

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616 – 089 : 616 – 007.43

на правах рукописи

ХАМИДОВ ФАРИДУН МАЪРУФОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У
МУЖЧИН**

АВТОРЕФЕРАТ

на соискание ученой степени
доктора философии (PhD) по специальности
6D110117 - Хирургия

Душанбе – 2023

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №2 им. академика Усманова Н.У. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Маликов Мирзобадал Халифаевич**, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 им. академика Усманова Н.У. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный консультант: **Шарипов Асламхон Махмудович**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Мухиддин Нуриддин Давлатали**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ Республики Таджикистан

Ахмадзода Саидилхом Мухтор, член-корр. НАНТ, доктор медицинских наук, профессор ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

Ведущая организация: **Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан**

Защита диссертации состоится «__» «_____» 2023 г. в «__» часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Адрес: Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, улица Сино 29-31.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» и по электронному адресу: www.tajmedun.tj

Автореферат разослан «__» «_____» 2023 года

**Учёный секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Юлдошев Р.З.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки до сих пор остаётся одной из сложных и не до конца решенных задач современной абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы, прежде всего, связана с распространённостью патологии среди мужчин и ряда осложнений [Абалян А.К., 2019; Курбонов К.М., 2017; Kockerling F., 2018; Singh A.N., 2012]. Вместе с тем влияние грыжи на ежедневную активную деятельность, ограничение физической подвижности и нередко смена профессии больных определяет не только медицинскую, но важную социальную значимость проблемы [Абдуллозода Дж.А., 2022; Белоконев В.И., 2018; Пискунов А.С., 2011; Иванов С.В., 2015; Kohl A.P., 2018].

Изучение ряда работ авторов показывает, что среди всех грыж передней брюшной стенки наиболее часто встречаются паховые грыжи, частота которых по данным ряда авторов варьирует от 50,7 до 80% случаев [Винник Ю.С., 2013; Собенников И.С., 2017; Bernerdsen M.R., 2019; Simons M.P., 2015]. Проблема хирургического лечения паховых грыж связано с распространённостью заболевания, при котором каждый год лечение получают более 20 миллионов пациентов [Holocomb G.W., 2010; Kockerling F., 2018; Morales-Conde S., 2012; Simons M.P., 2018].

Другой более важной особенностью паховых грыж является то, что в ряде случаев отмечается сочетание патологии с крипторхизмом а это патология является основным фактором развития мужского бесплодия [Винник Ю.С., 2013; Wang L., 2016; Guulino G., 2012]. Вместе с тем в связи с улучшениями диагностики, большую приверженность населения к производству и тем самым учащению число операций по поводу паховых грыж растёт и число пациентов с рецидивной формой патологии.

В настоящее время совершенствуются традиционные методы герниопластики и все шире применяются современные ненапряжные способы операции. Из данных ряда авторов исходит, что несмотря на совершенствование существующих традиционных и современных методов операции по сей день остаётся высоким частота различных послеоперационных осложнений и рецидива патологии [Ботезату А.А., 2012; Бушнин С.С., 2009; Козлов Ю.А., 2018; Роткин Е.А., 2014; Schafer M., 2010].

Внедрение ненапряжных способов операции привело к резкому сокращению частоты рецидива патологии. Методика ненапряжной пластики все шире использовалась в клиническую практику, при этом с увеличением число разновидности синтетических протезов увеличилось и количества операций [Махмадов Ф.И., 2020; Мирходжаев И.А., 2018; Перегоедов В.Н., 2016; Смотрин С.М., 2016; Koning G.G., 2011; Wei F. X., 2015; Maillart J.F., 2011]. Использование синтетических полимерных протезов привело к увеличению частоты раневых осложнений, что побудило хирургов к поиску их причин. При этом многие авторы придерживались мнения о том, что развития инфекционных осложнений непосредственно связана с использованием протезов [Абалян А.К., 2016; Протасов А. В., 2014; Рахматуллоев Р. Р., 2020; Percalli L., 2018]. В связи с этим в литературе появились много сообщений в которых указывалось, что растёт число осложнений при помещении сетки по способу onlay [Шейрман В.В., 2019; Kockerling F., 2018], тогда как некоторые авторы в своих работах утверждает, что меньшее число раневых осложнений встречается при размещении сетки по способу inlay. Авторы считают, что последний способ является более оптимальным в плане профилактики раневых осложнений [Губов П.Ю., 2016]. Рост число осложнений в последующем стало поводом для изучения природы используемых полимерных протезов. При этом авторы утверждают, что наиболее зеркальными являются макропористые протезы и их использования намного уменьшали частоту осложнений [Назаров Ш.К., 2022; Кириенко А.М. и др., 2016].

Однако, несмотря на имеющиеся множество методов хирургического лечения паховых грыж результаты их лечения на сегодняшний день остаются малоутешительными, а частота рецидива по данным ряда авторов варьирует от 10% до 35% [Смотрин С.М., 2018; Junge K., 2011; Amato G., 2012]. Рецидивы грыжи, наряду с влиянием на социальную и

психо-эмоциональную сферу могут привести к развитию других более грозных осложнений, которые нередко становятся причиной инвалидизации пациентов [Собенников И.С., 2017; Шалашов С.В., 2016;]. Вместе с тем рецидив грыжи, нарушая анатомо-физиологическое строение пахового канала требует применению более сложных, порою ненатяжных методов операции [Поветкин А.П., 2013; Andersen K., 2016].

Частота рецидива грыжи после различных вариантов пластики грыжевых ворот по сей день остаётся высокой и зависит от множества факторов. Этому способствует неадекватный выбор способа операции, расширенное применение местно-пластических способов операции, колебание веса, возраст и пр. [Косинец В.А., 2012; Bulus H., 2013; Waters D.A., 2013]. В связи с увеличением частоты различных послеоперационных осложнений и рецидива грыж поиск альтернативных методов коррекции явился основным толчком в лечении грыж различной локализации и размеров. Внедрения новых современных и ненатяжных методов лечения грыж открыло новое направление в области абдоминальной хирургии. При этом нашли свое решение многие нерешенные аспекты лечения и профилактика осложнений грыж [LeBlanc K.E., 2013; Chen X., 2013; Waters D.A., 2013].

Широкое внедрение ненатяжных методов герниопластики наряду с улучшением результатов операции намного снизило частоту послеоперационных осложнений и рецидивов патологии [Паршиков В.В., 2016; Mallaya V.A., 2016; Tarchi P., 2014]. При этом появилась возможность коррекции больших и гигантских, а также послеоперационных грыж. Однако, несмотря на популярность синтетических материалов и множество их положительных свойств в последние годы в периодической печати встречаются сообщения об осложнениях при использовании этих материалов [Баулин В.А., 2011; Bittner R., 2010].

В последние годы во многих публикациях сообщается, что кроме рецидива при грыжесечении невооруженным глазом возросло развитие других осложнений. При этом авторы сообщают об отрицательном воздействии грыжесечения на репродуктивную функцию организма оперированных пациентов [Абдуллозода Дж.А., 2022; Гвенетадзе Т.К., 2014; Furtado M., 2019], которая считается более сложной проблемой. Наиболее частой причиной такого осложнения является вторичное бесплодие вследствие повреждения семенного канатика [Щербинин А.В., 2016; Cavazzola L.T., 2013]. Частота вторичного бесплодия связанное с грыжесечением по данным ряда исследователей варьирует от 3% до 30% [Акрамов Н.Р., 2014; Suculli I., 2010].

Основной причиной развития технических ошибок с развитием послеоперационных последствий, является трудности в дифференциации анатомических структур пахового канала в связи с их особенностью. В самых крупных исследованиях очень скудно или вообще не выполняются грыжесечения с применением оптического увеличения и прецизионной техники [Акрамов Н.Р., 2016; Козлов Ю.А., 2016; Поливкан М.И., 2014].

В настоящее время для лечения паховых грыж у мужчин применяются множество традиционных и современных методов герниопластики. Эти операции в зависимости от вида грыжи, направлены на ликвидацию недостаточности, как передней, так и задней стенки пахового канала [Махмадов Ф.И., 2020; Назаров Ш.К., 2022; Белоконев В.И., 2018]. Однако, из данных литературы вытекает, что несмотря на усовершенствование техники операции, даже применение ненатяжных методов пластики ни лишены недостатков.

Таким образом, хирургическое лечение паховых грыж у мужчин остаётся одним из сложных проблем современной хирургии, многие направления которой остаются малоизученными и не до конца решенными. Идеальной методики пластики стенок пахового канала по сей день не определен, в связи с чем, проблема остаётся актуальной.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Данные литературы показывает, что многие аспекты диагностики и лечения грыж остаются малоизученными, в периодической печати встречается много сообщений направленные на улучшение результатов лечения паховых грыж [Абдуллозода Дж.А., 2022; Юрасов А.В., 2015]. Несмотря на то, что в отечественной и зарубежной литературы широко применяются

ненатяжные методы пластики грыжевых ворот по сей день имеется разногласия относительно способов размещения сетчатых протезов, частоты осложнения после их применения [Бабурин А.Б.,2012]. В условиях различных общехирургических стационаров до настоящего дня выполняются множество операций традиционного характера, имеется ограничения в использовании современных методов операций, как лапароскопическая герниопластика. Вместе с тем в литературе также имеются мало сообщений относительно широкому применению эндоскопических методов герниопластики. Дискуссии продолжаются вокруг разновидности синтетических сетчатых протезов, преимущества и их недостатков.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у мужчин с применением оптического увеличения и прецизионной техники. Для реализации цели были поставлены следующие задачи.

Задачи исследования:

1. Показать роль и значимость инструментальных методов исследования при первичных, рецидивных паховых грыжах у мужчин, а также сочетании грыжи с крипторхизмом.
2. Выявить зависимость послеоперационных осложнений от разновидности выполненной операции.
3. Разработать оптимальные варианты грыжесечения и усовершенствовать технику герниопластики у мужчин с применением оптического увеличения и прецизионной техники.
4. Изучить непосредственные и отдаленные результаты операций при первичных, рецидивных грыжах и при сочетании грыжи с крипторхизмом.

Объект исследования. Материал включает 204 пациентов с различными формами паховой грыжи и при их сочетании с крипторхизмом, которым были выполнены различные варианты традиционных и современных методов герниопластики.

Предмет исследования. Предметом исследования явились первичные, рецидивные формы патологии и сочетание грыжи с крипторхизмом. Вместе с тем в работе рассматриваются аспекты диагностики и вариантов оперативного лечения первичных и рецидивных паховых грыж, а также сочетание с крипторхизмом.

Научная новизна исследования. Применение оптического увеличения при первичных и рецидивных паховых грыжах, а также сочетании грыжи с крипторхизмом позволяет дифференцировать анатомические структуры пахового канала предотвращает их ятрогенное повреждение.

Разработан способ пластики пахового канала при рецидивных паховых грыжах у мужчин, суть которого заключается в защите элементов семенного канатика от полипропиленовой сетки васкуляризированной фасцией (Малый патент № TJ 1295). Предложен и внедрен способ защиты элементов семенного канатика васкуляризированной фасциально-жировым лоскутом суть, которого заключается в широкой мобилизации кровоснабжаемой клетчатки и подведении ее под элементы семенного канатика (Малый патент № TJ 1201). При ретенции яичка в брюшной полости, когда возможности УЗИ резко ограничены, впервые была использована КТ диагностика. При больших, особенно рецидивных паховых грыжах, было изучено кровообращение в яичковой артерии в пред- и послеоперационном периодах.

Теоретические и методологические основы исследования.

Основой для выполнения настоящей работы явились результаты ранее проведенных методов герниопластики в условиях различных стационаров Республики Таджикистан. Основной целью настоящей работы является улучшение результатов хирургического лечения различных вариантов паховых грыж и его сочетания с крипторхизмом, а также снижение частоты послеоперационных осложнений и рецидива. Поэтапный план работы был построен с учетом цели и задачи работы. Диссертационная работа изложена на

достаточном опыте лечения пациентов с первичными, рецидивными паховыми грыжами и при сочетании их с крипторхизмом.

Положения, выносимые на защиту:

1. Исходя из анализа результатов дополнительных методов исследования, у мужчин репродуктивного возраста на догоспитальном этапе четко сформулирован выбор метода оперативного лечения при герниопластике.
2. Результаты дополнительных методов исследования у пациентов показывают негативное влияние наличия паховой грыжи на репродуктивные органы.
3. Оперативное лечение паховой грыжи с использованием малотравматичной техники позволяет уменьшить негативное влияние на тестикулярный кровоток и фертильность эякулята у пациентов с паховыми грыжами.
4. Качество жизни у пациентов после герниопластики с использованием оптического увеличения и прецизионной техники в течение года лучше по сравнению с дооперационным периодом.

Степень достоверность результатов диссертации. Результаты исследования, положения, выносимые на защиту, практические рекомендации базируются на основе обследования достаточного клинического материала, использования современных информативных методов диагностики и выполнения разнообразных традиционных и современных методов герниопластики. Оригинальные научные исследования в виде научных изданий и статей опубликованы в рецензируемых журналах РТ.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследования): Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D 110117 – Хирургия. Раздел III п.1. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение и профилактика врожденных заболеваний органов брюшной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и желчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (легких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы); п.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

Личный вклад докторанта PhD состоит в непосредственном участии на всех этапах проведенных исследований, сборе научного материала 204 обследованных лиц; участии в разработке диагностического алгоритма (подбор субъективных и объективных методов исследования функционального состояния); проведении общего осмотра обследованных лиц; участии в проведении дополнительных методов исследований и операций; разработке рекомендаций по выбору тактики хирургического лечения и послеоперационной терапии больных с первичной и рецидивной паховой грыжей и при сочетании их с крипторхизмом.

Апробация и реализация результатов диссертации (на каких конференциях, совещаниях, семинарах докладывались основные положения диссертации, при чтении лекций в учебных заведениях). Основные результаты исследований опубликованы в 25 научных работах, 7 из которых напечатаны в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией при президенте Республики Таджикистан, 15 научных работ были опубликованы в сборниках и материалах и доложены на научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” с международным участием, посвященной “Году развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)” (Душанбе 2019); Материалы международной научно-практической конференции ГОУ Хатлонского государственного медицинского университета (1-ая годовичная), посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» (Дангара – 2020); сборнике материалов всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Фундаментальные и прикладные аспекты абдоминальной хирургии» (Оренбург 2021); Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых ученых (Самарканд 2021); «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений»; XVI научно-

практической конференции молодых учёных и студентов (Душанбе – 2021), 76-я международная конференция студентов медицинских вузов и молодых ученых (Самарканд - 2022), «Актуальные вопросы современных научных исследований» Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Душанбе - 2022), «Достижения фундаментальной прикладной медицины и фармации» сборник материалов 77-й международной научно-практической конференции (Самарканд-2023); на совместном заседании экспертно-проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам при ГОУ «ТГМУ им.Абуали ибни Сино» 2023 года, протокол заседания №3.

Получено 3 малых патента на изобретение: «Способ укрепления передней брюшной стенки при несостоятельности мышечно-апоневротического слоя» Малый патент № ТЈ 1141, «Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах» Малый патент № ТЈ 1201, «Способ пластики паховой области при рецидивных паховых грыжах у мужчин» Малый патент №1295.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа представлена на 138 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, характеристики больных и методов исследования, глав собственных исследований, обсуждения результатов и списка литературы, содержащей 139 источника (74 отечественных и 65 зарубежного). Работа иллюстрирована 22 таблицами, 66 рисунками.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика клинического материала. Работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 204 пациентов с первичной, рецидивной паховой грыжей и при их сочетании с крипторхизмом, которые находились на лечение в отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии, восстановительной и эндоскопической хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в период с 1991 по 2020 годы.

Возраст пациентов варьировал от 3 до 76 лет. Правосторонняя локализация патологии отмечалась у 121 и левосторонняя – у 75 пациентов. В 8 наблюдениях имелась патология имела двухсторонний характер.

В зависимости от вида патологии пациенты были распределены на 3 клинические группы (Таблица 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов на клинические группы

Клинические группы	Вид паховых грыж	Количество пациентов	%
I	Первичные	134	65,7
II	Рецидивные	48	23,5
III	Сочетание грыжи с крипторхизмом	22	10,8
Итого		204	100

Изучение вышеприведенной таблицы показывает, что в абсолютно большинство случаев больные обращались с первичными паховыми грыжами, что свидетельствует об увеличении частоты патологии. У 22 пациентов отмечалось сочетание грыжи с врожденным крипторхизмом, что составило 10,8 %. Данные таблицы свидетельствуют также о росте частоты встречаемости рецидивных паховых грыж.

Распределение пациентов проводился согласно возрастной градации ВОЗ (2017г.) при анализе которого было выяснено, что среди общего числа пациентов ($n=204$) детей от 2,5-3 лет было 35 (17,2%), 4-6 лет было 38 (18,6%), 7-12 лет – 26 (12,7%), 13-17 лет – 8 (3,9%), 18-59 лет – 63 (30,7%) и старше 60 лет 34 (16,7%) пациентов.

Полученные нами данные свидетельствует о том, что в последние годы растет частота патологии также среди лиц трудоспособного слоя населения. В возрасте свыше 60 лет за медицинской помощью обратились 34 (16,7%) больных.

В связи с тем, что из 34 пациентов старше 60 лет у 83,3% больных наличие тяжелых изменений со стороны сердечно-сосудистой, легочной и других систем патологий не

имеются. В одном наблюдении имело место компенсированный сахарный диабет, а в двух других случаях пациенты страдали ишемической болезнью сердца. У одного больного был подтверждён диагноз аденома предстательной железы.

Больные с паховой грыжей независимо от объёма патологии, наличия дискомфорта, а также рецидива патологии обратились в разные сроки от момента появления первых признаков заболевания (Таблица 2.).

Таблица 2. - Сроки обращения пациентов с момента образования грыжи

Сроки обращения (мес.)	Количество пациентов	%
< 6	35	17,2
6 – 12	33	16,2
13 – 24	38	18,6
> 24	98	48
Итого	204	100

Анализ вышеприведённой таблицы показывает, что в сроки до одного года с момента образования патологии обратились 68 пациентов, что составило 33,4%. Несмотря на улучшение качество оказания медицинской помощи, учащения подворных медицинских о бходов по сей день отмечается запоздалое обращение пациентов с данной патологией. Свидетельством этого факта является обращение абсолютного большинство больных (66,6%) за медицинскую помощь в сроки более одного года.

Также немаловажным является то, что от общего числа обратившихся 6 (2,9%) пациентов обратились для выполнения операции в сроки более 20 года от момента образования грыжи. Поводом обращения за медицинской помощью стала неврайность патологии, учащение болей при выполнении обычной физической нагрузки, что заметно ухудшило качество жизни этих пациентов.

Для адекватной оценки структуры патологии и вынесения определенного вывода параллельно срокам обращения считали нужным изучение частоты обращаемости пациентов по десятилетиям (Таблица 3.).

Таблица 3. - Структура обращаемости пациентов по десятилетиям

Вид патологии	1991-2000	2001-2010	2011-2020	Всего
Первичные грыжи	4 (2,9%)	40 (29,9%)	90 (67,2%)	134
Рецидивные грыжи	3 (6,3%)	17 (35,4%)	28 (58,3%)	48
Сочетание грыжи с крипторхизмом	2 (9,1%)	12 (54,5%)	8 (36,4%)	22
<i>P</i>	>0,05	>0,05	<0,05	
Итого	9 (4,4%)	69 (33,8%)	126 (61,8%)	204

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц)

За период с 1991 по 2020 годы отмечается тенденция к значительному увеличению количество больных с паховыми грыжами. Если в первое и второе десятилетие обратились 4,4% и 33,8% пациентов с паховыми грыжами соответственно, тогда как за последнее десятилетие этот показатель составил 61,8%. Последний показатель в 14 раз превышает обращаемость пациентов за первое десятилетие и в 1,8 раз – второе десятилетие.

Наименьшее число обратившихся пациентов в первое десятилетие мы связываем с двумя факторами: сравнительно меньшая численность населения с последующими десятилетиями и относительная политическая нестабильность в республике. Относительно нестабильная обстановка в регионах явилась причиной малого обращения не только сельского, но и городского слоя населения. Во-втором десятилетие отмечается тенденция к увеличению частоты обращаемости, что вплотную связана со стабильной политической обстановкой в республике. Вместе с тем ухудшение качества жизни грыженосителей и наибольшая осведомленность населения сами по себе стали поводом для обращения за медицинской помощью.

Заметное увеличение частоты операций по поводу паховых грыж за последнее десятилетие ($n=126$) связано с несколькими факторами. Во-первых рост численности населения вплотную связано с экономической стабильностью страны. Во-вторых, повсеместное улучшение диагностики патологий органов брюшной полости, прохождение медицинского осмотра, использование современной диагностической аппаратуры намного улучшили выявляемость пациентов с паховыми грыжами. Другим более важным фактором увеличение частоты пациентов с паховыми грыжами является модернизация производства и вовлеченность трудоспособного слоя населения к производству. Прямое влияние на обращаемость пациентов за медицинской помощью в клинику, особенно детского возраста, связано с применением современных способов реконструкции грыжевых ворот, использование оптического увеличения и прецизионной техники при герниопластики.

При анализе клинического материала было выявлено, что больные с первичными грыжами и рецидивными его формами, а также с сочетанием паховой грыжи с крипторхизмом поступили из разных регионов республики. В абсолютном большинстве случаев ($n=113$) пациенты с паховыми грыжами обратились из г. Душанбе, что составило 55,4%.

Относительно меньшее число поступивших пациентов из Согдийского области (8,3%) и Хатлонской области (7,3%) связано с тем, из этих регионов поступили больные с большими и рецидивными формами патологии.

Абсолютное большинство случаев ($n=121$) патология локализовалась справа, что составила 59,3%. Преваляирование локализации патологии справа было отмечено во всех трех клинических группах. Двухсторонняя локализация патологии была отмечена в 8 (3,9%) наблюдениях.

В связи с разновидностью клинического проявления, выбора адекватного оптимального и индивидуального метода лечения сочли необходимым охарактеризовать каждую клиническую группу по отдельности (Таблица 4).

