

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРИЛИГИ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

Д 14.22.650 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.379-008.64:617.586-06-084-089

Кулбаев Улукбек Абдиманатович

**ДИАБЕТИКАЛЫК БУТ ТАМАНЫНЫН КАБЫЛДООЛОРУН
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО ЖАНА ЖАНА АЛАРДЫ
АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫ**

14.01.17 - хирургия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
авторефераты

Бишкек 2022

Илимий иш И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын комбустиологии курсу менен жалпы практикалык хирургия кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи: **Мусаев Акылбек Инаятович**
медицина илимдеринин доктору, профессор,
Бишкек шаарынын №1 шаардык клиникалык
ооруканасынын башкы дарыгери

Расмий оппоненттер: **Эраалиев Бейшенбек Ашимович-**
медицина илимдеринин доктору, профессор,
Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министирлигинин Улуттук хирургия борборунун
ириңдүү хирургия бөлүмүнүн башчысы

Акматов Нарынбек Эсенбекович-
медицина илимдеринин кандидаты,
Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министирлигине караштуу Улуттук госпиталынын
шашылыш консультациялык медициналык жардам
жана оор натыйжалуу медицина бөлүмүнүн башчысы

Жетектөөчү уюм: Эл аралык жогорку медицина мектеби, хирургия
дисциплиналары кафедрасы (700254, Бишкек ш, көч.
Интергельпо, 1).

Диссертацияны коргоо 2023-жылдын 31-январында саат 15.00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимдеринин окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт (720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25, 2-этаж конференц-зал дарегинде). Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү үчүн шилтеме: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунун китепканаларынан (720044, Бишкек шаары, 3-линия көчөсү, 25) жана <https://vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2022-жылдын 27 декабрында жөнөтүлдү

Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин
кандидаты, доцент

М. Б. Чапыев

ЭМГЕКТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Кант диабети дүйнө жүзү боюнча кеңири таралган оору жана Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун жана көп сандагы изилдөөчүлөрдүн маалыматына караганда жогорулагандын үстүндө, ошондуктан, чоң медико-социалдык мааниге ээ. [И. М. Дедов жана авт., 2000, 2010; В. А. Нагорнов, А. Д. Денисенко, 2008; А. С. Аметов, 2012, 2015; Г. Р. Голстян жана авт., 2018; U. U. Mayor, 2006; N. C. Schaper et al., 2012; P. Wilson, 2021]. Кыргыз Республикасы бул планда четте калбайт. Саламаттык сактоо министрлигине караштуу электрондук саламаттык сактоонун маалыматтары боюнча республикада 2017-жылга кант диабети менен оорулуулардын саны 55831 адамды түзөт, анын ичинен 90-95% экинчи типке туура келет, ошол эле учурда 2012-жылы алардын саны 39785и тузгон [РММБ, 2007, 2008, 2017; С.К. Мамутова, 2017; М. С. Молдобаева жана авт., 2018]

Кант диабети менен жабыркаган оорулууларда дарылоосу татаал жана узак болгон бир канча кабылдоолор пайда болуп (жүрөктүн жана мээнин инфаркты, бөйрөктүн жетишсиздиги, диабетикалык бут кетмен синдрому ж.б), оорунун өөрчүүшүн олуттуу өзгөртөт [П. С. Маркевич жана авт., 2010; K. Radack, 1990; M. Lechleitner, 2019; R. Blakytyn, 2020].

Кабылдоолордун арасынан сандын бийик ампутациясына себеп болгон ириң-некротизм жана сезгенүү процесси коштогон диабетикалык бут кетмен синдрому өзгөчө мааниге ээ [М. И. Ахунбаев жана авт., 1997; А. В. Покровский жана авт., 1998; Ю. Г. Шапкин жана авт., 2012; Е. Ж. Жолдошбеков, 2012; М. Б. Анциферов жана авт., 2013; В.А. Митиш жана авт., 2015; Т. И. Чаканов, 2020; M. Marco et. al., 2021].

Кыргыз Республикасынын хирургдары көп жылдар бою ириңдүү жараларды дарылоого көңүл бурушкан [А. А. Сопуев, 1998; О. Т. Кочоров, 2001; А. И. Мусаев жана авт., 2007; Н. О. Талипов, 2014], ал эми кант диабетин жана анын татаалдашын дарылоо көйгөйү дагы эле он жылдан ашык убакыттан бери кан тамыр ооруларынын өнүгүшү, эмгекке жарамдуу курактагы адамдардын өлүмүнүн жогорку деңгээли менен байланышкан социалдык, экономикалык көйгөй катары каралууда [А. П. Калинин жана авт., 2000; И. И. Дедов жана авт., 2005; К. К. Акназаров, 2006; О. В. Маслова, Ю. И. Сунцов, 2011; M. Kalani, 2003; G. Rumenapf et. al., 2021] жана СДС диагнозун аныктоодо жана дарылоодо көптөгөн өнүгүүлөргө карабастан, көптөгөн көйгөйлөр толук чечиле элек.

Кант диабети менен жабыркаган оорулуулардын көбөйүшү, буттун ириң-некротизм жабыроосу менен диабетикалык бут кетмен синдромун өсүүсүн шарттайт жана ушундай бейтаптарды дарылоо көйгөйүн чечүү азыр да ишке ашырыла элек [А. Л. Авдовенко жана авт., 2001; О. А. Коваль жана авт., 2008; С. Р. Туйсин жана авт., 2012; Ю. Г. Шапкин жана авт., 2013].

Диабетикалык бут кетмен синдрому азыркы мезгилде да кант диабетинин эң оор кабылдоосу катары каралып келүүдө. Бут кетмендин диабетикалык жарасы, гангрена жана жасалган ампутация ден соолукка эң чоң зыян келтирет, жашоо сапатын төмөндөтөт жана олуттуу экономикалык чыгымдар менен

коштолот [М. Б. Анциферов жана авт., 2001; В. А. Гольбрайх, жана авт., 2015; D. Aerden, 2011]. Бул жагдай диабетикалык бут кетмен синдромун кеч диагноздоо, кеч дарылоо менен байланыштуу [С. В. Доброквашин, Р. Р. Якупов, 2010].

Диабетикалык бут кетмен синдрому деп, буттагы ар кандай даражадагы неврологиялык бузулуулар жана артериялардагы магистралдык кан жүрүүнүн төмөндөшү менен байланышкан инфекцияны, жараны жана\же терең жайгашкан ткандардын деструкциясын түшүнөбүз. Диабеттик бут синдромун өз убагында аныктоо жана дарылоо буттун ампутациясына жана өлүмгө алып келүүчү инфекциянын жайылышын болтурбай коё алат [Т. П. Бондарь, Г. И. Козинец, 2003; В. Н. Чернов жана авт., 2009; В. П. Окроян жана авт., 2018; S. Rith-Najrian, 2008].

Кант диабети менен жабыркаган бейтаптарга жасалган буттун ампутациясы травматикалык эмес бардык ампутациялардын 45-70% түзөт. Ошондой эле, операциядан кийинки леталдуулук 20 дан 50%, операциядан кийинки 5 жылдын аралыгындагы леталдуулук 60-75%, реампутациянын жыштыгы 50% түзөт [Н. С. Абылов, Э. Д. Закиржаев, 2005; А. Д. Гайбов жана авт., 2009; М. Н. Кудыкин жана авт., 2017; D. Siablis et al., 2005; P. M. Moxey et al., 2010; D. Siablis et. al., 2015].

Акыркы жылдары, практикага дифференцияланган хирургиялык тактиканы колдонуу менен принципалдуу жаңы ыкмалар киргизиле баштоосуна байланыштуу диабетикалык бут кетмен синдрому кабылдаган формаларында, дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу үчүн мүмкүнчүлүктөр жогорулады [С. В. Доброквашин, Р. Р. Якупов, 2010]. Бирок, бул багыттагы прогресстин байкалганына карабастан дарылоонун жыйынтыктарын канаттандыраарлык деп эсептөөгө болбойт, анткени сандын аммутациясына жана кайрадан операцияга зарылчылыктар көп учурларда келип чыгууда. Ошондуктан, кабылдоолорду азайтуучу чараларды иштеп чыгуу актуалдуу, бул жагдайлар ушул изилдөөнү жүргүзүүгө негиз болду.

Диссертациянын темасынын билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган.

Изилдөөнүн максаты: Ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган оорулуулардын дарылоосунун жыйынтыктарын эрте аныктоо, дарылоо жана профилактикалык ыкмаларын өркүндөтүү аркылуу жакшыртуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдромун комплекстүү дарылоонун натыйжалуулугун аныктоо;
2. Диабетикалык бут кетмен синдромун дарылоодогу ангиопластиканын натыйжалуулугун аныктоо;
3. Регионардык лимфостимуляция, инфракызыл нурлантуу жана димексид аралашмасын колдонуу менен аймактык дарылоо ыкмаларын колдонуу менен ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдромун

дарылоонун натыйжалуулугу көрсөтүлдү.

4. Диабетикалык бут кетмен синдромун диагностикалоонун жана дарылоонун алгоритмин түзүү;

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыктары:

1. Диабетикалык бут кетмен синдромун эрте аныктоо жана кабылдоолор пайда болгуча комплекстүү дарылоону колдонуу маанилүүлүгү берилди;

2. Диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган бейтаптарды дарылоодо ангиопластиканы колдонууга баа берилди;

3. Диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган бейтаптарды диагностикалоонун жана дарылоонун алгоритми түзүлдү;

4. Регионардык лимфостимуляция, инфракызыл нурлантуу жана димексид аралашмасын колдонуу менен аймактык дарылоо ыкмаларын колдонуу менен ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдромун дарылоонун натыйжалуулугу көрсөтүлдү.

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү:

Диабетикалык бут кетмен синдромунун диагностикасынын жана дарылоосунун иштелип чыккан алгоритмин колдонуу, бейтаптын абалын жана дарылоонун натыйжалуулугун баалоого, врачка эң натыйжалуу дарылоо ыкмасын тандоого шарт түзөт.

