

пиллярного кровотока: в кн.: Микроциркуляция в клинической практике. – М., 2012. – С. 6-7.

5. Курбонов С., Абдурахмонов Ф.А., Зиёева З.Д. Структурные изменения щитовидной железы при диффузном зобе // Вестник Авиценны. - 2012. - №1. - С.138-140.

6. Солиев Ф.Г., Кахорова Н.Ю., Ибодова Г.Х., Кахаров А.Н. Эпидемический зоб среди населения, проживающего в экологически неблагоприятном регионе //Здравоохранение Таджикистана. - 2009. - №2. –С. 26-29.

7. Сметанина М.В. Структурные особенности внутриорганной сосудистой системы щитовидной железы крыс в норме и эксперименте: в кн.: Микроциркуляция в клинической практике. – М., 2012. – С. 28.

REFERENCES

1. Anvarova Sh. S., Niyazova N. F., Inoyatova N. A. Sindrom tireotoksikoza v pozhilom vozraste v usloviyakh yodnogo defitsita [Syndrome of thyrotoxicosis in old age in a conditions of iodine deficiency]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2013, No. 3 (56), pp. 55-59.

2. Gulov M. K., Rasulov A. T., Nurov Z. M., Soliev Kh. M. Kliniko-morfologicheskaya kartina mnogouzlovogo eutireoidnogo zoba [Clinical and morphological picture of multinodal euthyroid goiter]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2017, Vol. 19, No. 1, pp. 46-49.

3. Kakharov A. N., Ibodova G. Kh. Sovremennye aspekty diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya dobrokachestvennogo uzlovogo i mnogouzlovogo zoba [Modern aspects of diagnosis and surgical treatment of benign nodal and multinodal goiter]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 1, pp. 77 – 82.

4. Kozlov V. I. *Mikrotsirkulyatsiya krovi: otsenka sostoyaniya i diagnostika rasstroystv kapillyarnogo krovotoka. V knige: Mikrotsirkulyatsiya v klinicheskoy praktike* [Microcirculation of blood: evaluation of the condition and diagnosis of disorders of capillary blood flow, in the book: Microcirculation in clinical practice]. Moscow, 2012. 6-7 p.

5. Kurbonov S., Abdurakhmonov F. A., Ziyoeva Z. D. Strukturnye izmeneniya shchitovidnoy zhelezy pri dif-fuznom zobe [Structural changes in the thyroid gland at the diffuse goiter]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2012, No. 1, 138-140 p.

6. Soliev F. G., Kakhorova N. Yu., Ibodova G. Kh., Kakharov A. N. Epidemicheskiy zob sredi naseleniya,

prozhivayushchego v ekologicheski neblagopoluchnom regione [Epidemic goiter among the population living in an ecologically unfavorable region]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2009, No. 2, pp. 26-29.

7. Smetanina M. V. *Strukturnye osobennosti vnutorior-gannoy sosudistoy sistemy shchitovidnoy zhelezy krysa v norme i eksperimente. V knige: Mikrotsirkulyatsiya v klinicheskoy praktike* [Structural features of the intraorganic vascular system of the thyroid gland of rats in norm and experiment: in the book: Microcirculation in clinical practice]. Moscow, 2012. 28 p.

Хулоса

С. Курбонов, И. А. Давлатов

Тавсифи патоморфологии системаи рағҳои ғадуди сипаршакл ҳангоми ҷоғари токсикии пахнѐфта.

Мақсади таҳқиқот. Омӯхтани бозсозии морфологии рағҳои ғадуди сипаршакл ҳангоми ҷоғари токсикии пахнѐфта.

