

khirurgiya detskogo vozrasta - Orthopedics, traumatology and reconstructive surgery in children, 2014, V. II, N3, pp. 18-23.

4. Bryukhanov A.V., Klyzhin M.A. Kompleksnoye primeneniye luchevykh metodov diagnostiki pri obsledovanii bol'nykh s travmaticheskimi povrezhdeniyami kolennykh sustavov [Comprehensive application of radiation diagnostic methods examining patients with traumatic injuries of the knee joints]. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal - Siberian Medical Journal, 2008, N2, pp. 20-24.

5. Karasev Ye.A. MRT v izuchenii protsessa perestroyki kostey kolennogo sustava posle perelomov [MRI in the study of the restructuring processes of the bones of the knee after fractures]. Meditsinskaya vizualizatsiya - Medical visualisation, 2008, N5, pp. 111-116.

6. Yemelin A.L., Pankov I.O. Sovremennyye podkhody k lecheniyu posttravmaticheskogo artroza kolennogo sustava [Modern approaches to the treatment of post-traumatic arthrosis of the knee joint]. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education, 2016, N3.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=24768> (data obrashcheniya: 12.05.2018).

7. Moller T.B., Rayf E. Atlas sektsionnoy anatomii cheloveka na primere KT- i MRT- srezov v 3-kh tomakh [Atlas of human sectional anatomy on the example of CT and MRI sections in 3 volumes]. Per. s angl., pod red. G.Ye. Trufanova. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2016, V. II, 256 p.

8. Sapin M.R., Nikityuk D.B., Nikolenko V.N. i dr. Anatomiya cheloveka: uchebnyk v 2-kh t. [Human anatomy: a textbook in 2 volumes]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2013, V. 1, 456 p.

Д.А. Зоткин, И.А. Пименов, Д.Р. Янгулова

ХУСУСИЯТҲОИ ПРЕПАРИРОВКА ҲАНГОМИ ТАЙЁР НАМУДАНИ МАВОДИ АЁНИЯТИ АНАТОМИИ БАНДИ ЗОНУ

Мақсади таҳқиқот. Тайёр намудани маводи босифати аёнияти анатомии банди зону бо

пешниҳоди инкониятҳои намоишӣ барои толибилмон дар раванди омӯзонидани синдесмология ҳамчун яке аз бахшҳои анатомии нормалии одам.

Мавод ва усули таҳқиқот. Нишони таҳқиқот маводи аутопсии банди зону мебошад, ки ба раванди машғулияти анатомии нормалӣ муқаррар карда шудааст. Усулҳои умумӣ, ки дар анатомии амалӣ истифода мешаванд, ба қор бурда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Маълумоти омории сарчашмаҳои илмӣ таҳлил карда шудаанд, ки осебҳои маъмули банди зону ва дастгоҳи пайи онро инъикос менамоянд. Тарзи омода намудани маводи аёнияти анатомӣ яқинд раванди пайдарпайро дарбар мегирад: омӯзиши хусусиятҳои сохтори анатомии банди зону ва пайҳои он; раванди препарировка намудан ва мумиягардонии мавод – дар марҳилаи аввал мавод ба маҳлули консервӣ андохта мешавад, маводро мустақкам намуда дар ҳаво хушк менамоянд, препаратро шуста беравған намуда бо локи беранг рӯйпуш мекунанд, баъдан ба пояи ҷӯбӣ мустақкам карда қисмҳои анатомии маводро рақамгузорӣ карда мешавад.

Хулоса. Тайёр намудани маводи аёнияти анатомӣ дар оянда барои беҳтару хубтар азхудномии донишҳои зарурӣ ва фаҳмиши сохтори анатомии мавзеи мазкур мусоидат менамояд. Муҳимияти қор дар он аст, ки осеби банди зону яке аз паҳншудатарин қароқатҳо дар одамони синни ҷаёлу қоршоями аз 21 то 50 сола мебошад. Бинобар ин дониши амиқи анатомӣ ба духтурони шикастабанд ва физиотерапевт барои дар оянда дуруст таботат қардани беморон қумак мерасонад.

Қалимаҳои қалидӣ: синдесмология, анатомии банди зону, препарировка намудан, маводи анатомӣ.

