

ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

^{1,2}Каримов Ш.И., ¹Ирназаров А.А., ¹Асраров У.А., Авлоназаров Х.А., ¹Бобоев Б.М.,
¹Матмуратов Ж.К., ¹Агзамов Р.В.

¹Ташкентской Медицинской Академии,
²Республиканский Специализированный Центр Хирургической Ангioneврологии.

✓ Резюме,

Под наблюдением были 110 больных с критической ишемией нижних конечностей. Для купирования критической ишемии нижних конечностей нами сравнены результаты открытых, эндоваскулярных и гибридных оперативных вмешательств. Исползованная гибридной тактика лечения позволила снизить количество осложнений до минимума.

Ключевые слова: критическая ишемия нижних конечностей, мультифокальный атеросклероз, этапные вмешательства.

APPLYING HYBRID SURGICAL INTERVENTIONS ON PATIENTS WITH CRITICAL LIMB ISCHEMIA CAUSED BY MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS

^{1,2}Karimov S.I., ¹Irnaazarov A.A., ¹Asrarov U.A., ¹Avlonazarov X.A., ¹Boboev B.M.,
¹Matmuradov J.K., ¹Agzamov R.V.

¹Tashkent Medical Academy,
²Republic Specialized Centre of Surgical Angioneurology.

✓ Resume,

There were 110 patients with critical lower limb ischemia. To stop critical ischemia we compared results of open, endovascular and hybrid operative interventions. Applied hybrid tactic of treatment allowed decrease number of complications to minimal results.

Keywords: critical lower limb ischemia, multifocal atherosclerosis, staged interventions

МУЛЬТИФОКАЛ АТЕРОСКЛЕРОЗДАГИ ОЁҚЛАР КРИТИК ИШЕМИЯСИДА ГИБРИД ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

^{1,2}Каримов Ш.И., ¹Ирназаров А.А., ¹Асраров У.А., Авлоназаров Х.А., ¹Бобоев Б.М.,
¹Матмуратов Ж.К., ¹Агзамов Р.В.

¹Тошкент Тиббиёт Академияси,
²Республика Ихтисослаштирилган Хирургик Ангioneврология Маркази.

✓ Резюме,

Кузатувда оёқлар критик ишемияси билан 110 бемор бўлган. Критик оёқ ишемиясини тўхтатиш учун биз очик усулдаги, эндоваскуляр ва гибрид оператив даволаш усуллари натижаларини солиштирдик. Биз қўллаган гибрид тактика асоратлар сонини минимумгача камайтиришга олиб келди.

Калит сўзлар: оёқлар критик ишемияси, мултифокал атеросклероз, босқичма-босқич операциялар.

Актуальность

Сегодня благодаря хирургическим технологиям появились возможность лечения заболеваний периферических сосудов. Однако, несмотря на высокий уровень развития современной медицины, у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) сохраняется высокий процент осложнений оперативных вмешательств и выполняемых ампутаций [3,10,11].

Результаты хирургической восстановления кровотока при КИНК определяются, главным образом, состоянием дистального артериального русла [7,9]. Поражение артериального русла голени неблагоприятно влияет на результаты хирургического лечения. Осложнения при КИНК наблюдаются в 2/3 раза чаще, ампутация конечности в ранние сроки выполняется 50-65% больным, рецидив критической ишемии в течение первого года после операции развивается у 80-95% пациентов [1,9,10,13].

Большая часть пациентов обращаются в специализированный стационар за помощью, когда клиническая симптоматика заболевания становится сильно выраженной, то есть имеются уже средние и тяжелые стадии заболевания. К сожалению, радикальное оперативное лечение данной категории больных зачастую провести невозможно в силу множества причин, основными из которых являются отсутствие удовлетворительного дистального артериального русла голени и стопы и тяжелые сопутствующие заболевания [3,6,8].

Выбор тактики хирургического лечения у больных с поражением бедренно-подколенно-берцового сегмента при КИНК - актуальная проблема, которая далека от своего разрешения. Наиболее действенными и оправданными являются активный подход к лечению хронической ишемии с использованием хирургических методов восстановления кровоснабжения нижних конечностей, применение сосудистых протезов.

зов нового поколения, усовершенствованные методики шунтирования и эндартерэктомии [3,11,12].

