёшли беморлардаги йўлдош касалликларини аниқлаш лозим. Беморларнинг ўз вақтида стационарга ётқизилиши даволашнинг ижобий натижалар беришига жуда ҳам боғлиқ. Ўз вақтида ўтказилган клиник-лаборатор таҳлиллари, УТТ, доплерография, рентгеноскопия, рентгенография ва айрим ҳолатларда МРТ, МСКТ қилиш тўғри диагноз қўйишнинг муҳим омиллари ҳисобланади. Юмшоқ тўқималарнинг йирингли-некротик асоратлари билан беморларни икки гуруҳга бўлинди, биринчи асосий гуруҳга 25 та (55,5%) бемор киритилиб маҳаллий комплекс даволашнинг янги усуллари қўлланилди. Иккинчи гуруҳда 20 та (44,5%) беморда маҳаллий даволашнинг анъанавий усули қўлланилган.

Ишнинг натижалари ва муокамаси: Қандли диабет билан беморларга юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик асоратларнинг тез ривожланишидан асосий сабаблари фасциитларнинг пайдо булишидир. Фасциитларнинг ривожланишида энг аввало юзаки фасциялар жароҳатланади ва кейинчалик теритаги ёғ тўқималарига ўтади. Касалликнинг бу даврида бирламчи белгилари пайдо бўлмайди ва диагноз қўйишда анча қийинчиликлар туғдиради. Некротик фасциитларнинг маҳаллий клиник белгилари алоҳида хусусиятларга эга бўлиб, тери қопламасида махсус маҳаллий симптомлар визуал аниқланмайди. Айниқса фасциитлар тез ривожланади, интоксикация ҳолати юзага келади ва беморлар оғир аҳволга тушиб қолади. Охирги йилларда инъекциядан кейинги юмшоқ тўқималардаги флегмона ва абсцесслар кўп учрамоқда. Йўлдош касаллиги билан беморларга думба соҳасига қилинадиган хар хил доривор моддалар жуда чуқур қилингани учун ана шундай оғир асоратларга сабаб бўлмоқда. Биз кузатган беморларнинг бир гуруҳи стационарга кеч келганлиги сабабли уларнинг аҳволи анча оғир бўлиб сепсис белгилари мавжуд бўлганлар. Бундай беморларни даволашда зудлик билан лаборатория таҳлилари, (қондаги ва сийдикдаги қанд миқдорини аниқлаш дезинтоксикацион, инфузион-трансфузион, антибактериал терапия ўтказиш билан маҳаллий даволашни тўғри ташкил қилиш керак. Маҳаллий даволашда асосан охирги йилларда зудлик билан бажариладиган 3та принципга асосландик: ўз вақтида – эрта йирингли бўшлиқлар (флегмона ва абсцесслар) ни хирургик йўл билан очиш, қолган бўшлиқни санация, некроэктомия қилиш ва адекват дренажлаш.

Биз йирингли-септик бўлимда охирги йилларда беморларни маҳаллий даволашда "Ацербин" суюқлигини татбиқ қилдик. Қолган бўшлиқ санация ва некроэктомия қилингандан кейин ярага ацербин препаратини сепиш ва боғлам қўйилди.

Ацербин суюқлиги кератолитик, антисептик ва ярани битказиш хусусиятларига эга. Унинг таркибида қуйидаги компонентлар мавжуд: салицил кислотаси (ярани некротик туқималардан тозалаш хусусиятига эга), бензол кислотаси (антибактериал ва замбуруғларга қарши таъсири) ва олма кислотаси (ярада грануляция ҳосил қилишига ва эпителияни кучайтиришдан иборат). Ацербиндаги компонентларнинг асосини сув ташкил қилади, токсик хусусиятига эга эмас. Бизнинг кузатувимизда бўлган асосий гуруҳ беморларига йирингли-некротик флегмона ва абсцесслар очилиб санация қилингандан кейин ярага ацербин суюқлиги сепилиб ва шу суюқлик билан намланган боғлам қўйилди. Қўйилган боғлама намликни сақлаб ацербиннинг қуриб қолишидан химоя қилади. Ярага қўйилган ацербин билан окклюзион боғлам ярада шўр муҳитни сақлайди ва некротик

