

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

С.А.Абдуллаев, С.Т.Хужабаев, М.М.Дусияров, И.М.Рустамов.

Самаркандский Государственный медицинский университет. Кафедра общей хирургии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7616244>

Аннотация. В нашей статье приведены обследование 43 больных сахарным диабетом II типа с гнойно-некротическими осложнениями мягких тканей, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском городском медицинском объединении. 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 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, бартолониты.

TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS OF SOFT TISSUES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND DIABETIC FOOT.

Abstract. Our article presents a survey of 43 patients with type II diabetes mellitus with purulent-necrotic complications of soft tissues, who were hospitalized at the Samarkand City Medical Association. Diabetes is the third most common disease in the world after cardiovascular disease and cancer. Diabetic foot syndrome occurs in 30-70% of diabetic patients worldwide. This study shows the advantage of using Acerbin in local and complex surgical treatment of purulent-necrotic wounds of soft tissues in patients with diabetes mellitus, as the most optimal means, which leads to faster cleansing of the wound from necrotic tissues and a reduction in the average duration of inpatient treatment.

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

ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы в течение последних лет рост заболеваемости сахарным диабетом нарастает. В развитых странах мира до 5-6 % населения страдает осложнением сахарного диабета. Осложнение с хирургической инфекцией при сахарном диабете составляет до 30-40% всех больных хирургического профиля.

Различные поражение стоп встречается у 25% больных сахарным диабетом, из них у 15% развивается на фоне язвенно-некротические формы, что приводящие к ампутации нижних конечностей. В 17 раз более у больных сахарным диабетом развивается гангрена пальцев стоп и в целом стопы, чем люди не страдающие диабетом.

В настоящее время до 60% нетравматические ампутации проводится у больных с осложнением сахарным диабетом.

Учитывая выше изложенных данных ранняя диагностики и неотложное оказание хирургической помощи больным страдающим с осложнениями сахарного диабета являются актуальной проблемой клинической хирургии.

Цель работы: Оптимизация комплексных методов хирургического лечения гнойно-некротических осложнений мягких тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В гнойно-септическом центре Самаркандского городского медицинского объединения и многопрофильной клинической базе СамГМУ находились на стационарном лечении 84 больных с гнойно - септическими воспалительными процессами мягких тканей сахарного диабета и диабетической стопой, осложненными некротическими фасциитами. Мужчин было 47, женщин 37. Возраст больных были от 24 до 78 лет.

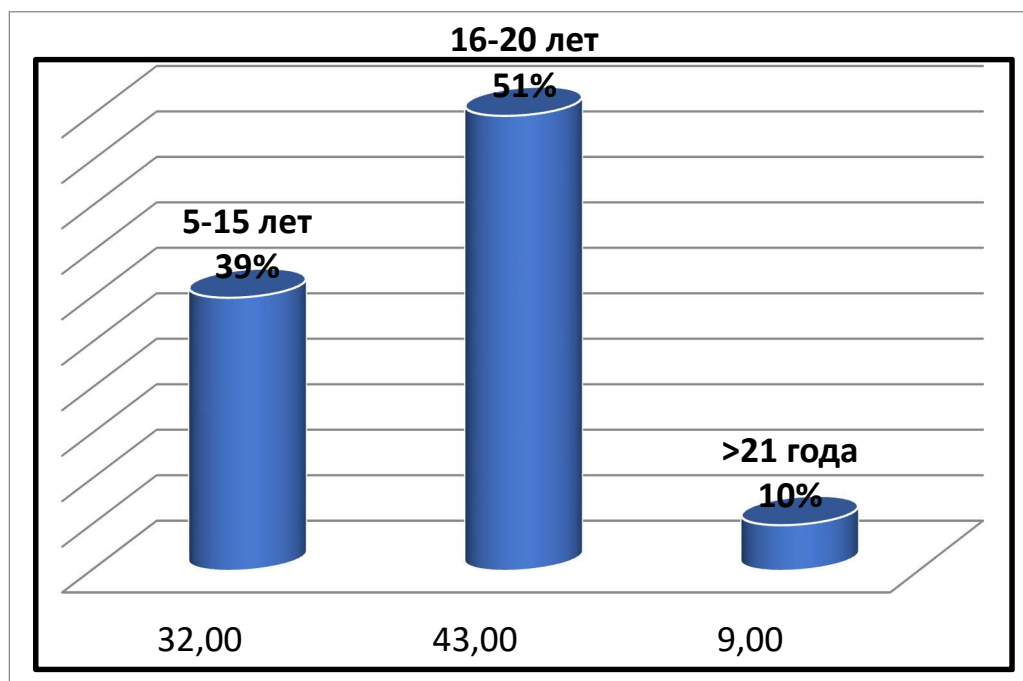
Своевременная диагностики гнойно - некротических осложнений мягких тканей и диабетической стопы является залогом успехов в лечение данной патологии. Участи в диагностики эндокринолога необходим, невропатолог определяет уровень и степень соматической нарушения, ангио хирургу принадлежит роль определении степени и уровня поражения артериальных сосудов конечностей, хирург специалист по хирургической инфекции определяет комплекс хирургического лечения и реаниматолог помогает в организации интенсивной терапии. Терапевт оказывает пристанного внимание по общему состояния больных.