Регионардык лимфостимуляция жана инфракызыл нурлантуу кошулуп өркүндөтүлгөн комплекстүү дарылоо ыкмасы, ампутациянын жана кайталанган операциялардын жыштыгын төмөндөтөт.

Диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган бейтаптарды эрте аныктоо, аларды текшерүү жана дарылоо диабетикалык бут кетмен синдромун ириң-сезгенүү кабылдоолорунун натыйжалуу профилактикалык чаралары экендиги тастыкталды.

Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору:

1. Диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган бейтаптардын эндокринологиялык бөлүмдөрдө көп санда болушу, бул топтогу бейтаптарды дарылоодо, анын көлөмүн аныктоодо, динамикалык байкоо жүргүзүүдө хирургдун катышуусун талап кылат;

2. Диабетикалык бут кетмен синдромун дарылоодо иштелип чыккан алгоритм бейтаптын абалынын оорлугун оптималдуу баалоого жана дарылоо ыкмасын адекваттуу, өз убагында тандоого шарт түзөт;

3. Комплекстүү дарылоого димексид аралашмасын, инфракызыл нурлантуу кошулуп, регионардык лимфостимуляциянын кошулушу бирин-бири күчтөндүрүп, бир багытта таасир берет. Бул дарттын жагымдуу өөрчүшүнө жана буттун ампутациясынын, кайталанган операциялардын жыштыгынын төмөндөшүнө шарт түзөт.

Издөнүүчүнүн кошкон жеке салымы. Оорулууларды текшерүүнү, оордуктун даражасын аныктоону, операцияларды жүргүзүүнү, жараттарды дарылоону, динамикалык байкоону камтыйт. Алынган жыйынтыктарга талдоо жүргүзүүнү, аларды статистикалык талдоону өзү жүргүздү.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациялык

эмгектин негизги жоболору КММАнын жаш окумуштууларынын жана студенттеринин илимий-практикалык конференциясында (Бишкек ш., 2019, 2020, 2021, 2022), КММАнын комбустиология курсу менен жалпы практиканын хирургиясы кафедрасы менен (Бишкек ш., 2022).

Диссертациянын натыйжаларын басылмаларда чагылдыруу: изилдөөнүн негизги жыйынтыктары 7 макалада чагылдырылды, анын ичинен 3 эмгек КР ЖАК сунуш кылган басылмаларда.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын ишке киргизүү: изилдөөнүн негизги жыйынтыктары Бишкек ш. №1 ШКОнун хирургиялык жана эндокринологиялык бөлүмдөрүнө киргизилген.

Диссертациянын көлөмү жана түзүмү. Диссертация орус тилинде компьютерден терилген 137 баракта, Times New Roman шрифти менен (шрифтин ченеми 14, интервалы 1,5), киришүүдөн, адабий обзор бөлүмүнөн жана үч бөлүктөн турган өздүк изилдөө бөлүмдөрүнөн, корутундудан, жыйынтыктардан, тажрыйбалык кеңештерден, колдонулган адабияттардын тизмесинен жана тиркемелерден турат. Колдонулган адабияттардын тизмесине 282 булак, анын 81 алыскы чет элдик авторлордун эмгектери кирет. Диссертация 23 таблицадан жана 16 суроттон турат.

ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөө темасынын актуалдуулугу, максаты жана милдеттери, иштин илимий жаңылыгы, практикалык мааниси жана коргоого берилген диссертациянын негизги жоболору берилген.

Биринчи бөлүмдө «Ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган оорулууларды диагностикалоодогу жана дарылоодогу заманбап багыттар» (адабиятка сереп) ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдромунун диагностикасынын жана дарылоосунун маселелери боюнча негизги адабий маалыматтары чагылдырылды. Адабий маалыматтарда критикалык талдоо жүргүзүү менен колдонулган консервативдик жана оперативдик дарылоо ыкмаларынын жетишсиз натыйжалуулуктары чагылдырылды жана жаңы ыкмаларды издөөгө негиз баяндалды.

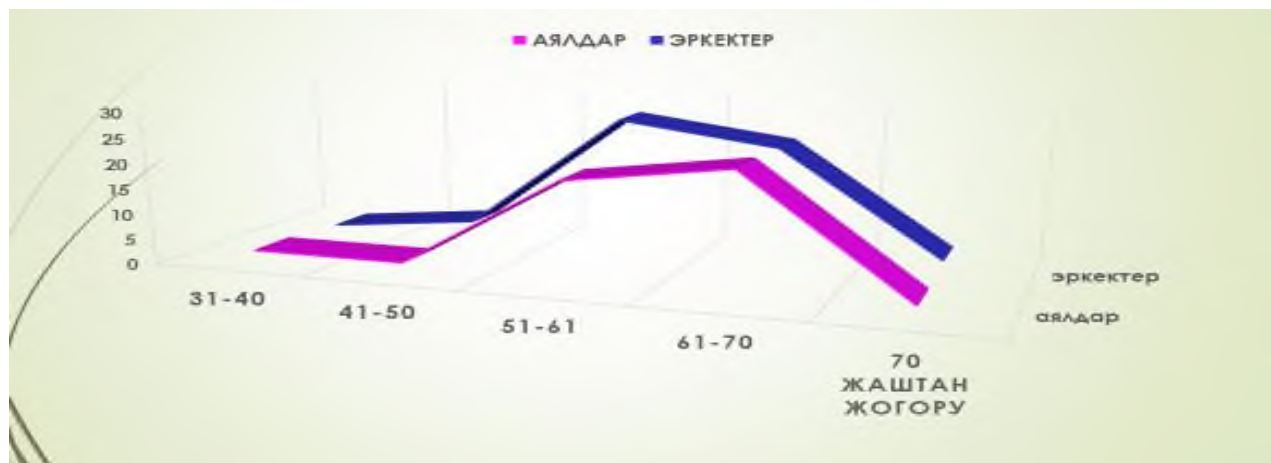
Экинчи бөлүмдө «Диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган бейтаптардын жалпы мүнөздөмөсү жана изилдөө ыкмалары». Бул жерде оорулуулардын клиникалык мүнөздөмөсү, ошондой эле клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык изилдөө ыкмалары, аладын маалыматтык мүмкүнчүлүктөрү баяндалды.

Изилдөөнүн объектиси: Ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган 108 жана кант диабети менен жабыркаган 173 оорулуу.

Изилдөөнүн предмети: кайрылгандагы жана консервативдик жана

оперативдик дарылоолордон кийинки клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык изилдөөнүн жыйынтыктары.

Оорулуулар эки топко бөлүндү: биринчини ириң-сезгенүү процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган пациенттер түздү, экинчини – эндокринологиялык бөлүмдө кант диабети боюнча стационардык дарылоодо жатышкан пациенттер түздү. Бөлүмдө негизги топтун клиникалык мүнөздөмөсү берилди. Негизги топтун жынысы жана жашы боюнча бөлүштүрүлүшү 2.1 -сүрөттө берилди.



2.1 -сүрөт. Оорулуулардын жынысы жана жашы боюнча бөлүштүрүлүшү (абс. сан менен)

Талдоо көрсөткөндөй, аялдар менен эркектер дээрлик бирдей санда болуп, көбүнчө 50 жаштан жогору болду.

Кант диабети менен ооруган мезгилине талдоо жүргүзгөндө, 5 жылдан 10 жылга чейин жабыркагандар көптүктү түзүштү (2.1 -табл.).

Таблица 2.1 – Биринчи топтогу оорулуулардын кант диабети дартынын мөөнөтү.

Убакыт	Жалпы	
	абс. сумма	%
2 жылга чейин	4	3,7
2 жылдан 5 жылга	21	19,4
5 жылдан 10 жылга	38	35,2
10 жылдан жогору	34	31,5
Биринчи жолу аныкталган диабет	11	10,2
Бардыгы	108	100,0

Түшкөндөрдүн ичинен у 11 (10,2%) пациентте кант диабети биринчи жолу аныкталды, алар көп мезгилден бери амбулаториялык түрдө дарыланып, жакшы боло алышпай, стационардык дарылоого жөнөтүлгөн.

Госпитализация болгондордон КДнын биринчи тиби 15, экинчи тиби 93

пациентте аныкталды.

Кант диабетинин компенсация стадиясына талдоо жүргүзгөндө, көбүнчө пациенттер субкомпенсация стадиясында түшүп, 57,4%ды түздү (2-сүрөт).



2.2 -сүрөт. Биринчи топтогу пациенттердин кант диабетинин компенсация стадиясы (% менен)

Текшерүү процессинде Диабетикалык бут кетмен синдромунун формасын аныктоого өзгөчө көңүл бурулду. Бул даттануунун, объективдик, лабораториялык жана инструменталдык текшерүүлөрдүн жыйынтыктарынын негизинде аныкталды (2.2 -табл.).

