

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.06/2025.27.12.Tib.01.07
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЯҚУБОВ ОЙБЕК ЭРГАШ ЎҒЛИ

**ЧОВ ЧУРРАЛАРИ ХИРУРГИЯСИДА ДАВОЛАШ ЁНДАШУВЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ– 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Якубов Ойбек Ергаш ўғли

Чов чурралари хирургиясида даволаш

ёндашувларини такомиллаштириш..... 3

Якубов Ойбек Эргаш угли

Совершенствование подходов к

лечению при хирургии паховых грыж..... 27

Yakubov Oybek Ergash ugli

Improvement of treatment approaches

in inguinal hernia surgery..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ

List of published works..... 58

**ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc.06/2025.27.12.Tib.01.07
РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

ЯҚУБОВ ОЙБЕК ЭРГАШ ЎҒЛИ

**ЧОВ ЧУРРАЛАРИ ХИРУРГИЯСИДА ДАВОЛАШ ЁНДАШУВЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТОШКЕНТ– 2026

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2023.4.PhD/Tib4152 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Тошкент давлат тиббиёт университетида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифаси (www.tashmeduni.uz) ҳамда «Ziynet» Ахборот-таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Саттаров Ойбек Тохирович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Баймаков Сайфиддин Рисбаевич

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Горский Виктор Александрович

тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси Тошкент давлат тиббиёт университети ҳузуридаги DSc.06/2025.27.12.Tib.01.07 рақамли Илмий кенгашнинг 2026 йил «_____» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100109, Тошкент ш., Олмазор тумани, Фаробий кўчаси, 2-уй. Тел./факс: (+99871) 150-78-28, e-mail: info@tashmeduni.uz).

Диссертация билан Тошкент давлат тиббиёт университетининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100109, Тошкент шаҳри, Олмазор тумани Фаробий кўчаси 2-уй. Тел.: (99871) 214-82-90)

Диссертация автореферати 2026 йил «_____» _____ куни тарқатилди.

(2026 йил «_____» _____ даги № _____ рақамли реестр баённомаси).

Ў.С. Исмаилов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

А.А. Ирназаров

Илмий даражаларни берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Қ.Ж.Матмуротов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Дунёда қорин олд девори чурралари энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, соғлиқни сақлашнинг глобал муаммоси ҳисобланади. Қорин олд деворининг барча чурраларидан чов чурраси 75% ҳолларда учрайди. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, «...айниқса эркакларда чов чурралари муаммолари жуда кўп учрайди ва ўртача чов чурралари бўйича герниопластикалар чурраларнинг 75% ни ташкил қилади...»¹. Чов чурраларининг мураккаб ва асоратланган шаклларида доимо ечим топиш бир мунча қийинчилик туғдириб келмоқда. Анъанавий таснифга кўра, гигант чов-ёрғоқ чурраси деб аталувчи шакли герниопластикалардан кейин қайталаниш фоиизи бўйича 25-35%га етиб боради. Ва айнан бу турдаги чурраларни ҳажми ва шаклига кўра пластика турини танлаш бўйича олимларнинг фикри ҳар хил. Чов-ёрғоқ чурраларининг ўлчамлари ва рецидивланиш сони бўйича ҳам аниқ бир тасниф мавжуд эмас. Учраш сонининг кўплиги ва долзарблигига қарамадан чов-ёрғоқ чурраларида кам инвазив ва очиқ усулларни қўллаш бўйича адабиётларда илмий тадқиқот ишлари жуда кам ёритилганлиги сабабли даволаш усулларини такомиллаштириш заруратини тақазо этмоқда.

Жаҳонда герниологияни жарроҳликнинг ихтисослашган соҳаси сифатида ривожлантиришига бўлган қизиқиш ҳамда даволаш чораларини такомиллаштиришга қаратилган илмий тадқиқотлар шуни кўрсатадики, чов чурраларининг мураккаб турларида диагностика ва турли замонавий жарроҳлик усуллари кўллаш кам ўрганилганлиги аниқланган бўлиб, айтиш мумкин бўладики ушбу масалаларни чуқур таҳлил қилишга йўналтирилган қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада мураккаб чов чурраларини муайян кўрсаткичлар орқали даражаларга ажратиш ва шу даражалар орқали мураккаб чов чурраларида даражаси мос келадиган замонавий жарроҳлик даволаш натижаларини комплекс таҳлил қилиш масалалари алоҳида аҳамият касб этмоқда. Мураккаб чов чурраларида амалиёт вақтида чурра махсулотини чурра қопидан ажратишда ичак десерозланиши, қорин пардани ажратишда мушак-апоневротик қават шикастланиши, уруғ тизимчаси элементларининг зарарланиши, қон-томирларнинг шикаст етиши ва шу сабабли мураккаб чов чурраларида анъанавий очиқ усулдан фойдаланган ҳолда амалиётдан кейинги даврда жароҳат йиринглаши, чурра қайталаниши кўп кузатилади. Шу боис мазкур асоратларнинг олдини олиш ва учраш частотасини камайтириш баҳолаш алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талабларига мослаштириш аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича мақсадли кенг кўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегиясининг етти устивор йўналишига мувофиқ аҳолига тиббий хизмат

