

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

8 ЖИЛД, 4 СОН

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 8, НОМЕР 4

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 8, ISSUE 4



Бош муҳаррир:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Самарқанд давлат тиббиёт университети ректори
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Бош муҳаррир ўринбосари:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
университети Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректори, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Масъул котиб:

Самиева Гулноза Утқуровна
тиббиёт фанлари доктори, доцент,
Самарқанд давлат тиббиёт университети
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Нашр учун масъул:

Шаханова Шахноза Шавкатовна
PhD, Самарқанд давлат тиббиёт университети,
онкология кафедраси
ORCID ID: 0000-0003-0888-9150

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ:

Арипова Тамара Уктамовна

*Иммунология ва инсон геномикаси институти директори –
тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон
Республикаси Фанлар академияси академиги*

Jin Young Choi

*Сеул миллий университети Стоматология мактаби оғиз ва
юз-жағ жарроҳлиги департаменти профессори, Жанубий
Кореянинг юз-жағ ва эстетик жарроҳлик ассоциацияси
президенти*

Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна

*тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд
давлат тиббиёт университети проректори, 1-клиникаси бош
врачи. **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт университети №1-сон Акушерлик ва гинекология
кафедраси мудири
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Орипов Фирдавс Суръатович

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт университети Гистология, цитология ва
эмбриология кафедраси мудири
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Мавлянов Фарход Шавкатович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
университети болалар жарроҳлиги кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Мирлоимович

*тиббиёт фанлари доктори, В.Ваҳидов номидаги
Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази*

Саидов Саидамир Аброрович

*тиббиёт фанлар доктори,
Тошкент фармацевтика институти
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Бабалжанов Ойбек Абдужаббарович

*тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия
тиббиёт институти, Тери-таносил, болалар
тери-таносил касалликлари ва ОИТС
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Тошкент
педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар
хирургия кафедраси. **ORCID ID:** 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович

*тиббиёт фанлари номзоди,
Самарқанд давлат тиббиёт университети
№2-сон Педиатрия, неонатология ва болалар
касаликлари пропедевтикаси кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Ибрагимова Малика Худайбергандовна

*тиббиёт фанлари доктори, профессор
Тошкент давлат стоматология институти
ORCID ID: 0000-0002-9235-1742*

Рахимов Нодир Махамматкулович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат
тиббиёт университети, онкология кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналлов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, Ректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, **ORCID ID:** 0000-0001-5468-9403

Заместитель главного редактора:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
доктор медицинских наук, проректор по научной
работе и инновациям Самаркандского государственного
медицинского университета, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-

Ответственный секретарь:

Самиева Гульноза Уткуровна
доктор медицинских наук, доцент Самаркандского
государственного медицинского университета.
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Ответственный за публикацию:

Шаханова Шахноза Шавкатовна
PhD кафедры онкологии Самаркандского
государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0003-0888-9150

РЕДАКЦИОННЫЙ КОЛЛЕГИЯ:

Арипова Тамара Уктамовна

директор Института иммунологии и геномики человека
доктор медицинских наук, профессор, академик АН РУз

Jin Young Choi

профессор департамента оральной и челюстно-лицевой
хирургии школы стоматологии Стоматологического
госпиталя Сеульского национального университета,
Президент Корейского общества челюстно-лицевой и
эстетической хирургии

Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна

доктор медицинских наук, профессор, проректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248

Худоярова Дилдора Рахимовна

доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой
Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского
государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255

Орипов Фирдавс Суръатович

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
Гистологии, цитологии и эмбриологии Самаркандского
государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144

Мавлянов Фарход Шавкатович

доктор медицинских наук, доцент кафедры Детской
хирургии Самаркандского государственного медицинского
университета, **ORCID ID:** 0000-0003-2650-4445

Акбаров Миршавкат Миролимович

доктор медицинских наук,
Республиканский специализированный центр
хирургии имени академика В.Вахидова

Саидов Саидмир Аброрович

доктор медицинских наук, Ташкентский
фармацевтический институт
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович

доктор медицинских наук, Ташкентский педиатрический
медицинский институт, кафедра Дерматовенерология, детская
дерматовенерология и СПИД, **ORCID ID:** 0000-0002-3022-916X

Теребаев Билим Алдамуратович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры Факультетской
детской хирургии Ташкентского педиатрического
медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327

Юлдашев Ботир Ахматович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры Педиатрии,
неонатологии и протекции детских болезней №2
Самаркандского государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523

Ибрагимова Малика Худайбергеновна

доктор медицинских наук, профессор
Ташкентского государственного
стоматологического института
ORCID ID: 0000-0002-9235-1742

Рахимов Нодир Махамматкулович

доктор медицинских наук, доцент кафедры
онкологии Самаркандского государственного
медицинского университета
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Chief Editor:

Rizaev Jasur Alimjanovich
MD, DSc, Professor of Dental Medicine,
Rector of the Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Deputy Chief Editor:

Ziyadullaev Shukhrat Khudayberdievich
Doctor of Medical Sciences, Vice-Rector for scientific work
and Innovation, Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Responsible secretary:

Samieva Gulnoza Utkurovna
doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Responsible for publication:

Shakhanova Shakhnoza Shaykatovna
PhD Department of Oncology
Samarkand State medical university
ORCID ID: 0000-0003-0888-9150

EDITORIAL BOARD:

Aripova Tamara Uktamovna

*Director of the Institute of Immunology and Human Genomics -
Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the
Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan*

Jin Young Choi

*Professor Department of Oral and Maxillofacial
Surgery School of Dentistry Dental Hospital
Seoul National University, President of the
Korean Society of Maxillofacial Aesthetic Surgery*

Abdullaeva Nargiza Nurmatovna

*Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector
Samarkand State Medical University, Chief Physician of
the 1st Clinic **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248*

Khudoyarova Dildora Rakhimovna

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Samarkand State Medical University No.1
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Oripov Firdavs Suratovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Histology, Cytology and
Embryology of Samarkand State Medical University.
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Mavlyanov Farkhod Shavkatovich

*Doctor of Medicine, Associate Professor of Pediatric
Surgery, Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich

*Doctor of Medical Sciences,
Republican Specialized Center of Surgery
named after academician V.Vakhidov*

Saidov Saidamir

*Doctor of Medical Sciences,
Tashkent Pharmaceutical Institute,
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Babadjanov Oybek Abdujabbarovich

*Doctor of sciences in medicine, Tashkent Pediatric
Medical Institute, Department of Dermatovenerology,
pediatric dermatovenerology and AIDS
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Terebaev Bilim Aldamuratovich

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Faculty of Children Department of Surgery.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327.*

Yuldashev Botir Akhmatovich

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of
Pediatrics, Neonatology and Propaedeutics of Pediatrics,
Samarkand State Medical University No. 2.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Ibragimova Malika Xudayberganova

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Tashkent State Dental Institute
ORCID ID: 0000-0002-9235-1742*

Rahimov Nodir Maxammatkulovich

*DSc, Associate Professor of Oncology,
Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

CLINICAL FEATURES OF HERNIOPLASTY AND ABDOMINOPLASTY WITH COMPLICATED ABDOMINOPTOSIS IN VENTAL HERNIAS

58. Sherbekov A. Ulugbek, Xaydarova O. Laylo

SURGICAL TREATMENT OF VENTAL HERNIAS IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY AND ABDOMINOPTOSIS

59. Umedov A. Xushvaqt

OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA

60. Umedov A. Xushvaqt

POSSIBILITIES OF VIDEOLAPAROSCOPIC DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ISOLATED AND COMBINED LIVER DAMAGE

61. Sattarov S. Inayat, Matmurotov J. Kuvondik, Yakubov Y. Ilyosbek, Rakhimov D. Dadakhon.

WAYS TO IMPROVE REVASCULARIZATION RESULTS IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

FORENSIC-MEDICAL EXAMINATION

62. Giyasov A. Zaynitdin, Khaydarov R. Khasanali, Siddikov U. Bokijon

ANALYSIS OF COMMISSION FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS RELATED TO THE ACTIVITIES OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS



SATTAROV Inayat Saparbayevich

Candidate of Medical Sciences

MATMUROTOV Kuvondik Jumaniyozovich

Doctor of Medical Sciences

YAKUBOV Ilyosbek Yuldashevich

Applicant


RAKHIMOV Dadakhon Djalolovich

Applicant

Tashkent Medical Academy

WAYS TO IMPROVE REVASCULARIZATION RESULTS IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME

For citation: Sattarov S. Inayat, Matmurotov J. Kuvondik, Yakubov Y. Ilyosbek, Rakhimov D. Dadakhon. Ways to improve revascularization results in patients with diabetic foot syndrome // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 4, pp. ____

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATION

The aim of the study was to improve the results of endovascular revascularization surgical interventions for critical ischemia in patients with diabetic foot syndrome.

Materials and research methods. 38 patients with ischemic and neuroischemic forms were under observation. All were with type 2 diabetes and were over 60 years of age. Diabetic foot syndrome complicated by purulent-necrotic process. 2 groups were distinguished: the first control group (20 people) received traditional treatment and the second group (18 people) who underwent balloon angioplasty.

Research outcomes. Based on clinical indicators, both groups were equal, and both groups received medical treatment in an equal amount, and only in the main group, treatment was supplemented with subintimal balloon angioplasty of the arteries of the lower extremities. When analyzing the immediate and long-term results of both groups, a more favorable course was found in patients of the second group, which was characterized by faster wound cleansing, the appearance of granulations and epithelialization, and a reduction in the duration of inpatient treatment. The obtained results allow us to note a more favorable course of DFS when using subintimal balloon angioplasty.

Conclusions. Timely, correctly chosen surgical tactics is the key to favorable outcomes. In the future, in surgical practice, attention should be paid to preventive operations on peripheral arteries and to develop clinical aspects of predicting the development of vascular complications in patients with diabetic foot syndrome.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, subintimal balloon angioplasty.

САТТАРОВ Инаят Сапарбаевич
Кандидат медицинских наук
МАТМУРОТОВ Кувондик Джуманиезович
Доктор медицинских наук
ЯКУБОВ Илёсбек Юлдашевич
Соискатель
РАХИМОВ Дадахон Джалолович
Соискатель
Ташкентская медицинская академия

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

АННОТАЦИЯ

Целью исследования явилось улучшить результаты эндоваскулярных реваскуляризирующих оперативных вмешательств при критической ишемии у больных синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 38 больных с ишемической и нейроишемической формой. Все были с 2 типом сахарного диабета и в возрасте старше 60 лет. Синдром диабетической стопы, осложненный гнойно-некротическим процессом. Выделены 2 группы: первая контрольная (20 чел) получали традиционное лечение и вторая – (18 чел) которым выполняли баллонную ангиопластику.

Результаты исследования. По основным клиническим показателям обе группы были равнозначны, и лечение медикаментозное обе группы получали в равном объеме и только в основной группе лечение было дополнено субинтимальной баллонной ангиопластикой артерий нижних конечностей. При анализе ближайших и отдаленных результатов обеих групп было установлено более благоприятное течение у больных второй группы, которое характеризовалось более быстрым очищением раны, появлением грануляций и эпителизаций и сокращением срока стационарного лечения. Полученные результаты позволяют отметить более благоприятное течение СДС при использовании субинтимальной баллонной ангиопластики.

Заключения. Своевременная правильно выбранная хирургическая тактика является залогом благоприятных результатов. В дальнейшем в хирургической практике следует обратить внимание на профилактические операции на периферических артериях и развивать клинических аспектов прогнозирования развития сосудистых осложнений у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, субинтимальная баллонная ангиопластика.

