



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқулов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садуллоева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Турция)
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com


1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer	6
2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
3. Akhrorova L.B.	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
4. Boltayev E.B.	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
5. Ergashov B.B.	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
6. Ergashov B.B.	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
7. Eshniyazova G.Sh.	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
9. Hikmatov J.S.	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
10. Mekhriddinov M.K.	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
13. Narzulloeva D.S.	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
14. Rajabov D.O'.	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
15. Rakhimov A.Y.	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
16. Raupov F.S.	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
17. Safarova G.A.	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
18. Saidova L.B.	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
20. Umurova N.M.	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
21. Газиев К.У.	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усулларининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
22. Жумаева М.Ф.	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
23. Жумаева М.Ф.	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

24. Жумаева М.Ф.	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
25. Исмагова М.Н.	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
28. Мустафаева М.Р.	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
29. Мухамеджанова М.Х.	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциацией с хронической сердечной недостаточностью.....	158
30. Наврузова Л.Х.	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
31. Ниёзов Ф.Ё.	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
32. Нуриддинов С.С.	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
33. Орипова Ф.Ш.	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
34. Орипова Ф.Ш.	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
37. Раджабова Г.Б.	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
38. Саидова Н.Ф.	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
39. Тухтаев Д.А.	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
40. Умурова Н.М.	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

UDK: 617.586-002.3/4-02: 616.379-008.64-036.22-089.168

Rajabov Doston O'ktamovich

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

**DIABETIK TOVON SINDROMINI KOMPLEKS JARROHLIK DAVOLASH
USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH** <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788625>**ANNOTATSIYA**

Pastki muchalarning ishemiyasi bilan kechayotgan diabetik oyoq sindromining yiringli-nekrotik asoratlari bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda L-argininni uzoq muddatli arteriya ichi perfuziyasidan foydalanish patologik jarayonning rivojlanishi holatlarining keskin kamayishiga olib keldi va oyoq ishemiyasi bu bemorlarda faqat 10,2% da kuzatildi, kompleks davolashning ushbu usulini qo'llanilmagan bemorlarda esa 30,7% ni tashkil etgan. Davolangan bemorlarda o'lim darajasi mos ravishda 4,54% va 13,18% ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: yiringli-nekrotik jarayon, diabetik oyoq sindromi, pastki muchalar ishemiyasi

Ражабов Достон Уктамович

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ КОМПЛЕКСНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ****АННОТАЦИЯ**

Применении в комплексном лечении длительных внутриартериальных перфузий L-аргинина у больных гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы с ишемией нижних конечностей привело к резкому уменьшению количества случаев прогрессирования патологического процесса и ишемии на стопе, что наблюдалось лишь у 10,2% пациентов в то время когда они были на порядок выше и составляли 30,7% у больных без применения данного метода комплексного лечения. Летальность у пролеченных пациентов при этом составила 4,54% и 13,18% соответственно.

Ключевые слова: гнойно-некротический процесс, синдром диабетической стопы, ишемия нижней конечности.

Rajabov Doston Uktamovich

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

**IMPROVING METHODS FOR COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF
DIABETIC FOOT SYNDROME**

ANNOTATION

The use of long-term intra-arterial perfusions of L-arginine in complex treatment of patients with purulent-necrotic complications of diabetic foot syndrome with ischemia of the lower extremities led to a sharp decrease in the number of cases of progression of the pathological process and ischemia in the foot, which was observed in only 10.2% of patients at that time they were an order of magnitude higher and amounted to 30.7% in patients without the use of this method of complex treatment. Mortality in treated patients was 4.54% and 13.18%, respectively.

Key words: purulent-necrotic process, diabetic foot syndrome, lower limb ischemia.

Dolzarblik. Pastki muchalarning ishemiyasi (PMI) bo'lgan bemorlarni davolashdagi yutuqlarga qaramay, bu muammo dolzarbligicha qolmoqda (3,16). Qandli diabet (QD) bilan og'rigan bemorlarda PMI taxminan besh marta tez-tez uchraydi va diabetik tovon sindromi bemorlarning 10% dan ko'prog'ida rivojlanadi. Ayniqsa og'ir diabetik tovon sindromining (DTS) PMI bilan birga keladigan yiringli-nekrotik asoratlari (4,15). Tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda (PMI) diabetisiz odamlarga qaraganda 40 marta tez-tez rivojlanadi [10,11,26,28,30,32,34,35].

Qandli diabet fonida pastki muchalarning ishemiyasi (PMI) bilan kechadigan yiringli-nekrotik jarayon jarohat holatini ham, kasallikning o'zi ham noqulay oqibatlarga olib keladi [9,12,13,14,17].

Pastki muchalarning ishemiyasi (PMI) patogenezi asosiy bo'g'in hisoblanadi. Endotelial disfunktsiya muammosi hozirgi vaqtda ko'plab tadqiqotchilarni o'ziga jalb qilmoqda, chunki u ateroskleroz, arterial gipertenziya, qandli diabet va pastki muchalar ishemiyasi (PMI) davrida qon tomir devoridagi morfologik o'zgarishlarga olib keluvchi omillardan biridir. Bu holda endotelial disfunktsiya, qoida tariqasida, tizimli xarakterga ega va nafaqat katta tomirlarda, balki kichik tomirlarda ham topiladi [8,27,29,31].

Ushbu toifadagi bemorlarni kompleks davolashga, jarrohlik davolash usullarini takomillashtirishga ko'plab urinishlarga qaramay, kasallikning natijasi ko'p hollarda yomon oqibatlarga olib keladi, ya'ni bemorlar pastki muchalarini yo'qotadilar [16,23,33,35]. Operatsiyadan keyingi yiringli -nekrotik asoratlar va o'lim darajasi yuqori bo'lib, omon qolgan bemorlar jarrohlar uchun muvaffaqiyat deb hisoblanadi [5,8,15,20,21,22,24,25]. Patogenezi - ishemiya fonida mahalliy to'qimalar gipoksiyasi bo'lgan yiringli yallig'lanish kasalliklarini (YYK) davolashda fan va texnologiyaning rivojlanishi bilan antigipoksik preparatlarni (L-arginin) qo'llash bilan birlashtirilgan davolash usullari qo'llanila boshlandi. Ma'lumki, L-arginin antigipoksik, sitoprotektiv, antioksidant, intoksikatsiyaga qarshi va membranani rag'batlantiruvchi xususiyatlarga ega.

