

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ЮМШОҚ ТУКИМАЛАРДАГИ ЙИРИНГЛИ – НЕКРОТИК ФАСЦИИТ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ



Абдуллаев Сайфулла Абдуллаевич

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФАСЦИИТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаев Сайфулла Абдуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

PROBLEMS OF TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC FASCITIS OF SOFT TISSUE IN DIABETES MELLITUS

Abdullaev Saifulla Abdullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: sayfulloabdullayevich@gmail.com

Резюме. Мақола юмшоқ тўқималарнинг оғир йирингли-некротик инфекциялари, уларнинг қандли диабет билан оғриган беморларда ўзига хос хусусиятлари ва эрта таъхислашнинг долзарблигини ўрганишга бағишланган. 102 нафар бемор клиник кузатувдан ўтказилиб, инфекция тарқалишининг ёшига, шикастланишларнинг жойлашуви ва иммун тизимининг ҳолатига боғлиқлиги аниқланди. Некрозланувчи фасциит, парапроктит, Фурне-йирингли инфекция ва улар билан боғлиқ асоратларга (сепсис, токсик шок) алоҳида эътибор қаратилган. Натижалар ўлим ҳолатларининг олдини олиш учун ўз вақтида жарроҳлик амалиёти, комплекс даволаш ва бемор ҳолатини кузатиш муҳимлигини таъкидлайди.

Калим сўзлар: Йирингли-некротик инфекциялар, юмшоқ тўқималар, некротизланувчи фасциит, қандли диабет.

Abstract. This article examines severe purulent-necrotic soft tissue infections, their characteristics in patients with diabetes mellitus, and the importance of early diagnosis. A clinical study of 102 patients was conducted, identifying relationships between infection spread and age, lesion location, and immune system status. Particular attention is paid to necrotizing fasciitis, paraproctitis, Fournier-purulent infection, and associated complications (sepsis, toxic shock). The results highlight the importance of timely surgical intervention, comprehensive treatment, and patient monitoring to prevent mortality.

Keywords: Purulent-necrotic infections, soft tissue, necrotizing fasciitis, diabetes mellitus.

Тадқиқот долзарблиги. Бутун дунё мамлакатларининг соғлиқни сақлаш тизими олдидаги муҳим муаммолардан бири бўлмоқда. Охирги уч ўн йилликда йигирмадан ортиқ ҳар хил инфекция-он касалликлар пайдо бўлдилар ва уларнинг диагностикаси ва даволашда маълум кийинчиликлар мавжуд. Юмшоқ тўқималарнинг йирингли яллигланиш касаллиги билан мурожаат қилувчиларнинг сони 70% гача кутарилган бўлса, стационар шароитида операциядан кейинги юмшоқ туқималарнинг нозокомиал инфекциялари ҳамма госпитал инфекцияларнинг 25% ни ташкил қилиши аниқланмоқда. Айниқса қандли диабетда йирингли яллигланиш касалликларининг ҳар хил

клиник шаклларнинг қупайиши, уларнинг клиник кечишининг алоҳида хусусиятларига эга бўлиши, уларнинг диагностикасига ва махсус даволаш тактикаларни танлашда кийинчилик тугдирмоқдалар. Бугунги кунда бизнинг кузатишларимиз буйича бундай яллигланиш ҳолатини чакирувчи инфекциялар юмшоқ туқималарда уткир яллигланишга хос ҳолатини чакирса, иккинчи томондан ҳар хил некротизга олиб келувчи фасциитлар учрамоқдалар. Биз ўз кузатувларимиз буйича йирингли яллигланиш касалликларининг ривожланишида қуйидаги омиллар муҳим деб ҳисоблаймиз.

1. Организмнинг иммунологик фаолиятига богликлги.

2. Макро организмларга тушадиган микробларнинг вирулентлигига, уларнинг антибиотикларга булган чидамлигига богликлги.

3. Инфекцияларнинг организмга киришидаги анатомио – физиологик учогининг холатига.

4. Умумий ва махаллий кон айланиш холатига богликлги.

5. Беморларнинг аллергик холатига.

Йирингли – яллигланиш холатининг келиб чиқишида микроорганизмлар учун кириш учокларидаги улган тукималарнинг озук сифатида ахамияти, умумий ва махаллий кон айланишининг бузилганлиги (шок холати, уткир кон йуқотишлар, умумий иммунитетнинг паслиги) мухим ахамиятга ега.

