

«УТВЕРЖДАЮ»



Директор НХЦ МЗ КР
Д.м.н., профессор
Мамакеев К.М.

Мамакеев К.М.

2020 г.

ВЫПИСКА

из протокола №10 от 05.02.2020 г. заседания научного отдела сотрудников Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по предварительной апробации диссертационной работы соискателя Чаканова Т.И. на тему: «Эффективность комплексного лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной гнойным процессом» представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Председатель заседания:

- 1. Калжикеев А.М. – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе НХЦ, 14.01.17;

Секретарь:

- 2. Элеманов Н.Ч. - к.м.н., с.н.с. секретарь Ученого совета НХЦ, 14.01.17;

Присутствовали:

- 3. Оморов Р.А. – член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, 14.01.17 (приглашенный);
- 4. Ниязов Б.С. – д.м.н., профессор, заведующий сектором НХЦ, 14.01.17;
- 5. Сыдыгалиев К.С. д.м.н., профессор, заведующий сектором НХЦ, 14.01.17;
- 6. Эраалиев Б.А. - д.м.н., профессор, зав.отделением НХЦ, (14.01.17);
- 7. Жолдошбеков Е.Ж. - д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева, 14.01.17;
- 8. Мусаев У.С. – д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе ГКБ №1, 14.01.17 (приглашенный);
- 9. Авазов Б.А. – д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, 14.01.17 (приглашенный);
- 10. Ибраимов Д.С. – д.м.н., ассистент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, 14.01.17 (приглашенный);
- 11. Салибаев О.А. – д.м.н., декан факультет последипломного медицинского образования КГМА им. И.К. Ахунбаева, 14.01.17 (приглашенный);
- 12. Токтогулов О.Ж. – д.м.н., заведующий отделением хирургии №1 ГКБ №1, 14.01.17 (приглашенный);
- 13. Абдуллаев Ж.С. – к.м.н., доцент, заведующий сектором НХЦ, 14.01.17;
- 14. Акназаров К. К. - к.м.н., зав. лабораторией НХЦ (14.01.17);

- 28
15. Ибраимов Б.А. – к.м.н., заведующий сектором НХЦ, 14.01.17;
 16. Талипов Н.О. - к.м.н., зав.отделом НХЦ (14.01.17);
 17. Рысбеков М.Т. - к.м.н., научный сотрудник НХЦ (14.01.17);
 18. Сыдыков Н.Ж. - к.м.н., зав.отделением НХЦ, (14.01.17).

Всего: 18 человек

Повестка дня

Предварительное рассмотрение диссертации соискателя Чаканова Т.И. на тему: «Эффективность комплексного лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной гнойным процессом» представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17.

Работа выполнена: на кафедре факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, в ГКБ №1 г.Бишкек и в НХЦ МЗ КР.

Тема кандидатской диссертации и научный руководитель утверждены на основании решения Ученого совета Национального хирургического центра МЗ КР от 07 июля 2014 г., протокол № 6.

Научный руководитель:

д.м.н., профессор Жолдошбеков Е.Ж.

Рецензенты:

1. Токтогулов О.Ж. – д.м.н., заведующий отделением хирургии №1 ГКБ №1, 14.01.17.

2. Салибаев О.А. – д.м.н., декан факультет последипломного медицинского образования КГМА им. И.К. Ахунбаева, 14.01.17

Слушали: доклад соискателя Чаканова Т.И. «Эффективность комплексного лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной гнойным процессом». (Доклад сопровождался демонстрацией слайдов).

Глубокоуважаемый председатель, уважаемые коллеги! Сахарный диабет (СД) – это хроническое неинфекционное заболевание и занимает одно из лидирующих мест по причине смертности, распространенности и инвалидности.

Актуальность этой проблемы обусловлена тем, что при СД возникают такие осложнения как синдромом диабетической стопы, слепота, инфаркт миокарда, инсульт. А ампутации нижней конечности по поводу гангрены встречаются 45-70 раз чаще, чем у лиц без диабета и продолжительность жизни у этих больных сокращается на 7-10 лет.