УДК 616.379-008.64:617.586

М.Х. Набиев, Д.А. Абдуллоев, Ш.З. Ибодуллозода., Қ.М. Саидов

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИПОНА НА ДИСТАЛЬНУЮ НЕЙРОПАТИЮ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Набиев Музаффар Холназарович - зав. кафедрой общей хирургии № 2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992 987256060; e-mail: doctor-tohir@mail.ru»ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с осложнёнными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 42 больных с осложнёнными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы. Длительность сахарного диабета от 10 до 25 лет. Мужчин было 24 (57,1%), женщин - 18 (42,9%). Больные разделены на основную группу - 22 (52,4%) и контрольную - 20 (47,6%). Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных основной группы наряду с традиционными средствами использовали препарат инсулипон. Лечение инсулипоном проводили в течение 10 дней с внутривенным введением по 600 мг препарата в 200 мл 0,9% физиологическом растворе с последующим его употреблением в течение 1-го месяца по 1 таблетке один раз в день. При проведении ЭНМГ анализировали скорость проведения импульса по нерву, латентный период, амплитуду м-ответа. Электронеуромиография (n=24) позволила выявить отклонения у пациентов с отсутствием клинических признаков поражения периферической нервной системы. Результаты исследования показали снижение скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нервам у всех пациентов основной и контрольной групп. Также отмечалось увеличение латентного периода в двигательных нервах нижних конечностей.

Заключение. Высокая частота развития диабетической нейропатии, снижение активности репаративных процессов свидетельствуют о необходимости включения больным с осложненными формами синдрома диабетической стопы в комплексное лечение препарата нейротропного действия инсулипона, который повышает скорость проведения импульсов по малоберцовому и большеберцовому нервам, а также уменьшает латентный период у двигательных нервов нижних конечностей, активизирует процессы очищения раны и её репарацию, что снижает количество высоких ампутаций и госпитальную летальность.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, нейропатия, электронеуромиография, некрэктомия.

M.Kh. Nabiev, D.A. Abdulloev, Sh.Z. Ibodullozoda, Saidov K.M.

INFLUENCE OF THE INSULIPON ON DISTAL NEUROPATHY IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF THE DIABETIC FOOT SYNDROME

Nabiev Muzaffar Kholnazarovich – Head of the Department of General Surgery № 2 Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992 987256060; E-mail: muzaffar.nabiev.2017@mail.ru

Department of general surgery No. 2 Avicenna TSMU

Aim. To improve treatment results of patients with complicated neuropathic forms of the diabetic foot syndrome.

Material and methods. The results of treatment of 42 patients with complicated neuropathic forms of the diabetic foot syndrome were studied. Patients had diabetes for 10 to 25 years. 24 men (57,2%), and 18 (42,8%) women participated in the study. Patients were divided into two groups: main group - 22 (52,3%); control group 20 (47,7%). The diagnosis was made on the basis of clinical, laboratory and instrumental methods.

Results. Patients of the main group received Insulipon along with traditional medicines. 600 mg Insulipon of with 200 ml of 0, 9% physiological solution was applied within 10 days. Afterward, patients took the medicine for 1 month in tablets, one per day. ENMG analyzed the velocity of nerve impulse conduction, latent period and amplitude of m-answer. Electroneuromyography (n=24) allowed revealing deviations in patients with lack of clinical signs of peripheral nervous system damage. The results showed a reduction of impulse conduction velocity and amplitude of m - answer on peroneal and tibial nerves in all patients of the main and control groups. The latent period of lower extremities motor nerves had increased.

Conclusion. High frequency of diabetic neuropathy and the decrease of the activity of reparative processes indicate the necessity of inclusion of the neurotrophic medicine Insulipon into comprehensive treatment for patients with complicated forms of diabetic foot syndrome. It increases the velocity of impulse conduction along peroneal and tibial nerves and also reduces the latent period of lower extremities motor nerves that activate processes of wound cleansing and reparation. That reduces the number of amputations and hospital lethality.

Keywords: diabetic foot syndrome, neuropathy, electroneuromyography, necrectomy.

