

sostoyanie voprosa (chast 2) [Diabetes mellitus: state of the art (part 2)]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2019, No. 21 (4), pp. 661-674.

8. Martin-Penabver J.J., Martin-Timon., Sellivano-Colantes C., Del Canizo-Gomez F.J. Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, 2016, No. 15,7 (17), pp. 354-395.

9. Seck T., Nauck M., Sheng D. et al Safety and efficacy of treatment with sitagliptin of glipizide in patients with type 2 diabetes inadequately controlled of metformin: a 2-year study *International Journal of Clinical Practice*, 2010, No. 64 (5), pp. 562-576.

10. Nauck M.A., Del Prato S, Duran-Garcia S. et al Durability of glicemic efficacy over 2 years with dapagliflozin versus glipizide as add-on Hrerapies in patients whose type 2 diabetes mellitus is inadugately controlled with metformin. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2014, No. 16 (11), pp. 1111-1120.

ХУЛОСА

М.Э. Музафарова

ХУСУСИЯТХОИ ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРИИ БЕМОРОНИ ДИАБЕТИ НАВЪИ 2, БО ИХТИЛОТИ ОСТЕОПОРОТИКИ ДАР МИНТАКАИ ХОСИЛНОКИИ БАЛАНД

Мақсади тадқиқот. Шинос шудан бо таҷрибаи идоракунии беморони гирифтори диабети навъи 2, ки бо оризаи остеопорозӣ дар минтақаи таваллуди баланд гирифтор шуданд.

Маводҳо ва усулҳои тадқиқот. Мо 110 беморони гирифтори диабети навъи 2 - 55 зан бо паритети муқаррарӣ, 55 зани дорои паритети баланд, ки дар анамнез доштанд мушоҳида кардем. Гурӯҳи назоратӣ аз 55 зани ҳамонсола иборат буд, ки аз диабети навъи 2 азият намекашиданд. Параметрҳои мубодилаи липидҳо, фосфор-калсий, витамини D ва маркерҳои азнавсозии устухонҳо омӯхта шуданд. Барои арзёбии талафоти эҳтимолии бофтаи устухон усули абсорбтиометрияи рентгении дуэнергетикӣ бо истифода аз остеденситометр

истифода шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Интиҳоби усули табобат барои беморони гирифтори диабети навъи 2 бо сатҳи ибтидоии гемоглобини гликатсияшуда (HbA1c) ва нишонаҳои пешбари клиникӣ тасдиқ карда шуд. Вақте ки сатҳи гемоглобини гликатсияшуда зиёда аз 7% (7,5-8,0) буд, монотерапияи метформин таъин карда мешавад. Дар аввал дар сатҳи баланди HbA1c (8-9%) маҷмӯи доруҳои зидди гипергликемикӣ таъин карда шуд (глипизид дар якҷоягӣ бо метформин; ингибитори DPP-4-аллоглиптин бо метформин). Дар гурӯҳи беморони дорои сатҳи ибтидоии HbA1c (9-9,5%), табобат бо GLP-1 (лираглутид) гузаронида шуд. Дар давоми як соли охир мо як доруи нави антигипергликемикии гурӯҳ ва NGLT-2 (дапаглифлозин)-ро озмоиш кардем, ки механизми он ба паст шудани реабсорбсияи глюкоза дар гурдаҳо асос ёфтааст. Нигоҳдории устувори камшавии HbA1c дар заминаи истифодаи якҷоя бо метформин қайд карда шуд. Доруҳои остеопоротики истифодашаванда: Кислотаи Золендрон (Аккласта), деносумаб, терипаратид.

Хулоса. Натиҷаи мусбати муносибати инфиродӣ ба табобати беморони гирифтори диабети навъи 2, ки бо ихтилоли остеопороз мушкӣ шудааст, тавассути истифодаи якҷояи доруҳои гипогликемикӣ ва доруҳои остеотропӣ ба даст омад. Пешгирии тағйироти остеопорозӣ дар беморони гирифтори диабети навъи 2 дар давраи пас аз менопауза бояд ҳамачониба гузаронида шавад, бо назардошти нигоҳ доштани сатҳи гликемикӣ тахти назорати мундариҷаи HbA1c $\leq 7\%$, муборица бо мушкилиҳои диабети қанд, ворид кардани доруҳо, мунтазам машқҳои физкультурӣ, доза ва тадбирҳои иловагӣ бо назардошти омили серфарзанд доимо дар зери назорат бошад.

