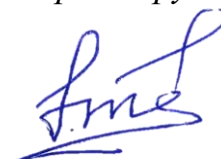


ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

УДК 617.55 – 007.43-089-055.1

на правах рукописи



ХАМИДОВ ФАРИДУН МАЪРУФОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА**

АВТОРЕФЕРАТ

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

Душанбе – 2026

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

Научный руководитель: **Маликов Мирзобадал Халифаевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 имени академика Усманова Н.У. ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич** – д.м.н., доцент кафедры общей хирургии Самаркандского государственного медицинского университета, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Азиззода Зубайдулло Абдулло – доктор медицинских наук, декан медицинского факультета Таджикского национального университета

Ведущее учреждение: ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Повторная защита диссертации состоится «11» «апреля» 2026г. в «11:00» часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино». Адрес: Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, улица Сино 29-31, info@tajmedun.tj, +992928217755.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан: «__» «_____» 2026 года.

Учёный секретарь диссертационного совета,
к.м.н., доцент



Али-Заде С.Г.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема хирургического лечения грыж передней брюшной стенки до сих пор остаётся одной из сложных и не до конца решённых задач современной абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы, прежде всего, связана с распространённостью патологии и ряда её осложнений среди лиц мужского пола [13, с. 198-202; 17, с. 19-21; 48, с. 1304-1317]. Вместе с тем, влияние грыжи на ежедневную активную деятельность, ограничение физической подвижности и, нередко, смена профессии больных определяет не только медицинскую, но и важную социальную значимость проблемы [2, с. 5-11; 8, с. 274-281; 20, с. 101; 40, с. 374-378].

Изучение ряда работ авторов показывает, что среди всех грыж передней брюшной стенки наиболее часто встречаются паховые грыжи, частота которых по данным ряда авторов варьирует от 50,7 до 80% случаев [9, с. 460-464; 28, с. 5-13; 34, с. 385-391; 40, с. 374-378]. Проблема хирургического лечения паховых грыж связана с распространённостью заболевания, при котором каждый год лечение получают более 20 млн. пациентов [37, с. 2001-2010; 43, с. 2639-2643].

Другой, ещё более важной особенностью паховых грыж является то, что в ряде случаев отмечается сочетание данной патологии с крипторхизмом, что является основным фактором развития мужского бесплодия [28, с. 5-13; 46, с. 626-629; 52, с. 76-84]. Вместе с тем, в связи с улучшением диагностики и приверженностью населения к воспроизводству, количество операций по поводу паховых грыж возрастает. Соответственно, увеличивается и число пациентов с рецидивной формой патологии.

В настоящее время традиционные методы герниопластики совершенствуются, и всё шире применяются современные ненатяжные способы операции. По данным ряда авторов: «Несмотря на совершенствование существующих традиционных и современных методов операций, по сей день остаётся высокой частота различных послеоперационных осложнений и рецидива патологии» [5, с. 60-64; 6, с. 114-118; 11, с. 8-12; 12, с. 62-64].

Внедрение ненатяжных способов операции привело к резкому сокращению частоты рецидива патологии. Методика ненатяжной пластики всё шире используется в клинической практике, при этом с увеличением разновидностей

синтетических протезов увеличилось и количество операций [14, с. 33-38; 15, с. 83-91; 30, с. 497-501; 50, с. 289-295; 51, с. 1-9]. Использование синтетических полимерных протезов привело к увеличению частоты раневых осложнений, что побудило хирургов к поиску их причин. При этом многие авторы придерживались мнения о том, что развитие инфекционных осложнений непосредственно связано с использованием протезов [1, с.8-9; 7, с.19-29; 18, с. 134-140; 35, с. 72-78]. В связи с этим, в литературе появилось много сообщений, в которых указывалось, что растёт число осложнений при помещении сетки по способу onlay [32, с.42-46; 37, с. 2001-2010], тогда, как некоторые авторы в своих работах утверждают, что меньшее число раневых осложнений встречается при размещении сетки по способу inlay [10, с. 140-143; 36, с. 69]. Авторы считают, что последний способ является более оптимальным, в плане профилактики раневых осложнений [25, с.14-18]. Увеличение частоты осложнений в последующем стало поводом для изучения природы используемых полимерных протезов. При этом авторы утверждают, что наиболее устойчивыми к инфекции являются макропористые протезы и их использование намного уменьшало частоту развития осложнений [16, с.66-73; 26, с. 61-65].

Однако, несмотря на имеющееся множество методов хирургического лечения паховых грыж, их результаты на сегодняшний день остаются малоутешительными, а частота рецидива, по данным ряда авторов, варьирует от 10% до 35% [30, с.497-501; 44, с.327-331]. Рецидивы грыжи, наряду с влиянием на социальную и психо-эмоциональную сферу пациентов, могут приводить к развитию других, более грозных осложнений, которые нередко становятся причиной инвалидизации [9, с. 460-464; 29, с. 444-450]. Вместе с тем рецидив грыжи, нарушая анатомо-физиологическое строение пахового канала, требует применения более сложных, порою-ненатяжных методов операции [22, с. 97-100; 33, с. 142-147].

Частота рецидива грыжи после различных вариантов пластики грыжевых ворот по сей день остаётся высокой и зависит от множества факторов. Этому способствует неадекватный выбор хирургической техники, расширенное применение местно-пластических способов операции, колебание веса, возраст и пр. [49, с. 96-99; 52, с. 76-84]. В связи с увеличением частоты различных послеоперационных осложнений и рецидива грыж, поиск альтернативных

методов оперативной коррекции явился основным толчком в лечении грыж различной локализации и размеров. Внедрение новых современных и ненатяжных методов лечения грыж открыло новое направление в области абдоминальной хирургии. При этом нашли своё решение многие нерешённые аспекты лечения осложнений грыж [5, с. 60-64; 41, с. 844-888; 52, с. 76-84].

Широкое внедрение ненатяжных методов герниопластики, наряду с улучшением результатов операции, намного снизило частоту послеоперационных осложнений и рецидивов патологии [19, с. 183-194; 42, с.202-207; 45, с. 167-176]. При этом появилась возможность коррекции больших и гигантских, а также послеоперационных грыж. Однако, несмотря на популярность синтетических материалов и множество их положительных свойств, в последние годы в периодической печати встречаются сообщения об осложнениях при использовании этих материалов [4, с. 138].

В последние годы во многих публикациях сообщается, что кроме рецидива при грыжесечении, невооружённым глазом возросло развитие других осложнений. При этом авторы сообщают об: «Отрицательном воздействии грыжесечения на репродуктивную функцию организма оперированных пациентов» [2, с. 5-11; 24, с. 379-385; 47, с. 1426], которое считается более сложной проблемой. Наиболее частой причиной такого осложнения является вторичное бесплодие, вследствие повреждения элементов семенного канатика [20, с. 101; 35, с. 72-78]. Частота вторичного бесплодия, связанного с грыжесечением, по данным ряда исследователей варьирует от 3% до 30% [27, с. 7-11].

Основной причиной технических ошибок, приводящих к неблагоприятным послеоперационным последствиям, являются трудности в дифференциации анатомических структур ПК, в связи с их особенностью. В самых крупных исследованиях очень скудно или вообще не освещена проблема применения оптического увеличения и прецизионной техники при лечении первичных, рецидивных грыж и в сочетании с крипторхизмом [3, с. 111-115; 11, с.8-12; 23, с.39-45].

В настоящее время для лечения паховых грыж у лиц мужского пола применяются множество традиционных и современных методов герниопластики. Эти операции, в зависимости от вида грыжи, направлены на ликвидацию недостаточности как передней, так и задней стенки пахового канала

[14, с. 33-38; 16, с. 66-73; 20, с. 101]. Однако, из данных литературы вытекает, что, несмотря на усовершенствование техники операции, даже применение ненатяжных методов пластики ни лишены недостатков.

Таким образом, хирургическое лечение паховых грыж у лиц мужского пола остаётся одной из сложных проблем современной хирургии, многие аспекты которого остаются малоизученными и не до конца решёнными. Идеальный метод пластики стенок пахового канала по сей день не определён, в связи с чем проблема остаётся актуальной.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы. Данные литературы показывают, что многие аспекты диагностики и лечения грыж всё ещё недостаточно изучены. В периодической печати встречается много сообщений, направленных на улучшение результатов лечения ПГ [2, с.5-11; 12, с. 62-64; 15, с. 83-91; 21, с. 27-29]. Несмотря на то, что в отечественной и зарубежной литературе широко описаны ненатяжные методы пластики ГВ, по сей день имеются разногласия относительно способов размещения сетчатых протезов и частоты осложнения после их применения [31, с. 60-64; 38, с. 165; 39, с. 145-150; 46, с. 626-629]. В условиях различных общехирургических стационаров до настоящего времени выполняются множество операций традиционного характера, имеется ограничения в использовании современных методов операций, таких как лапароскопическая ГП. Вместе с тем, в литературе также имеется мало сообщений относительно широкого применения лапароскопических методов герниопластики. Дискуссии продолжаются вокруг разновидности синтетических сетчатых протезов, их преимущества и недостатков.

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнена в рамках реализации соответствующих разделов «Стратегия Республики Таджикистан в сферах науки, технологий и инноваций на период до 2030 года» (утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан № 263 от 30.06.2021г.), «Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года» (утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан № 414 от 30.09.2021г.), Национальной программы «О перспективах профилактики и

контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы» (утверждённая постановлением Правительства Республики Таджикистан № 676 от 02.11.2012 г.).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Задачи исследования:

1. Определить роль и значимость инструментальных методов исследования при первичных, рецидивных паховых грыжах у лиц мужского пола, а также при сочетании грыжи с крипторхизмом.
2. Изучить частоту развития послеоперационных осложнений в зависимости от хирургической методики грыжесечения.
3. Оптимизировать и усовершенствовать хирургическую технику грыжесечения у лиц мужского пола с применением оптического увеличения и прецизионной техники.
4. Изучить результаты и качество жизни пациентов после операций при первичных и рецидивных грыжах, а также при сочетании грыжи с крипторхизмом.

Объект исследования. Материал включает 204 пациента с различными формами паховой грыжи и при их сочетании с крипторхизмом, которым были выполнены различные варианты традиционных и современных методов ГП. Ретроспективному анализу подверглись 122(59,8%) истории болезней больных с различными видами ПГ, госпитализированных в ГУ РНЦССХ с 1991 по 2016г.

Предмет исследования. Предметом исследования стало изучение клинико-инструментальных параметров больных с первичными, рецидивными формами патологии и при сочетании грыжи с крипторхизмом. Вместе с тем, в работе рассматриваются аспекты диагностики и вариантов оперативного лечения первичных и рецидивных ПГ, а также сочетание с крипторхизмом и их осложнений.

Научная новизна исследования. Дифференцированный подход к грыжесечению с использованием современных методов диагностики и лечения является основным требованием современной герниологии.

Оптимизирован способ пластики пахового канала при рецидивных паховых грыжах у мужчин при комбинированной пластике, суть которого заключается в пластике пахового канала с использованием васкуляризированных лоскутов с целью защиты семенного канатика (Патент РТ № 1295). Возможно использование способа защиты элементов семенного канатика васкуляризированным фасциально-жировым лоскутом, суть которого заключается в широкой мобилизации кровоснабжаемой клетчатки и подведении ее под элементы семенного канатика (Патент РТ № 1201).

Разработан и внедрён в клиническую практику способ восстановления пересечённого семявыносящего протока у мужчин (Патент РТ № 1509), суть которого заключается в широкой мобилизации пересечённых концов семявыносящего протока, проведением нити в обоих концах протока и формирования анастомоза по типу “конец в конец” под оптическим увеличением. Методика предотвращает развитие облитерации просвета протока и тем самым обеспечивает проходимость протока.

При ретенции яичка в брюшной полости, когда возможности УЗИ резко ограничены, использована КТ-диагностика, которая явилась информативной.

При больших, особенно рецидивных паховых грыжах, было изучено кровообращение в яичковой артерии в пред- и послеоперационном периодах и достигнуто улучшение кровообращения в яичках.

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

При использовании современных методов диагностики и лечения хорошие результаты были у 146 (87,4%) пациентов.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования. Основой для выполнения настоящей работы явились результаты ранее проведённых операций грыжесечения в условиях различных хирургических стационаров Республики Таджикистан. Основной целью настоящей работы является улучшение результатов хирургического лечения различных вариантов паховых грыж, в том числе - в сочетании с крипторхизмом, а также снижение

частоты послеоперационных осложнений и рецидивов. Поэтапный план работы был построен с учётом цели и задач работы. Диссертационная работа основана на достаточном опыте лечения пациентов с первичными, рецидивными паховыми грыжами и при сочетании их с крипторхизмом.

Положения, выносимые на защиту:

1. Показано негативное воздействие первичной, рецидивной ПГ и сочетании грыжи с крипторхизмом на репродуктивную функцию у лиц мужского пола.

2. Установлено, что оперативное лечение первичной, рецидивной паховой грыжи и сочетании грыжи с крипторхизмом с использованием малотравматичной техники уменьшает негативное влияние на тестикулярный кровоток и фертильность у лиц мужского пола.

3. Выявлено, что КЖ у пациентов после герниопластики с использованием оптического увеличения и прецизионной техники в течение более 5 лет, по сравнению с дооперационным периодом, достоверно и существенно улучшалось.

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

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D110117 – Хирургия. Раздел III п.1. Этиология. Патогенез. Диагностика, лечение и профилактика врождённых заболеваний органов брюшной полости (желудочно-кишечного тракта, печени и жёлчных путей, поджелудочной железы) и грудной клетки (лёгких, пищевода, плевры, средостения, диафрагмы); п.8. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода.

Личный вклад докторанта PhD в исследовании состоит в участии на этапах проведённых исследований, сборе научного материала; проспективный

анализ 82 (40,2%) пациентов (2017-2020 гг.), проведении общего осмотра обследованных лиц; участии в проведении инструментальных методов исследования и операций; разработке рекомендаций по выбору тактики хирургического лечения и послеоперационной терапии больных с первичной, рецидивной паховой грыжей и при сочетании их с крипторхизмом.

Ретроспективный анализ 122 (59,8%) медицинских документов (1991-2016 гг.), заполнение специально разработанных для исследования анкет, и клинических карт проводилось автором самостоятельно.

Интерпретация полученных результатов, описание выводов и рекомендаций проводилось с научным руководителем.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты исследования опубликованы в 22 научных работах, 15 из которых были опубликованы в сборниках и материалах и доложены на научно-практической конференции молодых учёных и студентов ГОУ “ТГМУ имени Абуали ибни Сино” с международным участием, посвящённой “Году развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)” (Душанбе 2019); в материалах международной научно-практической конференции ГОУ Хатлонского государственного медицинского университета (1-ая годовичная), посвящённой «Году развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» (Дангара – 2020); сборнике материалов всероссийского научно-практической конференции студентов и молодых учённых с международным участием «Фундаментальные и прикладные аспекты абдоминальной хирургии» (Оренбург 2021); в материалах 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» (Самарканд 2021); «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений»; в материалах XVI научно-практической конференции молодых учёных и студентов (Душанбе – 2021), в материалах 76-й международной конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных (Самарканд - 2022), «Актуальные вопросы современных научных исследований»; в материалах XVII научно-практической конференции молодых учёных и студентов (Душанбе - 2022), «Достижения фундаментальной прикладной медицины и фармации» в сборнике материалов 77-й международной

научно-практической конференции (Самарканд-2023); на совместном заседании экспертной проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам при ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» 24. 10. 2025 г, протокол заседания №3.

Публикации по теме диссертации. Основные результаты исследования изложены в 22 печатных работах, 7 из которых опубликованы в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определённых Высшей аттестационной комиссией при Президенте Республики Таджикистан, получено 3 патента Республики Таджикистан на изобретение.