Актуальность. Самое частое и серьезное осложнение сахарного диабета (СД) – синдром диабетической стопы (СДС). Он возникает у 80% больных СД через 10-15 лет после начала заболе-

вания и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих нижних конечностей [1]. Сахарный диабет (СД) рассматривается в настоящее время как неинфекционная пандемия охватившая большинство стран планеты. Еще несколько лет назад численность больных СД в мире не превышала 130 млн. человек. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных с СД (7% населения всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее активный трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого заболевания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты [2, 6]. В Таджикистане к 2014 г. зарегистрировано 34853 больных СД, из них 5249 человек с впервые выявленным СД, что составляет 63,6 на 100000 населения.

Наиболее характерной для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации. Синдром диабетической стопы является одной из важнейших проблем, требующих качественного подхода как медикаментозного, так и хирургического лечения [8, 9]. Согласно официальным статистическим данным, в России в 2011 г. зарегистрировано 3,27 млн больных сахарным диабетом. Однако реальная численность в 3-4 раза превышает зарегистрированную, достигая 10 млн человек. [3, 4, 7, 11, 12]. Заболеваемость и смертность больных СД от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, поражения магистральных артерий нижних конечностей в 3-5 раз чаще, а частота критической ишемии в 5 раз выше, чем в остальной популяции.

СД – полиэтиологическое заболевание и факторы, способствующие развитию его осложнений, требуют привлечения всех современных профилактических, диагностических и лечебных возможностей [5, 14].

По данным ряда исследователей, у 75% пациентов с выраженной диабетической нейропатией выявляется медиакальциноз артерий нижних конечностей. Кальцинация артерий отмечается и при других состояниях, ассоциированных с дистальной симметричной нейропатией, но менее выраженная, чем при диабете [13]. Объясняется это тем, что в результате поражения автономного звена периферической нервной системы, которая ассоциируется с аутосимпатэктомией, нарушается трофика миоцитов сосудистой стенки, что сопровождается

отложением кальция. Поэтому сегодня актуальным является изучение выраженности дистальной полинейропатии у больных с медиакальцинозом артерий при СДС и ее возможной роли в развитии данного заболевания [10]. Высокая частота развития диабетической нейропатии, снижение активности репаративных процессов свидетельствуют о необходимости включения в комплексное лечение больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы препаратов нейротропного действия, которые активизируют процессы очищения и репарации раны.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с осложненными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 42 больных с осложненными нейропатическими формами синдрома диабетической стопы. Длительность сахарного диабета составляла от 10 до 20 лет. Мужчин было 24 (57,2%), женщин - 18 (42,8%). Больные были разделены на основную группу - 22 (52,3%) и контрольную - 20 (47,7%).

Диагноз устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследование биоптатов тканей, изучали динамику течения раневого процесса по клиническим признакам и состояние регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степень распространенности костной деструкции - по данным рентгенографии стопы. Для оценки микрогемодинамики и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода ($TcpO_2$) с помощью аппарата TCM-400 фирмы «Radiometer» (Дания). Электронейромиография (ЭНМГ) позволяла оценить функциональное состояние периферических нервов и мышц. При проведении ЭНМГ анализировали скорость проведения импульса по нерву, латентный период, амплитуду м-ответа. ЭНМГ проводили аппаратом нейромиографом NMV-5 фирма Sinapsis, производство Германии с Данией.

После анализа жалоб больных с подозрением на ДПН необходим тщательный осмотр стопы с проведением исследования тактильной, болевой, температурной, вибрационной чувствительности.

При лечении больных в контрольной группе использовали традиционную схему лечения, включая сахароснижающую, антикоагулянтную, антиоксидантную, иммуностимулирующую и об-

щекрепляющую терапию. У больных основной группы наряду с традиционными препаратами использовали препарат инсулипон. Лечение инсулипоном проводили в течение 10 дней с внутривенным введением по 600 мг препарата в 200 мл 0,9% физиологическом растворе с последующим его пероральным употреблением в течение 1-го месяца по 1 таблетке один раз в день.

