



## ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PURULENT- NECROTIC WOUNDS OF SOFT TISSUE BASED ON THEIR CAUSE

**Abdullaev Sayfulla Abdullaevich**

Professor of the Department of General Surgery  
Samarkand State Medical University

**Baysariyev Shovkat Usmonovich**

Assistant at the Department of General Surgery  
Samarkand State Medical University

**Xudaynazarov Utkit Rabbimovich**

Assistant at the Department of Surgical Diseases  
Samarkand State Medical University

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11383529>

### ARTICLE INFO

Received: 22<sup>th</sup> May 2024

Accepted: 28<sup>th</sup> May 2024

Online: 29<sup>th</sup> May 2024

### KEYWORDS

*Diabetes mellitus, soft tissue  
infections, purulent-  
necrotizing fasciitis.*

### ABSTRACT

*Patients with surgical infection account for up to 30-40% of all surgical patients. Particularly relevant is the problem of complex treatment of purulent-inflammatory lesions of the skin and soft tissues in diabetes mellitus. According to the World Health Organization, diabetes is in first place in terms of disability and third in terms of mortality. Therefore, the 21<sup>st</sup> century of diabetes is considered a "non-infectious pandemic." Surgical infection has always been and remains a problem in clinical surgery. The article studied the results of treatment of 86 patients with diabetes mellitus with purulent-necrotic inflammatory lesions of soft tissues, who were treated in the purulent-septic department of the Samarkand City Medical Association and in the multidisciplinary clinic of SamSMU.*

## АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИХ РАН МЯГКИХ ТКАНИ НА ОСНОВАНИЯ ИХ ПРИЧИНЫ

**Абдуллаев Сайфулло Абдуллаевич**

профессор кафедры общей хирургии

Самаркандский Государственный медицинский университет

**Байсариев Шовкат Усмонович**

Ассистент кафедры общей хирургии

Самаркандский Государственный медицинский университет

**Худайназаров Уткир Раббимович**

Ассистент кафедры хирургических болезней

Самаркандский Государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11383529>

### ARTICLE INFO

Received: 22<sup>th</sup> May 2024

Accepted: 28<sup>th</sup> May 2024

Online: 29<sup>th</sup> May 2024

### KEYWORDS

### ABSTRACT

*Больные с хирургической инфекцией составляют до 30-40 % всех больных хирургического профиля. Особенно актуальным является проблемы комплексного лечения*



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

*гнойно-воспалительным поражением кожи и мягких тканей при сахарном диабете. По данным Всемирной организации здравоохранения по инвалидности после сахарного диабета на первом и по смертности на третьем месте. По этому XXI век сахарного диабета считают «неинфекционной пандемией». Хирургическая инфекция всегда была и остается проблемой клинической хирургии. В статье изучены результаты лечения 86 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими воспалительными поражениями мягких тканей, которые находились в гнойно-септическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения и в многопрофильной клинике СамГМУ.*

**Актуальности.** Одним из нерешенных проблем XX века является и остается актуальной проблемой перед клинической хирургии XXI века. По данным литературы основными причинами гнойно-некротических осложнений мягких тканей именно является сахарный диабет. В настоящее время в мире насчитывается около 500 млн. больных сахарным диабетом (ВОЗ, 2017).

Больные с гнойно-септическими заболеваниями мягких тканей, осложнившимися инфекциями, составляют 12-62%. Инфекционные заболевания на фоне сахарного диабета не редко протекают молниеносно, требуя диагностической настороженности со стороны врачей любых специальностей.

**Цель работы:** Оптимизировать комплексных методов хирургического лечения гнойно-септических ран осложнений у больных сахарным диабетом.

**Материалы работы:** В гнойно-септическом центре Самаркандского городского медицинского объединения и в многопрофильной клинике СамГМУ находились на стационарном лечении 86 больных с гнойно-септическими воспалительными процессами мягких тканей, сахарного диабета осложненными некротическими фасциитами. Мужчин было 48, женщин 38. Возраст больных были от 24 до 78 лет.