Объём и структура диссертационного исследования. Диссертационная работа представлена на 140 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, материала и методов исследования, 2 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 139 источника (74 отечественных и 65 зарубежных публикаций). Работа иллюстрирована 22 таблицами, 66 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 204 пациентов с первичной, рецидивной паховой грыжей и при их сочетании с крипторхизмом, которые находились на лечении в отделениях ГУ РНЦССХ в период с 1991 по 2020 годы.

В зависимости от вида ПГ пациенты распределены на 3 группы (Таблица 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов на клинические группы

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

Изучение вышеприведённой таблицы показывает, что в абсолютном большинстве случаев больные обращались с первичными паховыми грыжами, что составило 65,7%. С рецидивом патологии обратились 48 больных, что составило 23,5 %. У 22 пациентов отмечалось сочетание грыжи с врождённым крипторхизмом, что составило 10,8%.

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

Факт, что 83,3% больных составили лица до 60 лет, свидетельствует о том, что наличие тяжелой сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, легочной и других систем выявлено не было. Среди 34 пациентов старше 60 лет в одном наблюдении имел место компенсированный сахарный диабет, а в двух других случаях пациенты страдали ИБС. У одного больного был подтверждён диагноз аденомы предстательной железы.

Больные с ПГ, независимо от объёма патологии, наличия дискомфорта, а также рецидива обращались за медицинской помощью в различные сроки от момента появления первых признаков заболевания (Таблица 2).

Таблица 2. - Сроки обращения пациентов с момента образования грыжи

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

Анализ вышеприведённой таблицы показывает, что в сроки до одного года с момента образования грыжи обратились 68 больных, что составило 33,4%.

Для адекватной оценки структуры патологии и вынесения определённого вывода параллельно срокам обращения считали нужным изучить частоту обращаемости пациентов по десятилетиям (Таблица 3).

Таблица 3. - Структура обращаемости пациентов по десятилетиям

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

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

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

При анализе клинического материала было выявлено, что больные с первичными ПГ и их рецидивными ПГ, а также сочетанием ПГ с крипторхизмом, поступали из разных регионов республики. Более чем в половине случаев ($n=113$) пациенты с ПГ обратились из г. Душанбе, что составило 55,4%.

В связи с разнородностью клинических проявлений, индивидуализацией выбора оптимального метода лечения, сочли необходимым охарактеризовать каждую клиническую группу в отдельности (Таблица 4).

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

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

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

Методы исследования. В большинстве случаев, установление диагноза ПГ не представляет особых затруднений. Опрос больных, изучение первых симптомов заболевания, образ жизни (тяжёлый физический труд, частые запоры, хронические заболевания кишечника, заболевания предстательной железы, хронический кашель и пр.) намного упрощают задачу врача. Осмотр паховых областей, наличие одностороннего, либо двухстороннего выпячивания, урчание при больших размерах грыжи, анамнестические данные о предыдущих операциях, наличие характерного послеоперационного рубца над образованием при рецидивных формах патологии являются прямыми и косвенными признаками первичной, либо рецидивной грыжи.

Объективное исследование больных с ПГ. Сбор анамнеза и адекватное обследование пациентов с грыжами паховой области имеет первостепенное значение для уточнения клинического диагноза. Больных осматривали, как в горизонтальном, так и в вертикальном положении.

Термометрия паховых областей. Для измерения температуры в различных точках (до и после герниопластики) пользовались бесконтактным инфракрасным термометром.

Термометрию проводили у 50 пациентов всех 3-х исследуемых групп, в различных точках для повышения достоверности, прогнозирования развития послеоперационных осложнений и их своевременного лечения.

УЗИ и УЗДГ сосудов паховых областей и яичек. Ультразвуковое исследование и ультразвуковая доплерография проводились у 40 пациентов всех 3-х клинических групп как до, так и после оперативного лечения. Ультразвуковую диагностику выполняли на аппарате “Vingmed” фирмы “Medata” (Швеция), ЦДС - диагностическими системами «Philips SD 800» (США) и “Mindray DC-7” (КНР, 2013), снабженными линейными и конвексными датчиками частотой 3,5; 5; 7,5 и 10 МГц.

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

КТ. Оценку состояния анатомических структур пахового канала у 5 пациентов с рецидивными паховыми грыжами и у пациентов с сочетанием паховой грыжи и крипторхизма, проводили методом компьютерной томографии (КТ). КТ проводилась на компьютерном томографе «NeusoftNev 16, Neoson Medical systems Co., Ltd (КНР)», при котором исследование проходило в мультиспиральном режиме, сканирование срезов 2 мм в соответствии с классической методологией в горизонтальном положении пациента (на спине).

Гистологическое исследование ГМ и мышечно-апоневротической ткани ГВ. Взятие биоптата для морфологического исследования осуществлялось при оперативном грыжесечении у 30 пациентов разных возрастных групп с первичными, рецидивными и сочетанием паховой грыжи и крипторхизма.

Определение половых гормонов. Также был проведен скрининг основных половых гормонов в сыворотке крови больных на до- и в послеоперационном этапе. При этом определяли концентрацию в крови Тс, Лг, ФСГ формирующих репродуктивный статус у мужчин.

Европейский опросник MOS SF-36. На основе европейского опросника MOSSF-36 оценивали КЖ пациентов до и после оперативного грыжесечения. Опросник КЖ просчитывали по бальной системе - 5 бальной шкале, в котором имелась 8 групп показателей. Показатели каждой шкалы варьирует от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выбор метода хирургического лечения ПГ зависит от вида грыжи, возраста пациентов, частоты рецидива патологии, сочетания ПГ с крипторхизмом. При планировании операции в расчёт принимали данные всех инструментальных методов диагностики, в особенности УЗИ и КТ. В связи с тем, что у пациентов патология в большинстве случаев носила врождённый характер, проводились консультации смежных специалистов.

Оптическое увеличение и прецизионная техника намного упрощает выполнение оперативного вмешательства. В то же время адекватная идентификация элементов семенного канатика под оптическим увеличением преду-

преждала их повреждение. Данная тактика соблюдалась как при проведении грыжесечения у детей, так и у взрослых. Одним из технических нюансов явилось то, что во всех случаях врождённой грыжи отмечалось плавное сращение элементов семенного канатика с медиальным листком грыжевого мешка. Идентификация элементов семенного канатика невооружённым глазом является порой сложной задачей, а риск повреждения остаётся высоким. Применение оптического увеличения, значительно улучшающего визуализацию как СП, так и сосудов, в особенности яичковой артерии и лимфатических сосудов, предупреждает их ятрогенное повреждение.

При наличии больших и/или рецидивирующих грыж, избыточной массы тела пациентов предпринимали более длительную предоперационную подготовку. Больным назначали щадящую безшлаковую диету, ношение бандажа. Подготовка была направлена на снижение массы тела больного и подготовку кишечника. Перед операцией исследовали функцию других органов. В зависимости от возраста, вида грыжи, рецидива и сочетания грыжи с крипторхизмом выбирали оптимальный способ пластики (Таблица 5).

Таблица 5. - Способы операции при коррекции паховых грыж

Виды грыжи	Кол-во бол-х	Способы операции		
		Традиционная	Ненатяжная	Комбинированная
Первичные	134	119 (88,8%)	7 (5,2%)	8 (6,0%)
Рецидивные грыжи	48	23 (47,9%)	10 (20,8%)	15 (31,3%)
Сочетание грыжи с крипторхизмом	22	22 (100,0%)	-	-
Всего	204	164	17	23

Среди общего числа пациентов традиционные методы операции были использованы – в 80,4% наблюдений, ненатяжные – в 8,3% случаев, и комбинированные способы – у 11,3% пациентов. Применение оптического увеличения и прецизионной техники при герниопластике, наряду с упрощением технической части операции, позволяет провести адекватную идентификацию элементов семенного канатика и предупредить их ятрогенное повреждение, что имеет большое значение для репродуктивной функции у лиц мужского пола. Идентификация подвздошно-подчревного, подвздошно-пахового, половой ветви

бедренно-полового нерва под оптическим увеличением является важным для профилактики болевого рефлекторного синдрома в послеоперационном периоде.

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

После мобилизации грыжевого мешка и элементов семенного канатика, последние брали на держалку и вслед за этим вскрывали ГМ. В 95 случаях содержимым грыжевого мешка являлась прядь большого сальника, в 19 наблюдениях содержимым мешка оказались петли тонкой кишки, в 11 случаях – толстая кишка, а в остальных 9 случаях нами был обнаружен червеобразный отросток.

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

Таблица 6. – Способы коррекции первичных паховых грыжах

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

При больших грыжевых воротах 7 пациентам была выполнена ненатяжная ГП. В 3 наблюдениях имели место прямые и в 4 случаях - косые пахово-мошоночные грыжи. Наибольшие размеры имели косые пахово-мошоночные грыжи.

В 8 наблюдениях комбинированной пластики грыжевых ворот, в первую очередь проводили местно-пластическое укрепление задней стенки пахового канала. С учётом умеренного натяжения и имеющемся риске развития рецидива патологии, линия пластики была дополнительно укреплена размещением протеза по способу on-lay. Среди 8 пациентов в 3 случаях был использован сетчатый макропористый протез ЭСФИЛ и в 5 наблюдениях - «OptileneMeshLP».

В 34 (28,6%) случаях был использован способ герниопластики по Ру-Краснабаеву. Методику применяли исключительно у детей в возрасте до 14 лет. Способ пластики грыжевых ворот по Мартынову был выполнен детям в возрасте от 14 до 18 лет в 26 % случаях. Взрослым в основном были использованы способы герниопластики по Кукуджанову и Бассини. В 8 наблюдениях была использована методика Шоулдайса, что составило 6,8%.

Термометрию кожи мошонки проводили 20 пациентам с первичной ПГ до и после герниопластики у корня мошонки и у нижнего полюса яичка. Так если температура кожи у корня мошонки до операции равнялась в среднем $35,9 \pm 0,5$ °С, а у нижнего полюса яичка - $35,0 \pm 0,7$ °С, то после пластики она была равна $35,3 \pm 0,6$ °С и $34,5 \pm 0,4$ °С соответственно.

Для скрининга основных половых гормонов в сыворотке крови 34 пациентов с первичной паховой грыжей до- и на 6-й месяц после операции определяли концентрацию в крови Тс(нм/л), Лг и ФСГ(мЕ/л), формирующих репродуктивный статус у мужчин. Если уровень Тс(нм/л), Лг и ФСГ(мЕ/л) до операции равнялась $17,9 \pm 3,82^*$, $6,1 \pm 4,1^*$, $4,8 \pm 1,06^*$, то через 6 месяцев после операции они улучшились на $18,2 \pm 4,12^*$, $5,9 \pm 3,8^*$ и $5,0 \pm 0,8^*$ соответственно.

Также нами были взяты у 10 пациентов с первичными ПГ на патоморфологическое исследование биопсия, во время оперативного вмешательства. Гистологическое исследование первичных ПГ установило, что соотношение объёма жировой клетчатки и соединительной ткани прямо пропорционально от грыжевых ворот ко дну грыжевого мешка. Возрастание

содержания жировой клетчатки и соединительной ткани также было выявлено в мышечно-апоневротическом слое.

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

От общего числа пациентов (48) рецидивные грыжи имели место у 6 детей в возрасте до 18 лет, что составило 12,5% (Таблица 7).

Таблица 7. - Способы коррекции рецидива паховых грыж

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

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

В 10 наблюдениях, где средний размер дефекта грыжевых ворот был большим и в среднем составил $8,5 \pm 3,1 \times 7,8 \pm 2,6 \text{ см}^2$ были использованы ненатяжные способы герниопластики. С этой целью 4 пациентам был использован макропористый протез Polimesh Dual (Intraperitoneal mesh) и в 6 наблюдениях полипропиленовый протез с гелиевым покрытием Optimezed composite mesh (Parietex). Стоит отметить, что среди этих 10 пациентов в 3 наблюдениях ранее были использованы синтетические протезы. В двух случаях протезы были удалены вместе с измененными краями апоневроза, в одном наблюдении протез найден не был. В 7 наблюдениях имел место рецидив после традиционной пластики грыжевых ворот.

Наиболее часто (39,2%) среди традиционных способов операции была использована методика Кукуджанова.

После размещения васкуляризованного подкожного лоскута поверх протеза на вновь сформированное благоприятное ложе укладывались элементы семенного канатика и накладывали швы на кожу. Подобным образом была произведена защита элементов семенного канатика от воздействия сетчатого

протеза васкуляризированным аутотрансплантатом. В 4 наблюдениях, после пластики грыжевых ворот комбинированным способом, для защиты элементов семенного канатика была выкроена васкуляризированная фасция Томпсона, что является модификацией и на что получен малый патент РТ № 1295.

После использования одних из местно-пластических способов укрепления задней стенки пахового канала дополнительно над линией шва помещался сетчатый протез соответствующего размера (Рисунок 1) и после начертания линии разреза поднялась кровоснабжаемая фасция Томпсона на широком основании (Рисунок 2).



Рисунок 1. – Комбинированная пластика



Рисунок 2. - Выкраивание ф.Томпсона

После полной мобилизации фасции оценили степень кровообращения лоскута, подняли в медиальную сторону элементы семенного канатика (Рисунок 3) и при отсутствии ишемии лоскута последний помещался над протезом (Рисунок 4). Предложенная методика защищена малым патентом РТ от 28. 04. 2022 года № 1201 «Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах».



Рисунок 3. - Мобилизации ф. Томпсона



Рисунок 4. – Фиксация ф. Томпсона

При выполнении ГП по поводу рецидивных паховых грыж в 12 наблюдениях, было отмечено сдавление элементов семенного канатика, из которых сдавление было выраженным в 5 случаях. В этих 5 наблюдениях, у одного пациента имел место двухсторонний рецидив ПГ с выраженным сдавлением элементов семенного канатика. У больного отмечалось нарушение структуры СП, но без нарушения проходимости. У другого пациента, который также был оперирован по поводу двухсторонней ПГ, слева имел место рецидив патологии.

В 4 наблюдениях отмечалось пересечение СП с облитерацией его концов (Рисунок 5). В 2 случаях, в пределах раны семенной канатик не был найден. При сдавлениях элементов семенного канатика нами было произведено щадящее их высвобождение, а при пересечении протока лишь в двух случаях нам удалось наложить анастомоз по типу “конец в конец” (Рисунок 6). Предложенная методика защищена малым патентом РТ № 1509 «Способ восстановления пересечённого семявыносящего протока у мужчин». По завершении процедуры выполнили пластику грыжевых ворот. Следует отметить, что все 2 больные, у которых не были найдены СП, возраст был старше 60 лет, в противоположной стороне наличие грыжи не наблюдалось.



Рисунок 5. – Пересечённый СП

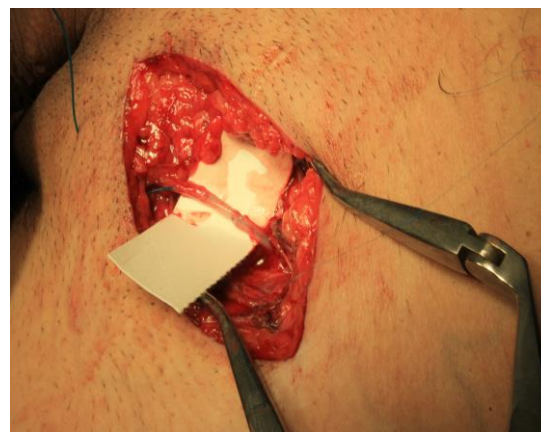


Рисунок 6. – Восстановленный СП

Термометрия кожи мошонки 20 пациентам с рецидивной паховой грыжей, до и после герниопластики производилась у корня мошонки и у нижнего полюса яичка. Так, если температура кожи мошонки у корня до герниопластики в среднем равнялась $35,8 \pm 0,3$ °С, а у нижнего полюса яичка - $35,5 \pm 0,4$ °С, то после герниопластики она снижалась и была равна $35,2 \pm 0,5$ °С и $34,1 \pm 0,3$ °С соответственно.

Были взяты биоптаты у пациентов с рецидивами грыж различных сроков и методик выполнения. При рецидивах выраженные дистрофически-дегенеративные изменения в мышечно-апоневротическом слое были явны. Обратно пропорциональное соотношение между количеством и исчерченностью коллагеновых волокон в области грыжевых ворот также несомненно. Фибриноидное набухание коллагеновых волокон и признаки интерстициального отёка с дистрофическими и некробиотическими изменениями были также наблюдаемы.

В третью клиническую группу были включены 22 пациента с сочетанием первичной ПГ с крипторхизмом. У всех пациентов, несмотря на позднее обращение, грыжи имели врождённый характер. Сложности диагностики отмечены в двух наблюдениях, где при объективном исследовании и применении УЗИ эктопированные яички не были обнаружены в пределах паховой области. В этих случаях была использована КТ.

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

Также были взяты биоптаты у пациентов с сочетанием паховой грыжи и крипторхизма на патоморфологическое исследование. Гистологическое исследование сочетания паховых грыж и крипторхизма установило, что происходит пространственная дезорганизация ориентации с характерными уменьшениями толщины и плотности коллагеновых волокон, что в итоге значительно влияет на состояние соединительной ткани.

Для скрининга основных половых гормонов в сыворотке крови 6 пациентов с первичной паховой грыжей в сочетании с крипторхизмом до- и на 6-й месяц после операции определяли концентрацию в крови Тс(нм/л), Лг и ФСГ(мЕ/л). Если уровень Тс(нм/л), Лг и ФСГ(мЕ/л) до операции равнялась $7,3 \pm 1,9^*$, $1,0 \pm 1,1^*$, $0,5 \pm 0,4^*$, то через 6 месяцев после операции они изменились на $8,3 \pm 2,12^*$, $0,8 \pm 0,8^*$ и $1,5 \pm 0,8^*$ соответственно.

Термометрию кожи мошонки 10 пациентам с сочетанием ПГ с крипторхизмом проводили до и после герниопластики, так если температура кожи в месте расположения яичка до- в среднем равнялась $36,1 \pm 0,4$ °С, а у нижнего полюса яичка - $35,9 \pm 0,5$ °С, то после она снижалась и была равна $35,4 \pm 0,5$ °С и $34,4 \pm 0,6$ °С соответственно.

В непосредственный послеоперационный период результаты изучались во всех трёх клинических группах. При этом в 29 наблюдениях имели место различного рода осложнения, что составило 14,2%. Наиболее частым осложнением после операции явилась серома, частота которой составила 7,3%. Нагноение раны в течение первой недели после операции наблюдали в 9 случаях, что стало равным 4,4%.

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

Среди общего числа больных первой группы отдалённые функциональные результаты были изучены у 104 (77,6%). Среди обследованных различные виды осложнения имели место у 10 пациентов, что стало равным 8,9%. Рефлекторный болевой синдром 2 (1,8%), лигатурные свищи 3 (2,6%) и рецидив грыжи 5 (4,8%).

Во второй клинической группе (48) серома после традиционных способов операции имела место у 13,0%, после комбинированных у 6,7% больных. Нагноение раны после традиционных способов операции было отмечено у 8,6%, ненатяжных – у 10% и комбинированных – у 6,7% больных. В отдалённые сроки среди 41 обследованного пациента рецидив патологии имел место у 6 больных, что составил 14,6%. Среди 22 оперированных больных третьей клинической группы серома имела место у одного и отёк мошонки у 4 оперированных пациентов. Отдалённые результаты операции были изучены у всех 22 пациентов. Рецидива не было выявлено.

Проведена оценка КЖ методом анкетирования и опроса пациентов до и после оперативного лечения опросником MOS SF - 36. В сроки от 6 месяцев до 12 месяцев были анкетированы 90 пациентов. Результаты анкетирования до и после оперативного лечения представлены в таблице 8.

Таблица 8. – Сравнительная оценка качества жизни пациентов

Показатель КЖ	Первичная ПГ (1 гр., n = 46)				Рецидивная ПГ (2 группа, n = 38)				Сочетание ПГ с крипторхизмом (3 группа, n = 6)			
	Сроки анкетирования											
	До	6 м	12 м	<i>P</i>	До	6 м	12 м	<i>p</i>	До	6 м	12 м	<i>P</i>
PF	80	85	90	<0,05	70	80	80	<0,05	84	87,5	90	<0,05
RP	50	70	75	<0,001	50	50	59,5	>0,05	72,5	75	75	>0,05
BP	67,5	74	74	<0,05	52	64	72	<0,01	69	71,5	74	<0,05
GH	72	82	82	<0,05	59	66	66	>0,05	85	90	92	<0,05
VT	75	75	76	>0,05	72	73	75	>0,05	73,8	75	75	>0,05
SF	74	87,5	87,5	<0,01	62,5	67	71	<0,05	75	75	75	>0,05
RE	66,7	66,7	66,8	>0,05	66,7	66,7	88	<0,05	87,5	90	90	>0,05
MH	76	80	80	<0,01	72	76	80	<0,01	76	80,5	84	<0,05
ОФБ	43,9	46,2	48,5	<0,05	41,3	40,8	46,2	<0,05	44,1	48,6	51,3	<0,05
ОДБ	51,9	56,9	57,1	<0,05	49,6	49,9	52,2	>0,05	51,9	52,9	53,1	>0,05

Примечание: *p* – статистическая значимость различия показателей в группах в динамике (по критерию Фридмана).

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

ВЫВОДЫ

1. При проведении УЗИ и компьютерной томографии у больных при сочетании грыжи с крипторхизмом была выявлена атрофия яичка в 10,7%. При доплерографии в 19,6% случаев отмечалось снижение линейной скорости кровотока по яичковой артерии. Показатели кровотока в послеоперационном периоде показали статистически значимую разницу увеличения ЛСК оперированной стороны. При эктопии яичка в брюшную полость диагноз удалось установить при помощи КТ [3-А, 4-А, 5-А, 8-А, 9-А, 12-А, 13-А, 14-А].
2. При традиционных способах герниопластики, проведённых в других лечебных учреждениях, рецидивы выявлены у 34 (16,7%), после ненатяжных способов – у 14 (6,9%) пациентов. Среди них пересечение семенного канатика

было у 4 (8,3%) и лигатурные свищи у 2 (4,1%) пациентов [1-А, 7-А, 10-А, 11-А, 16-А, 17-А, 22-А].

3. Предложен щадящий способ, с целью защиты элементов семенного канатика, перемещённым васкуляризированным лоскутом из фасции Томпсона. Внедрён способ восстановления пересечённого семявыносящего протока путем формирования анастомоза “конец в конец” с использованием микрохирургической техники [2-А, 6-А, 15-А, 18-А, 21-А].

4. Отдалённые результаты были хорошими у 146 (87,4%) пациентов. Неудовлетворительные результаты были у 21 (12,6 %) обследованных пациентов, которые были обусловлены рецидивом грыжи у 11 (6,5%), рефлексорно-болевым синдромом у 2 (1,9 %) и развитием лигатурных свищей – у 3 (2,9 %) больных. Оценка полученных результатов выявила субъективное улучшение качества жизни у 130 (77,8%) больных [16-А, 17-А, 19-А, 20-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. При первичных и рецидивных паховых грыжах, а также при сочетании патологии с крипторхизмом, использование инструментальных методов исследования целесообразно для точного определения размеров грыжевых ворот, содержимого грыжевого мешка, профилактики различных осложнений.

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

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

4. Выбор оптимального способа операции при первичных и рецидивных видах паховой грыжи, а также при сочетании паховой грыжи с крипторхизмом, наряду с предотвращением различных интра- и послеоперационных осложнений,

улучшает качество жизни пациентов и положительно влияет на репродуктивную функцию лиц мужского пола.

5. Морфологическое исследование грыжевого мешка и мышечно-апоневротического слоя позволяет провести дифференциальную диагностику между первичными, рецидивными грыжами и сочетанием паховой грыжи с крипторхизмом.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Хамидов Ф.М. Особенности хирургического лечения рецидивных паховых грыж [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов //Авджи зухал. – 2021, – №1. – С. 113-120. ISSN 2616-5252.

[2-А]. Хамидов Ф.М. Девять случаев лечения детей с грыжей Амианда [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.Ш. Рашидов, Ф.Б. Бокиев, Ф.М. Хамидов// Вестник Авиценны. 2021, – №1 (23). – С. 118-123. ISSN 1029-1959.

[3-А]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова// Вестник Авиценны. – 2022, – № 1 (24). – С. 85-96. ISSN 1029-1959.

[4-А]. Хамидов Ф.М. Преимущество прецизионной техники и оптического увеличения при оперативном лечении паховых грыжах [Текст] /Ф.М. Хамидов [Текст]//Авджи зухал. – 2022, – №4. – С. 120-126. ISSN 2616-5252.

[5-А]. Хамидов Ф.М. Хирургическая тактика при коррекции больших и гигантских рецидивных вентральных грыж [Текст]/Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова //Симург. – 2023, – №2. – Т.18. – С. 23-31. ISSN 2707-9562.

[6-А]. Хамидов Ф.М. Аспекты хирургического лечения паховых грыж [Текст]/Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, А.М. Шарипов, Ф.Б. Бокиев //Симург. – 2023, – №2. – Т.18. – С. 32-37. ISSN 2707-9562.

[7-А]. Хамидов Ф.М. Влияние паховой герниопластики на качество жизни пациентов мужского пола с использованием оптического увеличения и

прецизионной техники [Текст]/Ф.М. Хамидов//Авджи Зухал.- 2025, – №2. – С.71-76. ISSN 2616-5252.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

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

[9-А]. Хамидов Ф.М. Оптимизация методов хирургического лечения рецидивных паховых грыж [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов// Актуальные вопросы медицины и медицинского образования. Мат. Междун.науч-практ.конф. ГОУ ХГМУ. - Дангара – 2020, – С. 77-79.

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

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

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

[13-А]. Хамидов Ф.М. Использование оптического увеличения и прецизионной техники при лечении паховых грыж у детей [Текст]/ Ф.М. Хамидов // «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» 75-я Межд. науч.-практ. конф. ст. мед. вуз. и мол.уч. - Самарканд.- 2021. – №2. – С. 969-970.

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

- [15-А]. Хамидов Ф.М. Способ выделения грыжевого мешка при паховых грыжах у мужчин [Текст]/ Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдов, Ф.К. Маджитов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр. конф. мол. уч. и студ. – Душанбе, 2021, – С.175.
- [16-А]. Хамидов Ф.М. Использование прецизионной техники при лечении паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Н.А. Махмадкулова // «Современная медицина и современное образование». Мат. респ. науч.-прак. конф. ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара, 2021, – С. 146-147.
- [17-А]. Хамидов Ф.М. Способы герниопластики при первичных паховых грыжах у мужчин [Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Саидов, М.Р. Муродова // «Современная медицина и современное образование». Мат. респ. науч.-прак. конф. ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара, 2021, – С.182-183.
- [18-А]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей, перенёвших ненатяжную герниопластику [Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, А.Н. Нодирбокиев// Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе, 2022, – С. 354.
- [19-А]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей перенёвших классическое грыжесечение [Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, С.М. Холов // Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе, 2022, – С. 355-356.
- [20-А]. Хамидов Ф.М. Морфологическая картина грыжевого мешка при первичных и рецидивных паховых грыжах [Текст]/Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т.// Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решения. Мат. респ. науч.-прак. конф. – Дангара, 2022, – С. 134.
- [21-А]. Хамидов Ф.М. Влияние герниопластики на качество жизни [Текст]/ Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, Ф.Б. Бокиев// Наука и инновация в медицине Мат. XVIII науч.- прак. конф. мол. уч. и ст. с межд.уч. – Душанбе, 2023, – С. 364.
- [22-А]. Хамидов Ф.М. Использование способа герниопластики при рецидивных паховых грыжах у мужчин [Текст]/Ф.М. Хамидов// сб. мат. 77 межд. науч.-практ. конф. – Самарканд, 2023, – С. 568.

Патенты на изобретения

1. Хамидов Ф.М. Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах. Патент РТ на изобретение № ТЈ 1201 Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Карим-заде Г.Дж [и др.]// - Душанбе. – 2021.
2. Хамидов Ф.М. Способ пластики паховой области при рецидивных паховых грыжах у мужчин. Патент РТ на изобретение № ТЈ 1295 [Текст]/ Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Каримзаде Г.Ч. [и др.]// - Душанбе. – 2021.
3. Хамидов Ф.М. Способ восстановления пересечённого семявыносящего протока у мужчин. Патент РТ на изобретение № ТЈ 1509 [Текст]/ Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Бокиев Ф.Б. [и др.]// Душанбе. – 2023.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГМ	- грыжевой мешок
ГП	- герниопластика
КЖ	- качество жизни
КТ	- компьютерная томография
ЛСК	- линейная скорость кровотока
ЛГ	- лютеинизирующий гормон
ГУ РНЦССХ	- Государственное учреждение Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
СП	- семявыносящий проток
ТГМУ	- Таджикский государственный медицинский университет
УЗДГ	- ультразвуковая доплерография
ФСГ	- фолликулостимулирующий гормон
ВР	- Bodilypain
ГН	- General Health
МН	- Mental Health
РФ	- Physical Functioning
РЕ	- Role-Emotional
РР	- Role-Physical Finctioning
SF	- Social Functioning
VT	- Vitality

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

ВДБ: 617.55 – 007.43-089-055.1

Бо ҳуқуқи дастнавис



ХАМИДОВ ФАРИДУН МАЪРУФОВИЧ

**БЕҲТАРСОЗИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ ҶУРРАИ
ҚАДКАШАК ДАР ҶИНСИ МАРДОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори фалсафа (PhD), доктор аз рӯйи ихтисоси
6D110117 - Ҷарроҳӣ

Душанбе - 2026

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

Роҳбари илмӣ: **Маликов Мирзобадал Халифаевич** – д.и.т., профессор, мудири кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усманов Н.У.-и МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ: **Хужабаева Сафарбой Тухтабаевича** – д.и.т., дотсенти кафедраи ҷарроҳии умумии Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд, Ҷумҳурии Узбекистон

Азиззода Зубайдулло Абдулло – доктори илмҳои тиб, декани факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон

Муассисаи тақриздиханда МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳимояи тақрири диссертатсия санаи «11» апрели соли 2026 соати «11:00» дар ҷаласаи Шурои диссертатсионии 6D. КОА-040 МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” баргузор мегардад. Суроға: Ҷумҳурии Тоҷикистон, 734026, ш. Душанбе, кӯчаи Сино 29-31 , [www.info@tajmedun.tj.](mailto:www.info@tajmedun.tj), +992928217755.

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

Автореферат «_____» _____соли 2026 ирсол гардид.

Котиби илмии шурои диссертатсионӣ,
н.и.т., дотсент



Али-Заде С.Г.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи таҳқиқот. Табобати чарроҳии чурраҳои девораи пеши шикам то ҳол яке аз масъалаҳои мушкилтарин ва пурра ҳалношудаи чарроҳии муосир боқӣ мондааст. Мубрами мавзуъ, пеш аз ҳама, бо паҳншавӣ ва як қатор оризаҳои он миёни чинси мардона вобастагӣ дорад [13, с. 198-202; 17, с. 19-21; 48, с. 1304-1317]. Дар баробари ин, таъсири чурра ба фаъолияти ҳаррӯза, маҳдудшавии ҳаракати ҷисмонӣ ва аксар вақт тайғир ёфтани касби беморон шуда, на танҳо аҳамияти тиббӣ, балки аҳамияти муҳими иҷтимоӣ низ мегардад [2, с.5-11; 8, с. 274-281; 20, с. 101; 40, с. 374-378].

Омӯзиши сарчашмаҳо нишон медиҳад, ки дар байни чурраҳои девори пеши шикам, чурраҳои қадкашак бештар маъмуланд, ки басомади онҳо, ба гуфтаи як қатор муаллифон, аз 50,7 то 80% ҳолатро ташкил медиҳад [9, с.460-464; 28, с.5-13; 34, с.385-391; 40, с.374-378]. Мушкилоти табобати чарроҳии чурраи қадкашак бо паҳншавии ин беморӣ алоқаманд аст, ки ҳар сол зиёда аз 20 миллион беморон табобат мегиранд [37, с.2001-2010; 43, с.2639-2643].

Дигар аз хусусиятҳои муҳимтарини ЧҚ дар он аст, ки дар баъзе ҳолатҳо омезиши он бо крипторхизм ба назар мерасад ва ин бемори яке аз омилҳои асосии инкишофи безурёти дар чинси мардон мебошад [28, с.5-13; 46, с.626-629; 52, с.76-84]. Дар баробари ин, бо бехтаршавии ташхис, ҷалбӣ аҳоли ба истеҳсолот ва бо ин васила зиёд гардидани шумораи амалиётҳои чарроҳии ва беморон, сабаби афзоиш ёфтани шумораи шакли такроршавии бемори гардидааст.

Ҳоло усулҳои анъанавии чуррабурӣ такмил ёфта, усулҳои муосири чарроҳии бешиддати беш аз пеш истифода мешаванд. Дар асоси маълумоти як қатор муаллифон «Сарфи назар аз такмили усулҳои мавҷуд будаи анъанавӣ ва муосири чарроҳӣ, басомади оризаҳои гуногуни пас аз чарроҳӣ ва такроршавии он то имрӯз баланд боқӣ мемонанд [5, с. 60-64; 6, с. 114-118; 11, с.8-12; 12, с. 62-64].

Ҷорӣ намудани усулҳои чарроҳии атензионӣ боиси кам шудани такроршавии бемори гардидааст. Дар амалияи клиникӣ техникаи атензионӣ афзун шуда истодааст, дар ҳоле ки навъҳои протезҳои синтетикӣ низ афзоиш ёфта истодаанд [14, с. 33-38; 15, с.83-91; 30, с. 497-501; 50, с. 289-295; 51, с. 1-9].

Истифодаи протезҳои синтетикӣ боиси зиёд шудани оризаҳо гардида, чарроҳонро водор месозад, ки сабабҳои онҳоро чувтучӯ кунанд. Дар баробари ин, бисёре аз муаллифон бар он ақидаанд, ки зиёдшавии оризаҳои сироятӣ бевосита бо истифодаи протезҳо алоқаманд мебошад [1, с.8-9; 7, с.19-29; 18, с. 134-140; 35, с. 72-78]. Дар робита бо ин, дар адабиёт гузоришҳои зиёде пайдо шудаанд, ки шумораи оризаҳо ҳангоми ҷойгир намудани тур бо усули onlay зиёд мегардад [32, с.42-46; 37, с.2001-2010], дар ҳоле ки баъзе муаллифон дар мақолаҳои худ иддао доранд, ки ҳангоми ҷойгир намудани тур бо истифодаи inlay [10, с. 140-143; 36, с. 69], оризаҳо нисбатан камтар ба назар мерасанд. Аз нигоҳи пешгирии оризаҳо муаллифон чунин мешуморанд, ки усули охири бехтар мебошад [25, с.14-18]. Афзоиши шумораи оризаҳо баъдан сабаби омӯзиши табиати протезҳои истифодашуда гардид. Ҳамзамон, муаллифон қайд менамоянд, ки протезҳои макропорӣ бехтар буда, истифодаи онҳо миқдори ками оризаҳоро ба вуҷуд меоварад [16, с.66-73; 26, с. 61-65].

Сарфи назар аз усулҳои зиёди муолиҷаи чарроҳии чурраҳои қадкашак, натиҷаҳои табобати онҳо муҳим боқӣ монда, суръати такроршавӣ аз 10% то 35%-ро ташкил медиҳанд [30, с.497-501; 44, с.327-331]. Чурраи такроршаванда дар баробари таъсир ба ҳолати иҷтимоӣ ва руҳӣ метавонад боиси инкишофи дигар оризаҳои хавфнок шуда, ба маъҷубӣ оварда расонад [9, с. 460-464; 29, с. 444-450]. Дар баробари ин, чурраи такроршаванда сохтори анатомикӣ ва физиологии мавзеи қадкашакро дигаргун намуда, сабаби истифодаи усулҳои муосири чарроҳӣ, яъне атензионӣ мегардад [22, с. 97-100; 33, с. 142-147].

Басомади такроршавии чурра пас аз навъҳои гуногуни тармим то имрӯз баланд боқӣ монда аз бисёр омилҳо вобастагӣ дорад. Сабаби ин интихоби нодурусти усули чарроҳӣ, васеъ истифода бурдани усулҳои тармими бофтаҳои мавзей, тайғирёбии вазн, синну сол ва ғайра мебошад [49, с. 96-99; 52, с. 76-84]. Зиёд гардидани оризаҳои гуногуни пас аз чарроҳӣ ва такроршавии чурра, боиси чувтучӯи усулҳои тармими алтернативӣ гардид. Ҷорӣ намудани усулҳои нави замонавӣ ва атензионӣ яке аз усули нав барои табобати чурраҳо дар соҳаи чарроҳии шикам ба ҳисоб меравад. Дар баробари ин, бисёр ҷанбаҳои ҳалношудаи табобат ва пешгирии оризаҳо ҳалли худро ёфтаанд [5, с.60-64; 41, с.844-888; 52, с. 76-84].

Чорӣ намудани усулҳои васеи чуррабурии атензионӣ дар баробари беҳтар шудани натиҷаҳои ҷарроҳӣ, миқдори оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии беморию коҳиш дод [19, с. 183-194; 42, с. 202-207; 45, с. 167-176]. Ҳамчунин, чурраҳои азимчусса ва баъди ҷаррохию табобат намудан имконпазир гардид. Новобаста аз маъруфият ва хосиятҳои зиёди мусбии маводҳои синтетикӣ, солҳои охир дар матбуот зиёд гардидани оризаҳо ҳангоми истифодаи онҳо мушоҳида мешавад [4, с. 138].

Инчунин, дар матбуот мақолаҳои зиёде ҷоп гардидаанд, ки ба ҷуз аз такроршавӣ ҳангоми чуррабуриӣ ва тармим бо ҷашми бараҳна, рушди оризаҳои дигар низ ба назар мерасад. Бояд қайд намуд, ки муаллифон: «Таъсири манфии чурра ба системаи репродуктиви беморони ҷарроҳишуда вобаста мекунанд» [2, с.5-11; 24, с. 379-385; 47, с. 1426], ки ин низ як масъалаи мураккаб ҳисобида мешавад. Сабаби маъмултари ни пайдоиши ин ориза безурети дуюмдараҷа дар натиҷаи осеб дидани танобаки манӣ мебошад [20, с. 101; 35, с. 72-78]. Басомади безурети дуюминдараҷа, ки марбут ба чуррабуриӣ ва тармим мебошад, ба ақидаи як қатор таҳқиқотчиён, аз 3 то 30%-ро ташкил медиҳад [27, с. 7-11].

Сабаби хатогиҳои техникӣ ба афзоиши оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, аз ҳисоби фарқ накардани сохторҳои канали қадкашак буда, яке аз хусусияти он мебошад. Дар сарчашмаҳо маълумот оид ба чуррабуриӣ ва тармим бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ хеле кам дида мешавад [3, с. 111-115; 11, с. 8-12; 23, с. 39-45].

Дар айни замон, барои табобати ЧҚ дар ҷинси мардон бисёр усулҳои анъанавӣ ва муосир истифода мешаванд. Ин амалиётҳо вобаста ба намуди чурра барои рафъи норасогии девораҳои пеш ва паси қадкашак равона карда шудаанд [14, с. 33-38; 16, с. 66-73; 20, с. 101]. Аммо аз маълумоти сарчашмаҳо бармеояд, ки новобаста аз тақмили усулҳои ҷарроҳӣ, ҳатто усулҳои ҷарроҳии тармими атензионӣ аз норасогиҳо кам нестанд.

Ҳамин тариқ, табобати ҷарроҳии чурраи қадкашак яке аз мушкилоти ҷарроҳии муосир боқӣ монда, бисёре аз бахшҳои он то ҳол ба пуррагӣ омехта нашудаанд. Усули беҳтарини ҷарроҳии тармими девораҳои мавзеи қадкашак то ба имрӯз муайян карда нашудааст, аз ин лиҳоз, мушкилот боқӣ мемонанд.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаҳои омӯхташаванда. Маълумоти сарчашмаҳо нишон медиҳад, ки бисёре аз паҳлуҳои ташхис ва табобати чурра ба таври кофӣ мавриди омузиш қарор нагирифта, таҳқиқоти зиёде ба беҳбудии натиҷаҳои табобати чурраҳои қадкашак равона гардидааст [2, с. 5-11; 12, с. 62-64; 15, с. 83-91; 21, с. 27-29]. Сарфи назар аз он ки дар сарчашмаҳои ватанию хориҷӣ усулҳои барқарорсозии чурраи атензионӣ ба таври васеъ истифода мешаванд, дар мавриди усулҳои гузоштани протезҳо ва пайдоиши оризаҳо пас аз истифодаи онҳо ихтилофҳо вучуд доранд [31, с. 60-64; 38, с. 165; 39, с. 145-150; 46, с. 626-629]. Дар шароити беморхонаҳо аз сабаби маҳдудияти истифодаи усулҳои муосири ҷарроҳӣ, аксари амалиётҳо бо усули анъанавӣ иҷро мегарданд. Бо вучуди ин, дар адабиёт оид ба истифодаи васеи усулҳои тармими эндоскопӣ маводҳо камшуморанд. Муҳокимаҳо дар атрофи гуногунии протезҳои синтетикӣ, афзалият ва нуқсонҳои онҳо идома доранд.

Пайвастани таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ.

Таҳқиқоти диссертатсия дар доираи амалисозии бахшҳои дахлдори “Стратегияи Ҷумҳурии Тоҷикистон дар соҳаҳои илм, технология ва инноватсия то давраи соли 2030” (бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №263 аз 30.06.2021с. тасдиқшуда), “Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон то давраи соли 2030” (бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон №414 аз 30.09.2021с. тасдиқшуда), Барномаи миллии «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023» (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон № 676 аз 3. 11. 2012с. тасдиқшуда) иҷро карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаи табобати ҷарроҳии чурраи қадкашак дар ҷинси мардон бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ.

Вазифаҳои таҳқиқот.

1. Муайян намудани нақш ва аҳаммияти усулҳои инструменталӣ барои чурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши чурра бо крипторхизм.

2. Омӯхтани пайдоиши оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ вобаста аз намуди ҷарроҳии гузаронидашуда.

3. Беҳтар ва такмил додани техникаи чуррабурӣ дар чинси мардон бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ.

4. Омӯзиши натиҷаҳо ва сифати зиндагии беморон пас аз ҷарроҳӣ дар чурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва омехтаи чурра бо крипторхизм.

Объекти таҳқиқот. Дар таҳқиқот 204 бемор бо шаклҳои гуногуни ЧҚ ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши он бо крипторхизм, ки намудҳои гуногуни чуррабурӣ, тармими анъанавӣ ва муосир гузаронидаанд, таҳлил карда шуд. Таҳлили ретроспективи 122 (59,8%) таърихи бемории беморони бо намудҳои гуногуни ЧҚ, ки дар МД МҶИҶДР аз соли 1991 то 2016 бистаришуда буд, гузаронида шуддаст.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот таҳлилҳои клиникаю-инструменталии беморон бо ЧҚ ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши он бо крипторхизм мебошад. Ҳамзамон, ҷанбаҳои таъхис ва имконоти табобати ҷарроҳии ЧҚ ибтидоӣ ва такроршаванда, инчунин омехтаи он бо крипторхизм баррасӣ карда мешаванд.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Муносибати дифференсиалӣ барои тармими чурра бо истифода аз усулҳои муосири таъхис ва табобат талаботи асосии герниологияи муосир мебошад.

Усули ҷарроҳӣ чурраҳои такроршавандаи қадкашак дар мардон бо истифода аз усули омехта беҳтар карда шудааст, ки моҳияти он дар тармими канали қадкашак бо истифода аз флeппи хунтаъминшуда барои ҳифзи танобаки манӣ мебошад (Патент № 1295). Усули ҳифзи элементҳои танобаки манӣ бо флeпи фатсиаливу ҷарбугии хунтаъминшуда мебошад, ки моҳияти он васеъ озод намудан ва ба зерӣ элементҳои танобакаи манӣ гузоштан аст (Патент № 1201).

Усули барқарорсозии танобаки манӣ таҳия ва дар амалияи клиникӣ ҷорӣ карда шудааст (Патент № 1509), ки моҳияти он васеъ озод намудани нӯғҳои буридашудаи танобаки манӣ бо гузаронидани ришта ба дохили маҷро ва ташаккули анастомози “нӯғ ба нӯғ” зерӣ калонкунии оптикӣ мебошад. Усули мазкур облитератсияи дохили танобаки маниро пешгирӣ намуда ва ба ин васила гузариши маҷроро таъмин мекунад.

Барои муайян кардани ҷойгиршавии тухмҳо дар ковокии шикам имкониятҳои ултрасадо маҳдуд мебошанд, бинобар ин, ТК гузаронида шуд, ки он дақиқтар мебошад.

Барои ҷурраҳои ҳаҷман калон, махсусан, такроршавандаи мавзеи қадкашак дар давраҳои пеш ва пас аз ҷарроҳӣ гардиши хун дар рағҳои тухмҳо омӯхта шуд, ки он афзоиш ёфтааст.

Истифодаи калонкунии оптикӣ барои ҷурраи ибтидоӣ, такроршаванда ва инчунин омезиши он бо крипторхизм имкон медиҳад, ки сохторҳои анатомии мавзеи қадкашакро беҳтар дида, осеби ятрогениро пешгирӣ кунад.

Бо истифода аз усулҳои муосири ташхису табобат дар 146 бемор (87,4%) натиҷаҳои хуб ба даст оварда шуд.

Аҳамияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот. Асоси татбиқи ин корҳо натиҷаи усулҳои ҷуррабурӣ ва тармим, ки қаблан дар беморхонаҳои гуногуни ҷумҳурӣ гузаронида шуда буд, мебошад. Мақсади асосии таҳқиқот беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии навъҳои гуногуни ҷурраҳои қадкашак ва омезиши он бо крипторхизм, инчунин кам намудани оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии он мебошад. Нақшаи корӣ бо назардошти мақсад ва вазифаҳои он тартиб дода шуд. Кори диссертатсионӣ дар асоси таҷрибаи кофии табобати беморони гирифтори ҷурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши он бо крипторхизм пешниҳод шудааст.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Нишон дода шуд, ки ҷурраи қадкашаки ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши ҷурра бо крипторхизм ба узвҳои репродуктивӣ дар ҷинси мардон таъсири манфӣ мерасонад.
2. Муайян карда шуд, ки табобати ҷарроҳии ҷурраи қадкашаки ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши ҷурра бо крипторхизм бо истифода аз техникаи дақиқ метавонад таъсири манфиро ба хунгардиши тестикулярӣ дар ҷинси мардон коҳиш диҳад.
3. Ошкор гардид, ки сифати зиндагии беморон пас аз гузаронидани ҷуррабурӣ бо истифода аз калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ дар давоми беш аз 5 сол, нисбат ба давраи пеш аз ҷарроҳӣ, ба таври назаррас беҳтар мебошад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои гирифташуда. Эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот, муқаррароти барои дифоъ пешниҳодшуда, тавсияҳои амалӣ ба муоинаи маводди кофии клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири ташҳиси иттилоотӣ ва татбиқи усулҳои гуногуни анъанавӣ ва муосири чуррабурӣ ва тармим асос ёфтаанд. Таҳқиқоти аслии илмӣ дар шакли мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚТ нашр шудаанд.

Мувофиқаи диссертатсия бо шиносномаи ихтисоси илмӣ. Диссертатсия бо шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 6D110117 – Ҷарроҳӣ. Қисми III п.1. Этиология. Патогенез. Ташҳис, табобат ва пешгирии бемориҳои ирсии узвҳои ковокии шикам (узвҳои ҳозима, чигар ва роҳҳои талхагузар, ғадуди зерӣ меъда) ва қафаси сина (шушҳо, сурхрӯда, плевра, миёнрав, дитафрагма). п.8. Тайёрии пеш аз ҷарроҳӣ ва мураккабати баъдиҷарроҳӣ мувофиқат мекунад.

Саҳми шахсии докторанти (PhD) дар таҳқиқот аз инҳо иборат мебошанд: дар марҳилаҳои таҳқиқот ҷамъовариҳои маводди илмӣ, таҳлили проспективии 82 (40,2%) бемор (2017-2020 с.); гузаронидани муоинаи умумии беморон, иштирок дар гузаронидани усулҳои инструменталии таҳқиқот ва амалиёт, таҳияи тавсияҳо оид ба интихоби тактикаи ҷарроҳӣ ва табобати пас аз ҷарроҳӣ барои беморони гирифтори ЧК, тақриршаванда ва ҳангоми омезиши он бо крипторхизм.

Таҳлили ретроспективии 122 (59,8%) маводҳои клиникӣ (1991-2016 с.), пурқардани саволномаҳои мувофиқ ва сабтҳои клиникӣ махсус барои ин таҳқиқот таҳияшуда аз ҷониби муаллиф мустақилона анҷом дода шудааст.

Тафсири натиҷаҳои бадастомада, тавсифи ҳулосаҳо ва тавсияҳо бо роҳбари илмӣ гузаронида шуд.

Тасвиб ва амалсозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 22 мақолаи илмӣ ба таъб расидаанд, ки 15-тои онҳо дар маҷмуаҳо ва дар конференсиҳои илмӣ-амалии олимону донишҷӯёни МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021)» (с. 2019); Маводҳои конференсияи байналмилалии илмӣ-амалии МДТ «ДДТХ», бахшида ба «Солҳои рушди деҳот,

сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019-2021)» (Данғара – 2020); маҷмуаи маводди конфронси умумирусиягӣ ва байналмилалӣ илмӣ-амалии донишҷӯён ва олимони ҷавон «Ҷанбаҳои бунёдӣ ва амалии ҷарроҳии шикам» (Оренбург 2021); 76-умин Конфронси байналмилалӣ донишҷӯён ва олимони ҷавон (Самарқанд - 2022), «Масъалаҳои актуалии таҳқиқоти илмӣ муосир» Маводҳои Конфронси XVII илмӣ-амалии олимони ва донишҷӯёни ҷавон (Душанбе - 2022), «Комёбиҳои тиббӣ фундаменталии амалӣ ва дорусозӣ» маҷмуаи маводди конфронси 77-уми байналмилалӣ илмӣ-амалӣ (Самарқанд- 2023); дар ҷаласаи якҷояи комиссияи экспертӣ-проблемавӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» 24. 10. соли 2025, протоколи ҷаласаи №3 пешниҳод гардидаанд.

Интишороти аз рӯйи мавзӯи диссертатсия. Вобаста аз мавзӯи таҳқиқоти диссертатсионӣ 22 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки 7-тои он дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба таъби расида, 3 патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ихтироот ба даст оварда шуд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия аз 140 саҳифаи матни компютерӣ иборат буда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боб, ки ба таҳлил ва ҷамъбасти натиҷаҳои таҳқиқот бахшида шудаанд, ҳулосаҳо, тавсияҳо оид ба татбиқи амалии натиҷаҳои таҳқиқот ва рӯйхати адабиёт иборат аст. Рӯйхати адабиёт 139 манбаъро дар бар мегирад, ки 74 онҳо сарчашмаҳои ватанӣ ва 65-то хориҷӣ мебошад. Дар диссертатсия 22 ҷадвал ва 66 расм оварда шудааст.

МУНДАРИҶА

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Кор аз рӯйи натиҷаҳои муоина ва табobati 204 нафар беморони гирифтори ҷурраҳои қадкашаки ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши ҷурра бо крипторхизм, ки дар шуъбаҳои микроҷарроҳии реконструктивӣ-пластикӣ, барқарорсозӣ ва ҷарроҳии эндоскопии МД МҶИҶДР аз соли 1991 то 2020 гузаронида шудааст.

Вобаста аз намуди ЧК, беморон ба 3 гурӯҳ тақсим карда шуданд (Ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. - Тақсимоти беморон ба гурӯҳҳои клиникӣ

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

Омӯзиши ҷадвали дар боло инъикосёфта нишон медиҳад, ки дар аксари ҳолатҳо беморони бо чурраи ибтидоии қадкашак муроҷиат намуда 65,7%-ро ташкил медиҳад. Бо чурраи ретсидивии қадкашак 48 бемор муроҷиат нумуд, ки он 23,5%-ро ташкил дод. Дар 22 бемор омезиши чурра бо крипторхизм қайд шуд, ки он 10,8%-ро ташкил дод.

Тақсимоти беморон аз рӯйи дараҷаи синну соли ГУТ (2017) гузаронида шуда, ҳангоми таҳлили он маълум гардид, ки дар байни шумораи умумии беморон ($n=204$): 2,5-3 сола – 35 (17,2 %), 4-6 сола 38 (18,6 %), 7-12 сола – 26 (12,7%), 13-17 сола – 8 (3,9%), 18-59 сола – 63 (30,7%) ва аз 60 сола боло 34 (16,7%) нафарро ташкил медиҳанд.

Омори 83,3 % беморони то 60-сола шаҳодат медиҳад, ки бемориҳои ҳамрадиқ дар онҳо муайян нашуд. Дар байни 34 нафар беморони аз 60-сола боло дар як бемор диабетӣ қанд ва дар ду ҳолати дигар бемории ишемикии дил ва дар як бемор ташҳиси аденомаи ғадуди простата тасдиқ шуд.

Беморони гирифтори ЧК, новобаста аз ҳаҷми чурра, мавҷудияти нороҳатӣ, инчунин такроршавии беморӣ, дар вақтҳои гуногун аз лаҳзаи пайдо шудани аломатҳои аввалини беморӣ ба мо муроҷиат намуда буданд (Ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – Муҳлати муроҷиати беморон аз лаҳзаи пайдошавии чурра

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

Таҳлили ҷадвали боло нишон медиҳад, ки дар муддати то як сол аз пайдошавии чурра 68 нафар беморон муроҷиат намуданд, ки он 33,4%-ро ташкил медиҳад.

Барои дуруст баҳо додан ба сохтори чурра ва баровардани хулосаҳои мушаххас дар баробари муҳлати мурочиат, омӯзиши басомади табобати беморон дар тӯли даҳсолаҳо ҳисобида шуд (Ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - Сохтори мурочиати беморон аз рӯи даҳсолаҳо

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

Эзоҳ: p-аҳаммияти омори фарқи нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (аз рӯи меъёри χ^2 барои ҷадвалҳои ихтиёрӣ)

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

Ҳангоми таҳлили маводҳои клиникӣ маълум гардид, ки беморони гирифтори чурраи қадкашак ва такроршаванда, инчунин омезиш бо крипторхизм аз ноҳияҳои гуногуни ҷумҳурӣ мурочиат намуданд. Дар аксари ҳолатҳо беморон ($n=113$) аз ш. Душанбе буданд, ки 55,4%-ро ташкил менамуданд.

Аз сабаби гуногунии зуҳуроти клиникӣ, интихоби усули оптималӣ ва табобати инфиродӣ зарур дониста шуд, ки гурӯҳҳо алоҳида тавсиф карда шаванд (Ҷадвали 4).

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

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

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

Усулҳои таҳқиқот. Дар аксари ҳолатҳо, муайян намудани ЧҚ ва намудҳои он душвор нест. Пурсиши беморон, омӯхтани аломатҳои аввалини беморӣ, тарзи зиндагӣ (фаъолияти ҷисмонӣ, қабзият, бемориҳои музминӣ рӯдаҳо, сулфа ва ғ.) гузоштани ташхисро осон мекунад. Муоинаи мавзеи ташкила, мавҷудияти баромадани якतरафа ё дучониба, бо назардошти маълумоти беморон дар бораи амалиёти қаблӣ, намуди ҷарроҳӣ ва мавҷудияти скар дар шаклҳои такроршаванда аломатҳои мустақим ва ғайримустақими мебошанд.

Муоинаи объективии беморони гирифтори ЧҚ. Чамъ намудани собиқаи беморӣ, ҳаёт, муоинаи дурусти беморони гирифтори ҷурраҳои қадкашак барои аниқ кардани ташхиси клиникӣ аҳаммияти аввалиндараҷа дорад. Диққати махсус ба симметрияи мавзеи қадкашак, инкишофи узвҳои таносул, мавҷудияти мояҳо равона гардида буд.

Ҳароратсанҷиши мавзеи қадкашак. Барои сабт намудани ҳарорат дар нуқтаҳои гуногун пеш ва баъд аз ҷарроҳӣ ҳароратсанҷи инфрасурх истифода карда шуд.

Бо мақсади баланд бардоштани эътимоднокӣ, пешгӯиҳои оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва табобати сари вақтии онҳо ҳароратсанҷӣ дар 50 нафар беморони 3 гурӯҳи таҳқиқотӣ дар нуқтаҳои гуногун гузаронида шуд.

Ташхиси ултрасадоӣ ва ултрасадои рағҳои хунгарди мавзеи қадкашак ва мойдон. Бо истифода аз дастгоҳи Vingmed аз Medata (Шветсия), CDS - системаҳои ташхисии Philips SD 800 (ИМА) ва Mindray DC-7 (Чин, 2013), ки бо сенсорҳои хаттӣ ва конвексӣ 3,5; 5; 7,5 ва 10 МГц ҷиҳозонида шудаанд ташхиси мавзеи қадкашак ва тухмҳо гузаронида шудааст.

Бо мақсади муайян кардани ҳолати тухмдонҳо пеш ва пас аз ҷарроҳӣ орхидометрия гузаронида шуд.

ТК. Ҳолати сохторҳои анатомии мавзеи қадкашак дар 5 бемори гирифтори ҷурраи такроршавандаи қадкашак ва дар беморони гирифтори омезиши ҷурра бо крипторхизм бо истифода аз ТК гузаронида шуд. ТК дар сканери Neusoft Nev 16, Neoson Medical systems Co. , Ltd (Чин) гузаронида шуд, ки дар он таҳқиқот дар

речаи мултиспиралӣ, скан кардани буридаҳои 2 мм мувофиқи методологияи классикӣ дар ҳолати ба пушт хобидаи бемор гузаронида шуд.

Муоинаи гистологии дарвозаи чурра ва чуррахалта. Гирифтани мавод барои муоинаи морфологӣ ҳангоми чуррабури дар 30 бемори синну соли гуногун бо чурраи ибтидоӣ, такроршаванда ва омезиши он бо крипторхизм гузаронида шуд.

Муайян кардани ҳормонҳои ҷинсӣ. Скрининги ҳормонҳои асосии ҷинсӣ дар хун пеш ва пас аз ҷарроҳӣ низ санҷида шуд. Ҳамзамон, миқдори ТС, ГЛ ва ҲАФ, ки мақоми репродуктивии мардонро ташкил медиҳанд, муайян карда шуд.

Саволномаи аврупоии MOS SF-36 (сифати зиндагии беморон). Дар асоси саволномаи аврупоӣ, сифати зиндагии беморон пеш ва пас аз ҷарроҳӣ таҳлил ва арзёбӣ гардид. Саволномаи сифати зиндагӣ аз рӯйи системаи баллӣ – ҷадвали 5-баллӣ ҳисоб карда шуд, ки дар он 8 гурӯҳи нишондиҳандаҳо мавҷуд буданд. Ҳолҳо дар ҳар як ҷадвал аз 0 то 100 фарқ мекунанд, ки дар он 100 саломатии умумиро ифода мекунад.

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

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Интиҳоби усули ҷарроҳии чурраи қадкашак аз намуди чурра, синну соли бемор, басомади такроршавӣ, омезиши он бо крипторхизм вобастагӣ дорад.

Ҳангоми ба нақша гирифтани амалиёт маълумотҳои тамоми усулҳои иловагии ташхис, хусусан, ултрасадо ва ТК ба назар гирифта шуданд. Дар мавриди кӯдакони гирифтори бемории мазкур, ки хусусияти модарзодӣ дошта бошад, машварати мутахассисони дахлдор гузаронида мешуд.

Калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ амалиётро хеле осон намуд. Ҳамзамон муайян намудани ҳолати танобаки манӣ ва аз осеб пешгирӣ намудани он, дар ҳоле ки ин нақша ҳам ҳангоми чуррабурӣ дар кӯдакон ва ҳам дар калонсолон риоя карда шуд. Яке аз мушкилиҳои ҷониби техникаи масъала дар он аст, ки дар аксари ҳолатҳо чурраҳалта дар чурраи модарзоди бо танобаки манӣ пайвастгардида мушоҳида мешуд. Муайян намудани танобаки манӣ бо чашми бараҳна душвор буда, хатари буриш ҷой дорад. Истифодаи калонкунии оптикӣ, ба андозаи муайян дидани танобаки манӣ, рағҳои хунгарди тухм ва махсусан рағҳои лимфатикиро аксар вақт аз зарари ятрогенӣ пешгирӣ мекунад.

Ҳангоми мавҷудияти чурраҳои калон, такроршаванда, вазни зиёдтарӣ, омодагии тӯлонӣ пеш аз ҷарроҳӣ гузаронида мешуд. Омодасозии беморон ба кам намудани вазни бадан ва омода намудани рӯдаҳо равона карда мешуд. Пеш аз ҷарроҳӣ, фаъолити дигар узвҳо омӯхта мешавад. Вобаста ба синну сол, намуди чурра, такроршавӣ ва омезиши чурра бо крипторхизм усули оптималии чуррабурӣ андешида шуд (Ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. - Усулҳои тармимии чурраҳои қадкашак

Намуди чурра	Миқд ор	Усулҳои ҷарроҳӣ		
		Анъанавӣ	Атензионӣ	Комбинатсионӣ
Ибтидоӣ	134	119 (88,8%)	7 (5,2%)	8 (6,0%)
Такроршаванда	48	23 (47,9%)	10 (20,8%)	15 (31,3%)
Омезиши чурра бо крипторхизм	22	22 (100,0%)	-	-
Умумӣ	204	164	17	23

Дар байни шумораи умумии беморон 80,4% аз усулҳои ҷарроҳии анъанавӣ, 8,3 % усулҳои атензионӣ ва 11,3 % фоиз усулҳои омехта истифода шудаанд. Истифодаи калонкунии оптикӣ ва техникаи дақиқ дар чуррабурӣ дар баробари содагардонии қисми техникаи амалиёт, эмин доштани сохторҳои элементҳои

танобаки манӣ аз осеби ятрогенӣ аҳаммияти калон дорад. Муайян намудани шохаҳои асаби дар ин мавзӯи зери калонкунии оптикӣ аз нигоҳи пешгирии синдроми рефлексиву дардӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ муҳим аст.

Аз шумораи умумии беморони ҷарроҳишуда бо ҷурраи қадкашак ($n=204$) бештарашон ҷурраҳои ибтидоӣ буда ($n=134$), басомади он 65,6%-ро ташкил медед. Нишонаҳои ҷарроҳӣ дар ҳама мушоҳидаҳо мутлақ буданд. Масъалаи интиҳоби усули ҷуррабуриӣ ва тармим дар аксари мавридҳо пас аз кушодани ҷурраҳалта, арзёбии ҳолати қабати мушаку апоневротикӣ ва андозаи дарвозаи ҷурра ҳал карда мешуд. Дар баробари ин, дар аввал маълумотҳои усулҳои иловагии таҳқиқот, ки дар вақти муоинаи беморон васеъ истифода гардидаанд, ба ҳисоб гирифта мешуд. Барои ислоҳи дарвозаи ҷурра ва дар мавриди зарурат истифода бурдани протези синтетикӣ усули беҳтарин интиҳоб гардидааст.

Пас аз озод намудани ҷурраҳалта аз танобаки манӣ ҷурраҳалта кушода мешуд. Дар 95 ҳолат дар ҷурраҳалта ҷарбуи ғафси ковокии шикам, дар 19 ҳолат рӯдаи борик, дар 11 ҳолат рӯдаи ғафс ва дар 9 ҳолати дигар рӯдаи кирмшакл ҷойгир шуда буд.

Ба 7 нафар бемор тармими девор танҳо бо апоневрози мушаки қачи берунаи шикам гузаронида шуданд. Дар кӯдакон оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ мушоҳида нашуд. Аз сабаби он ки бештари ҳолатҳои ҷурра ибтидоӣ буда, шумораи кӯдакон 48,5% ташкил медед, ҳолати қабати мушакиву апоневротикӣ дар 88,8 % ҳолат барои тармими дарвозаи ҷурра қаноатбахш арзёбӣ карда шуда усулҳои анъанавӣ гузаронида шуд (Ҷадвали 6.).

Ҷадвали 6. – Усулҳои тармими ҷурраи қадкашак

Усулҳои ҷарроҳӣ	Миқдор	
	Мут	%
Ҷуррабурии анъанавӣ	119	88,8
Ҷуррабурии атензтонӣ	7	5,2
Ҷуррабурии комбинатсионӣ	8	6,0
Умумӣ	134	100

Дар 7 нафар беморе, ки дарвозаи чурра калон буд, бо усули атензионӣ гузаронида шуд. Дар 3 ҳолат чурраи рост ва дар 4 ҳолати дигар чурраи қачи қадкашаку мойдонӣ қайд карда шуд.

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

Дар 34 ҳолат (28,6%) усули тармими Ру-Краснабаев истифода шудааст. Техника танҳо дар кӯдакони то 14-сола истифода мешуд. Усули Мартинов дар кӯдакони аз 14 то 18 сола дар 26% гузаронида шуд. Дар калонсолон, асосан, усулҳои тармим бо истифода аз усули Кукуҷонов ва Бассини гузаронида шуд. Дар 8 бемор техникаи Шоулдайс истифода шудааст, ки 6,8 %-ро ташкил дод.

Санҷиши ҳарорати пӯсти моя дар 20 нафар беморони гирифтори чурраи ибтидоии қадкашак пеш ва пас аз ҷарроҳӣ дар реша ва қутби поёни моя гузаронида шуд. Ҳамин тариқ, агар ҳарорат дар пӯсти моя дар реша пеш аз ҷарроҳӣ ба $35,9 \pm 0,5^\circ\text{C}$ ва дар қутби поёни ба $35,0 \pm 0,7^\circ\text{C}$ бошад, пас аз ҷарроҳӣ ба $35,3 \pm 0,6^\circ\text{C}$ ва $34,5 \pm 0,4^\circ\text{C}$ баробар буд.

Барои скрининги ҳормонҳои ҷинсӣ аз зардоби хуни 34 бемори гирифтори чурраи қадкашаки ибтидоӣ пеш ва пас аз ҷарроҳӣ миқдори Тс(нм/л), ГЛ, ҲАФ(мЕ/л), ки ҳолати репродуктивии мардонро ташкил медиҳанд, муайян карда шуданд. Агар то ҷарроҳӣ сатҳи Тс(нм/л), ГЛ ва ҲАФ (мЕ/л) $17,9 \pm 3,82^*$, $6,1 \pm 4,1^*$, $4,8 \pm 1,06^*$ бошад, пас аз 6 моҳи баъди ҷарроҳӣ $18,2 \pm 4,12^*$, $5,9 \pm 3,8^*$ ва $5,0 \pm 0,8^*$ шуд.

Инчунин аз 10 нафар беморони гирифтори чурраи ибтидоӣ барои ташҳиси патоморфологӣ ҳангоми ҷарроҳӣ биопсия гирифта шуд. Омӯзиши гистологии чурраи қадкашаки ибтидоӣ муайян кардааст, ки таносуби ҳаҷми бофтаи ҷарбу ва бофтаи пайвандкунанда аз дарвозаи чурра ба поёни чурраҳалта мустақиман мутаносиб аст. Дар қабати апоневротикии мушакҳо низ афзоиши таркиби бофтаи

чарбу ва пайваस्तкунанда муайян карда шуд. Нисбат ба давра таносуби баръакси шумораи нахҳои коллаген дар дарвозаи чурра, чуррахалта ва мушакҳо пайдо шуд.

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

Аз шумораи умумии беморон ($n=48$) чурраи такрорӣ дар 6 кӯдаки то 18-сола ба қайд гирифта шудааст, ки 12,5% -ро ташкил медиҳад. Усулҳои даҳолати ҷарроҳӣ барои бартараф кардани чурраи такрорӣ дар ҷадвали 7 дарҷ гардида аст.

Ҷадвали 7. - Усулҳои ислоҳи чурраҳои такроршаванда

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

Эзоҳ: p_{1-2} - аҳаммияти оморӣ фарқи нишондодҳо байни гурӯҳҳо бо герниопластикаи анъанавӣ ва ғайришиддати p_{1-3} - байни гурӯҳҳои герниопластикаи анъанавӣ ва омехта, p_{2-3} - байни гурӯҳҳо, ки герниопластикаи ғайришиддат ва омехта (мувофиқи ба санҷиши Mann-Whitney U).

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

Дар байни усулҳои анъанавии ҷарроҳӣ бештар (39,2%) техникаи Кукуҷонов истифода мешуд.

Дар вақти истифода бурдани протезҳои синтетикӣ ва барои паст намудани таъсири манфии протез ба элементҳои танобаки манӣ усули аз таъсири тур

муҳофизат намудани элементҳои танобаки маниро ихтироъ намудем. Бо ин мақсад флеппи хунтаъминшуда дар пойча васеъ бурида ва ба болои протез кўчонида шуд. Баъд аз ба болои протез гузоштани флепп, элементҳои танобаки мани ба мавзеи навтаъсис гузошта мешуд. Ҳамин тариқ, элементҳои танобаки маниро аз таъсири тур муҳофизат намудем. Дар 4 маврид пас аз ҷарроҳии тармимӣ дарвозаи чурра бо усули омехта бо мақсади ҳифзи элементҳои танобаки мани фатсияи Томпсонро гузоштем, ки барои он нахустпатенти ҚТ № 1295 гирифта шуд.

Пас аз истифодаи яке аз усулҳои тармимии маҳаллӣ барои мустаҳкам кардани девори паси қадкашак ба таври илова тур бо андозаи мувофиқ дар болои хатти дарз ҷойгир карда шуд (Расми 1) ва пас аз кашидани хатти буридани фатсияи Томпсон дар заминаи васеъ бардошта шудааст (Расми 2).



Расми 1. – Тармими комбинатсионӣ



Расми 2. – Озод намудани ф.Томпсон

Пас аз пурра озод намудани фатсия дараҷаи хуни гардиш баҳо дода шуда, элементҳои танобаки мани ба тарафи медиалӣ гузошта (расми 3) ва дар сурати набудани ишемияи флеп охириро ба болои он гузоштем (расми 4). Бо мақсади паст намудани таъсири тури синтетикӣ ба танобаки мани усули ҷудо намудани танобаки мани ва муҳофизати аз тури синтетикӣ бо фатсияи Томпсон пешниҳод - кардашуда бо нахустпатенти ҚТ № 1201 «Усули чуррабурӣ ҳангоми чурраи такроршавандаи қадкашак» ҳифз шудааст.



Расми 3. – Озодшудаи ф.Томпсон



Расми 4. – Мустаҳкамгардонӣ бо ф. Томпсон

Ҳангоми гузаронидани ҷарроҳӣ барои ҷурраи такрории қадкашак мо дар 12 ҳолат осеб ёфтани элементҳои танобаки маниро қайд намудем, ки дар байни онҳо дар 5 ҳолат фишурдашавӣ дида мешуд. Аз ин 5 ҳолат дар як бемори такроршавандаи ҷурраи қадкашаки дутарафа бо фишурдани элементҳои танобаки мани ҷой дошт. Дар бемор сохтори ҳуди танобаки мани ноҳамвор буда, аммо он гузаро буд. Дар бемори дигар, ки ҷурраи дутарафа ҷарроҳӣ шудааст, такроршавии ҷурра аз тарафи чап ба қайд гирифта шуд.

Дар 4 маврид буриши танобаки мани дар захм ёфт шуд (Расми 5). Аз ин дар 2 ҳолат танобаки мани ёфта нашуд. Пас аз ревизияи танобаки мани бурида шуда, бо техникаи дақиқ озод намуда ва ба маҷроҳи он ришта монда, анастомози «нӯг ба нӯг» гузошта шуд (Расми 6). Техникаи пешниҳодшуда бо нахустпатенти хурди ҚТ № 1509 «Усули барқарорсозии танобаки мани» ҳифз шудааст. Пас аз анҷоми анастомоз тармим ин мавзъ гузаронида шуд. Бояд гуфт, ки дар 2 нафар бемороне, ки танобаки мани пайдо нашуд, синну солашон аз 60 боло буда, дар тарафи муқобил ҷурра дида намешуд.



Расми 5. – Танобаки мании буридашуда



Расми 6. – Танобаки мании барқароршуда

Санчиши харорат дар 20 нафар беморони гирифтори чурраи такроршавандаи қадкашак пеш ва пас аз ҷарроҳӣ дар реша ва қутби поёни моя гузаронида шуд. Ҳамин тариқ, агар харорат дар реша пеш аз ҷарроҳӣ $35,8 \pm 0,3$ ° С ва дар қутби поёни $35,5 \pm 0,4$ ° С бошад, пас аз ҷарроҳӣ ба $35,2 \pm 0,5$ ° С ва $34,1 \pm 0,3$ ° С баробар шуд.

Дар беморони бо чурраи такроршавандаи қадкашак бофтаҳо барои ташҳиси патогистологӣ гирифта шуд. Ҳангоми чурраҳои такроршаванда тайғироти намоёни дистрофӣ-дегенеративӣ дар қабати мушаку апоневротикӣ аён мебошад. Муносибати мутаносиб байни шумора ва раҳи нахҳои коллаген дар минтақаи дарвозаи чурра низ раднопазир аст. Варами фибриноидии нахҳои коллаген бо тайғироти дистрофӣ ва некробиотикӣ низ мушоҳида карда шуданд. Ҳамаи ин сабаби ба гипертрофияи девораҳои рағҳо, пурхун ва ғафсшавии рағҳои хунравии ин минтақа алоқаманданд.

Ба гурӯҳи сеюми клиникӣ 22 бемори гирифтори омезиши чурра бо крипторхизм дохил шуданд. Дар ҳамаи беморон, сарфи назар аз дер мурочиат намуданашон, чурра модарзодӣ буд. Мушкилоти ташҳис дар ду мушоҳида ба амал омад, ки ҳангоми муоинаи объективӣ ва истифодаи ултрасадо дар дохили шикам ошкор карда нашуд. Дар ин маврид томографияи компютерӣ истифода шудааст.

Амалиёти ҷарроҳӣ оид ба омезиши чурра бо крипторхизм то синни 14-сола бо истифода аз усули Ру-Краснобаев дар 10 (45,5%) ва бо усули Мартинов дар 8 (36,4%) бемор гузаронида шуд. Дар беморони аз 14 сола боло, мувофиқи нишондодҳо, фаровардани тухми эктопикӣ ва ҳамзамон тармими девори паси қадкашк бо усули Кукуҷонов дар 3 (13,6%) ва бо усули Бассини дар 1 (4,5%) ҳолат анҷом дода шудааст.

Омузиши гистологии омезиши чурраи қадкашак бо крипторхизм муайян намуд, ки номуташаккилии фазой равиш ва пастшавии ғафсӣ ва зичии нахҳои коллаген вучуд дорад, ки дар ниҳоят ба ҳолати бофтаи пайвандкунанда таъсири назаррас мерасонад.

Барои скрининги ҳормонҳои ҷинсӣ дар зардоби хуни 6 бемори гирифтори чурраи ибтидоӣ дар якҷоягӣ бо крипторхизм, консентратсияи Тс(нм/л), ГЛ ва ҲАФ(мЕ/л) муайян карда шуд. Агар сатҳи Тс(нм/л), ГЛ ва ҲАФ(мЕ/л) пеш аз ҷарроҳӣ $7,3 \pm 1,9^*$, $1,0 \pm 1,1^*$, $0,5 \pm 0,4^*$ бошад, пас аз 6 моҳи ҷарроҳӣ онҳо ба $8,3 \pm 2,12^*$, $0,8 \pm 0,8^*$ ва $1,5 \pm 0,8^*$ тағйир ёфтанд.

Термометрия дар 10 нафар бемори омехтаи чурра бо крипторхизм пеш ва пас аз ҷуррабурӣ гузаронида шуд. Ҳарорати пӯст пеш аз амалиёт дар моя ба $36,1 \pm 0,4^\circ\text{C}$ ва дар қутби поёни ба- $35,9 \pm 0,5^\circ\text{C}$ бошад, пас аз ҷарроҳӣ ба $35,4 \pm 0,5^\circ\text{C}$ $34,4 \pm 0,6^\circ\text{C}$ баробар шуд.

Дар давраи пас аз ҷарроҳӣ натиҷаҳо дар ҳар се гурӯҳи клиникӣ омӯхта шуданд. Ғайр аз ин, дар 29 ҳолат намудҳои гуногуни оризаҳо мушоҳида карда шуд, ки ин 14,2%-ро ташкил дод. Оризаҳои маъмулӣ пас аз ҷарроҳӣ серома буд, ки дар 7,4% бемор дида шуд. Мо дар давоми як ҳафтаи аввали баъди ҷарроҳӣ дар 9 ҳолат фасодгирии захмро мушоҳида кардем, ки ба 4,4% баробар шуд.

Оризаҳо вобаста ба усули амалиёт низ омӯхта шуданд. Пас аз тармими анъанавӣ фасодгирии захм дар 4,2% дида шуд. Шумораи оризаҳои зиёд пас аз тармими бо усули омехта 10% ташкил дод. Ҳангоми тармими атензионӣ мо оризаҳоро пай набурдем.

Дар байни шумораи умумии беморони гурӯҳи яқум, натиҷаҳои функционалии дарозмуддат дар 104 (77,6%) омӯхта шуданд. Дар байни муоинашудагон дар 10 нафар беморон навъҳои гуногуни оризаҳо ба қайд гирифта шудаанд, ки ба 8,9% баробар аст. Синдроми рефлексиву дарди дар 2 (1,8%), лигатура дар 3 (2,6 %) ва такроршавии дар 5 ҳолат (4,8%) дида шуд.

Дар гурӯҳи клиникӣ дуҷум (48), пас аз усулҳои анъанавии серома дар 13,0% ва пас аз усулҳои омехта дар 6,7% беморон руҳ додааст. Фасодгирии захм пас истифода бурдани усули анъанавӣ дар 8,6%, атензионӣ дар 10% ва усули омехта дар 6,7% қайд намудем. Пас аз 1 сол дар байни 41 бемори муоинашуда дар 6 бемор такроршавиро қайд намудем, ки 14,6% -ро ташкил медиҳад. Дар байни 22 бемори гурӯҳи сеюми клиникӣ, дар як серома ва дар 4 бемори варами моя дида

шуд. Натиҷаҳои дарозмуддати пас аз ҷарроҳӣ дар 22 бемор омӯхта шуда, такроршавии ҷурра мушоҳида карда нашудааст.

Сифати ҳаёт бо истифода аз саволномаҳо ва пурсиши беморон пеш ва пас аз ҷарроҳӣ бо истифода аз саволномаи MOS SF-36 арзёбӣ карда шуд. 90 нафар беморон аз 6 то 12 моҳ пурсиш карда шуданд. Натиҷаҳои таҳқиқоти пеш аз ҷарроҳӣ ва пас аз ҷарроҳӣ дар ҷадвали 8 оварда шудаанд.

Ҷадвали 8. – Арзёбии муқоисавии сифати зиндагии беморон

Нишондо дҳои	Ҷурраи ибтидоӣ (1 г, n = 46)				Ҷурраи такроршаванда (2 г, n = 38)				Омезиши ЧҚ бо крипторхизм (3 г, n = 6)			
	Муҳлати гузаронидани пурсиш											
СЗ	Пеш	6 м	12 м	p	Пеш	6 м	12 м	p	Пеш	6 м	12 м	p
PF	80	85	90	<0,05	70	80	80	<0,05	84	87,5	90	<0,05
RP	50	70	75	<0,001	50	50	59,5	>0,05	72,5	75	75	>0,05
BP	67,5	74	74	<0,05	52	64	72	<0,01	69	71,5	74	<0,05
GH	72	82	82	<0,05	59	66	66	>0,05	85	90	92	<0,05
VT	75	75	76	>0,05	72	73	75	>0,05	73,8	75	75	>0,05
SF	74	87,5	87,5	<0,01	62,5	67	71	<0,05	75	75	75	>0,05
RE	66,7	66,7	66,8	>0,05	66,7	66,7	88	<0,05	87,5	90	90	>0,05
MH	76	80	80	<0,01	72	76	80	<0,01	76	80,5	84	<0,05
ХУЧ	43,9	46,2	48,5	<0,05	41,3	40,8	46,2	<0,05	44,1	48,6	51,3	<0,05
ХХР	51,9	56,9	57,1	<0,05	49,6	49,9	52,2	>0,05	51,9	52,9	53,1	>0,05

Эзоҳ: p – аҳаммияти омории фарқи нишондодҳо дар гурӯҳҳо бо мурури замон (аз рӯи меъёри Фридман).

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

ХУЛОСАҲО

1. Ташҳиси ултрасадо ва томографияи компютерӣ дар беморони гирифтори омезиши ҷурра бо крипторхизм дар 10,7% атрофияи тухм муайян карда шуд. Доплерография дар 19,6% ҳолатҳо паст шудани суръати хаттии хунгардиш дар артерияи тестикулярӣ муайян намуд. Нишондиҳандаҳои хунгардиши қисмати

чаррохишуда пас аз чарроҳӣ аз ҷихати оморӣ фарқи муҳим дошта, афзоиши суръати хаттии хунгардишро нишон медиҳад. Ҳангоми эктопияи тухм ба ковокии шикам, ташҳис бо истифода аз ТК муқаррар карда шуд [3-М, 4-М, 5-М, 8-М, 9-М, 12-М, 13-М, 14-М].

2. Усулҳои анъанавии тармимии дар дигар муассисаҳои тиббӣ гузаронидашуда дар 34 нафар (16,7%) ва пас аз усулҳои атензионӣ дар 14 бемор (6,9%) такроршавӣ ошкор карда шуд. Дар байни онҳо дар 4 нафар (8,3%) буридани танобаки манӣ ва дар 2 бемор (4,1%) носур мавҷуд буданд [1-М, 7-М, 10-М, 11-М, 16-М, 17-М, 22-М].

3. Усули барои муҳофизат намудани элементҳои танобаки манӣ тавассути кӯчонидани флeппи фатсияи Томпсони хунтаъминшуда пешниҳод карда шудааст. Усули барқарорсозии танобаки мании буридашуда тавассути ташкили анастомози “нӯг ба нӯг” бо истифода аз усули микрочарроҳӣ ҷорӣ карда шуд [2-М, 6-М, 15-М, 18-М, 21-М].

4. Натиҷаҳои дарозмуддати табобат дар 146 бемор (87,4%) хуб буданд. Натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар 21 бемор (12,6%) мушоҳида карда шуд, ки дар 11 бемор (6,5%) такроршавии он, дарди рефлекторӣ дар 2 нафар (1,9%) ва инкишофи носур дар 3 бемор (2,9%) ба қайд гирифта шуд. Арзёбии натиҷаҳо дар 130 бемор (77,8%) беҳбудии субъективии сифати ҳаётро нишон дод [16-М, 17-М, 19-М, 20-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

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

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

3. Нишондодҳои истифодаи усулҳои тармими маҳаллӣ ҳангоми чурраҳои хурди ибтидоӣ васеъ карда мешаванд, дар ҳоле ки чурраҳои калон ва такроршаванда

истифодаи усулҳои атензионири тақозо мекунад. Иҷрои чуррабурӣ ва тармим фаровардани моёи эктопикӣ зери калонкунии оптикӣ бо дароз кардани максималии рағҳои он варианти оптималии ҷарроҳии омезиши чурра бо крипторхизм мебошад.

4. Интиҳоби усули оптималии ҷарроҳии навъҳои ибтидоӣ ва такрорӣ чурраи кадкашак, инчунин омезиши чурра бо крипторхизм, дар баробари пешгирии оризаҳои гуногуни дохилӣ ва пас аз ҷарроҳӣ, беҳтар намудани сифати зиндагии беморон, ки ба фаъолияти репродуктивии ҷинси мардон таъсири мусбат мерасонад.

5. Муоинаи морфологии чурраҳалта ва қабати мушаку апоневротикӣ имкон медиҳад, ки байни чурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва омехтаи чурра бо крипторхизм таҳлили дифференсиалӣ гузаронида шавад.

Рӯйхати адабиёти истифодашуда (манбаъҳо)

1. Абалян А.К. Особенности соотношения коллагенов в апоневрозе передней брюшной стенки у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и степенью тяжести дисплазии соединительной ткани [Текст]/ Абалян А.К., А.Н. Айдемиров, Е.В. Машурова// Первый всероссийский съезд герниологов. – Москва. – 2016. - С. 8-9.
2. Абдуллозода Д.А. Значение оксидантного эндотоксикоза и гипоксии в патогенезе тестикулярной недостаточности у больных паховыми грыжами [Текст]/ Д.А. Абдуллозода, И. Гадоев, М.Х. Набиев // . – Здоровоохранение Таджикистана. – 2022. – №3. – С 5-11.
3. Акрамов Н.Р. Состояние хирургического лечения патологии вагинального отростка брюшины у мальчиков, как «зеркало» детской репродуктологии [Текст]/ Н.Р. Акрамов, А.И. Галямова// Практическая медицина. Хирургия. – 2016. – Т.97, №5. – С. 111-115.
4. Баулин В.А. Модифицированная герниопластика как способ профилактики рецидивов паховой грыжи у мужчин: дис. ... канд. мед. Наук [Текст]/ В.А. Баулин. – Пенза, 2011. – 138 с.
5. Ботезату А. А. Лечение рецидивных паховых грыж [Текст]/ А. А. Ботезату // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2012– Т. 17, № 1. – с. 60 – 64.

6. Бушнин С.С. Современные методы лечения паховых грыж [Текст]/ С.С. Бушнин, Е.И. Корпачева, С.Н. Качалов// Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – С. 114–118.
7. Влияние сетчатых имплантатов при герниопластике на состояние репродуктивной функции [Текст]/ А. В. Протасов [и др.]//Клиническая практика. – 2014. – Т.2, № 18. – С. 19-29.
8. Выбор хирургического метода лечения паховой грыжи [Текст]/ Ю.В. Иванов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии.–2019.–Т.2, №4. – С.274-281.
9. Диагностика и лечение мужского бесплодия у больных распространённой патологией гениталий и паховой области [Текст] / И. С. Собенников [и др.] //Рос.мед.-биол.вестн.им.академика И. П. Павлова.–2017–Т.25,№3.–С.460-464.
10. Дворакевич А.О. Мини-инвазивное лечение рецидивных паховых грыж у детей [Текст]/ А.О. Дворакевич, А.А. Переяслов // Детская хирургия. – 2016. – Т.3, №20. – С. 140-143.
11. Исследование тестикулярной перфузии в ходе открытой и лапароскопической герниорафии [Текст]/ Ю. А.Козлов [и др.] //Детская хирургия. – 2016. – №1. – С. 8-12.
12. Ротькин Е. А. Аспекты раневого процесса в выборе метода хирургического лечения вентральных грыж [Текст]/ Е. А. Ротькин, А. Х. Агаларян, О. И. Хохлова // Вестник новых медицинских технологий. –2014– Т. 21, № 3. – С. 62–64.
13. Курбонов К. М. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж [Текст]/ К. М. Курбонов, Х. З. Факиров, К. Р. Назирбоев// Вестник Авиценны. – 2017. – Т.19, № 2. – С. 198-202.
14. Махмадов Ф.И. Результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп [Текст]/ Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов //Здравоохранение Таджикистана. – 2020. – №1. – С. 33-38.
15. Мирходжаев И. А. Оптимизация хирургического лечения паховых грыж. [Электронный ресурс] [Текст] /И. А. Мирходжаев, С. О. Комилов// Электр. науч. жур. - «Биология и интегративная медицина». – 2018. – №4. – С. 83-91.

16. Назаров Ш.К. Функциональная аллопластика рецидивных послеоперационных грыж передней брюшной стенки [Текст]/ Ш.К. Назаров [и др.]// Здоровоохранение Таджикистана. – 2022. – №2. – С. 66-73.
17. Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст]/ Абалян А.К. [и др.]//Мед. вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т.14, №1. – С .19-21.
18. Особенности протезирования грыжевого дефекта при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст]/Р. Р. Рахматуллоев [и др.]// Вестник Авиценны. – 2020. – Т. 22, № 1. – С. 134-140.
19. Паршиков В.В. Техника разделения компонентов брюшной стенки в лечении пациентов с вентральными и послеоперационными грыжами [Текст]/ В.В. Паршиков, В.И. Логинов // Современные технологии в медицине. – 2016. – №1. – С.183-194.
20. Паховые и послеоперационные грыжи [Текст] / В. И. Белоконев [и др.] // М. - 2018. - 101 с.
21. Пискунов А.С. Влияние синдрома дисплазии соединительной ткани на качество жизни больных после герниопластики паховых грыж [Текст]/А.С. Пискунов, В.Н. Репин // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – №1. – С. 27-29.
22. Поветкин А.П. Редкие осложнения пахового грыжесечения [Текст]// А.П. Поветкин / Вестн. новых мед. техн. – 2013. – №1. – С. 97-100.
23. Поливкан М.И. Показатели гемодинамики и структурные изменения в яичке в условиях косой паховой грыжи [Текст]/ М.И. Поливкан. // Вестник РУДН. – 2014. – №1. - С.39-45.
24. Профилактика развития мужского бесплодия после различных способов паховой герниопластики с использованием сетчатого эксплантанта [Текст]/ Гвенетадзе Т.К. [и др.]// Новости Хирургии. – 2014. – Т. 3, №22. – С. 379-385.
25. Развитие яичек у мальчиков с паховой грыжей [Текст]/ Ю.П. Губов [и др.] // Детская хирургия. – 2015. – №2. – С.14-18.
26. Распространённость грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования [Текст]/ А.М.Кириенко [и др.]// Хирургия. – 2016. – №8. – С.61-65.

27. Репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики, выполненной в детском возрасте при паховой грыже [Текст]/ Н.Р. Акрамов [и др.] // Казанский мед.жур. – 2014. – Т. 95, № 1. – С.7-11.
28. Современный взгляд на проблему лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст]/ Ю. С. Винник // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – Т.90, № 6. – С. 5-13.
29. Сравнительный анализ результатов операции I. L. Lichtenstein и CS-пластики при паховых грыжах [Текст]/ С.В. Шалашов [и др.] // Новости хирургии. – 2016. – №5. – С.444-450.
30. Хирургия паховых грыж в Гродненском регионе. Пути совершенствования подходов к выбору метода герниопластики [Текст]/ С. М.Смотрин [и др.]// Журн. ГрГМУ. – 2018. – Т.16, №4. – С. 497-501.
31. Черных, А. В. Половые и возрастные различия в строении пахового промежутка [Текст]/А. В. Черных, Е. Н. Любых, Е. Н. Закурдаев// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.-2014.–Т. 13, № 1. – С. 60-64.
32. Шейерман В.В. Непосредственные результаты использования грыжесечения «ONSTEP» у пациентов с паховыми грыжами [Текст]/ В.В. Шейерман, К.М. Аутлев, А.В Смирнова // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – №2. – С. 42-46.
33. Andresen K. Laparoscopic repair of primary inguinal hernia performed in public hospitals or low-volume centers have increased risk of reoperation for recurrence [Text]/ K. Andresen, H. Friis-Andersen, J. Rosenberg // Surg Innov. – 2016. – №23. – P. 142-147.
34. Bernerdsen M.R. Inguinal hernia – review [Text]/ M.R. Bernerdsen, T. Gudbjartsson, F.H. Bernerdsen // Laeknabladid. – 2019. – V.105, № 9. – P. 385-391.
35. Comparison between self-gripping, semi re-absorbable meshes with polyethylene meshes in Lichtenstein, tension-free hernia repair: preliminary results from a single center [Text]/ Percalli L. [et al.]// Acta Biomed.- 2018.- V. 89, № 1. - P. 72–78.
36. Does the use of herniamesh in surgical inguinal hernia repairs cause male infertility? A systematic review and descriptive analysis [Text]/ Dong Z. [et al.]// Reprod Health. – 2018. – V.1, №15. - P.69.

37. Has Shouldice repair in a selected group of patients with inguinal hernia comparable results to Lichtenstein, TEP and TAPP techniques? [Text]/ F. Köckerling [et al.]// World J Surg. – 2018. – V.42, №7. – P. 2001-2010.
38. Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management [Text]. - Hernia. – 2018. – 22. (1). P. 1-165.
39. Köckerling F. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair [Text]/ F. Köckerling, M.P. Simons // Visc. Med. – 2018. – V.34, № 2. – P.145-150.
40. Kohl A.P. Male fertility after inguinal hernia mesh repair a national register study [Text]/A.P. Kohl, K. Andresen, J. Rosenberg//Ann Surg.-2018.–V.68(2).-P. 374–378.
41. LeBlanc K.E. Inguinal hernias: diagnosis and management [Text]/ K.E. LeBlanc, L.L. LeBlanc, K.A. LeBlanc // Am Fam Physician. –2013. – V. 87, №12. –P.844-888.
42. Mallaya B. A study on retrospective analysis of inguinal hernia repair by various methods in a teaching institute [Text]/ B. Mallaya, R. G. Someshwara // JIPBS. – 2016. – V.3, № 2. – P. 202-207.
43. Morales-Conde, S. Endoscopic surgeons preferences for inguinal: hernia repair: TEP, TAPP or OPEN [Text]/ S. Morales-Conde, M. Socas, A. Fingerhut // Surg. Endosc. – 2012. – V. 26, № 9. – P. 2639-2643.
44. Muscle degeneration in inguinal hernia specimens [Text]/ G. Amato [et al.]//Hernia. – 2012. – V.16, № 3. – P. 327-331.
45. Self-adhesive mesh for Lichtenstein inguinal hernia repair. Experience of a single center [Text]/ P. Tarchi [et al.] //Minerva Chir.–2014–V.69. - № 3.– P. 167–176.
46. Surgical treatment of azoospermia caused by iatrogenic injury to bilateral vas deferens [Text]/ L. Wang [et al.]// Zhonghua Nan Ke Xue.–2016.– T.22,№7.– P.626-629.
47. Systematization of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) based on a new anatomical concept: inverted Y and five triangles [Text]/ Furtado M. [et al.]. - Arq Bras Cir Dig. – 2019. – V.32, №1. – P. 1426.
48. Testicular functions, chronic groin pain, and quality of life after laparoscopic and open mesh repair of inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial [Text]/ Singh A.N. [et al.]// Surg Endosc. – 2012.- V.26, № 5. – P. 1304-1317.

49. The effects of Lichtenstein tension-free mesh hernia repair on testicular arterial perfusion and sexual functions [Text]/ Bulus H. [et al.]// Wien Klin Wochenschr. – 2013.- V.125, №3–4. – P.96–99.
50. Transinguinal preperitoneal groin hernia repair using a preperitoneal mesh preformed with a permanent memory ring: a good alternative to Lichtenstein's technique [Text] / J.F. Maillart [et al.] // Hernia. – 2011. – V. 15, № 3.–P. 289-295.
51. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Versus Totally Extraperitoneal (TEP) for Laparoscopic Hernia Repair: A Meta – Analysis [Text]/ F.X. Wei [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2015. – V. 26. – P. 1-9.
52. Watters D.A. Guy de Chauliac: pre-eminent surgeon of the Middle Ages [Text]/ D.A.Watters // ANJ Z Surg. – 2013. – P. 76-84.

Интишорот оид ба мавзуи диссертатсия

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- [1-М]. Хамидов Ф.М. Особенности хирургического лечения рецидивных паховых грыж [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов //Авчи зухал. – 2021. – №1. – С. 113-120. ISSN 2616-5252.
- [2-М]. Хамидов Ф.М. Девять случаев лечения детей с грыжей Амианда [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.Ш. Рашидов, Ф.Б. Бокиев, Ф.М. Хамидов// Вестник Авиценны. 2021. – №1 (23). – С. 118-123. ISSN 1029-1959.
- [3-М]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова// Вестник Авиценны. – 2022. – № 1 (24). – С. 85-96. ISSN 1029-1959.
- [4-М]. Хамидов Ф.М. Преимущество прецизионной техники и оптического увеличения при оперативном лечении паховых грыжах [Текст] /Ф.М. Хамидов [Текст]//Авчи зухал. – 2022. – №4.- С. 120-126. ISSN 2616-5252.
- [5-М]. Хамидов Ф.М. Хирургическая тактика при коррекции больших и гигантских рецидивных вентральных грыж [Текст]/Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова //Симург. – 2023. – Т. 18.– №2. – С. 23-31. ISSN 2707-9562.

[6-М]. Хамидов Ф.М. Аспекты хирургического лечения паховых грыж [Текст]/Ф.М. Хамидов, М.Х. Маликов, А.М. Шарипов, Ф.Б. Бокиев //Симург. – 2023. – Т.18.– №2. – С. 32-37. ISSN 2707-9562.

[7-М]. Хамидов Ф.М. Влияние паховой герниопластики на качество жизни пациентов мужского пола с использованием оптического увеличения и прецизионной техники [Текст]/Ф.М. Хамидов// Авчи Зухал.–2025.–№2.–С.71-76.

Маводҳо ва фишурдаҳо дар маводҳои конференсияҳо

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

[9-М]. Хамидов Ф.М. Оптимизация методов хирургического лечения рецидивных паховых грыж [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов// Актуальные вопросы медицины и медицинского образования. Мат. Междун.науч-практ.конф. ГОУ ХГМУ. - Дангара – 2020, – С. 77-79.

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

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

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

[13-М]. Хамидов Ф.М. Использование оптического увеличения и прецизионной техники при лечении паховых грыж у детей [Текст]/ Ф.М. Хамидов // «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования» 75-я Межд. науч.-практ. конф. ст. мед. вуз. и мол.уч. - Самарканд.- 2021. – №2. – С. 969-970.

- [14-М]. Хамидов Ф.М. Хирургическое лечение сочетаний паховых грыж и крипторхизма [Текст]/ Ф. М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, И.Т. Хомидов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр.конф.мол.уч.и студ. – Душанбе, 2021, – С.174-175.
- [15-М]. Хамидов Ф.М. Способ выделения грыжевого мешка при паховых грыжах у мужчин [Текст]/ Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдов, Ф.К. Маджитов // Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр.конф.мол.уч.и студ. – Душанбе, 2021, – С.175.
- [16-М]. Хамидов Ф.М. Использование прецизионной техники при лечении паховой грыжи в сочетании с крипторхизмом [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.М. Хамидов, Н.А. Махмадкулова // «Современная медицина и современное образование». Мат. респ. науч.-прак. конф.ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара, 2021, – С. 146-147.
- [17-М]. Хамидов Ф.М. Способы герниопластики при первичных паховых грыжах у мужчин [Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Саидов, М.Р. Муродова // «Современная медицина и современное образование». Мат. респ. науч.-прак. конф. ГОУ ХГМУ (II-ая годовичная) – Дангара, 2021, – С.182-183.
- [18-М]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей, перенёвших ненатяжную герниопластику [Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.Б. Бокиев, А.Н. Нодирбокиев// Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе, 2022, – С. 354.
- [19-М]. Хамидов Ф.М. Состояние элементов семенного канатика у мужчин с рецидивной паховой грыжей перенёвших классическое грыжесечение [Текст]/ Ф.М. Хамидов, Ф.К. Маджитов, С.М. Холов // Актуальные вопросы современных научных исследований. Мат. XVII науч.-прак. конф. мол. уч. и ст. – Душанбе, 2022, – С. 355-356.
- [20-М]. Хамидов Ф.М. Морфологическая картина грыжевого мешка при первичных и рецидивных паховых грыжах [Текст]/Хамидов Ф.М., Худойдодов О.М., Хомидов И.Т.// Актуальные вопросы современной медицины: проблемы и их решения. Мат.респ.науч.-прак.конф. – Дангара, 2022, – С. 134.

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

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

Патенты на изобретения

1. Хамидов Ф.М. Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах. Патент РТ на изобретение № ТЈ 1201 Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Карим-заде Г.Дж [и др.]// - Душанбе. – 2021.

2. Хамидов Ф.М. Способ пластики паховой области при рецидивных паховых грыжах у мужчин. Патент РТ на изобретение № ТЈ 1295 [Текст]/ Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Каримзаде Г.Ч. [и др.]// - Душанбе. – 2021.

3. Хамидов Ф.М. Способ восстановления пересечённого семявыносящего протока у мужчин. Патент РТ на изобретение № ТЈ 1509 [Текст]/ Хамидов Ф.М., Маликов М.Х., Бокиев Ф.Б. [и др.]// Душанбе. – 2023.

Феҳристи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ

ДДТТ	-	Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
МД МЦИЧДР	-	Муассисаи давлатии Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо
СЗ	-	сифати зиндагӣ
СГХ	-	суръати хатти гардиши хун
ТЧ	-	тармими чурра
ТК	-	томографияи компютери
ХЧ	-	Халтаи чурра
ҲУҚ	-	Ҳолати умумии ҷисмонӣ
ҲХР	-	Ҳолати хушбӯрии рӯҳӣ
ЧҚ	-	чурраи қадкашак
ВР	-	Bodilypain
GH	-	General Health
MH	-	Mental Health
PF	-	Physical Functioning
RE	-	Role-Emotional
RP	-	Role-Physical Finctioning
SF	-	Social Functioning
VT	-	Vitality

АННОТАЦИЯ

автореферата Хамидова Фаридуна Маъруфовича на тему:

«Оптимизация хирургической тактики паховых грыж у лиц мужского пола»

Ключевые слова: паховая грыжа, рецидив, сочетание паховой грыжи с крипторхизмом.

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

Методы исследования. Пациентам применены УЗИ, УЗДГ, компьютерная томография, морфологическое исследование грыжевых ворот и грыжевого мешка, микроскопическое исследование семенной жидкости, а также гормональный скрининг основанных половых гормонов в сыворотке крови. На основе опросника MOSSF-36 проводился анализ и оценка изменения качества жизни пациентов.

Полученные результаты и их научная новизна. Дифференцированный подход к грыжесечению с использованием современных методов диагностики и лечения является основным требованием современной герниологии. Оптимизирован способ пластики пахового канала при рецидивных паховых грыжах у мужчин, суть которого заключается в пластике пахового канала с использованием васкуляризированных лоскутов с целью защиты семенного канатика (патент РТ № 1295). Возможно использование васкуляризированного фасциально-жирового лоскута, суть которого заключается в широкой мобилизации кровоснабжаемой клетчатки и подведении ее под элементы семенного канатика (патент РТ № 1201). Разработан и внедрён в клиническую практику способ восстановления пересечённого семявыносящего протока у мужчин (патент РТ № 1509), суть которого заключается в широкой мобилизации пересечённых концов протока, проведением нити в обоих концов протока и формирования анастомоза по типу “конец в конец” под оптическим увеличением. Методика предотвращает развитие облитерации просвета протока обеспечивая проходимость протока. При ретенции яичка в брюшной полости, когда возможности УЗИ ограничены, использована КТ-диагностика, которая явилась информативной. При больших, особенно рецидивных паховых грыжах, было изучено кровообращение в яичковой артерии в пред- и послеоперационном периодах и достигнуто улучшение кровообращения в яичках. Применение оптического увеличения при первичных и рецидивных грыжах, а также сочетании грыжи с крипторхизмом позволяет дифференцировать анатомические структуры пахового канала и предотвратить их ятрогенное повреждение. При использовании современных методов диагностики и лечения хорошие результаты были у 146 (87,4%) пациентов.

Рекомендации по использованию. Проведение интструментальных методов исследования целесообразно с целью адекватного определения размеров грыжевых ворот, содержимого грыжевого мешка, профилактики различных осложнений. Выполнение операции под оптическим увеличением предотвращает риск ятрогенного повреждения элементов семенного канатика и нервных стволов. Местно-пластические способы герниопластики расширяются при небольших первичных паховых грыжах, тогда как большие по объёму грыжи и рецидивные её формы требуют использования ненатяжных способов.

Область применения. Хирургия.

АННОТАТСИЯ

автореферати Хамидов Фаридун Маъруфович дар мавзӯи: «Беҳтарсозии натиҷаи табобати ҷарроҳии ҷурраи қадкашак дар ҷинси мардон»

Калидвожаҳо: ҷурраи қадкашак, такроршавӣ, омезиши ҷурраи қадкашак бо крипторхизм.

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

Усулҳо ва таҷҳизоти истифодашуда. Ба беморон санчишҳои УЗИ, УЗДГ, томографияи компютерӣ, муоинаи морфологии дарвозаҳои ҷурра ва ҷуррахалта, инчунин скрининги ҳормонҳои асосии ҷинсӣ гузаронида шуданд. Дар асоси саволномаи MOS SF-36 таҳлил ва арзёбии тағироти сифати зиндагии беморон гузаронида шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигарии онҳо. Муносибати дифференсиалӣ барои тармими ҷурра бо истифода аз усулҳои муосири ташхис ва табобат талаботи асосии ҳерниологияи муосир мебошад. Усули ҷарроҳӣ ҷурраҳои такроршавандаи қадкашак дар мардон бо истифода аз усули омехта беҳтар карда шудааст, ки моҳияти он дар тармими канали қадкашак бо истифода аз флелпи хунтаъминшуда барои ҳифзи танобаки манӣ мебошад (Патенти ҚТ № 1295). Усули ҳифзи элементҳои танобаки манӣ бо флелпи фастсиаливу-ҷарбуғии хунтаъминшуда, ки моҳияти он васеъ озод намудан ва ба зерӣ элементҳои танобаки манӣ гузоштан аст (Патенти ҚТ № 1201). Усули барқарорсозии танобаки манӣ таҳия ва дар амалияи клиникӣ ҷорӣ карда шудааст (Патенти ҚТ № 1509), ки моҳияти он васеъ озод намудани нӯтҳои буридашудаи танобаки манӣ бо гузаронидани ришта ба дохили маҷроҳ ва ташаккули анастомози “нуг ба нуг” зерӣ калонкунии оптикӣ мебошад. Усул облитератсияи дохили танобаки маниро пешгирӣ намуда ва ба ин васила гузароии маҷроҳро таъмин мекунад.

Барои муайян кардани ҷойгиршавии тухмҳо дар ковокии шикам имкониятҳои ултрасадо маҳдуд мебошанд, бинобар ин, ТК гузаронида шуд, ки он дақиқтар мебошад. Барои ҷурраҳои ҳаҷман калон, махсусан такроршавандаи мавзеи қадкашак дар давраҳои пеш ва пас аз ҷарроҳӣ гардиши хун дар рағҳои хунгарди тухмҳо омехта шуд, ки он рӯ ба афзоиш дорад. Истифодаи калонкунии оптикӣ барои ҷурраи ибтидоӣ, такроршаванда ва инчунин омезиши он бо крипторхизм имкон медиҳад, ки сохторҳои анатомии маҷроҳи қадкашакро беҳтар дида, осеби ятрогениро пешгирӣ кунад. Бо истифода аз усулҳои муосири ташхису табобат дар 146 (87,4%) беморон натиҷаҳои хуб ба даст оварда шуд.

Тавсияҳо барои истифодабарӣ. Усулҳои иловагии таҳқиқот барои дуруст муайян намудани андозаи дарвозаи ҷурра, таркиби халтаи ҷурра ва пешгирии оризаҳои гуногун тавсия дода мешавад. Иҷрои амалиёт зерӣ калонкунии оптикӣ аз хатари осеби ятрогении элементҳои танобаки манӣ ва торҳои асаб пешгирӣ мекунад. Усулҳои тармими маҳалли ба ҷурраҳои ибтидоӣ васеъ истифода бурда дар ҳоле, ки ҷурраҳои калон ва шаклҳои такроршаванда истифодаи усулҳои атензиониरो талаб мекунанд.

Соҳаи истифодабарӣ. Ҷарроҳӣ.

ANNOTATION

Khamidov Faridun Marufovich on the topic:

«Optimization of surgical tactics for inguinal hernia in males»

Key words: *inguinal hernia, recurrence, combination of inguinal hernia with cryptorchidism.*

Purpose of the study. The improvement of surgical treatment outcomes for inguinal hernias in males using optical magnification and precision technology.

Research methods. In this dissertation, patients underwent Ultrasound, Doppler ultrasound, Computed Tomography, morphological examination of the hernial orifice and sac, microscopic examination of seminal fluid, and hormonal screening of essential sex hormones in the blood serum. The MOS SF-36 questionnaire was used to analyze and assess changes in patients' quality of life.

The results obtained and their scientific novelty. A differentiated approach to hernioplasty using modern methods of diagnosis and treatment is the main requirement in contemporary herniology. The method of inguinal canal repair in recurrent inguinal hernias in men has been optimized, the essence of which is inguinal canal plastic surgery using vascularized flaps to protect the spermatic cord (Patent TJ № 1295). The use of a vascularized fascial-fat flap is possible, the essence of which consists in the extensive mobilization of blood supplied adipose tissue and its placement beneath (Patent TJ № 1201). The essence of which involves extensive mobilization of the severed ends of the duct, passing a suture through both ends and forming «end to end» anastomosis under optical magnification (Patent TJ № 1509). The technique prevents the development of obliteration of the lumen of the duct and thereby ensures patency of the duct. For testicular retention in the abdominal cavity, when the capabilities of ultrasound are sharply limited, CT diagnostics was used, which was informative. For large, especially recurrent inguinal hernias, blood circulation in the testicular artery was studied in the pre- and postoperative periods and an improvement in blood circulation in the testicles was achieved. The use of optical magnification for primary and recurrent inguinal hernias, as well as the combination of a hernia with cryptorchidism, allows to differentiate the anatomical structures of the inguinal canal and prevent their iatrogenic damage. Using modern diagnostic and treatment methods, 146 (87.4%) patients had good results.

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

Application. Surgery.