

ДИАБЕТИК ТОВОН СИНДРОМИДА БАЖАРИЛАДИГАН ЮҚОРИ АМПУТАЦИЯЛАРДАН СЎНГ БЕМОРЛАРНИНГ ҲАЁТ КЕЧИРИШ СИФАТИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ТАҲЛИЛИ

Б.З. ХАМДАМОВ

Бухоро давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО ПОВОДУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Б.З. ХАМДАМОВ

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ANALYSIS OF CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER THE MOVED HIGH AMPUTATION OF THE LOWER EXTREMITY ON THE DIABETIC FOOT

B.Z. KHAMDAMOV

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Диабетик товон синдромининг оғир шаклларида бажариладиган турли ҳил юқори ампутацияларнинг клиник самарадорлигини ўрганиш, ҳамда беморларнинг операциядан сўнги даврдаги ҳаёт кечириш сифатини таҳлили шуни кўрсатадики, диабетик товон синдромининг оғир шаклларида болдир соҳасидан такомиллаштирилган усулда ампутация қилиш, бу беморлар ичидаги ўлим ва операциядан сўнги асоратлар фойзини бир томондан пасайтирса, иккинчи томондан беморлар ампутацион чултоғини протезлашга қулайликлар яратади ва уларнинг ҳаёт кечириш сифатини ошишига олиб келади.

Калим сўзлар: диабетик товон, операция, ҳаёт сифати.

The analysis of the clinical effectiveness of various methods of high amputations of the lower extremities in diabetic foot syndrome and the study of the quality of life of patients showed that the implementation of an improved method of amputation at the level of the lower leg leads to a sharp decrease in mortality, a decrease in the number of postoperative complications. And also creates favorable conditions for prosthetics amputation stump thus contributes to improving the quality of life of patients.

Key words: diabetic foot, operation, quality of life.

Қандли диабет хасталигининг дунё бўйича ҳар хил мамлакатларда тарқалганлиги 1,5% дан 6,0% ни ташкил этади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига қараганда, бу хасталикнинг сони йилдан йилга ошиб бориб, 2025 йилда қандли диабет билан оғриган беморлар сони 450 млн кишини ташкил қилиши мумкин [1,2].

Касаллик сонига пропорционал равишда қандли диабетнинг йирингли некротик асоратлари, шу жумладан диабетик товон синдромининг ривожланиши ошиб боради [3,5]. Маълумки, қандли диабет хасталигида микро ва макроангиопатия, яъни кичик ва катта томирларда чуқур ўзгаришлар ривожланиб, бу ўз навбатида диабетик товон синдроми ривожланишига асосий замин яратувчи омил бўлиб хизмат қилади. Афсуски, қандли диабет хасталиги ташхиси аниқланган беморлар, бу хасталик ва унинг ривожланиши мумкин бўлган асоратлари (диабетик товон синдроми, диабетик нейро-нефро- ретинопатиялар) ҳақида маълумотга эга бўлсаларда, бунга бефарқ қарайдилар ва ўз вақтида эндокринолог назоратига турмасдан, ўз ўзларини ҳар хил таъбиот усуллари билан даволашни бошлайдилар. Вақтида даволанмаслик, ўз навбатида бемор кутмаган хавфли асоратлардан ҳисобланган диабетик товон

синдроми ва оёқларнинг критик ишемиясининг ривожланишига олиб келади [4,6,7].

Диабетик товон синдромининг оғир формаларида жарроҳ беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида оёқларнинг юқори ампутациясини (сон ўрта ва юқори учлигидан) бажаришга мажбур бўлади [1,8,12]. Бунда операциядан сўнги ўлим 35-75%ни ташкил қилади. Шу кунгача беморларга болдир соҳасидан ампутация қилиш ҳаракатлари 35-58% ҳолатларда ампутацион чултоқнинг некрози ва йиринглашига олиб келган, бу эса 20-50% ҳолатда беморларда сон соҳасидан реампутация амалиётини бажарилишига мажбур бўлинишига олиб келган, бунда ўлим 34% гачани ташкил этади [5,9,10]. Ампутациядан сўнги асоратларнинг патогенетик сабабларини бартараф қилиш, бу контингентдаги беморларнинг даволаш натижаларининг кескин яхшиланишига олиб келиши мумкин [6,11].

Тадқиқот мақсади: диабетик товон синдроми муносабати билан сон ва болдир соҳасидан бажариладиган юқори ампутациялардан сўнг ҳаёт сифатидаги ўзгаришларни ўрганиш.

Материал ва услублар: Бухоро тиббиёт институти клиникасида 1998-2018 йиллар мобайнида диабетик товон синдроми сабабли оёқнинг юқори ампутациялари бажарилган 152

беморларнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди. Беморларнинг ўртача ёши 42-87 ни ташкил қилиб, уларнинг 97 нафари эркак, 55 нафари аёл бўлган. Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиниб ўрганилди. I-гуруҳ – 80 нафар беморни ташкил этган бўлиб бу беморларда соннинг ўрта ва юқори учлигидан ампутацияси бажарилган. II-гуруҳ– 72 беморни ташкил этган бўлиб, бу беморларда болдир юқори учлиги соҳасидан такомиллаштирилган усулда ампутация амалиёти бажарилган.

