

ДИАБЕТИК ПАНЖА СИНДРОМИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАЛАРИ**С.А. Абдуллаев, Э.Ю. Курбанов, Ф.У. Умаров**

Самарқанд Давлат тиббиёт институти

Самарқанд Шаҳар Тиббиёт Бирлашмаси

Таянч сўзлар: Қандли диабет, диабетик панжа, йирингли некротик флегмона, некрэктомия, ампутация.**Ключевые слова:** сахарный диабет, диабетическая стопа, гнойно-некротическая флегмона, некрэктомия, ампутация.**Keywords:** diabetes mellitus, diabetes foot, festering-necrotizing phlegmon, nekrektomiya, amputation.

Қандли диабет касаллиги ва унинг хирургик асоратлари клиник хирургиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Бутун жаҳон бўйлаб бу касаллик йилдан-йилга кўпайиб бормоқда. Қандли диабетнинг оғир даражасида беморларни ногиронликка олиб келувчи асоратлар юзага чиқади. Шундай асоратлардан «диабетик панжа» синдроми ва қўл-оёқлардаги гангреналар ҳисобланиб унинг ҳар-хил шаклида 30-80% беморларда учрамоқда. Панжа тўқимасидаги инфекцияланган ўчоқ, яраларнинг пайдо бўлиши ва панжа тўқимасидаги чуқур деструктив ҳолат неврологик ўзгаришлар ҳамда магистрал қон оқибатининг пасайиши натижасида «диабетик панжа» синдроми келиб чиқади. Панжа тўқимасида йирингли некротик ҳолатнинг гангренага ўтиши оёқларни ампутация қилишга мажбур қилади. Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли септик бўлимида 67 та хирургик даволанган беморларнинг натижалари таҳлил қилинган. Беморларга ўз вақтида диагноз қўйиш, оёқ панжаларида флегмоналар пайдо бўлганда енгиллаштирувчи кесмалар, некрэктомия ва икки этапда радикал операциялар ўтказиш амалиётга татбиқ қилинган.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**С.А. Абдуллаев, Э.Ю. Курбанов, Ф.У. Умаров**

Самаркандский Государственный медицинский институт

Самаркандское городское медицинское объединение

Одним из частых осложнений сахарного диабета являются трофические и гнойно-некротические поражения стоп, как следствие ангиопатии, полинейропатии, объединённые под названием «диабетическая стопа». Синдром диабетической стопы встречается у 30-80% больных. При синдроме «диабетической стопы» имеется очаг инфекционного поражения, язвенного дефекта, деструкций глубоких тканей стоп, которые приводят к образованию гнойной некротической флегмоны и гангрены конечностей, которые требуют оперативного лечения. В гнойном отделении Самаркандского городского медицинского объединения проведено наблюдение за 67 больными с синдромом «диабетической стопы». В настоящее время в практику нами введено двухмоментное оперативное лечение. На первом этапе диабетическую флегмону открывают длинными расслабляющими разрезами с некрэктомией. На втором этапе производится радикальная операция. Благодаря применению нами активной хирургической тактики процент проксимальной ампутации с 19% снизился до 4,5%.

SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF DIABETIC FOOT**S.A. Abdullayev, E.Yu. Kurbanov, F.U. Umarov**

Samarkand state medical institute

Samarkand city medical union

One of frequent complications of diabetes mellitus are trophic and it is purulent - necrotic defeats of feet, as a result of angiopathy, polyneuropathy, integrated under the name "diabetic foot". The syndrome of diabetic foot meets at 30-80% of patients. At syndrome of "diabetic foot" there is center of infectious defeat, ulcer defect, destructions of deep fabrics of feet which lead to formation of purulent necrotic phlegmon and gangrene of extremities which demand operational treatment. In purulent department of the Samarkand city medical association observation over 67 patients with syndrome of "diabetic foot" is made. Into the present in practice we have entered double-stage operational treatment. At the first stage diabetic phlegmon is opened long rasslablyayushimi cuts with necrectomy. At the second stage radical operation is made. Thanks to use of active surgical tactics by us the percent of proximal amputation has decreased from 19% to 4,5%.

