

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК: 617.55-007.43-089-07

**ФАКИРОВ
ХУШБАХТ ЗУБАЙДУЛЛОЕВИЧ**

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14.01.17 -Хирургия**

Душанбе 2021

Работа выполнена на кафедре хирургии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Научный
руководитель:**

Курбонов Каримхон Муродович,

академик АМН Республики Таджикистан, заслуженный деятель науки и техники Республики Таджикистан, доктор медицинских наук, профессор

**Официальные
оппоненты:**

Рахматуллоев Рахимдjon Рахматуллоевич,
доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «Вароруд» Республики Таджикистан

Полвонов Шукрулло Бобоевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой хирургии Государственного образовательного учреждения «Таджикский национальный университет»

**Оппонирующая
организация:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «___» _____ 2021 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-025 ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино» (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте www.tajmedun.tj ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. АбуалиибниСино» и в библиотеке Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук**

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации. На протяжении многих столетий проблемы диагностики и хирургического лечения вентральных грыж (ВГ) остаются весьма актуальными [Ермолов А.С., Петров В.В., 2010]. По данным литературы, частота встречаемости наружных грыж живота составляет около 7% от общего числа населения земного шара. Повышенный интерес к проблеме хирургического лечения ВГ следует считать закономерным так как, грыжесечение в настоящее время составляет 20-30% от всех операций в абдоминальной хирургии [Воскресенский Н.В., Литовка В.К. 2013].

Несмотря на кажущуюся легкость диагностики, и хирургического лечения, а также разработки и описания в литературе более 1000 способов грыжесечений и их модификаций, отдаленные результаты оперативных вмешательств не удовлетворяют ни пациентов, ни хирургов [Алишев О.Т., Томнюк Н.Д., Винник Ю.С. 2013].

Главный и основной показатель результатов хирургического лечения ВГ частота рецидивирования заболевания, по данным ряда авторов составляет 18-20%, а при больших и гигантских ВГ и при «трудных» формах она достигает 40-60% [Белоконе В.И. и соавт. 2015; Жебровский В.В., и соавт. 2005].

В настоящее время считается, что основными причинами высокого процента рецидивов заболевания при герниопластике являются повышение внутрибрюшного давления и гнойные послеоперационные раневые осложнения [Аверьянов М.Ю. и соавт. 2011; Алиев Р.А. и соавт. 2015].

Степень изученности научной задачи. Следует отметить, что большое значение в развитии вентральных грыж и ее рецидивов имеют нарушения обменных процессов в соединительной ткани, которые приводят к изменениям в процессах генеза нормальной соединительной ткани, а после проведения оперативного лечения они могут осложнять нормальное образование послеоперационного рубца с превалированием тонких коллагеновых волокон с низкой плотностью.

Патогенез изменения метаболизма соединительной ткани при ВГ и ее рецидивов неизвестно, очевидно важное, значение в развитии дисплазии соединительной ткани имеет повреждающее действия продуктов перекисного окисления липидов.

На сегодняшний день, можно отметить, что недостаточно изучено влияние повышения внутрибрюшного давления и размеров ВГ на мышечно-апоневротические структуры и развитие деструктивных изменений. Не выработана дифференцированная хирургическая тактика лечения ВГ в зависимости от состояния местных тканей, величины грыж, его выпячивания и длительности грыженосительства.

Решение вышеописанных вопросов может позволить улучшить результаты хирургического лечения ВГ.

Теоретические и методологические основы исследования.

В ходе проведенного исследования изучено причины возникновения и факторы, влияющие на образование и развитие рецидивов вентральных грыж. Проведено детальное изучение морфологии, состояние и показатели процессов перекисного окисления липидов, маркеров дисплазия соединительной ткани, а также особенности эхосимптоматики тканей области грыжевых ворот при различных размерах грыжевого выпячивания, в различных сроках грыженосительства и показателей внутрибрюшного давления. На основании проведенных исследований определено влияние продуктов перекисного окисления липидов на состояние соединительной ткани в биоптатах тканей грыжевых ворот. Особенностью проведенного исследования состоит в определении конечных продуктов ПОЛ - малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгат (ДК) в плазме крови и биоптатах тканей грыжевых ворот (апоневроза, мышц), а также антиоксидантной защиты - витамина С и супероксидсмутазы (СОД) в плазме крови. Содержание МДА в плазме и гомогенатах тканей определяли тиобарбитуровой кислотой, а ДК по методике Стальной (1977) и выражали в ммоль/мг/мл. Суммарную активность супероксидсмутазы в плазме крови и гомогенатах тканей определяли путем способности СОД тормозить восстановление нитросинего тетразолина за счет мутации образующейся в ходе восстановления рибофлавина супероксидных аминорадикалов и выражали в единице активности СОД. Уровень витамина С в плазме крови и гомогенатах ткани изучали по В.В. Соколовитскому (1974) и выражали в мг%. Следующим важным моментом исследования заключалась в определении степени дисплазии соединительной ткани у пациентов с ВГ показателей ионов магния в крови, и она была основана на том, что в состав веществ соединительной ткани включены ионы

магния, которые принимают участие в их обменных процессах. Важным исследованием было определение уровня интраабдоминального давления непрямым методом по способу Kron и соавт с помощью определения показателя давления в мочевом пузыре до хирургического вмешательства, интраоперационно во время пробного соединения краев грыжевых ворот и также неоднократно после проведенной операции до момента установления нормальных величин. На этапе оперативного вмешательства определяли содержимое с целью проведения морфологической характеристики апоневроза и мышц и диагностики послеоперационных осложнений проводили УЗИ на аппарате Sonollain LM-2p model-PGGE.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием компьютерных программ Statistica 10,0, Microsoft Excel. Для абсолютных величин определяли их среднее значение (M) и стандартную ошибку ($\pm m$), для относительных величин вычислялись доли (P , %). Парные сравнения между группами количественных показателей проводили по U -критерию Манна-Уитни для независимых выборок, множественные сравнения – методом ANOVA Краскела-Уоллиса. Для качественных величин использовали критерий χ^2 , в случае небольшого числа наблюдений (менее 10) использовали поправку Йетса, в случаях менее 5 наблюдений использовался точный критерий Фишера. Множественные сравнения качественных величин проводились по Q -критерию Кохрена. Для определения корреляционных связей вычислялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. При уровне коэффициента до 0,3 связь между величинами вероятность связи считалась слабой, при показателях коэффициента от 0,4 до 0,7 – вероятность связи считалась умеренной, а при показателях свыше 0,7 вероятность связи между значениями считалась высокой. Статистически достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Общая характеристика работы

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с вентральными грыжами

Объект исследования. Объектом проведенного исследования служили 140 пациентов с вентральными грыжами, которым проведено диагностика и хирургическое вмешательство

Предмет исследования. Предметом исследования больные с вентральными грыжами, исследуя состояние перекисного

окисления липидов в плазме крови и биоптатах тканей грыжевых ворот, антиоксидантной защиты – витамин С, и супероксидсмутаза в плазме крови и их роль в патогенезе вентральных грыж и возникновения её рецидивов. Лабораторно исследованы показатели ионов магния крови для определения дисплазии соединительной ткани у пациентов с вентральными грыжами, которые принимают участие в обменных процессах и оценивают состояние образования коллагена в организме. Проведено изучение интраабдоминального давления и морфологию апоневроза мышц, и тканей в области грыжевых ворот. Предмет диссертационного исследования совпадает с концепцией темы диссертации. Предмет диссертации совпадает с паспорту специальности 14.01.17-Хирургия.

Задачи исследования:

1. Изучить причины возникновения и факторы, влияющие на образование и развитие рецидивов вентральных грыж.
2. Изучить морфологические состояния и показатели процессов перекисного окисления липидов, маркеров дисплазия соединительной ткани, а также особенности эхосимптоматики тканей области грыжевых ворот при различных размерах грыжевого выпячивания, сроках грыженосительства и показателей внутрибрюшного давления.
3. Определить влияние продуктов перекисного окисления липидов на состояние соединительной ткани.
4. На основании полученных данных обосновать выбор наиболее рационального способа герниопластики при ВГ.
5. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения вентральных грыж.

Методы исследования. В диссертационной работе применены клиничко-лабораторные и биохимические исследования крови, исследование процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), исследование конечных продуктов ПОЛ - малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгат (ДК) в плазме крови и биоптатах тканей грыжевых ворот (апоневроза, мышц), а также антиоксидантной защиты - витамина С и супероксидсмутазы (СОД) в плазме крови. Определенно степень дисплазии соединительной ткани у пациентов с ВГ показателей ионов магния в крови. Представлена морфологическая характеристики апоневроза и мышц путём диагностики послеоперационных осложнений с помощью УЗИ на аппарате Sonollain LM-2p model-PGGE.

Область исследования. Область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17-Хирургия. Следующим пунктам: 1. этиология, патогенез, диагностика, оперативное лечение; 8. предоперационная подготовка и ведения послеоперационного периода.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Изучены клинико-лабораторные и биохимические исследования крови, исследование процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), исследование конечных продуктов ПОЛ - малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК) в плазме крови и биоптатах тканей грыжевых ворот (апоневроза, мышц), а также антиоксидантной защиты - витамина С и супероксиддисмутазы (СОД) в плазме крови, которые играют важную роль в развитии вентральных грыж и её рецидива.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация (диссертации, защищённые в Республике Таджикистан, в Российской Федерации, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов) о вентральных грыжах. Исследования проводились на базе хирургических отделений ГУ «городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе.

Достоверность результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов лечения больных с вентральными грыжами.

Научная новизна. Впервые установлено, что одной из причин развития вентральных грыж и её рецидивов, является ДСТ вследствие повреждающего действия продуктов перекисного окисления липидов.

На достаточно большом клиническом материале уточнено и систематизировано значение процессов перекисного окисления липидов и нарушения уровня маркеров дисплазии в возникновении рецидивов заболевания.

Предложены объективные критерии выбора способов герниопластики при ВГ и её рецидивов.

Доказана патогенетически обоснованной иссечения краев апоневроза и назначения в комплексе послеоперационной терапии с применением антиоксидантов и антигипоксантов, магнийсодержащих препаратов и аскорбиновой кислоты для профилактики риска развития рецидивов вентральных грыж.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Практическая значимость

Разработаны объективные критерии выбора способов герниопластики, позволяющие улучшить отдаленные результаты лечения больных с вентральными грыжами.

Разработанные способы герниопластики и интубации кишечника при больших и гигантских грыжах позволяют эффективно снизить показатели интраабдоминального давления, и частоту гнойных осложнений и рецидивов заболевания.

Положения, выносимые на защиту:

1. Наряду с натяжением сшиваемых тканей, повышением внутрибрюшного давления, возрастными иволютивными процессами в организме, причиной возникновения ВГ и ее рецидивов является активация процессов ПОЛ в тканях (апоневрозе) области грыжевых ворот;

2. По мере увеличения сроков грыженосительства, размеров грыжевого образования, в тканях области грыжевых ворот наблюдается критическое повышение содержания продуктов ПОЛ и снижение уровня магния в крови;

3. Причиной развития вентральных грыж и ее рецидивов являются дисплазия соединительной ткани вследствие повреждающего действия продуктов перекисного окисления липидов.

4. При ВГ, между выраженностью морфологических изменений тканей области грыжевых ворот и уровнем содержания продуктов ПОЛ имеется прямая корреляционная связь;

5. Для профилактики рецидивов заболевания при герниопластике по поводу вентральных грыж необходимо произвести иссечение краев апоневроза с интубацией тонкой кишки по показаниям.

Личный вклад соискателя ученой степени. Автором проведен ретроспективный анализ клинического материала, а

также статистический анализ полученных данных. Автором самостоятельно выполнено около 70% оперативных вмешательств, при вентральных грыжах, включенных в материал исследования.

Апробация работы и информация об использовании ее результатов. Основные положения диссертации доложены на годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ТГМУ им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе 2012); X научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (г. Душанбе 2015); XII годичной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино (г. Душанбе 2017); XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием (г. Душанбе 2018); 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (г. Душанбе 2018).

Для оценки состояния тканей передней брюшной стенки и детализации грыжевого содержимого при вентральной грыже рекомендуется выполнение УЗИ с целью уменьшения частоты рецидивов заболевания при выполнении «натяжных» и комбинированных методик герниопластики целесообразно иссечение краев апоневроза, зоны повышенного содержания продуктов ПОЛ и сниженными регенераторными возможностями на участке 2.0см Для ранней диагностики и профилактики частоты послеоперационных раневых осложнений независимо от способов герниопластики рекомендуется проведение динамического УЗИ и дренирования раны полихлорвиниловой трубкой. Эффективным методом профилактики синдрома интраоперационной гипертензии является интубация тонкой кишки полихлорвиниловыми зондами в сочетании с применением полипропиленовой сетки «onlay».

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертации опубликовано 17 научных работ, в том числе 3 работы в рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан журналах. Получено 5 удостоверений рационализаторских предложений.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 135 страницах машинописного текста. Включает введение, общую характеристику работы, главу обзор литературы и 3 главы собственных исследований, заключения и списка литературы. Список использованной литературы включает 104 отечественных и

62 иностранных источников литературы. Работа иллюстрирована 22 таблицами и 33 рисунками.

Содержание работы

Материалы и методы исследования. В основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 140 пациентов по поводу ВГ находящихся на лечение в ГУ ГЦ СМП г. Душанбе за период с 2011 по 2018 годы. Среди пациентов с ВГ мужчин было 64(45,7%), женщин - 76(54,3%). В 93(66,4%) наблюдениях сроки грыженосительства составили от 1 до 4 лет, а у 47(33,6%) эти сроки находились в пределах от 4 до 8 и более лет.