Калимаҳои калиди: диабети навъи 2, давраи баъдименопаузӣ, тағйироти остеопорозӣ, бисёрҷониба.

УДК 617.55-001.31-072.1

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-59-64

Р. Рахматуллаев, А.Р. Рахматуллаев, Ф.Р. Рахматуллаева, Дж.Б. Хамидов, О.Н. Мамасидов, Ж.Я. Джураев, Б.Ч. Шамиев

ЛАПОРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ

ЛДЦ «Вароруд», г. Турсунзаде

Раҳматуллаев Раҳимжон – д.м.н., директор ЛДЦ «Вароруд»; г. Турсунзаде, ул. М. Турсунзаде 129; Тел.: +(992)935057643; E-mail: rakmatullaev@inbox.ru.

Цель исследования. Оценить возможность и целесообразность диагностической лапароскопии травматических повреждений органов брюшной полости.

Материал и методы исследования. Нами, в условиях ЛДЦ «Вароруд», в период 2011-2020 гг. 48 пострадавшим, с тупыми травмами живота, выполнена диагностическая лапароскопия. Возраст пострадавших варьировал от 18 до 42 лет, средний возраст составил $32 \pm 1,5$ лет, все пострадавшие лица мужского пола. Всем пострадавшим в первую очередь наряду с общеклиническими методами исследования было проведено УЗИ. Следует отметить, что УЗИ оказалось эффективным у 12 (25%) пострадавших с наличием скопления жидкости в отлогих местах брюшной полости. Несмотря на положительные результаты УЗИ, с целью определения топического диагноза и оценки степени повреждения, этим пациентам также была произведена диагностическая лапароскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагностическая лапароскопия в 97,8% случаев позволила верифицировать диагноз повреждения органов брюшной полости при тупых травмах живота.

Заключение. Диагностическая лапароскопия является методом выбора в диагностике повреждения внутренних органов при тупой травме живота.

Ключевые слова: лапароскопия, тупая травма живота, повреждения внутренних органов.

P. Rakhmatullaev, A.R. Rakhmatullaev, F.R. Rakhmatullaeva, J.B. Khamidov, O.N. Mamasaidov, J.Y. Dzhuraev, B.Ch. Shamiev

LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS OF INJURIES OF ABDOMINAL CAVITY ORGANS FROM BLUNT TRAUMA

Varorud Children's Clinical Center, Tursunzade

Rahmatullayev Rahimjon - MD, PhD, Director of the "Varorud" MDC; 129 M. Tursunzade str., Tursunzade city; Tel: +(992)935057643; E-mail: rakmatullaev@inbox.ru.

Aim. To evaluate the possibility and expediency of the diagnostic laparoscopy of traumatic injuries of the abdominal cavity organs.

Material and methods. We performed the diagnostics laparoscopy of blunt injuries of abdominal cavity on 48 patients in the period from 2011 till 2020 in the Center of Internal Medicine "Varorud". The age of the patients varied from 18 to 42 years, mean age was 32 ± 1.5 years, all the injured were male. Ultrasound examination was performed in the first place on all the patients along with general clinical methods of investigation. It should be noted that ultrasound examination was effective in 12 (25%) patients with fluid accumulation in depressed areas of the abdominal cavity. Despite the positive results of ultrasound investigation, diagnostic laparoscopy was also performed in these patients in order to determine the topical diagnosis and assess the extent of injury.

Results and discussion. Diagnostic laparoscopy in 97,8% of cases allowed to verify the diagnosis of abdominal cavity injuries caused by blunt abdominal trauma.

Conclusion. Diagnostic laparoscopy is the method of choice in the diagnostics of the internal organs injuries at the blunt abdominal trauma.