Для уточнения степени выраженности макро и микро сосудистых поражений. Все больные подвергались УЗИ, рентгенологическому (рентгенография конечностей и грудной клетки), доплерографическому исследованию. При необходимости КТ и МСКТ. А также лабораторные, бактериологические исследования гнойных ран и проведены иммунологический мониторинг.

Причинами гнойно-некротических воспалений мягких тканей были: сахарный диабет 1 и 2 типа, тяжелая форма с синдромом диабетической стопы, парапроктиты, флегмона промежности, болезнь Фурнье, гнойные бартолониты, флегмоны верхних и нижних конечностей, глубокие пост инъекционные абсцессы, послеоперационные нагноения раны, осложнения флегмоной передней брюшной стенки, флегмона грыжевого мешка.

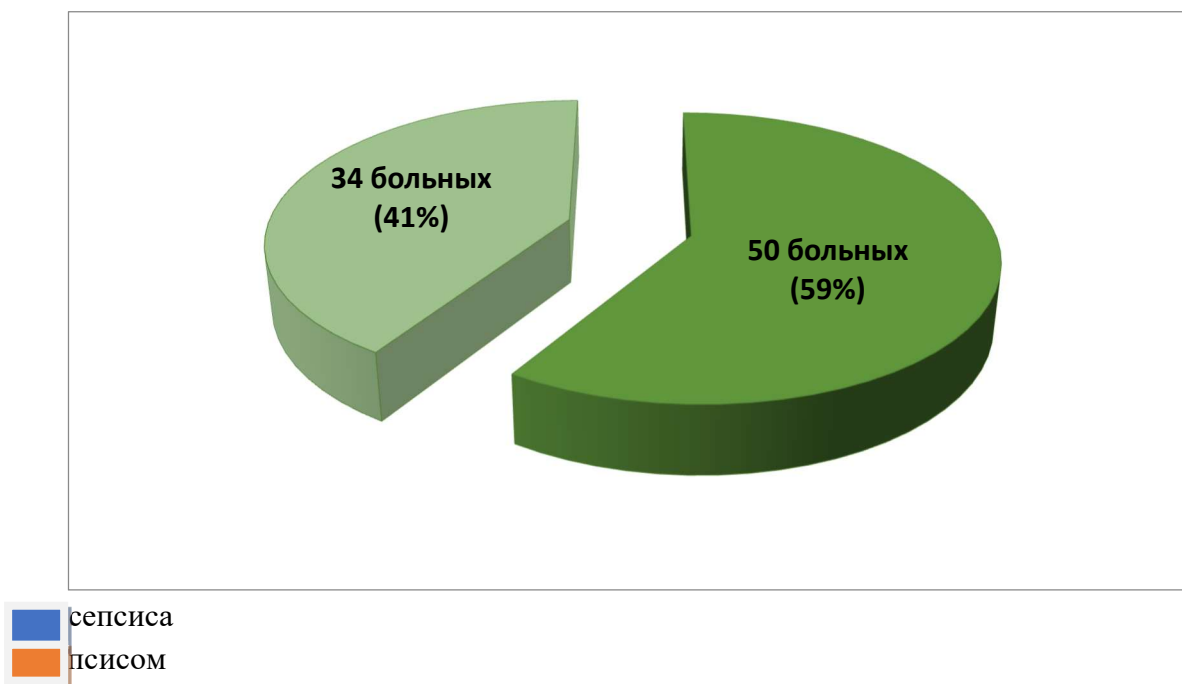
Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем 14 ± 2 лет. 32 больных страдало сахарным диабетом от 5 до 15 лет, что составило 39%. У 43 больных диабетический анамнез было отмечено 16-20 лет, что составило 51%. У остальных 9 больных диабетический анамнез были более 21 года, (10%). Однако, несмотря на длительного диабетического анамнеза эти группы больных очень поздно обратились к врачу.