Дальнейшее исследование показало, что с повышением возраста и длительности грыженосительства мышцы, апоневрозы и фасции теряют свою эластичность и прочность вследствие истончения мышечных и коллагеновых волокон, наблюдается появление между ними включений жировой клетчатки.

Таким образом, длительность грыженосительства, возраст пациентов являются факторами риска развития ВГ и ее рецидивов.

Так, у 12 пациентов (8,6%) имелся избыточный вес ИМТ от 25 кг до 29,9 кг/м²), у 10 больных (7,1%) была I степень ожирения (ИМТ от 30 кг/м² до 34,9 кг/м²); у 9 пациентов(6,4%)-II степень ожирения (ИМТ от 35 кг/м² до 39,9 кг/м²); и у 6(4,3%) пациента III степень ожирения (ИМТ 40 кг/м²). Таким образом, 25 пациентов (17,9%) имели ожирение I-III степени и выраженную подкожно-жировую клетчатку передней брюшной стенки более 4-5 см, т.е. недостаточность передней брюшной стенки. Кроме этого, следует выделять пациентов, имеющих склонность к грыжеобразованию за счет функциональной недостаточности соединительнотканной системы. Об этом мы судили косвенно по наличию у больных: варикозной болезни - 12(%), грыжи других локализаций - 9 (%), геморроя - 11(%).

Для клинической характеристики грыжевых образований в своей работе придерживались классификации ВГ по J.P. Chevrel and A.M. Rath (SWR-classification) предложенной в 1999г и Гафарова У.О. (2010г).

Следует отметить, что среди наблюдаемых пациентов преобладали пациенты с размером грыжевых ворот свыше 10 см (W3-W4) - 64 больных (45,7%) и площадью грыжевого выпячивания свыше 20 см²-68(%) больных (V3-V4). Как уже было отмечено, невправимые грыжи имели 14 пациентов, у которых

пальпаторно определить грыжевые ворота не представлялось возможным (таблица 1).

Для лабораторной диагностики ДСТ у больных с ВГ исследовали уровень концентрации ионов магния в крови.

Таблица 1. - Распределение больных согласно модифицированной классификации J.P. Chevrel and A.M.Rath (SWR-classification)

Локализация	Размер грыжевых ворот				Размер грыжевого выпячивания				Рецидив	
	До 5смW ₁	До 5-10смW ₂	До 10-15смW ₃	Больше 15смW ₄	Малые V ₁	средние V ₂	Большие V ₃	Гигантские V ₄	R1	R2
М	18	22	58	16	24	16	61	13	6	8
L	4	10	8	2	4	12	8	-	10	-
ML	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Всего	24	32	66	18	30	28	69	13	16	8

Метод обоснован тем, что ионы магния содержатся в веществе соединительной ткани, и участвуют в регуляции ее метаболизма, поэтому по уровню магния в крови можно косвенно судить о процессах колагенообразования в организме: уровень магния при ДСТ снижается (норма магния в сыворотке крови-0,71-1,2ммоль/л).

Измерение внутрибрюшного давления (ВБД) осуществляли непрямым методом путем измерения давления в мочевом пузыре по методике Kron и соавтора. Измерение ВБД проводили в предоперационном периоде, в момент пробного сведения краев грыжевых ворот во время операции, а также осуществляли мониторинг показателей в послеоперационном периоде до достижения нормальных показателей ВБД.

Результаты исследований

Комплексное УЗИ в настоящее время является, ведущим методом в диагностике ВГ. Целью УЗИ при ВГ являлось определение размеров грыжевых ворот, ее содержимого, а также явление дополнительных дефектов апоневроза. Комплексное УЗИ

были проведены всем 140 пациентов с ВГ. Так в дефекты белой линии и боковой части живота при УЗИ были выявлено у 138 (98,6%) больных. Сканирование грыжевого выпячивания давало такие информации. УЗИ позволило измерить толщину предбрюшной клетчатки в 80% клинических наблюдений. Рубцово-дегенеративные изменения и неоднородность структуры тканей передней брюшной стенки при УЗИ визуализировалось, реже были выявлены в 32% ($82 \pm 0,1\%$) клинических наблюдений.

В результате проведенных комплексных УЗИ у пациентов с ВГ и ее рецидивов были выявлены ряд изменений брюшной стенки (таблица 2).

Таблица 2. -УЗИ. Изменение в передней брюшной стенке у больных с ВГ и ее рецидивов

УЗ-признаки	%
Визуализация грыжевых выпячивания	100
Определения объема грыжевого выпячивания	78
Оценка размера грыжевых ворот	81
Визуализация наличие диастаза прямых мышц живота	87,5
Частота визуализации прямых мышц живота	92,8
Оценка выраженности толщины подкожной жировой клетчатки	100
Оценка выраженности пред брюшинной клетчатки	81
Оценка выраженности рубцово-дегенеративных изменений тканей передней брюшной стенки	79
Визуализация содержимого грыжевого мешка	100
Частота обнаружения дополнительных образований вподкожной жировой клетчатки (лигатурные гранулемы, абсцессы)	81,2
Неоднородность структур передней брюшной стенки	91

Таким образом, УЗИ является высокоинформативным методом исследования в диагностике ВГ и ее рецидивов. Необходимо отметить, что по мере увеличение размеров грыжевого выпячивания (V_3 и V_4) информативности УЗИ снижается, в связи, с чем возникает необходимость в возникновение КТ.

В настоящее время нет сомнений, что показатели ВБД является одним из патогенетических механизмов грыжеобразования. Длительное существование повышения ВБД и

грыжевого выпячивания негативно влияет на морфологическое состояние тканей грыжевых ворот, являясь причиной в последующем развития рецидивов заболевания.

Наряду с изучением зависимости мониторинга ВБД от объема грыжевого выпячивания у этой же группы больных были изучены влияния ширины грыжевых ворот на показатели ВБД (рисунок 1).

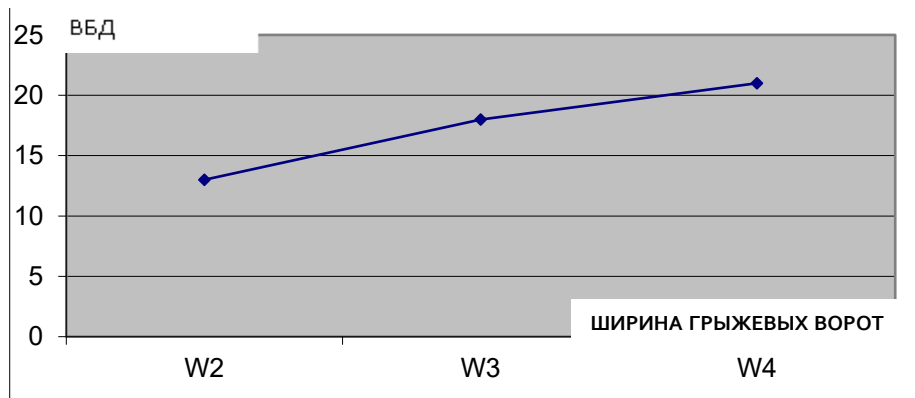


Рисунок 1.-Корреляционная связь между шириной грыжевых ворот и ВБД

Полученные в результате исследования данные показали прямую связь между показателями ВБД и размерами ширины грыжевых ворот. Чем шире грыжевые ворота, тем больше содержимого выходило в просвет грыжевого выпячивания, тем выше были показатели ВБД.

Одной из причин развития несостоятельности соединительной ткани, а также развития дистрофических изменений при ВГ, являются агрессивное повреждающее действие клеточных мембран высокотоксическим веществом ПОЛ. Итак, у пациентов с ВБГ II-III степени содержания ДК в апоневрозе и мышце составило 1,6 0,07мкмоль/мг и 2,0 0,08 мкмоль/мг, а МДА -3,4 0,02 мкмоль/мг и 3,8мкмоль/мг соответственно.

Важное значение в этом аспекте имеет и определение количества продуктов ПОЛ в тканях грыжевых ворот в зависимости от его расстояния от краев грыжевых ворот. Для этого у 56 пациентов с ВГ были изучено содержания продуктов ПОЛ из нескольких участков зоны грыжевых ворот (таблица 3).

Интерпретация данных показывает, что в биоптатах краев апоневроза непосредственно образующих грыжевые ворота и тесно прилегающее к содержимым грыжевого мешка, вследствие

постоянного воздействия грыжевого выпячивания и высокого ВБД, содержания ДК ($1,8 \pm 0,07$ мкмоль/мг) и МД ($3,9 \pm 0,04$ мкмоль/мг) были на критическом уровне.

Таблица 3. - Показатели продуктов ПОЛ в различных участках биоптатов апоневроза

Группа больных	Показатели ПОЛ	
	ДК ммоль/мг	МДА ммоль/мг
Доноры (n=15)	$0,24 \pm 0,03$	$1,2 \pm 0,04$
Биоптаты взятие непосредственно из краев грыжевых ворот (n=14)	$1,8 \pm 0,07$	$3,9 \pm 0,04$
Биоптаты взятие на 1,0см от края апоневроза (n=15) в области грыжевых ворот	$1,6 \pm 0,08$	$3,4 \pm 0,02$
Биоптаты взятие на 1,5см от края апоневроза (n=15) в области грыжевых ворот	$1,3 \pm 0,02$	$2,4 \pm 0,06$
Биоптаты взятие на 2,0см вдали от грыжевых ворот (n=15)	$0,72 \pm 0,01$	$1,5 \pm 0,03$

Примечание: * - $p < 0,001$ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми в группе доноров (по U-критерию Манна-Уитни)

При изучении содержания продуктов ПОЛ биоптатах взятие на 1,0 и 1,5см от краев грыжевых ворот показало, что и на этом участке в биоптатах апоневроза содержится достаточно высокое содержание ДК ($1,6 \pm 0,08$ мкмоль/мг) и МДА ($3,4 \pm 0,02$ мкмоль/мг). Лишь в биоптатах апоневроза отдаленные от краев грыжевых ворот на 2 см уровень ДК и МДА приближались к показателям нормы - $0,72 \pm 0,01$ мкмоль/мг и $1,5 \pm 0,03$ мкмоль/мг.

Полученные результаты свидетельствуют, о том, что на расстоянии до 2 см от краев грыжевых ворот биоптаты апоневроза содержать высокое содержание продуктов ПОЛ, которые при неблагоприятных условиях повышают агрессивное воздействие, на апоневроз, способствуя тем самым ещё более значительное снижение резистентности тканей и риск развития рецидивов заболевания.

Таким образом, биохимические нарушения, развивающейся у больных с ВГ в виде повышение содержание продуктов ПОЛ повреждают соединительнотканые структуры брюшной стенки последующем развитием ДСТ различной степени и развитие ВГ.

На основании проведенных комплексно биохимических и морфологических исследований была разработана схема патогенеза ВГ и ее рецидивов (рисунок 2).



Рисунок 2. - Схема патогенеза вентральных грыж

В настоящее время неоспоримым является тот факт, что единственным методом лечения ВГ, является хирургический способ. Обилие оперативных методик внедрение пластик «без натяжения» и успехи анестезиологии и реаниматологии существенно расширяют показания к пластике передней брюшной стенки при ВГ.

Результаты хирургического лечения ВГ во многом зависят от комплексного решения таких вопросов, как рациональная предоперационная подготовка, направленная на адаптацию больного к повышению ВБД, выбор адекватного способа пластики дефектов брюшной стенки и профилактики послеоперационных осложнений. При этом перед врачом стоит сложная задача в определении показаний к использованию, того или иного способа пластики с учетом различных факторов риска.

На основании проведенных многофакторных исследований в клинике разработаны комплексные обследование критерии выбора способов оперативного вмешательства при ВГ (таблица 4).

Таблица 4. -Объективные критерии выбора способов пластики брюшной стенки

Факторы риска	Баллы
I. Состояние тканей брюшной стенки по данным УЗИ; норма или незначительная степень атрофии тканей брюшной стенки	1
Выраженная атрофия и деструкция апоневроза и мышц	3
Грубые рубцово-дегенеративные изменения тканей	5
II. Результаты морфологических исследований тканей грыжевых ворот; Хорошие	1
Удовлетворительные	3
Неудовлетворительные	5
III. Результаты содержания продуктов ПОЛ в тканях грыжевых ворот; ДК 0,24 0,03мкмоль/мг до 1,27 0,02мкмоль/мг МДА 1,2 0,04мкмоль/мг до 2,4-0,07 мкмоль/мг	1
ДК 1,2 0,04 мкмоль/мг до 1,67 0,03 мкмоль/мг МДА 2,4 0,08 мкмоль/мг до 3,2 0,07 мкмоль/мг	3
ДК более 1,7 мкмоль/мг МДА более 3,2 мкмоль/мг	5
IV Размеры грыжевых ворот W1 W2	1
W3	3
W4	5
V. Размеры грыжевого выпячивания W1	1

Продолжение таблицы 4.