На основе всех нарушений на стопе больного с присоединением инфекций начинаются гнойно-некротические процессы, которые становятся непосредственной причиной высоких ампутаций конечности. На сегодняшний день больные синдромом диабетической стопы осложненной гнойно-некротическим процессом представляют группу трудно-поддающихся лечению. Последние требуют комплексного подхода, учитывающего все звенья сложного патогенеза болезни. Несмотря на предложенное множество способов лечения количество больных, которым проводятся ампутации не уменьшается. Поэтому данный вопрос требует дальнейшего научного поиска в лечении этой категории

больных, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с синдромом диабетической стопы осложненного гнойно-воспалительным процессом за счет оптимизации методов лечения.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи исследования:

1. Определить эффективность использования традиционных средств лечения у больных с гнойными осложнениями синдрома диабетической стопы.
2. Оценить клинические проявления функционального состояния регионарного кровотока при различных формах поражения синдрома диабетической стопы.
3. Определить эффективность пролонгированной внутриаартериальной инфузии лекарственных средств в комплексном лечении ишемических и нейроишемических форм синдрома диабетической стопы.
4. Дать сравнительную оценку использованных методов лечения с гнойными осложнениями с различными формами синдрома диабетической стопы и представить клиническое обоснование для выбора наиболее эффективного объема и метода лечения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Лечение больных с синдромом диабетической стопы осложненной гнойно-некротическими процессами традиционными методами малоэффективно, частота высоких ампутаций остается на высоком уровне, и сроки заживления ран замедленные.
2. Предложенная тактика ведения больных доказывает целесообразность использования пролонгированной внутриаартериальной инфузии при диабетической стопе с гнойными осложнениями с учетом формы СДС для избежания прогрессирования гнойно – некротического процесса.
3. Использование общей и местной озонотерапии и раствора декасана позволяет улучшить течение раневого процесса и ликвидировать интоксикацию.

Под наблюдением находились 184 больных с сахарным диабетом, осложненным развитием синдрома диабетической стопы. При распределении больных по полу и возрасту выяснено, что мужчины и женщины встречаются с одинаковой частотой (53,3%, 46,7%) и наиболее часто были госпитализированы больные в возрасте 61-70лет 35,3%, и 51-60лет 29,9%.

Анализ сроков заболевания сахарным диабетом показал, что большинство больных страдали сахарным диабетом более 5-10 лет (48,5%)

Из числа поступивших преобладали больные с сахарным диабетом 2 типа и в стадии субкомпенсации (90,2% и 52,7%).

При обследовании больных особое внимание уделяли выявлению сопутствующих заболеваний. Из 184 сопутствующие заболевания обнаружены у 102, что составило 55,4%, наибольший удельный вес занимала КБС и гипертоническая болезнь. Все поступившие распределены по характеру заболевания.

Среди поступивших наибольшее число больных было с трофическими язвами 58 чел.(31,5%), с гангреной пальцев 43 чел.(23,4%) и флегмоной стопы

37 чел.(20,1%). В результате обследования нами были выделены формы поражения степени.

В процессе лечения нами были выделены 2 группы больных в зависимости от метода лечения, оценку осуществляли с применением клинических показателей, цитологии ран, определения размеров ран, бактериологического исследования и показателей иммунитета.

Первую группу составило 75 больных, которые получали традиционное лечение – она служила для нас контролем.

В лечении этой группы использовали противовоспалительную, детоксикационную терапию и лечение направленные на коррекцию нарушенного метаболизма. Наряду с общим лечением выполняли местное лечение, направленное на очищение раны, снижение воспалительного процесса и ускорение заживления.

Оперативное лечение выполнено у 36 из 75 больных, что составило 48,1%, при чем ампутация бедра у 5 больных (6,6% и 13,9% от числа всех оперированных).

Умерло 4 (11,1%) от полиорганной недостаточности, в результате прогрессирования гнойно-некротического процесса. Повторная операция потребовалась у 7 больных (9,7%).

Результаты лечения контрольной группы показали, что традиционного лечения у больных СДС недостаточно, необходимы поиски более эффективных мер терапии, чтобы предотвратить прогрессирование процесса и избежать высоких ампутаций, что явилось для нас основанием для разработки и использования других подходов к лечению больных с осложненными формами СДС.

Основную группу больных составили 109 пациент (59,2%). Из них у 24 (22,0%) был диабет в стадии компенсации, у 53 (48,6%) в стадии субкомпенсации и 32 (29,4%) в стадии декомпенсации.

