

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL ARTICLES

DOI: 10.38095/2181-466X-20221084-6-8

УДК 616.279-008.64-089

ДИАБЕТИК ПАНЖА ВА ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ-НЕКРОТИК ЯРАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ ТЕХНОЛОГИЯЛАРИ**С. А. Абдуллаев, М. М. Дусияров, Т. Т. Атоев, С. Т. Хужабоев**
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** диабетик панжа, йирингли-некротикяралар, қандли диабет, фасциитлар.**Ключевые слова:** диабетическая стопа, гнойно-некротические раны, сахарный диабет, фасцииты.**Key words:** diabetic foot, purulent-necrotic wounds, diabetes mellitus, fasciitis.

Бутун жаҳон бўйлаб энг кўп тарқалган касалликлар сонига қараб қандли диабет юрак қон томирлар ва хавфли ўсма шишлар (рак)дан кейинги учинчи ўринни эгаллайди. Бутун дунё бўйича қандли диабет билан оғриган беморларнинг 30-70%да диабетик панжа синдроми учрамоқда. Бизнинг мақоламизда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва СамДТУ кўп тармоқли клиникасида стационар шароитда даволанган 45 та қандли диабет-2 тип юмшоқ тўқималар йирингли-некротик асоратлар кузатишган беморлар устида текшириш олиб борилди. Дастлабки илмий изланишимизда қандли диабет билан касалланганларда юмшоқ тўқималар йирингли-некротик яраларини маҳаллий ва комплекс хирургик даволашда Ацербин сувоқлигининг қўлланиши яранинг некротик тўқималардан тезроқ тозаланишига ва стационардаги ўртача даволаниш муддатини қисқартиришда олиб келадиган энг оптимал усул ҳисобланади.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЕ**С. А. Абдуллаев, М. М. Дусияров, Т. Т. Атоев, С. Т. Хужабоев**

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 приведено 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.

MODERN APPROACHES OF THE TREATMENT OF PURULENT- NECROTIC COMPLICATIONS OF SOFT TISSUES IN DIABETIC FOOT**S. A. Abdullaev, M. M. Dusiyarov, T. T. Atoev, S. T. Khuzhaboev**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

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.

Бутун жаҳон бўйлаб энг кўп тарқалган касалликлар сонига қараб қандли диабет юрак қон томирлар ва хавфли ўсма шишлар (рак)дан кейинги учинчи ўринни эгаллайди. Қандли диабетнинг тарқалиш географиясига қарасак ҳозирги кунда кўпроқ Жанубий Америка давлатларида (15 % дан кўпроқ), АҚШ да (4 %), Россияда (3-4 %) ва бошқа ривожланган мамлакатларда ҳам кўпаймоқда. Ҳар йили диабет касаллиги билан касалланганлар сони (5-6 %) га ошмоқда, ҳар 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 кўп 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 тип пиёда юрувчиларга нисбатан 2 марта кўпроқ учраб экан. Жисмоний фаоллик ҳар бир ки-

шининг ҳаёти учун энг муҳим омили бўлиши 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 бўлганларда ёғларнинг организмда парчланиш кучаяди, тана вазни пасаяди, қондаги ёғларнинг таркиби яхшиланади. Бу эса ўз навбатида астеросклерознинг ҳар хил томир касалларининг ривожланиши факторларини бартараф этади. Ҳозирги вақтда қандли диабет 2 тип касаллиги билан хасталанганлар сонининг кўпаяётганлиги билан уларнинг асоратлари ҳам ошмоқда. Айрим асоратлари (юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик яллиғланишлар) қандли диабет билан чалингандан кейин бир ва икки ой ичида кузатилмоқда эди. Ваҳоланки амалиётда қандли диабет билан ҳозирги кунда 10-15 йил хасталанган беморларда кузатилмоқда. Бутун дунё бўйича қандли диабет билан оғриган беморларнинг 30-70 %да диабетик панжа синдроми учрамоқда. Қандли диабет касаллиги билан хасталанган кишилар орасида ёш ногирон бўлишлар ва ўлим натижалари билан тугаллаш ҳолатлари кўпаймоқда. 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 ҳар 30 секундда битта қилинадиган ампутациялар қандли диабет натижасида бўлмоқда.