L-arginin ammiakni zararsizlantirish va uning tanadan chiqarilish jarayonlarini muhim rol o'ynashini isbotlandi. Azot oksidi donori sifatida L-arginin organizmni energiya bilan ta'minlash jarayonlarida ishtirok etadi, leykotsitlar va trombositlarning qon tomir endoteliasiga faollashishi va yopishishini pasaytiradi, aterosklerotik plakchalarining shakllanishiga, rivojlanishiga to'sqinlik qiladi va fibrinogenoliz jarayonlari tarkibiga kiradi. Preparat mo'tadil anabolik ta'sirga ega, ayrisimon bezining faoliyatini kuchaytiradi, insulin sintezini kuchaytirishga yordam beradi va jismoniy zo'riqishlar paytida qondagi glyukoza darajasini tartibga soladi va kislota-ishqor muvozanatini to'g'rilashga yordam beradi. Pastki muchalarning ishemiyasi, periferik tomirlarning aterosklerozi, diabetik angiopatiyani kompleks davolashda qo'llaniladi [1,5,35].

Diabetik tovon sindromining yiringli-nekrotik asoratlari bilan pastki muchalar tomirlarining endotelial disfunktsiyasining aniq belgilari bilan pastki muchalar ishemiyasida L-argininni qo'llashning ijobiy natijalari to'g'risidagi adabiyotlarda ma'lumotlar yara jarayonining kechishini o'rganish bilan bog'liq barcha fikrlarni to'liq aks ettirmaydi. Biroq, endotelial disfunktsiya bilan kechadigan ushbu patologiya bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashning eng maqbul usuli bo'yicha aniq tavsiyalar yo'q. Yuqoridagi muammolarni hal qilish bemorlarning ushbu guruhini davolashda faol ta'sir ko'rsatadi.

Tadqiqot maqsadi: Pastki muchalarning ishemiyasi bilan kechadigan qon tomir endotelial disfunktsiyasi bilan diabetik tovon sindromining yiringli-nekrotik asoratlarini davolashda L-argininni qo'llashning optimal usulini ishlab chiqish.

Materiallar va usullar: Ish 2017-2022 yillar davomida Buxoro ko'p tarmoqli tibbiyot markazining yiringli jarrohlik bo'limida davolangan pastki muchalarning ishemiyasi bilan kechadigan, qon tomir endotelial disfunktsiyaning aniq belgilari bilan birga bo'lgan, qandli diabet fonida pastki muchalarning yiringli-nekrotik shikastlanishi bo'lgan 272 bemorni jarrohlik davolash natijalarini ma'lumotlarini o'rganishga asoslanadi. Biz bemorlarni tabaqalashtirilgan randomizatsiya usulidan foydalandik. Tadqiqot maqsadlariga muvofiq barcha bemorlar shartli ravishda 3 guruhga bo'lingan: (I - nazorat va II a, II. b - asosiy). Bemorlar orasida erkaklar (69,5%) ustunlik qildi. Bemorlarning aksariyati 38 yoshdan 83 yoshgacha bo'lganlar. Birinchi nazorat guruhi 91 kishidan iborat (33,4%). Pastki muchalarning yiringli-nekrotik zararlanishi bo'lgan bemorlar, ular jarrohlik amaliyotini, antibiotik terapiyasi, infuzion, dezintoksikatsion terapiyasi, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan dorilar - angioprotektorlar, glikemik tuzatishlarni o'z ichiga olgan terapevtik tadbirlar majmuasini o'tkazdilar. Shuningdek, qo'shma kasalliklarni simptomatik davolash amalga oshirildi. Mahalliy davolash an'anaviy usulda amalga oshirildi (suvda eruvchan polietilen glikol asosidagi malhamlar - oflomelid). II (a) guruhga 93 (34,2%) bemorlar kiritilgan bo'lib, ular an'anaviy davolash (antibakterial terapiya, antikoagulyantlar, mahalliy davolash (suvda eriydigan polietilen glikol asosidagi malhamlar - oflomelid)) bilan bir qatorda, mikrosirkulyatsiyani yaxshilash, pastki muchalarning qon tomirlarini endotelial disfunktsiyasini kamaytirish maqsadida kuniga bir marta vena ichiga L-arginin infuziyalari o'tkazildi. Chunki bu preparat antigipoksik va antioksidant xususiyatlarga ega.

II (b) guruhga 88 (32,4%) bemorlar kiritilgan bo'lib, ularda an'anaviy davolash (antibakterial terapiya, antikoagulyantlar, mahalliy davolash (suvda eriydigan polietilen glikol asosidagi malhamlar - oflomelid)) bilan bir qatorda, femoral arteriya kateterizatsiyasi orqali 24-48 soat davomida L-argininning uzoq muddatli arteriya ichi infuziyalari uzoq vaqt davomida amalga oshirildi. Dozator "aitecs® 2016" yordamida.

Tekshirilgan 272 bemorda oyoqdagi aniqlangan o'zgarishlar quyidagi shakllar bilan ifodalangan: o'choqli to'qimalar nekrozi - 35; oyoq barmoqlarining yiringli-nekrotik yaralari - 39; oyoqning yiringli-nekrotik flegmonasi - 51; oyoq barmoqlarining gangrenasi (quruq va nam) - 46; Oyoqning distal qismlarining ganrenlari (quruq va ho'l) - 73; Oyoqning oraliq bo'shliq va boldir proliferatsiya qiluvchi chirigan flegmonalari, -28.

Jarrohlik bosqichi, iloji bo'lsa, bemorni to'liq tekshirish fonida, adekvat konservativ davo va zararlangan a'zoni tozalash bilan birgalikda amalga oshirildi. Bizning jarrohlik davolashimiz oyoqning to'qimalari va funktsiyalarini maksimal darajada saqlab qolish tamoyiliga asoslangan edi. Yiringli-nekrotik o'choqni jarrohlik davolash (YNO') paytida yiringli-nekrotik o'choqqa kengroq kirish ta'minlandi, uni yetarli darajada drenajlash amalga oshirildi, infeksiyani rivojlanishiga sabab bo'luvchi nekrotik to'qimalar olib tashlandi, komponentli suvda eriydigan polietilen glikol (PEG) asosidagi suvda eriydigan malham bintlarini qo'llash orqali bog'lamlar amalga oshirildi.