Всего в основной группе произведено 59 (54,1%) операций. Высоких ампутаций на уровне бедра выполнено 4 (6,8%) больным по жизненным показаниям из-за гангрены в первые 3 суток. Из них умер один (1,7%) в результате интоксикации и сердечно-сосудистой недостаточности. Экзартикуляция пальцев стоп выполнена у 29 (49,1%). Из них ни у одного перехода гнойного процесса на подошву не было, но умерло 2 (3,4%). Один в результате почечной недостаточности из-за диабетической нефропатии, второй от острого инфаркта миокарда. Вскрытие флегмон конечности выполнено у 22 (37,3%) и панарициев у 4 (6,8%).

В основной группе - 76 больных у которых была нейропатическая форма СДС. А 33 больных страдали ишемической и смешанной формы СДС, осложненных гнойно-некротическим процессом.

Местное лечение диабетической стопы было одинаковым в двух группах больных. Раны обрабатывали озонированным физиологическим раствором натрия хлорида с концентрацией озона 8-10мкг/мл и накладывали повязки с 0,02% раствором декасана, перевязки делали ежедневно, а в первые сутки при обильном гнойном отделяемом 2 раза.

При выполнении хирургического лечения старались не создавать обширные раны т.е. соблюдали сберегательный принцип. Только после исчезновения гиперемии, отека и улучшения общего состояния, восстановления кровотока проводили иссечение некротических тканей.

Среднее пребывание больных в стационаре составило $21,5 \pm 2,1$ койко-дней.

Из 33 больных основной группы с выраженными симптомами ишемии на нижних конечностях, осложненными гангреной пальцев и стоп, при определении степени ишемии у 15 сосудистая недостаточность сочеталась с относительно сохраненными функциональными возможностями конечности, перемежающая хромота наступала через 100 – 250 метров, отсутствовал болевой синдром. А у других (18 больных) имелись значительные нарушения двигательной активности конечности: больные могли без остановки пройти не более 50 метров из за болевого синдрома. При УЗДГ отмечалось снижение кровотока в подколенных и тиббиальных сегментах. Поэтому основной акцент лечения был направлен на улучшение регионарного кровотока в конечности.

У 15 больных в лечении использовали пункционное внутриартериальное введение медикаментозных средств в бедренную артерию в паховой области. В артерию из 20 граммового шприца вводили сосудорасширяющие препараты с антибиотиками, но этот метод ограничивает возможность многократной лекарственной терапии.

Наряду с традиционным общим медикаментозным лечением в комплекс лечения включали общую озонотерапию внутривенно. Начиная с первого дня поступления больные получали озонированный физиологический раствор хлорида натрия с концентрацией озона 3-4мкг/мл по 400мл два раза в сутки на протяжении 3 дней, а затем один раз в сутки и продолжительность зависела от течения заболевания.

У 18 больных использовали в лечении пролонгированную внутриартериальную инфузию. Внутриартериальное введение медикаментозных средств довольно эффективно при воспалительных заболеваниях, оно обеспечивает в патологическом очаге более высокую концентрацию лекарственных средств. Кроме того, при применении катетеризации артерий можно вводить не только антибиотики, но и препараты улучшающие трофику тканей, микроциркуляцию и др.

Методика операции: катетеризация нижней надчревной артерии заключались в следующем: анестезия - раствор лидокаина 0,5%-60,0. После соответствующей обработки операционного поля, выполняем инфильтрационную анестезию по Вишневскому, производим кожный разрез в проекции ниже пупка на 2см прямой мышцы живота справа, длиной 7см на 5см по ходу гемостаз. Тупым и острым путем по ходу волокон прямой мышцы выделяем нижнюю надчревную артерию, она пульсирует и ее диаметр около 1мм. Артерию берем на лигатуру, проксимальный конец дважды перевязываем. После чего производим поперечную артериотомию дистального конца артерии, и по проводнику вводим подключичный катетер на протяжении 2см, а затем его фиксируем. В катетер вводим пентоксифиллин 5,0+физиологический раствор

натрия хлорида 10,0 с целью улучшения микроциркуляции, ношпа 4,0+физиологический раствор натрия хлорида 10,0 с спазмолитической целью, цефазолин 1,0 разведенный на 10мл физиологического раствора, озонированный физиологический раствор хлорида натрия с концентрацией озона 3-4мкг/мл по 200мл и гепариновый блок с целью антикоагулянтной терапии.

