

ХУЛОСА

*В.В. Кирянов, Н.В. Ворохобин,
З.Х. Махрамов, Р.А. Турсунов*

МУОЛИЧАИ БИОРЕЗОНАНСӢ ДАР ФАЪОЛГАРДОНИИ ФУНКСИЯҲОИ ЗАХИРАВИИ ОРГАНИЗМ ДАР БЕМОРОНИ ГИРИФТОРИ ДИАБЕТИ ҚАНДИ НАВӢИ 2

*Донишгоҳи шимолу ғарби давлатии тиббӣ
ба номи И.И. Мечников, Санкт-Петербург,
Федератсияи Россия*

Мақсади тадқиқот. Дар асосӣ нишондиҳандаҳои клиникӣ-биохимиявӣ ва усулҳои фундаменталии таҳқиқот таҳлили самаранокии истифодаи муолиҷаи биорезонансӣ ҳангоми муолиҷаи беморони гирифтори диабет қанди навӣи 2.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот натиҷаи муолиҷаи 413 бемори гирифтори ДҚ-и навӣи 2 ворид карда шудааст, ки ба се гурӯҳи муқоисашаванда ҷудо карда шуда буданд: ба гурӯҳи аввал 198 бемор, ба гурӯҳи санҷишӣ 72 бемор ва ба гурӯҳи платсебо 143 бемор шомил буд. Гурӯҳи асосӣ илова ба фармакотерапия муолиҷаи резонансӣ гирифтанд, дар мавриди гурӯҳи санҷишӣ бошад, танҳо фармакотерапия ва гурӯҳи платсебо бошад, фармакотерапия ва илҷияи имитатсионии МБР қабул карданд. Ба ҳамаи беморон ҳангоми ворид шудан ва пас аз се моҳи муолиҷа нишондиҳандаи гемоглабини гликозашуда (HbA1c),

гликемия дар дили наҳор, гликемия ду соат пас аз хӯрок, глюкозаи пешоб, липидограмма ва индекси вазни бадан (ИВБ) арзёбӣ гардид.

Натиҷаи таҳқиқот. Пас аз муолиҷаи биорезонансӣ, дар баробари фармакотерапия, ба гирифторони ДҚ навӣи 2 дар гурӯҳи асосӣ тамоми нишондиҳандаҳои таҳқиқшаванда – гемоглабини гликозидшуда (HbA1c; аз $7,89 \pm 0,06\%$ то $5,89 \pm 0,02\%$), гликемия дар дили наҳор (аз $10,26 \pm 0,09$ ммол/л то $5,7 \pm 0,02$ ммол/л), гликемия ду соат пас аз хӯрок (аз $13,28 \pm 0,12$ ммол/л то $6,84 \pm 0,04$ ммол/л), глюкозаи пешоб (аз $47,51 \pm 0,97$ ммол/л то $0,50 \pm 0,02$ ммол/л), липидограмма ва индекси вазни бадан (аз $30,09 \pm 0,26$ ммол/л то $26,51 \pm 0,18$ ммол/л) дар муқоиса бо гурӯҳи санҷишӣ ва гурӯҳи платсебо аз ҷиҳати омори хеле коҳиш ёфт.

Хулоса. Маълумотҳои таҳқиқот ва динамикаи муолиҷаи беморони мавриди таҳқиқ қарордоштаи мубталои ДҚ навӣи дуюм далел аст ба самаранокии муолиҷаи биорезонансӣ, ки ба сифати яке аз усулҳои замонавии инноватсионӣ зимни муолиҷаи комплексии беморони гирифтори диабет қанди навӣи дуюм ба қор бурда шуд. МБР ба фаъолгардонии захираҳои функционалии организм мусоидат менамояд, ки боиси таллоюфи дуру дарози диабет қанд мегардад.

Калимаҳои калидӣ: диабет қанди навӣи дуюм, муолиҷаи биорезонансӣ, муолиҷаи заминавӣ, гликемия, гемоглабини гликозидшуда, липидограмма, индекси вазни бадан.

УДК 616.333-072.1

Ф.И. Махмадов^{1,2}, Н.О. Рахимов¹, М.В. Давлатов³, С.Т. Назифов²

ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

¹ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

² ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

³ ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахи»

Махмадов Фарух Исроилович – Зам. директора ГУ “Комплекс здоровья Истиклол” по лечебной работе; д.м.н.; +992900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение качества диагностики сочетанных абдоминальных травм и выработка наиболее информативного алгоритма комплексного инструментального исследования больных.

Материал и методы исследования. В основу работы положен ретроспективный анализ данных обследования 167 пострадавших с сочетанными абдоминальными травмами, поступивших за период 2012 по 2018 годы. Среди пострадавших мужчин было 108 (64,7%), женщин – 59 (35,3%). возраста от 18 до 40 лет (47,3%).