Tovon ust sohasi chuqur flegmonalari uchun biz barcha biriktiruvchi to'qima tuzilmalarini, fastsiyani, qalinlashgan, infeksiyalangan paylarini, Axilles payiga qadar kesib tashladik. Sog'lom to'qimalarda oyoq va oyoqning atipik, gilyotin amputatsiyasi ham amalga oshirildi.

Bemorlarni tekshirish umumiy klinik usullar, laboratoriya usullari, pastki muchalarning arterial o'zanini o'rganishning instrumental usullari (dopplerografiya, angiografiya), shuningdek immunologik parametrlarni o'rganish orqali endotelial disfunktsiyani baholash - endotelin 1 (ET-1), NO - azot oksidi, VEGF-A (Vascular endothelial growth factor)- qon tomir endotelial o'sish omili, TGF- β (transforming growth factor beta)- beta o'zgaruvchan o'sish omili. Barcha tekshirilgan bemorlar jarohat ekssudati bakteriologik tekshiruvdan o'tkazildi.

Jarohat holatining umumiy va mahalliy namoyon bo'lish dinamikasini baholash sub'ektiv mezonlarga (yara sekretsiasining tabiati, infiltratning rezorbsiyasi, granulyatsiya to'qimalari va epitelizatsiasining rivojlanish xususiyatlari) va ob'ektiv ko'rsatkichlarga (tana harorati, umumiy

klinik qon tekshiruvi, leykotsitlar intoksikatsiya indeksi, prokalsitonin darajasi) muvofiq amalga oshirildi.

Natijalar va uning muhokamasi: I nazorat guruhiga kiritilgan 91 bemor bakterial floraning sezgirligini inobatga olgan holda jarrohlik davolash va antibiotik terapiyasining asosiy tamoyillariga rioya qilgan holda, polietilen glikol (PEG) (oflomelid) asosidagi suvda eruvchan malham bilan mahalliy bog'lamlar oldi).

Qabul paytida bemorlarning umumiy ahvoli ko'p hollarda o'rtacha yoki og'ir edi. Ularning barchasi umumiy holsizlik, bezovtalik, pastki muchalarning patologik jarayoni sohasidagi og'riqlar, tana haroratining $37,8^{\circ}$ - $40,2^{\circ}$ S gacha ko'tarilishi, og'iz qurishi, uyqu buzilishi va ishtahasizlikdan shikoyat qildilar. Mahalliy simptomlar orasida oyoqdagi patologik jarayon atrofida terining o'rtacha yoki og'ir giperemiyasi va to'qimalarning shishishi mavjud edi. Palpatsiya yo'li bilan oyoqning jarohatlangan joylari barcha holatlarda, og'riqli va infiltratsiya holatlari aniqlandi va pastki muchalar istisnosiz, gipotermik edi, oyoq arteriyalarida pulsatsiya keskin zaiflashgan yoki umuman aniqlanmadi. Bemorlarning ko'pchiligi bizga kasallikning boshlanishidan va jarohat kursining birinchi bosqichidan keyin 3 dan 21 kungacha bo'lgan vaqt ichida qabul qilindi.

Tadqiqot guruhidagi bemorlarda jarohat tarkibidagi mikrofloraning tarkibini o'rganish tahlili shuni ko'rsatdiki, ko'p hollarda yara eksudati tarkibidagi aerob mikrofloraning vakillari stafilokokklar, ichak tayoqchalari va proteuslar, shuningdek, ekilgan anaeroblar orasida, Pr.melaninogenica va Bacteroidesspp ko'proq tarqalgan . Shu bilan birga, I guruhdagi bemorlarda yaralarning mikroblar bilan ifloslanishining dastlabki darajasi o'rtacha 10^{10-11} mt / g ni tashkil qilganligini ko'rsatdi. Yarani malham surtib jarrohlik yo'li bilan davolashdan so'ng mikroblar ifloslanish 10^{-6} mt/g ni tashkil etgan bo'lsa, ertasi kuni 10^{7-8} mt /g gacha ko'tarilgan , kompleks davolash kursi bu bemorlarda 6-7 kun davomida bajarildi. Mikroblar bilan ifloslanish sezilarli darajada pasaya boshladi va o'rtacha 10^{5-6} mt / g ni tashkil etdi va faqat 10-12 kunlik davolashda u kritik darajadan past bo'lib, to'qimalar 1 g uchun 10^3 mikroblar tanasini tashkil etdi.

Organizm intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, davolanishning birinchi kunida bemorlarda tana harorati o'rtacha $38,6 \pm 0,1$ S. Qonda leykotsitlar miqdori o'rtacha $13,6 \pm 2,5 \times 10^9 / l$ bo'ldi.

Leykotsitlar intoksikatsiya indeksi (LII) va eritrotsitlar cho'kish tezligi (ECHT) mos ravishda $4,7 \pm 1,30$ va $40,2 \pm 1,6$ gacha ko'tarildi , PCT va CRB ko'rsatkichlari mos ravishda $1,2 \pm 0,2$ ng / ml va $16, 5 \pm 2,1$ mg / l ni tashkil etdi. Davolanishning uchinchi kuni tana haroratining biroz pasayishi ($38,6 \pm 0,1$ S dan $37,9 \pm 0,5$ S gacha), qondagi leykotsitlar miqdori o'rtacha $11,0 \pm 0,5 \times 10^9 / l$ ga kamaydi. Davolashning uchinchi kunida LII ko'rsatkichlarining o'zgarishi $4,7 \pm 1,30$ dan $3,4 \pm 0,18$ birlikgacha pasayish belgilarini ko'rsatdi , ECHT esa o'rtacha $34,7 \pm 2,2$ mm / soatgacha kamaydi. Hozirgi kunda PCT va CRO ko'rsatkichlari mos ravishda $0,8$ dan $0,1$ ng/ml gacha va $12,1$ dan $1,4$ mg/l gacha bo'lgan. Davolashning 7-9 kunida nazorat guruhidagi tekshirilgan bemorlar biroz subfebril bo'lib qoldi ($37,0 \pm 0,4$ S). Shu bilan birga, organizm intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarining yanada pasayishi kuzatildi: qonda L, LII, ECHT, PCT va CRO, ya'ni normallashtirildi. Shunday qilib, davolanishning 12-14 kunida ECHTdan tashqari barcha tahlil qilingan intoksikatsiya ko'rsatkichlari normallashtirildi.

