

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы  
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ  
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

**Д 14.19.600 диссертациялык кеңеши**

Кол жазма укугунда  
УДК 617.586:616.379-008.64-002.3-06-08

**ЧАКАНОВ ТАРИЭЛ ИСРАИЛОВИЧ**

**ИРИНДҮҮ ПРОЦЕСС МЕНЕН КАБЫЛДАНГАН ТАМАНДЫН  
ДИАБЕТТИК СИНДРОМУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН  
КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООСУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ**

14.01.17 - хирургия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын  
изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын  
**авторефераты**

**Бишкек – 2020**

Илимий иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунун илимий бөлүмүндө аткарылды.

**Илимий жетекчи:** **Жолдошбеков Есенгельди Жолдошбекович** - медицина илимдеринин доктору, профессор, И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик хирургия кафедрасынын профессору

**Расмий оппоненттер:** **Ниязов Батырхан Сабитович** - медицина илимдеринин доктору, профессор, С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра окутуу жана квалификациясын жогорулатуу институтунун дарыгерлерди өркүндөтүү факультетинин жалпы хирургия кафедрасынын башчысы

**Акматов Нарынбек Эсенбекович** - медицина илимдеринин кандидаты, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо Министрлигинин Улуттук госпиталдын кечиктирилгис жана пландуу-консультациялык медициналык жардам берүү бөлүмүнүн башчысы

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

Диссертацияны коргоо 2020-жылдын 1-декабрында 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 14.19.600 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт (720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25, 2-этаж конференц-зал дарегинде), он-лайн кирүү мүмкүнчүлүгү Zoom webinar конференциянын идентификатор коду: 588 773 7352, кирүү коду: 7F3fkg.

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 [www.nsc.kg](http://www.nsc.kg) сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2020-жылдын 25-октябрында жөнөтүлдү.

**Диссертациялык кеңештин  
окумуштуу катчысы,  
медицина илимдеринин  
кандидаты, улук илимий кызматкер**

**М. Б. Чапыев**

## ЭМГЕКТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

**Диссертациянын темасынын актуалдуулугу.** Кант диабетти өнөкөт жугуштуу эмес оору болуп саналат жана өлүм, таралышы жана майыптыгына байланыштуу алдынкы орунду ээлейт. Эл Аралык Диабеттик Федерациясынын (IDF) божомолдору боюнча ооруган адамдардын саны 2030-жылы 439 млн. адамды түзөт (J. E. Shaw et al., 2010). Бул оорунун актуалдуулугу, мисалы, буттун гангрена, сокурдук, миокардтын инфаркты, мээге кан куюлуу менен шартталган. Гангренадын кесепетинен буттун ампутациясы диабетти жок адамдарга караганда 45-70 эсе көп кездешет жана бул бейтаптардын өмүрүнүн узактыгы 7-10 жылга кыскарат (E. Eskelinen et al., 2004; W. J. Jefcoat, 2004; S. M. Marshall, A. Flyvbjerg, 2006; L. Norgren et al., 2007). Некротикалык процесстердин келип чыгышына байланыштуу бейтаптар ооруканага жаткырылууга аргасыз болушат, 90 күнгө созулат жана көбүнчө сепсис менен кабылданат. Гангренадын өрчүшү менен, бейтаптарда буттун ампутациясы жасалат, бирок бейтаптардын жарымынан көбү кийинки 5 жылдын ичинде экинчи бутта гангрена пайда болот. Өлүмдүн натыйжасы 80% га чейин жетет (П. А. Ерюхин, 2002; G. E. Reiber et al., 2002). Инфекциянын кошулушу менен, бейтаптын бутундагы бардык бузулуулардын негизинде, буттун жогорку ампутацияларынын түздөн-түз себеби болуп калган ириндүү некротикалык процесстер башталат (Н. Д. Тронько 2003; С. В. Горюнов и соавт., 2004; И. И. Дедов и соавт., 2005; А. М. Boulton, 2004). Көбүнчө, оор кесепеттерге түрткү болуп мозолдор, сүрүлүүлөр чыгат, андан кийин инфекция кошулуп, ткандар некротикалык мүнөзгө ээ болуп, белгилүү бир жыт пайда болот, бирок суу чыгуу анча деле байкалбайт (О. В. Удовиченко и соавт., 2005; В. В. Петрова и соавт., 2010). Ириндүү процесс - өөрчүп, микробтордун пайда болушу менен буттагы кан айланууну начарлатат, ошондуктан өз убагында диагноз коюу кабылдоолорду жана ампутациянын алдын алуу максатында чоң ролду ойнойт (M. Luther, 1997; C. G. Carsten et al., 1998).

Бүгүнкү күнгө чейин, буттун диабеттик синдрому бар, ириндүү-некротикалык процесстер менен татаалдашкан топторду дарылоо кыйын болот. Акыркысы комплекстүү мамилени талап кылат, ал оорунун комплекстүү патогенезинин бардык байланыштарын эске алат. Албетте, биринчи нерсе - кандагы кантты жана зат алмашуу бузулууларын оңдоо, кандын реологиясын жана иммуностимуляциясын жакшыртуу (Ю. И. Павлов и соавт., 2001; Е.Ж. Жолдошбеков, 2009; 2014).

Ошондой эле, жаранын некротикалык ткандарын жеңилдетүүгө, инфекцияга жана жаранын тез айыгып кетишине багытталган активдүү хирургиялык тактика талап кылынат. Дарылоонун сунушталган көптөгөн ыкмаларына карабастан, жогорку ампутацияга дуушар болгон бейтаптардын саны азайбайт. Ошондуктан, бул маселе ушул категориядагы бейтаптарды

дарылоодо андан аркы илимий изилдөөлөрдү талап кылат.

**Диссертациянын темасынын билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөөчүлүк иштер менен байланышы.** Демилгелүү тема.

**Изилдөөнүн максаты.** Буттун диабеттик синдрому бар бейтаптардын дарылоо ыкмаларын оптимизациялоо жолу менен, сезгенүү процесси менен татаалдашкан дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

**Изилдөөнүн милдеттери:**

1. Буттун диабеттик синдромунун ириндүү кабылдоолору бар бейтаптарда салттуу дарылоонун натыйжалуулугун аныктоо.

2. Буттун диабеттик синдромунун ар кандай формаларындагы регионалдык кан агымынын клиникалык көрүнүштөрүн жана функционалдык абалын баалоо

3. Буттун диабеттик синдромунун ишемиялык жана нейроишемиялык формаларын комплекстүү дарылоодо препараттарды узак мөөнөттүү интратериалдык инфузиянын натыйжалуулугун аныктоо.

4. Буттун диабеттик синдромунун ириндүү кабылдоолорунун ар кандай формаларында колдонулган дарылоо ыкмаларына салыштырмалуу баа берүү жана дарылоонун эффективдүү көлөмүн жана ыкмасын тандоонун клиникалык негиздемесин келтирүү.

**Алынган натыйжалардын илимий жаңылыктары:**

1. Клиникалык изилдөөнүн негизинде буттун диабеттик синдромунун ар кандай формалары бар бейтаптардагы регионалдык гемодинамика изилденген.

2. Буттун диабеттик синдромунун ишемиялык жана нейроишемиялык формалары бар бейтаптарда узакка созулган артериялык инфузиянын натыйжалуулугу негизделген.

3. Буттун диабеттик синдрому менен ооруган, ириндүү татаалдыгы бар бейтаптарды дарылоо ыкмаларын оптимизациялоо жолу менен жакшыртуу мүмкүнчүлүгү келтирилген жана негизделген.

**Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү** эмгектин негизги жоболорун киргизүү:

1. буттун диабеттик синдрому бар, ириндүү-некротикалык кабылдоолору бар бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга мүмкүндүк берет;

2. буттун диабеттик синдромунун формасын эске алуу менен дарылоо ыкмаларын колдонуу натыйжаларды жакшыртууга жана ириндүү-некротикалык процесстин прогрессивдүүлүгүн жана кайталанган хирургиялык кийлигишүүлөрдү болтурбоого мүмкүндүк берет, бул жамбаш деңгээлинде жогорку ампутациянын төмөндөшүнө жана бейтаптардын стационарда болуунун узактыгынын кыскарышына алып келет.

**Алынган натыйжалардын экономикалык маанилүүлүгү.** Операциядан кийинки кабылдоолордун кыскарышы, стационардык дарылоонун мөөнөтүнүн

кыскаршы жана эмгекке жөндөмдүүлүктүн калыбына келүүнүн эртелешинин эсебинен келип чыккан медико-социалдык натыйжалуулукту камтыйт.

### **Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору:**

1. Салттуу ыкмалар менен иридеген нейротикалык процесстер менен татаалдашкан диабеттик бут синдрому менен ооругандарды дарылоо натыйжасыз, жогорку ампутациянын жыштыгы жогорку деңгээлде сакталууда жана жараларды айыктыруу шарттары эффективдүү эмес.