Диабет грекча сўздан олинган бўлиб, «diabaino» тешиб ўтаман маъносини англатади. Диабет сўзини биринчи бўлиб Римлик врач Аретиус эрализнинг II асрида муомалага киритган. Англиялик врач Добсон 1776-йили беморлар сийдигидаги ширин там унда қанд моддасининг борлиги билан боғлиқлигини айтган ва шу санадан бошлаб қандли диабет деб атала бошлаган. 1921-йилда Торонто шаҳрида ёш врач ва талаба итларнинг ошқозон-сти безидан алоҳида бир мода борлигини аниқладилар. Ана шу мода қандли диабет билан хасталанган итлар қонидаги қандни пасайтирган. 1922-йилда биринчи бемор қандли диа-

бет билан инсулин олган ва унинг ҳаётини сақлаб қолган.

Қандли диабет кенг тарқалган касаллик бўлиб юрак қон-томирлари ва рак касаллигидан кейин учинчи ўринни эгалламоқда. Диабетнинг географиясига келсак Лотин Америкаси мамлакатлари аҳолисининг 15%, Европада 5%, АҚШ да 4% ва Россияда 3-4% хасталанган.

Нима учун бутун дунёда қандли диабет (ҚД) касаллиги бўйича бонг урмоқда. Бунинг асосий сабаби бутун жаҳон бўйича бу касаллик йилдан-йилга кўпаймоқда. 1965-йилда ҚД билан беморлар сони 30 млн. киши бўлса, 2000-йили 100 млн., 2010-йили 200 млн. ва бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган ахборотига асосан ҳозирги кунда 380 млн. кишига кўпайган. Ҳалқаро башоратлар бўйича яқин 50-60 йил ичида Ер шарига аҳоли сони 9 млрд. кишига етади. Ҳалқаро диабет институтининг берган маълумоти бўйича, агар диабет касаллигининг ўсиши ҳозирги ўсишда кетса 2190-йилга бориб бутун ер шарининг 9 млрд. аҳолиси ҳаммаси ҚД га чалиниши эҳтимоли бор. Жаҳоннинг кўп мамлакатларида қандли диабет билан 2-5% аҳоли хасталанган, аммо хавфли факторлар (семизлик, кам ҳаракат) билан бу касаллик 30% ни ташкил қилмоқда.

ҚД билан энг кўп хасталаниш Осиё қитъаси аҳолиси орасида кутилмоқда. ҚД касаллиги инсоннинг ўлимига олиб келадиган 10 та сабабларидан бири ҳисобланади. ҚД шундай касалликки энг камбағал, бойлар, оддий инсонлар ва жуда таниқли кишилар ҳам касалланиши мумкин. Агар кишилар бирламчи, эссенциал қандли диабет билан хасталанса буни 1-тип дейилади. Ошқозон ости безининг эндокрин аппарати таъсир қилувчи касаллик ёки ҳар-хил таъсирловчи моддалар томонидан қандли диабет келиб чиқса буни 2-тип дейилади.

ҚД касаллиги 3 оғирлик даражасида ўтиши мумкин. ҚД нинг энгил даражасига модда алмашинувининг компенсация ҳолатида бўлиб, қондаги қанд миқдорини ҳар куни пархез билан нормага тушириш мумкин. Бу даражада диабетик ангиопатия, тез ўз ҳолига келувчи нейропатия, нефропатиянинг микроальбуминурик даражасида асоратлари кузатилади.

ҚД нинг ўртача оғирлик даражасида қондаги қанд миқдорини нормага келтириш учун албатта қандни пасайтирувчи моддалар (таблетка шаклида ёки инсулин) қабул қилиш керак бўлади. Беморларда кетоз ҳолати кузатилганда (асабийлашганда ёки стресс ҳолатида) пархез ҳамда керакли дориворлар билан даволанишни талаб қилади. Яхши даволанганда бу асоратлар ногиронликка олиб келмайди.