Биз кузатган беморларда йирингли – яллигланиш касаллигининг пайдо булишида ёшларига хам богликликларини аникладик. 17 – 35 ёшдаги беморлардаги флегмона, абсцесс, йирингли лимфаденит, маститлар, остеомиелитлар учраса, 36 – 60 ёшдаги беморларда сийдик ажратиш тизимидаги – пиелит, цистит, пиелонефрит, парапроктит, перитонит, 65 ёшдан кейинги беморларда карбункул, некротик флегмоналар, инъекцияданив кейинги абсцесслар, гангреналар купрок кузатилмокда.

Маълумки кандли диабетнинг энг огир асоратлари булиб периферик асаб тизимидаги патологик артериал ва микроциркулятор узгаришлар, бугим ва суяклар аппаратида, кул ва оёк панжаларида ривожланадиган йирингли – некротик жаралар ва кейинчалик гангренага утиши каби асоратлари мавжуд.

Некротик фасциитлар тушунчасининг мохияти шундан иборатки, юзаки ва чуқур фасциитларда тери ости юмшок бушликларида ривожланувчи чириган некротик холат юзага чикиб, чуқур интоксикация куринишида ва токсик шок, сепсис, куп азоли етишмовчиликларга олиб келиб, улим суръатининг юкорилиги билан характерланади.

Шундай килиб, энг куп таркалган инфекциялар гурухига стафилакокклар, стептококклар, кук- йирингли таёкчалар, протейлар, бактериялар, анаэроб флорали инфекцияларни ва бактериоидларни киритиш мумкин. Юмшок тукималардаги патологик холатларда катнашишлари сатхига караб хозирги кунда стрептококкларнинг хам тукималарда некрозга олиб келадиган шакллари аникланган. Буларга сарамаснинг некротик шакли, некротик фасциитлар ва стрептококкли мионекрозлар киради. Кандли диабетда йирингли инфекциялар билан асоратланган беморларни даволашда энг мухим фактор булиб эрта ташхис куйиш, этиопатогенезига асосланган холда

комплекс даволаш усули ва албатта адекват хирургик тактикани куллаш зарурлиги талаб килинмокда.

Ишнинг максоди. Клиник кузатишларимизга асосланиб юмшок тукималарнинг огир йирингли яллигланишида эрта диагноз куйишни ташкил килиш ва адекват мураккаб хирургик тактикани уз вақтида куллашни такомиллашдан иборат.

Ишнинг материали. Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли септик булимида ва СамДТУ нинг 1-сон клиник базасида даволанган 102та бемор устида кузатув олиб борилди ва тахлил килинди. Шулардан 62 нафар еркаклар ва 40таси аёллар булган. Кузатувдаги беморлар ёши 26-79 ёшни ташкил килиб, уртача ёши 59.4 ни ташкил килди. 82% ни иш кобилиятига эга кишилар ташкил килди. Беморларнинг 75.8% да патологик холатлар оёкларда булиб, асосан оёк панжаларида, сон ва болдир соҳасида эканлиги аникланди.

Киёсий таккослашни тахлил килиш учун биз беморларни 2 гурухга булдик. Биринчи гурухга 44 бемор киритилди ва уларда сарамас касаллигининг хар хил шакли аникланди, асосан йирингли яллигланиш холати дермада кузатилди. Бу беморларда сарамас касаллигининг асоратланмаган эритематоз, буллёз ва геморрагик шакллари булиб, бир кисм беморлар юкумли касалликлар клиникаларидан утказилди, аммо колган бир гуруҳида (фрункул, карбонкул, флегмона, абсцесслар) некроз пайдо булиб асоратланган холатда келдилар. Паталогик холатнинг локализацияси тананинг хар хил жойларида учраб ва уз вақтида тугри ташхис куймаслик ва адекват даволаш утказилмаганлиги учун беморларда интоксикация белгилари юзага чиқиши аникланди.

Иккинчи гуруҳни 58 (59.7%) ташкил килиб, некротик фасциит юзага чикканлиги аникланди. Бу назологик шаклнинг ривожланишида биринчи булиб юзаки ва хусусий фасция каватининг яллигланиши булиб, тери ости ёг катлами ва дерма иккиламчи холатда яллигланиш учогига тортилган.