Натижалар ва муҳокама: Диабетик товои синдромида баддир мушаклари орасида энг кўп қон билан таъминланиши бузилган тўқима бу қомбаласимон мушакдир. Аксарият ҳолларда ампутация пайтида юқорида кўрсатилган мушакнинг операция вақтида қолдирилиши амалиётдан сўнгги даврда ампутацион чўлтоқнинг йиринглаши ва некрозга учрашига замин яратади. Шу ҳолатни бартараф қилиш мақсадида ампутация вақтида II- чи гуруҳ беморларида қомбаласимон мушак экстирпацияси бажарилган. Таққословчи гуруҳ беморларининг ёшида, Вагнер бўйича оёқнинг зарарланиш даражасида ва йўлдош касалликлар кузатилишида статистик моҳиятга эга бўлган тафовут кузатилмаган. I- чи гуруҳ беморларининг 12 (15,0%) тасида жигар-буйрак етишмовчилиги, 8 (10,0%) тасида постинфаркт кардиосклероз, 14 (17,5%) тасида тизимли яллиғланиш синдроми кузатилиб, улардан 8 (57,1%) тасида септик шок ривожланган. Операциядан сўнгги даврда 10 (12,5%) та беморда полиорган етишмовчилиги янада чуқурлашиши сабабли беморларда ўлим ҳолати кузатилган. 14 (17,5%) нафар беморда сон ампутацион чўлтоғининг йиринглаши кузатилиб, уларнинг 3 (21,4%) нафарига реампутация жаррохлик амалиёти бажарилишига мажбур бўлинган. Бу гуруҳ беморларининг операциядан сўнгги даврини таҳлили натижасида шу аниқландики, 65 тирик қолган беморларнинг 15(23,0%) нафари 6 ой давомида вафот этган. 35 (54,0%) нафар беморда меҳнат қилиш қобилияти тўлиқ бузилган ва улар чуқур ногиронликга учраган. 5 йиллик ҳаёт кўриш тахминан 8-10%ни ташкил қилган. Бундан ташқари, бизлар операциядан сўнгги даврда беморларнинг яшаиш сифатини ўрганиб чиқдик.

Яшаш сифатини ўрганиш жараёнида, уни ифодаловчи куйидаги ташкил этувчи қисмларни инобатга олганмиз. 1) жисмоний ташкил этувчи қисмлар - куч, толиқиш, оғрик, дискомфорт, уйку ва дам олиш; 2) руҳий ташкил этувчи қисмлар – яхши кайфият, ўзини баҳолаш ва негатив ҳавотирланишлар; 3) ўз-ўзини мустақил бошқаришни ташкил этувчи қисмлар – ҳар кунлик фаолият, ишлаш қobiliяти, даволаниш ва дори-дармонлар қабул қилишга тобеълик.

I- чи гуруҳ беморлари ҳаёт сифатини ўрганиш таҳлили шуни кўрсатдики: жисмоний ташкил этувчи омиллар - 30% га, руҳий омиллар- 80% га ва ўзини бошқариш омиллари – 50% га камайганлиги аниқланди. Бу ўз навбатида юқори сон қисмидан ампутацияси бажарилган беморларда ҳаёт сифати жуда паст бўлганлиги ҳақида далолат беради. II- чи гуруҳ беморларининг, 20 (27,7%) тасида жигар-буйрак етишмовчилиги, 15(20,8%) тасида постинфаркт кардиосклероз, 17 (23,6%) тасида тизимли яллиғланиш синдроми ва шуларнинг 12 (70,5%) тасида септик шок кузатилган. Бу гуруҳ беморларини даволаш таҳлили шуни кўрсатдики, операциядан сўнги даврнинг биринчи йили давомида ўлим ҳолатлари аниқланмаган. 5 йиллик ҳаёт давомийлиги 70% ни ташкил этиб, уларнинг 55,0% ҳолатида меҳнат қобилияти тикланиб (болдир чўлтоғи протезланган), уларнинг актив ҳаётга қайтганлиги кузатилган.