Мавод ва усули таҳқиқот. Объекти таҳқиқот маводи аутопсии бофтаи ғадуди сипаршакл бо маҷрои дохилизвии хунбар мебошад, ки дар бемори гирифтори ҷоғари токсикии пахнѐфта ҷаррохишуда гирифта шудааст, беморӣ 5-7 сол давом кардааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва баррасии онҳо. Дар натиҷаи таҳқиқотҳои морфологии девораи рағҳои ғадуди сипаршакл гузаронидашуда муайян карда шуд, ки пахншавии бештари тағйиротҳои дистрофӣ ва ғафс шудани девораи рағҳо дар стромаи ғадуди сипаршакл ба назар мерасад. Дар асари протсессҳои дистрофикӣ ва некробиотикӣ сохтори девораи рағҳо вайрон мешавад, ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки гузаронандагии онҳо зиёд шудааст ва ин боиси рукуди хун мегардад ва варами возеҳи стромаи узвро ба вучуд меорад.

Хулоса. Тағйир ёфтани сохтори системаи дохилизвии рағҳои ғадуди сипаршакл ҳангоми ҷоғари токсикии пахнѐфта метавонад боиси сар задани намудҳои гуногуни вайроншавии хунгардиш гардад. Он пеш аз ҳама аз давомноқӣ ва вазнинии беморӣ вобаста аст.

Калимаҳои калидӣ: ғадуди сипаршакл, ҷоғари токсикии пахнѐфта, морфологияи рағҳо.

УДК 616.348-089.86; 616-073.7

Х.Ш. Назаров, К.М. Курбонов, М.С. Сафаров, Х.З. Фақиров, Дж. С. Халимов

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОДГОТОВКИ ОТКЛЮЧЁННОЙ ПЕТЛИ КИШЕЧНИКА К ВОССТАНОВЛЕНИЮ НЕПРЕРЫВНОСТИ КИШЕЧНИКА

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

Назаров Хилолиддин Шарофович - к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан; тел.: +992 900-50-03-03; e-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты оценки готовности отключенной петли кишки к восстановлению непрерывности кишечного тракта.

Материал и методы исследований. В ГУ КБ СМП г. Душанбе реконструктивно-восстановительной операции были подвергнуты 79 больных с концевой колостомой в возрасте от 19 до 77 лет. Превалировали мужчины – 52 (65,8%), женщин было 27 (34,2%). В основную группу включены 26 больных, в контрольную – 53.

Диагностика основывалась на общеклинических и биохимических исследованиях крови, общем анализе мочи, УЗИ, ректороманоскопии, фистулографии, проктографии, патогистологическом исследовании, по показаниям видеолaparоскопии.

Результаты исследований и их обсуждение. При проведении ультразвуковой оценки результатов подготовки установлено, что у больных основной группы, которые получили предоперационную подготовку по предложенной в клинике методике, отмечалось более раннее восстановление перистальтики кишечника и увеличение его диаметра (на 5-8 сутки до 2 раз в мин., а на 12-15 день до 3 раз в мин., увеличение диаметра кишечника в среднем доходило до 2,3 см), по сравнению с больными, получившими подготовку по традиционной методике (на 12-15 сутки до 2 раз в мин. а увеличение диаметра кишечника до 1,6 см).

В послеоперационном периоде в 17 (32,1%) случаях у больных контрольной группы установлен выраженный парез кишечника (ВПК), в 6 (11,3%) случаях наблюдалась несостоятельность анастомоза (НА). В основной группе признаки ВПК были установлены только в 2 (7,7%) случаях, а НА – у 1 (3,8%) пациента.

Заключение. УЗИ при оценке результатов эффективности предоперационной подготовки отключенной петли кишечника и степени ее готовности к проведению реконструктивно-восстановительной операции у больных с колостомой является высокоинформативным методом, способствующим снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: колостома, отключенная кишка, ультразвуковое исследование, реконструктивно-восстановительная операция.

H. Sh. Nazarov, K.M. Kurbanov, M.S. Safarov, H. Fakirov, J.S. Halimov

POSSIBILITIES OF THE ULTRASOUND ESTIMATION OF THE DISCONNECTED INTESTINE READINESS FOR INTESTINE CONTINUITY RESTORATION SURGERY

Department of surgical diseases №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe

Nazarov Khiloliddin Sharofovich - assistant of the Department of Surgical Diseases №1 of Avicenna Tajik State Medical University, Candidate of Medical Sciences; Dushanbe, Republic of Tajikistan; tel.: +992 900-50-03-03; e-mail: hiloliddin.nazarov@mail.ru

Aim. To improve the results of the evaluation of the disconnected intestine readiness for the intestine continuity restoration surgery.

