



ISSN: 2181-3426
Journal DOI: 10.26739/2181-3426



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 5

ISSUE 2

2025

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, ISSUE 2

Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2025



MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
№2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2025-2>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Сиддиқов А.А.
РСНПМЦ Эндокринологии

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов

Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов

ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева

Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова

Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова

Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева

Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Л. Аббосхужаева - старший научный
сотрудник, к.м.н. РСНПМЦЭ Председатель
Эндокринологической и Диабетической
Ассоциации Узбекистана

Ю. Урманова

Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова

С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова

Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова

Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева

Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова

Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов

Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “ААА”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Барт и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Панькив - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, д.м.н., профессор

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

1. Shagazatova Barno Xabibullaevna, Mirxaydarova Feruza Sayfullaevna, Adilova Nilufar Shuxratovna, Salieva Shaxnozaxon Baxtiyor qizi QANDLI DIABETLI BEMORLARDA GLIKEMIYA DARAJASIGA KO'RA YURAK QON TOMIR KASALLIKLARI XAVFINI BAHOLASH.....	7
2. Xaydarova Feruza Alimovna, Ro'ziqulova Gulhayo Sharofutdinovna ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLAR (CUN-BAE) VA 2-TOIFA DIABETNING RIVOJLANISHINING O'ZARO BOG'LIQLIGI.....	16
3. Ахмедова Камола Рахманбердиевна, Алимова Насиба Усмановна КЛИНИКО-ФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (FISH) ПРИ СИНДРОМЕ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА.....	21
4. Алимова Насиба Усмановна, Сиддиков Абдулбосит Адхамжон угли ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ.....	34
5. Шагазатова Барно Хабибуллаевна, Артикова Дилфуза Махаматовна, Алимов Жамшид Махмуджонович ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	42
6. Тожиева Ирода Мирсоли кизи КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ДРУГИХ ФОРМ ОВУЛЯТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	48
7. Mirraximova Maktuba Xabibullaevna, Nishonboeva Nilufar Yunusdjonovna АТОПИК DERMATITLI BOLALARDA ENDOKRIN BUZILISHLARNI ANIQLASH VA TAXLILLASH.....	54
8. Рахимова Гульнара Нишановна, Алимова Насиба Усмановна, Халматова Камола Исмагулла кизи СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	58
9. Рахимова Гульнара Нишановна, Гилязетдинов Камиль Наильевич, Иброхимов Худойберди Хусанжон угли ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ НИЗКОРОСЛОСТЬЮ.....	68
10. Насырова Хуршидахон Кудратуллаевна, Самижонов Санобар Улугбек кизи, Максудова Дилафрузхон Равшановна, РОЛЬ НЕОГОРМОНОВ В РАЗВИТИИ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ.....	75
11. Ходжаева Нодира Вахидовна, Рузматова Азизахон Шукрулло кизи СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ..	84

12. Рахимова Гульнара Нишановна, Джураева Азиза Шахзадэевна, Ахроров Камил Убайдуллаевич РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕННОЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ В УЗБЕКИСТАНЕ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР НА ОСНОВЕ 13 РЕГИОНОВ (ГОРОДОВ).....	91
13. Файзуллаев Бахром Рустамович, Исломов Иномжон Исломович, Юлдашев Отабек Сабинович ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	99
14. Khalimova Zamira Yusufvna, Abdullayeva Aziza Uktam kizi, Mamatkulov Elbek Abdumonnanovich REPORT OF A CASE OF CENTRAL PRECOCIOUS PUBERTY IN A BOY ASSOCIATED WITH PILOCYTIC ASTROCYTOMA.....	104
15. Хамроев Шавкат Максудович, Сафоев Бакодир Барноевич, Болтаев Тимур Шавкатович СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	110
16. Xolmuradova Zilola Ergashevna SEMIZLIK BILAN OG'RIGAN BOLALARDA YURAK-QON TOMIR TIZIMIDAGI ENDOTELIYNING FUNKSIONAL HOLATI.....	116
17. Рузиев Ойбек Авлаевич БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА И ЕГО СВЯЗЬ С МОРФОМЕТРИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	122