2. Сунуш кылынган дарылоо тактикасы пациенттин артериалдык инфузиясын диабеттик бутка, ириңдүү татаалдыгы бар, буттун диабеттик синдромунун формасын эске алуу менен, ириңдүү - некротикалык процесстин өөрчүшүнө жол бербөө үчүн колдонуунун максатка ылайыктуулугун тастыктайт.

**Изденүүчүнүн кошкон жеке салымы.** Клиникалык, лабораториялык, инструменталдык, бактериологиялык изилдөө ыкмаларынан, ириң-некротикалык татаалдыгы бар SDS бар пациенттерге консервативдик жана хирургиялык дарылоону жүргүзгөн жана дарылоонун натыйжаларын баалаган.

**Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо.** Диссертациялык эмгектин негизги жоболору И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын жаш окумуштууларынын эл аралык илимий-практикалык конференциясында (Бишкек ш., 2016, 2017); УХБнын илимий бөлүмүнүн, И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын факультеттик хирургия кафедрасынын жана Бишкек шаарынын №1 шаардык клиникалык ооруканасынын кызматкерлеринин биргелешкен жыйынында талкууланды жана баяндалды (Бишкек ш., 2020).

**Диссертациянын жыйынтыктарын жарыялоолор.** Диссертациянын материалдары боюнча 7 илимий иш жарык көрдү, анын ичинде 4 макала Кыргыз Республикасынан тышкаркы басылмаларда чагылдырылган. 1 рационализатордук сунуш №10/2018 күбөлүгү 2018-жылдын 14-апрелинде И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясында бекитилди.

**Диссертациянын түзүмү жана көлөмү:** Диссертациялык эмгек Times New Roman шрифти менен, кириллицада (өлчөмү 14, интервалы 1,5) компьютердик терүүдөө орус тилинде 130 бетте баяндалып, иш киришүүдөн, адабияттарды талдоодон, изилденген өздүк 4 бөлүктөн, кортундудан, жыйынтыктардан, практикалык сунуштамалардан, колдонулган адабияттардын тизмесинен жана тиркемелерден турат. Библиография 238 булакты камтыйт, анын ичинен 120 алыскы чет өлкөдөн. Диссертация 37 таблица жана 13 сүрөт менен шөкөттөлдү.

### **ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ**

**Киришүүдө** изилдөө темасынын актуалдуулугу, максаты жана милдеттери баяндалат, иштин жаңылыгы жана практикалык мааниси, ошондой эле диссертациянын коргоого берилген негизги жоболору келтирилген.

**Биринчи бөлүмдө "Буттун диабеттик синдрому бар бейтаптардын диагностикасы жана дарылоо" абалы (адабиятка сереп)** диабет менен ооругандардын негизги көрсөткүчтөрү жана диабеттик бут синдромунун классификациясы келтирилген. Диабеттик нейропатияга жана ангиопатияга мүнөздүү клиникалык көрүнүштөр сүрөттөлгөн жана бул формалардагы ириндүү-некротикалык оорулардын жыштыгы белгиленген. Буттун диабеттик синдромун дарылоого жана анын натыйжалуулугуна көп көңүл бурулат. Бул бөлүмдө акыркы жылдары жарык көргөн адабий булактар колдонулду жана сын көз менен талданды. Маалыматты талдоо изилдөө темасынын актуалдуулугун тастыктайт.

**Экинчи бөлүмдө, "Бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөлөрү жана текшерүү ыкмалары"**, анда ТДС бар пациенттер жөнүндө негизги маалыматтар камтылган жана анын иши Бишкек шаарындагы №1 шаардык клиникалык оорукананын хирургиялык бөлүмдөрүндө жана Улуттук госпиталдын кан тамыр бөлүмүндө дарыланып жаткан 184 бейтаптын байкоосуна негизделген.

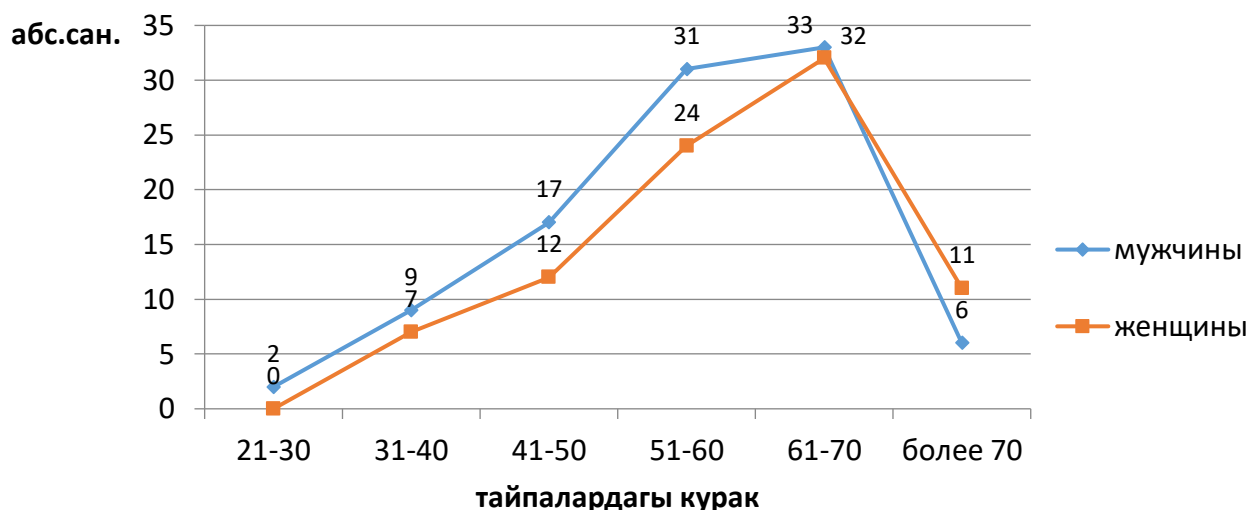
*Изилдөөнүн объектиси:* тамандын диабеттик синдрому менен ооруган 184 бейтап, ириндүү-сезгенүү процесси менен кабылданган.

*Изилдөөнүн предмети:* дарылоонун оорлошуу даражасынын жана эффективдүүлүгүнүн клиникалык, лабораториялык жана инструментальдык ыкмаларынын мүнөздөмөсүн аныктоо.

Диабет диагнозун аныктоодо ДСУнун диагностикалык критерийлери сакталган (1999).

Кант диабетинин оордугун аныктоодо биз ушул критерийлерди сактадык. Кайрылгандардын көпчүлүгү 50 жаштан жогору (74,4%). Эркектер менен аялдар ар бир курактык топто дээрлик бирдей жыштыкта жана бирдей деңгээлде кайрылышкан.

Анчалык көп эмес өзгөрүүлөрдө олуттуу деле айырмачылык болгон эмес (1 сүр.).



1 сүрөт. Оорулууларды жынысы жана курагы боюнча бөлүштүрүү.

II типтеги диабет 166 (90,2%), I тип - 18де (9,8%). Ооругандардын көпчүлүгү диабеттин субкомпенсациясы жана декомпенсациясы менен ооруканага жаткырылды (146 адам - 79,3%). Оорулууларды текшерүү учурунда коштолуучу оорулардын мүнөзүнө өзгөчө көңүл бурулган, алардын көпчүлүгүн жүрөк-кан тамыр патологиясы ээлеген.

Экспертизанын жүрүшүндө, негизги оорунун мүнөзү боюнча, ТДСнун татаалдыгы катары трофикалык жаралар жана буттун флегмоналары менен ооругандар келип чыгышы мүмкүн экендиги белгиленди (1 табл.).

1 таблица - Оорулууларды негизги оорунун мүнөзү боюнча бөлүштүрүү

Патологиянын табияты	Бейтаптардын саны	
	абс.сан	%
Трофикалык жаралар	58	31,5
Буттун флегмонасы	37	20,1
жарааттар	30	16,3
Манжалардын панариции	7	3,8
Буттун манжаларынын гангрена	43	23,4
Буттун гангрена	9	4,9
Баардыгы	184	100,0

Жетиштүү дарылоону жүргүзүү үчүн, буттун жаракаларын дифференциалдык диагноздоо жүргүзүлгөн (Дедов И. И. 2002 сунуштары колдонулган).

Баардык бейтаптар 2 топко бөлүнөт: I - бул клиникада кабыл алынган салттуу дарылоону алган бейтаптар (контролдук топ) жана II буттардагы жарааттын формасын (негизги топ) эске алуу менен биз иштеп чыккан ыкмаларды жана дарылоо ыкмаларын аткарган бейтаптар жынысы, ТДСтин негизги оорунун мүнөзү жана диабетке компенсация стадиясы эквиваленттүү болгон.