Materials and methods. The study focused on 79 patients of 19 - 77 years old, which received reconstructive-regenerative surgery with end colostomy at the Clinic of Emergency care of Dushanbe. The number of men was 52 (65,8%) and women were 27 (34,2%). The main group included 26 patients while the control group included 53 patients. The diagnosis was based on laboratory blood tests, ultrasound, recto-manoscopy, fistulography, proctography, pathohistological tests and video laparoscopy.

Results. Ultrasound examination of the main group patients showed earlier restoration of peristaltic and enlargement of its diameter. On the 5-8 days till two times per minute, in 12-15 days till three times per minute, while the average diameter of the intestine increased up to 2,3 cm. The intestine diameter of patients of the comparison group in 12-15 days increased till two times per minute, with an average diameter increased up to 1,6 cm.

In 17 (32,1%) cases patients of the control group had severe intestinal paresis and in 6 (11,3%) cases anastomosis invalidity. The symptoms of severe intestinal paresis were observed only in 2 (7,7%) cases of the main group patients. However, anastomosis invalidity was observed only in 1 (3,8%) case.

Conclusion. Ultrasonic evaluation of the results of preoperative preparation of the disconnected intestines and the level of its readiness for reconstructive-regenerative operation at patients with a colostomy is an extremely informative method that helps to reduce the frequency of postoperative pyo-inflammatory complications.

Keywords: colostomy, disconnected intestine, ultrasonic investigation, reconstructive-regenerative operation.

Актуальность. Несмотря на появление современных методов диагностики и лечения заболевания толстой кишки, частота наложения кишечной стомы не имеет тенденции к снижению и достигает до 45% случаев от всех пациентов, которые перенесли операции в экстренном порядке [4, 5]. Наличие кишечной стомы, помимо постоянного психического влияния на больных, также не лишено осложнений в области энтеро- или колостом как в раннем послеоперационном периоде, так и в более поздние сроки после операции, что затрудняет процесс проведения реабилитации этого контингента больных [5]. Кроме того, длительное существование кишечника в изолированном от акта пищеварения приводит к развитию морфофункциональных и дисбиотических патологических процессов на данном участке кишки, что при неполноценной её подготовке к проведению реконструктивно-восстановительной операции может стать причиной развития неблагоприятного исхода [1-3].

Необходимо отметить, что патологические процессы в изолировании от акта пищеварения на участке кишки развиваются последовательно, и прежде всего зависят от сроков её отключения [3, 4]. В случае нахождения кишечника в изолированном от акта пищеварения состоянии, в сроке до 6 месяцев наблюдается преобладание поверхностных изменений в виде дистрофических процессов, нарушения микроциркуляции и лимфооттока в его слизистой оболочке, что в дальнейшем вызывает развитие вторичных склеротических изменений. При наложении колостомы в сроке более 6 месяцев отмечаются более выраженные склеротические изменения с редукцией лимфоидных фолликулов, уплощение колоноцитов в отключенной кишке, которое охватывает другие слои стенки данного участка кишечника, что является одним из основным фактором развития гнойно-воспалительных осложнений после реконструктивно-восстановительных операций, которые по данным литературы, достигают до 47% случаев [1, 4].

Вышесказанные обстоятельства показывают зависимость функционального состояния отклю-

ченной петли кишечника от времени наложения стомы, по мере увеличения которого происходит постепенное снижение его сократительной способности, что затрудняет процессы восстановления моторно-эвакуаторной функции отключенного кишечника при восстановлении непрерывности кишечника и может негативно влиять на исход хирургической реабилитации этих больных.