Бизнинг кузатувларимизда беморларнинг уткир парапроктитлар билан уз вақтида стационарга келмаганларидан оралик флегмоналари, Фурнье касаллиги ва кориннинг олд деворига таркалиб катта флегмоналар берганлиги аникланди. Касалликнинг эрта даврида мухим бирламчи патологик белгилари (симптомлари) юзага чикмайди. Терида гиперемия, пуфакчаларнинг пайдо булиши, кукимтир-кизгиш (малина) рангли доғларнинг пайдо булиши, терида некроз холатининг пайдо булиши, жуда кеч, вақтни анча утказиб келганлигидан дарак берди.

Некротик фасцитларда купинча массив шишининг юзига чиқиши, айрим пайтларда оёқларнинг куп сегментларида бу ҳолатнинг пайдо бўлиши, локал огрик ва интоксикация белгилари аникланади. Шунини айтиш зарурки интоксикация ҳолати бемордаги касалликнинг маҳаллий манзарида тугри келмайди.

Бизнинг кузатувларимизда ўткир парапроктит билан беморларда йирингли ҳолатнинг асосан юқорига, оралик соҳасига ва кориннинг олд деворига тарқалиши аникланди. Беморларга ташхис умумий объектив курик ва клиник белгилар асосида қўйилади. Бундан ташқари кон ва сийдикнинг умумий ва биохимик таҳлили, қондаги канд микдори, коагулограмма, ЭКГ, ЭхоКГ, ойок артерияларини дуплекс текшириш, тупик – елка индексини аниқлаш, рентгенография, рентгеноскопия, МСКТ, ангиография натижаларига асосан қўйилди. Умумий курик пайтида орқа чиқарув тешигини бармоқ билан қуриш, анус атрофида шиш, огрик борлигида патологик ҳолатнинг бошқа локализациясида ҳам УТТ текшириш биринчи навбатда ўтказилди. Бир гуруҳ беморларда пункция қилиниб йирингнинг жуда чуқурда эканлиги аникланди ва шундан кейин тегишли кесмалар қилиниб, йирингли бушликлар очилишига курсатма бўлди. Некротик фасцитни даволаш ҳозирги кунда ўта огир ва қийин масалалардан ҳисобланади. Даволашнинг натижаси ўз вақтида эрта диагноз қўйиш ва зудлик билан қилинадиган оператив муолажаларнинг радикаллигига боглиқ. Хирургик операциянинг асосий мақсади йирингли бушликни очиш, қолган бушликни санация қилиш, некротик туқималарни некрэктомия қилиш, қолган бушликни адекват дренажлашдан иборат. Ўтказилган операциянинг натижаси унинг қанча эрта ўтказилганлигига боглиқ.

Биз йирингли бушликни очиш пайтида албатта бактериологик экишга ва туқималардан морфологик текширишлар учун материаллар олдик.

Клиникага тушган 21 та ўткир парапроктитлар билан беморларнинг 12 тасида ишиоректал ва пелвиоректал парапроктит эканлиги ва некротик фасцит асорати билан оралик флегмонаси ва 6 та беморда Фурнье касаллиги билан кориннинг олд девори флегмонаси аникланди. Хирургик тактикалар йирингли некротик фасцитларда юмшоқ туқималарнинг йирингли яллигланиш касалликларидан жуда катта фарқ қилади. Некротик фасцитларда кенг кесмалар қилиниб некротик туқималар (тери ости ёт туқималари, некрозга учраган фасция, терининг некрозга ураган қисми) батамом некрэктомия қилинди. Бундай операциялардан зудлик билан умумий наркоз ёки спинал анестезияси орқали ўтказилди.

Биз огир гуруҳ беморларни даволашда маҳаллий ва мураккаб хирургик даволашни антибактериал, инфузион – транфузион, иммунотерапия тадбирларини бирга олиб бордик. Сепсис асорати билан тушган беморларга нутриентлар йордами қўлланилди. Биз асосан нутрифлекс суюқлигини 2-4 дозасигача транфузия қилиш билан даволадик. Ўта огир беморларда этапли некрэктомия қилишни (3-8 мартагача) ташкил қилдик.