¹ N. Dabbas, K. Adams, K. Pearson, G.T. Royle, Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? J. R. Soc. Med. Sh. Rep. 2 (1) (2011) 1–6, <https://doi.org/10.1258/shorts.2010.010071>

кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтаришда «...бирламчи тиббий-санитария хизматида аҳолига малакали хизмат кўрсатиш сифатини яхшилаш...»² каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифалардан келиб чиққан ҳолда чов чурралари мурракаб турлари билан хасталанган беморларни комплекс даволашда индивидуал даволаш усулларини такомиллаштириш борасида тадқиқотларни амалга ошириш мақсадга мувофиқдир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 25 апрелдаги “Бирламчи тиббий-санитария ёрдамини аҳолига яқинлаштириш ва тиббий хизматлар самарадорлигини ошириш бўйича кўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПҚ 215 сон қарорлари, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2023 йил 6 сентябрдаги ПФ 156 сон “Соғлиқни сақлаш вазирлиги фаолиятини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги фармони, 2021 йил 6 майдаги “Соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотларни изчил давом еттириш ва тиббиёт ходимларининг салоҳиятини ошириш учун зарур шарт-шароитлар яратиш тўғрисида”ги ПФ 6221 сон, 2022 йил 29 январдаги “2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегияси тўғрисида”ги ПФ 60 сон Фармонлари, Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 10 майдаги 266 сон “Жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлашни ташкил этиш илмий-тадқиқот институти фаолияти тўғрисида”ги қарори ҳамда ушбу соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга ушбу диссертация тадқиқоти маълум даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг истиқболли йўналишларига мослиги. Мазкур диссертация тадқиқоти Республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишларига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Қорин олд девори чурралари энг кенг тарқалган касалликлардан бири бўлиб, соғлиқни сақлашнинг глобал муаммоси ҳисобланади. Қорин олд девори чурралари орасида чов чурралари кўпчиликни ташкил қилади. Чурра касаллиги беморнинг ҳаёт сифатини пасайтиради ва оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Хусусан, чов чурраси ривожланишининг умрбод хавфи эркакларда 27-43% ни, аёлларда 3-6% ни ташкил қилади. Барча ютуқларга қарамай, барча беморларнинг 11 фоизи чов чуррасини бирламчи бартараф этишдан сўнг қайталанишдан ва 10-12 фоизи сурункали оғриқдан азият чекади. Жумладан, С.Т.Сапиева ва б. (2024) томонидан олиб борилган илмий тадқиқотда тўрсиз чов чурраларини жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича замонавий маълумотлар келтирилган, энг кенг тарқалган усуллар ажратиб кўрсатилган, уларнинг афзалликлари ва камчиликлари ўрганилган. Анураг Сингх ва б. (2024) ўз илмий ишларида чов чурраси операциясида ўз-ўзидан ёпишувчи алломатериални чок билан маҳкамланган алломатериал билан таққослаш орқали рандомизацияланган назоратли тадқиқотларни таҳлил қилишган. Ж.Д. Корбитт маълумотларига

² Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ–60-сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони

кўра, чов соҳасининг киритилган асбобга нисбатан нотўғри йўналтирилганлиги сабабли, 11% гача бўлган ҳолларда чурра халтасини ажратишда техник қийинчиликлар мавжуд. Шундан сўнг, 5% ҳолларда маҳаллий гематома ривожланади. Ҳонгминг Зҳанг ва б. ТАРР муолажаси чов чуррасини даволашда аниқ ташхис қўйилганда хавфсиз ва амалга ошириш мумкин бўлган муолажа ҳисобланади, бироқ аниқ жарроҳлик муолажасини интраоператсион маълумотлар асосида белгилаш лозим.

МДХ давлатлари олимлари томонидан герниологияда бир мунча олдинга силжишга сабаб бўлди, рецидивлар сони кескин камайди. А.В.Протасов ва Н. Ж.Купер (2022) ларнинг маълумотида кўра, адекват бажарилган Лапароскопик герниопластикалардан кейин чов чурралари бўйича жарроҳга қайта мурожат 10% дан 2% га тушган. А.В.Аболмасов (2012) ва б. мураккаб ва қайталанган чов чурраларида лапароскопик герниопластикадан кейин асоратларнинг: чов соҳаси гематомаларини (12.0% дан 5,5% га), операция томонида невралгия ва парестезияни (15.2% дан 5,5% гача) частотаси камайганлигини таъкидлайди. Г.Р.Аскерханов ва бошқ. (2020) маълумотларига кўра, операциядан кейинги асоратларнинг частотаси беморлар ёшининг ошиши билан ортишиш, чурра тури ва пластика усулига бевосита боғлиқ бўлишини таъкидлаган. Бу чов чурраларида Лапароскопик герниопластикаларнинг ўрни ва аҳамияти юқори эканлигини кўрсатади.