Учитывая вышесказанное, ряд авторов подчеркивают необходимость дальнейшего изучения вопросов, касающихся методов подготовки отключенной петли кишечника, а также оценки степени её готовности к проведению реконструктивно-восстановительной операции у колостомированных больных.

Цель исследования. Улучшить результаты оценки готовности, отключенной петли кишки к восстановлению непрерывности кишечного тракта.

Материал и методы. Мы располагаем опытом восстановительных операций у 79 больных с конечным кишечным стомом, которые были госпитализированы в Государственное учреждение «Клиническая больница скорой медицинской помощи города Душанбе» для проведения реконструктивно-восстановительных операций. Мужчин было 52 (65,8%), женщин - 27 (34,2%), возраст больных колебался от 19 до 77 лет. В трудоспособном возрасте были 63 (79,7%) больных.

При изучении причин, по поводу которых была наложена кишечная стома, установлено превалирование заворота сигмовидной кишки - 41 (51,9%) случай (табл. 1). В двух случаях у больных имелась двуствольная колостома. В одном случае превентивная стома была наложена при ликвидации пузырно-прямокишечного свища, а в другом такая же стома была наложена после ушивания раны прямой кишки. Следует отметить, что в обоих случаях на сохраненном участке стенки кишки образовались шпоры, которые стали причиной препятствия попаданию содержимого приводящей петли к отводящему и нахождению отводящей петли в нефункционирующем состоянии.

Таблица 1

Причины формирования колостомы

Причины	Количество	%
Заворот сигмовидной кишки	41	51,9
Опухоль сигмовидной кишки	14	17,7
Опухоль ректосигмоидальной части прямой кишки	13	16,4
Несостоятельность толстокишечных анастомозов	3	3,8
Травма сигмовидной кишки	3	3,8
Слепо-сигмовидные узлообразования	2	2,5
Травма поперечной кишки	1	1,3
Пузырно-прямокишечный свищ	1	1,3
Травма прямой кишки	1	1,3
Всего	79	100

С целью оценки эффективности метода предоперационной подготовки все больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную (первую) группу включены 26 больных, которым предоперационная подготовка отключенной петли кишки проведена по разработанному нами в клинике методом; контрольную (вторую) группу составила 53 больных, которым подготовка вышесказанной петли кишки проведена обычной очистительной клизмой.

Способ восстановления непрерывности кишечника зависел от характера наложенной кишечной стомы (табл. 2).

Для диагностики заболеваний всем больным эффективно использовали общеклинические и биохимические исследования крови, общий анализ мочи, УЗИ, проктографию, фистулографию, ректороманоскопию, видеолапароскопию и патогистологическое исследование.

Таблица 2

Способы восстановления непрерывности кишечника

Метод операций	Кол-во больных	%
Ликвидация превентивной трансверзостомы	1	1,3
Ликвидация превентивной Сигмостомы	2	2,5
Трансверзоректоидальный анастомоз	3	3,8
Десцендосигмоидальный анастомоз	6	7,6
Десцендоректоидальный анастомоз	11	13,9
Сигморектоидальный анастомоз	13	16,4
Сигмосигмоидальный анастомоз	43	54,5
Всего	79	100

Статистическая обработка материала произведена методом разностной вариационной статистики (Ойвин А.И., 1996) на компьютере Pentium IV.

Результаты исследований и их обсуждение.

Больным основной группы (n= 26) с целью проведения целенаправленной и более адекватной предоперационной подготовки отключенной части кишки (восстановление тонуса и снятие воспалительных явлений в стенке кишки) предоперационная подготовка проведена по предложенной нами в клинике методике. Этим больным в течение 10-15 дней проведена ежедневная гидростимуляция выключенной от акта пищеварения участка кишечника путём введения жидкости через задний проход (как клизмы) вовнутрь данной кишки. Гидростимуляцию и механическую очистку отключенной кишки производили с помощью настоя ромашки, зверобоя и фурацилина. Стимуляция кишечника при использовании данной методики происходит за счёт растяжения её стенки под воздействием жидкости, введённой в её просвет. Максимальный объём вводимой жидкости внутрь кишечника при сохранении части сигмовидной кишки в отводящей петле кишечника (n= 19) достигал 350-800 мл, а при наличии только культи прямой кишки (n=7) этот объём составлял около 200-350 мл. Время прекращения введения жидкости внутрь кишечника определяли началом появ-

