



ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Абдуллаев Сайфулло Абдуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет. г.
Самарканд, Респ. Узбекистан.

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8376535>

ARTICLE INFO

Received: 18th September 2023

Accepted: 24th September 2023

Online: 25th September 2023

KEY WORDS

Сахарный диабет, инфекции мягких тканей, гнойно-некротический фасциит, сепсис.

ABSTRACT

Несмотря на развитии медицинский науки проблемы хирургической инфекции остается актуальной проблемой, так как осложнение с хирургической инфекцией при сахарном диабете составляет до 30-40% всех больных хирургического профиля. Среди причин сепсиса в 44% случаев преобладали воспалительные, гнойно-некротические осложнения мягкой тканей при сахарном диабете. Под нашим наблюдением находились на стационарном лечении 64 больных сахарном диабете, диабетической стопой, осложненными некротическими фасциитами. Своевременная диагностики гнойно – некротических осложнений мягких тканей и диабетической стопы является залогом успехов в лечение данной патологии. Для уточнения степени выраженности макро и микрососудистых поражений всех больных подвергались ультрозвуковому, рентгенологическому (рентгенография конечностей, рентгеноскопия грудной клетки), доплерографическому исследованию. При необходимости КТ и МСКТ. Все наши больные своевременно подвергались оперативному лечению, то есть широкими разрезами вскрытие флегмоны и абсцессы ягодицы, бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из-за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. **Ключевые слова:** сахарный диабет, инфекции мягких тканей, гнойнонекротические фасцииты, сепсис.

Не удовлетворительные результаты, связанные с большим процентом смертельных случаев и малой эффективностью хирургического лечения у больных с



различными осложнениями хирургической инфекцией при сахарном диабете, заставляет вести поиски новых методов лечения. Несмотря на развитии медицинский науки проблемы хирургической инфекции остается актуальной проблемой, так как осложнение с хирургической инфекцией при сахарном диабете составляет до 30-40% всех больных хирургического профиля. Среди причин сепсиса в 44% случаев преобладали воспалительные, гнойно- некротические осложнения мягкой тканей при сахарном диабете.

Цель работы: выяснить эффективности своевременного местного комплексного хирургического лечение с этапной некрэктомией.

Материал и методы. В гнойно- септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и многопрофильного клиники СамГМУ находились на стационарном лечении 64 больных сахарном диабета, диабетической стопой, осложненными некротическими фасциитами. Мужчин было 37, женщин 27. Возраст больных были от 26 до 76 лет. Своевременная диагностики гнойно – некротических осложнений мягкой тканей и диабетической стопы является залогом успехов в лечение данной патологии. Участие в диагностики эндокринолога необходим, невропатолог определяет уровень и степень соматической нарушении, ангиохирурги 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 микрососудистых поражений всех больных подвергались ультрозвуковому, 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 бактериологическое исследование из гнойных ран. Произведены иммунологические мониторинг. Причинами гнойно-некротических воспалений мягкой тканей были: сахарный диабет-2 го типа, тяжелая форма синдромом диабетической стопы, парапроктиты, флегмона промежности, болезнь Фурнье, флегмона верхних и нижних конечностей, глубокие постинъекционные абсцессы, ушемлённые пупочные, паховые грыжи с воспалением грыжевого мешка. Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем 16 ± 2 лет. 24 больных страдало сахарном диабетом от 7 до 18 лет что составило 37,5%. У 31 больных диабетический анамнез было отмечено 16-20 лет что составило 48,5%. У остальных 9 больных диабетический анамнез были более 21 года что составляло 14%. Однако не смотря на длительного диабетического анамнеза эти группы больных очень поздно обратились к врачу. При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции, подкожножировая 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 гнойнонекротического процесса в области стоп и пальцев гнойный процесс распространяются вверх по фасциям и по синовиальной оболочки мышц



(мионекрозы). 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 больного обнаружены сепсис. У 50 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса.