SATTAROV Inayat Saparbayevich
Tibbiyot fanlari nomzodi
MATMUROTOV Quvondik Djumanyzovich
Tibbiyot fanlari doktori
YAQUBOV Pyosbek Yuldoshevich
Ilmiy izlanuvchi
RAHIMOV Dadaxon Djalolovich
Ilmiy izlanuvchi
Toshkent tibbiyot akademiyasi

DIABETIK PANJA SINDROMI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA REVASKULARIZATSIYA NATIJALARINI YAXSHILASH

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi – Tadqiqotning maqsadi kritik ishemiya bilan kechuvchi diabetik panja sindromi bor bemorlarda endovaskulyar revaskulyarizatsiyali jarrohlik muolajalarini natijalarini yaxshilash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Ishemik va neyroishemik shakllari bo'lgan 38 bemor kuzatuvda bo'ldi. Ularning barchasi 2-tip diabet bilan o'rigan va yoshi 60 dan oshgan. Diabetik panja sindromi, yiringli-nekrotik jarayon bilan asoratlangan. Ikki guruhga ajratildi: birinchi nazorat guruhi (20 kishi) an'anaviy davolanishni oldi va ikkinchi guruhdagilarga (18 kishi) balon angioplastikasi bajarildi.

Tadqiqot natijalari. Ikkala guruhda ham klinik ko'rsatkichlar bir xil bo'lib, ikkala guruh ham bir xil miqdorda tibbiy muolajalarni oldi va faqat asosiy guruhdagi bemorlarga qo'shimcha davolash oyoq qon tomirlar subintimal balon angioplastikasi bajarildi. Ikkala guruhning bevosita va uzoq muddatli natijalarini tahlil qilganda, ikkinchi guruh bemorlarida yaralarni tezroq tozalanishi, granulyatsiyasi va epitelizatsiyasi va shu bilan birga ularda statsionar davolanish muddatining qisqarishiga erishildi. Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki diabetik panja sindromida subintimal balon angioplastikasini qo'llash orqali yanada yaxshi natijalarga erishish imkoniyatini beradi.

Xulosa. O'z vaqtida, to'g'ri tanlangan jarrohlik taktikasi ijobiy natijalarning kalitidir. Kelajakda jarrohlik amaliyotida periferik arteriyalarda profilaktik operatsiyalarga va diabetik panja sindromi bo'lgan bemorlarda qon tomir asoratlarni rivojlanishini bashorat qilishni klinik jihatlarini ishlab chiqish e'tibor qaratish kerak.

Kalit so'zlar: qandli diabet, diabetik panja sindromi, subintimal balon angioplastikasini.

ВВЕДЕНИЕ. Синдром диабетической стопы (СДС) – сложный комплекс анатомо-функциональных изменений, приводящих к развитию язвенно-некротического и инфекционного процесса, развития у 80% больных сахарным диабетом (СД) через 15-20 лет после начала болезни. Количество ампутации нижних конечностей при СДС составляет более 70% всех производимых ампутаций, не связанных с травмой [2,8]. Эффективность консервативного лечения критической ишемии нижних конечностей (КИНК) на фоне СДС невелика: только у 40% больных конечность может быть сохранена в течение первых 6 мес, в 20% наблюдений наступает летальный исход, большинству больных (по разным данным, до 95%) будет выполнена высокая ампутация. 50% порог смертности наступает уже ко второму году после ампутации [5, 10, 8]. Однако лишь половине больных с установленным диагнозом КИНК проводится васкуляризация конечности. [1,5,10]. Актуальность этой проблемы обусловлена высокой частотой ампутацией конечности или стопы и связанным с этим риском развития тяжелых осложнений, лечение которых, особенно с некротическими осложнениями, сложное и не всегда удовлетворительное.

Среди хирургических методик в настоящее время наибольший интерес представляют рентгенэндоваскулярные вмешательства, что обуславливается их, высокой эффективностью, хорошей переносимостью пациентами и возможностью повторения в случае рецидива сосудистого стеноза [4,7]. Однако у части пациентов они не могут быть выполнены из-за наличия обширных полисегментарных стенотических или окклюзионных поражений сосудов конечностей или сопутствующих соматических заболеваний, которые наблюдаются у лиц пожилого и старческого возраста по данным И.Н. Игнатовича с соавт. у 45,4% пациентов, страдающих СДС, нет условий для проведения прямой хирургической реваскуляризации [7].