ления ощущения распираания кишечника, при появлении которого закрывали конец трубки для профилактики истечения жидкости из просвета кишечника в течение 20-30 сек. По достижении этого времени производили опорожнение кишечника и через 20 секунд повторяли данную процедуру. В общем, производили 10-15 таких процедур по 2 раза в сутки. Продолжительность подготовки отключенной петли кишки по данной методике составляла 10-15 дней.

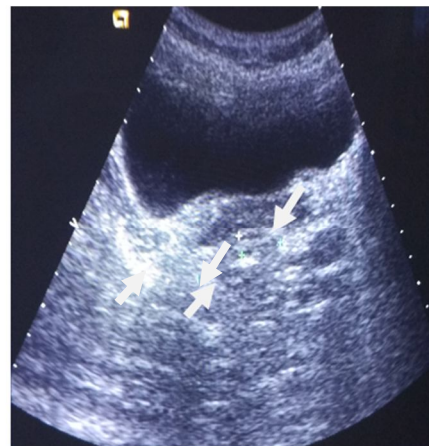
С целью проведения сравнительной оценки результатов эффективности предложенного метода и традиционного метода подготовки отключенной части кишечника, которые оценивали по времени появления и частоте перистальтических движений, степени увеличения диаметра кишечника, использовали ультразвуковые исследования, проведённые непосредственно после процедуры через каждые 4-5 дней (рис.), а также патогистологические исследования биоптатов, которые были взяты в ходе проведения реконструктивно-восстановительных операций из культи отключенной кишки, результат которых соответствовал данным УЗИ.

Больным контрольной группы (n=53) подготовка отключенной кишки проведена традиционным методом, т.е. очистительной клизмой по 2 раза в день.

При оценке полученных результатов установлено, что у больных основной группы

в большинстве случаев отмечалось более раннее появление перистальтических движений отключенного отдела кишечника и более выраженное увеличение его диаметра (на 5-8 сутки перистальтические движения достигали до 2 раз в минуту, а на 12-15 день - до 3 раз в

минуту, увеличение диаметра в среднем составляло 2,3 см), по сравнению с больными контрольной группы (перистальтические движения на 12-15 сутки достигали до 2 раз в минуту, а увеличение диаметра кишечника - до 1,6 см).



А. Б.

Ультразвуковая оценка результата предоперационной подготовки прямой кишки
(А - до подготовки, диаметр 4 см; Б - после подготовки, диаметр 6 см)

Следует отметить, что наилучшим условием для более эффективного проведения ультразвуковой оценки отключенной кишки считали наличие длины кишечника более 15 см и проведение исследования при полном мочевом пузыре.

В ходе сравнительной оценки полученных результатов цитогамм биоптатов колостомированных больных, оперированных по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний толстого кишечника, при идентичной длительности наличия стомы выявлено превалирование клеточных элементов воспаления у опухолевых больных. Также имеются различия УЗ данных этих двух групп больных. Выявлено более позднее появлении перистальтических движений кишечника у больных с онкопроцессами.

В раннем послеоперационном периоде всем пациентам проведено УЗИ для определения состояния кишечника и раннего выявления послеоперационных осложнений. В 17 (32,1%) случаях у больных, получивших предоперационную подготовку отключенной кишки путём очистительной клизмы, установлены признаки наличия выраженного пареза кишечника (расширение петли кишки, ослабление перистальтики, наличие жидкости в просвете кишки) и в 6 (11,3%) случаях - признаки несостоятельности наложенного анастомоза (ослабление перистальтики, расширение петли кишки выше анастомоза, наличие свободной жидкости в брюшной полости вблизи наложенного анастомоза). В группах, получивших подготовку по предложенным нами методам, признаки выраженного пареза кишечника были установлены только в 2 (7,7%) случаях. Несостоя-

тельность наложенного анастомоза у этой группы больных наблюдалась только у 1 (3,8%) пациентки.