Ўзбекистонда қатор олимлар томонидан чов чурраларни даволаш ва профилактикаси масалалари, жумладан, чурраларнинг клиник кечиши, диагностикаси ва хирургик даволаш усуллари такомиллаштириш, турли герниопластика усуллариининг самарадорлиги ва асоратлари, синтетик тўр материаллардан фойдаланишнинг натижалари кенг ўрганилган (О.Б.Хужамов, 2019; О.Т.Алишев, 2012; Ш.Р.Рахимов, 2016; Б.А.Каримов, 2018; О.Т.Саттаров, 2018; А.А.Юсупов, 2020; Ф.Ж.Турсунов, 2015). Бироқ, мураккаб чов чурралари учун клиник тасниф амалиётга тўлиқ жорий этилмаган, улар асосидаги ҳар бир таснифга мос даволаш ёндашувлари бўйича мақсадли йўналтирилган илмий тадқиқотлар мавжуд эмас.

Шуни таъкидлаш жоизки, ушбу диссертация иши айнан шу эҳтиёжлардан келиб чиққан ҳолда, мураккаб чов чурраларининг градацияларини белгиловчи мезонлар ишлаб чиқиш йўли билан уларни идентификация қилган ҳолда беморларга индивидуал ёндашувлар асосида даволаш алгоритминини ишлаб чиқишни талаб этади ва мавзунинг долзарблигини асослайди.

Диссертация тадқиқотининг у бажарилган олий таълим муассасасида илмий-тадқиқот ишларининг режаси билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Тошкент давлат тиббиёт университетининг № 01.01500212, 001 шифр ли “Инсоннинг жарроҳлик касалликларини ташхислаш ва даволашнинг патогенетик асосланган усуллариини ишлаб чиқиш ва такомиллаштириш” (2019-2024-йиллар) мавзусидаги илмий-тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган.

Тадқиқотнинг мақсади мураккаб чов чурраларида индивидуал ёндашувларни ишлаб чиқиш йўли билан кам инвазив жарроҳлик даво натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари:

мураккаб чов чурраларини анъанавий жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини ретроспектив таҳлил қилиш ҳамда очик ва лапароскопик усуллардан фойдаланган ҳолда интроперацион ва операциядан кейинги асоратларнинг юқори частотасининг асосий сабабларини аниқлаш;

мураккаб ва катта чов-ёрғоқ чурраларининг техник мураккаблик даражасини объективлаштириш учун анатомик-морфологик, клиник ва интраоперацион мезонлар асосида соддалаштирилган идентификация таснифини ишлаб чиқиш ва асослаш;

чов чурраларининг техник жиҳатдан мураккаб шаклларида лапароскопик комбинирланган (гибрид) герниопластика усули (TAPP + Hand assist) технологиясини ишлаб чиқиш ва илмий асослаш;

таклиф этилган тасниф асосида мураккаб чов чурралари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақбул усулини индивидуал танлаш алгоритминини ишлаб чиқиш ва унинг клиник самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2019 йилдан 2024 йилгача бўлган даврда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси Торакоабдоминал жарроҳлик бўлимида чов чурралари билан стационар даволанган 203 нафар бемор киритилган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида мураккаб чов чурралари мавжуд беморларни комплекс текшириш, ҳамда аллопластика усулини танлашга табақалаштирилган ёндашув орқали жарроҳлик даволаш натижаларининг таҳлили олинган.

Тадқиқотнинг усуллари: тадқиқотда мақсадига эришиш ва қўйилган вазифаларни бажариш учун умумий клиник, инструментал ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

анатомик-морфологик, клиник ва интроперацион мезонларнинг комплекс таҳлили асосида мураккаб ва катта чов чурраларининг ўзига хос идентификацияловчи таснифи ишлаб чиқилди, бу уларнинг техник мураккаблик даражасини объективлаштириш ва оптимал жарроҳлик тактикасини дифференциал аниқлаш имконини бериши исботланган;

чов чурраларининг мураккаб шаклларида герниопластиканинг лапароскопик комбинирланган усулининг янги технологияси ишлаб чиқилган ва илмий асосланган бўлиб, у ўзига хос техник усуллар, босқичлар кетма-кетлиги ва асбоб-ускуналарни ўз ичига олади, бу эса ушбу тоифадаги беморларни минимал инвазив даволаш имкониятларини кенгайтириши исботланган;

мураккаб чов чурралари билан оғриган беморларда чурра нуқсонининг тури ва мураккаблик даражасига, ҳамроҳ омилларга ҳамда беморнинг индивидуал хусусиятларига қараб лапароскопик, комбинирланган лапароскопик-очик ва анъанавий очик герниопластика усулларини қўллашга аниқ табақалаштирилган кўрсатмалар аниқланган ва илмий исботланган;

таклиф этилган тасниф ва табақалаштирилган кўрсатмалар тизимига асосланган мураккаб чов чурраларини жарроҳлик даволаш усулини индивидуал танлаш алгоритми ишлаб чиқилди ва клиник амалиётга жорий этилиши ва алгоритмнинг самарадорлиги даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижаларини қиёсий таҳлил қилиш натижалари билан исботланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