Dinamik tadqiqotlar natijalari endotelin a 1, NO va qon zardobidagi VEGF -A va TGF- β o'sish omillari nazorat guruhidagi bemorlarda qabul kunida endotelin 1 va NO ning boshlang'ich darajasi $9,22 \pm 0,64$ pg / ml va $16,32 \pm 1,12$ mkmol / l ni tashkil qilganligini ko'rsatdi. VEGF-A $1042,25 \pm 5$ pg / ml, TGF- β $187,74 \pm 2,5$ pg / ml. Doimiy davolanish fonida 3-kunga kelib endotelin 1 $7,82 \pm 0,57$ pg / ml ga , NO $18,64 \pm 1,44$ mkmol / l ga, VEGF-A ko'rsatkichlari esa $1154,27 \pm 5$ pg / ml ga, TGF- β $192,78 \pm 2,5$ pg / ml, ga teng edi. 7-9 kunlarda ular (endotelin 1, NO, VEGF-A va TGF- β) $6,94 \pm 0,44$ pg / ml , $20,62 \pm 1,24$ mkmol / l $1019,5 \pm 5$ pg / ml va $192,78 \pm 2,5$ pg / ml ni mos ravishda tashkil etdi. Davolanishning 12-14 kunida ham endotelin 1, NO , VEGF-A va TGF- β qiymatlari normal qiymatlardan yuqori bo'lib, $5,62 \pm 0,25$ pg/ml va $21,48 \pm 1,31$ mkmol / l , $609,5 \pm 5$ pg / ml va $172,54 \pm 2,5$ pg / ml ni tashkil etdi (1-jadval).

1-jadval

Nazorat guruhidagi (I) tekshirilgan bemorlarda qon zardobidagi endotelin 1, NO , VEGF-A va TGF- β indekslarining dinamikasi

Ko'rsatkichlar	Davolash boshlanganidan beri			
	1 kun (qabul kuni)	3 kun	7-9 kunlar	12-14 kunlar
ET-1, pg /ml	8,22 \pm 0,64	7,82 \pm 0,57	6,94 \pm 0,44	5,62 \pm 0,25
YO'Q , mkmol / l	16,32 \pm 1,12	18,64 \pm 1,44	20,62 \pm 1,24	21,48 \pm 1,31
VEGF-A, pg /ml	1042,25 \pm 5	1154,2 7 \pm 5	1019, 5 \pm 5	609,5 \pm 5
TGF- β , pg /ml	192,78 \pm 2,5	192,78 \pm 2,5	192,7 8 \pm 2,5	172,54 \pm 2,5

Shu bilan birga , nazorat guruhidagi bemorlarda jarohatdan infeksiyani tozalash o'rtacha 12,0 \square 1,5 kungacha sodir bo'ldi. 7-9 kun ichida jarohat atrofidagi infiltratning rezorbsiyasi qayd etildi. Granulyatsiyalar paydo bo'lishining boshlanishi davolashning 12-14 kunida va epitelizatsiya boshlanishi faqat 17-19 kun ichida qayd etildi. Shu bilan birga, statsionar davolanish muddati 21,5 \pm 2,5 yotoq kunini tashkil etdi.

Kompleks chora-tadbirlar fonida nazorat guruhidagi 28 (30,7%) bemorda patologik jarayonning rivojlanishi va pastki muchalarning ishemiya belgilari kuzatildi, bunda jarohat sababli 19 (20,8%) bemorda pastki oyoq amputatsiyasi amalga oshirildi. Pastki muchalarning yuqori uchdan bir qismi darajasida pastki oyoq amputatsiyasi va patologik jarayonga jalb qilinganligi sababli 10 (11%) holatda sonning o'rta va yuqori uchdan bir qismida yuqori amputatsiyalarga murojaat qilishga majbur bo'ldilar va sonning o'rta va yuqori uchdan bir qismi darajasida yuqori amputatsiyalar o'tkazildi. Pastki muchalarning kichik jarrohlik aralashuvini o'tkazgan 7 (7,69%) bemorlarda tuzatib bo'lmaydigan qo'shimcha kasalliklarning rivojlanishi kuzatildi va shuning uchun yuzaga kelgan: 3 nafar bemorda yurak-qon tomir faoliyatining o'tkir buzilishi, tizimli yallig'lanishli javob sindromi. 2 nafar bemorda septik shok va diabetik nefropatiya tufayli buyrak etishmovchiligi 2 nafar bemorda o'limga olib keldi. Femur va tibia darajasida yuqori amputatsiya qilingan nazorat guruhidagi bemorlarda operatsiyadan keyingi o'lim 5 (5,5%) bemorda kuzatildi. Operatsiyadan keyingi o'limning tuzilishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, behushlik fonida 2 bemorda tananing hayotiy funksiyalarining chuqur buzilishi bilan nazorat qilib bo'lmaydigan gipotenziya, 2 nafar bemorda o'pka emboliyasi va 1 nafar bemorda ko'p a'zolar etishmovchiligi belgilari kuchaygan. halokatli natijalar bilan kuzatildi. Ushbu guruhdagi umumiy o'lim soni 12 (13,18%) ni tashkil etdi.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, II asosiy guruh 2 kichik guruhga bo'lingan (IIa va IIb). II a guruhi 93 nafar bemordan iborat bo'lib, ular doimiy davolanishdan qo'shimcha ravishda kuniga bir marta L-arginin vena ichiga infuziyalari o'tkazilgan va II b guruhi 88 nafar bemordan iborat bo'lib, ular L-argininning femoral arteriya kateterizatsiyasi orqali uzoq muddatli arterial infuziyalaridan foydalanishdi. Asosiy guruhdagi bemorlarda, nazorat guruhidagi bemorlarda bo'lgani kabi, hajmi va tabiati bo'yicha taqqoslanadigan jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi. Davolash paytida majburiy protsedura, standart tekshiruvdan tashqari , endotelial disfunktsiyani aniqlash uchun qon zardobida ET-1, NO , VEGF-A va TGF- β ni o'rganish edi .

