

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

*На правах рукописи*

**УДК 617.55-077.43-089**

**СУЛТОНОВ РАХМОНАЛИ БОРОНОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ  
ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ  
ГРУПП**

**14.01.17 – Хирургия**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени кандидата  
медицинских наук

**Душанбе 2023**

Работа выполнено на кафедре хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Научный руководитель:** **Махмадзода Фарух Исроил** – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Курбаниязов Зафаржан Бабажанович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии, транспланталогии и урологии Самаркандского государственного медицинского университета министерства здравоохранения Республики Узбекистан  
**Рахматуллаев Рахимжон** - доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «Вороруд» министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

**Ведущая организация:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Мордовский государственный университет им. П.П. Огарева»

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2023 г. в « \_\_\_\_ » часов на заседании диссертационного совета Д 6D.КOA-040-при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» по адресу: Республика Таджикистан, 734003, г. Душанбе, ул Сино 29-31, зал заседаний диссертационного совета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по электронному адресу: [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2023 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета  
доктор медицинских наук**

**Шарипов А.М.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Наружные грыжи живота встречаются у 3-4 % населения, а среди лиц пожилого и старческого возраста – у 15-17%, что, несомненно, приводит к снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и инвалидизации [Гафаров Г.Н., 2015; Курбонов К.М. и соавт., 2019; Сажин А.В. и соавт., 2019; John Emil Wennergren et al., 2020]. Среди пациентов с наружными грыжами живота паховые грыжи составляют примерно 80%. Для их лечения используют различные способы операций, количество которых на сегодняшний день достигает более 1000, что говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения этого заболевания [Маликов М.Х. и соавт., 2020; Гогия Б.Ш. и соавт., 2018; Егиев В.Н. с соавт., 2020; Mabdulmajeed A.A. et al., 2020].

Несмотря на совершенствование способов герниопластики, по-прежнему остается высоким процент рецидивов грыж, частота которых варьирует по данным литературы от 5 до 45% [Юсупова Т.А., 2017; Власов А.В. и соавт., 2022; Bowling K. et al., 2020]. Внедрение новых методов хирургического лечения привело к значительному снижению частоты рецидивов паховой грыжи (до 1-5%) [Барканова О.Н. с соавт., 2018; Курбаниязов З.Б., 2021; Sabooni K. et al., 2019; Saxena P., 2021]. В клиниках, специально занимающихся диагностикой и лечением паховых грыж, частота рецидивов снижена до минимума и не превышает 1-1,5% [Пономарева Ю.В. и соавт., 2018; Белоконев В.И., 2020].

Причины рецидивов болезни не всегда могут быть выяснены, но часто являются следствием стандартного применения какого-либо одного или нескольких способов пластики без учета особенностей топографии паховой области, типа грыжи, возраста больного, состояния тканей [Галямов Э.А. и соавт., 2019, Луцевич О.Э. и соавт., 2021].

До сих пор предлагаются новые методы пластики, как открытые, так и лапароскопические. Внедрение ненатяжных способов пластики с использованием современных синтетических материалов и лапароскопических операций позволило существенно сократить число рецидивов и осложнений при грыжесечении. Однако, ряд вопросов хирургического лечения паховых грыж требуют дополнительного анализа и изучения [Маликов М.Х. и соавт., 2021; Сажин А.В. и соавт., 2022; Jeremy A. Warren et al., 2020].

Мало освещены аспекты предоперационного обследования, подготовки и послеоперационного ведения больных. Нет общепризнанной точки зрения на вопросы анестезиологического обеспечения при проведении операции. Нет четких данных о критериях

оценки и принципах отбора больных для оперативного вмешательства в пожилом и старческом возрасте.

**Степень научной разработанности изучаемой проблемы.** Вопросы выбора оптимальной тактики лечения ПГ у лиц старших возрастных групп, связаны с выбором рационального подхода из-за особенностей течения патологии, сопутствующих заболеваний, морфологических местных изменений тканей передней брюшной стенки и возможных рисков ранних послеоперационных осложнений. Закономерно применяемые открытые хирургические методы герниопластики у лиц старших возрастных групп, чреваты различными нежелательными прогнозами. На данном этапе имеется возможность внедрения в клиническую практику эндохирургических технологий при лечении ПГ у лиц старших возрастных групп, при этом выбрать патогенетически обоснованный способ герниопластики, с учетом степени морфологических изменений тканей передней брюшной стенки.

Преимуществом малоинвазивных технологий при ПГ у лиц старших возрастных групп, является их низкая травматичность, отсутствие риска ятрогенных повреждений, уменьшение сроков госпитального лечения, весомых фармакологических послеоперационных затрат. Однако до настоящего времени нет единого мнения и тактики его лечения, несмотря на многочисленность публикаций, посвященных хирургическому лечению ПГ у лиц старших возрастных групп, остаются нерешенными вопросы показаний и противопоказаний, выбора способа лечения, обеспечения его эффективности и профилактики осложнений.

**Связь исследования программами, научной тематикой.** Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры хирургических болезней №1 им. академика Курбанова К.М. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» - «Неотложная хирургия брюшной полости», ГР №0116ТJ00592.

#### **Общая характеристика исследования**

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у лиц старших возрастных групп, путем применения индивидуализированных патогенетически обоснованных лапароскопических герниопластик.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить частоту встречаемости паховых грыж у лиц старших возрастных групп в Республике Таджикистан.
2. Изучить морфологические изменения тканей, образующих паховый канал у лиц старших возрастных групп.

3. Индивидуализировать вид патогенетически обоснованного метода герниопластики с учетом морфологических изменений тканей, образующих паховый канал у лиц старших возрастных групп.
4. Оценить значимость лапароскопических ненапряжных способов герниопластики у лиц старших возрастных групп.
5. Провести сравнительную оценку лапароскопических и открытых способов герниопластики у лиц старших возрастных групп.

**Объект исследования:** 110 пациентов старших возрастных групп с паховыми грыжами (50 - ретроспективная группа и 60 проспективная группа).

**Предмет исследования.** Результаты клинико-лабораторных, лучевых методов исследования ПГ у лиц старших возрастных групп, различные способы герниопластики с применением эндохирургических технологий, в сравнении с традиционных оперативных вмешательств.

**Научная новизна исследования.** Установлена частота встречаемости паховых грыж у лиц старших возрастных групп в Республике Таджикистан. Доказано, что с увеличением размеров паховых грыж, длительности грыженосительства у лиц старших возрастных групп, наблюдается атрофия наружной и внутренней косой мышцы живота. Установлена, что у пациентов СВГ с ПГ, в отличие от здоровых людей, при напряжении мышц нарушено уменьшение ширины косых мышц живота, что, по сути, считается предрасполагающим фактором деструктивного изменения тканей апоневроза абдоминальных мышц и возрастания размеров возникшего грыжевого дефекта. Разработаны модифицированные способы герниопластики при прямых паховых грыжах у пациентов старших возрастных групп (*патент РТ №1236 от 2022 г., удостов. на рацпредложение ТГМУ им. Абуали ибни Сино №3419/R410 от 26.04.2021 г.*).

**Теоретическая и научно-практическая значимость исследования** заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе в медицинских Вузах.

Разработанные диагностические и лечебные критерии с применением эндохирургических технологий, могут улучшить выбор методов диагностики и оптимальную лечебную тактику ПГ у лиц старших возрастных групп, и будут способствовать снижению числа открытых операций, послеоперационных осложнений и летальных исходов.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Применение традиционных (натяжных) способов пластики при паховой грыже у лиц старших возрастных групп приводит к неудовлетворительным ближайшим и отдаленным результатам.
2. Ультразвуковое и морфологическое исследование позволяют получить дополнительную информацию о состоянии мышечно-апоневротических структур паховой области и пахового дна. Эти данные могут быть учтены при выборе доступа и способа пластики.
3. Хирургическое лечение паховой грыжи лиц старших возрастных групп, требует индивидуальной оценки степени функциональных изменений органов и систем и уточнения факторов операционно-анестезиологического риска по классификации ASA.
4. Выбор способа пластики у пациентов с паховой грыжей должен быть индивидуализирован и основываться на оценке общего состояния больного, возраста пациента и типа грыжи, учитывающей состояние задней стенки пахового канала, глубокого кольца и характера патологических изменений пахово-подвздошной области.

**Степень достоверности результатов.** Достоверность результатов исследования подтверждена применёнными современными, широко используемыми в практике клиническими и инструментальными методами.

Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка материала подтвердила достоверность полученных результатов.

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и область исследований);** соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.17 – Хирургия. следующим пунктам: 3.1. 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); 3.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

### **Личный вклад соискателя ученой степени в исследования**

Диссертационная работа – самостоятельное научное исследование автора. Соискатель самостоятельно определил цель и задачи исследования, провел сбор, обобщение и анализ полученных результатов, выполнил полноценный патентный поиск и анализ

имеющейся научной литературы по теме исследования. Провел ретроспективный анализ 50 историй болезней за период с 2015 до 2020 годы, и тематический подбор больных в соответствии с задачами исследования. Автором проведена анализ лабораторных и лучевых методов исследования 60 пациентов старших возрастных групп, поступивших с паховыми грыжами, выполнены лечебные вмешательства более чем у 150 пациентов, в качестве ассистента – у 200 больных с тематическим планом исследования. Автором самостоятельно написаны все разделы диссертации, сформулированы ее основные положения и выводы, проведен статистический анализ полученных данных. В исследованиях, выполненных в соавторстве, реализованы научные идеи диссертанта.

**Апробация и реализация результатов диссертации (доклад основных положений диссертации на конференциях, заседаниях, семинарах, при чтении докладов в образовательных учреждениях).**

Основные положения диссертационной работы доложены на: конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 2019, 2020); XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology (Baky, 2019); 44<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9<sup>th</sup> International Symposium (Seoul, Korea, 2019); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul, Korea, 2020); 46<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10<sup>th</sup> International Simposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress (Seoul, Korea, 2020); 47<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 11<sup>th</sup> International Simposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress (Seoul, Korea, 2021); Двадцать седьмой Объединённой Российской гастроэнтерологической недели (Москва, 2021); Korea Digestive Disease Week (Seoul, Korea, 2021); обсуждены и доложены на заседании межкафедральной экспертно-проблемной комиссии ТГМУ им. Абуали ибн Сино (протокол №10 от 30.06.2023 г.).

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 4 в журналах рекомендуемое ВАК при Президенте РТ. Получено 1 рационализаторское удостоверение и 1 патент РТ на изобретение.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 145 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной материалам и методам исследований, 2 глав собственных исследований, обсуждение результатов, выводов, практических рекомендаций, список литературы. Работа иллюстрирована 19 таблицами, 48 рисунками. Указатель литературы

включает 208 источников, в том числе 102 на русском и 106 на иностранных языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Характеристика клинического материала и методов исследования

Настоящее исследование выполнялось на основании изучения результатов хирургического лечения 110 пациентов с паховыми грыжами старших возрастных групп, госпитализированных с 2015 по 2020 годы в ГКБ СМП г. Душанбе, являющиеся клинической базой кафедры хирургических болезней №1. В зависимости от применяемых методов хирургического лечения, все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 60 (54,5%) больных, у которых применялись лапароскопические способы герниопластики, в контрольную группу вошли 50 (45,5%) больных, у которых применялись традиционные способы грыжесечений. Пациентов с первичными грыжами было 94 (85,4%), с рецидивом - 16 (14,6%). Возраст больных варьировал от 60 до 84 лет (табл. 1).

**Таблица 1**

#### Распределение больных по полу и возрасту, абс (%)

Возраст, лет	Основная группа (n=60)			Контрольная группа (n=50)			Всего (n=110)	
	Муж.	Жен.	p	Муж.	Жен.	p	Муж.	Жен.
60-69	24 (40,0)	2 (3,3)	<0,001	17 (34,0)	1 (2,0)	<0,001	41 (37,3)	3 (2,7)
70-79	27 (45,0)	2 (3,3)	<0,001	23 (45,0)	2 (4,0)	<0,001	50 (37,3)	4 (3,6)
80 и >	5 (8,3)	-	-	6 (12,0)	1 (2,0)	>0,05	11(10,0)	1 (0,9)
Итого	56 (93,3)	4 (6,7)	<0,001	46 (92,0)	4 (8,0)	<0,001	02 (92,7)	8 (7,3)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей при сравнении между полами (по точному критерию Фишера); при соответствующем сравнении между группами  $p > 0,05$

Анализ половозрастной категории (табл. 1), показал, что пациенты мужского пола старших возрастных групп значительно преобладали над пациентами женского пола (92,7% и 7,3% соответственно,  $p < 0,001$ ).

Исследования, проведенные на базе республиканского статотдела, показали, что встречаемость ПГ среди лиц СВГ в г. Душанбе составила 1,1 случая на 1000 человек, в целом по РТ - 0,4 случая на 1000 населения. В процентном соотношении ПГ у лиц СВГ составляет 17,8% от общего числа грыж передней брюшной стенки.

Таблица 2

**Распределение больных старших возрастных групп в зависимости от сроков грыженосительства, абс (%)**

Длительность грыженосительства	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=50)		Всего (n=110)	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
До 1 года	-	-	1 (2,0)	-	1 (0,9)	-
От 1 до 3 лет	5(8,3)	-	3 (6,0)	-	8 (7,3)	-
От 3 до 5 лет	15 (25)	2 (3,3)	15 (30)	2 (4,0)	30 (27,3)	4 (3,6)
От 5 до 10 лет	19 (31,7)	1(1,7)	16 (32)	1 (2,0)	35(31,8)	2 (1,8)
От 10 лет и >	17(28,3)	1(1,7)	11 (24)	1 (2,0)	28 (25,5)	2(1,8)
Итого	56 (93,3)	4 (6,7)	46 (92)	4 (8,0)	102 (92,7)	8 (7,3)

Примечание:  $p > 0,05$  – при сравнении между группами по соответствующему полу

Так, пациенты ПГ с длительностью грыженосительства (табл. 2) до 1 года составили 0,9%, от 1 до 3 лет – 7,3%, от 3 до 5 лет – 30,9% и более 5 лет – 60,9% наблюдений. Следует отметить, что основную массу исследованных больных составили грыже носители более 5 лет (n=67). В среднем длительность заболевания составила  $5,6 \pm 1,1$  лет.

Таблица 3

**Сравнительные показатели разновидности паховых грыж у лиц старших возрастных групп**

Наименование	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=50)		P
Односторонняя	34	56,7	24	48,0	$>0,05$
Двусторонняя	5	8,3	7	14,0	$>0,05^*$
Невправимая	18	30,0	15	30,0	$>0,05$
Скользкая	1	1,7	1	2,0	$>0,05^*$
Ущемленная	2	3,3	3	6,0	$>0,05^*$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*по точному критерию Фишера)

Для объективной оценки достоинства и недостатков каждого метода герниопластики в зависимости от типа грыж, исследуемых пациентов распределили по классификации паховых грыж ЕНС (2014).