Заключение. Таким образом, ультразвуковое исследование при оценке результатов эффективности предоперационной подготовки отключенной петли кишечника и степени ее готовности к проведению реконструктивно-восстановительной операции больным с колостомой является высокоинформативным методом, способствующим снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, что, по данным литературы, достигает 47% случаев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА

1. Ардатская М.Д., Китчиева Г.М., Ачкасов С.И. Роль микрофлоры в развитии колита отключенных отделов толстой кишки // Клинический вестник.- 2011.- №3.- С. 48-54
2. Багишев Р.А. Кривигина Е.В., Жигаев Г.Ф. и др. Диверсионный колит// Сибирский медицинский журнал.- 2014.- №5.- С.119-121
3. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Филон А.Ф. и др. Колит отключенной толстой кишки// Новости колопроктологии.- 2008.- №5.- С.65-70
4. Митьков В.В. Влияние подготовки пожилого пациента к проведению ультразвукового исследования органов брюшной полости на качество диагностики // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum.- 2012.- № 2.- С. 10-11.
5. Султонов Ш.Р., Пулатов Х.К., Шерназаров И.Б., Рахмонов Ш.Д., Дододжонов Ю.Т., Атоев И.К., Гуриев Х.Д. Лечение перистомальных осложнений у детей с наружными искусственными тонкокишечными

REFERENCES

1. Ardatskaya M. D., Kitchieva G. M., Achkasov S. I. Rol mikroflory v razviti kolita otklyuchennykh otdelov tolstoy kishki [The role of microflora in the development of the colitis of disconnected parts of the colon]. *Klinicheskiy vestnik – Clinical herald*, 2011, No. 3, pp. 48-54.
2. Bagishev R. A. Krivigina E. V., Zhigaev G. F. Diversionnyy kolit [Subversive Colitis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian medical journal*, 2014, No. 5, pp. 119-121.
3. Vorobev G. I., Zhuchenko A. P., Filon A. F. Kolit otklyuchennoy tolstoy kishki Colitis of the disconnected colon. *Novosti koloproktologii - News of Coloproctology*, 2008, No. 5, pp. 65-70.
4. Mitkov V. V. Vliyanie podgotovki pozhilogo patsienta k provedeniyu ultrazvukovogo issledovaniya organov bryushnoy polosti na kachestvo diagnostiki [The effect of training an elderly patient for the ultrasound examination of abdominal organs on the quality of diagnosis]. *Gastroenterologiya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum - Gastroenterology. The Supplement to the journal Consilium Medicum*, 2012, No. 2, pp. 10-11.
5. Sultonov Sh. R., Pulatov Kh. K., Shernazarov I. B., Rakhmonov Sh. D., Dododzhonov Yu. T., Atoev I. K., Guriev Kh. D. Lechenie peristomalnykh oslozhneniy u detey s naruzhnymi iskusstvennymi tonkokishechnymi svishchami [Treatment of peristomal complications in children with external artificial intestinal fistulas]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2017, No. 3, pp. 313-319.

**Ҳ.Ш. Назаров, К.М. Қурбонов, М.С. Сафаров,
Х. З. Факиров, Ҷ. С. Ҳалимов**

ИМКОНОТИ ТАШХИСИ УЛТРАСАДОӢ ДАР ҚАРАӢНИ БАӢОГУЗОРИ БА НАТИҚАИ ТАӢӢРНАМОИИ ҚИСМАТИ РӢДАИ АЗ ФАОЛИЯТ БОЗМОНДА БАРОИ БАРҚАРОРНАМОИИ БЕФОСИЛАГИИ РӢДА