W2	3
W3-W4	5
VI. Масса тела (индекс массы тела)	
Норма	1
Избыток	2
Ожирение II-III	3
VII. Возраст	
До 40 лет	1
40-60лет	2
Старше 60 лет	3
VIII. Показатели ВБД	
I	1
II	3
III-IV	5
IX. Функциональное состояние дыхательной системы	
Нарушений нет	0
Нарушение средней тяжести	1
Нарушение тяжелой степени	2
X. Сопутствующие заболевания, приводящие к повышению ВБД	
отсутствуют	0
Имеются в легкой степени	1
Имеются в тяжелой степени	2
XI. Длительность грыженосительства	
До 1года	1
От 1 до 3 лет	2
Более 3 лет	3

Разработанные объективные критерии охватывают 11 пунктов. При сумме баллов до 9 рекомендуется выполнение аутопластики брюшной стенки местными тканями. При этом у пациентов должны иметься небольшие дефекты и морфофункциональные изменения тканей передней брюшной стенки, небольшое повышение ВБД и показателей продуктов ПОЛ в тканях. При сумме баллов от 10 до 18 с учетом риска натяжения тканей, различных конституциональных особенностей, влияющих на течение послеоперационного периода, а также удовлетворительном состоянии ткани и повышении уровня

продуктов ПОЛ в тканях (до 1,7 мкмоль/мг ДК, до 3,2 мкмоль/мг МДА), ВБД I-II степени считали целесообразным выполнения комбинированной пластики.

При сумме баллов более 19 и до 27 предпочтение отдавалось «не натяжным» методикам, т.к. практически все критерии были на предельно высоких условиях. Следует отметить, что наряду с разработками объективными критериями выбора методики оперативных вмешательств, также придерживались дифференцированной хирургической тактики и современных принципов выполнения реконструкции передней брюшной стенки. Характер выполненных оперативных вмешательств, при ВГ приведен в таблице 5.

Таблица 5.-Характер оперативных вмешательств при ВГ

Название операции	Количество	%
Грыже сечение с пластикой грыжевых ворот местными тканями	25	17,9
Грыже сечение. Иссечение краев апоневроза и пластика местными тканями	18	12,9
Грыже сечение по комбинированной методике В.И. Белоконеву	20	14,3
Грыжесечение по комбинированной методике клиники	12	8,6
Грыжесечение с «не натяжной» герниопластики	43	30,7
а) герниопластика «sublay»	24	17,1
б) герниопластика «onlay»	19	13,6
Герниопластика. Иссечение краев апоневроза. Комбинированная герниопластика	22	15,7
Всего	140	100

Как видно из представленной таблицы №5 при ВГ в 43(30,7%) наблюдениях выполняли аутогерниопластику, в 54 (38,6%) комбинированную пластику и в ещё 43(30,7%) ненатяжные методики.

Для эффективного образования плотного рубца, а также снижение риска прорезывания швов, нагноений необходимо произвести иссечение этой зоны. По предложенной нами методике выполняем иссечение краев апоневроза в зоне грыжевых ворот на расстоянии 2см. при этом удаляется зона выраженной ишемии, содержащие большое количество продуктов ПОЛ, а также

дегенеративно-измененные. Швы на апоневроз и мышцы накладывают исключительно на здоровые участки (рисунок 3).

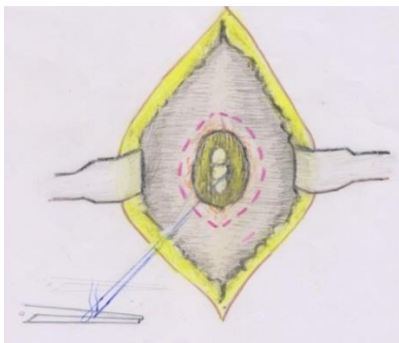


Рисунок 3.-Иссечение зоны ишемии и повышенного содержания продуктов ПОЛ.

По предложенной методике оперировано 40 пациентов с ВГ с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Для профилактики синдрома, интраабдоминальной гипертензии в клинике разработана методика при котором «ненатяжным» способом onlay над апоневрозом подшивают полипропиленовый сетчатый протез, который в некотором отношении увеличивает объём брюшной полости.

Одновременно с целью снижения внутрибрюшной гипертензии во время операции выполняют тотальную трансназальную интубацию тонкой кишки и трансанальную интубацию толстой кишки (рисунок 4).

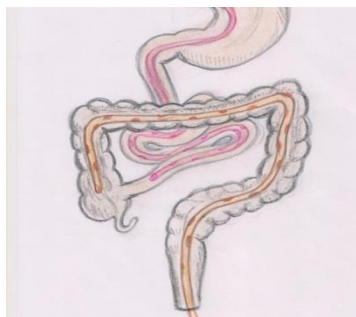


Рисунок 4.-Интубация тонкой кишки и пластика грыжевых ворот с использованием сетки. (а, б)

По предложенной методике оперировано 12 больных с благоприятным исходом.

Следует отметить, что независимо от способа выполнения герниопластики послеоперационная рана дренировалась полихлорвиниловой трубкой, для профилактики нагноения ран (рисунок 5).

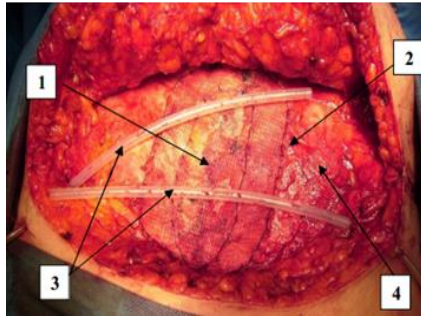


Рисунок 5.-Дренажирование области оперативного вмешательства.

1 - сетчатый имплантат, 2 - обвивной шов, 3 - дренажи, 4 - апоневроз.

Для коррекции нарушение метаболизма соединительной ткани и подавления агрессивного влияния продуктов ПОЛ на соединительную ткань при ВГ и рецидивов в комплекс послеоперационного лечения больных назначали антиоксидантную и антигиппоксантную терапию в сочетании с Аскорбиновой кислотой (Рац. предложение №3599/R651 от 12.11.2018 г. ТГМУ им. Абуали ибн Сино).

В качестве препарата обладающей антиоксидантными и антигиппоксическим действием использовали сукцинатсодержащий препарат Ремаксол и 5% раствор Аскорбиновой кислоты. Ремаксол и аскорбиновую кислоту назначали с первых суток послеоперационного периода по 400 мл 1 раз в сутки и 10 мл 5% раствора аскорбиновую кислоту на 200 мл физ. раствора в/в со скоростью 40 - 60 капель в минуту в течение 5 - 8 дней.

Комплексную антиоксидантную, антигиппоксическую и витаминотерапию в послеоперационном периоде проводили 18 больным с гигантскими (n=12) и рецидивными грыжами с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Кроме этого, для коррекции нарушений метаболизма соединительной ткани у больных с ВГ и ее рецидивов качестве модулятора синтеза коллагена Оротат магния (Рац. предложение №3600/R652 от 12.11.2018г. ТГМУ им. Абуали ибн Сино). Известно, что препараты органического магния влияют на процессе синтеза коллагена и его надмолекулярных образований в виде фибрилл 1-го типа, способствуя процессы заживления раны, а

значит и уменьшению проявлений синдрома недостаточности соединительной ткани.

В комплекс послеоперационной консервативной терапии всем пациентам назначали оротат магния на вторые сутки послеоперационного периода. Препарат применяли по 1000 мг 3 раза в сутки на протяжении 7-дней, затем по 500 мг 2-3 раза в день.

Таким образом, для улучшения отдаленных результатов герниопластики при ВГ и ее рецидивов наряду с хирургическими методами, патогенетически обоснованными являются и назначения лекарственных препаратов улучшающие функцию и структуру соединительной ткани.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Анализ причин грыжеобразования выявил, что основными факторами, достоверно влияющими на образование ВГ, являются: возраст больных, наличие ожирения, повышение внутрибрюшного давления, а также функциональная недостаточность соединительной ткани [3-А; 5-А].
2. При вентральной грыже по мере увеличения размеров грыжевых ворот и образования, длительности грыженосительство и повышения показателей внутрибрюшного давления наблюдается значительное повышение содержания продуктов ПОЛ (ДК и МДА) в апоневрозе и мышцах, являющемся одной из причин дегенеративно-дистрофических изменений [4-А; 6-А].
3. В патогенезе вентральных грыж и ее рецидивов ведущее место отводится повреждающему действию продуктов ПОЛ на соединительную ткань, способствующее развитию дисплазии соединительной ткани. Чем больше объём грыжи и длительность грыженосительство, тем выше содержания продуктов ПОЛ в крови и выраженные дисплазии соединительной ткани [2-А; 8-А].
4. Выбор способа герниопластики при ВГ должен основываться на данных объективных критериев. При сумме баллов от 9 целесообразно натяжных методик, а при сумме баллов от 10 до 18 и более 19 комбинирование и ненатяжные способы [1-А; 9-А].
5. Качество жизни пациентов перенесших комбинированные и «ненатяжные» методики в значительной степени лучше, чем у пациентов перенесших «натяжные» методики [3-А; 7-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Для оценки состояния тканей передней брюшной стенки и детализации грыжевого содержимого при вентральной грыже рекомендуется выполнение УЗИ.
2. С целью уменьшения частоты рецидивов заболевания при выполнении «натяжных» и комбинированных методик герниопластики целесообразно иссечение краев апоневроза, зоны повышенного содержания продуктов ПОЛ и сниженными регенераторными возможностями на участке 2 см.
3. Для медикаментозной коррекции нарушений метаболизма соединительной ткани при ВГ и ее рецидивов рекомендуется использование разработанных и предложенных методов коррекции антиоксидантной, антигипоксантажной терапии, а также применения аскорбиновой кислоты и магнийсодержащих препаратов.
4. Для ранней диагностики и профилактики частоты послеоперационных раневых осложнений независимо от способов герниопластики рекомендуется проведение динамического УЗИ и дренирования раны полихлорвиниловой трубкой.
5. Эффективным методом профилактики синдрома интраоперационной гипертензии является интубация тонкой кишки полихлорвиниловыми зондами в сочетании с применением полипропиленовой сетки «onlay».

Список публикаций соискателя ученой степени

Статьи в рецензируемых журналах:

- [1-А.] Факиров Х.З. Особенности диагностики и лечения, послеоперационных поясничных и боковых грыж живота / К.М. Курбонов, М.М. Максудов. // Вестник педагогического университета. 2015. - №2. (63-2). - С. 49-53.
- [2-А.] Факиров Х.З. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж. / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Вестник Авиценны. - 2017. - №2. - С. 198-202
- [3-А.] Факиров Х.З. Профилактика послеоперационных грыж живота / К.М. Курбонов, К.Р. Рузибойзода, // Здравоохранения Таджикистана. - 2019. - № 3, (342). - С. 19-23

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

- [4-А.] Факиров Х.З. Нарушение процессов перекисного окисления липидов у больных с грыжей белой линии живота. / Материалы

годовой научной практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе - 2012. - С. 192-193.

[5-А.] Факиров Х.З. Миниинвазивное вмешательство при гнойном паранефрите. / М.М. Максудов. // X научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием Душанбе - 2015. - С. 200-201.

[6-А.] Факиров Х.З. Некоторые современные особенности патогенеза вентральных грыж. / Курбонов К.М. Назирбоев К.Р., Халимов Д.С. // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе - 2017. - С. 253-255.

[7-А.] Факиров Х.З. Хирургическая реабилитация больных с большими гигантскими вентральными грыжами. / Х.Ш. Назаров, Ф.Н. Наджмудинов // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием Душанбе. - 2018. - С. 223.

[8-А.] Факиров Х.З. Профилактика развития синдрома внутрибрюшной гипертензии при герниопластики у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами. / Х.Ш. Назаров, К.М. Курбонов. // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе. - 2018. - С. 252-253.

[9-А.] Факиров Х.З. Выбор способа пластики брюшной стенки при вентральных грыжах. / Б.Н. Джонов, Ф.М. Абдуллоев. // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Душанбе. - 2019. - С. 260.

[10-А.] Факиров Х.З. Снижение частоты послеоперационных осложнений при ущемлениях кишечника у больных с вентральными грыжами. / Х.Ш. Назаров, С.Т. Али-Заде, Р.М. Ходжиев. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-годовичная) Душанбе. - 2020. - С. 219.

[11-А.] Факиров Х.З. Специфика диагностики и лечения, послеоперационных пояснично-боковых грыж живота. / С.Т. Али-Заде, Б.Н. Джонов. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-годовичная) Душанбе. - 2020. - С. 321.

[12-А.] Факиров Х.З. Лапароскопическая герниопластика при послеоперационных вентральных грыж. / Б.Н. Джонов, Х.Ш.

Назаров, С.Х. Абдуллоев. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-годовая) Душанбе. - 2020. - С. 323.

Удостоверения на рационализаторские предложения

[13-А.] Факиров Х.З. Способ лечения вентральных грыж/ Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. // №3558/R711 от 21.11.2017г.

[14-А.] Факиров Х.З. Способ коррекции нарушения метаболизма соединительной ткани у больных с вентральными грыжами/ Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. // №3634/R712 от 21.10.2018г.

[15-А.] Факиров Х.З. Способ медикаментозного лечения вентральных грыж и её рецидивов / Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. №3633/R711 от 21.10.2018г.

[16-А.] Факиров Х.З. Способ диагностики слабых анатомических зон с целью профилактики послеоперационных поясничных грыж / Курбонов К.М., Максудов М.М. // №3430/R645 от 07.01.2015 г.

[17-А.] Факиров Х.З. Способ профилактики послеоперационных поясничных и боковых грыж / Курбонов К.М., Максудов М.М. // №3403/R618 от 05.11.2014 г.