чов-ёрғоқ чурраларини градациялаш мезонларига асосланган мураккаб чов чурраларининг соддалаштирилган ишлаб чиқилган ва таклиф этилган ишчи таснифи амалий герниология учун мўлжалланган бўлиб, чурра нуқсонининг техник мураккаблик даражасини тезда аниқлаш имконини беради ва реал клиник амалиёт шароитида жарроҳлик даволашнинг энг мақбул усулини танлашни осонлаштиришга асосланган;

мураккаб чов чурраларини, хусусан, қабул қилинган тасниф бўйича III Б турдаги чурраларни жарроҳлик йўли билан даволаш муаммосини самарали ҳал этишни таъминлайдиган герниопластиканинг лапароскопик комбинирланган усулининг ишлаб чиқилган ва жорий этилган оригинал технологияси ушбу тоифадаги беморларда минимал инвазив аралашув имкониятларини кенгайтиришга асосланган;

беморнинг индивидуал анатомик-морфологик хусусиятларини, чурра нуқсонининг тури ва мураккаблик даражасини ҳисобга олган ҳолда, мураккаб чов чурраларида герниопластиканинг турли усуллари (лапароскопик, комбинирланган лапароскопик-очиқ ва анъанавий очиқ) танлаш учун аниқ табақалаштирилган кўрсатмалар ишлаб чиқилган ва илмий асосланган;

мураккаб чов чурраларининг хирургик даволаш учун индивидуал ишлаб чиқилган ва клиник амалиётга жорий этилган алгоритмини қўллаш операциядан кейинги даврда қайталанишлар частотасини сезиларли даражада камайтириш ва ушбу патология билан оғриган беморларни даволашнинг умумий натижаларини яхшилаш имконини бериши асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқотда қўлланилган замонавий ёндашув ва усуллар назарий маълумотларнинг олинган натижалар билан мос келиши, олиб борилган текширувларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, беморлар сонининг етарли эканлиги, статистик текшириш усуллари ёрдамида ишлов берилганлиги, шунингдек, тадқиқот натижаларининг халқаро ҳамда маҳаллий маълумотлар билан таққосланганлиги, чиқарилган хулоса ҳамда олинган натижаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти мураккаб чов чурраларини таснифлаш, жарроҳлик тактикаси ва даволашга янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш билан белгиланади, бу эса замонавий герниологиянинг ривожланишига муайян ҳисса қўшади. Таклиф этилган тасниф, лапароскопик комбинирланган усул технологияси ва жарроҳлик аралашувини индивидуал танлаш алгоритми техник жиҳатдан мураккаб чурраларни минимал инвазив даволаш имкониятлари ҳақидаги мавжуд тасаввурларни кенгайтиради. Олинган маълумотлар беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга, операциядан кейинги

эрта ва кечки асоратлар частотасини камайтиришга, шунингдек, касалликнинг қайталаниш сонини камайтиришга ёрдам бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ишлаб чиқилган диагностика ва даволаш алгоритмларини клиник амалиётга кенг жорий этиш мумкинлиги билан изоҳланади. Таклиф этилган усуллар қўллаш қулайлиги, юқори самарадорлиги ва давомийлиги билан ажралиб туради. Улардан фойдаланиш жарроҳлик тактикасини танлашни оптималлаштириш, операция вақтини қисқартириш, беморларнинг шифохонада қолиш муддатини қисқартириш, соғлиқни сақлаш тизими ва беморларнинг иқтисодий харажатларини камайтириш, шунингдек, мураккаб чов чурралари бўлган беморларга ихтисослаштирилган жарроҳлик ёрдами кўрсатишнинг умумий самарадорлигини ошириш имконини бериши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Чов чурраси мураккаб тури билан хасталанган беморларда индивидуал ёндашувлар асосида ишлаб чиқилган алгоритм бўйича даволаш усулларини такомиллаштиришдан олинган илмий натижалар:

биринчи илмий янгилик: мураккаб чов чурраларининг градацияларини белгиловчи мезонлар асосида мураккаб ва катта чов чурраларининг идентификатсияловчи таснифи ишлаб чиқилиб, унинг аҳамияти бўйича таклифлар Тошкент тиббиёт академияси Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2025 йил 27 январь 01-25/456-сон билан тасдиқланган «Чов чурралари хирургиясида даволаш ёндашувларини такомиллаштириш усуллари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Тошкент вилояти Янгийўл тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 559-10-146-ТБ/2025 сон буйруқ ҳамда Жиззах вилояти Пахтакор тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 437-3-52-ТБ/2025 сон буйруқ билан амалиётга жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Илмий техник Кенгашининг 2025 йил 7-октябрдаги 26-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* Мураккаб чов чурраларининг градацияларини белгиловчи мезонлар асосида чов чурраларининг идентификатсияловчи таснифи яратилиши беморларда юзага келадиган асоратларни камайтиришга имкон берди. *Иқтисодий самарадорлиги:* Мураккаб чов чурраси мавжуд бўлган беморлар ундан халос бўлиши учун бир эмас бир неча маротаба жарроҳлик амалиётини ўтказишни талаб этади. Шу муносабат билан, энг мақбул усулни танлаш беморларнинг ўртача стационар даволаниш кунларини қисқартириши, лаборатор ва инструментал текширув усулларига сарфланадиган маблағларни камайтириши ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига олиб келди. **Хулоса:** Ишлаб чиқилган мураккаб чов чурралари идентификатсияловчи таснифини қўллаш натижасида, беморларга индивидуал равишда даволаш тактисини танлаш, операциядан кейинги асоратларни камайиши ва шифохонада ўртача даволаниш кунлари ва реабилитация даврини қисқариши ҳисобига, 1 нафар бемор ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилиш имконини берган.