Сочетание абдоминальной травмы с черепно-мозговой травмой составило 34,7%. Диагностический алгоритм комплекса инструментальных исследований в остром периоде САТ выполняли в стандартной последовательности: УЗИ, рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография и видеолaparоскопия.

Результаты исследования. Мультиспиральная компьютерная томография была выполнена 142 пострадавшим с сочетанной абдоминальной травмой. Повреждения печени при сочетанных абдоминальных травмах отмечали у 36 (21,8%) пациентов. Видеолaparоскопия при травмах желудочно-кишечного тракта и брыжейки у 11 (6,6%) оказалось последним и эффективным методом операции.

Заключение. Сочетанные абдоминальные травмы из-за скудности анамнестических данных, ограничения клинических методов исследования и необходимости определения преобладающего повреждения, обуславливающего тяжесть состояния пациента, представляют значительную сложность диагностики.

Ключевые слова: сочетанные абдоминальные травмы, инструментальные методы исследования, мультиспиральная компьютерная томография, видеолaparоскопия.

F.I. Makhmadov^{1,2}, N.O. Rakhimov¹, M.V. Davlatov³, S.T. Nasifov²

DIAGNOSTICS OF COMBINED ABDOMINAL INJURIES

¹ State Institution "Istiqlol" Health Complex

² Department of Surgical Diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University

³ State institution National Medical Center "Shifobaksh"

Makhmadov Farukh Isroilovich – Deputy Director in medical work at the State Institution "Istiqlol" Health Complex; Candidate of Medical Sciences. +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Aim. To improve the quality of diagnosis of combined abdominal injuries and to develop the most informative algorithm for the comprehensive instrumental study of patients.

Material and methods. The work is based on a retrospective analysis of survey data of 167 patient with combined abdominal injuries for the period 2012-2018. Study group included 108 (64.7%) men and 59 (35.3%) women. The combination of abdominal injuries with a traumatic brain injury was observed in 34.7% cases. The diagnostic algorithm of the instrumental examination complex in the acute period of combined abdominal injuries was performed in the standard sequence: ultrasound, radiography, MSCT, and video laparoscopy.

Results. 142 patients with combined abdominal injuries underwent MSCT. Liver damage in combined abdominal injuries was observed in 36 (21.8%) patients. Video laparoscopy that was performed in 11 (6.6%) cases was considered the last and most effective method of operation of injuries of the gastrointestinal tract and mesentery.

Conclusion. Combined abdominal injuries due to the scarcity of anamnestic data, the limitation of clinical research methods and the necessity to determine the prevailing damage that determines the severity of the patient's condition, make the process of diagnostics very complicated

Keywords: combined abdominal injuries, instrumental methods of investigation, MSCT, video laparoscopy.

Актуальность. Особенности современного травматизма является увеличение доли тяжелых сочетанных травм. Сочетание закрытых повреждений нескольких анатомических областей отягощает течение травматической болезни и часто приводит к летальному исходу [1, 10]. Наиболее частыми причинами травм живота являются дорожно-транспортные происшествия и падение с большой высоты [3, 4, 7].

На долю тупой травмы живота в структуре сочетанных абдоминальных травм (САТ) приходится от 1,5 до 18% от общего числа травм мирного времени, но их частота и тяжесть неуклонно продолжает нарастать, и летальность колеблется в пределах от 25 до 65% [1]. При этом, в острейший период сочетанной травмы, особенно кранио-абдоминальной, летальность, практически в

равной степени, обусловлена как повреждениями головного мозга, так и повреждениями органов брюшной полости [1, 8, 10].

Диагностика таких состояний затруднительна и часто при обнаружении явной патологии упускаются из виду повреждения смежных областей. Многие авторы отмечают большую частоту различных ошибок и дефектов в диагностике и лечении сочетанной травмы живота, т.к. у 38,9% умерших в больнице имеют место диагностические и тактические ошибки [5, 6, 8-12].

По мнению различных авторов, наиболее предпочтительной методикой обследования пациентов с САТ является мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), сочетающая высокую чувствительность и специфичность в оценке повреждений паренхиматозных органов, а также

скорость проведения исследования, получение исчерпывающей информации о наличии, характере и объеме повреждения [2, 3, 10]. В отличие от УЗИ, рентгенографии и видеолaparоскопии, при МСКТ можно одновременно быстро обследовать голову, позвоночник, грудную клетку, живот, таз и конечности. Роль магнитно-резонансной томографии (МРТ) при подозрении на травму органов брюшной полости минимальна.