Список сокращений

АОЗ	Антиоксидантная защита
ВГ	Вентральные грыжи
ВБД	Внутрибрюшное давление
ДК	диеновый конъюгат
ДСТ	Дисплазия соединительной ткани
КТ	Компьютерная томография
ИАГ	Интраабдоменальная гипертензия
ИМТ	Индекс массы тела
МДА	Малоновыйдиальдегид
ПОЛ	Перекисное окисление липидов
СОД	супероксидисмутаза

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАЪДИДИПЛОМИИ
КОРМАНДОНИ СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ
ТОҶИКИСТОН»**

УДК: 617.55-007.43-089-07

**ФАҚИРОВ
ХУШБАХТ ЗУБАЙДУЛЛОЕВИЧ**

**РОҲҲОИ БЕҲТАР СОХТАНИ ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ
ҶАРРОҲИИ ЧУРРАҲОИ ВЕНТРАЛӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи
илмии номзади илмҳои тиб
аз рӯи ихтисоси 14.01.17 - Ҷарроҳӣ

Душанбе 2021

Таҳқиқот дар кафедраи ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии корман- дони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ:

Қурбонов Каримхон Муродович,

академики АИТ Ҷумҳурии Тоҷикистон, ходими хизматнишондодаи илм ва техникаи Ҷумҳурии Тоҷикистон, доктори илмҳои тиб, профессор

Муқарризони расмӣ:

Раҳматуллоев Раҳимҷон Раҳматуллоевич, доктори илмҳои тиб, директори Маркази табобатӣ-ташхисии «Вароруд» Ҷумҳурии Тоҷикистон

Полвонов Шукрулло Бобоевич, доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи ҷарроҳии муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон»

Муассисаи тақриздиханда:

Муассисаи федералии давлатии бучавии таълимии таҳсилоти оллии «Донишгоҳи давлатии тиббии Самара» Вазорати тандурустии Федерацияи Россия

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2021 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D. КОА-025 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад.

Бо диссертатсия дар сайти расмӣ www.tajmedun.tj, китобхонаи илмӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва китобхонаи Муассисаи давлатии таълимии “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2021 ирсол гардид

**Котиби илмӣ
шӯрои диссертатсионӣ,
доктори илмҳои тиб**

Юнусов И.А.

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Дар тӯли садсолаҳои зиёд проблемаи ташхис ва табобати чарроҳии чурраи вентралӣ (ЧВ) масъалаи мубрам боқӣ мемонад [Ермолов А.С., В.В. Петров В.В., 2010]. Тибқи маълумоти адабиёти илмӣ басомади дучоршавии чурраи берунии шикам аз миқдори умумии аҳолии дунё тақрибан 7%-ро ташкил медиҳад. Афзудани таваҷҷуҳ ба проблемаи табобати чарроҳии чурраи вентралӣ (ЧВ) мувофиқи қонун аст, зеро бурриши чурра дар замони муосир аз миқдори умумии чарроҳӣҳои абдоминалӣ (шикам) 20-30%-ро ташкил медиҳад [Воскресенский Н.В., Литовка В.К. 2013].

Ба сабукии назарфиреби ташхис ва табобати чарроҳии он, коркард ва тавсифи зиёда аз 1000 усулҳои бурриши чурра ва модификатсияи онҳо нигоҳ накарда, натиҷаҳои дури амалиёти чарроҳӣ на беморон ва на чарроҳонро қаноатманд намесозад [Алишев О.Т., Томнюк Н.Д., Винник Ю.С., 2013].

Нишондиҳандаи умда ва асосии натиҷаҳои чарроҳии ЧВ миқдори ретсидиви беморӣ аст, ки ба андешаи як гӯрӯҳи муаллифон аз 18 то 20%, ҳангоми чурраҳои бузург ва азими ЧВ ва ҳангоми шаклҳои “душвор” миқдори вай то 40-60% мерасад [Белоконе В.И. ва ҳаммуаллифон 2015; Жебровский В.В. ва ҳаммуаллифон 2005].

Дар айни замон чунин меҳисобанд, ки сабабҳои асосии фоизи баланди ретсидивҳои беморӣ ҳангоми герниопластика, баланд шудани фишори дохилибатнӣ ва оризаҳои фасодноки чароҳати пасазчарроҳӣ ба ҳисоб мераванд [Аверьянов М.Ю. ва ҳаммуаллифон 2011; Алиев Р.А. ва ҳаммуаллифон 2015].

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Қайд кардан лозим аст, ки дар пайдошавии чурраҳои вентралӣ ва ретсидивҳои вай нақши вайроншавии протсесҳои мубодила дар бофтаи пайвасткунанда бузург мебошад, ки боиси тағйир ёфтани протсесҳои генези бофтаи муътадилро пайвасткунанда мегарданд ва пас аз гузаронидани амалиёти чарроҳӣ онҳо метавонанд, ки ҳадшаи пасазчарроҳии муътадилро оризанок кунанд, дар ин самт лифҳои нозуки коллагении зичиашон кам баргарӣ доранд.

Патогенези тағйироти метаболизми бофтаҳои пайвасткунанда ҳангоми ЧВ ва ретсидивҳои вай номаълуманд, дар пайдошавии дисплазияи бофтаҳои пайвасткунанда таъсири осебрасони

маҳсулоти оксидшавии перекисии липидҳо аҳамияти калон доранд.

Имрӯз, қайд кардан мумкин аст, ки таъсири баланд шудани фишори дохилибатнӣ ва андозаҳои ЧВ ба сохторҳои мушакиву апоневроз ва пайдо шудани тағйиротҳои деструктивӣ ба қадри кофӣ омӯхта нашудааст. Тактикаи тафриқавии табобати ҷарроҳии ЧВ вобаста аз ҳолати бофтаҳои мавзёӣ, бузургии ҷурра, часпидагии вай ва давомнокии ҷурра доштан таҳия карда нашудааст.

Ҳаллу фасл кардани масъалаҳои дар боло зикршуда имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои табобати ҷарроҳии ЧВ беҳтар карда шаванд.

Заминаҳои назариявӣ методологии таҳқиқот.

Дар ҷараёни таҳқиқоти гузаронидашуда сабабҳои пайдошавӣ ва омилҳои ба пайдошавӣ ва инкишофи ретсидивҳои ҷурраи вентралӣ таъсиррасонанда омӯхта шудааст. Омӯзиши муфассали морфология, ҳолат ва нишондодҳои протсессҳои оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ), маркерҳои дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда, ҳамчунин хусусиятҳои эҳосимптоматикаи бофтаҳои мавзёӣ дарвозаи ҷурра анҷом дода шуд. Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда таъсири маҳсулоти оксидшавии перекисии липидҳо ба ҳолати бофтаҳои пайваस्तкунанда ва биоптатҳои бофтаҳои дарвозаи ҷурра муайян карда шуданд. Махсусияти таҳқиқоти гузаронидашуда аз муайян кардани маҳсулоти ниҳоеӣ оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ), диалдегиди малонӣ (ДАМ), конъюгати диенӣ (КД) дар плазмаи хун ва биоптатҳои бофтаҳои дарвозаи ҷурра (апоневроз, мушакҳо), ҳамчунин муҳофизати антиоксидӣ - витамини С ва супероксидисмутазаҳо (СОД) дар плазмаи хун иборат аст. Муҳтавои ДАМ дар плазма ва гомогенатҳои бофтаҳо бо кислотаи тиобарбитурӣ, ДК бошад, бо усули Стальной (1977) муайян карда шуда, бо ммол/мг/мл. ифода карда шуд. Фаъолнокии маҷмӯии супероксидисмутазаҳо дар плазмаи хун бо роҳи қобилияти СОД муайян карда шуд, ки вай барқароршавии тетразолини нитросиниро аз ҳисоби мутатсия дар ҷараёни барқароршавии рибофлавини аминорадикалҳои супероксидиро нигоҳ медорад. Сатҳи витамини С дар плазмаи хун ва гомогенатҳои бофтаҳо бо усули В.В. Соколовитский (1974) омӯхта, бо мг% ифода шуд. Лаҳзаҳои дигари муҳимми таҳқиқот аз муайян кардани дараҷаи дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда дар беморони гирифтори ЧВ нишондодҳои ионҳои магний дар хун буд, вай бо он асоснок карда

шуда буд, ки ба таркиби моддаҳои бофтаҳои пайваситкунанда ионҳои магний дохил карда шуда буданд, инҳо дар протсессҳои мубодилавӣ иштирок менамоянд. Таҳқиқоти муҳим муайян кардани сатҳи фишори дохилибатнӣ бо усули ғайри мустақим бо усули Kron ва ҳаммуаллифон буд, ки бо ёрии муайян кардани нишондиҳандаҳои фишори пешобдон то амалиёти чарроҳӣ, дар вақти чарроҳӣ ҳангоми пайвастунии намунавии канорҳои дарвозаи чурра, ҳамчунин якҷанд маротиба пас аз чарроҳии гузаронидашуда то лаҳзаи барқарор шудани бузургиҳои муътадил амалӣ карда шуд. Дар марҳалаи амалиёти чарроҳӣ бо мақсади гузаронидани хусусиятҳои морфологии апоневроз ва мушакҳо ва ташхиси оризаҳои пасазчарроҳӣ дар дастгоҳи Sonollain LM-2p model-PGGE TУC гузаронида шуд.

Коркарди омории мавод бо истифода аз барномаи компютерии Statistica 10,0, Microsoft Excel иҷро карда шуд. Барои бузургиҳои мутлақ нишондиҳандаи миёна (M) ва ғалати стандартӣ ($\pm m$), барои бузургиҳои нисбӣ ҳиссаҳо (P , %) ҳисоб карда шуданд. Муқоисаҳои чуфти байни гурӯҳҳо нишондиҳандаҳои микдорӣ тибқи U -критерияи Манн-Уитни барои интихобҳои мустақил, муқоисаҳои сершумор- бо усули ANOVA Краскел-Уоллис гузаронида шуданд. Барои бузургиҳои сифатӣ аз критерияи χ^2 ба кор бурда шуд, дар ҳолати микдори ками муоинаҳо (камтар аз 10 адад) ислоҳи Йетса, дар ҳолати камтар аз 5 муоина критерияи дақиқи Фишер истифода гардид. Муқоисаҳои сершумори бузургиҳои микдорӣ тибқи Q -критерияи Кохрен анҷом дода шуд. Барои муайян кардани иртиботҳои корелятсионӣ коэффитсиенти корелятсияи дараҷадори Спирмен ба кор бурда шуд. Ҳангоми то 0,3 будани коэффитсиент алоқаи байни бузургиҳо эҳтимоли алоқа кам шуморида, ҳангоми аз 0,4 то 0,7 будани нишондиҳандаҳои коэффитсиент эҳтимоли алоқа муътадил ва ҳангоми аз 0,7 баланд будани нишондиҳандаҳои коэффитсиент эҳтимоли алоқа байни нишондиҳандаҳо баланд ҳисобида шуд. Аз ҷиҳати омӯрӣ натиҷаҳо ҳангоми $p < 0,05$ будан боэҳтимоли ҳисобида шуданд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот: беҳтар сохтани натиҷаҳои табobati беморони мубтало ба чурраи вентралӣ (батнӣ).

Объекти таҳқиқот: Объекти таҳқиқоти гузаронидашуда 140 беморони мубтало ба чурраи вентралӣ буд, ки дар онҳо ташхис ва амалиёти чарроҳӣ гузаронида шуд.

Мавзӯи таҳқиқот: Мавзӯи таҳқиқот беморони мубтало ба чурраи вентралӣ, оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) дар плазмаи хун ва биоптатҳои бофтаҳои дарвозаи чурра, муҳофизати антиоксидантӣ-витамини С ва супероксидисмутаза дар плазмаи хун ва нақши онҳо дар патогенези ЧВ ва пайдо шудани ретсидивҳои онҳо мебошад. Нишондиҳандаҳои ионҳои магнии хун барои муайян кардани дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда дар беморони мубтало ба чурраи вентралӣ, ки дар протсессҳои мубодилавӣ иштирок мекунанд ва ҳолати ба вучуд омадани коллагенро дар организм баҳо медиҳанд, ба таври лабораторӣ таҳқиқ карда шуданд. Фишори дохилибатнӣ ва морфологии апоневрози мушакҳо ва бофтаҳои мавзеи дарвозаи чурра омӯхта шуд. мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ ба консепсияи мавзӯи диссертатсия ва шиносномаи ихтисоси 14.01.17-Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯхтани сабабҳои пайдошавӣ ва омилҳои таъсиррасонанда ба пайдошавӣ ва инкишофи ретсидивҳои чурраҳои вентралӣ (ЧВ).

2. Омӯхтани ҳолати морфологӣ ва нишондиҳандаҳои протсессҳои оксидшавии перекиси липидҳо, маркерҳои дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда, ҳамчунин эҳосимпто- тикаи бофтаҳои мавзеи дарвозаи чурра ҳангоми андозаҳои гуногуни барҷастагии чурра, муҳлати чурра доштан ва нишондиҳандаҳои фишори дохилибатнӣ.

3. Муайян кардани таъсири маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо ба ҳолати бофтаҳои пайваस्तкунанда.

4. Дар асоси маълумотҳои ба даст овардашуда асоснок кардани интиҳоби усули нисбатан ратсионалии герниопластика ҳангоми ЧВ.

5. Омузиши натиҷаҳои бевосита ва дури табобати чурраҳои вентралӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Дар таҳқиқоти диссертатсионӣ усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва биохимиявӣ хун, таҳқиқоти протсессҳои оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ), таҳқиқоти маҳсулотҳои ниҳоии ОПЛ, диалдегиди малонӣ (ДАМ), конъюгати диенӣ (КД) дар плазмаи хун ва биоптатҳои бофтаҳои дарвозаи чурра (апоневроз, мушакҳо), ҳамчунин муҳофизати антиоксидӣ - витамини С ва супероксидисмутазаҳо (СОД) дар плазмаи хун истифода шудаанд. Тавсифи морфологии апоневроз ва мушакҳо

тавассути ташхиси оризаҳои пасазчарроҳӣ дар дастгоҳи Sonollain LM-2p model-PGGE ТУС гузаронида шуд.