иккинчи илмий янгилик беморларнинг мураккаб чов чурраларида лапароскопик комбинирланган усулини қўллаш технологияси ишлаб чиқилган ва унинг аҳамияти бўйича таклифлар Тошкент тиббиёт академияси Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2025 йил 27 январь 01-25/456-сон билан тасдиқланган «Чов чурралари хирургиясида даволаш ёндашувларини такомиллаштириш усуллари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Тошкент вилояти Янгийўл тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 559-10-146-ТБ/2025 сон буйруқ ҳамда Жиззах вилояти Пахтакор тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 437-3-52-ТБ/2025 сон буйруқ билан амалиётига жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Илмий техник Кенгашининг 2025 йил 7-октябрдаги 26-сон хулосаси). **Ижтимоий самарадорлиги:** Мураккаб чов чурраларида лапароскопик комбинирланган усулини қўллаш технологияси ишлаб чиқилиши билан беморларда такомиллаштирилган даволаш усулини қўллаш имконияти яратилди. **Иқтисодий самарадорлиги:** мураккаб чов чурраси мавжуд беморларда ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда жароҳатнинг тез битиши ўртача стационар даволаниш кунларини қисқартириши, лаборатор ва инструментал текширув усулларига сарфланадиган маблағларни камайтириши ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига олиб келди. **Хулоса:** Мураккаб чов чурралари III-даражасида лапароскопик комбинирланган усулини қўллаш натижасида, операция давомийлик вақтини қисқариши, шифохонада даволаниш кунлари ва реабилитация даврини қисқариши ҳисобига, 1 нафар бемор ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилиш имконини берган.

учинчи илмий янгилик мураккаб чов чурралари хирургиясида индивидуал ёндашувлар асосида лапароскопик, комбинирланган ва очик усулларга аниқ кўрсатмалар ишлаб чиқилган ва унинг аҳамияти бўйича таклифлар Тошкент тиббиёт академияси Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2025 йил 27 январь 01-25/456-сон билан тасдиқланган «Чов чурралари хирургиясида даволаш ёндашувларини такомиллаштириш усуллари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Тошкент вилояти Янгийўл тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 559-10-146-ТБ/2025 сон буйруқ ҳамда Жиззах вилояти Пахтакор тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 437-3-52-ТБ/2025 сон буйруқ билан амалиётига жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Илмий техник Кенгашининг 2025 йил 7-октябрдаги 26-сон хулосаси). **Ижтимоий самарадорлиги:** Мураккаб чов чурраларида индивидуал ёндашувлар асосида лапароскопик, комбинирланган ва очик усулларга аниқ кўрсатмалар ишлаб чиқилиши билан беморларда амалиётдан кейинги жароҳатдаги асоратларнинг камайтилишига ва ҳаёт сифатининг яхшиланишига эришилди. **Иқтисодий самарадорлиги:** мураккаб чов чурраси бўлган беморлар ундан халос бўлиши учун амалиётдан кейинги асоратларнинг камайтилишига қаратилган аниқ усуллардан фойдаланилган. Шу муносабат билан, энг мақбул усулни танлаш беморларнинг ўртача даволаниш

кунларини қисқартириши, лаборатор ва инструментал текширув усулларига сарфланадиган маблағларни камайтириши ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига олиб келди. **Хулоса:** Мураккаб чов чурраларида оптимал жаррохлик ёндашувини аниқ кўрсатмалар асосида танлаш, беморларга индивидуал равишда даволаш тактисини танлаш натижасида, шифохонада даволаниш кунлари ва реабилитация даврини қисқариши ҳисобига, 1 нафар бемор ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилиш имконини берган.