Для оценки тактильной чувствительности применялась стандартная методика с использованием монофиламента массой 10 г (5.07 SemmesWeinstein). Исследование проводили в положении больного лежа на спине, в спокойном расслабленном состоянии. К подошвенной поверхности стоп в определенных точках (в области первого пальца, проекции первого и пятого плюснефаланговых сочленений) прикасались монофиламентом. Если пациент не ощущает двух прикосновений, тактильная чувствительность нарушена. Болевую чувствительность исследовали при помощи неврологической ручки (Neuropen). Исследование проводили на тыльной поверхности первого пальца обеих стоп. Болевая чувствительность была нарушенной, если пациенты не чувствовали боль от укола. Температурную чувствительность оценивали при помощи специального прибора – термического наконечника (Thip-term). Исследование также проводилось на тыльной поверхности первого пальца обеих стоп. Температурная чувствительность была нарушена в исследуемых точках. Вибрационную чувствительность оценивали при помощи градуированного камертона с частотой вибрации 128 Гц. Для проведения исследования щелкали по камертону

и помещали его на костные выступы нижних, а затем верхних конечностей, далее спрашивали у пациента, который сидит, закрыв глаза, чувствует ли он вибрацию. Пациент должен сообщить, когда перестанет ее ощущать. В процессе исследования врач должен концентрировать внимание на одной из двух branшей камертона. В момент, когда больной перестанет ощущать вибрацию, следует заметить показания шкалы. Данное значение считается порогом вибрационной чувствительности. Проведенное исследование указывает на наличие у больных обеих групп нейропатии.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе и на 10, 20 и 30-е сутки лечения у больных основной группы по данным определения тактильной, болевой, температурной, вибрационной чувствительности отмечается положительная динамика снижения нейропатии. При определении тактильной чувствительности пациенты ощущали более двух прикосновений, чувствовали боль от укола и температуру, а также улучшается вибрационная чувствительность. Электронейромиография (ЭНМГ) позволяла оценить функциональное состояние периферических нервов и мышц. При проведении ЭНМГ анализировали скорость проведения импульса по нерву, латентный период, амплитуду м-ответа. ЭНМГ проводили аппаратом нейромиографом NMV-5 фирмы Sinapsis, производство Германия. Исследование проводилось в Республиканском национальном диагностическом центре. Проведенная электронейромиография (n=24) позволила выявить у пациентов с отсутствием клинических признаков наличие поражений периферической нервной системы (табл. 1).

Таблица 1

Результаты ЭНМГ до и после лечения (Mm)

Исследуемые группы	Большеберцовый и малоберцовый нервы (до лечения)			Большеберцовый и малоберцовый нервы (после лечения)		
	СПИ (м/с)	амплитуда М-ответа (мВ)	латентный период (м/с)	СПИ (м/с)	амплитуда М-ответа (мВ)	латентный период (м/с)
Основная группа (n=12)	18,4±0,3	2,1±0,1	4,25±0,05	15,3±0,2	1,8±0,5	3,73±0,06
Контрольная группа (n=12)	18,6±0,4	2,2±0,2	4,29±0,07	15,4±0,3	1,7±0,4	3,86±0,07
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Результаты исследования показали снижение скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нервам у всех пациентов основной и контрольной групп. Также отмечалось увеличение латентного

периода в двигательных нервах нижних конечностей. Независимо от степени выраженности нейропатии больным основной группы назначили инсулипон.

В комплексное лечение больных обеих групп

входили: целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная и общеукрепляющая терапии, а также препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводилась плазмо-гемотрансфузия.

При поступлении у больных обеих групп на ЭНМГ отмечалось снижение скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нервам, также отмечалось увеличение латентного периода в двигательных нервах нижних конечностей. На 8-10 сутки при традиционном лечении эти явления сохранялись. Внутривенная инфузия 600 мг инсулипона в течение 10 дней в комплексном лечении у больных основной группы с осложненными формами синдрома диабетической стопы приводила к повышению скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нервам, также отмечалось уменьшение латентного периода в двигательных нервах нижних конечностей. При поступлении у всех больных в ране имелись участки некротизированных и частично лизированных тканей. Сроки очищения ран от некротических тканей в основной группе составили 8-10 суток. Появление грануляции наблюдалось через 10 суток. Во второй группе (контрольная) эти показатели свидетельствовали об очищении раны на 14-16 сутки, уменьшении отёков, гиперемии и появлении признаков грануляции на 16-18 сутки. Выраженную клиническую эффективность инсулипона путем в/в введения в комплексе консервативной терапии пациентов наблюдали у больных основной группы, по сравнению с традиционной терапией, что проявлялось в более выраженном повышении скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нервам.

