

3. Bozhchenko A. P., Rigonen V. I., Chistikin A. N. Dermatoglifika paltsev ruk russkikh i nentsev (sravnitelnyy analiz differentsialno-dagnosticheskie kriterii) [Dermatoglyphics of the hand fingers in Russians and Nenets (comparative analysis of differential criterias)]. *Meditinskaya nauka i obrazovanie Urala - Medical science and education of Urals*, 2016, Vol. 17, No. 4, pp. 25-27.

4. Volotskoy M. V. Genetika kozhnogo relefa [Genetics of cutaneous relief]. *Antropologicheskii zhurnal - Anthropological journal*, 1987, No. 4.

5. Donskov S. I., Morokov V. A. *Gruppy krovi cheloveka* [Human blood groups]. Moscow, 2007. 270-273 p.

6. Eremin D. N. Primenenie dermatoglicheskikh issledovaniy v reshenii sledstvennykh zadach pri rassledovanii prestupleniy, svyazannykh s ekstremizmom [Dermatoglyphic research in solving investigative problems of crimes related to extremism]. *Vestnik BFU im. I. Kanta – Herald of Baltic Federal University named after I. Kant*, 2011, No. 9, pp. 167

7. Kadyrova M. M., Zhadyrova M. M., Strokina A. N., Egorova V. F. Osobennosti antropometricheskikh priznakov zhenshin uzbechk [Features of anthropometric signs of female Uzbeks]. *Usovershenstvovanie okhrany truda v narodnom khozyaystve respublik Sredney Azii - Improvement of labor protection in the national economy of The Central Asian republics*, 2001, pp. 12-17.

8. Mukhamadiev S. M., Sabirova G. A., Pulatova A. P. Fizicheskoe razvitie i ginekologicheskii status u devochek i devushek s gelmintnymi infektsiyami pri yoddefitsitnykh zabolevaniyakh [Physical development and gynecological status of girls with helminth infections during iodine-deficient diseases]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya – Herald of postgraduate education in health care*, 2015, No. 2, pp. 42-45.

9. Minkin Viktor, ThimsLibb. Working paper. *Fingerprints Human Thermodynamics Journal*, 2007, pp. 454.

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

ДЕРМАТОГЛИФИКА ВА НИШОНДИХАНДАХОИ ХУН ДАР ҶАВОНОНИ ГУРҶҲОИ МУХТАЛИФИ ЭТНИКИИ ВОДИҲОИ ВАХШУ ҲИСОРИ ҶТ

*Донишгоҳи давлати тиббии Тоҷикистон
ба номи Абӯалӣ ибни Сино*

Мақсади тадқиқот. Дар асоси омӯзиши релефи пусти панҷаи дастон ва таҳлили алокаи мутақобилаи нишонаҳои дерматоглификаи ангушт, бо гурӯҳи хуни системаи АВ0, омӯзиши хусусиятҳои этникии аҳолии маҳаллӣ ба ҳисоб меравад.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Донишҷӯёни соли авали ҳар ду ҷинс, дар синни аз 17 то 22, ки барои таҳсил ба ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино омадаанд, мавриди таҳқиқ қарор гирифтанд. Изи ангуштон дар асоси пайдо шудани хати тегадор муайян ва ба L- ҳалқа, W-печубоҳо ва A-равок тасниф шуданд. Гурӯҳи хун бо роҳи ҷойгир намудани катраи хун ба шишаи предметӣ таҳлил ва бо зидди зардобӣ қор қарда шуд. Тадқиқот дар лабораторияи маркази илмӣ-тадқиқот дар асоси принципи ихтиёрӣ ба амал оварда шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ҷумҳурӣ одамони миллатҳои гуногун басар мебаранд, вале миқдори асосиро миллати тоҷику ўзбек ташкил медиҳанд. Аз ин рӯ, барои муқоисаи гурӯҳи хун ва дерматоглифика қимати хуни ин ду миллат мавриди омӯзиш қарор дода шуд.

Хулоса. Натиҷаи тадқиқот нишон дод, ки нақши ангуштони тоҷикони ҳар ду водӣ каме фарқ мекунад. Фарқияти ками нақши ангуштон дар миёни мардони ва ўзбекони водӣ Ҳисор мушоҳида гардид. Фарқияти бештаре дар мавриди нақши ангуштони водӣҳои Ҳисору Вахш дар занҳо ошкор гардид ва афзалият, дар ҳалқаҳои улнарий, насиби занҳои водӣҳои Вахш гардид.

Қалимаҳои калидӣ: дерматоглифика, нақши ангуштон, гурӯҳи хун, тенар, фенотип, гурӯҳҳои этникӣ-минтақавӣ.