Своевременное использование инструментальных методов диагностики позволяет определить вид и локализацию повреждений, а также преваляющие повреждения для проведения соответствующих лечебных манипуляций при политравме [7, 8, 10].

Цель исследования. Улучшение качества диагностики сочетанных абдоминальных травм и выработка наиболее информативного алгоритма комплексного инструментального исследования больных.

Материалы и методы. В основе работы лежит ретроспективный анализ данных обследования 167 пострадавших с САТ, поступивших в ГКБ скорой медицинской помощи и ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» г. Душанбе на базе кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Национального медицинского центра «Шифобахш» на базе кафедры нейрохирургии и сочетанных травм ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период 2012 по 2018 годы. Среди пострадавших мужчин было 108 (64,7%), женщин – 59 (35,3%). Большинство пострадавших составили лица молодого возраста от 18 до 40 лет - 47,3%, от 41 до 60 лет - 36,5%. Пациентов старше 60 лет было 16,2%. Повреждения живота наиболее часто сочетались с повреждением соседних анатомических зон: живот + таз – 20,9%, живот + грудь - 18,6%, живот + грудь + таз - 13,8%, живот + грудь + верхняя конечность – 6,6%, живот + таз + нижняя конечность – 5,4%.

Таблица 1

Характеристика повреждений при сочетанных абдоминальных травмах

Сочетание анатомических зон	Степень тяжести травматического шока			
	I	II	III	IV
	n, %	n, %	n, %	n, %
Живот + таз	6 (3,6%)	22 (13,2%)	6 (3,6%)	1 (0,6%)
Живот + грудь	4 (2,4%)	21 (12,6%)	5 (3,0%)	1 (0,6%)
Живот + грудь + таз	2 (1,2%)	15 (9,0%)	4 (2,4%)	2 (1,2%)
Живот + грудь + верхняя конечность	1 (0,6%)	7 (4,2%)	3 (1,8%)	11 (6,6%)
Живот + таз + нижняя конечность	1 (0,6%)	3 (1,8%)	2 (1,2%)	3 (1,8%)
Живот + ЧМТ	5 (3,0%)	31 (18,6%)	14 (8,4%)	8 (4,8%)
Всего	19 (11,4%)	99 (59,3%)	34 (20,3%)	15 (9,0%)

Примечание: % - от общего количество больных в зависимости от степени травматического шока

Сочетание абдоминальной травмы с черепно-мозговой травмой составило 34,7%. Летальный исход было отмечено у 15 (9,0%) пациентов, которые госпитализированы с IV степени тяжести травматического шока. Диагностический алгоритм комплекса инструментальных исследований в остром периоде САТ выполняли в стандартной последовательности. УЗИ органов брюшной полости проводили у 100% пациентов, независимо от тяжести состояния. Оно позволяло достоверно выявить наличие жидкости в брюшной полости. Рентгенографию проводили в 77% случаев, МСКТ - в 55%, видеолaparоскопию - в 33,2% наблюдений.

При политравме оптимальным было проведение МСКТ черепа, грудной клетки, органов

брюшной полости и таза. Отдельно проводили сканирование в шаговом режиме черепа, шейного отдела позвоночника, исследование органов грудной клетки, брюшной полости, таза в режиме непрерывного спирального сканирования. В 108 (64,7%) случаев использовали контрастное исследование для оценки наличия, характера и степени повреждений паренхиматозных органов.

Основной целью диагностической видеолaparоскопии было выявление внутреннего кровотечения, оценка характера, объема и локализации повреждений паренхиматозных, полых или забрюшинно расположенных органов, а также решение вопроса о целесообразности выполнения оперативного вмешательства или динамического наблюдения и возможности применения эндохи-

рургических технологий.

Общими противопоказаниями к выполнению лапароскопии являлись агональное или предагональное состояние пострадавших, когда уточнение диагноза не может повлиять на исход травмы.

Результаты и их обсуждение. МСКТ была выполнена 142 пострадавшим с сочетанной абдоминальной травмой. При сочетании краниоторакальной (21,1%) и краниоабдоминальной травмы (19,7%) диапазон сканирования составлял от уровня виллизиевого круга до верхней трети диафизов бедренных костей с внутривенным болюсным введением контрастного препарата, оценкой

артериальной, венозной фаз исследования, для оценки повреждений паренхиматозных органов и выявления источника кровотечения, а также учета индивидуальных особенностей артериального русла, наличия тромбозов. При травме органов мочевыделительной системы проводили дополнительное сканирование брюшной полости в отсроченную фазу контрастирования (через 5-15 мин после введения контрастного препарата, в зависимости от возраста и уродинамических показателей) с целью оценки мочевыделительной функции и повреждений мочевыводящих путей.