Анализ по классификации ЕНС показал, что 85,4% пациентов старших возрастных групп госпитализированы с первичными грыжами, а 14,6% - с рецидивными. Лишь в 5 (4,5%) случаях ПГ оказались косыми (в 1,8% наблюдений 2-го класса, в 2,7% - 3 класса). Остальные 95,5% пациентов закономерно госпитализированы с прямыми ПГ (в 75,5% случаев – 2-го класса, в 20,0% - 3 класса).

Таблица 4

**Частота сопутствующих заболеваний больных старших возрастных групп, абс (%)**

Сопутствующие патологии	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=50)		Всего (n=110)	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
ИБС	51 (85)	1 (1,7)	42 (84)	2 (4,0)	93(84,5)	3 (2,7)
Гипертон. болезнь	45 (75)	2(3,3)	37 (74)	2 (4,0)	82 (74,5)	4 (3,6)
Сахарный диабет	31(51,7)	2(3,3)	25 (50)	2 (4,0)	56 (50,9)	4(3,6)
Пневмосклероз	19 (31,7)	-	14 (28)	1 (2,0)	33 (30)	1 (0,9)
Перен. инфаркт	4 (6,7)	-	3 (6,0)	-	7 (6,4)	-
Ожирение	3 (5,0)	2 (3,3)	4 (8,0)	2 (4,0)	7 (6,4)	4 (3,6)
Ст. энцефалопатия	4 (6,7)	-	3 (6,0)	-	7 (6,4)	-

Примечание:  $p > 0,05$  – при сравнении между группами по соответствующему полу

Следовательно, у обследованных нами пациентов (табл. 4) чаще всего обнаруживались такие сопутствующие патологии, как: ИБС – 96 (87,3%), гипертоническая болезнь – 86 (78,2%), сахарный диабет – 60 (54,5%) и пневмосклероз – 34 (30,9%) случаев.

Таблица 5

**Распределение пациентов старших возрастных групп по шкале ASA (Anon B., 1963), абс (%)**

Степень риска	Основная группа (n=60)		Контрольная группа (n=50)		p	Всего (n=110)	
	абс	%	абс	%		абс	%
I	7	11,7	5	10,0	$>0,05^*$	12	10,9
II	41	68,3	30	60,0	$>0,05$	71	64,5
III	12	20,0	13	26,0	$>0,05$	25	22,7
IV	-	-	2	4,0		2	1,8

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию  $\chi^2$ , \*по точному критерию Фишера)

Необходимо отметить, что часто встречалось сочетание различных сопутствующих патологий, что оказывало значительное влияние на увеличение степени риска предстоящего хирургического вмешательства. Вместе с тем пациенты, у которых имелись такие сопутствующие патологии, как нестабильная стенокардия, недавно перенесенный инфаркт миокарда (в срок до 3 месяцев), кардиореспираторная недостаточность 2-3 степени, артериальная гипертензия 3 стадии, а также с безуспешным лечением сахарного диабета, были исключены из группы исследования.

Таблица 6

**Структура оперативных вмешательств при паховых грыжах у пациентов старших возрастных групп**

Наименование операций	ОГ (n=60)		КГ (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
ТАЛГсТП	34	56,7	-	-
СРГ	26	43,3	-	-
Пластика местными тканями	-	-	19	38,0
По Бассини	-	-	24	48,0
По Потемский	-	-	7	14,0

Примечание: ТАЛГсТП - трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика с тотальным протезированием, СРГ – стандартная раздельная герниопластика

У пациентов основной группы (n=60) в 56,7% наблюдениях (табл. 6), методом пластики выбрано ТАЛГсТП, а в 43,3% - стандартная раздельная герниопластика. В контрольной группе (n=50), у 48,0% пациентов СВГ произведены пластика задней стенки по способу Бассини, у 38,0% - пластика местными тканями, и у 14,0% - по способу Постемского.

За последние 15 лет в хирургические отделения ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе поступили 5287 пациентов с грыжами ПБС. Стоит отметить, что с 2015 года наблюдается тенденция к уменьшению числа обращений больных с данной патологией, что может быть обусловлено эффективной деятельностью городских дневных стационаров. Общее количество обратившихся за помощью пациентов с ПГ за последние 15 лет составило 3277 человек, что соответствует 62,0% от общего числа грыж ПБС.

Анализ статистики клиник, являющихся базами кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, показал, что пациенты старших возрастных групп с ПГ составили 20,1% (n=175) от общего количества больных с ПГ, что в целом несколько превышает данные литературы.

Немаловажное значение в выборе тактики лечения имеет характер и возрастной контент пациентов с ПГ, что необходимо учитывать в ходе предоперационной подготовки. При этом самое частое ущемление ПГ среди пациентов старших возрастных групп наблюдалось у больных возрастной категории старше 80 лет - 20,0% наблюдений. Среди больных в возрасте 60-69 лет рецидив заболевания наблюдался в 7,7% случаев, а среди пациентов 70-79 лет рецидив заболевания наблюдался в 3,4% случаев. Ущемление грыжи также чаще наблюдалось среди больных старше 80 лет – 20,0% случаев, а также среди пациентов 70-79

лет - 3,4% наблюдений. Общее количество больных с первичными паховыми грыжами было наибольшим в группе пациентов 70-79 лет - 93,1% случаев, в группе больных 60-69 лет таких пациентов было 92,3%, а в группе больных старше 80 лет число пациентов с первичными ПГ составило 60,0%.

Общеизвестно, что динамика грыжеобразования независимо от пола больного зависит от его возраста. Так, количество больных мужского пола молодого возраста составляет 9,2%, а более младшего возраста - 1,7% наблюдений. Доля пациентов среднего возраста возрастает до 40,5%, а доля пациентов пожилого возраста - до 43,2% (Белоконев, 2018).

Следует отметить, что длительность грыженосительства у пациентов основной группы (n=60) до года не была отмечена. Пик обращаемости пациентов с ПГ приходился на период грыженосительства, по длительности равный более 5 лет, что у пациентов СВГ, по сути, считается закономерным.

Основной нозологической формой сердечной патологии у больных старших возрастных групп являлась ИБС, которая до операции была диагностирована у 51 (85,0%) больного из основной группы. Следующей по частоте патологией являлась гипертоническая болезнь – 75,0%.

Как выше упомянуто, основной нозологической формой сердечной патологии, у пациентов старших возрастных групп, являлась ИБС, которая до операции была диагностирована у 51 (85,0%) больных основной группы. Соответственно, в разной степени эти патологии влияли на тактику оперативного вмешательства, так как наличие в анамнезе ИБС и свежего ИМ, согласно данным ряда авторов, считается одной из основных причин летального исхода у таких больных, который составляет 23-27,3% случаев.

При этом сахарный диабет (n=31), пневмосклероз (n=19), перенесенный ранее инфаркт миокарда (n=4), ожирение (n=5) и старческая энцефалопатия, встречающиеся у пациентов основной группы, также требовали особого индивидуального подхода, как в плане контролирования минимального потока карбоксиперитонеума, так и ранних неспецифических послеоперационных осложнений.

Закономерно, что у лиц старших возрастных групп пневмосклероз и хронические обструктивные заболевания легких, являются наиболее часто встречающимся. В нашем исследовании у лиц старших возрастных групп патология дыхательной системы было отмечено в 19 (31,7%) наблюдениях, что при этом у 13 (68,4%) из них имелись большие ПГ, что требовало обязательного проведения исследования ФВД.

Характер изменений вентиляционной функции легких у пациентов ПГ старших возрастных групп, показало, что не имеют

корреляционной зависимости от грыженосительства. Наверняка лишь у 13 (68,4%) пациентов с ПГ, имеющие выраженное нарушение вентиляционной функции легких, на фоне пневмосклероза, было связано с адаптацией, возникшие компенсаторно-приспособительны-ми механизмами регуляции вентиляционной функции в течение долгих лет грыженосительства. А в остальных 6 (31,6%) наблюдениях - причинами указанных изменений было связано с пневмосклерозом, лиц старших возрастных групп.

Дооперационная диагностика ПГ, особенно у пациентов СВГ, привлекает за собой определенные трудности, и, по сути, при этом ошибочный диагноз отмечается в 3,6% случаев.

Результаты УЗ-исследования показали, что показатели ширины косых абдоминальных мышц при её спокойном состоянии были сопоставимыми между наблюдаемыми группами пациентов и здоровых лиц. Аналогичная картина наблюдалась и при проведении УЗ-исследования во время напряжения мышц передней брюшной стенки.

Показатели толщины мышц во время их напряжения у больных СВГ с ПГ в среднем изменялись на  $0,192 \pm 0,101$  см, тогда как в группе здоровых лиц изменение данного показателя было более значимым – на  $1,186 \pm 0,109$ .

Следовательно, у пациентов СВГ с ПГ, в отличие от здоровых людей СВГ, при напряжении мышц нарушено уменьшение ширины косых мышц живота, что, по сути, считается предрасполагающим фактором деструктивного изменения тканей апоневроза абдоминальных мышц и возрастания размеров возникшего грыжевого дефекта.

**Таблица 7**

**Сравнительные параметры ультразвуковых критерий косых мышц живота у пациентов старших возрастных групп с паховыми грыжами**

УЗ-критерии		Средние показатели, см		p
		Пациенты СВГ с ПГ (n=34)	Здоровые лица СВГ (n=21)	
Ширина	в покое	3,322±0,187	3,119±0,239	>0,05
	в напряжении	4,698±0,134	2,891±0,612	<0,001
	p <sub>1</sub>	<0,001	>0,05	
Толщина	в покое	2,499±0,709	2,823±0,588	>0,05
	в напряжении	3,218±0,202	4,976±0,123	<0,001
	p <sub>1</sub>	<0,001	<0,001	
Изменение ширины		0,524±0,411	0,203±0,003	<0,001
Изменение толщины		0,473±0,098	0,831±0,126	<0,001

Примечание:  $p$  – статистическая значимость различия показателей между группами;  $p_1$  – статистическая значимость различия между показателями в состоянии покоя и напряжения (по U-критерию Манна-Уитни).

Одно из наиболее частых причин риска развития рецидива ПГ у лиц СВГ, является анатомическая и функциональная недостаточность наружной и внутренней косой мышцы живота.

Анализ макроскопического состояния паховой связки у пациентов старших возрастных групп с учетом ее размера показывает, что у группы пациентов с малыми размерами грыж, плотная паховая связка отмечено в 23,3% ( $n=14$ ), слабая – 26,7% ( $n=16$ ), а у больных со средними размерами - плотная паховая связка отмечено у 1,7% ( $n=1$ ), слабая – у 20,0% ( $n=12$ ) и дряблая – у 6,7% ( $n=4$ ) соответственно. Среди пациентов с большими паховыми грыжами макроскопически, плотная паховая связка не было отмечено, слабая имелось у 8,3% ( $n=5$ ) и дряблая – у 13,3% ( $n=8$ ).

Во время операции, макроскопические изменения пахового промежутка в основном зависело от возраста пациентов, наличие той или иной сопутствующей патологии, размера и давности грыженосительства. Например, при осмотре пахового промежутка у 37 (61,7%) пациентов основной группы, в наружной ее 1/3, доходя до уровня глубокого кольца пахового канала, внутренняя косая мышца живота, с невыраженной мышечной частью, представляла в основном апоневротическую часть, примыкающей к ПС.

Закономерно в остальных отрезках верхней стенку составило нижний край поперечной мышцы, что, по сути, и уменьшало размер пахового промежутка от пахового канала. При этом у 23 (38,3%) больных нижний край внутренней косой абдоминальной мышцы на трети участка пахового канала находился выше и несколько кпереди от семенного канатика, при этом расстояние от пупартовой связки составляло 0,6-0,8 см. Нижний участок поперечной абдоминальной мышцы располагался над элементами семенного канатика, при этом расстояние от пупартовой связки составляло 1,1-1,2 см. У этой категории пациентов переднюю стенку ПК формировал апоневроз наружной косой абдоминальной мышцы.

Таким образом, у лиц СВГ внутренняя косая абдоминальная мышца была не выраженной, вследствие чего функция пахового промежутка была ослабленной, при этом поперечная фасция была истончена, что приводит к наиболее частому возникновению паховых грыж. Более частые случаи ПГ у лиц СВГ связаны с дегенеративными и дистрофическими изменениями в тканях локальных мышечных структур.

Морфологические исследования тканей элементов паховой области у пациентов старшей возрастной категории показали наличие дистрофических изменений в апоневральных и мышечных тканях, при этом их толщина в среднем соответствовала  $33,1 \pm 3,2$  мкм.

Таблица 8

**Малые грыжи (корреляция по критерию Пирсона)**

n=30	Толщина мышечных волокон	Плотность мышечной ткани	Плотность соединительной ткани	Плотность жировой ткани
Возраст, г	=-0,20	=-0,82	=0,74	=0,88
p	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

С возрастом наблюдается незначительное утончение мышечных волокон ( $r = -0,20$ ;  $p > 0,05$ ), однако статистически значимо уменьшается плотность мышечной ткани ( $r = -0,82$ ;  $p < 0,001$ ) и увеличиваются плотность соединительной и жировой тканей у пациентов с малыми грыжами ( $r = 0,74$ ;  $p < 0,001$  и  $r = 0,88$ ;  $p < 0,001$  соответственно).

Таблица 9

**Средние грыжи (корреляция по критерию Пирсона)**

n =12	Толщина мышечных волокон	Плотность мышечной ткани	Плотность соединительной ткани	Плотность жировой ткани
Возраст, г	=-0,06	=-0,82	=0,51	=0,73
p	>0,05	=0,001	>0,05	=0,007

С возрастом наблюдается незначительное утончение мышечных волокон ( $r = -0,06$ ;  $p > 0,05$ ) и увеличение плотности соединительной ткани ( $r = 0,51$ ;  $p > 0,05$ ), при этом статистически значимо уменьшается плотность мышечной ткани и увеличивается плотность жировой ткани у пациентов со средними грыжами ( $r = -0,82$ ;  $p = 0,001$  и  $r = 0,73$ ;  $p = 0,007$  соответственно).

Таблица 10

**Большие грыжи (корреляция по критерию Пирсона)**

n =11	Толщина мышечных волокон	Плотность мышечной ткани	Плотность соединительной ткани	Плотность жировой ткани
Возраст, г	=-0,44	=-0,28	=0,66	=0,83
p	=0,050	>0,05	=0,027	=0,002

С возрастом наблюдается незначительное уменьшение плотности мышечной ткани ( $r = -0,28$ ;  $p > 0,05$ ), но при этом отмечается статистически значимое утончение мышечных волокон ( $r = -0,44$ ;  $p = 0,050$ ), замещение соединительной и жировой тканями, т.к. их плотность увеличивается у пациентов с большими грыжами ( $r = 0,66$ ;  $p = 0,027$  и  $r = 0,83$ ;  $p = 0,002$  соответственно).

Таким образом, корреляционный анализ показал, что с возрастом происходят морфологические изменения тканей, однако не у всех равномерно.