УДК 616.379.008.64 (575.3)

¹Н.С. Сафаров, ²Н.Д. Мухиддинов, ¹Б.М. Хафизов, ¹А.П. Худойодов

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино

²ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения синдрома диабетической стопы (СДС) путем аутодермопластики.

Материал и методы исследований. В Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе под наблюдением находились 56 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы после трансметатарзальной ампутации, осложнившейся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов. Мужчин было 34 (60,7%), женщин – 22 (39,3%). Возрастной спектр колебался от 30 до 54 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. У всех 56 больных некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов культи стопы по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным, перфорированным полнослойным кожным лоскутом толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передненаружной поверхности бедра. Измеряли $TcpO_2$ до пластики на уровне стопы. У этих больных $TcpO_2$ находилось в пределах 31-42 мм рт.ст. (среднее значение $35,8 \pm 2,4$ мм рт.ст.). После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом первую перевязку больным производили через трое суток, в течение всего времени повязку смачивали раствором декасана. В 36 (64,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 16 (28,6%) - частичное приживление и лишь у 4-х (7,1%) больных произошел полный некроз трансплантата.

Заключение. Органосохраняющие и функционально щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, что достигается комплексной консервативной терапией, а свободная аутодермопластика является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, хирургическое лечение, ампутация нижней конечности, аутодермопластика.

UDC 616.379.008.64 (575.3)

¹N.S. Safarov, ²N.D. Mukhiddinov, ¹B.M. Hafizov, ¹A.P. Hudoydodov

AUTODERMOPLASTY IN PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF THE DIABETIC FOOT SYNDROME

¹ Head of Department of General Surgery № 2 TGMU named by Abuali ibni Sino

²State Education Establishment "Institute of Postgraduate Education in Health Sphere of the Republic of Tajikistan"

Aim. To improve the results of surgical treatment of diabetic foot syndrome and evaluate the efficiency of the autodermoplasty.

Material and methods. 56 observed patients had complicated forms of diabetic foot syndrome after transmetatarsal amputation complicated by necrosis of the fasciocutaneous flap. The research was made on the basis of the Center for Endocrine and purulent-septic surgery at Dushanbe State clinical hospital №3. The research group consisted of 34 (60.7%) men and 22 (39.3%) women. The age of patients ranged from 30 to 54 years.

Results. After cleansing the necrotic masses of wounds and appearance of the granulations, plastic replacement of the defect with a free, perforated skin flap of 0.2 - 0.4 mm thickness that was taken from the anterior outer surface of a thigh, was performed. The $TcpO_2$ was measured before the plastic surgery at the level of the thigh. $TcpO_2$ was in the range of 31-42 mmHg (average 35.8 ± 2.4 mmHg). The flap was fixated to the stump by nodal catgut sutures. Good fixation of the autograft is necessary for its engraftment. The first bandage was made after three days. During this period bandage was irrigated by a solution of decasan. Full engraftment was observed in 36 (64,3%) cases. In 16 (28,6%) cases only partial engraftment and in 4 (7,1%) patients complete necrosis of the graft was observed.

Conclusion. Thus, the organ and functionality sparing surgery should be carried out after the elimination of the inflammatory process. It is achieved by complex conservative therapy where the free autodermoplasty surgery should remain a method of choice to prevent the faulty stump in complicated forms of diabetic foot syndrome.

Keywords: diabetic foot syndrome, surgical treatment, amputation of the lower limb, autodermoplasty.

Актуальность. Сахарный диабет (СД) рассматривается в настоящее время как неинфекционная пандемия, охватившая большинство стран мира. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных с СД (7% население всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого забо-

левания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты [1, 4].

Синдром диабетической стопы (СДС) - одно из грозных и наиболее частых осложнений СД, характеризуется возникновением хронических гнойно-некротических процессов

(трофических язв) на стопе с поражением кожи, мягких тканей и костно-суставного аппарата вследствие патологических изменений в периферической нервной системе (диабетическая нейропатия) и сосудистой системе (диабетическая ангиопатия). Возникновение СДС отмечается у 20-80% больных с СД от 20 до 75 лет, что значительно снижает качество жизни пациентов, с ним связана примерно треть госпитализаций больных с СД [1, 6, 8].