Таблица 4. - Локализация грыж клинических групп ($n=204$)

Клинические группы	Вид патологии	Локализация		
		Справа	Слева	Двухст-няя
I	Первичная($n=134$)	75 (56,0%)	55 (41,0%)	4 (3,0%)
II	Рецидивная($n=48$)	29 (60,4%)	17 (35,4%)	2 (4,2%)
III	Сочетание грыжи с крипторхизмом($n=22$)	17 (77,3%)	3 (13,6%)	2 (9,1%)
<i>P</i>		$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$
Итого		121 (59,3%)	75 (36,8%)	8 (3,9%)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 для произвольных таблиц).

Методы исследования. В большинство случаев установление диагноза паховых грыж, виды его не представляет особых затруднений. Опрос больных, изучения первых симптомов заболевания, образ жизни (тяжелый физический труд, частые запоры, хронические заболевания кишечника, заболевания предстательной железы, кашель и пр.) намного упрощают задачу врача. Осмотр паховых областей, наличие одностороннего, либо двухстороннего выпячивания, урчание при больших размерах грыжи, учет данных больных о предыдущей операции, вид операции и наличия послеоперационного рубца над образованием при рецидивных формах патологии являются прямым и косвенными признаками первичной, либо рецидивной грыжи. При послеоперационных грыжах имеет значение вид перенесенной операции, наличия осложнения в области операционной раны в ближайшие сроки после операции, сроки образования выпячивания в области послеоперационного рубца и пр.

Объективное исследование больных с паховыми грыжами. Сбор анамнеза и адекватное обследование пациентов с грыжами паховой области имеет первостепенное значение для уточнения клинического диагноза. Больных осматривали как в

горизонтальном, так и в вертикальном положении. Особое внимание обращали симметричностью паховых областей, развитию половых органов, наличию обеих яичек в полости мошонки. Вместе с тем пальпацией определялась размеры грыжевого выпячивания, вправление содержимое в брюшную полость, наличию грыжевых ворот, расположение яичек. При отсутствии яичка тщательно в состоянии лёжа и стоя производилась пальпация мошонки, паховых областей. Определяли симптом “грыжевого толчка”, а также размеры наружного пахового кольца.

Ультразвуковая доплерография и цветное дуплексное сканирование сосудов паховых областей и яичек. Ультразвуковая доплерография и цветное дуплексное сканирование проводилось у 40 пациентов всех 3-х клинических групп как в до так и после оперативного лечения. Методы диагностики выполнялись на аппарате “Vingmed” фирмы “Medata” (Швеция), ЦДС диагностическими системами Philips SD 800” (США) и “Mindray DC-7” (КНР, 2013), снабженными линейными и конвексными датчиками частотой 3,5; 5; 7,5 и 10 МГц. Ультразвуковая доплерография и цветное дуплексное ангиосканирование выполнялись в условиях отделения функциональной диагностики РНЦССХ д.м.н. профессором Султановым Д.Д. (зав. отделением Шоев Д.И.). Использованием данных методов диагностики изучали линейную скорость кровотока (ЛСК) в патологической стороны и сравнивали их с данными полученными со здоровой стороны.

Цветное дуплексное ангиосканирование по информативности намного превышала ультразвуковую доплерографию. Использованием этой методики наряду с изучением параметров объемного кровотока удалось визуализировать сосуд с изменениями его стенок, удалось определить структуру паравазальных тканей.

Орхидометрия производилась для определения состояния яичек до и после оперативного лечения, а также раннем послеоперационном периоде и при повторных осмотрах.

Компьютерная томография. Состояния анатомических структур пахового канала у 5 пациентов с рецидивными паховыми грыжами и у пациентов с сочетанием паховой грыжи и крипторхизма проводилось методом компьютерной томографии (КТ). КТ проводилась на компьютерном томографе «NeusoftNev 16, NeosonMedicalsystemsCo., Ltd(КНР)», при котором исследование проходило в мультиспиральном режиме, сканирование срезов 2мм в соответствии с классической методологией, пациент должен находится в горизонтальном положении, на спине.

Гистологическое исследование грыжевого мешка и мышечно-апоневротической ткани грыжевых ворот. Взятие биоптата для морфологического исследования осуществлялось при оперативном грыжесечении у 30 пациентов разных возрастных групп с первичными, рецидивными и сочетанием паховой грыжи и крипторхизма. Гистологическое исследование осуществлялись в Государственном учреждении Республиканского научного центра онкологии в отделении морфологическая диагностика опухолей (зав. отделением - к.м.н., доцент Ш.Ш. Восихов) и лаборатории патологической анатомии ГКБ №2 г. Душанбе.

Спермограмма. У пациентов репродуктивного возраста проводилась микроскопическое исследования семенной жидкости. Перед подготовкой и сдачей материала на анализ исключается половой контакт в течение 3 суток. Забор спермы проводилось по инструкции ВОЗ 2012 г, т.е. в непосредственно отведенном кабинете лаборатории в контейнере при температуре 20-45⁰С.

Изучались следующие показатели семенной жидкости: объем, цвет, Ph, время разжижения, вязкость, плотность, общее количество, подвижность, морфология, живых, незрелы, лейкоциты, эритроциты, амилоидные тельца, лецитиновые зерна и слизь. Характеристика семенной жидкости оценивалось по нормам ВОЗ приняты в 2010г.

Определение половых гормонов. Также были обследованы гормональный скрининг основных половых гормонов в сыворотке крови до и послеоперационном этапе. При этом определялась концентрация в крови лютеинизирующего гормона (ЛГ),

фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тестостерона (Тс), пролактина (Прл), формирующие репродуктивный статус у мужчин. Уровни исследуемых гормонов крови, были определены с помощью анализатора IMMULITE 2000 в медико-диагностическом клиническом центре «Мадади Акбар».

Европейский опросник MOS SF-36 (определение качество жизни пациентов). На основе европейского опросника качество жизни пациентов стоит анализ и оценка изменения качества жизни пациентов до и после оперативного грыжесечения. Опросник качества жизни просчитывали по бальной системе – 5 бальной шкале, в котором имелась 8 групп показателей. Показатели каждой шкалы варьирует между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Методы статистической обработки результатов. Статистическая обработка материала выполнена с использованием программы Statistica 10,0 (StatSoft, США). Нормальность распределения выборки определяли по критериям Колмогорова Смирнова и Шапиро-Уилка. Количественные показатели описаны в виде среднего значения и стандартной ошибки, а также в виде медианы и верхних и нижних значений [Me(min-max)], для качественных величин вычислялись доли (%). При парных сравнениях в независимых группах использовался U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях – H-критерий Крускала-Уоллиса. Порные сравнения по качественным показателям проводились с использованием критерия χ^2 , в том числе с поправкой Йетса и по точному критерию Фишера. При множественных сравнениях количественных показателей в динамике применялся критерий Фридмана. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор метода хирургического лечения паховых грыж зависел от вида грыжи, возраста пациентов, частоты рецидива патологии, сочетание паховой грыжи с крипторхизмом. При планировании операции в учет брали и данные всех дополнительных методов диагностики, особенно УЗИ и КТ. В связи с тем, что пациенты были детского возраста и патология в большинстве случаев носила врожденный характер проводилась консультация смежных специалистов.

Большое значение имело степень подготовки пациентов при рецидивных и больших паховых грыжах. При выборе традиционных и современных методов герниопластики особое внимание уделялось, как частоте рецидива патологии, так и состоянию мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевого дефекта. Выбор метода обезболивания зависел от возраста больных, вида грыжи. При возрасте детей до 18 лет наиболее оптимальным методом обезболивания явилась общая анестезия. Больные с первичной грыжей в возрасте старше 18 лет оперировались под местной и общей анестезией. При больших и рецидивных видах патологии, сочетании грыжи с крипторхизмом в абсолютном большинстве случаев использовали общее обезболивание.

Объем оперативного вмешательства устанавливался после вскрытия грыжевого мешка и визуального определения размеров грыжевых ворот. После адекватного обнажения грыжевых ворот и окружающей тканей оценивали состояние мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевых ворот. В зависимости от вида грыжи, наличия рецидива, частоты рецидива, сочетание грыжи с крипторхизмом нами было решено выполнение нескольких задач одновременно.

Выбор традиционной, либо ненатяжной герниопластики вплотную зависел от операционной находки. Однако при больших и рецидивных формах патологии с учетом анамнеза, данных объективного исследования и полученных данных дополнительного метода диагностики планировалась операция ненатяжного характера. При этом все пациенты, либо их родители были оповещены относительно объема операции и возможного использования сетчатого протеза.

Прецизионная техника намного упрощала выполнению операции и в то же время адекватная идентификация элементов семенного канатика под оптическим увеличением, предупреждала их повреждения, при этом данная тактика соблюдалось, как при выполнении грыжесечения у детей, так и взрослым. Одной из тонкостей технической стороны вопроса явилась тем, что во всех врожденных случаях грыжи отмечается плавное сращение элементов семенного канатика с медиальным листком грыжевого мешка. Идентификация элементов семенного канатика невооруженным глазом является порой сложной задачей, а риск повреждения остаётся высокой. Применение оптического увеличения, намного увеличивая размеры как семявыносящего протока (рисунок 3.3.), так и сосудов, в особенности яичковой артерии и лимфатических сосудов (рисунок 3.4.) предупреждает ятрогенное их повреждение.

Выбор оптимального шовного материала и пластики грыжевых ворот, выполнение ненапряжных способов явился важным аспектом хирургической коррекции. Вместе с тем учет раздражающего действия шовного материала и сетчатого протеза на элементы семенного канатика побудило нас к поиску надежной их защиты. С этой целью нами была предложена методика изоляции элементов семенного канатика и отсутствия их контакта с шовным материалом и протезом в случае использования синтетических сеток при выборе ненапряжных методов герниопластики.

Предложенная методика защищена патентом РФ от 28.04.2022 года малым патентом № ТЖ 1201 «Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах».

Как было указано выше 80 (59,7%) обследованных и оперированных пациентов явились дети и при мобилизации грыжевого мешка, идентификации элементов семенного канатика использование оптического увеличения (лупа, операционный микроскоп) было целесообразным.

Важным явилась предоперационная подготовка пациентов. Все оперированные дети были осмотрены педиатром и в зависимости от наличия, либо отсутствия каких-либо патологии поставили показания к операции. Всем детям операции были выполнены под общим обезболиванием, который также использовался при рецидивных грыжах взрослым, сочетании грыжи с крипторхизмом.

При наличии больших грыж, рецидива патологии, избытки веса предпринимали более длительную предоперационную подготовку. Больным назначили щадящую без шлаковую диету и ношение бандажа. Подготовка была направлена на снижение массы тела больного и подготовки кишечника. Перед операцией исследования функции других органов. В зависимости от возраста, вида грыжи, рецидива и сочетания грыжи с крипторхизмом предпринимали оптимальный способ пластики грыжевых ворот (Таблица 6.).

Таблица 5. - Способы операции при коррекции паховых грыж

Виды грыжи	Кол-во бол-х	Способы операции		
		Традицион-ная	Ненатяжная	Комбинированная
Первичные	134	119 (88,8%)	7 (5,2%)	8 (6,0%)
Рецидивные грыжи	48	23 (47,9%)	10 (20,8%)	15 (31,3%)
Сочетание грыжи с крипторхизмом	22	22 (100,0%)	-	-
Всего	204	168	16	20

Среди общего числа пациентов традиционные методы операции были использованы – 82,4%, ненапряжные – 7,8% и комбинированные способы – 9,8% пациентам. Использование традиционных способов операции в абсолютное большинство случаев была связана с тем, что более 50% пациенты явились дети до 14 лет. Кроме того сохранность мышечно-апоневротического слоя, относительно небольшие размеры грыжевых ворот и адекватное использование местно-пластического материала, явились основными критериями более частого выполнения традиционных методов герниопластики. В

отдельных разделах работы приводятся данные относительно применения разновидности вариантов герниопластики.

Таким образом, способ операции при различных вариантах грыжи зависит от вида патологии, возраста пациентов, частоты рецидива и размера грыжевых ворот. Адекватный выбор того или иного способа операции с целью ликвидации грыжевого дефекта во многом зависит от операционной находки, состояния пластического материала. Вместе с тем сложности выбора метода операции, большая частота рецидива патологии, независимо от способа операции, увеличение частоты раневых осложнений в послеоперационном периоде требует конкретного подхода и выбора оптимального способа операции.

Применение оптического увеличения и прецизионной техники при герниопластике наряду с упрощения технической части операции, адекватной идентификации структур элементов семенного канатика предупреждает их ятрогенное повреждение, что имеет немаловажное значение в репродуктивной функции мужчин. Идентификация подвздошно-подчревный, подвздошно-бедренный, половая ветвь бедрено-полового нерва под оптическим увеличением является важным в плане профилактики болевого рефлекторного синдрома в послеоперационном периоде.

От общего числа оперированных больных с грыжами паховой области ($n=204$) наиболее часто встречались первичные паховые грыжи ($n=134$), частота которых составила 65,6 %. Дети в возрасте до 18 лет составили 48,5%. Показания к проведению операции во всех наблюдениях были абсолютными. Вопрос о выборе метода герниопластики в большинстве случаев решался после вскрытия грыжевого мешка, оценки состояния мышечно-апоневротического слоя и размеры грыжевых ворот. При этом предварительно в учет брали данные дополнительных методов исследования, которые были широко использованы в ходе обследования пациентов.

Во всех случаях операции были выполнены под оптическим увеличением с применения прецизионной техники. С целью коррекции грыжевых ворот и при необходимости использования протезов подбирался оптимальный шовный материал.

Последняя процедура явилась сложной, в особенности при выполнении операции грыжесечения у детей. После мобилизации мешка и элементов семенного канатика, последние брали в держалку и вслед за этим вскрыли грыжевые мешки. В 95 случаях содержимым грыжевого мешка оказалась прядь большого сальника, 19 наблюдениях содержимым мешка оказался петли тонкого кишечника, в 11 случаях – толстая кишка, а в остальных 9 случаях нами был обнаружен червеобразный отросток.

Особенности хирургической техники при нахождении червеобразного отростка в грыжевом мешке заключались в следующем. При отделении элементов семенного канатика от стенок грыжевого мешка по необходимости проводили гидропрепаровку и после его мобилизации приступали к выделению грыжевого мешка до внутреннего пахового кольца

Сроки грыженосительство и частая травматизация отростка из-за перемещения его из брюшной полости и наоборот способствовали развитию изменений в стенке отростка. В связи с этим у всех этих пациентов червеобразные отростки были длинными, утолщённым. Кроме того в анамнезе у этих пациентов имелись постоянные ноющие боли в области грыжевого выпячивания и правой подвздошной области. Болевая симптоматика и изменения, которые были выявлены в стенке отростка, больше свидетельствовали об имеющейся картины хронического воспаления червеобразного отростка. В связи с наличием изменения в отростке всем пациентам выполняли аппендэктомию с погружением культи в кيسетный и Z-образный швы.

В связи с большим дефектом грыжевых ворот и большим сроком грыженосительства 2 пациентам среди этих 9 пластику пахового канала мы выполнили по методике Lichtenstein. Сверх элементов семенного канатика был ушит апоневроз наружной косой мышцы живота.

Остальным 7 пациентам выполнили укрепление задней стенки без дополнительной дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота. Осложнения инфекционного характера у оперированных детей мы не наблюдали. Ввиду того, что все случаи грыжи были первичными, количество детей составило 48,5%, состояние мышечно-апоневротического слоя оценивалось как удовлетворительное в большинстве случаев (88,8 %) с целью пластики грыжевых ворот нами были использованы традиционные способы герниопластики (Таблица 6.).

Таблица 6. – Способы коррекции первичных паховых грыжах

Способы герниопластики	Количество пациентов	
	Абс	%
Традиционная герниопластика	119	88,8
Ненатяжная герниопластика	7	5,2
Комбинированная герниопластика	8	6,0
Итого	134	100

При больших грыжевых воротах 7 пациентам в возрасте старше 18 лет была выполнена ненатяжная герниопластика. В 3 наблюдениях имели место прямые и в 4 случаях косые пахово-мошоночные грыжи.

Типичным паховым доступом обнажали и мобилизовались грыжевой мешок и элементы семенного канатика. После сужения внутреннего пахового кольца и ушивания поперечной фасции размещали синтетические протезы над фасцией и сшивали отдельными узловыми швами (способ onlay). В 4 наблюдениях после ушивания брюшины были использованы сетчатые протезы фирмы Пролон и 3 остальных наблюдениях сетчатые макропористые протезы Эсфил.

В 8 наблюдениях комбинированной пластики грыжевых ворот в первую очередь осуществилось местно-пластическое укрепление задней стенки пахового канала. С учетом умеренного натяжения и имеющийся риск развития рецидива патологии линия пластики дополнительно была укреплена размещением протеза по способу onlay. Среди 8 пациентов в 3 случаях был использован сетчатый макропористый протез Эсфил и в 5 наблюдениях «Optilene Mesh LP».

Как было указано выше, в большинстве случаев были использованы различные варианты традиционной герниопластики. Показанием к их использованию явилась детский возраст, относительно небольшие размеры грыжевых ворот, отсутствие рецидива патологии в этой группе, но самое важное состоятельность местного мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевых ворот. В зависимости от возраста больных, состояния грыжевых ворот и размеров грыж были использованы разнообразные способы традиционной герниопластики.

В большинство случаев (34,4%) был использован способ герниопластики по Ру-Краснабаеву. Методика исключительно была использована детям в возрасте до 18 лет. Способ пластики грыжевых ворот по Мартынову был выполнен детям в возрасте от 14 до 18 лет в 31 % случаев. Взрослым в основном были использованы способы герниопластики по Кукуджанову и Бассини. В 8 наблюдениях была использована методика Шолдайса, сто составила 6,8 %.

Также нами были взяты у 10 пациентов с первичными паховыми грыжами на патоморфологическое исследование биопсия, которая была взята во время оперативного вмешательства. Объектом исследования явилась, ткань взятого у 10 пациентов ($n=10$).

Взятие участки тканей были фиброзно-волокнистая серовато розовой окраски, внутренняя часть тканей ярко-розовой окраски состоящий из волокнистой ткани и участки жировой ткани желтоватой окраски, мягкой консистенции, размеры которых составлял от 1,8x1,5см, 1,4x1,5см до 2,0x2,6см для последующего гистологического изучения.

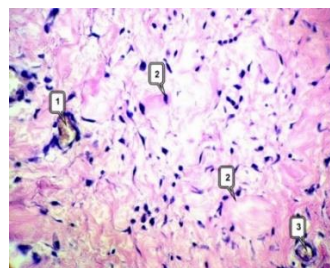
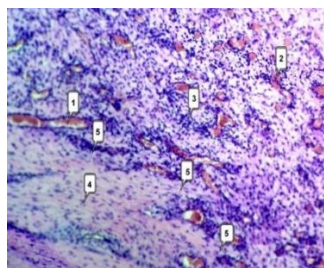


Рисунок 1. - Гистологическая картина неформленной соединительной ткани ГМ. Окраска ГиЭ. Ми-кт.. Ув. x 10 р.

Рисунок 2. - Гистологическая картина неформленной соединительной ткани шейки ГМ. Окраска ГиЭ. Ми-кт. Ув. x 40 раз.

Гистологическое исследование первичных паховых грыж установило, что соотношение объёма жировой клетчатки и соединительной ткани прямо пропорционально от грыжевых ворот ко дну грыжевого мешка. Возрастание содержания жировой клетчатки и соединительной ткани также было выявлено в мышечно апоневротическом слое. Было выявлено обратно пропорциональное соотношение количества коллагеновых волокон в грыжевых воротах, грыжевом мешке и мышцах по отношению к сроку грыженосительства, т.е. с увеличением срока грыженосительства уменьшается содержание коллагеновых волокон в области грыжевых ворот. Прямо пропорциональное соотношение воспалительного процесса в виде диффузной лейкоцитарной инфильтрации с примесью лимфоцитов и макрофагов отчетливо можно увидеть в области ворот и грыжевого мешка (рисунок 1,2). Также с увеличением жировой клетчатки и соединительной ткани уменьшается как количество так и диаметр кровеносных сосудов от грыжевых ворот к грыжевому мешку. С увеличением срока грыженосительства также характерна неравномерная поверхность эндотелия сосудов.

Показания к выполнению повторных операций всем 48 пациентам были абсолютными, и эти пациенты были отнесены к сложной категории в плане определения исходного состояния тканей и выбора метода повторной операции.

На пути диагностики и выбора метода операции имелись ряд факторов, которые намного усложняли план обследования и выбора метода повторной операции. Факторы в некоторых случаях также могли негативно повлиять как на процесс технического выполнения операции, так и отдаленных функциональных результатов проведенной операции. В связи со сложностью лечения решили привести каждый фактор, негативно влияющий на течение болезни, диагностики и выбора операции ниже.

Во-первых, рецидив патологии во всех случаях способствует развитию выраженного спаечного процесса окружающего всех структур паховой области. При этом, несомненно, отмечается сращения элементов семенного канатика с апоневрозом наружной косой мышцы живота. Повторная операция, выполненная невооруженным глазом, намного повышает риск ятрогенного повреждения элементов семенного канатика при мобилизации грыжевого мешка.

Во-вторых, наша практика показала, что ранее использованные протезы намного изменяя эластичность местных тканей, намного затрудняют мобилизацию не только самого грыжевого мешка, но и элементов семенного канатика. Порою возникают сложности в ходе идентификации структур, находящихся в этой зоне. Плотное сращение протеза с окружающими тканями, неподвижность и каменистая структура протеза требует особой осторожности. Практически в ряде случаев попытки удаления сетчатых протезов не венчаются успехом.

Как было указано 48 пациентов, которые поступили с рецидивом грыжи, при коррекции первичной патологии в 14 наблюдениях в других лечебных учреждениях были использованы сетчатые протезы. Вышеприведенные факторы, имеющиеся на нашем пути при коррекции рецидивных грыж у этих 14 пациентов, создали определенные технические затруднения при мобилизации, как грыжевого мешка, так и элементов семенного канатика. Определенные затруднения возникали также при выборе способа повторной хирургической

коррекции. Однако, несмотря на имеющиеся технические затруднения в ходе выполнения операции, использование оптического увеличения намного упрощало нашу задачу. Адекватная идентификация самого грыжевого мешка, элементов семенного канатика (особенно яичковой артерии и лимфатические сосуды) вооруженным глазом наряду с решением технической стороны вопроса предотвратила и ятрогенное повреждение структур.

Одной из задачи, поставленной перед нами при выполнении операции, явилась определение наличия контакта элементов семенного канатика с протезом и степень вовлеченности семявыносящего протока в спаечный процесс и адекватная оценка его состоятельности. При этом оправданным считали использование оптического увеличения и прецизионной техники не только детям, но и взрослым пациентам.