В 96,7% наблюдений пациенты основной группы составили лица, оперированные в плановом порядке, что практически у всех имелись те или иные соматические сопутствующие патологии, в т.ч. ИБС (n=51), гипертоническая болезнь (n=45), сахарный диабет (n=31), пневмосклероз (n=19), раннее перенесенное инсульт (n=4), старческая энцефалопатия (n=4) и ожирение (n=3).

С целью адекватной подготовки возрастных больных с паховыми грыжами, в клинике, как и при послеоперационных грыжах (Курбонов К.М., 2018) была использована усовершенствованная классификация ASA, в которой учитываются как общие, так и местные факторы операционно-анестезиологического риска.

В 7 (11,7%) случаях пациентам СВГ, для адекватной коррекции нарушений функций жизненно-важных органов, до проведения ЛГП, потребовалась госпитализация в стационар терапевтического профиля.

**Таблица 11**

**Критерии выбора способа герниопластики при паховых грыжах у пациентов старших возрастных групп**

<b>Критерии</b>	<b>ТАЛГсТП</b>	<b>СРГ</b>
Возраст: 60-69 лет 70-75 лет	+	+
Пол: мужчина женщина	+	+
ХОЗЛ: есть нет	+	+
Ожирение: I степени II-III степени	+	+
Аденома ПЖ: I степени II-III степени	+	+
Объем грыжи: малая средняя большая	+	+
Показатели ВБД: норма I степени II-III степени	+	+
Количество рецидивов: R <sub>0</sub> -R <sub>1</sub> R <sub>2</sub> -R <sub>3</sub>	+	+

Объём и тактика хирургического вмешательства у возрастных пациентов с паховыми грыжами зависели от ряда объективных факторов (табл. 12).

**Таблица 12**

**Характер оперативных вмешательств при паховых грыжах у пациентов старших возрастных групп (n=60)**

Лапароскопические герниопластики	Кол-во		Осложнения			
	Абс.	%	Специфич.		Неспециф.	
			Абс.	%	Абс.	%
ТАЛГсТП	34	56,7	1	2,9	1	2,9
СРГ	26	43,3	-	-	1	3,8

Таким образом, чаще всего - в 34 (56,7%) случаях, проводилась трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика с тотальным протезированием, в 26 (43,3%) случаях стандартная раздельная герниопластика.

В послеоперационном периоде после трансабдоминальной лапароскопической герниопластики с тотальным протезированием, осложнения имело место в 5,9% наблюдениях, в т.ч. 2,9% - специфические осложнения, в виде инфильтрата послеоперационной раны, и 2,9% - неспецифические осложнения, как послеоперационная пневмония, тогда как после стандартной раздельной герниопластики отмечено лишь 1 (3,8%) больного послеоперационное осложнение, неспецифического характера (послеоперационная застойная пневмония).

Результаты лапароскопической верификации у пациентов СВГ с ПГ, показало, что в 27 (45,0%) наблюдениях грыжевым содержимым оказалось прячь большого сальника, в 14 (23,3%) – петли кишечника (тонкая кишка – у 11, сигмовидная кишка – у 1 и слепая – у 2 пациентов). В единственном случае скользящей грыжи – закономерно после вскрытия грыжевого мешка, обнаружена паравезикальная клетчатка. В качестве содержимого грыжевого мешка, червеобразный отросток лапароскопически верифицирован в 2 (3,3%) наблюдениях. А в 7 (28,3%) случаях при вскрытии грыжевого мешка не наблюдалось наличие содержимого, что, по всей видимости, было обусловлено ускользыванием его в абдоминальную полость вследствие релаксации.

С целью снижения частоты развития таких осложнений как серома и гематома во время проведения эндовидеохирургических вмешательств у больных с прямыми ПГ, нами был разработан модифицированный метод укрепления задней стенки ПК. Суть данного способа заключалась в наложении карбоксиперитонеума, рассечении париетального листка брюшины на расстоянии 3 см над грыжевым выпячиванием, далее производилась диссекция тканей в предбрюшинном пространстве, после чего производилось выделение

грыжевого мешка, а также элементов семенного канатика. После определения в паховом промежутке растянутой поперечной фасции в области медиальной паховой ямки, с помощью зажима производился захват дна данной фасции и выведение ее ротационными движениями в предбрюшинное пространство, после чего иссекался пролабирующий участок поперечной фасции с её последующим восстановлением, путём непрерывного сшивания.

Далее в находящееся позади поперечной фасции предбрюшинное пространство проводится синтетическая сетка и её фиксация, в завершении производится её перитонизация.

Данный способ был использован при лечении у 13 пациентов СВГ с прямыми ПГ в отделении эндохирургии ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе.

Продолжительность операции при лапароскопических герниопластиках была различной, и в основном зависела от размера ПГ, способа лапароскопической герниопластики, а также опыта хирурга. При пластике ТАЛГсТП операция длилась более 90 минут у 13 (21,7%) пациентов СВГ, от 60 до 90 минут – у 17 (28,3%), а менее 60 минут – у 4 (6,7%) больных. При стандартной раздельной герниопластики от 60 до 90 минут длилось у 11 (18,3%) пациентов и менее 60 минут – у 19 (31,7%) больных СВГ.

При оценке интенсивности болей по шкале ВАШ в первые сутки после хирургического лечения у больных контрольной группы (n=50) показатели варьировали в пределах 4-8 баллов, спустя 3-е суток после операции они снижались до 1-4 баллов. В основной группе больных, у которых применялись лапароскопические методы операции (n=60), показатели интенсивности болей по шкале ВАШ болевого синдрома варьировали в пределах 2-4 балла, а спустя 3-е суток после операции эти показатели составляли 0-2 балла, что позволило у данных больных использовать ненаркотические обезболивающие средства. Длительность болевого синдрома у больных контрольной группы достигала до 7 суток, у пациентов СВГ с ЛГП - не превышала 5 дней.

Медиана оценки выраженности болей по шкале ВАШ в раннем периоде после ТГП составила 5,0 баллов, тогда как в группе больных, у которых применялась ЛГП, этот показатель был ниже и составлял в среднем 3,0 балла.

В контрольной группе больных с ТГП на 3-е сутки после хирургического вмешательства медиана баллов оценки БС составила 2,0, тогда как в основной группе больных с ЛГП этот показатель составлял 0,5 балла. Данные различия являлись статистически значимыми ( $p < 0,05$ ). Необходимость в применении наркотических анальгетиков в контрольной группе больных в первые сутки после операции возникала в 17 (34,0%) случаях, тогда как в основной группе больных такой необходимости не возникало.

Таблица 13

**Сравнительные показатели ранних послеоперационных осложнений у пациентов старших возрастных групп**

Осложнения	ТГП (n=50)		ЛГП (n=60)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Гематома	3	6,0	1	1,7	<0,05
Серома	2	4,0	1	1,7	<0,05
ПО невралгия	1	2,0	1	1,7	>0,05
Всего	6	12,0	3	5,0	<0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

У пациентов СВГ после проведенных герниопластик, отмечались осложнения, в виде послеоперационной невралгии паховой области, гематомы и серомы послеоперационных ран (табл. 13).

Сравнительный анализ ранних послеоперационных осложнений ТГП и ЛГП, показывает, что при ТГП в целом осложнения составили 12,0%, напротив 5,0%, у групп с ЛГП, в т.ч. соотношение гематомы послеоперационной раны составило 6,0% случаев к 1,7% соответственно. Также намного больше встречалась количества сером и послеоперационной невралгии (4,0% напротив 1,7% и 2,0% напротив 1,7% соответственно).

Пациентам СВГ, которым проведены ТГП в 4,0% наблюдений, гематома и серома рассосались самостоятельно, без каких-либо вмешательств (I-я степень осложнений), когда у пациентов ЛГП этот показатель составила 1,7% случаев. В 4 (8,0%) наблюдениях пациентам контрольной группы, гематомы и серомы послеоперационных ран, пришлось вскрыть в условиях перевязочной, а 2 (3,4%) пациентам основной группы под УЗ-контролем произведены однократные пункции. Лишь в 1 (2,0%) наблюдении при выписке установлен индекс d, что относится к послеоперационной невралгии (ПО).

Таблица 14

**Сравнительные критерии эффективности лапароскопической герниопластики у пациентов старшей возрастной группы (M±SE)**

Критерии	ЛГП (n=53)	ТГП (n=35)	p
Длительность операции (мин.)	53,0±1,1	62,5±1,9	=0,000 (U =420,0; z =-4,33)
Койко-дни	3,8±0,1	7,8±0,1	=0,000 (U =0; z =-8,52)
Полная реабилитация (нед.)	3,8±0,1	7,7±0,1	=0,000 (U =0; z =-8,50)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Закономерно полная реабилитация больных старшего возраста, оперированных лапароскопически была меньше ( $3,8 \pm 0,1$  недели), по сравнению с больными ТГП ( $7,7 \pm 0,1$  недель). Немаловажным критерием также является разрез, которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так, ЛГП проводят посредством 3-4 прокола 5,0 мм и 10,0 мм троакарами, а ТГП – разрезами 10 и более см.

Результаты проведенного хирургического лечения оценивались как по данным клинического выздоровления пациента, по отсутствию рецидива заболевания, так и по результатам оценки качества жизни у пациентов старшей возрастной группы.

Неудовлетворительными считались результаты хирургического лечения, после которого у больного наблюдались такие осложнения, как невралгия, атрофия яичка, либо повторное развитие грыжи. В основной группе пациентов ( $n=60$ ) отличные результаты хирургического лечения наблюдались у 47 (78,3%) больных.

Хорошие результаты были отмечены у 11 (18,4%) больных, у которых на фоне полного клинического выздоровления во время длительной ходьбы периодически появлялись болезненные ощущения в области операции. У 2 (3,3%) наблюдаемых нами больных результаты хирургического лечения были оценены как удовлетворительные, так у них сохранялись умеренные боли, которые возникали во время длительной ходьбы и исчезали во время покоя. Среди больных контрольной группы ( $n=50$ ) отличные результаты хирургического лечения были отмечены в 12 (24,0%) случаях, хорошие результаты - у 18 (36,0%) пациентов, удовлетворительные - у 16 (32,0%), а неудовлетворительные результаты хирургического лечения у 4 (8,0%) пациентов. Согласно данным результатам можно заключить, что при ЛГП наблюдается более низкая частота развития ранних послеоперационных осложнений, а также рецидива заболевания.

Таким образом, лапароскопическая герниопластика у пациентов СВГ с ПГ, по сравнению с ТГП, является менее травматичной, что способствует уменьшению числа ранних послеоперационных осложнений и быстрой реабилитации этой тяжелой категории больных.

### **Выводы**

1. Анализ показателей частоты встречаемости паховых грыж у лиц старших возрастных групп показали, что среди паховых грыж, лица старших возрастных групп составляют 17,8% [ 1 – А, 2 – А, 3 – А, 4 – А, 5 – А, 6 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 10 – А, 11 – А, 12 – А, 13 – А, 14 – А ].
2. Морфологические изменения тканей, образующих паховый канал у лиц старших возрастных групп, выражались утончением

мышечных волокон, в которых утрачивается пучковое строение, возникновения дистрофических изменений, разрастания соединительной и жировой ткани. Последнее приводит к снижению эластичной способности тканей паховой области, что негативно отражается и на процессах репарации [1–А, 2 – А , 3 – А, 4 – А, 5 – А, 6 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 10– А, 11 – А].

3. У лиц старших возрастных групп с паховой грыжей, имеющих структурно-функциональную слабость мышечно-апоневротической фасции передней брюшной стенки, обосновано применение лапароскопических ненатяжных протезирующих пластик пахового канала [ 1–А, 2 – А , 3 – А, 10 – А, 11 – А].
4. Хирургическое лечение больных паховой грыжей лиц старших возрастных групп, целесообразно проводить в условиях многопрофильной клиники, так как развитие осложнений требует экстренного проведения комплекса лечебных мероприятий с привлечением смежных специалистов, а при необходимости перевода больных в профильные отделения или отделения интенсивной терапии [ 5 – А, 6 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 10 – А, 11 – А].
5. Разработанные модифицированные способы лапароскопической герниопластики, а также индивидуальный подход с учетом клинко-морфологических изменений местных тканей, позволили улучшить непосредственные результаты хирургического лечения пациентов, снизив показатели местных осложнений с 12,0% до 5,0% [ 1–А, 2 – А , 3 – А, 4 – А, 5 – А, 6 – А, 7 – А, 8 – А, 9 – А, 10 – А, 15 - А].

### **Рекомендации по практическому использованию результатов исследования**

1. Для проведения операции у лиц старших возрастных групп с паховой грыжей, необходимо тщательное обследование, для выяснения степени патологических изменений органов и систем, а также уточнение состояния тканей паховой области.
2. В случае отсутствия абсолютных признаков факта ущемления тонкой кишки, а также в случае обнаружения в грыжевом мешке элементов большого сальника, при УЗ-исследовании в В-режиме следует дополнительно проводить такие исследования, как цветовое электронное картирование и импульсный доплер.
3. У лиц старших возрастных групп, целесообразно индивидуально оценивать степень функциональных изменений органов и систем, с уточнением факторов операционно-анестезиологического риска по

классификации ASA и проведением операции с участием анестезиолога.

4. У больных пожилого и старческого возраста обосновано применение ненатяжной лапароскопической герниопластики с использованием сетчатого эндопротеза.
5. Хирургическое лечение лиц старших возрастных групп с паховой грыжей, целесообразно проводить в условиях многопрофильной клиники, так как развитие осложнений требует экстренного проведения комплекса лечебных мероприятий с привлечением смежных специалистов, а при необходимости - перевода больных в профильные отделения или отделения реанимации.

### **Публикации по теме диссертации**

**Статьи в рецензированных журналах ВАК при Президенте РТ.**

[1–А]. Султонов Р.Б. Результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // «Здравоохранение Таджикистана». – 2020. - №1 (344). – С.33-38.

[2–А]. Султонов Р.Б. Лапароскопическая герниопластика у лиц старших возрастных групп (Особенности выбора с учетом морфологических изменений тканей, образующих паховый канал) / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // Журнал «Вестник Авиценны». – 2022. – Т.21, №4. – С.79-84.

[3–А]. Султонов Р.Б. Пути улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж у пациентов пожилого и старческого возраста, применением видеолапароскопии / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // Журнал «Московский хирургический журнал». – Москва. – 2021. - №2. – С.79-81.

[4–А]. Султонов, Р.Б. Интихоби ососноки усули герниопластика дар шахсони синну солашон калон. / Р.Б.Султонов // Мачаллаи «Симург». - 2023.-18(2). - С.38-44.

### **Статьи в журналах и конференциях**

[5–А]. Sulstonov R. The results of laparoscopic hernioplasty in patients of older age groups /F. Makhmadov, R. Sulstonov// 44<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9<sup>th</sup> International Symposium. – Seoul. – 2019. – P 3-12.

[6–А]. Sulstonov R. Efficiency of laparoscopic gernioplastics in patients of senior age groups /F. Makhmadov, R. Sulstonov// Abstracts of the XVIII

International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology. – Baky. – 2019. – P. 107-108.