Наибольшее число осложнений в различные сроки после вмешательств на магистральных артериях нижних конечностей, часто требующих повторной операции, составляют тромбозы сосудистых шунтов и анастомозов, которые проявляются рецидивом ишемии нижних конечностей и ставят под угрозу не только жизнеспособность оперированной конечности, но и жизнь больного. Повторные реконструктивные операции на артериях сопровождаются существенными техническими трудностями и риском, что сопряжено с необходимостью работы в условиях рубцовых тканей и измененной топографии органов. С каждым годом возрастает число пациентов, нуждающихся в повторных восстановительных операциях на артериях нижних конечностей (АНК) [2,14].

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует о необходимости выявления новых решений в тактике лечения пациентов с КИНК путем детального анализа причин возникновения тромбозов, выполне-

ния ампутаций и развития острой недостаточности мозгового кровообращения (ОНМК), инфарктов миокарда в послеоперационном периоде.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей путем применения гибридных методов хирургического лечения.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 110 пациентов с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в стадии критической ишемии. Из 110 пациентов нами 42 (38,18%) пациентам основной группы были выполнены гибридные операции, 33 (30%) больным группы сравнения - открытые оперативные вмешательства ниже паховой складки и у 35 (31,81%) пациентов группы сравнения эндоваскулярные вмешательства. Общая характеристика больных, оперированных разными методами, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика больных, оперированных разными методами

Метод оперативного лечения		Открытые операции (Группа сравнения I, n=33)		Эндоваскулярные вмешательства (Группа сравнения II, n=35)		Гибридные операции (Основная группа III, n=42)	
Пол	М	25	75,76%	30	85,71%	36	85,71%
	Ж	8	24,24%	5	14,29%	6	14,29%
Возраст		65,31±1,26		67,9±1,20		67,24±1,19	

Для определения значимости степени стеноза использовали критерии Европейского общества сосудистых хирургов (ESSV, 2009), Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов (РОАСХ, 2012) и Американской ассоциации кардиологов (АНА, 2013). Артериальный стеноз менее 50% считали гемодинамически незначимым, стеноз 50-69% - пограничным, а 70-99% - значимым.

Определение степени хронической критической ишемии у всех пациентов проводили по классификации А. В. Покровского, предложенной в Российских

Клинических рекомендациях по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (2010). У 42 (38,18%) больных выявлена III стадия ишемии конечности, у 68 (61,82%) пациентов - IV стадия.

Критериями включения в исследование явились: Сочетанные поражения нескольких сегментов АНК (тип С и D по классификации TASC).

Пораженной артерия считалась при окклюзии ее просвета или наличие гемодинамически значимого (более 70%) стеноза в ней. Характер поражения артериального русла представлен в таблице 5.10.

Таблица 5.10

Характеристика поражения артериального русла нижних конечностей

Заинтересованная артерия	1 Группа (n=33)		2 Группа (n=35)		3 Группа (n=42)	
ОПА	16	48,48%	18	51,43%	20	47,62%
НПА	22	66,67%	21	60,00%	19	45,24%
ОБА	19	57,58%	22	62,86%	18	42,86%
ПБА	13	39,39%	19	54,28%	16	38,09%
Подколенная артерия	12	36,36%	8	22,86%	9	21,43%
ПББА	12	36,36%	10	28,57%	9	21,43%
ЗБА	10	30,30%	9	25,71%	11	26,19%
МБА	10	30,30%	11	31,43%	10	23,80%
Всего	114		118		112	

Таким образом, все группы оказались сравнимы по возрасту, частоте сопутствующих заболеваний, факторам риска, клиническим проявлениям заболевания и степени и частоте поражения артерий нижних конечностей.

При постановке показаний к хирургическому лечению выбор между эндоваскулярными методами и выполнением открытой операции основывался на клинических рекомендациях международного консенсуса TASC.

Оценку ближайших результатов хирургического лечения больных проводили по следующим критериям: сохранение оперированной конечности, проходимость зоны реконструкции, рецидив возникновения критической ишемии нижних конечностей.

Клинический успех у больных, оперированных разным способом, в каждой группе был достаточно высоким, но в I и III группах он оказался практически на одном уровне, а во II группе этот показатель получился несколько ниже.

Меньшее число осложнений встретилось в группе III - 2 (4,76%). В то время как в группе I число осложнений равнялось 8 (24,24%), а во II - 9 (25,71%). Частота встречаемости указанных осложнений в послеоперационном периоде в группах исследования не имела статистически достоверных различий ($p > 0,05$).