Цитологическая картина нормализовалась быстрее у больных основной группы, причем процесс очищения ран от некротических масс происходил эффективнее. Наблюдалось увеличение количества макрофагов, наличие в ранах полибластов и созревание их в профибробласты и фибробласты в более ранние сроки, чем у больных контрольной группы. Это свидетельствует о благотворном влиянии инсулипона на течение раневого процесса, как препарата, ускоряющего регенерацию. В целом, у больных основной группы анализ динамики клеточных элементов цитограмм отражает благоприятное течение раневого процесса. Существенный клинический эффект отмечался уже

после 10 дней терапии, в отличие от контрольной группы. У пациентов основной группы снизилась интенсивность спонтанных болевых ощущений, возросла вибрационная, тактильная и температурная чувствительность - соответственно в 3 и 4 раза. Средний срок заживления язв в основной группе составил $14,48 \pm 3,02$ дней и $21,0 \pm 4,35$ - в контрольной.

Анализ результатов хирургического лечения показывает, что малые хирургические вмешательства при гнойно-некротических процессах нельзя рассматривать, как этап подготовки к последующей ампутации конечности. Последние относятся к дистальным, экономным ампутациям нижних конечностей с целью сохранения конечности или хотя бы ее опорной функции. Увеличение частоты малых операций обусловлено случаями повторных вмешательств на стопе по поводу продолжающегося гнойно-некротического процесса. Хирургическому вмешательству были подвергнуты все больные, которым выполнены некрэктомия - 11 больных, экзартикуляция пальцев стопы с последующей резекцией головок плюсневых костей произведена у 11 больных, вскрытие флегмоны стопы и голени - у 8 и трансметатарзальные ампутации стопы - у 5 больных. Частота высоких ампутаций у больных контрольной группы составила 5 (25,0%), в основной группе - у 2 (9,1%) больных. Этапные высокие ампутации конечности после малых хирургических вмешательств выполнены у 2 больных контрольной группы. Характер оперативных вмешательств представлен в таблице 2.

Общая летальность у больных контрольной группы составила 15% (3 больных). Основной причиной смерти были явления продолжающегося эндотоксикоза. При использовании инсулипона у больных основной группы летальность наступила у 1 (4,5%) больного, причиной был инфаркт миокарда.

Заключение. Таким образом, продемонстрированные результаты зависят от индивидуального подхода и комплексного лечения в зависимости от выраженности нейропатии. Высокая частота развития диабетической нейропатии, снижение активности репаративных процессов свидетельствуют о необходимости включения в комплексное лечение больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы препарата нейротропного действия инсулипон, который повышает скорость проведения импульсов по малоберцовому и большеберцовому нервам, а также уменьшает латентный период в двигательных нервах нижних

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств, произведенных больным основной и контрольной групп при СДС

Характер оперативных вмешательств	Количество больных	
	Основная группа	Контрольная группа
I. Некрэктомия	6	5
II. Экзартикуляция пальцев стопы с последующей резекцией головок плюсневых костей	7	4
III. Вскрытие флегмоны стопы и голены	4	4
IV. Трансметатарзальные ампутации стопы	3	2
V Высокие ампутации:		
– на уровне бедра	1	2
– на уровне голени	1	3
Всего	22	20

конечностей, активизирует процессы очищения и репарации ран, снижает количество высоких ампутаций и госпитальную летальность.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (ПП. 13-14 СМ. В REFERENCES)

1. Бенсман В.М., Триандафилов К.Г. Дискуссионные вопросы классификации синдрома диабетической стопы // Хирургия.- 2009.- № 4.- С. 37-41.

2. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы// Вестник хирургии.- 2016.- Т. 175, № 5.- С. 63-68.

3. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом// Анналы хирургии.- 2013.- № 6.- С. 48.