ҚД нинг оғир даражасида беморларни ногиронликка олиб келувчи махсус асоратлар юзага чиқади. Ана шундай оғир асоратлардан «диабетик панжа синдроми» бўлиб ҳисобланади.

Биз хирурглар учун катта муаммо туғдирадиган асоратлардан «диабетик панжа синдроми» ва қўл-оёқларнинг диабетик гангренадир. Ҳозирги кунда «диабетик панжа синдроми» ҳар-хил шаклларда 30-80% беморларда учрамоқда. Бу синдром томирларда неврологик ва оёқ панжаларида йиринли-яллиғланиш ҳолати пайдо бўлиши ва беморларнинг шифохоналарга кеч мурожаати, яхши даволанмаганлиги сабабли гангренага олиб келиши билан характерланади.

Ишнинг мақсади: «Диабетик панжа» синдромини хирургик даволаш усулларини такомиллаштириш.

Ишнинг материали: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли септик бўлимида диабетик панжа синдроми билан даволанган 67 бемор устида ўз кузатувларимизни олиб бордик. Беморларнинг 31 тасини аёллар, 36 тасини эркеклар ташкил қилди. Ёшлари бўйича 30-50 ёшлилар 22 та, 51-74 ёшдаги 45 беморда кузатилди. Беморларнинг қандли диабет билан хасталаниш муддати 10 йилдан 21 йилгача эканлиги аниқланди.

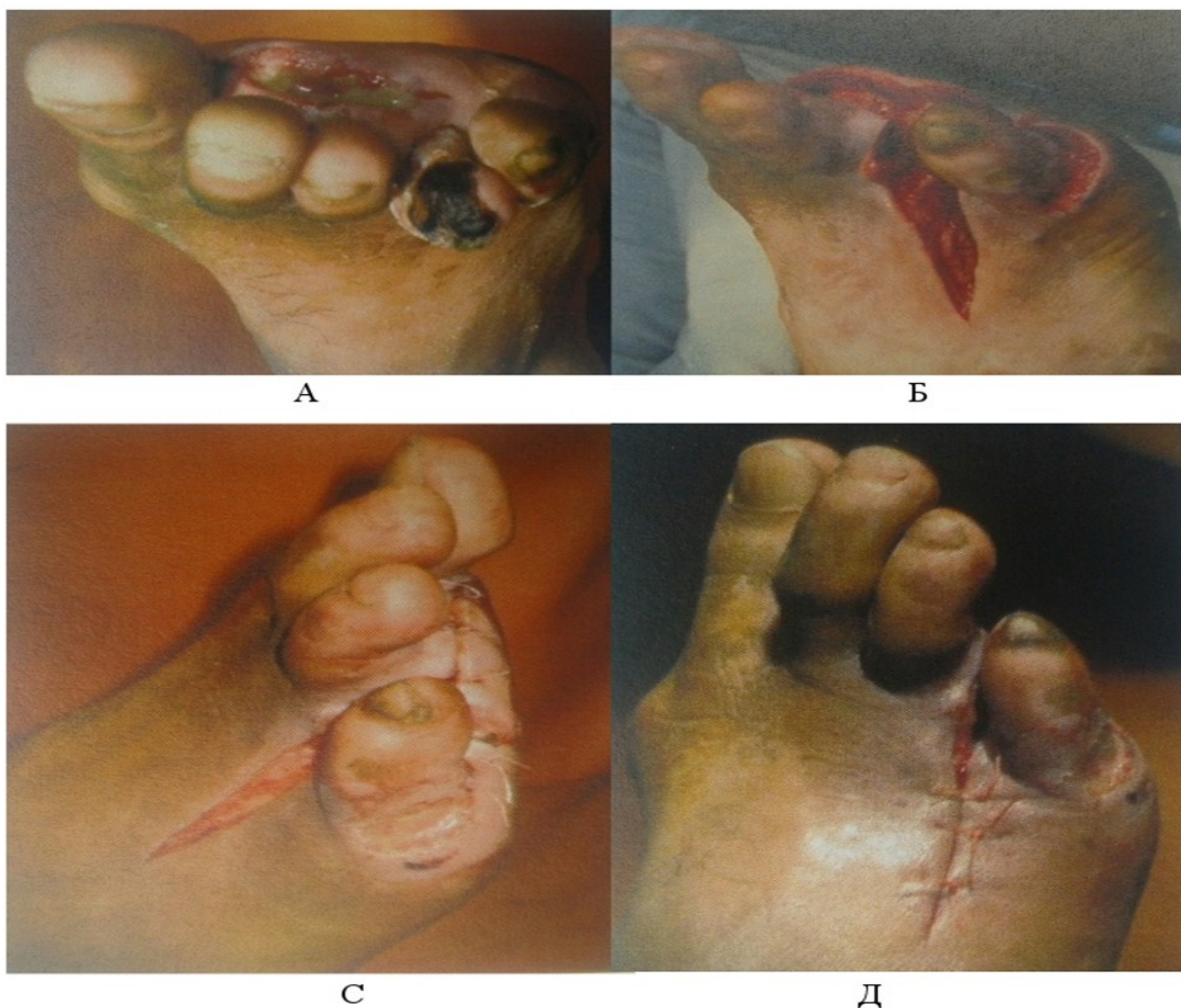
Қандли диабетнинг 1-типи 6 (8,9%), 2-типи 61 (91,1%) беморларда кузатилди. Оғир шакли 34 та, ўртача оғирлик даражаси 18 та ва энгил шакли 15 та беморда аниқланди. Беморларнинг кўпчилиги 76,1% юрак-қон томирлари, буйраклар 54% ва 51% беморларда жигар ва ўт йўллари каби ҳамроҳ касалликлари аниқланди.