При коррекции патологии среди 14 пациентов с рецидивными грыжами у нас возникали определенные диагностические и в последующем технические затруднения в двух наблюдениях, где на фоне ранее использованных протезов имелись очаги инфекции, причем существующие в течение более одного года. У обоих пациентов, наряду с рецидивом патологии отмечалось неоднократное нагноение раны и в последующем стихания процесса после опорожнения. Этим пациентам неоднократно была выполнена санация гнойных очагов, удаления инфицированных лигатур. Каждая санация ран дала кратковременный эффект.

Все пациенты с рецидивной грыжей были оперированы под общим обезболиванием. От общего числа пациентов (48) рецидивные грыжи имели место у 6 детей в возрасте до 18 лет, что составило 12,5%. Способы оперативных вмешательств, выполненные с целью устранения рецидива грыжи (Таблица 7).

Таблица 7. - Способы коррекции рецидива паховых грыж

Способы операции	Средние размеры грыжевых ворот, М±m	
	длина, см	ширина, см
Традиционная герниопластика (n=23)	2,8±0,4	3,0±0,3
Ненатяжная герниопластика (n=10)	8,5±1,3	7,8±1,6
Комбинированная герниопластика (n=15)	4,4±1,6	4,2±1,2
<i>P</i>	$p_{1-2}<0,001; p_{1-3}>0,05$ $p_{2-3}<0,05$	$p_{1-2}<0,001; p_{1-3}>0,05$ $p_{2-3}>0,05$

Примечание: p_{1-2} - статистическая значимость различия показателей между группами с традиционной и ненатяжной герниопластикой, p_{1-3} - между группами с традиционной и комбинированной герниопластикой, p_{2-3} - между группами с ненатяжной и комбинированной герниопластикой (по U-критерию Манна-Уитни).

Традиционные способы герниопластики были выполнены 23 пациентам, что составило 48 %. При этом размеры грыжевых ворот были минимальными, состояние мышечно-апоневротического слоя было оценено как удовлетворительное.

В 10 наблюдениях где средний размер дефекта грыжевых ворот был большим и в среднем составил 8,5±3,1 x 7,8±2,6 см² были использованы ненатяжные способы герниопластики. С этой целью 4 пациентам был использован макропористый протез Polimesh Dual (intraperitoneal mesh) и в 6 наблюдениях полипропиленовый протез с гелиевым покрытием Optimezed composite mesh (Parietex). Стоит отметить, что среди этих 10 пациентов в 3 наблюдениях ранее были использованы синтетические протезы. В двух случаях протезы были удалены вместе с измененными краями апоневроза, в одном наблюдении протез не был выявлен.

Анамнестические данные выявили, что 23 (48%) больным, которым нами было выполнено местно-пластическое укрепление задней стенки пахового канала, ранее в других лечебных учреждениях были выполнены натяжные (21) и ненатяжные (2) методы пластики грыжевых ворот.

Всем 23 пациентам при повторной операции оценили состояние мышечно-апоневротического слоя, размеры грыжевых ворот, состояние элементов семенного

канатика и их отношения к зоне пластики и грыжевому мешку. Выбранная нами тактика (использование местных ресурсов для ликвидации грыжевого дефекта) во всех случаях была оправдана, состояние мышечно-апоневротического слоя вокруг грыжевых ворот позволило осуществить повторную традиционную герниопластику.

Наиболее часто (39,2 %) среди традиционных способов операции была использована методика Кукуджанова. Детям в возрасте до 18 лет была выполнена традиционная герниопластика по методике Мартынова ($n=4$) и Бассини (2). При двухсторонней грыжи в 4 наблюдениях были использованы способ герниопластики по Шолдайсу и Бассини, т.е. с одной стороны была осуществлена первая методика, с другой – вторая методика.

В двух наблюдениях, где после комбинированных способов герниопластики имели место свищи с рецидивом патологии, были использованы способы Кукуджанова и Шолдайса.

Использование традиционных способов операции после ненатяжных методов было связано, с тем, что удаленные лигатуры были инфицированы, имелся риск развития повторного инфицирования раны. Вместе с тем в обоих наблюдениях состояние мышечно-апоневротического слоя было оценено как удовлетворительное, а при выполнении пластики грыжевых ворот особое натяжение не было отмечено. Кроме того, область дефект и иссеченной сетки тщательно обрабатывались 5% раствором Вавегана.

Было установлено, что один пациент с рецидивом патологии и наличии свища был оперирован за пределы нашей республики, другому была выполнена ненатяжная герниопластика при первичной паховой грыже в одной из хирургических отделений г. Душанбе.

При использовании сетчатых протезов с учетом отрицательного действия протеза на элементы семенного канатика в 5 наблюдениях нами была разработана методика защиты элементов семенного канатика от воздействия сетки. С этой целью был выкроен подкожный кровоснабжаемый лоскут на широкой ножке и перемещен над протезом.

После размещения васкуляризованного подкожного лоскута поверх протеза на вновь сформированное благоприятное ложе укладывались элементы семенного канатика (рисунок 3) и накладывали швы на кожу.



Рисунок 3. – Фасциально-жировое ложе для элементов семенного канатика

Подобным образом была произведена защита элементов семенного канатика от воздействия сетчатого протеза васкуляризованным трансплантатом.

При относительно больших рецидивных грыжах, когда имел место выраженный спаечный процесс и имелись ограничения к использованию васкуляризованного подкожного лоскута выбор выпал в применении фасции Томпсона. В 4 наблюдениях после пластики грыжевых ворот комбинированным способом с целью защиты элементов семенного канатика нами была выкроена васкуляризованная фасция Томпсона, на что получен малый патент РТ № (ТJ) 1295.

После использования одних из местно-пластических способов укрепления задней стенки пахового канала дополнительно над линии шва помещался сетчатый протез соответствующего размера (рисунок 4) и после начертания линии разреза поднялась кровоснабжаемая фасция Томпсона на широком основании (рисунок 5).

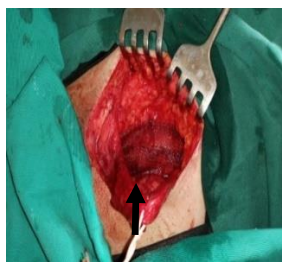


Рисунок 4. – Комбинированная пластика

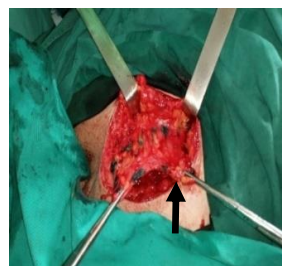


Рисунок 5. - Выкраивание ф.Томпсона

После полной мобилизации фасции оценили степень кровообращения лоскута, подняли в медиальную сторону элементы семенного канатика (рисунок 6) и при отсутствии ишемии лоскута последний помещался над протезом (рисунок 7).

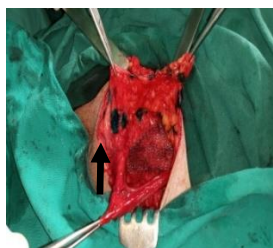


Рисунок 6. - Мобилизации ф. Томпсона



Рисунок 7. – Фиксация ф. Томпсона

Другой особенностью грыжесечение явилось тем, что как в проксимальной, так и в дистальной части протеза делались отверстия для свободного без сдавления и/или ущемления элементов семенного канатика. Первоочередно грыжевые мешки мобилизовались до шейки без повреждения и вслед после проверки вскрывались. При вскрытии грыжевых мешков содержимое оказались прядь большого сальника, тонкий кишечник и толстая кишка.

При выполнении операции по поводу рецидивных паховых грыж нами в 12 наблюдениях было отмечено сдавление элементов семенного канатика, среди которых в 5 случаях степень сдавления была очень выраженная. Среди этих 5 наблюдений у одного пациента имел место двухсторонний рецидив паховой грыжи с выраженным сдавлением элементов семенного канатика. У больного отмечалось нарушение структуры самого канатика, но они были проходимы. У другого пациента, который также был оперирован при двухсторонней паховой грыжи, слева имел место рецидив патологии. При операции степень сдавления элементов семенного канатика была выраженное на всем протяжении раны, но слева протяженность простиралась за пределы наружного пахового кольца. Описание данного клинического случая более подробно приводиться в клиническом примере.

В 4 наблюдениях отмечалось пересечение семявыносящего протока с облитерацией его концов (рисунок 8). В 2 случаях в пределах раны семенной канатик не был найден. При сдавлениях элементов семенного канатика нами было произведено щадящее их высвобождение, а при пересечении протока лишь в двух случаях нам удалось наложить анастомоз по типу “конец в конец” (рисунок 9). По завершении процедуры выполнили пластику грыжевых ворот. Следует отметить, что все 2 больные, у которых не были найдены семявыносящие протоки, возраст был старше 60 лет, в противоположной стороне наличие грыжи не наблюдалось.



Рисунок 8 – Пересеченный семявыносящий проток



Рисунок 9 – Восстановленный семявыносящий проток

Также нами были взяты у пациентов с различными сроками и методиками выполнения грыж после которых привело к рецидиву грыж. Биоптат на патоморфологическое исследование был взят во время оперативного вмешательства. Объектом исследования явилась, ткань взятого у ($n=10$) пациентов от 1 до 5 летней давности.

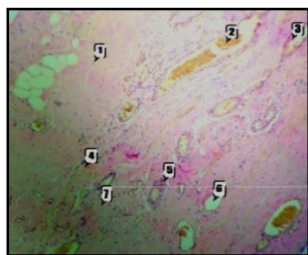


Рисунок 10. - Гистологическая картина неоформленной соединительной ткани ГМ при рецидивной грыже. Микро-т. Ув. $\times 10/0,25$ раз.

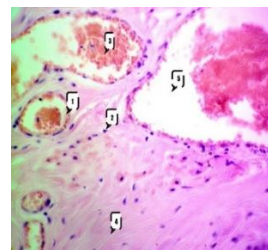


Рисунок 11. - Гистологическая картина неоформленной соединительной ткани шейки ГМ при рецидиве. Микро-т. Ув. $\times 40/0,65$ раз.

Гистологическое исследование рецидивных паховых грыж также установило, прямую пропорциональность объёма жировой клетчатки и соединительной ткани от грыжевых ворот ко дну грыжевого мешка. При рецидивах выраженные дистрофическо-дегенеративные изменения в мышечно-апоневротическом слое были явны. Обратное пропорциональное соотношение между количеством и исчерченность коллагеновых волокон в области грыжевых ворот также несомненен. Фибриноидное набухание коллагеновых волокон и признаки интерстициального отека с дистрофическими и некробиотическими изменениями были также наблюдаемы (рисунок 10,11).

В третью клиническую группу были отнесены 22 пациента с первичными грыжами и крипторхизмом. У всех пациентов, несмотря на более позднее обращения, грыжи носили врожденный характер. Сложности диагностики имели место в двух наблюдениях, где при объективном исследовании и применения УЗИ эктопированные яички не были обнаружены ни в пределах паховой области, ни в брюшную полость. В этих наблюдениях была использована компьютерная томография.

Возраст у одного больного составил 16, у другого -28 лет. Последний пациент женат в течение года, детей нет. При анализе спермограммы у этого пациента отмечается - азооспермия. При исследовании гормонов крови отмечается снижение уровни тестостерона, ЛГ, пролактина и ингибина В.

В обоих наблюдениях при КТ было отмечено, что эктопированные яичка находились в брюшной полости (рисунок 12).



Рисунок 12. - КТ. Состояние анатомических структур до низведения яичка и пластики пахового канала.



Рисунок 13. - КТ. Состояние после низведения яичка и пластики пахового канала..

Сложности лечения у больных с грыжами и крипторхизмом были связаны с несколькими факторами. При этом основным фактором считался запоздалая диагностика крипторхизма и тем самым, выполнение операции в более поздние сроки. Во-вторых, влияния крипторхизма на репродуктивную функцию, т.е. воздействию патологии на гормональную функцию организма явилось причиной бесплодного брака. В связи с этим изучения исходного состояния гормонов крови явилось сложной задачей и естественно его коррекция также требует длительные сроки.

Имелись и ряд технических затруднений в ходе мобилизации и низведения эктопированных яичек, когда последние находились за пределы мошонки на различные

расстояния, особенно в брюшную полость. При подобных случаях мы имели проблемы с мобилизацией ножки яичка в процессе мобилизации и низведения. Короткая сосудистая ножка в одном наблюдении не позволила низвести яичку в полости мошонки. Медиальный листок грыжевого мешка был сращен плотно с элементами семенного канатика. Мешок мобилизовался, содержимое оказались петли тонкого кишечника. После вправления содержимое мешка брюшина была ушита и производилась пластика задней стенки пахового канала традиционным способом.

Успех любой операции при коррекции грыжи, независимо от размера грыжевых ворот достигается оптимальным способом операции, которая обеспечивает укреплению стенок пахового канала в зависимости от вида грыжи. При сочетании грыжи с крипторхизмом нами во всех случаях адекватным способом считалась традиционная герниопластика. Выбранная тактика была связана исключительно с тем, что все грыжи были первичными, состояние мышечно-апоневротического слоя было оценено как удовлетворительное. Особо следует отметить, и то, что при мобилизации элементов семенного канатика, низведении яичка мышечно-апоневротическое ложе явилось собственным кровоснабжаемым материалом для элементов, нежели синтетические сетчатые протезы. Использование последних считается оправданным при больших и гигантских грыжах, где возможности местно-пластических операций резко суживаются. Однако имеющийся контакт синтетического протеза с элементами семенного канатика может отрицательно повлиять на течение процесса и в последующем стать причиной ряда не желаемых осложнений.

Оперативные вмешательства при сочетании паховой грыжи с крипторхизмом у пациентов до 14 лет было произведено по способу Ру-Краснабаева у 10(45,5%) и по Мартынову у 8 (36,4%) случаев. Пациентам старше 14 лет по показаниям были выполнены одновременное низведение яичка с укреплением задней стенки пахового канала по Кукуджанову в 3 (13,6%) и по способу Бассини в 1 (4,5%) случаев(рисунок 13).

При выполнении операции соблюдение некоторых правил является обязательным, особенно при грыжесечении у детей. При этом перед хирургом ставится решение нескольких порою сложных задач. Одной из аспектов операции, который считается очень важным, является умелое разъединение медиального листка грыжевого мешка от элементов семенного канатика. Это имеет особое значение, особенно при выполнении операции детям младших возрастных групп, где размеры элементов семенного канатика маленькие, порою определить их невооруженным глазом сложно, и их мобилизация представляет большие затруднения.

Использование местно-пластической коррекции грыжевых ворот считалось адекватным выбором операции в этой клинической группы. При выполнении операции по поводу сочетания грыжи с крипторхизмом, наряду с ликвидацией контакта с синтетическими протезами при укреплении задней, либо передней стенки пахового канала мы избегали сдавления элементов семенного канатика. При этом во всех случаях мобилизации элементов семенного канатика независимо от состояния ножки обеспечивали низведение яичка без особого натяжения.

Также нами были взяты у 10 пациентов с сочетанием паховой грыжи и крипторхизма на патоморфологическое исследование во время оперативного вмешательства. Объектом исследования явилась, ткань взятого у 10 пациентов ($n=10$) 1-6 – годичной давности.

Гистологическое исследование сочетание паховых грыж и крипторхизма установило, происходит пространственная дезорганизация ориентации и характерными уменьшениями толщины и плотности коллагеновых волокон, что в итоге значительно сляет на состояние соединительной ткани (рисунок 14,15).

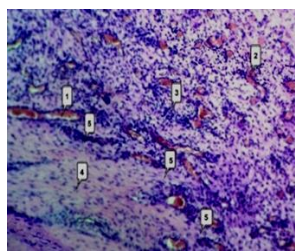


Рисунок 14. - Гистологическая картина неоформленной соединительной ткани ГМ. Окраска ГиЭ. Микропрепарат. Ув. x 10 раз.

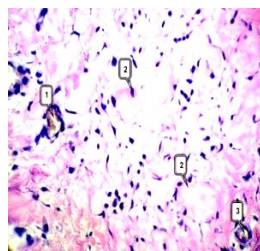


Рисунок 15 - Гистологическая картина неоформленной соединительной ткани шейки ГМ. Окраска ГиЭ. Микропрепарат. Ув.х 40 раз.

Таким образом, сочетание грыжи с крипторхизмом встречается редко, при этом грыжа во всех наблюдениях является врожденной. Сложности диагностики при нахождении эктопированного яичка в основном связаны в тех случаях, когда яичка располагается в брюшную полость и прикрывается прядью большого сальника, либо петлями тонкого кишечника. Информативным при подобных ситуациях является КТ.

При выборе метода операции грыж определенные затруднения возникали при рецидивных грыжах, особенно когда рецидив паховой грыжи имел место после ненапряжных методов операции, где имел место сращение элементов семенного канатика с протезом. Однако, использование оптического увеличения и прецизионной техники намного облегчая нашу задачу, свели на нет случаи ятрогению. По данным литературы последних лет ятрогенное повреждение семенного канатика при герниопластике варьирует от 1,7 до 25 %.

В ближайшие сроки после операции результаты изучались у всех больных во всех трех клинических группах. При этом в 24 наблюдениях мы имели различного рода осложнений, что составило 11,7%. Наиболее частым осложнением после операции явилась серома, частота которой у наших пациентов составила 7,3%. Нагноение раны в течение первой недели после операции мы наблюдали в 9 случаях, что стало равным 4,4%.

Осложнения изучались и в зависимости от способа операции. Нагноение раны после традиционной герниопластики составил 4,2%. Наибольшее число нагноение мы имели после выполнения комбинированной пластики, что составил 10%. При ненапряжной герниопластики нагноение раны нами не было отмечено.

В общей сложности во всех клинических группах частота развития серомы нами было отмечено в 27,7% случаев, тогда как нагноение раны имело место у 14,2% пациентов.

Среди общего числа больных первой группы отдаленные функциональные результаты были изучены у 112 (83,5%). Среди обследованных различные виды осложнения имели место у 10 пациентов, что стало равным 8,9%. Рефлекторный болевой синдром 2 (1,8%), лигатурные свищи 3 (2,6%) и рецидив грыжи 5 (4,5%).

Во второй клинической группе (48) серома после традиционных способов операции имела место у 17,3%, после комбинированных у 6,6% больных. Нагноение раны после традиционных способов операции нами было отмечено у 8,6%, ненапряжных – у 10% и комбинированных – у 6,6% больных. В отдаленные сроки среди 41 обследованных пациентов рецидив патологии имел место у 6 больных, что составил 14,6%. Среди 22 оперированных больных третьей клинической группы серома имела место у одного и отек мошонки у 4 оперированных пациентов. Отдаленные результаты операции были изучены у всех 22 пациентов. Ни в одном наблюдении рецидив грыжи не было выявлено.

Таким образом, результаты операции по поводу паховой грыжи во многом зависели от возраста больных, вида грыжи и использованного способа операции. Своевременное распознавание различного рода осложнений в ближайшие дни после операции, адекватное их устранения свели на нет негативные явления. Минимальная частота рецидива грыжи и других значимых осложнений в отдаленные сроки, возвращения абсолютного числа оперированных больных к прежней трудовой профессии является прямым критерием улучшения качества их жизни.

ВЫВОДЫ

1. Данные инструментально-диагностических методов исследования у пациентов с первичными, рецидивными грыжами в сочетании с крипторхизмом свидетельствуют о высокой информативности данных методов для выбора тактики хирургического вмешательства [1 – А, 3 – А, 4 – А, 5 – А, 6 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 10 – А, 11 – А, 12 – А].

2. Возможные появления осложнений пахового грыжесечения травматического характера, таких как гематом семенного канатика и мошонки, повреждений семявыносящего протока, яичковой артерии и вен, лимфатического протока имеют прямую связь от вариантов обработки ГМ, в свою очередь использование оптического увеличения и прецизионной техники их минимизирует [2 – А, 6 – А, 13 – А, 14 – А].

3. Разработанные способы пластики и техника грыжесечения позволяет минимизировать операционную травму на семенной канатик и минимализировать степень влияния паховой герниопластики на кровоток семенного канатика [1 – А, 3 – А, 5 – А, 6 – А, 8 – А, 9 – А, 10 – А, 11 – А, 12 – А, 13 – А, 14 – А, 15 – А, 16 – А, 17 – А, 18 – А, 19 – А].

4. Качество жизни пациентов перенесших оперативное лечение паховой грыжи и в сочетании с крипторхизмом в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде остается высоким параметром независимо от выбранного способа пластики и повышается по сравнению с дооперационным периодом [2 – А, 6 – А, 13 – А, 14 – А, 15 – А, 16 – А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. При первичных и рецидивных видах паховой грыжи, а также сочетании патологии с крипторхизмом использование дополнительных методов исследования целесообразно с целью адекватного определения размеров грыжевых ворот, содержимого грыжевого мешка, профилактики различных осложнений.

2. Выполнение операции под оптическим увеличением предотвращает риск ятрогенного повреждения элементов семенного канатика и нервных стволов, что положительно влияет на репродуктивную функцию мужчин.

3. Показания к применению местно-пластических способов герниопластики расширяются при небольших первичных паховых грыжах, тогда как большие по объёму грыжи и рецидивные её формы требуют использования ненатяжных способов герниопластики. Выполнение герниопластики с низведением эктопированного яичка под оптическим увеличением с максимальным удлинением сосудистой ножки яичка является оптимальным вариантом операции при сочетании грыжи с крипторхизмом.

4. Выбор оптимального способа операции при первичных и рецидивных видах паховой грыжи, а также сочетании паховой грыжи с крипторхизмом, наряду с предотвращением различных интра- и послеоперационных осложнений, улучшая качество жизни пациентов, положительно влияет на репродуктивную функцию мужчин.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Маликов М.Х. Особенности хирургического лечения рецидивных паховых грыж [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов // Авчи зухал. 2021.- №1. - С.113-120.

[2-А]. Маликов М.Х. Девять случаев лечения детей с грыжей Амианда [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.Ш. Рашидов, Ф.Б. Бокиев, Ф.М. Хамидов // Вестник Авиценны. 2021. – №1 (23). – С. 118-123.

[3-А]. Маликов М.Х. Хирургическая коррекция боковых и переднебоковых грыж живота [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, И.Т. Хомидов, О.М. Худойдодов, Ф.М. Хамидов, Н.А. Махмадкулова // Вестник Авиценны. – 2021. – №4 (23). – С. 609-617.