Бейтаптарды текшерүүдө даттанууларды, оорунун узактыгын, экспертизанын жыйынтыгын, лабораториялык анализдерди (жалпы анализ, кан, заара, кандагы шекер жана заара деңгээли, боор жана бөйрөк анализдери, кандын уюшу) жана инструменталдык ыкмалар эске алынды. Ичегидеги-сезгенүүчү татаалдыктар болгондо, агып кетүүнүн микрофлорасы жана антибиотиктерге сезгичтиги, жараат аянты Попова Л. Н. (1942) динамикада, жарааттын агып кетишинин цитологиясында цитогрммалардын түрүн аныктоо менен, буттун рентгенографиясы остеоартикулярдык системанын абалын баалоо үчүн аныкталды. Өтмө кычкылтектин чыңалуусун TSM-2 монитору (Дания) аныктаган. Кан агымынын абалын баалоо үчүн УЗИ аткарылган. Иммунологиялык реактивдүүлүктү изилдөө Т жана В лимфоциттерин жана

иммуноглобулиндерди аныктоону (А,М,G). камтыган, лейкоциттердин интоксикациялык индексин Калф-Калиф Я. Я. боюнча эсептеген. Алынган изилдөө натыйжалары арифметикалык орточо (М), квадраттык орточо (G) жана катар каталарын аныктоо менен статистикалык иштетүүгө дуушар болгон. Ишенимдүүлүк деңгээли Стьюдент таблицасына ылайык t-test менен эсептелген.

**Үчүнчү бөлүмдө "Кант диабети менен ооругандарды салттуу ыкма менен дарылоонун натыйжалуулугу"** бул топ 75 бейтаптан турат, алардын 14ү компенсация стадиясында, 44ү компенсацияланган, 17си декомпенсацияланган. 42 буттун нейропатиялык формасы, 9 - ишемиялык, 24 нейроишемиялык.

Бейтаптарды жаткырууда жергиликтүү дарылоо менен бирге, негизги милдет диабеттин ордун толтуруу болуп саналат. Бардык бейтаптарга эндокринолог тарабынан консультация берилди жана анын дарылары макулдашылды. Таблеткадагы шекерди төмөндөтүү терапиясын 14 бейтап кабыл алышты, алардын ичинде кандагы шекер бир аз жогорулады. Начар-некротикалык татаалдыктар болгон учурда, айрыкча субкомпенсация жана декомпенсация стадиясында бейтаптар инсулин терапиясына өткөрүлүп берилди (кыска аралык менен аз өлчөмдө жана кандагы канттын көлөмүн контролдоо), микроциркуляцияны жакшырткан дары-дармектер (реополиглюкин, тренталь) дайындалды. Кан коюлуу системасынын көзөмөлүндө 5 миң даана гепарин туздуу натрий хлоридине тамыр аркылуу дайындалган. Ошондой эле туздуу эритмелерди ичип, нейропатиясы бар бейтаптарга венага (күнүнө 1 жолу венага) же милнам витаминдер комплексин беришкен. Оорулуулар гемофтальмушту четтетүү үчүн оптометрдин үзгүлтүксүз текшерүүсүнөн өтүштү. Антибиотиктер бактериологиялык изилдөөлөрдүн натыйжаларын эске алуу менен, жекече дайындалды. Бул топтогу жергиликтүү дарылоо жараларды өз убагында жана жетиштүү деграляциялоодон, тийиштүү түрдө дренаждан өткөрүүдөн турат. Жаракат алуу процессинин жүрүшү буттун бузулушунан көз каранды. Ошентип, нейропатиялык формада жана ишемиялык жана аралаш формалардагы бейтаптардагы жаралар тезирээк тазаланды. Бул топто жараны суутектин кычкылы менен жууп, некрэктомия жасалып, левомекол майы менен таңуу жүргүзүлдү. Жараны тазалагандан кийин, майлоочу майлар толук айыгып кеткенге чейин колдонулган. Дарылоонун жүрүшүндө ИЛИ изилденген (2 табл.).

2 таблица - Контролдук топтун пациенттериндеги ИЛИ көрсөткүчтөрү

Изилдөөнүн убактысы		Көрсөткүчтөр (M±m)
1-2 сутка	$M_1 \pm m_1$	3,6±0,14
9-10 сутка	$M_2 \pm m_2$	2,1±0,12 $M_2 - M_3 < 0,05$
20 сутка же бошотулганда	$M_3 \pm m_3$	1,0±0,03 $M_1 - M_3 < 0,001$



Дарылоо учурунда иммунологиялык реактивдүүлүктүн көрсөткүчтөрүнүн оң динамикасы байкалган, бирок алар бошотулганга чейин, алар дагы эле нормага жеткен эмес (3 табл.).

3 таблица - Контролдук топтун пациенттериндеги иммунитет көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Изилдөөнүн убактысы		ден-соолугу чың (донорлор) $M_3 \pm m_3$
	түшкөндө $M_1 \pm m_1$	чыкканда $M_2 \pm m_2$	
Т-лимфоциттер (%%)	34,3±0,3	42,2±0,07	54,3±0,50
P	$M_1-M_2 < 0,001$	$M_2-M_3 < 0,01$	
В-лимфоциттер (%%)	17,2±0,2	14,4±0,09	13,01±0,21
P	$M_1-M_3 < 0,001$	$M_2-M_4 > 0,05$	
Иммуноглобулиндер			
А	1,5±0,04	2,0±0,06	2,2±0,05
М	0,76±0,05	0,96±0,08	1,4±0,10
G	12,7±0,01	14,1±0,012	15,1±0,10
P A	$M_1-M_2 < 0,05$	$M_2-M_3 < 0,05$	
P M	$M_1-M_2 < 0,001$	$M_2-M_3 < 0,01$	
P G	$M_1-M_3 < 0,05$	$M_2-M_3 < 0,05$	

Жарааттардын цитограммаларынын түрлөрүнө өзгөчө көңүл бурулган (4 табл.).

4 таблица - Изилдөөнүн ар кандай мезгилдеринде контролдук топтун бейтаптарында жараларды цитограммалардын түрлөрү боюнча бөлүштүрүү

Цитограммалардын түрлөрү	Изилдөөнүн убактысы		
	түшкөндө	6-8сутка	12 сутка
Некротикалык	29 (56,8%)	22 (43,1%)	13 (25,5%)
Дегеративдик сезгенүү	14 (27,5%)	13 (25,5%)	9 (17,6%)
Сезгенүү	6 (11,8%)	7 (13,7%)	5 (9,8%)
Сезгенүү-регенеративдик	2 (3,9%)	5 (9,8%)	17 (33,3%)
Регенератордук	-	4 (7,8%)	7 (13,7%)
Изилдөөлөрдүн баардыгы:	51	51	51

Жарааттын аянттын аныктоодо биз дарылоо башталган күндөн баштап 10 күндүн ичинде жарааттын өлчөмү анчалык өзгөргөн жок, 20-күнү гана он тенденция байкалгандыгын белгиледик.

Микрофлорага келсек, дарылоо башталганга чейин, бейтаптардын көпчүлүгү тынымсыз өсүп, 12-күнү гана үрөн себүү азайды.

Клиникалык көрсөткүчтөрдүн динамикасына баа берүү жүргүзүлүп, шишиктин төмөндөшү 6-7-күнү гана пайда болгону аныкталды, ошол эле учурда гиперемия жана агып кетүү көлөмү азаят, жараларды тазалоо 11-12-күнү, ал эми 16-17 күнү эпителизация башталат. Бейтаптардын кичинекей тобунда гана жараларды айыктырууга жетиштик.

Контролдук топто 36 пациентке хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн. Операциялардын түрлөрү 5 таблицада келтирилген.

5 таблица - контролдук топтун пациенттерине хирургиялык кийлигишүүнүн мүнөзү жана көлөмү

Кийлигишүүлөрдүн мүнөзү	Операциялардын саны		Кайра болгон операциялардын саны		Өлгөндөр	
	абс.с.	%	абс.с.	%	абс.с.	%
Жамбаш деңгеелинен кесүү	5	13,9	-	-	1	2,8
Буттун манжаларын экзоартикуляциялоо	14	38,9	4	11,1	1	2,8
Флегмонаны жаруу	15	41,7	3	8,3	2	5,5
Панарицийди жаруу	2	5,5	-	-	-	-
Баардыгы:	36	100,0	7	19,4	4	11,1

Белгилей кетүүчү нерсе, операциялык топто 7 бейтапта кайталанма операциялар жасалган. Контролдук топтун дарылоонун натыйжалары көрсөткөндөй, кант диабетти менен ооругандарды салттуу дарылоо жетишсиз, процесстин жылышына жол бербөө үчүн натыйжалуу чараларды издөө керек.