Синдром диабетической стопы в настоящее время рассматривается как наиболее тяжелое из всех поздних осложнений сахарного диабета. Диабетическая язва стопы, гангрена и выполненная ампутация приносят высочайший ущерб здоровью, снижают качество жизни больных и сопровождаются значительными экономическими затратами [1,6,9].

Под синдромом диабетической стопы понимается инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей, связанная с неврологическими нарушениями и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей различной степени тяжести. Своевременная диагностика и лечение синдрома диабетической стопы позволяют избежать распространения инфекции, приводящей к ампутации конечности и летальности [3,8].

Неэффективность первичных реконструктивных операций при поражении артерий дистального русла заставляет хирургов искать новые нестандартные методы не прямой реваскуляризации. Эти операции направлены на стимуляцию коллатерального кровотока: артериализацию вен голени и стопы [8].

Цель - улучшить результаты эндоваскулярных реваскуляризирующих оперативных вмешательств при критической ишемии у больных синдромом диабетической стопы.

Материал и методы обследования.

Под наблюдением находилось 18 больных с СДС, которым выполнена субинтимальная баллонная ангиопластика (основная группа) и 20 – которым выполняли традиционное лечение СДС(контрольная группа). Из 38 больных женщин было 12 (31,5%), мужчин 26 (68,5%). Возраст колебался от 60 до 84 лет, в целом возраст составлял 68,2±6,1 лет. У всех был сахарный диабет 2 типа. Длительность сахарного диабета колебался от 5 до 25 лет, но у большинства (23 чел) срок заболевания превышал 15 лет. Из 38 больных ишемическая форма СДС была у 12 (31,5), а у 26-нейроишемическая (68,5). У 13 (34,2%) больных была ишемическая трофическая язва, а у 25- гангрена 1 и 2 пальца (65,8%). По основным клиническим показателям обе группы были равнозначны, и лечение медикаментозное обе группы получали в равном объеме и только в основной группе лечение было дополнено субинтимальной баллонной ангиопластикой артерий нижних конечностей.

При поступлении, помимо общеклинических обследований выявили ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), ультразвуковую дуплексное сканирование и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) артерий нижних конечностей которое дает возможность определить протяженность и характер поражения сосудов.

Медикаментозная и хирургическая лечения осуществлялась в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии.

Статистическая обработка данных произведена с использованием прикладных компьютерных программ статистической обработки базы данных DBASE и STAT4. Для расчётов использованы статистические методы оценки различий средних величин при помощи t-критерия Стьюдента.

Диаграмма 1.



Результаты и их обсуждение.

В результате применения комплекса методов исследования с использованием УЗДГ,

доплерометрии и ультразвукового дуплексного сканирования, из числа наблюдаемых нами больных (108 чел) у 18 выявлено нарушение проходимости сосудов из них мужчин - 14, женщин - 4. Возраст был от 60 до 84 лет ($68,2 \pm 5,2$ лет). Срок заболевания сахарным диабетом у большинства превышал 15 лет. Ишемическая форма СДС выявлена у 6 и нейроишемическая у 12. На протяжении 3-4 дней им выполняли сахароснижающую терапию и лечение сопутствующих заболеваний, и местное лечение гнойно-некротических осложнений, а затем баллонную ангиопластику. Пациентам основной группы в связи с тотальной окклюзией периферических артерий в планировании реваскуляризирующей операции изначально решено было выполнить субинтимальную баллонную ангиопластику в связи с невозможностью транслюминальной баллонной ангиопластики и для профилактики рецидивов в ближайшем послеоперационном периоде. По результатам проведенного УЗДГ исследования поражения периферических артерий у исследуемых групп были однородные и обследованные больные были статистически сопоставимы.

В результате комплексного обследования выявлены следующие изменения сосудов нижних конечностей (диаг. 1.).