Asosiy guruh bemorlarida to'qimalarining yara eksudatidagi mikroblifloslanishini o'rganish shuni ko'rsatdiki, nazorat guruhidagi bemorlarda bo'lgani kabi yaralarning mikroblifloslanishining boshlang'ich darajasi 10⁹⁻¹⁰ mt / g ni tashkil etdi. Jarohatni jarrohlik yo'li bilan davolash va L argininni tomir ichiga yuborish boshlanganidan so'ng, nazorat guruhiga qaraganda jarohatlarning mikroblifloslanishining nisbiy pasayishi kuzatildi. III guruhida L argininning arterial ichi perfuziyalari amalga oshirildi, yaralarning mikroblifloslanishining sezilarli darajada

pasayishi kuzatildi va davolanishning 3-kuniga kelib u o'rtacha 10^{5-6} mt / g ni tashkil etdi va davolanishning 7-9-kuniga kelib jarohatdagi mikroblil ifloslanish o'rtacha 1 g ga 10^3 to'qimalardagi infeksiya kamaydi.

IIa va IIb guruhidagi bemorlarda endotoksikoz darajasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, davolanishning uchinchi kunida tana harorati pasaygan (IIa da $38,8 \pm 1,1^0$ S dan $38,1 \pm 0,7^0$ C gacha, IIb $39,2 \pm 1,1^0$ S dan $37,4 \pm 0,3^0$ S gacha)., qondagi leykotsitlar miqdori IIa guruhda o'rtacha $12,5 \pm 1,0 \cdot 10^9$ /l ga, IIb $8,7 \pm 1,0 \cdot 10^9$ /l gacha kamaygan. Uchinchi kuni LII ko'rsatkichlarining o'zgarishi IIa da $4,8 \pm 1,30$ dan $4,4 \pm 0,22$ birlikgacha , IIb da $4,9 \pm 1,35$ dan $3,2 \pm 0,24$ birlikgacha , ECHT har ikkala guruhda o'rtacha $31,5 \pm 1,8$ mm / soat va 252 mm / s gacha mos ravishda kamaydi. Va PCT va CRP ko'rsatkichlari II guruhda $1,25 \pm 0,24$ ng / ml dan $1,02 \pm 0,2$ ng / ml gacha va $15,9 \pm 2,1$ mg / l dan $13,2 \pm 1,1$ mg / l gacha, II b guruhida $1,26 \pm 0,23$ ng / ml dan $0,52$ ng / ml gacha va $15,4 \pm 2,2$ mg/l dan $9,4 \pm 1,1$ mg/l gacha kamaydi. Davolanishning 7-9 kunida II a guruhidagi tekshirilgan bemorlarda organizm intoksikatsiyasining ko'rsatkichlari me'yoridan yuqori bo'lgan: LII, ECHT, PCT va qon CRP; I va II a guruhlaridagi bemorlariga qaraganda II b guruhidagi bemorlardagi normallashtirish kuzatildi.

NO va o'sish omillari VEGF-A va TGF- β dinamikasini o'rganish natijalari shuni ko'rsatdiki, IIa guruhidagi bemorlarda qabul qilingan kunida ET-1 ning boshlang'ich darajasi $8,94 \pm 0,44$ pg ml, ni tashkil etdi. NO $16,32 \pm 1,12$ mkmol / l, VEGF-A $1054,27 \pm 5$ pg / ml, TGF- β $190,56 \pm 2,5$ pg / ml edi. L -argininni tomir ichiga yuborish boshlangandan so'ng , nazorat guruhiga nisbatan ET-1, NO , VEGF-A va TGF-b β da biroz yaxshilanish kuzatildi . Vena ichiga L -arginin bilan kompleks davolash fonida 3-kunga kelib ET-1 $7,82 \pm 0,38$ pg/ml , NO $18,64 \pm 1,44$ mkmol/l, VEGF - A $922,20 \pm 5$ pg / l ml, TG- β $16-5,4 \pm 2,5$ pg / ml ni tashkil etdi. 7-9 kunlarda ular mos ravishda $5,80 \pm 0,42$ pg / ml, $21,66 \pm 1,22$ mkmol / l, $504,5 \pm 5$ pg / ml va $130,57 \pm 2,5$ pg / ml ni tashkil etdi. Va davolanishning 12-14 kunida bu belgilarning ko'rsatkichlari deyarli normal chegaralarga yetdi (2-jadval).

2-jadval

IIa guruhi tekshirilgan bemorlarda qon zardobidagi endotelin 1, NO, VEGF-A va TGF- β indekslarining dinamikasi

Ko'rsatkichlar	kun			
	Qabul kuni leniya	3	7-9	12-14
ET-1, pg /ml	$8,94 \pm 0,44$	$7,82 \pm 0,38$	$5,80 \pm 0,42$	$4,24 \pm 0,25$
YO'Q , mkmol / l	$16,32 \pm 1,12$	$18,64 \pm 1,44$	$21,66 \pm 1,22$	$25,84 \pm 1,33$
VEGF-A, pg /ml	$1054,27 \pm 5$	$922,2 \pm 5$	$504,5 \pm 5$	$340,45 \pm 5$
TGF- β , pg /ml	$190,56 \pm 2,5$	$165,4 \pm 2,5$	$130,57 \pm 2,5$	$118,78 \pm 2,5$

L -argininning uzoq muddatli perfuziyasi uchun arterial kateter o'rnatilgan bemorlarning II b guruhini o'rganish natijalari ET-1, NO , VEGF-A va TGF- β ning tez yaxshilanishini ko'rsatdi . L -argininning arterial ichi perfuziyasi yordamida kompleks davolash fonida , 3-kuni ET-1, NO $7,04 \pm 0,36$ pg / ml, $19,62 \pm 1,44$ mkmol / l , VEGF-A esa $842,24 \pm 5$ pg/ml, ga teng edi. TGF- β $160,44 \pm 2,5$ pg/ml, 7-9 kunlarda ular $4,87 \pm 0,48$ pg/ml, $24,88 \pm 1,28$ mkmol / l , $524,5 \pm 5$ pg/ml va $124,72 \pm 2,5$ pg/ml, ni mos ravishda tashkil etdi. Davolanishning 12-14 kunida ET-1, NO , VEGF-A va TGF- β ko'rsatkichlari normaga yetdi (3-jadval).