Повреждения печени при САТ отмечали у 36

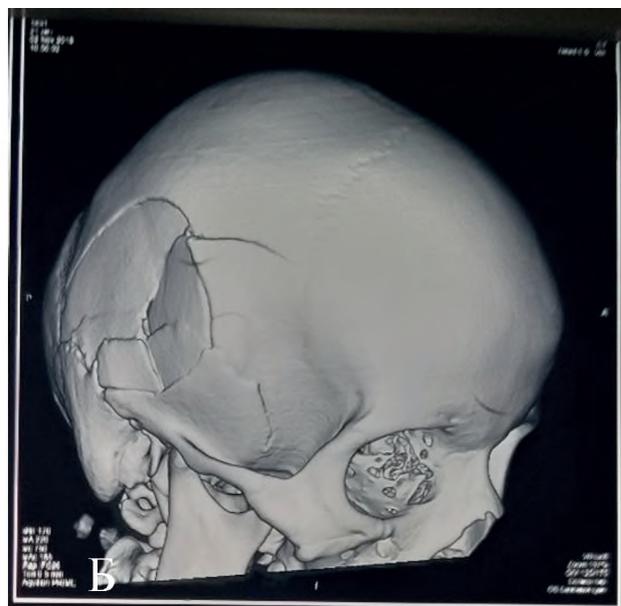
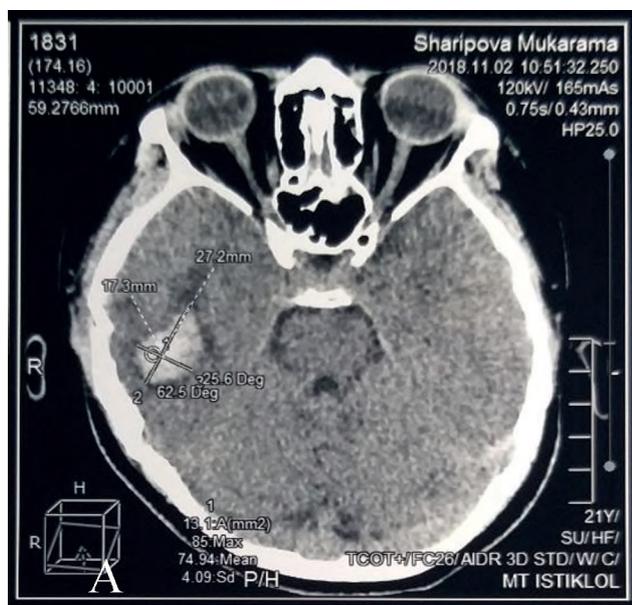


Рис. 1. Компьютерная томография. Компрессионный многооскольчатый перелом теменно-височных костей справа. Внутримозговая гематома височной доли головного мозга справа.

(25,3%) пациентов, что закономерно характеризовалась скрытой клинической картиной, сложностью диагностики и развитием внутреннего кровотечения (n=29). Чаще имело место повреждение задних отделов правой доли печени (n=23) по механизму компрессии. При этом разрыв печени отмечено в 8 (22,2%) наблюдениях, которые выглядели как участки линейной формы, пониженной плотности во всех фазах контрастирования. Внутривисцеральные гематомы были выявлены у 7 (19,4%) пострадавших САТ. В картинах МСКТ эти гематомы располагались внутри разрывов и визуализировались как образования овальной, либо шаровидной формы, повышенной плотности во все фазы контрастирования. Немаловажное значение МСКТ имело место в оценке давности травмы паренхиматозных органов и стадировании разви-

тия гематом, т.е. острые подкапсульные гематомы определялись как отграниченные гиперденсные скопления, расположенные плащевидно по контуру печени. Контузии визуализировались как единичные участки паренхиматозного кровоизлияния, либо как мелкие гиподенсные участки вследствие травмы дистальных желчных протоков.

Повреждение селезенки при САТ отмечено в 42 (42,7%) наблюдениях. Мы солидарны с мнениями различных авторов, что селезенка наиболее часто повреждающийся паренхиматозный орган при тупой травме брюшной полости [3, 7, 11]. Характер повреждений селезенки варьировал от подкапсульной гематомы (n=36) до разрыва и повреждения сосудистой ножки (n=6). При этом бесконтрастный метод КТ при внутривисцеральных кровоизлияниях селезенки имела низкую

чувствительность и специфичность. И наоборот чувствительность КТ с контрастным усилением при диагностике травмы селезенки достигала 96%.

Сочетание травмы селезенки и тяжелой травмы головного мозга (n=9) считалась наиболее опасным состоянием. В связи с чем у этих пациентов при проведении МСКТ на первый план выходило определение порядка оперативного вмешательства и возможности проведения интенсивной предопе-

рационной терапии.