Ишнинг натижаси ва муҳокамаси. Юмшоқ туқималарнинг йирингли некротик касалликлари энг огир касалликлардан бўлиб, диагноз қўйишда жуда катта қийинчиликлар мавжуд. Энг аввало уларда аниқ патологик симптомлар бўлмайди. Айниқса йирингли некротик фасцитлари билан асоратланганларда йирингли-деструктив ҳолатларнинг эрта даврларига ҳос типик белгилари аниқланмайди. Йирингли некротик фасцитлар ривожланиб иккиламчи териларда некротик ҳолатлар бошланганда диагноз қўйиш аниқ бўлиб қолади, аммо оператив даволаш бу вақтда кечиккан бўлади. Шунинг учун купинча биз қиладиган кесмалар диагностик усулга айланиб қолади. Терида керакли даражада кесмалар қилиш тери ости туқималари ҳолатини ва фасциядаги ўзгаришларни аниқлаб некротик фасцитлар борлигига ишонч ҳосил қиламиз. Айрим ҳолларда биз некрозга учраган фасцияларни батамом некрэктомия қилганимиздан кейин, фасция тагида шилимшиқ хидли суюқлик борлигига ва унинг тагида мушакларнинг қуқимтир қора ранга (мио-некроз) ўтганлигини аниқладик. Айрим ҳолларда сарамас касаллиги билан териларда некроз ҳолати бўлганда эрта операция қилиш энг тугри тактика ҳисобланади. Некротик фасцитларда асосий хирургик операцияларнинг мақсади некрэктомия қилишдир. Ўз вақтида қилинмаган оператив даволаш анча фожиали бўлиши мумкин. Юқорида келтирилган фактларнинг далили сифатида бизда даволанган бир бемор ахволини еритишни маъқул қурдик.

Бемор Х. 59 ёшда, касаллик бошлангандан кейин 14-қуни стационарга келиб тушди. Анамнездан беморда 14 кун олдин кориннинг пастки қаватида огрик бўлган, аста секинлик билан корин дамлаш, умумий ҳолсизлик қўзғатилган. Бемор врачларга бормай ўйида ҳар хил дори-дармонлар қабул қилган. Беморда тана ҳарорати қўтарилиб умумий ҳолсизлик қўчая бошлаган ва орқа чиқарув тешиги соҳасида огрик пайдо бўлган. Касалликнинг 10-қунлари туман шифохонасига мурожаат қилган. Хирург қуриб беморга парапроктит ташхиси қўйган ва парапроктитни таҳминан 4-5 смли кесма билан очган. Кесма ўнча чуқур қилинмаган, тери тагидан деярли йирингли мадда ажралмасида бемор биров энгил сезган. Яна

2-3 кун утгач беморнинг ахволи огирлашган. Корни янада кучли дамланган, бод чикиши кийинлашган, деярли хожат килмаган. Беморнинг тана харорати ошиб 39.5°C гача кутарилган, умумий холсизлик кучайган, кориннинг пастки каватида огрик кучайган. Туман шифохонасида хирурглари томонидан уткир парапроктит ташхиси куйилиб Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли-септик булимига йулланма берилган. Бемор йирингли септик булимига келганда умумий ахволи ута огир, териси оч пушти рангда, хансираш аникланди, тили курук, чанкоклик ва беморда кучли терлаш, юрак тонлари бугик, пульси тезлашган, 110-112 марта бир дакикада. АҚБ 80/40 мм сим/устунига тенг. Орка чиқарув тешиги атрофида (чап томонда) шиш аникланди, тахминан 5-6см кесма килинган, ярадан корамтир саргиш рангли хидли суюклик ажралмокда. Шиш соҳасида флюктуация аникланмади, босиб курилганда огрик сезади, корни дамлаган, ичакларда кучли метеоризм аникланди. Пайпаслаганда кориннинг пастки каватида огрик сезади. Бемор зудлик билан УТТ килинди, ичакларда кучли метеоризм булганлиги учун суюклик борлигини аниклаш кийин булди. Ёргок соҳасида катта шиш, териси корайган. Кориннинг олдинги юзаси буйлаб деярли шиш аникланмади, териси оч-пушти рангда, некротик узгаришлар йук, аммо тери тагида газ борлиги (кор гичирлаши белгиси) аникланди. Беморга уткир парапроктитни очишдан кейинги ҳолат, оралик ва кориннинг олд девори флегмонаси, Фурнье касаллиги, сепсис, септик шок. Токсик энцефалопатия ташхиси куйилди. Беморни операциядан олдинги 2-3 соатлик тайёргарлик билан эндотрахеал наркоз остида операция килинди. Парапроктитни очиш учун килинган кесма кенгайтирилди, пелвиоректал парапроктит очилди, фасция оркали йиринг кориннинг олд деворига таркалганлиги аникланди. Операция пайтида параректал бушликдан некротик масса билан корамтир кизгиш рангли ихороз хидли мадда ажралди. Шу кесма оралик ва кориннинг олд девори томон кенгайтирилди. Тери ости ёғ тукумасининг остидаги фасция йирингли некротик массага айланган. Кориннинг паски кавати олд деворида кесмалар чап ва унг томонга ён бош томонига кенгайтирилиб йиринг тамом булган жойгача давом этиб борилди. Некрозга учраган фасция олингандан кейин, кориннинг олд девори мушаклари билан фасция орасида газ борлиги аникланди, мушаклар ҳам кукумтир кора рангда (мионекроз) булиб, куланса хидли шилимшик модда топилди. Яра санация килинди, теридаги барча некротик тукумалар олинди, ярага левомиколь+лоробен аралашмаси билан боғлам куйилди. Некрозга учраган ёргок териси некрэктомия килинди, яллигланган ёргок пардалари кесиб олинди, иккала тухуми ёлонгачланди, яранинг ҳамма кисми перикис