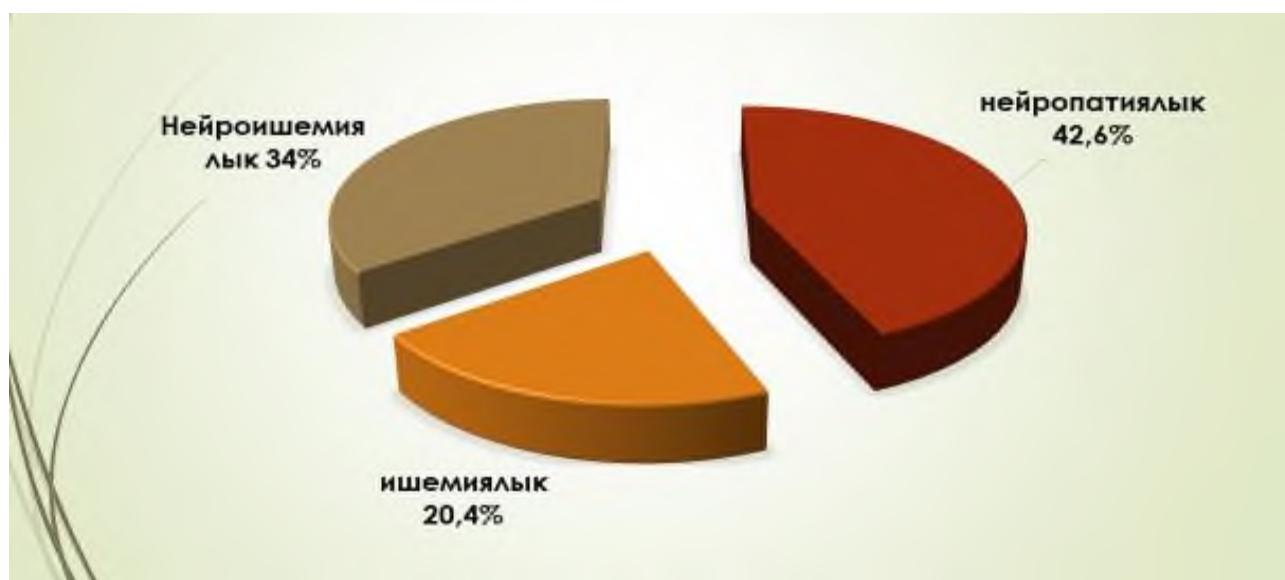
Таблица 2.2 - **Диабетикалык бут кетмен синдромунун** ар кандай формасындагы пациенттердин семиотикасы

Даттануулары жана объективдик белгилери	Нейропатиялык, п-46		Ишемиялык, п-22		Нейроишемиялык, п-40		Бардыгы п-108	
	абс. сан	%	абс. сан	%	абс. сан	%	абс. сан	%
Оору синдрому	8	17,4	19	86,4	21	52,2	48	44,4
Буттун үшүшү	3	6,5	20	90,9	32	80,0	55	50,9
Пульсациянын жок болушу	-	-	20	90,9	3	7,5	23	21,3
Пульсациянын начарлашы	2	4,3	2	9,1	29	72,5	33	30,6
Пульсация сакталуу	44	95,6	-	-	8	20,0	52	48,1
Буттун терисинин	8	17,4	14		34	85,0	56	51,9

өңүнүн өзгөрүшү								
Парестезиялар	43	93,5	-	-	31	77,5	74	68,5
Шыйрактын булчуңунун атрофиясы	8	17,4	13	63,6	21	52,5	42	38,9
Шыйрактагы жана бут кетмениндеги жүндүн түшүшү	12	26,1	22	100,0	32	80,0	66	61,1
Сезүүнүн бузулушу	43	93,5	-	-	22	55,0	65	60,2
Гиперкератоздун бардыгы	18	39,1	8	36,4	19	47,5	45	41,7
Буттун шишиги	3	6,5	-	-	-	-	3	2,8
Бут кетменинин манжаларынын деформациясы	22	47,8	9	40,9	26	65,0	57	52,8
Буттун тырмактарынын деформациясы, морттугу	39	84,8	20	90,9	38	95,0	97	89,8

Диабетикалык бут кетмен синдромунун нейропатиялык формасы менен жабыркаган пациенттерде бир аз оорутуу, бирок парестезия, сезгичтиктин бузулуусу, буттун манжаларынын деформациясы, остеопороз көп учурларда катталарын семиотикага талдоо жүргүзүү көрсөттү. Ишемиялык формага ооруу синдрому, буттун үшүшү, буттун кан тамырларынын пульсациясынын начар же жок болушу, шыйрактын булчуңунун атрофиясы мүнөздүү. Аралаш формага буттун үшүшү, теринин өңүнүн өзгөрүшү, парестезия, пульсациянын начар болушу мүнөздүү. Диагноз УДДГнын натыйжаларына жана сезүүнүн бардык түрлөрүн аныктоо менен негизделди.

Изилдөөнүн жыйынтыктарынын негизинде синдромдун формасынын салыштырмалуу салмагы аныкталды (3-сүр.)



2.3 -сүрот. Биринчи топтогу диабетикалык бут кетмен синдромунун формалары (% менен)

Нейроишемиялык жана нейропатиялык формадагы пациенттер топтогу көпчүлүктү түздү.

Пациенттерди изилдөөдө клиникалык көрсөткүчтөр колдонулду (даттануу, ооруунун таржымалы, кант диабетинин узактыгы, **диабетикалык бут кетмен синдрому** пайда болгон мөөнөтү, жана кандай дарылоо алды), объективдүү жана лабораториялык изилдөөнүн ыкмалары (кандын жалпы анализи, боор жана бөйрөк тесттери, гликированган гемоглобин) жана инструмендалдык изилдөөлөр (УДДГ Toshiba Xario аппараты менен 100- үч өлчөмдүү сканерлөө, аортоангиография КР ССМнын жүрөк хирургиясы жана органдарды трансплантациялоо илим изилдөө институтунун рентгенхирургия жана курч коронардык синдром бөлүмүндө баллондук ангиопластикага чейин жана андан кийин жүргүзүлдү) колдонулду.

Дарылоонун жыйынтыктарына баа берүүдө жараттагы макроскопиялык өзгөрүүлөрдүн анализи колдонулду: жараттын тазалануу мөөнөтү, шишиктин тарашы, грануляциянын жана эпителизациянын пайда болушу жана стационардык дарылоонун мөөнөтү. Ошондой эле, лейкоциттердин саны эске алынды жана Кльф-Калифу Я.Я. боюнча ЛИИ эсептелинди (1941)

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4 \text{ Мц} + 3 \text{ Ю} + 2 \text{ П} + \text{С}) \times (\text{пл.кл} + 1)}{(\text{мон} + \text{лимф}) \times (\text{э} + 1)}$$

Жарат процессинин өөрчүү динамикасы Л.Н.Попованын формуласы боюнча ишке ашырылды (1947)

$(S - S_n) \times 100 / S \times T$, мында:

S – мурунку өлчөө боюнча жарат аянтынын өлчөмү (мм²);

S_n – азыркы өлчөө боюнча жарат аянтынын өлчөмү (мм²);

T – өлчөөлөрдүн ортосундагы күндөрдүн саны.

Жараттагы репаративдик процесстердин динамикасына баа берүү үчүн М.П. Покровскийдин жана М.С. Макаранын (1985) ыкмасы боюнча "жараттардын изи" цитологиялык изилдөөсү колдонулду жана М.И, Кузина жана Б.И.Костюченоктун сунушу боюнча анын 5 тиби бөлүп көрсөтүлдү: 1. некроздуу; 2. дегенеративдик-сезгенүү; 3. сезгенүү; 4. сезгенүү-регенератордук; 5. регенератордук.

Жараттагы микрофлораны жана анын антибиотиктерге сезгичтигин аныктоо үчүн диско-диффузиялык ыкма боюнча бактериологиялык изилдөө жүргүзүлдү.

Алынган жыйынтыктар орточо арифметикалык (М), орточо квадраттык (α) өлчөмдөрдү жана катардагы катаны (m) аныктоо менен статикалык иштеп чыгылды. Ишеним даражасы Стюдент таблицасы боюнча t критерийи боюнча аныкталды.

Үчүнчү бөлүмдө «Ирин-некроздук процесси менен кабылдаган диабетикалык бут кетмен синдрому менен жабыркаган оорулуулардын комплекстик дарылоосунун жыйынтыктары» 108 ооруулуунун консервативдик жана оперативдик дарылоону колдонуунун жыйынтыктары көрсөтүлдү. Бул топтогу патологиялардын мүнөздөмөсү 3.1 -таблицада берилди.

Таблица – 3.1. Диабетикалык бут кетмен синдрому менен биринчи топтогу пациенттердин кабылдоосунун мүнөздөмөсү

Татаалдыктар	Бардыгы	
	абс. сан	%
Трофикалык жаралар	30	27,8
Инфекцияланган жарааттар	17	15,7
Бут манжасынын панарицийи	7	6,5
Манжалардын гангренаасы	32	29,6
Бут кетмен гангренаасы	7	6,5
Томонку буттун флегмонаасы	6	5,6
Бут кетменинин флегмонаасы	8	7,4
Буттун ириндуу фурункуласы	1	0,9
Бардыгы	108	100,0

Алынган жыйынтыктардагы кабылдоолордун мүнөздөрүнүн негизинде пациенттерди Wagner классификациясы боюнча бөлүштүрдүк (1981) (3.2 -табл). Текшерилген пациенттердин ичинен III жана IV даражадагы пациенттер көпчүлүктү түздү (66,7%), 2 оорулууда гана биринчи даража болуп, биз байкоо жүргүзгөн пациенттердин оор экендигинин далили болду. Трофикалык жарасы бар бейтаптар көбүрөөк кабыл алынды, инфекциялык жарасы барлар азыраак болду, бирок пациенттердин чоң тобун бут кетменинин манжаларынын жана бут

кетменинин гангренаасы болгондор түздү (29,6%). Бул оорулуулардын эң оор тобу болду.

Таблица – 3.2. Wagner боюнча оордуктун даражасы жана жаралануунун формасы (1981)

Катуулугу	Нейропатиялык, n-46	Ишемиялык, n-22	Нейро- ишемиялык, n-40	Бардыгы	
				абс. сан	%
0	-	-	-	-	-
I	2	1	-	3	2,8
II	14	2	9	25	23,1
III	20	7	10	37	34,3
IV	10	9	16	35	32,4
V	-	3	5	8	7,4
Бардыгы	46	22	40	108	100,0

Бардык оорулуулар, гипогликемиялык дары-дармектер, диета, фракциялык тамактануудан турган комплекстүү дарылоо алышты. Дарылоо врач-эндокринолог менен макулдашылды. 108 бейтаптын 36сы инсулин, калгандары таблетка терапиясын алышты, биз гипогликемиялык терапияны кайра карап чыктык жана 32 гана адам таблетка терапияны улантышты, ал эми калгандары кичинекей дозадагы жөнөкөй инсулинге которулду. Булар хирургиялык дарылоону талап кылган бейтаптар болду (манжалардын гангренаасы, флегмона, панарицийлер). Коштолгон ооруларды дарылоо кардиолог же терапевт менен чогуу жүргүзүлдү.