Также следует отметить, учитывая особенность закрытых травм селезенки, в случае выбора консервативного лечения считали целесообразным проведение контрольного инструментального исследования, как УЗИ, МСКТ или видеолапароскопия, что позволяло своевременно выявить вторичный разрыв селезенки.

Видеолапароскопия имело немаловажное зна-

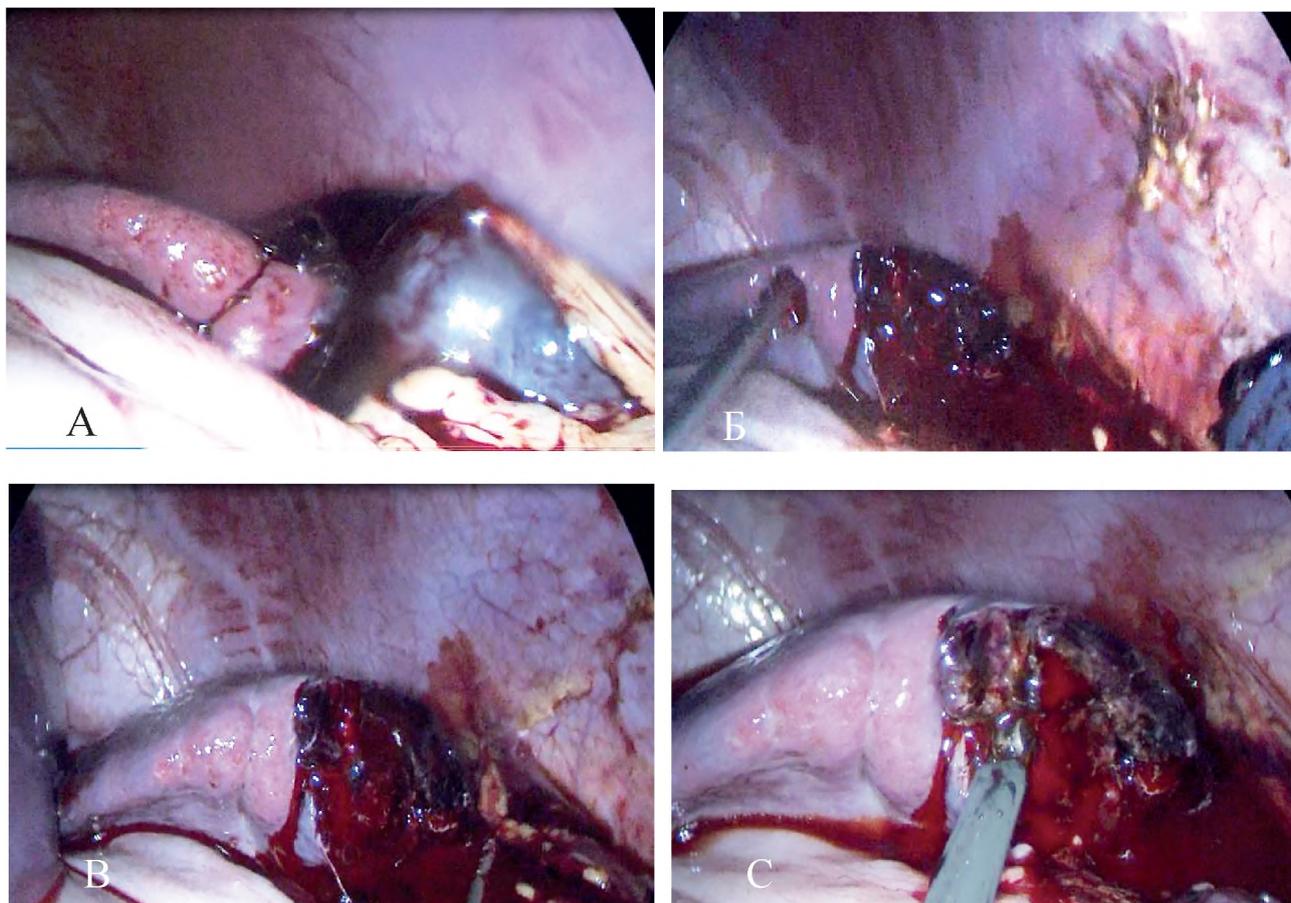


Рис.2. Видеолапароскопия. Разрыв селезенки. Этапы миниинвазивной органосохраняющей операции

чение также при травмах желудочно-кишечного тракта и брыжейки тонкого и толстого кишечника, что было отмечено у 11 (6,6%), пострадавших, что встречалась преимущественно при проникающих ранениях живота в сочетании черепно-мозговых травм легкой и средней тяжести степени. Во всех этих случаях видеолапароскопия оказалось последним и эффективным методом операции.