**Төртүнчү бөлүмдө, "Өркүндөтүлгөн ыкмаларды колдонуу менен, ТДСтин ириндүү кабылдоолору менен ооругандарды комплекстүү дарылоонун натыйжалары"** (негизги топ), бул топ 109 (59,2%) бейтапты камтыды, алардын 24 (22,0%) компенсация баскычында диабет менен ооруган, 53 (48.6%) декомпенсация, 32 (29.4%) декомпенсация. Нейропатиялык формада 76, ишемиялык жана 33 жылы аралаш болгон. Оорунун мүнөзү боюнча, ал

көзөмөл тобуна барабар болгон. Контролдук топто болгондой, кабыл алынган күндөн тартып бейтаптар детоксикациялык, кан тамыр кеңейтүүчү жана бактерияга каршы терапиядан, ошондой эле кандагы шекерди оңдоодон өтүштү. Оор оорулууларда дарылоо комплексине жаңыдан тоңдурулган плазма киргизилген. Бул топто, дарылоо ыкмаларына жараша, 2 чакан топ бөлүнгөн: биринчиси нейропатиялык формада 76, экинчиси ишемиялык жана аралаш формасындагы 33 пациент. Эки чакан топто да ТДС ириң-некротикалык процесси менен татаалдаштырылган. Бардык жергиликтүү топтордо жергиликтүү дарылоо бирдей болуп, ага озонизацияланган натрий хлоридинин эритмеси менен озон концентрациясы 8-10 мкг / мл камтылган жана 0,02% декасан эритмеси менен таңылган. Жараны тазалагандан кийин же некротикалык кыртышты грануляция пайда болгондон кийин, озондаштырылган май менен таңуу жүргүзүлдү.

Эки чакан топто да хирургиялык дарылоо жүргүзгөндө, алар чоң жараларды жаратпоого аракет кылышкан, б.а. үнөмдөө принцибин сактоо. Гиперемия, шишик жана жалпы абалы жакшыргандан кийин гана некротикалык ткандар алынып, жаралар озонизацияланган эритинди жана декасан эритмеси менен тазаланып, микробдордун туруктуу антибиотиктерге сезгичтигин жогорулатат.

Биринчи подгруппада (нейропатиялык SDS), салттуу дары-дармектерден тышкары, терапиянын комплексине 5-6 күн бою күнүнө 3-4 мкг / мл 400 мл озон концентрациясы бар озонизацияланган эритмелерди ичке ичүү киргизилген.

Дарылоо учурунда биз кычкылтектин чыңалуусу көрсөткүчтөрү (6 табл.) боюнча жүрдүк.

6 таблица - Биринчи топтун бейтаптарындагы көрсөткүчтөрү жана кычкылтектин чыңалуусу

Көрсөткүчтөр	Дарылаганга чейин		Дарылагандан кийин	
	Оорубаган бут $M_1 \pm m_1$	Ооруган бут $M_2 \pm m_2$	Оорубаган бут $M_3 \pm m_3$	Ооруган бут $M_4 \pm m_4$
$TcPO_2$	$52,5 \pm 2,15$	$51,1 \pm 2,32$	$55,7 \pm 1,26$	$53,4 \pm 3,21$
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 > 0,05$	

Дарылоонун алдында иммунологиялык параметрлерди (7 табл.) талдоо учурунда, дарылоонун аягында Т-лимфоциттердин саны кыйла көбөйүп, В лимфоциттеринин деңгээли төмөндөгөнү аныкталды. Бардык класстардын иммуноглобулиндеринин деңгээли жогорулады, бул жалпы жана жергиликтүү озон терапиясынын ТДС бар пациенттердин иммунологиялык реактивдүүлүгүнө пайдалуу таасирин тастыктады.

7 таблица - Биринчи топтун биринчи топтогу пациенттердеги иммунитеттин көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Изилдөөнүн убактысы		ден-соолугу чын (донорлор) $M_3 \pm m_3$
	Түшкөндө $M_1 \pm m_1$	чыкканда $M_2 \pm m_2$	
Т-лимфоциттер (%)	39,6±0,04	53,8±0,05	54,3±0,50
P	$M_1-M_2 < 0,01$		$M_2-M_3 < 0,05$
В-лимфоциттер (%)	16,1±0,08	13,0±0,07	13,1±0,21
P	$M_1-M_2 < 0,001$		$M_2-M_4 < 0,05$
Иммуноглобулиндер			
А	1,4±0,07	2,3±0,04	2,2±0,05
М	0,94±0,03	1,8±0,09	1,4±0,10
G	12,4±0,6	14,8±0,11	15,1±0,10
	$PM_1-M_2 < 0,05$		$M_2-M_4 < 0,01$
P	$M_1-M_2 < 0,001$		$M_2-M_4 < 0,01$
P	$M_1-M_2 < 0,001$		$M_2-M_4 < 0,05$

Жаракаттын агымын цитологиялык текшерүүдө оң динамика байкалган, бул дарылоонун узактыгынын өсүшү менен некротикалык түрдүн көлөмү азайып, цитограммалардын сезгенүү жана сезгенүү-калыбына келүүчү түрлөрү көбөйгөндүгүн көрсөттү.

Дарылоонун алдында микрофлораны изилдөөдө көпчүлүк адамдар үзгүлтүксүз өсүштү аныкташкан жана дарылоонун узактыгынын өсүшү менен микрофлоранын өсүшү азайган.

Жаранын көлөмүндө оң динамика байкалган. Дарылоо башталган күндөн баштап 10-күнү жараат 17,8% га, ал эми 20-күнү 62,9% га төмөндөгөн.

Клиникалык көрсөткүчтөр (8 табл.) ТДСнейропатиялык формасы бар бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын көрсөттү.

8 таблица - ТДСнейропатиялык формасы бар бейтаптардагы жарааттын абалынын клиникалык көрсөткүчтөрү

Жараттын мүнөздөмөсү	Көрсөткүчтөр (сутка)
Шишиктин тарашы	4,4±1,11
Гиперемиянын азайуусу	5,2±0,72
Агуунун азайышы	6,1±0,91
Жараттын толук тазаланышы	8,3±0,28
Грануляциянын айда болушу	10,5±0,62
Эпителизациянын башталышы	13,1±0,32

Ошентип, озонизацияланган эритинди менен декасан эритмесин, ошондой эле сезгенүү кубулуштары жок болуп кеткенден кийин хирургиялык дарылоону колдонууда жалпы абалдын жана жергиликтүү ткандардын өзгөрүүсүнүн оң динамикасын байкоого болот.

Ушул эле бөлүмдө ишемиялык жана аралаш формаларды дарылоонун натыйжалары келтирилген.

Бул топ эң оор топ болчу. 33 бейтаптын 15нин ичинен тамыр жетишсиздиги салыштырмалуу сакталган функционалдык мүмкүнчүлүктөр менен айкалышкан, ал эми 18де кыймыл активдүүлүгүнүн начарлашы байкалган.

УДДГ менен тизенин алдынкы жана тибиялдык сегменттерде кан агымынын төмөндөшү байкалган. Ошондуктан дарылоонун негизги максаты буттардагы кан агымын жакшыртууга багытталган.

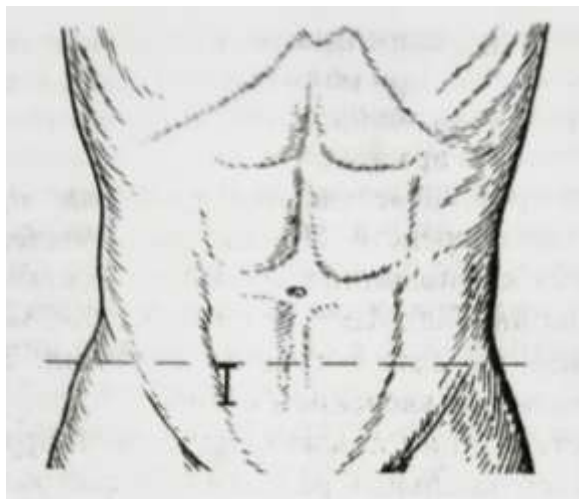
15 бейтапта феморалдык артерияга дары-дармектерди киргизүү SDS дарылоо учурунда, ирийдүү некротикалык процессти татаалдаштырган, бирок бул ыкма техникалык жактан татаал, айрыкча, кайталап колдонуу үчүн артериянын эки дубалына зыян келтирүү коркунучу бар, бул гематоманын пайда болушуна алып келиши мүмкүн.

Кан тамырлардын бузулгандыгы менен ооруган 18 бейтапта дарылоодо дары-дармектерди ылдыйкы эпигастрий артериясы аркылуу дары-дармек аркылуу узартуу колдонулган.

*Ыкмасы:* Лидокаиндин 0,5% -20.0 локалдык эритиндисинин анестезиясы, хирургиялык талааны тийиштүү дарылоодон кийин, Вишневский инфильтрациялык анестезияны жүргүзүп, гемостаздын жүрүшүндө киндиктин 2 см төмөндүгү менен киндиктин 2 см ылдый жагында теринин кесилиши жасалат.