Диабетический анамнез больных. Схема N-1



При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции подкожно-жировая клетчатка. В этой стадии болезни первичные признаки не появляются, в плане диагностики бывают определенные затруднения. В некротических фасциитах появляются массивные отеки, локальная боль и признаки интоксикации. При локализации гнойно-некротического процесса в области стоп и пальцев, гнойный процесс распространяется вверх по фасциям и по синовиальной оболочке мышц (мио некрозы). После соответствующей предоперационной подготовки в срочном порядке вскрывались широкими разрезами. При вскрытии флегмоны, абсцесса далеко от инфильтрата мягких тканей в глубине раны выявлены вязкого характера, желтовато-серого цвета гнойные массы со специфическим ихорозным запахом. У 34 больных обнаружены сепсис. У 50 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса.

Течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей. Схема N-2



Обсуждение и результаты работы. В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространенность воспалительного процесса мягких тканей. Возбудителями гнойно-некротической флегмоны мягких тканей, особенно осложнённых некротизирующими 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 фасциями и развивается гнилостно-некротический 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 вскрывались парапроктиты, длинными разрезами флегмоны бедра, голени с удалением некротических тканей.

В отдельных случаях из за тяжести состояния сделать полную некрэктомию невозможно. Поэтому в послеоперационном периоде тяжелым больным от 3 - до 10 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 после операционном периоде развивается повышение температуры, тахикардия, боли в области послеоперационной раны, особого улучшения общего состояния больных не наблюдается – это является показанием к повторной ревизии раны для поиска источника. При контрольном УЗИ в глубине мягких тканей вокруг раны были обнаружены жидкостное образование. В отдельных случаях когда выше приведенные исследования не удается возможным то, мы применяли пункционные методы обследования вокруг ран. При обнаружения наличия жидкости мягких тканях проводились расширение раны.

Выводы: В лечении гнойно-некротических осложнений мягких тканей при сахарном диабете, ранняя диагностика, комплексное адекватное хирургическое лечение с этапной некрэктомией считается самым оптимальным способом лечения.

Литература

1. Абдуллаев С. А., Дусияров М. М., Атоев Т. Т., Хужабоев С. Т. Диабетик панжа ва юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яраларни маҳаллий даволаш технологиялари. Доктор ахборотномаси № 4 (108)—2022. Самарканд. DOI:10.38095/2181-466X-20221084-6-8. 6-8 бетлар.
2. 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.
3. Saydullayev Z.Y., Kurbanliyazov 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).
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 Vear Book. 1997: 143-165.
9. 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.

10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Муртазаев З.И., Дусияров М.М., Рустамов М.И., Хужабаев С.Т., Бойсариёв Ш.У., Гафаров Р. Р., Худойназаров, Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе легких //Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – №. 2. – С. 16-16.