Диабетикалык бут кетмен синдромунун нейроишемиялык формасы формасы менен жабыркаган пациенттерге кокарнит, ал эми ишемиялык формасы менен жабыркагандарга микроциркуляцияны жакшыртуу үчүн реополиглюкин, трентал дайындалды.

Нейроишемиялык формада ДБКСнын ишемиялык жана нейропатиялык формасында колдонулуучу препараттар сунуш кылынып, алардын көлөмү дарттын оордугунан көз каранды болду.

Мындан тышкары, ДБКСнын кабылдаган формасы менен жабыркаган пациенттер антибиотик алышты. Адегенде алар эмпирикалык түрдө дайындалса, кийин микрофлоранын антибиотиктерге сезгичтигин эске алуу менен дайындалды. ДБКСнын кабылдаган формасы менен жабыркаган пациенттерде иммунологиялык реактивдүүлүк төмөн болорун эске алуу менен бардык пациенттерге Тималин иммунокорректорун 10мг дан булчуңга, дарылоо курсуна 6-8 инъекциядан дайындалды.

Аймактык дарылоого өзгөчө көңүл бурулду. Ал төмөндөгүдөй ишке ашырылды: жарат айланасында тери 70 ° спирт менен залалсыздандырылды, андан кийин жара озондогон эритме менен жуулду, андан кийин жаратка димексиддин 50% аралашмасы менен таңуу коюлду. Таңуу жара тазаланганча

жана жара суюктугу азайганча жасалды. Биздин бул препаратты колдонгонубуздун себеби, анын бактерициддик, сезгенүүгө каршы жана ооруну басуучу таасири күчтүү экени адабияттарда далилденген. Жара тазалангандан жана жара суюктугу азайгандан кийин, жарага озон концентрациясы 3-4мкг/мл болгон озондолгон май коюлду. Ал эпителизацияны өбөлгө түздү. Жана дагы, аймактык дарылоодо жараны инфракызыл нурдантуу колдонулду. Ал «Матрикс» 80Мц, 5-7Вт аппараты менен 10 минуттук экспозицияда, дарылоо курсуна 5-6 сеанстан колдонулду. Биздин бул ыкманы тандап алганыбыздын себеби, адабияттарда жазылгандай, бул учурларда нурлануу тканга 2-3 см тереңдикке чейин жетет, клеткалык жана молекулярдык өзгөрүүлөр болот, регенерация процесстери тезделет, биологиялык активдүү заттар пайда болот. Бул таасирлер аймактык гана болбостон, организмге жалпы таасир берет.

Жогорудагыларды эске алуу менен, аталган ыкмаларды **ДБКСнын** кабылдаган формаларында колдонуу максатка ылайыктуу деп эсептедик.

78 бейтап (72,2%) хирургиялык дарылоого муктаж болду. Пациенттерди кабыл алынгандан кийин сезгенүү-некротикалык процессти чектөө үчүн даярдап, андан кийин операция жасоого аракет кылдык. Биринчи суткада үчөөнө гана операция жасалды, анын ичинен экөөнө өмүрүн сактап калуу көрсөткүчү үчүн жасалды, 2-3 күндө дагы 7 (11,5%), 3-5 күндөн кийин 5 (8,2%) жана 5 күндөн кечирээк 46 бейтапта (75,4%) операция жасалды. Натыйжада, көпчүлүк учурларда процессти чектөөгө жетиштик. Операциялардын түрлөрү төмөнкүдөй болду (3.3 -таблица).

Таблица – 3.3. Ириң-некротик процесси менен кабылдаган ДБКС менен жабыркаган оорулуулардын операциясынын тиби

Операциялардын турлору	Бейтаптардын жалпы саны		Кайталап жасалган операциялардын саны	
	абс. саны	%	абс. саны	%
Сан деңгээлинде ампутация	2	2,6	-	-
Төмөнкү буттун деңгээлинде ампутация (шыйрак)	1	1,3	-	-
Манжалардын экзартикуляциясы	32	41,1		
буттун бөлүктөрү	4	5,1	1	1,3
Буттун жана бут кетмен флегмонасын ачуу	14	17,9	1	1,3
Панарицийлерди ачуу	7	8,9	-	-
Флегмонаны жаруу	1	1,3	-	-
Баллон ангиопластикасы	17	21,8	2	2,6
Бардыгы	78	100,0	4	5,2

Сандан ампутация 2 жана шыйрактан ампутация 1 пациентте жасалды.

Манжалары экзартикуляция болгон пациенттер көпчүлүк топту түздү. Бул учурда Жолдошбеков Е.Ж. (2019) иштеп чыккан ыкманы колдонуп, Джигли араасы жана анын фиксаторлору пайдаланылды.

Эң оор топ бут кетмени флегмона болуп кеткен пациенттер түздү. Бул учурларда ириң адекваттуу сыртка чыгып тургандай кесүүлөрдү ишке ашырдык.

Биз, дарылоо процессининде жара процессинин жүрүшүнө байкоо салдык жана эки топко бөлдүк: биринчи топко трофикалык жаралары жана инфекция жараттары бар пациенттер кирсе, экинчи топко операциядан кийин жарат пайда болгондор кирди (3.4 -таблица).

Таблица – 3.4. Ириң-некротик процесси менен кабылдаган ДБКС менен жабыркаган оорулуулардын жаратынын аянтынын өзгөрүү динамикасы.

Текшеруу убактысы	Орточо жараат аянты (мм ²)		
	Биринчи топ, n-47 $M_1 \pm m_1$	Экинчи топ, n-53 $M_2 \pm m_2$	P- ишеним деңгээли M_1-M_2
Дарылоо алдында	151,4±2,17	158,5±3,12	>0,05
5 кундон кийин	119,8±3,21	121,4±2,13	>0,05
8-9 кундон кийин	81,4±2,4	99,5±3,12	<0,05

Эки топто тең жараттын кичирейиши бирдей болду.

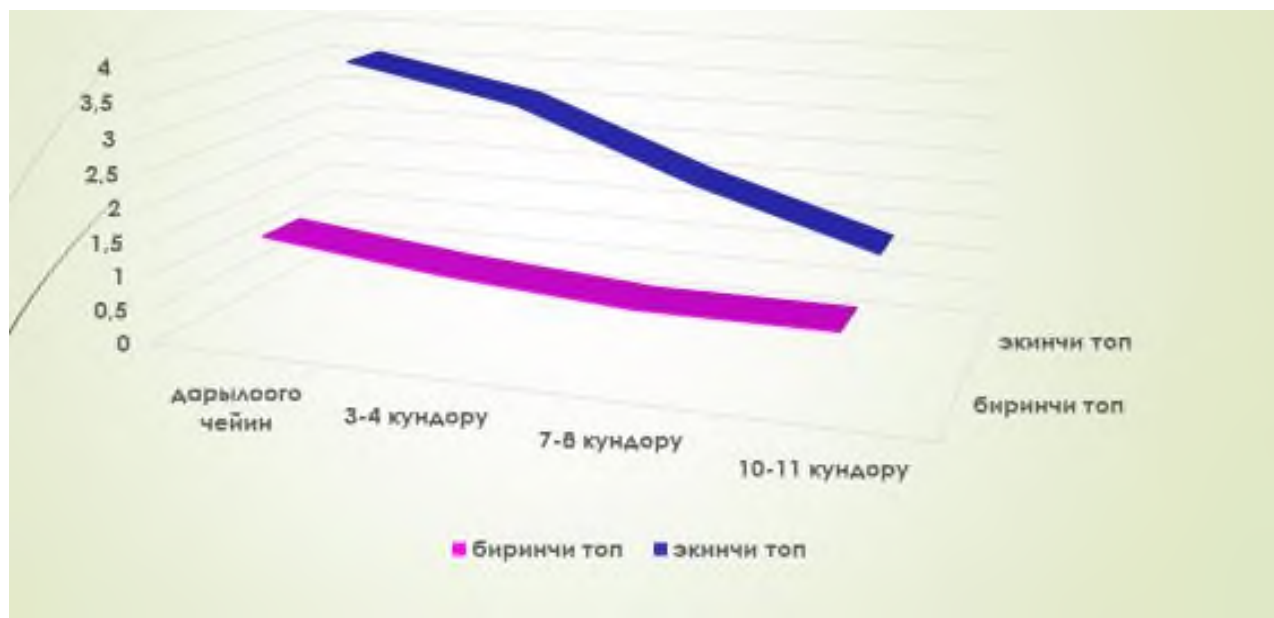
Таблица – 3.5. Биринчи (n-47) жана экинчи топтогу (n-53) ДБКС менен жабыркаган оорулуулардын цитограммаларынын тибинин динамикасы.

Цитограммалардын туру	Кабыл алууда		5-6 ку		8-9 кун	
	биринчи	экинчи	биринчи	экинчи	биринчи	экинчи
Некротик	42 (89,4%)	49 (92,5%)	6 (12,8%)	13 (24,5%)	1 (2,1%)	3 (5,7%)
Дегенеративдик-сезгенүү	5 (10,6%)	4 (7,5%)	22 (46,8%)	15 (28,3%)	10 (21,3%)	14 (26,4%)
Сезгенүү			18 (21,3%)	10 (18,9%)	12 (25,5%)	16 (30,1%)
Сезгенү-калыбына келтирүүчү			6 (12,8%)	13 (24,5%)	11 (23,4%)	10 (18,9%)
Калыбына келтирүүчү			3 (6,3%)	2 (3,8%)	13 (27,6%)	10 (18,9%)
Жалпы бейтаптар	47	53	47	53	47	53

Дарылоонун мөөнөтүнүн узарышы менен цитограммада өзгөрүүлөр болду, бирок ошол эле учурда биринчи группанын цитограммасынын көрсөткүчтөрү экинчисинен озуп кетти.