4. Галимов О.В., Ханов В.О., Иванов А.В. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы // Хирургия.- 2014.- № 3.- С.80-85.

5. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // Вестник хирургии.- 2015.- Т. 174, № 5.- С. 61-65.

6. Дедов И.И., Шестаковой М.В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет.- 2013.- Т. 16, № 25.- Спецвып. 2.- С. 2-16.

7. Князевская Е.Э., Яхина В.В., Эндovasкулярные технологии в лечении больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // Бюлл. Мед. интернет-конференций.- 2014.- № 4.

8. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свёртывающей системы крови у больных с синдромом диа-

бетической стопы // Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- № 3.- С. 55-61.

9. Набиев М.Х., Юсупова Ш.Ю., Сайхунов К.Д., Боронов Т.Б. Предупреждение развития гнойных осложнений у больных с синдромом диабетической стопы // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.- 2017.- № 4.- С. 69-72.

10. Скрипко В.Д., Коваленко А.Л., Запутанов В.А. Влияние цитофлавина на выраженность дистальной полинейропатии у больных синдромом диабетической стопы с медиокальцинозом артерий// Хирургия.- 2017.- № 8.- 75-78.

11. Удовиченко О.В., Коротков И.Н., Герасименко О.А. Доступность и эффективность реваскуляризирующих вмешательств амбулаторных больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы //Эндокр. хир.- 2011.- № 2.- С-39-48.

12. Шумков О.А., Лобарский М.С., Алтухов И.А. и др. Реализация мультидисциплинарного подхода к лечению синдрома диабетической стопы: роль ангиохирурга //Хирургия.- 2013.- № 11.- С. 9-15.

REFERENCES

1. Bensman V. M., Triandafilov K. G. Diskussionnye voprosy klassifikatsii sindroma diabeticheskoy stopy [Classification issues of diabetic foot syndrome]. Khirurgiya – Surgery, 2009, No. 4, pp. 37-41.

2. Binienko M. A., Kotslova A. A., Davydenko V. V., Vlasov T. D. Ispolzovanie dermalnogo ekvivalenta dlya uskoreniya zazhivleniya troficheskikh yazv pri sindrome diabeticheskoy stopy [Use of dermal equivalent to accelerate the healing of trophic ulcers in diabetic foot syndrome]. Vestnik khirurgii – Herald of surgery, 2016, Vol. 175, No. 5, pp. 63-68.

3. Gavrilenko A. V., Kotov A. E., Loikov D. A. Rezultaty lecheniya kriticheskoy ishemii nizhnikh konechnostey u bolnykh sakharnym diabetom [The results of the treatment of critical lower limb ischemia in patients with diabetes mellitus]. Annaly khirurgii – Annals of surgery,

2013, No. 6, pp. 48.

4. Galimov O. V., Khanov V. O., Ivanov A. V. Kompleksny podkhod v terapii bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [An integrated approach to the treatment of patients with diabetic foot syndrome]. *Khirurgiya – Surgery*, 2014, No. 3, pp. 80-85.

5. Galimov O. V., Khanov V. O., Sayfullin R. R. Sindrom diabeticheskoy stopy: printsipy kompleksnogo lecheniya [Diabetic foot syndrome: principles of complex treatment]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2015, Vol. 174, No. 5, pp. 61-65.

6. Dedov I. I., Shestakovoy M. V., Suntsov Yu. I. Rezultaty realizatsii podprogrammy “Sakharnyy diabet” federalnoy tselevoy programmy “Preduprezhdenie i borba s sotsialno znachimymi zabolevaniyami 2007-2012 gody” [Results of the implementation of the “Diabetes mellitus” subprogram of the federal program “Prevention and control of socially significant diseases 2007-2012”]. *Sakharnyy diabet - Sugar diabetes*, 2013, Vol. 16, No. 25, Special issue 2, pp. 2-16.

7. Knyazevskaya E. E., Yakhina V. V., Endovaskulyarnye tekhnologii v lechenii bolnykh s neyroischemicheskoy formoy sindroma diabeticheskoy stopy [Endovascular technologies in the treatment of patients with the neuroischemic form of diabetic foot syndrome]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy - Bulletin of medical Internet conferences*, 2014, No. 4.