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 45та 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 хасталанган беморларга юмшоқ тўқималарининг йирингли яллиғланишига асосий сабаблари бўлиб думба соҳаси инъекциясидан кейин ривожланган флегмона, абсцесслар, парапроктитлар, панжалардаги йирингли яралар, операциядан кейинги яраларнинг йиринглаши эканлиги аниқланди. Юмшоқ тўқималарнинг йирингли некротик яллиғланишларини 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 муҳокамаси: Қандли диабет билан беморларга юмшоқ тўқималардаги йирингли-некротик асоратларнинг тез ривожланишидан асосий сабаблари фасциитларнинг пайдо бўлишидир. 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 коплмасида махсус маҳаллий симптомлар визуал аниқланмайди. Айниқса фасциитлар тез ривожланади, интоксикация ҳолати юзага келади ва беморлар оғир ахволга тушиб қолади. Охириги йилларда инъекциядан кейинги юмшоқ тўқималардаги флегмона ва абсцесслар кўп учрамоқда. Йўлдош касаллиги билан беморларга думба соҳасига қилинадиган ҳар хил доривор моддалар жуда чуқур қилингани учун ана шундай оғир асоратларга сабаб бўлмоқда. Биз кузатган беморларнинг бир гуруҳи стационарга кеч келганлиги сабабли уларнинг ахволи 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 Эта принципга асосландик: ўз вақтида – эрта йирингли бўшлиқлар (флегмона ва абсцесслар)ни хирургик йўл билан очиш, қолган бўшлиқни санация, некрэктомия қилиш ва адекват дренажлаш.

Биз йирингли-септик бўлимда охирги йилларда беморларни маҳаллий даволашда "Ацербин" суюқлигини татбиқ қилдик. Қолган бўшлиқ санация ва некрэктомия 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 тўқималардан 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 ҳимоя қилади. Ярага қўйилган ацербин билан окклюзион боғлам ярада шўр муҳитни сақлайди ва некротик тўқималарнинг эришига олиб келади. Йирингли некротик яралар юзидаги фибрин ва некротик тўқималар 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, левомиколь билан салфетка ҳам қўйилди. Фикримизча левомеколь экссудатни адсорбция қилиш хусусиятига эга бўлиб ўзаро таъсир кучини оширади. Очилган яраларнинг ҳажмига 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 тўқималардан 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 тўқималар йирингли-некротик яраларини маҳаллий ва комплекс хирургик даволашда Ацербин суюқлигининг қўлланиши яранинг некротик тўқималардан тезроқ тозаланишига ва стационардаги ўртача даволаниш муддатини қисқартиришга олиб келадиган энг оптимал усул ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдуллаев С. А., А. Т. Гаппаров, Н. Ё. Кушмурадов, Ж. К. Асламов, Д. А. Джалолов Қандли диабет касаллигида юмшоқ тўқималардаги йирингли-яллиғланиш асоратларини даволаш муаммолари // Доктор ахборотномаси, № 3 (100), 2021. С.6-9. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-6-9
2. Бубнова Н.А., Шляпников С.А. Инфекции кожи и подкожной клетчатки, хирургические инфекции. Рук. СПб: 2004. с. 379-409.
3. Корейба К.А. Современные препараты комплексного воздействия как альтернатива этапным некрэктомиям в гнойно-септической хирургии. Ацербин. Сборник материалов о препарате. Москва:2018. С-28-33.
4. Ризаев Ж.А., Абдувакилов Ж.У. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у больных с метаболическим синдромом // «Междисциплинарный подход к диагностике, лечению и профилактике заболеваний тканей пародонта у пациентов с сахарным диабетом» тезисы III Международной научно-практической конференции / Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. – СПб: Человек, 2020. – С. 67-68.
5. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. (В кн. «50 лекций по хирургии» под ред. Савельева В.С.М-2004. 752 с.
6. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации. Под редакцией В.С. Савельева, 2009. 92с
7. Шляпников С.А. Хирургические инфекции мягких тканей -старая проблема в новом свете. Инфекции в хирургии. 2003. С.14-21.
8. Wagner F.W. A classification and program for diabetic, neuropatic and dysvascular foot problems. In the American Academy of orthopedic surgeon instructional course lectures. St. Louis: Mos by Vear Book. 1997: 143-165.