Димексидди инфракызыл нурлануу менен айкалыштырып колдонуунун максатка ылайыктуулугун бактериологиялык изилдөө ырастады. 5-6-күнү ассоциацияланган микрофлора аныкталган жок, ал эми монокультуранын деңгээли төмөн болду. 17 бейтапта колдонулган аймактык лимфостимуляциянын таасирин да жокко чыгарууга болбойт.

Биз эки топтогу ЛИИнин динамикасына сереп салдык.



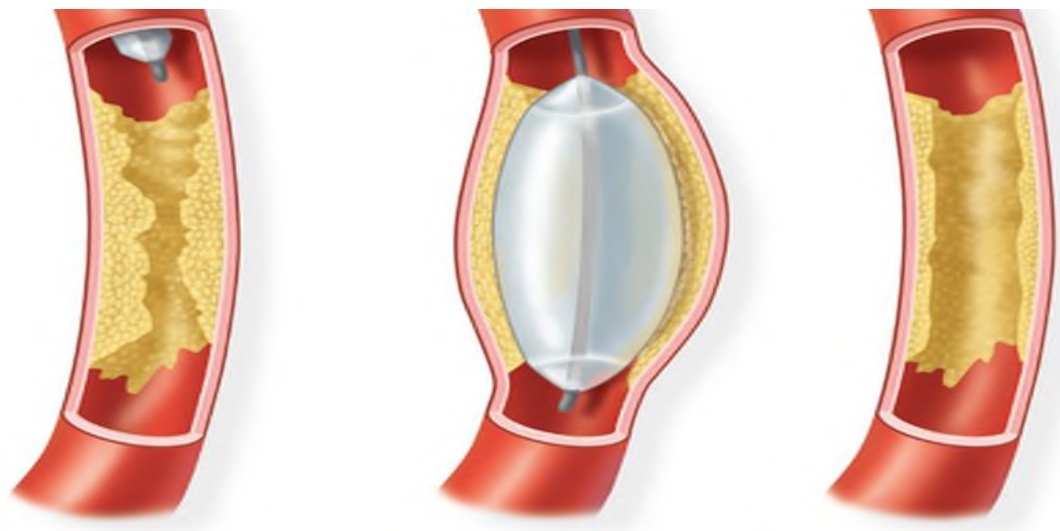
3.1 -сүрөт. ДБКС менен жабыркаган оорулуулардын ЛИИсинин динамикасы.

Негизги топтогу ишемиялык формадагы жана көптөн бери жарасы айыкпаган оорулууды текшергенде, 18 оорулунун кан тамырынын өтүүсү төмөн болгондугу аныкталды (УДДГ) (3.6 -таб.).

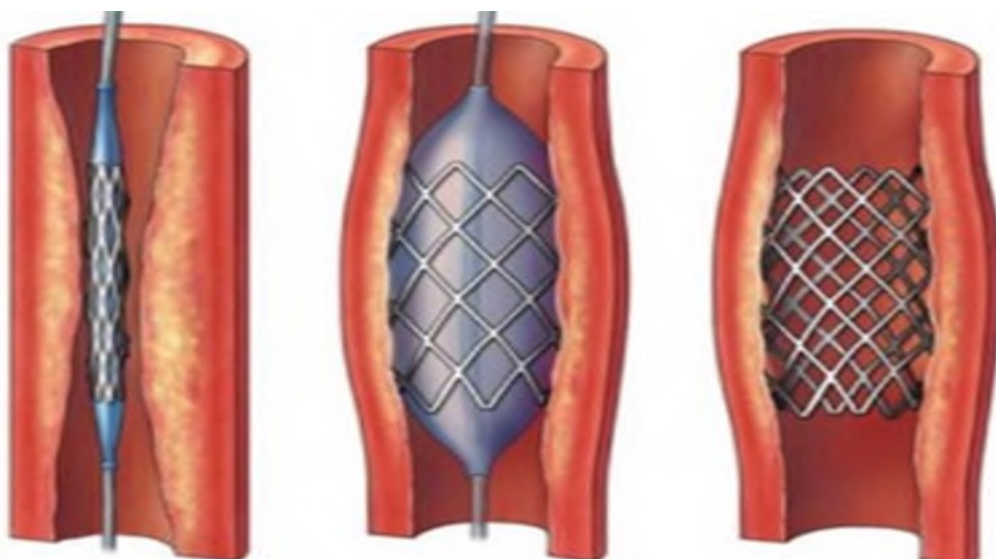
Таблица – 3.6. ДБКС менен жабыркаган оорулуулардын УДДГсынын жыйынтыктары.

Кан тамыр жаракаты	Бардык бейтаптар
1. Арткы жилик артериясынын жана сөөктөр аралык артериянын окклюзиясы менен бирге эки тараптан алдынкы жөө тамырдын окклюзиясы	7
2. Алдыңкы жана арткы жөө тамырдын жана эки тараптан арткы жөө тамырдын окклюзиясы	4
3. Алдыңкы жилик артериясынын сөөк аралык артерия менен бирге стенозу	3
4. Алдыңкы жөлөк-тамыр артериясынын эки тараптан кадамдык окклюзиясы	1
5. Жалпы сан артериясынын үстүнкү сан артериясы менен бирге окклюзиясы жана сөөктөр аралык артериянын окклюзиясы	1
6. Үстүнкү сан артериясынын алдынкы жана арткы тиштин артериялары менен бирге окклюзиясы	1
7. Арткы жилик артериясынын окклюзиясы	1
Бардыгы	18

Ангиоластика жасаганга чейин, жана андан кийин буттун ангиографиясын жүргүздүк, андан кийин КР ССМнын Жүрөктүн хирургиясы жана органдарды трансплантациялоо институтунда биздин катышуубуз менен баллондук ангиопластика жасалды.



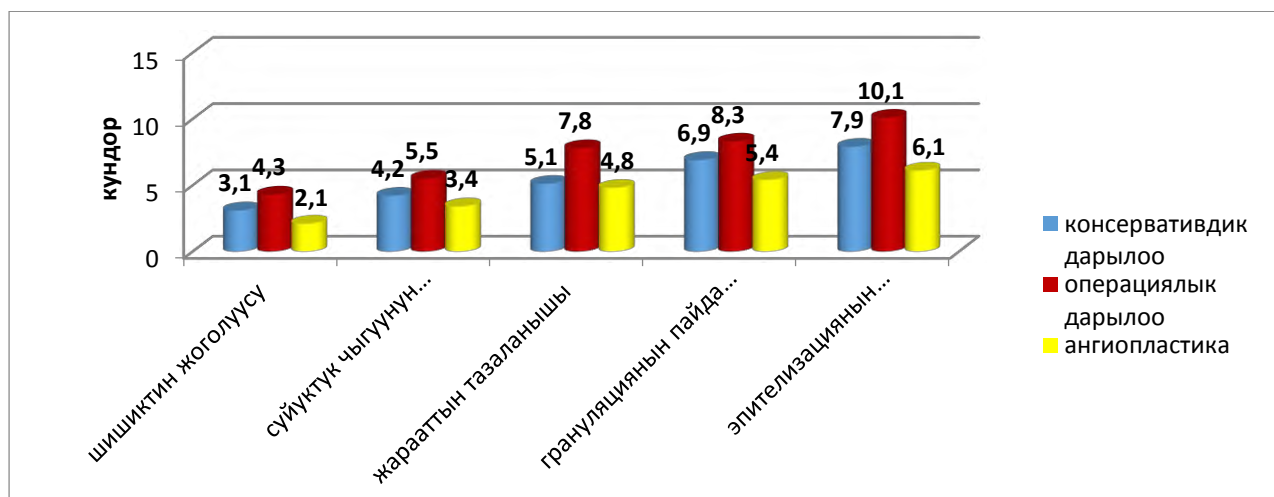
3.2 -сүрөт. Ангиопластиканын этаптарынын схемасы.



3.3 -сүрөт. Стенттөөнүн этаптарынын схемасы.

Биринчи кадамда пункция жасалгандан кийин катетер коюлду, андан кийин баллондук ангиопластика жасоо үчүн, кан тамырдын жараланган аймагына зым жеткирилди. Бир оорулууда зымды жеткирүүдө кыйынчылык жаралганына байланыштуу, баллондук ангиопластика жасоо мүмкүн болгон жок, ал эми бир оорулуга үстүнкү сан артериясын стенттөө мүмкүн болду.

Операциядан кийин жарат процессинин жүрүшүн байкоо жүргүздүк жана трофикалык жаралардын жана жараттардын консервативдик дарылоосунун көрсөткүчтөрү менен салыштырдык.



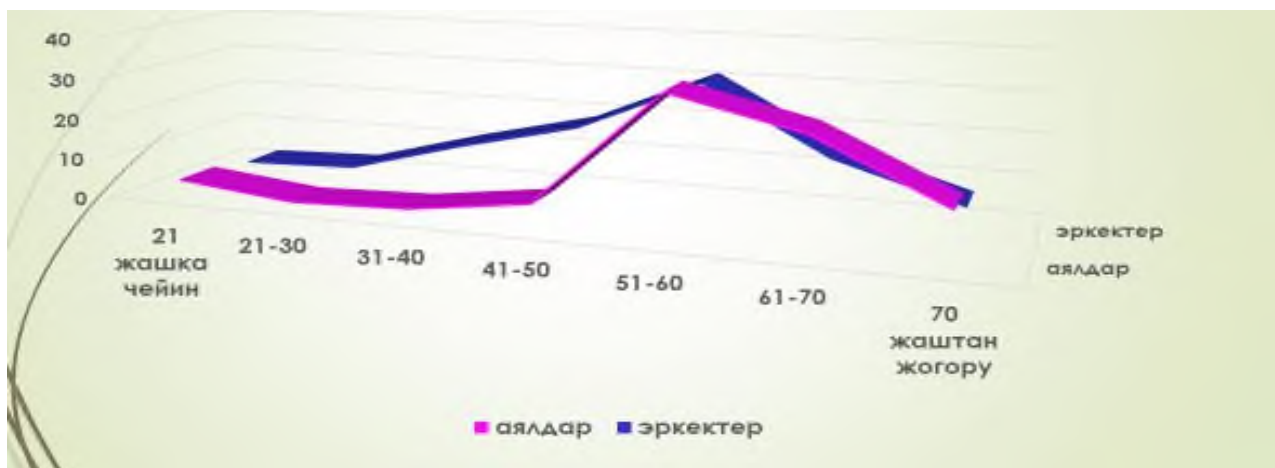
3.4 - сүрөт. Трофикалык жаралардын жана жараттардын ангиопластикасынан жана консервативдик дарылоосунан кийинки жарат процессинин өөрчүүшүнүн көрсөткүчтөрү.