Учтуу жана курч жол менен түз булчундун жипчелери ачылып, төмөнкү эпигастрий артериясы чыгарылат (диаметри болжол менен 1-3 мм). Акыркысы лигатуралар боюнча алынат, дисталдык учу эки жолу таңылат. Андан кийин артериянын проксималдык учунун көлөкө артериомиясы жасалат, ал эми субклавиялык катетер артериянын көңдөйүнө 2 см өткөргүч аркылуу салынып, бекитилет. Жарат тигилет. Катетер териге жабышып, жарым-жартылай спирт менен таңылат. Микроциркуляцияны жакшыртуу үчүн, пентоксифиллин 5.0 + натрий хлоридинин 10.0 физиологиялык туздалуусу, но-шпа 4.0 + антиспазматикалык багыттагы натрий хлоридинин 10.0 физиологиялык туздалышы, цефазолин 1.0, 10,0 физиологиялык аралашмага кошулуп, натрий хлоридинин озондолгон физиологиялык эритмеси, озон концентрациясы 3-4 мкг/мл 200 мл жана антикоагулянттык терапия максатында гепарин . Катетер аркылуу куюу 5-7 күн бою жүргүзүлүп, эч кандай кыйынчылыктар байкалган жок (методдун баскычтары 2-сүрөттө келтирилген). Феморалдык артерияга жана төмөнкү эпигастрий артериясына препараттарды клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык изилдөө ыкмаларына киргизүү учурунда олуттуу

айырмачылыктар байкалган жок, ошондуктан бардык жыйынтыктар бириктирилди.



Төмөнкү эпигастрий артериясынын проекциясы



Төмөнкү эпигастрий артериясын бөлүп чыгаруу



Төмөнкү эпигастрий артериясын катетеризациялоо



Операция бүттү

2 сүрөт. Төмөнкү эпигастрий артериясынын бөлүп чыгаруу жана катетеризация этаптары.

Төмөнкү эпигастрий артериясына киргизүү ыкмасы артыкчылыкка ээ: дары-дармектерди бир нече ирет колдонууга мүмкүнчүлүк берген ыкма. Дары препараттарын артериялык ичип киргизүүдө оң динамика 2-3 күндөн кийин байкалды: оору синдрому жоголуп, шишик жана гиперемия төмөндөп, жалбырактардын оң динамикасынын натыйжасында 4 манжанын ампутациясы, калгандарына некрэктомия жасалды.

Кычкылтек басымынын көрсөткүчтөрү изилденген (9 табл.).

9 таблица - ТДСтин ишемиялык жана аралаш формалары бар бейтаптардагы кычкылтек тартыштыгынын көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Дарылаганга чейин		Дарылагандан кийин	
	Соо бут $M_1 \pm m_1$	Ооруган бут $M_2 \pm m_2$	Соо бут $M_3 \pm m_3$	Ооруган бут $M_4 \pm m_4$
TcPO <sub>2</sub>	35,5±3,45	33,5±1,21	41,4±1,26	46,4±1,35
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,05$	

Жабыр тарткан кол-буттан бошотулганда, далы-кызыл ашык индекси кыйла жогорулап, кычкылтектин чыңалуусу бир кыйла жогорулагандыгы аныкталды.

Жарааттардын цитограммаларын анализдөөдө, дарылоонун башталышына чейин, бейтаптардын көпчүлүгүндө некротикалык тиби бар экени, андан кийин дарылоонун узактыгынын өсүшү менен цитограммалардын көрсөткүчтөрү жакшыргандыгы белгиленди.

Дарылоонун алдында бөлүнүп чыккан жараларды бактериологиялык текшерүү микрофлоранын ассоциациясын жана жогорку деңгээлдеги булганууну аныктады.

Иммунологиялык параметрлерди изилдөөнүн натыйжалары дарылоонун алдында жана бошотулганда иммунологиялык тесттердеги табигый айырмачылыктарды көрсөттү (10 табл.).

10 таблица - ТДСтин ишемиялык жана аралаш топтору бар пациенттердин иммунологиялык көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Изилдөөнүн убактысы		ден-соолугу чың (донорлор)
	Түшкөнгө чейин	Чыкканда	
T-лимфоциттер (%)	32,4±1,12	51,1±0,37	54,3±0,16
B-лимфоциттер (%)	16,2±0,19	11,0±0,11	13,1±0,19
Иммуноглобулиндер			
A	1,5±0,07	1,9±0,08	2,2±0,04
M	0,91±0,03	1,0±0,04	1,4±0,14
G	10,8±0,31	13,2±0,21	15,1±0,09

Изилдөөнүн жыйынтыгы ушул дарылоо ыкмасынын жогорку натыйжаларын тастыктады.

Жана ушул бейтаптардын тобунда контролдук топтогу сыяктуу эле операциялар жасалган.

Бул топто операция жасаганда, алар кенен жана кеңири жаралардан баш тартышкан, бирок бошонуу үчүн жакшы агымын түзүп, некротикалык ткандарды алып ташташкан.

Операциялар 3-6 күндөрдө шишик жана гиперемия азайып, демаркациялык так сызыгы пайда болгон. Экзартикуляцияны жүргүзүүдө манжа сөөктөрдүн башы калыбына келтирилип, тарамыштар мүмкүн болушунча кесилген, жарааттар эч кандай тигилген эмес, жараларды дарылоодо озонизацияланган эритмелер жана декасан эритмеси колдонулган (11 табл.).

11 таблица - Негизги топтогу бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүнүн мүнөзү

Операциялардын мүнөзү	Операциялардын саны		Кайра болгон операциялардын саны		Өлгөндөр	
	абс.с.	%	абс.с.	%	абс.с	%
Жамбаш ампутациясы	4	6,8	-	-	1	1,7
Бут манжаларынын экзартикуляциясы	29	49,1	-	-	2	3,4
Флегмонаны кесүү	22	37,3	-	-	-	-
Панарицийди кесүү	4	6,8	-	-	-	-
Баардыгы:	59	100,0	-	-	3	5,1

Ден-соолугуна байланыштуу 4 бейтапта жогорку ампутация жасалды, алардын бирөө мас абалында жана жүрөк-кан тамырларынан улам каза болду.

29- на манжалардын экзартикуляциясы жасалды, бул топтон 2 өлгөн, бирөө бөйрөк ооруларынан, экинчиси миокард инфарктынан көз жумду.

Бул топтогу бейтаптарды стационардык дарылоонун узактыгы  $14,2 \pm 1,12$  күндү түзгөн.

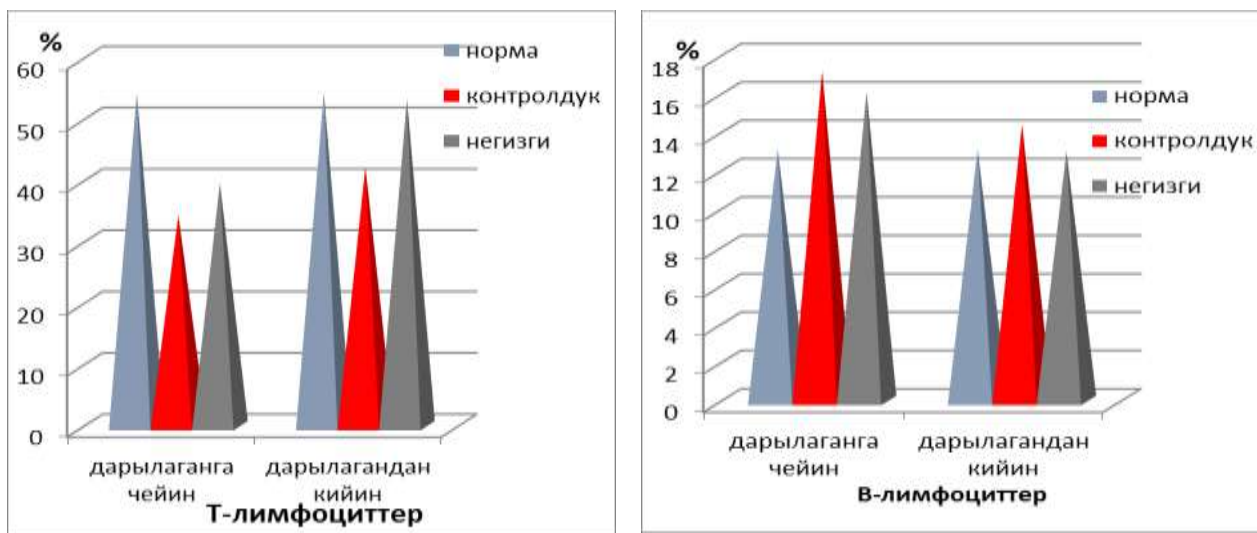
**Бешинчи бөлүмдө "ТДС менен дарылоо методдорунун натыйжалуулугун салыштырма талдоо"** контролдун негизги индикаторлору жана негизги топтор салыштырылат.

Биздин өркүндөтүлгөн методдорду баалоодо биз салттуу дарылоого салыштырмалуу клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык изилдөө методдорун колдондук. Контролдук топто терапия ТДС түрүн эске албастан жүргүзүлгөн, ал эми негизги топто ТДС түрүн эске алганбыз. Бардык изилдөөлөр көзөмөл тобун жана негизги салыштырдык.