Важными критериями оценки эффективности выполненной операции является частота возврата симптомов критической ишемии и процент сохранения конечности. В I группе, где выполняли только открытые реконструкции, из 33 пациентов в первый месяц после операции проходимость зоны реконструкции сохранялась у 30 (90,9%) больных. Тромбоз шунта и возврат критической ишемии имел место у 2 (6,06%) человек. Из них 1 (3,03%) пациенту была выполнена "большая" ампутация. В сроки до 1 месяца умер 1 (3,03%) больной от острого инфаркта миокарда.

При оценке ближайших результатов лечения в группе эндоваскулярных вмешательств выяснилось, что проходимость зоны реконструкции в первый месяц сохранялась у 33 (94,28%) из 35 (100%) пациентов. Тромбоз в зоне вмешательства, возникший у 2 (5,71%) пациентов, во всех случаях приводил к рецидиву симптомов критической ишемии. Высокая ампутация потребовалась только 1 (2,86%) больному. Умерло в этой группе 2 (5,71%) пациента, один от острого нарушения мозгового кровообращения - 1 (2,86%), другой из-за прогрессирования сердечной недостаточности - 1 (2,86%).

Использование гибридных методик позволяет сочетать преимущества "закрытых" и "открытых" реконструктивных операций. Анализ результатов в III группе продемонстрировал проходимость зоны реконструкции у 42 больных, что составило 90%. Критическую ишемию не удалось купировать или наступил тромбоз зоны реконструкции у 2 (10%) пациентов. Тем не менее, "большая" ампутация в этой группе была выполнена только 1 (6%) больному. Летальности в этой группе не отмечалась.

При сравнении исследуемых групп по показателю проходимости зоны реконструкции выявлено, что в I и III группах результаты практически одинаковы (87,87% и 95,23% соответственно). Во II группе число функционирующих реконструкций (31 (88,57%)) ниже, но различия являются статистически незначимыми ($p = 0,261$). Рецидив КИНК в первый месяц после операции имел место у 31 (88,57%) пациента II группы. Ближайшие данные были получены в I и III группах - 29 (87,87%) и 41 (97,62%) соответственно. Число больших ампутаций было наименьшим в III группе - 1 (2,38%), в группах I и II составило 4 (12,12%) и 4 (11,43%) соответственно. Сравнительные данные представлены

Анализ ближайших результатов хирургического лечения больных в трех исследуемых группах показал, что высокая частота достижения клинического успеха наблюдается при использовании всех трех методик прямой реваскуляризации периферического русла артерий нижних конечностей. Во всех исследуемых группах тромбоз зоны реконструкции приводил к рецидиву КИНК. Значимых различий между группами по этому показателю выявлено не было. Этот факт объясняется крайне низкими компенсаторными возможностями кровотока в условиях поражения у больных, вошедших в исследование. В ряде случаев рецидив симптомов критической ишемии нижних конечностей удавалось купировать применением адекватной консервативной терапии. Однако чаще приходилось выполнять высокую ампутацию. Частота ампутаций не зависела от выбранной методики. Причиной смерти пациентов в ближайшем послеоперационном периоде были в основном осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. Число летальных исходов ниже в группе больных, перенесших гибридные оперативные вмешательства, хотя статистически значимых различий между группами нет.

Согласно результатам нашего исследования, исходы оперативного лечения больных с критической ишемией нижних конечностей при использовании исследуемых методик оказались весьма близкими по своим ближайшим результатам. Очевидным преимуществом открытой методики является возможность определения состояния стенки сосуда, характера атеросклеротической бляшки и оценке ретроградного кровотока при ограниченных возможностях восстановления кровотока в артериях голени. Эндоваскулярная методика является наименее агрессивной для организма больного. Однако полнота реваскуляризации и длительность функционирования зоны реконструкции при ее использовании более ограничены. Гибридная методика, сочетая преимущества "открытой" и "эндоваскулярной" технологий, одновременно увеличивает продолжительность и объем оперативного лечения, что в ряде случаев может негативно повлиять на степень периоперационного риска.

Отдаленные результаты лечения исследуемых больных изучены у 110 пациентов в сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции. Из I группы 33 (30%), II - 35 (31,82%) и из III - 42 (38,18%). Больные первой и второй групп оперированы значительно раньше, чем в третьей, из-за сравнительно недавнего внедрения в практику гибридных технологий. Это привело к тому, что время наблюдения за пациентами в отдаленные сроки оказалось неоднородным. Поэтому было решено ограничить период отдаленного наблюдения 3 годами после вмешательства, то есть сроком, максимально возможным, для пациентов III группы. Анализируя результаты оперативного лечения больных с КИНК, учитывали: частоту рецидива КИНК в каждой из выделенных групп, частоту больших ампутаций вследствие рецидива КИНК, проходимость зоны артериальной реконструкции и заживление трофических дефектов нижних конечностей.