До ангиопластики и после нее выполняли ангиографию нижней конечности. Первым этапом была пункция и установление катетера, затем проводили проводник за зону поражения сосудов для обеспечения баллонной ангиопластики, осуществляли раскрытие баллона на разных уровнях артерий и заканчивали контрольной ангиографией для оценки проходимости сосудов. Осложнений при выполнении субинтимальной баллонной ангиопластики мы не наблюдали. В нашем исследовании все пациенты были с поражениями (тотальными окклюзиями) артерий голени, которые в большинстве случаев сочетались с медиакальцинозом Менкеберга. Данная ситуация намного усложняла нашу тактику хирургического лечения, так как у многих пациентов несмотря на восстановления артериального притока типа магистрального кровоснабжения из-за нарушения оттока крови не было достигнуто ожидаемый результат. Количество реканализаций отдельных сосудов дано в диаграмме 2.

Диаграмма 2.



После выполненной ангиопластики определено насыщение кислорода мягких тканей и при этом получили положительный результат. До ангиопластики насыщение кислорода составило $70,4 \pm 2,18\%$ а после ангиопластики $86,4 \pm 2,37\%$, различия достоверны ($P < 0,001$)

Необходимо отметить, что лечение обеих групп включало сахароснижающие

препараты, противовоспалительную и инфузионную терапию, антикоагулянты и местное лечение ран под повязкой. У больных имеющиеся раны были различной величины и глубины. Глубина раневого процесса классифицировалось по Ahrenholz (1989) следовательно, назначали местные перевязочные препараты в зависимости от фазы раневого процесса. А также мы проследили за течением раневого процесса и сопоставили с результатами контрольной группы (табл.1).

Анализ течения раневого процесса позволил отметить более благоприятные результаты в более ранний срок у больных, которым выполнили субинтимальную баллонную ангиопластику.

На протяжении двух лет, наряду с оценкой состояния больных, под нашим контролем больные получали профилактические комплексы лечения для предотвращения возникновения рецидива трофических язв.

Таблица 1.

Показатели течения раневого процесса у больных контрольной и основной группы

Показатели	Основная группа M ₁ ± m ₁	Контрольная группа M ₂ ±m ₂	P-степень достоверности M ₁ -M ₂
Исчезновение отека	3,1±0,19	4,5±0,13	<0,05
Очищение раны	4,1±0,17	5,8±0,18	<0,01
Появление грануляций	6,8±0,11	8,2±0,21	<0,01
Появление эпителизации	8,2±0,13	9,4±0,17	<0,05
Сроки стационарного лечения	14,7±0,27	18,8±0,27	<0,001

**показатели раневого процесса вычисляли с момента начала лечения после ангиопластики и контрольной группы с момента лечения.*

Нами изучены результаты после выполненной ангиопластики на протяжении двух лет. Так, в основной группе через 6 месяцев у 1 больного возник рецидив ишемической язвы, через год еще у одного отмечен рецидив язвы, а у одного выполнена высокая ампутация на уровне верхней трети голени в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса, а у 2 выявлено повторное нарушение проходимости подколенной артерии им выполнена повторная баллонная ангиопластика, в послеоперационном периоде состояние улучшилось.

Через 2 года было обследовано 15 пролеченных больных, из них рецидива трофических язв не обнаружено. За данный период наблюдения умерло 2 больных от заболеваний не связанных с СДС, от острого инфаркта миокарда.

Анализ результатов больных основной группы показал, что рецидив ишемической язвы выявлен у двоих пациентов. При контрольном обследовании у двоих обнаружено нарушение проходимости периферических сосудов, которым выполнена повторная транслюминальная баллонная ангиопластика.

Обследование больных контрольной группы показало: через 6 месяцев рецидив язвы возник у двоих, а у одного выполнена высокая ампутация бедра в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса, а у остальных состояние оставалось стабильным. Через год рецидив язв у 2, а у одного некроз пальцев. Через 2 года еще у 2 рецидив язв. За период (2 года) умерло 2 больных(оба от инсульта). Таким образом у больных контрольной группы из 20 рецидив в различные сроки выявлен у 6, у одного - высокая ампутация бедра и двое умерли от заболеваний не связанных с СДС. Своевременная правильно выбранная хирургическая тактика является залогом благоприятных результатов. В дальнейшем в хирургической практике следует обратить внимание на профилактические операции на периферических артериях и развивать клинических аспектов прогнозирования развития сосудистых осложнений у пациентов с СДС.

