Email:

conference@houghtonstreetreview.com

Website:

www.houghtonstreetreview.com/index.php/conference

© 2026 International Online Conference on Multidisciplinary Academic Research. All Rights Reserved.

Editor-in-Chief:

Dr. Ewelum Johnson Nnadi

Managing Editors:

1.Harold Jan R. Terano

2.Dr. Mandakini Singla

3.Massoud Kaykhaii







КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Исмаилов У.С
Худаёров С.С
Вохидов У.Г
Якубов И.Й
Ташкентский государственный медицинский университетTwins medical center

https://doi.org/10.5281/zenodo.24135845

Актуальность. Хирургическая инфекция у больных сахарным диабетом требует одновременной оценки местного очага и общего состояния. Гипергликемия, нейропатия и сосудистые нарушения могут осложнять течение раневого процесса и затруднять своевременное обращение. При этом выраженность внешних изменений не всегда отражает глубину поражения тканей. Генерализацию инфекции необходимо рассматривать как клиническое ухудшение с возможным развитием сепсиса, а не только как увеличение площади раны. Особое значение имеют сохранение гнойного очага, прогрессирование некроза и несвоевременная коррекция лечения. Практическая задача заключается в объединении хирургической помощи, противомикробной терапии и контроля обменных нарушений в согласованный лечебный процесс. Изолированное улучшение одного показателя, например гликемии, не позволяет считать инфекцию устранённой. Поэтому профилактика системных осложнений должна опираться на повторную оценку пациента и понятные критерии изменения тактики.

Материалы и методы. Рассмотрены принципы контроля инфекционного очага и раннего выявления ухудшения. Собственная клиническая выборка и статистические сравнения не представлены.

Результаты. Основу подхода составляет своевременное вскрытие и дренирование гнойных полостей с удалением нежизнеспособных тканей по показаниям. При подозрении на некротизирующую инфекцию необходима срочная консультация хирурга. Выбор антибиотиков учитывает тяжесть состояния и предполагаемых возбудителей; после получения микробиологических данных лечение пересматривают. Оценка динамики включает состояние раны, гемодинамику и признаки органной дисфункции. Прогрессирование инфекции требует поиска сохраняющегося источника, а не только замены препарата. При сепсисе необходимый контроль очага выполняют как можно раньше; SSC 2026 предлагает ориентир до 6 часов после установления диагноза сепсиса, требующего такого вмешательства. Этот ориентир не означает допустимость ожидания при немедленной хирургической угрозе.

Заключение. Предупреждение генерализации требует согласованных решений о санации очага, противомикробном лечении и наблюдении. Отсутствие клинического улучшения служит основанием для повторной оценки полноты хирургического контроля и общего состояния пациента.

Email:

conference@houghtonstreetreview.com

Website:

www.houghtonstreetreview.com/index.php/conference

© 2026 International Online Conference on Multidisciplinary Academic Research. All Rights Reserved.

Editor-in-Chief:

Dr. Ewelum Johnson Nnadi

Managing Editors:

1.Harold Jan R. Terano

2.Dr. Mandakini Singla

3.Massoud Kaykhaii







ПРОФИЛАКТИКА СИСТЕМНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Худаёров С.С
Исмаилов У.С
Вохидов У.Г
Якубов И.Й
Ташкентский государственный медицинский университет
Twins medical center

Актуальность. Инфицированная диабетическая стопа представляет важную часть проблемы хирургической инфекции у больных сахарным диабетом. Нейропатия способна уменьшать болевую чувствительность, поэтому позднее обращение возможно даже при глубоком поражении. Сочетание инфекции и ишемии усложняет выбор объёма вмешательства и последующее заживление. При обсуждении сохранения конечности необходимо одновременно оценивать угрозу жизни и возможность распространения инфекции. Не менее значима организация наблюдения после первичной обработки: сохраняющиеся некротические ткани и недостаточное кровоснабжение могут препятствовать разрешению процесса. Профилактика генерализации требует разграничения местной инфекции, глубокого поражения и системных осложнений. Практическую ценность имеет согласование решений хирурга, сосудистого специалиста и эндокринолога с учётом доступных диагностических и лечебных возможностей.

Материалы и методы. Оценивались хирургическая тактика, состояние кровоснабжения и безопасная коррекция гипергликемии. Тезис является обзором литературы; собственные результаты лечения не приводятся.

Результаты. Тяжесть инфекции стопы оценивают по классификации IWGDF/IDSA. При тяжёлой инфекции, глубоком абсцессе, распространённой гангрене или подозрении на некротизирующий процесс требуется срочная хирургическая оценка. При умеренной и тяжёлой инфекции рекомендуется рассмотреть раннее вмешательство в течение 24–48 часов совместно с антибиотиками; экстренные состояния требуют более быстрого решения. Сочетание инфекции с заболеванием периферических артерий требует совместной оценки необходимости дренирования и реваскуляризации. Для большинства критически больных ADA рекомендует гликемию 7,8–10,0 ммоль/л, для некритически больных — 5,6–10,0 ммоль/л при возможности достижения без значимой гипогликемии. Контроль глюкозы дополняет хирургическое лечение. В динамике оценивают жизнеспособность тканей, распространение воспаления и общее состояние.

