

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

УДК 617.55 – 007.43 - 089

*На правах рукописи*



**ХУДОЙДОДОВ ОЯТУЛЛО МАХМАДУЛЛОЕВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ  
БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

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

Душанбе – 2026

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

**Официальные оппоненты:** **Шербек Улугбек Ахрарович** – д.м.н., доцент, заведующий кафедры общей хирургии Самаркандского государственного медицинского университета, г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Азиззода Зубайдулло Абуллоевич** – д.м.н., декан медицинского факультета Таджикского национального университета, Республика Таджикистан

**Ведущая организация:** ГООУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Защита диссертации состоится** «17» «апреля» 2026 г. в «13:00» часов на заседании диссертационного совета 6D. КОА-040 при ГООУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

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

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГООУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино и по электронному адресу: [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан: «\_\_» «\_\_\_\_\_» 2026 года

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



**Али-Заде С.Г.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Грыжи передней брюшной стенки являются одной из наиболее частых патологий, которой присущи развития ряд тяжелых и грозных осложнений [13, с. 8-16; 18, с. 248-255; 26, с. 100-103]. Актуальность данной проблемы, прежде всего, связана с тем, что в последние годы растёт число пациентов с грыжей передней брюшной стенки, причем в большинстве случаев грыженосителями являются люди молодого и трудоспособного возраста [12, с. 97-99; 21, с. 61-65; 34, с. 165-168; 38, с. 203-209]. Вместе с тем широкое использование современных методов диагностики при хирургических патологиях органов брюшной полости и забрюшинного пространства способствовало росту числа операций на органах этих областей [10, с. 101-104; 20, с. 138-150; 23, с. 151-154]. Наряду с увеличением частоты операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства растёт и число послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки [16, с. 19-21; 31, с. 322-328; 32, с. 353-357; 34, с. 165-168]. Вышеизложенное свидетельствует не только о медицинской значимости данной проблемы, но и ее важной социальной значимости.

Среди грыж брюшной стенки наряду с паховыми грыжами нередко встречаются послеоперационные вентральные грыжи, частота которых по данным ряда авторов достигает до 30%. В некоторых работах приводится, что от общего числа операций, выполненных на органах брюшной полости в разные сроки после операции, частота послеоперационных грыж достигает 32% [24, с. 113-117; 29, с. 184-185; 33, с.123-129].

В связи с распространённостью, сложностью течения и длительной предоперационной подготовкой, а также длительной реабилитацией пациентов проблема лечения грыж передней брюшной стенки является одной из актуальных и в то же время сложной задачей современной абдоминальной хирургии. Вместе с тем частые рецидивы патологии, неудовлетворённость

пациентов и рост инвалидизации среди них свидетельствуют о том, что многие аспекты лечения данной проблемы остаются не решёнными [5, с. 236-239; 8, с. 46; 27, с. 309 – 310; 29, с. 184-185]. Неоднократно проведённые неэффективные операции, развитие массивных сращений органов брюшной полости с грыжевыми воротами и грыжевым мешком в конечном итоге заставляют пострадавших сменить свою трудовую деятельность, либо ограничить физический труд. В связи с этим в литературе продолжается поиск путей улучшения результатов операции [4, с.137-139; 30, с. 415-416; 32, с. 355-357; 39, с. 421-426; 43, с. 111-114]. Нерешённые аспекты проблемы в свою очередь подталкивают исследователей на поиск более альтернативных методов лечения.

Хирургическая коррекция грыж передней брюшной стенки требует одновременно решения ряда важнейших проблем в области абдоминальной хирургии. Несмотря на имеющиеся недостатки и большую частоту послеоперационных осложнений и рецидива патологии по сей день традиционные методы лечения имеют множество сторонников [6, с. 19-21; 11, с. 2-5; 22, с. 6-9; 28, с. 452; 40, с. 67].

Стоит отметить, что несмотря на малоутешительные результаты существующих способов пластики грыжевых ворот во многих профильных учреждениях широкую популярность не нашли и ненавязные методы пластики, что связано как с не владением определенного навыка, их использования и дороговизны их для определенного слоя населения [9, с. 101-104; 12, с. 97-99; 29, с. 184-185; 37, с. 85-99].

В литературе последних десятилетий изложено, что имеются множество факторов, которые способствуют развитию различных осложнений в послеоперационном периоде и рецидива патологии. Неадекватная предоперационная подготовка, особенно при больших послеоперационных и рецидивных грыжах, а также гигантских грыжах является главенствующими факторами, которые могут способствовать развитию осложнения и рецидива патологии [7, с. 20-23; 19, с. 42-45; 25, с.

31-34; 31, с. 322-328]. Немаловажное значение имеет выбор метода операции в профилактике развития рецидива и осложнения в послеоперационном периоде. Так, анализ ряда работ показывает, что выполнение традиционных местно-пластических методов операции при первичных и грыж небольших размеров, порою способствуют развитию рецидива патологии. А использование этих методик при грыжах больших размеров, послеоперационных и рецидивных является тактической ошибкой, способствующей развитию ряда осложнений [13, с. 8-16]. Ограниченная возможность ненатяжных методов ликвидации грыж, вернее игнорирование современных методов пластики, являются основными факторами развития ряда послеоперационных осложнений и рецидива патологии [13, с. 8-16].

В последние годы продолжается дискуссия относительно факторов возникновения грыж передней брюшной стенки и при этом разделилось и мнение многих исследователей. Многие авторы в своих работах сообщают о роли дисплазии соединительной ткани в развитии грыж передней брюшной стенки [1, с. 8-9; 5, с. 236-239; 11, с. 2-5]. Авторы утверждают, что: «Нарушение соотношения коллагенов негативно влияя на соединительные ткани, участвующее в репаративных процессах области послеоперационной раны и тем самым способствуют развитию рецидива грыжи» [1, с. 8-9; 11, с. 2-5; 25, с. 31-34].

Таким образом, анализ литературы показывает, что в развитии грыж различных локализаций и размеров играет множество факторов. В одних наблюдениях превалирует один фактор, тогда как в других ситуациях отмечается воздействие множества факторов в развитии этой патологии.

Диагностика первичных, различных вариантов послеоперационных и рецидивных грыж не представляет особых затруднений. Однако, при наличии спаечного процесса, сращения органов брюшной полости с грыжевыми воротами и мешком возникают определенные затруднения в ходе диагностики и обследования этих пациентов. При этом адекватное обследование и тщательно собранный анамнез намного облегчают задачи

хирурга [3, с. 49-54]. Антропометрия с учётом массы тела пациента, наличие ожирения и в ряде случаев метаболического синдрома являются важными в плане обследования и выбора метода операции [22, с.6-9]. Вместе с тем в настоящее время при обследовании больных с грыжами различной локализации и размеров резко расширился диапазон дополнительных методов диагностики. В последние годы исследователи широко начали применять методы рентгенографии и ультразвукового исследования для диагностики при различных формах грыж [23, с. 151-154; 37, с. 85-99].

При использовании УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости в целом можно оценить экзогенную структуру и экзогенность тканей передней брюшной стенки, соотношение органов брюшной полости к грыжевому мешку, состояние апоневроза вокруг грыжевых ворот, наличие грыжевого дефекта. Вместе с тем определение показаний к выполнению симультанной операции при наличии других патологий органов брюшной полости хирургического профиля определяется лишь на основании данных дополнительного метода диагностики [1, с. 13-16; 14, с.66-71].

В настоящее время существует множество разновидностей традиционных и современных методов герниопластики. Анализ литературы показывает, что: «Среди всех разновидностей оперативных вмешательств, выполняемых на органах брюшной полости от общего числа операций, грыжесечение составляет 25%». Использование местно-пластических операций при небольших дефектах грыжевых ворот, когда сшиваются ткани однородного типа, считается наиболее оптимальным вариантом лечения грыж. При этом правильный подход к тем или иным операциям обеспечивает адекватную реабилитацию оперированных больных. Более сложным является коррекция грыж с большим дефектом ворот, где целесообразность использования местных тканей резко суживается. Однако, несмотря на большую частоту послеоперационных осложнений, в частности рецидива грыжи и доступность различных синтетических полимерных материалов для пластики грыжевых ворот по сей день имеется много сторонников

использования местно-пластических операций. Анализ работ ряда авторов показывает, что «Использование натяжных методов пластики при ликвидации грыж больших размеров в 50% случаев осложняется рецидивом грыжи» [17, с. 56 – 66].

Несмотря на возможности современной диагностики с использованием передовой технологии, применение различных вариантов традиционных и современных методов лечения, включая эндоскопических, по сей день результаты лечения вентральных грыж остаются малоутешительными. Анализ источников последних лет показывает, что неуклонно растёт количество послеоперационных осложнений и рецидива патологии [2, с.16-17]. Из данных ряда авторов вытекает, что внедрение ненатяжных методов операции снизило частоту рецидива грыжи до 10%, тогда как этот показатель при использовании местно-пластических натяжных методов пластики дефекта грыжевых ворот достигает свыше 50% [34, с. 784-787; 36, с.263-267].

Однако полиморфизм факторов развития грыж, возможно имеющиеся неизученные другие причины, приводящие к возникновению патологии, взаимосвязь этих факторов независимо от вида операции способствуют рецидиву патологии. Свидетельством этого является тот факт, что не традиционные, не современные методы коррекции грыжевых ворот не могут обеспечивать полное выздоровление пациента и предотвратить развитие рецидива патологии [5, с. 236-239]. В связи с этим нередко пациенты из-за бесперспективности выполненных оперативных вмешательств и рецидива патологии меняют свою профессиональную деятельность, что указывает не только о медицинской, но и важной социальной значимости проблемы [15, с. 5-13; 33, с. 63-69].

Таким образом, применение традиционных и ненатяжных методов операции при ликвидации грыж проводится с учетом вида и объёма грыжевых ворот и немаловажное значение при этом играет объём ранее проведенных операций. Оценка недостаточности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, ликвидация слабых мест

и адекватный выбор метода операции наряду с достижением хороших функциональных результатов, сводит на нет частоту рецидива в послеоперационном периоде. Применение прецизионной техники, оптического увеличения и атравматического шовного материала, как при традиционных, так и не натяжных способах грыжесечения, предотвращая ятрогенное повреждение ряда структур и органов грыжевого мешка, непременно способствует улучшению эстетических и функциональных результатов лечения.

### **Степень научной разработанности изучаемой проблемы.**

Данные литературы показывают, что многие аспекты предоперационной подготовки пациентов с первичными, рецидивными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки, диагностики и лечения остаются малоизученными, в периодической печати встречается много сообщений, направленных на улучшение результатов лечения грыж [21, с. 61-65]. Дискуссии продолжаются вокруг разновидностей синтетических сетчатых протезов, преимуществ и их 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» (утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан № 263 от 30.06.2021г.), «Стратегия охраны здоровья населения Республики Таджикистан на период до 2030 года» (утвержденная 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» (утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан № 676 от 02.11.2012 г.).

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель работы.** Улучшение результатов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки путём оптимизации различных вариантов оперативных вмешательств.

### **Задачи исследования:**

1. Оптимизировать предоперационную подготовку больных с различными видами грыж передней брюшной стенки и изучить этиопатогенетические факторы рецидива патологии.

2. Оценить информативность дополнительных методов исследования в диагностике и выборе тактики лечения больных с различными видами грыжами передней брюшной стенки.

3. Разработать показания к оперативным вмешательствам при различных вариантах грыж передней брюшной стенки.

4. Изучить отдалённые результаты хирургического лечения различных вариантов грыж передней брюшной стенки.

**Объект исследования.** Материал включает 108 больных с первичными, рецидивными и послеоперационными видами грыж передней брюшной стенки, которым были выполнены различные варианты традиционных и современных методов герниопластики.

**Предмет исследования.** Предметом исследования явились первичные, рецидивные, послеоперационные формы грыж передней брюшной стенки. Вместе с тем в работе рассматриваются аспекты предоперационной подготовки, диагностики и вариантов оперативного лечения первичных, рецидивных и послеоперационных видов грыж передней брюшной стенки.

**Научная новизна исследования.** Изучены основные этиопатогенетические факторы развития рецидива грыж передней брюшной стенки. Применением современных диагностических высокоинформативных методов определены объём и размеры грыжевых ворот, соотношение органов брюшной полости к грыжевым воротам и грыжевому мешку, состояние

стенок грыжевых ворот, наличие сопутствующих патологий органов брюшной полости забрюшинного пространства. Проведено патогистологическое изучение стенок грыжевого мешка и окружающих тканей, мышц передней брюшной стенки, определена степень фиброза мягких тканей. С учетом распространенности фиброза тканей вокруг грыжевого мешка определены и предприняты варианты ликвидации грыжевых ворот. В зависимости от наличия сопутствующих патологий органов брюшной полости определены показания к выполнению симультанных операций. Разработан местно-пластический способ ликвидации грыжевого дефекта путем использования многорядными швами.

Разработаны показания к выполнению различных способов пластики грыжевых ворот в зависимости от их размера, состояния тканей вокруг грыжевых ворот и индивидуальных особенностей организма к полимерным сетчатым протезам.

#### **Теоретические и методологические основы исследования.**

Основой для выполнения настоящей работы явились результаты ранее проведенных методов герниопластики грыж передней брюшной стенки, первичных, рецидивных и послеоперационных видов грыж в условиях Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Республики Таджикистан. Основной целью настоящей работы является улучшение результатов хирургического лечения различных вариантов грыж передней брюшной стенки, а также снижение частоты послеоперационных осложнений и рецидива патологии. Поэтапный план работы был построен с учетом цели и задачи настоящей работы. Диссертационная работа изложена на достаточном опыте лечения пациентов с первичными, рецидивными и послеоперационными видами грыжи передней брюшной стенки.

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

1. Выявлено, что традиционные способы операции при лечении грыж передней брюшной стенки сопровождаются большой частотой послеоперационных осложнений и рецидивом, а использование ненатяжных

методов операции по показаниям предупреждает развитие различных осложнений и рецидивов.

2. Установлено, что использование оптического увеличения и прецизионной техники оперирования позволяет наиболее адекватно оценить состояние тканей вокруг грыжевого мешка и определить выбор метода реконструкции в зависимости от полноценности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки.

3. Доказано, что при гигантских грыжах передней брюшной стенки использование ненатяжных методов пластики грыжевых ворот обеспечивает улучшение результатов операции в отдалённые сроки. Показания к использованию ненатяжных методов пластики определяется в зависимости от размеров грыжевого дефекта, состояния местно-пластического материала вокруг грыжевого мешка, частоты рецидива патологии.

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

**Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследования):** область исследования соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D 110117 – Хирургия, которая рассматривает физиологические и патологические процессы, формирующиеся в организме взрослого контингента больных под влиянием оперативных вмешательств, а также разработкой и совершенствованием хирургических методов взрослому контингенту больных.

**Личный вклад** докторанта PhD в исследовании состоит в участии на этапах проведённых исследований, проспективном анализе 51 (47,2%)

пациентов (2016-2024 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 и послеоперационной грыжей передней брюшной стенки.

Ретроспективный анализ 57 (52,8%) медицинских документов (2000-2015 гг.), заполнение специально разработанных для исследования анкет, и клинических карт проводилось автором самостоятельно.

**Апробация и реализация результатов диссертации.** Основные результаты исследований опубликованы в 12 научных работах, из которых 7 напечатаны в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией при Президенте республики Таджикистан, 5 научные работы 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); Материалы международной научно-практической конференции ГОУ «Хатлонский государственный медицинский университет» (1-ая годовичная), посвящённой «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» (Дангара, 2020); «Современная медицина и фармацевтика: новые подходы и актуальные исследования». Материалы 75-ой Международной научно-практической конференции студентов-медиков и молодых учёных (Самарканд, 2021); «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений». XVI научно-практической конференции молодых учёных и студентов (Душанбе, 2021); 76-я международная конференция студентов медицинских вузов и молодых ученых (Самарканд 2022). «Актуальные вопросы современных научных исследований». Материалы XVII научно-практической конференции молодых ученых и студентов (Душанбе, 2022); «Достижения фундаментальной прикладной медицины и фармации».

Сборник материалов 77-й международной научно-практической конференции (Самарканд, 2023).

**Публикации по теме диссертации.** Основные результаты исследования изложены в 12 печатных работах, 7 из которых опубликованы в рецензируемых научных журналах и изданиях, определённых ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получено 2 патента на изобретение.

**Структура и объём диссертации.** Диссертационная работа состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, материала и методов исследования, хирургического лечения, изучения результатов хирургического лечения, обсуждения полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 140 источников, в том числе 84 работы на русском и 56 на иностранных языках. Текст диссертации изложен на 160 страницах машинописного текста, иллюстрирован 23 таблицами, 39 рисунками и схемами.

**Материал и методы исследования.** Работа основана на анализе хирургического лечения 108 пациентов с грыжами передней брюшной стенки, которые находились в отделениях ГУ “Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии” города Душанбе за период с 2000 по 2024 годы. С учетом клинического проявления, сложности диагностики, вида грыжи и выбора способа операции больные были распределены на 3 клинические группы (Таблица 1).

**Таблица 1. - Распределение больных на клинические группы в зависимости от вида патологии**

<b>Вид патологии</b>	<b>Кол-во больных</b>	<b>%</b>
Первичные грыжи передней брюшной стенки	16	14,8
Послеоперационные грыжи передней брюшной стенки	59	54,6
Рецидивные грыжи передней брюшной стенки	33	30,6
Всего	108	100

В большинстве случаев (54,6%) у пациентов имели место послеоперационные грыжи, что связано с увеличением частоты операций на органах брюшной полости и в ряде случаев развития раневых гнойно-

воспалительных осложнений в послеоперационном периоде. Было установлено, что послеоперационные грыжи у 83,2% пациентов появились после осуществления операции в плановом порядке (Таблица 2).

У 51% пациентов анамнестические данные показали, что грыжи развились после холецистэктомии, осуществленной по поводу хронического калькулёзного холецистита, причём всем больным были осуществлены традиционные операции. Развитие грыжи у 23 пациентов отмечалось после выполнения неотложных операций, что составило 39%.

**Таблица 2 - Частота послеоперационных грыж после операций на органах брюшной полости**

Название патологии	Кол-во больных	%
Хронический калькулёзный холецистит	30	51
Миома матки	10	17
Острая кишечная непроходимость	5	8
Острый аппендицит	5	8
Внематочная беременность	4	7
Пилоростеноз язвенной этиологии	3	5
Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	1	2
Синдром Лериша	1	2
<b>Всего</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Наиболее сложную группу составили пациенты с рецидивными грыжами живота (33), которым до поступления в РНЦССХ было осуществлено от одного до 6 раз грыжесечение. Была изучена частота рецидива грыжи в зависимости от способа грыжесечения (Таблица 3).

**Таблица 3. - Частота рецидива грыжи в зависимости от способа пластики грыжевых ворот**

Способ операции	Кол-во больных	%
Способ пластики по Мейо	6	18
Способ пластики по Монакову	3	9
Способ пластики по Сапежко	15	45
Ненатяжная герниопластика	6	18
Комбинированная герниопластика	3	9
<b>Итого</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

В абсолютном большинстве случаев (72,7%) рецидив грыжи имел место после осуществления традиционных способов операции, среди которых наиболее часто был использован способ герниопластики по Сапежко.

Обращаемость больных с грыжами живота в последние годы имеет явную тенденцию к увеличению. Было установлено, что с 2000 по 2010 годы обратило 40 больных (37%), тогда как с 2011 по 2024 годы количество поступивших с грыжами передней брюшной стенки стало равным 69 (63%).

Часто патология встречалась у женщин, среди 108 пациентов грыжи живота были диагностированы в 85,1% случаев. Средний возраст пациентов в зависимости от вида грыжи варьировал от  $47,1 \pm 3,1$  до  $51,7 \pm 1,6$ . Показатели среднего возраста и веса больных в зависимости от вида грыжи приведены в Таблице 4.

**Таблица 4. - Показатели среднего возраста и веса у больных с грыжами живота**

Параметр	Первичные грыжи (n=16)	Послеоперационные грыжи(n=59)	Рецидивные грыжи(n=33)	P
Ширина грыжи	$8,6 \pm 1,2$	$7,5 \pm 0,6$	$8,9 \pm 0,8$	$>0,05$
Высота грыжи	$7,9 \pm 1,0$	$5,8 \pm 0,3$	$8,0 \pm 0,8$	$>0,05$
Средний вес	$84,9 \pm 5,1$	$82,8 \pm 1,6$	$83,3 \pm 2,1$	$>0,05$
Средний возраст	$47,1 \pm 3,1$	$51,7 \pm 1,6$	$50,5 \pm 1,5$	$>0,05$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса)

С учетом клинического проявления, использования различных методов операции по отдельности в разделе работы приведены сведения относительно видов грыж.

В первую клиническую группу были включены 16 пациентов с первичными грыжами передней брюшной стенки. Среди них женщин было 13 (81,2%), мужчин -3 (18,8%). От общего числа больных в возрасте свыше 50 лет были госпитализированы 8 пациентов, что составило 50%. У 10 пациентов были выявлены сопутствующие патологии: желчнокаменная болезнь (3), ожирение (3), гипертоническая болезнь (1), ишемическая болезнь сердца (1) и миома матки (2).

Среди 59 пациентов второй клинической группы женщин было 48 (81,3%), мужчин – 11 (18,7%), средний возраст составил  $51,7 \pm 1,6$  лет. Сопутствующие патологии, требующие выполнения симультанной операции,

были выявлены у 2 пациентов. У пациентов с ожирением (13), показатели среднего веса составили  $82,8 \pm 1,6$  кг.

Среди 33 пациентов с рецидивными грыжами (III группа) средний возраст стал равным  $50,5 \pm 1,5$  лет, средний вес составил  $83,3 \pm 2,1$  кг, сопутствующие патологии имели место у 13 (39,3%) пациентов. В 55% наблюдений размеры грыжевых ворот соответствовали параметрам W3 и W4, было связано с частым рецидивом патологии.

С учетом вида грыжи, дефектов грыжевых ворот и наличия сопутствующих, особенно соматических патологий (ожирение, сахарный диабет, ИБС, гипертоническая болезнь) важным явилась оптимизация предоперационной подготовки. Мероприятия были направлены на снижение веса, адаптации брюшной полости к ишемии, стабилизации уровня сахара. Длительной была предоперационная подготовка у больных страдающих ожирением. Показатели веса при ожирении разной степени до и после подготовки пациентов приведены в таблице 5.

**Таблица 5. - Величины среднего веса при ожирении до и после предоперационной подготовки (n=108).**

Вид патологии	Кол-во больных	Средний вес		P
		до подготовки	после подготовки	
Первичные вентральные грыжи	16	$91,6 \pm 4,9$	$84,9 \pm 5,1$	<0,001
Послеоперационные вентральные грыжи	59	$89,7 \pm 1,6$	$82,8 \pm 1,6$	<0,001
Рецидивные вентральные грыжи	33	$88,9 \pm 2,0$	$83,3 \pm 2,1$	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после подготовки (по T-критерию Вилкоксона)

Меры были эффективными во всех случаях, при которых разница в показателях до и после подготовки варьировала от  $5,6 \pm 0,2$  кг до  $6,9 \pm 0,1$  кг.

Выбор метода операции при коррекции больших и гигантских грыж живота и исход операции во многом зависел от величины внутрибрюшного давления, градации давления до и после пластики грыжевых ворот приведены в таблице 6. Показатели внутрибрюшного давления измерялись непрямым способом, путем вставления в мочевого пузырь катет Фоллея.

**Таблица 6. - Измерение градиента внутрибрюшного давления**

Вид грыжи	Градиент внутрибрюшного давления, мм рт.ст			
	В норме (ср. величина)	До пластики грыжевых ворот	После пластики грыжевых ворот	P
Первичные (n-16)	7,9±1,1	11,2±1,7*	13,2±2,2*	<0,05
Послеоперационные(n-59)		11,9±1,8*	14,1±2,3**	<0,05
Рецидивные(n-33)		12,3±2,1*	14,8±2,4**	<0,05

*Примечание: p – статистическая значимость различия показателей до и после пластики грыжевых ворот (по T-критерию Вилкоксона); \*p<0,01, \*\*p<0,001 – при сравнении с показателями нормы (по U-критерию Манна-Уитни)*

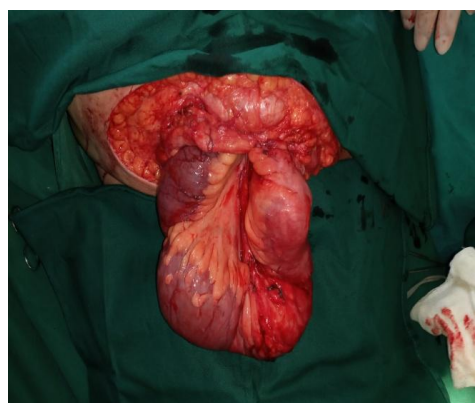
Наиболее заметные изменения в градиенте внутрибрюшного давления имели место у больных с послеоперационными и рецидивными грыжами. С учетом полученных показателей выбор способа операции расширился от местно-пластических до ненатяжных.

При осуществлении пластики грыжевых ворот имели значения размеры грыжевых ворот, частота рецидива патологии и сопутствующие заболевания.

При небольших размерах ворот, состоятельности мышечно-апоневротической структуры передней брюшной стенки в 12 (75%) случаях больным была предпринята традиционная пластика грыжевых ворот с использованием местно-пластического ресурса. Мобилизация грыжевого мешка под оптическим увеличением позволяла адекватно мобилизовать апоневроз вокруг мешка и оценить его состоятельность (Рис.1). В связи с тем, что в большинстве случаев содержимым мешка оказались петли кишечника (Рис.2), применение оптического увеличения предотвращало ятрогенное повреждение кишечника.



**Рисунок 1. - Мобилизация ГМ**



**Рисунок 2. – Петля тонкого кишечника**

Кровоточивость краёв апоневроза после экономной резекции свидетельствовала относительно состоятельности последней и оптимальным считалась пластика грыжевых ворот местно-пластическим ресурсом.

Комбинированная пластика ворот с размещением протеза on lay способом была выполнена в 2 (12,5%) и в 2 остальных наблюдениях, когда размеры ворот превышали 15 см, была осуществлена ненатяжная герниопластика inlay способом размещения протеза. Симультанные операции были выявлены в 5 (31%) наблюдениях.

Сложности выбора метода операции при лечении больных второй клинической группы (59) были связаны с протяженными дефектами апоневроза передней брюшной стенки (10). Сложности были связаны со сращением органов брюшной полости с истонченной кожей, которые требовали расширения методов диагностики. Кроме клинико-анамнестических данных в учет брали данные, полученные при УЗИ (Рис. 3) и КТ (Рис 4).



Рисунок. 3. – Размеры дефекта апоневроза      Рисунок. 4. – Содержимое грыжевого мешка

В 66,1% наблюдений у пациентов имели место большие (33,8%) и гигантские (32,3%) грыжи, которые требовали особого подхода. Разновидности операции при коррекции грыж приведены в Таблице 7.

**Таблица 7.- Виды операции при коррекции послеоперационных грыж**

Вид операции	Размеры грыжи				Кол-во бол-х	%
	W1(n=8)	W2(n=12)	W3(n=20)	W4(n=19)		
Традиционная	6	9	4	-	19	32
Ненатяжная	-	-	-	10	10	17
Комбинированная	2	3	16	9	30	51
<b>Всего</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Ненатяжные способы операции с размещением протезов in lay способом были осуществлены при грыжах, соответствующих параметрам W4 в 10 наблюдениях. При комбинированных способах операции размещение протезов осуществили onlay способом.

Особо сложной явилась коррекция рецидивных грыж пациентам III клинической группы (33). Сложности были связаны со следующими факторами: 54,5% больные находились в возрасте свыше 50 лет, 39,3% больные с сопутствующими заболеваниями составили группу риска, рецидив 2 раза и более имелся у 39,3% пациентов. В 13 наблюдениях герниопластика осуществлялась способом абдоминопластики. Традиционная герниопластика осуществлялась 13, комбинированная -15 пациентам. Ненатяжные способы пластики грыжевых ворот при гигантских размерах грыжи были выполнены 5 пациентам.

При коррекции грыжи, когда отмечалась несостоятельность мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, был предложен способ укрепления передней брюшной стенки (патент №ТJ 1141 от 2 марта 2020 года). Суть методики заключается в пластике ворот и укреплении всей передней брюшной стенки полиспадными швами (Рис.5-6).



Рисунок 5. -Грыжа, несостоятельность брюшной стенки



Рисунок 6.- Герниопластика, укрепление брюшной стенки

При коррекции рецидивных грыж, когда предпринималась ненатяжная пластика (5) использование грыжевого мешка (листка брюшины) как преграда между органами брюшной полости и протезом считалось

оптимальным вариантом ненатяжной пластики, который был выполнен 2 пациентам. При этом был предложен способ дубликатуры брюшины при гигантских невосприимчивых грыжах живота (патент №ТЖ 1562 от 16 мая 2024 года). Суть методики заключается в разделении грыжевого мешка (листка брюшины) и подшивание его по краю дефекта апоневроза, тем самым полностью изолируются органы брюшной полости. Поверх листка брюшины укладывается протез, другой листок брюшины ушивается поверх протеза. Таким образом, осуществляется ненатяжная пластика дефекта при отсутствии контакта протеза, как с органами брюшной полости, так и подкожно-жировой клетчатки.

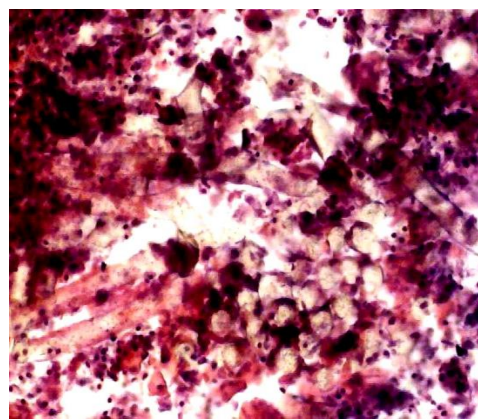
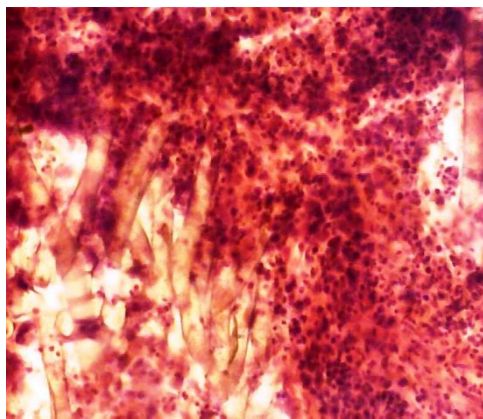
В остальных 3 наблюдениях пластика ворот осуществилась in lay способом размещения композитного эндопротеза.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В зависимости от состояния местно-пластического ресурса, размеров грыжевых ворот, возраста больных, а также вида сопутствующих патологий в одних случаях выполнялись местно-пластические операции, другие ситуации требовали выполнения комбинированных и ненатяжных способов пластики грыжевых ворот. Результаты операции зависели от вида пластики, возраста и сроков грыженосительства. Немаловажное значение имели частота рецидива и характер сопутствующих заболеваний. Виды использованных операций коренным образом отличались друг от друга и имели непосредственное влияние на исходы реконструкции.

Важным в плане предотвращения рецидива патологии явилась адекватная оценка структур вокруг дефекта. При изучении результатов биопсии апоневроза и фиброзно-измененной части, прилегающей к грыжевым воротам прямой мышцы, были получены выраженные дегенеративные изменения. Выявлена очаговая атрофия, очаги фиброзной ткани в большей части материала и наиболее тяжелые изменения локализовались по краям мышцы и апоневроза. Образование фиброзной ткани с дистрофическими изменениями свидетельствовало относительно

несостоятельности структур для местной пластики (Рис.7). В срезах мышцы были выявлены расширенные сосуды. В верхушке брюшины, где имелся постоянный контакт содержимого мешка с куполом брюшинного мешка, отмечалась атрофия с очагами некробиоза, фиброзное перерождение стенки сосудов (Рис.8).



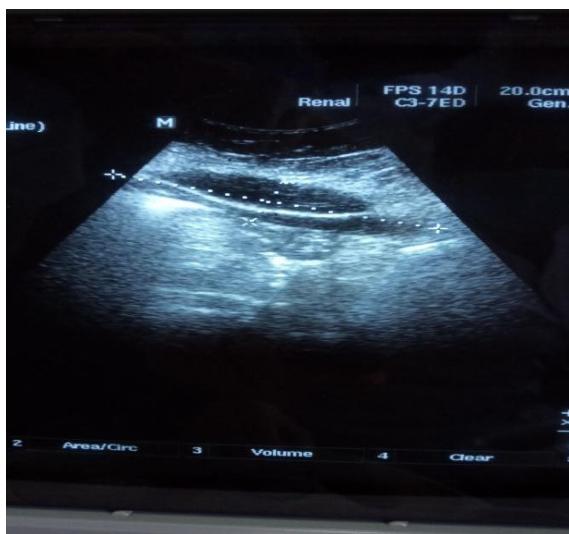
<p><b>Рисунок 7.- Образование фиброза тканей</b></p>	<p><b>Рисунок 8.- Атрофия с очагами некробиоза</b></p>
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

В трех клинических группах грозными в ближайшие дни после операции явились раневые гнойно-септические осложнения, которые были отмечены у 12,9% больных. Серома имела место у 7,4%, нагноение раны – у 5,5% пациентов.

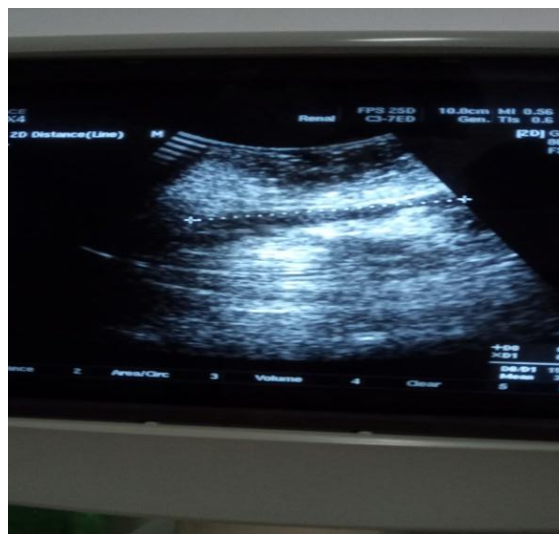
Серома у больных после коррекции первичных грыж имела у 2 пациентов, своевременная диагностика и эвакуация дала положительный эффект. Нагноение раны в этой группе отмечалось у одного пациента, которое несколько удлиняло сроки пребывания больного в стационаре.

Отдалённые результаты в этой группе изучались у 14 (87,5%) больных. В 75% случаев были получены хорошие и 19% опрошенных были удовлетворены результатом операции, рецидив грыжи у одного пациента (6%) считался как неудовлетворительный результат. В отдалённые сроки после операции хроническая болевая симптоматика имела у 3 пациентов после традиционных (2) и комбинированных (1) способов пластики грыжевых ворот.

Среди 59 больных с послеоперационными грыжами (II клиническая группа) раневые осложнения имели место у 7 (11,8%) пациентов. Серома после традиционной пластики имелась у 3 и в одном наблюдении больному была выполнена комбинированная пластика. В последнем случае при УЗИ над сеткой отмечалось скопление более 100 мл жидкости (Рис. 9), под контролем УЗИ была осуществлена, на 7 сутки скопление жидкости не было обнаружено (Рис 10.).



**Рисунок 9. –УЗИ сканограмма скопление жидкости над сеткой**



**Рисунок 10. - УЗИ сканограмма после пункции**

После традиционной (2) и комбинированной (1) пластики ворот нагноение раны отмечалось в 3 наблюдениях. Некроз раны с нагноением после комбинированной пластики с образованием мягкотканого дефекта продлил реабилитацию в течение более 3 месяцев, но в отдалённый период рецидив не отмечался.

Отдалённые результаты пластики грыжевых ворот изучались у 48 (81,3%) из 59 пациентов II клинической группы. В 76,3% случаев были получены хорошие, в 15,3% - удовлетворительные результаты. Рецидив патологии в 5 (8,4%) наблюдениях отрицательно влиял на качество жизни больных. Показатель из общего числа послеоперационный грыж (59) остаётся высоким, но если его вычитать из общего числа больных (108) величина 4,6% соответствует данным литературы.

Как было указано выше, среди 33 пациентов III клинической группы сопутствующие патологии были выявлены в 13 наблюдениях, и эти пациенты составили группу риска. Вместе с тем имелся риск развития раневых инфекций и других нежелательных осложнений, связанный с использованием синтетических протезов, которые были применены в 20 (60,6%) случаях.

Более серьёзным осложнением в ранние дни после коррекции рецидива грыжи явилась серома в поверхности композитной сетки в количестве более 80мл. Под контролем УЗИ выполнялась эвакуация жидкости с хорошим эффектом.

Грозным осложнением явилось нагноение раны у 2 пациентов после выполнения комбинированной пластики, но санация раны, смена антибиотиков дали положительный результат. Сроки пребывания этих больных в стационаре несколько удлинились. В одном наблюдении краевой некроз кожи явился причиной развития протяженного мягкотканого дефекта, что способствовало рецидиву грыжи в последующем.

Развитие раневых гнойно-воспалительных осложнений в ранние дни после операции считается грозным осложнением, которое негативно может повлиять на исходы операции. Особенно тяжелые последствия раневой инфекции встречаются при использовании синтетических эндопротезов, но своевременная диагностика и лечение раневой инфекции в большинстве случаев дает положительный эффект.

Отдалённые результаты герниопластики у больных с рецидивными грыжами (33) были изучены в сроки от 6 месяцев до 5 лет у 28 (84,8%) пациентов. Хорошие результаты отмечались у 72,7%, удовлетворительные – у 18,2% опрошенных больных. Неудовлетворительные результаты, полученные у 3 пациентов, составили 8,3%, т.е. рецидив грыжи негативно повлиял на качество жизни оперированных больных. Повторная пластика осуществилась 2 пациентам с хорошим отдалённым результатом. В одном наблюдении больной от предложенной повторной операции отказался.

Балльная оценка результатов герниопластики базировалась на изучении нескольких критериев. Критериями хороших результатов считались отсутствие болевой симптоматики и дискомфорта, эстетическая удовлетворенность пациента и отсутствие рецидива в отдалённые сроки после пластики грыжевых ворот. Отсутствие рецидива грыжи, хронический болевой синдром, дискомфорт явились критериями удовлетворительных результатов. Рецидив грыжи, постоянный болевой синдром, дискомфорт и эстетическая неудовлетворенность пациента считались как неудовлетворительный результат операции.

В итоге можно предположить, что результаты операции зависят от ряда факторов. Несостоятельность мышечно-апоневротического слоя, связанная с многократными операциями, выполнение традиционной пластики, использование несоразмерных протезов, развитие раневых осложнений являются факторами, способствующими рецидиву патологии. Ранняя диагностика раневых осложнений, адекватная санация, выбор оптимального способа операции при рецидиве грыжи позволяет достичь удовлетворительных результатов, положительно влияет на качество жизни пациентов.

## **ВЫВОДЫ**

1. Адекватно проведенная предоперационная подготовка, коррекция и устранение сопутствующих заболеваний положительно влияет на результаты выполненных герниопластик. Было выявлено, что в 4,6% наблюдений рецидив грыжи развивался после традиционных способов пластики грыжевых ворот [1- А, 2- А, 9-А, 10-А].
2. Использование УЗИ и КТ позволило определить размеры грыжевых ворот, содержимое грыжевого мешка, состояние мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде более информативным для диагностики раневых гнойно-воспалительных осложнений явилось УЗИ [3-А, 11-А].

3. При состоятельности мышечно-апоневротического слоя у больных с грыжами малых и средних размеров была показана традиционная пластика грыжевых ворот, комбинированные и ненатяжные способы были использованы при грыжах больших и гигантских размеров. Были разработаны способ укрепления передней брюшной стенки при несостоятельности мышечно-апоневротического слоя и способ дубликатуры брюшины при лечении больных с большими гигантскими грыжами живота [5-А, 8 – А].

4. Адекватная оценка степени состоятельности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, оптимальный выбор различных операций во многом определяют и исход операции. В зависимости от оптимально выбранного способа операции хорошие отдалённые результаты были получены у 75%, удовлетворительные – у 16,6% и неудовлетворительные – у 8,4 % больных [4-А, 7-А, 12-А].

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Предоперационная подготовка больных с различными видами вентральных грыж должна осуществляться независимо от объёма грыжи во всех наблюдениях.
2. При диагностике вентральных грыж, наряду с объективными критериями, необходимо широкое использование дополнительных методов диагностики, в частности УЗИ, КТ и МРТ.
3. Выбор метода операции при вентральных грыжах должен основываться с учетом вида грыжи, частоты рецидива патологии и размеров грыжевых ворот.
4. Морфологическое исследование грыжевого мешка и мышечно-апоневротического слоя позволяет провести дифференциальную диагностику между первичными, рецидивными и послеоперационными грыжами передней брюшной стенки.

5. Достижения функциональных результатов после герниопластики во многом зависит от выбора оптимального способа операции, профилактики различных раневых осложнений в ближайший послеоперационный период.

**Публикации по теме диссертации**  
**Статьи в рецензируемых журналах**

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

[2-А]. Худойдодов О.М. Хирургическая тактика при гигантских грыжах передней брюшной стенки [Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Ф.М. Хомидов, Н.А. Махмадкулова //-Вестник Авиценны. -2021. - №2(23). С.251-61.

[3-А]. Худойдодов О.М. Факторы развития рецидивных вентральных грыж. [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадкулова//. - Вестник Авиценны. – 2021.-. №3(23). – С.410-417.

[4-А]. Худойдодов О.М. Раневые гнойно-воспалительные осложнения после ненатяжной герниопластики[Текст]/ М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, Н.А. Махмадкуллова [и др.]// -Вестник Авиценны. -2022. - № 4.-с. 532-540.

[5-А]. Худойдодов О.М. Хирургическое лечение больших рецидивных вентральных грыж[Текст]/О.М. Худойдодов // - Авчи Зухал. – 2023. - № 2.– с. 142-148.

[6-А]. Худойдодов О.М. Хирургическая тактика при коррекции больших и гигантских рецидивных вентральных грыж [Текст]// О.М. Худойдодов, М.Х. Маликов [и др.] //- Журнал Симург. -2023. -№18(2). - с. 23-31.

[7-А]. Худойдодов О.М. Выбор способа герниопластики в зависимости от величины внутрибрюшной гипертензии. [Текст]/ О.М. Худойдодов//- Журнал Здравоохранения Таджикистана. - 2024. - №3(362). - с.11-19.

**Статьи и тезисы в сборниках конференции**

[8-А]. Худойдодов О.М. Предоперационная подготовка больных с боковыми грыжами живота. [Текст] /И.Т. Хомидов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки - Душанбе, - 2020 - с.253

[9-А]. Худойдодов О.М. Оптимизация хирургического лечения вентральных грыж живота [Текст] /О.М. Худойдодов, Хамидов Ф. М, И.Т. Хомидов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки - Душанбе, - 2020 - с. 255.

[10-А]. Худойдодов О.М. Результаты герниопластики у пациентов с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки [Текст]/ О.М. Худойдодов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов// Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр. конф. мол. уч. и студ.- Душанбе. - 2021 - с.192-193.

[11-А]. Худойдодов О.М. Тактика при гигантских послеоперационных грыжах передней брюшной стенки /О.М. Худойдодов, Ф.А. Джаборов, С.Х. Хайдаров// Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки// Мат. XV межд. Науч. практ. конференции мол. уч. – 2020. – с. 254.

[12-А]. Худойдодов О.М. Ближайшие результаты хирургического лечения первичных, послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки//О.М. Худойдодов, Ф.Б. Бокиев, И.Т. Хомидов.// Мат. 76-межд. науч.-практич. конф. мол. уч. “Достижения фундаментальной, прикладной медицины и фармации”. – Самарканд. - 2022. - С.484-485.

#### **Патенты на изобретения**

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

2. «Способ дубликатуры брюшины при гигантских невосправляемых грыжах живота» Малый патент №ТJ1562 Заявление №2401958, Саидов М.С., Маликов М.Х., Бокиев Ф.Б., Худойдодов О.М., Махмадкулова Н.А., Каримзаде Г.Дж.

### Список сокращений, условных обозначений

БП	- брюшная полость
ГВ	- грыжевое ворота
ГМ	- грыжевой мешок
ГП	- герниопластика
ГПБС	- грыжа передней брюшной стенки
ГС	- грыжесечение
КТ	- компьютерная томография
НКМЖ	- наружная косая мышца живота
ППБС	- Послеоперационные грыжи передней брюшной стенки
ПМЖ	- прямая мышца живота
ТГМУ	- Таджикский государственный медицинский университет
РНЦССХ	- Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
РГПБС	- Рецидивные грыжи передней брюшной стенки
УЗДАС	- Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
УЗИ	- Ультразвуковое исследование
ФВД	- Функция внешнего дыхания
ЦДС	- Цветное дуплексное сканирование

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

ВБД: 617.55 – 007.43 - 089

*Бо ҳуқуқи дастнавис*



**ХУДОЙДОДОВ ОЯТУЛЛО МАҲМАДУЛЛОЕВИЧ**

**ОПТИМИЗАТСИЯИ ТАКТИКАИ ҶАРРОҲИИ ҶУРРАҲОИ  
ДЕВОРАИ ПЕШИ ШИКАМ**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии  
доктори фалсафа (PhD) - доктор аз рӯи ихтисоси  
6D110117 - Ҷарроҳӣ

Душанбе - 2026

Диссертасия 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, мудир кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №2 ба номи академик Усманов Н.У. МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:** **Шербек Улугбек Ахрарович** – д.и.т., дотсент, мудир кафедраи ҷарроҳии умумии Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд, ш. Самарқанд, Ҷумҳурии Узбекистон

**Азизода Зубайдулло Абдулло** – д.и.т., декани факултети тиббии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, Ҷумҳурии Тоҷикистон

**Муассисаи тақриздиханда** МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баиъди-дипломӣ дар соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Ҳимояи диссертатсия** санаи «17» апрели соли 2026 соати «13:00» 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 илмӣи шурои диссертатсионӣ,**  
н.и.т., дотсент



Али-Заде С.Г.

## МУҚАДДИМА

**Мубрамии мавзуи таҳқиқот.** Чурраҳои девораи пеши шикам яке аз патологияҳои зиёд дучоршаванда мебошанд, ки барояшон пайдо шудани як қатор оризаҳои вазнин ва шадид хос мебошанд [13, с. 8-16; 18, с. 248-255; 26, с. 100-103]. Мубрамии проблемаи мазкур, пеш аз ҳама, ба он вобаста аст, ки солҳои охир миқдори беморони гирифтори чурраи пеши девораи шикам афзоиш ёфта, дар аксари мавридҳо ҳомилони чурраҷавонон ва синну соли қобили меҳнат мебошанд [12, с. 97-99; 21, с. 61-65; 34, с. 165-168; 38, с. 203-209]. Дар баробари ин, истифодаи густурдаи усулҳои муосири ташхис ҳангоми патологияҳои ҷарроҳишавандаи узвҳои ковокии шикам ва фазои ретроперитонеалӣ (паситушӣ) барои зиёд шудани ҷарроҳии узвҳои ин минтақаҳо мусоидат кардааст [9, с. 101-104; 20, с. 138-150; 23, с. 151-154]. Дар баробари зиёд шудани ҷарроҳии узвҳои шикам ва фазои ретроперитонеалӣ, шумораи чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такрории девораи пеши шикам низ меафзояд. [16, с. 19-21; 31, с. 322-328; 32, с. 353-357; 34, с. 165-168]. Гуфтаҳои боло на танҳо аз аҳамияти тиббии ин проблема, балки аз аҳамияти бузурги иҷтимоӣ доштани он низ гувоҳӣ медиҳад.

Дар байни чурраҳои девораи шикам, дар баробари чурраҳои қадкашак, чурраи пас аз ҷарроҳии рӯда низ ба мушоҳида мерасад, ки ба андешаи баъзе муҳаққиқон, басомади он 30% -ро ташкил медиҳад. Баъзе тадқиқотҳо нишон медиҳанд, ки аз шумораи умумии амалиётҳо дар узвҳои ковокии шикам дар муҳлатҳои гуногун пас аз ҷарроҳӣ, басомади пайдо шудани чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ ба 32% мерасад [24, с. 113-117; 29, с. 184-185; 33, с.123-129].

Аз сабаби паҳншавӣ, мураккабии ҷараён ва омодагии тӯлонии пеш аз ҷарроҳӣ, инчунин барқарорсозии тӯлонии беморон, табобати чурраҳои девораи пеши шикам яке аз масъалаҳои мубрам ва дар айни замон вазифаи душвор дар ҷарроҳии муосир ба ҳисоб меравад. Аммо

такроршавиҳои зуд-зуди беморӣ, қаноатманд набудани беморон, афзоиши маъюбшавӣ дар байни беморон нишон медиҳад, ки бисёр ҷанбаҳои табобати ин мушкили ҳанӯз ҳалношуда боқӣ мондаанд [5, с. 236-239; 8, с. 46; 27, с. 309 – 310; 29, с. 184-185]. Ҷарроҳиҳои такрорӣ бесамар ва пайдо шудани часпидагиҳои азими узвҳои шикам бо сӯроҳии чурра ва халтаи чурра, дар ниҳояти қор осебдидагонро маҷбур мекунад, ки фаъолияти қорро худро иваз кунанд, ё меҳнати ҷисмонӣ худро маҳдуд созанд. Аз ин рӯ, адабиётҳои илмӣ ҷустуҷӯи роҳҳои беҳтар кардани натиҷаҳои ҷарроҳӣ идома дорад [4, с.137-139; 30, с. 415-416; 32, с. 355-357; 39, с. 421-426; 43, с. 111-114]. Ҷанбаҳои ҳалношудаи мушкилот, дар навбати худ, муҳаққиқонро ба ҷустуҷӯи усулҳои алтернативии табобат водор месозанд.

Ислоҳи ҷарроҳии чурраҳои девораи пеши шикам, ҳамзамон ҳалли якҷанд масъалаҳои муҳимро дар соҳаи ҷарроҳии шикам талаб мекунад. Сарфи назар аз камбудии мавҷуда ва басомади баланди оризаҳои баланди пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии беморӣ пас аз ҷарроҳӣ, усулҳои анъанавии табобат то ҳол ҷонибдорони зиёде доранд [6, с. 19-21; 11, с. 2-5; 22, с. 6-9; 28, с. 452; 40, с. 67].

Қайд кардан ба маврид аст, ки сарфи назар аз натиҷаҳои кам умедворкунанда усулҳои мавҷудаи таъмири сӯроҳии чурра, дар бисёр муассисаҳои соҳавӣ усулҳои ғайрикашишии пластикӣ маъруфияти васеъ пайдо накардаанд, ки ин аз надоштани малакаи муайян дар истифода кардани онҳо ва арзиши баланди онҳо барои як қисми муайяни аҳоли вобаста аст [9, с. 101-104; 12, с. 97-99; 29, с. 184-185; 37, с. 85-99].

Дар адабиёти даҳсолаҳои охир нишон дода шудааст, ки омилҳои сершуморе мавҷуданд, ки барои пайдо шудани оризаҳои гуногун дар давраи баъдиҷарроҳӣ ва такроршавии патология мусоидат мекунад. Омодагии номуносиби пеш аз ҷарроҳӣ, махсусан, барои чурраҳои калони баъдиҷарроҳӣ ва такроршаванда, инчунин чурраҳои азим,

омилҳои асосие мебошанд, ки метавонанд ба пайдо шудани оризаҳо ва такроршавии патология мусоидат кунанд [7, с. 20-23; 19, с. 42-45; 25, с. 31-34; 31, с. 322-328].

Интихоби усули ҷарроҳӣ барои пешгирӣ кардани такроршавии ва оризаҳо дар давраи баъдиҷарроҳӣ муҳим аст. Масалан, таҳлили якчанд таҳқиқот нишон медиҳад, ки иҷро кардани усулҳои анъанавии ҷарроҳии пластикии маҳаллӣ барои ҷурраҳои аввалия ва андозаашон хурд баъзан ба пайдо шудани такроршавии беморӣ мусоидат мекунад. Маҳдуд кардани истифодаи ин усулҳо дар ҷурраҳои андозаашон калонтар, баъдиҷарроҳӣ ва такроршаванда хатои тактикӣ ба ҳисоб меравад, ки барои пайдо шудани як қатор оризаҳо мусоидат мекунад [13, с. 8-16]. Дастрасии маҳдуди усулҳои ғайрикашиши аз байн бурдани ҷурра бидуни шиддат, ё аниқтараш нодида гирифтани усулҳои муосири ҷарроҳии пластикӣ, омилҳои асосии пайдо шудани як қатор оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии беморӣ ба ҳисоб мераванд [13, с. 8-16].

Дар солҳои охир, баҳсҳо дар бораи омилҳои, ки боиси пайдо шудани ҷурраҳои девораи пеши шикам мешаванд, идома ёфтанд ва андешаҳои бисёре аз муҳаққиқон фарқ мекарданд. Бисёре аз муаллифон дар таҳқиқоти худ оид ба нақши дисплазияи бофтаи пайвандкунанда дар пайдо шудани ҷурраҳои девораи пеши шикам маълумот додаанд [1, с. 8-9; 5, с. 236-239; 11, с. 2-5]. Муаллифон таъкид мекунад, ки «вайроншавии таносуби коллаген ба бофтаҳои пайвасткунанда, ки дар равандҳои барқароркунии минтақаи захми пас аз ҷарроҳӣ иштирок мекунад, таъсири манфӣ мерасонад ва бо ин васила барои пайдо шудани такроршавии ҷурра мусоидат мекунад» [1, с. 8-9; 11, с. 2-5; 25, с. 31-34].

Ҳамин тавр, таҳлили сарчашмаҳо нишон медиҳад, ки омилҳои сершумор дар пайдоиши барои пайдо шудани ҷурраҳои ҷойгиршавӣ ва андозаашон гуногун омилҳои зиёде нақш доранд. Дар баъзе мушоҳидаҳо

як омил бартарӣ дорад, дар ҳоле ки дар ҳолатҳои дигар, таъсири омилҳои сершумор дар инкишофи ин патология дида мешавад.

Ташхиси чурраҳои ибтидоӣ, намудҳои гуногуни пас аз ҷарроҳӣ ва такроршаванда ягон мушкилии хосе надорад. Аммо дар сурати мавҷуд будани часпилагихо ва часпидани узвҳои ковокии шикам ба сӯроҳии чурра ва халта, ҳангоми ташхис ва муоинаи ин беморон душвориҳои муайяне ба миён меоянд. Дар баробари ин, муоинаи мувофиқ ва анамнези бодикқат ҷамъовардашуда вазифаи ҷаррохро ба таври назаррас осон мекунад [3, с. 49-54]. Антропометрия, бо назардошти вазни бадани бемор, мавҷудияти фарбеҳӣ ва дар баъзе ҳолатҳо, синдроми мубодилаи моддаҳо ҷиҳати таҳқиқ ва интихоби усули ҷарроҳӣ муҳимманд [22, с.6-9]. Бар ивази он, дар айни замон, ҳангоми муоинаи беморони гирифтори чурраҳои ҷойгиршавӣ андозаашон гуногун доираи усулҳои иловагии ташхисӣ ба таври назаррас васеъ шудааст. Дар солҳои охир, муҳаққиқон барои ташхиси шаклҳои гуногуни чурраҳо аз рентгенография ва таҳқиқоти ултрасадоӣ (ТУС) ба таври васеъ истифода мебаранд [23, с. 151-154; 37, с. 85-99].

Ҳангоми истифода аз ултрасадо ва томографияи компютери ковокии шикам, дар маҷмӯъ, имкон дорад, ки сохтори эхогенӣ ва эхогеняи бофтаҳои девораи пеши шикам, робитаи узвҳои шикам бо халтаи чурра, ҳолати апоневроз дар атрофи сӯроҳи чурра ва мавҷудияти нуқсони чурра арзёбӣ карда шавад. Аммо муайян кардани нишондод барои иҷро кардани ҷарроҳии ҳамзамон дар сурати мавҷуд будани дигар патологияҳои узвҳои ковокии шикам бо хусусияти ҷарроҳӣ, танҳо дар асоси маълумоти иловагии ташхисӣ муайян карда мешавад [1, с. 13-16; 14, с.66-71].

Айни замон, навъҳои зиёди усулҳои анъанавӣ ва муосири герниопластика мавҷуданд. Таҳлили сарчашмаҳо нишон медиҳад, ки: «пластикаи чурра дар байни тамоми амалиёти ҷарроҳии анҷомдодашуда

дар узвҳои ковокии шикам 25%-ро ташкил медиҳад». Ҷарроҳии пластикии маҳаллӣ барои нуқсонҳои хурди сӯроҳии чурра, ки дар он бофтаҳои якхела дӯхта мешаванд, беҳтарин варианти табобати чурра ҳисобида мешавад. Дар ин ҳолат, равиши дуруст нисбат ба ин ё он амалиёт, барои беморон барқарорсозии муносибро таъмин мекунад. Ислоҳи чурраҳои дорои нуқсонҳои калони сӯроҳ мураккабтар аст, ки дар он имконпазирии истифодаи бофтаҳои маҳаллӣ ба таври назаррас коҳиш меёбад. Аммо сарфи назар аз басомади баланди оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ, баҳусус, такроршавии чурра ва мавҷудияти маводҳои гуногуни полимери синтетикӣ барои таъмири сӯроҳии чурра, ҷарроҳии пластикии маҳаллӣ имрӯзҳо интихоби маъмул боқӣ мемонад. Таҳлили таҳқиқоти якчанд муаллифон нишон медиҳад, ки: «истифодаи усулҳои пластикаи кашишдиҳӣ, ҳангоми нест кардани чурраҳои калон дар 50% ҳолатҳо аз сабаби такроршавии чурра мушкилтар аст» [17, с. 56 – 66].

Сарфи назар аз имкониятҳои ташҳиси муосир бо истифода аз технологияи пешрафта, истифодаи усулҳои гуногуни анъанавӣ ва муосири табобат, аз ҷумла усулҳои эндоскопӣ, натиҷаҳои табобати чурраи вентралӣ кам қаноаткунанда боқӣ мемонанд. Таҳлили сарчашмаҳои солҳои охир нишон медиҳад, ки афзоиши мунтазами пайдоиши оризаҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии патология мушоҳида мешавад [2, с.16-17]. Аз маълумоти як қатор муаллифон бармеояд, ки ҷорӣ намудани усулҳои ҷарроҳӣ басомади такроршавии чурраро то 10% коҳиш додааст, дар ҳоле ки ин нишондиҳанда ҳангоми истифодаи усулҳои маҳаллии пластикии кашишӣ таъмири нуқсонҳои сӯроҳии чурра ба зиёда аз 50% мерасад [34, с. 784-787; 36, с.263-267].

Аммо полиморфизми омилҳои рушди чурра, эҳтимолан дигар сабабҳои ноомӯхта доранд, ки боиси рушди патология мешаванд ва иртиботи мутақобилаи байни ин омилҳо, новобаста аз намуди ҷарроҳӣ, ба такроршавии патология мусоидат мекунад. Ин аз он шаҳодат

медиҳад, ки на усулҳои анъанавӣ ва на муосири пластикаи чурра наметавонанд шифоёбии пурраи беморро таъмин кунанд ва аз пайдоиши такроршавӣ пешгирӣ намоянд [5, с. 236-239]. Аз ин рӯ, беморон аксар вақт фаъолияти касбии худро аз сабаби бефоида будани муохилаҳои ҷарроҳии анҷомдодашуда ва такрори патология тағйир медиҳанд, ки ин на танҳо аҳаммияти тиббӣ, балки аҳаммияти муҳимми иҷтимоии оризаҳоро низ нишон медиҳад [15, с. 5-13; 33, с. 63–69].

Ҳамин тариқ, истифодаи усулҳои анъанавӣ ва ҷарроҳии бидуни кашиш барои таъмири чурра аз рӯйи намуд ва андозаи сӯроҳии чурра муайян карда мешавад ва ҳаҷми ҷарроҳии қаблӣ нақши муҳим мебозад. Арзёбии нокифоягии қабати мушакӣ-апоневрозии девораи пеши шикам, бартараф кардани ҷойҳои суст ва интиҳоби дурусти усули ҷарроҳӣ, дар баробари ба даст овардани натиҷаҳои хуби функционалӣ, пайдо шудани такроршавии онро дар давраи баъдиҷарроҳӣ коҳиш медиҳад. Истифодаи технологияи дақиқ, калонкунии оптикӣ ва маводди дӯхти атравматикӣ, ҳам дар усулҳои анъанавӣ ва ҳам бидуни кашиши чуррабурӣ, осеби ятрогенӣ як қатор сохторҳо ва узвҳои дохили халтаи чурраро бартараф карда, ногузир ба беҳтар шудани натиҷаҳои эстетикӣ ва функционалии ҷарроҳӣ мусоидат мекунад.

**Дарачаи коркарди илмии проблемаи мавриди омӯзиш.** Маълумоти сарчашмаҳо нишон медиҳад, ки бисёр қанбаҳои омодагии пеш аз ҷарроҳӣ, ташхис ва табобати беморони гирифтори чурраҳои аввалия, такроршаванда ва пас аз ҷарроҳӣ ба таври кофӣ омӯхта нашудаанд. Дар матбуоти даврӣ гузоришҳои сершуморе мавҷуданд, ки ба беҳтар кардани натиҷаҳои табобати чурра нигаронида шудаанд [21, с. 61-65]. Баҳсҳо дар атрофи намудҳои гуногуни протезҳои тӯрии синтетикӣ, бартариҳо ва нуқсонҳои онҳо идома доранд.

**Ирғиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзуи 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. с. 2021 тасдиқшуда), Барномаи миллии «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои гайрисироятӣ ва осеббардорӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023» (қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон, № 676 аз 2 ноябри соли 2012) иҷро карда шудааст.

### **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии ҷурраҳои девораи пеши шикам тавассути оптимизатсияи тарзҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳӣ.

#### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Оптимизатсияи омодагии пешазҷарроҳии беморони дорои намудҳои гуногуни ҷурраҳои девораи пеши шикам ва омӯзиши омилҳои этиопатогенезии такроршавии патологияҳо.
2. Арзёбии иттилоотнокии усулҳои иловагии таҳқиқот дар ташхис ва интихоби тактикаи муолиҷаи беморони дорои намудҳои гуногуни ҷурраҳои девораи пеши шикам.
3. Коркарди нишондодҳо барои амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми намудҳои гуногуни ҷурраҳои девораи пеши шикам.
4. Омӯзиши натиҷаҳои дури муолиҷаи ҷарроҳии вариантҳои гуногуни ҷурраҳои девораи пеши шикам.

**Объекти таҳқиқот.** Объекти таҳқиқот 108 беморони гирифтори ҷурраҳои ибтидоӣ, пасазҷарроҳӣ ва такроршавии девораи пеши шикам мебошанд, ки дар онҳо намудҳои гуногуни герниопластика иҷро гардидааст.

**Мавзӯи таҳқиқот.** Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши механизмҳои

патогенезии пайдо шудани чурраҳо, омилҳои тамоилкунандаи чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии шикам мебошад. Муайян намудани фаъолияти функционалии қабати мушакӣ-апоневрозии девораи пеши шикам, омузиши нишондодҳои фишори дохили шикам ва вобаста аз нишондодҳои ба даст овардашуда интихоби тарзи ҷарроҳӣ барои ноил гардидан ба натиҷаҳои қаноатбахш дар марҳилаҳои дури пас аз ҷарроҳӣ, равишҳои муҳимми мушкilot ҳисобида шуданд.

**Навгони илми таҳқиқот.** Омилҳои асосии этиопатогенезии пайдо шудани такроршавии чурраҳои девораи пеши шикам омӯхта шуд. Бо истифода аз усулҳои муосири иттилоотноки ташхисӣ ҳаҷм ва андозаҳои девораи чурра, таносуби узвҳои дохили шикам ба чурраҳалта, ҳолати девораҳои дарвозаи чурра, ҷой доштани бемориҳои ҳамроҳшудаи ковокии шикам ва фазои паси сифоқӣ муайян карда шуд. Омӯзиши патогистологии девораҳои чурраҳалта ва бофтаҳои атроф, мушакҳои девораи пеши шикам сурат гирифт ва дараҷаи фибрози бофтаҳои мулоим муайян карда шуд. Бо дар назардошти паҳншавии фибрози бофтаҳои гирду атрофи чурраҳалта вариантҳои бартарафсозии девораҳои чурра муайян ва истифода бурда шудаанд. Вобаста аз бемориҳои ҳамроҳшудаи узвҳои ковокии шикам нишондодҳо барои иҷрои амалиётҳои ҷарроҳии симултанӣ муайян карда шудаанд. Усули маҳаллӣ-пластикии бартарафкунии дефекти чурра бо истифодаи дарзҳои бисёрқаторӣ таҳия карда шудааст. Нишондодҳо барои иҷрои намудҳои гуногуни тармими девораҳои чурра вобаста аз андозаи онҳо, ҳолати бофтаҳои гирду атрофи дарвозаи чурра ва хусусиятҳои инфиродии организм ба протезҳои турҳои полимерӣ таҳия карда шудаанд.

Дар ҳолати ноустувории қабати мушакӣ-апоневрозии девораи пеши шикам тарзи мустаҳкамкунии девораи пеши шикам пешниҳод карда шудааст (патент №ТJ 1141 аз 2 марти соли 2020), ки дар вақти

ислоҳ кардани чурраҳои гигантии вориднашавандаи девораи пеши шикам тарзи бартараф намудани дефект тавассути дубликатура пешниҳод карда шудааст (патент №ТJ 1162 аз 16 майи соли 2024).

**Аҳаммияти назариявӣ ва илмию амалии таҳқиқот.** Барои иҷрои таҳқиқоти илмии мазкур натиҷаҳои амалиёти герниопластикаи девораҳои пеши шикам, чурраҳои аввалиндараҷа, чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии, ки дар Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудаанд, асос гардидааст. Ҳадафи асосии кори мазкур беҳтарсозии натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии намудҳои гуногуни чурраҳои девораи пеши шикам, ҳамзамон кам намудани басомади аворизи пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии беморӣ мебошад.

Нақшаи марҳилавии таҳқиқоти илмӣ, бо дар назардошти ҳадаф ва вазифаҳои кори илмӣ сохта шудааст. Кори диссертатсионӣ дар асоси таҷрибаи калони муолиҷаи беморони гирифтори чурраҳои ибтидоӣ, пас аз такроршавии девораи пеши шикам ба роҳ монда шудааст.

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

1. Ошкор гардид, ки тарзҳои анъанавии ҷарроҳӣ ҳангоми чурраҳои такроршавии девораи пеши шикам сабаби зиёд гардидани аворизи пас аз ҷарроҳӣ ва такроршавии чурра мегарданд. Истифодаи усулҳои ғайрикашишии, ки аз рӯйи нишондодҳо гузошта шудаанд, пайдо шудани аворизи гуногун ва такроршавиро дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ пешгирӣ мекунанд.
2. Муайян карда шуд, ки гузаронидани ҷарроҳӣ бо истифодабарии калонкунии оптикӣ ва техникаи претсизионӣ ба таври адекватӣ ҳолати бофтаҳоро дар гирду атрофи чурра баҳо медиҳад ва интихоби тарзи ҷарроҳии барқарорсозиро вобаста аз мукаммалии қабати мушакӣ-аопоневрозии девораи пеши шикам муайян месозад.

3. Тасдиқ карда шуд, ки ҳангоми чурраҳои такроршаванда гигантии девораи пеши шикам истифодаи тарзҳои ғайрикашшиши тармими девораҳои чурра беҳтаршавии натиҷаҳои ҷарроҳиро дар марҳилаҳои дур таъмин менамояд. Нишондодҳо барои истифодаи тарзҳои ғайрикашшиши тармим аз андозаи дефекти чурра, ҳолати бофтаҳои мавзей-пластикаи гирду атрофи чурраҳалта, басомади такроршавии беморӣ вобастаанд.

**Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқот.** Натиҷаҳои таҳқиқот, нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшуда, тавсияҳои амалӣ дар заминаи муоинаи кофии маводди клиникӣ, истифодаи усулҳои муосири иттилоотнокии ташхис ва иҷрои тарзҳои гуногуни ҷарроҳии анъанавӣ ва муосири герниопластика асоснок карда шудаанд. Таҳқиқоти илмӣ дар намуди фишурдаҳо ва мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр гардидаанд.

**Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ.** Соҳаи таҳқиқот ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 6D110117 – Ҷарроҳӣ мувофиқат мекунад, ки он протсессҳои физиологӣ ва патологӣ дар организми контингенти калонсоли беморон таҳти таъсири амалиёти ҷарроҳӣ ташаккул ёфтаанд, ҳамчунин коркард ва мукамалсозии тарзҳои ҷарроҳии калонсолонро баррасӣ мекунад.

**Саҳми шахсии докторанти (PhD) дар таҳқиқот аз инҳо иборат** мебошанд: дар марҳилаҳои таҳқиқот ҷамъоварии маводди илмӣ, таҳлили проспективии 51 (47,2%) бемор (2016-2024с.); 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 чурраи ибтидоӣ, такроршаванда ва баъдиҷарроҳии девори пеши шикам.

Таҳлили ретроспективи 57 (52,8%) маводҳои клиникӣ (2000-2015с.), пур кардани саволномаҳои мувофиқ ва сабтҳои клиникӣ махсус барои ин таҳқиқот таҳияшуда аз ҷониби муаллиф мустақилона анҷом дода шудааст.

**Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои кори диссертатсия.** Нуқтаҳои асосии таҳқиқот дар чорабиниҳои зерин арзёбӣ карда шудаанд: конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” бо иштироки байналмилалӣ, ки ба “Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ - 2019-2021” бахшида шудааст (Душанбе,2019); Маводҳои конфронси илмӣ-амалии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон» (1-мини солона), ки ба “Соли рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ -2019-2021” бахшида шудааст (Данғара – 2020); «Тибби муосир ва фарматсевтика: нигоҳи нав ва таҳқиқотҳои актуалӣ». Маводҳои 75-ум конфронси илмӣ-амалии Байналмилалӣ донишҷӯён-табибон ва олимони ҷавон (Самарқанд 2021); «Проблемаҳои нави илми тиб ва роҳҳои ҳалли онҳо»; XVI конфронси илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён (Душанбе – 2021); 76-умин конфронси байналмилалии донишҷӯёни донишгоҳҳои тиббӣ ва олимони ҷавон (Самарқанд - 2022), «Масъалаҳои актуалии таҳқиқотҳои илми муосир». Маводҳои конфронси XVII илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯён (Душанбе - 2022); «Бурдбориҳои тибби фундаменталӣ ва фарматсия». Маҷмуи маводҳои конфронси 77-уми байналмилалии илмӣ-амалӣ (Самарқанд-2023);

**Иштишорот аз рӯйи мавзуи диссертатсия.** Аз рӯйи мавзуи таҳқиқот 12 маводди чопӣ таълиф шудааст, ки аз онҳо 7 ададаш дар маҷаллаҳои ба Рӯйхати нашрияҳои тақризшавандаи аз ҷониби ҚОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои нашри маводи диссертатсионии доктарабони дараҷаи номзади илмҳои тиб дохил кардашуда ба таъби расидаанд. Доктараб муаллифи ду патенти Ҷумҳурии Тоҷикистон барои ихтироот мебошад.

**Соҳтор ва ҳачми диссертатсия.** Диссертатсия аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт, мавод ва усулҳои таҳқиқот, муолиҷаи ҷарроҳӣ, омӯзиши натиҷаҳои муолиҷа, баррасии натиҷаҳои бадастовардашуда, хотима, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиёт, ки 140 адад, аз ҷумла 84 таълифот бо забони русӣ ва 56 адад бо дигар забонҳои хориҷиро дар бар мегирад, иборат аст. Матни диссертатсия дар 160 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, дар он 23 ҷадвал, 39 расм ва схемаҳо оварда шудаанд.

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Диссертатсия дар асоси таҳлили муолиҷаи ҷарроҳии 108 бемори дорои чурраҳои девораи пеши шикам, ки дар шуъбаҳои МД “Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо”-и шаҳри Душанбе аз соли 2000 то 2024 бистарӣ гардидаанд, омода карда шудааст. Бо дар назардошти зуҳуроти клиникӣ, душвории ташхис, намуди чурра ва интихоби тарзи ҷарроҳӣ беморон ба се гурӯҳи клиникӣ тақсим карда шуданд (Ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. – Тақсими беморон ба гурӯҳҳои клиникӣ вобаста аз намуди патология**

Намуди патология	Миқдори беморон	%
Чурраҳои ибтидоии девораи пеши шикам	16	14,8
Чурраҳои пасазҷарроҳии девораи пеши шикам	59	54,6
Чурраҳои такроршавии девораи пеши шикам	33	30,6
Ҳамагӣ	108	100

Дар бештари мавридҳо (54,6%) дар беморон чурраҳои пасазҷарроҳӣ мушоҳида шуд, ки ин аз зиёдшавии басомади ҷарроҳӣҳо дар узвҳои ковокии давраи пас аз ҷарроҳӣ вобаста мебошад. Муайян гардид, ки чурраҳои пасазҷарроҳӣ дар 83,2% беморон пас аз иҷрои ҷарроҳӣҳои нақшавӣ ба амал омадаанд (Ҷадвали 2)

Дар 51%-и беморон аз маълумотҳои анамнез маълум гардид, ки чурраҳо пас аз холесистэктомиаи анъанавӣ ба амал омадаанд. Чурраҳо

дар 23 бемор пас аз иҷрои ҷарроҳии таъҷилий пайдо гардидаанд, ки ин нишондод 39%-ро ташкил дод.

**Ҷадвали 2. - Басомади ҷурраҳои пасазҷарроҳии пас аз ҷарроҳи дар узвҳои ковокии шикам**

Номгӯии патология	Миқдори беморон	%
Холесистити калкулёзии музмин	30	51
Миомаи бачадон	10	17
Ногузарогии шадиди рӯдаҳо	5	8
Аппендитсити шадид	5	8
Ҳамли хориҷи бачадон	4	7
Пилоростенози решӣ	3	5
Ҷурраи суроҳии диафрагма	1	2
Синдроми Лериша	1	2
<b>Ҷамагӣ</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Беморони дорои ҷурраҳои такроршавии (33) ба гурӯҳи вазнин ворид карда шуданд. Ба онҳо то муроҷиат ба Марказ дар дигар муассисаҳо аз як то 6 маротиба амалиёти герниопластика ба ҷой оварда шудааст. Басомади такроршавии ҷурра вобаста аз тарзи ҷуррабурӣ омӯхта шуд (Ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3. – Басомади такроршавии ҷурра вобаста аз тарзи тармим**

Тарзи ҷарроҳӣ	Миқдори беморон	%
Тармим бо усули Мейо\	6	18
Тармим бо усули Монаков	3	9
Тармим бо усули Сапежко	15	45
Герниопластикаи ғайрикашишӣ	6	18
Герниопластикаи омехта	3	9
<b>Ҷамагӣ</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Дар аксари мавридҳо (72,7%) такроршавии пас аз иҷрои тарзҳои анъанавии ҷарроҳӣ ба амал омадааст, ки дар байни онҳо бештар амалиёти гериноластика тибқи усули Сапежко иҷро карда шудааст.

Дар солҳои охир муроҷиати беморони дорои ҷурраҳои шикам зиёд гардида истодааст. Маълум карда шуд, ки аз соли 2000 то 2010 ҷамагӣ 40 нафар (37%), аммо соли аз 2011 то 2024 миқдори беморони муроҷиатнамуда ба 69 (63%) расидааст. Бештар беморӣ дар занҳо мушоҳида карда шуд, ки аз байни 108 нафар ҷурра дар 85,1% занҳо ташхис карда шуд. Синну соли миёнаи беморон вобаста аз намуди ҷурра

аз  $47,1 \pm 3,1$  то  $51,7 \pm 1,6$  фарқ мекард. Нишондоди синну соли миёна ва вазни беморон вобаста аз намуди чурра дар ҷадвали 4 оварда шудааст.

**Ҷадвали 4. – Нишондоди синну соли миёна ва вазни беморони дорои чурраҳои шикам**

Андозаҳо	Чурраҳои ибтидоӣ (n=16)	Чурраҳои пасазҷарроҳӣ (n=59)	Чурраҳои такроршаванда (n=33)	P
Васеӣ	$8,6 \pm 1,2$	$7,5 \pm 0,6$	$8,9 \pm 0,8$	$>0,05$
Баландии чурра	$7,9 \pm 1,0$	$5,8 \pm 0,3$	$8,0 \pm 0,8$	$>0,05$
Вазни миёна	$84,9 \pm 5,1$	$82,8 \pm 1,6$	$83,3 \pm 2,1$	$>0,05$
Синни миёна	$47,1 \pm 3,1$	$51,7 \pm 1,6$	$50,5 \pm 1,5$	$>0,05$

*Эзоҳ: p – аҳаммияти омори фарқи нишондодҳо дар байни гурӯҳҳо (аз рӯйи Н-критерияи Крускал-Уоллис)*

Бо дарназардошти зуҳуроти клиникӣ, дар алоҳидагӣ, истифода намудҳои гуногуни ҷарроҳӣ бо алоҳидагӣ дар фаслҳои таҳқиқоти илмӣ маълумотҳо оид ба намудҳои чурра оварда шудаанд.

Ба гурӯҳи клиникии якум 16 нафар бемор бо чурраҳои ибтидоӣ ворид карда шуданд. Аз байни онҳо 13 занҳо (81,2%), мардҳо - 3 нафарро (18,8%) ташкил доданд. Аз миқдори умумии беморон дар синну соли боло аз 50 ҳамаги 8 нафар бистарӣ гардид, ки 50% мебошад. Дар 10 нафар бемор бемориҳои ҳамсафар ташхис карда шуданд: бемории санги талхадон (3), фарбеҳӣ (3), бемории фишорбаландӣ (1), бемории ишемикии дил (1) ва миомаи бачадон (2).

Аз 59 нафар беморони гурӯҳи клиникии дуюм занҳо 48 (81,3%), мардҳо – 11 (18,7%) нафарро ташкил карданд, синну соли миёна ба  $51,7 \pm 1,6$  сол баробар буд. Бемориҳои ҳамроҳшуда, ки ба онҳо амалиёти симултанӣ зарур буд, 2 нафар буданд. Дар беморони гирифтори фарбеҳӣ (3), нишондоди вазни миёна ба  $82,8 \pm 1,6$  кг баробар буд.

Дар 33 беморони дорои такроршавии чурра (гурӯҳи клиникии III) синни миёна баробар ба  $50,5 \pm 1,5$  сол, вазни миёна ба  $83,3 \pm 2,1$  кг баробар буд, бемориҳои ҳамроҳшуда дар 13 (39,3%) нафар ташхис карда шуданд. Дар 55%-и беморон ҳаҷми девораҳои чурра ба параметри W3 и W4 мувофиқ буд ва он аз такроршавии чандинкарата вобаста буд.

Мухлати оптимизатсияи омодагии беморон то ҷарроҳӣ аз намуди чурра, дефекти дарвозаҳои чурра ва бемориҳои ҳамроҳшуда, махсусан соматикӣ (фарбеҳӣ, диабети қанд, БИД, фишорбаландӣ) вобаста буд. Чорабиниҳо ба камшавии вазни бадан мутобиқ шудани ковокии шикам ба ишемия, ба меъёр расонидани сатҳи қанди хун равона карда шуда буд. Мухлати оmodасозии беморони гирифтори фарбеҳӣ зиёдтар зиёдтар буд. Нишондоди вазн ҳаноми фарбеҳӣ то ва пас аз оmodасозии беморон ба ҷарроҳӣ дар ҷадвали 5 оварда шудааст.

**Ҷадвали 5. – Нишондоди вазни миёна ҳангоми фарбеҳӣ то ва пас аз оmodасозӣ (n=108).**

Намуди патология	Миқдори беморон	Вазни миёна		P
		То оmodасозӣ	Пас аз оmodасозӣ	
Чурраҳои ибтидоӣ	16	91,6±4,9	84,9±5,1	<0,001
Чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ	59	89,7±1,6	82,8±1,6	<0,001
Чурраҳои такроршаванда	33	88,9±2,0	83,3±2,1	<0,001

**Эзоҳ:** p –аҳамияти омории фарқи нишондодҳо то ва пас аз оmodасозӣ (аз рӯи Т-критерияи Вилкоксон).

Дар ҳама мавридҳо чорабиниҳои иҷрошуда натиҷабархш буданд, фарқи дар нишондодҳо то ва пас аз оmodасозӣ аз 5,6±0,2кг то 6,9±0,1 кг буд.

Интихоби усули ҷарроҳӣ дар аснои ислоҳ кардани чурраҳои калон ва гигантӣ ва оқибати ҷарроҳӣ аз нишондоди гипертензияи дохили шикам то ва пас аз ҷарроҳӣ вобаста буд, нишондодҳои фишори шикам то ва пас аз ҷарроҳӣ дар ҷадвали 6 оварда шудааст. Нишондоди фишори дохили шикам бо истифода аз тарзи ғайримустақим тавассути катетери Фолле дар масона чен карда шуд.

**Ҷадвали 6. – Ченкунии нишондоди фишори дохили шикам**

Намуди чурра	Нишондоди фишори дохили шикам, мм с.сим.			
	Дар меъёр (нишондоди миёна)	То тармими чурра	Пас аз тармими чурра	P
Ибтидоӣ (n-16)	7,9±1,1	11,2±1,7*	13,2±2,2*	<0,05
Пасазҷарроҳӣ (n-59)		11,9±1,8*	14,1±2,3**	<0,05

Такроршаванда(n-33)		12,3±2,1*	14,8±2,4**	<0,05
---------------------	--	-----------	------------	-------

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқи нишондодҳо то ва пас аз ҷарроҳӣ (аз рӯи Т-критерияи Вилкоксон); \*p<0,01, \*\*p<0,001 – дар муқоиса аз нишондодҳои меъёрӣ (аз рӯи U-критерияи Манн-Уитни).

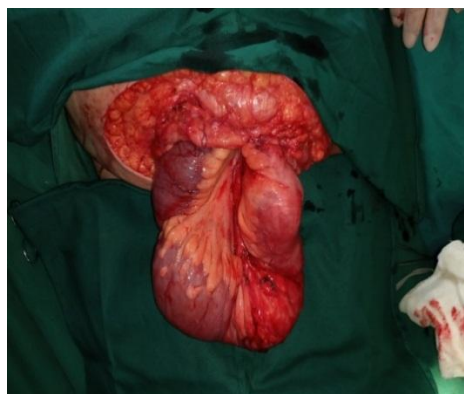
Тағйироти назаррас дар нишондодҳои фишори дохили шикам дар беморон бо ҷурраҳои пасазҷарроҳӣ ва ӣ мушоҳида шуданд. Бо назардошти нишондодҳои ба даст овардашуда, интихоби ҷарроҳӣ аз тармими мавзей-пластикӣ то ба ғайрикашишӣ васеъ гардид.

Ҳангоми иҷрои тармими ҷурра андозаҳои девори ҷурра, басомади такроршави ва бемориҳои ҳамсафар аҳамият доранд.

Дар аснои на чандон калон будани девораҳои ҷурра, устувории сохтори структураи мушакӣ-апоневрози девораи пеши шикам дар 12 (75%) ҳолат тармими анъанавии дарвозаҳои ҷурра бо бофтаҳои мавзей ба ҷой оварда шуд. Ҷудокунии ҷурраҳалта зери калонкунии оптикӣ имконияти мобилизатсияи апоневрози гирду атрофи ҷурраро фароҳам овард (Расми 1). Азбаски дар бештари мавридҳо дар ҷурраҳалта ҳалқаҳои рӯда ҷой доштанд (Расми 2), истифода аз калонкунии оптикӣ ҷароҳатнокшавии рӯдахоро эмин нигоҳ дошт.



Расми 1. – Ҷудокунии ҷурраҳалта



Расми 2. – Ҳалқаи рӯдаи борик

Хунравӣ аз канораҳои апоневроз пас аз сарфақоронаи канораҳо гувоҳи солимии апоневроз ва пластикаи дарвозаҳои ҷурра аз захираҳои маҳаллӣ-пластикӣ оптималӣ шуморида шуд.

Тармими омехтаи дарвозаҳои ҷурра бо гузоштани протез ба таври on lay дар 2 (12,5%) иҷро карда шуд ва дар 2 бемори дигар, ки дар онҳо андозаҳои дарвозаи ҷурра аз 15 см зиёд буданд, тармими ғайрикашишӣ

бо гузоштани эндопротез ба тарзи in lay ба ҷой оварда шуд. Ҷарроҳӣҳои симултанӣ дар 5 (31%) ҳолат иҷро карда шуданд.

Ҳангоми муолиҷаи беморони гурӯҳи клиникӣ дуюм (59) душвориҳо ба ҷой доштани нуқсони паҳншудаи апоневрози девораи пеши шикам (10) вобаста буданд. Дар ин асно часпиши узвҳои шикам бо пӯсти тунукшуда, ки ташҳиси комилро талаб мекард, сабаби бештари душвориҳо гардида буданд. Ба ғайр аз нишондодҳои клиникӣ-анамнезӣ нишонаҳои ТУС (Расми 3) ва ТК (Расми 4) ба инобат гирифта шуданд.



Расми 3. – Андозаҳои дефекти апоневроз

Расми 4. – Ҳалқаи рӯда дар чурраҳалта

Дар 66,1% ҳолат дар беморон чурраҳои калон (33,8%) ва гигантӣ (32,3%) ҷой доштанд, ки тактикаи махсусро талаб мекарданд. Намудҳои ҷарроҳӣҳои ҳангоми бартарарф намудани чурраҳо дар ҷадвали 7 нишон дода шудааст.

**Ҷадвали 7. - Намудҳои ҷарроҳӣҳои ҳангоми бартарарфкунии чурраҳои пасазҷарроҳӣ**

Намуди ҷарроҳӣ	Андозаҳои чурра				Миқдори беморон	%
	W1(n=8)	W2(n=12)	W3(n=20)	W4(n=19)		
Анъанавӣ	6	9	4	-	19	32
Ғайрикашишӣ	-	-	-	10	10	17
Омехта	2	3	16	9	30	51

Ҳамагӣ	8	12	20	19	59	100
--------	---	----	----	----	----	-----

Намудҳои ғайрикашиши тармим бо гузоштани эндопротез ба тарзи in laу дар аснои чурраҳо, ки андозаи онҳо ба W4 муносиб буд, дар 10 бемор иҷро карда шуд. Ҳангоми иҷрои намудҳои омехтаи тармим эндопротезҳо ба тарзи on laу гузошта шуданд.

Бартараф намудани чурраҳои такроршаванда дар беморони гурӯҳи клиникии III дар 33 нафар бемор вазифаи душвор ба ҳисоб мерафт. Душвориҳо ба чунин омилҳо вобаста буданд: синну соли 54,5% бемор аз 50 баланд буд; 39,3% беморон бо бемориҳои ҳамроҳшуда гуруҳӣ хатарро ташкил мекарданд; дар 39,3%-и беморон басомади чурраҳои такроршаванда аз ду ва бештар буд. Дар 13 ҳолат герниопластика ба тарзи абдоминопластика иҷро карда шуд. Герниопластикаи анъанавӣ дар 13, омехта дар 15 нафар бемор ба итмом расонида шуд. Тарзҳои ғайрикашиши тармим дар аснои чурраҳои гигантӣ дар 5 нафар бемор ба ҷой оварда шуд.

Ҳангоми бартараф намудани чурра дар ҳолатҳои, ки норасоии қабати мушакӣ-апоневрозии девораи пеши шикам ҷой дошт, тарзи мустаҳкамкунии он пешниҳод карда шуд (патент №ТJ 1141 аз 2 марти соли 2020). Моҳияти усули пешниҳодшуда тармими девораҳои чурра ва мустаҳкам намудани девораи пеши шикам бо дарзҳои пайваста (полиспадӣ) мебошад (Расми 5-6).



Расми 5. –Чурра бо норасоии девораи пеши шикам



Расми 6. – Герниопластика, мустаҳкам намудани девораи пеши шикам

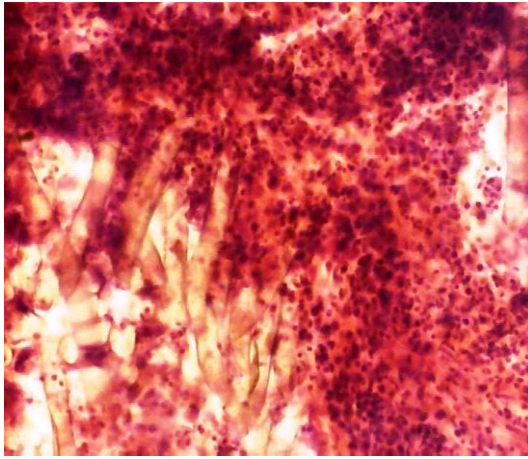
Дар аснои бартараф намудани чурраҳои такроршаванда, ки тармими ғайрикашишӣ ба нақша гирифта шуда буд (5), як қисми чуррахалта (пардаи сифоқ) ҳамчун девора байни узвҳои дохили шикам ва эндопротез варианти оптималии тарзи ҷарроҳӣ ҳисобида ва дар 2 бемор иҷро карда шуд. Дар чунин ҳолатҳо тарзи дубликатураи пардаи сифоқ ҳангоми бартараф намудани чурраҳои вориднашавандаи гигантӣ пешниҳод карда шуд (патент №ТJ 1562 аз 16 майи соли 2024). Ба ду қисми баробар ҷудо намудани чуррахалта (пардаи сифоқ) ва дӯхтани як қисми он ба канораҳои апоневроз, ки ковокии шикамро ба пуррагӣ мепӯшонад, моҳияти ин усулро ифода мекунад. Пас аз изолятсияи пурраи узвҳои ковокии шикам ба болои сифоқпарда эндопротез гузошта мешавад ва қабати дуҷуми сифоқпарда ба болои протез дӯхта мешавад. Ҳамин тариқ, тармими ғайрикашишӣ бо тамос надоштани протез, ҳам бо узвҳои ковокии шикам ва ҳам бо ҳуҷайрабӯфти зерипустӣ ба амал оварда мешавад.

Дар 3 ҳолати боқимонда тармими дарвозаҳои чурра бо гузоштани протез ба тариқи in lay ба анҷом расонида шуд.

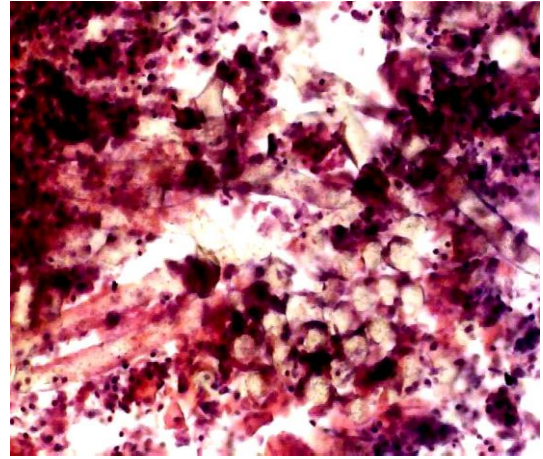
## НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Вабаста аз ҳолати ресурсҳои мавзей-тармимӣ, андозаҳои дарвозаи чурра, синну соли беморон, намуди бемориҳои ҳамсафар дар як ҳолат ҷарроҳии тармимӣ тавассути бофтаҳои мавзей ва дар дигар ҳолатҳо амалиёти омехта ва ғайрикашишӣ иҷро карда шуданд. Натиҷаҳои ҷарроҳӣ аз намуди тармим, синну соли беморон ва муҳлатҳои пайдоиши чурра вобаста буданд. Басомади такроршавии беморӣ ва хусусияти бемориҳои ҳамсафар низ аҳамият доштанд. Намудҳои амалиёти иҷрошуда аз ҳамдигар басо фарқ мекарданд ва ба натиҷаҳои реконструксия таъсир доштанд.

Бо мақсади пешгирии такроршавии беморӣ ба таври адекватӣ ба ҳолати бофтаҳои гирду атрофи чурра баҳо додан зарур буд. Ҳангоми омӯзиши натиҷаҳои биопсияи апоневроз ва мушакҳои атрофи чурра тағйиротҳои дегенеративӣ ҷой доштанд. Атрофияи локалӣ, фибрози бофтаҳо дар қисмати зиёди материали барои омӯзиш равонашуда ва тағйиротҳои вазнин бештар дар канораҳои мушакҳо ва апоневроз мушоҳида гардиданд. Пайдоиши бофтаи фиброзӣ ва тағйиротҳои дистрофикӣ аз норасоии структураҳо гувоҳӣ медоданд ва дар ин мавридҳо герниопластика аз ҳисоби бофтаҳои гирду атроф номумкин буд (Расми 7). Дар буришҳои мушакҳо васеъшавии рағҳои хунгард ҷой дошт. Дар қисмати нуғи сифоқпарда, яъне дар дон мавзеъ, ки ҳама вақт контакт байни узви дохили халта ва гумбази сифоқпарда ҷой дошт, атрофия бо қитъаҳои некробиоз, ба фиброз мубаддалшавии девораҳои рағҳои хунгард дида шуданд (Расми 8).



Расми 7.- Пайдоиши бофтаи фиброзӣ



Расми 8.- Атрофия бо қитъаҳои некробиоз

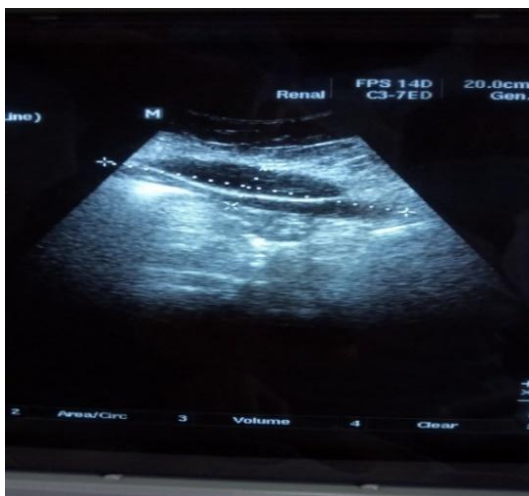
Дар ҳама гурӯҳҳои клиникӣ дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ пайдоиши аворизҳои фасодӣ-илтиҳобии захмҳо хатарнок шуморида шуданд ва онҳо дар 12,9% беморон ба амал омаданд. Серома дар 7,4%, фасодгирии захм –дар 5,5% беморон ҷой дошт.

Серома пас аз коррексияи чурраҳои ибтидоӣ дар 2 нафар дида шуд ва ташхиси бармаҳал ва эвакуатсияи он натиҷаи хуб бахшид. Фасодгирии захм дар ин гурӯҳи клиникӣ дар як бемор ба амал омад, ки сабаби каме зиёдтар дар беморхона хобидани бемор гардид.

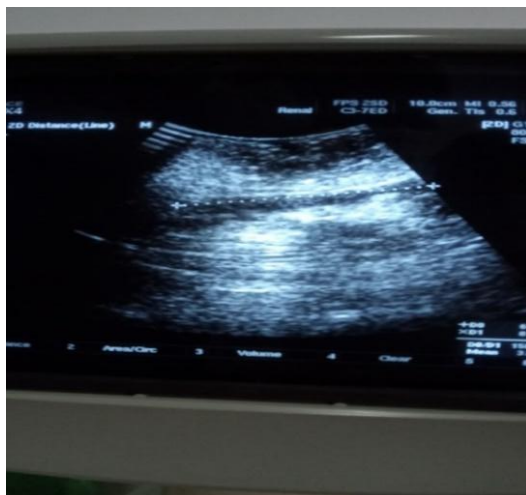
Натиҷаҳои дурдаст дар ин гурӯҳ дар 14 (87,5%) бемор омӯхта шуданд. Дар 75%-и мавридҳо натиҷаҳои хуб ва дар 19% беморони муоинашуда натиҷаҳо қаноатманд баҳо дода шуданд, такроршавии беморӣ дар як бемор (6%) ҳамчун натиҷаи ғайриқаноатбахш ҳисобида шуд. Дардҳои музмин дар мавзеи ҷарроҳӣ дар 3 бемор пас аз тарзҳои анъанавӣ (2) ва омехта (1) ҷой доштанд.

Аз байни 59 бемор бо чурраҳои пас аз ҷарроҳӣ (гурӯҳи клиникии II) аворизи захмҳо дар 7 (11,8%) бемор мушоҳида карда шуд. Серома пас аз тармими анъанавӣ дар 3 ва пас аз тармими омехта дар як нафар бемор ташхис карда шуд. Дар бемор, ки тармими омехта ба ҷой оварда шуда буд, дар муоинаи ТУС дар сатболои протез бештар аз 100 мл моеъ (Расми 9) ҷой дошт ва таҳти назорати ТУС ихроҷи моеъ ба ҷой оварда

шуд. Дар ТУС-и такрорӣ пас аз 7 шабонарӯз ҷамъшавии моеъ дида нашуд (Расми 10).



Расми 8. – Ҷамъшавии моеъ дар болои протез



Расми 10. – ТУС пас аз ихроҷи моеъ

Пас аз тармими анъанавӣ (2) ва омехта (1) фасодгирии захм дар 3 маврид дида шуд. Некрози канораҳои захм бо фасодгирӣ пас аз тармими омехта сабаби пайдо шудани нуқсони бофтаҳои нармгардида, реабилитатсияи беморонро бештар аз 3 моҳ дароз кард. такроршави дар ин бемор пайдо нагардид.

Натиҷаҳои дури тармими дарвозаҳои чурраҳо дар 48(81,3%) нафар аз 59 бемори гурӯҳи клиникии II омӯхта шуданд. Дар 76,3% маврид онҳо хуб, дар 15,3% - қаноатбахш ҳисобида шуданд. Такроршавии беморӣ дар 5(8,4%) бемор сабаби бадшавии сифати ҳаётии беморон гардид. Ин нишондод аз шумораи умумии беморони дорои чурраҳои пасазчарроҳӣ (59) сатҳи баландро ишғол менамоянд, вале агар он аз миқдори умумии беморони се гурӯҳ (108) бароварда шавад, ба 4,6% баробар мегардад, ки ба нишондоди маълумотҳои сарчашмаҳо мувофиқат мекунад.

Чӣ тавре ки дар боло зикр гардид, аз байни 33 бемори гурӯҳи клиникии III, бемориҳои ҳамроҳшуда дар 13 нафар ташхис шуд ва ин беморон ба гурӯҳи хатар ворид карда шуданд. Дар баробари ин, хатари пайдо шудани илтиҳоби захмҳо ва дигар авориз вобаста аз истифодаи

турҳои синтетикӣ, ки дар 20 (60,6%) бемор истифода бурда шудаанд, ҷой дошт.

Яке аз оризаҳои хатарнок дар марҳилаи барвақти пас аз ҷарроҳӣ ислоҳ кардани такроршавии серома дар сатҳи болоии тури композитӣ ба миқдори бештар аз 80 мл дар як бемор буд. Зери назорати ТУС он бо натиҷаи хуб хориҷ карда шуд.

Аворизи дигари хатарнок фасодгирии захм дар 2 бемор пас аз тармими омехта ба амал омад, санатсияи захм, иваз кардани антибиотикҳо натиҷаи хуб дод. Муҳлати бистарӣ шудани ин беморон каме зиёд буд.

Дар як маврид некрози канории захм бо пайд шудани нуқсонӣ васеи бофтаҳои нарм дар марҳилаи дур сабаби такроршавии беморӣ гардид.

Қайд намудан зарур аст, ки пайдо шудани аворизи фасодӣ-илтиҳобӣ дар марҳилаи наздики пас аз амалиёт аваризи хатарнок буда, ба натиҷаи ҷарроҳӣ таъсири манфӣ мерасонад. Хусусан, оқибатҳои вазнини оризаи илтиҳобӣ ҳангоми истифодаи эндопротезҳо ба амал меояд, аммо ташхис ва муолиҷаи барвақт дар бештари мавридҳо натиҷаи хуб медиҳад.

Натиҷаҳои дури герниопластика пас аз ислоҳи ҷурраҳои такроршаванда (33) дар муҳлати аз 6 моҳ то 5 сол дар 28 (84,8%) бемор омӯхта шуданд. Натиҷаҳои хуб дар 72,7%, қаноатбахш 18,2% беморони муоинашуда ба даст оварда шуданд. Басомади натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар 3 бемор 8,3%-ро ташкил дод, яъне такроршавии беморӣ ба тарзи ҳаёти беморон ба таври манфӣ таъсири худро расонид. Дар 2 ҳолат тармими такрорӣ натиҷаи хуб дод, сеюмин бемор аз иҷрои амалиёти такрорӣ худдорӣ намуд.

Баҳодиҳии баллии натиҷаҳои герниопластика дар асоси якчанд критерия ба ҷо оварда шуд. Набудани дардҳо ва нороҳатӣ,

қаноатмандии эстетикӣ ва ҷой надоштани такроршавии беморӣ дар марҳилаи дур меъёри хуб шуморида шуданд. Дар аснои такроран пайдо нагардидани чурра, лекин ҷой доштани дардҳо ва нороҳатӣ натиҷаҳо қаноатбахш ҳисобида шуданд.

Такроршавии чурра, дардҳои доимӣ, нороҳатӣ аз ҷиҳати эстетикӣ қаноатманд набудани беморон ҳамчун натиҷаи ғайриқаноатбахш арзёбӣ карда шуд.

Дар охир қайд намудан зарур аст, ки натиҷаи ҷарроҳӣ аз якҷанд омилҳо вобаста аст. Норасоии қабати мушакӣ-апоневрозӣ, ки бо ҷарроҳиҳои чандинкарата пайвастагӣ дорад, иҷрои ҷарроҳиҳои анъанавӣ, истифодабарии протезҳои аз андозаҳои дефекти чурра хурдтар, пайдошавии аворизи илтиҳобии захм омилҳои тамоилкунандаи такроршавии беморӣ мебошанд. Ташхиси бармаҳали оризаҳои захм, санатсияи комил, интиҳоби тарзи оптималии ҷарроҳӣ ҳангоми такроршавии чурра сабаби ноил гардидан ба натиҷаҳои дилхоҳ мегардад ва ба таври мусбат ба сифати ҳаётии беморон таъсир мерасонад.

## ХУЛОСАҲО

1. Омодагии ба таври муносиб гузаронидашудаи пеш аз ҷарроҳии беморон бо муайян ва ислоҳ кардани бемориҳои ҳамроҳшуда ба натиҷаҳои намудҳои гуногуни герниопластика ба таври мусбат таъсир мерасонанд. Маълум карда шуд, ки дар 4,6% - муоинаҳо такроршавии чурра пас аз иҷрои тарзҳои анъанавии пластикаи дарвозаи чурраҳо ба амал омадааст [1- А, 2- А, 9-А, 10-А].
2. Истифодаи ТУС ва ТК имконият дод, ки андозаҳои девораҳои чурра, муҳтавои чуррахалта, ҳолати қабати мушакӣ-апоневрозии гирду атрофи чуррахалта муайян карда шавад [3-А, 11-А].

3. Ҳангоми устувор будани қабати мушакӣ-апоневрозӣ дар беморони дорои чурраҳои ҳаҷман хурд ва миёна пластикаи анъанавии дарвозаи чурраҳо нишондод дорад, усулҳои омехта ва фишорнаоваранда ҳангоми андозаҳои калон ва азимҷусса доштани чурраҳо ба кор бурда шудаанд. Усулҳои мустаҳкам кардани девораи пеши шикам ҳангоми ноустувории қабати мушакӣ-апоневрозӣ ва усули дубликатураи шикампарда ҳангоми табобати беморони дорои чурраи калони шикам таҳия карда шуд [5-А, 8-А].

4. Ба таври адекватӣ баҳо додан ба дараҷаи устувории қабати мушакӣ-апоневрозии девораи пеши шикам, интихоби оптималии нишондодҳо ба тарзҳои кашишӣ ва ғайрикашишии герниопластика оқибати ҷарроҳиро аз бисёр ҷиҳатҳо муайян месозанд. Вобаста аз тарзи интихобшудаи оптималии ҷарроҳӣ натиҷаҳои хуби дури муоилича дар 75%, қаноатбахш дар 16,6% ва ғайриқаноатбахш дар 8,4 % -и беморон ба даст оварда шуд [1- А, 2- А, 9-А, 10-А].

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

1. Омодасозии беморон пеш аз ҷарроҳӣ бо намудҳои гуногуни чурраҳои девораи пеши шикам, бояд новобаста аз ҳаҷми чурра дар ҳама мавридҳо иҷро карда шавад.

2. Ҳангоми ташҳиси чурраҳои девораи пеши шикам дар баробари ба инobatгирии критерияҳои объективӣ истифодабарии тарзҳои иловагии ташҳис, аз ҷумла ТУС, ТК ва ТМР зарур аст.

3. Интихоби усули ҷарроҳӣ ҳангоми чурраҳои девораи пеши шикам бо дарназардошти намуди чурра, басомади такроршавии чурра ва андозаҳои девораи чурра асоснок мешаванд.

4. Муоинаи морфологӣ чурраҳалта ва қабати мушаку апоневротикӣ имкон медиҳад, ки байни чурраҳои ибтидоӣ, такроршаванда ва

баъдиҷарроҳии девори пеши шикам ташхиси дифференциалӣ гузаронида шавад.

5. Ба даст овардани натиҷаҳои функционалӣ пас аз иҷрои герниопластика бештар аз интиҳоби тарзи оптималии ҷарроҳӣ, пешгирии оризаҳои гуногуни захмҳо дар марҳилаи наздики пасазҷарроҳӣ вобаста мебошад.

### **Рӯйхати адабиёти истифодашуда (манбаъҳо)**

1. Алекберзаде А.В. Открытая аллопластика послеоперационных вентральных грыж [Текст] / А.В. Алекберзаде, Е.М. Липницкий, И.М. Сундуков// Хирургия. – 2011 - № 4. – с. 13-16.
2. Алишев О.Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж [Текст]/О.Т. Алишев, Р.Ш. Шаймардонов// Практическая медицина. – 2013. - №2. Т. 67. – с. 16-21. Паршиков В.В.-2015 № 16-17
3. Антонова Н.А. Профилактика послеоперационных осложнений и рецидивов грыж передней брюшной стенки у больных с метаболическим синдромом[Текст]/Н.А. Антонова, С.М. Лазарев // Вестник хирургии. – 2019. - Т.178, №1. – С.49-54.
4. Бабажанов А.С. Пути оптимизации хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением 3—4-й степени[Текст]/ А.С. Бабажанов, Г.К. Ахмедов, Ш.Х. Обидов // Наука и мир. – 2015. - №7. – Т.23. – С.137-139.
5. Велигоцкий Н.Н. Хирургическое лечение грыж на фоне дисплазии соединительной ткани [Текст]/ Н.Н. Велигоцкий// Украинский хирургический журнал. - 2011. №3. – С. 236-239.
6. Выбор метода хирургического лечения при пупочных грыжах [Текст]/Тимербулатов М.В. [и др.]. // Медицинский вестник Башкортостана. - 2015-10- (6)-С.19-21.
7. Егиев В.Н. Сравнение результатов пластики брюшной стенки тяжёлыми и лёгкими полипропиленовыми эндопротезами при лечении

- послеоперационных вентральных грыж [Текст]/ В.Н. Егиев, С.Н. Шурыгин, Д.В. Чижов // Московский хирургический журнал. – 2012. - №2. – с.20-23.
8. Забелин М.В. Синдром внутрибрюшной гипертензии в неотложной абдоминальной хирургии [Текст]/ М.В. Забелин// Автореф. ...д-ра мед. наук-2010-С. 46.
  9. Интраоперационная профилактика сером у пациентов, оперированных по поводу грыж передней брюшной стенки по неотложной помощи [Текст]/В.Ф. Чикаев [и др.]// Вестник современной клинической медицины. - 2015. - №1. - С.101-104.
  10. Исаев Г. Б. Динамика внутрибрюшного давления и ее влияние на функцию внешнего дыхания в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу больших вентральных грыж[Текст] / Г.Б. Исаев, Н.З. Мусаева // Центрально-Азиатский медицинский журнал им.М. Миррахимова. –2015. – 2015. – Вып. XXI, №. 1. – С. 101-104.
  11. Кадурина Т.И. Современное представления о дисплазии соединительной ткани[Текст]/ Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. //Казанский медицинский журнал. - 2007-88-(5)-С.2-5.
  12. Маслакова Н. Д. Технические решения герниопластики вентральных грыж с применением сетчатых трансплантатов[Текст] /Н.Д. Маслакова// ЖурналГрГМУ. -2014. - №2 (46). - С.97-99.
  13. Михин И.В. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи: возможности хирургического лечения (обзор литературы) [Текст]/И.В.Михин, Ю.В. Кухтенко, А.С. Панчинкин// Вестник Волгоградского государственного университета. – 2014. - №2(50). – С. 8-16
  14. Мирзабемян Ю.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи [Текст]/ Ю.Р. Мирзабемян, С.Р. Добровольский// Хирургия. – 2008. - №1. – с. 66-71.
  15. Мохов Е.М. Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении грыж передней брюшной

- стенки[Текст]/ Е.М. Мохов, Н.Г. Евтушенко, А.Н. Сергеев// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2016. – Т. 5, №. 4. – С. 648-654.
- 16.** Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж[Текст]/ Абалян А.К. [и др.]// Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т.14, № 1. - С. 19-21.
- 17.** О лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст]/А.Н. Лембас [и др.]// Клиническая медицина. – 2010. - № 1. - (13). – с. 56 – 66.
- 18.** Плешков В.Г. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешенные проблемы[Текст]/В.Г.Плешков, О.И. Агафонов//Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2009. – Т.2., № 3, - С. 248-255.
- 19.** Протасов А.В. Бесфиксационная герниопластика при передней брюшной стенке [Текст]/ А.В.Протасов, Э.Д. Смирнова. // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2011. -№ 3. - С.42-45.
- 20.** Райляну Р.И. Концепция наружных брюшных грыж как формы соединительнотканной дисплазии для поиска эффективных способов хирургического лечения [Текст]/ Р.И. Райляну, Г.И. Подолинный// Исследования и практика в медицине.-2019. -№ 4 - С.138-150.
- 21.** Распространенность грыж передней брюшной стенки: результаты популяционного исследования[Текст]/ А.М.Кириенко [и др.]// Хирургия. – 2016. – №8. – С.61-65.
- 22.** Семков Н.Г. Дифференцированный выбор способа герниопластики в лечении вентральных грыж [Текст]/ Н.Г. Семков// Пермский медицинский журнал. -2009-№3. – Т36. -С. 6-9.
- 23.** Сивожелезов А.В. Аллопластика рецидивных, больших и гигантских брюшных грыж с использованием открытых и лапароскопических методов[Текст]/ А.В. Сивожелезов, В.В. Чугай, В.П. Колесник, Н.А. Сыкал// Харьковская хирургическая школа. – 2015. – 2. – с.151-154.
- 24.** Скворцов М.Б. Локальная пластика рецидивной послеоперационной грыжи передней брюшной стенки (длительные клиничко-анатомические наблюдения)

- [Текст]/ М.Б. Скворцов//Сибирский медицинский журнал. -2013. -№3-С.113-117.
- 25.** Тимофеев С.И. Синдром недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей с костно-мышечной патологией [Текст]//С.И. Тимофеев. [и др.] // Медицинский вестник северного Кавказа. -2013-г-8-№4-. С.31-34.
- 26.** Чарышкин, А.Л. Способ герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж [Текст] / А.Л. Чарышкин, А.А.Фролов // Фундаментальные исследования. – 2013. – №1 (1). – С. 100-103.
- 27.** Чистяков Д.Б. Эндовидеохирургические и традиционные технологии в лечении пациентов с послеоперационными и первичными вентральными грыжами [Текст] / Д.Б. Чистяков, А.С. Яценко // Материалы Международного форума «Многопрофильная клиника XXI века. Экстремальная медицина». – 2015. – С.309–310.
- 28.** Шулуток А. М. Пластика «без натяжения» - реальный путь к снижению рецидива заболевания при паховых грыжах // Международный хирургический конгресс «Новые хирургические технологии»: Сб. трудов. Ростов н/Д., 2005. С. 452.;
- 29.** Юрасов, А.В. Способ оперативного лечения пупочных грыж, сочетающихся с диастазом прямых мышц живота [Текст] / А.В. Юрасов, Л.А.Абовян //Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М.,2013. – С. 184-185.
- 30.** Abdominal wall ectopic testis mimicking Spigelian hernia[Text]/ A. Pandey [at.al]. // Journal of pediatric surgery. - 2011-N.46.Pp-415-416.
- 31.** Abdominal wall reconstruction: a case series of ventral hernia repair using the component separation technique with biologic mesh[Text]/ K. Hood [et al.]. // Am J Surg- 2013. – 205(3)-С. 322-328.
- 32.** Comparative radiographic analysis of changes in the abdominal wall musculature morphology after open posterior component separation or bridging

- laparoscopic ventral repair[Text]/ G. S.D. Silva. [etal]. // Abdominal wall after transverses abdominis release. Vol-2018. №3.-March -2014. Page.353-357.
- 33.** Eighty-five redo surgeries after 733 laparoscopic treatments for ventral and incisional hernia: adhesion and recurrence analysis[Text]/ E. Chelala. [at.al]. // Hernia (2010).14:123-129.
- 34.** Flament J.B. Retro rectus approach to ventral hernia repair[Text]/ J.B. Flament// Operative Techniques in General Surgery. – 2004. –V. 6(3). –P. 165-168.
- 35.**Incisional herniorrhaphy with intraperitoneal composite mesh: a report of 95 cases [Text]/ W.S. Cobb [et al.]// Am Surg. – 2003. - №69. – .9. – P.784—787.
- 36.**Laparoscopic tension-free repair of anterior abdominal wall incisional and ventral hernias with an intraperitoneal Gore-Tex mesh: prospective study and review of the literature [Text] / T. Aura [et al.]// J LaparoendoscAdvSurg Tech A. – 2002. - №12.- .4. – P. 263—267.
- 37.**LeBlanc K.Proper mesh overlap is a key determinant in hernia recurrence following laparoscopic ventral and incisional hernia repair [Text]/K. LeBlanc //Hernia. –2016. – T. 20, №. 1. – P. 85-99.
- 38.**Long-term follow-up after incisional hernia repair: are there only benefits for symptomatic patients? [Text] /J.C. Lauscher [et al.]// Hernia. – 2013. - №17. – P. 203 – 209.
- 39.**Low recurrence rate of a two-layered closure repair for primary and recurrent midline incisional hernia without mesh [Text]/ A. H. M. Dur [et al.] //Hernia. – 2009. – T. 13, №. 4. – P. 421-426.
- 40.**Montgomery A. Evidence for replacement of an infected synthetic by a biological mesh in abdominal wall hernia repair[Text] /A. Montgomery, F.Kallinowski, F.Köckerling//Front Surg. – 2015. - №2. –C67.
- 41.**Open abdomen management: A review of its history and a proposed management algorithm[Text]/ KreisR.E [etal.] //MedSciMonit/- 2013 – № 19-C. 524-533.
- 42.**The prevalence of umbilical and epigastric hernia repair: a nationwide epidemiologic study [Text] / J. Burcharth [et al.] // Hernia. – 2015. (Epub ahead of print)

43. When it is not a spigelian hernia: Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome [Text] / S. Towfigh [et. al] // The American Surgeon. - 2013. - V.79. P.111-114.

### **Интишорот оид ба мавзуи диссертатсия**

#### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда**

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

[2-М]. Худойдодов О.М. Хирургическая тактика при гигантских грыжах передней брюшной стенки [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, И.Т. Хомидов, Ф.М. Хомидов, Н.А. Махмадқуллова // -Вестник Авиценны. -2021. - №2(23). С.251-61.

[3-М]. Худойдодов О.М. Факторы развития рецидивных вентральных грыж. [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, О.М. Худойдодов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов, Н.А. Махмадқуллова // - Вестник Авиценны. – 2021.-. №3(23). – С.410-417.

[4-М]. Худойдодов О.М. Раневые гнойно-воспалительные осложнения после ненатяжной герниопластики [Текст] / М.Х. Маликов, Ф.Б. Бокиев, Н.А. Махмадқуллова [и др.] // -Вестник Авиценны. -2022. - № 4. - с. 532-540.

[5-М]. Худойдодов О.М. Хирургическое лечение больших рецидивных вентральных грыж [Текст] / О.М. Худойдодов // - Авчи Зухал. – 2023. - № 2. – с. 142-148.

[6-М]. Худойдодов О.М. Хирургическая тактика при коррекции больших и гигантских рецидивных вентральных грыж [Текст] // О.М. Худойдодов, М.Х. Маликов [и др.] // - Журнал Симург. -2023. -№18(2). - с. 23-31.

[7-М]. Худойдодов О.М. Выбор способа герниопластики в зависимости от величины внутрибрюшной гипертензии. [Текст] / О.М. Худойдодов // - Журнал Здравоохранения Таджикистана. - 2024. - №3(362). - с.11-19.

## **Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмуаҳои конференсияҳо**

[8-М]. Худойдодов О.М. Предоперационная подготовка больных с боковыми грыжами живота. [Текст] /И.Т. Хомидов, Ф.М. Хамидов, О.М. Худойдодов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки - Душанбе, - 2020 - с.253

[9-М]. Худойдодов О.М. Оптимизация хирургического лечения вентральных грыж живота [Текст] /О.М. Худойдодов, Хамидов Ф. М, И.Т. Хомидов// - Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки - Душанбе, - 2020 - с. 255.

[10-М]. Худойдодов О.М. Результаты герниопластики у пациентов с послеоперационными грыжами передней брюшной стенки [Текст]/ О.М. Худойдодов, Ф.М. Хамидов, И.Т. Хомидов// Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений. XVI науч.-пр. конф. мол. уч. и студ.-Душанбе. - 2021 - с.192-193.

[11-М]. Худойдодов О.М. Тактика при гигантских послеоперационных грыжах передней брюшной стенки /О.М. Худойдодов, Ф.А. Джаборов, С.Х. Хайдаров// Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки// Мат.XV межд. Науч.практ. конференции мол.уч. – 2020. – с. 254.

[12-М]. Худойдодов О.М. Ближайшие результаты хирургического лечения первичных, послеоперационных и рецидивных грыж передней брюшной стенки//О.М.Худойдодов, Ф.Б.Бокиев, И.Т.Хомидов// Мат.76-межд. науч.-практич. конф. мол. уч. “Достижения фундаментальной, прикладной медицины и фармации”. – Самарканд. - 2022. - С.484-485.

## **Патент барои ихтироот**

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

2. «Способ дубликатуры брюшины при гигантских неврправимых грыжах живота» Малый патент №ТТ1562 Заявление №2401958, Саидов М.С, Маликов М.Х., Бокиев Ф.Б, Худойдодов О.М, Махмадкулова Н.А, Каримзаде Г.Дж.

**Фехристи ихтисораҳо, аломатҳои шартӣ**

ВНБ	-	Вазифаи нафаскашии беруна
ДЧ	-	дарвозаи чурра
ДДТТ	-	Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
КШ	-	ковокии шикам
МРШ	-	мушаки рости шикам
МКБШ	-	мушаки қачи берунаи шикам
МҶИҶДР	-	Муассисаи давлатии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо
СДР	-	сканкунии дуплекси ранга
СЗ	-	сифати зиндагӣ
СГХ	-	суръати ҳатти гардиши хун
ТК	-	томографияи компютерӣ
ТУС	-	ташхиси ултрасадо
ТЧ	-	тармими чурра
ХЧ	-	ҳалтаи чурра
ЧБДПШ	-	чурраи баъдиҷарроҳии девораи пеши шикам
ЧДПШ	-	чурраи девораи пеши шикам
ЧТДПШ	-	чурраи такроршавандаи девори пеши шикам

## АННОТАЦИЯ

**автореферата Худойдодова Оятулло Махмадуллоевича на тему:**  
**«Оптимизация хирургической тактики грыж передней брюшной стенки»**

*Ключевые слова:* гигантские грыжи передней брюшной стенки, рецидивные грыжи, послеоперационные грыжи передней брюшной стенки

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки путем оптимизации различных вариантов оперативных вмешательств.

**Методы исследования и использованная аппаратура.** В диссертационной работе применены клиничко-лабораторные и биохимические исследования крови, УЗИ, компьютерная томография, морфологическое исследование грыжевых ворот и грыжевого мешка. На основе опросника качества жизни пациентов анализ и оценка изменения качества жизни пациентов до и после оперативного грыжесечения.

**Полученные результаты и их новизна.** Дифференцированный подход к грыжесечению с использованием современных методов диагностики и лечения является основным требованием современной герниологии. Разработаны показания к выполнению различных способов пластики ГВ в зависимости от их размера, состояния тканей вокруг ГВ и индивидуальных особенностей организма к полимерным сетчатым протезам. При несостоятельности мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки предложен способ укрепления передней брюшной стенки (№ТJ 1141 от 2 марта 2020 г). При коррекции невраваемых гигантских грыж живота предложен способ дубликации (№ТJ 1562 от 16 мая 2024 г).

**Рекомендации по использованию.** Выбор метода операции при вентральных грыжах должен основываться с учетом вида грыжи, частоты рецидива патологии и размеров грыжевых ворот. Достижения функциональных результатов после герниопластики во многом зависит от выбора оптимального способа операции, профилактики различных раневых осложнений в ближайший послеоперационный период.

**Область применения:** Хирургия.

## АННОТАТСИЯИ

Худойдодов Оятулло Маҳмадулоевич дар мавзуи:  
«Оптимизатсияи тактикаи ҷарроҳии ҷурраҳои девораи пеши шикам»

*Калидвожаҳо:* ҷурраҳои азими девори пеши шикам, ҷурраҳои такрори, ҷурраҳои пас аз ҷарроҳии девори пеши шикам

**Мақсади таҳқиқот:** Беҳтар намудани натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии ҷурраҳои девораи пеши шикам тавассути оптимизатсияи тарзҳои гуногуни амалиёти ҷарроҳӣ.

**Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда:** Дар диссертатсия аз озмоишҳои клиникӣ ва биохимиявии хун истифода шудааст, ТУС, томографияи компютерӣ, муоинаи морфологии сӯроҳии герниалӣ ва ҳалтаи герниалӣ. Дар асоси саволномаи сифати зиндагии бемор, таҳлил ва арзёбии тағйирот дар сифати ҳаёти беморон пеш ва баъд аз амалиёти ҷарроҳӣ.

**Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигарии онҳо.** Муносибати тафриқавии герниотомия бо истифода аз усулҳои муосири ташхис ва табобат талаботи асосии герниологияи муосир мебошад. Нишондодҳои усулҳои гуногуни герниотомия вобаста ба андозаи онҳо, ҳолати бофтаҳои атрофи ҷурра ва хусусиятҳои инфиродии бадан барои протезҳои тории полимерӣ таҳия карда шудаанд. Дар сурати аз байн рафтани қабати мушакӣ-апоневрозии девораи пеши шикам усули мустаҳкам кардани девораи пеши шикам пешниҳод шудааст (ТҚ 1141 аз 2 март 2020). Барои ислоҳи ҷурраи гиганти шикам усули такроршаванда пешниҳод шудааст (№ 1562 аз 16 майи 2024).

**Тавсияҳо барои истифодабарӣ.** Интихоби усули ҷарроҳии ҷурраи вентралӣ бояд аз рӯи намуди ҷурра, басомади такрори патология ва андозаи сӯроҳии герниалӣ асос ёбад. Ба даст овардани натиҷаҳои функционалӣ пас аз герниопластика бештар аз интихоби усули оптималии ҷарроҳӣ, пешгирии мушкilotи гуногуни захмҳо дар давраи фаврии пас аз ҷарроҳӣ вобаста аст.

**Соҳаи истифодабарӣ.** Ҷарроҳӣ.



## ANNOTATION

**Khudoidodov Oyatullo Mahmaddulloevich**

**«Optimization surgical tactics of the anterior abdominal wall hernias»**

*Key words:* giant hernias of the anterior abdominal wall, recurrent hernias, incisional hernias.

**Purpose of the study.** Improving the results of surgical treatment of hernias of the anterior abdominal wall by optimizing various surgical interventions.

**Research methods.** In the dissertation the clinical laboratory and biochemical blood tests, ultrasound, computed tomography, morphological examination of the hernial orifice and hernial sac were used. Based on the patient quality of life questionnaire, analysis and assessment of changes in the quality of life of patients before and after surgical were performed.

**The results obtained and their novelty.** A differentiated approach to herniotomy using modern diagnostic and treatment methods is the main requirement of modern herniology. Indications for various methods of herniotomy have been developed depending on their size of hernia, the condition of the surrounding tissues and the individual characteristics of the body for polymer mesh prostheses. In case of failure of the muscular-aponeurotic layer of the anterior abdominal wall, a method for strengthening the anterior abdominal wall has been proposed (№ TJ 1141 of March 2, 2020). For the correction of irreducible giant abdominal hernias, a duplication method has been proposed (№ TJ 1562 of May 16, 2024).

**Recommendations for use:** The choice of the surgical method for ventral hernias should be based on the type of hernia, the frequency of recurrence of the pathology and the size of the hernial orifice. Achieving functional results after hernioplasty largely depends on the choice of the optimal surgical method, prevention of various wound complications in the immediate postoperative period.

**Application area:** Surgery.