Мухимият. Мавҷудияти носури рӯдавӣ на танҳо боиси ҳамеша дар зерӣ фишори рӯҳӣ қарор доштани ин гурӯҳи беморон мегардад, балки дар атрофи энтеро ва ё колостома метавонанд оризаҳои гуногун ба вучуд ояд, ки сабаби мушкิลшавии барқароршавии ин беморон

мегарданд. Бо зиёдшавии вақти дар ҳолати ғайрифатолият қарор доштани ҳалқаи рӯда тағйиротҳои морфофункционалӣ ва дисбиотикӣ зиёдтар мегарданд, ки зимни дуруст ба ҷарроҳӣ таӢӢр накардани он сабаби сар задани оқибатҳои нохуши ҷарроҳии барқарорнамоию реконструктивӣ мешаванд. Ин ҳолат аз ҳалталаб будани масъалаи таӢӢрнамоии ҳалқаи рӯдаи фаолиятш муваққатан боздоштасуда ва баҳогузори ба ҳолати то ҷӣ андоза ба амалиёти ҷарроҳӣ таӢӢр будани он шаҳодат медиҳад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Мақолаи пешниҳодгардида натиҷаи ташхис ва табобати 79 бемори колостомадоштаро дар бар мегирад. Синну соли беморон аз 19 то 77 соларо ташкил намуд. Занон - 27 (34,2%) ва мардон 52 (65,8%)-ро ташкил намуданд. Зимни тадқиқот таҳлили умумӣ ва биокимиявии хун, таҳлили умумии пешоб, ТУС, ректоромоноскопия, фистулография, проктография, ташхиси патолгистологӣ ва дар ҳолатҳои зарурӣ ташхиси видеолапароскопӣ истифода гардиданд.

Мақсади тадқиқот. Беҳтарнамоии натиҷаҳои баҳогузори сатҳи таӢӢр будани ҳалқаи рӯдаи фаолиятш муваққатан боздоштасуда барои барқарорнамоии бефосилагии рӯдаҳо.

Натиҷа. Ҳангоми баҳогузори бо истифода аз ТУС ба сатҳи таӢӢр будани ҳалқаи рӯдаи фаолиятш муваққатан боздоштасуда барои барқарорнамоии бефосилагии рӯдаҳо аломатҳои ултрасадоии беҳтаршавии ҳолати функционалӣ ва девораи рӯда баҳогузори гардид, ки вақти гирифтани мавод аз ин ҳалқаи рӯда барои гузаронидани ташхиси патолгистологӣ натиҷаи он ба натиҷаи ТУС мувофиқ омаданд. Инчунин дар бемороне, ки зимни ТУС нисбатан беҳтаршавии ҳолати рӯда то ҷарроҳӣ нишон дода шуда буд, оризаҳои баъдиҷарроҳӣ камтар ба мушоҳида расиданд. Натиҷаҳои бадастомада нишон доданд, ки истифодаи усули нави баҳогузори бо истифодаи дастгоҳи ултрасадоӣ усули баландмаълумот ба ҳисоб меравад, ки ба кам намудани миқдори аворизи баъдиҷарроҳӣ дар ин гурӯҳи беморон боис мегардад.

Қалимаҳои калидӣ: колостома, рӯдаи фаолиятш боздоштасуда, ташхиси ултрасадоӣ, ҷарроҳии тармиму барқарорнамоӣ.

УДК 612.015; 612.12-074-053.7

В.В. Николаева, А.Т. Ашуров, А.М. Бахромов, И.У. Файзилов

ДЕРМАТОГЛИФИКА И БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У ЮНОШЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП ВАХШСКОЙ И ГИССАРСКОЙ ДОЛИН РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Николаева В. В. - ассистент кафедры биоорганической и физколлоидной химии
ТГМУ им. Абуали ибн Сино; e-mail: niko73@list.ru

Цель исследования. Изучение этнических особенностей местного населения на основе изучения кожных рельефов кистей рук и анализ взаимосвязи признаков пальцевой дерматоглифики с группами крови системы ABO.