Катетерное введение выполняли на протяжении 5-7суток, осложнений при этом не наблюдали.

Наблюдение показало, что у всех больных в первые 2-3 суток нормализовалась температура, что позволило выполнить некрэктомию (6 чел.) и ампутацию пальцев у 9 больных. Это была наиболее тяжелая группа больных. Все они многократно лечились по поводу СДС, но за последнее время состояние ухудшилось. У всех имел место некротический процесс пальцев стоп.

Необходимо отметить, что в динамике наблюдения за больными уже на 2-3 сутки исчезал болевой синдром, уменьшался отек и гиперемия окружающих тканей, раны быстро очищались и к концу курса внутриартериальной инфузии четко отграничивались участки некроза и у 4 больных выполнена ампутация пальца, а у остальных некрэктомия.

При наличии язв уже на 4-5 сутки от начала лечения посев микрофлоры не дал, отмечены признаки улучшения микроциркуляции – конечности потеплели, улучшилась пульсация сосудов. Ни у одного ампутации на уровне бедра не было.

Наши исследования показали, что при ишемической форме целесообразно использовать внутривенное ведение озонированного физиологического раствора натрия хлорида с концентрацией озона 3-4мкг/мл.

При смешанной форме использовать внутриартериальной введение через катетеризованную нижнюю надчревную артерию медикаментозных средств в сочетании с озонированными растворами. Полученные результаты показали эффективность этой методики. Она не сложна, но предотвращает прогрессирование процесса.

В процессе работы мы выполнили сравнение основных показатели при использовании традиционного лечения и больных двух подгруппы.

При сравнении показатели иммунологической реактивности улучшались и в результате лечения.

После проведенного лечения количество Т-лимфоцитов был выше в основной группе в сравнении с показателями контрольной группы, а количество В-лимфоцитов оставалось на одном уровне в обеих группах.

Анализ показателей классов иммуноглобулинов позволил оценить их уровень до лечения и после выполненного лечения и отметить положительные сдвиги лишь в уровне класс G.

Улучшение общего состояния и стихание воспалительного процесса отражалось и в показателях ЛИИ. При сравнении этих данных выяснено, что к моменту выписки ЛИИ у больных основной группы было на уровне нормы, что нельзя было сказать о контрольной группе.

При анализе данных плече-лодыжечного индекса у больных обеих групп достоверных различий мы не наблюдали. До и после проведенного лечения обеих групп показатели были в пределах нормы, т.е. индекс давления составлял 0,9-1,0. После лечения имелась тенденция к снижению. Это мы объясняем тем, что после лечения улучшилась микроциркуляция конечности.

При сравнении показателей типа цитогрaмм обеих групп мы получили нижеследующую картину.

У больных контрольной и основной групп до лечения характер цитогрaмм раны преобладал некротический тип с увеличением срока лечение этот тип цитогрaммы быстрее снижался в основной группе. Что же касается воспалительно – регенераторного типа, то увеличение срока лечения увеличивалась и его частота, но более достоверно в основной группе.

Более заметные изменения наблюдались у больных основной группы, где использовался озонированный раствор и раствор декасана.

Сравнительный анализ клинических показателей раны показал, что при анализе их по суткам, показатели основной группы значительно опережают показатели контрольной группы, т.е. внутривенная и внутриартериальная озонотерапия в сочетании с местным применением озонированных растворов и раствора декасана благотворно влияют на течение и заживление раневого процесса.

Сравнительный анализ клинических показателей раны у больных с СДС контрольной и основной группы позволил отметить, что видимые изменения спадение отека, гиперемии и количество отделяемого начинаются с пятых суток. В основной группе на 8-е сутки рана полностью очищается, а на 10-е и 13-е сутки появляются грануляции и идет эпителизация ран, что нельзя сказать о показателях контрольной группы, где они отстают на 2-4 суток.

Использованные в основной группе методы лечения позволили выполнить операции у больных с гангренами стопы и пальцев без осложнений, с минимальными для больного потерями.