Одним из методов закрытия раневых дефектов является аутодермопластика свободным расщепленным лоскутом. Однако, по данным литературы, аутодермопластика для закрытия язвенных дефектов при СДС является недостаточным эффективным методом лечения [2, 3, 7]. Результат закрытия раневого дефекта не всегда успешен и технически труден на определенных отделах стопы. Риск отторжения трансплантата при этом, по данным различных авторов, составляет 10-30%. Кроме того, на фоне диабетической полинейропатии, микро- и макроангиопатии высок риск образования дополнительного хронического раневого дефекта в области взятия кожного лоскута. Так, по данным различных авторов, эпителизация донорских участков осложняется нагноением и длительным заживлением в 5-70% случаев [5, 7]. Длительное заживление донорских ран ведёт к образованию гипертрофических и келоидных рубцов [5]. Серьёзной причиной неудач трансплантации аутологичной кожи является отсутствие объективных методов адекватной оценки готовности раны к аутодермопластике, которая в настоящее время осуществляется лишь на основании клинической оценки состояния больного и визуальных признаков гранулирующей раны. В связи с перечисленными выше обстоятельствами необходим поиск новых методов лечения, направленных на ускорение заживления раневого дефекта при СДС.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения синдрома диабетической стопы (СДС) путем аутодермопластики.

Материал и методы исследований. В Центре эндокринной и гнойно-септической хирургии на базе ГУ ГМЦ №3 г. Душанбе под нашим наблюдением находились 56 больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы после трансметатарзальной ампутации, осложнившейся некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов. Среди них мужчин было 34 (60,7%), женщин – 22 (39,3%). Возрастной спектр больных колебался от 30 до 54 лет. Для контроля эффективности лечения проводили динамическое микробиологическое и цитологическое исследования биоптатов тканей, изучили динамику течения раневого про-

цесса по клиническим признакам и состояния регионарной гемодинамики по данным ультразвуковой доплерографии, степени распространенности костной деструкции по данным рентгенографии стопы. Для оценки микроциркуляции и тканевого обмена на этапах лечения исследовали динамику транскутанного напряжения кислорода ($TcpO_2$) с помощью аппарата ТСМ-400 фирмы «Radiometer» (Дания). Прогноз возможности сохранения опорной функции стопы основывался также на комплексной оценке состояния артериального кровотока по данным ангиографии сосудов нижних конечностей, которую выполняли при помощи аппарата Simens (Германия).

Статистическая обработка выполнена с помощью прикладного пакета «Statistica 6.0» (Statsuft Inc., США). Высчитывали качественные показатели в виде долей (%), количественные показатели в виде среднего значения и его ошибки ($M \pm m$). Дисперсионный анализ проводили методом Вилкоксона. Различия были статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты исследований и их обсуждение. В комплексное лечение больных СДС включены целенаправленная антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная, общеукрепляющая терапии и препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводились плазмогемотрансфузия. Выраженная гиперкоагуляция, наблюдавшаяся у больных с ОФ СДС, требовала применения антикоагулянтов прямого действия (гепарин) в лечебных и профилактических дозах. Инфузионная терапия также была направлена на детоксикацию и нормализацию метаболических процессов и гомеостаза. Совокупность многофакторных и многоуровневых вариантов поражения сосудистого русла при СД обуславливает необходимость компенсации как углеводного обмена, так и использования медикаментозных средств, улучшающих кровоток и восстанавливающих функцию эндотелия и систему гемостаза. У 131 (36,3%) больного с ОФ СДС под местной анестезией произведена катетеризация нижней эпигастральной артерии параректальным доступом ниже пупка с использованием стерильных пластиковых катетеров с внутриартериальным введением лекарственных препаратов. Внутриартериально с помощью микродозного струйного насоса два раза в сутки вводили раствор вазопростана (соответствует 20 мкг алпростадилла) в 50 мл физиологического раствора в течение 3-х часов и 5,0 мл мексидола в течение 14 дней нахождения катетера. Оценка влияния комплексного лечения с применением вазопростана и мексидола на течение раневого