тўртинчи илмий янгилик мураккаб чов чурралари хирургиясида индивидуал ёндашувлар асосида амалий тиббиётда муҳим бўлган алгоритм ишлаб чиқилган ва унинг самарадорлиги бўйича таклифлар Тошкент тиббиёт академияси Мувофиқлаштирувчи эксперт кенгаши томонидан 2025 йил 27 январь 01-25/456-сон билан тасдиқланган «Чов чурралари хирургиясида даволаш ёндашувларини такомиллаштириш усуллари» номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Мазкур таклиф Тошкент вилояти Янгийўл тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 559-10-146-ТБ/2025 сон буйруқ ҳамда Жиззах вилояти Пахтакор тумани тиббиёт бирлашмаси бўйича 06.03.2025 йилдаги № 437-3-52-ТБ/2025 сон буйруқ билан амалиётига жорий этилган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Илмий техник Кенгашининг 2025 йил 7-октябрдаги 26-сон хулосаси). *Ижтимоий самарадорлиги:* Мураккаб чов чурраларида индивидуал ёндашувлар асосида амалий тиббиётда муҳим бўлган алгоритм ишлаб чиқилиши билан беморларда асоратларнинг юзага келиш частотасининг камайишига эришилди. *Иқтисодий самарадорлиги:* мураккаб чов чурраси мавжуд бўлган беморлар ундан халос бўлиши учун бир эмас бир неча маротаба жаррохлик амалиётини ўтказишни талаб этади. Шу муносабат билан, энг мақбул усулни танлаш беморларнинг ўртача стационар даволаниш кунларини қисқартириши, лаборатор ва инструментал текширув усулларига сарфланадиган маблағларни камайтириши ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинишига олиб келди. **Хулоса:** Мураккаб чов чурралари мавжуд беморларда ишлаб чиқилган алгоритмдан фойдаланиб, беморларга индивидуал равишда даволаш тактисини танлаш натижасида, шифохонада даволаниш кунлари ва реабилитация даврини қисқариши ҳисобига, 1 нафар бемор ҳисобига 3150000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилиш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижасида олинган маълумотлар 5, жумладан 2 халқаро ва 3 маҳаллий илмий-амалий анжуманларда муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши. Диссертация мавзуси бўйича жами 17 та илмий иш чоп этилган бўлиб, жумладан Ўзбекистон Республикаси Олий Аттестация Комиссияси томонидан диссертацияларнинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун тавсия этган илмий нашрларида 6 та мақола, улардан 3 таси республика ва 3 таси хорижий журналларда, 1 та услубий тавсиянома чоп этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хотима, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг матнли материал ҳажми 102 бетни ташкил қилади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида илмий диссертасия ишининг долзарблиги ва муҳимлиги асосланади, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари шакллантирилади, натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти берилади, ушбу иш натижаларини тасдиқлаш ва нашр етиш тўғрисида маълумот берилади, ушбу ишнинг ҳажми ва қисқача тузилиши тақдим етилади.

Диссертациянинг «**Мураккаб чов чурралар хирургиясида замонавий ёндашувлар, диагностика ва даволашдаги муаммолар ва уларнинг илмий таҳлили**» биринчи бобидаги адабиётлар шарҳида қўлланаётган ташхисот усулларининг ўзининг қўлланилиш чегаралари ва афзалликлари, мураккаб чов чурраларни ташхислаш ва даволаш учун энг мақбул усуллар бўйича тавсиялар келтирилган. Тадқиқот доирасида адабиётлардан маълумотлари келтирилиб ўтилган. Таҳрирда охириги ўн йил ичида қилинган ишлар акс эттирилган.

Диссертациянинг «**Клиник материаллар ва қўлланилган текшириш усуллари**» номли иккинчи бобида жами 203 нафар беморда олиб борилган натижалар келтирилган бўлиб, ушбу беморлар 2019-йилдан 2024-йилгача бўлган даврда Тошкент давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси Торакоабдоминал жарроҳлик бўлимда даво муолажалари олган. Ишлаб чиқилган дизайн бўйича ташхислаш ва даволаш чора тадбирларини ўз ичига олган чов чурралари, жарроҳлик амалиётлари ва асоратларини аниқлашда қўлланиладиган баҳолаш усуллари ва текширувлар ҳақида маълумотлар келтирилган. Барча беморлар эркак жинсига мансуб.

Чов чурраси туфайли жарроҳлик амалиёти ўтказган беморларнинг ёшига доир гуруҳлар бўйича тақсимланиши 1-жадвалда кўрсатилган.

1-жадвал

Беморларнинг ёшга доир тақсимланиши

Ёш	Назорат	Асосий	Жами
20 ёшгача	3 (1.5%)	3 (1.5%)	6 (2.9%)
21-44 ёш	19 (9.4%)	30 (14.8%)	49 (24.1%)
45-60 ёш	22 (10.8%)	21 (10.3%)	43 (21.2%)
61-74 ёш	58 (28.6%)	35 (17.2%)	93 (45.8%)
75 ёш ва ундан катта	8 (3.9%)	4 (2%)	12 (6%)
Жами	(110 бемор) 54.2 %	(93 бемор) 45.8 %	203 (100%)

1-жадвалда кўриниб турибдики, 6 (2.9 %) нафар бемор 20 ёшгача бўлган беморларни ташкил қилади. 43 (21.2 %) нафар бемор 45 ёшдан 60 ёшгача бўлиб, уларнинг 22 (10.8 %) назорат гуруҳидаги ва 21 (10.3 %) нафари асосий гуруҳдаги беморларни ташкил қилади. 93 (45.8 %) нафар бемор 61 ёшдан

катталар бўлиб, уларнинг 58 (28.6 %) назорат гуруҳидаги, ҳамда 35 (17.2%) нафари асосий гуруҳидаги беморларни ташкил қилади.