В период наблюдения до 3 лет от момента операции рецидива симптомов КИНК удалось избежать в 86 наблюдениях, что составило 83,3%. В группе I, где выполняли открытые реконструкции, конечность без признаков критической ишемии сохранена у 28 (84,84%) больных, у 38 (90,48%) после гибридных

операций (группа III). В тоже время, после эндоваскулярных вмешательств (группа II) без признаков критической ишемии остались 30 (85,71%). При попарном сравнении 67 пациентов стала очевидна схожесть I и II групп ($p>0,05$) по положительному исходу и их значимое отличие от III группы ($p=0,0031$).

Большинство пациентов, которым потребовалась ампутация вследствие рецидива симптомов критической ишемии, относились ко 2 группе - 5 (14,28%), в 1 группе таких больных было 4 (12,12%) и в 3 группе - 3 (7,14%) соответственно.

Анализ отдаленных результатов лечения, вошедших в исследование больных, еще раз показал, что хирургический метод лечения критической ишемии нижних конечностей на сегодняшний день является методом выбора в борьбе за сохранение конечности. За 3 года наблюдения более у половины пациентов (12 (10,90%)) не удалось избежать большой ампутации. При сравнительном анализе отдаленных результатов в исследуемых группах новая "гибридная" технология выполнения хирургических вмешательств на артериях нижних конечностей на первый взгляд не показала очевидных преимуществ перед традиционной "открытой" хирургией. Это касается в первую очередь частоты возврата симптомов КИНК (4 (9,52%) - в III группе против 5 (15,15%) - в I группе) и частоты проходимость зоны артериальной реконструкции (38 (90,47%) против 28 (84,84%)). В тоже время, обе эти методики выгодно отличаются по указанным показателям от группы II, где возврат симптомов КИНК и проходимость зоны реконструкции составили 30 (90,90%). Данный факт можно объяснить развитием гиперплазии интимы, возникающей в ответ на асептическое воспаление вследствие травмы протяженного участка сосудистой стенки, а так же, в некоторых случаях, имплантацией инородного тела, что не всегда нивелируется даже применением современной дезагрегантной и противовоспалительной терапии.