Keywords: laparoscopy, blunt abdominal trauma, injuries of internal organs.

Актуальность. Тупая травма живота чаще всего происходит при автокатастрофах, при падении с высоты и при прямом ударе в живот во время спортивных состязаний [2]. Различают тупую травму живота с повреждением внутренних органов и без повреждений, а также ушиб передней брюшной стенки. Диагностика тупой травмы живота с повреждением внутренних органов сопровождается определенными трудностями в связи с шоковым состоянием пострадавших, в связи с чем часто упускается время для точного диагно-

за и оперативного вмешательства, что и является причиной летальности [1, 2, 4, 9].

В диагностике повреждений внутренних органов часто используются УЗИ, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), однако условия для использования дорогостоящих методик диагностики такие как КТ, МРТ не во всех лечебных учреждениях существуют [3, 5, 8]. Используемые в периферических лечебных учреждениях лапароскопия, методикой «шарящего катетера», не всегда эффективна, он дает положи-

тельный эффект при наличии достаточного количества жидкости в свободной брюшной полости и является неэффективным при разрыве полых органов.

В связи с внедрением в клиническую практику видеолапароскопии и ее использование при тупых травмах живота, хирургам представилась возможность уточнить диагноз до 100% вероятности и трансформировать диагностическую лапароскопию в лечебную [2, 4, 6, 10].

Материал и методы исследования. Нами, в условиях ЛДЦ «Вароруд», в период 2011-2020 гг. 48 пострадавшим, с тупыми травмами живота, выполнена диагностическая лапароскопия. Возраст больных варьировал от 18 до 42 лет, средний возраст составил $32 \pm 1,5$ года, все пострадавшие были лица мужского пола.

У 17 (35,4%) пострадавших из 48 тупая травма живота сочеталась с закрытой черепно-мозговой травмой, которая была установлена по совокупности клинических симптомов и результатам инструментальных методов исследования, также у них был отмечен травматический шок I-II степени. У 32 (66,6%) пострадавших причиной травмы была автокатастрофа, у 10 (20,8%) - падение с высоты, и 6 (12,5%) пациентов получили травму при ударе тупым предметом в область живота.

Всем пострадавшим в первую очередь наряду с общеклиническими методами исследования было проведено УЗИ. Следует отметить, что УЗИ оказалось эффективным у 12 (25%) пострадавших с наличием скопления жидкости в отлогах местах брюшной полости, несмотря на положительные результаты УЗИ, с целью определения топического диагноза и оценки степени повреждения и этим пациентам также была произведена диагностическая лапароскопия.

Чувствительность, специфичность и диагностическая точность лапароскопия в предсказании необходимости лапаротомии составляет 75-100%. Когда диагностическая лапароскопия применяют для скрининга, число ложно-негативных исследований составляет менее 1%. При проникающей травме чувствительность составляла 80-100%, специфичность – 38-86% и точность – 54-89%.

В плане выявления повреждения внутренних органов всем 48 больными произведена диагностическая лапароскопия, при этом у 4 (8,3%) больных повреждения внутренних органов исключены и эти случаи расценены как ушиб передней брюшной стенки. У 44 (91,7%) больных выявлены следующие повреждения внутренних органов: травма

правой доли печени – у 7 (15,9%) пострадавших, травма селезенки – у 6 (12,5%), травма тонкого кишечника – у 15 (34,09%), травма брыжейки тонкого кишечника – у 10 (22,7%), забрюшинная гематома обнаружена у 5 (11,4) обследованных, и повреждения брюшной части мочевого пузыря – у 1 (2,2%) пострадавших.

Для всех этих пациентов диагностическая лапароскопия трансформировалась в лечебную.