Оптимал хирургик даволашнинг режасини тузишда биз панжа тўқималарининг жароҳатланиш ҳажмини Wagner.F.M. (1981) таклиф қилган классификациясидан фойдаландик. Ку-

затувда бўлган беморлардан II даражали жароҳатланиш 8 та, III даражали 47 ва IV даражали 12 тасида аниқланди. Қуруқ некроз-23 та, ҳўл некроз-44 беморда юзага чиққан бўлса, 15 беморда товон соҳасида ишемик пуфакчалар ва 52 беморда бармоқлар гангренаи кузатилди. Ҳамма беморларда клиник шароитда: қондаги қанд микдори, биохимик таҳлиллар, бактериологик текширишлар, ЭКГ, кўкрак қафаси рентгеноскопияси, УТТ, иккала оёқларда доплерография, оёқ панжалари рентгенографияси қилинди. Айрим ҳолатларда компьютер томография қилинди.

Ишнинг натижаси ва муҳокамаси: Бизнинг кузатувларимиз шуни кўрсатдики, йирингли-некротик асоратларининг ривожланиши унинг шаклига қараб клиник белгилари пайдо бўлади. Нейропатия ҳолатининг ривожланиши панжа мушакларининг атрофиясига олиб келади ва кейинчалик бармоқларда деформация пайдо бўлади.

Панжа бармоқларининг кучли деформация бўлганлиги сабабли қадоклар пайдо бўла бошлайди ва трофик яралар ҳосил бўлади. Оёқ панжаларида ишемик ҳолат ривожланади ва йирингли-некротик флегмоналар юзага чиқади (расм 1).



Расм 1. Бемор К. 58 ёш. Операциягача(А), операция даври(Б), операциядан кейинги даври(С), яранинг битган даври(Д).

Диабетик панжа синдромида йирингли-некротик флегмоналар пайдо бўлиши сабабли септик ҳолатлар кузатили буларни даволашда анча қийинчиликлар пайдо бўлади. Бунинг асосий сабаби қандли диабетда карбон сувлар алмашинуви бузилибгина қолмай, оқсиллар, ёғлар алмашинуви ҳам бузилади. Жигар ва буйрақлар, юрак-қонтомирлари, асаб тизими фаолиятида ҳам чуқур ўзгаришлар ривожланади. Йирингли инфекциялар ҳамма мода алмашинувида манфий таъсир қилиб ацидоз чақиради, организмнинг ҳимоя қобиляти пасайиб инфекциянинг тарқалишига шароит яратади.