Заключение. Профилактика системных осложнений при инфекции диабетической стопы основывается на своевременной санации, оценке перфузии и безопасном метаболическом контроле. Решение о сохранении конечности должно учитывать возможность полного контроля инфекции.

EARLY RECOGNITION OF SYSTEMIC DETERIORATION IN SURGICAL INFECTION AMONG PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Ismailov U.S

Email:

conference@houghtonstreetreview.com

Website:

www.houghtonstreetreview.com/index.php/conference

© 2026 International Online Conference on Multidisciplinary Academic Research. All Rights Reserved.

Editor-in-Chief:

Dr. Ewelum Johnson Nnadi

Managing Editors:

1.Harold Jan R. Terano

2.Dr. Mandakini Singla

3.Massoud Kaykhaii







Khudayorov S.S
Vokhidov U.G
Yakubov I.Y
Tashkent State Medical UniversityTwins Medical Center

Background. Preventing the systemic spread of surgical infection in patients with diabetes requires a pathway that links wound assessment with evaluation of the whole patient. A localized description of the wound may be insufficient when the clinical condition is changing. Diabetes management, surgical decisions and monitoring are often undertaken by different professionals, making communication a practical part of prevention. The main challenge is to recognize when an apparently local problem is accompanied by systemic deterioration and to act before treatment delays accumulate. Changes in mental status, circulation or urine output warrant attention even when the wound appearance seems stable. Conversely, an abnormal inflammatory marker alone cannot establish the presence of sepsis. A clinically useful approach therefore combines repeated bedside assessment with investigation of the underlying anatomical source and a clear plan for escalation.

Materials and methods. The focus is recognition of deterioration, antimicrobial decision-making and surgical reassessment. No original patient cohort or measured reduction in sepsis incidence is reported.

Results. A changing clinical condition requires reassessment of both infection and alternative causes of deterioration. Suspected sepsis should prompt evaluation for organ dysfunction and an anatomical source requiring intervention. SSC 2026 recommends immediate antimicrobials, ideally within one hour, for probable or definite sepsis and for possible, probable or definite septic shock. Possible sepsis without shock allows a rapid, time-limited investigation, with treatment within three hours if concern persists. This distinction supports proportionate urgency rather than identical treatment of every infected wound. Surgical review should address residual collections and necrotic tissue. Serial documentation of vital signs, mental status and urine output provides a practical record for clinical handover. Improvement after intervention must be assessed clinically rather than inferred from antibiotic administration alone.

Conclusion. Prevention of systemic complications depends on recognizing deterioration and connecting that recognition to timely treatment and source reassessment. An explicit escalation pathway can organize care, but its effect on outcomes requires evaluation in a clinical study.

INDIVIDUALIZED METABOLIC AND SURGICAL MANAGEMENT TO PREVENT INFECTION GENERALIZATION IN PATIENTS WITH DIABETES

Khudayorov S.S
Vokhidov U.G
Yakubov I.Y
Tashkent State Medical University
Twins Medical Center

Email:

conference@houghtonstreetreview.com

Website:

www.houghtonstreetreview.com/index.php/conference

© 2026 International Online Conference on Multidisciplinary Academic Research. All Rights Reserved.

Editor-in-Chief:

Dr. Ewelum Johnson Nnadi

Managing Editors:

1.Harold Jan R. Terano

2.Dr. Mandakini Singla

3.Massoud Kaykhaii







Background. Surgical infection in a patient with diabetes creates competing treatment demands. The infectious focus requires an anatomical solution, while glucose management must adapt to acute illness, nutritional intake and changing treatment needs. A plan focused only on the wound can overlook metabolic instability; a plan focused only on glucose can leave the infectious source untreated. Prevention of systemic complications therefore requires these decisions to be coordinated throughout admission. The same approach cannot be applied unchanged to a stable ward patient and a critically ill patient. Renal impairment, interrupted nutrition and a history of hypoglycemia also influence the safety of treatment. A useful care framework should explain how the surgical and metabolic components interact, identify circumstances requiring reassessment and avoid presenting glucose normalization as evidence of infection resolution.

Materials and methods.. The analysis addresses inpatient glycemic management, operative source control and coordinated follow-up. The conclusions are a synthesis of guidance rather than results of an original intervention study.

Results. ADA recommends initiating or intensifying treatment for persistent hyperglycemia at or above 180 mg/dL, confirmed twice within 24 hours. For most critically ill patients, the usual goal is 140–180 mg/dL; a goal of 100–180 mg/dL is recommended for noncritically ill patients when achievable without significant hypoglycemia. Treatment should be adjusted to nutritional intake and clinical status, with monitoring capable of detecting hypoglycemia. In type 1 diabetes, basal insulin must be maintained even when the patient is not eating. These metabolic measures support care but do not replace drainage or debridement when indicated. Assessment of treatment response should integrate wound findings with systemic status. A documented shared plan should specify who reviews the wound, adjusts diabetes treatment and responds to deterioration.

Conclusion. A coordinated surgical and metabolic plan is a rational approach to preventing infection progression in patients with diabetes. Safe glycemic targets and adequate source control should be reviewed together; the magnitude of any preventive benefit cannot be determined from this narrative review.