Бул топторду салыштырганда, балондук ангиопластиканын жарар процессине оң таасир бере тургандыгы аныкталды.

Биз дарылоонун жыйынтыктарын эки жыл байкоо жүргүздүк. Бир оорулууда балондук ангиопластикадан кийин жаранын рецидиви пайда болду. Бир жылдан кийин, дагы бир оорулууда жаранын рецидиви пайда болду, бирок дарылагандан кийин, салыштырмалуу аз убакытта жара айыгып кетти. 2 оорулууда кан тамырдын өтүшү кайрадан жабылып калып, кайрадан балондук ангиопластика жасалды.

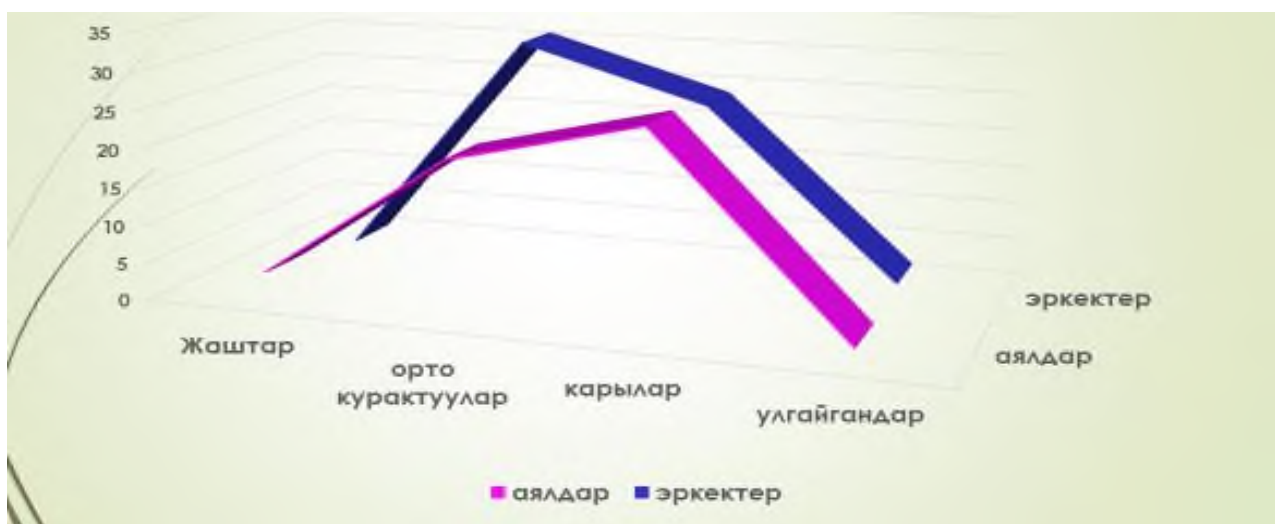
Биздин изилдөөлөр, ДБКС менен жабыркаган оорулууларга ооруунун кан тамырдагы кандын өтүүсүнүн бузулушун өз убагында аныктоо жана дарттын жагымдуу өөрчүүшү максатында балондук ангиопластика жасоо үчүн дуплекстик сканирлөө керек экендигин көрсөттү. Бул топтогу оорулууларды дарылоонун жыйынтыгы дарылоо оор, татаал, узак экендигин көрсөттү. Бул жагдай кант диабети менен жабыркаган пациенттердин ириң-некроздук кабылдаган **ДБКС** алдын-алуу үчүн жүргүзүлүүчү иш-чаралардын негизи болду.

Төртүнчү бөлүмдө «Эндокринология бөлүмдүн шартында кант диабети менен жабыркаган пациенттердин диабетикалык бут кетмен синдромун активдүү түрдө аныктоо жана дарылоо» кант диабети боюнча эндокринология бөлүмүндө жаткан 173 оорулуунун текшерүүсүнүн натыйжалары көрсөтүлдү.



4.1 -сүрөт. Эндокринология бөлүмүндөгү кант диабети менен жабыркаган пациенттердин жынысы жана жашы боюнча жайгашышы.

Алардын Бүткүл дүйнөлүк салаттыкты сактоо уюмунун классификациясы боюнча бөлүнүшү 4.2 -сүрөттө берилди.



4.2 -сүрөт. Эндокринология бөлүмүндөгү пациенттердин Бүткүл дүйнөлүк салаттыкты сактоо уюмунун классификациясы боюнча бөлүнүшү.

Жана дагы бул топто оорулуу эркектердин жана аялдардын саны бирдей болду жана орто жана улгайган курактагылар көптүктү түздү.

Текшерүүдө, биринчи топто колдонулган ыкмалар колдонуду.

173 пациентти текшергенде, 27 (15,6%) учурда **ДБКС** аныкталып, алардын ичинен 8 пациентте нейроишемиялык форма, 19 пациентте нейропатиялык форма аныкталды. **ДБКС** аныкталган 27 пациенттин 12нен сезгенип кабылдаган **ДБКС** табылды.

Натыйжаларды текшергенде, оорулуулардын жашы чоңойгон сайын кабылдаган **ДБКС**нын жыштыгы да жогорулады (4.1 -табл.).

Таблица – 4.1. Жашка байланыштуу синдромдун жыштыгы (Бүткүл дүйнөлүк салаттыкты сактоо уюмунун классификациясы боюнча).

Жашы	Бардыгы		диабеттик бут кетмен синдрому менен	алардын ичинен сезгенүү оорулары менен
	абс. сан	%		
44 жашка чейин	28	16,2	2	1
44-60	84	48,6	12	6
61-74	47	27,1	9	3
74-90	14	8,1	4	2
Бардыгы (%)	173	100,0	27 (15,6%)	12 (6,9%)

Бүткүл дүйнөлүк салаттыкты сактоо уюмунун классификациясы боюнча жаш топторуда **ДБКС**нын жыштыгын изилдегенде, синдром 40 дан 74 жашка чейинки куракта көп катталды.

УДДГ жасаганда, 2 пациентте астынкы жана арткы тибилдик артериянын окклюзиясы табылып, аларга баллондук ангиопластика жасалды.

ДБКСнын кабылдабаган эмес формасы менен пациенттер кантты төмөндөтүүчү препараттарды, кандын реологиялык касиетин жакшыртуучу препараттарды, реополиглюкин, Тималин иммунокорректорун жана бут кетмен областына инфракызыл нурлантуу дарылоосун алышты.

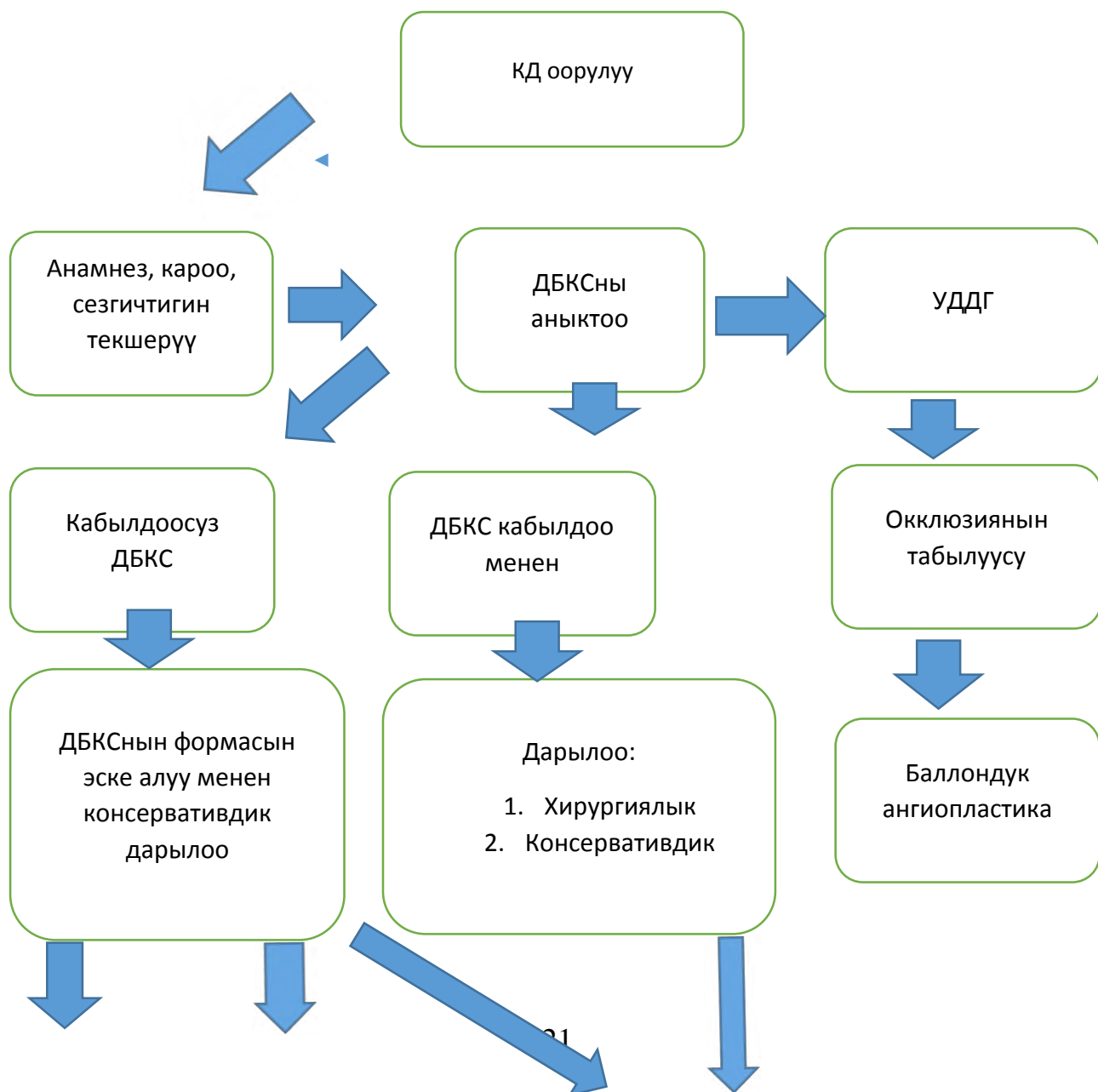
Сезгенип кабылдаган формасы менен жабыркагандарга аймактык дарылоо жүргүзүлдү – ванночкалар, димексиддин 50% аралашмасы менен байлап-таңуу жана инфракызыл нурлантуу. Ооруканадан чыгаарда бардык кабылдоолор айыкты. Бардык оорулууларга байкоо жүргүзүлдү жана ар бир 6 ай сайын хирургдун көзөмөлү астында профилактикалык дарылоо курсу жүргүзүлдү.