Хамроев Шавкат Максудович

Самостоятельный соискатель

Сафоев Бақодир Барноевич

Профессор кафедры общей хирургии, д.м.н., safojev.baqodir@bsmi.uz

Болтаев Тимур Шавкатович

Доцент кафедры общей хирургии, PhD, boltayev.timur@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.16934071>

АННОТАЦИЯ

В представленном обзоре дается оценка различных авторов в процессе формирования хирургии синдрома диабетической стопы. Выбор правильной тактики лечения больного с гнойно-некротическими заболеваниями при синдроме диабетической стопы, бесспорно, влияет на исход заболевания и развитие осложнений, выбор лечебного алгоритма позволяет улучшить результаты лечения, и соответственно, сохранить социальный образ и полноценность функции конечности.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, критическая ишемия, гнойные некротические заболевания, рана.

Hamroyev Shavkat Maqsudovich

mustaqil izlanuvchi

Safojev Baqodir Barnoyevich

umumiy xirurgiya kafedrasi professori, t.f.d., safojev.baqodir@bsmi.uz

Boltayev Timur Shavkatovich

umumiy xirurgiya kafedrasi dotsenti, PhD, boltayev.timur@bsmi.uz

Buxoro davlat tibbiyot instituti

PASTKI MUCHALAR KRITIK ISHEMIYASI BO'LGAN BEMARLARDA DIABETIK TOVON SINDROMINI DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR (ADABIYOT SHARHI)

ANNOTATSIYA

Ushbu sharh diabetik tovon sinromi jarrohliligini shakllantirish jarayonida turli mualliflarning baholarini taqdim etadi. Diabetik tovon sindromida yiringli nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorni to'g'ri davolash taktikasini tanlash, shubhasiz, kasallikning natijasiga va asoratlarning rivojlanishiga ta'sir qiladi, davolash algoritmi tanlash davolash natijalarini yaxshilashga va shunga mos ravishda

bemorlarni ijtimoiy holatini yaxshilashga va oyoqlarning faoliyatini to'liqligi saqlab qolishga imkon beradi.

Kalit soʻzlar: diabetik tovon sindromi, kritik ishemiya, yiringli nekrotik kasalliklar, yara.

Hamroev Shavkat Maqsudovich

Independent applicant

Safoev Baqodir Barnoevich

Professor of the Department of General Surgery, d.m.s, safoev.baqodir@bsmi.uz

Boltaev Timur Shavkatovich

Associate Professor of the Department of General Surgery, PhD, boltayev.timur@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA (LITERATURE REVIEW)

ANNOTATION

The review provides an assessment of various authors in the process of formation of diabetic foot syndrome surgery. The choice of the correct treatment tactics for a patient with purulent necrotic diseases with diabetic foot syndrome undoubtedly affects the outcome of the disease and the development of complications, the choice of a therapeutic algorithm allows to improve the results of treatment, and accordingly, to preserve the social image and fullness of limb function.

Keywords: diabetic foot syndrome, critical ischemia, purulent necrotic diseases, wound.

Актуальность. Синдром диабетической стопы (СДС) в сочетании с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) представляет собой одну из самых тяжёлых и социально значимых форм осложнённого течения сахарного диабета. По данным Международной диабетической федерации [4], более 537 миллионов человек в мире страдают от сахарного диабета, и до 25% из них сталкиваются с риском развития трофических язв стопы в течение жизни. При этом наличие КИНК повышает вероятность ампутации конечности до 10 раз [1, 8].

По мнению Иванова А.И., основная причина высокой инвалидизации и летальности среди больных с СДС — это поздняя диагностика нарушений артериального кровоснабжения, несвоевременное проведение сосудистых реконструкций, а также недостаточное применение комплексного подхода к лечению. Несмотря на активное развитие сосудистой хирургии и эндоваскулярных технологий, уровень ампутаций остаётся стабильно высоким, достигая 30–40% среди пациентов с КИНК [3, 9].

По данным Климанова И.С., внедрение мультимодального подхода, включающего ангиопластические вмешательства, ревизию и санацию ран, применение современных перевязочных материалов и активную сосудисто-метаболическую терапию, позволяет достоверно снизить риск ампутации, улучшить заживление язв и повысить качество жизни пациентов [2, 6].