Диагностическая видеолапароскопия была показана для уточнения диагноза при нечеткой клинической картине повреждения паренхиматозных органов с продолжающимся внутренним кровотечением на фоне мозговой комы, шока и алкогольного опьянения, что позволяло конкре-

тизировать диагноз и правильно решить вопросы оперативного доступа и объема операции.

Необходимо отметить, что чувствительность МСКТ в выявлении повреждений органов брюшной полости составила 97%, травмы печени - 95,3%, травмы селезенки - 98,8%, в то время как традиционная рентгенография значительно уступала в диагностике повреждений внутренних органов и составляла всего 10,2%, а информативность видеолапароскопии достигала до 98,4%.

Таким образом, в зависимости от ситуации и тяжести состояния пациента при САТ, диагностика травматических повреждений органов брюшной полости должна быть ограничена наиболее ин-

Таблица 2

Сравнительная оценка эффективности инструментальных методов исследования при сочетанных абдоминальных травмах

Методы исследования	Чувствительность, %	Специфичность, %	Точность, %
Рентгенография	24,3	38,4	36,2
УЗ-исследование	92	95	93
МСКТ	100	96,2	95,4
Видеолапароскопия	98,4	96,3	96,1

формативными исследованиями. Это связано с тем, что в результате проведения ненужных инструментальных исследований замедляется оказание необходимой помощи при множественных повреждениях.

Чем тяжелее состояние пострадавшего с сочетанной травмой, тем меньше времени следует тратить на диагностические мероприятия, чтобы как можно быстрее приступить к хирургической остановке кровотечения. Поэтому должен соблюдаться определенный основополагающий принцип обследования пострадавшего: быстро выявить ведущие жизненно опасные повреждения внутренних органов и определить наиболее серьезные повреждения опорно-двигательного аппарата. Алгоритм инструментальной диагностики должно строиться следующим образом:

А. При определении обстоятельства травмы необходимо оценить состояние пострадавшего по шкале Глазго в баллах. При оценке 3-7 баллов, необходимо провести методы нейровизуализации, и при отсутствии информации, следующим этим произвести фрезевые отверстия.

Б. При оценке 8-11 баллов, следует проводить УЗ-исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, МСКТ головного мозга. В последующем госпитализация пострадавшего в интенсивную палату, осмотр хирургической бригады. При отсутствии динамики произвести видеолапароскопию, что имеет как диагностический, так и лечебный эффект. В результате неэффективности видеолапароскопии показано – лапаротомия.

В. При оценке 12-15 баллов, следует проводить УЗ-исследование головы, органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства. В ходе УЗ-контроля, если имеются признаки внутреннего кровотечения, показано видеолапароскопия,

что имеет как диагностический, так и лечебный эффект. В результате неэффективности видеолапароскопии показано – лапаротомия.

Следует отметить, что все диагностические мероприятия необходимо выполнять одновременно с лечением острых расстройств дыхания (восстановление проходимости верхних дыхательных путей, интубация и ИВЛ) и шока (инфузионно-трансфузионная терапия).

Выводы:

Сочетанные абдоминальные травмы из-за скудности анамнестических данных, ограничения клинических методов исследования и необходимости определения преобладающего повреждения, обуславливающего тяжесть состояния пациента, представляет значительную сложность диагностики.

В обследовании пациента должны участвовать как клинические специалисты, так и врач лучевой диагностики, ориентирующийся в клинических классификациях повреждений головного мозга, органов брюшной полости и малого таза.

В условиях дефицита времени для детальной диагностики повреждений при сочетанной абдоминальной травме, наиболее оптимальным является проведение МСКТ.

К преимуществам неотложной МСКТ относятся: высокая точность оценки объема повреждений внутренних органов, возможность выявления источника кровотечения, диагностики сочетанных травм позвоночника и таза, а также небольшого количества свободного газа или жидкости в брюшной полости, что может являться единственным признаком тяжелой травмы.

Диагностическая видеолапароскопия - один из наиболее информативных методов диагностики повреждений паренхиматозных, полых и забрюшинно расположенных органов, общая точность которого составляет 96,1%. Она позволяет уточнить диагноз, отказаться от напрасных травматичных лапаротомий, а также произвести хирургические манипуляции минимально инвазивным способом, что существенно снижает неудовлетворительные показатели лечения больных с сочетанными абдоминальными травмами.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 8-12 см. в REFERENCES)

1. Абакумов М.М. Множественные и сочетанные ранения шеи, груди, живота. / М.М. Абакумов - М.: Бином-Пресс; 2013.
2. Березка Н.И. Оптимизация хирургической такти-

ки лечения пострадавших с политравмой с использованием шкал оценки тяжести состояния и повреждений / Н.И. Березка, В.А. Литовченко, Е.В. Горячий. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2014. - Т. 25, №4 (175). - С. 116-119.