Характер хирургического вмешательства у больных основной и контрольной групп показал, что всего выполнено 95 (51,6%) операций 184 больным. Из них 59 (32,0%) в основной и 36 (19,5%) в контрольной группе. Всего ампутаций на уровне бедра произведено 9 (4,8%) больным, экзартикуляции пальцев стоп у 43 (23,3%), вскрытие флегмон у 37 (20,1%) и вскрытие панарициев 6 (3,2%). Следует отметить, что в основной группе были более тяжелые больные с гангренами и флегмонами. При выполнении оперативного вмешательства возникали осложнения, которые требовали повторных вмешательств. Так, в контрольной группе выполнено 7 (3,8%) повторных операций, в то время как в основной таких осложнений мы не наблюдали. В основной группе удалось также снизить количество ампутаций на уровне бедра от 13,9 до 6,8%, т.е. в два раза.

Таким образом наши исследования показали, что улучшение результатов лечения больных с СДС можно добиться путем своевременной диагностики, выбором и объемом лечения с учетом формы СДС и ее осложнений, и использованием внутриартериального введения медикаментозных средств в

нижненадчревную артерию.

Председатель – доклад окончен, у кого есть вопросы?

ВОПРОСЫ:

Сыдыгалиев К.С. – д.м.н., профессор:

Вопрос 1. Чем отличается ваша работа от работ ранее выполненных сотрудниками нашей больницы?

Ответ: Шабданалиев А - использовал УФО аутокрови в лечении СДС.

Усенбеков Р.Т. - применял Барокамеру и мазь Куриозина. Жолдошбеков Е.Ж. - Региональную лимфостимуляцию и введение антибиотиков с малыми дозами крови.

Вопрос 2. Какое практическое значение имеет Ваша работа?

Ответ: Внедрение основных положений нашей работы направлено на снижение частоты осложнений и улучшение результатов лечения СДС.

Вопрос 3. Какие лабораторные исследования вы выполняли?

Ответ: Уровень сахара крови, ОАК, с вычислением ЛИИ, почечные и печеночные тесты, иммунологические и бактериологические исследования.

Вопрос 4. Встречались ли при диабетическом стопе анаэробная инфекция?

Ответ: На нашем материале случаев анаэробной инфекции не было.

Ниязов Б.С. – д.м.н., профессор:

Вопрос 1. При катетеризации нижней надчревной артерии использовали УЗИ?

Ответ: Нет, УЗИ не использовано, в нем нет необходимости.

Вопрос 2. Какой процент на вашем материале составляли высокая ампутации бедра и какова их судьба, и не была ли ампутация второй конечности?

Ответ: На нашем материале высоких ампутации было 9 (4,8%). После операции они проходили контрольное обследование ампутации второй конечности не была.

Вопрос 3. Сколько процент встречается влажная гангрена на вашем материале?

Ответ: Из больных поступивших с гангренной стадии болезни влажная гангрена составляла 9 (4,8).

Оморов Р.А. – д.м.н., профессор:

Вопрос 1. Какие преимущества катетеризация нижней надчревной артерии и перед пункцией бедренной артерии?

Ответ: Пункцию бедренной артерии выполнить многократно сложно и нередко при этом повреждается противоположенная стенка артерии, а при катетеризации нижней надчревной артерии – обнаружение и обнажение артерии не представляет сложности, а ее катетеризации позволяет вводить медикаментозные средства в артерию многократно.

Рысбеков М.Т. - к.м.н.:

Вопрос 1. Даете ли вы общие рекомендации по СДС?

Ответ: Да даем. Лечение СД обязательно комплексное при котором необходимо учитывать состояние больного, стадию заболевания,

иммунологический статус и гемодинамику.

Вопрос 2. Участвовал ли сосудистые хирурги и эндокринологи в определении объема лечения СДС?

Ответ: Да, все больные консультированы эндокринологом, а в катетеризации сосудистый хирург и в выборе объема введения медикаментозных средств в артерию.

Ибраимов Б.А. – к.м.н.:

Вопрос 1. Какой механизм действия препаратов введенных внутриаартериально?

Ответ: Препараты способствует расширение сосудов и улучшение гемодинамике нижней конечности.

Вопрос 2. Озонированные растворы до вас использовалось ли для внутриаартериального ведения или нет?

Ответ: Мы впервые применили озонированный растворы в лечение СДС.