[7–A]. Sultonov R. Diagnosis and laparoscopic hernioplasty for strangulated inguinal hernias in the elderly /F. Makhmadov, R. Sultonov// 46<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10<sup>th</sup> International Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress. – Seoul. - 2020. – P. 232.

[8–A]. Sultonov R. The choice of method of laparoscopic hernioplasty in elderly patients /F. Makhmadov, R. Sultonov// Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery. – Seoul. – 2020. – Poster No.: ACRLS2020Abs-028 [General Surgery] – P. 232.

[9–A]. Sultonov R. Ways to Improve the Results of Surgical Treatment of Inguinal Hernias in Elderly and Infantile Patients, Using Video laparoscopy /F. Makhmadov, R. Sultonov// The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium. - Seoul. - 2021. - P.253 [ABS-0076 EP01-03].

[10–A]. Султонов, Р.Б. Выбор метода лечения паховых грыж у пациентов старших возрастных групп / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов//Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. - Москва. - 2021. - Т.23, №5. - С.29.

### **Патент на изобретение**

1. Способ лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп с прямыми паховыми грыжами /Махмадов Ф.И., Султонов Р.Б. // Патент РТ №1236 от 2022 года

### **Рационализаторские предложения**

2. Способ лапароскопической герниопластики у пациентов старших возрастных групп с прямыми паховыми грыжами /Махмадов Ф.И., Султонов Р.Б.// Рационализаторское предложение №3419/R410 от 26.04.2021г.

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВБД	внутрибрюшное давление
ЖЕЛ	жизненная ёмкость лёгких
ИМТ	индекс массы тела
ЛПУ	лечебно-профилактическое
ЛПП	учреждение
ПГ	лапароскопическая герниопластика
ССЗ	паховые грыжи сердечно-сосудистые заболевания
СТ	соединительная ткань
СВГ	старших возрастных групп
СРГ	стандартная герниопластика
ТАЛГсТП	трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика с тотальным протезированием
УЗИ	ультразвуковое исследование
ФВД	функция внешнего дыхания
ФЖЕЁЛ	форсированный жизненный ёмкость лёгких
ЭхоКГ	эхокардиография
SpO <sub>2</sub>	уровень насыщения гемоглобина кислородом
PCO <sub>2</sub>	парциальное давление углекислого газа

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ  
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА  
НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

*Ба ҳуқуқи дастнавис*

**УДК 617.55-077.43-089**

**СУЛТОНОВ РАҲМОНАЛӢ БОРОНОВИЧ**

**БЕҲТАРСОЗИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ  
ЧУРРАИ ҚАДКАШАК ДАР ШАҲСОНИ СИННУ  
СОЛАШОН КАЛОН**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии номзади илмҳои  
тиббӣ аз рӯйи ихтисоси 14.01.17 – Ҷарроҳӣ

**Душанбе 2023**

Диссертатсия дар кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Курбонов МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст

**Роҳбари илмӣ:** **Маҳмадзода Фарух Исроил** – доктори илмҳои тиб, профессор, профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Курбонов МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:** **Қурбонӣёзов Зафаржон Бобочонович** – доктори илмҳои тиб, профессор, мудири кафедраи ҷарроҳӣ, транспланталогия ва урологияи “Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд” Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон  
**Раҳматуллоев Раҳимҷон** – доктори илмҳои тиб, директори ҚСП “Маркази ташхисӣ-табобатии Вороруд”-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон.

**Муассисаи пешбар:** Муассисаи давлатии таълимии федералии бучавии таҳсилоти олии «Донишгоҳи давлатии Мордовия ба номи П.П. Огарёв»

Ҳимояи рисолаи илмӣ рӯзи «\_\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_» соли 2023 соати «\_\_\_\_\_» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии Д 6Д.КОА-040-и назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» баргузор меградад. Суроға: Ҷумҳурии Тоҷикистон, 734003, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31.  
[www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

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

Автореферат «\_\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_» соли 2023 ирсол гардид

**Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ**  
доктори илмҳои тиб

**Шарипов А.М.**

## МУҚАДДИМА

**Мубрами мавзуи таҳқиқот.** Чурраҳои берунаи шикам дар байни 3-4% -и аҳоли ба мушоҳида мерасанд. Дар миёни шахсони солхурда ва пиронсол бошад ин нишондод то ба 15-17% мерасад, ки бе шубҳа ба пастшавии сифати умргузаронӣ, вайроншавии қобилияти қорӣ ва билохира ба маҷрӯҳшавии чунин гурӯҳи беморон боис мегарданд [Гафаров Г.Н., 2015; Курбонов К.М. и соавт., 2019; Сажин А.В. и соавт., 2019; John Emil Wennergren et al., 2020]. Миёни ҳама намуди чурраҳои беруна чурраҳои қадкашак тақрибан 80%-ро ташкил менамоянд, ки барои табобати онҳо усулҳои зиёди гуногуни ҷарроҳиро истифода менамоянд. Аини замон миқдори чунин ҷарроҳиҳо аз 1000 бештарро ташкил менамояд, ки ин ҳолат аз қонёнақунанда будани натиҷаи ҷарроҳиҳо шаҳодат медиҳад [Маликов М.Х. и соавт., 2020; Гогия Б.Ш. и соавт., 2018; Егиев В.Н. с соавт., 2020; Mabdulmajeed A.A. et al., 2020].

Новобаста аз мукамалномаи усулҳои герниопластика то кунун басомади такрорёбии чурраҳо баъд аз гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ дар сатҳи баланд қарор дошта, тибқи маълумоти адабиёти ҷойдошта аз 5 то 45% ташкил менамояд [Юсупова Т.А., 2017; Власов А.В. и соавт., 2022; Bowling K. et al., 2020]. Ҳамзамон воридшавии усулҳои муосири табобати ҷарроҳӣ, боиси бо таври назаррас коҳиш ёфтани ретсидиви ЧҚ гардид (до 1-5%) [Барканова О.Н. с соавт., 2018; Курбаниязов З.Б., 2021; Sabooni K. et al., 2019; Saxena P., 2021]. Дар беморхонаҳое, ки махсусан ба ташхисгузорӣ ва табобати чурраҳои қадкашак сару кордоранд, басомади такрорёбии чунин чурраҳо дар сатҳи хело паст ҷой дошта, на бештар аз 1-1,5%-ро ташкил менамояд. [Пономарева Ю.В. и соавт., 2018; Белоконев В.И., 2020].

На ҳама вақт метавон сабаби такрорёбии чурраро пайдо намуд, вале дар бештари маврид сабабгори сар задани чунин ҳолат ин истифода намудани танҳо як ва ё якчанд усули маъмул, бе баназаргирии ҳолати хусусияти топографии мавзёи қадкашак, намуди чурра, синну соли бемор, ҳолати бофтаҳои мавзёи ба ҳисоб меравад [Галамов Э.А. и соавт., 2019, Луцевич О.Э. и соавт., 2021].

То кунун усулҳои нави кушода ва лапароскопии ҷарроҳии чурраҳои қадкашак пешкаш карда мешаванд. [Маликов М.Х. и соавт., 2021; Сажин А.В. и соавт., 2022; Jeremy A. Warren et al., 2020]. Воридномаи усулҳои нави бекашишдиҳии ҷарроҳӣ бо истифода аз маводҳои ҳозиразамони синтетикӣ ва дастгоҳҳои лапароскопӣ

имкон дод, то басомади такрорёбии беморӣ ва аворизи баъдичарроҳӣ кам карда шавад. аммо бояд қайд намуд, ки як қатор суолҳои табобати ҷарроҳии чурраҳои қадкашак то кунун ҳалталаб боқӣ мемонанд Масъалаи ташхисгузории пешазҷарроҳӣ, таёрнамоии беморон барои амалёти ҷарроҳӣ ва назорату муолиҷаи баъдичарроҳии беморон ба таври кофӣ омӯхта нашудааст. Вобаста ба беҳисгардонии беморон зимни гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ то кунун хулосаи ягона ба назар намерасад. Маҳақҳои аниқу ягона барои интиҳоби тарзи гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ дар беморони солхӯрда ва пиронсол вучуд надорад.

**Дараҷаи коркарди илмии проблемаи мавриди омузиш.** Интиҳоби тактикаи мукаммали табобати ЧҚ дар беморони синну солашон калон ба интиҳоби усули ратсионалӣ алоқаманд мебошад, зеро он аз хусусияти равиши бемори, бемориҳои ҳамрадиф, тағйиротҳои ҷузъии морфологии девораи пеши шикам ва эҳтимоли хавфи сар задани аворизи бармаҳали баъдичарроҳӣ вобаста мебошад. Чун қоида истифодабарии усулҳои кушодаи ҷарроҳии герниопластика дар беморони синну солашон калон оқибатҳои хавфнокро ба бор меорад. Дар айни замон имконияти ба таври васеъ ворид намудани технологияҳои эндоҷарроҳӣ зимни табобати чурраҳои қадкашак дар беморони синну солашон калон дар амалияҳои клиникӣ вучуд дорад. Ин имконият медиҳад то дар вақти гузаронидани амалёти герниопластика, бо мақсади интиҳоби дурусти усули табобати патогенетикӣ дараҷаи тағйиротҳои морфологии бофтаҳои девораи пеши шикам ба назар гирифта шавад. Баргарики истифодабарии технологияҳои малоинвазивӣ зимни табобатнамоии ЧҚ дар беморони синну солашон калон ба кам осебрасонии бофтаҳо, хавфи пасти осебрасонии ятрогении узвҳои ковокии шикам, кам гардидани миқдори рӯзҳои бистаригардии беморон дар беморхона ва кам гардидани хароҷотҳои пулӣ аз ҳисоби истифодабарии миқдори ками маводҳои доругӣ асоснок мегардад. Аммо то кунун фикри ягона оиди интиҳоби тактикаи табобат ҷой надорад. Навобаста аз ҷой доштани миқдори зиёди нашрияҳо оиди ЧҚ дар беморони синну солашон калон, масъалаи гузоштани нишондод ва ғайринишондод, интиҳоби усули табобат, таъминокии таъсирнокии он ва пешгирии оризаҳо ҳангоми ҷой доштани чурраҳои қадкашак то ҳол ба пуррагӣ ҳали худро наёфтааст.

**Робитаи таҳқиқот бо барномаҳои мавзӯҳои илмӣ.** Кори диссертатсионӣ дар ҷаъборҷӯбаи корҳои илмӣ тадқиқоти

кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”-“Ҷарроҳии бетаъхири ковокии шикам”, ГР№0116 ТЈ00592 иҷро гардида аст.

### **Тавсифи умумии татқиқот**

**Мақсади тадқиқот.** Беҳтарсозии натиҷаи табобати ҷарроҳии беморони синну солашон калон бо роҳи истифоданамоии герниопластикаи лапароскопии фардии ба таври патогенетикӣ омӯхташуда.

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Муайяннамоии басомади вохӯрдани чурраи қадкашак дар беморони синну солашон калон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон;

2. Омӯхтани тағйиротҳои морфологии бофтаҳое, ки канали қадкашакро ташкил намудаанд дар шахсони синну солашон калон;

3. Фардикунонии намуди усули ба таври патогенетикӣ асосноккардашудаи герниопластика бо дар назардошти тағйиротҳои морфологии бофтаҳое, ки канали қадкашакро ташкил намудаанд дар шахсони синну солашон калон;

4. Баҳогузори ба аҳамияти усули бе кашишдиҳии лапароскопии герниопластика дар шахсони синну солашон калон;

5. Баҳогузори муқоисавӣ ба натиҷаи усулҳои лапароскопӣ ва кушодаи герниопластика дар шахсони синну солашон калон.

**Обекти тадқиқот.** 110 бемори синну солашон калон (50-дар гурӯҳи ретроспективӣ ва 60 дар гурӯҳи проспективӣ), ки гирифтори чурраи қадкашак мебошанд

**Мавзӯи тадқиқот.** Натиҷаи таҳлилҳои саририю озмоишӣ, ташхисҳои нурӣ дар беморони синну солашон калони гирифтори ЧҚ, усулҳои гуногуни герниопластика бо истифодабарии технологияҳои эндоҷаррой, дар муқоиса бо ҷарроҳии кушодаи анъанавӣ.

**Навгони илмӣ тадқиқот.** Басомади вохӯрдани чурраи қадкашак дар беморони синну солашон калон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон муайян карда шуд. Тасдиқ карда шуд, ки бо калоншавии андозаи чурраи қадкашак, зиёд будани давомияти чуррадорӣ дар шахсони синну солашон калон, атрофияи мушакҳои даруна ва берунаи қачи шикам зиёд мешавад. Муайян карда шуд, ки дар ШСК, ки дорои ЧҚ дар муқоиса бо шахсони солим зимни кашишхӯрии мушакҳо камшавии паҳноии мушакҳои қачи шикам ба амал меояд, ки он ҳамчун омил

моилшавандаи инкишофёбии тағйиротҳои деструктивӣ дар апоневрози мушакҳо ва калоншавии андозаи нуқсони чурравӣ ба ҳисоб меравад. Усули тағйирдодаи герниопластика зимни ҷой доштани чурраи қадкашак дар шахсони синну солашон калон коркард карда шуд (*Патент РТ №1236 от 05.01.2022 з., удостов. на рақпредложение ТГМУ им. Абӯали ибни Сино №3419/R410 от 26.04.2021 з.*).

**Аҳамияти назариявӣ ва илмию-амалии тадқиқот** дар он аст, ки ҳолати назариявӣ ва методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия пешниҳодгардидаро метавон дар ҷараёни таҳсили мактабҳои таҳсилоти олии тиббӣ мавриди истифода қарор дод.

Маҳакҳои коркардшудаи ташхисию табобатӣ бо истифода аз технологияҳои эндохарроҳӣ метавонанд интихоби намудҳои ташхисгузорӣ ва тактикаи табобати мукаммалли ЧҚ дар беморони синну солашон калон беҳтар созанд, ки дар навбати худ барои кам гардидани басомади гузаронидани амалётҳои кушода, аворизи баъдичарроҳӣ ва ҳолатҳои фавт боис гарданд.

#### **Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Истифоданамоии усулҳои бокашишдиҳии анъанавии тармими канали қадкашак дар ШСК ба натиҷаҳои барвақтӣ ва деринаи баъдичарроҳии ғайриқаноатбахш оварда мерасонад.

2. Гузаронидани ташхисҳои ултрасадоӣ ва морфологӣ имкон медиҳанд, ки маълумотҳои иловагӣ оиди ҳолати мушаку апоневрози мавзеи қадкашак ва қайри он ба даст оварда шавад. Ин маълумотҳоро барои интихоби дурусти тармимнамоии канали қадкашак истифода бурдан мувофиқи матлаб мебошад.

3. Табобати ҷарроҳии чурраҳои қадкашак дар шахсони солхӯрда ва пиронсол баҳогузори фардиро барои муаяннамоии дараҷаи тағйироти вазоифии узвҳо ва системаҳо, ҳамзамон хатари беҳисгардонӣ тибқи қадвали ASA талаб менамояд.