3. Бойко И.В. Организация экстренной медицинской помощи пострадавшим с политравмой на этапах медицинской эвакуации / И.В. Бойко, В.Б. Зафт, Г.О. Лазаренко. // Медицина неотложных состояний. - 2013. - №2(49). - С. 77-84.

4. Левкин О.А. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при политравме на догоспитальном этапе / О.А. Левкин, Б.М. Голдовский, К.В. Сериков // Медицина неотложных состояний. - 2014. - №4(59). - С. 108-110.

5. Таранов И.И. Хирургическое лечение пострадавших с минно-взрывными ранениями живота при террористических актах / И.И. Таранов, А.Х. Магамадов // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №2. - URL: www.science-education.ru/129-21715.

6. Соваков И.А. Особенности клиники сочетанной черепно-мозговой травмы / И.А. Соваков, В.В. Щедренко, О.В. Могучая // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2008. - №4. - С. 40-42.

7. Щедренко В.В., Доровских Г.Н., Могучая О.В. Клинико-лучевая диагностика изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмы. / В.В. Щедренко, Г.Н. Доровских, О.В. Могучая – СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2012. - С. 448.

REFERENCES

1. Abakumov M.M. Mnozhestvennye i sochetannye raneniya shei, grudi, zhivota [Multiple and combined injuries of the neck, chest, abdomen]. M.M. Abakumov - Moscow, Binom-Press Publ., 2013.

2. Berezka N.I. Optimizatsiya khirurgicheskoy taktiki lecheniya postradavshikh s politravмой s ispolzovaniem shkal otsenki tyazhesti sostoyaniya i povrezhdeniy [Optimization of surgical treatment of patients with polytrauma using scales assessing the severity of the condition and damage]. N.I. Berezka, V.A. Litovchenko, E.V. Garyachiy Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta - Scientific statements of Belgorod state University, 2014, Vol. 25, No. 4 (175), pp. 116-119.

3. Boyko I.V. Organizatsiya ekstremnoy meditsinskoй pomoshchi postradavshim s politravмой na etapakh meditsinskoй evakuatsii [The organization of emergency medical care to patients with polytrauma at the stages of medical evacuation]. I.V. Boyko, V.B. Zaft, G.O. Lazarenko Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy - Emergency medicine, 2013, No. 2(49), pp. 77-84.

4. Levkin O.A. Algoritm okazaniya ekstremnoy meditsinskoй pomoshchi pri politravме na dogospitalnom etape [Algorithm of the emergency medical care for polytrauma in the prehospital phase]. O.A. Levkin, B.M. Goldovskiy, K.V. Serikov. Levkin O.A., Goldovskiy B.M., Serikov K.V. Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy - Emergency medicine,

2014, No. 4 (59), pp. 108-110.

5. Taranov I.I. Khirurgicheskoe lechenie postradavshikh s minno-vzryvnymi raneniyami zhivota pri terroristicheskikh aktakh [Surgical treatment of victims with mine-explosive wounds of the abdomen during terrorist attacks]. I.I. Taranov, A.Kh. Magamadov Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education, 2015, No. 2. Available at: URL: www.science-education.ru/129-21715.

6. Sovakov I.A. Osobennosti kliniki sochetannoy cherepno-mozgovoy travmy [Features of the clinical picture of concomitant traumatic brain injury]. I.A. Sovakov, V.V. Shchedrenok, O.V. Moguchaya Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova – Herald of surgery named after I.I. Grekov, 2008, No. 4, pp. 40-42.

7. Shchedrenok V.V. Kliniko-luchevaya diagnostika izolirovannoy i sochetannoy cherepno-mozgovoy travmy [Clinical and x-ray diagnostics of isolated and combined traumatic brain injury]. V.V. Shchedrenok, G.N. Dorovskikh, O.V. Moguchaya St. Petersburg, 2012. 448 p.

8. Amini A., Latifi R. Laparoscopic-assisted minithoracotomy for repair of diaphragmatic penetrating trauma. Surgical Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques, 2013, Vol. 23, No. 4, pp. 406-409.

9. Mjoli M., Oosthuizen G., Clarke D., Madiba T. Laparoscopy in the diagnosis and repair of diaphragmatic injuries in leftsided penetrating thoracoabdominal trauma: laparoscopy in trauma. Surgical Endoscopy, 2015, Vol. 29, pp. 747-752.

10. Rivaben J. H., Junoir R.S., Neto V. D. Natural history of extensive diaphragmatic injury on the right side: experimental study in rats. Col. Bras. Cir, 2014, Vol. 41, No. 4, pp. 267-271.