Выводы.

1. Эндоваскулярные реваскуляризирующие операции должны занимать главное

место в стратегии лечения окклюзионно-стенотических поражений периферических артерий нижних конечностей на фоне синдрома диабетической стопы.

2. В комплексе обследования первично всем пациентам с СДС следует выполнить дуплексное сканирование для выявления артериальных нарушений гемодинамики с последующем сделать МСКТ артерий нижних конечностей для выбора стратегии хирургического лечения.

3. Основной целью практикующего хирурга, работающего в данном направлении должно быть сохранение опороспособной нижней конечности с помощью адекватно выбранной методики реваскуляризации (субинтимальная баллонная ангиопластика) является основной целью при гангрене нижних конечностей, который непосредственно влияет на качества жизни и такая хирургическая стратегия даёт высокий шанс для больных сохранить социальный статус в обществе.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Аюбова Н.Л., Бондаренко О.Н., Галстян Г.Р. и др. Особенности поражения артерий нижних конечностей и клинические исходы эндоваскулярных вмешательств у больных сахарным диабетом с критической ишемией нижних конечностей и хронической болезнью почек. // Сахарный диабет. – 2013. – Т. 16. – №4 – С.85-94.
2. Бондаренко О.Н., Аюбова Н.Л., Галстян Г.Р. и др. Дооперационная визуализация периферических артерий с применением ультразвукового дуплексного сканирования у пациентов с сахарным диабетом и критической ишемией нижних конечностей. // Сахарный диабет. – 2013. – Т. 16. – №2 – С.52-61.
3. Галстян, Г.Р. Заболевания артерий нижних конечностей у пациентов с СД: Состояние, проблемы и перспективы лечения /Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмакова, О.Н. Бондаренко// Сахарный диабет.- 2011.- №1.- С. 10-15.
4. Гавриленко, А.В. Хирургическое лечение критической ишемии нижних конечностей у больных СД /А.В. Гавриленко, А.Э. Котов, Д.А. Лонков// Анналы хирургии.- 2012.-
5. Дедов, И.И. Диабетическая стопа /И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. - М.: Практ. Медицина, 2005.- 197 с.
6. Жолдошбеков, Е.Ж. Синдром диабетической стопы (клиника, диагностика, лечение) /Е.Ж. Жолдошбеков. - Бишкек: ОсОО «КутБер», 2012.- 168 с. №2.- С. 10-15.
7. Калинин, А.П. Диабетическая стопа /А.П. Калинин, Д.С. Рафибеков, М.И. Ахунбаев. – Бишкек, 2000.- 286 с.
8. Капутин М.Ю., Овчаренко Д.В., Платонов С.А., Чистяков С.П. Сравнительный анализ отдаленных результатов транслюминальной баллонной ангиопластики при лечении критической ишемии нижних конечностей в группах больных с сахарным диабетом и без сахарного диабета. *Ангиол и сосуд хир* 2010; 16: 3: 41—46
9. Ситкин И.И., Бондаренко О.Н., Пряхина К.Ю., и др. Современные возможности диагностики и лечения заболеваний периферических артерий у больных сахарным диабетом. // *Болезни сердца и сосудов.* – 2009. – Т. 4. – №2 – С.72-76
10. Lepantalo, M. Peripheral arterial disease in diabetic patients with rehal insufficiency: a review /M. Lepantalo, L. Fiengo, F. Biancan// *Diab. Metal.Res. Rev.*- 2012.- №28.- P. 40-45.
11. Schaper NC, Andros G, Apelqvist J, et al. Specific guidelines for the diagnosis and treatment of peripheral arterial disease in a patient with diabetes and ulceration of the foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev.* 2012;28 Suppl 1:236-237. doi: 10.1002/dmrr.2252.
12. Yuldashev Sh. Farrukh, Abdullaev A. Saifulla, Rakhimov M. Nodir, Shakhanova Sh. Shakhnoza. Features of the wound process in diabetes mellitus (literature review). *Journal of Biomedicine and Practice.* 2023, vol. 8, issue 3, pp.140-147