Следует отметить, что геометрия установки лапаропортов для рабочих инструментов зависела от локализации поврежденного органа. При этом дефекты тонкого кишечника устранены наложением интракорпоральных швов, кровотечения из ран брыжейки устранены электрокоагуляцией краев раны биполярным электродом, по показаниям при больших дефектах более 5 см. наложены интракорпоральные швы. При забрюшинных гематомах у 5 пострадавших источником кровотечения явились мелкие сосуды забрюшинной жировой клетчатки, им гемостаз произведен путем электрокоагуляции раневой поверхности шаровидным электродом в монополярном режиме. У 1 больного с повреждением мочевого пузыря наложены швы на дефект стенки мочевого пузыря и установлен катетер в мочевой пузырь, который удален на третьи сутки после операции.

Определенные трудности были отмечены при коррекции повреждения печени и селезенки, у 4 (57,1%) пациентов с травмой печени нам удалось остановить кровотечение путем наложения швов на рану, в 3 (42,9%) случаях произведена конверсия в связи с глубоким повреждением ткани печени и кровотечение остановлено путем наложения П-образных швов на рану печени.

У 2 (33,3%) пациентов с повреждением нижнего полюса селезенки удалось остановить кровотечение путем электрокоагуляции шаровидным электродом раны, в остальных 4 (66,7%) случаях было отмечено повреждение в области верхнего полюса селезенки и в области ворот селезенки с обильным кровотечением более 500,0 мл. Им было произведена конверсия, и из верхне-срединного лапаротомного доступа произведена спленэктомия, следовательно наиболее тяжелым контингентом среди пострадавших являются пациенты с повреждением селезенки в плане коррекции повреждений лапароскопической методикой. Диагностическая лапароскопия при травме предотвращает в среднем 57% (17-89%) напрасных лапаротомий.

Лечение больных с сочетанной черепно-мозговой травмой в послеоперационном периоде прове-



Рис 1. а) Больной К, 38 лет, история болезни №475. Диагноз: Тупая травма живота, разрыв печени. УЗ картина скопления жидкости в поддиафрагмальной области (стрелкой указанна гематома).
б) Больной М, 28 лет, история болезни №502, Тупая травма живота, разрыв селезенки УЗ картина скопления крови около селезенки в брюшной полости.