Соҳаи таҳқиқот. Соҳаи таҳқиқот ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад: зербандҳои зерин: 1. Этиология, патогенез, ташхис ва табобати ҷарроҳӣ; 8. Тайёрии пешазҷарроҳӣ ва муроқибати давраи пас аз ҷарроҳӣ.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Таълифи таҳқиқоти мазкур марҳила ба марҳила иҷро карда шудааст. Дар марҳилаи якум адабиёти ба мавзӯи мазкур дахлдорро омӯхтем. Баъдан мавзӯъ ва ҳадафи диссертатсия мушаххас карда шуд. Усулҳои таҳқиқотҳои клиникӣ-лабораторӣ ва биохимиявӣ хун, протсессҳои оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ), таҳқиқоти маҳсулотҳои ниҳонии ОПЛ, диалдегиди малонӣ (ДАМ), конъюгати диенӣ (КД) дар плазмаи хун ва биоптатҳои бофтаҳои дарвозаи чурра (апоневроз, мушакҳо), ҳамчунин муҳофизати антиоксидӣ - витамини С ва супероксидисмутазаҳо (СОД) дар плазмаи хун омӯхта шуданд, ки дар пайдо шудани ҷурраҳои вентралӣ ва ретсидивҳои он нақши муҳим доранд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоишии таҳқиқот. Дар таҳқиқот иттилооти (диссертатсияҳои, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Федератсияи Россия Ҷимоя шудаанд, мақолаҳои илмӣ маҷаллаҳо, конференсияҳо, симпозиумҳо) бахшида ба ҷурраҳои вентралӣ омӯхта шуданд. Таҳқиқот дар пойгоҳи шуъбаи ҷарроҳии МД «Маркази шаҳрии ёрии тиббии таъҷилӣ», ш. Душанбе иҷро карда шудааст.

Эътимоднокии натиҷаҳои диссертатсия тавассути маълумотҳои эътимоднок, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ мешаванд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлили илмӣ натиҷаҳои таҳқиқот ва табобати беморони мубтало ба ҷурраи вентралӣ асоснок карда шудаанд.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст муқаррар карда шуд, ки яке аз сабабҳои пайдо шудани ҷурраҳои вентралӣ ва ретсидивҳои он, дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда мебошад, ки дар натиҷаи таъсири осебрасони маҳсулотҳои ниҳонии ОПЛ ба вучуд меояд.

Дар заминаи маводи ба қадри кофӣ зиёд аҳамияти протсессҳои оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) ва ихтилоли

сатҳи маркерҳои дисплазия дар пайдошавии ретсидивҳои беморӣ дақиқ ва муназзам карда шудааст.

Критерияҳои объективии интихоби усулҳои герниопластикӣ ҳангоми ЧВ ва ретсидивҳои он пешниҳод карда шудааст.

Бурриши аз ҷиҳати патогенетикӣ асосноки канорҳои апоневроз ва таъйин кардани табобати комплекси пасазчарроҳи бо истифода аз антиоксидантҳо ва антигипоксантиҳо, доруҳои магнийдор ва кислотаи аскорбинӣ барои пешгирии намудани хатари пайдо шудани ретсидивҳои чурраи вентралӣ (ЧВ) исбот карда шудааст.

Аҳамияти назарии таҳқиқот аз он иборат мебошад, ки нуктаҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот, хулоса ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашударо дар раванди таълими макотиби олии тиббӣ мавриди истифода қарор додан мумкин аст.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Меъёрҳои объективии интихоби усулҳои герниопластика таҳия карда шудаанд, онҳо имконият медиҳанд натиҷаҳои дури табобати беморони мубтало ба чурраи вентралӣ беҳтар карда шавад. Усулҳои герниопластика ва интубатсияи рӯдаҳо ҳангоми чурраҳои калон ва азим коркард шудаанд, ки имконият медиҳанд ба таври самаранок нишондиҳандаҳои фишори дохилибатнӣ ва басомади оризаҳои фасоднок ва ретсидивҳои беморӣ кам карда шаванд.

Нуктаҳои асосии барои ҷимояи пешниҳодшаванда:

1. Дар баробари таранг шудани бофтаҳои дӯхташаванда, баланд шудани фишори дохилибатнӣ, протсессҳои синнусолии иволүтивӣ дар организм, сабаби пайдо шудани чурраи вентралӣ ва ретсидивҳои вай фаъолнокшавии протсессҳои оксидшавии перекисии липидҳо дар бофтаҳо (апоневроз)-и мавзеи дарвозаи чурра низ ба ҳисоб мераванд;

2. Зиёд гаштани муҳлати доштани чурра ва андозаи сохтори чурра, дар мавзеи дарвозаи чурра баландшавии ниҳоии муҳтавои маҳсулоти оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ) ва паст шудани сатҳи магний дар хун ба мушоҳида мерасад;

3. Сабаби пайдо шудани чурраҳои вентралӣ ва ретсидивҳои он дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда (ДБП) мебошад, ки дар натиҷаи таъсири осебрасони маҳсулоти оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ) ба вучуд меояд.

4. Ҳангоми чурраи вентралӣ, дар байни возеҳии тағйироти морфологии мавзеи дарвозаи чурра ва сатҳи муҳтавои маҳсулоти

оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ) коррелятсияи мустақими иртибот вучуд дорад;

5. Бо мақсади пешгирӣ намудани ретсидивҳои беморӣ ҳангоми герниопластикаи чурраи вентралӣ тибқи нишондод буридани канорҳои апоневроз бо интубатсияи рӯдаи борик зарур аст.

Саҳми шахсии унвонҷуӣ. Муаллиф таҳлили ретроспективии маводи клиникӣ, ҳамчунин таҳлили омории маълумотҳои ба даст овардашударо шахсан анҷом додааст. Муаллифи диссертатсия тақрибан 70%-и амалиётҳои ҷаррохию худаш иҷро намудааст, ки маводҳои онҳо ба диссертатсия ворид карда шудаанд.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он. Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияи солонаи олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (ш. Душанбе соли 2012); конференсияи X-уми солонаи олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (ш. Душанбе соли 2015); конференсияи солонаи илмӣ амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” (ш. Душанбе 2017); конференсияи XIII - уми солонаи олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (ш. Душанбе соли 2018); 66-умин конференсияи солонаи илмӣ амалии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (ш. Душанбе 2018) гузориш ва нашр шудаанд. Барои баҳогузори кардани ҳолати бофтаҳои девораи пеши шикам ва дақиқ кардани муҳтавои чурра ҳангоми чурраи вентралӣ иҷро намудани ТУС иавсия карда мешавад, бо мақсади кам кардани миқдори ретсидивҳои беморӣ дар вақти ба кор бурдани усулҳои “шиддат” (tension method) ва омехтаи герниопластика буридани канорҳои апоневроз, минтақаи дорои маҳсулоти оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ) ва кам будани имкониятҳои регтгенограмма дар ҳудуди 2,0 см мувофиқи мақсад аст. Барои ташхиси барвақтӣ ва пешгирии басомадҳои оризаҳои пасазҷарроҳии ҷароҳат новобаста аз усулҳои герниопластика гузаронидагони ТУС-и динамикӣ ва доренажгузори ҷароҳат бо найчаи полихлорвинилӣ тавсия карда мешавад. Усули самаранокӣ профилактикаи синдроми гипертензияи интраҷарроҳӣ интубатсияи

рӯдаи борик бо зонди полихлорвинилӣ дар якҷоягӣ бо истифода аз тӯри полипропиленӣ «onlain» ба шумор меравад.

Интишори натиҷаҳои рисолаи илмӣ. Оид ба мавзӯи рисола 17 маводи илмӣ, аз ҷумла 3 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр ва панҷ шаҳодатномаи пешниҳоди ратсионализаторӣ ба даст оварда шудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 135 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, бобҳои таҳқиқоти худӣ, баррасии натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳои амалӣ ва 3 боби таҳқиқоти худӣ, хулосаҳо ва рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат мебошад. Дар рисола 22 ҷадвал ва 33 расм оварда шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 104 сарчашмаи муаллифони ватанӣ ва 62 адабиёти хориҷӣ иборат мебошад. Дар диссертатсия 22 ҷадвал ва 33 расм оварда шудааст.

Муҳтавои таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Асоси таҳқиқоти мазкурро таҷрибаи ташҳиси комплексӣ ва табобати ҷарроҳии 140 бемор аз хусуси ЧВ (чурраи вентралӣ), ки дар МД “Маркази шаҳрии ёрии таъҷилии тиббӣ”-и ш. Душанбе дар давраи аз соли 2011 то 2018 бистарӣ буданд, ташкил дод. Дар байни беморони мубтало ба чурраи вентралӣ 64(45,7%)-ро мардҳо, 76 (54,3%) –ро занҳо ташкил карданд. Дар 93(66,4%) муоина муҳлати чурра доштан аз 1то 4 сол буд, дар. 47(33,6%) –и беморон ин муҳлат дар ҳудуди аз 4 то 8 солро дар бар гирифт.

Таҳқиқоти минбаъда нишон дод, ки бо калон шудани синну сол ва давомнокии чурра доштан мушакҳо ва апоневроз хосияти чандирии худро дар натиҷаи тунук шудани лифҳои мушакҳо гум мекунанд, дар байни онҳо пайдо шудани изофаҳои хучайрабофти ҷарбӣ ба назар мерасад.

Ҳамин тавр, давомнокии чурра доштан ва синну соли беморон омили хатари пайдо шудани ЧВ ва ретсидивҳои он мебошанд. Ба ин тартиб, дар 12 бемор (8,6%) вазни барзиёд шохиси массаи бадан (ШМБ) аз 25 кг то 29,9 кг/м²), дар 10 бемор (7,1%) I-и фарбеҳӣ (ҷарбсорӣ) (ШМБ аз 30 кг/м² то 34,9 кг/м²); дар 9 бемор (6,4%) -дараҷаи II-и фарбеҳӣ (ШМБ аз 35 кг/м² то 39,9 кг/м²); ва дар 6 бемор (4,3%) – дараҷаи III- и фарбеҳӣ (ШМБ 40 кг/м²) ба қайд гирифта шуд. Ҳамин тавр, 25 бемор (17,9%) фарбеҳии дараҷаи I-III ва хучайрабофти возеҳи зерипӯстӣ- ҷарбии бештар аз 4-5 см. девораи

пеши батнӣ, яъне норасоии девораи пеши батнӣ доштанд. Ғайр аз ин, беморонро, ки аз ҳисоби норасоии функционалии системаи бофтаҳои пайвастунанда майл ба ташаккулёбии чурра доранд, чудо кардан лозим аст. Дар ин бора мо ба таври ғайримустақим дар беморони зерин мавҷуд будани онро хулосабарорӣ кардем: бемориҳои варикозӣ – 12(%), чурраҳои дар дигар ҷойҳо ҷойгиршуда –9(%), бавосир – 11(%).

Барои тавсифи клиникии сохтори чурра мо дар таҳқиқоти худ ба таснифи ЧВ тибқи J.P. Chevrel and A.M. Rath (SWR-classification) дар соли 1999 пешниҳодшуда ва Ғафорова У.О. (с. 2010) таъя намудем. Қайд кардан лозим аст, ки дар байни беморони муоинашуда беморони андозаи чурраашон калонтар аз 10 см² (W3-W4) – 64 бемор (45,7%) ва беморони майдони барҷастагии чурраашон калонтар аз 20 см² – 68(%) (V3-V4) буданд. Тавре, ки қаблан зикр карда шуд, чурраҳои вориднашаванда дар 14 бемор дида шуд, дар онҳо дарвозаи чурраро ба таври палпатсиякунӣ муайян кардан номумкин аст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Гурӯҳбандии беморон мувофиқи таснифи модификатсионии J.P. Chevrel and A.M.Rath (SWR-classification)

Ҷойгиршавӣ	Андозаи дарвозаи чурра				Андозаи барҷастагии чурра				Ретсидив	
	То 5см W ₁	То 5-10см W ₂	То 10-15см W ₃	Зиёда аз 15 см W ₄	Хурд V ₁	Миёна V ₂	Калон V ₃	Азим V ₄	R1	R2
M	18	22	58	16	24	16	61	13	6	8
L	4	10	8	2	4	12	8	-	10	-
ML	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Ҳамагӣ	24	32	66	18	30	28	69	13	16	8

Барои таҳлили лаборатории дисплазияи бофтаҳои пайвастунанда (ДБП) дар беморони мубтало ба ЧВ сатҳи концентратсияи ионҳои магний дар хун таҳқиқ карда шуданд. Ин усул бо он асоснок карда шудааст, ки ионҳои магний дар моддаҳои бофтаҳои пайвастунанда мавҷуданд ва дар танзими метаболизми он иштирок мекунанд, барои ин аз рӯйи сатҳи магний дар хун ба

таври ғайри мустақим метавон аз хусуси протсессҳои тавлидшавии коллаген дар организм хулоса баровард: сатҳи магний ҳангоми дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда паст мешавад (меъёри магний дар зардоби хун $-0,71-1,2$ ммол/л).