Сыдыков Н.Ж. – к.м.н.:

Вопрос 1. Антибактериальная терапия назначалось с учетом каких показателей?

Ответ: Антибиотики назначали с учетом результатом бактериологического исследования отделяемого ран.

Абдуллаев Ж.С. – к.м.н., доцент

Вопрос 1. Какой механизм действия озона?

Ответ: Озон обладает бактериоцидным, иммунокорригирующая и антиоксидантным действием.

Вопрос 2. Принимали ли вы участие в операции высокой ампутации бедра?

Ответ: При любой операции, выполняемой по поводу СДС принимал участия как ассистент или оператор.

Вопрос 3. Как вы использовали декасан в лечение СДС?

Ответ: При наличии гнойных ран: их орошали 0,02 % - декасан и накладывали повязки этом же раствором, а после очищения раны, накладывали повязки с озонированными растворами.

Калжикеев А.М. – д.м.н., профессор:

Вопрос 1. Что вы знаете о растворе Уресултан?

Ответ: Да, знаем это антисептик, но мы его своей работе не применяли.

Вопрос 2. В чем суть трансметатарзальная ампутация стопы?

Ответ: Это методика Шарпу.

Выступление рецензентов:

1. Рецензент Токтогулов О.Ж. – д.м.н.

Работа посвящена актуальной проблеме современной хирургии, это улучшению результатов хирургического лечения больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы. На сегодня используемый весь арсенал средств и методов, направленных на борьбу с этой тяжелой патологией не дает удовлетворительных результатов, так как ампутации нижних конечностей по поводу гангрены встречаются в 70 раз чаще, чем у лиц без диабета, а летальный исход при этом достигает 80 %. Поэтому поиск других

методов в лечении этой хирургической проблемы представляется весьма актуальной.

Диссертация включает в себя все необходимые главы, заключение, выводы и практические рекомендации и вполне соответствует необходимым требованиям. Поэтому на структурных элементах работы останавливаться не буду, а приступлю непосредственно к замечаниям, которые на мой взгляд имеют значение.

Во введении, в разделе новизна автор указывает кроме прочих еще и оптимизацию лечения, она сама по себе не может быть новизной, но если вы настаиваете на этом, то лучше расписать более подробно детали этой оптимизации.

Глава 1, традиционно считается важной частью работы, так как именно она позволяет понять суть решаемой проблемы. Здесь предлагают множество вариантов систематизации осложнённых форм СД, но нет дискуссии авторов о преимуществе или недостатке того или иного метода классификации СД. Технической погрешностью считаю, когда указывается сокращение в тексте, а в списке сокращения ее нет, что создает неудобства в восприятии материала.

Глава 2 начинается с таблицы, где представлены критерии диагностики СД по данным ВОЗ, однако предыстория ее создания, которая должна быть отражена в главе 1 - нет, т.е. нужно показать, что из множества критериев выбор пал именно на этот вариант. Автор предлагает 2 гр больных-контрольная, которым применялись традиционные способы лечения и основная группа, которым применялись новые методы лечения. Важным считаю использование автором множества методов исследования пациентов, направленные на определение эффективности и контроля применяемых методов лечения, однако некоторые формулы, расчеты показаны без детального их разъяснения, поэтому приходится гадать откуда они пришли, почему именно этот способ считаете лучше, чем другие, информативные методы и т.д.

В главе 3 указываете все преимущества и недостатки традиционного способа лечения, обследования и их результаты. Однако создается впечатление, что результаты не так уж и плохие если сравнивать с данными в обзоре литературы. Есть такие обороты слов как «старались, возможно, может быть», что указывает на субъективность в оценке результатов, необходимо придерживаться приняты клиническим протоколам.

Глава 4 является основной в диссертации, так как автор здесь использовал оптимизированные методы в лечения в этой тяжелой группе больных, пытаясь получить лучшие результаты, чем в контрольной и получил достоверную разницу при сравнительном анализе групп. Автор считает важным, и я с этим согласен, что проблема малоэффективности традиционных способов лечения – это отсутствие необходимой лечебной концентрации используемых лекарственных средств в зоне поражения и применение внутриартериального введения средств ключевой элемент в комплексном лечении больных с СДС. В этой главе впервые вы исследуете опорную функцию конечности и определяете статическую перегрузку, которая снизилась в 3,8 раза, почему впервые, потому что до этого о возможном обследовании этими методами речи не шло.