3-jadval

II b guruhi tekshirilgan bemorlarda qon zardobidagi endotelin 1, NO, VEGF-A va TGF- β ning dinamikasi

Ko'rsatkichlar	kun			
	Qabul kuni	3	7-9	12-14
ET-1, pg /ml	9,24 \pm 0,35	7,04 \pm 0,36	4,87 \pm 0,48	3,22 \pm 0,22
YO'Q , mkmol / l	16,33 \pm 1,10	19,62 \pm 1,44	24,88 \pm 1,28	27,94 \pm 1,66
VEGF-A, pg /ml	1066,27 \pm 5	842,24 \pm 5	524,5 \pm 5	240,4 \pm 5
TGF- β , pg /ml	194,23 \pm 2,5	160,44 \pm 2,5	124,72 \pm 2,5	98,78 \pm 2,5

Tahlil qilingan guruhdagi bemorlarda (II a va II b) infeksiyadan yaralarni tozalash o'rtacha 9,0 \pm 1,0 va 5,0 \pm 1,0 kunlarda sodir bo'ldi va bunga parallel ravishda yara atrofidagi infiltratning rezorbsiyasi qayd etildi. Granulyatsiyalar paydo bo'lishining boshlanishi II a guruhida 10-11 kunlarda, II b guruhida esa 7-8 kunlarda qayd etilgan. Epitelizatsiya boshlanishi II a guruhida davolashning 14-15 kunida, II b guruhida 10-11 kuni tashkil etdi . Shu bilan birga, statsionar davolanish muddati mos ravishda 16,5 \pm 1,5 va 11,5 \pm 1,5 yotoq kunini tashkil etdi.

Majmua chora-tadbirlari fonida, pastki muchalarning yiringli-nekrotik shikastlanishlari chuqurligi tufayli, II guruhdagi 16 (17,2%) bemorlarda patologik jarayonning rivojlanishi va pastki muchalarning ishemik belgilari rivojlanishi qayd etildi, bemorlarning sog'ligini yaxshilash maqsadida jarohatlanish sabablarga ko'ra, 9 nafar (9,67%) bemor oyoqning boldir pastki va yuqorigi uchdan bir qismi darajasida amputatsiya operatsiya qilingan, 7 (7,53%) holatda esa ular sonning o'rta va yuqori uchdan bir qismida yuqori amputatsiyalarga murojaat qilishga majbur bo'ldi. Oyoqning boldir qismida kichik jarrohlik aralashuvini o'tkazgan 5 nafar (5,37%) bemorlarda ko'p a'zolar etishmovchiligining rivojlanishi kuzatildi , bu esa o'limga olib keldi. Oyoqning son va boldir qismida yuqori amputatsiya qilingan II guruh bemorlarida operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichi 4 (4,3%) bo'lib, ikkita holatda o'pka emboliyasi, va o'tkir yurak-qon tomir etishmovchiligi sabab bo'lgan . Ushbu guruhdagi umumiy 9 (9,67%) ta o'lim sonini tashkil etdi.

II b guruhidagi pastki muchalarning yiringli-nekrotik shikastlanishi chuqurligi tufayli bemorlarning 9 nafari (10,2%) patologik jarayoni va pastki muchalarning ishemiyasi belgilarining rivojlanishi qayd etildi, bunda bemorlarning 5 tasi (5,68%) da hayot ko'rsatkichlari bo'yicha operatsiya o'tkazildi. Pastki muchalarning yuqori uchdan bir qismi darajasida amputatsiya qilingan 4 nafar (4,54%) bemorlarning sonning o'rta va yuqori uchdan bir qismida yuqori amputatsiyani amalga oshirishga majbur bo'lgan. Pastki muchalarning kichik jarrohlik aralashuvlar o'tkazilgan bemorlarning 2 nafarida (2,27%) ko'p a'zolar yetishmovchiligining rivojlanishi kuzatildi, bu esa o'limga olib keldi. Operatsiyadan keyingi o'lim darajasi II b guruhidagi bemorlarda son va pastki oyoq muchalari yuqori amputatsiya qilingan 2 nafar bemorlarni (2,27%) tashkil etdi. Buning sababi ikkala holatda ham o'pka emboliyasi edi. Ushbu guruhdagi umumiy o'lim 4 nafar (4,54%) bemorni tashkil etdi.

II a va II b guruhlardagi bemorlarni kompleks davolashning qiyosiy tahlili shuni ko'rsatdiki, agar nazorat va II guruh bemorlarida yaralarning mikroblifloslanishi ancha uzoq vaqt va faqat 9 va 10-kunlarda davom etsa, davolanish kunlarida bu ko'rsatkich mos ravishda kritik darajadan pastga tushdi, davolash kompleksining bir qismi sifatida L -argininning intraarterial infuziyalarini olgan bemorlarda davolashning 7-9-kunlarida yaradagi mikroblifloslanish pasaydi. Nazorat guruhidagi bemorlarda , hatto davolanishning 12-14 kunida ham, ET-1, NO (azot oksidi), VEGF-A va TGF- β ning sezilarli darajada normallasishi kuzatilmadi (5,62 \pm 0,25 pg / ml va 21,48 \pm 1,31) mkmol/l, 609,5 \pm 5 pg /ml va 172,54 \pm 2,5 pg /ml), mos ravishda. Asosiy II b guruhidagi bemorlarda ko'rsatkichlarning normallasuvi belgilangan omillardan yuqori ekanligi kuzatildi.