водород эритмаси билан санация килиниб, операциядан кейинги бушликлар калин найлар билан дренажланди, ярага левомиколь + лоробен аралашмаси билан боғлам куйилди.

Операциядан кейинги ташхис. Чап томонлама уткир парапроктит очилгандан кейинги ҳолат. Уткир пелвиоректал парапроктит. Фурнье касаллиги, оралик соҳаси ва кориннинг олд девори йирингли некротик фасциити. Кориннинг олд девори флегмонаси Сепсис. Септик шок. Токсик энцефалопатия. Токсик гепатит ташхиси куйилди.

Беморга комплекс трансфузион-инфузион даволаш, антибиотикотерапия, гепатопротекторлар ва иммуно корректорлар тавсия килинди. Яра ҳар куни ювилиб маҳаллий левомиколь+лоробен+химотрипсин аралашмаси билан боғлам куйилди ва этапли некрэктомия килинди. Беморнинг ахволи аста секинлик билан яхшиланди, яраси некротик тукумалардан тозаланди. Бемор 32 кун мобайнида стационар шароитда даволанди.

Ана шундай некрозга олиб келувчи инфекцияларда операциянинг уз вақтида ва адекват ҳолда утқазилиши ута муҳим ҳисобланади. Фақат тулик ҳолда килинган некрэктомия яранинг тозаланишига ёрдам беради. Шуни айтиш керакки ҳамма вақт ҳам беморнинг ахволи огир булиб, интоксикация кучли булганлиги сабабли некротик учокларни радикал ҳолда тозалаб булмайди, шундай пайтларда этапли некрэктомия утқазилиши керак. Биз уз тажрибамизда 3-8 мартагача этапли некрэктомиялар утқаздик.

Некротик фасцитларни даволашда эрта радикал ҳолда килинган оператив даволаш яхши самара берди. Хали узгариш булмаган терида фасциянинг жарохатланган соҳаси буйлаб катта кесмалар килиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз. Килинган ҳар хил куп сонли майда кесмалар билан ярани адекват тафтиш килиб булмайди ва тулик некрэктомияга шароит яратилмайди. Биз таҳлил қилган юмшоқ тукумаларнинг йирингли некротик флегмоналари билан кечган биринчи гуруҳ беморларда йирингли яллигланиш касаллиги билан сепсис ҳолати 3% кишиларда учради, улим ҳолати 1.5% беморларда кузатилди. Иккинчи гуруҳ некротик фасцит ва айримларида некромиоз кузатилган беморларда касаллик жуда огир утди. Сепсис (41%), куп азоли етишмовчилик (40%), улим ҳолати (38%) пациентларда кузатилди. Шулардан 12 беморда септик шок синдроми куйилди. Юмшоқ тукумаларнинг йирингли яллигланиш касаллиги билан стационарда даволаш муддати ҳам ҳар хил булди. Стационарда энг куп даволанган некротик фасцитлар билан беморларда уртача 32 кунни ташкил қилган бўлса, биринчи гуруҳда 15 кунни ташкил қилди.