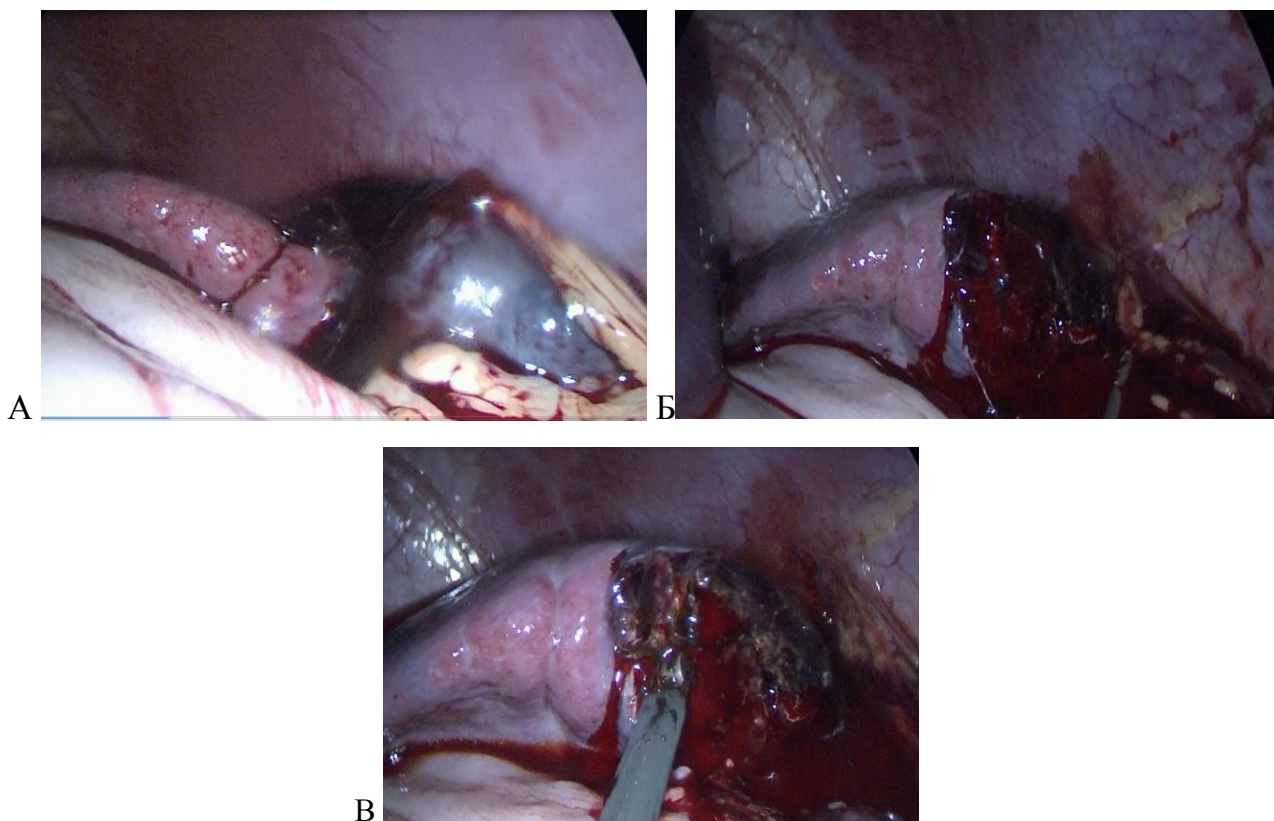


Рис 2. Больной С, 34 года, истории болезни №248. Диагноз: Тупая травма живота, разрыв селезенки. Эндофото, а) этапы лапароскопической органосохраняющей операции, б) резекция нижнего полюса селезенки. в) гемостаз поверхности ран нижнего полюса селезенки электрокоагуляцией лопаточным электродом.

дено совместно с соответствующим специалистом.

Результаты исследования и обсуждения. В раннем послеоперационном периоде пациенты после конверсии в пользу традиционной методики операции нуждались в назначении наркотических анальгетиков 2-3 раза в сутки, активизировались

на вторые-третье сутки, у 2 пациентов отмечено нагноение послеоперационной раны.

Больные после лапароскопической операции чувствовали себя комфортно, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались в первый сутки после операции. У

одного больного на вторые сутки после операции появились признаки внутреннего кровотечения, в экстренном порядке была произведена релапароскопия, источником кровотечения явился дополнительный дефект в брыжейке тонкого кишечника, который не был обнаружен во время первичной диагностической лапароскопии, на дефект наложены интракорпоральный швы.

Конверсия, по данным нашего исследования, произведена у 7 (15,9%) пациентов: 3 пациента с повреждением печени и четверо с повреждением селезенки. Релапароскопия в раннем послеоперационном периоде произведена у 1 (2,2%) пациента. Среднее количество койко-дней составило $8 \pm 1,5$ и $4 \pm 1,5$ дней соответственно ($P < 0,05$). Летальных исходов не было. В качестве наглядного примера приводим 2 случая из практики.

Заключения: Следует отметить, диагностическая лапароскопия является методом выбора в диагностике повреждения внутренних органов при тупой травме живота, которая позволяет до 100% случаев установить топический диагноз, определить степень повреждения органа, патологическое содержимое брюшной полости, и по показаниям может трансформироваться в лечебную, однако применение данной методики при повреждениях печени и селезенки ограничено, в связи с анатомическими особенностями данных органов.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-13 см. в REFERENCES)

1. Абакумов М. М. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний / М. М. Абакумов, А. Н. Смоляр, Е. Ю. Трофимова [и др.] // Хирургия. - 2013. - № 12. - С. 4-10.
2. Алимов А.Н. Оценка тяжести состояния и травмы пострадавших, оперированных с закрытой травмой живота, повреждением селезенки / А. Н. Алимов, Ю. В. Отлыгин, В. А. Пряников [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - № 1. - С. 80-81.
3. Алиев С.А. Особенности диагностики и тактики хирургического лечения разрывов диафрагмы при закрытой сочетанной травме груди и живота / С. А. Алиев, Н. Ю. Байрамов, Э. С. Алиев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 2014. - № 4. - С. 66-72.
4. Доровских Г. Н. Комплексная диагностика повреждений органов брюшной полости при политравме / Г. Н. Доровских, Е. Н. Деговцов, С. С. Седельников, С. А. Кожедуб // Радиология-практика, 2013. - № 3. - С. 4-14.
5. Назаров Х.Н. Перспективность видеоэндохирургических методов в диагностике и лечении абдоминальных повреждений и профилактике осложнений при сочетанных травмах живота и нижних конечностей. /

Н.Ф. Салимзода, А.Г. Гаилов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2018. № 4. С. 71-74.