[4-А]. Маликов М.Х. Хирургическое лечение паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова // Вестник Авиценны. – 2022 – № 1 (24). – С. 85-96.

[5-А]. Хамидов Ф.М. Преимущество прецизионной техники и оптического увеличения при оперативном лечении паховых грыжах [Текст] / Ф.М. Хамидов [Текст] // Авчи зухал. – 2022. – №4.- С.120-126.

[6-А]. Бокиев Ф.Б. Хирургическая тактика при коррекции больших и гигантских рецидивных вентральных грыж [Текст]/ Ф.Б. Бокиев, Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова //Симург. – 2023. – №2. – Т.18. – С.23-31.

[7-А]. Хамидов Ф.М. Аспекты хирургического лечения паховых грыж [Текст]/ Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, А.М. Шарипов, Ф.Б. Бокиев //Симург. – 2023. – №2. – Т.18. – С.32-37.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[8-А]. Хамидов Ф.М. Использование оптического увеличения при лечении паховых грыж у детей[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. – Душанбе – 2020. - Т.2 - С.161-163.

[9-А]. Маликов М.Х. Оптимизация методов хирургического лечения рецидивных паховых грыж[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов// Актуальные вопросы медицины и медицинского образования. Мат. Междун.науч-практ.конф. ГОУ ХГМУ. - Дангара - 2020. С77-79.

[10-А]. Хамидов Ф.М. Влияние натяжной герниопластики на артериальное кровоснабжение яичка[Текст]/Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, О.М. Худойдодов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. - Душанбе, - 2020. - С.243.

[11-А]. Хамидов Ф.М. Возможности УЗИ в диагностике паховых грыж у мужчин[Текст]/Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, О.М. Худойдодов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки - Душанбе, - 2020 - С.243-244

[12-А]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение рецидивных паховых грыж/ Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов, О.Т. Хомидов [Текст]// Фундаментальные и прикладные аспекты абдоминальной хирургии.материалы всер. науч-практ. конф. студ. и мол.уч. – Оренбург. – 2021. – С.129-132.

[13-А]. Хамидов Ф.М. Использование оптического увеличения и прецизионной техники при лечении паховых грыж у детей[Текст]/ Ф.М. Хамидов // «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» 75-я Международная научно-практическая конференция студентов медицинских вузов и молодых учёных.- Самарканд.- 2021.- №2. – С.969-970.

[14-А]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение сочетаний паховых грыж и крипторхизма[Текст]/ Ф. М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, И.Т. Хомидов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр.конф.мол.уч.и студ.- Душанбе.- 2021 - С.174-175.

[15-А]. Хамидов Ф.М. Способ выделения грыжевого мешка при паховых грыжах у мужчин[Текст]/ Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдов, Ф.К. Маджитов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр.конф.мол.уч.и студ.- Душанбе.- 2021 - С.175.

[16-А]. Маликов М.Х. Использование прецизионной техники при лечении паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Н.А. Махмадкулова // «Современная медицина и современное образование». Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара. –2021. - С.146-147.

[17-А]. Хамидов Ф.М. Способы герниопластики при первичных паховых грыжах у мужчин[Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Саидов, М.Р. Муродова // «Современная медицина и современное образование». Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара. –2021. - С.182-183

[18-А]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей, перенесших ненатяжную герниопластику[Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, А.Н. Нодирбокиев// Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-практ. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе. – 2022 – С. 354.

[19-А]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей перенесших классическое грыжесечение[Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, С.М. Холов // Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-практ. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе. – 2022 – С. 355-356.

[20-А]. Хамидов Ф.М. Морфологическая картина грыжевого мешка при первичных и рецидивных паховых грыжах[Текст]/Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т.// Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решения. Мат.респ.науч.-прак.конф. – Дангара. – 2022 – С. 134.

[21-А]. Хамидов Ф.М. Влияние герниопластики на качество жизни[Текст]/ Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, Ф.Б. Бокиев// Наука и инновация в медицине - 2023. Мат. XVIII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. с межд.уч. – Душанбе. – 2023 – С. 364.

[22-А]. Хамидов Ф.М. Использование способа герниопластики при рецидивных паховых грыжах у мужчин[Текст]/Ф.М. Хамидов// сб. мат. 77 межд. науч.-практ.конф. – Самаркнд - 2023 – с. 568.

Малые патенты на изобретения

1. «Способ укрепления передней брюшной стенки при несостоятельности мышечно-апоневротического слоя». Малый патент №ТJ 1141. Заявление №2001407. Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Бокиев Ф.Б., Хомидов И.Т., Худойдодов О.М., Саидов М.С.

2. «Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах» Малый патент № TJ 1201. Заявление № 2101548. Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т., Саидов М.С.

3. «Способ пластики паховой области при рецидивных паховых грыжах у мужчин» Малый патент №1295 Заявление №2101518, Маликов М.Х., Каримзаде Г.Ч., Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГМ-	грыжевой мешок
ГП	- герниопластика
ГС	- грыжесечение
КЖ	- качество жизни
КТ	- компьютерная томография
ЛСК	- линейная скорость кровотока
ЛГ	- Лютеинизирующий гормон
ПГ	- паховая грыжа
ПК	- паховый канал
РНЦССХ	- Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
ТГМУ	- Таджикский государственный медицинский университет
УЗДГ	- Ультразвуковая доплерография
УЗДАС	- Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
ФСГ	- Фоликулостимулирующий гормон
ЦДС	- Цветное дуплексное сканирование
MOSSF 36	- Европейский опросник качества жизни

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИ
ТОЧИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616 – 089 : 616 – 007.43

Бо ҳуқуқи дастнавис

ХАМИДОВ ФАРИДУН МАЪРУФОВИЧ

**БЕҲТАРСОЗИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ ЧУРРАИ ҚАДКАШАК ДАР
МАРДОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори фалсафаи (PhD) аз рӯи ихтисоси
6D110117 - Ҷарроҳӣ

Душанбе 2023

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усманов Н.У.-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ: **Маликов Мирзобадал Халифаевич**, доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усманов Н.У.-и МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Мушовири илмӣ **Шарипов Асламхон Махмудович**, доктори илмҳои тиб, мудири кафедраи ҷарроҳии кудаконаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Муҳиддин Нуриддин Давлатали**, доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ ва эндочарроҳӣ МДТ «ДТБКСТ» Ҷумҳурии Тоҷикистон

Аҳмадзода Саидилҳом Мухтор, узви вобастаи АМИТ, доктори илмҳои тиб, профессори МД «Пажӯҳишгоҳи гастрозентерология»-и ВТВаҲИА Ҷумҳурии Тоҷикистон

Муассисаи тақриздиханда **Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд, Ҷумҳурии Узбекистон**

Ҳимояи диссертатсия «__» _____ соли 2023 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии БД. КОА-040 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Суроға: 734026, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31, www.tajmedun.tj.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «__» _____ соли 2023 ирсол гардид.

Котиби илмии шӯрои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб

Юлдошев Р.З.

МУҚАДДИМА

Мубрамияти мавзӯи таҳқиқот. Проблемаи табобати чарроҳии чурраи девори пеши шикам то ҳол яке аз мушкилтарин ва пурра ҳалнашудаи чарроҳии муосири шикам боқӣ мемонад. Аҳамияти мушкилот пеш аз ҳама бо паҳн шудани патология дар байни мардон бо як қатор мушкилиҳо алоқаманд аст [Абалян А.К., 2019; Қурбонов К.М.,2017; Kockerling F.,2018 Singh A.N., 2012]. Дар баробари ин, таъсири чурра ба фаъолияти пуркуввати ҳаррӯза, маҳдудшавии ҳаракати ҷисмонӣ ва аксар вақт таъғир ёфтани касби беморон на танҳо аҳамияти тиббӣ, балки аҳамияти муҳими иҷтимоӣ мегардад [Абдуллозода Ч.А.,2022; Белоконев В.И., 2018; Пискунов А.С.,2011; Иванов С.В.,2015; Kohl A.P., 2018].

Омӯзиши як қатор асарҳои муаллифон нишон медиҳад, ки дар байни ҳама чурраҳои девори пеши шикам, чурраҳои қадкашак бештар маъмуланд, ки басомади онҳо ба гуфтаи як қатор муаллифон, аз 50,7 то 80% ҳолатҳоро ташкил медиҳад [Винник Ю.С.,2013; Собенников И.С., 2017; Bernerdsen M.R., 2019; Simons M.P., 2015]. Мушкилоти табобати чарроҳии чурраи қадкашак бо паҳншавии ин беморӣ алоқаманд аст, ки ҳар сол зиёда аз 20 миллион беморон табобат мегиранд [Holocomb G.W.,2010; Kockerling F.,2018; Morales-Conde S.,2012; Simons M.P.,2018].

Хусусияти дигари муҳимтари чурраҳои қадкашак дар он аст, ки дар баъзе ҳолатҳо омезиши патология бо крипторхизм ба назар мерасад ва ин патология омили асосии инкишофи безурётии мардон аст [Винник Ю.С.,2013, Wang L.,2016, Guulino G.,2012]. Дар баробари ин, ба шарофати такмили ташхис, бештар ба истехсолот ҷалб шудани аҳоли ва ба ин васила зиёд шудани шумораи амалиёти чарроҳии чуррабури, шумораи беморони гирифтори шакли такроршавандаи патология низ меафзояд.

Ҳоло усулҳои анъанавии чуррабури такмил ёфта, усулҳои муосири чарроҳии бе-шиддати беш аз пеш истифода мешаванд. Дар асоси маълумоти як қатор муаллифон тахмин карда мешавад, ки сарфи назар аз такмили усулҳои мавҷудаи анъанавӣ ва муосири чарроҳӣ, басомади мушкилоти гуногуни пас аз чарроҳӣ ва такроршавии патология то имрӯз баланд боқӣ мемонад [Ботезату А.А., 2012; Бушнин С.С., 2009; Козлов Ю.А., 2018; Роткин Е.А., 2014; Schafer M., 2010].

Қорӣ намудани усулҳои чарроҳии бе-шиддати боиси хеле кам шудани такроршавии патология гардид. Дар амалияи клиникӣ техникаи бе-шиддати ру ба афзоиш гирифта истодааст, дар ҳоле ки боз зиёдшавии навъҳои протезҳои синтетикӣ низ афзоиш ёфта истодааст [Махмадов Ф.И.,2020; Мирходжаев И.А., 2018; Перегоедов В.Н.,2016; Смотрин С.М.,2016; Koning G.G., 2011; Wei F. X., 2015; Maillart J.F.,2011]. Истифодаи протезҳои полимерии синтетикӣ боиси зиёд шудани зухуроти захмҳо гардид, ки чарроҳонро водор кард, ки сабабҳои онҳоро ҷустуҷӯ кунанд. Дар баробари ин, бисёре аз муаллифон бар он ақида буданд, ки рушди мушкилиҳои сироятӣ бевосита ба истифодаи протезҳо алоқаманд аст [Абалян А.К.,2016;Протасов А. В., 2014; Рахматуллоев Р. Р., 2020; Percalli L.,2018]. Дар робита ба ин, дар адабиёт гузоришҳои зиёде пайдо шуданд, ки нишон медиҳанд, ки шумораи мушкилиҳо ҳангоми ҷойгир кардани тур бо усули onlay зиёд мешавад [Шейерман В.В., 2019; Kockerling F., 2018], дар ҳоле ки баъзе муаллифон дар мақолаҳои худ иддао доранд, ки ҳангоми ҷойгир кардани тур бо истифодаи inlay, мушкилоти захмҳо камтар ба амал меоянд. Муаллифон чунин мешуморанд, ки усули охири аз нигоҳи пешгирии мушкилиҳои захмҳо бештар аст [Губов П.Ю.,2016]. Афзоиши шумораи оризаҳо баъдан сабаби омӯзиши табиати протезҳои полимерии истифодашуда гардид. Ҳамзамон, муаллифон меғоянд, ки протезҳои макропорӣ бештар ва истифодаи онҳо миқдори оризаҳо ба таври назаррас коҳиш додааст [Назаров Ш.К., 2022; Кириенко А.М. и др.,2016].

Аммо, сарфи назар аз усулҳои зиёди муолиҷаи чарроҳии чурраҳои қадкашак, натиҷаҳои табобати онҳо имрӯз муҳим боқӣ монда, суръати такроршавӣ, ба гуфтаи як қатор муаллифон, аз 10% то 35% боқи мекунад [Смотрин С.М., 2018; Junge K., 2011, Amato G., 2012]. Чурраи такроршаванда дар баробари таъсир ба соҳаи иҷтимоӣ ва психоэмоционалӣ метавонад боиси инкишофи дигар мушкилиҳои вазнинтар шавад, ки аксаран боиси маъҷубии беморон мегардад [Собенников И.С.,2017; Шалашов С.В., 2016]. Дар баробари

ин, чурраи такроршаванда, ки сохтори анатомикӣ ва физиологии мавзеи қадкашакро вайрон карда, боиси истифодаи усулҳои муосиртари чарроҳӣ, яъне бидуни шиддати талаб мекунад [Поветкин А.П., 2013; Andersen K., 2016].

Басомади такроршавии чурра пас аз навъҳои гуногуни таъмири чурра то имрӯз баланд боқӣ мемонад ва аз бисёр омилҳо вобаста аст. Сабаби инҳо интихоби нодурусти усули чарроҳӣ, васеъ истифода бурдани усулҳои чарроҳии пластикии савзеи, тағирёбии вазн, синну сол ва ғайра мебошад [Косинец В.А., 2012; Bulus H., 2013; Waters D.A., 2013]. Бо сабаби зиёд шудани оризаҳои гуногуни пас аз чарроҳӣ ва такроршавии чурраҳо, сабаби чувствӯи усулҳои алтернативии табобати чурраҳои чойгир ва андозаҳои гуногун гардид. Қорӣ намудани усулҳои нави замонавӣ ва бе-шиддати самти нав барои табобати чурраҳо дар соҳаи чарроҳии шикам кушод. Дар баробари ин, бисёр ҷанбаҳои ҳалношудаи табобат ва пешгирии оризаҳои чурра ҳал шуданд [LeBlanc K.E., 2013; Chen X., 2013; Waters D.A., 2013].

Қорӣ намудани васеъи усулҳои чуррабурии бе-шиддати дар баробари беҳтар шудани натиҷаҳои чарроҳӣ миқдори оризаҳои пас аз чарроҳӣ ва такроршавиро патологияро хеле кохиш дод [Паршиков В.В., 2016; Mallaya V.A., 2016; Tarchi P., 2014]. Дар баробари ин чурраҳои азимҷусса ва чурраҳои баъди чарроҳиро ислох кардан мумкин шуд. Аммо сарфи назар аз маъруфияти маводи синтетикӣ ва ҳосиятҳои зиёди мусбати онҳо, солҳои охир дар матбуоти даврӣ дар бораи оризаҳои зиёд ҳангоми истифодаи онҳо вохурда мешавад [Баулин В.А., 2011; Bittner R., 2010].

Дар солҳои охир, нашрияҳои зиёде гузориш додаанд, ки ба чуз аз такроршавӣ ҳангоми чуррабури ва тармими бо чашми бараҳна, рушди мушкилиҳои дигар низ афзоиш ёфтааст. Дар баробари ин, муаллифон таъсири манфии таъмири чурра ба функцияи репродуктивии бадани беморони чарроҳӣшударо гузориш медиҳанд [Абдуллозода Дж.А., 2022; Гвенетадзе Т.К., 2014; Furtado M., 2019], ки ин низ як масъалаи мураккаб ҳисобида мешавад. Сабаби маъмултарики пайдоиши ин мушкилот безурётии дуҷумдараҷа дар натиҷаи осеб дидани танобаки мани мебошад [Щербинин А.В., 2016; Cavazzola L.T., 2013]. Басомади безурётии дуҷумдараҷаи марбут ба чуррабури ва тармими, ба ақидаи як қатор тадқиқотчиён, аз 3% то 30% фарқ мекунад [Акрамов Н.Р., 2014; Sucullı I., 2010].

Сабаби асосии инкишофи хатогиҳои техникӣ бо инкишофи оқибатҳои пас аз чарроҳӣ мушкилии фарқ кардани сохторҳои анатомии мавзеи қадкашак аз сабаби хусусияти онҳост. Дар тадқиқотҳо оиди чуррабури ва тармими бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ хеле кам маълумот дида мешавад [Акрамов Н.Р., 2016; Козлов Ю.А., 2016; Поливкан М.И., 2014].

Дар ҳоли ҳозир барои табобати чурраи қадкашак дар мардон бисёр усулҳои анъанавӣ ва муосир истифода мешаванд. Ин амалиётҳо вобаста ба намуди чурра барои рафъи норасоии ҳам девораҳои пеш ва ҳам паси девори қадкашак равона карда шудаанд [Махмадов Ф.И., 2020; Назаров Ш.К., 2022; Белоконев В.И., 2018]. Аммо аз адабиётҳо бармеояд, ки сарфи назар аз такмили усулҳои чарроҳӣ, ҳатто истифодаи усулҳои чарроҳии тармимӣ бидуни шиддат аз камбудихо кам нест.

Ҳамин тариқ, табобати чарроҳии чурраи қадкашак яке аз мушкилоти чарроҳии муосир боқӣ монда, бисёре аз бахшҳои онҳо то ҳол дарк нашуда ва пурра омӯхта нашудааст. Усули беҳтарини чарроҳии тармимӣ деворҳои мавзеи қадкашак то ба имрӯз муайян карда нашудааст ва аз ин рӯ мушкилот боқӣ мемонад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда. Маълумоти адабиётҳо нишон медиҳанд, ки бисёре аз паҳлӯҳои ташхис ва табобати чурра ба таври кофӣ дарк нашуда, дар матбуоти даврӣ гузоришҳои зиёде ба беҳбудии натиҷаҳои табобати чурраҳои қадкашак самт гирифта шудааст [Абдуллозода Ҷ.А., 2022, Юрасов А.В., 2015]. Сарфи назар аз он, ки дар адабиёти ватанию хориҷӣ усулҳои барқарорсозии чурраи бе шиддат ба таври васеъ истифода мешаванд, дар мавриди усулҳои гузоштани протезҳои турӣ, зуд-зуд пайдо шудани мушкилот пас аз истифодаи онҳо ихтилофҳо вучуд доранд [Бабуринов А.Б., 2012]. Дар шароити беморхонаҳои чарроҳии умумӣ то ҳол амалиётҳои зиёди дорои хусусияти

анъанавӣ анҷом дода мешавад, ки ба истифодаи усулҳои муосири ҷарроҳӣ, маҳдудиятҳо мавҷуданд. Бо вучуди ин, дар адабиёт оид ба истифодаи васеи усулҳои эндоскопии герниопластика гузоришҳои кам мавҷуданд. Муҳокимаҳо дар атрофи гуногунии протезҳои турии синтетикӣ, афзалиятҳо ва нуқсонҳои онҳо идома доранд.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтарсозии натиҷаи табобати ҷарроҳии ҷурраи қадашак дар мардон бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ.

Барои ноил шудан ба мақсад вазифаҳои зерин гузошта шудаанд.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Нақш ва аҳамияти усулҳои инструменталии таҳқиқотро дар ҷурраҳои ибтидоӣ, такроршавандаи ҷурра дар мардон, инчунин омезиши ҷурра бо крипторхизм.

2. Муайян намудани вобастагии оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ аз намуди ҷарроҳии гузаронидашуда.

3. Таҳияи намудҳои оптималии таъмири ҷурра ва такмил додани техникаи ҷуррабури дар мардон бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ.

4. Омӯзиши натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддати ҷарроҳӣ дар ҷурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва омехтаи ҷурра бо крипторхизм.

Навоварии илмӣ. Истифодаи калонкунии оптикӣ дар ҷурраҳои ибтидоӣ ва такрорӣ қадашак, инчунин омезиши ҷурра бо крипторхизм имкон медиҳад, ки сохторҳои анатомии мавзеи қадашакро бараъло дида, осеби ятрогении онҳоро пешгирӣ кунад.

Усули тармимӣ ҳангоми ҷурраҳои такроршавандаи мавзеи қадашак, ки мавзеи навташқилшудаи дубликатура бо флeппи почадори фастсиявучарбуи таҳия шудааст, ки моҳияти он бо ташқил намудани сатҳи нав ҳифзи танобаки мани мебошад (**Нахустпатент № ТҶ 1295**). Усули муҳофизати танобаки мани аз тури полипропилени бо фастсияи Томпсон мебошад (**Нахустпатент ТҶ 1201**). Ҳангоми нигоҳ доштани тестикулҳо дар холигоҳи шикам, вақте ки имкониятҳои ултрасадо яқбора маҳдуданд, аввалин маротиба ташхиси томографияи компютери истифода шуд. Ҳангоми ҷурраҳои калон, махсусан такроршавандаи қадашак гардиши хун дар рағҳои тестикулярӣ дар давраҳои пеш ва пас аз ҷарроҳӣ омӯхта шуд.

Аҳамияти назариявии ва амалии таҳқиқот. Асоси татбиқи ин корҳо натиҷаи усулҳои ҷуррабури ва тармими, ки қаблан дар беморхонаҳои гуногуни Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронидашуда буд. Мақсади асосии ин кор беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии навъҳои гуногуни ҷурраҳои қадашак ва омезиши он бо крипторхизм, инчунин кам кардани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавӣ он мебошад. Нақшаи кори давра ба давра бо назардошти мақсад ва вазифаҳои кор тартиб дода шуд. Кори диссертсионӣ дар бораи таҷрибаи кофии табобати беморони гирифтори ҷурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши онҳо бо крипторхизм пешниҳод шудааст.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот шаклҳои ибтидоӣ, такроршавандаи патология ва омезиши ҷурра бо крипторхизм буд. Ҳамзамон, дар мақола ҷанбаҳои ташхис ва имконоти табобати ҷарроҳии ҷурраҳои ибтидоӣ ва такроршаванда, инчунин омехта бо крипторхизм баррасӣ карда мешаванд.

Саҳми шахсии докторанти (PhD). Докторанти PhD дар тамоми марҳилаҳои таҳқиқот, ҷамъоварии маводи илмӣ аз 204 нафар аз имтиҳоншудагон бевосита иштирок карда; иштирок дар таҳияи алгоритми ташхис (интиҳоби усулҳои субъективӣ ва объективӣ омӯзиши ҳолати функционалӣ); гузаронидани муоинаи умумии беморон; иштирок дар гузаронидани усулҳои иловагии таҳқиқот ва амалиёт; таҳияи тавсияҳо оид ба интиҳоби тактикаи табобати ҷарроҳӣ ва табобати пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори ҷурраи ибтидоӣ ва такрорӣ ва дар якҷоягӣ бо крипторхизм.