Иммунологиялык реактивдүүлүктүн көрсөткүчтөрүн салыштыруу учурунда, дарылоодон кийин, негизги топтогу бейтаптарда Т-лимфоциттердин

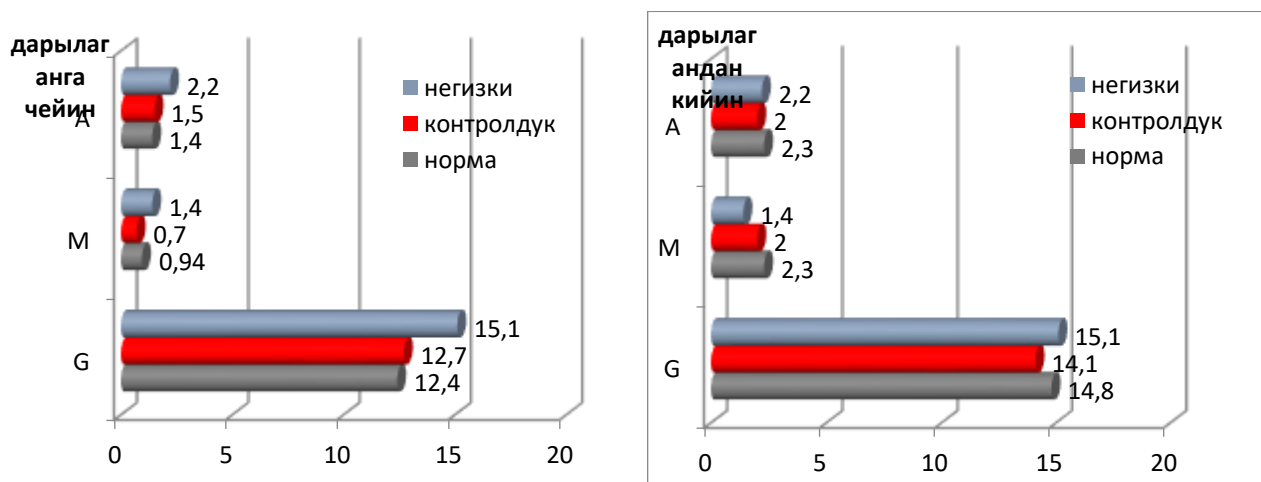


деңгээли контролдук топтун көрсөткүчтөрүнөн жогору болгону аныкталды (3 сүр.), ал эми В-лимфоциттер эки топто бирдей деңгээлде калышты.



3 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтордогу бейтаптардагы Т - жана В - лимфоциттердин көрсөткүчтөрү.

Имуноглобулиндердин класстарынын көрсөткүчтөрүн талдоо бизге дарылоого чейин жана андан кийин алардын деңгээлин баалоого мүмкүндүк берди (4 сүр.) жана G классындагы оң өзгөрүүлөргө көңүл бурунuz.



4 сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтордогу пациенттердеги иммуноглобулиндердин көрсөткүчтөрү.

Жалпы абалды жакшыртуу жана сезгенүү процесстерин азайтуу ИЛИ көрсөткүчтөрүндө чагылдырылган. Эгерде 20-күнү контролдук топто бул нормадан ашып кетсе ( $1,2 \pm 0,03$ ), ал эми негизги топто ал кадимки деңгээлде болгон.

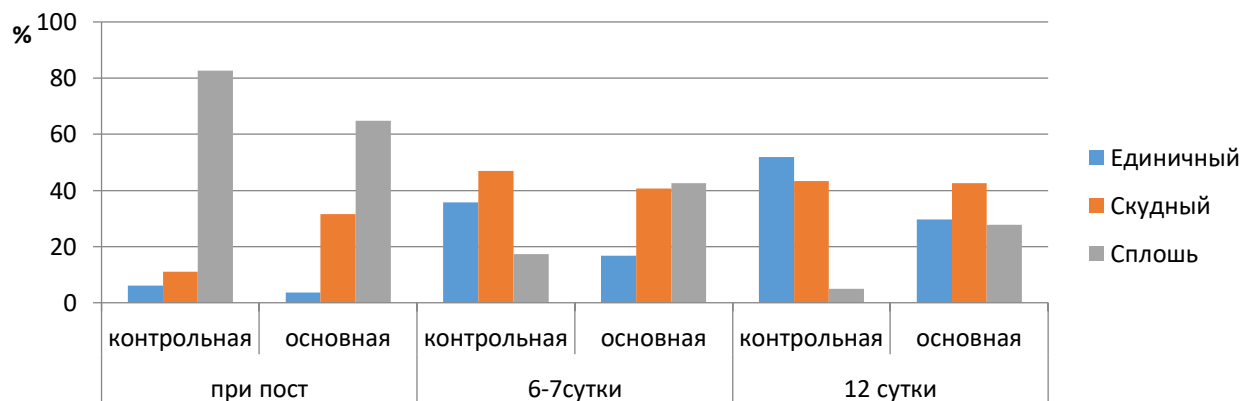
Цитограммаларды контролдук жана негизги топторду салыштыруу жыйынтыктары 12 таблицада келтирилген.

12 таблица - Контролдук жана негизги топтогу бейтаптардын цитограммасынын түрлөрү

Цитограммалардын түрлөрү	Түшкөнгө чейин		6-7 сутка		12 сутка	
	контр. тайпа	негизги тайпа	контр. тайпа	негизги тайпа	контр. тайпа	негизги тайпа
Некротикалык	29 56,8	43 60,6	22 43,1	24 33,8	13 25,5	7 9,8
дегенеративдүү сезгенүү	14 27,5	15 21,1	13 25,5	17 23,9	9 17,6	5 7,0
сезгенүү	6 11,8	13 18,3	7 13,7	14 19,7	5 9,8	9 12,7
Регенератордук сезгенүү	2 3,9	-	5 9,8	12 16,9	17 33,3	22 31,0
Регенератордук	-	-	4 7,8	4 5,7	7 13,7	28 39,5
Баардыгы:	51 100,0	71 100,0	51 100,0	71 100,0	51 100,0	71 100,0

Цитограммалардын оң динамикасы негизги топтун бейтаптарында көбүрөөк байкалган, цитограммалардын түрлөрү тезирээк өзгөрүп, жалпы абалы жакшырган.

Жаракаттын булгануу деңгээлин салыштыруу ошондой эле негизги топтогу бейтаптарда оорунун кыйла ыңгайлуу экендигин тастыктады (5 сүр.).



5 - сүрөт. Көзөмөлдөөчү жана негизги топтогу бейтаптардагы жаралардын булгануу көрсөткүчтөрүн салыштырма талдоо.

6-7 күнгө чейин, негизги топтогу бейтаптарда обсеменация эки эсе кыскарган, ал эми 12 күндүн ичинде гана микрофлора өзүнчө бейтаптардан бөлүнүп чыккан.

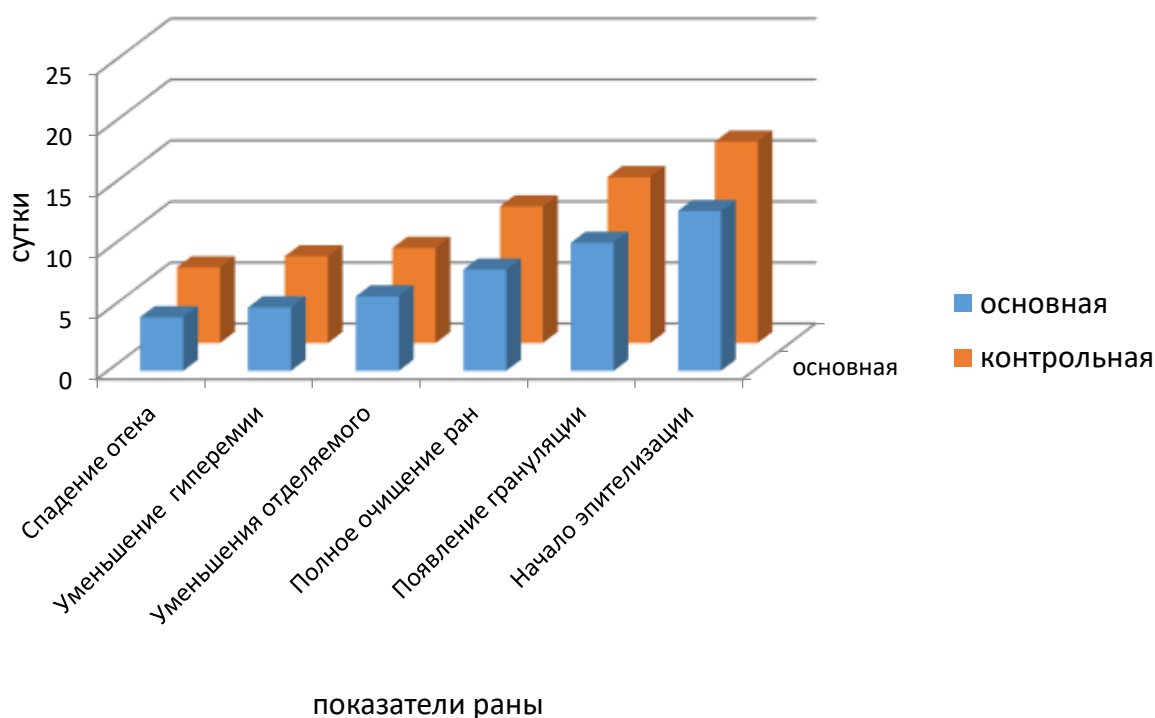
Каралып жаткан топтордогу жаралардын аянтынын динамикасында да олуттуу айырмачылыктар байкалган (13 табл.).