4. Интихобнамоии намуди ҷарроҳӣ зимни ҷой доштани чурраи қадкашак дар шахсони синну солашон калон бояд фардӣ буда, он дар асоси натиҷаи баҳогузори ба ҳолати умумии бемор, синну соли бемор, намуди чурра, ҳолати девораи ақиби канали қадкашак, ҳолати ҳалқай даруни канали қадкашак, хусусияти ҳолати мавзеи қадкашак тиҳигоҳ ба роҳ монда мешавад.

**Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳо.** Боваринокии натиҷаҳои тадқиқот тавассути истифодабарии васеи усулҳои сарирӣ ва дастгоҳиҳои ҳозиразамони дар амалия тасдиқ карда шуда аст. Ҳама

хулосаҳо ва натиҷаҳои ба даст омада дар асоси принципҳои тибби тасдиқӣ тартиб ёфтаанд. Коркарди омории мавод боваринокии натиҷаҳои бадастомадаро тасдиқ менамояд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи тадқиқот);** мувофиқат мекунад бо шиносномаи ҚОА дар назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз руи ихтисоси 14.01.17- Ҷарроҳӣ. бо чунин бандҳо: 3.1. Сабабаҳои пайдоиш. Тарзи инкишофёбӣ. Ташхисгузорӣ, табобат ва пешгирии бемориҳои модарзодии узвҳои ковокии шикам (меъдаю- руда, ҷигар ва роҳҳои талхагузар, ғадуди зери меъда) ва қафаси сина ( шушҳо, сурхрӯда, плевра, узвҳои миёнадевор, диафрагма); 3.7. Таъриҳои пешазҷарроҳӣ ва нигоҳубини баъдиҷарроҳӣ.

**Саҳми шахсии довталаби дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.**

Кори диссертатсионӣ-тадқиқоти илмӣ дар алоҳидагӣ иҷрокардашудаи худ ивонҷӯӣ мебошад. Ивонҷӯӣ мустақилона мақсад ва вазифаҳои тадқиқотро муаян намуда, ҷамовари мавод, таҳлили натиҷаҳои ба даст омада, иҷрои кофтукоби ихтироотӣ ва таҳлили адабиётҳои илмӣ ҷойдоштаро дар мавзӯи тадқиқот гузаронида аст. Худи ивонҷӯӣ таърихи бемории 50 беморро, ки тайи солҳои 2015 - 2020 бистарӣ ва табобат гардидаанд таҳлили ретроспективӣ гузаронида, вобаста ба вазифаҳои тадқиқот интихоби мавзӯии беморонро ба роҳ мондааст. Муаллиф таҳлили натиҷаи тадқиқотҳои озмоишии ва нуриро дар 60 бемори синну солшон калони гирифтори ҷурраи қадкашак гузаронида, дар табобати 150 бемор ба ҳайси ҷарроҳ ва дар 200 бемор ба ҳайси ёвари ҷарроҳ иштирок намуда аст. Аз ҷониби худ муаллиф ҳама қисматҳои диссертатсия навишта шуда, ҳолатҳои асосӣ ва хулосаҳо тартиб дода шудаанд, инчунин таҳлили омории маълумотҳои бадастомда аз ҷониби худ у гузаронида шуда аст. Дар тадқиқотҳои аз ҷониби ҳаммуаллифон иҷрокардашуда андешаҳои илмӣ муаллиф роҳандозӣ гардидаанд.

**Тавсиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия.** Самтҳои асосии таҳқиқи диссертатсионӣ гузориш шудаанд дар: конференси илмию амалии олимони ҷавони МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (Душанбе, 2019, 2020); XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology (Baku, 2019); 44<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9<sup>th</sup> International Symposium (Seoul, Korea, 2019); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul, Korea, 2020); 46<sup>th</sup> Korean

Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10<sup>th</sup> International Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress (Seoul, Korea, 2020); 47<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 11<sup>th</sup> International Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress (Seoul, Korea, 2021); Дар бистухафтумин чаласаи ҳафтаи гастроэнтерологони Руссия (Москва, 2021. маълумот дода шуда ва муҳокима гардидаанд дар чаласаи Комиссияи байникафедравии экспертию-проблемавии МДТ ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (чаласаи №10 аз 30. 06. 2023 сол).

**Интишорот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия.** Аз рӯи маводи диссертатсия 10 кори илмӣ нашр гардида аст, ки аз онҳо 4-тояшон дар маҷалаҳои ба рӯйхати КОА ҚТ шомилбуда нашр гардидаанд. Оиди кори илмӣ 1 пешниҳоди беҳсозон ва 1 патент барои ихтирооти ҚТ ба даст оварда шуда аст.

**Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар ҳаҷми 145 саҳифаи бо дастгоҳ навишташуда пешниҳод гардида аст, ки он аз муқаддима, шарҳи адабиёт, сарлавҳаи ба маводҳо ва усулҳои таҳқиқот бахшидашуда, 2 сарлавҳаи тадқиқотҳои ҳуди муаллиф, қамъбастӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалӣ иборат мебошад. Кор бо 19 ҷадвал ва 48 расм тасвир шудааст. Рӯйхати адабиёт аз 208 манбаъ иборат аст, аз он 102 муаллифони бо забони русӣ ва 106 муаллифи хориҷӣ мебошад.

## **МҶҲАВОИ КОР**

### **Хусусияти маводҳои клиникӣ ва усулҳои таҳқиқот**

Таҳқиқоти гузаронидашуда натиҷаҳои таҳҳис ва табобати ҷарроҳии 110 бемореро дар бар мегирад, ки тайи солҳои 2015-2020 бо таҳҳиси ҚҚ дар шӯъбаҳои ҷарроҳии Беморхонаи клиникавии шаҳрии ёрии таъҷилии тибии шаҳри Душанбе, базаи клиникавии кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино бистарӣ ва ҷарроҳӣ гардидаанд. Вобаста ба намуди табобати ҷарроҳӣ ҳама беморон ба 2 гурӯҳ тақсимбандӣ гардидаанд. Ба гурӯҳи асосӣ 60 (54,5%) беморе шомил мебошад, ки ба онҳо амалиёти герниопластикаи лапароскопӣ гузаронида шуда аст. Ба гурӯҳи муқоисавӣ бошад 50 (45,5%) беморе, ки ба онҳо амалиётҳои гуногуни анъанавӣ гузаронида шудаанд. Бемороне, ки аввалин маротиба бо ҷурра мурочиат намудаанд 94 (85,4%) нафарро ташкил намуда, боқимонда - 16 (14,6%) нафар бо ҷурраи такрорӣ

бистарӣ гардидаанд. Синну соли беморон аз 60 то 84 сола буданд.(ҷадв. 1).

### Ҷадвали 1

#### Тақсимбандии беморон вобаста ба синну сол ва ҷинсият, шум (%)

Синну сол, сол	Гуруҳи асосӣ (n=60)			Гуруҳи муқоисавӣ (n=50)			Ҳамагӣ (n=110)	
	Мард	Зан	p	Мард	Зан	p	Мард	Зан
60-69	24 (40,0)	2 (3,3)	<0,001	17 (34,0)	1 (2,0)	<0,001	41 (37,3)	3 (2,7)
70-79	27 (45,0)	2 (3,3)	<0,001	23 (45,0)	2 (4,0)	<0,001	50 (37,3)	4 (3,6)
80 и >	5 (8,3)	-	-	6 (12,0)	1 (2,0)	>0,05	11(10,0)	1 (0,9)
Ҳамагӣ	56 (93,3)	4 (6,7)	<0,001	46 (92,0)	4 (8,0)	<0,001	02 (92,7)	8 (7,3)

Эзоҳ: p – аҳамияти омори фарқияти нишондодҳо зимни гузаронидани муқоиса байни ҷинсҳо (аз рӯи маҳаки Фишер); зимни мувофиқатномаи муқоисанамой байни гуруҳҳо  $p>0,05$

Натиҷаи таҳлилҳо маълум намуд, ки миқдори мардони синну солашон калон дар фарқият бо занон бештар ба назар мерасад, ки таносубияти онҳо 92,7% ба 7,3% мебошад.

Тадқиқоте, ки дар шубҳаи омили ҷумҳуриявӣ гузаронида шудааст нишон медиҳад, ки басомади гирифтравии ШСК ба ЧҚ дар шаҳри Душанбе ба 1,1 ҳолат барои 1000 одам рост омада, дар умум дар ҚТ ин нишондод ба 0,4 ҳолат барои 1000 нафарро ташкил менамояд. Вобаста ба фоизнокӣ ЧҚ дар ШСК дар миёни ҳама намуди ҷурраҳои девораи пеши шикам 17,8%-ро ташкил менамоянд.

### Ҷадвали 2

#### Тақсимбандии беморони синну солашон калон вобаста ба давомияти ҷуррадорӣ, шум. (%)

Давомияти ҷуррадорӣ	Гуруҳи асосӣ (n=60)		Гуруҳи муқоисавӣ (n=50)		Ҳамагӣ (n=110)	
	Мард	Зан	Мард	Зан	Мард	Зан
То 1 сол	-	-	1 (2,0)	-	1 (0,9)	-
Аз 1 то 3 сол	5(8,3)	-	3 (6,0)	-	8 (7,3)	-
Аз 3 то 5 сол	15 (25)	2 (3,3)	15 (30)	2 (4,0)	30 (27,3)	4 (3,6)
Аз 5 то 10 сол	19 (31,7)	1(1,7)	16 (32)	1 (2,0)	35(31,8)	2 (1,8)
Аз 10 сол ва >	17(28,3)	1(1,7)	11 (24)	1 (2,0)	28 (25,5)	2(1,8)
Ҳамагӣ	56 (93,3)	4 (6,7)	46 (92)	4 (8,0)	102 (92,7)	8 (7,3)

Эзоҳ:  $p>0,05$  – зимни муқоисанамой байни гуруҳҳо вобаста ба мувофиқатнокии ҷинсияташон.

Бемороне, ки давомияти ҷуррадориашон то 1 солро ташкил менамояд (таб 2) 0,9%, аз 1 то 3 сол – 7,3%, аз 3 то 5 сол – 30,9% ва зиёда аз 5 сол бошад – 60,9% ҳолатро дар бар гирифтанд. Қисмати асосии беморонро шахсоне ташкил менамоянд, ки давомияти ҷуррадориашон зиёда аз 5 солро дар бар мегирад

(n=67). Ба ҳисоби миёна давомнокии бемори 5,6 ±1,1 сол ро ташкил медиҳад.

### Ҷадвали 3

#### Нишондиҳандаҳои муқоисавии гуногунии чурраи қадкашак дар шахсони синну солашон калон

Намуди чурра	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=50)		P
	Мард	Зан	Мард	Зан	
Яктарафа	34	56,7	24	48,0	>0,05
Дутарафа	5	8,3	7	14,0	>0,05*
Ислоҳнашаванда	18	30,0	15	30,0	>0,05
Лағжанда	1	1,7	1	2,0	>0,05*
Фишурдашуда	2	3,3	3	6,0	>0,05*

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи маҳаки  $\chi^2$ , \*бо маҳаки аниқи Фишер)

Барои баҳогузории объективии бартарият ва норасоии ҳар як усули герниопластика вобаста ба намуди чурра беморон аз рӯи таснифи EHS тақсимбандӣ гардиданд (2014). Таҳлилҳо нишон доданд, ки 85,4% беморон бо чурраи якуминдараҷа муроҷиат намуда, боқимонда 14,6% дар ҳолати ретсидивӣ бистарӣ гардиданд. Танҳо дар 5 (4,5%) ҳолат ЧК қач буда, (дар 1,8% ҳолат 2-юм гуруҳ, ва 2,7% ҳолат 3-гуруҳ), боқимонда 95,5% бемор бо чурраи ростӣ қадкашак (дар 75,5% ҳолат чурраҳо ба синфи 2- ва дар 20,0% - ба синфи 3 шомил буданд) бистарӣ гардиданд.

### Ҷадвали 4

#### Басомади бемориҳои ҳамрадиф дар беморони синну солашон калон, шум. (%)

Бемории ҳамрадиф	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=50)		Ҷамагӣ (n=110)	
	Мард	Зан	Мард	Зан	Мард	Зан
БИД	51 (85)	1 (1,7)	42 (84)	2 (4)	93 (84,5)	3 (2,7)
БГ	45 (75)	2(3,3)	37 (74)	2 (4)	82 (74,5)	4 (3,6)
Диабети қанд	31(51,7)	2(3,3)	25 (50)	2 (4)	56 (50,9)	4(3,6)
Пневмосклероз	19 (31,7)	-	14 (28)	1 (2)	33 (30)	1 (0,9)
СГ	4 (6,7)	-	3 (6)	-	7 (6,4)	-
Фарбехӣ	3 (5)	2 (3,3)	4 (8)	2 (4)	7 (6,4)	4 (3,6)
ЭП	4 (6,7)	-	3 (6)	-	7 (6,4)	-

Эзоҳ: p>0,05 – зимни муқоисаи байни гурӯҳҳо вобаста ба мувофиқатнокии ҷинсияшон.

Дар гурӯҳи бемороне, ки зери назорати мо қарор доштанд басомади бемориҳои ҳамрадиф (ҷадв. 4). чунин буд: БИД – 96 (87,3%), Бемории фишорбаландӣ – 86 (78,2%), диабети қанд – 60 (54,5%) ва пневмосклероз – 34 (30,9%).

### Ҷадвали 5

#### Тақсимбандии беморони синну солашон калон аз руи ҷадвали ASA (Anon B., 1963), шум. (%)

Дараҷаи хатарнокӣ	ГА (n=60)		ГМ (n=50)		p	Ҳамагӣ (n=110)	
	abc	%	abc	%		abc	%
I	7	11,7	5	10,0	>0,05*	12	10,9
II	41	68,3	30	60,0	>0,05	71	64,5
III	12	20,0	13	26,0	>0,05	25	22,7
IV	-	-	2	4,0		2	1,8

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз руи маҳаки  $\chi^2$ , \*бо маҳаки аниқи Фишер)

Бояд қайд намуд, ки дар бештари маврид якҷоягии якчанд бемории ҳамрадиф дар як бемор воমেҳӯрад, ки ин ҳолат хатари ҷарроҳии дар пеш истодаро хело баланд менамояд. Аз ин лиҳоз, гурӯҳи бемороне, ки стенокардияи ноустувор, сактаи қалбии нав гузаронида (то 3 моҳ), норасогии кардиореспиратории дараҷаи 2-3, бемории фишорбаландӣ дараҷаи 3, инчунин бе таниҷа будани табобати диабети қандро доранд аз гурӯҳи беморони таҳқиқотӣ берун карда шуданд.