Мувофиқаи диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ(бо формула ва соҳаи таҳқиқот): бо шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси бD 110117 – Ҷарроҳӣ. Қисми III п.1. Этнология. Патогенез. Ташхис, табобат ва пешгирии бемориҳои ирсии узвҳои ковокии шикам (узвҳои ҳозима, чигар ва роҳҳои

талхагузар, ғадуди зери меъда) ва қафаси сина (шушҳо, сурхрӯда, плевра, миёнрав, дитафрагма). п.8. Тайёрии пеш аз ҷарроҳи ва муроқибат дар давраи пас аз ҷарроҳӣ.

Муқаррароти асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Дар асоси таҳлили натиҷаҳои усулҳои иловагии таҳқиқот дар мардони синну соли репродуктивӣ дар марҳилаи пеш аз ҷарроҳи интихоби усули табobati ҷарроҳӣ барои ҷуррабури ва тармимӣ ба таври возеҳ мурағаб шудааст.

2. Натиҷаҳои усулҳои иловагии таҳқиқот дар беморон таъсири манфии мавҷудияти ҷурраи қадкашакро ба узвҳои репродуктивӣ нишон медиҳанд.

3. Табobati ҷарроҳии ҷурраи қадкашак бо истифода аз техникаи дақиқ метавонад таъсири манфиро ба гардиши хуни тестикулярӣ дар беморони гирифтори ҷурраи қадкашак коҳиш диҳад.

4. Сифати зиндагии беморон пас аз гузаронидани ҷуррабури бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ дар давоми сол нисбат ба давраи пеш аз ҷарроҳӣ беҳтар аст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои таҳқиқот, муқаррароти барои дифоъ пешниҳодшуда, тавсияҳои амалӣ ба муоинаи маводи кофии клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири таҳлили иттилоотӣ ва татбиқи усулҳои гуногуни анъанавӣ ва муосири ҷуррабури ва тармимӣ асос ёфтаанд. Таҳқиқоти аслии илмӣ дар шакли нашрияҳои илмӣ ва мақолаҳои, ки дар маҷаллаҳои тақризишавандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудаанд.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои диссертатсия (дар кадом конференция, машварат, семинарҳо муқаррароти асосии рисола, ҳангоми хониши лексияҳо дар муассисаҳои таҳсилотӣ гузориш дода шудаанд). Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 25 мақолаи илмӣ ба таърифи расидаанд, ки 7-тои онҳо дар маҷаллаҳои илмӣ тақризишаванда ва нашрияҳои муайянкардаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, 15 мақолаи илмӣ дар маҷмӯаҳо ва дар конфронси илмӣ-амалии олимону донишҷӯёни ҷавони МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021)» (с. 2019); Маводҳои конференсияи байналмилалии илмӣ-амалии МДТ «ДДТХ» (соли 1), бахшида ба «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021)» (Данғара – 2020); маҷмӯаи маводи конфронси умумирӯсиягии илмӣ-амалии донишҷӯён ва олимони ҷавон бо иштироки байналмилалӣ «Ҷанбаҳои бунёдӣ ва амалии ҷарроҳии шикам» (Оренбург 2021); «Проблемаҳои нави илми тиб ва перспективаҳои ҳалли онҳо»; Конфронси XVI илмӣ-амалии олимону донишҷӯёни ҷавон (Душанбе - 2021), 76-умин Конфронси байналмилалии донишҷӯён ва олимони ҷавон (Самарқанд - 2022), «Масъалаҳои актуалии таҳқиқоти илмӣ муосир» Маводҳои Конфронси XVII илмӣ-амалии олимону донишҷӯёни ҷавон (Душанбе - 2022), «Комёбиҳои тибби фундаменталии амалӣ ва дорусозӣ» маҷмӯаи маводи конфронси 77-уми байналмилалии илмӣ-амалӣ (Самарқанд- 2023); дар ҷаласаи якҷояи комиссияи экспертӣ-проблемавӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» соли 2023, протоколи ҷаласаи №3 пешниҳод гардидаанд.

Барои ихтироъ 3 нахустпатент гирифта шудааст: «Тарзи мустаҳкам намудани девори пеши шикам ҳангоми норасоии қабати мушакӣ-апоневротикӣ» Нахустпатент № ТҶ 1141, «Тарзи ҳерниопластикаи ҳангоми ҷурраҳои тақризишавандаи мавзевӣ қадкашак» Нахустпатент № ТҶ 1201, «Тарзи пластикаи мавзеи қадкашак ҳангоми ҷурраҳои ретсидивии қадкашак дар мардон» Нахустпатент № 1295.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Кори рисола дар ҳаҷми 138 саҳифаи ҷопӣ ба забони русӣ пешниҳод шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, бахши таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳои таҳқиқот, хулосаҳо ва рӯйхати адабиёт иборат аст. Рисола бо 22 ҷадвал ва 66 расм тасвир шудааст. Рӯйхати адабиёти истифодашуда 139 мақолаи илмиро дар бар мегирад: 74-тои онҳо ба забони русӣ ва 65-тоаш ба забони англисӣ мебошанд.

МАВОД ВА УСУЛҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Хусусиятҳои умумии маводи клиникӣ диссертатсия

Қор аз рӯи натиҷаҳои муоина ва таъоботи ҷарроҳии 204 нафар беморони гирифтори ҷурраи ибтидоӣ, такрорӣ қадкашак ва омезиши ҷурра бо крипторхизм, ки дар шӯъбаҳои микроҷарроҳии реконструктивӣ-пластикӣ, барқарорсозӣ ва ҷарроҳии эндоскопии Муассисаи ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз соли 1991 то 2020 гузаронида шудааст.

Синну соли беморон аз 3 то 76 сола буд. Дар 121 нафар паталогия дар паҳлӯи рост ва дар 75 бемор аз тарафи чап ба қайд гирифта шудааст. Дар 8 ҳолат, паталогия дучониба буд.

Вобаста аз намуди паталогия, беморон ба 3 гурӯҳи клиникӣ тақсим карда шуданд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Тақсимооти беморон ба гурӯҳҳои клиникӣ

Гурӯҳҳои клиникӣ	Навъи ҷурраи қадкашак	Миқдори беморон	%
I	Ибтидоӣ	134	65,7
II	Такроршаванда	48	23,5
III	Омезиши ҷурра бо крипторхизм	22	10,8
Умумӣ		204	100

Омузиши ҷадвали дар боло овардашуда нишон медиҳад, ки дар аксарияти мутлақи ҳолатҳо, беморон бо ҷурраи ибтидоӣ қадкашак таъобат мегиранд, ки ин аз афзоиши басомади паталогия шаҳодат медиҳад. Дар 22 бемор омезиши ҷурра бо крипторхизми модарзодӣ қайд карда шуд, ки 10,8% -ро ташкил дод. Маълумоти ҷадвал аз афзоиши гирифтории ҷурраҳои такроршавандаи низ шаҳодат медиҳад.

Тақсимооти беморон аз рӯи дараҷаи синну соли ТУТ (2017) гузаронида шуда, ҳангоми таҳлили он маълум шуд, ки дар байни шумораи умумии беморон ($n=204$) кӯдакони аз 2,5-3 сола буда - 35(17,2%), аз 4-6 сола 38(18,6%), 7-12 сола – 26 (12,7%), 13-17 сола – 8 (3,9%), 18-59 сола – 63 (30,7%) ва аз 60 сола боло 34 (16,7%) мебошанд.

Маълумоте, ки мо ба даст овардем, гувоҳӣ медиҳад, ки солҳои охир дар байни аҳолии синну соли қобили меҳнат паталогия рӯй ба афзоиш гирифта истодааст.

Аз сабаби он, ки аз 34 нафар беморони аз 60-сола боло буданд 83,3%-и беморон паталогияи дилу рағ, шуш ва дигар бемориҳои ҳамрав надоштанд. Дар як мушоҳида диабети қанд ва дар ду ҳолати дигар беморон аз бемории ишемияи дил азият мекашиданд. Дар як бемор ташҳиси аденома ғадуди простата тасдиқ карда шуд.

Беморони гирифтори ҷурраи қадкашак, новобаста аз дараҷаи паталогия, мавҷудияти нороҳатӣ, инчунин такроршавии паталогия, дар вақтҳои гуногун аз лаҳзаи пайдо шудани аломатҳои аввалини беморӣ ба мо муроҷиат мекарданд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Муҳлатҳои муроҷиати беморон аз лаҳзаи ташаккули ҷурра

Муҳлати муроҷиат (моҳ)	Миқдор	%
< 6	35	17,2
6 – 12	33	16,2
13 – 24	38	18,6
> 24	98	48
Умумӣ	204	100

Таҳлили ҷадвали боло нишон медиҳад, ки дар муддати то як сол аз фарорасии паталогия 68 нафар беморон муроҷиат кардаанд, ки 33,4%-ро ташкил медиҳад. Бо вуҷуди беҳтар шудани сифати ёрии тиббӣ ва зиёд шудани гардишҳои табибони оилавӣ ҳона ба ҳона то ҳол дер муроҷиати ин беморон мушоҳида мегардад. Далели ин факт он аст, ки аксарияти беморон (66,6%) дар давоми зиёда аз як сол ба ёрии тиббӣ муроҷиат намудаанд.

Инчунин муҳим он аст, ки аз шумораи умумии муроҷиаткунандагон 6 нафар (2,9%) беморон зиёда аз 20 сол аз лаҳзаи пайдоиши ҷурра барои ҷарроҳӣ муроҷиат намудаанд.

Сабаби мурочиат ба ёрии тиббӣ ислоҳнашудани он, зиёд шудани дард ҳангоми фаъолияти ҷисмонӣ, ки ба сифати зиндагии ин беморонро таъсир мекард.

Барои дуруст баҳо додан ба сохтори патология ва баровардани ҳулосаи дақиқ дар баробари мурочиат намудан, омӯзиши басомади табобати беморон дар тӯли даҳсолаҳо зарур доништа шуд ҳисобида шавад (Ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - Сохтори мурочиати беморон аз рӯи даҳсолаҳо

Навъ	1991-2000	2001-2010	2011-2020	Всего
Чурраҳои ибтидо	4 (2,9%)	40 (29,9%)	90 (67,2%)	134
Чурраҳои такроршаванда	3 (6,3%)	17 (35,4%)	28 (58,3%)	48
Омезиши чурра бо крипторхизм	2 (9,1%)	12 (54,5%)	8 (36,4%)	22
p	>0,05	>0,05	<0,05	
Умумӣ	9 (4,4%)	69 (33,8%)	126 (61,8%)	204

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ)

Дар давраи аз соли 1991 то соли 2020 тамоюли афзоиши назарраси шумораи беморони гирифтори чурраи қадкашак мушоҳида мешавад. Агар дар даҳсолаи якум ва дуюм мутаносибан 4,4% ва 33,8%-и беморони гирифтори чурраи қадкашак мурочиат карда бошанд, дар даҳсолаи охир ин нишондод 61,8%-ро ташкил дод. Рақами охири назар ба шумораи беморони даҳаи аввал 14 баробар ва дар даҳаи дуюм 1,8 баробар зиёд аст.

Шумораи камтарини беморонро, ки дар даҳсолаи аввал мурочиат кардаанд, ба ду омил марбут меҳисобем: дар даҳсолаҳои минбаъда нисбатан кам будани аҳоли ва ноустувории нисбии сиёсӣ дар Ҷумҳурӣ. Вазъияти нисбатан ноустувор дар минтақаҳо сабаби паст будани муомилоти на танҳо кишлоқҳо, балки табақаҳои шаҳрии аҳоли гардид. Дар даҳсолаи дуюм тамоюли зиёд шудани мурочиатномаҳо мушоҳида карда мешавад, ки ин бо вазъияти муътадили сиёсии Ҷумҳурӣ зич алоқаманд мебошад. Дар баробари ин, бад шудани сифати зиндагии гирифтोरони чурра ва огоҳии бештари аҳоли дар худ сабаби мурочиат ба ёрии тиббӣ гардид.

Афзоиши назарраси басомади ҷарроҳии чурраи қадкашак дар даҳсолаи охир ($n=126$) ба чанд омил вобаста аст. Якум, афзоиши аҳоли ба суботи иқтисодии кишвар зич алоқаманд аст. Сониян, ба таври васеъ такмил додани ташхиси патологияҳои узвҳои шикам, гузаштан аз муоинаи тиббӣ, истифодаи таҷҳизоти муосири ташхисӣ, ошкор намудани беморони гирифтори чурраи қадкашакро хеле беҳтар кардааст. Боз як омил муҳимтарини зиёд шудани беморони гирифтори чурра азнавсозии истеҳсолот ва ба истеҳсолот чалб намудани аҳолии қобили меҳнат мебошад. Таъсири мустақим ба мурочиати беморон ба кӯмаки тиббӣ, махсусан дар давраи кӯдакона, ин истифода бурдани усулҳои муосири тармимӣ чурра бо истифодаи аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ алоқаманд аст.

Ҳангоми таҳлили маводҳои клиникӣ маълум гардид, ки беморони гирифтори чурраи қадкашак ва такроршаванда, инчунин бо ҳамомезии чурра бо крипторхизм аз районҳои гуногуни республика қабул карда шудаанд. Дар аксари ҳолатҳо ($n=113$) беморони гирифтори чурраи рӯда аз шаҳри Душанбе мурочиат кардаанд, ки 55,4% -ро ташкил медиҳад.

Шумораи нисбатан ками беморони қабулшуда аз вилояти Суғд (8,3%) ва вилояти Хатлон (7,3%) буда, аммо онҳо калон ва ё такроршавандабуданд.

Дар аксари ҳолатҳо ($n=121$) ташкила аз тарафи рост ҷойгир шудааст, ки 59,3%-ро ташкил медиҳад. Дар ҳар се гурӯҳи клиникӣ ҷойгиршавии ташкила аз тарафи рост қайд карда шуд. Дар 8 (3,9%) чурраи қадкашаки дучонибаи қайд карда шуд.

Аз сабаби гуногунии зухуроти клиникӣ, интихоби усули муносиби оптималӣ ва инфиродии табобат, зарур доништа шуд, ки ҳар як гурӯҳи клиникаро алоҳида тавсиф карда шавад (Ҷадвали 4).

Ҷадвали 4 – Мавзеи чурра дар гурӯҳҳои клиникӣ (n=204)

Гуруҳҳои клиникӣ	Навъ	Мавзеъ		
		Рост	Чап	Дугарафа
I	Ибтидоӣ(n=134)	75 (56,0%)	55 (41,0%)	4 (3,0%)
II	Такроршаванда(n=48)	29 (60,4%)	17 (35,4%)	2 (4,2%)
III	Омезиши чурра бо крипторхизм (n=22)	17 (77,3%)	3 (13,6%)	2 (9,1%)
P		>0,05	<0,05	>0,05
Умумӣ		121 (59,3%)	75 (36,8%)	8 (3,9%)

Эзоҳ: p - аҳамияти омори фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ).

Усулҳои тадқиқот. Дар аксари ҳолатҳо, муайян кардани ташҳиси чурраи қадкашак, намудҳои он махсусан душвор нест. Пурсиши беморон, омӯхтани аломатҳои аввалини беморӣ, тарзи зиндагӣ (меҳнати саҳти ҷисмонӣ, кабзият, бемориҳои музмини руда, бемории ғадуди мардина, сулфа ва ғайра) вазифаи духтурро хеле осон мекунад. Муоинаи минтақаҳои ҷарроҳӣ, мавҷудияти баромадани яктарафа ё дучониба, бо назардошти маълумоти беморон дар бораи амалиёти қаблӣ, намуди ҷарроҳӣ ва мавҷудияти скари пас аз ҷарроҳӣ дар шаклҳои такроршаванда аломатҳои мустақим ва ғайримустақими чурраи қадкашак мебошанд. Дар чурраҳои такроршаванда, намуди ҷарроҳӣ қаблӣ, мавҷудияти ориза дар минтақаи ҷарроҳӣ ва вақти пайдоиши такрорӣ ташкила дар минтақаи скари пас аз ҷарроҳӣ ва ғ.муҳим мебошанд.

Муоинаи объективии беморони гирифтори чурраи қадкашак. Ҷамъ намудани собиқаи бемори, ҳаёт, муоинаи дурусти беморони гирифтори чурраҳои қадкашак барои аниқ кардани ташҳиси клиникӣ аҳамияти аввалиндараҷа дорад. Дикқати махсус ба симметрияи мавзеи қадкашак, инкишофи узвҳои таносул, мавҷудияти ҳар ду мояҳо. Ҳамзамон палмосидани андозаи ташкилаи баромада, ислоҳшавии он ба ковокии шикам, мавҷудияти дарвозаи чурра ва чойгиршавии мояҳо муайян мекунад. Дар сурати набудани мояҳо дар вақти хобидан ва рост истодан моядон ва мавзеи қадкашак бодикқат палмосида шуда, инчунин андозаи ҳалқаи берунии қадкашак муайян карда шуд.

Ультрасадо ва сканери рангаи дуплексии рағҳои минтақаҳои қадкашак ва моядон. Ултрасадо ва сканери рангаи дуплекси дар 40 беморони ҳамаи гурӯҳҳои клиникӣ пеш ва пас аз ҷарроҳӣ гузаронида шуданд. Ташҳис дар дастгоҳи Vingmed истеҳсоли Medata (Шветсия), системаҳои ташҳисии CDS Philips SD 800 (ИМА) ва Mindray DC-7 (Чин, 2013) гузаронида шуданд, ки бо сенсорҳои хатӣ ва барҷастаи басомади 3,5 мучаҳҳаз шудаанд; 5; 7,5 ва 10 МГц.

Доплерографияи ултрасадо ва ангиографии рангаи дуплекс дар шароити шуъбаи диагностикаи функционалии Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ ҷарроҳӣ, н.и.т. профессор Султонов Д.Д. (мудири шуъба Шоев Д. И.). Бо истифода аз ин усулҳои ташҳис, суръати хаттии гардиши хун (СГХ) дар паҳлӯи патологӣ омӯхта ва бо маълумоти аз ҷониби солим гирифташуда муқоиса карда мешуд.

Орхидометрия бо мақсади муайян кардани ҳолати пеш аз муолиҷаи ҷарроҳӣ ва баъд аз он, инчунин дар давраи аввали пас аз ҷарроҳи ва ҳангоми муоинаи такрорӣ гузаронида шуд.

Томографияи компютерӣ. Ҳолати сохторҳои анатомии мавзеи қадкашак дар 5 беморони гирифтори чурраи такроршавандаи қадкашак ва дар беморони гирифтори омезиши чурра бо крипторхизм бо истифода аз томографияи компютерӣ (КТ) гузаронида шуд. Скани КТ дар сканери томографияи компютери NeusoftNev 16, NeosonMedicalsystemsCo., Ltd (Чин) гузаронида шуд, ки дар он таҳқиқот дар речаи

мультипиралӣ, скан кардани буридаҳои 2 мм мувофиқи методологияи классикӣ гузаронида шуд, бемор бояд дар ҳолати ба пушт хобида бошад.

Муоинаи гистологӣ чурраҳалта ва бофтаҳои мушаққ-апоневротикӣ. Гирифтани мавод барои муоинаи морфологӣ ҳангоми чуррабури дар 30 беморони синну соли гуногун бо чурраи ибтидоӣ, такрорӣ ва омехтаи чурраи бо крипторхизм гузаронида шуд. Коркарди ниҳони ва ташҳиси гистологӣ дар Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии илмӣ саратоншиносӣ дар шӯбаи ташҳиси морфологӣ (мудири кафедра – н.и.т., дотсент Ш.Ш.Восихов) ва озмоишгоҳи анатомияи патологияи беморхонаи клиникӣ шаҳрии №2, ш. Душанбе гузаронида шуд.

Спермограмма. Дар беморони синну соли репродуктивӣ ташҳиси микроскопии моеъи тухмдон гузаронида шуд. Пеш аз таҳия ва пешниҳоди мавод барои таҳлил, алоқаи ҷинсӣ барои 3 рӯз хориҷ карда мешавад. Намунаи сперма мувофиқи дастурҳои ТУТ-и 2012с гузаронида шуд, яъне. дар озмоишгоҳ, дар зарфи дар ҳарорати 20—45⁰С.

Нишондиҳандаҳои зерини моеъи тухмӣ омӯхта шуданд: ҳаҷм, ранг, Ph, вақти моеъшавӣ, часпакӣ, зичӣ, миқдори умумӣ, ҳаракатнокӣ, зинда, пухтанишуда, лейкоцитҳо, эритроцитҳо, ҷисмҳои амилоид, донаҳои лецитин ва луоб. Хусусиятҳои моеъи тухмӣ мувофиқи стандартҳои ТУТ, ки соли 2010 қабул шудаанд, арзёбӣ карда шуданд.

Муайян кардани гормонҳои ҷинсӣ. Скрининги ҳормонҳои асосии ҷинси дар хун пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ низ санҷида шуд. Ҳамзамон, миқдори ҳамаи гормонҳои, ки мақоми репродуктивии мардонро ташкил медиҳанд, муайян карда шуд. Сатҳи гормонҳои дар хун омӯхташуда бо истифода аз анализатори IMMULITE 2000 дар Маркази клиникӣ ташҳиси тиббӣ «Мадади Акбар» муайян карда шуд.

Саволномаи аврупоӣ MOS SF-36 (таърифи сифати зиндагии беморон). Дар асоси саволномаи аврупоӣ, сифати зиндагии беморон таҳлил ва арзёбии тағирот дар сифати зиндагии беморон пеш аз ва пас аз таъмири ҷарроҳии чурра мебошад. Саволномаи сифати зиндагӣ аз рӯи системаи баллӣ – ҷадвали 5-баллӣ ҳисоб карда шуд, ки дар он 8 гурӯҳи нишондиҳандаҳо мавҷуд буданд. Холҳо дар ҳар як ҷадвал аз 0 то 100 фарқ мекунанд, ки дар он 100 саломатии умумиро ифода мекунад. Натиҷаҳо ҳамчун холҳо аз рӯи 8 гуруҳ пешниҳод карда мешаванд ва ба тарзе тартиб дода шудааст, ки холҳои баландтар гирифта шуда. баландтар будани сифати зиндагиро нишон медиҳад.