процесса проводилась на основании изучения данных динамики цитогрaмм раневых отпечатков на 1, 3, 7 и 14 сутки после оперативного вмешательства и на основании клинических признаков исследуемых групп. Уровень кровотока определяли в горизонтальном положении и при поднятой конечности. Микрокровоток на стопе считали компенсированным при показателях базального уровня $TcPO_2$ более 30 мм рт.ст. Заключительным этапом лечения больных является аутодермопластика дефектов кожи стопы. У всех 56 больных с некрозом оставленных кожно-фасциальных лоскутов культи стопы по мере очищения ран от некротических масс и появления здоровых грануляций произведено пластическое замещение дефектов свободным перфорированным полнослойным кожным лоскутом толщиной от 0,2 до 0,4 мм, взятым с передне-наружной поверхности бедра, и измеряли $TcPO_2$ до пластики на уровне стопы. У этих больных $TcPO_2$ находилось в пределах 31-42 мм рт.ст. (среднее значение $35,8 \pm 2,4$ мм рт.ст.). Показателем готовности раны послеоперационной культи к кожной пластике служило наличие равномерных зернистых сочных и достаточно плотных некровоточащих грануляций, с умеренным отделяемым и развитой периферической эпителизацией по краям раны. После пересадки лоскут фиксировали к культе узловыми кетгутовыми швами. Хорошая фиксация аутоотрансплантата в ране является необходимым условием его приживления. При этом первую перевязку больным производили через трое суток, и в течение всего этого времени повязку смачивали раствором декасана. В 36 (64,3%) случаях отмечено полное приживление трансплантата, в 16 (28,6%) случаях - частичное приживление и лишь у 4-х (7,1%) больных произошел полный некроз трансплантата. Приживление трансплантата было возможным только в условиях скорректированного углеводного обмена и улучшения регионарной гемодинамики, при наличии активно гранулирующей раневой поверхности. Основными противопоказаниями к выполнению аутодермопластики культи стопы были тяжелое общее состояние больных вследствие декомпенсации сахарного диабета, прогрессирование его осложнений и сопутствующих заболеваний. Сроки проведения аутодермопластики колебались от 21 до 86 дней. Частота первичных высоких ампутаций у больных с СДС составила 12,5%. Этапные высокие ампутации конечности после малых хирургических вмешательств выполнены лишь у 14 (3,8%) больных. Общая летальность после ампутаций составила 26 (46,4%). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз.

Заключение. Таким образом, органосохраняющие и функционально-щадящие оперативные вмешательства следует проводить после ликвидации воспалительного процесса, что достигается комплексной консервативной терапией, а свободная аутодермопластика является операцией выбора для предотвращения развития порочной культи при осложненных формах синдрома диабетической стопы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ЛИТЕРАТУРА (п. 8 см. В REFERENCES)

1. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы // Вестник хирургии.- 2016.- Т. 175, № 5.- С. 63-68.
2. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Дробушевская А.И., и др. Клеточные технологии и тканевая инженерия в лечении длительно не заживающих ран // Вестник эксперим. и клинической хирургии.- 2011.- №2.- С. 392-397.
3. Гостищев В.К., Липатов К.В., Комарова Е.А. и др. Дифференцированный подход к выбору кожной пластики операций у больных с хирургической инфекцией // Хирургия.- 2009.- №9.- С.19-24.
4. Дедов И.И., Шестаковой М. В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет.- 2013.- Т. 16, №25.- Спецвып. 2.- С. 2-16.
5. Зорин В.Л., Зорина А.И., Петракова О.С. и др. Дermalные фибробласты для лечения дефектов кожи // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия.- 2009.- №4.- С.26-40.
6. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свертывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // Здравоохранение Таджикистана.- 2017.- № 3.- С. 55-61.
7. Ярец Ю.И., Новикова И.А. Лабораторный прогноз риска отторжения аутодермотрансплантата// Вестн. хир.- 2010.- №2.- С.34-38.

REFERENCES

1. Binienko M. A., Kotslova A. A., Davydenko V. V., Vlasov T. D. Ispolzovanie dermalnogo ekvivalenta dlya uskoreniya zazhivleniya troficheskikh yav pri sindrome diabeticheskoy stopy [Use of a dermal equivalent to accelerate the healing of trophic ulcers at diabetic foot syndrome]. *Vestnik khirurgii – Herald of surgery*, 2016, Vol. 175, No. 5, pp. 63-68.
2. Vinnik Yu. S., Salmina A. B., Drobusheskaya A. I. Kletochnye tekhnologii i tkanevaya inzheneriya v lechenii dlitelno ne zazhivayushchikh ran [Cell technologies and tissue engineering in the treatment of long-term healing wounds]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii – Herald of experimental and clinical surgery*, 2011, No. 2, pp. 392-397.
3. Gostishchev V. K., Lipatov K. V., Komarova E. A. Differentsirovanny podkhod k vyboru kozhnoy plastiki operatsiy u bol'nykh s khirurgicheskoy in-

fektsiye [A differentiated approach to the choice of cutaneous surgery in patients with surgical infection]. *Khirurgiya – Surgery*, 2009, No. 9, pp.19-24.

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

5. Zorin V. L., Zorina A. I., Petrakova O. S. Dermalnye fibroblasty dlya lecheniya defektov kozhi [Dermal fibroblasts for the treatment of skin defects]. *Kletchnaya transplantologiya i tkanevaya inzheneriya - Cell transplantation and tissue engineering*, 2009, No. 4, pp. 26-40.