### Ҷадвали 6

#### Сохтори амалиётҳои ҷарроҳӣ зимни ҷой доштани ҷурраҳои қадкашак дар беморони синну солашон калон

Намуди ҷарроҳӣ	Гурӯҳи асосӣ (n=60)		Гурӯҳи муқоисавӣ (n=50)	
	Шумора	%	Шумора	%
ГТАЛ бо ПТ	34	56,7	-	-
Герниопластикаи стандартии алоҳидавӣ	26	43,3	-	-
Тармим бо бофтаҳои мавзей	-	-	19	38,0
Усули Бассини	-	-	24	48,0
Усули Потемский	-	-	7	14,0

Эзоҳ: ГТАЛ бо ПТ - герниопластикаи трансабдоминалии лапароскопӣ бо протезкунонии тоталӣ ГСА-герниопластикаи стандартии алоҳидавӣ.

Дар беморони гуруҳи асосӣ (n=60) дар 56,7% ҳолат (чадв. б), усули тармимнамоӣ ГТАЛ бо ПТ, ва дар 43,3% ҳолат бошад - герниопластикаи стандартии алоҳидавӣ (ГСА) интихоб карда шуд. Дар беморони гуруҳи муқоисавӣ бошад (n=50), дар 48,0% бемор амалиёти тармимнамоии девораи ақибӣ канали қадкашак бо усули Басини, дар 38,0% - бемор бо истифодаи бофтаҳои мавзей, дар 14,0% - бемор бошад усули Постемский истифода гардид.

Тайи 15 соли охир дар шуъбаҳои ҷарроҳии МД «Беморхонаи клиникавии ёрии таъҷилии тиббӣ»-и ш. Душанбе 5287 бемор бо ҷурраи девораи пеши шикам бистарӣ гардиданд. Мебояд қайд намуд, ки аз соли 2015 инҷониб тадриҷан кам шудани миқдори муроҷиатнамоии ҷунин беморон ба беморхонаҳо ба мушоҳида мерасад, ки ин шояд ба фаолияти хуби кормандони клиникаҳои дахлдор вобаста бошад. Миқдори умумии муроҷиаткунандагон бо ЧҚ дар 15 сол 3277 беморро ташкил намуд, ки ин 62,0% аз ҳамаи беморони гирифтори ҷурраҳои девораи пеши шикамро ташкил менамояд.

Таҳлили омории клиника, ки базаи кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ДДТТ ба номи Абуали ибни Сино мебошад, муаян намуд, ки беморони синну солашон калони гирифтори ЧҚ 20,1% (n=175)-ро дар миёни ҳама беморони ЧҚ дошта ташкил менамояд ва ин нишондод нисбат ба маълумоти адабиёт зиёдтар мебошад.

Аҳамияти зиёдро дар интихоби намуди табobati ЧҚ хусусият ва синну соли беморон мебозад, ки ин ҳолатҳоро бояд зимни гузаронидани таёрнамоии пешазҷарроҳии беморон ба назар гирифт. Зимни ин аз ҳама бештар фишурдашавии ЧҚ дар беморони синну солашон калон миёни беморони калонтар аз 80 сола вомахӯрад, ки 20,0% ҳолатро ташкил медиҳад. Миёни беморони 60-69 сола такрорёбии ҷурра дар 7,7% ҳолат, миёни беморони 70-79 сола бошад такрорёбии он дар 3,4% ҳолат вомахӯрад. Фишурдашавии ҷурра миёни беморони аз 80 сола калон – 20,0% ҳолат ва дар миёни беморони 70-79 сола бошад дар 3,4% ҳолат вомахӯрад. Баргариати ҷурраҳои аввалиндараҷа дар беморони синну соли 70-79 сола вомахӯрад, ки ин нишондод -

93,1% ҳолатро дар бар гирифт. Дар беморони синну солашон 60 - 69 сола чурраҳои аввалиндараҷаи қадкашак дар 92,3% ҳолат ва дар гурӯҳи беморони аз 80 сола калон бошад чунин ҳолат 60,0% - ро ташкил намуд.

Ба ҳамагон маълум аст, ки инкишофёбии чурра навобаста аз чинсият ба синну сол мебошад. Масалан миқдори ЧҚ дар мардони ҷавон 9,2%-ро ташкил намуда, дар беморони хурдсол ин нишондод - 1,7% -ро ташкил менамояд. Дар шахсони синну солашон миёна басомади ЧҚ то 40,5%, ва шахсони солхӯрда бошад басомади он то ба 43,2% мерасад (Белоконев, 2018).

Мебояд қайд намуд, ки давомнокии чуррадорӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ (n=60) то як сол ба мушоҳида нарасид. Шумораи зиёди беморонро нафароне ташкил намуданд, ки давомияти чуррадорашон аз 5 сол зиёдро ташкил намуд ва ин барои шахсони синну солашон миёна маъмул ҳисобида мешавад.

Чи гунае, ки дар боло дарҷ гардид миёни ҳама бемориҳои қалбӣ дар ШСК миёни беморони дар таҳқиқот қарордошта БИД ҳамчун бемори асосӣ ба ҳисоб рафт, ки дар 51 (85,0%) бемори гурӯҳи асосӣ ташхисгузорӣ карда шуд. Албатта ба дараҷаи гуногун ин беморӣ ба тактикаи амалиёти ҷарроҳӣ таъсири худро расонид, зеро дар собиқаи беморӣ ҷой доштани БИД ва сактаи тозаи қалбӣ тибқи маълумотҳои адабиёт яке аз асоситарин сабабҳои фавти беморон ба ҳисоб меравад, ки басомади он 23-27,3% ҳолатро дар бар мегирад.

Диабети қанд (n=31), пневмосклероз (n=19), аз сар гузаронидани сактаи миокард (n=4), фарбеҳӣ (n=5) ва энсефалопатияи пиронсолӣ, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ во хӯрданд, интиҳоби фардии тактикаи ҷарроҳиро талаб намуданд. Дар чунин ҳолат бо фишори кам, зери назорат гузаронидани карбоксиперитонеум ба роҳ монда шуд, ки барои пешгирии аворизи барвақтии хайрихоси баъдиҷарроҳӣ муфид мебошад.

Чун қоида дар ШСК пневмосклероз ва бемориҳои музмини обструктивии шушҳо зиёдтар вохӯранд. Дар тадқиқоти мо чунин намуди бемориҳо дар ШСК зимни 19 (31,7%) ҳолат ба мушоҳида расид, ки аз онҳо дар 13 (68,4%) бемор чурраи ҳаҷман

калони қадкашак ҷой дошт ва ин ҳолат ба таври ҳатмӣ гузаронидани ташҳиси ВНБ (ФВД)-ро талаб намуд.

### Ҷадвали 7

#### Нишондиҳандаҳои муқоисавии маҳакҳои ултрасадоии мушакҳои қачи девораи шикам зимни ҷой доштани чурраи қадкашак дар беморони синну солашон калон

Маҳакҳои ултрасадоӣ		Нишондиҳандаҳои миёна, см		p
		Беморони синну солашон калон ва солхӯрда (n=34)	ШСК солим (n=21)	
Паҳноӣ	Дар ҳолати оромӣ	3,322±0,187	3,119±0,239	>0,05
	Дар ҳолати тарангӣ	4,698±0,134	2,891±0,612	<0,001
	p <sub>1</sub>	<0,001	>0,05	
Ғафсӣ	Дар ҳолати оромӣ	2,499±0,709	2,823±0,588	>0,05
	Дар ҳолати тарангӣ	3,218±0,202	4,976±0,123	<0,001
	p <sub>1</sub>	<0,001	<0,001	
Тағйиротҳои паҳноӣ		0,524±0,411	0,203±0,003	<0,001
Тағйиротҳои ғафсӣ		0,473±0,098	0,831±0,126	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти оморӣ фарқиятҳо байни нишондодҳои гурӯҳҳо; p<sub>1</sub> – аҳамияти оморӣ фарқиятҳо байни нишондодҳо зимни ҳолати оромӣ ва тарангӣ (бо U-маҳақи Манна-Уитн).

Хусусияти дигаргуншавии вазифаи вентилятсионии шушҳо дар ШСК, ки гирифтори ЧҚ мебошанд нишон дод, ки он ба давомияти чуррадорӣ вобаста намебошад. Эҳтимол дар 13 (68,4%) беморони гирифтори ЧҚ, ки вайроншавии вазифаи вентилятсионии шуш доранд, инкишофёбии ин ҳолат ба ҷой доштани пневмосклероз вобаста мебошад, зеро дар давоми чуррадорӣ механизми мутобиқшавии шушҳо аз ҳисоби идоранамоеи ҳолати компенсаторию иҷронамоии вазифаи вентилятсионии шушҳо ба кор мебарояд. Дар 6 (31,6%) ҳолати

дигар бошад – сабаби тағиротҳои зикргардида бо ҷой доштани пневмосклероз дар беморони пиронсол вобастагӣ дошт.

Таъхисгузори пеш аз ҷарроҳии ЧҚ, алалхусус дар ШСК мушкilotҳои хоси худро дорад, ки бо ин сабаб нишондоди хатогиҳои таъхисӣ дар чунин ҳолат то ба 3,6% мерасад.

Натиҷаҳои таъхиси ултрасадоӣ нишон доданд, ки паҳноии мушакҳои девораи шикам дар ҳолати оромӣ дар шахсони гирифтори ЧҚ ба одамони солим якхел мебошад. Чунин натиҷа зимни дар ҳолати кашишхурӣ ҷой доштани мушакҳо низ ба назар мерасад.

Нишондоди ғафсии мушакҳо дар ҳолати тарангӣ дар беморони синну солашон калон ва пиронсол ба ҳисоби миёна то ба  $0,192 \pm 0,101$  см тағйир меёбад, дар ҳоле, ки ин нишондод дар шахсони солим бештар ба назар расида, бузургии он ба  $1,186 \pm 0,109$  рост меояд.

Дар беморони синну солашон калон ва пиронсол дар фарқият бо шахсони солими чунин синну сол зимни кашишхурии мушакҳо вайроншавии камшавии паҳноии мушакҳои қачи девораи шикам ба амал меояд, ки омили моилсозандаи тағйиротҳои деструктивӣ дар апоневрози мушакҳои қачи девораи шикам ва калоншавии андозаи дарвозаи чурра ба ҳисоб мераванд.

Яке аз сабабаҳои бештар вохӯрандаи хатари такрорёбии ЧҚ ин норасоии анатомию вазоифии мушакҳои қачи девораи шикам ба ҳисоб меравад.

Таҳлилномаи ҳолати макроскопии пайвандаки қадкашак дар ШСК, ки гирифтори ЧҚ мебошанд, вобаста ба ҳаҷми чурра нишон дод, ки дар беморони гирифтори чурраи хурди қадкашак пайвандаки мустаҳкам қадкашак 23,3% ( $n=14$ ), суст дар – 26,7% ( $n=16$ ), дар беморони дорои чурраи ҳаҷман миёна қадкашак пайвандаки мустаҳкам дар 1,7% ( $n=1$ ), суст дар – 20,0% ( $n=12$ ) ва нафис дар – 6,7% ( $n=4$ ) ба мушоҳида расид. Миёни беморони дорои чурраи калони қадкашак зимни баҳогузори аломатҳои макроскопӣ пайвандаки мустаҳкам ба мушоҳида нарасид, суст дар 8,3% ( $n=5$ ) ва нафис – дар 13,3% ( $n=8$ ) муаян карда шуд.

Зимни гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ тағйирёбии макроскопии фосилаи қадкашакӣ, асосан аз синну соли беморон, мавҷудияти ягон намуди бемории ҳамрадиф, андозаи чурра ва давомияти чуррадорӣ вобастагӣ дошт. Масалан: зимни аз назар гузаронии фосилаи қадкашакӣ дар 37 (61,7%) бемори гурӯҳи асосӣ дар қисмати берунаи он 1/3, то мавзеи суроҳии даруна,

мушаки дарунаи шикам бо қисмати на он қадар инкишофёфтаи мушакӣ бештар қисмати апоневротикӣ ҷой дошт.

Зимни он дар 23 (38,3%) бемор қисмати поёнии мушаки качи дарунаи шикам дар сеяки канали қадкашак каме болотар ва пештар аз пайвандаки қадкашак ҷой дошта, масофа аз пайвандаки пупартовӣ 0,6-0,8 см-ро ташкил намуд. Қисмати поёнии мушаки кундаланги шикам дар болои танобаки нутфавӣ ҷойгир мебошад, ки дар чунин ҳолат андозаи пайвандаки пупартовӣ 1,1-1,2 см-ро ташкил намуд.

Таҳқиқотҳои морфологии бофтаҳои элементҳои мавзеи қадкашак дар ШСК мавҷудияти тағйиротҳои дистрофизиро дар мушакҳову апоневроз нишон дод, ки зимни он ғафсии онҳо ба  $33,1 \pm 3,2$  мкм. рост омад.

#### Ҷадвали 8

##### Чурраҳои хурд (коррелятсия аз рӯи маҳакҳои Пирсон)

n=30	Ғафсии нахҳои мушакӣ	Зичии бофтаҳои мушакӣ	Зичии бофтаи пайваस्तкунанда	Зичии бофтаи ҷарбӣ
Синну сол, г	=-0,20	=-0,82	=0,74	=0,88
p	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001

Бо зиёдшавии синну сол тунукшавии нахҳои мушакӣ ба мушоҳида мерасад ( $r = -0,20$ ;  $p > 0,05$ ), вале аз рӯи нишондоди омории зичии бофтаҳои мушакӣ кам мешавад ( $r = -0,82$ ;  $p < 0,001$ ) ва зичии бофтаи пайваस्तкунандаю бофтаи ҷарбӣ бошад дар беморо- ни дорои чурраи ҳаҷман хурд зиёд мегардад (бо таносубияти  $r = 0,74$ ;  $p < 0,001$  ва  $r = 0,88$ ;  $p < 0,001$ ).

#### Ҷадвали 9

##### Чурраҳои ҳаҷмашон миёна (коррелятсия аз рӯи маҳакҳои Пирсон)

n = 12	Ғафсии нахҳои мушакӣ	Зичии бофтаҳои мушакӣ	Зичии бофтаи пайваस्तкунанда	Зичии бофтаи ҷарбӣ
Синну сол, г	=-0,06	=-0,82	=0,51	=0,73
p	>0,05	=0,001	>0,05	=0,007

Бо зиёдшавии синну сол тунукшавии нахҳои мушакӣ ( $r = -0,06$ ;  $p > 0,05$ ) ва зиёдшавии зичии бофтаи пайваस्तкунанда ( $r = 0,51$ ;  $p > 0,05$ ) ба мушоҳида мерасад ( $r = -0,06$ ;  $p > 0,05$ ), вале аз рӯи нишондоди омории зичии бофтаҳои мушакӣ кам мешавад ( $r = -0,82$ ;  $p < 0,001$ ) ва зичии бофтаи пайваस्तкунандаю бофтаи ҷарбӣ

бошад дар беморони дорои чурраи ҳаҷман хурд зиёд мегардад (бо таносу бияти  $r = -0,82$ ;  $p = 0,001$  и  $r = 0,73$ ;  $p = 0,007$ ).