В заключительной главе автор проводит сравнительный анализ исследуемых групп больных, где представлены преимущества выбора методов лечения предлагаемые соискателем, которые в итоге имели существенный результат. В этой главе указывается, что те или иные способы лечения дали хороший результат, но считаю необходимым указать эти результаты более конкретно, к примеру, что площадь поражённой зоны сократилась, % заживления или уменьшилось количество ампутаций и пр.

Заключение.

Диссертация является законченным научно-исследовательским трудом выполненный автором самостоятельно, на высоком методическом уровне. В работе приведены научные результаты, позволяющие их квалифицировать как новое в хирургии. Полученные автором результаты достоверные, выводы и заключение обоснованные. Работа базируется на достаточном числе исходных данных, примеров и расчетов, что соответствует требованиям, предъявляемым к диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Высказанные замечания не имеют принципиального значения, легко устранимы, и после исправления замечаний, можно рекомендовать для дальнейшей экспертизы.

Ответ соискателя рецензенту:

Глубокоуважаемый Орозали Жунусалиевич! Благодарю за тщательный анализ нашей работы и ценные замечания, которые будут нами учтены при окончательном оформлении работы.

2. Рецензент Салибаев О.А. – д.м.н.

Актуальность работы не вызывает сомнений, так как число больных СД не уклонно растет и наряду с этом увеличивается количество больных СДС. Необходимо отметить, что очень сложным является лечение СДС, осложненного гнойно – некротическим процессом. В литературе представлено огромное литература посвященная этому осложнению и не смотря на множество методов лечения, рекомендуемые этой группе больных, число ампутаций уменьшилось незначительно, поэтому любая попытка улучшения результатов лечения оправдана, а тема работы Чаканова Т.И. актуальна и своевременна.

Работа построена по традиционному типу и состоит из введения, главы обзора литературы и 4 глав собственных исследований, заключения выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы.

Во введении представлены все подразделы, рекомендуемые ВАК КР.

В обзоре литературе представлено современное состояние диагностики и лечения СДС и даны результаты различных методов лечения этого заболевания. В обзоре еще раз обоснована актуальность темы исследования.

В рассматриваемом материале соискатель представил результаты лечение больных СДС с использованием традиционных методов лечения и разработанных новых методы с использованием озонированных растворов и внутриартериального введения медикаментозных средств. Результаты проведенного традиционного лечения изложена в 3 главе, а в 4 главе результаты разработанных новых подходов в лечении больных СДС. В 5 главе

дана сравнительная оценка методов лечения СДС.

Нужно отметить, что в решении цели и задач использованы достаточно информационные методы исследования: цитология раны, бактериологическое исследование и клинические показатели. Все главы иллюстрированы выписками из историй болезни, таблицами, графиками и их достоверность сомнений не вызывает.

В работе представлена и новизна исследования: изучена особенность регионарной гемодинамика у больных с различными формами СДС; обоснована эффективность внутриартериальной инфузии в лечении СДС; обоснована возможность улучшения результатов лечения больных с СДС за счет оптимизации методов лечения.

Работа имеет практическое значение в том плане, что внедрение ее основных положений направлено на улучшение методов лечения больных СДС.

Принципиальных замечаний диссертация не вызывает, но при рецензировании возникло ряд замечаний, которые легко устранимы и не влияют на положительную оценку работы;

Необходимо дополнить список сокращений терминами, которые имеются в работе: НГ МЗ КР, ЭКГ, ВБНК.

Необходимо дать таблицу с данными о количестве проведенных исследований.

Глава 3. При описании лечения надо давать не название препарата, а фармакологическую группу, его МНН.

В таблице 3,7 Динамику микробной обсемененности лучше давать в показателе КОЕ с соответствующей степенью обсеменения.

Глава 4, Необходимо дать описание внутриартериального введения медикаментозных средства в бедренную артерию.

Приведенные клинические примеры описаны хорошо и подтверждают эффективность, но использованные препараты нужно давать по торговому названию и величину МНН.

Необходимо более детально изложить расстройство чувствительности при СДС и индекс давления.

Я еще раз хочу отметить, что указанные замечания не влияют на положительную оценку работы.