Усулҳои коркарди омории натиҷаҳо. Коркарди омории мавод бо истифода аз барномаи Statistica 10.0 (StatSoft, ИМА) анҷом дода шуд. Муътадил будани тақсими интиҳоб бо истифода аз меъёрҳои Колмогоров Смирнов ва Шапиро-Вилк муайян карда шуд. Нишондиҳандаҳои миқдорӣ ҳамчун арзиши миёна ва хатои стандартӣ, инчунин арзишҳои миёна ва боло ва поён [Me(min-max)] тавсиф карда мешаванд, барои арзишҳои сифатӣ саҳмияҳо (%) ҳисоб карда шуданд. Барои муқоисаи ҷуфтшуда дар гурӯҳҳои мустақил, санҷиши Mann-Whitney U, барои муқоисаҳои сершумор, санҷиши Kruskal-Wallis H-ро истифода бурданд. Муқоисаи ҷуфтшудаи нишондиҳандаҳои сифатӣ бо истифода аз санҷиши χ^2 , аз ҷумла ислоҳи Йейтс ва санҷиши дақиқи Фишер гузаронида шуд. Ҳангоми муқоисаи сершумори нишондиҳандаҳои миқдорӣ дар динамика меъёри Фридман истифода шуд. Тафовутҳо дар $p < 0.05$ аз ҷиҳати омор муҳим ҳисобида шуданд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Интиҳоби усули ҷарроҳии чурраи қадкашак аз намуди чурра, синну соли бемор, басомади такрори патология, омезиши чурра бо крипторхизм вобастаги дорад. Ҳангоми ба нақша гирифтани амалиёт маълумотҳои ҳамаи усулҳои иловагии ташҳис, хусусан ултрасадо ва томографияи компютерӣ ба назар гирифта шуданд. Дар он маврид, ки бемори хусусияти модарзодӣ дошта бошад, машварати мутахассисони дахлдор гузаронида мешуд.

Дарачаи тайёрии беморон бо чурраи такроршаванда ва калон аҳамияти калон дошт. Ҳангоми интиҳоби усулҳои анъанавӣ ва ё муосири ҳам ба басомади такрори патология ва ҳам ба ҳолати қабати мушаққ апоневротикӣ атрофи чурра диққати махсус дода мешуд. Интиҳоби усули бедардкунӣ аз синну соли беморон ва намуди чурра вобастаги дорад. Барои кӯдакони то 18-сола беҳтарин усули беҳисгардонии умумӣ мебошанд. Беморони гирифтори

чурраи ибтидой аз 18 сола зери беҳисгардонии мавзеъи ва умумӣ ҷарроҳӣ карда мешуданд. Барои намудҳои калон ва такроршавандаи чурра, омезиши чурра бо крипторхизм, дар аксари ҳолатҳо беҳисгардонии умумӣ истифода мешуд.

Ҳаҷми даҳолати ҷарроҳӣ пас аз кушодани чурраҳалта ва ба таври визуалӣ муайян кардани андозаи дарвозаи чурра муайян карда мешуд. Пас аз ба таври кофӣ ба чашм расидан ба бофтаҳои атроф, ҳолати қабати мушаку апоневротикӣ дар атрофи чурраҳалта арзёбӣ карда мешуд. Вобаста ба шакли чурра, мавҷудияти такроршавӣ, зуд-зуд такрор шудан, омезиши чурра бо крипторхизм мо тасмим гирифтём, ки дар як вақт якчанд вазифаро иҷро кунем.

Интиҳоби герниопластикаи анъанавӣ ё бидуни шиддат аз бозёфтҳои ҷарроҳӣ вобастагии зич дошт. Бо вучуди ин, барои шаклҳои калон ва такроршавандаи патология бо назардошти собиқаи бемори, маълумоти муоинаи объективӣ ва маълумоте, ки аз усули иловагии ташхис гирифта шудааст, амалиёти бидуни шиддат ба нақша гирифта шудааст. Ҳамзамон, ба ҳамаи беморон ё волидонии онҳо дар бораи ҳаҷми ҷарроҳӣ ва эҳтимоли истифодаи протези торӣ маълумот дода мешуд.

Калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ амалиётро хеле осон карда ва дар ҳамон замон муайян кардани ҳолати танобаки мани аз осеби онҳо пешгирӣ карда, дар ҳоле ки ин нақша ҳам ҳангоми суррабури дар кӯдакон ва ҳам дар калонсолон риоя карда мешуд. Яке аз мушкилиҳои ҷониби техникаи масъала дар он аст, ки дар аксари ҳолатҳои модарзодии чурра ҳамвор пайвастании танобаки мани бо қабати медиалии чурраҳалта мушоҳида мешуд. Муайян намудани танобаки мани бо чашми бараҳна баъзан душвор аст ва хатари буриши он баланд боқӣ мемонад. Истифодаи калонкунии оптикӣ, хеле зиёд кардани андозаи ҳам рағҳои хунгарди мойдонро, махсусан рағҳои хунгузар ва рағҳои лимфа, ка аксаран зарари ятрогениро пешгири мекунад.

Интиҳоби маводи оптималии тармимӣ чурра ва татбиқи усулҳои бетаниш як қанбаи муҳими ислоҳи ҷарроҳӣ буданд. Дар баробари ин, ба назар гирифтани таъсири манфии тури полипропилени ба танобаки мани моро водор намуд, ки усули муҳофизати бозётимоди онҳоро ҷустуҷу кунем. Бо ин мақсад мо усули ҷудо намудани танобаки мани усули муҳофизати танобаки мани аз тури полипропилени бо фастсияи Томпсон мебошад бо патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 28 апрели соли 2022, патенти хурди № ТҶ 1201 «Усули герниопластика барои чурраи такрорӣ рӯда» ҳифз шудааст.

Тавре ки дар боло зикр гардид, 80 (59,7%) беморони муоинашуда ва ҷарроҳӣ кӯдакон буда, ҳангоми сафарбар кардани чурраҳалта ва муайян кардани танобаки мани бо истифодаи калонкунии оптикӣ (лупа, амалиёти микроскопӣ) мувофиқ мебошад.

Тайёрии пеш аз ҷарроҳии беморон муҳим мебошад. Ҳамаи кӯдакон аз ҷониби табиби кудакона муоина карда шуда, вобаста ба мавҷудият ё набудани ягон патология нишондодҳои ҷарроҳӣ дода шуданд. Барои ҳамаи кӯдакон амалиёти ҷарроҳӣ таҳти беҳисгардонии умумӣ гузаронида шуда, инчунин барои чурраи такрорӣ дар калонсолон ва омехтаи чурра бо крипторхизм истифода мешуд.

Ҳангоми мавҷудияти чурраҳои калон, такроршаванда ё вазни зиёдатӣ, омодагии тӯлонии пеш аз ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Кам кардани вазни бадани бемор ва омода кардани рӯдаҳо раван карда шудааст. Пеш аз ҷарроҳӣ, фаёлити дигар узвҳо омӯхта мешавад. Вобаста ба синну сол, намуди чурра, такроршавӣ ва омезиши чурра бо крипторхизм усули оптималии ҳерниопластика андешида шуд (Ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. - Усулҳои тармимии чурраҳои қадкашак

Намуди чурра	Миқд ор	Усулҳои ҷарроҳӣ		
		Анъанавӣ	Бешиддат	Комбинатсионӣ
Ибтидой	134	119 (88,8%)	7 (5,2%)	8 (6,0%)
Такроршаванда	48	23 (47,9%)	10 (20,8%)	15 (31,3%)
Омезиши чурра бо крипторхизм	22	22 (100,0%)	-	-
Умуми	204	168	16	20

Дар байни шумораи умумии беморон 82,4% аз усулҳои ҷарроҳии анъанавӣ, 7,8 % усулҳои бе-шиддат ва 9,8 % ғоиз усулҳои омехта истифода шудаанд. Истифодаи усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ дар аксари ҳолатҳо аз он сабаб буд, ки беш аз 50% беморон кӯдакони то 14-сола буданд. Илова бар ин, нигоҳ доштани қабати апоневротикии мушакҳо, андозаи нисбатан хурди ҷуррахалта ва ба таври кофӣ истифода бурдани маводи пластикии маҳаллӣ меъёрҳои асосии бештар татбиқ кардани усулҳои анъанавии герниопластика буданд. Фаслҳои алоҳидаи қор маълумотро дар бораи истифодаи вариантҳои гуногуни герниопластика пешниҳод мекунад.

Ҳамин тариқ, усули ҷарроҳӣ барои навъҳои гуногуни ҷуррабури аз намуди патология, синну соли бемор, басомади такроршавӣ ва андозаи дарвозаи ҷурра вобастаги дорад. Интиҳоби муносиби ин ё он усули ҷарроҳӣ барои бартараф кардани дарвозаи ҷурра бештар аз ҳолати кунунии мавзӯи ҷарроҳӣ ва ҳолати маводи тармимӣ вобастагии зиёд дорад. Дар баробари ин, мушкилии интиҳоби усули ҷарроҳӣ, басомади баланди такроршавии, новобаста аз усули ҷарроҳӣ ва зиёдшавии шиддатнокии оризаҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ муносибати мушаххас ва интиҳоби усули инфиродии ҷарроҳиро талаб мекунад.

Истифодаи калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ дар герниопластика дар баробари содагардонии қисми техникаи амалиёт, муайянкунии мувофиқи сохторҳои элементҳои танобаки манӣ аз осеби ятрогении онҳо пешгирӣ мекунад, ки дар функцияи репродуктивӣ аҳамияти калон дорад. Муайян кардани шоҳаҳои асаби ин мавзӯи зери калонкунии оптикӣ аз нигоҳи пешгирии синдроми рефлексӣ дард дар давраи пас аз ҷарроҳӣ муҳим аст.

Аз шумораи умумии беморони ҷарроҳишуда бо ҷурраи қадкашак ($n=204$) бештарашон ҷурраҳои ибтидоии қадкашак ($n=134$) буда, басомади он 65,6% буд. Кӯдакони то 18-сола 48,5%-ро ташкил медиҳанд. Нишонаҳои ҷарроҳӣ дар ҳама мушоҳидаҳо мутлақ буданд. Масъалаи интиҳоби усули ҷуррабури ва тармимӣ дар аксари мавридҳо пас аз кушодани ҷуррахалта, арзёбии ҳолати қабати мушаку апоневротики ва андозаи дарвозаи ҷурра ҳал карда мешуд. Дар баробари ҳамин маълумотҳои усулҳои иловагии тадқиқот, ки дар вақти муоинаи беморон васеъ истифода бурда мешуд, аввал ба ҳисоб гирифта шуд.

Дар ҳама ҳолатҳо, амалиётҳо бо калонкунии оптикӣ бо истифода аз техникаи дақиқ анҷом дода шуданд. Барои ислоҳи дарвозаи ҷурра ва дар мавриди зарурат истифода бурдани тури полипропилен маводи беҳтаринаш интиҳоб карда мешуд.

Тартиби охири махсусан ҳангоми таъмири ҷуррабури дар кӯдакон мураккаб мебошад. Пас аз озод намудани ҷуррахалта аз танобаки манӣ охириро ба доранда гирифта баъдан ҷуррахалта кушода мешуд. Дар 95 ҳолат дар ҷуррахалта ҷарбуи ковокии ғафси ковокии шикам, дар 19 ҳолат рӯдаи борик, дар 11 ҳолат рӯдаи ғафс ва дар боқимонда 9 ҳолат рӯдаи кирмшакл ҷойгир шуда буд.

Хусусиятҳои техникаи ҷарроҳӣ, ҳангоми аппендикс дар ҷуррахалта ҷойгир аст, инҳо буданд. Ҳангоми ҷудо кардани элементҳои танобаки манӣ аз девораҳои ҳалтаи герниалӣ, дар ҳолати зарурӣ, гидропрепаратия гузаронида шуда ва пас аз сафарбаркунии он онҳо ба ҷудо кардани ҷуррахалта то ҳалқаи дохилии канали қадкашак шурӯъ карда будем.

Вақти пайдоиши ҷурра ва осеби зиёд дучор шудани аппендикс бинобар ҳаракати он аз ковокии шикам баръакс ба инкишофи тағйиротҳо дар деворҳои аппендикс мусоидат менамуд. Вобаста ба ин, дар ҳамаи ин беморон аппендикс дароз ва ғафс буд. Илова бар ин, ин, аз собиқаи беморӣ дарди доимӣ дар минтақаи ҷурра ва минтақаи тихигӯҳи рости азият меод. Аломатҳои дард ва тағйиротҳо, ки дар девори кирмруда ошқор карда шуданд, бештар аз тасвири мавҷудаи илтиҳоби музмини кирмруда шаҳодат меод. Аз сабаби мавҷудияти тағйирот дар аппендикс, ба ҳама беморон аппендэктомия гузаронида шуд.

Аз сабаби дарвозаи калони ҷурра ва муддати тӯлонии бемори дар 2 нафар беморон аз ин 9 мо бо усули Лихтенштейн анҷом дода шуд. Апоневрози мушаки қачи берунии шикам ба болои элементҳои танобаки манӣ дӯхта шуданд.

Ба 7 нафар беморони боқимонда тармимӣ девори танҳо бо апоневрози мушаки қачи берунии шикам гузаронида шуданд. Дар кӯдакони оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ мушоҳида нашуд. Аз сабаби он, ки ҳамаи ҳолатҳои ҷурра ибтидоӣ буда, шумораи кӯдакон 48,5%

ташкил дода, ҳолати қабати мушаку-апоневротикии дар аксари ҳолатҳо (88,8%) бо мақсади тармимӣ дарвозаи чурра қаноатбахш арзёбӣ гардида буд. усулҳои анъанавии гузаронида шуд (Чадвали 6.).

Чадвали 6. – Усулҳои тармимӣ чурраи қадкашак

Усулҳои ҷарроҳӣ	Миқдор	
	мут	%
Чуррабурии анъанавӣ	119	88,8
Чуррабурии бешиддат	7	5,2
Чуррабурии комбинатсионӣ	8	6,0
Умумӣ	134	100

Дар 7 нафар беморе, ки дарвозаи чурра калон мебошад ва аз 18 сола боло мебошанд тармимӣ бидуни шиддат гузаронида шуданд. Дар 3 ҳолат чурраи рост ва дар 4 ҳолати чурраи қачи қадкашаку мойдони мушоҳида карда шуд.

Бо истифода аз усули маъмулии чурраҳалта ва танобаки манӣ озод мегардид. Пас аз танг кардани ҳалқаи дохилаи мавзеи қадкашак дӯхтани фастсия, тури синтетикиро ба болои фастсия гузошта, бо дарзҳои гирреҳӣ (усули onlay) медузданд. Дар 4 мавриди дигар аз тури синтетикӣ Prolen ва дар 3 ҳолати боқимонда тури аз Эсфил истифода шуданд.

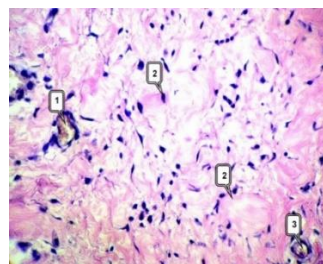
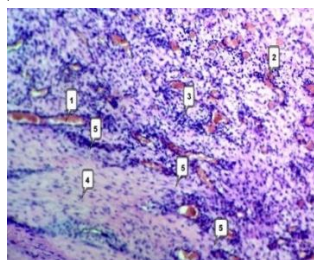
Дар 8 ҳолати дигар тармимӣ омехтаи дарвозаи чурра, пеш аз ҳама, мустаҳкамкунии маҳаллӣ пластикии девори паси қадкашак гузаронида шуд. Бо назардошти шиддати мӯътадил ва хатари мавҷудияти такрорӣ, хати тармимӣ тавассути гузоштани тур бо усули onlay ба таври иловагӣ мустаҳкам карда шуд. Аз байни 8 бемор тури Эсфил дар 3 ҳолат ва "Ortilene Mesh LP" дар 5 ҳолат истифода шудааст.

Тавре ки дар боло зикр гардид, дар аксари ҳолатҳо намудҳои гуногуни ҳерниопластикаи анъанавӣ истифода мешуданд. Нишондодҳои истифодаи онҳо дар давраи кӯдакӣ, нисбатан хурд будани дарвозаи чурра, набудани такрори патология дар ин гурӯҳ, вале муҳимтар аз ҳама, пайвастигии қабати мушакҳои маҳаллии апоневротикӣ дар атрофи дарвозаи чурра буд. Вобаста ба синну соли беморон, ҳолати дарвозаи чурра ва андозаи чурра усулҳои гуногуни ҳерниопластикаи анъанавӣ истифода мешуданд.

Дар аксар мавридҳо (34,4%) усули ҳерниопластикаи бо Ру-Краснобоев истифода шудааст. Техника танҳо барои кӯдакони то 18-сола истифода мешуд. Усули Мартинов дар кудакони аз 14 то 18-сола дар 31% маврид гузаронида шудааст. Калонсолон асосан усулҳои ҳерниопластикаро ба усули Кукуҷонов ва Бассини истифода мешуд. Дар 8 мушоҳида техникаи Shouldice истифода бурда шуд, сад як 6,8%-ро ташкил дод.

Мо инчунин аз 10 нафар беморони гирифтори чурраи аввалия барои ташҳиси патоморфологӣ гирифтём, ки ҳангоми чуррабури гирифта шуда буданд. Объекти тадқиқот маводе буд, ки аз 10 бемор гирифта шудааст.

Қисмҳои бофтаи гирифташуда ранги нахдори хокистарранг-гулобиранг, қисми дарунии бофта гулобии равшани иборат буда аз дар минтақаҳои ҷарбу зардранг, концентратсияи мулоим, ки андозаҳои онҳо аз 1,8x1 буд. .5см, 1,4x1,5см то 2,0x2,6 см барои муоинаи минбаъдаи гистологӣ.



Расми 1 - Тасвири гистологӣ бофтаи Расми 2. - Тасвири гистологӣ бофтаи пайвастандаи навтаъсиси ҳалтаи чурра. пайванднашудаи гардани ҳалтаи чурра. Микрослайд. 3. x 10 маротиба. Микрослайд. Ув. x 40 маротиба.

Омӯзиши гистологӣ чурраи ибтидоии қадкашак муайян кардааст, ки таносуби ҳаҷми бофтаи ҷарбу ва бофтаи пайвандкунанда аз дарвозаи чурра ба поёни чурраҳалта

муствақиман мутаносиб аст. Дар қабати апоневротикии мушакҳо низ афзоиши таркиби бофтаи равшан ва бофтаи пайвандкунанда муайян карда шуд. Нисбат ба давра таносуби баръакси шумораи нахҳои коллаген дар дарвозаи чурра, чурра халта ва мушакҳо пайдо шуд. Бо зиёд шудани давраи интиқоли чурра, миқдори нахҳои коллаген дар минтақаи дарвозаи чурра кам мешавад. Таносуби муствақими мутаносиби раванди илтиҳобӣ дар шакли инфилтратсияи диффузии лейкоцитҳо бо омехтаи лимфоситҳо ва макрофагҳо дар минтақаи дарвоза ва халтаи герниалӣ равшан дида мешавад (расми 1, 2). Инчунин, бо зиёд шудани бофтаи чарбу ва бофтаи пайвандӣ ҳам шумора ва ҳам диаметри рағҳои хун аз дарвоза то чурра халта кам мешавад. Бо афзоиши давомнокии чурра, сатҳи нобаробари эндотелияи рағҳо низ хос аст.

Нишондодҳо барои амалиёти такрорӣ дар ҳамаи 48 беморон мутлақ буданд ва ин беморон аз ҷиҳати муайян кардани ҳолати ибтидоии бофтаҳо ва интиҳоби усули такрорӣ ҳамчун категорияи мураккаб тасниф карда шуданд.

Дар роҳи ташхис ва интиҳоби усули ҷарроҳӣ як қатор омилҳо вучуд доштанд, ки нақшаи муоина ва интиҳоби усули такрорӣ ҷарроҳиро хеле душвор мегардонданд. Омилҳо дар баъзе ҳолатҳо метавонанд ҳам ба раванди иҷрои техникаи амалиёт ва ҳам ба натиҷаҳои дарозмуддати функционалии амалиёт таъсири манфӣ расонанд. Аз сабаби мураккабии таъбаат мо тасмим гирифтём, ки ҳар як омилро, ки ба ҷараёни беморӣ, ташхис ва интиҳоби ҷарроҳӣ таъсири манфӣ мерасонад, дар зер номбар кунем.

Аввалан, такрори патология дар ҳама ҳолатҳо ба рушди раванди илтиҳобӣ, ки дар атрофи тамоми сохторҳои минтақаи ғафс алоқаманд аст, мусоидат мекунад. Дар ин ҳолат, бешубҳа, омезиши унсурҳои танобаки манӣ бо апоневрозҳои мушакҳои берунии шикам вучуд дорад. Ҷарроҳии такрорӣ, ки бо ҷашми бараҳна анҷом дода мешавад, ҳатари осеби ятрогении элементҳои сперматикӣ ҳангоми сафарбаркунии халтаи герниалӣ хеле зиёд мешавад.

Сониян, амалияи мо нишон дод, ки турҳои синтетикӣ пештар истифодашуда, ки чандирии бофтаҳои маҳаллиро хеле тағйир медиханд, сафарбар намудани на танҳо ҳуди халтаи чурра, балки элементҳои танобаки маниро ҳам хеле душвор мегардонанд. Баъзан дар муайян кардани сохторҳои, ки дар ин минтақа ҷойгиранд, мушкilot ба миён меоянд. Пайвастанӣ саҳти протез бо бофтаҳои атроф, бе ҳаракат ва сангини сохтори протез нигоҳубини махсусро талаб мекунад. Тақрибан дар ҳама ҳолатҳо, кӯшишҳои хориҷ кардани протезҳои торӣ муваффақ нестанд.