#### Ҷадвали 10

#### Чурраҳои ҳаҷмашон калон (коррелятсия аз рӯи маҳакҳои Пирсон)

n = 11	Ғафсии нахҳои мушакӣ	Зичии бофтаҳои мушакӣ	Зичии бофтаи пайваस्तкунанда	Зичии бофтаи чарбӣ
Синну сол, г	=-0,44	=-0,28	=0,66	=0,83
p	=0,050	>0,05	=0,027	=0,002

Бо зиёдшавии синну сол камшавии зичии бофтаи мушакӣ ( $r = -0,28$ ;  $p > 0,05$ ), камшавии зиёди нахҳои мушакӣ ( $r = -0,44$ ;  $p = 0,050$ ), чойи бофтаҳои муқарариро гирифтани бофтаи пайваस्तкунанда ва чарбугӣ зиёдшавии зичии бофтаи пайваस्तкунанда ба мушоҳида мерасад, яъне зиёдшавии зичии бофтаи пайваस्तкунанда бофтаи чарбугӣ ба мушоҳида мерасад (бо таносубияти  $r = 0,66$ ;  $p = 0,027$  и  $r = 0,83$ ;  $p = 0,002$ ).

Ҳамин тариқ, таҳлили коррелятсионӣ нишон дод, ки бо зиёдшавии синну сол инкишофёбии тағйиротҳои морфологии бофтаҳо зиёдтар мешавад, ки барои ҳар шахси бемор дараҷаи инкишофёбияш гуногун мебошад.

Дар 96,7% ҳолати беморони гурӯҳи асосӣ шахсоне буданд, ки амалиёти ҷарроҳиро ба таври нақшавӣ аз сар гузаронидаанд, ки тақрибан дар ҳама ҳолатҳо бемориҳои ҳамрадифи соматикӣ доштанд аз қабилӣ БИД ( $n=51$ ), бемории гипертоникӣ ( $n=45$ ), диабет қанд ( $n=31$ ), пневмосклероз ( $n=19$ ), аз сар гузаронидани инсулт ( $n=4$ ), энсефалопатияи пиронсолӣ ( $n=4$ ) ва фарбеҳӣ ( $n=3$ ).

Бо мақсади таёрнамоии дурусти беморони синну солашон калон ба амалиёти ҷарроҳии дар пеш истода, дар клиника мисли нигоҳубини баъдичарроҳии беморони гирифтори чурраи баъди ҷарроҳӣ (Қурбонов К.М., 2018) таснифи такмилдодашудаи ASA мавриди истифода қарор дода шуд, ки зимни он омилҳои мавзёӣ ва умумии хатари ҷарроҳию беҳисгардонӣ ба назар гирифта мешавад.

Дар 7 (11,7%) ҳолати ШСК бо мақсади ба эътидолории дурусти вайроншавии вазоифи узвҳои ҳаётан муҳим то гузаронидани амалиёти ҷарроҳии лапароскопӣ табобатгирии беморон дар шуъбаҳои терапевтӣ лозим омад.

#### Ҷадвали 11

**Маҳакҳои интихобномаи намуди герниопластика зимни чурраҳои қадкашак дар шахсони синну солашон калон**

<b>Маҳакҳо</b>	<b>ГТАЛ бо ПТ</b>	<b>ГСА</b>
Синну сол: 60-69 сола 70-75 сола	+	+
Қинсият: Мард Зан	+ +	+
БМОШ: Ҳафт Нест	+	+
Фарбехӣ: Дараҷаи I Дараҷаи II-III	+	+
Аденомаи ҒП: Дараҷаи I Дараҷаи II-III	+	+
Ҳаҷми чурра: Хурд Миёна Калон	+	+ +
Нишонҳои ФДБ: меъёр Дараҷаи I Дараҷаи II-III	+ +	+
Миқдори такрорёбӣ: R <sub>0</sub> -R <sub>1</sub> R <sub>2</sub> -R <sub>3</sub>	+	+

Ҳаҷм ва намуди ҷарроҳӣ зимни ҷой доштани ЧҚ дар ШСК аз якҷанд омилҳои объективӣ вобаста мебошад (ҷадв. 12).

**Ҷадвали 12**

**Хусусияти амалиётҳои ҷарроҳӣ зимни чурраҳои қадкашак дар шахсони синну солашон калон (n=60)**

<b>Герниопластикаи лапароскопӣ</b>	<b>Миқдор</b>		<b>Авориз</b>			
	<b>умум</b>	<b>%</b>	<b>Ҳос</b>		<b>Ғайриҳос</b>	
			<b>Умум</b>	<b>%</b>	<b>умум</b>	<b>%</b>
ГТАЛ бо ПТ	34	56,7	1	2,9	1	2,9
ГСА	26	43,3	-	-	1	3,8

Ҳамин тарик, бештар - дар 34 (56,7%) ҳолат, герниопластикаи трансабдоминалии лапароскопӣ бо протезгузории тоталӣ гузаронида шуда, дар 26 (43,3%) ҳолат бошад, герниопластикаи стандартии алоҳидавӣ ба анҷом расонида шуд.

Дар марҳалаи баъдичарроҳӣ баъд аз гузаронидани герниопластикаи трансабдоминалии лапароскопӣ бо протезгузории тоталӣ дар 5,9% ҳолат оризаҳо ба мушоҳида расиданд, алалхусус дар 2,9% - аворизи хос аз қабилӣ хессаи захми баъдичарроҳӣ ва дар 2,9% - ҳолат бошад аворизи ғайрихос, аз қабилӣ пневмония ба мушоҳида расид, дар ҳоле ки зимни гузаронидани амалиёти герниопластикаи стандартии алоҳидавӣ танҳо 1 (3,8%) ориза баъдичарроҳӣ ба мушоҳида расид, ки он ҳам бошад ориза ба ғайрихос – пневмония бозисти баъдичарроҳӣ буд.

Натиҷаи гузаронидани амалиёти лапароскопӣ дар ШСК ва солхӯрда нишон дод, ки дар 27 (45,0%) ҳолат мӯҳтавоии дохили чурраҳалта қисмати чарбуи калон, дар 14 (23,3%) – ҳолат ҳалқаҳои рӯда (рӯдаи борик дар – 11, сигмашакл дар – 1 ва курӯда бошад дар – 2 ҳолат) вохӯрданд. Дар як ҳолати ҷой доштани чурраи лағжанда мавҷудияти насҷи наздимасонавӣ мушоҳида карда шуд.

Мавҷудияти шохчаи кирмшакл ҳамчун мӯҳтавои чурра зимни гузаронидани амалиёти чарроҳии лапароскопӣ дар 2 (3,3%) ҳолат ба назар расид. Дар 7 (28,3%) ҳолат зимни кушодани ҳалтаи чурра мӯҳтавои чурраҳалта дарёфт нагардид, ки ин ҳолат ба воридшавии узв ба дохили шикам дар натиҷаи гузаронидани релаксатсияи мушакҳо хангоми чарроҳӣ вобастагӣ дорад.

Бо мақсади кам намудани миқдори аворизҳои баъдичарроҳӣ аз қабилӣ серома ва гематома зимни гузаронидани амалиётҳои эндовидеочарроҳӣ дар беморони дорои чурраҳои рости қадкашак дар клиникаи мо усули набе коркард карда шуда аст, ки зимни он мустаҳкамсозии девораи ақиби канали қадкашак гузаронида мешавад. Асоси усули мазкурро гузоштани карбокси-перитонеум, буриданӣ қабати париеталии сифокпарда ба андозаи 3 см бар болои барҷастагии чурравӣ ташкил менамояд, ки сипас диссексия бофтаҳо дар фазои пешазсифокӣ гузаронида шуда, баъдан аз он чурраҳалта ва танобаки нутфавиро озод менамоянд. Баъд аз маён намудани фассияи кундаланг дар фазои қадкашакӣ дар мавзеи чуқурчаи медиалии қадкашак, бо ёрии асбоб қаъри фассияи мазкурро медоранд ва онро тавассути ҳаракатдиҳии тобхӯранда ба фазои пеш аз сифокӣ меоранд. Баъд аз он қисмати ҳалтазади онро буриш гузаронида бо ёрии гузоштани дарзҳои бефосила онро барқарор месозанд. Сипас дар ақиби фассия

кунда ланг, ки фазои пешазсифоқӣ ҷойгир аст маводи синтетикиро мегузоранд ва баъд аз мустақкамгардонии он нуқсони сифоқпарда дӯхта мешавад. Усул дар 13 бемори синну солашон калон, ки бо ҷурраи рости қадкашак дар шуъбаи эндочарроҳии БКШЁТТ ш. Душанбе бистаришуда, гузаронида шуд.

Давомнокии ҷарроҳӣ зимни гузаронидани герниопластикаи лапароскопӣ гуногун буда, асосан аз андозаи ҷурра, усули ҷарроҳии лапароскопӣ, таҷрибаи ҷарроҳӣ вобастагӣ дорад. Зимни гузаронидани ҷарроҳӣ бо усули ГТАЛ бо ПТ ҷарроҳӣ зиёда аз 90 дақиқаро дар 13 (21,7%) бемори синну солашон калон, аз 60 то 90 дақиқа – дар 17 (28,3%) бемор, камтар аз 60 дақиқа – дар 4 (6,7%) бемор ташкил намуд. Дар бемороне, ки бо усули ГСА ҷарроҳӣ гардиданд давомнокии амалиёти ҷарроҳӣ аз 60 то 90 дақиқаро дар 11 (18,3%) бемор ва камтар аз 60 дақиқа – дар 19 (31,7%) бемор ташкил намуданд.

Зимни баҳогузори ба шиддатнокии дард тибқи чадвали ВАШ дар шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ дар беморони гурӯҳи муқоисавӣ (n=50) нишондодҳо дар сарҳади 4-8 ҳол тағйир меёфтанд, баъд аз 3-юм шабонарӯзи баъди ҷарроҳӣ ин нишондодҳо то ба 1-4 ҳол поён фароманд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ, ки амалиёти ҷарроҳӣ бо усули лапароскопӣ гузаронида шуда буд (n=60), нишондоди шиддатнокии дард аз рӯи чадвали ВАШ дар шабонарӯзи аввал баъд аз ҷарроҳӣ ба 2-4 ҳол баробар буда, дар шабонарӯзи 3-юми баъдичарроҳӣ ин нишондодҳо то ба 0-2 ҳол поён фароманд.

Дар беморони синну солашон калон баъд аз гузаронидани герниопластика як қатор аворизи баъдичарроҳӣ аз қабилӣ невралгияи баъди ҷарроҳии мавзеи қадкашак, гематома ва серомаи захми баъдичарроҳӣ ба мушоҳида расид (ҷадв. 13).

### Ҷадвали 13

#### Нишондодҳои муқоисавии аворизи барвақтии баъди ҷарроҳӣ дар беморони синну солашон калон

Оризаҳо	ПТГ (n=50)		ГПЛ (n=60)		P
	Миқдор	%	Миқдор	%	
Гематома	3	6,0	1	1,7	<0,05
Серома	2	4,0	1	1,7	<0,05
Невралгияи баъдичарроҳӣ	1	2,0	1	1,7	>0,05
Ҳамагӣ	6	12,0	3	5,0	<0,05

Эзоҳ:  $p$  – аҳамияти омории фарқияти нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи маҳаки Фишер)

Таҳлили муқоисавии аворизи барвақтии баъди ҷарроҳӣ байни беморони бо усули ПТГ ва ГПЛ ҷарроҳигардида нишон дод, ки зимни ПТГ дар умум шумораи авориз 12,0%-ро ташкил намуд, дар ҳоле, ки дар беморни ба таври ГПЛ ҷарроҳигардида ин нишондод дар 5,0% ҳолат ба мушоҳида расид. Масалан гематомаи захми баъди ҷарроҳӣ дар беморони ба таври ПТГ ҷарроҳигардида дар 6,0% ҳолат вохӯрд, дар ҳоле ки чунин ориза дар беморони ба таври ГПЛ ҷарроҳигардида танҳо 1,7% -ро ташкил намуд.

Дар 4 (8,0%) ҳолати беморони гурӯҳи муқоисавӣ лозим омад, ки хуномос ва серомаи захми баъди ҷарроҳиро тавассути дар шароити захмбандхона кушода тоза карда шаванд, дар 2 (3,4%) бемори гурӯҳи асосӣ дар зери назорати ТУС чабида гирифтани чунин оризаҳо гузаронида шуд.

#### Ҷадвали 14

#### Маҳакҳои муқоисавии таъсиринокии герниопластикан лапароскопӣ дар шахсони синну солшон калон ( $M \pm SE$ )

Маҳакҳо	ГПЛ ( $n=53$ )	ГПА ( $n=35$ )	$p$
Давомнокии ҷарроҳӣ (дақиқа)	$53,0 \pm 1,1$	$62,5 \pm 1,9$	$=0,000$ ( $U = 420,0; z = -4,33$ )
Рӯзҳои бистаригардӣ	$3,8 \pm 0,1$	$7,8 \pm 0,1$	$=0,000$ ( $U = 0; z = -8,52$ )
Барқароршавии пурра (ҳафта)	$3,8 \pm 0,1$	$7,7 \pm 0,1$	$=0,000$ ( $U = 0; z = -8,50$ )

Эзоҳ:  $p$  – аҳамияти омории фарқият нишондодҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи  $U$ -маҳаки Манна-Уитни)

Натиҷаи табобатҳои ҷарроҳии гузаронидашуда аз рӯи маълумотҳои бадастомадаи аломатҳои саририи шифоёбии беморон, набудани ҳолати такрорёбии беморӣ, инчунин сифати ҳаёт ба сарбурдани беморон баҳогузорӣ карда шуд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ ( $n=60$ ) натиҷаи аълои табобати ҷарроҳӣ дар 47 (78,3%) ҳолат ба мушоҳида расид.

Натиҷаи хуб дар 11 (18,4%) беморе ба мушоҳида расид, ки дар баробари пурра сиҳатёбии саририй, хангоми зиёдтар роҳ рафтани баъзан вақт ҳиссиёти дардмандӣ дар мавзеи ҷарроҳӣ ба

мушоҳида мерасид. Дар 2 (3,3%) ҳолат баъди гузаронидани амалиёти чарроҳӣ натиҷа қаноатбахш шуморида шуд.

Дар миёни беморони гурӯҳи муоқисавӣ ( $n=50$ ) натиҷаи аълои табобати чарроҳӣ дар 12 (24,0%) ҳолат ба мушоҳида расида, дар 18 (36,0%) бемор натиҷаи хуб, дар 16 (32,0%) ҳолат натиҷаи қаноатбахш ва дар 4 (8,0%) ҳолати боқимонда бошад натиҷаи ғайриқаноатбахш ба мушоҳида расид.

Ҳамин тариқ, гузаронидани амалиёти герниопластикаи лапароскопӣ дар ШСК, ки гирифтори ЧҚ, дар муқоиса бо шахсоне, ки амалиёти чарроҳии анаънавиро аз сар гузаронидаанд, камосебрасонтар мебошад, ки истифодаи он боиси кам гардидани басомади аворизи баъдичарроҳӣ ва зудтар барқарор гардидани қобилияти кории чунин беморон мегардад.

### ХУЛОСАҲО

1. Таҳлили нишондоди басомади сар задани чурраи қадкашак дар ШСК нишон дод, ки дар миёни ҳама беморони гирифтори чурраи қадкашак ШСК 17,8%-ро ташкил менамоянд.

2. Тағйиротҳои морфологии бофтаҳое, ки канали қадкашак ро ташкил медиҳанд дар ШСК аз тунуқшавии нахҳои мушакӣ, инкишофёбии тағйиротҳои дистрофикӣ, инкишофёбии бофтаи пайваस्तкунанда ва ҷарбӣ дар ин мавзё иборат мебошад. Охирон ба камшавии хусусияти чандирии бофтаҳои нарми мавзеи қадка- шак оварда мерасонад, ки ин ҳолат ба ҷараёни репаратсияи бофтаҳо таъсири манфӣ мерасонад.

3. Дар ШСК, ки гирифтори чурраи қадкашак мебошанд ва дар онҳо сустшавии сохторию вазоифии фатсияҳои мушакӣю апневротикӣю девораи пеши шикам ҷой дорад, истифоданамоии герниопластикаи бекашишдиҳии лапароскопии канали қадкашак бо усули протезгузорӣ мувофиқи матлаб мебошад.

4. Табобати чарроҳии чурраҳои қадкашакро дар ШСК бояд дар беморхонаҳои доираи фаолиятшон васеъ гузаронид, зеро зимни сар задани бархе аз авориз метавонад зарурияти расонидани кумаки аввалиндараҷаи таъҷилии тиббӣ, бо иштироки табибо ни гуногунсоха ва ҳатто дар баъзе мавридҳо ба дигар шӯъба, аз ҷумла ба шӯъбаи дорои шароити гузаронидани табобати интенсиви дошта интиқол додани беморон ба амал ояд.

5. Усулҳои коркардкардашуда ва дигаргунсохташудаи герниопластикаи лапароскопӣ, инчунин интиҳоби инфиродии намуни табобат, вобаста ба тағйиротҳои саририю морфологии бофтаҳои мавзёи, имконият дод то натиҷаҳои бевоситаи баъдичарроҳӣ беҳтар карда шуда, басомади аворизҳои мавзёи аз 12,0% то ба 5,0% кам карда шавад.

## **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ**

1. Барои иҷро намудани амалиёти ҷарроҳӣ дар ШСК, ки гирифтори ҷурраи қадкашак мебошанд, гузаронидани муоинаҳои мукамал, бо мақсади ошкорсозии дараҷаи тағйиротҳои патологӣ дар узвҳо ва системаҳо, инчунин муаяннамоии ҳолати бофтаҳои мавзеи қадкашак муҳим мебошад.

2. Дар ҳолати вучуд надоштани аломатҳои мутлақи фишурдашавии ҳалқаи рӯдаи борик, инчунин зимни дар ҷуррахалта ҷой доштани қисмати ҷарбӯи калон, дар ҷараёни гузаронидани ГУС бо речаи-В, мебояд иловатан доплери импульсӣ ва суратгирии элек- тронии рангаро низ гузаронид.

3. Дар ШСК мебояд ба таври фардӣ ҳолати вазоифии узвҳо ва системаҳо баҳогузори қарда шуда, омилҳои хатарзои ҷарроҳию беҳисгардонӣ аз рӯи таснифи ASA муайян ва амалиёти ҷарроҳӣ дар ҳузури эҳёгар гузаронида шавад.

4. Дар беморони солхӯрда ва пиронсол усули беҳтарини ҷар роҳӣ - гузаронидани герниопластикаи лапароскопии бекашишдихӣ бо истифоданамоии эндопротезҳои турӣ ба ҳисоб меравад.

5. Табобати ҷарроҳии ҷурраҳои қадкашакро дар ШСК бояд дар беморхонаҳои доираи фаолиятшон васеъ гузаронид, зеро зимни сар задани бархе аз авориз метавонад зарурияти расонидани кумаки аввалиндараҷаи таъчилии тиббӣ бо иштироки табибони гуногунсоҳа ва ҳатто дар баъзе мавридҳо ба дигар шӯба, аз ҷумла ба шӯбаи эҳёгарӣ интиқол додани беморон ба вуқӯ ояд.

### **Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия мақолаҳо дар маҷалаҳои тақризшавандаи ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон**

[1–А]. Султонов Р.Б. Результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // «Здравоохранение Таджикистана». – 2020. - №1 (344). – С.33-38.

[2–А]. Султонов Р.Б. Лапароскопическая герниопластика у лиц старших возрастных групп (Особенности выбора с учетом морфологических изменений тканей, образующих паховый канал) / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // Журнал «Вестник Авиценны». – 2022. – Т.21, №4. – С.79-84.

[3–А]. Султонов Р.Б. Пути улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж у пациентов пожилого и старческого

возраста, применением видеолапароскопии / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов // Журнал «Московский хирургический журнал». – Москва. – 2021. – №2. – С.79-81.

[4–А]. Султонов, Р.Б. Интихоби ососноки усули герниопластика дар шахсони синну солашон калон. / Р.Б.Султонов // Маҷаллаи «Симург». - 2023.-18(2). - С.38-44.

### **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯи конференсияҳои нашришуда**

[5–А]. Sultonov R. The results of laparoscopic hernioplasty in patients of older age groups /F. Makhmadov, R. Sultonov// 44<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9<sup>th</sup> International Symposium. – Seoul. – 2019. – P 3-12.

[6–А]. Sultonov R. Efficiency of laparoscopic gernioplastics in patients of senior age groups /F. Makhmadov, R. Sultonov// Abstracts of the XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology. – Baku. – 2019. – P. 107-108.

[7–А]. Sultonov R. Diagnosis and laparoscopic hernioplasty for strangulated inguinal hernias in the elderly /F. Makhmadov, R. Sultonov// 46<sup>th</sup> Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10<sup>th</sup> International Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress. – Seoul. - 2020. – P. 232.

[8–А]. Sultonov R. The choice of method of laparoscopic hernioplasty in elderly patients /F. Makhmadov, R. Sultonov// Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery. – Seoul. – 2020. – Poster No.: ACRLS2020Abs-028 [General Surgery] – P. 232.

[9–А]. Sultonov R. Ways to Improve the Results of Surgical Treatment of Inguinal Hemias in Elderly and Infantile Patients, Using Video laparoscopy /F. Makhmadov, R. Sultonov// The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25<sup>th</sup> Anniversary & 48<sup>th</sup> Annual Congress & 11<sup>th</sup> International Symposium. - Seoul. - 2021. - P.253 [ABS-0076 EP01-03].

[10–А]. Султонов, Р.Б. Выбор метода лечения паховых грыж у пациентов старших возрастных групп / Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов//Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии. - Москва. - 2021. - Т.23, №5. - С.29.

### **Патент**

1.Способ лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп с прямыми паховыми грыжами /Махмадов Ф.И., Султонов Р.Б. // Патент РТ №1236 от 2022 года

### **Пешниҳоди рационализаторӣ**

1.Способ лапароскопической герниопластики у пациентов старших возрастных групп с прямыми паховыми грыжами /Махмадов Ф.И., Султонов Р.Б.// Рационализаторское предложение №3419/R410 от 26.04.2021г.

## ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО

БКЁТТ	беморхонаи клииникии ёрии таъчилии тиббӣ
БИД	бемории ишемикии дил
БМОШ	бемории музмини обструктивии шушҳо
ГТАЛ	герниопластика трансабдоминалии лапароскопӣ
ГСА	герниопластикаи стандартии алоҳидавӣ
ҒП	ғадуди простата
ПТ	протезкунонии тоталӣ
ФДБ	фишори дохилии батн
ШСК	шахсони солашон калон

## АННОТАЦИЯ

### СУЛТОНОВ РАХМОНАЛИ БОРОНОВИЧ

# ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Ключевые слова:** паховая грыжа у лиц старших возрастных групп, лапароскопическая герниопластика, не натяжной способ пластики, степень функциональных и морфологических изменений паховой области

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж у лиц старших возрастных групп, путем применения индивидуализированных патогенетически обоснованных лапароскопических герниопластик.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** Исследование значений внутрибрюшного давления выполнялось в соответствии с рекомендациями экспертов Всемирного общества по исследованию интраабдоминальной гипертензии (WSACS). УЗИ выполнялось с использованием УЗ-оборудования фирмы “Siemens” и “SONEINEG-20”. При герниопластике использовали полипропиленовый сетчатый протезный материал марки «Eticon» (США). Фиксация сетки к тканям пахового канала производилась с помощью шовного материала пролена диаметром 3.0 (фирмы «Eticon», производство США). Статистический анализ полученных результатов проводился при помощи прикладного пакета IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp., 2012, США) на ПК.

**Полученные результаты и их новизна.** Установлена частота встречаемости паховых грыж у лиц старших возрастных групп в Республике Таджикистан. Доказано, что с увеличением размеров паховых грыж, длительности грыже носительства у лиц старших возрастных групп, наблюдается атрофия наружной и внутренней косой мышцы живота. Установлена, что у пациентов СВГ с ПГ, в отличие от здоровых людей, при напряжении мышц нарушено уменьшение ширины косых мышц живота, что, по сути, считается предрасполагающим фактором деструктивного изменения тканей апоневроза абдоминальных мышц и возрастания размеров возникшего грыжевого дефекта. Разработаны модифицированные способы герниопластики при прямых паховых грыжах у пациентов старших возрастных групп.

**Рекомендации к использованию.** Разработанные способы диагностики и малоинвазивного лечения паховых грыж у лиц старших возрастных групп могут быть применены в клиническую практику хирургических отделений.

**Область применения.** Хирургия

**АННОТАТСИЯ**  
**СУЛТОНОВ РАҲМОНАЛӢ БОРОНОВИЧ**  
**БЕҲСОЗИИ ТАКТИКАИ ЧАРРОҲИИ ЧУРРАИ ҚАДКАШАК**  
**ДАР ШАХСОНИ СОЛХӢРДА ВА ПИРОНСОЛ**

**Вожаҳои калидӣ:** чурраи қадкашак дар шахсони солхӯрда ва пиронсол, герниопластикаи лапароскопӣ, усули бетағйизи таъмир, дараҷаи тағйироти функционалӣ ва морфологӣ дар мавзеи қадкашак.

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати чарроҳии қадкашак дар шахсони солхӯрда ва пиронсол тавассути истифодаи герниопластикаи инфиродии патогенетикии лапароскопӣ.

**Усулҳои тадқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда:** Омӯзиши арзишҳои фишори дохили шикам мувофиқи тавсияҳои коршиносони Чамбъяти ҷаҳонии омӯзиши гипертонияи дохили шикам (WSACS) гузаронида шуд. Ултрасадо бо истифода аз таҷҳизоти “Siemens” ва “SONEINEG-20” гузаронида шуд. Барои герниопластика маводи протезии полипропиленӣ аз бренди Eticon (ИМА) истифода шудааст. Тор ба бофтаҳои канали рӯда бо истифода аз маводи Prolene бо диаметри 3,0 (Этикон, истехсоли ИМА) насб карда шуд. Таҳлили омории натиҷаҳо бо истифода аз бастаи барномаҳои IBM SPSS Statistics 21 (IBM Corp., 2012, ИМА) дар компютер гузаронида шуд.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигарии онҳо.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зуд-зуд пайдо шудани чурра дар одамони синну соли калонсол муқаррар карда шудааст. Исбот шудааст, ки бо зиёд шудани андозаи чурраи қадкашак ва давомнокии чурра дар одамони синну соли калонсол атрофияи мушакҳои берунӣ ва дохилии шикам мушоҳида мешавад. Муайян карда шудааст, ки дар шахсони солхӯрда ва пиронсол бо чурраи қадкашак, бар хилофи одамони солим, ҳангоми ташаннуҷи мушакҳо, коҳиши паҳнои мушакҳои мобайнии шикам халалдор мешавад, ки дар асл омили пешгирикунандаи тағйироти харобиовар дар шикам ба ҳисоб меравад. бофтаҳои апоневрозҳои мушакҳои шикам ва афзоиши андозаи нуқсони герниалӣ дар натиҷа. Усулҳои тағйирёфтаи герниопластика барои чурраи рост дар шахсони солхӯрда ва пиронсол таҳия карда шудаанд.

**Тавсияҳо барои истифода.** Дар амалияи клиникии шубҳаҳои чарроҳӣ, усулҳои кор карда баромадашудаи ташхис ва муолиҷаи каминвазивии чурра дар шахсони солхӯрда ва пиронсол метавонанд истифода шаванд.

**Соҳаи истифода.** Чарроҳӣ

**ANNOTATION**  
**SULTONOV RAHMONALI BORONOVICH**  
**OPTIMIZATION OF SURGICAL TACTICS OF INGUINAL**  
**HERNIA IN PEOPLE OF OLDER AGE GROUPS**

**Key words:** inguinal hernia in older age groups, laparoscopic hernioplasty, tension-free method of repair, degree of functional and morphological changes in the groin area.

**Purpose of the study.** Improving the results of surgical treatment of inguinal hernias in older age groups through the use of individualized pathogenetically based laparoscopic hernioplasty.

**Research methods and equipment used:** The study of intra-abdominal pressure values was carried out in accordance with the recommendations of experts from the World Society for the Study of Intra-Abdominal Hypertension (WSACS). Ultrasound was performed using ultrasound equipment from Siemens and SONEINEG-20. For hernioplasty, polypropylene mesh prosthetic material of the Eticon brand (USA) was used. The mesh was fixed to the tissues of the inguinal canal using Prolene suture material with a diameter of 3.0 (Eticon, manufactured in the USA). Statistical analysis of the results was carried out using the IBM SPSS Statistics 21 application package (IBM Corp., 2012, USA) on a PC.

**The results obtained and their novelty.** The frequency of occurrence of inguinal hernias in people of older age groups in the Republic of Tajikistan has been established. It has been proven that with an increase in the size of inguinal hernias and the duration of hernia in people of older age groups, atrophy of the external and internal oblique abdominal muscles is observed. It has been established that in patients with SVH with PH, unlike healthy people, when muscles are tense, the decrease in the width of the oblique abdominal muscles is impaired, which, in fact, is considered a predisposing factor in the destructive changes in the tissues of the aponeurosis of the abdominal muscles and an increase in the size of the resulting hernial defect. Modified methods of hernioplasty have been developed for direct inguinal hernias in patients of older age groups.

**Recommendations for use.** The developed methods for diagnosing and minimally invasive treatment of inguinal hernias in people of older age groups can be applied in the clinical practice of surgical departments.

**Scope.** Surgery

Ба матбаа супорида шуд 10.10. 2023.  
Ба чопаш 23.10. 2023 имзо шуд.  
Қоғаз офсетӣ.Хуруфи адабӣ.  
Гарнитура Times New Roman Tj.  
Теъдод 100

ЧДММ “Сармад-Компания”  
ш.Душанбе, кӯчаи Лоҳутӣ, 6 гузаргоҳи 1