11. Trejo-Ávila M.E., Valenzuela-Salazar C., Betancourt-Ferreira J. Laparoscopic Versus Open Surgery for Abdominal Trauma: A Case Matched Study. Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques, 2017, Vol. 27, No. 4, pp. 383-387.

12. Yücel M., Özpek A., Tolan H.K., Başak F., Baş G., Ünal E., Alimoğlu O. Importance of diagnostic laparoscopy in the assessment of the diaphragm after left thoracoabdominal stab wound: A prospective cohort study. Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi, 2017, Vol. 23, No. 2.

ХУЛОСА

**Ф.И. Маҳмадов^{1,2}, Н.О. Раҳимов¹,
М.В. Давлатов³, С.Т. Назифов²**

ТАШХИСИ САДАМАИ ПАЙВАСТАИ КОВОКИИ БАТН

¹Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

²МД «Маҷмааи тандурусти Истиқдол»

³МД Маркази миллии тандурусти «Шифобахи»

Мақсади тадқиқот. Бехтар намудани сифати ташхиси садамаи пайвастаи ковокии батн ва таҳрири нақшаи муфиди ташхиси инструменталии беморон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси таҳлили маълумотҳои ретроспективии 167 бемори бо садамаи пайвастаи ковокии батн, ки солҳои 2012 то 2018 бистарӣ гаштаанд, асос гирифтааст. Дар байни осебгирифтагон мардон 108 (64,7%) нафарро ташкил менамуданд, занон – 59 (35,3%). Қисми зиёди осебгирифтагонро фардҳои сини солашон ҷавон аз 18 то 40 сола (47,3%) ташкил меоданд.

Натиҷаи тадқиқот. ТК ба 142 осебдидаи садамаи пайвастаи ковокии батн гузаронида шуд. Осеби ҷигар мавриди садамаи пайваста дар 36 (21,5%) бемор ба қайд гирифта шуд. Аксаран ҳолати осеби мавзёҳои қафои ҳиссаи рости ҷигар

ба назар гирифта шуд ($n=23$), ки ба механизми компрессионӣ вобаста буд. Дар ин ҳолатҳо кафидани ҷигар дар 8 (22,2%) ҳолат ва хунлахташавии дохили паренхимавӣ дар 7 (19,4%) ҳолат ба қайд гирифта шуд.

Хулоса. Адамаи пайвастаи ковокии батн аз сабаби ниҳоят номуайян будани маълумотҳои анамнезӣ, маҳдуд будани усулҳои ташхиси клиникӣ ва зарурияти муайян намудани осеби бартариятдошта, ки ҳолати кунунии беморро муайян менамояд, мураккабии ташхисро эҷод менамоянд. Дар шароити ниҳоят кам будани вақти ташхиси осеби пайвастаи ковокии батн, бартарии зиёд ба ташхиси мавқуфгузоштаи ТК дода мешавад.

Калимаҳои калидӣ: осеби пайвастаи ковокии батн, усулҳои ташхиси инструменталӣ, ТК, видеолароскопия.

УДК 616.31:314.18.002.4

М.Ш. Мирзоев, Д.И. Хушвахтов, Х.О. Гафаров, С.А. Сафаров

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПО в СЗРТ»

Мирзоев Мансурджон Шамилович – зав. кафедрой челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПО в СЗРТ», к.м.н.; г. Душанбе, ул. Зарафшон, М-5, дом-1, кв-8; тел.: +992 919 17 27 01; e-mail: mirzoev_1965@bk.ru

Цель исследования. Диагностическое изучение опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области с использованием компьютерных технологий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов обследования и лечения 94 больных в возрасте от 18 до 60 лет с опухолями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области. Рентгенологическая диагностика больных проведена с использованием современных компьютерных технологий.

Результаты исследования и их обсуждение. У 94 обследованных больных, до и после оперативного вмешательства, выполнены 192 рентгенологических исследования, включающих мультиспиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию и ортопантомографию. Диагностировано: одонтогенные опухоли челюстей (амелобластома – 32 (34,0%), одонтома – 21 (22,4%)); остеогенные опухоли (остеобластокластома – 17 (18,1%), остеома – 13 (13,8%)); кистозные образования челюстей – 11 (11,7%).

Заключение. Применение современных компьютерных технологий на основе МРТ, МСКТ и ОПГ на сегодняшний день играет огромную роль в диагностике патологических процессов челюстно-лицевой области, в том числе опухолей и опухолеподобных образований, значительно повышает качество информации, что позволяет специалистам проводить наиболее эффективное лечение, четко и ясно планировать объем и этапы оперативных вмешательств у данной категории больных.

Ключевые слова: рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, челюстно-лицевая хирургия, стоматология.