Тадқиқот гуруҳларининг иккаласида ҳам беморларнинг ўртача ёши статистик жиҳатдан ишинчли даражада таққосланадиган бўлди: асосий гуруҳда – 51.6+0,3 ёш, назорат гуруҳида – 57.9+1,0 ёш ($p>0,05$).

2-жадвал

Беморларнинг чурра анамнези муддатлари бўйича тақсимланиши

	Муддат					Жами
	1 йилгача	1-3 йил	4-6 йил	7-10 йил	10 йилдан кўп	
Назорат	31(15.3%)	32(15.7%)	28(13.7%)	15(7.4%)	4(1.9%)	110 (54.2%)
Асосий	23(11.3%)	33(16.4%)	21(10.4%)	11(5.4%)	5(2.5%)	93 (45.8%)
Жами	54(26.6%)	65(32.1%)	49(24.1%)	26(12.8%)	9(4.4%)	203 (100%)

Бу жадвал беморларнинг чурра анамнези муддатлари келтирилган. 2-жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг асосий қисмининг чурра анамнези 1 йилгача (54 (26.6 %)), 1-3 йилгача (65 (32.1 %)) ва 4-6 йилгача (49 (24.1 %)) ни ташкил қилади. Чурра анамнези 9 (4.4 %) нафар беморда энг узок муддат 10 йилдан ортиқ бўлган.

Бундан ташқари, тадқиқот гуруҳларида қўшимча касалликлари мавжуд беморлар қуйидагича:

3-жадвал

Беморларнинг қўшимча касалликлари бўйича тақсимланиши

Қўшимча касаллик	Назорат	Асосий	Жами
	Нафар, %	Нафар, %	
ЮИК (ИККС)	4 (1.9%)	3 (1.5%)	7 (3.4%)
ЎСОК	3 (1.5%)	5 (2.5%)	8 (4%)
Атеросклероз, синдром Такаясу	15 (7.4%)	10 (4.9%)	25 (12.3%)
Қандли диабет	4 (1.9%)	5 (2.5%)	9 (4.4%)
Жами	26 (12.7%)	23 (11.4%)	49 (24.1%)

Жадвалдан кўриниб турибдики, беморларнинг 24 фоизида қўшимча патологиялар аниқланган. Биргаликда касалликларнинг пайдо бўлиши унчалик кенг тарқалмаган эди, чунки таҳлил қилинган беморлар асосан ёш эди, таққосланган гуруҳларда уларнинг частотаси тахминан тэнг эди. Қоида тариқасида, тегишли патологиялар катта ёш гуруҳида аниқланади (3-жадвал). Жарроҳлик амалиёти ўтказган беморларда юрак ишемик касаллиги, уйқу қон томирлари атеросклерози, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва қандли диабет каби ҳамроҳ касалликлар энг кўп аниқланди: асосий гуруҳда- 11.4 %, назорат гуруҳида -12.7 %.

Шундай қилиб, клиник материалнинг берилган батафсил тавсифи беморларнинг умумий ҳолатини баҳолашга имкон беради ва таққосланган гуруҳлардаги кўрсаткичларни қиёсий баҳолаш клиник гуруҳларнинг вакили ва тадқиқотларнинг етарлилигини кўрсатади.

Диссертациянинг «**Мураккаб чов чурраларининг диагностика ва анъанавий даволаш натижаларининг таҳлили**» номли учинчи бобида ушбу патологияни даволашда анъанавий ёндашувнинг клиник натижалари келтирилган. Даволашнинг анъанавий меъзонларига кўра чов чурраси ташхиси билан мурожаат қилган барча беморларга жарроҳлик амалиёти бажарилган.

Биз чов чурра билан оғриган беморларда анъанавий ва ЕВЖ натижаларини ўрганиб чиқдик. Анъанавий ва ЕВЖ натижаларининг асосий мезонлари куйидагилар: жарроҳлик амалиётининг давомийлиги, операсия давомидаги мураккаб ва қийин ҳолатлар, интраоперацион ва операсиядан кейинги асоратлар, операсиянинг косметик жиҳатлари ва беморларнинг амбулатория шароитида жарроҳ олдига ташриф буюриши.

Назорат гуруҳидаги беморлар Л.М.Нихус таснифи бўйича энг кўп III Б турда (34.6%), энг кам IV Д турда (9.1%) аниқланди (4-жадвал).

4-жадвал

Назорат гуруҳидаги беморларнинг Л.М. Нихус таснифи бўйича тақсимланиши (n=110)

ТУРИ	Моно-латерал	Билатерал	Жами
III Б тур	49	5	54 (49.1%)
IV А тур	29	4	33 (10.0%)
IV Б тур	11	2	13 (11.8%)
IV Д тур	9	1	10 (9.1%)
Жами	98 (89.1%)	12 (10.9%)	110 (100%)

Лихтенштейн усули бўйича операсиянинг ўртача давомийлиги бир томонлама $55,4 \pm 4,2$ дақиқа ва икки томонлама чурра билан $105,6 \pm 4,4$ дақиқани ташкил етди.