Хулоса. Кандли диабетда юмшок тукималардаги йирингли некротик фациитлар ассоратларини даволашда эрта куйилган ташхис, уз вактида утказилган адекват хирургик операциялар, ва комплекс инфузион-тринсфузион ва махаллий даволаш энг оптимал даволаш усули хисобланади. Албатта тиббиёт муассасаларида йирингли касалликларни уз вактида эффектив ёрдам курсатиладиган мутахасислар тайёрлаш ва бактериалогик лабораториялар ташкил килиш зарур. Юмшок тукималардаги йирингли инфекцияларни эрта ташхислаш учун комплекс диагностик усуллар (рентген, УТТ ва КТ, МСКТ, ангиография, бактериалогик, морфологик ва иммунологик мониторинг) куллашни йулга куйиш керак.

Адабиётлар:

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. Abdullayev S.A., Kurbanov E. Yu. New technologies in the treatment of purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome, 4th International Scientific and Practical Congress "Diabetes Mellitus, Its Complications and Surgical Infections". Collection of scientific papers. November 19-21, 2019. Moscow. Page3(in Russ)
3. Abdullayev S.A., Babajanov A.S, Kurbonov E.Y, Toirov A.S, Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus American Journal of Medicine and Medical Sciences. P-ISSN; 2165-901X e-ISSN; 2165-9036, 2020; 103; 175-178
4. Abdullaev S. A., Dusiyarov M. M., Atoev T. T., Khuzhaboev S. T. Technologies for local treatment of purulent-necrotic ulcers of the diabetic foot and soft tissues. Doctor's Newsletter No. (108)-2022. Samarkand. DOI: 10.38095/2181-466X-20221084-6-8. Pages 6-8. (in Uzb)
5. Aliev S.A., Aliev S.E. Abdominal sepsis: state of the problem, integrated systems for assessing the severity of the course and criteria for predicting the outcome. Archives of Pathology 2018. -P. 108-112. (in Russ).
6. Sherkulov K.U., Rustamov I.M., Usmonkulov M.K. Results of treatment of patients with acute gangrenous necrotic paraproctitis / Research foeus. 2023. Vol. 2 No. I.-P. 483-486(in Russ).
7. Abdullayev S.A., Dzhulolov D.A. Osobennosti techeniya bolezni Furn'ye pri sakharom diabete // Nauka y sovremennom mire: priority razvitiya. 2020. No 1. S. 9-11
8. Abdullaevich A.S. et al. Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus //American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2020. T. 10. № 3. S. 175-178
9. Abdullaev S. et al. Features of Complex Sugical and Infusion Treatment of Sepsis in Diabetes Mellitus

/i Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021. S. 2283-2288.

10. Бархатова.Н.А. Детоксикационная и противовоспалительная терапия генерализованных форм инфекции мягкий тканей. Хирургия 2009; 5:27-30.
11. Гринёв М.В. Корольков А.Ю и др. Некротизирующий фасцит СПб. Гиппократ, 2008, 136 стр.
12. Дедов И.И. Шестакова М.В Викулова О.К Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации, статический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. Сахарный диабет. 2017 20(1).13-41.
13. 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.
14. Сажин В.П., Бодрова Н.Г., Климов Д.Е.и др. Антибиотикотерапия при гнойных хирургических заболеваниях органов брюшной полости и мягких тканей.
15. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
16. Mary A., Hartemann A., Liabeuf S., et el. Association between metformin use and below -the -knee arterial calcification score in type 2 diabetic patients, Cardiovs Diabetol. 2017;16;24.
17. Gremmels H., M. Teraa R.W. Sperengers, J.M.Martens , M.Verhaar, J.J. wever, G.J. de Borst, J.A Vos, W.Mali, H.v Overhagen, Padi, J,t groups , High and immeasurable ankle-brachial index as predictor of poor amputation-free survival in critical limb ishchemia, J.Vas Surg.2018; 67;6 1864-1871.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФАСЦИИТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдуллаев С.А.

Резюме. Статья посвящена изучению тяжёлых гнойно-некротических инфекций мягких тканей, их особенностям у пациентов с сахарным диабетом и актуальности ранней диагностики. Проведено клиническое наблюдение за 102 пациентами, выявлены зависимости распространения инфекции от возраста, локализации поражений и состояния иммунной системы. Особое внимание уделено некротизирующему фасцииту, парапроктиту, Фурнье-гнойной инфекции и ассоциированным осложнениям (сепсис, токсический шок). Результаты подчеркивают важность своевременного хирургического вмешательства, комплексного лечения и мониторинга состояния пациента для предотвращения летальных исходов.

Ключевые слова: Гнойно-некротические инфекции, мягкие ткани, некротизирующий фасциит, сахарный диабет.