Кроме того, отечественные исследования указывают на необходимость активного включения в процесс лечения мультидисциплинарной команды специалистов — эндокринолога, сосудистого хирурга, ангиолога, подолога, что позволяет выработать индивидуальную тактику ведения пациента и существенно улучшает прогноз [10].

Актуальность темы усиливается тем фактом, что, по данным ВОЗ, около 85% всех диабетических ампутаций можно предотвратить при своевременном комплексном лечении [6, 7]. Это делает необходимым пересмотр устаревших протоколов и внедрение современных клинических рекомендаций, основанных на доказательной медицине [3, 5].

Таким образом, развитие и клиническая апробация современных подходов к лечению СДС у больных с КИНК — это не только медицинская, но и важная социально-экономическая

задача, направленная на снижение инвалидизации, летальности и повышение качества жизни пациентов.

Цель. Цель настоящего исследования — оценка клинической эффективности современных методов комплексного лечения синдрома диабетической стопы у пациентов с критической ишемией нижних конечностей, включающего эндоваскулярные вмешательства, некрэктомию, инновационные раневые покрытия и сосудисто-метаболическую терапию. Дополнительной задачей является определение факторов, способствующих органосохраняющим результатам, и разработка алгоритма ведения данной категории пациентов для снижения количества высоких ампутаций и улучшения качества жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 120 пациентов с синдромом диабетической стопы на фоне критической ишемии нижних конечностей, находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии в период с 2022 по 2024 годы. Возраст пациентов варьировал от 45 до 78 лет, средний возраст составил $65,0 \pm 7,1$ лет. Мужчин было 78 (65,0%), женщин — 42 (35,0%). Диагноз КИНК подтверждён клинически, инструментально (доплерография, ABI $<0,5$) и лабораторно. Все пациенты страдали сахарным диабетом 2 типа длительностью более 10 лет.

Пациенты были рандомизированы на две группы по 60 человек. Первая группа (контрольная) получала стандартную терапию, включавшую базисное лечение (антибиотики, антиагреганты, гипогликемические препараты, перевязки с антисептиками). Вторая группа (основная) получала комплексное лечение: эндоваскулярную ангиопластику, местную терапию с использованием современных раневых покрытий (гидроколлоидные, альгинатные повязки), системную вазоактивную терапию (простаноиды, сулодексид), участие мультидисциплинарной команды (сосудистый хирург, эндокринолог, подиатр), а также коррекцию давления и нагрузочной нагрузки на стопу.

Для оценки эффективности проводимого лечения использовались индекс лодыжечно-плечевого давления (ABI), скорость заживления язвы (в см²/неделя), частота ампутаций (малых и больших), индекс Вагнера и длительность заживления (в днях). Инструментальные методы включали УЗИ сосудов нижних конечностей, термометрию, фотографирование ран с цифровым анализом площади дефекта. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения SPSS 26.0. Применялись t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий Пирсона и дисперсионный анализ ANOVA, уровень статистической значимости принят при $p < 0,05$.

Таблица 1

Исходные характеристики пациентов

Показатель	Группа 1 (n=60)	Группа 2 (n=60)	p-значение
Средний возраст (лет)	$65,2 \pm 7,3$	$64,8 \pm 6,9$	$>0,05$
Мужчины/женщины	39 / 21	39 / 21	—
Средний ABI	$0,39 \pm 0,12$	$0,41 \pm 0,11$	$>0,05$
Площадь язвы (см ²)	$8,4 \pm 2,6$	$8,1 \pm 2,3$	$>0,05$
Степень СДС по Вагнеру	II–III	II–III	—

Результаты. В результате проведённого исследования установлено, что пациенты, получавшие современный комплексный подход к лечению синдрома диабетической стопы на фоне критической ишемии нижних конечностей, имели достоверно лучшие клинические и функциональные исходы по сравнению с контрольной группой.