Андозагирии фишори дохилибатнӣ (ФДБ) бо усули ғайримустақим бо андозагирии фишор дар пешобдон бо усули Kron ва ҳаммуаллифон (Гельфенд Б.Р. и соавт. 2005; Harrison et al 1982, Kron I.L. et al 1984) иҷро карда шуд. Андозагирии фишори дохилибатнӣ (ФДБ) дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ, дар лаҳзаи ба таври намуна овардани канорҳои дарвозаи чурра ҳангоми ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ҳамчунин мониторинги нишондиҳандаҳо дар давраи пас аз ҷарроҳӣ то ба даст овардани нишондиҳандаҳои муътадили ФДБ анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

ТУС-и комплексӣ дар замони муосир усули асосии ташҳиси ЧВ ба шумор меравад. Мақсади ТУС ҳангоми ЧВ аз муайян кардани андозаи дарвозаи чурра, муҳтавои он, ҳамчунин зухуротииловагии апоневроз иборат аст. ТУС-и комплексӣ дар ҳамаи 140 бемори мубтало ба ЧВ иҷро карда шуд. Ҳангоми ТУС нуқсонҳои хати сафеди шикам ва қисми паҳлӯии шикам дар 138 (98,6%) бемор муайян карда шуд. сканеркунии барҷастагии чурра чунин маълумотҳоро дод.

ТУС имконият дод, ки ғафсии ҳучайрабӯфти пеши шикам дар 80%-и муоинаҳои клиникӣ чен карда шавад. тағйиротҳои ҳадшавӣ-дегенеративӣ ва якхела набудани сохтори бофтаҳои девораи пеши шикам ҳангоми ТУС визуализатсия шуда, дар 32% ($82 \pm 0,1\%$) – и муоинаҳои клиникӣ камтар ошкор карда шуданд. Дар натиҷаи ТУС - ҳои комплексии гузаронидашуда дар девораи батнии беморони мубтало ба ЧВ як қатор тағйиротҳо дар ба мушоҳида расид (ҷадвали 2).

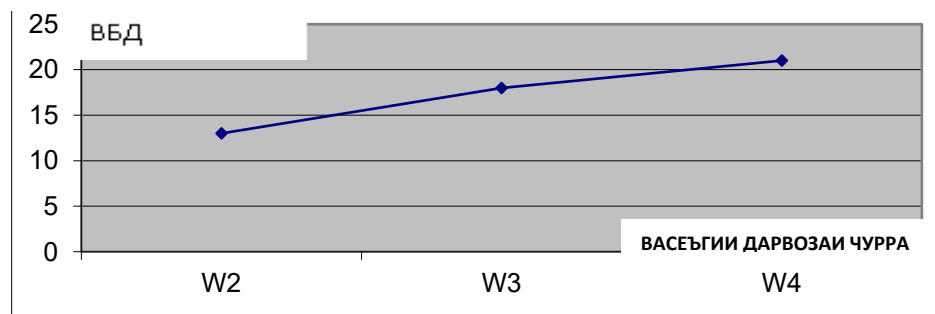
Ҳамин тавр, ТУС усули сериттилоӣ таҳқиқотдар ташҳиси ЧВ ва ретсидивҳои он ба ҳисоб меравад. Қайд кардан зарур аст, ки бо калон шудани андозаи барҷастагии чурра (V_3 и V_4) иттилоёнокии ТУС кам мешавад, вобаста аз ин зарурати гузаронидани ТК ба миён меояд. Айни замон шубҳае нест, ки нишондиҳандаҳои фишори дохилибатнӣ (ФДБ) яке аз механизмҳои патогенетикии ба вучуд омадани чурра ба шумор меравад.

Чадвали 2.-ТУС. Тағйирот дар девораи батнии беморони мубтало ба ЧВ ва ретсидивҳои он.

Аломатҳои УС	%
Визуализатсияи барҷастагиҳои чурра	100
Муайян кардани ҳаҷми барҷастагиҳои чурра	78
Баҳогузори андозаи дарвозаи чурра	81
Визуализатсияи диастази мушакҳои мустақими батнӣ.	87,5
Басомади визуализатсияи мушакҳои мустақими батнӣ.	92,8
Баҳогузори ба возеҳии ғафсии чарбии зерипӯстӣ.	100
Баҳогузори ба возеҳии хучайрабофти пеши батнӣ.	81
Баҳогузори ба возеҳии тағйиротҳои хадшавӣ-дегенеративии бофтаҳои девораи пеши батн.	79
Визуализатсияи муҳтавои халтаи чурра.	100
Басомади дучор шудани сохторҳои иловагӣ дар хучайрабофти чарбии зерипӯстӣ (гранулемаҳои лигатурӣ, думал).	81,2
Якхела набудани сохтори девораи пеши батн.	91

Муддати тӯлонӣ мавҷуд будани фишори дохилибатнӣ ва барҷастагии чурра ба ҳолати морфологии бофтаҳои дарвозаи чурра таъсири манфӣ расонида, боиси дар оянда пайдо шудани ретсидивҳои беморӣ мегардад.

Дар баробари омӯхтани вобастагии мониторинги ФДБ аз ҳаҷми барҷастагии чурра дар ҳамин гурӯҳи беморон таъсири васеъгии дарвозаи чурра ба нишондиҳандаҳои ФДБ низ омӯхта шуданд (расми 1).



Расми 1. - Иртиботи коррелятсионии байни васеъгии дарвозаи чурра ва ФДБ

Маълумотҳои аз натиҷаи таҳқиқот ба даст овардашуда иртиботи мустақими байни нишондиҳандаҳои ФДБ ва андозаи васеъгии дарвозаи чурра ро нишон медиҳанд. Чӣ қадар, ки дарвозаи чурра васеъ бошад, ҳамон андоза муҳтавои чурра аз ковокии барҷастагии чурра зиёд берун мебарояд ва ҳамон андоза нишондиҳандаҳои ФДБ баланд аст.

Яке аз сабабҳои пайдо шудани ноустувории бофтаҳои пайваस्तкунанда, ҳамчунин пайдо шудани тағйиротҳои дистрофикӣ ҳангоми ЧВ таъсири пешравандаву осебрасонандаи мембрани ҳучайравӣ тавассути маводи захрнокӣшон зиёди оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) ба ҳисоб мераванд. Ҳамин тавр, дар беморони мубтало ба дараҷаҳои II-III ЧВ муҳтавои конъюгати диенӣ (КД) дар апоневроз ва мушакҳо мутаносибан 1,6 0,07 мкмол/мг ва 2,0 0,08 мкмол/мг, аммо ДАМ -3,4 0,02 мкмол/мг ва 3,8 мкмол/мг ро ташкил дод.

Дар ин самт муайян кардани миқдори маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) дар бофтаҳои дарвозаи чурра вобаста аз фосилаи байни канорҳои дарвозаи чурра аҳамияти бузург дорад. Барои ин дар 56 бемори мубтало ба ЧВ муҳтавои маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) аз якҷанд мавзёҳои минтақаи дарвозаи чурра аомӯхта шуд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. -Нишондиҳандаҳои маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) дар мавзёҳои гуногуни биоптатҳо.

Гурӯҳи беморон	Нишондиҳандаҳои ОПЛ	
	ДК ммол/мг	МДА ммол/мг
Донорҳо (n=15)	0,24 ±0,03	1,2±0,04
Биоптатҳои бевосита аз канорҳои дарвозаи чурра гирифташуда (n=14)	1,8±0,07	3,9±0,04
Биоптатҳои 1,0 см дуртар аз канорҳои апоневроз (n=15) дар мавзеи дарвозаи чурра гирифташуда.	1,6±0,08	3,4±0,02
Биоптатҳои 1,5 см дуртар аз канорҳои апоневроз (n=15) дар мавзеи дарвозаи чурра гирифташуда.	1,3±0,02	2,4±0,06
Биоптатҳои 2,0 см дуртар аз мавзеи дарвозаи чурра гирифташуда (n=15).	0,72±0,01	1,5±0,03

Эзоҳ*- $p < 0,001$ – аҳмияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо дар муқоиса бо нишондиҳандаҳои гуруҳи донорҳо (мувофиқи озмоиши Манн-Уитни)

Шарҳи маълумотҳо нишон медиҳад, ки дар биоптатҳои канорҳои апоневроз, ки бевосита дарвозаи ҷурро ташкил медиҳанд ва бо муҳтавои ҳалтаи ҷурра зич часпидаанд, дар зерӣ таъсири доимии барҷастагии ҷурра ва фишори баланди дохилибатнӣ, муҳтавои КД ($1,8 \pm 0,07$ мкмол/мг) ва ДМ ($3,9 \pm 0,04$ мкмол/мг) дар сатҳи ниҳой қарор дошт. Ҳангоми омӯхтани оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) биоптатҳои 1,5 см дуртар аз канорҳои апоневроз ($n=15$) дар мавзеи дарвозаи ҷурра гирифташуда нишон доданд, ки дар ин мавзё дар биоптатҳои апоневроз муҳтавои ба қадри кофӣ баланди КД ($1,6 \pm 0,08$ мкмол/мг) ва ДМА ($3,4 \pm 0,02$ мкмол/мг) мавҷуд мебошад. Танҳо дар биоптатҳои 2 см дуртар аз мавзеи дарвозаи ҷурра гирифташуда сатҳи КД ва ДМА ба нишондодҳои меъёрӣ наздик - $0,72 \pm 0,01$ мкмол/мг ва $1,5 \pm 0,03$ мкмол/мг буданд.

Натиҷаҳои ҳосилшуда гувоҳӣ медиҳанд, ки дар фосилаи то 2 см дуртар аз канорҳои дарвозаи ҷурра биоптатҳои апоневроз дорои муҳтавои баланди маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) мебошанд, ки онҳо дар шароитҳои нохуб таъсири пешравандаро ба апоневроз зиёд намуда, бо ин боиси боз ҳам зиёдтар кам гаштани резистентнокии бофтаҳо ва хатари пайдо шудани ретсидивҳои беморӣ мегарданд.

Ҳамин тавр, ихтилолҳои биохимивии дар беморони гирифтори ҷурра пайдошуда дар шакли баланд шудани муҳтавои маҳсулоти оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) сохторҳои бофтаҳои пайвасткунандаи девораи шикамро вайрон мекунад ва баъдан боиси пайдо шудани дисплазияи бофтаҳои пайвасткунандаи дараҷаҳои гуногун ва пайдо шудани ЧВ мегардад.

Дар асоси таҳқиқотҳои комплекси биохимивӣ ва морфологӣ схемаи патогенези ЧВ ва ретсидивҳои он таҳия карда шуд (расми 2).

Дар айни замон он далел бебаҳс аст, ки усули ягонаи табobati ЧВ усули ҷарроҳӣ мебошад. Фаровонии усулҳои ҷарроҳӣ, татбиқ намудани пластика «бидуни тарангкунӣ» ва муваффақиятҳои анестезиология ва реаниматология нишондодҳои пластикаи девораи пеши шикамро ҳангоми ЧВ хеле васеъ кардаанд.

Натиҷаҳои табobati ҷарроҳии ЧВ аз бисёр ҷиҳатҳо аз ҳаллу фасли комплекси масъалаҳое, монанди тайёрии ратсионалии пешазҷарроҳӣ вобастаанд, ки мақсади онҳо аз мутобиқшавии бемор ба ФДБ, интиҳоб кардани усули муносиби пластикаи

нуқсонҳои девораи шикам ва профилактикаи оризаҳои пасазчарроҳӣ иборат аст.



Расми 2. – Схекаи патогенези чурраҳои вентралӣ

Дар ин маврид барои муайян кардани нишондодҳо чихати истифода намудани ин ё он усули пластика бо назардошти омилҳои гуногуни хатар дар назди табиб вазифаҳои мураккаб меистанд.

Дар асоси таҳқиқотҳои гузаронидашудаи бисёромил дар клиника таҳқиқоти комплекси меъёрҳои интихоби усулҳои амалиётчарроҳӣ ҳангоми ЧВ таҳия карда шудааст (ҷадвали 4).

**Чадвали 4. – Меъёрҳои объективии интихоби усулҳои
пластикаи девораи шикам.**

Омилҳои ҳатар	Баллҳо
I. Ҳолати бофтаҳои девораи батн тибқи маълумоти ТУС; меъёр ё дараҷаи ночизи атрофияи бофтаҳои девораи шикам.	1
Атрофияи возеҳ ва деструксияи апоневроз ва мушакҳо	3
Тағйиротҳои хадшавӣ-дегенеративии бофтаҳо	5
II. Натиҷаҳои таҳқиқоти морфологии бофтаҳои дарвозаҳои чурра; Хуб.	1
Қаноатбахш	3
Ғайриқаноатбахш	
III. Натиҷаҳои муҳтавои маҳсулоти оксидшавии перекисии липидҳо (ОПЛ) дар бофтаҳои дарвозаи чурра;	5
КД 0,24 0,03 мкмол/мг то 1,27 0,02 мкмол/мг ДАМ 1,2 0,04 мкмол/мг до 2,4 -0,07 мкмол/мг	1
КД 1,2 0,04 мкмол/мг до 1,67 0,03 мкмол/мг ДАМ-2,4 0,08 мкмол/мг до 3,2 0,07 мкмол/мг	3
КД зиёда аз 1,7 мкмол/мг ДАМ зиёда аз 3,2 мкмол/мг	5
IV. Андозаи дарвозаҳои чурра W1 W2	1
W3	3
W4	5
V. Андозаи барҷастагиҳои чурра V1	1
V2	3
V3- V4	5
VI.Массаи бадан (шохиси массаи бадан) Меъёр	1
Барзиёд	2
Фарбеҳии дараҷаи II-III	3
VII. Синну сол То 40 сол	1
40-60 сол	2

Давоми ҷадвали 4.