Результаты и обсуждение. В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойнонекротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространенность воспалительного процесса мягких тканей. Возбудителями гнойно-некротической флегмоны мягких тканей, особенно осложненных некротизирующими фасциитами могут быть различные микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечные палочки и другие облигатные анаэробы. При поражении мягких тканей инфекциями протекает разнообразными полиморфного характера, потому что возбудители гнойного процесса имеют своеобразные особенности. Около 39-45% случаев сепсиса вызывает стафилококки (*stafilococcus albus*, *st.citreus*, *st.aureus*). Стафилококки вырабатывают гемолизин, лейкотоксин, дерматонекротоксин, энтеротоксин. Помимо этого, стафилококки способствуют ущемлению другими микроорганизмами выработки ферментов коагуляции, лейкотоксинов и гиалуронидазы. Токсины стафилококков влияют на окислительно – восстановительные процессы организма. Данное положение перед хирургами создает определенные трудности, так как необходимо точно определить виды возбудителей, точный диагноз и адекватных методов лечения. Поэтому при сепсисе воспалительнонекротических осложнений мягких тканей, предоперационной подготовке необходимо оперативные лечения. В качестве монотерапии мы применяли амоксициллин клавулант как антианаэробной функции. Помимо этого, цефалоспорины IV поколения совместно с метронидазолом или карбопенымы. В качестве иммунозаместительной терапии мы применяли пентоглобин. Стандартная доза 3-5 мл/кг/сутки, вводится течение 3 суток. При местном лечении применяли мазь левомикол, лорабен и ферменты трипсин, химотрипсин. Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на коже специфические местные признаки визуально не определялись. Особенностью течения некротических фасциитов 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 больных 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 высоко информативным 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 подвергались оперативному лечению, то есть широкими



разрезами были вскрытие флегмоны и абсцессы ягодицы, бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из-за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. Поэтому в после операционном периоде произведена этапная некрэктомия. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную, 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 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 мы применяли пункционные методы обследования вокруг ран. При обнаружении наличия жидкости мягких тканях проводились расширение раны.

Вывод. Своевременного, комплексного местного и хирургического лечения гнойно-септических осложнений с этапной некрэктомией является наиболее оптимальным способом лечения при сахарном диабете.

References:

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Некротизирующий фасциит: узловые аспекты проблемы в свете современных представлений. Вестник хирургии, том 174: 6, 2015: 106-110 стр.
2. Бархатова.Н.А. Детоксикационная и противовоспалительная терапия генерализованных форм инфекции мягкой тканей. Хирургия 2009; 5:27-30.
3. Гринёв М.В. Корольков А.Ю и др. Некротизирующий фасциит СПб. Гиппократ, 2008, 136 стр.
4. Гостищев В.К., Липатов К.В., Фархат Ф.А. Стрептококковая инфекция мягких тканей: особенности клиники, диагностики, лечения. Альманах клинической медицины. 2006; XI: 17-21.
5. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии: руководство для врачей. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2007;768
6. Ерюхин И.А. Хирургические инфекции. Руководство. СПб.: Питер: 2003;864.
7. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии. Л. 1989; 160.
8. Липатов К.В., Брико Н.И., Глушкова Е.В. Инвазивная стрептококковая инфекция(группы А) мягких тканей в хирургическом стационаре Москвы. Вестник РАМН.2013;6:15-20.
9. Сажин В.П., Бодрова Н.Г., Климов Д.Е.и др. Антибиотикотерапия при гнойных хирургических заболеваниях органов брюшной полости и мягких тканей.
10. Светухин А.М., Земляной А.Б., Истратов В.Г. и др. Клиническое значение ранней диагностики анаэробной неклостридиальной инфекции. Хирургия. 2005;8:41-44.
11. 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.



12. Шербеков, У. А., Рустамов, М. И., Шеркулов, К. У., Байсариёв, Ш. У. диагностика и хирургическое лечение острых гнойных проктологических заболеваний // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 389-390.