Бундай ҳолатларда биз кузатган беморларнинг аксарият кўпчилигида йирингли некротик фасцитлар ривожланганлигини аниқладик (расм 2).



Расм 2.

А

Б

Бемор П. 46 ёш. 1 бармоқ диабетик гангрена, операциядан олдинги давр(А), 1 бармоқ экзартикуляциясидан кейинги ҳолат(Б).

Диабетик панжа синдромининг йирингли-некротик асоратларини даволашда биз асосан куйидаги принципга амал қилдик: қондаги қанд миқдорини динамик ҳолда назорат қилиб уни коррекция қилиш; антибиотикларнинг таъсирчанлигини аниқлаш, ҳамроҳ касалликларини даволаш, диабетик панжа синдромининг шаклини аниқлаш ва маҳаллий даволаш, панжани ишемик ҳолатдан чиқариш. Бундан ташқари анъанавий даволаш билан албатта ноанъанавий даволаш ҳам яхши йўлга қўйилган. Бу усулларга йирингли яраларни даволашда озонотерапия ва иммунокорректорлар юборишни ташкил қилдик.

«Диабетик панжа» синдромини хирургик даволаш усулларини такомиллашнинг асосий факторларидан оёқ панжалари диабетик флегмонасини эрта ва кенг равишда очиш ҳисобланади. Флегмонани очишда албатта кенг фасциотомия ва некрэктомия қилиш, мушаклар синовиал пардаларини очиш ва ҳосил бўлган йирингни ўз вақтида эвакуация қилиш зарур. Ҳатто диабетик флегмонанинг инфильтрат боскичида кенг кесма билан очиб, фасциотомия қилиш панжа тўқималаридаги босимни камайтиради, панжа тўқималаридаги ишемик ҳолатни бартараф қилади ва йирингли ҳолатнинг тарқалиб кетишининг олдини олади.

Диабетик панжа синдромининг йирингли-некротик асоратларини хирургик даволашда асосий мақсадимиз оёқларни катта проксимал ампутациялар қилишдан саклашдир. Охириги йилларда биз икки этапли хирургик даволаш усулини амалиётга татбиқ қилдик. Биринчи этапда йирингли-некротик флегмонанинг ҳажмига қараб катта енгиллаштирувчи кесмалар билан флегмоналар очилади, некротик тўқималар албатта олинади, яралар яхшилаб тафтиш қилинади, некротик фасцитлар аниқланса некротик фасцияэктомия қилинади. Иккинчи этапда кўрсатмага биноан радикал операциялар қилинади.