8. Nabiev M. Kh., Abdulloev D. A., Khafizov B. M. Kompleksnaya otsenka i korrektsiya sostoyaniya svyortvayushchey sistemy krovi u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Comprehensive assessment and correction of the blood coagulation system in patients with diabetic foot syndrome]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 55-61.

9. Nabiev M. Kh., Yusupova Sh. Yu., Saykhunov K. D., Boronov T. B. Preduprezhdenie razvitiya gnoynnykh oslozhneniy u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Prevention of the purulent complications in patients with diabetic foot syndrome]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare*, 2017, No. 4, pp. 69-72.

10. Skripko V. D., Kovalenko A. L., Zaplutanov V. A. Vliyanie tsitoflavina na vyrazhennost distalnoy polineuropatii u bolnykh sindromom diabeticheskoy stopy s mediokaltsinozom arteriy [The effect of cytoflavin on the severity of distal polyneuropathy in patients with diabetic foot syndrome with mediocalcinosis of arteries]. *Khirurgiya – Surgery*, 2017.- № 8.- 75-78.

11. Udovichenko O. V., Korotkov I. N., Gerasimenko O. A. Dostupnost i effektivnost revaskulyariziruyushchikh vmeshatelstvu ambulatornykh bolnykh s neyroischemicheskoy formoy sindroma diabeticheskoy stopy [Availability and effectiveness of revascularization of outpatients with the neuro-ischemic form of diabetic foot syndrome]. *Endokrenicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2011, No. 2, pp. 39-48.

12. Shumkov O. A., Lobarskiy M. S., Altukhov I. A.

Realizatsiya multidistsiplinarnogo podkhoda k lecheniyu sindroma diabeticheskoy stopy: rol angiokhirurga [Implementation of a multidisciplinary approach to the treatment of diabetic foot syndrome: the role of angio-surgeon]. *Khirurgiya – Surgery*, 2013, No. 11, pp. 9-15.

Edmonds M., Morrison N., Laws J. Medial arterial calcifications and diabetic neuropathy. *British Medical Journal*, 2009, Vol. 284, pp. 928-930.

Morbach S., Furchert H., Groblinghoff U. et. al. Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade. *Diabetes Care*, 2012, Vol. 35, No. 10, pp. 2021-2027.

**М.Х. Набиев, Д.А. Абдуллоев,
Ш.З. Ибодуллозада, К.М. Саидов**

ТАЪСИРИ ИНСУЛИПОН БА НЕЙРОПАТИЯИ ДИСТАЛӢ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ ШАКЛҲОИ ОРИЗАДОРИ СИНДРОМИ ПОПАНҶАИ ДИАБЕТӢ

Кафедраи ҷарроҳии умумии № 2 Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино,

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар кардани натиҷаҳои табобати беморони дорои шаклҳои оризадори нейропатикии синдроми диabetи попанча (СДП).

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқоти мо натиҷаи табобати 42 бемори дорои шаклҳои оризадори нейропатикии синдроми диabetи попанча омӯхта шуд. Давомнокии ДҚ аз 10 то 25 солро ташкил дод. Мардҳо - 24 (57,1%), занҳо 18 нафар (42,9%) буданд. Беморон ба гурӯҳи асосӣ - 22 нафар (52,4%) ва назоратӣ - 20 нафар (47,6%) ҷудо карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ба баробари доруҳои анъанавӣ доруи инсулопинро низ истифода кардем. Табобат бо инсулопин 10 рӯз давом карда, 600 мг препарат дар 200 мл маҳлули 0,9%-и физиологӣ ба таври дохиливандӣ ворид карда шуд ва баъдан истеъмоли ҳаббӣ он дар давоми як моҳ якҳаббӣ дар як рӯз давом дода шуд. Электронеуромиография (ЭНМГ) имконият дод, ки ҳолати функционалии асабҳо ва мушакҳои периферӣ арзёбӣ карда шаванд. Ҳангоми гузаронидани ЭНМГ суръати бо асаб гузаронидани импульс, давраи латентӣ (пинҳонӣ), амплитудайи м-ҷавоб таҳлил карда шуд. Электронеуромиография (n=24) гузаронидашуда имконият дод, ки дар бемороне, ки аломатҳои клиника осеби системаи периферии асаб вучуд надоранд, тағйиротҳо

ошкор карда шаванд. Натиҷаҳои таҳқиқот паст шудани суръати гузаронидани импuls, амплитудай м-чавобро дар асабҳои устухонҳои хурд ва калони соқ дар ҳамаи беморони гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ нишон дод. Инчунин ба қайд гирифта шуд, ки давраи латентӣ дар асабҳои ҳаракатии андомҳои поёни зиёд аст.