Зиёда аз 60 сол	3
VIII. Нишондиҳандаҳои ФДБ	
I	1
II	3
III-IV	5
IX. Ҳолати функционалии системаи нафаскашӣ	
Вайроншавӣ нест	0
Вайроншавии дараҷаи вазнинии миёна	1
Вайроншавии дараҷаи вазнини	2
X. Бемориҳои ҳамроҳшудае, ки боиси баланд шудани ФДБ	
гаштаанд,	0
мавҷуд нест.	
Дараҷаи сабук вучуд дорад	1
Дараҷаи вазнин вучуд дорад	2
XI. Давомнокии чурра доштан	
То 1 сол	1
Аз 1 то 3 сол	2
Зиёда аз 3 сол	3

Меъёрҳои объективии таҳиякардашуда 11 бандро дар бар мегиранд. Дар сурати маҷмӯи баллҳо то 9 будан, иҷро кардани аутопластикаи девораи шикам бо бофтаҳои маҳаллӣ тавсия карда мешавад. Дар ин ҳолат дар беморон бояд ки нуксонҳои хурд ва тағйиротҳои морфофункционалии бофтаҳои девораи пеши шикам, каме баланд шудани ФДБ ва нишондодҳои маҳсулоти ОПЛ дар бофтаҳо мавҷуд бошад.

Дар сурати аз 10 то 18 будани маҷмӯи баллҳо бо назардошти тарангшавии бофтаҳо, хусусиятҳои гуногуни конституционалӣ, ки ба ҷараёни давраи пас аз ҷарроҳӣ, ҳамчунин ҳолати қаноатбахши бофтаҳо ва баланд шудани сатҳи маҳсулоти ОПЛ дар бофтаҳо таъсир мерасонанд (то 1,7 мкмол/мг ДК, то 3,2 мкмол/мг ДАМ), ФДД – и дараҷаи I-II иҷро намудани пластикаи омехтаре мувофиқи мақсад мехисобанд. Дар сурати аз 19 то 27 будани маҷмӯи баллҳо ба усулҳои «таранг нашаванда» бартарӣ дода шуд, зеро тақрибан

ҳамаи меъёрҳо (критерияҳо) дар шароити баландтарин қарор доштанд.

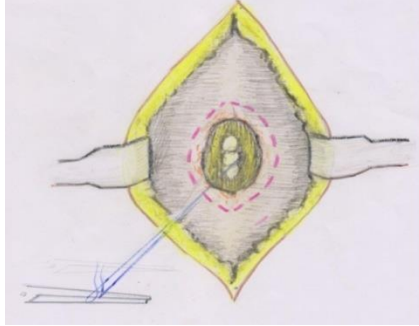
Зикр бояд кард, ки дар баробари коркарди критерияҳои объективии интихоби усулҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ, ба тактикаи тафриқавии ҷарроҳӣ ва принципҳои иҷрои реконструксияи девораи пеши батн низ таъя карданд. Хусусияти амалиётҳои ҷарроҳии иҷрокардашуда, ҳангоми ЧВ дар ҷадвали 5 оварда шудааст.

Ҷадвали 5. - Хусусияти амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми ЧВ

Номи ҷарроҳӣ	Миқдор	%
Чуррабурӣ бо пластикаи дарвозаи чурра тавассути бофтаҳои маҳаллӣ.	25	17,9
Чуррабурӣ. Бурида гирифтани канорҳои апоневроз ва пластика тавассути бофтаҳои маҳаллӣ.	18	12,9
Чуррабурӣ бо усули омехта тибқи В.И. Белоконев	20	14,3
Чуррабурӣ бо усули омехтаи клиника	12	8,6
Чуррабурӣ бо герниопластикаи «тарангнашаванда»	43	30,7
а) герниопластикаи «sublay»	24	17,1
б) герниопластикаи «onlay»	19	13,6
Герниопластика. Бурида гирифтани канорҳои апоневроз. Герниопластикаи омехта	22	15,7
Ҳамагӣ	140	100

Тавре ки аз ҷадвали №5 бармеояд, ҳангоми ЧВ дар 43(30,7%) ҳолат аллогерниопластика, дар 54 (38,6%) ҳолат пластикаи омехта ва дар 43 (30,7%) ҳолат усули тарангнашаванда иҷро карда шудааст.

Барои самаранок сохтани ҳадшаи саҳт, ҳамчунин кам кардани хатари кушода шудани дарзҳо ва фасодгирӣ бурида гирифтани ин минтақа зарур аст. Тибқи усули пешниҳоднамудаи мо бурида гирифтани апоневрозо дар маҳалли дарвозаи чурра дар фосилаи 2 см иҷро мекунем. Дар ин маврид минтақаи ишемияи возех, ки миқдори зиёди маҳсулоти ОПЛ дорад, ҳамчунин дорои тағйироти дегенеративӣ мебошад, бурида гирифта мешавад. Дарзҳо (кӯкҳо)-и апоневроз ва мушакҳо ҳатман дар мавзёҳои солим гузошта мешаванд (расми 3).

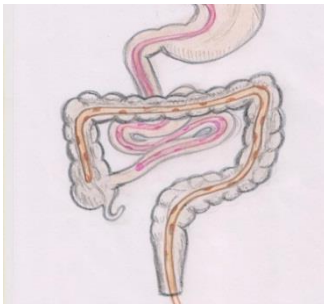


Расми 3. - Бурида гирифтани минтакаи ишемия ва мухтавои зиёди ОПЛ.

Мувофиқи усули пешниҳодкардаи мо 40 бемори мубтало ба ЧВ ҷарроҳӣ карда шуд, ки дар онҳо натиҷаҳои наздиктарин ва дури пас аз ҷарроҳӣ хуб буданд.

Барои пешгирӣ намудани синдроми фишорбаландии дохилибатнӣ дар клиника усуле таҳия карда шудааст, ки тибқи он бо усули «тарангкунӣ» onlay дар болои апоневроз протези тӯршақли полипропилениро медӯзанд, вай дар баъзе ҳолатҳо ҳаҷми ковокии шикамро калон мекунад.

Ҳамзамон бо мақсади паст кардани фишорбаландии дохилибатнӣ ҳангоми ҷарроҳӣ интубатсияи умумии трансназалии рӯдаи борик ва интубатсияи трансаналии грӯдаи ғафсро иҷро мекунанд (расми 4).

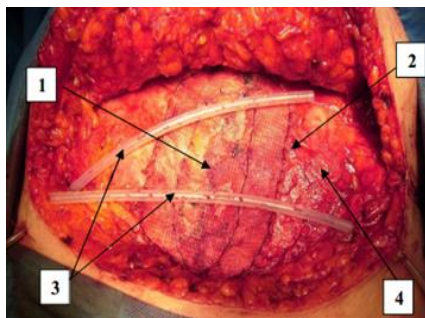


Расми 4. -Интубатсияи рӯдаи борик ва пластикаи дарвозаҳои ҷурра бо истифода аз тӯр. (а, б)

Бо усули пешниҳодшуда 12 бемор ҷарроҳӣ шуд, ки натиҷаи қаноатбахш доштанд.

Бояд қайд кард, ки новобаста аз усули иҷро кардани герниопластика ҷароҳат, бо мақсади фасод нагирифтани ҷароҳат,

пас аз ҷарроҳӣ дар ҷароҳат бо найчаи полихлорвинилӣ дренаж гузошта шуд (расми 5).



Расми 5. – Дренажгузории мавзеи амалиёти ҷарроҳӣ.

1 - имплантати тӯрӣ, 2 - кӯкҳои печонидашуда, 3 - дренажҳо, 4-апоневроз.

Бо мақсади ислоҳ намудани метаболизми бофтаи пайвастанда ва маҳв кардани таъсири агрессивии маҳсулоти ОПЛ ба бофтаи пайвастанда ҳангоми ЧВ ва ретсидивҳои маҷмӯи табобати пасазҷарроҳии беморон табобати антиоксидантӣ ва антигиппоксӣ дар якҷоягӣ бо кислотаи аскорбинӣ таъйин карда шуд (Пешниҳоди ратсионализаторӣ №3599/R651 аз 12.11.2018с. ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино).

Бо мақсади ислоҳ намудани метаболизми бофтаи пайвастанда ва маҳв кардани таъсири агрессивии маҳсулоти ОПЛ ба бофтаи пайвастанда ҳангоми ЧВ ва ретсидивҳои маҷмӯи табобати пасазҷарроҳии беморон табобати антиоксидантӣ ва антигиппоксӣ дар якҷоягӣ бо кислотаи аскорбинӣ таъйин карда шуд (Пешниҳоди ратсионализаторӣ №3599/R651 аз 12.11.2018с. ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино).

Ба сифати доруи дорои таъсирҳои антиоксидантӣ ва антигиппоксӣ аз доруҳои суктсинатдори Ремаксол ва маҳлули 5%-и кислотаи аскорбинӣ истифода карданд. Ремаксол ва кислотаи аскорбинӣ дар шабонарӯзҳои аввали давраи пасазҷарроҳӣ 400 мл 1 маротиба дар як шабонарӯз ва 10 мл маҳлули 5%-и кислотаи аскорбинӣ дар 200 мл маҳлули физ. д/в бо суръати 40-60 қатра дар як дақиқа дар давоми 5-8 рӯз таъйин карда шуд.

Таботати комплекси антиоксидантӣ, антигиппоксӣ ва витамин дармонӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ дар 18 бемори дорои ҷурраҳои азим ва ретсидивдор (n=12) бо натиҷаҳои хуби наздик ва дур иҷро карда шуд. Ғайр аз ин, барои ислоҳи ихтилоли метаболизми бофтаҳои пайвастанда дар беморони гирифтори ЧВ (ҷурраи вентралӣ) ва ретсидивҳои он ба сифати модулятори

синтези коллаген Оротати магний мавриди истифода қарор дода шуд. (Пешниҳоди ратсионализаторӣ №3600/R652 аз 12.11.2018 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино). Маълум аст, ки доруҳои органикии магний ба протсесси синтези коллаген ва сохторҳои фавқулмолекулярӣ он дар шакли фибрилли типӣ 1 таъсир мерасонад ва барои протсесси шифо ёфтани ҷароҳат ва ба ҳамин тартиб барои кам шудани аломатҳои синдроми норасоии бофтаҳои пайвастунанда мусоидат мекунад.

Ба комплекси табобати консервативии пасазҷарроҳӣ барои ҳамаи беморон дар шабонарӯзи дуҷуми давраи пас аз ҷарроҳӣ оротати магний таъйин намуданд. Доруҳо ба андозаи 1000 мл 3 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 7-рӯз, баъдан 500 мг 2-3 маротиба дар як рӯз таъйин намуданд.

Ҳамин тавр, барои беҳтар шудани натиҷаҳои дури герниопластика ҳангоми ЧВ ва ретсидивҳои он дар баробари усулҳои ҷарроҳӣ таъйин кардани доруҳои беҳтаркунандаи функция ва сохтори бофтаҳои пайвастунанда аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснок ҳисобида мешавад.

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертасия

1. Таҳлили сабабҳои пайдо шудани ҷурра муайян кард, ки омехтаи асосии ба пайдошавии ҷурра таъсиррасонанда инҳоянд: синну соли бемор, фарбехӣ, баланд шудани фишори дохилибатнӣ, ҳамчунин норасоии функционалии бофтаҳои пайвастунанда [3-М; 5-М].
2. Дар ҷурраи вентралӣ (ЧВ) бо калон шудани андозаи дарвозаҳои ҷурра, давомнокии ҷурра доштан, баланд ббудани нишондиҳандаи фишори дохилибатнӣ хеле зиёд шудани муҳтавои маҳсулоти ОПЛ (КД ва ДМА) ба мушоҳида мерасад, ки ин яке аз сабабҳои тағйиротҳои дегенеративӣ – дистрофикӣ ба ҳисоб меравад [4-М; 6-М].
3. Дар патогенези ҷурраҳои вентралӣ ва ретсидивҳои он ҷойи намоёнро таъсири осебрасони маҳсулоти ОПЛ ба бофтаҳои пайвастунанда ишғол мекунад, вай барои пайдо шудани дисплазияи бофтаҳои пайвастунанда мусоидат менамояд. Ҷӣ қадар ки ҳаҷми ҷурра калон ва муддати ҷурра доштан зиёд бошад, муҳтавои маҳсулоти ОПЛ дар хун ҳамон қадар бештар ва дисплазияи бофтаҳои пайвастунанда возеҳтар аст [2-М; 8-М].
4. Интиҳоби герниопластика ҳангоми ЧВ бояд дар асоси маълумотҳои меъёрҳои объективӣ анҷом дода шавад. Дар сурати 9 балл будани маҷмӯи баллҳо усули тарангкунандагӣ ва ҳангоми аз

10 то 18 ва бештар аз 19 балл будан истифодаи усулҳои омехта ва тарангнашаванда мувофиқи мақсад аст [1-М; 9-М].

5. Сифати ҳаёти бемороние, ки усулҳои омехта ва «тарангнашаванда»-ро аз сар гузаронида назар ба бемороне, ки усули «тарангнашавандагӣ»-ро аз сар гузаронидаанд, хеле беҳтар аст [3-М; 7-М].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Барои баҳо додан ба ҳолати бофтаҳои девораи пеши шикам ва тафсили муҳтавои чурра ҳангоми чурраи вентралӣ иҷро кардани ТУС тавсия карда мешавад.

2. Бо мақсади кам кардани миқдори ретсидивҳои беморӣ ҳангоми иҷро кардани усули «тарангнашавандагӣ» ва усули омехтаи геринопластика бурида гирифтани канорҳои апоневроз, минтақаҳои муҳтавои зиёди маҳсулоти ОПЛ ва камшавии имкониятҳои регенераторӣ дар мавзеи 2,0 см мувофиқи мақсад мебошад.