6. Nabiev M. Kh., Abdulloev D. A., Khafizov B. M. Kompleksnaya otsenka i korrektsiya sostoyaniya svyortyvayushchey sistemy krovi u bolnykh s sindromom diabeticheskoy stopy [Complex assessment and correction of the state of the coagulating system of blood in patients with diabetic foot syndrome]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3, pp. 55-61.

7. Yarets Yu. I., Novikova I. A. Laboratornyy prognoz riska otторzheniya autodermotransplantata [Laboratory prognosis of autoreceptor rejection risk]. *Vestnik khirurgii – Herald of Surgery*, 2010, No. 2, pp. 34-38.

8. Ismail K., Winkley K., Stahl D. at al. A cohort study of people with diabetes and their first foot ulcer: the role of depression n mortality. *Diabetes Care*, 2007, Vol. 30, No. 6, pp. 1473-1479.

**Н.С. Сафаров, Н.Д. Мухиддинов,
Б.М. Ҳафизов, А.П. Худойдодов
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА ДАР ТАБОБАТИ
ЧАРРОҲИИ БЕМОРОНИ ШАКЛҲОИ
ОРИЗАНОКИ АЛОИМӢ ПОПАНЧАИ ДИАБЕТӢ**

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати чарроҳии бо алоими попанчаи диабетии бо роҳи тармими озоди пӯст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар маркази эндокринӣ воқеъ дар МД МТШ №3 ш. Душанбе таҳти назорат 56 бемор қарор дошт, ки бо оризаҳои намудҳои алоими попанчаи диабетии баъди икҷои трансметатарзиали бо мавтшафии порчаи пусти фатсиали ва фасодию септики чарроҳии шуданд. Дар байни онҳо мардон буданд 34 (60,7%), занҳо -22 (39,3%). Сину солашон аз 30 то 54 сола буда аслан бо шакли нейропатии сироятнокшуда буданд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар ҳама 56 беморони оризаноки мавти порчаи гузашташудаи пусти фатсиали баъд аз тозашии захм аз бофтаҳои мавтшуда ва пайдо шудани бофтаҳои гранулясионии тармими озоди бисёрқабатаи порчаи пӯст ғафсиаш аз 0,2 то 0,4 мм ки аз қисмати пеши берунаи рон гирифта шуд ва муаянкуни ТсрО₂ дар сатҳи попанча тармим гузашта шуд. Дар ин беморон ТсрО₂ тақрибан то 31-42 мм.сут.сим. (нишондоди миёна 35,8±2,4 мм.сут.сим.) ташкил меод. Баъди кучонидани порчаи пӯст дар мунча бо дарзҳои қанда қандаи кетгути духта шуданд. Дар ин маврид бандинабандии якуми бемор баъди се рӯз иваз карда мемешавад, ва бандина аввал бо маҳлули декасан намнок карда меавад. Дар 36 (64,3%) ҳолатҳо пурра пайвандсозии бофтаҳои гузаронида ба назар мерасад ва 16 (28,6%) бошад қисман пайвандсозии бофтаҳо ва ҳамагӣ дар 4 (7,1%) ҳолат бошад мавтшафии пурраи пайванди пӯст ба назар расид.

Хулоса. Ҳамин тариқ амалиётҳои чарроҳии узвнигоҳдоранда ва вазифа-эҳтиёткунанда дар беморони шаклҳои оризаноки алоими попанчаи диабетӣ бояд баъди баргарафкунии раванди илтиҳобӣ, ки дар натиҷаи табобати комплекси консервативӣ ба даст меояд, гузаронида шавад, тармими озоди пӯст бошад амалиёти чарроҳии интиҳобӣ буда, барои пешгирии инкишофи мунчаи ноқис лозим аст.

Калимаҳои калиди: алоими попанчаи диабетӣ, табобати чарроҳӣ, ампутатсияи андомҳои поений, аутодермопластика.

УДК 669.245:612.089.61:616.31

Д.И. Хушвахтов, М.Ш. Мирзоев, Х.Т. Рашидов, С.А. Сафаров

**БИОСОВМЕСТИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПОЛОСТНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОВСЗ РТ»

Хушвахтов Додарджон Иззатович – асс. кафедры челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «ИПОВСЗ РТ», к.м.н.; г. Душанбе, ул. С. Носиров, дом 3;
тел.: + 992 777 07 85 44; + 992 987 56 44 44; e-mail: doctor62.62@mail.ru

Цель исследования. Оценить применение биосовместимых материалов нового поколения на основе никелида титана для устранения полостных образований костной ткани челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов хирургического лечения 78 больных в возрасте от 18 до 55 лет с кистозными и доброкачественными образованиями челюст-