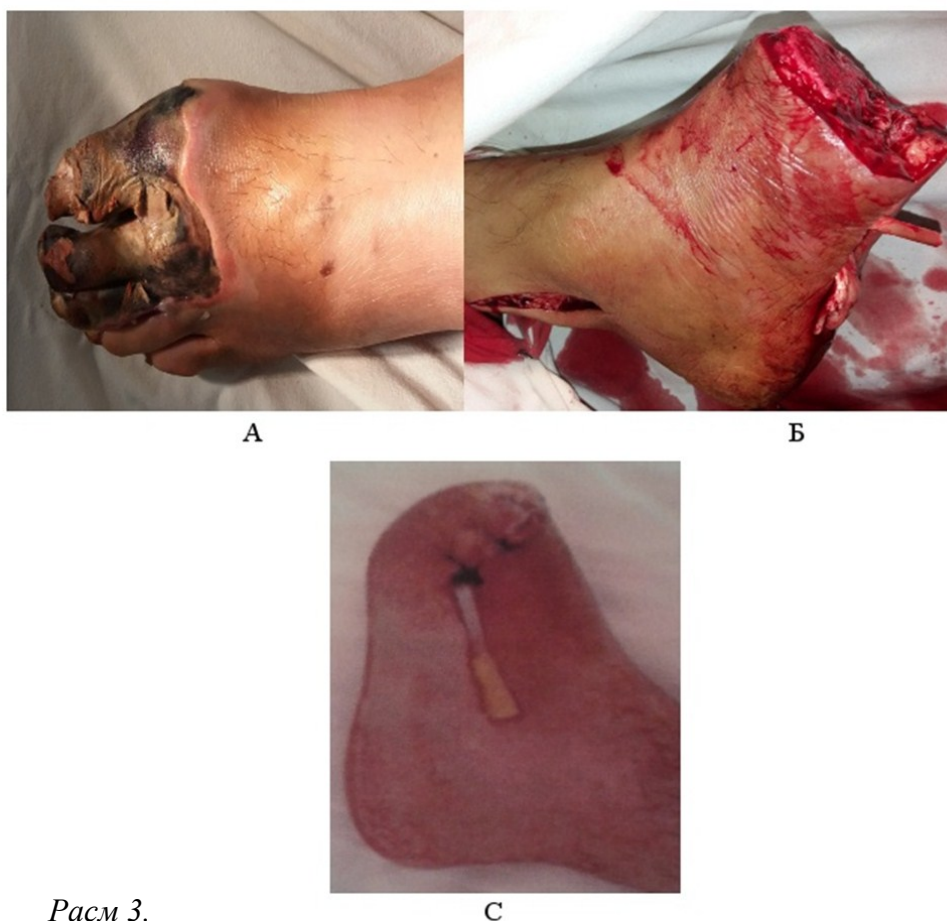
Шундай қилиб 67 та бемордан оёқ панжаларини Шарп усулида ампутацияси 14 беморда, Шопар усулида 10 та, сон соҳасидан 4 та, болдир соҳасидан 2 та бемор ампутация қилинди. Битта бармоқ экзартикуляцияси 22 та, икки ва учта бармоқлар ампутацияси 15 беморларда ўтказилди (расм 3).

Кузатилган беморларда операциялар орасидаги даврда улар аҳволининг стабиллашганлиги, панжалар ишемик ҳолатининг яхшиланганлиги, ҳамроҳ касалликларининг компенсация ҳолатига келишига эришдик.

Бизнинг тажрибамизда ана шундай актив хирургик тактика қўллаш билан проксимал ампутациялар фоизини 19% дан 4,5% га камайтиришга эришдик.

Диабетик панжа синдромида кўпроқ дистал ампутациялар фоизи кўпайиб, маълум фойз беморларда ҳар хил бармоқлар экзартикуляцияси, бармоқлар резекцияси қилинмоқда.

Хулоса: Қандли диабетнинг йирингли-некротик асоратларини хирургик даволашда икки этапли комплекс ҳолда хирургик даволашнинг қўлланилиши энг оптимал такомиллашган усул ҳисобланади.



Расм 3.

С

Бемор С. 52 ёш. Чап оёқ панжаси бармоқларининг некрози (А), чап оёқ панжаси Шарп усулида ампутацияси(Б), чап оёқ панжаси ампутациясидан кейинги 2-этап реконструктив операцияси. Яра дренажланган(С).

Фойдаланадиган адабиётлар:

1. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Анналы хирургии. 2013. №6. С.48.
2. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р., Валиева Г.Р., Окроян В.П. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургия им. И.И.Грекова 2015. №5. С.61-65.
3. Дедов И.И., Майоров А.Ю., Суркова Е.В. Сахарный диабет 2 типа // Книга для пациентов. 2005. 114с.
4. Исмоилов С.И., Шамансурова З.М., Камалов Т.Т., Досова З.Х., Жураева А.Ш. Синдром диабетической стопы: распространенность, диагностика, лечение профилактика. Тошкент, 2005. 64с.
5. Покровский Б.М. Лечение диабета // ООО "АСС-центр". 2005. 64с.
6. Baulton A., Cavanagh P., Rayman G The Foot in Diabetes. 4th Edition, 2006. 464p.
7. Wagner F.W. The diabetic foot // Foot Ankle Int., 1999. № 11. P. 684-686.