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

7. Панкратов А.А. Особенности травматических повреждений селезенки и критерии выбора тактики их оперативного лечения в условиях военного госпиталя / А. А. Панкратов, И. Е. Хатьков, Р. Е. Израйлов // Эндоскопическая хирургия. - 2015. - № 3. - С. 79-85.

8. Сабурова А.М. Биохимические показатели крови при реинфузии у больных с травмами живота. / А.М. Сабурова, К.М. Курбонов, Ш.Д. Рахмонов, Л.А. Курбонова // Вестник Авиценны. 2013. № 1 (54). С. 37-40.

9. Уманов И.Г. Анализ результатов лечения сочетанной и изолированной травмы органов мочеполовой системы. / И.Г. Уманов, А.А. Раззаков, Д.Н. Солихов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. № 2. С. 20-22.

REFERENCES

1. Abakumov M.M. Diagnostika i lechenie travmaticheskikh zabryushinnykh krovoizliyaniy [Diagnosis and treatment of traumatic retroperitoneal hemorrhages]. *Khirurgiya - Surgery*, 2013, No. 12, pp. 4-10.
2. Alimov A.N. Otsenka tyazhesti sostoyaniya i travmy postradavshikh, operirovannykh s zakrytoy travmoy zhivota, povrezhdeniem selezyonki [Assessment of the severity of condition and trauma in victims operated on with closed abdominal trauma, spleen injury]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2013, No. 1, pp. 80-81.
3. Aliev S.A. Osobennosti diagnostiki i taktiki khirurgicheskogo lecheniya razryvov diafragmy pri zakrytoy sochetannoy travme grudi i zhivota [Features of diagnosis and surgical treatment tactics of diaphragm rupture in closed concomitant chest and abdominal trauma]. *Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova - Bulletin of Surgery named after I. I. Grekov*, 2014, No. 4, pp. 66-72.
4. Dorovskikh G. N. Kompleksnaya diagnostika povrezhdeniy organov bryushnoy polosti pri politravme [Comprehensive diagnosis of abdominal injuries in polytrauma]. *Radiologiya-praktika - Radiology-practice*, 2013, No. 3, pp. 4-14.
5. Nazarov Kh.N. Perspektivnost videoendokhirurgicheskikh metodov v diagnostike i lechenii abdominalnykh povrezhdeniy i profilaktike oslozhneniy pri sochetannykh travmakh zhivota i nizhnikh konechnostey [Prospects of videoendosurgical methods in the diagnosis and treatment of abdominal injuries and prevention of complications in combined abdominal and lower extremity injuries]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya - Herald of postgraduate education in healthcare sphere*,

2018, No. 4, pp. 71-74.

6. Berezka N.I. Optimizatsiya khirurgicheskoy taktiki lecheniya postradavshikh s politravmoy s ispolzovaniem shkal otsenki tyazhesti sostoyaniya i povrezhdeniy [Optimization of surgical tactics for the treatment of polytrauma victims using severity and injury assessment scales]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta - Scientific Bulletin of Belgorod State University*, 2014, Vol. 25, No. 4 (175), pp. 116-119.

7. Pankratov A.A. Osobennosti travmaticheskikh povrezhdeniy selebenki i kriterii vybora taktiki ikh operativnogo lecheniya v usloviyakh voennogo gosptalya [Peculiarities of traumatic injuries of the spleen and criteria for the choice of surgical treatment in a military hospital]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2015, No. 3, pp. 79-85.