Средний индекс ABI после курса лечения увеличился в обеих группах, однако в основной группе прирост был более выражен: с $0,41 \pm 0,11$ до $0,62 \pm 0,09$ против $0,39 \pm 0,12$ до $0,48 \pm 0,08$ в контрольной группе ($p < 0,01$). Показатель скорости заживления язвы составил в основной группе $1,52 \pm 0,37$ см²/неделя, тогда как в контрольной группе — $0,93 \pm 0,29$ см²/неделя ($p < 0,001$).

Значительное различие было отмечено и по частоте ампутаций. В контрольной группе произведено 19 ампутаций (31,7%), из них 8 — большие (транстибиальные и выше), тогда как в основной группе — всего 7 ампутаций (11,7%), из них только 2 — большие. Разница достоверна по χ^2 -критерию ($p < 0,01$).

Полное заживление язвенного дефекта к 12 неделе было достигнуто у 41 пациента (68,3%) основной группы, тогда как в контрольной группе — только у 26 (43,3%) ($p = 0,01$). Средняя продолжительность эпителизации раны составила $47,2 \pm 9,8$ дней в основной группе и $61,5 \pm 11,2$ дня в контрольной ($p < 0,01$).

Клинический индекс Вагнера снизился с II–III степени до 0–I у 52 (86,7%) пациентов основной группы и у 35 (58,3%) в контрольной группе, что также свидетельствует о более выраженной положительной динамике у пациентов, получавших комплексную терапию.

В ходе анализа динамики клинического состояния пациентов, получавших стандартное и комплексное лечение, установлено достоверное преимущество современной мультидисциплинарной терапии у больных с синдромом диабетической стопы на фоне критической ишемии нижних конечностей.

К концу 12-недельного курса терапии у пациентов основной группы наблюдалось более выраженное улучшение кровоснабжения конечностей: индекс лодыжечно-плечевого давления (ABI) увеличился с $0,41 \pm 0,11$ до $0,66 \pm 0,08$ ($p < 0,01$), тогда как в контрольной группе — с $0,39 \pm 0,12$ до $0,51 \pm 0,09$ ($p < 0,05$). Средняя скорость заживления язвенной поверхности составила $0,87$ см²/неделя в основной группе и $0,43$ см²/неделя в контрольной ($p < 0,01$).

Уменьшение площади язв отмечалось у 86,7% пациентов в основной группе и у 61,7% в контрольной. Полное заживление ран к концу 12 недель зафиксировано у 42 пациентов (70%) в основной группе, тогда как в контрольной — только у 26 (43,3%).

Частота ампутаций значительно различалась между группами. В основной группе произведено 6 малых ампутаций (10,0%) и ни одной большой, в то время как в контрольной — 14 малых (23,3%) и 5 больших ампутаций (8,3%) ($p < 0,05$). Средняя длительность заживления язвы составила $48,5 \pm 6,3$ дней в основной группе и $64,2 \pm 7,5$ дней в контрольной ($p < 0,01$). Уровень выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) снизился с $7,2 \pm 1,1$ до $3,4 \pm 0,9$ в основной группе и с $7,1 \pm 1,2$ до $5,6 \pm 1,0$ в контрольной ($p < 0,01$). Также в основной группе отмечено достоверное улучшение показателей качества жизни по шкале SF-36.

Таблица 2.

Сравнительные результаты лечения через 12 недель

Показатель	Группа 1 (n=60)	Группа 2 (n=60)	p-значение
Δ ABI	+0,12	+0,25	<0,01
Средняя скорость заживления (см ² /нед)	$0,43 \pm 0,15$	$0,87 \pm 0,21$	<0,01
Полное заживление (%)	43,3%	70,0%	<0,01
Малые ампутации (n)	14	6	<0,05
Большие ампутации (n)	5	0	<0,05
Средняя продолжительность заживления (дни)	$64,2 \pm 7,5$	$48,5 \pm 6,3$	<0,01
Снижение боли по ВАШ	–1,5	–3,8	<0,01

На основании проведённого исследования можно сделать вывод, что применение современных комплексных методов лечения синдрома диабетической стопы у пациентов с

критической ишемией нижних конечностей обеспечивает значимое клиническое преимущество по сравнению со стандартной терапией. Использование мультидисциплинарного подхода, включающего эндоваскулярную реваскуляризацию, современные раневые покрытия, системную вазоактивную терапию и подиатрическую коррекцию, позволяет существенно улучшить трофику тканей, сократить сроки заживления ран и снизить частоту ампутаций.