Выводы

Гибридные методики реваскуляризирующих операций при поражении нескольких сегментов наиболее эффективны, так как способствуют быстрому заживлению трофических расстройств и сохранению конечности в отдаленном периоде. Результаты проведенного исследования подтверждают, что при атеросклеротическом поражении нескольких сегментов АНК у больных с КИНК лишь адекватное хирургическое лечение, выполненное в оптимальные сроки, с учетом характера изменений артериального русла, степени ишемии и тяжести сопутствующей патологии способно сохранить конечность, восстановить трудоспособность и улучшить качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Покровский А.В., Харазов А.Ф., Сапелкин С.В. Консервативное лечение пациентов с перемежающейся хромотой. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2014; 20(1): 172-180.
2. Gulati A., Botnaru I., Garcia L.A. et al. Critical limb ischemia and its treatments: a review. // *J Cardiovasc Surg* 2015; 56 (5): 775-785.1
3. Перцаков Д.Р. Эффективность хирургических методов в лечении критической ишемии нижних конечностей: / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ярослав., 2015; 26.
4. Максимов А.В.1,2, Корейба К.А.3, Нуретдинов Р.М. Критическая ишемия нижних конечностей у пациентов отделения гнойно-септической хирургии. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2016; 22(2): 152-155.
5. Kobayashi N, Hirano K, Nakano M, et al. Wound healing and wound location in critical limb ischemia following endovascular treatment. // *Circ J Cardiovasc Interv* 2014; 78: 1746 - 1753.
6. Червяков Ю.В.1,2, Староверов И.Н.1,2, Власенко О.Н. Отдаленные результаты лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей методами непрямого реваскуляризации и генотерапии. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2016; 22(1): 29-36.
7. Hany A. M, Ahmed A.Sh. Management of Critical Lower Limb Ischemia through Transpedal Approach. // *J. Cairo Univ.*, 2015; 83(1): 573-578.
8. Hart C. A, Tsui J, Khan K. Critical Limb Ischaemia in Adult Human Skeletal Muscle Increases Satellite Cell Proliferation but Not Differentiation. // *J. Surgical Science*, 2015; 6: 198-207.
9. Муравева Я.Ю. Тактические ошибки в лечении больных с критической ишемией при реконструкции артерий ниже пулпартовой связки: / Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 2014; 24.
10. Вачёв А.Н., Сухоруков В.В., Дмитриев О.В., Кругомов А.В. Последовательность выполнения этапов гибридных операций у больных с синдромом Лериша при критической ишемии конечности. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2016; 22(1): 59-63.
11. Iida O, Nakamura M, Yamauchi Y et al; Endovascular treatment for infrainguinal vessels in patients with critical limb ischemia: OLIVE registry, a prospective, multicenter study in Japan with 12-month follow-up. // *Circ J Cardiovasc Interv* 2013; 6: 68 - 76.
12. Гавриленко А.В.1,2, Котов А.Э.1, Шаталова Д.В.2 Результаты хирургических реваскуляризаций у больных после стентирования артерий нижних конечностей. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2016; 22(1): 165-169.
13. Mills J.L, Conte M.S, Armstrong D.G et al; Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Committee. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: Risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). // *J Vasc Surg* 2014; 59: 220 - 234.
14. Xiuqin Sun, Jilin Ying, Yunan Wang. Meta-analysis on autologous stem cell transplantation in the treatment of limb ischemic. // *J Clin Exp Med* 2015; 8(6): 8740-8748.
1. Pokrovskiy A.V., Xarazov A.F., Sapelkin S.V. Konservativnoe lechenie patsientov s peremejayushheysya xromotoy. // *Angiologiya i sosudistaya xirurgiya*. 2014; 20(1): 172-180.
2. Gulati A., Botnaru I., Garcia L.A. et al. Critical limb ischemia and its treatments: a review. // *J Cardiovasc Surg* 2015; 56 (5): 775-785.1
3. Persakov D.R. Effektivnost xirurgicheskix metodov v lechenii kriticheskoy ishemii nijnix konechnostey: / Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. - Yaroslav., 2015; 26.
4. Maksimov A.V.1,2, Koreyba K.A.3, Nuretdinov R.M. Kriticheskaya ishemiya nijnix konechnostey u patsientov otdeleniya gnoyno-septicheskoy xirurgii. // *Angiologiya i sosudistaya xirurgiya*. 2016; 22(2): 152-155.
5. Kobayashi N, Hirano K, Nakano M, et al. Wound healing and wound location in critical limb ischemia following endovascular treatment. // *Circ J Cardiovasc Interv* 2014; 78: 1746 - 1753.
6. Chervyakov YU.V.1,2, Staroverov I.N.1,2, Vlasenko O.N. Otdalennye rezultati lecheniya bolnix s xronicheskoy ishemiei nijnix konechnostey metodami nepryamoy revaskulyarizatsii i genoterapii. // *Angiologiya i sosudistaya xirurgiya*. 2016; 22(1): 29-36.
7. Hany A. M, Ahmed A.Sh. Management of Critical Lower Limb Ischemia through Transpedal Approach. // *J. Cairo Univ.*, 2015; 83(1): 573-578.
8. Hart C. A, Tsui J, Khan K. Critical Limb Ischaemia in Adult Human Skeletal Muscle Increases Satellite Cell Proliferation but Not Differentiation. // *J. Surgical Science*, 2015; 6: 198-207.
9. Muraveva YA.YU. Takticheskie oshibki v lechenii bolnix s kriticheskoy ishemiei pri rekonstrukcii arteriy nije pupartovoy svyazki: / Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. - M., 2014; 24.
10. Vachyov A.N., Suxorukov V.V., Dmitriev O.V., Kругомов А.В. Posledovatelnost vipolneniya etapov gibridnix operatsiy u bolnix s sindromom Lerisha pri kriticheskoy ishemii konechnosti. // *Angiologiya i sosudistaya xirurgiya*. 2016; 22(1): 59-63.
11. Iida O, Nakamura M, Yamauchi Y et al; Endovascular treatment for infrainguinal vessels in patients with critical limb ischemia:

- OLIVE registry, a prospective, multicenter study in Japan with 12-month follow-up. // Circ J Cardiovasc Interv 2013; 6: 68 - 76.
12. Gavrilenko A.V.1,2, Kotov A.E.1, SHatalova D.V.2 Rezultati xirurgicheskix revaskulyarizatsiy u bolnix posle stentirovaniya arteriy nijnix konechnostey. // Angiologiya i sosudistaya xirurgiya. 2016; 22(1): 165-169.
13. Mills J.L, Conte M.S, Armstrong D.G et al; Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Committee. The Society

- for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: Risk stratification based on wound, ischemia, and foot infection (WIFI). // J Vasc Surg 2014; 59: 220 - 234.
14. Xiuqin Sun, Jilin Ying, Yunan Wang. Meta-analysis on autologous stem cell transplantation in the treatment of limb ischemic. // J Clin Exp Med 2015; 8(6): 8740-8748.

Поступила 09.06. 2019

УДК: 616-053

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Каримова З.Х., Назирова М.Х., Жумаева З.Э., Данаев Б.Ф., Сагдуллаев Н.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Термезский филиал Ташкентской медицинской академии.

✓ Резюме,

В данной статье освещены клинические симптомы гнойно-воспалительных заболеваний кожи у детей, а так же обобщены диагностические основы. Дано определение о гнойно-воспалительных заболеваниях, встречающиеся у детей. Описаны клинические особенности, дифференциальная диагностика данного заболевания. Обоснованы диагностика и клиническая тактика.

Ключевые слова: гнойные заболевания, панариция, флегмона, фурункул, абсцесс, сепсис, дети

БОЛАЛАРДА ТЕРИ ЙИРИНГЛИИ КАСАЛЛИКЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

Каримова З.Х., Назирова М.Х., Жумаева З.Э., Данаев Б. Ф., Сагдуллаев Н.Н.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали.

✓ Резюме,

Мақолада, болаларда терининг йирингли яллиғлаиши касалликларининг клиник белгилари, диагностика асослари умумлаштирилган ва бир шаклга келтирилган ҳолда ёритилган. Болаларда терининг йирингли касалликлари тўғрисида тушунча берилган. Болаларда терининг йирингли яллиғлаиши касалликларининг клиникасининг ўзига хослиги, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси ёритилган. Диагностик ва даво тактикаси асослаб берилган.

Калит сўзлар: йирингли касалликлар, панариция, флегмона, фурункул, абсцесс, сепсис, болалар.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PURULENT INFLAMMATORY SKIN DISEASES IN CHILDREN

Karimova Z.H., Nazirova M.K., Zhumaeva Z.E., Danaev B.F., Sagdullaev N.N.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Termez branch of the Tashkent Medical Academy.

✓ Resume,

The paper summarizes the general principles and standardized diagnostic clinical symptoms of inflammatory skin diseases. A general concept of purulent skin diseases in children. Describes the clinical features, diagnosis and differential diagnosis of purulent skin diseases in children. Unsubstantiated diagnostic and therapeutic strategy.

Keywords: purulent diseases, felon, abscess, boil, abscess, sepsis, children.

Актуальность

Б лагодаря целенаправленным профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям в Республике достигнуто значительное снижение многих инфекционных заболеваний, в том числе гнойничковых заболеваний кожи. В связи с этим большое значение приобретает борьба с гнойничковыми болезнями кожи, которые составляют более 1/3 всех дерматозов и часто являются причиной косметологических дефектов у подрастающего поколения и временной нетрудоспособности [1-3].

С гнойничковыми болезнями кожи у детей приходится встречаться не только дерматологам, но и врачам общей практики, инфекционистам, педиатрам, детским хирургам.

Гнойничковые болезни кожи - это воспалительный процесс, вызванный гнойеродной микрофлорой,

сопровождающийся как местными, так и общими реакциями с различной локализацией и характером. В его развитии важную роль играют иммунобиологическое состояние больного и вирулентность микроорганизмов. Специфических возбудителей гнойной инфекции в природе не существует. При определенных условиях любой микроорганизм, вегетирующий в организме ребёнка может стать источником гнойной инфекции [6].

Кроме хорошо изученного эндотоксина, в генезе описанных выше нарушений принимают участие другие факторы, в том числе структурные компоненты грамположительных бактерий (пептидогликан, тейхоевые кислоты стафилококка и другие бактериальные модулины), а также продукты деградации тканей в очаге воспаления, микробные метаболиты и др.

Большинство микробов живут в ассоциациях между собой (стафилококки, стрептококки, кишечная па-