Тавре ки 48 нафар бемороне, ки бо чурраи такрорӣ қабул шудаанд, нишон доданд, дар 14 мушоҳида дар дигар муассисаҳои тиббӣ барои ислоҳи патологияи аввалия турҳои гуногун истифода шудаанд. Омилҳои дар боло зикршуда, ки ҳангоми ислоҳи чурраҳои такроршаванда дар ин 14 бемор садди роҳи мо мешаванд, дар сафарбаркунии ҳам халтаи чурра ва ҳам элементҳои танобаки манӣ душвории муайяни техника ба вучуд оварданд. Ҳангоми интиҳоби усули ислоҳи такрорӣ ҷарроҳӣ низ душвории муайян ба миён омаданд. Аммо сарфи назар аз душвории мавҷудаи техника дар вақти қор, истифодаи васеъшавии оптикӣ вазифаи моро хеле осон кард. Муайян намудани дурусти ҳуди халтаи чурра, унсурҳои танобаки манӣ (маҳсусан рағҳои тестикулярӣ ва рағҳои лимфатикӣ) бо ҷашми мусаллаҳ, дар баробари ҳалли тарафи техникаи масъала, пешгирии осеби ятрогении сохторҳо гардид.

Яке аз вазифаҳои, ки дар ҷараёни амалиёт дар назди мо гузошта шуда буданд, муайян кардани мавҷудияти алоқии байни элементҳои танобаки манӣ ва протез ва дараҷаи иштироки вазҳо дар ҷараёни часпиш ва баҳодихии мувофиқати он буд. Дар баробари ин, истифодаи технологияи васеъкунии оптикӣ ва дақиқ на танҳо барои кӯдакон, балки барои беморони калонсол низ асоснок ҳисобида шуд.

Ҳангоми ислоҳи патология дар байни 14 нафар беморони гирифтори чурраҳои такрорӣ, мо дар ду мушоҳида ба мушкilotи муайяни ташхисӣ ва минбаъдаи техника дучор шудем, ки дар заминаи протезҳои қаблан истифодашуда, фосилаҳои сирояти зиёда аз як сол

вучуд доштанд. Дар ҳарду беморон, дар баробари такрори патология, пошхӯрии такрории захм ва пас аз ҳаракати рӯда пас аз поён рафтани раванд қайд карда шуд. Ба ин беморон борҳо санитариям очакҳои чирк ва бартараф кардани лигатураҳои сироятшуда гузаронда шуданд.

Ҳамаи беморони гирифтори чурраи такрорӣ тахти беҳисгардонии умумӣ ҷарроҳӣ карда шуданд. Аз шумораи умумии беморон ($n=48$) чурраи такрорӣ дар 6 кӯдаки то 18-сола ба қайд гирифта шудааст, ки 12,5% -ро ташкил медиҳад. Усулҳои даҳолати ҷарроҳӣ барои бартараф кардани чурраи такрорӣ (Ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. - Усулҳои ислоҳи чурраҳои такроршаванда

Усулҳои ҷарроҳӣ	Андозаи миёнаи чурраҳо, $M \pm m$	
	дарозӣ, см	васеъӣ, см
Чуррабурии анъанавӣ ($n=23$)	2,8±0,4	3,0±0,3
Чуррабурии бешиддат ($n=10$)	8,5±1,3	7,8±1,6
Чуррабурии комбинатсионӣ ($n=15$)	4,4±1,6	4,2±1,2
<i>P</i>	$p_{1-2} < 0,001$; $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} < 0,05$	$p_{1-2} < 0,001$; $p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$

Эзоҳ: p_{1-2} - аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо бо герниопластикаи анъанавӣ ва гайришиддати, p_{1-3} - байни гурӯҳҳои герниопластикаи анъанавӣ ва омехта, p_{2-3} - байни гурӯҳҳо, ки герниопластикаи гайришиддат ва омехта (мувофиқи ба санҷиши Mann-Whitney U).

Усулҳои анъанавии ҳерниопластика дар 23 нафар беморон гузаронида шуданд, ки 48% -ро ташкил дод. Дар баробари ин, андозаи дарвозаи чурра ҳадди ақал буда, ҳолати қабати мушаку апоневротики қаноатбахш арзёбӣ карда шуд.

Дар 10 мавриде, ки андозаи миёнаи дарвозаи чурра калон буд ва ба ҳисоби миёна $8,5 \pm 3,1 \times 7,8 \pm 2,6$ см² буд, усулҳои ҳерниопластикаи бешиддат истифода шуданд. Бо ин мақсад дар 4 бемор протези Polimesh Dual (intraperitoneal mesh) ва дар 6 маврид аз протези полипропиленӣ Optimezed composite mesh (Parietex) истифода шудааст. Қобили зикр аст, ки дар миёни ин 10 бемор 3 нафар қаблан аз турҳои синтетикӣ истифода кардаанд. Дар ду ҳолат протезҳо дар баробари кунҷҳои тағирёфтаи апоневроз хорич карда шуданд, дар як мушоҳида протез муайян карда нашуд.

Маълумоти собиқаҳои бемори маълум кард, ки 23 (48%) бемороне, ки мо барояшон тармими маҳаллии девори паси қадашакро анҷом додем, қаблан дар дигар муассисаҳои тиббӣ усулҳои анъанавӣ (21) ва бешиддатӣ (2) аз сар гузаронидаанд.

Ҳангоми ҷарроҳии такрорӣ, ҳамаи 23 беморон аз рӯи ҳолати қабати апоневротикии мушакҳо, андозаи дарвозаи чурра, ҳолати элементҳои танобаки манӣ ва муносибати онҳо ба минтақаи тармимӣ ва ҳалтаи чурра арзёбӣ карда шуданд. Тактикаи интиҳобкардаи мо (истифодаи захираҳои маҳаллӣ барои бартараф кардани нуқсонҳои чурра) дар ҳама ҳолатҳо асоснок буд, ҳолати қабати апоневротикии мушакӣ дар атрофи дарвозаи чурра имкон дод, ки ҳерниопластикаи анъанавии такрорӣ гузаронида шавад.

Дар байни усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ бештар (39,2%) техникаи Кукуҷонов истифода мешуд. Кӯдакони то 18-сола бо усули Мартинов ($n=4$) ва Бассини ($n=2$) герниопластикаи анъанавӣ гузаронида шуданд. Барои чурраи дутарафа дар 4 ҳолат усули герниопластика аз рӯи Шоулдайс ва Бассини истифода шудааст, яъне. Аз як тараф, усули якум, аз тарафи дигар, усули дуҷум ба амал бароварда шуд.

Дар ду ҳолате, ки пас аз усулҳои омехтаи чуррабури оризаҳо доштанд, усулҳои Кукуҷонов ва Шоулдайс истифода шуданд.

Истифодаи усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ пас аз усулҳои бешиддат бо он алоқаманд буд, ки лигатураҳои хоричшуда сироят ёфтаанд ва ҳатари дубора сироят кардани захм вучуд дошт. Аммо дар ҳар ду мушоҳида ҳолати қабати апоневротикии мушакҳо қаноатбахш баҳо дода шуда, ҳангоми таъмири девори чурра шиддати махсус қайд карда нашудааст. Илова бар ин, майдони нуқсон ва торҳои аксизӣ бо маҳлули 5% Вавеган коркард карда шуд.

Муайян карда шуд, ки як бемори гирифтори чурраи такроршаванда ва мавҷудияти фистула берун аз ҷумҳурии мо ҷарроҳӣ карда шуда, ба дигараш дар яке аз шӯъбаҳои ҷарроҳии ш. Душанбе ҷуррабурии ибтидоӣ гузаронида шудааст.

Дар вақти истифода бурдани турҳои проленӣ дар 5 мушоҳида таъсири манфии протезро ба элементҳои танобаки манӣ ба назар гирифта, мо усули аз таъсири тур муҳофизат намудани элементҳои танобаки маниро коркард намудем. Бо ин мақсад флеппи аз хун таъминшуда дар пойча васеъ бурида ва аз болои тур кӯчонида шуд.

Баъди ба болои тур гузоштан ва фиксатсия кардани флепп элементҳои танобаки мани ба мавзеи нафтаъсис гузошта мешуд (Расми 3)

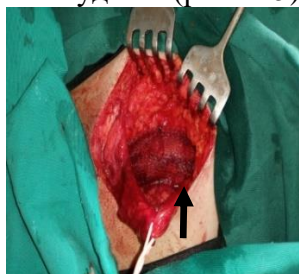


Расми 3. - Элементҳои танобаки манӣ, ки дар мавзеи нафтаъсисанд

Бо ҳамин тариқ, элементҳои танобаки маниро аз таъсири тур муҳофизат мекарданд.

Барои ҷурраҳои нисбатан калони такроршаванда, вақте ки раванди лиҳома намоён вучуд дошт ва маҳдудиятҳо дар истифодаи флеппи аз хунтаъминшуда маҳдудият дошт, интиҳоб истифода бурдани фастсияи Томпсон буд. Дар 4 маврид пас аз ҷарроҳии тармимӣ дарвозаи ҷурра бо усули омехта бо мақсади ҳифзи элементҳои танобаки манӣ фастсияи Томпсонро гузоштем, ки барои он патенти хурди ҚТ № (ТJ) 1295 ҷоиз гардидем.

Пас аз истифодаи яке аз усулҳои тармимии маҳаллӣ барои мустаҳкам кардани девори паси қадашак ба таври илова тур бо андозаи мувофиқ дар болои хати дарз ҷойгир карда шуд (расми 4) ва пас аз кашидани хати буридани фастсияи Томпсон. дар заминаи васеъ бардошта шудааст (расми 5).

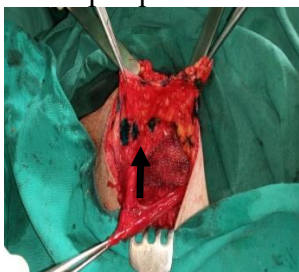


Расми 4. – Тармими комбинатсионӣ



Расми 5. - Озоднамудани ф.Томпсон

Пас аз сафарбаркунии ҷурраи фастсия дараҷаи гардиши хунгардиш баҳо дода, элементҳои танобаки манӣ ба тарафи медиалӣ баланд карда шуданд (расми 6) ва дар сурати набудани ишемияи флеп охириро ба болои он гузоштанд.(расми 7).



Расми 6 – Озодшудаи ф.Томпсон



Расми 7. - Мустаҳкамгардонидани ф. Томпсон

Пеш аз ҳама ҳалтаҳои ҷурра бе-зарар ба гардан сафарбар карда, баъд аз тафтиш кушода шуданд. Вақте ки ҳалтаҳои ҷурра кушода шуданд, таркиби он ҷарбу калон, рӯдаи бориқ ва ғафс мебошад.

Ҳангоми гузаронидани ҷарроҳӣ барои ҷурраи такрорӣ рӯда мо дар 12 ҳолат фишурдани танобаки мани қайд кардем, ки дар байни онҳо дар 5 ҳолат дараҷаи

фишурдашавӣ маълум буд. Дар байни ин 5 мушоҳида, як бемор такрори дугарафаи чурраи ризо бо фишурдани элементҳои танобаки маний дошт. Бемор вайрон кардани сохтори ҳуди танобаки маний дошт, аммо онҳо қобили қабул буданд. Дар бемори дигар, ки у низ барои чурраи дугарафа ҷарроҳӣ шудааст, такрори патология дар тарафи чап ба қайд гирифта шудааст. Ҳангоми амалиёт дараҷаи фишурдани элементҳои танобаки маний дар тамоми дарозии захм маълум буд, аммо дар тарафи чапи он андоза берун аз ҳалқаи берунии қадкашак васеъ гардидааст. Тавсифи ин ҳолати клиникӣ дар мисоли клиникӣ муфассалтар оварда шудааст.

Дар 4 маврид бури танобаки маний дар захм ёфт шуд (Расми 8). Вақте ки элементҳои танобаки маний фишурда шуданд, мо онҳоро бо нармӣ озод кардем ва ҳангоми гузаштан аз канал танҳо дар ду ҳолат ба мо имкон доштем, ки анастомози «нуг ба нуг» ба анҷом расонем (Расми 9). Пас аз анҷоми амалиёти ҷарроҳии ҳерниопластика гузаронида шуд. Бояд гуфт, ки ҳамаи 2 нафар бемороне, ки дар онҳо танобаки маний пайдо нашудааст, синну солашон аз 60 боло буда, дар тарафи муқобил чурра мушоҳида нашудааст.

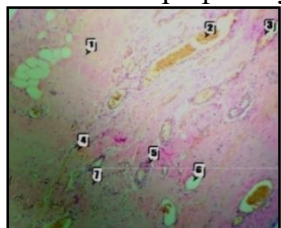


Расми 8 – Танобаки мании буридашуда

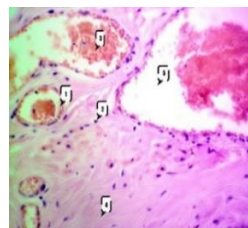


Расми 9 – Танобаки мании барқароршуда

Мо низ аз бемороне гирифтём, ки вақт ва усулҳои анҷом додани чурраҳо гуногун буданд, ки баъд аз он боиси тақрор шудани чурра гардид. Ҳангоми ҷарроҳӣ намунаи биопсия барои таҳлили патологӣ гирифта шуд. Объекти тадқиқот матоъе буд, ки аз (n = 10) беморон аз 1 то 5 сол пеш гирифта шудааст.



Расми 10. - Тасвири гистологии бофтаи пайванднашудаи гарданаки чурраҳалта дар чурраи тақроршаванда. 3. x 10x/0,25 мар.



Расми 11. - Тасвири гистологии бофтаи пайванднашудаи гарданаки чурраҳалта ҳангоми тақроршавӣ. 3. x40x/0,65 маротиба.

Тадқиқоти гистологии чурраи тақроршавандаи қадкашак низ мутаносибии мустақимро ба ҳаҷми бофтаи ҷарбу ва бофтаи пайвандкунанда аз дарвозаи чурра то поёни ҳалтаи чурра муайян кард. Ҳангоми тақроршавӣ тағироти намоёни дистрофӣ-дегенеративӣ дар қабати апоневротикӣ мушакҳо аён буданд. Муносибати мутаносибии мутаносиб байни шумора ва раҳи нахҳои коллаген дар минтақаи дарвозаи чурра низ раднопазир аст. Варамии фибриноидии нахҳои коллаген ва аломатҳои омоси байниэпителиалӣ бо тағироти дистрофӣ ва некробиотикӣ низ мушоҳида карда шуданд. Ҳамаи ин процесҳо бо деворҳои раг, пурхун ва гафшавии рағҳои хунравии ин минтақа алоқаманданд (расми 10,11).

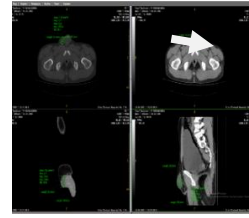
Ба гурӯҳи сеюми клиникӣ 22 беморони гирифтори омезиши чурраи бо крипторхизм дохил шуданд. Дар ҳамаи беморон, сарфи назар аз пешниҳоди дертар, чурра модарзодӣ буданд. Мушкilotи таҳлис дар ду мушоҳида ба амал омад, ки ҳангоми муоинаи объективӣ ва истифодаи ултрасадо дар дохили шикам ошкор карда нашуд. Дар ин маврид томографияи компютерӣ истифода шудааст.

Синну соли як бемор 16, дигаре 28 сола буд. Бемори охирин як сол мешавад, ки оиладор аст ва фарзанд надорад. Ҳангоми таҳлили спермограмма дар ин бемор азооспремия қайд карда мешавад.

Дар ҳарду мушоҳидаҳо томографияи компютерӣ қайд кард, ки мояҳои эктопикӣ дар ковокии шикам ҷойгир шудаанд (Расми 12,13).



Расми 12. - КТ. Ҳолати сохторҳои анатомӣ пеш аз тармими ва поенфаровардани моя



Расми 13. - Ҳолати сохторҳои анатомӣ пас аз тармими ва поенфаровардани моя

Мушкилоти табобат дар беморони гирифтори чурра бо крипторхизм бо якчанд омилҳо алоқаманд буданд. Дар ин маврид омилҳои асосӣ дар таъхироти крипторхизм ва аз ин рӯ, дертар гузаронида шудани амалиёт доништа шуд. Сониян, таъсири крипторхизм ба функцияи репродуктивӣ, яъне. таъсири патология ба фаъолияти ҳормоналии бадан сабаби издивоҷи безурӯғӣ гардид. Вобаста ба ин, омӯхтани ҳолати ибтидоии гормонҳои хун кори душвор буд ва табиист, ки ислоҳи он низ муддати дарозро талаб мекунад.

Ҳангоми амалиёт як чанд душворӣҳо ҳангоми эктопикӣ ҷойгир шудани моя, вақте ки охири дар фосилаҳои гуногун, алалхусус ба ковокии шикам берун аз мойдон ҷойгир буданд, инчунин як қатор душворӣҳои техники ба амал омаданд. Дар ин гуна мавридҳо мо дар рафти сафарбаркуни ва ба мойдон фаровардани моя мушкилиҳо доштем. Дар як маврид кӯтоҳи рағҳои моя имкон намерасид, ки моя ба мойдон ворид шавад. Қисми медиалии халтаи чурра бо скарҳои танобаки манӣ саҳт пайваст буд. Халта сафарбар шуд, мазмунаш халқаҳои рӯдаи борик буд. Пас аз кам бартараф намудани чурра халта бо усули анъанавӣ ҷарроҳии тармими девори паси қадкашак анҷом дода шуд.

Муваффақияти ҳар як амалиёти ислоҳи чурра, новобаста аз андозаи дарвозаи чурра, бо усули оптималии амалиёт ба даст оварда мешавад, ки вобаста ба намуди чурра мустақкам шудани девораҳои канали рӯдаро таъмин мекунад. Вақте ки чурра бо крипторхизм омехта мешавад, мо дар ҳама ҳолатҳо ҳерниопластикаи анъанавиро усули мувофиқ мешуморем. Тактикаи интиҳобшуда танҳо аз сабаби он буд, ки ҳама чурраҳо ибтидоӣ буданд, ҳолати қабати апоневротикӣ мушакҳо қаноатбахш арзёбӣ карда шуд. Махсусан кайд кардан лозим аст, ки ҳангоми ба қор андохтани элементҳои сперматикӣ, паст кардани устухон, кати апоневротикӣ мушакҳо на протезҳои тории синтетикӣ, балки барои элементҳо таъминоти хуни худ буд. Истифодаи охири барои чурраҳои қалон ва азим асоснок ҳисобида мешавад, ки дар он ҷо имкониятҳои ҷарроҳии тармими маҳаллӣ якбора танг карда мешаванд. Бо вучуди ин, алоқаи мавҷудаи протези синтетикӣ бо танобаки манӣ метавонад ба ҷараёни раванд таъсири манфӣ расонад ва дар натиҷа як қатор мушкилоти номатлубро ба вучуд орад.

Амалиёти ҷарроҳӣ оиди омезиши чурраи бо крипторхизм дар беморони то 14-сола бо истифода аз усули Ру-Краснобаев дар 10 (45,5%) ва бо усули Мартинов дар 8 (36,4%) гузаронида шуданд. Дар беморони аз 14 сола боло, мувофиқи нишондодҳо, коҳиши ҳамзамон бо таҳкими девори паси қадкашк ба усули Кукуҷонов дар 3 (13,6%) ва аз рӯи усули Бассини дар 1 (4,5%) анҷом дода шудааст (расми 13).

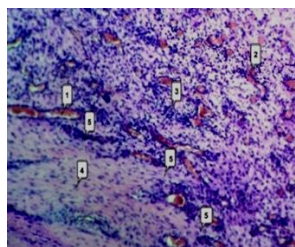
Ҳангоми гузаронидани ҷарроҳӣ, риояи қоидаҳои муайян ҳатмӣ аст, махсусан ҳангоми таъмири чуррабури дар кӯдакон. Дар баробари ин, ҷарроҳ бо ҳалли якчанд мушкилиҳои баъзан душвор дучор мешавад. Яке аз ҷанбаҳои амалиёт, ки хеле муҳим доништа мешавад, моҳирона ҷудо кардани қабати миёнаравии халтаи герниалӣ аз унсурҳои сими сперматикӣ мебошад. Ин махсусан ҳангоми гузаронидани ҷарроҳии қудакони гуруҳҳои хурдсол, ки андозаи элементҳои танобаки манӣ хурд буда, баъзан бо ҷашми оддиро муайян кардан душвор аст ва сафарбаркунии онҳо хеле душвор аст, аҳамияти махсус дорад.

Истифодаи тармими мавзӯи дарвозаи чурра, интиҳоби муносиби ҷарроҳӣ дар ин гурӯҳи клиникӣ ҳисобида шуд. Ҳангоми анҷом додани амалиёти омезиши чурра бо крипторхизм, дар баробари рафъи тамос бо тури пролени ҳангоми мустақкам кардани девори паси ё пешии қадкашак, мо аз фишурдани элементҳои танобаки манӣ худдорӣ

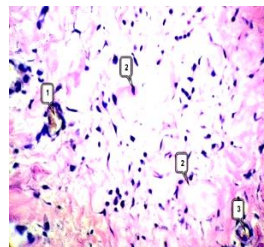
кардем. Гузашта аз ин, дар ҳама ҳолатҳои сафарбаркунии танобаки манӣ, новобаста аз ҳолати хунгардиши моя, бе шиддати зиёд ба поён оварда мешуд.

Инчунин 10 нафар беморони гирифтори омезиши чурраи қадкашак бо крипторхизмо барои муоинаи патоморфологӣ ҳангоми ҷарроҳӣ гирифтём. Объекти тадқиқот матоъе буд, ки аз 10 бемор ($n=10$) 1-6 сол пеш гирифта шудааст. Тадқиқоти морфологӣ дар лабораторияи марказии тадқиқоти илмии морфологӣ гузаронда шуд.

Омузиши гистологии омезиши чурраи қадашак бо крипторхизм муайян кардааст, ки номуташаққилии фазой ориентатсияи ва пастшавии хоси ғафсӣ ва зичии нахҳои коллаген вучуд дорад, ки дар ниҳоят ба ҳолати бофтаи пайвандкунанда таъсири назаррас мерасонад (расми 18-21).



Расми 14. Тасвири гистологии бофтаи пайванднашудаи омезиши чурра бо крипторхизм Микрослайд. 3. x 10 маротиба.



Расми 15 - Тасвири гистологии бофтаи пайванднашудаи гарданаки чурра.. Микрослайд. 3. x 40 маротиба.

Ҳамин тариқ, омезиши чурра бо крипторхизм кам ба назар мерасад ва чурра дар ҳама ҳолатҳо модарзодӣ аст. Мушкilot дар ташхис ҳангоми дарёфти моя асосан бо ҳолатҳои алоқаманд аст, ки мочаро дар ковокии шикам ҷойгир буда, бо omentum major ё рӯдаи борик пӯшонида шудааст. КТ дар чунин ҳолатҳо иттилоотӣ аст. Ҳама ҳолатҳои эктопияи тестикулярӣ нишонаи коҳиш дар давраи нисбатан барвақти пас аз таваллуди кӯдак мебошанд. Истифодаи усулҳои анъанавии герниопластика беҳтарин тарз барои ҷарроҳӣ мебошад.