туқималарнинг эришига олиб келади. Йирингли некротик яралар юзидаги фибрин ва некротик туқималар юмшаб гелсимон консистенцияга айланиб ярани кейинги ювиш пайтида ажрала бошлайди. Ярадаги эксудация ҳолати пасаяди, ярадан ажралаётган лойқа сероз суюқлик тиниқ ҳолга ўтиб яра юзаси қизил рангли грануляция пайдо қилади. Ана шу ҳолат яранинг иккинчи босқичга ўтишидан дарак беради. Бундан ташқари катта ва чуқур флегмона ва абсцесслар очилгандан кейин қолган бўшлиқ санация қилиниб қисман некрэктомия қилингандан кейин ярага комбинация ҳолатида ацербин суюқлиги сепилиб, левомеколь билан салфетка ҳам қўйилди. Фикримизча левомеколь экссудатни адсорбция қилиш хусусиятига эга бўлиб ўзаро таъсир кучини оширади. Очилган яраларнинг хажмига қараб бир суткада икки марта боғлам қўйилди.

Иккала гуруҳ беморларининг даволаш натижалари таққосланган анъанавий левомеколь мойи ва лоробен аралашмаси маҳаллий ишлатилган беморларга нисбатан ацербин ишлатилган гуруҳ беморларда яралар 4-5 кун олдин некротик туқималардан тозаланди. Натижада 7-8 кун олдинроқ яралар II чи - фазасига ўтди ва иккиламчи чоклар қўйиш имкониятига эга бўлди. Беморларнинг стационарда даволаниш муддати 5-6 кунга қисқарди.

Хулоса: Қандли диабет билан касалланганларда юмшоқ туқималар йирингли-некротик яраларини маҳаллий ва комплекс хирургик даволашда Ацербин суюқлигининг қўлланиши яранинг некротик туқималардан тезроқ тозаланишига ва стационардаги ўртача даволаниш муддатини қисқартиришга олиб келадиган энг оптимал усул ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Бубнова Н.А., Шляпников С.А. Инфекции кожи и подкожной клетчатки, хирургические инфекции. Рук. (Под ред. Ергохина И.А., Гельфандя Б.Р., Шлепникова С.А. СПб: 2004. с. 379-409.
2. Saydullayev Z.Y., Kurbaniyazov Z.B., Khujabayev S.T., Davlatov S.S. (2014). Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis. In The First European Conference on Biology and Medical Sciences (pp. 101-107).
3. Собиров Б.У., Курбаниязов З.Б., Солиев А.М., Хужабаев С.Т. Совершенствование тактики хирургического лечения острого холецистита //Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9. – №. 2. – С. 151-152.
4. Исмоилов С. И., Шаюсупов А. Р., Хужабаев С.Т., Дусияров М.М. К вопросу взаимодействия эндопротезов с биотканями при аллогерниопластике (литературный обзор) //журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 2.
5. Муртазаев З. И., Рустамов М. И., Шербеков У. А., Хужабаев С. Т., Байсариев Ш.У. Оптимальная Хирургическая тактика при эхинококкозе легких //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 11 (52). – С. 61-66.
6. СИ Исмаилов, РА Садыков, СТ Хужабаев, ММ Дусияров. New alloplasty method for large incisional ventral hernias// Узбекский медицинский журнал – 2022. - №. 4 (3). – С. 50-54.
7. Wagner F.W. A classification and program for diabetic, neuropathic and dysvascular foot problems. In the American Academy of orthopedic surgeon instructional course lectures. St.Louis: Mosby Year Book. 1997: 143-165.

8. Давлатов С.С, Рустамов М.И, Сайдуллаев З.Я, & Рустамов И.М. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 26-29.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Муртазаев З.И., Дусияров М.М., Рустамов М.И., Хужабаев С.Т., Бойсариев Ш.У., Гафаров Р. Р., Худойназаров, Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе легких //Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – №. 2. – С. 16-16.