3. Барои ислоҳи медикаментозии ихтилолҳои метаболизми бофтаҳои пайвастунанда ҳангоми чурраи вентралӣ ва ретсидивҳои он истифода намудани усулҳои таҳияшуда ва пешниҳодшудаи табобати антиоксидантӣ ва антигиппоксантӣ, ҳамчунин истифодаи кислотаи аскорбинӣ ва доруҳои магнийдор тавсия карда мешаванд.

4. Бо мақсадаи ташҳиси барвақт ва пешгирии намудани миқдори оризаҳои пасазчарроҳии ҷароҳат новобаста аз усулҳои геринопластика гузаронидани ТУС-и динамикӣ ва дренажгузории ҷароҳат тавассути найчаи полихлорвинилӣ тавсия карда мешавад.

5. Усули самараноки профилактикаи синдроми фишорбаландии интраҷарроҳӣ интубатсияи рӯдаи борик бо зондҳои полихлорвинилӣ дар якҷоягӣ бо истифодаи тӯри полипропиленӣ «onlay» ба ҳисоб меравад.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда:

[1-М.] Факиров Х.З. Особенности диагностики и лечения, послеоперационных поясничных и боковых грыж живота / К.М. Курбонов, М.М. Максудов. // Вестник педагогического университета. 2015. - №2. (63-2). - С. 49-53.

[2-М.] Факиров Х.З. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж. / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Вестник Авиценны. - 2017. - №2. - С. 198-202

[3-М.] Факиров Х.З. Профилактика послеоперационных грыж живота /К.М. Курбонов, К.Р. Рузбойзода, // Здравоохранения Таджикистана. - 2019. - № 3, (342). - С. 19-23

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

[4-М.] Факиров Х.З. Нарушение процессов перекисного окисления липидов у больных с грыжей белой линии живота. / Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе - 2012. - С. 192-193.

[5-М.] Факиров Х.З. Миниинвазивное вмешательство при гнойном паранефрите. / М.М. Максудов. // X научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием Душанбе - 2015. - С. 200-201.

[6-М.] Факиров Х.З. Некоторые современные особенности патогенеза вентральных грыж. / Курбонов К.М. Назирбоев К.Р., Халимов Д.С. // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Душанбе - 2017. - С. 253-255.

[7-М.] Факиров Х.З. Хирургическая реабилитация больных с большими гигантскими вентральными грыжами. / Х.Ш. Назаров, Ф.Н. Наджмудинов // Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием Душанбе. - 2018. - С. 223.

[8-М.] Факиров Х.З. Профилактика развития синдрома внутрибрюшной гипертензии при герниопластики у больных с большими и гигантскими вентральными грыжами. / Х.Ш. Назаров, К.М. Курбонов. // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, Душанбе. - 2018. - С. 252-253.

[9-М.] Факиров Х.З. Выбор способа пластики брюшной стенки при вентральных грыжах. / Б.Н. Джонов, Ф.М. Абдуллоев. // Материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Душанбе. - 2019. - С. 260.

[10-М.] Факиров Х.З. Снижение частоты послеоперационных осложнений при ущемлениях кишечника у больных с вентральными грыжами. / Х.Ш. Назаров, С.Т. Али-Заде, Р.М. Ходжиев. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-годовщина) Душанбе. - 2020. - С. 219.

[11-М.] Факиров Х.З. Специфика диагностики и лечения, послеоперационных пояснично-боковых грыж живота. / С.Т. Али-Заде, Б.Н. Джонов. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-годовая) Душанбе. - 2020. - С. 321.

[12-М.] Факиров Х.З. Лапароскопическая герниопластика при послеоперационных вентральных грыжах. / Б.Н. Джонов, Х.Ш. Назаров. // Материалы международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-годовая) Душанбе. - 2020. - С. 323.

Пешниходҳои ратсионализаторӣ

[13-М.] Факиров Х.З. Способ лечения вентральных грыж/ Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. // №3558/R711 от 21.11.2017г.

[14-М.] Факиров Х.З. Способ коррекции нарушения метаболизма соединительной ткани у больных с вентральными грыжами / Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. // №3634/R712 от 21.10.2018г.

[15-М.] Факиров Х.З. Способ медикаментозного лечения вентральных грыж и её рецидивов / Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. №3633/R711 от 21.10.2018г.

[16-М.] Факиров Х.З. Способ диагностики слабых анатомических зон с целью профилактики послеоперационных поясничных грыж / Курбонов К.М., Максудов М.М. // №3430/R645 от 07.01.2015 г.

[17-М.] Факиров Х.З. Способ профилактики послеоперационных поясничных и боковых грыж / Курбонов К.М., Максудов М.М. // №3403/R618 от 05.11.2014 г.

Фехристи ихтисораҳо

ДАМ	Диалдегиди малоновӣ
ДБП	Дисплазияи бофтаҳои пайвастананда
КД	Конъюгати диенӣ
МАО	Муҳофизати антиоксидантӣ
ОПЛ	Оксидшавии перекии липидҳо
СОД	Супероксидисмутазаҳо
ТК	Томографияи компютерӣ
ФДБ	Фишори дохилибатнӣ
ФДБ	Фишорбаландии дохилибатнӣ
ЧВ	Чурраи вентралӣ
ШМБ	Шохиси массаи бадан

АННОТАЦИЯ**ФАКИРОВА ХУШБАХТА ЗУБАЙДУЛЛОЕВИЧА ПУТИ
УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

Ключевые слова: вентральные грыжи, рецидив, патогенез вентральных грыж, герниопластика.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с вентральными грыжами.

Методы исследования и использованная аппаратура: В диссертационной работе применены клиничко-лабораторные и биохимические исследования крови, исследование процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), исследование конечных продуктов ПОЛ - малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК) в плазме крови и биоптатах тканей грыжевых ворот (апоневроза, мышц), а также антиоксидантной защиты - витамина С и супероксиддисмутазы (СОД) в плазме крови. Определенно степень дисплазии соединительной ткани у пациентов с ВГ показателей ионов магния в крови. Представлена морфологическая характеристики апоневроза и мышц путём диагностики послеоперационных осложнений с помощью УЗИ на аппарате Sonollain LM-2p model-PGGE.

Полученные результаты и их новизна. Впервые установлено, что одной из причин развития вентральных грыж и ее рецидивов, является ДСТ вследствие повреждающего действия продуктов перекисного окисления липидов.

На достаточно большом клиническом материале уточнено и систематизировано значение процессов перекисного окисления липидов и нарушения уровня маркеров дисплазии в возникновении рецидивов забрюления. Предложены объективные критерии выбора способов герниопластики при ВГ и её рецидивов.

Доказана патогенетически обоснованной иссечения краев апоневроза и назначения в комплексе послеоперационной терапии с применением антиоксидантов и антигипоксантов, магнийсодержащих препаратов и аскорбиновой кислоты для профилактики риска развития рецидивов вентральных грыж.

Рекомендации по использованию: Учитывая наш опыт прииссечения краев апоневроза, на 2 см уменьшает рецидив грыж за счет иссеченные зоны повышенного содержания продуктов ПОЛ.

Для медикаментозной коррекции нарушений метаболизма соединительной ткани при ВГ и ее рецидивов рекомендуется использование разработанных и предложенных методов коррекции антиоксидантной, антигипоксантной терапии, а также применения аскорбиновой кислоты и магнийсодержащих препаратов. Проведение динамического УЗИ выявляет ранние операционные осложнений. С целью профилактики синдрома интраоперационной гипертензии проводить интубацию тонкой кишки полихлорвиниловыми зондами.

Область применения: хирургия.

**АННОТАТСИЯИ
ФАҚИРОВ ХУШБАХТ ЗУБАЙДУЛЛОЕВИЧ
РОҶҶОИ БЕҲТАР СОХТАНИ ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ
ЧАРРОҶИИ ЧУРРАҶОИ ВЕНТРАЛӢ**

Калидвожаҳо: чурраи вентралӣ, ретсидив, патогенези чурраҳои вентралӣ, герниопластика.

Мақсадитаҳқиқот: Беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати беморони мубтало ба чурраи вентралӣ.

Усулҳои таҳқиқот, таҷҳизоти истифодашуда: Дар таҳқиқоти диссертатсионӣ усулҳои клиникӣ-лабораторӣ ва биохимиявии хун, таҳқиқоти протсессҳои оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ), таҳқиқоти маҳсулотҳои ниҳоии ОПЛ, диалдегиди малонӣ (ДАМ), конъюгати диенӣ (КД) дар плазмаи хун ва биоптатҳои бофтаҳои дарвозаи чурра (апоневроз, мушакҳо), ҳамчунин муҳофизати антиоксидӣ - витамини С ва супероксидисмутазаҳо (СОД) дар плазмаи хун истифода шудаанд. Тавсияи морфологӣ апоневроз ва мушакҳо тавассути ташҳиси оризаҳои пасазчарроҳӣ дар дастгоҳи Sonollain LM-2p model-PGGE ТУС гузаронида шуд.

Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии илмӣ. Бори нахуст муқаррар карда шуд, ки яке аз сабабҳои пайдо шудани чурраҳои вентралӣ ва ретсидивҳои он, дисплазияи бофтаҳои пайваस्तкунанда мебошад, ки дар натиҷаи таъсири осебрасони маҳсулотҳои ниҳоии ОПЛ ба вучуд меояд.

Дар заминаи маводи ба қадри кофӣ зиёд аҳамияти протсессҳои оксидшавии перекиси липидҳо (ОПЛ) ва ихтилоли сатҳи маркерҳои дисплазия дар пайдошавии ретсидивҳои беморӣ дақиқ ва муназзам карда шудааст. Критерияҳои объективӣ интиҳоби усулҳои герниопластикӣ ҳангоми ЧВ ва ретсидивҳои он пешниҳод карда шудааст.

Бурриши аз ҷиҳати патогенетикӣ асоснокӣ канорҳои апоневроз ва таъйин кардани табобати комплексии пасазчарроҳи бо истифода аз антиоксидантҳо ва антигипоксантҳо, доруҳои магнийдор ва кислотаи аскорбинӣ барои пешгирӣ намудани хатари пайдо шудани ретсидивҳои чурраи вентралӣ (ЧВ) исбот карда шудааст.

Тавсияҳо барои истифода: Бо назардошти таҷрибаи мо ҳангоми буридани канорҳои апоневроз, ретсидиви чурра аз ҳисоби бурида гирифтани минтақаи муҳтавои зиёди маҳсулои ОПЛ то 2 см кам мешавад.

Барои ислоҳи медикаментозии ихтилолҳои метаболизми бофтаҳои пайваस्तкунанда ҳангоми чурраи вентралӣ ва ретсидивҳои он истифода намудани усулҳои таҳияшуда ва пешниҳодшудаи табобати антиоксидантӣ ва антигипоксантӣ, ҳамчунин истифодаи кислотаи аскорбинӣ ва доруҳои магнийдор тавсия карда мешавад. Гузаронидани ТУС-и динамикӣ оризаҳои барвакти чарроҳиро муайян мекунад. Бо мақсади профилактикаи синдроми фишорбаландии интрачарроҳӣ интубатсияи рӯдаи бориқ бо зондҳои полихлорвинилӣ гузаронида шавад.

Соҳанистифода: чарроҳӣ.

ANNOTATION

**FAKIROV KHUSHBAKHT ZUBAIDULLOEVICH
WAYS TO IMPROVE DIAGNOSIS AND SURGICAL
TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS**

Keywords: ventral hernias, recurrence, pathogenesis of ventral hernias, hernioplasty

Purpose of the study: Improving the results of treatment of patients with ventral hernias.

Research methods and equipment used: In the dissertation work were used clinical laboratory and biochemical blood tests, the study of lipid peroxidation (LPO) processes, the study of LPO end products – malondialdehyde (MDA), diene conjugates (DC) in blood plasma and biopsies of hernia orifice tissues (aponeurosis, muscles), as well as antioxidant protection - vitamin C and superoxide dismutase (SOD) in blood plasma. The degree of connective tissue dysplasia in patients with VH of the parameters of magnesium ions in the blood was determined. The morphological characteristics of aponeurosis and muscles are presented by diagnosing postoperative complications using ultrasound using the Sonollain LM-2p model-PGGE apparatus.

The results of obtained and their novelty: for the first time, it was found that one of the reasons for the development of ventral hernias and its recurrence is CTD due to the damaging effect of lipid peroxidation products.

On a fairly large clinical material, the significance of lipid peroxidation processes and disturbances in the level of dysplasia markers in the occurrence of disease relapses has been clarified and systematized. Objective criteria for the choice of methods of hernioplasty in VH and its relapses are proposed.

Proved pathogenetically substantiated excision of the edges of the aponeurosis and the appointment in the complex of postoperative therapy using antioxidants and antihypoxants, magnesium-containing drugs and ascorbic acid to prevent the risk of recurrent ventral hernias.

Recommendations for use: taking into account our experience with excision of the edges of the aponeurosis, it reduces the recurrence of hernias by 2 cm due to the excised zones of increased content of LPO products.

For drug correction of disorders of connective tissue metabolism in VH and its relapses, it is recommended to use the developed and proposed methods for correcting antioxidant and antihypoxants therapy, as well as the use of ascorbic acid and magnesium-containing drugs. A dynamic ultrasounds can reveals early surgical complications. To prevent intraoperative hypertension syndrome, intubate the small intestine with PVC probes.

Scope: surgery.