Ҳангоми интихоби усули ҷарроҳии чурра, ҳангоми пайдо шудани чурраи такроршаванда, махсусан ҳангоми такроршавии чурраи пас аз усулҳои бешиддати, ки дар он элементҳои танобаки манӣ бо тур ба ҳам мепайванданд, ба амал омадаанд. Аммо истифодаи калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ, ки вазифаи моро хеле осон кард, ходисаҳои ятрогениро бартарарф кард. Тибқи маълумоти адабиёти солҳои охир, осеби ятрогении рағҳои сперматикӣ ҳангоми герниопластика аз 1,7 то 25%-ро ташкил медиҳанд.

Дар давраи фаврии пас аз ҷарроҳӣ, натиҷаҳо дар ҳамаи беморон дар ҳар се гурӯҳи клиникӣ омӯхта шуданд. Ғайр аз ин, дар 24 мушоҳида намудҳои гуногуни мушкилихо мушоҳида карда шуданд, ки ин 11,7%-ро ташкил дод. Мушкilotи бештар маъмул пас аз ҷарроҳӣ серома буд, ки гирифторӣ ба беморони мо 7,3% буд. Мо дар давоми як ҳафтаи аввали баъди ҷарроҳӣ дар 9 ҳолат фасодгири захмо мушоҳида кардем, ки ба 4,4% баробар шуд.

Мушкilotи вобаста ба усули амалиёт низ омӯхта шуданд. Пас аз герниопластикаи анъанавӣ ориза захмҳо 4,2% буд. Пас аз анҷоми ҷарроҳии тармимии омехта, шумораи зиёди оризаҳо 10% -ро ташкил дод. Ҳангоми ҳерниопластикаи бешиддат мо оризаҳои захмо пай набурдем.

Дар маҷмӯъ, дар ҳама гурӯҳҳои клиникӣ, мо дар 27,7% ҳолатҳо бемории серомаро қайд кардем, дар ҳоле, ки дар 14,2% беморон фасодгирии захмҳо рух додааст.

Дар байни шумораи умумии беморони гурӯҳи якум, натиҷаҳои функционалии дарозмуддат дар 112 (83,5%) омӯхта шуданд. Дар байни муоинашудагон дар 10 нафар беморон навъҳои гуногуни оризаҳо ба қайд гирифта шудаанд, ки ба 8,9% баробар аст. Синдроми рефлексии дарди 2 (1,8%), лигатура 3 (2,6%) ва такроршавии чурра 5 (4,5%).

Дар гурӯҳи дуҷуми клиникӣ (48), серома пас аз усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ дар 17,3%, пас аз усулҳои омехта дар 6,6% беморон рух додааст. Мо дар 8,6% усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ, дар 10% усулҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои омехта дар 6,6% беморон фасодгирии захмҳоро қайд кардем. Дар муддати тӯлонӣ дар байни 41 беморони муоинашуда тақрори

патология дар 6 бемор ба қайд гирифта шудааст, ки 14,6% -ро ташкил медиҳад. Дар байни 22 беморони ҷарроҳии гурӯҳи сеюми клиникӣ, дар як бемори ҷарроҳӣ серома ва дар 4 беморони ҷарроҳии чурра бо крипторхизм пайдо шудааст. Натиҷаҳои дарозмуддати ҷарроҳӣ дар ҳамаи 22 беморон омӯхта шуданд. Дар ягон бемор такрори чурра мушоҳида карда нашудааст.

Ҳамин тариқ, натиҷаҳои ҷарроҳии мавзеи қадкашак бештар аз синну соли беморон, намуди чурра ва усули ҷарроҳии истифодашуда вобаста буд. Сари вақт дарк намудани навъҳои гуногуни мушкилиҳо дар рузҳои наздики баъди ҷарроҳи ва ба таври муносиб баргараф намудани онҳо оризаҳои манфиро аз байн бурд. Басомади ҳадди ақали такроршавии чурра ва дигар мушкилиҳои назаррас дар муддати тӯлонӣ, баргардонидани шумораи мутлақи беморони ҷарроҳӣ ба касби пештараашон меъёри бевоситаи баланд бардоштани сифати зиндагии онҳо мебошад.

ХУЛОСАҲО

1. Маълумот аз усулҳои ташҳиси инструменталӣ дар беморони гирифтори чурраи ибтидоӣ, такроршаванда дар якҷоягӣ бо крипторхизм аз иттилоотнокӣи баланди ин усулҳо барои интихоби тактикаи ҷарроҳӣ шаҳодат медиҳанд [1 – М, 3 - М, 4 - М, 5 -М, 6 -М, 7 -М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М, 12-М].

2. Мушкilotи эҳтимолии таъмири чурраи қадкашак дорои хусусияти осебпазир, аз қабилӣ осебгирии танобаки манӣ ва моя, осеб дидани рағҳо, артерия ва рағҳои тестикулярӣ ва лимфавӣ, дар навбати худ, бевосита ба вариантҳои коркарди чурраҳалта алоқаманданд, истифодаи васеъкунии оптикӣ ва технологияи дақиқ онҳоро коҳиш медиҳад [2 –М, 6 –М, 13 –М, 14 – М, 15 –М, 16 –М].

3. Усулҳои таҳияшудаи ҷарроҳии тармимӣ ва техникаи таъмири чурра имкон медиҳанд, ки осеби ҷарроҳии танобаки манӣ то ҳадди имкон кам карда шавад ва дараҷаи таъсири ҳерниопластикаи қадкашак ба гардиши хуни рағҳои танобаки манӣ то ҳадди имкон кам карда шавад [1 –М, 3 –М, 5 . —М, 6 —М, 8 —М, 9 —М, 10 —М, 11 —М, 12 —М, 13 —М, 14 —М, 15 — М, 16 —М, 17 —М, 18-М, 19 —М, 20 -М].

4. Сифати зиндагии бемороне, ки табобати ҷарроҳии чурраи қадкашак ва дар якҷоягӣ бо крипторхизмро дар давраи фаврӣ ва дери пас аз ҷарроҳӣ гузарониданд, сарфи назар аз усули интихобшудаи ҷарроҳии тармимӣ нишондиҳандаи баланд боқӣ мемонад ва нисбат ба давраи пеш аз ҷарроҳӣ баланд мешавад [2 -М, 6 —М, 13 —М, 14 —М, 15 —М, 16 —М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Барои навъҳои ибтидоӣ ва такрорӣ чурраи қадкашак, инчунин омезиши чурра бо крипторхизм истифода бурдани усулҳои иловагии таҳқиқот бо мақсади дуруст муайян кардани андозаи дарвозаи чурра, таркиби ҳалтаи чурра ва пешгирии мушкилиҳои гуногун.

2. Иҷрои амалиёт зери калонкунии оптикӣ аз хатари осеби ятрогении элементҳои танобаки манӣ ва торҳои асаб пешгирӣ мекунад, ки ба фаъолияти репродуктивии мардон таъсири мусбат мерасонад.

3. Нишондодҳои истифодаи усулҳои тармимии маҳаллии ҳерниопластика барои чурраҳои хурди ибтидоӣ васеъ карда мешаванд, дар ҳоле ки чурраҳои калон ва шаклҳои такроршаванда истифодаи усулҳои бешиддати ҳерниопластикаро тақозо мекунанд. Иҷрои ҳерниопластика бо кам кардани мояи эктопикӣ зери калонкунии оптикӣ бо дарозии максималии рағҳои он варианти оптималии ҷарроҳии омезиши чурра бо крипторхизм мебошад.

4. Интихоби усули оптималии ҷарроҳии навъҳои ибтидоӣ ва такрорӣ чурраи қадкашак, инчунин омезиши чурраи қадкашак бо крипторхизм, дар баробари пешгирии мушкилиҳои гуногуни дохили ва пас аз ҷарроҳӣ, бештар намудани сифати зиндагии беморон; ба фаъолияти репродуктивии мардон таъсири мусбат мерасонад.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М]. Маликов М.Х. Особенности хирургического лечения рецидивных паховых грыж [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов //Авчи зухал. 2021.- №1. - С.113-120.

- [2-М]. Маликов М.Х. Девять случаев лечения детей с грыжей Амианда [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.Ш. Рашидов, Ф.Б. Бокиев, Ф.М. Хамидов// Вестник Авиценны. 2021. – №1 (23). – С. 118-123.
- [3-М]. Маликов М.Х. Хирургическая коррекция боковых и переднебоковых грыж живота [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, И.Т. Хомидов, О.М. Худойдодов, Ф.М. Хамидов, Н.А. Махмадкулова// Вестник Авиценны. – 2021. – №4 (23). – С. 609-617.
- [4-М]. Маликов М.Х. Хирургическое лечение паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова// Вестник Авиценны. – 2022 – № 1 (24). – С. 85-96.
- [5-М]. Хамидов Ф.М. Преимущество прецизионной техники и оптического увеличения при оперативном лечении паховых грыжах [Текст] /Ф.М. Хамидов[Текст]// Авчи зухал. – 2022. – №4.- С.120-126.
- [6-М]. Бокиев Ф.Б. Хирургическая тактика при коррекции больших и гигантских рецидивных вентральных грыж [Текст]/ Ф.Б. Бокиев, Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова //Симург. – 2023. – №2. – Т.18. – С.23-31.
- [7-М]. Хамидов Ф.М. Аспекты хирургического лечения паховых грыж [Текст]/ Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, А.М. Шарипов, Ф.Б. Бокиев //Симург. – 2023. – №2. – Т.18. – С.32-37.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда:

- [8-М]. Хамидов Ф.М. Использование оптического увеличения при лечении паховых грыж у детей[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. – Душанбе – 2020. - Т.2 - С.161-163.
- [9-М]. Маликов М.Х. Оптимизация методов хирургического лечения рецидивных паховых грыж[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов// Актуальные вопросы медицины и медицинского образования. Мат. Междун.науч-практ.конф. ГОУ ХГМУ. - Дангара - 2020. С77-79.
- [10-М]. Хамидов Ф.М. Влияние натяжной герниопластики на артериальное кровоснабжение яичка[Текст]/Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, О.М. Худойдодов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки. - Душанбе, - 2020. - С.243.
- [11-М]. Хамидов Ф.М. Возможности УЗИ в диагностике паховых грыж у мужчин[Текст]/Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, О.М. Худойдодов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки - Душанбе, - 2020 - С.243-244
- [12-М]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение рецидивных паховых грыж/ Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов, О.Т. Хомидов [Текст]// Фундаментальные и прикладные аспекты абдоминальной хирургии.материалы всер. науч-практ. конф. студ. и мол.уч. – Оренбург. – 2021. – С.129-132.
- [13-М]. Хамидов Ф.М. Использование оптического увеличения и прецизионной техники при лечении паховых грыж у детей[Текст]/ Ф.М. Хамидов // «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» 75-я Международная научно-практическая конференция студентов медицинских вузов и молодых учёных.- Самарканд.- 2021.- №2. – С.969-970.
- [14-М]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение сочетаний паховых грыж и крипторхизма[Текст]/ Ф. М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, И.Т. Хомидов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр.конф.мол.уч.и студ.- Душанбе.- 2021 - С.174-175.
- [15-М]. Хамидов Ф.М. Способ выделения грыжевого мешка при паховых грыжах у мужчин[Текст]/ Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдов, Ф.К. Маджитов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр.конф.мол.уч.и студ.- Душанбе.- 2021 - С.175.

[16-М]. Маликов М.Х. Использование прецизионной техники при лечении паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Н.А. Махмадқулова // «Современная медицина и современное образование». Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара. –2021. - С.146-147.

[17-М]. Хамидов Ф.М. Способы герниопластики при первичных паховых грыжах у мужчин[Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Саидов, М.Р. Муродова // «Современная медицина и современное образование». Материалы республиканской научно-практической конференции ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара. –2021. - С.182-183

[18-М]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей, перенесших ненатяжную герниопластику[Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, А.Н. Нодирбокиев// Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе. – 2022 – С. 354.

[19-М]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей перенесших классическое грыжесечение[Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, С.М. Холов // Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе. – 2022 – С. 355-356.

[20-М]. амидов Ф.М. Морфологическая картина грыжевого мешка при первичных и рецидивных паховых грыжах[Текст]/Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т.// Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решения. Мат.респ.науч.-прак.конф. – Дангара. – 2022 – С. 134.

[21-М]. Хамидов Ф.М. Влияние герниопластики на качество жизни[Текст]/ Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, Ф.Б. Бокиев// Наука и инновация в медицине - 2023. Мат. XVIII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. с межд.уч. – Душанбе. – 2023 – С. 364.

[22-М]. Хамидов Ф.М. Использование способа герниопластики при рецидивных паховых грыжах у мужчин[Текст]/Ф.М. Хамидов// сб. мат. 77 межд. науч.-практ.конф. – Самаркнд - 2023 – с. 568.

НАХУСТПАТЕНТҲО

[23-М]. «Способ укрепления передней брюшной стенки при несостоятельности мышечно-апоневротического слоя». Малый патент №ТJ 1141. Заявление №2001407. Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Бокиев Ф.Б., Хомидов И.Т., Худойдодов О.М., Саидов М.С.

[24-М]. «Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах» Малый патент № ТJ 1201. Заявление № 2101548. Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т., Саидов М.С.

[25-М]. «Способ пластики паховой области при рецидивных паховых грыжах у мужчин» Малый патент №1295 Заявление №2101518, Маликов М.Х., Каримзаде Г.Ч., Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т.

Рӯйхати ихтисорот ва конвенцияҳо

ХЧ	-	Халтаи чурра
ТЧ	-	тармими чурра
Ч	-	чуррабури
СЗ	-	сифати зиндагӣ
ТК	-	томографияи компьютерӣ
СГХ	-	суръати хатти гардиши хун
ЧҚ	-	чурраи қадкашак
КҚ	-	каналҳои қадкашак
МЧИҚДР	-	Муассисаи давлатии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо
ДДТТ	-	Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
MOSSF 36	-	Саволномаи сифати зиндагӣ дар Аврупо

АННОТАЦИЯ
ХАМИДОВА ФАРИДУНА МАЪРУФОВИЧА
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У
МУЖЧИН

Ключевые слова: паховые грыжи, рецидив, сочетание паховой грыжи с крипторхизмом, герниопластика.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у мужчин с применением оптического увеличения и прецизионной техники.

Методы исследования и использованная аппаратура: В диссертационной работе применены клинико-лабораторные и биохимические исследования крови. Ультразвуковое доплерография и цветное дуплексное сканирование проведено, компьютерная томография, морфологическое исследование грыжевых ворот и грыжевого мешка, микроскопическое исследование семенной жидкости, а также гормональный скрининг основанных половых гормонов в сыворотке крови у пациентов в были проведены в до и послеоперационном этапе. На основе европейского опросника качество жизни пациентов стоит анализ и оценка изменения качества жизни пациентов до и после оперативного грыжесечения.

Полученные результаты и их новизна. Применение оптического увеличения при первичных и рецидивных паховых грыжах, а также сочетании грыжи с крипторхизмом позволяет дифференцировать анатомические структуры пахового канала предотвращает их ятрогенное повреждение.

Разработан способ пластики пахового канала при рецидивных паховых грыжах у мужчин, суть которого заключается в защите элементов семенного канатика от полипропиленовой сетки васкуляризированной фасцией (Малый патент № TJ 1295). Предложен и внедрен способ защиты элементов семенного канатика васкуляризированной фасциально-жировым лоскутом суть, которого заключается в широкой мобилизации кровоснабжаемой клетчатки и подведении ее под элементы семенного канатика (Малый патент № TJ 1201). При ретенции яичка в брюшной полости, когда возможности УЗИ резко ограничены, впервые была использована КТ диагностика. При больших, особенно рецидивных паховых грыжах, было изучено кровообращение в яичковой артерии в пред- и послеоперационном периодах.

Рекомендации по использованию: проведение дополнительных методов исследования целесообразно с целью адекватного определения размеров грыжевых ворот, содержимого грыжевого мешка, профилактики различных осложнений. Выполнение операции под оптическим увеличением предотвращает риск ятрогенного повреждения элементов семенного канатика и нервных стволов. Местно-пластические способов герниопластики расширяются при небольших первичных паховых грыжах, тогда как большие по объёму грыжи и рецидивные её формы требуют использования ненатяжных способов. Выбор оптимального способа операции при наряду с предотвращением различных интра- и послеоперационных осложнений, улучшая качество жизни пациентов.

Область применения: Хирургия.

АННОТАЦИЯ
ХАМИДОВ ФАРИДУН МАЪРУФОВИЧ
БЕҲТАРСОЗИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҶИИ ЧУРРАИ
ҚАДКАШАК ДАР МАРДОН

Калидвожаҳо: чурраи қадкашак, рецидив, омезиши чурраи қадкашак бо крипторхизм, ҳерниопластика.

Мақсади тадқиқот: Беҳтарсозии натиҷаи табобати чарроҳии чурраи қадкашак дар мардон бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ.

Усулҳо ва таҷҳизоти истифодашуда: Дар кори диссертатсия санҷишҳои клиникӣ, лабораторӣ ва биохимиявӣ хун истифода шуданд. Ҳангоми пеш ва пас аз чарроҳӣ УЗИ доплер ва дуплекси ранга, томографияи компютерӣ, муоинаи морфологии суроҳии герниалӣ ва халтаи герниалӣ, микроскопии моеъи тухмдон, инчунин скрининги гормоналии гормонҳои асосии чинсӣ дар зардоби хуни беморон гузаронида шуданд. марҳила. Дар асоси саволномаи аврупой, сифати зиндагии беморон барои таҳлил ва арзёбии тағирот дар сифати зиндагии беморон пеш аз ва пас аз таъмири чарроҳии чурра истифода мешавад.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигариҳои онҳо. Истифодаи калонкунии оптикӣ барои чурраҳои аввала ва такрорӣ қадкашак, инчунин омезиши чурра бо крипторхизм имкон медиҳад, ки сохторҳои анатомии канали қадкашакро беҳтар дида, осеби ятрогении онҳоро пешгирӣ кунем.

Усули чарроҳии пластикии канали қадкашак барои чурраи такрорӣ қадкашаки мардон таҳия шудааст, ки моҳияти он ҳифзи танобаки манӣ аз тури полипропиленӣ бо фастсияи хунтаъминшуда мебошад (Нахустпатенти № ТҶ 1295). Усули ҳифзи элементҳои танобаки манӣ бо пардаи фассиалӣ пешниҳод ва татбиқ карда шудааст, ки моҳияти он сафарбаркунии васеъи бофтаи бо хун таъминшуда ва ҷойгир кардани он дар зеро элементҳои танобаки манӣ мебошад. (Нахуст патент № ТҶ 1201). Барои дарёфти моя дар дохили шикам, вақте ки имкониятҳои ултрасадо якбора маҳдуд мешаванд, таъхиси КТ истифода шудааст. Барои чурраҳои калон, махсусан такроршавандаи чарроҳӣ гардиши хун дар рағҳои тестикулярӣ дар давраҳои пеш ва пас аз чарроҳӣ омӯхта шуд.

Тавсияҳо барои истифодабарӣ. Усулҳои иловагии тадқиқот барои дуруст муайян намудани андозаи дарвозаи чурра, таркиби халтаи чурра ва пешгирии мушкилиҳои гуногун тавсия дода мешавад. Иҷрои амалиёт дар зеро калонкунии оптикӣ аз хатари осеби ятрогении элементҳои танобаки манӣ ва торҳо асаб пешгирӣ мекунад. Усулҳои пластикии маҳаллии барои чурраҳои хурди ибтидоӣ васеъ карда истифода бурда шуда дар ҳоле ки чурраҳои калон ва шаклҳои такроршаванда истифодаи усулҳои бе шиддатро талаб мекунанд. Интиҳоби усули оптималии чарроҳӣ ҳангоми пешгирии мушкилиҳои гуногуни дохили ва пас аз чарроҳӣ, беҳтар кардани сифати зиндагии беморон.

Соҳаи истифодабарӣ. Чарроҳӣ.

ANNOTATION
KHAMIDOV FARIDUN MARUFOVICH
OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS OF INGUINAL HERNIA
IN MEN

Key words: inguinal hernia, relapse, combination of inguinal hernia with cryptorchidism, hernioplasty.

Purpose of the study. To improve the results of surgical treatment of inguinal hernias in men using optical magnification and precision technology.

Research methods. Clinical, laboratory and biochemical blood tests were used in the dissertation work. Doppler ultrasound and color duplex scanning, computed tomography, morphological examination of the hernial orifice and hernial sac, microscopic examination of seminal fluid, as well as hormonal screening of basic sex hormones in the blood serum of patients were carried out at the pre- and postoperative stage. Based on the European questionnaire, the quality of life of patients is used to analyze and assess changes in the quality of life of patients before and after surgical hernia repair.

The results obtained and their novelty. The use of optical magnification for primary and recurrent inguinal hernias, as well as the combination of a hernia with cryptorchidism, allows us to differentiate the anatomical structures of the inguinal canal and prevents their iatrogenic damage.

A method for plastic surgery of the inguinal canal for recurrent inguinal hernias in men has been developed, the essence of which is to protect the elements of the spermatic cord from the polypropylene mesh with vascularized fascia (Patent № TJ 1295). A method for protecting the elements of the spermatic cord with a vascularized fascial fat flap has been proposed and implemented, the essence of which is the widespread mobilization of blood-supplied tissue and its placement under the elements of the spermatic cord (Patent № TJ 1201). For testicular retention in the abdominal cavity, when the capabilities of ultrasound are sharply limited, CT diagnostics was used for the first time. For large, especially recurrent inguinal hernias, blood circulation in the testicular artery was studied in the pre- and postoperative periods.

Recommendations for their use: additional research methods are advisable in order to adequately determine the size of the hernial orifice, the contents of the hernial sac, and the prevention of various complications. Performing the operation under optical magnification prevents the risk of iatrogenic damage to the elements of the spermatic cord and nerve trunks. Local plastic methods of hernioplasty are expanded for small primary inguinal hernias, while large hernias and recurrent forms require the use of non-tension methods. Choosing the optimal method of surgery while preventing various intra- and postoperative complications, improving the quality of life of patients.

Application area: Surgery.