Qandli diabet va pastki muchalarning ishemiyasi fonida pastki muchalarning yiringli-nekrotik zararlanishi bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda L-argininning arteriya ichida infuziyalaridan foydalanish 4-5 kunlarda yarani infeksiyadan to'liq tozalashga yordam berdi. Bu vaqtga kelib yara atrofidagi infiltratning faol rezorbsiyasi kuzatildi. Davolashning 7-8 kunida granulyatsiya, 10-11 kunida epitelizatsiya boshlanadi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, II b guruhida I va IIa guruhlariga nisbatan 4-5 kun ichida ushbu ko'rsatkichlarning sezilarli o'sishi, shu bilan birga davolanishning o'rtacha davomiyligi $21,5 \pm 2,5$ dan $11,5 \pm 1,5$ yotoq kunigacha kamaydi. II b asosiy guruhdagi bemorlarda L-argininning arteriyalar ichiga infuziyalarini kompleks davolashda qo'llash patologik jarayonning rivojlanishi va ishemiya holatlarining keskin kamayishiga olib keldi, bu faqat 9 nafar bemorda (10,2%) kuzatilgan. Bemorlar nazorat guruhida I va II guruhida kattaroq va mos ravishda bo'lgan 28 (30,7%) tashkil qilsa, 16 nafar (17,2%), bemorda pastki oyoq va sonning yuqori uchdan bir qismi darajasida amputatsiya qilingan. Kompleks davolash chora-tadbirlari amalga oshirilganiga qaramay, nazorat guruhidagi bemorlarda o'lim darajasi 13,18%, ni tashkil etdi, II a guruhlarda 9 (9,67%), asosiy guruhdagi bemorlarda esa o'lim soni keskin kamaygan bu davolangan bemorlarning umumiy sonining 4 nafari (4,54%) ni tashkil etdi.

Diabetik oyoq sindromi bilan kasallangan bemorlarda ishemiyani davolashda L-argininni qo'llashning optimal usulini taklif qilish imkonini beradi. L-argininning uzoq muddatli arteriyalar ichi infuziyalari yordamida kompleks davolashning tavsiya etilgan usuli pastki muchalarning ishemiya belgilarini tezda yo'q qilishga imkon berdi, oyoqdagi patologik jarayonning rivojlanishini kamaytirishga majburiy amputatsiyalar va o'limni kamaytirishga yordam berdi. Yuqorida aytilganlarning barchasi hayot sifatining oshishi bilan davolash natijalarining yaxshilanishini, shuningdek, ushbu bemorlarning normal mehnat faoliyatiga qaytishini ko'rsatdi.

Xulosa: 1. Diabetik tovon sindromini pastki muchalarning ishemiyasi bilan davolashning an'anaviy usullari bilan yarani infeksiyadan tozalash, davolash jarayonlari va normal et-1, NO (azot oksidi), VEGF-A va TGF- β ko'rsatkichlarini tiklash yetarli darajada tez sodir bo'lmaydi. Statsionar davolanishning davomiyligi $21,5 \pm 2,5$ yotoq kunini tashkil qiladi.

2. Kompleks davolash pastki muchalar tomirlarining og'ir endotelial disfunktsiyasini tuzatuvchi maqsadli chora-tadbirlarni o'z ichiga olishi kerak, bu ta'sirlangan pastki muchalarning gipoksiya va ishemiyasi bilan birga keladi.

3. L-arginin perfuziyasi bilan uzoq muddatli intraarterial terapiyadan foydalanish 24-48 soat ichida diabetik tovon sindromini pastki muchalarning ishemiyasi bilan kompleks davolashda ta'sirlangan pastki muchalarning to'qimalarida yaxshilangan reparativ jarayonlar bilan qon tomir endotelial disfunktsiyani bartaraf etishga yordam beradi.

4. L-argininning perfuziyasi yaralarni infeksiyadan tozalash uchun zarur bo'lgan vaqtni 4-5 kunga tezlashtirishga yordam berdi, pastki muchalarning yiringli-nekrotik jarayonlarining rivojlanishini kamaytiradi, bu esa o'z navbatida majburiy yuqori amputatsiyalar sonining 11% dan 4,54% gacha pasayishiga va o'limning 13,18% dan 4,54% gacha pasayishiga olib keldi.

5. L-argininni qo'llash uchun ko'rsatmalar pastki muchalar ishemiyasini aniq belgilarining mavjudligi, qon tomir endotelial disfunktsiyaning og'irligini baholashning ishonchli mezonlari ET-1, NO (azot oksidi), VEGF-A va TGF- β hisoblanadi.

6. L-arginindan foydalanishning tavsiya etilgan usuli diabetik tovon sindromini davolashda yuqori ijtimoiy ahamiyatga ega, bu davolash natijalarini yaxshilash, hayot sifatini yaxshilash va ushbu toifadagi bemorlarning mehnat qobiliyatini erta tiklashdan iborat.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

1. Ахмедов Р.М., Хамдамов Б.З. Оценка способов ампутации на уровне голени при тяжелых формах синдрома диабетической стопы. Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2019, №4 (113). – С. 29-32.
2. Нуралиев Н.А., Хамдамов Б.З. Сравнительная оценка иммунного статуса больных с синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей. Вестник ташкентской медицинской академии. Ташкент, №1.- 2020. – С. 132-138.

3. Сабиров Д.М., Олтиев У.Б., Хамдамов Б.З., Дехконов А.Т. Выбор метода анестезии в хирургическом лечении гнойно-некротических осложнений нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №2 (127). – С. 118-121.
4. Тешаев О.Р., Муродов А.Х., Садыков Р.Р., Хамдамов Б.З. Improved results of treatment of purulent wounds with complex use photodynamic therapy and CO2 laser in the experiment. European Science Review. Austria, Vienna 2016 March-April №3-4. – P. 185-189.
5. Хамдамов Б.З. Comparative evaluation of methods of amputation related to tidiotarus with severe forms of diadetic foot syndrome. European Science Review. Austria, Vienna 2014 Septemba-October №9-10. - С. 58-60.
6. Хамдамов Б.З. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, Специальный выпуск. 5 часть. – С. 801-814.
7. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы. Биология ва тиббиёт муаммолари №1 (116) 2020. – С. 142-148
8. Хамдамов Б.З. Морфологические изменения при применении фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции в эксперименте. Журнал Морфология. Санкт-Петербург. 2020. Том 157 (2-3). –С. 223-224.
9. Хамдамов Б.З. Оптимизация методов местного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете. Журнал. Тиббиётда янги кун. 2018, №4 (24) - С. 112-115.
10. Хамдамов Б.З. Способ коррекции критической ишемии нижних конечностей при лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы. Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, Специальный выпуск 2. 8 часть. – С. 968-977.
11. Хамдамов Б.З. Сравнительный анализ эффективности результатов комплексного лечения синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей с применением перфузии перфторана. Электронный периодический научный журнал «Sci-article.ru», № 14 (Октябрь) 2014. С. 80-84.
12. Хамдамов Б.З., Газиев К.У., Хамдамов А.Б. Иммунный статус у больных синдромом диабетической стопы при критической ишемии нижних конечностей. Электронный научный журнал. Биология и интегративная медицина. 2021. №1. Январь-февраль (47). – С.50-69.
13. Хамдамов Б.З., Дехконов А.Т. Перспективы использования препаратов серебра для локального лечения раневой инфекции. Журнал. Тиббиётда янги кун. 2021, №2 (34) стр.-141-146.
14. Хамдамов Б.З., Исломов А.А. Metod of prevention of postoperative complications of surgical treatment of diabetic foot syndrome. European Science Review. Austria, Vienna 2018 Septemba-October №9-10. С/-194-196.
15. Хамдамов Б.З., Нуралиев Н.А., Хамдамов И.Б. Экспериментальная разработка методов лечения раневой инфекции. Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2020. - №1 (116). –С.194-199.
16. Хамдамов Б.З., Тешаев Ш.Ж., Хамдамов И.Б. Усовершенствованный способ ампутации на уровне голени при тяжёлых формах синдрома диабетической стопы. Оперативная хирургия и клиническая анатомия (Пироговский научный журнал). - 2020.-Т.4.- №2.-С.37-40. <https://doi.org/10.17116/operhirurg2020402137>
17. Хамдамов Б.З., Хамдамов А.Б., Джунаидова А.Х. Совершенствование методов лечения синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. -2020. -№2(35). - С. 11-17.
18. Хамдамов Б.З., Хамдамов И.Б., Газиев К.У., Дехконов А.Т. Иммуноцитокинный профиль больных синдромом диабетической стопы при критической