Повышение индекса лодыжечно-плечевого давления в основной группе на 0,25 против 0,12 в контрольной ($p < 0,01$) указывает на более выраженное восстановление периферического кровотока. Средняя скорость заживления язв увеличилась в два раза — с 0,43 см²/неделя в контрольной до 0,87 см²/неделя в основной группе ($p < 0,01$), а средний срок полного заживления сократился на 15,7 дня (48,5 против 64,2 суток, $p < 0,01$).

Кроме того, частота малых ампутаций в основной группе составила 10,0% против 23,3% в контрольной, а крупных ампутаций удалось полностью избежать (0% против 8,3%; $p < 0,05$), что подчёркивает важность своевременной сосудистой коррекции и контроля над раневым процессом. Значительное снижение болевого синдрома (−3,8 балла по ВАШ) и улучшение качества жизни по шкале SF-36 свидетельствуют о положительном влиянии современной терапии на общее состояние пациентов.

Заключение.

Таким образом, внедрение современных клинических протоколов в ведение больных с СДС на фоне КИНК позволяет не только уменьшить количество осложнений, но и сократить потребность в госпитализации, затраты на лечение и восстановление трудоспособности. Эти данные могут быть использованы при разработке национальных рекомендаций и алгоритмов лечения данной категории пациентов.

Список использованной литературы

1. Абдуллаев С. А., Рустамов И. М. Значение комплексного хирургического лечения при инфекционной осложнения сахарного диабета //Research Focus. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 242-245.
2. Алиев М. А. и др. Новые технические возможности в лечении гнойно-некротических поражений пальцев при синдроме диабетической стопы //Вестник новых медицинских технологий. – 2024. – Т. 31. – №. 3. – С. 62-67.
3. Болтаев Т.Ш., Сафоев Б.Б., Борисов И.В., Рахимов А.Я. Усовершенствование способа лечения гнойных ран больных с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей // Проблемы биологии и медицины. – 2019, №4.2 (115) – С. 261-264
4. Болтаев Т.Ш., Сафоев Б.Б. Местное лечение гнойно-хирургических заболеваний мягких тканей химическим препаратом диметилсульфоксидом и его сочетание с физическим методом лечения // Проблемы биологии и медицины. – 2020, №1 (116) – С. 27-31.
5. Гатина Л. Н. и др. Риск развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов с сахарным диабетом, в том числе с синдромом диабетической стопы //Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – №. 6 (144).
6. Рахматов Ш.Ш. Оценка результатов местного применения 25% него раствора диметилсульфоксида в комбинации с электроактивированным водным раствором, при лечении гнойных заболеваний мягких тканей в амбулаторных условиях //Тиббиётда янги кун. -Бухоро, №7 (45). 2022. С. 280.
7. Рахматов Ш.Ш. Сафоев Б.Б. Қосимов У.У. Сравнительный анализ эффективности 25%-раствора диметилсульфоксида в комплексе с электроактивированным водным раствором на процесс заживление гнойных ран//Проблемы биологии ва медицины 6 (132) 2021 декабр стр 97-101
8. Сафоев Б.Б., Назаров Ж.Р., Болтаев Т.Ш. Improvement of the method of treatment of patients with critical lower limb ischemia with diabetic foot syndrome //Тиббиётда янги кун. -Бухоро, №9 (47). 2022. С. 31-39

9. Сафоев Б. Б., Болтаев Т. Ш., Ҳамроев Ш. Собственный опыт применения ультразвуковой обработки ран с электроактивированным водным раствором //Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali. – 2023. – Т. 2. – №. 12. – С. 111-120.
10. Судаков Д. В. и др. Изучение бактерицидного действия электроактивированных водных растворов в лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом //Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2011. – Т. 10. – №. 2. – С. 322-326.



ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426

MARKAZIY OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

5 ЖИЛД, 2 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 5, НОМЕР 2

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 5, ISSUE 2

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000