13 таблица - Эки топтун ТДС бар бейтаптарда жараат аянтынын динамикасы (мм<sup>2</sup> менен)

Изилдөөнүн убактысы	Бейтаптардын тайпалары	
	Контролдук тайпа n-39M <sub>1</sub> ±m <sub>1</sub>	Негизги тайпа n-56M <sub>2</sub> ±m <sub>2</sub>
1-сутка	131,5±0,81	156,2±0,44
P M <sub>1</sub> ±M <sub>2</sub> <0,01		
10-сутка	122,3±1,43	128,5±0,72
P M <sub>1</sub> ±M <sub>2</sub> <0,05		
20-сутка	76,4±1,25	58,1±2,12
P M <sub>1</sub> ±M <sub>2</sub> <0,01		

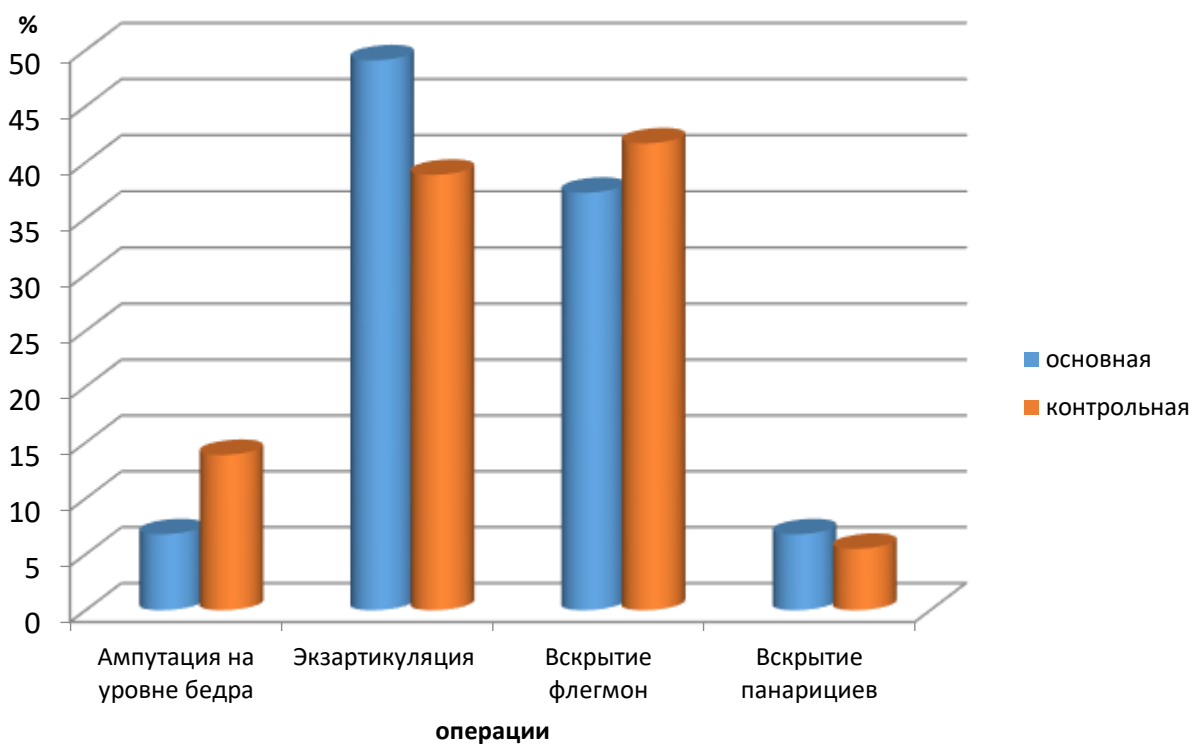
Эгерде контролдук топто жарааттын орточо кыскарышы 2,11% болсо, анда негизги топто 3,1% ды түзгөн.

Жаралардын клиникалык анализдерин салыштырма талдоо көрсөткөндөй, алардын негизги тобу көзөмөлдөн бир топ алдыда (6 сүр.). Негизги топто 8-күнү жара толугу менен тазаланып, 10-11 грануляциялар пайда болуп, эпителизация жүрүп, контролдук топтун көрсөткүчтөрү 2-4 күн артта турат.



6 сүрөт. Контролдоонун жана негизги топтун ТДС бар пациенттердеги жаралардын клиникалык көрсөткүчтөрүн салыштырма талдоо

Негизги жана контролдоочу топтордогу бейтаптарды хирургиялык дарылоонун натыйжалары (7 сүр.).



7 сүрөт. Негизги жана контролдук тайпадагы бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүнүн мүнөзү

Хирургиялык дарылоого жаңы ыкманы колдонуу жана аны жамбаш деңгээлиндеги ампутациянын жыштыгын азайтууга жана кайталануучу операцияларды болтурбоого, ошондой эле стационардык дарылоонун узактыгын  $29,3 \pm 1,6$  дан  $21,5 \pm 2,1$  га чейин кыскартууга мүмкүндүк берди, пландаштырылган изилдөөбүздүн максаттары жана милдеттери бул бизге чечим болду.

### ТЫЯНАКТАР:

1. Ички некротикалык татаалдыгы бар диабет менен ооруган адамдарды дарылоодо салттуу терапияны колдонуу натыйжасыз: жамбаш сөөгүндөгү ампутациялар 13,5%, кайталанма операциялар 19,4% талап кылынган, ал эми өлүм 11,1%.

2. Диабеттик бут синдрому бар пациенттерде гемодинамикалык бузулуулар, нервдердин бузулушу, остеоартикулярдык система жана иммунологиялык реактивдүүлүктүн төмөндөшү байкалат, бул органдардын жана системалардын бузулган функцияларын оңдоого багытталган комплекстүү дарылоону колдонууга негиз болот. Клинические проявления ЖКБ у пациентов,

ранее проживавших в условиях высокогорья и мигрировавших в низкогорье не отличались от жителей низкогорья, а течение раневого процесса было замедленным в сравнении с больными низкогорья. Результаты лабораторных исследований и эхоморфометрии ран сохраняются на уровне показателей характерных для жителей высокогорья.

3. Жергиликтүү жана жалпы озон терапиясын колдонуу, CDStин ишемиялык жана нейрехимиялык формаларын комплекстүү дарылоодо препараттарды узак артериялык инфузия колдонуу төмөнкү ылдыйдагы канлардын агымын жакшыртат, жогорку ампутациялардын санын кыскартат жана ооруканада болуунун узактыгын кыскартат.

4. Кант диабети менен ооругандарды комплекстүү дарылоонун, анын ичинде этиотогенездин негизги байланышына багытталган терапияны жана бузулган функцияларды коррекциялоону салыштырмалуу баалоо салттуу ыкманын артыкчылыгын көрсөттү, бул жогорку жамбаш ампутациясынын жыштыгын 13,5% дан 6,8% га чейин, кайталанган операцияларды 19,4% тен 0 чейин кыскартууга мүмкүндүк берди, өлүм 11,1ден 1,7% га чейин, бейтаптардын стационарда болуусунун узактыгы кыскарат ( $29,3 \pm 1,6$  дан  $21,5 \pm 2,1$  чейин).

### **ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:**

1. Ириң-некротикалык татаалдыгы бар ТДС менен ооруган бейтаптарды кабыл алууда, рентген, доплерография, колу буттун сезгичтигин изилдөө (тактиль, оору, температура, вибрациялык), жаранын агып кетүү микрофлорасы жана антибиотиктерге сезимталдыгын, организмдин иммунологиялык реактивдүүлүгүн толук текшерүү керек.

2. Ириң некротикалык кабылдоосу бар диабет менен ооруган адамдарды дарылоо үчүн канттын төмөндөтүлгөн терапиясы, реологиялык, микроциркуляциялык, метаболикалык бузулууларды оңдоо керек жана тамырга озон терапиясын киргизүү керек (күнүнө 3-4 мкг / мл озон концентрациясы бар натрий хлоридинин озондоштурулган физиологиялык эритмеси).

3. Жараларды жергиликтүү дарылоо үчүн, декасан эритмесин колдонуш керек, анткени ал дарылоо убактысын кыскартууга жардам берет, ал эми манжалардын гангрены бар бейтаптарга, ириңдүү-некротикалык процесстин өрчүү коркунучун азайтууга жардам берген тактиканы активдүү күтүп, көрүңүз.

4. ТДС (нейроишемиялык) аралаш формасында, дары-дармектерди артериялык жол менен төмөнкү эпигастрий артериясын катетеризациялоо жолу менен жүргүзсө болот.

## ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Чаканов, Т. И.** Характер микрофлоры ран у больных сахарным диабетом осложненным гнойно-воспалительным процессом [Текст] / Т. И. Чаканов, Е. Ж. Жолдошбеков, У. Т. Култаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - № 3. - С. 53-55. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26009066>
2. **Чаканов, Т. И.** Тактические решения в лечении синдрома диабетической стопы, осложненной гнойно-некротическим процессом [Текст] / Т. И. Чаканов, У. Т. Култаев // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2016. - №3. - С. 40-42. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26009062>
3. **Чаканов, Т. И.** Эффективность использования различных концентраций озона в лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом [Текст] / У. Т. Култаев, Т. И. Чаканов, Е. Ж. Жолдошбеков, // Известия ВУЗов Кыргызстана. - 2016. - № 3. - С. 18-20. <https://elibrary.ru/item.asp?id=26088232>
4. **Чаканов, Т. И.** Опыт лечения длительно незаживающих ран у больных синдромом диабетической стопы [Текст] / Е. Ж. Жолдошбеков, Т. И. Чаканов // Молодой ученый. - Казань, 2016. - № 23(127). - С. 140-142. <https://elibrary.ru/item.asp?id=27319839>
5. Системный подход к лечению синдрома диабетической стопы [Текст] / Е. Ж. Жолдошбеков, Б. А. Авасов, Т. И. Чаканов, У. Т. Култаев // Современная медицина: Актуальные вопросы. - Новосибирск, 2016. - № 42-43. - С. 99 - 109. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25654456>
6. **Чаканов, Т. И.** Противовоспалительная терапия с использованием лимфогенных технологий в лечении диабетической стопы, осложненной гнойно-некротическим процессом [Текст] / Т. И. Чаканов // Молодой ученый. - Казань, 2017. - № 11(145). - С. 157-159. <https://elibrary.ru/item.asp?id=28840630>
7. Эффективность мер профилактики гнойных осложнений при хирургических заболеваниях органов брюшной полости у больных сахарным диабетом [Текст] / Е. Ж. Жолдошбеков, Б. А. Авасов, У. Т. Култаев, Т. И. Чаканов // Вестник ивановской медицинской академии. - Иваново, 2018. - Т.23. - № 3. - С. 31-35. <https://elibrary.ru/item.asp?id=36919633>

**Чаканов Тариэл Исраиловичтин «Ириндүү процесс менен кабылданган тамандын диабеттик синдрому менен ооруган бейтаптардын комплекстүү дарылоосунун натыйжалуулугу» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын**  
**РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** диабет, буттун диабеттик синдрому, диагноз, дарылоо, консервативдүү, оперативдүү.

**Изилдөөнүн максаты.** Тамандын диабеттик синдрому бар бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу үчүн, ичеги-сезгенүү процесси менен дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу.

**Изилдөөнүн объектиси:** тамандын диабеттик синдрому менен ооруган 184 бейтап, ириндүү-сезгенүү процесси менен кабылданган.

**Изилдөөнүн предмети:** дарылоонун оорлошуу даражасынын жана эффективдүүлүгүнүн клиникалык, лабораториялык жана инструментальдык ыкмаларынын мүнөздөмөсүн аныктоо.

**Изилдөө ыкмалары:** клиникалык, лабораториялык (лейкоциттердин интоксикация индекси, кандагы шекердин деңгээлин аныктоо, уюп кетүү жөндөмү), жараланган цитология, жара планиметриясы, алынуучу жараны бактериологиялык текшерүү, иммунологиялык реактивдүүлүктүн индекси (Т-, В-лимфоциттер жана иммуноглобулин А, М, G.).

**Изилдөөнүн жыйынтыктары жана илимий жаңылыгы.** Изилденген бейтаптар эки тайпага бөлүнүштү: биринчиси 74 бейтап кадимки дарылоону клиникада кабыл алышты, бул тайпа контролдук болду, экинчиси - 109 бейтап негизги, дарылоо комплексине озондаштырылган эритмелерди венага куюлуп, озонизацияланган эритинди менен декасан эритмеси менен таңлчактар колдонулган. Он беш бейтап дары-дармек артерияга, ал эми 18- ылдыйкы эпигастрий артериясына куюлган. Дарылоонун натыйжаларын салыштырганда негизги топтордо эң жакшы натыйжалар байкалды, цитограмма тез өзгөрүлүп, жарааттын айыгуусу кыйла активдүү болду, жарааттын булгануусу бир топ төмөндөдү, иммунологиялык реактивдүүлүктүн көрсөткүчтөрү жакшырды. Иштелип чыккан жаңы ыкмаларды колдонуу менен жогорку жамбаш ампутациясынын жыштыгын азайтууга, стационардык дарылоо мезгилин кыскартууга жана ТДС менен ооругандарды дарылоону өркүндөтүү мүмкүнчүлүгүн далилдөөгө болот.

**Колдонуу даражасы же пайдалуу боюнча сунуштар.** Эмгектеги негизги корутундуларды жана сунуштарды күнүмдүк клиникалык практикаларда, билим берүү процесстеринде жана илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

**Колдонуу чөйрөсү:** хирургия

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Чаканова Тариэл Исраиловича на тему: «Эффективность комплексного лечения больных синдромом диабетической стопы, осложненной гнойным процессом» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.**

**Ключевые слова:** сахарный диабет, синдром диабетической стопы, диагностика, лечение, консервативное, оперативное.

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

**Объект исследования:** 184 больных с синдромом диабетической стопы, осложненным гнойно-воспалительным процессом.

**Предмет исследования:** клинические, лабораторные и инструментальные методы для определения характера заболевания, степени тяжести и эффективности выполненного лечения.

**Методы исследования:** клинические, лабораторные (лейкоцитарный индекс интоксикации, определение уровня сахара в крови, свертываемость), цитология отделяемого раны, планиметрия раны, бактериологическое обследование отделяемого раны, показатели иммунологической реактивности (Т-, В-лимфоциты и иммуноглобулин А, М, G).

**Полученные результаты и их научная новизна.** Обследованные больные разделены на две группы: первая 75 больных, получала традиционное лечение принятое в клинике, эта группа служила контролем и вторая 109 пациентов – основная, в комплекс лечения включали внутривенное введение озонированных растворов и местно выполняли обработку озонированным раствором и повязки с раствором декасана и у 15 больных осуществлено внутриартериальное введение медикаментозных средств в бедренную артерию, а у 18 в обнаженную и канюлированную нижнюю надчревную артерию. При сравнении результатов лечения отмечались лучшие исходы в основной группе, быстро изменялась цитограмма, заживление раны шло более активно, достоверно снижалось обсеменение раны и улучшались показатели иммунологической реактивности. Используя разработанные новые подходы удалось снизить частоту высоких ампутаций бедра, сократить сроки стационарного лечения и доказать возможность улучшения лечения больных с СДС.

**Степень использования или рекомендации по использованию.** Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

**Область применения:** хирургия.



## SUMMARY

**of dissertation by Chakanov Tariel Israilovich on the topic “The effectiveness of multimodal treatment of patients with diabetic foot syndrome accompanied by purulent process” for the degree of candidate of medical sciences, major 14.01.17 - surgery.**

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic foot syndrome, diagnosis, treatment, conservative, operative.

**Aim of the study.** Improve the treatment results of patients with diabetic foot syndrome accompanied by pyoinflammatory process by optimizing treatment methods.

**Object of the study:** 184 patients with diabetic foot syndrome accompanied by pyoinflammatory process.

**Subject of study:** clinical, laboratory and instrumental methods to determine the nature of the disease, the severity and effectiveness of the treatment performed.

**Methods of study:** clinical, laboratory (leukocyte index of intoxication, blood glucose detecting, coagulability), cytology of wound discharge, wound planimetry, bacteriological study of wound discharge, indicators of immunologic reactivity (T-, B-lymphocytes and immunoglobulins A, M, G)

**Results obtained and their scientific novelty.** Examined patients were divided into two groups: the first 75 patients, received traditional treatment approved by clinic, this group served as a control group; and the second 109 patients - main group, whose range of treatment included intravenous administration of ozonized solutions and topical treatment with an ozonized solution and bandages with a decasan solution; and in 15 patients, intra-arterial infusion of medicines into the femoral artery was proceeded, and in 18 patients – into the exposed and cannulated inferior epigastric artery. When comparing treatment results, the best outcomes were observed in the main group, the cytogram quickly changed, wound healing was more active, wound contamination was authentically reduced, and immunologic reactivity indicators were improved. Using the developed innovative approaches, it was possible to lower frequency of high thigh amputations, shorten the time of inpatient treatment and prove the possibility of improving the treatment of patients with DFS.

**The degree of use or recommendations for use.** The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

**Scope of use:** surgery.



---

Кагаздын форматы 60x90/16. Офс. кагазы. Офс бас. Көлөмү 1,0 б.ч.  
Басып чыгарууга 2020 ж. 24.10. кол коюлган.  
Жүгүртүү 100 нуска. Буйрутма 254.  
Бишкек ш., Полярная көч., 11, «Илим Басмасы»