8. Saburova A.M. Biokhimicheskie pokazateli krovi pri reinfuzii u bolnykh s travmami zhivota [Biochemical blood parameters during reinfusion in patients with abdominal injuries]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bellutin*, 2013, No. 1 (54), pp. 37-40.

9. Umanov I.G. Analiz rezultatov lecheniya sochetanoy i izolirovannoy travmy organov mocheopolovoy sistemy [Analysis of the results of treatment of combined and isolated trauma of the urogenital organs]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana - Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*, 2016, No. 2, pp. 20-22.

10. Abdominal damage control surgery and reconstruction: world society of emergency surgery position paper. *World Journal of Emergency Surgery*, 2013, No. 8, pp. 53.

11. Assessing the feasibility of the american college of surgeons' benchmarks for the triage of trauma patients. *Archives of Surgery*, 2011, No. 146 (7), pp. 786-792.

12. Extracorporeal life support in patients with multiple injuries and severe respiratory failure: A single-center experience. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 2013, Vol. 75, No. 5, pp. 907-912.

13. Krylyuk V. O. Fatal factors in patient with associated abdominal injuries. *Journal of Health Sciences*, 2014, Vol. 2, pp. 17-28.

ХУЛОСА

Р. Раҳматуллаев, А.Р. Раҳматуллаев, Ф.Р. Раҳматуллаева, Ҷ.Б. Ҳомидов, О.Н. Мамасаидов, Ж.Я. Джураев, Б.Ч. Шамиев

ТАШХИСИ ЛАПАРОСКОПИИ ОСЕБИ ПУШИДАИ УЗВҲОИ КОВОКИИ ШИКАМ.

Мақсади омӯзиш. Арзёбии имконот ва имконпазирии лапароскопияи ташхисии осеби узвҳои ковокии шикам.

Усулҳои модӣ ва тадқиқотӣ. Мо, дар шароити маркази тиббӣ ташхисии «Вароруд» аз давраи аз 2011 то 2020 таҳлилу ташхис ва муолиҷаи беморонро гузаронидем. Дар 48 бемор лапароскопияи ташхисӣ барои осеби кунди шикам гузаронида шуд. Синни осеббардоштагон аз 18 то 42 сола, синну соли миёна $32 \pm 1,5$ сол, ҳама осебдидагон мардон буданд. Ҳамаи осеббардоштагон дар баробари усулҳои умумии тадқиқоти клиникӣ ултрасадои шикам гузаронида шуд. Бояд қайд кард, ки ултрасадо дар 12 (25%) бемор ҷамъи моеъ дар ҷойҳои нишеб ҳолии шикам, сарфи назар аз натиҷаи мусбат бо мақсади муайян кардани ташхиси актуалӣ ва арзёбии дараҷаи осеб самаранок буд. Инчунин лапароскопияи ташхисӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҷриба. Дар 97,8% ҳолат лапароскопияи ташхисӣ имкон дод, ки ташхиси осеби узвҳои дохилии ҳолии шикам бо осеби пушидаи шикам тасдиқ карда шавад. Рӯзи ҳама дар беморон мутаносибан $8 \pm 1,5$ ва $4 \pm 1,5$ рӯз буд.

Ҳулоса. Ташхиси осеби узвҳои дарунӣ ҳангоми осеби пушидаи шикам, усули интиҳоб лапароскопия ва ташхис дар 100% ҳолат имкон медиҳад ташхиси воқеӣ дараҷаи осеби узвҳои муайян намояд.

Калимаҳои калиди: Лапароскопия, осеби пушидаи шикам, осеби узвҳои дарунӣ.

УДК 616-092;616-006

doi: 10.52888/0514-2515-2021-351-4-64-70

Л.М. Рустамова, П.К. Курбонбекова, Дж. Худоёрова, З.М. Тоштемирова

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра патологической физиологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Республики Таджикистан.

²Онкологическое отделение областной больницы Горно-Бадахшанской автономной области.

Рустамова Лочувар Мамадербёковна – Ассистент кафедры физиологии и патологии ГОУ «ТГМУ