В наших наблюдениях причинами гнойно-некротических воспалений мягких тканей были:

1. Сахарный диабет II типа, тяжелая форма, с синдромом диабетической стопы;
2. Паропроктиты;
3. Флегмона промежности;
4. Болезнь Фурнье;
5. Флегмоны верхних и нижних конечностей;
6. Глубокие постинъекционные абсцессы;
7. Послеоперационные нагноения раны, осложненные флегмоной передней брюшной стенки.
8. Флегмона грыжевого мешка.



Диабетический анамнез у этих больных составил в среднем 12.3 лет. 33 больных страдало сахарным диабетом от 4 до 15 лет, что составило 38.3%. У 44 больных диабетический анамнез было отмечено 16-20 лет, что составило 51.3%. У остальных 9 больных диабетический анамнез были более 21 года, что составляло 10.4%. Однако, несмотря на длительного диабетического анамнеза эти группы больных очень поздно обратились к врачу.

При развитии фасциита первыми поражаются поверхностные фасции и подкожно-жировая клетчатка. В этой стадии болезни первичные признаки не появляются, в плане диагностики бывают определенные затруднения.

В некротических фасциитах появляются массивные отеки, локальная боль и признаки интоксикации. При локализации гнойно-некротического процесса в области стоп и пальцев, гнойный процесс распространяется вверх по фасциям и по синовиальной оболочке 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 33 больных обнаружены сепсис. У 53 больных наблюдалось обычное течение гнойно-воспалительных процессов мягких тканей без явления сепсиса. После соответствующей предоперационной подготовки в срочном порядке вскрывались широкими разрезами. При наличии анаэробной флегмоны мы производили несколько разрезов «лампасного» характера. В послеоперационном периоде произведена этапная некрэктомия.

### **Результаты и обсуждение работы:**

В последние годы при выборе метода хирургического лечения больных с гнойно-некротическим осложнением сахарного диабета, учитываем характер и распространенность воспалительного процесса мягких тканей.

Возбудителями гнойно – некротической флегмоны мягких тканей, особенно осложнённых некротизирующими фасциитами могут быть различные микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечные палочки и другие облигатные анаэробы.

Местные клинические признаки некротических фасциитов имеют свои особенности, на кожи специфические местные признаки визуально не определялись. Особенности течения некротический фасциитов является гнойный процесс подкожной клетчатки распространяется по фасциям 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 больные 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 высокоинформативным методом диагностики по локализации гнойного процесса мягкой ткани, его размеры, глубины поражения.



В лечении некротических фасцитов необходимо своевременного, раннего радикального оперативного вмешательства: полноценный хирургический разрез, санация раны, адекватно дренирование.

Все наши больные своевременно подверглись оперативному лечению, то есть широкими разрезами вскрывались паропроктиты, длинными разрезами флегмоны бедра, голени с удалением некротических тканей. В отдельных случаях из за тяжести состояния больных сделать полную некрэктомию невозможно. Поэтому в послеоперационном периоде произведена этапная некрэктомия. Тяжелым больным от 3х до 8 раз нами проведены этапные некрэктоми с адекватным дренированием. При наличии осложнения анаэробной флегмоны производились разрезы «лампасного» характера. Раны обрабатывались раствором перекиси водорода, проводили тщательную санацию, 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 обнаружения наличия жидкости мягких тканях проводились расширение раны. Применено лечение раны отрицательным давлением на 2-м этапе гнойного процесса.

**Выводы:** В лечении гнойно-некротических фасцитов мягких тканей при сахарном диабете, ранняя диагностика и комплексное адекватное хирургическое лечение с этапной некрэктомией считается самым оптимальным способом лечения.

## References:

1. Алиев С.А., Алиев Э.С. Некротизирующий фасцит: узловые аспекты проблемы в свете современньх 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 фасцит 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. Шербекоев, У. А., Рустамов, М. И., Шеркулов, К. У., Байсариев, Ш. У. диагностика хирургическое лечение острых гнойных проктологических заболеваний //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 389-390.
13. Abdullaev S.A., Baysariev Sh.U. Qandli diabetda yiringli – nekrotik fassitlarni asoratini davolash muammolari. //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – S. 191-196.
14. Абдуллаев С.А., Байсариев Ш.У., Хайдарова Л.О. Хирургическая инфекция и сахарный диабет. //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 209-212.