- ишемии нижних конечностей. Биология ва тиббиёт муаммолари. 2021. №2 (127). – С.149-156.
19. Amin, Noha, and John Doupis. 2016. "Diabetic Foot Disease: From the Evaluation of the 'Foot at Risk' to the Novel Diabetic Ulcer Treatment Modalities." *World Journal of Diabetes*. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i7.153>.
 20. Forouhi, Nita Gandhi, and Nicholas J. Wareham. 2019. "Epidemiology of Diabetes." *Medicine (United Kingdom)*. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.10.004>.
 21. Reaven, Gerald M., and Eve Reaven. 2018. "Diabetes Mellitus." In *Nutritional Aspects of Aging: Volume 2*. <https://doi.org/10.1201/9781351075145>.
 22. Sicard, Gregorio A. 2018. "Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy." *Journal of Vascular Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2018.08.001>
 23. Askerkhanov G. R. Application of perfluorane emulsion in the complex treatment of critical lower limb ischemia // *Angiology and vascular surgery*, 2007, no. 4-P 33-37.
 24. Akhmedov R. M., Khamdamov B. Z., Khamdamov I. B. Assessment of methods of amputation at the level of the lower leg in severe forms of diabetic foot syndrome // *Problems of biology and medicine*. - Samarkand, 2019. №4 (113). – Pp. 29-32
 25. Babadzhanov B. D., Matmurodov K. Zh., Sattorov I. S., Atadzhanov T. sh. Analysis of the effectiveness of minimally invasive methods in the treatment of diabetic migraine of the lower extremities. Materials of the 4th international Congress " Wounds and wound infections" Moscow 2018, P. 20-22.
 26. Blatun L. A., Mitish V. A., Paskhalova Yu. S. and others. Infection of the skin and soft tissues. Local medical treatment of wounds. Collection of theses of the International scientific and practical Congress dedicated to the 40th anniversary of the Foundation Of the Institute of surgery named after A.V. Vishnevsky of the Department of RAS and wound infections. Moscow, 2013. - P. 23
 27. Galstyan G. R. et al. Clinical recommendations for the diagnosis and treatment of diabetic foot syndrome // *Wounds and wound infections*.-2015. – T.2.-№3.-Vol.2.-C. 63-83.
 28. Davlatov S.S., Khamdamov B.Z., Teshayev Sh.J. Neuropathic form of diabetic foot syndrome: etiology, pathogenesis, classifications and treatment (literature review). *Journal of Natural Remedies* Vol. 22, No. 1(2), (2021) P.-117-123. JNR Online Journal ISSN: 2320-3358 (e) ISSN: 0972-5547(p)
 29. Dedov And I., Shestakova M V., and o K Vikulova. 2017. "Epidemiology of Diabetes in the Russian Federation: Clinical and Statistical Analysis According to the Federal Register of Diabetes." *diabetes*. <https://doi.org/10.14341/DM8664>
 30. Privolnev V. V., Paskhalova Yu. S., Rodin A.V. Local treatment of wounds and wound infection based on the results of an anonymous survey of surgeons in Russia. *Clinical Microbiology and antimicrobial chemotherapy*, 2016, 18(2): 152-158.
 31. Mizin A. G., Udovichenko O. V., Terekhin S. A. Critical lower limb ischemia and ischemic forms of diabetic foot syndrome. Definition and diagnostics. Publishing solutions. 2017, P. 160.
 32. Stupin V. A., Silina E. V., Goryunov S. V., Gorsky V. A. Assessment of the dynamics of the wound area and the frequency of cases of complete epithelization in the treatment of diabetic foot syndrome (results of a multicenter study) // *Surgery. Pirogov magazine*-2017 . - No. 3. - C. 55-60.
 33. Khamdamov B. Z., Askarov T. A. the use of perfluorocarbons in the treatment of neuroischemic forms of diabetic foot syndrome. *Journal. Tibbietda Yangi kun*. 2018, №4 (23).-Pp. 56-60.
 36. Khamdamov B. Z., Nuraliev N.A. Pathogenetic approach in complex treatment of diabetic foot syndrome with critical lower limb ischemia. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2020 10 (1) 17-24 DOI: 10.5923/j.20201001.05.

34. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2020 10 (7): 473-478 DOI: 10.5923/j.20201001.08
35. Hikmatov J.S. (2023). Use of the mos sf-36 questionnaire in the assessment of quality of life in surgery. *Journal of applied medical sciences*, 6(4), 49-55
36. Khamdamov, B., & Dekhkonov, A. (2022). Clinical and laboratory parameters of the wound process complicated by the systemic inflammatory response syndrome in patients with diabetes mellitus. *Journal of education and scientific medicine*, 2(3), 25-29.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт