

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХУЖАМОВ ОЛИМЖОН БАХРИДИНОВИЧ**

**ЧОВ ЧУРРАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ**  
**ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**  
**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2024**

УЎК: 616.34-007.43-031:611.957(616.89-02-089)

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of the doctor of philosophy (PhD)**

**Хужамов Олимжон Бахридинович**

Чов чурраси билан оғриган беморларни  
жарроҳлик даволашни оптималлаштириш..... 3

**Хужамов Олимжон Бахридинович**

Оптимизация хирургического лечения  
больных с паховыми грыжами ..... 31

**Khuzhamov Olimjon Bakhridinovich**

Optimization of surgical treatment of  
patients with inguinal hernia ..... 59

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 65

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**  

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХУЖАМОВ ОЛИМЖОН БАХРИДИНОВИЧ**

**ЧОВ ЧУРРАСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ**  
**ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)**  
**ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2024**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2023.4.PhD/Tib4149 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Самарқанд давлат тиббиёт университетида бажарилган

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (хулоса)) Илмий кенгашнинг интернет саҳифасида ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва “Зиёнет” ахборот-таълим порталида ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)) жойлаштирилган.).

**Илмий раҳбар:**

**Давлатов Салим Сулаймонович**  
тиббиёт фанлари номзоди, доцент.

**Расмий оппонентлар:**

**Хамдамов Бахтиёр Зарифович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Назаров Шохин Қувватович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Етакчи ташкилот:**

**“Жанубий Қозоғистон тиббиёт академияси”**  
(Қозоғистон Республикаси).

Диссертация ҳимояси 2024 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ да Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 рақамли Илмий кенгаш мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри. Ғиждувон кўчаси, 23 - уй. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru))

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Ғиждувон кўчаси, 23 - уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2024 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.

(2024 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**Ш.Т. Ўроқов**

Илмий даражалар берувчи Илмий Кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.Н.Қазакова**

Илмий даражалар берувчи Илмий Кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори (DSc), доцент

**Б.З.Хамдамов**

Илмий даражалар берувчи Илмий Кенгаш қошидаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертациясига аннотация)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги.** Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, «...қорин олд деворининг чурраси энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, аҳолининг 3-7 фоизда аниқланади ва кўпинча, меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар асосан зарар кўради...»<sup>1</sup>. Вентрал чурралар орасида чов чурралари энг кўп учрайди, бу уларнинг умумий қисмининг 65-80 фоизини ташкил қилади. Чурра жарроҳлиги умумий жарроҳлик амалиётида муҳим ўрин тутади ва энг кўп бажариладиган операциялардан биридир. Чурра турларининг пайдо бўлиш частотаси манбага қараб фарқ қилса-да, уларнинг 75% чов чурраларига тўғри келади деган фикр мавжуд. Ҳисоб-китобларга кўра, ҳаёт давомида чов чурраси ривожланиш хавфи эркаларда 27% ва аёлларда 3% ни ташкил қилади. Чов чурралари тез-тез пайдо бўлиши, юқори касалланиши, операциядан кейинги асоратлари ва ҳатто юқори ўлим даражаси туфайли жарроҳликнинг муҳим муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Дунё бўйлаб ҳар йили 20 миллиондан ортиқ чурра пластик жарроҳлик амалиёти ўтказилади. 1884 йилда анатомик тиклаш усули билан бошланган жараён, бугунги кунда замонавий усуллардан ҳисобланган лапароскопик чурра жарроҳлиги ҳамда операцияларда протезлардан фойдаланиш каби тобора кенг тарқалган усулларга йўл очиб берди.

Жаҳон миқёсида чурра кесиш амалиётида миллионга яқин синтетик протезлар қўлланилади. Протезлардан кенг фойдаланиш ва муваффақиятли натижаларга қарамасдан, адабиётларда ёт жисмга реакция натижасида битишмалар пайдо бўлиши, инфекция, ичак оқмаси, ёнбош-чов нервининг қисилиши туфайли оғриқ ва мойк атрофияси каби асоратлар ҳақида хабар берилган. Полипропилен протезлардан фойдаланиш билан бошланган жараёнда танага кўпроқ мос келадиган ва камроқ ноқулайлик туғдирадиган маҳсулотларни лойиҳалаш ва ишлаб чиқиш бўйича ҳаракатлар давом этмоқда. Бугунги кунда чурра кесишда ишлатиладиган қоплама тушунчаларининг икки тури тан олинган: оғир ва енгил қопламалар. Сўнгги пайтларда жарроҳлик техникаси ва синтетик протезлар операциядан кейинги ҳаёт сифатини ва айниқса, операциядан кейинги сурункали оғриқни баҳолаш билан боғлиқ ҳолатлар яна муҳокама қилинмоқда. Сурункали оғриқнинг ривожланишида жарроҳнинг тажрибаси, қайталаниши туфайли қайта операция, нерв шикастланиши, қоплама (протез) имплантацияси, операция тури, психо-ижтимоий омиллар, операциядан олдинги оғриқ, беморнинг ёши, операциядан кейинги эрта оғриқ ва ишемия каби хавф омиллари аниқланган.

Ҳозирги вақтда республикамизда соғлиқни сақлаш соҳасида сифатни тубдан яхшилаш ва аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам доирасини сезиларли даражада кенгайтириш бўйича кенг кўламли мақсадли чора-тадбирлар кўрилди. Ушбу йўналишда, хусусан, қорин чурраси билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш сифатини яхшилашда ижобий натижаларга эришилди. Шу билан бирга, тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш учун чурра

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 1999. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10589/1111189](http://www.who.int/iris/handle/10589/1111189).

касаллигининг олдини олиш, метафилактика ва даволашнинг янги усуллари самарадорлигини баҳолаш учун илмий асосланган натижалар талаб қилинади. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 25-апрелдаги ПҚ – 215-сонли «...Аҳолига бирламчи тиббий-санитария ёрдамини яқинлаштириш ва тиббий хизматлар самарадорлигини ошириш бўйича кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарорида аҳолига кўрсатилаётган бирламчи тиббий-санитария ёрдами сифатини яхшилаш бўйича вазифалар белгиланган...»<sup>2</sup> Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш ва касалликнинг қайталанишини камайтиришнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш орқали чов чуррани даволаш сифатини яхшилаш долзарб йўналишлардан биридир. Ушбу диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022-йил 16-июндаги "Аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини такомиллаштириш тўғрисида"ги ПҚ-283-сон қарори, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021-йил 26-июлдаги ПҚ-5198-сон "Аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги қарори билан тасдиқланган вазифаларни бажаришга хизмат қилади, Вазирлар Маҳкамасининг "Тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажмлари рўйхатини шакллантириш", шунингдек ушбу соҳада қабул қилинган бошқа норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар тартиби тўғрисидаги Низомни тасдиқлаш ҳақида 2019-йил 30-сентябрдаги 832-сон қарори билан Ўзбекистон Республикаси Давлат бюджети маблағлари ҳисобидан қопланади.

**Диссертация мавзусининг республикадаги илмий-тадқиқот ишларининг устувор йўналишларига мувофиқлиги.** Диссертация тадқиқотлари VI "Тиббиёт ва фармакология" республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишига мувофиқ амалга оширилди.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ҳозирги вақтда, кўп марказли тадқиқотга кўра, чов чурраси билан оғриган беморларда сезиларли ўсиш кузатилмоқда. Рус олимларининг сўзларига кўра, «Чов чуррасининг қайталаниши учун асосий хавф омиллари - бу ноадекват бажарилган пластика, тикилган тўқималарнинг таранглиги, гетероген тўқималарнинг ўзаро боғланиши, чов каналининг нуқсонлари, чов каналини ташкил этувчи тўқималарда ёшга боғлиқ ўзгаришлардир». Чов чурраларни даволашнинг турли хил усуллари ва уларнинг яхшиланиши шуни кўрсатадики, муаллифлар пасайиш тенденциясига эга бўлмаган қайталанишлар частотаси туфайли ушбу муаммони ҳал қилиш бўйича тадқиқотларни давом эттирмоқдалар. Чурраларни “таранглашган” пластика қилиш усуллари билан операция қилинган беморларда касалликнинг қайталаниш даражаси 7,8%, такрорий қайталаниш даражаси эса 16,7%ни ташкил қилади. Чурраларни таранглашмаган пластика қилиш усулларда қайталаниш кузатувларнинг 0,7 фоизда учрайди (Насибян А.Б. ва ҳаммуал., 2017).

---

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

Маълумотларга кўра, ҳозирги кунга қадар 300-400 та кўплаб операцион усуллар ишлаб чиқилган. Энг машҳурлари-бу тўр эндопротезларидан фойдаланган ҳолда атензив усуллариدير. Улар энг физиологик ҳамда бошқа усулларга нисбатан бирмунча камроқ қайталанишларга сабаб бўлади. Чов чурраси билан оғриган 695 беморни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганиб чиқиб, "Лихтенштейн усули билан ўтказилган операция анъанавий аутопластика усулларига қараганда, самарадорлигини тавсифловчи яхши ва аъло натижалар 16,3%га эга, узок вақт давомида ҳаёт сифати эса  $12,63 \pm 4,62$  га юқори" деган хулосага келган. Бироқ, уларни амалда қўллаш имкониятлари кўпинча турли омиллар, шу жумладан операциядан кейинги асоратларнинг ривожланиши туфайли чекланган. Чурраларни, шу жумладан чов чурраларни жарроҳлик даволашнинг замонавий усули функционал жиҳатдан яроқсиз бўлган анатомик тузилмаларни (чов каналининг орқа девори) протезлаш учун синтетик имплант (аллогерниопластика) ёрдамида операцияни ўз ичига олади. Биоматериалларнинг пайдо бўлиши билан ушбу касалликнинг якуний даволаш даражаси 100%га яқинлашади. Ҳозирда ушбу техниканинг чурралар такрорланиш эҳтимолининг ўртача 4%гача пасайишига боғлиқ ҳамда ушбу учулдан фойдаланиш мақсадга мувофиқлиги шубҳа туғдирмайди (Шапошников Й.Й. ва ҳаммуал., 2016).

Аллогерниопластикадан кейин энг кўп касалликнинг қайталаниши - операция жараёни ва техникаси бузилганда (имплантнинг ишончли фиксациясидаги камчиликлар, имплантнинг силжишига ва чурра қайталанишнинг пайдо бўлишига олиб келади) учрайди. Операциядан кейинги тегишли парвариш билан протезнинг етарли даражада интеграцияси ҳамда оптимал жарроҳлик техникасидан фойдаланган ҳолда, бемор одатдаги барча машғулотлар, шу жумладан одатдаги кундалик жисмоний ҳаракатлар ва спорт билан шуғулланиш каби нормал ҳолатга қайтиши мумкин (Беллн Ж.М. ва ҳаммуал., 2013).

Сўнгги ўн йилликлар давомида қорин девори чурраларининг барча турларини масалан, киндик, сон ва аксарият ҳолларда чов ва операциядан кейинги чурраларини даволаш учун имплантларни қўллашнинг кўплаб турлари ишлаб чиқилган ва ўрганилган. Республикамиз олимлари фикрича, "Қорин олд деворининг мушак-апоневротик фасциясининг таркибий функционал заифлигига эга бўлган чов чурраси бўлган катта ёшдаги гуруҳларда чов каналининг лапароскопик чурраларни таранглашмаган протез ўрнатиш пластикаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир". Олимлар таъкидланишича, «Ҳар хил турдаги юқори технологияли операциялардан фойдаланишга қарамай, чов чурраси билан оғриган беморларда қониқарсиз даволаш натижалари юқориликча сақланиб қолмоқда» (Султонов Р.Б. ва ҳаммуал., 2014). Замонавий синтетик протезлардан, шунингдек биоматериаллардан кўшимча сифатида фойдаланиш мураккаб чов чурралари бўлган беморларни даволаш кўрсаткичларини кенгайтиришга ва даволаш натижаларини яхшилашга имкон берди. Шу билан бирга, пластиканинг протезлаш усулларида сўнг, материалнинг хусусиятлари, протезни тўқималарга мустаҳкамлаш соҳасидаги сурункали яллиғланиш, шунингдек

операцияни бажаришда йўл қўйилган техник хатолар туфайли қайталанишлар кузатилиши мумкин (Каримов Ш.И. ва ҳаммуал., 2017<sup>3</sup>).

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, чов чурраларини даволаш ва қайталанишнинг олдини олишнинг ҳозирги тенденциялари чов канали функциясини тиклашга, операциядан кейин жисмоний реабилитацияга ва косметик таъсирга эришишга асосланган. Қониқарсиз натижаларнинг сезиларли фоизи, даволанишнинг мақбул усулини танлашнинг етишмаслиги ушбу соҳада кейинги тадқиқотлар олиб боришга ундайди. Юқоридагилар чов чурраси билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашда, айниқса тайёргарлик босқичида тананинг захира имкониятларини баҳолаш ва герниопластиканинг протезли усулларидадан фойдаланиш бўйича мақбул ёндашувларни ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш зарурлигини тақозо этади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан алоқаси.** Мазкур диссертация ишини амалга ошириш Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режаси ва мавзусига асосан режалаштирилган (№ 097, 05.2020. PhD) «COVID-19 инфекциясидан кейин Бухоро минтақаси аҳолиси соғлиғига таъсир қилувчи аъзоизмнинг патологик ҳолатини эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олишга янги ёндашувларни ишлаб чиқиш (2022-2026 й.)» илмий-тадқиқот режаси асосида амалга оширилган.

**Тадқиқотнинг мақсади:** герниопластиканинг техник жиҳатларини такомиллаштириш орқали чов чурраси билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

**Тадқиқотнинг вазифалари қуйидагилардан иборат:**

клиник, анамнестик, антропометрик ва морфологик маълумотларни ўрганиш орқали чов чурраси вужудга келиши ва қайталаниши учун хавф омилларини аниқлаш;

чов чуррасининг вужудга келиши ва қайталаниши учун хавф омилларини аниқлаш, шунингдек таққослаш гуруҳидаги беморларни жарроҳлик даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижаларини ўрганиш асосида чов каналини пластика қилиш усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш;

уруғ тизимчаси ва мойкнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун такомиллаштирилган жарроҳлик ускунаининг самарадорлигини баҳолаш;

тавсия этилган чов канали орқа деворининг протезли пластикасининг такомиллаштирилган қорин-олди усулининг самарадорлигини ўрганиш;

чов канали пластикасининг турли усулларидадан кейин беморлар ҳаёт сифатини баҳолашдан иборат.

---

<sup>3</sup> Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т. Лапароскопическая герниопластика в хирургическом лечении паховых грыж // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – №. 2. Стр. 113-119.

**Тадқиқотнинг объекти:** 2018 йилдан 2023 йилгача Самарқанд қўп тармоқли вилоят касалхонасининг жарроҳлик бўлимида стационар даволанишда бўлган чов чурраси бор бўлган 196 бемор танланган.

**Тадқиқотнинг предмети:** герниопластика усулини танлашда табақалаштирилган ёндашувдан фойдаланган ҳолда чов чурраси бўлган беморларни комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлилини ўз ичига олган. Текшириш усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва вазифаларни ҳал қилиш учун қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилади: умумий клиник, антропометрик, инструментал, морфологик ва статистик тадқиқотнинг усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:**

клиник, анамнестик, антропометрик маълумотларга ва чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолатига қараб чов герниоаллопластикани танлаш алгоритми ишлаб чиқилган;

уруғ тизимчасининг шикастланиши ва мойкнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун махсус ускуна ишлаб чиқилган;

герниоаллопластиканинг қорин парда олди модификациялаштирилган очиқ усулини қўллаш орқали чов чурраларни даволаш ва олдини олиш усули такомиллаштирилди, бу уруғ тизимчасининг веноз тизимидаги димланишни минималлаштириш ва операциядан кейинги даврда ёрғоқ шиши пайдо бўлишининг олдини олиш билан чов каналнинг зич орқа деворини яратишга имкон берган;

"Таранглашган" ва "Таранглашмаган" операция усуллари орқали чов герниопластикасини бажариш натижалари ўрганилди, жарроҳлик аралашувларнинг клиник афзаллиги аниқланди.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:**

чов чурраси учун аниқланган хавф омиллари чуррани даволашнинг етарли усулини танлашга ва касалликнинг қайталанишини камайтиришга имкон беради, бу операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилади;

касалликнинг қайталаниши учун хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда чов чурраси билан оғриган беморларни олиб бориш тактикаси алгоритми ишлаб чиқилган;

амалиётда уруғ тизимчасининг шикастланиши ва мойкнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун махсус ускуна жорий этилган;

чов каналининг кўндаланг фасцияси остида эндопротез импланти билан чов герниопластикани амалга оширишнинг техник жиҳатларини такомиллаштириш операциядан кейинги дастлабки даврдаги асоратларни ва касалликнинг қайталанишини бартараф этишга имкон берган;

чов чурраси бўлган беморларда герниоаллопластиканинг клиник самарадорлиги жароҳатдаги асоратларининг камайиши ва операциядан кейинги узоқ даврда ҳаёт сифатининг яхшиланишига асос бўла олган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги амалиётда кенг қўлланиладиган замонавий клиник, антропометрик, лаборатория, инструментал ва морфологик тадқиқот

усулларидан фойдаланиш билан тасдиқланган. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига асосланади. Статистик ишлов бериш натижаларнинг ишончлилигини тасдиқлаган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва таклифларнинг назарий аҳамияти бор, улар чов чурра билан оғриган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга катта ҳисса қўшади. Анамнестик, клиник, антропометрик маълумотларга ва чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолатига қараб чов чурраларида герниоаллопластикани танлаш алгоритми ишлаб чиқилган. Уруғ тизимчасининг шикастланиши ва мойкнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун махсус ускуна ишлаб чиқилган. Герниоаллопластиканинг такомиллаштирилган очиқ қоринолди усулини қўллаш орқали давосида - чов чурраларини қайталанишини ва олдини олиш усули такомиллаштирилди, бу уруғ тизимчасининг веноз тизимидаги турғунликни минималлаштириш ва операциядан кейинги даврда ёрғоқ шиши пайдо бўлишининг олдини олиш орқали чов каналининг зич орқа деворини яратишга имкон беради. Чов чурраси операциясида герниопластиканинг "таранглашган" ва "таранглашмаган" усуллари ёрдамида амалга ошириш натижалари ўрганилди, жарроҳлик аралашувларнинг клиник самарадорлиги аниқлаш билан баҳоланган;

ишнинг амалий аҳамияти шундаки, тадқиқот натижаларига кўра чов чурраси пайдо бўлишининг аниқланган хавф омиллари чуррани даволашнинг етарли усулини танлашга ва касалликнинг қайталаниш сонини камайитиришга имкон беради, бу операция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилайти. Касалликнинг қайталаниши учун хавф омилларини ҳисобга олган ҳолда чов чурраси билан оғриган беморларни олиб бориш тактикаси алгоритми ишлаб чиқилган. Амалиётда уруғ тизимчасининг шикастланиши ва мойкнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун махсус ускуна жорий этилди. Чов каналининг қорин-олди фасцияси остида эндопротезни имплантация қилиш билан чов чуррасида герниоаллопластикани амалга оширишнинг техник жиҳатларини такомиллаштириш операциядан кейинги дастлабки даврда асоратларни ва касалликнинг қайталанишини бартараф этишга имкон беради. Чов чурраси бўлган беморларда герниоаллопластиканинг клиник самарадорлиги, жароҳатдаги асоратларининг камайиши ва операциядан кейинги узок даврда ҳаёт сифатининг яхшиланиши билан оқланади.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Чов чурраси билан оғриган беморларни ташхислаш ва жарроҳлик даволашни яхшилаш бўйича илмий изланиш натижаларига кўра:

*биринчи илмий янгилик:* клиник, анамнестик, антропометрик маълумотларга ва чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолатига қараб чов герниоаллопластикани танлаш алгоритми ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* Ўтказилган тадқиқот асосида чов чурраси билан оғриган беморларда унинг пайдо бўлиши учун 1 дан 4 гача хавф омиллари

мавжудлигини аниқладик. Уларнинг асосийлари оғир жисмоний иш (чурра ташувчиларнинг 58,7 фоизида); қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан кечадиган қўшма касалликларнинг мавжудлиги (беморларнинг 115 (58,7%)); шунингдек, бириктирувчи тўқима туғма дисплазия белгиларининг мавжудлиги (беморларнинг 28,1 фоизида). Чов чурраси гиперстеник тана тузилишга эга беморларда 65,8% ҳолларда кўпроқ учрайди. Морфологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, гиперстеник тана тузилишга эга беморларда қорин бўшлиғи мушаклари апоневрозининг нормал тузилишидаги бузилишлар ривожлангандир. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (26.03.2024 й.; №51), Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (01.04.2024 й.; №147), Жиззах вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (04.04.2024 й.; №154) тадбиқ этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини яхшилашга, операциядан кейинги вақтини, амалиётдан кейинги асоратлар частотасини ва даволанишнинг реабилитация даврини камайтиришга имкон берган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: чов чурраси билан оғриган кекса ва қари ёшдаги, шунингдек гиперстеник типдаги беморлар ишга ва жамиятдаги фаол ҳаётга қайтиш, тиббий ёрдамдан қониқиши, умр кўриш давомийлигининг ошиши, ўлим ва ногиронликнинг камайиши имконини берган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: амалиётга татбиқ этилган тактик алгоритм чов чурраси учун маълум хавф омилларининг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб чов каналини пластикасининг мақбул усулини аниқлашга ёрдам берди ва бунинг натижасида оғрик қолдирувчи дори – воситаларини буюриш сони кескин камайган, шунингдек беморларнинг стационар шароитида даволаниш даври қисқарган. *Хулоса:* Ишлаб чиқилган тактик алгоритмни қўллаш натижасида, 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 540000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 700 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган;

*иккинчи илмий янгилик:* уруғ тизимчасининг шикастланиши ва мойкнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун махсус ускуна (№ IAP 7593 29.12.2023, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги "Чов каналини пластика қилиш усули") ишлаб чиқилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* Ишлаб чиқилган жарроҳлик ускунасидан фойдаланиш орқали техник жиҳатларни такомиллаштириш уруғ тизимчасининг шикастланишини олдини олиш операциядан кейинги дастлабки даврда асоратларни 16,1% дан 4,8% гача, яъни 3 бараваргача камайтиришга имкон берди, бу мойкнинг қон билан таъминланишининг бузилиши билан боғлиқ бўлган ёрғоқ шиши, мойк гидроцелеси, инфилтрат ва мойк атрофияси каби асоратларни бартараф этишини оширди. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (26.03.2024 й.; №51), Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (01.04.2024 й.; №147), Жиззах вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (04.04.2024 й.; №154) тадбиқ этилди. Тадқиқот

натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши натижасида чов чурралари билан оғриган беморларни даволаш натижалари яхшиланган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* ушбу янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги шундаки, чов чурраси билан оғриган беморларда операциядан кейинги асоратларнинг камайиши ва оғриқ кузатилмаслиги ҳисобига беморлар ишга ва жамиятдаги фаол ҳаётга қайтиш, тиббий ёрдамдан қониқиши, умр кўриш давомийлигининг ошиши имконини берган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: Чов чурралари хирургик давосида уруғ тизимчасининг шикастланиши ва моякнинг қон таъминоти бузилишининг олдини олиш учун ишлаб чиқилган махсус ускунани қўллаш оқибатида операциядан кейинги асоратлар частотаси 16,1% дан 4,8% гача камайган, операция давомийлиги, реабилитация даври, ҳамда стационар давонинг умумий муддатини қисқариши имконини берган. *Хулоса:* Чов чурраси билан оғриган беморларда операциядан кейинги эрта асоратлар камайганлигини ҳисобга олиб, 1 нафар бемордан бюджет маблағларини 6 400 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 7 200 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган;

*учинчи илмий янгилик:* герниоаллопластиканинг қорин парда олди модификациялаштирилган очиқ усулини (IAP 7588 02.02.2024, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги "Чов чурра аллопластикаси усули") қўллаш орқали чов чурраларни даволаш ва олдини олиш усули такомиллаштирилди, бу уруғ тизимчасининг веноз тизимидаги димланишни минималлаштириш ва операциядан кейинги даврда ёрғоқ шиши пайдо бўлишининг олдини олиш билан чов каналнинг зич орқа деворини яратишга имкон берган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* Таклиф этилаётган модификацияланган қорин прарда олд соҳасига трансплантат қолдириб герниоаллопластика усули қўллаш чурра қайталанишини 5,3%дан нолгача туширишга имконини берди; *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (26.03.2024 й.; №51), Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (01.04.2024 й.; №147), Жиззах вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (04.04.2024 й.; №154) тадбиқ этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши натижасида чов чурралари билан оғриган беморларни даволаш натижалари яхшиланган, беморлар реабилитацияси қисқарган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* I.L.Lichtenstein усули бўйича операция техник жиҳатдан содда ва бажарилиши мумкин, аммо беморларнинг 5,3 фоизида чурра қайталанеди. Биз таклиф қилаётган модификациядаги чурра нуқсонининг қорин парда олди аллопластикаси I.L.Lichtenstein усули бўйича операцияга ишончли алтернатив бўлиб, ўрта ва катта ўлчамли чов чурра билан оғриган беморларни даволашда, бу тўғри бажарилганда қайталанишни келтириб чиқармайди ва қўлланиладиган тўр имплантати турига боғлиқ бўлмаган ҳолда (Фишернинг бурчак мезони  $p < 0,05$ ) асоратларнинг кам сонига эга. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: 1) беморларнинг стационарда бўлиш вақти камайган; 2) беморларда

операциядан кейинги оғриқ кам кузатилганлиги ҳисобига оғриқ қолдирувчи дориларга эҳтиёж кам бўлган. *Хулоса:* Герниоаллопластиканинг қорин парда олди модификациялаштирилган очиқ усулини амалиётга татбиқ этиш натижасида операциядан кейинги реабилитация даври 5-7 кундан 3-4 кунгача қисқариш ҳисобига 1 нафар беморга бюджет маблағларини 640 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 790 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган;

*тўртинчи илмий янгилик:* "Таранглашган" ва "Таранглашмаган" операция усуллари орқали чов герниопластикасини бажариш натижалари ўрганилди, жарроҳлик аралашувларнинг клиник афзаллиги аниқланди. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* Беморларнинг ҳаёт сифатини такомиллаштирилган шкала бўйича таҳлил қилинганда, Чов чурраларни даволашнинг мақбул тактикасини танлашда табақалаштирилган ёндашув алгоритминини қўллаш "аъло ва яхши" натижалар улушини 88,3% дан (таққослаш гуруҳидаги 77 бемордан 68 нафари) 100,0% гача оширишга имкон берди (асосий гуруҳидаги 82 бемор) ( $p=0,030$ ). Олинган натижаларни таҳлил қилишда "таранглашмаган" чов герниоаллопластикадан сўнг беморларда жисмоний ва руҳий саломатлик кўрсаткичларининг сезиларли даражада юқори кўрсаткичларига эътибор қаратилади ( $p < 0,05$ ). *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши:* Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси бўйича буйруқ (26.03.2024 й.; №51), Самарқанд вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (01.04.2024 й.; №147), Жиззах вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази бўйича буйруқ (04.04.2024 й.; №154) тadbик этилди. Тадқиқот натижаларининг амалиётга татбиқ этилиши натижасида чов чурралари билан оғриган беморларни даволаш натижалари яхшиланган, беморлар реабилитацияси қисқарган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги* Тавсия этилган янгиликларни амалиётга тadbик этиш натижасида операциядан кейинги асоратлар ва чов чуррасининг қайталаниши сони кескин камайиши натижасида мазкур беморларни даволашнинг юқори тиббий самарадорлигини таъминлайди. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги* қуйидагилардан иборат: 1) беморнинг шифохонадаги даври учун: беморнинг шифохонада қолиш муддатини 7 кундан 3 кунгача кунга қисқартиририб, шифохонада қолиш тўлов миқдори тахминан 210 минг сўмга камайтирган (РПМ нинг прејскурантига кўра шифохонада 1 кун қолиш 76.000 сўмни ташкил қилади); шифохонада бўлиш даврининг бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган (1 кунга ўртача 150 000 сўм дори воситалари сарфланади); реабилитация харажатларини камайтирган (1 кунга ўртача реабилитация учун ишлатиладиган 35.000 сўм дори воситалари сарфланади); 2) беморнинг шифохонадан ташқаридаги даври учун (бошқа тиббий муассасаларда даволаниши, масалан беморнинг яшаш жойи бўйича поликлиникаларда) бир неча кунга қисқартирилиши ҳисобига дори-дармон кам талаб этилган. *Хулоса:* Чов чурраси билан оғриган беморларда герниоаллопластиканинг таранглашмаган усулини қўллаш натижасида 1 нафар бемордан бюджет

маблағларини 6 400 000 сўмга ва бюджетдан ташқари маблағларни 7 200 000 сўмга иқтисод қилиш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика анжуманларда муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзусида 16 та илмий иш чоп этилган, улардан 8 таси журнал мақолалари, улардан 7 таси республика ва 1 таси хорижий журналларда, диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини нашр этиш учун Ўзбекистон Республикаси олий аттестация комиссияси томонидан тавсия этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, беш боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва келтирилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Матн материалининг ҳажми 120 саҳифани ташкил этади.

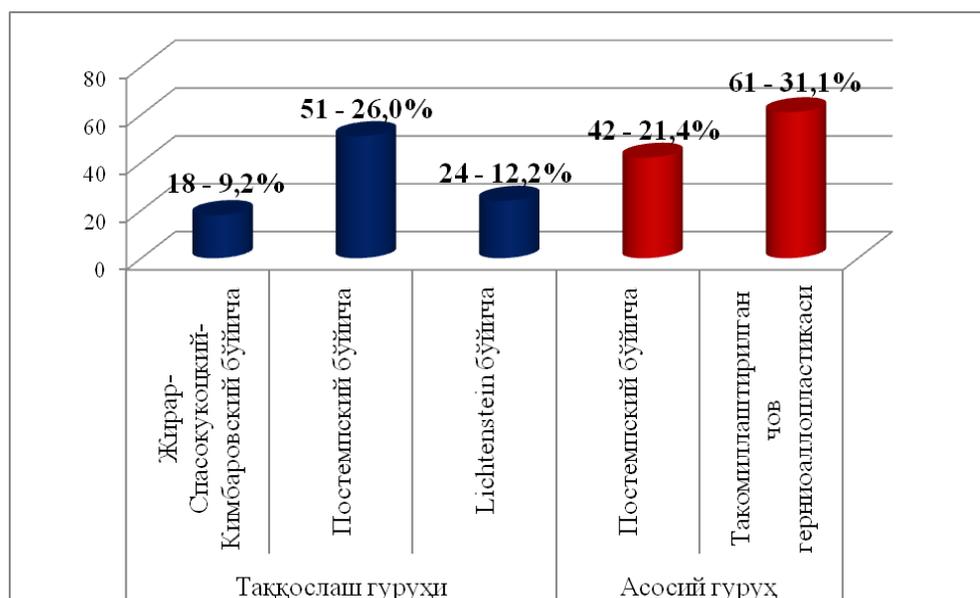
## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш қисмида** ўтказилган тадқиқотнинг долзарблилиги, тадқиқот мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотнинг Республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, тадқиқот натижаларининг илмий янгилиги ва амалий натижалари келтирилган, тадқиқотнинг амалиётга жорий қилинган натижалари илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган, чоп этилган ишлар ва диссертация таркиби бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Чов чурраси билан оғриган беморларни даволаш муаммосига замонавий қарашлар**» номли биринчи бобида беморларда чов чурра муаммолари, этиопатогенези, даволаш ва ташхислашнинг замонавий усуллари, шунингдек, ушбу патология билан беморларни юритишнинг долзарб масалалари моҳиятини очиқ берувчи адабиётлар шарҳи берилган. Ушбу бобда муаммонинг ҳолати, чов чурра жарроҳлигида қўлланиладиган герниопластика усуллари ва уларнинг қиёсий тавсифлари келтирилган. Герниал жарроҳликдаги герниаллопластика замонавий жаҳон адабиётига кўра алоҳида тавсифланган.

Диссертациянинг «**Клиник материал ва қўлланилган тадқиқот усуллари**» деб номланган иккинчи боби клиник материаллар ва тадқиқот усулларига бағишланган. Тадқиқот 2018-2023 йиллар оралиғида Самарқанд кўп тармоқли вилоят касалхонасининг жарроҳлик бўлимида операция қилинган чов чурраси бўлган беморларни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Проспектив динамикали фаол тадқиқот учун чов чурраси бўлган 196 бемор танланган. Улар ҳар хил турдаги чов чурралари бўлган эркак беморлар эди. Тадқиқотнинг янгилиги чов чурра билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашни оптималлаштиришга, операциядан кейинги даврда қониқарсиз натижаларни камайтиришга, касалликнинг қайталанишини камайтиришга ва тадқиқотнинг асосий ваколоти репродуктив ёшдаги эркакларнинг фертилликни сақлаб қолиш ва шу билан ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган. Шу муносабат билан, бизнинг тадқиқотимизда аёл беморлар бўлмаган.

Беморлар режалаштирилган ва шошинч ҳолатларда операция қилинган ва даволаш тактикасини танлашга қараб, беморлар икки гуруҳга бўлинган (1-расм).



**1-расм . Беморларни тадқиқот гуруҳлари бўйича тақсимлаш (n=196)**

Биринчи гуруҳ, таққослаш гуруҳи чов чурраси билан оғриган беморларнинг 93 (47,4%)ни ташкил этди, улар анъанавий усуллар билан герниоаутопластика (69 – 74,2%) ва Лихтенштейн усули билан чов герниоаллопластикаси (24 – 25,8%) билан амалга оширилди. Иккинчи, асосий гуруҳ 103 (52,6%) беморни ташкил этди, улар бизнинг такомиллаштирилган усул бўйича чов герниоаллопластикаси ўтказилди – 61 (59,2%) беморларда ва Постемпский бўйича герниоаутопластика – 42 (40,8%) беморда бажарилган.

Беморларнинг 83 (42,3%) 50 ёшдан ошган: асосий гуруҳда – 44 (53,0%) ва таққослаш гуруҳида – 39 (47,0%). Ўрта ёш бўйича ўрганилаётган иккала гуруҳ ҳам статистик жиҳатдан ишончли таққосланади: асосий гуруҳда –  $47,1 \pm 0,3$  йил, таққослаш гуруҳида –  $44,7 \pm 1,0$  ( $p > 0,05$ ).

Анамнезда асосий гуруҳдаги 22 (21,3%) ва таққослаш гуруҳидаги 17 (18,3%) беморларда такрорий чурра қисилишлар тарихи бўлган. Режалаштирилган тартибда 134 (68,4%) бемор ва шошинч тартибда чов чурра қисилиши бўйича – 62 (31,6%) бемор операция қилинди. Шошинч операциялар учун кўрсатмалар билан қисилиб қолган чов чурралар учун герниоаутопластика усуллари (79,0%) ва асоратланмаган чурралар учун герниоаллопластика усуллари (53,7%) кўпроқ ишлатилган.

Чурра турлари бўйича (L.M. Nyhus таснифи) гуруҳларда тақсимот 1-жадвалда келтирилган. Беморларда қийшиқ чурраларнинг умумий сони 149 тани ташкил этди (76,0%). III турдаги чурралар сони (тўғри чурралар) 43 (21,9%), такрорий чов чурралар 9 (4,6%) ҳолатда аниқланган. Тадқиқот гуруҳларидаги чурралар тури бўйича ўтказилган статистик таҳлил асосида бир ҳил деб ҳисоблаш мумкин ( $p_{\chi^2} > 0,05$ ). Гуруҳларда чурра локализациясида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар аниқланмади ( $p_{\chi^2} = 0,65$ ).

## Чов чурраларни L.M. Nyhus чурралари таснифи бўйича тақсимлаш

Тадқиқот гуруҳлари		Чурра турлари						Барча чурралар
		I тур	II тур	III тур		IV тур		
				IIIА	IIIВ	IV А	IV В	
Таққослаш гуруҳи	Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича	15	3	-	-	-	-	18
	Постемпский бўйича		21	13	15	1	1	51
	Лихтенштейн бўйича		13	6	5	-	-	24
Асосий гуруҳ	Постемпский бўйича		19	12	9	1	1	42
	Такомиллаштирилган чов герниопластикаси		26	12	18	2	3	61
Жами		15	82	43	47	4	5	196
%		7,6	41,8	21,9	23,9	2,0	2,5	100

Антропометрик тадқиқотлар ўртада ҳарорати камида 20°C бўлган яхши ёритилган хонада ўтказилди, бемор жойлашган замин текис, илиқ эди. Ўлчовлар кўп ҳолларда эрталаб амалга оширилди. Ўлчов дастури 10 дақиқадан кўпроқ вақтни олди. Вазн ўлчаш овқатдан олдин тиббий тарозида амалга оширилди. Чов канал тос суяги элементларига маҳкам ўрнашганлиги сабабли (ва катталарда у ўзгармайди), чов чурра билан оғриган беморларда антропометрия доимий суяк ўлчамлари индексларини таҳлил қилиб ўрганилди. Барча антропометрик тадқиқотлар В.Н. Шевкуненко усулидаги ўлчовлар билан бажарилган.

Барча беморларда умумий қон таҳлиллари («Abacus junior «В», гематологик анализатори, Швейцария) ва сийдик таҳлиллари ўтказилди, қон гуруҳи ва Резус-фактор аниқлаш, Вассерман реакцияси, гепатит В ва С, ОИВ инфекцияси учун қон текшируви ўтказилди. Қуйидаги биокимёвий кўрсаткичлар аниқланди: умумий қон оқсил (кўрсатмаларга кўра-оқсил фракциялари), билирубин, трансаминазалар, карбамид, креатинин, қон электролитлари ("Stat Fax 3300" биокимёвий анализатори, АКШ). Қон ивиш тизимларни баҳолаш тромбоцитлар сони, фибриноген кўрсаткичлари, халқаро нормаллаштирилган нисбат, қон ивиш вақти ва қон кетиш давомийлиги бўйича амалга оширилди; кўрсатмаларга кўра, коагулограмма ўтказилди.

Моякларда қон оқимини аниқлаш мақсадида уруғ тизимчаси элементлари дуплексли ультрасонографик сканерлаш бажарилди. Уруғ тизимчаси ва моякдаги қон оқимининг бузилиши чурра томонида чов чурра бўлган 30 беморда интратестикуляр артерияда қон оқимининг энг юқори систолик тезлигини, операциядан олдин, пайтида ва 1 ойдан кейин соғлом томонни ўрганиш орқали ўрганилди. Датчик мояк устидаги ёрғоқ терисига жойлаштирилган. Сканерлаш реал вақт режимида узунига ва қўндаланг йўналишларда, чурра бўлган томонда ва соғлом томонда мояк қон оқимининг ўзгаришини аниқлаш учун амалга оширилди. Тадқиқот давомида олинган маълумотлар протоколда қайд этилган ва суратга олинган (2-3-расм).

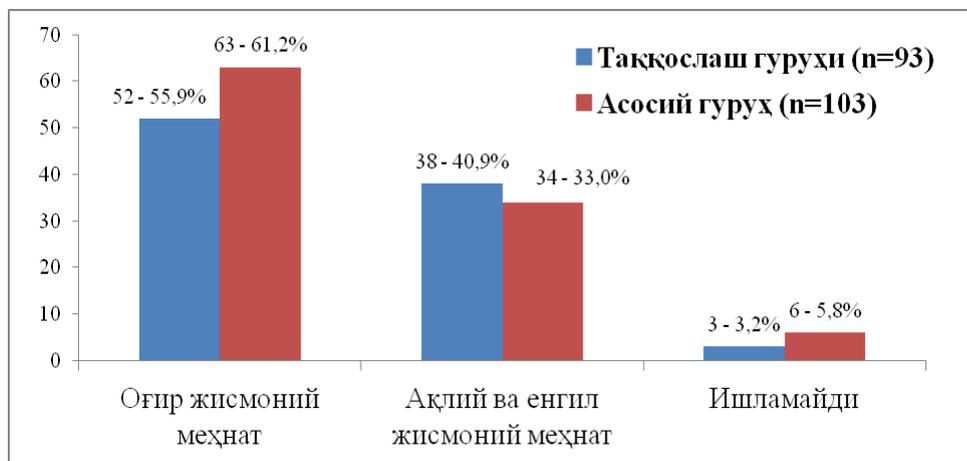


**2- расм .** Беморнинг ультратовуви текшируви А., 57 ёш ва / б №8592/736. Lichtenstein бўйича такрорий чов чурра. Апоневроз остида протез кўрсатилади



**3-расм .** Беморнинг ультратовуви текшируви П., 64 ёш ва / б №1843/103. Протез нуқсони Cooks ойнаси орқали уруғ тизимчасининг чиқиш жойида кўрсатилган

Диссертациянинг “Чов чурраси пайдо бўлиши ва қайталаниши учун хавф омиллари” деб номланган учинчи бобида чов чурралари қайталаниши сабаби ўрганилган. Беморларнинг меҳнат фаолияти ўрганилганда ярмидан кўпчилиги (58,7%) оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланган. Шунинг учун, оғир жисмоний меҳнат чурра шаклланишига ва/ёки касалликнинг қайталанишига ҳисса қўшадиган омиллардан бири деб тахмин қилиш мумкин (4-расм).



**4-расм.** Беморларнинг меҳнат фаолияти хусусиятига кўра тақсимланиши (n=196)

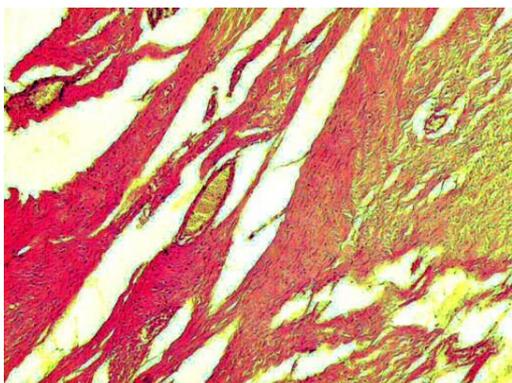
Кўпинча беморлар ортиқча вазн, корин бўшлиғи босимининг ошиши ва яқин қариндошларида чурра анамнези каби ёндош касалликлари борлиги кузатилди. Бир қатор беморларда чурра ҳосил бўлиши учун бир нечта шунга ўхшаш хавф омиллари мавжуд бўлган (5-расм). Бириктирувчи тўқималарнинг тизимли бузилиш белгиларини аниқлаш учун (чов чуррасидан ташқари) биз чов чурраси бўлган беморларда мавжуд бўлган ёндош касалликларнинг батафсил таҳлилинини ўтказдик, бу бириктирувчи тўқима тузилмаларининг тизимли шикастланишини кўрсатади.



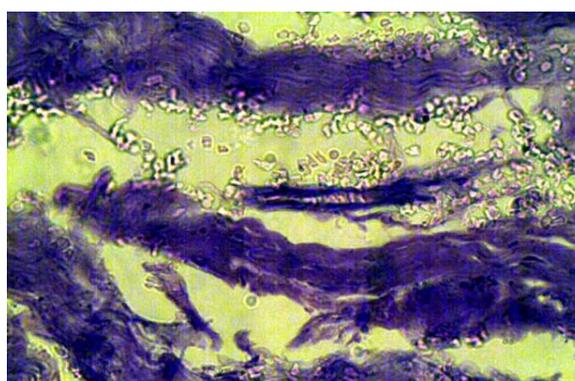
**5-расм.** *Ўрганилаётган гуруҳлардаги беморларда қорин бўйлиги босимининг ошиши билан бирга келадиган ёндош касалликларнинг хусусиятлари (n=196)*

Ортиқча вазн ва гиперстеник тана тузилиши турига эга бўлган беморларда чов каналининг мушак – апоневротик деворининг тузилишида жиддий бузилишлар мавжуд. Ушбу ўзгаришларнинг табиати, яъни коллаген толалари тартибининг бузилиши, айнан шу таркибий ўзгаришлар апоневрознинг мустаҳкамлиги бузилишининг асоси эканлигини кўрсатади (6-7- расм).

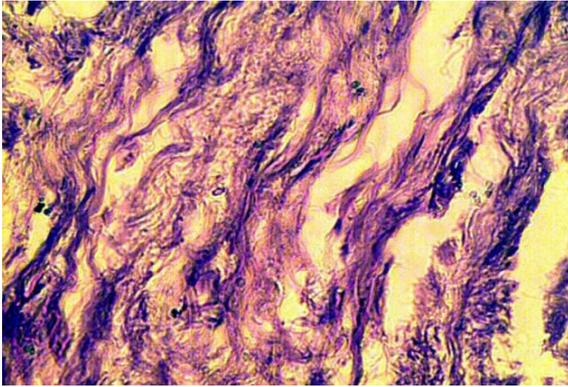
Ёшидан қатъий назар, апоневроз тўқималарининг ҳаддан ташқари кўпайишига ёрдам берадиган омилларнинг мавжудлиги (семириш, чов чурраларнинг қайталаниши) мушак-апоневротик қатламнинг дистрофик қайта тузилишини шаклланишига олиб келиши мумкин, унинг кучи пасаяди (8-9-расм). Юқоридаги таркибий ўзгаришлар чов канал деворининг кучига таъсир қилади, унинг механик юкларга мослашишини камайтиради ва шу билан чов чурраси шаклланишига ёрдам беради.



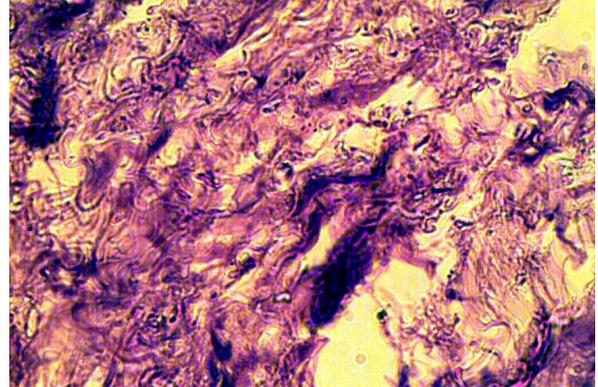
**6-расм.** *Гиперстеник тузилишга эга бўлган беморда чов канали юқори деворининг мушак тўқимаси. Мушак тўпламлари орасидаги кенг бўйлиқлар ("тузилмасиз" зоналар). Кенгайган томир зоваги ва уларда тўпланган эритроцитлари бўлган томирлар. Бемор К. 35 ёшида (№15232/1031). 10×10.*



**7-расм.** *Беморнинг апоневрози К. 45 ёшида (№15232/1031) гиперстеник тузилиши билан. Уларда қизил қон таначалари бўлган толалар тўпламлари орасидаги катта бўйлиқлар. Г-Э. 10×40.*



*8-рasm. Беморнинг апоневрози 77 ёшда (№2912/201). Тарқоқ толаларнинг хаотик жойлашуви, улар орасидаги бўшлиқлар аниқ тола тўплами шаклланмасдан кенгайган. 10×40.*



*9-рasm. Бемор Х.нинг апоневрози нормостеник тузилиши билан 78 ёшда. (№6254/443). Турли хил толаларнинг тартибсиз жойлашуви, улар орасидаги бўшлиқлар кенгайган. 10×40.*

Шундай қилиб, чов канал деворининг морфологик тузилишидаги ўзгаришлар нафақат катта ёш гуруҳлари учун, балки апоневроз тўқималарининг ҳаддан ташқари кенгайишига ёрдам берадиган омиллар мавжуд бўлган беморлар учун ҳам характерлидир, улар аниқланганда чурра нуқсонининг ёши ва катталигидан қатъи назар, герниопластикани амалга оширишда чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлаш учун синтетик трансплантатдан фойдаланиш талаб этилади.

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқот асосида чов чурраси билан оғриган беморларда чурраларнинг пайдо бўлиши учун 1 дан 4 гача хавф омиллари мавжудлигини аниқладик. Уларнинг асосийлари оғир жисмоний зўриқиш (чурра ташувчиларнинг 58,7 фоизда); қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан кечадиган қўшма касалликларнинг мавжудлиги (беморларнинг 115 (58,7%)); шунингдек, бириктирувчи тўқиманинг туғма дисплазия белгиларининг мавжудлиги (беморларнинг 28,1 фоизда).

Бу омилларнинг барчаси чов чурранинг ривожланишига ва/ёки унинг қайталанишига олиб келади ва чуррани даволаш усулини танлашда эътиборга олиниши кераклигини билдиради.

Диссертациянинг «**Таққослаш гуруҳидаги беморларни жарроҳлик даволаш натижалари**» деб номланган тўртинчи боби таққослаш гуруҳидаги беморларни хирургик даволаш натижаларига бағишланган. Таққослаш гуруҳидаги 93 нафар бемордан 84 нафарида (90,3%) операциядан кейинги энг якин давр асоратларсиз ўтди. Беморларнинг 9 (9,7%) жарроҳлик аралашувининг 15 (16,1%) асоратини бошдан кечирди: 1 беморда - жароҳатнинг йиринглаши, 1 беморда - чов соҳасининг инфилтрати, 2 беморда - ёрғокнинг шишиши, 1 беморда - мойк истисқоси, 1 беморда - чов соҳасининг гематомаси, 1 беморда сийдик - таносил тизимининг инфекцияси ва 4 беморда – сийдикнинг ўткир тутилиши кузатилди (2-жадвал).

**Таққослаш гуруҳидаги чов чурраси билан оғриган беморларни  
жароҳлик даволашнинг бевосита натижалари**

Асоратлар		Операция тури						Жами			
		Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича		Постемпский бўйича		Лихтенштейн бўйича					
		абс.	%	абс.	%	абс.	%			абс.	%
		18	100	51	100	24	100			93	100
Операциядан кейинги жароҳат соҳасида	Жароҳатнинг йиринглаши	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1		
	Инфильтрат	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1		
	Ёрғоқнинг шишиши	1	5,5	1	1,96	-	-	2	2,1		
	Мояк гидроцелеси	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1		
	Операциядан кейинги гематома	1	5,5	-	-	-	-	1	1,1		
	Операциядан кейинги жароҳат серомаси	-	-	-	-	4	16,7	4	4,3		
Бошқалар	Ўткир сийдикни ушлаб туриш	-	-	3	5,9	1	4,2	4	4,3		
	Сийдиктаносил йўллари инфекцияси	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1		
Жами асоратлар:		2	11,1	8	15,7	5	20,8	15	16,1		
Жами беморлар:		2	11,1	4	7,8	3	12,5	9	9,7		

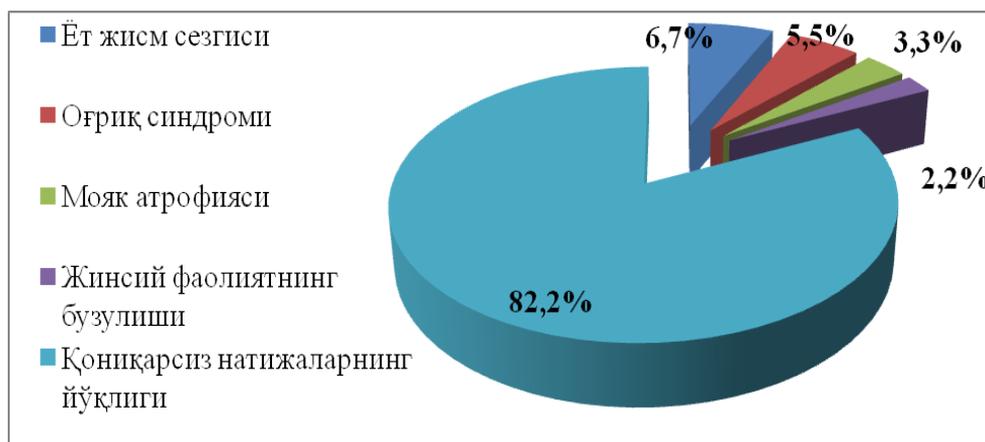
Бир беморда уруғ тизимчаси гематомаси ва бошқа бир беморда мояк 3-4 ҳафта давомида бир неча марта очилган. Жароҳат инфилтратининг асоратлари бўлган беморлар, ёрғоқнинг шишишида компресслардан фойдаланилган. Жароҳат йиринглаган бир беморда иккиламчи жароҳат битиши кузатилди. Беморларнинг 4 (4,3%) да операциядан кейинги жароҳат ва сийдик катетерининг қолиши билан бевосита боғлиқ бўлмаган асоратлар бўлган – бу сийдикни ўткир ушланиб қолиши – 3 (3,2%) ва сийдик йўллари инфекцияси – 1 (1,1%), кекса эркак беморда пайдо бўлган.

Турли хил турдаги тўр имплантлари ёрдамида операция қилинган чов чурраси билан оғриган 24 беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди.

Операциядан кейинги дастлабки даврда операциядан кейинги жароҳатнинг серомаси 4 беморда пайдо бўлди, улар пункция усули билан бартараф қилинди. Ўткир сийдикни ушлаб туриш 1 беморда кузатилган. Лихтенштейн усули бўйича операция қилинган беморларнинг 9 (37,5%), стационар даволаш тугаган пайтида, чов соҳада ёт жисм ҳисси борлигини кўрсатди, шундан 3 (33,3%) нафар беморда чов соҳаси невралгияси пайдо бўлди.

"Оғир" имплант қўйилган беморларда (25,0%) ва чов нервларнинг санчилиш хусусияти билан боғлиқ асоратлар туфайли (16,7%) асоратлар сони устунлик қилди (Фишернинг бурчак мезони  $\varphi < 0,01$ ).

Операциядан 6 ой ўтгач, 90 (96,8%) бемор (таққослаш гуруҳида операция қилинган 93 кишидан) текширилди, шундан 6 нафари (6,7%) И.Л. Лихтенштейн операциясидан сўнг жарроҳлик соҳасида ёт жисм ҳисси борлиги аниқланди. Беморларнинг 5 (5,5%) (шундан 2 нафари Постемпский операциясидан кейин ва 3 нафари Лихтенштейн операциясидан кейин) чов соҳасида доимий оғриқни кузатилди, бу эса оғриқни даволашга муҳтож эмас эди. Постемпский операциясидан кейин мойк атрофияси 3 (3,3%) беморда аниқланди (10-расм).



**10-расм.** Таққослаш гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги дастлабки 6 ой ичида қониқарсиз натижаларни тавсифлаш

Операциядан 3 йил ўтгач, 77 (82,8%) бемор текширилди, операция қилинган беморларнинг 3 (3,9%) мойк атрофиясидан ташқари, 4 (5,2%) беморда чов чурра қайталаниши аниқланди. Улардан 1 нафари Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский усули бўйича операциядан кейин, 2 нафари Постемпский усули бўйича операциядан кейин ва 1 нафари Лихтенштейн операциясидан кейин (жадвал 3).

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш мумкинки, чов каналининг олд девори мустаҳкамлангандан сўнг 7,7% ҳолларда чов чурра қайталаниши кузатилган. Чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлаш билан таранглашган пластикадан операциясидан сўнг, такрорланишдан (4,4%) ташқари, қон таъминоти бузилганлиги сабабли 6,7% ҳолларда мойк атрофияси кузатилган. Чов чурраларни даволашда Лихтенштейн бўйича бажарилган операция техник жиҳатдан жуда содда, уни бир соат ичида ( $52,3 \pm 11,2$  дақиқа) бажариш мумкин, аммо бу жуда самарасиз эди (беморнинг 1 (5,3%) да қайталаниш), баъзи ҳолларни қуйидаги бобда муҳокама қилинади.

**Таққослаш гуруҳидаги беморларда операциядан кейин чов чуррасининг такрорланиш даражаси**

Узоқ даврдаги натижалар	Операция тури						Жами	
	Жирар-Спасокукоцкий-Кимбаровский бўйича		Постемпский бўйича		Лихтенштейн бўйича			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	13	100	45	100	19	100	77	100
Қайталаниш	1	7,7	2	4,4	1	5,3	4	5,2
Мояк атрофияси	-	-	3	6,7	-	-	3	3,9

Диссертациянинг «**Чов чурраси билан оғриган беморларда жарроҳлик даволашни оптималлаштириш**» деб номланган бешинчи боби ишлаб чиқилган янгиликлар ва чов чурраси билан беморлар хирургик давоси техник жиҳатларини такомиллаштиришга бағишланган. Чов чурра қайталанишининг сабабларини таҳлил қилиш ва таққослаш гуруҳидаги беморларни текшириш ва даволаш натижаларини таҳлил қилиш бизга чов каналини пластика қилиш усулини танлаш алгоритминини ишлаб чиқишга имкон берди (11-расм). 2020 йилдан бошлаб биз томонидан пластика тури чов учбурчаги соҳасидаги тўқималарнинг ҳолатига қараб танланади. Танловда биринчи навбатда чов каналининг орқа деворининг йўқ қилиниши даражаси, ички чов ҳалқа, чов бойламининг тарқалиши ва ташқи қийшиқ қорин апоневрози, шунингдек беморнинг ёши, жисмоний ҳолати ва қўшма патологиянинг мавжудлиги ката аҳамиятга эга. Касалликнинг қайталанишига таъсир қилувчи асосий омиллар чов каналининг орқа деворининг ҳолатидир. Катта қия, аксарият ҳолларда тўғри ва такрорий чурралар билан кузатиладиган орқа девордаги сезиларли ўзгаришлар билан биз аллопластикани танлов усули билан ўзгартирилган усул деб ҳисоблаймиз.

11-расмдан келиб чиқадики, чов чурра учун жарроҳлик даволаш учун қабул қилинган барча беморларда қуйидагиларни бажариш керак:

1. Касбий ва оилавий чурра анамнези, шунингдек, ёндош касалликларни аниқлаш учун анамнезни йиғиш;

2. Биргаликда касалликларни аниқлаш учун клиник ва лаборатория текшируви, шу жумладан. бириктирувчи тўқима дисплазия белгилари ва қорин бўшлиғи босимининг ошишига олиб келадиган касалликлар;

3. Беморларнинг тана турини аниқлаш учун антропометрик тадқиқотлар.

Беморларнинг асосий гуруҳида Постемпский бўйича герниоаутопластика 42 (40,8%) беморда қўлланилган. Таққослаш гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги даврда қоникарсиз натижалар масалан, ёрғоқ шиши (1,96%), мояк гидроцелеси (1,96%), инфилтрат (1,96%) ва мояк атрофияси (3,3%) мояк қон таъминотининг бузилиши каби ушбу муаммолар бизни ечимнинг янги техник жиҳатларини излашга ундади.



*11-расм. Чов чурралар учун герниопластикани танлаш тактикаси алгоритми.*

Шу муносабат билан, чуқур чов ҳалқаси соҳасидаги уруғ тизимчасининг сиқилишини олдини олиш учун биз апоневрознинг зич тўқималари орасидаги уруғ тизимчаси элементларининг сиқилишини ҳимоя қилувчи махсус воситани ишлаб чиқдик, бунинг учун ихтирога патент Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги томонидан олинган (IAP 7593 29.12.2023, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги "Чов каналининг пластик усули").

Чов каналининг орқа деворини пластика қилиш пайтида уруғ тизимчасини орқага суриш/изоляция қилиш учун узунлиги 5 см, чуқурлиги 3,5 мм ва қалинлиги 1 мм бўлган иккита ёпиладиган ярим цилиндрни (1) ўз ичига олган жарроҳлик ускуна ишлаб чиқдик. Унинг элементларини шикастламасдан, уруғ тизимчасини ушлаб туришга қодир (расм 12). Ускуна, шунингдек, 7 см узунликдаги тутқичдан иборат бўлиб, қалинлиги 2 мм бўлган иккита бўғинли (2) шоҳ, тутқич ҳалқаси (3), 3 см ўлчамдаги кулф (4) ва 10 см узунликдаги ярим цилиндргача ишлайдиган қисм (5), ярим цилиндрнинг ишчи қисми (5) чов ҳалқага, сўнгра, тутқич ҳалқаларини (3) ушлаб, тутқичларни (2) бир-бирига яқинлаштирдилар, уруғ тизимчаси

ушланиб, ярим цилиндрни (1) ёпиш пайтида ҳосил бўлган цилиндрга жойлаштирилди, цилиндр кулф билан ёпиқ ҳолатда ушлаб турилди (4). Чов каналининг орқа деворини пластика қилиш учун ташқи қийшиқ мушакларининг апоневрозининг юқори лахтагини чов бойламига, қов дўмбоғидан чуқур чов ҳалқага қадар кўрсатилган жарроҳлик ускунаининг найчали қисмига яқин қилиб кесдик, сўнгра ташқи қийшиқ мушакларининг апоневрозининг дубликати унинг пастки лахтагини юқори лахтакга боғлаб, кейин ярим цилиндрни (1) очиб, уруғ тизимчаси озод қилинди.



**12-расм.** Уруғ тизимчаси қисилишини олдини олиш учун ишлаб чиқилган ускуна: 1. Иккита ёпиладиган ярим цилиндрлар; 2. Шарнир билан бириккан иккита браншадан иборат дастак қисм; 3. тутқич ҳалқаси; 4. Фиксатор; 5. Чов халқасига кирадиган ишчи қисми.

Кейин уруғ тизимчасини ажратиб олинди, уни биз ишлаб чиққан ускунага латерал-юқорига тортиш билан олдик (13-расм). чурра қопи бўйинчасидан тикиб ва олиб ташлашдан сўнг, апоневроз пластикага тайёрланди. Уруғ тизимчаси сиқилишини ва мойкдаги қон оқимининг бузилишини истисно қилиш учун ёрғоқнинг Допплер ультратовуш текшируви интраоператив равишда ўтказилди (14-расм).



**13-расм.** Уруғ тизимчасини ажратиб олиш ва биз ишлаб чиққан ускунага олиш



**14-расм.** Интраоператив ультратовуш текшируви ёрдамида ёрғоқ доплерографияси

Лихтенштейннинг "таранглашмаган" чов гернио-пластика техникаси чов чурраси пластикаларининг анъанавий турларига нисбатан бир қатор аниқ афзалликларни кўрсатди. Амалиёт биров вақт талаб этади, бажариш осон ва нарх жиҳатидан жуда мақбулдир.

Бироқ, кўпинча чов бойлами бир толали бўлганлиги сабабли, бу протезни тузатиш учун ишончли жой бўлмаслиги эҳтимолдан йироқ эмас. Уни қўшимча тузатиш керак бўлади. Кўпгина муаллифлар тавсия қилганидек, Соорег бойламидан фойдаланиш муаммони қисман ҳал қилади, Козловнинг сунъий чов бойламини шакллантириш ва "уч қатламли тўр" ёрдамида Флетчинг техникаси эса техник жиҳатдан мураккабдир.

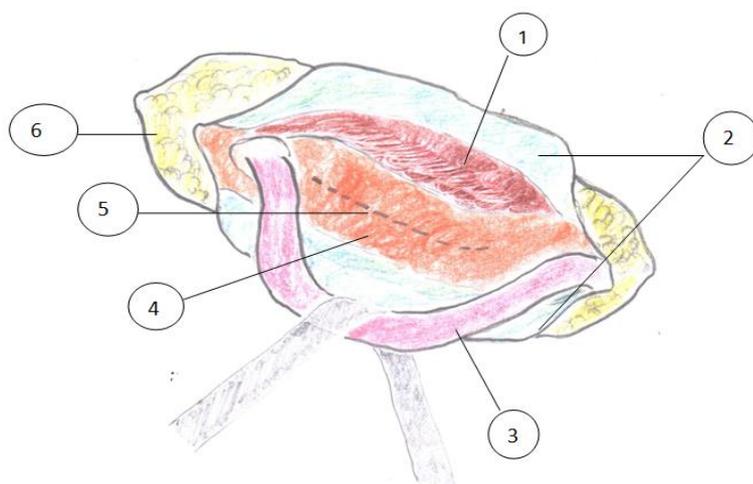
Операциядан кейинги узок даврда кузатилган ва қайта операция қилинган 19 беморнинг 1 (5,3%) да Лихтенштейн усули бўйича операциядан кейин чов чурранинг қайталаниш сабабини ўрганаётганда, биз қайталанишнинг сабаби мушак-апоневротик тўқималарнинг тарқалиши, чокларнинг кесилиши ва гиперстеник тана тузилишга эга ва юқори қорин бўшлиғи бўлган беморда механик юк остида босим билан тўр имплантатнинг кўчишини аниқладик.

Умуман олганда, тавсифланган ўзгаришлар шуни кўрсатадики, синтетик протезни Лихтенштейн усули билан Чов соҳаси тўқималарига жойлаштиригандан сўнг, чурранинг мумкин бўлган қайталанишини ривожланишига мойил бўлган жараёнлар содир бўлади.

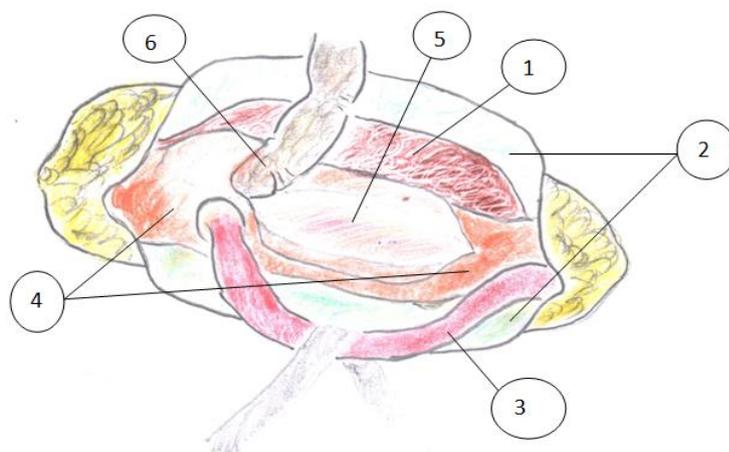
Юқоридаги барча камчиликларни ва операциядан кейинги даврда юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ҳисобга олган ҳолда биз такомиллаштирилган чов герниоаллопластикани ишлаб чиқдик ва амалиётга жорий қилдик, бунинг учун Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги томонидан ихтиро учун патент олинди (№IAP 7588 02.02.2024, Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлиги "Чов чурра аллопластикаси усули").

чов чуррасида қўлланилган аллопластиканинг модификация қилинган усули қуйидаги босқичлардан иборат эди:

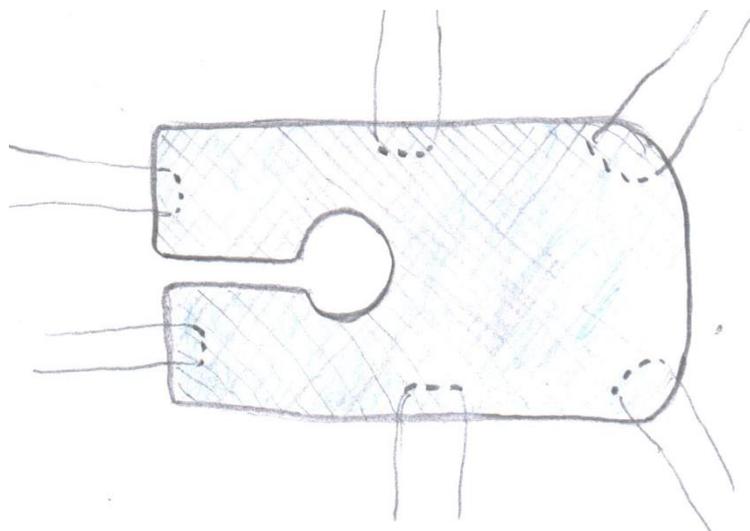
- 1) тери кесмаси 2 см баландликда ва чов боғламига параллел;
- 2) ташқи чов ҳалқадан чов боғламига параллел равишда ташқи қийшиқ мушакларининг апоневрозини ажратиш;
- 3) уруғ тизимчасининг қалинлигида чурра қопини ажратиш;
- 4) чурра қопчасини бўйнидан олиб ташлаш;
- 5) уруғ тизимчасини ушлагичга олиш;
- 6) сийдик катетери орқали сийдик пуфаги антисептик билан тўлдирилади;
- 7) кўндаланг фасцияга кесма қўлланилади (15-расм);
- 8) кўндаланг фасция ва қорин парда ўртасида уруғ тизимчаси ва латерал ўртасида чўнтак ҳосил бўлади (16-расм);
- 9) кенлиги бир хил бранш ҳосил қилган ва уруғ тизимчаси учун тешик ҳосил бўлган трансплантат 6 нуқтада П-шаклидаги чоклар билан олдиндан тикилади (17-расм);



**15-расм.** Кўндаланг қорин фасциясини очииш: 1-ички қийшиқ ва кўндаланг мушак, 2-ташқи қийшиқ қорин апоневрози, 3-уруғ тизимчаси, 4-кўндаланг фасция, 5-кўндаланг фасцияни кесииш чизиги, 6-тери ости ёғ тўқимаси

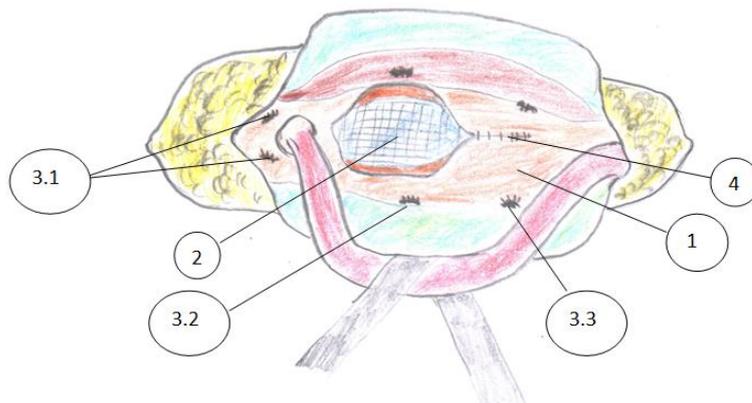


**16-расм.** Имплатат учун қорин олдидаги бўшлиқда тўшак яратиши: 1-ички қийшиқ ва кўндаланг мушак, 2 - ташқи қийшиқ қорин апоневрози, 3-уруғ тизимчаси, 4-кўндаланг фасция, 5-қорин парда, 6- жарроҳнинг бармоғи ёрдамида кўндаланг фасция ва қорин парда ўртасида чўнтак яратиши

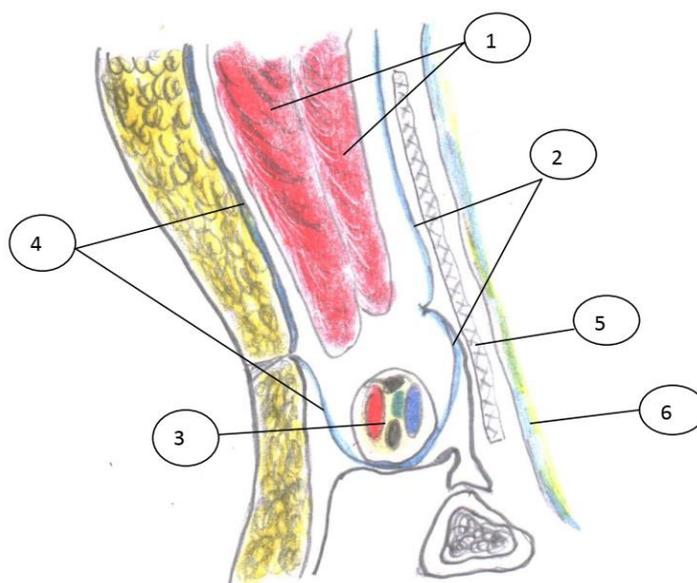


**17-расм.** Полипропилен тўр (аллотрансплантат), кенглиги тенг бўлган бранишлар ва уруғ тизимчаси учун тешик ҳосил қилади, 6 нуқтада П-шаклидаги чоклар билан олдиндан тикилади.

- 10) трансплантат кўндаланг фасция орқасидаги қорин олд чўнтагига ўтказилади;
- 11) П-шаклидаги чоклар билан олдиндан тикилган трансплантат кўндаланг фасцияга, қов дўмбоғининг периостеумига Десчан игнаси ёрдамида ўрнатилади;
- 12) кўндаланг фасциянинг яхлитлиги тикланади (18-расм );
- 13) уруғ тизимчасини янги тикланган кўндаланг фасцияга ётқизиш;
- 14) Чов каналининг олд деворининг яхлитлигини тугун чоклари билан тиклаш (19-расм );
- 15) тери устидаги чоклар.



**18-расм.** Аллотрансплантатнинг фиксация нуқталари: 1-кўндаланг фасция, 2-аллотрансплантат (қорин олд қисми), 3 – кўндаланг фасцияга аллотрансплантат фиксация нуқталари (3.1), Пупарт бойламига (3.2) ва қов дўмбоғининг периостеумига (3.3) олдиндан ўрнатиш П-шаклидаги чоклар, 4-кўндаланг фасциянинг яхлитлигини тиклаш учун тикув чизиги



**19-расм.** Амалиёт схемаси: 1-ички қийшиқ ва кўндаланг мушак, 2-кўндаланг фасция, 3-уруғ тизимчаси, 4- қориннинг ташқи қийшиқ мушаги апоневрози, 5-аллотрансплантат (қорин олд қисми), 6-қорин парда.

Чов чурра герниоаллопластикасининг биз таклиф қилган усули бир вақтнинг ўзида бир нечта муаммоларни ҳал қилишга имкон беради: параллел горизонтал текислик йўналиши бўйича тўқималарни тикишни соддалаштириш орқали чов канал деворларига трансплантатни мустаҳкамлаш, чов каналининг орқа деворини мустаҳкамлаш ва уруғ тизимчасини мумкин бўлган ташқи ички жароҳатлардан ҳимоя қилиш, протез ва уруғ тизимчаси ўртасида бириктирувчи тўқималарнинг ўсишини олдини олиш, уруғ чиқарувчи йўл ёпишқоқ репродуктив ёшдаги беморларда уриғдон тизимчасининг веноз тизимидаги турғунликни минималлаштириш, операциядан кейинги даврда ёрғоқ шишининг олдини олиш, беморларни эрта реабилитация қилиш, мушак қатлами ва тўр имплантатидан иборат чов каналининг кучли орқа девори ҳосил бўлади, шу билан бирга механик кучи паст бўлган енгил ва "ярим сўрилган" тўрлардан хавфсиз фойдаланиш мумкин. Бу, айниқса, операциядан кейинги дастлабки босқичларда, тўр соҳасида чандиқ тўқималарининг шаклланиши ва битишидан олдин жуда муҳимдир.

2018-2020 йилларга нисбатан ультратовуш ёрдамида Допплер текширувида операция давомида ёрғоқнинг шишиши, мойкнинг тушиши каби асоратлар кузатилмади, яъни мойкнинг қон таъминоти бузилган асоратлар мавжуд эмас эди. Операциядан кейинги дастлабки даврда асоратлар 16,1% дан 4,8% гача камайди (4-жадвал).

#### 4-жадвал.

#### Асосий гуруҳдаги Чов чурраси билан оғриган беморларни жарроҳлик даволашнинг бевосита натижалари

Асоратлар		Операция тури				Жами	
		Постемпски й бўйича		герниоаллопл астиканинг ўзгартирилган усули бўйича			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
		42	100	61	100	103	100
Операциядан кейинги жароҳат соҳасида	Жароҳатнинг йиринглаши	-	-	-	-		
	Инфильтрат	-	-	-	-		
	Ёрғоқ шиши	-	-	-	-		
	Мояк гидроцелеси	-	-	-	-		
	Операциядан кейинги гематома	1	2,4	1	1,6	2	1,9
	Операциядан кейинги жароҳат серомаси	-	-	1	1,6	1	0,97
Бошқалар	Ўткир сийдикни ушлаб туриш	1	2,4	1	1,6	2	1,9
Жами асоратлар:		2	4,8	3	4,9	5	4,8
Жами беморлар:		1	2,4	2	3,3	3	2,9

Асосий гуруҳдаги беморларнинг чурраси билан таклиф қилинган техник янгиликлар жарроҳлик аралашувнинг давомийлигига салбий таъсир кўрсатмади. Аксинча, бу кўрсаткич таққослаш гуруҳига нисбатан 2 баробар камайди. Операциядан кейин стационар даволаниш муддати қисқартирилди-  $8,2 \pm 1,2$  дан  $4,9 \pm 0,3$  кунгача.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда қайталаниш сабаблари ва қониқарсиз натижалар, масалан, жинсий функциянинг бузилиши ва операция бажарилган томондаги мойк атрофияси асосий гуруҳдаги беморларда узоқ вақт давомида ижобий таъсир кўрсатди. Узоқ вақт давомида кузатилган беморларнинг 82 (79,6%) дан касалликнинг қайталаниши кузатилмади. Бирор бир бемор операция соҳасида ёт жисм ҳисси ҳақида шикоят қилмаган, репродуктив ёшдаги беморлар эса жинсий дисфункция ҳақида шикоят қилишган. Ультратовуш ёрдамида Допплер текширувида қон билан таъминот ва мойк атрофияси мавжуд беморлар кузатилмади. Тадқиқот гуруҳларида "таранглашмаган" герниоаллопластика билан оғриган беморларда операциядан кейинги эрта ва узоқ даврда ультратовуш ёрдамида Допплер текшируви натижалари қуйидаги кичик бобда келтирилган.

Шундай қилиб, беморларнинг ҳаёт сифатини такомиллаштирилган шкала бўйича таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, Чов чурраларни даволашнинг мақбул тактикасини танлашда табақалаштирилган ёндашув алгоритмини қўллаш "аъло ва яхши" натижалар улушини 88,3% дан (таққослаш гуруҳидаги 77 беморнинг 68 таси) 100,0% гача (82 асосий гуруҳ беморлари) оширишга имкон берди. ( $p=0,030$ ).

## ХУЛОСА:

1. Ўтказилган тадқиқот асосида чов чурраси билан оғриган беморларда унинг пайдо бўлиши учун 1 дан 4 гача хавф омиллари мавжудлигини аниқладик. Уларнинг асосийлари оғир жисмоний иш (чурра ташувчиларнинг 58,7 фоизида); қорин бўшлиғи босимининг ошиши билан кечадиган қўшма касалликларнинг мавжудлиги (беморларнинг 115 (58,7%)); шунингдек, бириктирувчи тўқима туғма дисплазия белгиларининг мавжудлиги (беморларнинг 28,1 фоизида). Чов чурраси гиперстеник тана тузилишга эга беморларда 65,8% ҳолларда кўпроқ учрайди. Морфологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, гиперстеник тана тузилишга эга беморларда қорин бўшлиғи мушаклари апоневрозининг нормал тузилишидаги бузилишлар ривожлантирди.

2. Ишлаб чиқилган тактик алгоритм чов чурраси учун маълум хавф омилларининг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб чов каналини пластикасининг мақбул усулини аниқлашга ёрдам берди.

3. Ишлаб чиқилган жарроҳлик ускунасидан фойдаланиш орқали техник жиҳатларни такомиллаштириш уруғ тизимчасининг шикастланишини олдини олиш операциядан кейинги дастлабки даврда асоратларни 16,1% дан 4,8% гача камайтиришга имкон берди, бу мойкнинг қон билан таъминланишининг бузилиши билан боғлиқ бўлган ёрғоқ шиши, мойк гидроцелеси, инфилтрат ва мойк атрофияси каби асоратларнинг камайишига олиб келди.

4. I.L.Lichtenstein усули бўйича операция техник жиҳатдан содда ва бажарилиши мумкин, аммо беморларнинг 5,3 фоизида чурра қайталанади. Биз таклиф қилаётган модификациядаги чурра нуксонининг қорин олди аллопластикаси I.L.Lichtenstein усули бўйича операцияга ишончли алтернатив бўлиб, ўрта ва катта ўлчамли чов чурра билан оғриган беморларни даволашда, бу тўғри бажарилганда қайталанишни келтириб чиқармайди ва қўлланиладиган тўр имплантати турига боғлиқ бўлмаган ҳолда (Фишернинг бурчак мезони  $p < 0,05$ ) асоратларнинг кам сонига эга.

5. Беморларнинг ҳаёт сифатини такомиллаштирилган шкала бўйича таҳлил қилинганда, Чов чурраларни даволашнинг мақбул тактикасини танлашда табақалаштирилган ёндашув алгоритмини қўллаш "аъло ва яхши" натижалар улушини 88,3% дан (таққослаш гуруҳидаги 77 бемордан 68 нафари) 100,0% гача оширишга имкон берди (асосий гуруҳдаги 82 бемор) ( $p=0,030$ ). Олинган натижаларни таҳлил қилишда "таранглашмаган" чов герниоаллопластикадан сўнг беморларда жисмоний ва руҳий саломатлик кўрсаткичларининг сезиларли даражада юқори кўрсаткичларига эътибор қаратилади ( $p < 0,05$ ).

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 ПРИ БУХАРСКОМ  
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ ПО  
ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ХУЖАМОВ ОЛИМЖОН БАХРИДИНОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С  
ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)  
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**Бухара – 2024**

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования науки и инноваций Республики Узбекистан за № В2023.4.PhD/Tib4149.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) и Информационно-образовательном портале "ZiyoNet" ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный руководитель:** Давлатов Салим Сулаймонович  
PhD, доцент

**Официальные оппоненты:** Хамдамов Бахтиёр Зарифович  
доктор медицинских наук, профессор.  
Назаров Шохин Кувватович  
доктор медицинских наук, профессор.

**Ведущая организация:** АО "Южно-Казахстанская медицинская академия"  
(Республика Казахстан).

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного Совета DSc.04/27.09.2024.Tib.93.03 по присуждению ученых степеней при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г.Бухара, ул. Гиждуван, дом 23. Тел./факс: +99865 233 00-50; Веб-сайт: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), E-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (Адрес: 200118, г.Бухара, ул. Гиждуван, дом 23. Тел./факс: +99865 233 00-50).

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 года  
(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2024 года).

**Ш.Т.Ураков**

Председатель разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Н.Н.Казакова**

Ученый секретарь разового научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук (DSc)

**Б.З.Хамдамов**

Председатель разового научного семинара при разовом научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** По данным Всемирной организации здравоохранения «грыжа передней брюшной стенки живота является одним из самых распространенных заболеваний и выявляется у 3 – 7% населения, с преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста»<sup>1</sup>. Среди вентральных грыж наиболее часто встречаются паховые, которые составляют 65 – 80% от их общего количества. Пластика грыж занимает важное место в общей хирургической практике и является одной из наиболее часто выполняемых операций. Хотя частота встречаемости типов грыж варьируется в зависимости от источника, существует мнение, что 75% из них являются паховыми грыжами. Подсчитано, что риск развития паховой грыжи в течение жизни составляет 27% у мужчин и 3% у женщин. Паховые грыжи продолжают оставаться одной из важных проблем хирургии из-за их частой встречаемости, высокой заболеваемости и даже смертности, а также послеоперационных осложнений при отсутствии своевременного лечения. Ежегодно во всем мире проводится более 20 миллионов операций по пластике грыж. Процесс, начавшийся с анатомического метода восстановления в 1884 году, уступил место операциям с использованием заплат и все более широко распространенным методам, таким как лапароскопическая пластика грыжи.

В мировой практике в настоящее время при пластике грыж используется около миллиона синтетических протезов. Несмотря на широкое использование протезов и успешные результаты, в литературе сообщается о таких осложнениях, как образование спаек в результате реакции на инородное тело, инфекция, кишечные свищи, боль из-за сдавления подвздошно-пахового нерва и атрофия яичек. В процессе, начавшемся с использования полипропиленовых протезов, продолжают усиливаться усилия по проектированию и разработке продуктов, которые более совместимы с организмом и вызывают меньший дискомфорт. Сегодня признаны два типа концепций патчей: тяжелые и легкие патчи. В последнее время хирургическая техника и синтетические протезы снова обсуждаются в связи с оценкой послеоперационного качества жизни и особенно послеоперационной хронической боли. В развитии хронической боли были выявлены такие факторы риска, как опыт хирурга, операция из-за рецидива, повреждение нерва, имплантация заплаты, тип операции, психосоциальные факторы, предоперационная боль, возраст пациента, ранняя послеоперационная боль и ишемия.

В настоящий период в отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой населению медицинской помощи. В этом направлении, в частности, в улучшении качества хирургического лечения больных грыжами живота, достигнуты

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Hernias: fact sheet no. 199. World Health Organization website. 2017. [www.who.int/iris/handle/10589/1111189](http://www.who.int/iris/handle/10589/1111189).

положительные результаты. Вместе с тем для совершенствования системы оказания медицинской помощи требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности новых методов профилактики, метафилактики и лечения грыжевой болезни. В Постановление Президента РУз от 25 апреля 2022 г. N ПП-215 «О дополнительных мерах по приближению к населению первичной медико-санитарной помощи и повышению эффективности медицинских услуг» поставлены задачи по улучшению качества первичной медико – санитарной помощи, оказываемой населению<sup>2</sup>. Реализация данных задач, в том числе, улучшение качества лечения паховой грыжи путем совершенствования хирургической тактики и разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания, является одним из актуальных направлений.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Постановлением Президента Республики Узбекистан от 16 июня 2022 года №ПП-283 «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи», Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» за №ПП-5198 от 26 июля 2021 года, Постановлением Кабинета Министров за №832 от 30 сентября 2019 года «Об утверждении Положения о порядке формирования Перечня гарантированных объемов медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан», а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике.** Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** В настоящее время, по данным мультицентрального исследования наблюдается заметное увеличение больных с паховой грыжей. По мнению Островского В.К. и Филимончева И.Е. «Основными факторами риска рецидива паховой грыжи служат неадекватная пластика, натяжение сшиваемых тканей, сшивание неоднородных тканей, дефекты пахового канала, возрастные изменения в тканях, образующих паховый канал». Значительное количество различных способов лечения паховых грыж и их совершенствование свидетельствуют о том, что авторы в силу частоты возникновения рецидивов, не имеющих тенденции к уменьшению, продолжают исследования для решения этой проблемы. «Частота рецидива заболевания у больных с паховой грыжей, оперированных натяжными способами пластики, составляет 7,8%, а частота повторного рецидива – 16,7%. При ненатяжных способах рецидив встречается в 0,7% наблюдений» (Насибян А.Б.). Разработано множество оперативных способов, по разным данным 300 – 400. Самыми популярными

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан УП-60 от 28 января 2022 года «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы».

являются атензионные методики с использованием сетчатых эндопротезов. Они являются наиболее физиологичными и сопровождаются меньшим количеством рецидивов. Исследуя результаты хирургического лечения 695 больных паховой грыжей Шапошников Ю.Ю. пришел к выводу, что «Хороший и отличный результаты, характеризующие эффективность перенесённой операции, при способе Lichtenstein на 16,3%, а качество жизни в отдалённые сроки на  $12,63 \pm 4,62$  баллов выше, чем при традиционных способах аутопластики». Однако возможности их применения на практике нередко ограничены в виду различных факторов, включая развитие послеоперационных осложнений.

Современная методика хирургического лечения грыж, в том числе паховых, предполагает выполнение операции с использованием синтетического имплантата (аллогерниопластика) для протезирования функционально несостоятельных анатомических структур (задней стенки пахового канала). С появлением биоматериалов частота окончательного излечения данного заболевания приближается к 100%. Целесообразность данной методики обусловлена снижением частоты рецидивирования грыж в среднем до 4% и в настоящее время не вызывает сомнений. Наибольшее количество рецидивов после аллогерниопластики формируется при нарушении хода и техники выполнения самой операции (недостаточно надежная фиксация имплантата, ведущая к смещению последнего и возникновению рецидива) (Belldn J.M.). При использовании оптимальной хирургической техники с адекватной интеграцией протеза при соответствующем послеоперационном уходе пациент может вернуться к нормальной жизни со всеми обычными видами деятельности, включая обычные ежедневные физические усилия и занятия спортом. В течение последних десятилетий разработано и исследовано множество видов имплантационных систем для лечения всех видов грыж брюшной стенки, например, пупочных, бедренных и, в большинстве своем, паховых и послеоперационных грыж. По мнению Султанова Р.Б. «У лиц старших возрастных групп с паховой грыжей, имеющих структурнофункциональную слабость мышечно-апоневротической фасции передней брюшной стенки, обосновано применение лапароскопических ненатяжных протезирующих пластик пахового канала». Каримов Ш.И. и соавт<sup>3</sup>. отмечают, что «несмотря на использование различных видов высокотехнологичных операций, у больных с паховой грыжей частота неудовлетворительных результатов лечения остается высоким». Использование современных синтетических протезов, а также биоматериалов в качестве вставки позволило расширить показания к лечению больных со сложными паховыми грыжами и улучшить результаты их лечения. Однако и после протезирующих способов пластики возможны рецидивы, которые обусловлены свойствами материала, хроническим воспалением в зоне фиксации протеза к тканям, а также техническими ошибками, допускаемыми при выполнении операции.

---

<sup>3</sup> Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т. Лапароскопическая герниопластика в хирургическом лечении паховых грыж // Медицинский журнал Узбекистана. – 2016. – №. 2. Стр. 113-119.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что современные тенденции в лечении паховых грыж и предотвращении рецидива основаны на восстановлении функции пахового канала, физической реабилитации после операции и достижении косметического эффекта. Значительный процент неудовлетворительных исходов, отсутствие выбора оптимального способа лечения, побуждают на дальнейшие изыскания в этой области. Вышеизложенное диктует необходимость разработки и внедрения в практику оптимальных подходов к хирургическому лечению больных с паховой грыжей, особенно в плане подготовительного этапа с оценкой резервных возможностей организма и использованием протезирующих методов герниопластики.

**Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета по теме: «Разработка усовершенствованных способов диагностики и хирургического лечения больных с паховыми грыжами» (2019-2023 гг.).

**Целью исследования** является улучшение результатов хирургического лечения больных с паховыми грыжами путем совершенствования технических аспектов герниопластики.

**Задачи исследования:**

определить факторы риска возникновения и рецидива паховой грыжи путем изучения анамнестических, клинических, антропометрических и морфологических данных;

разработать алгоритм выбора способа пластики пахового канала на основе проведенного определения факторов риска возникновения и рецидива паховой грыжи, а также путем изучения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных в группе сравнения;

оценить эффективность модифицированного хирургического инструмента с целью предотвращения нарушения кровоснабжения семенного канатика и яичка;

изучить эффективность предложенного модифицированного предбрюшинного способа протезирующей пластики задней стенки пахового канала;

изучить качество жизни больных после различных способов пластики пахового канала.

**Объектом исследования** явились 196 больных с паховыми грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в сроки с 2018 по 2023 год.

**Предмет исследования** составил анализ результатов комплексного обследования и хирургического лечения больных с паховыми грыжами с использованием дифференцированного подхода к выбору метода герниопластики.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использованы следующие методы исследования: общеклинические, антропометрические, инструментальные, морфологические и статистические методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

разработан алгоритм выбора паховой герниоаллопластики в зависимости от анамнестических, клинических, антропометрических данных и состояния тканей в области пахового треугольника;

разработан специальный инструмент предотвращающий ущемления семенного канатика и нарушения кровоснабжения яичка;

усовершенствован способ лечения и профилактики рецидива паховых грыж за счет применения модифицированного открытого предбрюшинного метода герниоаллопластики, позволяющего создать плотную заднюю стенку пахового канала с минимизацией застоя в венозной системе семенного канатика и предотвращением отека мошонки в послеоперационном периоде;

исследованы результаты выполнения паховых герниопластик посредством «натяжных» и «ненатяжных» методов, определена клиническая эффективность оперативных вмешательств.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

выявленные факторы риска возникновения паховой грыжи позволяют выбрать адекватный способ грыжесечения и уменьшить количество рецидивов заболевания, что улучшает качество жизни оперированных больных;

разработан алгоритм тактики ведения больных с паховыми грыжами с учетом факторов риска рецидива заболевания;

в практику внедрен специальный инструмент предотвращающий ущемления семенного канатика и нарушения кровоснабжения яичка;

усовершенствование технических аспектов выполнения паховой герниоаллопластики с имплантацией эндопротеза под поперечной фасцией пахового канала позволяет нивелировать осложнения в раннем послеоперационном периоде и рецидив болезни;

обоснована клиническая эффективность герниоаллопластики у больных с паховыми грыжами снижением частоты раневых осложнений, и улучшением качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

**Достоверность результатов исследования.** Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, антропометрических, лабораторных, инструментальных и морфологических методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей диагностики и

хирургического лечения больных с паховой грыжей. Разработан алгоритм выбора паховой герниоаллопластики в зависимости от анамнестических, клинических, антропометрических данных и состояния тканей в области пахового треугольника. Разработан специальный инструмент предотвращающий ущемления семенного канатика и нарушения кровоснабжения яичка. Усовершенствован способ лечения и профилактики рецидива паховых грыж за счет применения модифицированного открытого предбрюшинного метода герниоаллопластики, позволяющего создать плотную заднюю стенку пахового канала с минимизацией застоя в венозной системе семенного канатика и предотвращением отека мошонки в послеоперационном периоде. Исследованы результаты выполнения паховых герниопластик посредством «натяжных» и «ненатяжных» методов, определена клиническая эффективность оперативных вмешательств.

Практическая ценность работы заключается в том, что по результатам исследования определено, что выявленные факторы риска возникновения паховой грыжи позволяют выбрать адекватный способ грыжесечения и уменьшить количество рецидивов заболевания, что улучшает качество жизни оперированных больных. Разработан алгоритм тактики ведения больных с паховыми грыжами с учетом факторов риска рецидива заболевания. В практику внедрен специальный инструмент предотвращающий ущемления семенного канатика и нарушения кровоснабжения яичка. Усовершенствование технических аспектов выполнения паховой герниоаллопластики с имплантацией эндопротеза под поперечной фасцией пахового канала позволяет нивелировать осложнения в раннем послеоперационном периоде и рецидив болезни. Обоснована клиническая эффективность герниоаллопластики у больных с паховыми грыжами снижением частоты раневых осложнений, и улучшением качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде.

**Внедрение результатов исследования.** На основании отчета №7 от 22 октября 2024 года Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан о внедрении результатов научных исследований:

*первая научная новизна:* разработан алгоритм выбора паховой герниоаллопластики в зависимости от анамнестических, клинических, антропометрических данных и состояния тканей в области пахового треугольника;. *Значимость научной новизны:* На основании проведенного исследования мы обнаружили, что у больных паховой грыжей имеются от 1 до 4 факторов риска ее возникновения. Основными из них являются являются тяжелая физическая работа (у 58,7% грыженосителей); наличие сопутствующих заболеваний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (у 115 (58,7%) больных); а также наличие признаков врожденной дисплазии соединительной ткани (у 28,1% больных). Паховая грыжа чаще встречается у больных гиперстеническим телосложением в 65,8% случаев. Морфологические исследования установили, что у пациентов с гиперстеническим телосложением отмечается прогрессирование нарушений нормальной структуры апоневроза

мышц живота. *Внедрение научной новизны в практику:* внедрено к практической деятельности отделения хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета (26.03.2024 г.; №51), отделения хирургии Самаркандского областного многопрофильного Центра (01.04.2024 г.; №147) и отделения хирургии Джиззакского областного многопрофильного Центра (04.04.2024 й.; №154). Внедрение результатов исследования в практику позволило повысить качество оказываемой медицинской помощи, сократить сроки послеоперационного периода, частоту послеоперационных осложнений и реабилитационный период лечения. *Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:* больным пожилого и гиперстенического типа с паховой грыжей позволено вернуться к трудовой деятельности и активной жизни в обществе, удовлетворены медицинской помощью, увеличена продолжительность жизни, снижена смертность и инвалидность. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* Реализованный тактический алгоритм помог определить оптимальный метод пластики паховых грыж в зависимости от наличия или отсутствия тех или иных факторов риска развития рецидива заболевания, в результате чего резко сократилось количество назначений обезболивающих препаратов, а также сроки лечения больных в стационарных условиях сократились. *Заключение:* В результате использования разработанного тактического алгоритма за счет 1 пациента удалось сэкономить бюджетные средства на 540 000 сум и внебюджетные средства на 700 000 сум;

*вторая научная новизна:* разработан специальный инструмент (№ IAP 7593 29.12.2023, агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан "Способ пластики пахового канала") предотвращающий ущемления семенного канатика и нарушения кровоснабжения яичка; *Значимость научной новизны:* научная значимость данной инновации заключается в том, что совершенствование технических аспектов за счет применения разработанного хирургического инструмента предотвращающий ущемления семенного канатика позволил снизить осложнения в раннем послеоперационном периоде с 16,1 до 4,8%, т.е. в 3 раза, путем нивелирования таких осложнений как отек мошонки, водянка яичка, инфильтрат и атрофия яичка, которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка. *Внедрение научной новизны в практику:* внедрено к практической деятельности отделения хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета (26.03.2024 г.; №51), отделения хирургии Самаркандского областного многопрофильного Центра (01.04.2024 г.; №147) и отделения хирургии Джиззакского областного многопрофильного Центра (04.04.2024 й.; №154). В результате применения результатов исследований на практике улучшились результаты лечения больных с паховыми грыжами. *Социальная эффективность научной новизны:* социальная эффективность данной инновации заключается в том, что за счет уменьшения послеоперационных осложнений и отсутствия болей у больных с паховой грыжей, она позволила пациентам вернуться к трудовой деятельности и активной жизни в обществе, удовлетворенности медицинской

помощью, и увеличение продолжительности жизни. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* за счет применения разработанного специального инструмента при хирургическом лечении паховых грыж частота послеоперационных осложнений снизилась с 16,1% до 4,8%, продолжительность операции сократилась, реабилитационный период и общая продолжительность стационарного лечения. *Заключение:* учитывая снижение ранних осложнений после операции у больных с паховой грыжей, это позволило сэкономить бюджетные средства на 6 400 000 сум и внебюджетные средства на 7 200 000 сум на 1 пациента;

*третья научная новизна:* усовершенствован способ лечения и профилактики рецидива паховых грыж за счет применения модифицированного открытого предбрюшинного метода герниоаллопластики (IAP 7588 02.02.2024, агентство интеллектуальной собственности Республики Узбекистан "Способ аллопластики паховых грыж"), позволяющего создать плотную заднюю стенку пахового канала с минимизацией застоя в венозной системе семенного канатика и предотвращением отека мошонки в послеоперационном периоде; *Значимость научной новизны:* Предложенная модифицированная методика герниоаллопластики с оставлением трансплантата предбрюшинно позволила снизить частоту рецидивов грыж с 5,3% до нуля; *Внедрение научной новизны в практику:* внедрено к практической деятельности отделения хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета (26.03.2024 г.; №51), отделения хирургии Самаркандского областного многопрофильного Центра (01.04.2024 г.; №147) и отделения хирургии Джиззакского областного многопрофильного Центра (04.04.2024 й.; №154). В результате внедрения результатов исследований в практику улучшились результаты лечения больных с паховыми грыжами, сократился срок реабилитации больных. *Социальная эффективность научной новизны.* Операция по методу I.L.Lichtenstein технически проста и доступна в исполнении, однако дает рецидив грыжи у 5,3% пациентов. Предбрюшинная аллопластика грыжевого дефекта в предлагаемой нами модификации является надежной альтернативой операции по методике I.L.Lichtenstein при лечении больных паховой грыжей средних и больших размеров, рецидивирующей паховую грыжу, что при правильном выполнении не дает рецидивов и имеет низкое количество осложнений характерны для аллопластики (угловой критерий Фишера  $\varphi < 0,05$ ), которые не зависят от типа применяемого сетчатого имплантата (угловой критерий Фишера  $\varphi < 0,05$ ). *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* 1) сокращается время пребывания больных в стационаре; 2) у пациентов была меньшая потребность в обезболивающих препаратах из-за меньшей послеоперационной боли. *Заключение:* В результате реализации предбрюшинной модифицированной герниоаллопластики открытым способом период послеоперационной реабилитации сократился с 5-7 дней до 3-4 дней, что позволило сэкономить бюджетные средства на 640 000 сум и внебюджетные средства на 790 000 сум на 1 пациент;

*четвертая научная новизна:* исследованы результаты выполнения паховых герниопластик посредством «натяжных» и «ненатяжных» методов, определена клиническая эффективность оперативных вмешательств. *Значимость научной новизны:* Анализ качества жизни пациентов по усовершенствованной шкале показал, что применение алгоритма дифференцированного подхода к выбору оптимальной тактики лечения паховых грыж позволило увеличить долю «отличных и хороших» результатов с 88,3% (68 из 77 больных группы сравнения) до 100,0% (82 больных основной группы) ( $p=0,030$ ). При анализе полученных результатов обращает на себя внимание достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического показателей здоровья у пациентов после «ненатяжной» паховой герниоаллопластики ( $p < 0,05$ ). *Внедрение научной новизны в практику:* внедрено к практической деятельности отделения хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета (26.03.2024 г.; №51), отделения хирургии Самаркандского областного многопрофильного Центра (01.04.2024 г.; №147) и отделения хирургии Джиззакского областного многопрофильного Центра (04.04.2024 й.; №154). В результате внедрения результатов исследований в практику улучшились результаты лечения больных с паховыми грыжами, сократился срок реабилитации больных. *Социальная эффективность научной новизны:* В результате внедрения рекомендованных нововведений значительно снизилась количество послеоперационных осложнений и количество рецидивов паховых грыж, что обеспечило высокую медицинскую эффективность лечения этих больных.. *Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:* 1) на период пребывания больного в стационаре: продолжительность пребывания больного в стационаре сокращена с 7 дней до 3 дней, размер оплаты за пребывание в стационаре снижена примерно на 210 000 сум (согласно прейскуранту РОД, 1 день пребывания в стационаре составляет 76 000 сум); за счет того, что срок пребывания в больнице сократился на несколько дней, уменьшилась потребность в лекарствах (в среднем за день расходуется 150 000 сум на лекарства); снижение затрат на реабилитацию (в среднем в день расходуется 35 000 сум препаратов, используемых для реабилитации); 2) в связи с тем, что время пребывания больного вне стационара (лечение в других медицинских учреждениях, например, поликлиниках по месту жительства больного) сократилось на несколько дней, уменьшилась потребность в лекарствах. *Заключение:* В результате применения ненатяжного метода герниоаллопластики у больных с паховой грыжей удалось сэкономить бюджетные средства на 6 400 000 сум и внебюджетные средства на 7 200 000 сум с 1 пациента.

**Апробация результатов исследования.** Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе 3 международных и 3 республиканских.

**Публикация результатов исследования.** По теме диссертации опубликовано 16 научных работ, из них 8 журнальных статей, 7 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей

аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 120 страниц.

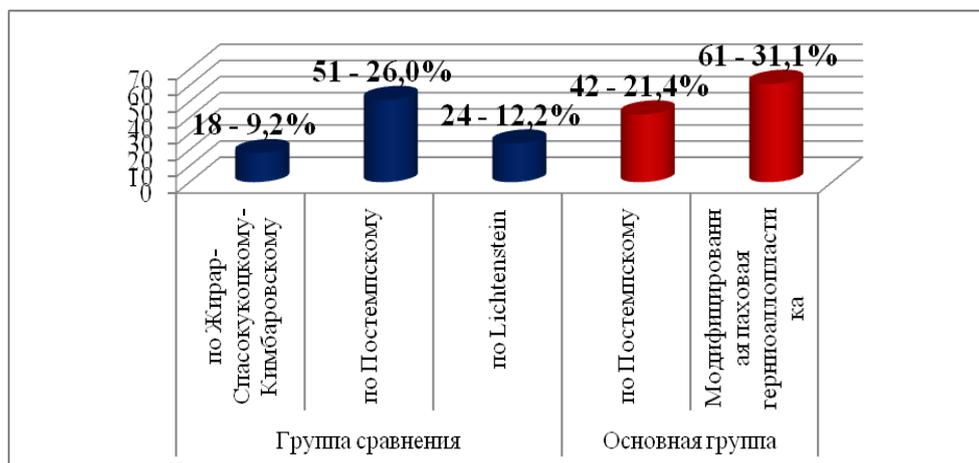
## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрывается научная и практическая значимость полученных результатов, внедренных в практику результатов исследования, даются сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

**В первой главе** диссертации «**Современные взгляды на проблему лечения больных паховой грыжей**» представлен обзор литературы, раскрывающий суть проблемы паховой грыжи у больных, ее этиопатогенез, современные методы диагностики и лечения, а также актуальные вопросы ведения больных с данной патологией. В главе представлены состояние проблемы, способы герниопластики, применяемые в хирургии паховых грыж и их сравнительная характеристика. Также отдельно описана герниоаллопластика в хирургии грыж по данным современной мировой литературы.

**Вторая глава** диссертации «**Клинический материал и примененные методы исследования**». Исследование основано на результатах обследования и лечения больных с паховыми грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении многопрофильной областной больницы Самарканда в период с 2018 по 2023 гг. Для проспективного динамического активного исследования было отобрано 196 больных паховыми грыжами. Это были пациенты мужского пола с паховыми грыжами различного типа. Новизна исследования было направлено на оптимизацию хирургического лечения больных паховыми грыжами, к уменьшению неудовлетворительных результатов в раннем послеоперационном периоде, уменьшению рецидивов заболевания и основной прерогативой исследования было сохранить фертильность мужчин репродуктивного возраста, тем самым улучшить качество жизни. В связи, с чем в нашем исследовании не были пациенты женского пола.

Пациенты были оперированы как в плановом, так и в экстренном порядке, и в зависимости от выбора тактики лечения больные разделены на две группы (рис. 1).



**Рис. 1.** Распределение больных по группам исследования (n=196)

Первую группу, группу сравнения составили 93 (47,4%) больных с паховыми грыжами, которым осуществлялась герниоаутопластика традиционными способами (69 – 74,2%) и паховая герниоаллопластика по способу Lichtenstein (24 – 25,8%). Вторую, основную группу составили 103 (52,6%) больных, которым выполнена паховая герниоаллопластика по модифицированному нами способу – у 61 (59,2%) больных и герниоаутопластика по Постемпскому – у 42 (40,8%).

83 (42,3%) пациентов были старше 50 лет: в основной группе – 44 (53,0%) и в группе сравнения – 39 (47,0%). Обе группы исследуемых по среднему возрасту статистически достоверно сопоставимы: в основной группе –  $47,1 \pm 0,3$  года, в группе сравнения –  $44,7 \pm 1,0$  ( $p > 0,05$ ).

В анамнезе неоднократные ущемления в анамнезе имели 22 (21,3%) больных основной группы и 17 (18,3%) больных в группе сравнения. В плановом порядке оперировано 134 (68,4%) больных, а при ущемлении паховой грыжи по экстренным показаниям – 62 (31,6%) больных. При ущемленных паховых грыжах с показаниями к экстренным операциям более, чем в 3,5 раза чаще использовались способы герниоаутопластики (79,0%), а при неосложненных грыжах, прерогативой были способы герниоаллопластики (53,7%).

По типам грыж (классификация L.M. Nyhus) распределение в группах представлено в таблице 1. Общее число косых грыж у пациентов было 149 (76,0%). Количество грыж III A типа (прямые грыжи) – 43 (21,9 %), рецидивные паховые грыжи обнаружены в 9 (4,6%) случаях. На основании проведенного статистического анализа по типу грыж в исследуемых группах можно считать однородными ( $p \chi^2 > 0,05$ ).

Всем пациентам проводили антропометрические исследования. Их проводили в хорошо освещенном помещении с температурой в середине не ниже 20°C, пол, на котором находился испытуемый, был ровным, теплым. Измерения в большинстве случаев производили в утренние часы. Программа измерения занимала не больше 10 минут. Взвешивание проводили на медицинских весах до еды. Поскольку паховый канал прочно фиксирован в костных элементах таза (а у взрослых он не меняется), то у больных паховой

грыжей изучали антропometriю, анализируя индексы установившихся костных размеров. Все исследования начинали с антропометрических измерений с целью установления типа телосложения по В.Н. Шевкуненко.

**Таблица 1.**

**Распределение паховых грыж по классификации грыж L.M. Nyhus**

Исследуемые группы		Типы грыж						Всего грыж
		I тип	II тип	III тип		IV тип		
				IIIА	IIIВ	IVА	IVВ	
Группа сравнения	по Жирар-Спасокукоцкому-Кимбаровскому	15	3	-	-	-	-	18
	по Постемпскому		21	13	15	1	1	51
	по Lichtenstein		13	6	5	-	-	24
Основная группа	по Постемпскому		19	12	9	1	1	42
	Модифицированная паховая герниоаллопластика		26	12	18	2	3	61
Всего		15	82	43	47	4	5	196
%		7,6	41,8	21,9	23,9	2,0	2,5	100

У всех пациентов исследовали общие анализы крови и мочи, проводили определение группы крови и резус-фактора, исследования крови на реакцию Вассермана, гепатит «В» и «С», ВИЧ-инфекцию. Определяли следующие биохимические показатели: общий белок крови (по показаниям - белковые фракции), билирубин, трансаминазы, мочевины, креатинин, электролиты крови. Оценку свертывающей и противосвертывающей систем проводили по количеству тромбоцитов, показателям фибриногена, международного нормализованного отношения, времени свертываемости и длительности кровотечения, по показаниям выполняли коагулограмму.

С целью исследования кровотока в яичках проводили дуплексное ультразвуковое сканирование элементов семенного канатика. Нарушения кровотока в семенном канатике и яичке изучали путем исследования пиковой систолической скорости кровотока в интратестикулярной артерии у 30 больных паховой грыжей на стороне грыжи, здоровой стороне до, во время и после операции через 1 месяц. Датчик располагали на коже мошонки над яичком. Сканирование проводили в реальном времени в продольном и поперечном направлениях, для установления изменений тестикулярного кровотока на стороне, где была грыжа и на здоровой стороне. Данные, полученные в ходе исследования, регистрировались в протоколе и фотографировались (рис. 2-3).

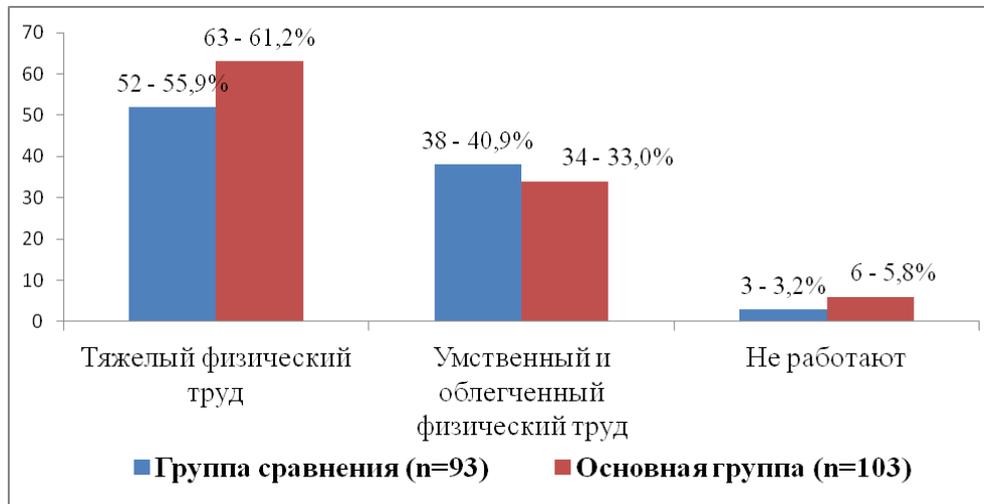
**В третьей главе диссертации «Факторы риска возникновения и рецидива паховой грыжи»** изучены причины рецидива паховых грыж. При изучении трудовой деятельности больных в более половины (58,7%) больных занимались тяжёлым физическим трудом. Следовательно, можно предположить что, тяжелый физический труд является одним из факторов, способствующих образованию грыжи и/или рецидиву заболевания (рис. 4).



**Рис. 2.** УЗИ больного А., 57 лет, и/б №8592/736. Рецидивная паховая грыжа после по Lichtenstein. Показан протез, под апоневрозом



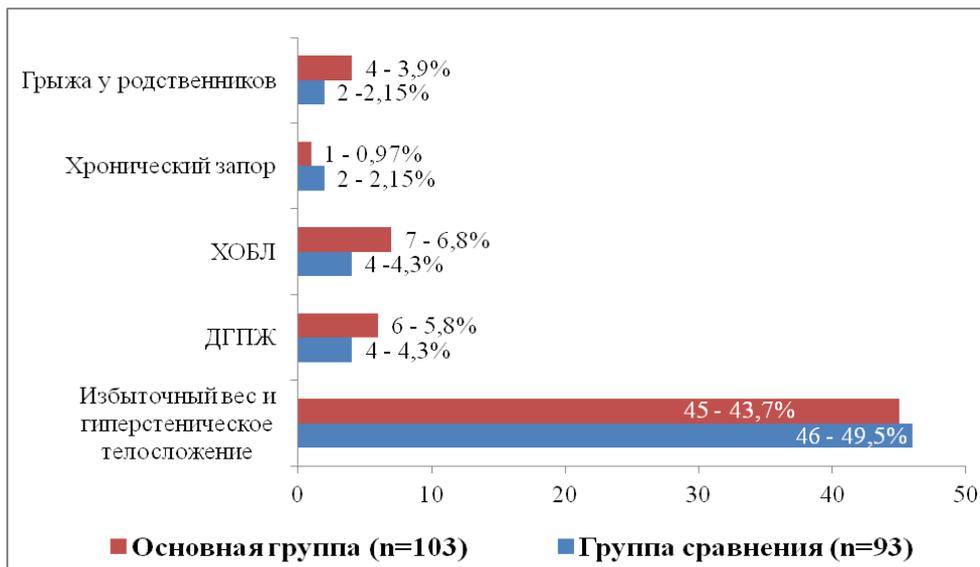
**Рис. 3.** УЗИ больного П., 64 лет, и/б №1843/103. Показан дефект протеза, в зоне выхода семенного канатика через окно Кукса



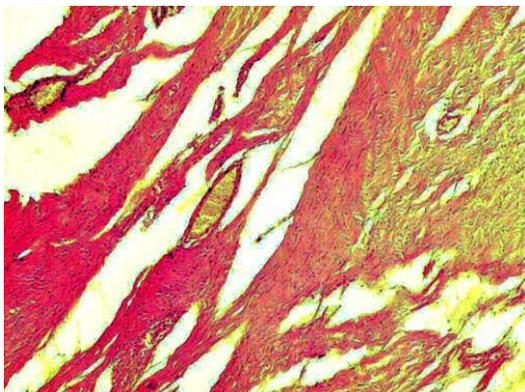
**Рис. 4.** Распределение больных в зависимости от характера трудовой деятельности (n=196)

Наиболее часто больные имели избыточный вес и гиперстеническое телосложение, реже у них встретились сопутствующие заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного давления и наличие грыжи у близких родственников. У ряда больных было несколько подобных признаков (рис. 5). С целью выявления признаков системного поражения соединительной ткани (помимо паховой грыжи) нами произведен подробный анализ имеющихся у больных с паховыми грыжами сопутствующих заболеваний, свидетельствующих о системном поражении соединительно-тканых структур.

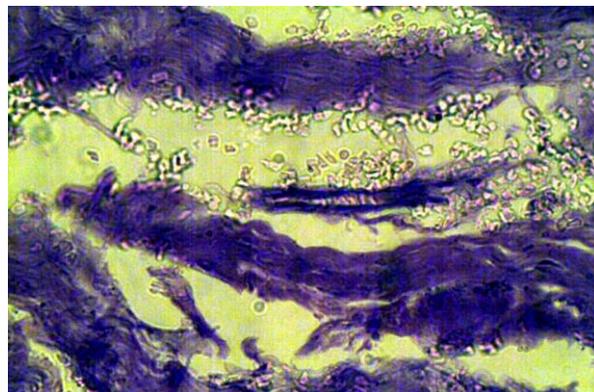
У больных с ожирением и гиперстеническим типом телосложения имеет место существенные нарушения структуры мышечно – апоневротической стенки пахового канала. Характер этих изменений, а именно нарушения упорядоченности расположения коллагеновых волокон, позволяет предполагать, что именно эти структурные изменения являются основой нарушения прочности апоневроза (рис. 6-7).



**Рис. 5.** Характеристика сопутствующих заболеваний сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления у больных исследуемых группах (n=196)



**Рис. 6.** Мышечная ткань верхней стенки пахового канала у больного с гиперстеническим телосложением. Широкие щели между мышечными пучками («бесструктурные» зоны). Сосуды с расширенными просветами и скопленными эритроцитами в них. Пациент К. 35 лет (№15232/1031). Г-Э. 10×10



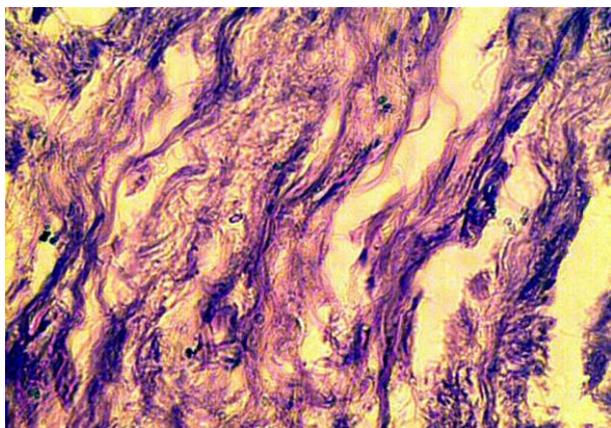
**Рис. 7.** Апоневроз пациента К. 45 лет (№15232/1031) с гиперстеническим телосложением. Большие промежутки между пучками волокон с эритроцитами в них. Г-Э. 10×40

Наличие факторов, способствующих перерастяжению ткани апоневроза (ожирение, рецидивы паховых грыж) независимо от возраста также может привести к формированию дистрофического ремоделирования мышечно-апоневротического слоя со снижением его прочности (рис. 8-9).

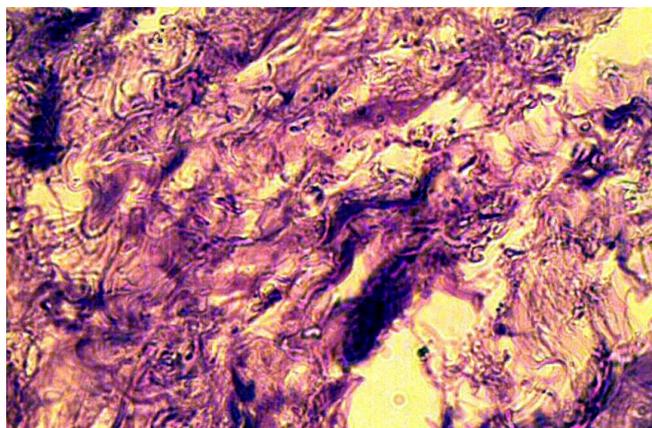
Вышеизложенные структурные изменения влияют на прочность стенки пахового канала, снижают ее адаптацию к механическим нагрузкам и тем самым способствует образованию паховой грыжи.

Таким образом, обосновано, что изменение морфологической структуры стенки пахового канала характерно не только для старших возрастных групп, но и для пациентов с наличием факторов, способствующих перерастяжению

ткани апоневроза, при выявлении которых независимо от возраста и размеров грыжевого дефекта требуется применение синтетических трансплантатов для укрепления задней стенки пахового канала при выполнении герниопластики.



*Рис. 8. Апоневроз пациента 77 лет (№2912/201). Хаотичное расположение разрозненных волокон с расширенными пространствами между ними, без выраженного формирования пучков.  
Г-Э. 10×40*



*Рис. 9. Апоневроз пациента X. 78 лет с нормостеническим телосложением. (№6254/443). Хаотичное расположение разрозненных волокон с расширенными пространствами между ними, без формирования пучков.  
Г-Э. 10×40*

Таким образом, на основании проведенного исследования мы обнаружили, что у больных паховой грыжей имеются от 1 до 4 факторов риска ее возникновения. Основными из них являются тяжелая физическая работа (у 58,7% грыженосителей); наличие сопутствующих заболеваний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (у 115 (58,7%) больных); а также наличие признаков врожденной дисплазии соединительной ткани (у 28,1% больных).

Все эти факторы приводят к развитию паховой грыжи и/или возникновению ее рецидива и должны быть учтены при выборе способа грыжесечения.

Четвертая глава «**Результаты хирургического лечения больных в группе сравнения**» посвящена результатам хирургического лечения больных в группе сравнения. У 84 (90,3%) из 93 больных группы сравнения ближайший послеоперационный период протекал без осложнений. У 9 (9,7%) больных возникли 15 (16,1%) осложнений оперативного вмешательства: у 1 – нагноение раны, 1 – инфильтрат паховой области, у 2 – отек мошонки, у 1 – водянка яичка, 1 – гематома паховой области, у 1 – инфекция мочеполовой системы и у 4 – острая задержка мочи (табл. 2).

У одного больного гематомы семенного канатика и ещё у одного больного с водянкой яичка несколько раз пунктировали в течение 3-4 недель. Больным с осложнениями инфильтрат раны, отёк мошонки применяли компрессы. У одного больного с нагноением раны рана зажила вторично. У 4 (4,3%) больных имели осложнения, которые не были напрямую связаны с

послеоперационной раной и пребыванием мочевого катетера – это острая задержка мочи – 3 (3,2%) и инфекция мочевыводящих путей – 1 (1,1%), возникших у пациентов пожилого возраста, мужского пола.

**Таблица 2.**

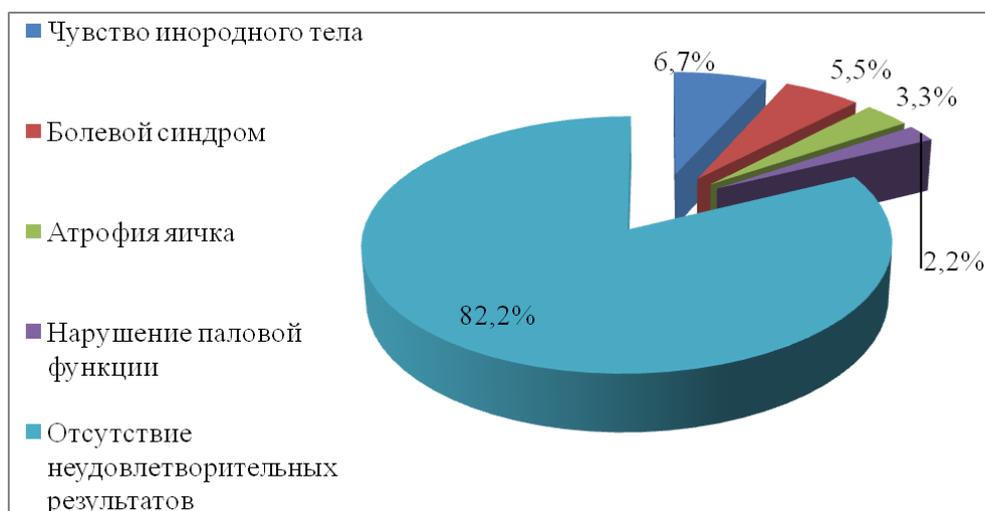
**Непосредственные результаты хирургического лечения больных паховой грыжей в группе сравнения**

Осложнения		Вид операции						Всего	
		по Жирар-Спасокукоцкому-Кимбаровскому		по Постемпскому		по Lichtenstein			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
		18	100	51	100	24	100	93	100
В области послеоперационной раны	Нагноение раны	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1
	Инфильтрат	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1
	Отек мошонки	1	5,5	1	1,96	-	-	2	2,1
	Водянка яичка	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1
	Гематома послеоперационного участка	1	5,5	-	-	-	-	1	1,1
	Серома послеоперационной раны	-	-	-	-	4	16,7	4	4,3
Другие	Острая задержка мочи	-	-	3	5,9	1	4,2	4	4,3
	Инфекция мочеполовых путей	-	-	1	1,96	-	-	1	1,1
Всего осложнений:		2	11,1	8	15,7	5	20,8	15	16,1
Всего больных:		2	11,1	4	7,8	3	12,5	9	9,7

Проанализированы результаты лечения 24 больных паховой грыжей, которые оперированы с использованием различных видов сетчатых имплантатов. В ранний послеоперационный период серома послеоперационной раны возникла у 4 пациентов, которая ликвидирована пункционным методом. Острая задержка мочи наблюдалась у 1 пациента. 9 (37,5%) прооперированных больных по методу I.L.Lichtenstein, на момент выписки, указывали на чувство инородного тела в паховой области, из них паховая невралгия возникла у 3 (33,3%) пациентов.

Количество осложнений преобладало у больных, которым был установлен «тяжелый» имплантат (25,0%), и за счет осложнений, связанных с раздражением нервов пахового участка (16,7%) (угловой критерий Фишера  $\varphi < 0,01$ ).

Через 6 месяцев после операции осмотрено 90 (96,8%) пациентов (из 93 оперированных в группе сравнения), из которых 6 (6,7%) больных после операции по I.L.Lichtenstein указали на ощущение инородного тела в области оперативного вмешательства. У 5 (5,5%) больных (из них 2 больных после операции по Постемпскому и 3 после операции по I.L.Lichtenstein) сохранялась постоянная ноющая боль в паховой области, которая не нуждалась в обезболивании. Атрофия яичка после операции по Постемпскому обнаружена у 3 (3,3%) больных (рис. 10).



**Рис. 10.** Характеристика неудовлетворительных результатов в первые 6 месяцев после операции у пациентов группы сравнения

Через 3 года после операции осмотрели 77 (82,8%) пациентов, кроме атрофии яичка у 3 (3,9%) прооперированных больных у 4 (5,2%) больных выявлен рецидив паховой грыжи. Из них у 1 пациента после операции по методу Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского, у 2 после операции по методу Постемпского и 1 больного после операции I.L.Lichtenstein (табл. 3).

**Таблица 3.**

**Частота рецидива паховой грыжи после операции у больных в группе сравнения**

Результаты в отдаленном периоде	Вид операции						Всего	
	по Жирар-Спасокукоцкому-Кимбаровскому		по Постемпскому		по Lichtenstein			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
		13	100	45	100	19	100	77
Рецидив	1	7,7	2	4,4	1	5,3	4	5,2
Атрофия яичка	-	-	3	6,7	-	-	3	3,9

Подытоживая, можно отметить, что после укрепления передней стенки пахового канала в 7,7% случаев наблюдали рецидив паховой грыжи. После натяжной операции с укреплением задней стенки пахового канала, кроме рецидива (4,4%) в 6,7% случаев наблюдали атрофию яичка из-за нарушения кровоснабжения. При лечении паховых грыж по методике I.L.Lichtenstein

достаточно технически проста в исполнении, может быть осуществлена в течение часа ( $52,3 \pm 11,2$  минут), но явилось достаточно не эффективной (рецидив у 1 (5,3%) пациента) в некоторых случаях.

Пятая глава «**Оптимизация хирургического лечения больных паховыми грыжами**» посвящена разработанным новшествам и совершенствованию технических аспектов хирургического лечения больных паховыми грыжами. Проведенный факторный анализ причин рецидива паховой грыжи и анализ полученных результатов обследования и лечения больных в группе сравнения позволил нам разработать алгоритм выбора способа пластики пахового канала (рис. 11).



*Рис. 11. Алгоритм тактики выбора герниопластики при паховых грыжах.*

С 2020 года вид пластики нами выбирается в зависимости от состояния тканей в области пахового треугольника, прежде всего, определяется степенью разрушения задней стенки пахового канала, внутреннего пахового кольца, разволокненности паховой связки и апоневроза наружной косой мышцы живота, а также от возраста, телосложения больного и наличия сопутствующей патологии. Ключевыми факторами влияющих на рецидив заболевания является состояние задней стенки пахового канала. При значительных изменениях задней стенки, наблюдающихся при больших косых, большинстве прямых и рецидивных грыжах, считаем аллопластику модифицированным способом методом выбора.

Из рисунка 11 следует, что у всех больных, поступивших для хирургического лечения по поводу паховой грыжи, необходимо выполнять:

1. сбор анамнеза с целью выявления профессионального и семейного анамнеза грыжи, а также сопутствующих заболеваний;

2. клинико – лабораторное обследование для выявления сопутствующих заболеваний, в т.ч. признаков дисплазии соединительной ткани и заболеваний, приводящих к повышению внутрибрюшного давления;

3. антропометрическое исследование с целью выявления типа телосложения больных.

В основной группе больных по показаниям натяжная герниоаутопластика по Постемпскому была применена 42 (40,8%) больным. Неудовлетворительные результаты в раннем послеоперационном периоде наблюдаемых у больных в группе сравнения после операции по Постемпскому такие как, отек мошонки (1,96%), водянка яичка (1,96%), инфильтрат (1,96%) и атрофия яичка (3,3%), которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка побудило нас к поиску новых технических аспектов решения этих проблем. В связи с чем с целью предотвращения ущемления семенного канатика в области глубокого пахового кольца нами разработан специальный инструмент предохраняющий стеснения элементов семенного канатика между плотными тканями апоневроза, на что получен патент на изобретение Агентством по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (№ IAP 7593 29.12.2023, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Способ пластики пахового канала»).

Для отодвигания/изоляции семенного канатика во время пластики задней стенки пахового канала использовали хирургический инструмент (рис. 12), который содержит два смыкающихся полуцилиндра (1) длиной 5 см, глубиной 3,5 мм, а толщина 1 мм, которые сближаясь способны удерживать семенной канатик в целом без травматизации его элементов. Инструмент также состоит из рукоятки длиной 7 см с двумя шарнирно соединенными браншами (2) толщиной 2 мм, кольца рукоятки (3), фиксатор (4) размером 3 см и рабочую часть до полуцилиндров длиной 10 см (5), при этом рабочую часть полуцилиндров (5) вклинивают в паховое кольцо, затем, удерживая кольца рукоятки (3), рукоятки (2) сближавли, семенной канатик захватывали и помещали в цилиндр, образованный при смыкании полуцилиндров (1), цилиндр удерживали в закрытом положении фиксатором (4), для пластики задней стенки пахового канала верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота подшивали к паховой связке, начиная от лонного бугорка до глубокого пахового кольца вплотную к трубчатой части указанного хирургического инструмента, далее создавали дубликатуру апоневроза наружной косой мышцы живота подшиванием его нижнего лоскута к его верхнему лоскуту, затем, раскрывая полуцилиндры (1), семенной канатик высвобождали.



**Рис. 12.** Разработанный инструмент для предотвращения ущемления семенного канатика: 1. Две продолговатые смыкающиеся полусферы; 2. Рукоятка с двумя шарнирно соединенными браншами; 3. Кольца рукоятки; 4. Фиксатор; 5. Рабочая часть для вклинения в паховое кольцо

После выделения семенного канатика, его брали на разработанный нами инструмент (рис. 13) с тракцией латерально - вверх. После ушивания и иссечения грыжевого мешка у шейки подготавливали апоневроз на пластику. С целью исключения ущемления семенного канатика и нарушения кровотока в яичке интраоперационно проводили УЗИ доплерографию мошонки (рис. 14).



**Рис. 13.** Выделение семенного канатика и взятие на разработанный нами инструмент



**Рис. 14.** Интраоперационное УЗИ доплерографию мошонки

“Ненатяжная” методика поховой герниоаллопластики по Lichtenstein явила ряд очевидных преимуществ перед традиционными видами паховых грыжепластик. Операция занимает немного времени, проста в исполнении и вполне приемлема по себестоимости.

Однако, нередко паховая связка настолько бывает разволокненной, что навряд ли может быть надежным местом для фиксации протеза. Возникает необходимость в его дополнительной фиксации. Использование для этого связки Соорег, как рекомендуют многие авторы, лишь частично решает проблему, а методики Козлова с формированием искусственной паховой

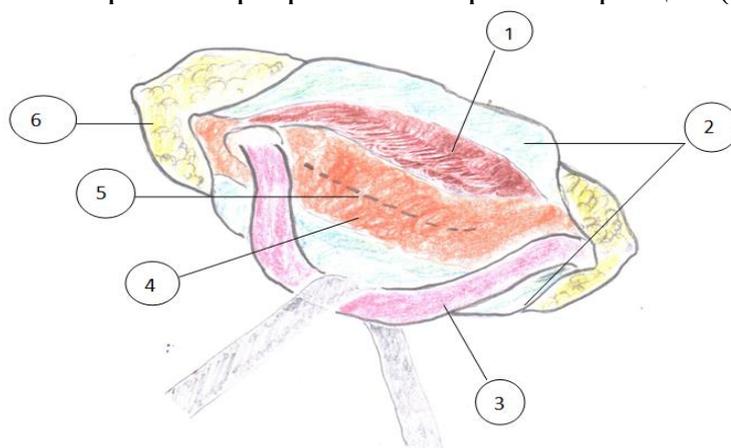
связки и Fletching с использованием «трехслойной сетки» сложны в техническом отношении. При изучении причины рецидива паховой грыжи после операции по способу Lichtenstein у 1 (5,3%) пациента наблюдаемого и повторно оперированного из 19 больных в отдаленном послеоперационном периоде нами выявлено, что причиной рецидива было разволокнение мышечно-апоневротической ткани, прорезывание швов и миграция сетчатого имплантата при механической нагрузке у больного с гиперстеническим телосложением и с высоким внутрибрюшным давлением.

В целом, описанные изменения показывают, что после имплантации синтетического протеза по методу Lichtenstein в тканях паховой области, возникают процессы, которые предрасполагают к развитию возможного рецидива грыжи.

Учитывая все выше указанные недостатки и возможные осложнения в послеоперационном периоде нами разработана и внедрена в практику модифицированная паховая герниоаллопластика, на что получен патент на изобретение Агентством по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (№ IAP 7588 02.02.2024, Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан «Способ аллопластики паховой грыжи»).

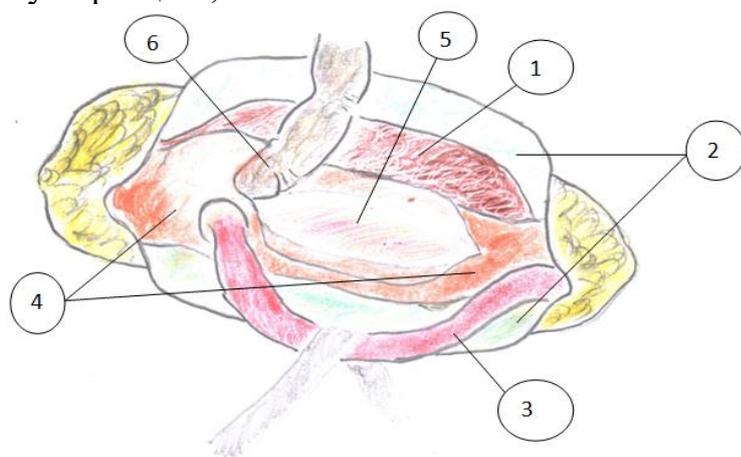
Модифицированный способ аллопластики при паховых грыжах состоял из следующих этапов:

- 1) разрез кожи на 2 см выше и параллельно паховой связке;
- 2) от наружного пахового кольца параллельно паховой связке рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота;
- 3) в толще семенного канатика выделение грыжевого мешка;
- 4) иссечение грыжевого мешка от шейки;
- 5) взятие на держалку семенной канатик;
- 6) заполняется мочевой пузырь антисептиком через мочевой катетер;
- 7) наносится поперечный разрез на поперечной фасции (рис. 15);

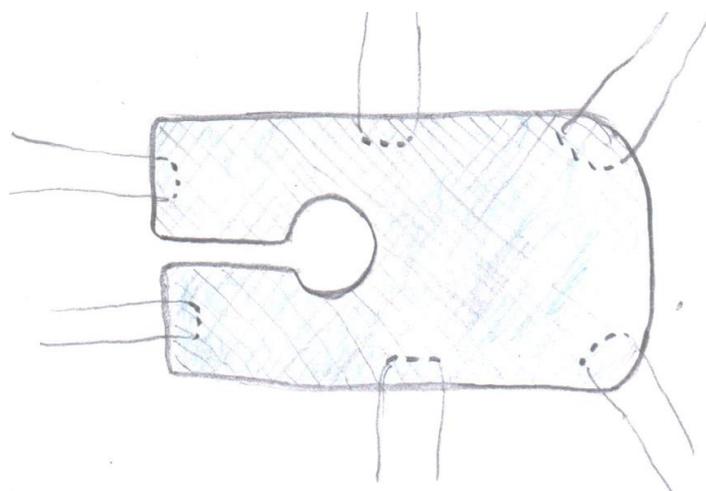


**Рис. 15.** Вскрытие поперечной фасции живота: 1 – внутренняя косая и поперечная мышца, 2 – апоневроз наружной косой мышцы живота, 3 – семенной канатик, 4 – поперечная фасция, 5 – линия разреза поперечной фасции, 6 – подкожная жировая клетчатка.

- 8) создается карман между поперечной фасцией и брюшиной до и латеральнее семенного канатика (рис. 16);
- 9) трансплантат с образованием равных по ширине бранш и отверстием для семенного канатика в 6 точках заранее прошивается П-образными швами (рис. 17);
- 10) трансплантат заводят в предбрюшинный карман позади поперечной фасции;
- 11) заранее наложенными П-образными швами трансплантат фиксируется к поперечной фасции, надкостнице лобкового бугорка при помощи иглы Дешана;
- 12) восстанавливается целостность поперечной фасции (рис. 18);
- 13) укладывание семенного канатика на вновь восстановленную поперечную фасцию;

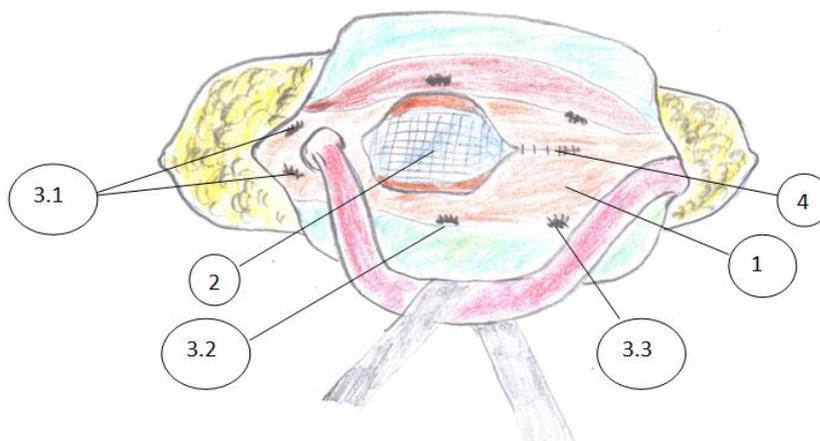


**Рис. 16.** Создание ложа в предбрюшинном пространстве для импланта:  
 1 – внутренняя косая и поперечная мышца, 2 – апоневроз наружной косой  
 мышцы живота, 3 – семенной канатик, 4 – поперечная фасция, 5 – брюшина,  
 6 – создание кармана между поперечной фасцией и брюшиной пальцем хирурга.

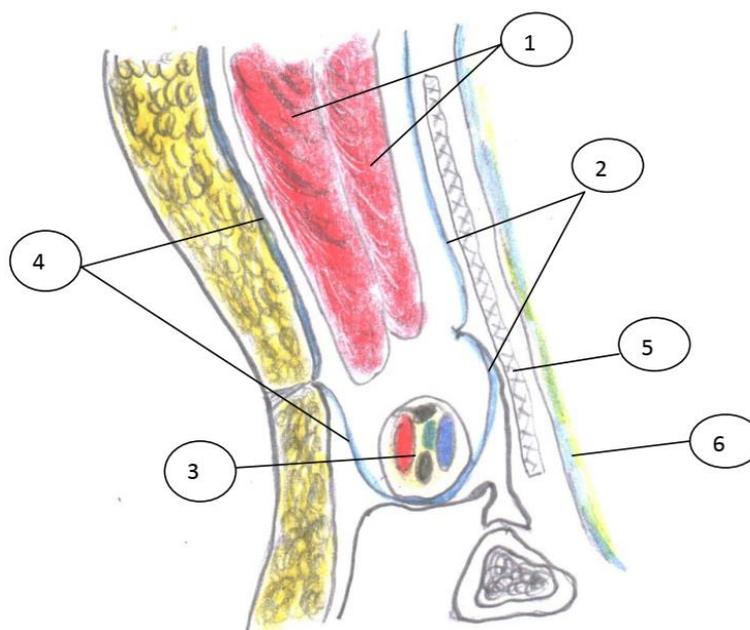


**Рис. 17.** Полипропиленовая сетка (аллотрансплантат) с образованием  
 равных по ширине бранш и отверстием для семенного канатика в 6 точках  
 заранее прошита П-образными швами.

- 14) восстановление целостности передней стенки пахового канала узловыми швами (рис. 19);  
 15) швы на кожу.



**Рис. 18.** Точки фиксации аллотрансплантата: 1 – поперечная фасция, 2 – аллотрансплантат (предбрюшинное расположение), 3 – точки фиксации аллотрансплантата к поперечной фасции (3.1), к пупартовой связке (3.2) и к надкостнице лонного бугорка (3.3) заранее наложенными П-образными швами, 4 – линия шва восстановления целостности поперечной фасции



**Рис. 19.** Схема операции: 1 – внутренняя косая и поперечная мышца, 2 – поперечная фасция, 3 – семенной канатик, 4 – апоневроз наружной косой мышцы живота, 5 – аллотрансплантат (предбрюшинное расположение), 6 – брюшина.

Предлагаемый нами способ герниоаллопластики паховой грыжи позволяет решить одновременно несколько задач: фиксация трансплантата к стенкам пахового канала за счет упрощения прошивания тканей в направлении параллельном горизонтальной плоскости, укрепление задней стенки пахового канала и защита семенного канатика от возможных наружных бытовых травм, профилактика массивного разрастания

соединительной ткани между протезом и семенным канатиком, нивелизация спаечных изменений семявыносящего протока у больных в репродуктивном возрасте, минимизация застоя в венозной системе семенного канатика, предотвращение отека мошонки в послеоперационном периоде, ранняя реабилитация больных, формируется мощная задняя стенка пахового канала, состоящая из мышечного слоя и сетчатого имплантата, при этом возможно безопасное использование легких и «полурассасывающихся» сеток, имеющих меньшую механическую прочность. Это представляется особенно важным в ранние сроки после операции, до формирования и созревания рубцовой ткани в области сетки.

По сравнению с 2018-2020 гг. в связи с использованием УЗИ доплерографии интраоперационно не встречались такие осложнения, как отек мошонки, водянка яичка, т.е. не было осложнений с нарушением кровоснабжения яичка. Осложнения в раннем послеоперационном периоде снизились от 16,1 до 4,8% (табл. 4).

**Таблица 4.**

**Непосредственные результаты хирургического лечения больных паховой грыжей в основной группе**

Осложнения		Вид операции				Всего	
		по Постемпскому		по модифицированному способу герниоаллопластики			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
		42	100	61	100	103	100
В области послеоперационной раны	Нагноение раны	-	-	-	-		
	Инфильтрат	-	-	-	-		
	Отек мошонки	-	-	-	-		
	Водянка яичка	-	-	-	-		
	Гематома послеоперационного участка	1	2,4	1	1,6	2	1,9
	Серома послеоперационной раны	-	-	1	1,6	1	0,97
Другие	Острая задержка мочи	1	2,4	1	1,6	2	1,9
Всего осложнений:		2	4,8	3	4,9	5	4,8
Всего больных:		1	2,4	2	3,3	3	2,9

При грыжесечении больных основной группы, предложенные технические новшества отрицательно не отразились на продолжительности хирургического вмешательства. Напротив, этот показатель уменьшился в 2 раза по сравнению с группой сравнения. Длительность стационарного лечения после операции сократилось – с  $8,2 \pm 1,2$  до  $4,9 \pm 0,3$  дня.

Проведенный факторный анализ причин рецидива и неудовлетворительных результатов у больных в группе сравнения, таких как нарушение половой функции и атрофия яичка на стороне операции положительно отразился в отдаленном периоде у больных основной группы. Из 82 (79,6%) больных наблюдаемых в отдаленном периоде не наблюдали рецидив заболевания. Ни один больной не жаловался на ощущение инородного тела в области операции, а пациенты репродуктивного возраста и не предъявляли жалобы на половую дисфункцию. На контрольном УЗИ доплерографии не наблюдали больных с нарушением кровоснабжения и атрофии яичка.

Таким образом, анализ качества жизни пациентов показал, что применение алгоритма дифференцированного подхода к выбору оптимальной тактики лечения паховых грыж позволило увеличить долю «отличных и хороших» результатов с 88,3% (68 из 77 больных группы сравнения) до 100,0% (82 больных основной группы) ( $p=0,030$ ).

## Заключение

1. На основании проведенного исследования мы обнаружили, что у больных паховой грыжей имеются от 1 до 4 факторов риска ее возникновения. Основными из них являются тяжелая физическая работа (у 58,7% грыженосителей); наличие сопутствующих заболеваний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (у 115 (58,7%) больных); а также наличие признаков врожденной дисплазии соединительной ткани (у 28,1% больных). Паховая грыжа чаще встречается у больных гиперстеническим телосложением в 65,8% случаев. Морфологические исследования установили, что у пациентов с гиперстеническим телосложением отмечается прогрессирование нарушений нормальной структуры апоневроза мышц живота.

2. Разработанный алгоритм действия помогает определить оптимальный метод пластики пахового канала в зависимости от наличия или отсутствия тех или иных факторов риска возникновения паховой грыжи.

3. Совершенствование технических аспектов за счет применения разработанного хирургического инструмента предотвращающий ущемления семенного канатика позволил снизить осложнения в раннем послеоперационном периоде с 16,1 до 4,8%, путем нивелирования таких осложнений как отек мошонки, водянка яичка, инфильтрат и атрофия яичка, которые связаны с нарушением кровоснабжения яичка.

4. Операция по методу I.L.Lichtenstein технически проста и доступна в исполнении, однако дает рецидив грыжи у 5,3% пациентов. Предбрюшинная аллопластика грыжевого дефекта в предлагаемой нами модификации является надежной альтернативой операции по методике I.L.Lichtenstein при лечении больных паховой грыжей средних и больших размеров, рецидивирующей паховую грыжу, что при правильном выполнении не дает рецидивов и имеет низкое количество осложнений характерны для аллопластики (угловой критерий Фишера  $\varphi < 0,05$ ), которые не зависят от типа применяемого сетчатого имплантата (угловой критерий Фишера  $\varphi < 0,05$ ).

5. Анализ качества жизни пациентов по усовершенствованной шкале показал, что применение алгоритма дифференцированного подхода к выбору оптимальной тактики лечения паховых грыж позволило увеличить долю «отличных и хороших» результатов с 88,3% (68 из 77 больных группы сравнения) до 100,0% (82 больных основной группы) ( $p=0,030$ ). При анализе полученных результатов обращает на себя внимание достоверно более высокие суммарные показатели физического и психического показателей здоровья у пациентов после «ненатяжной» паховой герниоаллопластики ( $p < 0,05$ ).

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/27.09. 2024.Tib.93.03 FOR THE AWARD  
OF AKADEMIC DEGREES AT THE  
BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**KHUJAMOV OLIMJON BAKHRIDINOVICH**

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH  
INGUINAL HERNIA**

**14.00.27 – Surgery**

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**Bukhara – 2024**

**The topic of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered with the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education of Science and innovation of the republic of Uzbekistan № B2023.4.PhD/Tib4149.**

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

Abstract of the dissertation is available in two languages (Uzbek, Russian and English (abstract)) on the web page of the Scientific Council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and Informational and Educational Portal «Ziyonet» ([www.ziyonet.uz](http://www.ziyonet.uz)).

**Research leader:**

**Davlatov Salim Sulaymonovich**

PhD Associate Professor

**Official opponents:**

**Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**Nazarov Shoxin Kuvvatovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor

**Leading organization:**

**JSC "South Kazakhstan Medical Academy"**

(Republic of Kazakhstan).

Defense will take place on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 at \_\_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council DSc.04/27.09. 2024.Tib.93.03 at the Bukhara State Medical Institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation is available at the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (Address: 23 Gijduvan str., Bukhara, 200118. Tel./fax: +99865 233 00-50.

Abstract of dissertation sent out on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 year

(mailing report № \_\_\_\_\_ of «\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 year)

**Sh.T. Urokov**

Chairman of the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**N.N.Kazakova**

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

**B.Z. Khamdamov**

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

**The purpose** of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with inguinal hernias by improving the technical aspects of hernioplasty.

### **Research objectives:**

The subjects of the study were 196 patients with inguinal hernias who were treated as inpatients in the surgical department of a multidisciplinary clinic in the Samarkand region from 2018 to 2023.

### **The scientific novelty of the study is as follows:**

an algorithm for choosing inguinal hernia alloplasty has been developed depending on anamnestic, clinical, anthropometric data and the condition of tissues in the area of the inguinal triangle; a special tool has been developed to prevent strangulation of the spermatic cord and disruption of the blood supply to the testicle; the method of treatment and prevention of recurrence of inguinal hernias has been improved through the use of a modified open preperitoneal hernia alloplasty method, which allows creating a dense posterior wall of the inguinal canal with minimizing congestion in the venous system of the spermatic cord and preventing scrotal edema in the postoperative period; The results of performing inguinal hernioplasty using “tension” and “non-tension” methods were studied, and the clinical effectiveness of surgical interventions was determined.

**The results of the implementation of the research results.** According to the conclusion of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan on the implementation of the results of scientific research in practice on the basis of Protocol №. 7 dated October 22, 2024:

*the first scientific novelty:* An algorithm has been developed for the selection of inguinal hernioalloplasty depending on clinical, anamnestic, anthropometric data and the condition of tissues in the inguinal triangle. *The importance of scientific novelty:* Based on the conducted research, we have identified the presence of 1 to 4 risk factors for inguinal hernia in patients. The main ones were severe physical exertion (58.7% of herniators); the presence of combined diseases accompanied by increased intra-abdominal pressure (115 (58.7%) patients); as well as the presence of signs of congenital connective tissue dysplasia (28.1% of patients). Inguinal hernias are more common in patients with hypersthenic physique in 65.8% of cases. Morphological studies have shown that patients with hypersthenic physique have developed disorders of the normal structure of abdominal muscle aponeurosis. *Implementation of scientific innovations in practice:* Order of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University dated 03/26/2024; № 51), order of the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; №.147), order of the Jizzakh Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; № 154). The implementation of the research results made it possible to improve the quality of medical care, reduce postoperative time, the frequency of postoperative complications and the rehabilitation period of treatment. *The social effectiveness of scientific novelty is as follows:* elderly and senile patients, as well as hypersthenic patients with inguinal

hernias, were able to return to work and active life in society, be satisfied with medical care, increase life expectancy, reduce mortality and disability. *The economic efficiency of scientific novelty is as follows:* the tactical algorithm implemented in practice helped to determine the optimal method of inguinal canal plastic surgery, depending on the presence or absence of certain risk factors for inguinal hernia, as a result of which the number of prescribed analgesics was sharply reduced, as well as the period of inpatient treatment of patients was shortened. *Conclusion:* As a result of the application of the developed tactical algorithm, it was possible to save budget funds by 540 000 soums and extra-budgetary funds by 700 000 soums at the expense of 1 patient;

*the second scientific novelty:* special equipment has been developed to prevent damage to the spermatic cord and impaired blood supply to the testicles (№ IAP 7593 29.12.2023, Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan "Method of inguinal canal plastic surgery"). *The importance of scientific novelty:* The improvement of technical aspects through the use of developed surgical equipment made it possible to prevent damage to the spermatic cord and reduce the incidence of complications in the early postoperative period from 16.1% to 4.8%, i.e. by 3 times, which increased the elimination of complications associated with impaired blood supply to the testicles, such as scrotal edema, testicular hydrocele, infiltration and testicular atrophy. *Implementation of scientific innovations in practice:* Order of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University dated 03/26/2024; № 51), order of the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; №147), order of the Jizzakh Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; № 154). As a result of the implementation of the research results into practice, the results of treatment of patients with inguinal hernias have been improved. *The social effectiveness of scientific novelty:* The social effectiveness of this innovation lies in the fact that in patients with inguinal hernias, due to the reduction of postoperative complications and the absence of pain, patients were able to return to work and active life in society, be satisfied with medical care, and increase life expectancy. *The economic efficiency of scientific novelty is as follows:* As a result of the use of special equipment designed to prevent damage to the spermatic cord and impaired blood supply to the testicles during the surgical treatment of inguinal hernias, the frequency of postoperative complications decreased from 16.1% to 4.8%, which reduced the duration of surgery, the rehabilitation period, as well as the total duration of inpatient treatment. *Conclusion:* Taking into account the decrease in early postoperative complications in patients with inguinal hernias, this allowed saving budget funds by 6 400 000 soums and extra-budgetary funds by 7 200 000 soums per 1 patient;

*the third scientific novelty:* A method for the treatment and prevention of inguinal hernias has been improved using a modified open method of peritoneal hernioalloplasty (IAP 7588 02.02.2024, Intellectual Property Agency of the Republic of Uzbekistan "Method of inguinal hernia alloplasty"), which made it possible to create a dense posterior wall of the inguinal canal, minimizing stagnation of the venous system of the spermatic cord and preventing the

appearance of scrotal edema in the postoperative period. *The importance of scientific novelty:* The use of the proposed modified method of hernioalloplasty with the graft remaining in the anterior abdominal cavity allowed to reduce the recurrence rate of hernia from 5.3% to zero; *Implementation of scientific innovations in practice:* Order of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University dated 03/26/2024; № 51), order of the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; №147), order of the Jizzakh Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; № 154). As a result of the implementation of the research results into practice, the results of treatment of patients with inguinal hernias have been improved, and rehabilitation of patients has been reduced. *The social effectiveness of scientific novelty* Surgery using the I.L.Lichtenstein method is technically simple and can be performed, however, in 5.3% of patients the hernia recurs. Our proposed modification of preperitoneal alloplasty of a hernial defect is a reliable alternative to surgery using the I.L.Lichtenstein method in the treatment of patients with inguinal hernias of medium and large size, if performed correctly, does not cause recurrence and, regardless of the type of mesh implant used (Fisher angular criterion  $\phi < 0.05$ ), has fewer complications. *The economic efficiency of scientific novelty is as follows:* 1) the time of stay of patients in the hospital has been reduced; 2) due to the lower number of postoperative pain in patients, the need for painkillers was less. *Conclusion:* As a result of the introduction of a modified open method of peritoneal hernioalloplasty into practice, the period of postoperative rehabilitation was reduced from 5-7 days to 3-4 days, which allowed saving budget funds by 640,000 soums and extra-budgetary funds by 790 000 soums per 1 patient;

*the fourth scientific novelty:* The results of inguinal hernioplasty using "tension" and "non-tension" surgical methods have been studied, and the clinical advantages of surgical interventions have been determined. *The importance of scientific novelty:* When analyzing the quality of life of patients on an improved scale, the application of the algorithm of a differentiated approach to choosing the optimal tactics for the treatment of inguinal hernias allowed to increase the proportion of "excellent and good" results from 88.3% (68 out of 77 patients in the comparison group) to 100.0% (82 patients in the main group) ( $p=0.030$ ). When analyzing the results obtained, attention is drawn to significantly higher indicators of physical and mental health of patients after "non-prolonged" inguinal hernioalloplasty ( $p < 0,05$ ). *Implementation of scientific innovations in practice:* Order of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University dated 03/26/2024; № 51), order of the Samarkand Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; №147), order of the Jizzakh Regional Multidisciplinary Medical Center (04/04/2024; № 154). As a result of the implementation of the research results into practice, the results of treatment of patients with inguinal hernias have been improved, and rehabilitation of patients has been reduced. *The social effectiveness of scientific novelty* As a result of the introduction of recommended innovations into practice, a sharp decrease in the frequency of postoperative complications and recurrence of inguinal hernia ensures high medical effectiveness of treatment of these patients. *The economic efficiency of*

*scientific novelty is as follows:* 1) during the patient's stay in the hospital: reduction of the patient's stay in the hospital from 7 to 3 days, reduction of the amount of payment for hospital stay by about 210 thousand soums (according to the ROC price list, 1 day of hospital stay is 76 000 soums); due to a reduction in the period of hospital stay for several days, medicines were less in demand (on average, 150 000 soums of medicines are spent on 1 day); rehabilitation costs have decreased (on average, 35 000 soums of medicines used for rehabilitation are spent on 1 day)); 2) by reducing the duration of the patient's stay outside the hospital (treatment in other medical institutions, for example, in polyclinics at the patient's place of residence), fewer medicines were required for several days. *Conclusion:* As a result of the application of the non-protracted hernioplasty method in patients with inguinal hernias, it was possible to save budget funds by 6 400 000 soums and extra-budgetary funds by 7 200 000 soums per 1 patient.

**Structure and scope of the dissertation.**

The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of text material is 120 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; part I)**

1. IAP №7588. Давлатов С.С., Хужамов О.Б., Рахманов Қ.Э., Дустова Н.К. Чов канали пластикаси усули. Ўзбекистон Республикаси Ихтиролар давлат реестрида 02.02.2024 йилда рўйхатдан ўтказилди.
2. IAP №7593. Рахманов Қ.Э., Давлатов С.С., Хужамов О.Б., Дустова Н.К. Чов каналини пластика усули. Ўзбекистон Республикаси Ихтиролар давлат реестрида 29.12.2023 йилда рўйхатдан ўтказилди.
3. Khujamov O.B., Davlatov S.S. An Improved Method of Non-Tension Hernioplasty for Inguinal Hernias. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(8): 1114-1117. (14.00.00; № 2)
4. Khujamov O.B., Davlatov S.S., Khamdamov I.B. Modern methods of surgical treatment of inguinal hernias. Problems of biology and medicine. 2022, №4 (137). – P. 328-333. (14.00.00; № 19)
5. Давлатов С.С., Хужамов О.Б. Совершенствование ненатяжной герниоалло-пластики при паховых грыжах. Проблемы биологии и медицины. 2023, №5 (148). – С. 44-48. (14.00.00; № 19)
6. Хужамов О.Б., Давлатов С.С. Совершенствование ненатяжной герниоаллопла-стики при паховых грыжах. Ўзбекистон тиббиёт журнали. 2024 №01 (045). – С. 117-122. (14.00.00; № 8)
7. Хужамов О.Б., Давлатов С.С. Пути предотвращения ущемления семенного канатика во время паховой герниопластики. Ўзбекистон тиббиёт журнали. 2024 №01 (045). – С. 142-146. (14.00.00; № 8)
8. Хужамов О.Б., Давлатов С.С., Рахманов Қ.Э. Оптимизация хирургического лечения путем ненатяжной герниопластики при паховых грыжах. Ўзбекистон Республикаси ОАК томонидан 2023 йил 1 июндан тиббиёт фанлари бўйича диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрлар рўйхатига киритилган ( 2023 йилдаги 01-07/710/1-сонли хат). 2024. № 12 (07), 1- С. 154-158.

**II бўлим (II часть; part II)**

9. Хужамов О.Б., Идиев О.Э. Современные методы хирургического лечения больных паховой грыжей и особенности строения пахового участка (обзор литературы). Достижения науки и образования. – 2022. - № 4 (84). – С. 72-84.
10. Хужамов О.Б., Газиёв К.У., Хамдамов И.Б. Паховые грыжи: новые аспекты этиопатогенеза и лечения. Вопросы науки и образования. - 2022. - № 5 (161). – С. 24-49.

11. Хужамов О.Б., Идиев О.Э. Хирургическое лечение паховых грыж (обзор литературы). Достижения науки и образования. – 2022. - № 4 (84). – С. 64-71.

12. Хужамов О. Б. New data on the pathogenesis and treatment of inguinal hernias (literature review). XXVIII International correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine» (Boston. USA. July 18-19, 2022) – С. 34-47.

13. Khujamov O.B. Modern view of surgical treatment of inguinal hernias (literature review). Bulletin of fundamental and clinic medicine. 2024, № 3 (9). – P. 137-145.

14. Хужамов О.Б. Модифицированный способ ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах. «Время вперед – время лучших» сборник трудов 31–ой международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов (г. Бухара, 31 мая 2024 г.). – С. 209-210.

15. Хужамов О.Б., Атоева М.О., Усмонов А.У., Арзиев А.И. Усовершенствованный способ ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах. Сборник тезисов международного симпозиума «Петербург – Самарканд: современные подходы в практической хирургии». (Самарканд, 25 -26 апреля 2024 г.). – С. 94-95.

16. Хужамов О.Б. Оптимизация хирургического лечения больных с паховыми грыжами. Методические рекомендации. Бухара 2024. 40 стр.