Хулоса. Ҳамин тавр, натиҷаҳои нишондодашуда аз муносибатҳои инфиродӣ, табобати комплекси ва нейропатияи возеҳ вобастаанд. Басомади олиии инкишофи нейропатияи диабетӣ ва паст шудани фаъолнокии протсессҳои репаративӣ аз зару-

рати дар табобати комплекси беморони дорои шаклҳои оризадори нейропатии синдроми диабетӣ попанча дохил кардани инсулипон гувоҳӣ медиҳанд, ин дору он дохил намудани тн дору суръати импulsхоро дар устухонҳои калон ва хурди соқ баланд мекунад, протсессҳои тоза шудан ва репаратсияи чароҳатро фаъол мегардонад, микдори ампутатсияҳои баланд ва фаъти беморхонагири кам мекунад.

Калимаҳои калидӣ: синдроми попанчаи диабетӣ, нейропатия, электронейромиография, некрэктомия.

УДК 616.981.51.07.08

С.Х. Никбин, Э.Р. Раҳманов, Н.М. Гулямова

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ И ЛОКАЛИЗАЦИИ СИБИРЕЯЗВЕННЫХ КАРБУНКУЛОВ

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Никбин Саид Халил - соискатель кафедры инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибн Сино; тел.: +992915869090; e-mail: khalilnikbin@yahoo.com.

Цель исследования. Выявить корреляционную зависимость тяжести течения кожной формы сибирской язвы и локализации сибиреязвенных карбункулов у взрослого населения в провинциях Афганистана.

Материал и методы исследования. В исследовании представлены данные клинического исследования 49 больных сибирской язвой, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении г. Герата из 5 провинций Афганистана, из которых мужчин было 26 (53,1%), женщин – 23 (46,9%). Возраст обследованных колебался от 16 до 70 лет. Диагноз сибирской язвы выставлен на основании клинико-эпидемиологических, анамнестических и лабораторных методов исследования.

Результаты исследований и их обсуждение. Выявлено, что кожная форма сибирской язвы среди взрослого населения в условиях Афганистана протекала преимущественно в среднетяжелой и тяжелой формах (81,7%). Легкое течение болезни в основном наблюдалось среди лиц в возрасте от 16 до 20 лет (18,3%); средне-тяжелое и тяжелое течение - в возрасте от 21 до 50 лет (32,6%). Состояние тяжести больных кожной формы сибирской язвы зависит от локализации сибиреязвенных карбункулов. При локализации сибиреязвенных карбункулов в области головы и шеи в 32,6% случаев наблюдалось тяжелое течение болезни.

Заключение. Среди взрослых больных карбункулёзная разновидность кожной формы сибирской язвы наблюдалась в 97,2% случаев, из них в 51% - с локализацией в области головы и шеи. Степень тяжести течения в 45% оценивалась как средне-тяжелая, в 36,7% - тяжелая.

Ключевые слова: сибирская язва, клиника, локализация, Афганистан.

S.Kh. Nikbin, E.R. Rakhmanov, N.M. Gulyamova

CORRELATION BETWEEN THE SEVERITY OF THE CUTANEOUS ANTHRAX AND LOCALIZATION OF THE ANTHRAX CARBUNCLES

Department of Infectious Diseases, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Nikbin Sayed Khalil, aspirant of the Department of Infectious diseases at AvicennaTajik State Medical University; tel.: +992 915869090; e-mail: khalilnikbin@yahoo.com.

Aim. Finding correlation between the clinical course of cutaneous anthrax and localization of anthrax carbuncles in an adult population of Afghanistan.