II-гурӯх беморларининг операциядан сўнги даврдаги ҳаёт сифатини ўрганилиши шуни кўрсатдики: жисмоний ташкил этувчи омиллар- 10% га, руҳий омиллар- 30% га ва ўз-ўзини бошқара билиш омиллари – 20% га камайганлиги аниқланди. Бу эса, болдир соҳасидан ампутация усули қўлланилган беморларда ҳаёт кечириш сифати, I чи гурӯх беморларига нисбатан анчага ошгани хақида далолат беради. Текширувлар натижаси шуни кўрсатадики, болдир соҳасидан такомиллаштирилган усулда ампутация қилишнинг афзаллик томонлари мавжуд бўлиб, улар қуйидагилардан иборатдир: Болдир чўлтоғи коллатерал кон айланиши яхши бўлган тўқималар мажмуаси ёрдамида ҳосил қилинади, бу ўз навбатида операциядан сўнги даврда чўлтоқнинг некрози ва йиринглашини кескин камайтирилишига олиб келади, бир пайтнинг ўзида цилиндрик тўғри шаклли болдир чўлтоғи ҳосил қилинади, тизза бўғимининг сақланиб қолиниши, чўлтоқнинг кейинги протезланишига қўлайликлар туғдиради.

Шундай қилиб, диабетик товоон синдромининг оғир шаклларида бажариладиган турли хил юкори ампутацияларнинг клиник самарадорлигини ўрганиш, ҳамда беморларнинг операциядан сўнги даврдаги ҳаёт кечириш сифатини тахлили шуни кўрсатадики, диабетик товоон синдромининг оғир шаклларида болдир соҳасидан такомиллаштирилган усулда ампутация қилиш, бу беморлар ичидаги ўлим ва операциядан сўнги асоратлар фоизини бир томондан пасайтирса, иккинчи томондан беморлар ампутацион чўлтоғини протезлашга қулайликлар яратади ва уларнинг ҳаёт кечириш сифатини ошишига олиб келади.

Хулоса: Диабетик товуи синдромининг оғир шаклларида сон соҳасидан бажариладиган

юкори ампутациялардан сўнги беморларнинг чуқур ногиронлиги 54,0% ни ташкил этади.

Болдир соҳасидан тақомиллаштирилган усулда ампутация қилиш беморлар ичидаги ўлим ва операциядан сўнги асоратлар фоизини пасайтириб, беморлар ампутацион чўлтоғини протезлашга қулайликлар яратади ва уларнинг ҳаёт кечириш сифатини ошишига замин яратади.

Адабиётлар:

1. Ахмедов Р.М., Сафоев Б.Б. Гнойно-некротические поражения нижних конечностей. Бухара -2010.- 221с.
2. Аскарлов Т.А. Коррекция нарушений кислородного насыщения тканей при лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей. //Международная научно-практическая конференция «Хирургические инфекции кожи и мягких тканей» Симферополь 15-16 май 2017. С.10-11.
3. Бабаджанов Б.Д., Матмуродов К.М., Моминов А.Т. Анализ зависимости гнойно-некротических поражений стоп с артериальным кровоснабжением нижних конечностей на фоне сахарного диабета. Медицинский журнал Узбекистана. 2018, №1. 40-43.
4. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Хамитов Ф.Ф. Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы и их отражение в МКБ-10 и стандартах страховой медицины. Хирургия 2017; 1; 49-55.
5. Гостищев В.К., Афанасьев А.Н. Стандарты лечебно-диагностических мероприятий у больных диабетической остеоартропатией и гнойно-некротическими поражениями стоп. Стандарты диагностики и лечения гнойной хирургии: сб. конференции. М., 2015; 107-112.
6. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Синдром диабетической стопы. Клиника, диагностика, лечение и профилактика. М., 2012: 150с
7. Сафоев Б.Б., Рахимов А.Я. и др. Состояние проблемы диагностики и лечения синдрома диабетической стопы в современной хирургии //Тиббиётда янги кун.-2018.№1 (21). –С.48-54.

8. Светухин А.М. Вопросы патогенеза и тактики комплексного хирургического лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы// Хирургия.-2003.-№3.-С.85-89.

9. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий. Российские рекомендации. - Москва, - 2007. - 155 с.

10. Botezatu I, Laptoiu D. Minimally invasive surgery of diabetic foot – review of current techniques. J Med Life. 2016 Jul-Sep; 9(3): 249–254.

11. Ramanujam CL, Stapleton JJ, Zgonis T. Diabetic charcot neuroarthropathy of the foot and ankle with osteomyelitis. Clin Podiatr Med Surg. 2014 Oct; 31(4):487-492.

12. Wukich DK, Raspovic KM, Hobizal KB, Sadoskas D. Surgical management of Charcot neuroarthropathy of the ankle and hindfoot in patients with diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 2016 Jan;32 Suppl 1:292-6. doi: 10.1002/dmrr.2748.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО ПОВОДУ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Б.З. ХАМДАМОВ

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

Анализ клинической эффективности различных методов высоких ампутаций нижних конечностей при синдроме диабетической стопы и изучение качества жизни пациентов показал, что выполнение усовершенствованного метода ампутации на уровне голени, приводит к резкому снижению летальности, уменьшению количества послеоперационных осложнений. А также создаёт благоприятные условия для протезирования ампутационной культи тем самым способствует улучшению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: диабетическая стопа, операция, качества жизни.