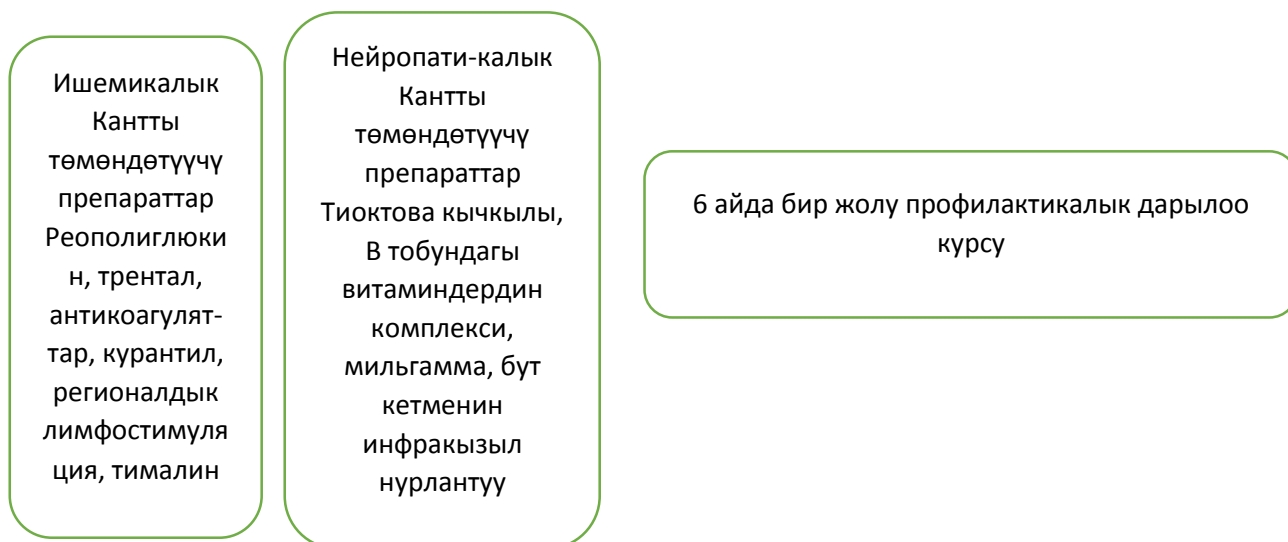
Дарылоонун жана текшерүүнүн бардык тепкичтеринде оорулууларга кант диабети, **ДБКС** жөнүндө маалымат бердик, алдын-алуу чараларын үйрөттүк, жана дагы клиникалык мисалдар менен канттын көлөмүн көзөмөлдөөнү көрсөттүк. Бутта кичине травма болсо да эндокринологго, хирургга кайрылуу керектигин, чоор пайда болбосун үчүн бут кийимди туура тандоо керектигин түшүндүрдүк.

Сөзсүз түрдө, ооруканадан чыгаарда профилактикалык дарылоо курсун жүргүзүүгө сунуш берилди. Сөзсүз түрдө, профилактикалык дарылоо курсун качан алыш керек мөөнөтүн жана медикаментоздук жана физиотерапевтикалык курстун көлөмүн көрсөттүк. Бул топко эки жыл бою байкоо жүргүздүк: 6 айдан кийин 27 оорулуу текшерилди, оорунун козголушу аныкталган жок, бир жылдан кийин бир оорулууда бут кетменинин жумшак ткандарында сезгенүү аныкталды, 2 жылдан кийин 16 оорулуу текшерилип, аларда кабылдоолор аныкталган жок. Биз аз сандагы учурларга байкоо жүргүзсөк дагы, өзүбүздүн жыйынтыктарга

таянып, **ДБКС**нын кабылдоолорун алдын алуунун чараларынын алгоритмин түздүк.

Биздин алгоритмдин маңызы кант диабети аныкталгандан кийин, ДБКСны өз убагында аныктоо үчүн хирург көрүшү зарыл. Бул үчүн, анамнез тыкыр чогултулуусу, бутту кароо, сезгичтин бардык түрлөрүн аныктоо жана булардын негизинде ДБКСнын формасын жана кабылдоонун мүнөзүн тактоо керек. Эгер кабылдоосуз ДБКС аныкталса, синдромдун формасына жараша консервативдик дарылоо дайындалат: ишемикалыкта кандын реологиялык касиетин жана жумшак ткандардын гемодинамикасын жакшыртуучу препараттар, ал эми нейропатиялыкта метаболизмди жана перифериялык нерв жипчелеринин регенерациясын жакшыртуучу препараттар дайындалат. ДБКСнын формасында кантты төмөндөтүүчү препараттар жана иммунокорректорлор колдонулушу керек. Бардык пациенттерге 6 айда бир жолу профилактикалык дарылоо курсун өтүү сунушталат.





4.3 -сүрөт. Диабетикалык бут кетмен синдромун диагностикалоонун жана дарылоонун алгоритми

Көп убакыттан бери айыкпай келе жаткан жаралары жана жараттары бар оорулууларга сөзсүз түрдө УДДГ жасоо керек. Оклюзия аныкталса, жарат процессинин өөрчүшүнө оң таасир этиш үчүн баллондук ангиопластика жасоо сунуш кылынат. Бул ыкма буттун ампутация болуу жыштыгын дагы кыскартат же анын мөөнөтүн артка жылдырат.

Баллондук ангиопластика жасалгандан кийин процесстин уланышын токтотуу үчүн дарылоонун профилактикалык курстарын жүргүзүү керек, ал эми анын натыйжалуулугун хирург баалайт. Реокклюзия пайда болсо, кайрадан баллондук ангиопластика жасоо сунуш кылынат.

Ириң-нероздук кабылдоо менен **ДБКС** аныкталса, медикаментоздук терапия курсунун комплеси менен чогуу деструкция очогун жок кылууга багытталган хирургиялык дарылоо жүргүзүлүшү шарт.

Биздин изилдөөбүз көрсөткөндөй, кант диабети табылган пациенттерде **ДБКС**ны аныктоого өзгөчө көңүл буруу керек.

ДБКСны менен кабылдаган кант диабетин дарылоодо, пациенттер менен жеке иш алып баруу маанилүү. Оорулууларга алдын алуу чаралары, кант диабетинин кабылдоолору жөнүндө түшүнүк берип жана даратты өтүштүрүп жибербөө үчүн хирургга үзгүлтүксүз текшерилип, анын сунуштарын аткаруу керектигин эскертип туруу керек. Ушул мамилени **ДБКС**ны алдын алууда жана дарылоодо колдонуу, бизге изилдөөнүн максатын жана милдеттерин чечүүгө жардам берди.

ЖЫЙЫНТЫКТАР:

1. Эндокринологи бөлүмүндөгү кант диабети менен жабыркаган оорулуулардын ичинен диабетикалык бут кетмен синдрому (ДБКС) барлар 15,6% түздү, ал эми ДБКС барлардын ичинен кабылдаган формалар - 44,4% болду. Кант диабети менен жабыркаган оорулууларды текшерүүдө

эндокринолог жана хирург катышышы керек.

2. Баллондук ангиопластиканы колдонуу ириң-некрот процесси менен кабылдаган ДБКСнын өөрчүүшүн жакшыртат, бийик ампутациянын профилактикасы болуп саналат, бирок пациенттер өмүрүнүн аягына чейин байкоодо турууга жана профилактикалык дарылоо курстарын алып турууга муктаж, окклюзия рецидив болсо кайрадан баллондук ангиопластиканы жасоого көрсөткүч бар.

3. ДБКСны диагностикалоонун жана дарылоонун түзүлгөн алгоритми кант диабетинин кабылдоосун өз убагында аныктоого мүмкүндүк берет жана врачтын жумушун жеңилдеткен дарылоонун адекваттуу ыкмасын тандоого мүмкүндүк берет.

4. Ириң-некрот процесси менен кабылдаган ДБКСны дарылоого иштелип чыккан комплекси сандын жана шыйрактын бийик ампутациясын 3,9%га, операция болгондордун санына карата кайрадан операцияларды 3,3%га, ДБКС менен ооругандардын жалпы санына карата, ылайыгына жараша 2,8% жана 1,8% төмөндөтүүгө мүмкүндүк берди.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

Кант диабети аныкталса, текшерүүгө хирургдун катышуусу зарыл жана ДБКС аныкталса, кабылдоолордун өөрчүүсүн алдын аллууга багытталган дарылоо дайындоо керек.