Заключение. Работа соискателя Чаканова Т.И. на тему: «Эффективность комплексного лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной гнойным процессом» является законченной самостоятельной научной работой выполненной на актуальную тему, современном методическом уровне, содержит новизну и имеет практическое значение, в ней представлено решение одной из актуальных задач хирургии, что соответствует требованиям ВАК КР, предъявляемым на соискание ученой степени кандидата медицинских по специальности 14.01.17 – хирургия.

После внесения исправления диссертация может быть представлена в диссертационный совет для прохождения следующего этапа экспертизы.

Ответ соискателя рецензенту:

Глубокоуважаемый Оскон Абдыгапарович! Спасибо за детальное

рецензирование, ценные замечания, которые нами учтены.

В ОБСУЖДЕНИИ ВЫСТУПИЛИ:

Ниязов Б.С. – д.м.н., профессор. Тема актуальна содержит новизну соискатель выполнил объем работы отвечающий цели и задача исследование. После внесения исправлений работу можно представить диссертационный совет для дальнейшего рассмотрения.

Ибраимов Б.А. – к.м.н.: Работа Чаканова Т.И. актуальна и лечение этого заболевания очень сложное, она ценна для лечебных учреждений Кыргызской Республики. В работе представлена новизна и что очень важно она имеет практическое значение. Считаю, что работу можно представить к защите как соответствующую требованиям ВАК КР.

Заключительное слово председателя

Работа Чаканова Т.И. выполнена на актуальную тему, на большом клиническом материале, содержит новизну и имеет практическое значение и после внесения исправлений может быть представлена в диссертационный совет Д 14.19.600 при КГМА им. И.К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР, как соответствующая требованиям ВАК КР предъявляемым к кандидатским диссертациям по специальности 14.01.17 – хирургия для дальнейшего рассмотрения.

Голосование: «За» - 18; «Против» - нет; «Воздержавшиеся» - нет.

После обсуждения работы пришли к заключению.

Заключение

Наиболее существенные научные результаты и их новизна

На основании выполненных результатов большого 184 СДС осложнений гнойно – некротическими осложнениями было установлено, что, у больных СДС имеются нарушения гемодинамики, поражение нервов, костно-суставной система и иммунной реактивности и эти нарушения должны быть учтены при выборе лечения.

Использование традиционного метода лечения мало эффективно. Применение общей и местной озонотерапии улучшает общее состояние больных, снижается интоксикация и нормализуется иммунная реактивность. Применение раствора декасана и озонированными растворы оказывает положительные эффекты при лечении СДС. Сравнительная оценка лечение СДС показала преимущества использования внутривенного и внутри артериального введения медикаментозных средства, что способствовало сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

Оценка достоверности и новизна полученных данных

Достоверность результатов не вызывает сомнений так как полученные данные статически обработаны и даны в виде таблиц, графиков, выписок из истории болезни.

Новизна работы: заключается в том, что при СДС имеет место особенность регионарной гемодинамики, автором обоснована эффективность длительной внутриартериальной инфузии при СДС и доказана возможность улучшения лечения больных с СДС.

Значение для теории и практики

Полученные результаты исследование позволяет более глубоко раскрыть этиопатогенез, СДС и возникновение прием гнойно – некротических осложнений. Знание этих положений является основой для разработки мер профилактики.

Практическое значение работы заключается в том, что внедрение ее основных положение направлено на улучшение лечения больных СДС.

Рекомендации об использовании результатов исследования

Основные положения диссертации рекомендуются для внедрения в практическое здравоохранение в лечебных учреждениях Кыргызской Республики.

Постановили: Работа Чаканова Т.И. на тему: «Эффективность комплексного лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной гнойным процессом» является законченным, самостоятельным научным исследованием, выполненным на актуальную тему, на современном методическом уровне, содержащим новизну и имеющим практическое значение, что соответствует требованиям «О порядке присуждения ученых степеней» ВАК КР, предъявляемым к кандидатским диссертациям и после устранения сделанных замечаний может быть представлена на рассмотрение в диссертационный совет Д 14.19.600 при КГМА им. И.К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР по специальности 14.01.17 – хирургия.

Председатель:
д.м.н., профессор

Секретарь:
к.м.н., с.н.с.
07.02.2020 г.



Калжикеев А. М.

Элеманов Н. Ч.