Көп убакыттан бери айыкпай келе жаткан жаралары жана жараттары бар оорулууларга УДДГ жасоо керек. Окклюзия аныкталса, баллондук ангиопластика жасоо сунуш кылынат. ал эми окклюзия рецидив болсо, баллондук ангиопластиканы кайра жасоого болот.

Ириң-некрот процесси менен кабылдаган ДБКСда хирургиялык дарылоо керек болсо, операциянын астында процессти чектөө үчүн сезгенүүгө каршы жана инфузиондук терапия жүргүзүлүшү керек, операцияны андан кийин жасоо керек.

Ириң-некрот процесси менен кабылдап жана жогорку эндотоксикоз менен коштолгон ДБКСда Ю.М. Левинадин (1986) ыкмасы менен регионардык лимфостимуляцияны колдонуу керек - (кыска убактылуу веностаздан кийин тери астындагы май клетчаткасына антибиотиколимфотроптуу аралашманы куюу).

Кант диабети жана ДБКС менен жабыркаган оорулууларды дарылоодо аларды алдын алуу чараларынын маанилүүлүгү, кабылдоолордун пайда болуу мүмкүнчүлүгү, дарылоонун татаалдыгы, врачом-эндокринолог жана врач-хирург менен дайыма байланышып туруу жөнүндө маалымат берип туруу керек.

Дарылоо мекемелерин реформа кылууда медициналык тейлөөнүн биринчи звеносун күчтөнтүү керек, жана дагы эндокринологиялык диспансерлердин ишин кеңейтүү керек, оорулуулар кант диабети аныкталгандан кийин адистердин кароосунан өтүшү үчүн заманбап аппаратура жана керектүү штат менен камсыз болушу керек, ал эми ДБКС аныкталса, дарылоо курсу жана динамикалык байкоо жүргүзүү аткарылышы керек. Ушундай мамиле гана ДБКСнын кабылдоолору төмөндөтүүгө шарт түзөт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Кулбаев, У. А.** Опыт лечения синдрома диабетической стопы с применением инфракрасного излучения и региональной лимфостимуляции [Текст] / У. А. Кулбаев // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2020. - №5-6. - С. 43-48. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44745650>
2. **Кулбаев, У. А.** Баллонная ангиопластика в лечении больных с синдромом диабетической стопы [Текст] / А. И. Мусаев, У. А. Кулбаев // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2021. - №5-2. - С. 37-43. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47431269>
3. **Кулбаев, У. А.** Оценка лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной некротическим процессом [Текст] / У. А. Кулбаев, У. Т. Култаев, Максут уулу Э. // Здравоохранение Кыргызстана. - 2021. - №3. - С. -139-143. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46530955>
4. **Кулбаев, У. А.** Эффективность мер профилактики гнойно некротических осложнений у больных с синдромом диабетической стопы [Текст] / А. И. Мусаев, У. А. Кулбаев, И. А. Даниярова // Здравоохранение Кыргызстана. - 2021. - №3. - С. 144-150. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46530956>
5. **Кулбаев, У. А.** Клинические результаты баллонной ангиопластики у больных с ишемической и нейроишемической формой синдрома диабетической стопы [Текст] / А. И. Мусаев, У. А. Кулбаев, М. Ж. Алиев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - Смоленск, 2021. - Том 20, №3. - С. 95-100. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47207710>
6. **Кулбаев, У. А.** Регионарная лимфостимуляция в комплексном лечении синдрома диабетической стопы [Текст] / А. И. Мусаев, У. А. Кулбаев // Вестник КРСУ. - 2022. - Том 22, №1. - С. 69-74. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164444>
7. **Кулбаев, У. А.** Местное лечение синдрома диабетической стопы осложненного гнойно-некротическим процессом [Текст] / А. И. Мусаев, У. А. Кулбаев, У. Т. Наралиев // Вестник КРСУ. - 2022. - Том 22, № 5. - С. 78-82. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49079446>

Кулбаев Улукбек Абдиманатовичтин «Диабетикалык бут таманынын кабылдоолорун хирургиялык дарылоо жана жана аларды алдын алуу чаралары» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: кант диабети, диабеттик бут синдрому, татаалдашуу, консервативдик жана хирургиялык дарылоо, баллон ангиопластикасы.

Изилдөөнүн максаты. Ириндүү-некротикалык процесс менен татаалданган диабеттик бут синдрому менен ооругандарды дарылоонун натыйжаларын эрте аныктоо, дарылоо ыкмаларын жана алдын алуу чараларын өркүндөтүү аркылуу жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: ириндүү-некротикалык процесс менен татаалданган ДБС менен 108 бейтап жана кант диабети менен 173 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: диабеттик таман синдрому үчүн клиникалык лабораториялык жана инструменталдык методдорду кабыл алуу учурунда жана синдромдун татаалдашкан формасы үчүн жүргүзүлгөн дарылоо курстарынан кийин жүргүзүлгөн натыйжалар.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык, маалыматтык-аналитикалык, статистикалык.

Изилдөөнүн жыйынтыктары жана илимий жанылыгы. Эки топ көрсөтүлөт: биринчисине ириндүү-некротикалык процесс менен татаалдашкан диабеттик бут синдрому менен ооруган 108 бейтап кирет, аларды дарылоодо консервативдик дарылоо, анын ичинде озондошкан натрий хлоридинин эритмелери, димексид эритмеси жана инфракызыл нурлануу колдонулган, 78 пациентке хирургиялык: баллондук ангиопластика. 17 жана 61-де некротизмдин очогун алып салуу операциясы. Сан жана ылдыйкы бут деңгээлинде ампутациялар 4,9%, кайталанган операциялар 3,3% түздү. Экинчи топко эндокринология бөлүмүнүн кант диабети менен ооруган 173 бейтап кирди, алар диабеттик бут синдромун аныктоо үчүн хирург менен биргеликте текшерилип, синдром 27 (15,6%) бейтапта табылган, анын ичинен 12си татаал формада болгон. Дарылоо хирургдун көзөмөлү астында жүргүзүлдү, ошондой эле процесстин өнүгүшүнө тоскоол болгон дарылоонун профилактикалык курстары. SDS диагностикасынын жана дарылоонун алгоритми иштелип чыккан, бул практиктерге дарылоо ыкмасын тандоону жеңилдетет.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Иштин жүрүшүндө алынган негизги корутундулар жана сунуштар хирургиялык жана эндокринологиялык бөлүмдөрдүн күнүмдүк клиникалык практикасында, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Кулбаева Улукбека Абдиманаловича на тему: «Хирургическое лечение осложнений диабетической стопы и меры их предупреждения» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-хирургия.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, осложнения, консервативное и оперативное лечение, баллонная ангиопластика.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы, осложненного гнойно-некротическим процессом за счет раннего выявления, совершенствования методов лечения и мер профилактики.

Объект исследования: 108 больных с СДС, осложненного гнойно-некротическим процессом и 173 больных с сахарным диабетом.

Предмет исследования: результаты клинических лабораторных и инструментальных методов, выполненных по поводу синдрома диабетической стопы в момент поступления и после курсов лечения, выполненных по поводу осложненной формы синдрома

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, информационно-аналитические, статистические.

Полученные результаты и их новизна. Представлены две группы: первая включает 108 пациентов с синдромом диабетической стопы, осложненного гнойно-некротическим процессом в лечении которых использовано консервативное, включающего озонированные растворы хлорида натрия, раствор димексида и инфракрасное излучение и у 78 пациентов оперативное: баллонная ангиопластика у 17 и операции по удалению очагов некроза у 61. Ампутации на уровне бедра и голени составили 4,9%, а повторные операции 3,3%. Вторую группу составили 173 больных с сахарным диабетом эндокринологического отделения, им выполнено обследование совместно с хирургом на предмет выявления синдрома диабетической стопы и при этом синдром обнаружен у 27 пациентов (15,6%), из них у 12- осложненная форма. Лечение выполнено под наблюдением хирурга, а также профилактические курсы лечения, что позволило предотвратить прогрессирование процесса. Разработан алгоритм диагностики и лечения СДС, что облегчает практическим врачам выбор метода лечения.

Степень использования или рекомендации результатов исследования. Основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы, могут быть использованы в повседневной клинической практике хирургических и эндокринологических отделений, а также в учебном процессе и научных исследованиях.

Область применения: хирургия

SUMMARY

Kulbaev Ulukbek Abdimanapovich's dissertation on the topic of: “Surgical treatment of diabetic foot complications and measures for their prevention” for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17-surgery.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, complications, conservative and surgical treatment, balloon angioplasty.

Purpose of the study. To improve the results of treatment of patients with diabetic foot syndrome complicated by a purulent-necrotic process through early detection, improvement of treatment methods and preventive measures.

Object of study: 108 patients with DFS complicated by purulent-necrotic process and 173 patients with diabetes mellitus.

Subject of study: the results of clinical laboratory and instrumental methods performed for diabetic foot syndrome at the time of admission and after courses of treatment performed for a complicated form of the syndrome

Research finding and their novelty: clinical, laboratory, instrumental, information-analytical, statistical.

The results obtained and their novelty. Two groups are presented: the first includes 108 patients with diabetic foot syndrome complicated by a purulent-necrotic process in whose treatment conservative treatment was used, including ozonized sodium chloride solutions, dimexide solution and infrared radiation, and in 78 patients surgical: balloon angioplasty in 17 and surgery to remove foci necrosis in 61. Amputations at the level of the thigh and lower leg were 4.9%, and repeated operations 3.3%. The second group consisted of 173 patients with diabetes mellitus of the endocrinology department, they were examined jointly with a surgeon to identify diabetic foot syndrome, and the syndrome was found in 27 patients (15.6%), of which 12 had a complicated form. The treatment was performed under the supervision of a surgeon, as well as preventive courses of treatment, which prevented the progression of the process. An algorithm for the diagnosis and treatment of SDS has been developed, which makes it easier for practitioners to choose a treatment method.

The degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations obtained during the work can be used in the daily clinical practice of surgical and endocrinological departments, as well as in the educational process and scientific research.

Scope of use: surgery