5-жадвал

Лихтенштейн бажарилган назорат гуруҳидаги беморларда операсиядан кейинги асоратларнинг турлари (n=110)

Асорат	Беморлар сони
Серома	3 (2.7%)
Гематома	4 (3.6%)
Неврологик оғриқ	3 (2.7%)
Ресидив	2 (1.9%)
А/к соҳа йиринглаши	3 (2.7%)
Жами	15 (13.6%)

Лихтенштейн операсиясини тугатгандан сўнг беморлар операсиядан кейинги кунларда фаол бўлишди. Операсиядан кейинги даврда куйидаги асоратлар кузатилди: амалиётдан кейинг соҳадаги яра серомаси – 3 (2.7%) беморда, невралгик оғриқлар (одатда ўнг томонлама Лихтенштейн билан) – 3 (2.7%), чов гематома – 4 (3.6%), амалиётдан кейингим соҳа йиринглаши 3 (2.7%) нафар беморда кузатилди.

Лапароскопик герниопластикадан кейин беморларнинг ўртача касалхонада қолиш муддати $6,1 \pm 1,2$ ётоқ кунини ташкил етди. Операсиядан кейин беморлар 7-8 кун давомида операсиядан олдинги нормал фаолиятга қайтишди. Жарроҳ олдида ташриф буюриб кундалик боғламларни алмаштиришга эҳтиёж йўқ эди. Амбулатория шароитида жарроҳнинг олдида ўртача ташрифи $10,3 \pm 1,4$ кунни ташкил етди. 2-3 йил кузатув давомида рецидивлар кузатилди. 1 (0.9%) нафар беморда чурра қайталаниши кузатилди. Бу беморга ТАРР амалиёти бажарилди (7-жадвал).

ТАРР ни амалга ошириш учун умумий наркоз зарурлигини ҳисобга олган ҳолда, юқори анестезиологик хавфи бўлган беморларда (ЮИК, ЎСОК) уни амалга ошириш мумкин эмас эди. Бундай ҳолларда, бугунги кунда Лихтенштейн усули қўлланилади (агар спинал наркоз қилиш мумкин бўлса).

Сўнгги пайтларда ТАРР техникасини амалга оширишнинг асосий кўрсаткичи қорин бўшлиғи органларининг бошқа қўшма патологиясининг мавжудлиги бўлиб, биз уни симултан усулда бажаришимиз мумкин.

ТАРР операсиясининг давомийлиги бир томонлама чуррада ўртача $76,4 \pm 4,2$ дақиқа ва икки томонлама чуррада $124,2 \pm 4,3$ дақиқа (симултан операсияга ўтган вақтни ҳисобга олмаганда).

Диагностик лапароскопия босқичида 4 (3.6%) ҳолатда, кичик чанок соҳасида қорин парда перитонеал варағи ва ингичка ичак ўртасида баъзи чандиқланишлар аниқланди. Ушбу беморларда лапароскопик адгезиолизис бажарилди.

Қорин бўшлиғининг париетал варағини чов чурра зонасида ажратиш билан, 3 (2.7%) ҳолларда маҳаллий, мушак-апоневротик қатламнинг шикастланиши қайд етилди, бу мушаклараро қон кетишини тўхтатиш учун қўшимча вақт талаб қилди. 3 (2.7%) ҳолларда қорин парда париетал варағи билан биргаликда уруғ тизимчаси элементлари билан йиртиб ташлади. Изоляция босқичида илгак билан ишлаганда, қорин парда париетал варағига яқин бўлган тасодифий олинган маҳаллий нерв толалари ҳам хавф туғдирди, биз шунга ўхшаш ҳодисани 2 (1.8%) ҳолатда қайд этдик.

Ташқи чов ҳалқани ажратиш босқичида биз чов соҳадаги қон томирларининг шикастланишини аниқладик. Шундай қилиб, уруғ тизимчасининг томирларининг шикастланиши 3 (2.7%), пастки эпигастрал артериянинг шикастланиши 1 (1.8%), сон венасининг тармоғи зарарланиши 1 (0,9%) ҳолатда кузатилди. 1 (0.9%) нафар беморда чурра маҳсулоти ингичка ичак тўғрилаш мобайнида десерозланиши кузатилди ва бунда лапароскопик бартарф этилди.

6-жадвал

**ТАРР да интраоперацион анатомик структураларнинг
жароҳатланиши (n=110)**

Зарарланган орган	Қорин пардани ажратишдан аввал	Қорин пардани ажратишдан сўнг
Маҳаллий мушак- апоневротик қават	3 (2,7%)	-
Уруғ тизимчаси элементлари	2 (1,8%)	1 (0,9%)
Пастки эпигастрал артерия	-	1 (0,9%)
Маҳаллий нерв шохи	2 (1,8%)	-
Сон венаси тармоғи	-	1 (0,9%)
Ингичка ичак десерозланиши	1 (0,9%)	-
Жами	8 (7,3%)	3 (2,7%)
Ҳаммаси	11 (10,0%)	

Қоида тариқасида, ТАРР ни тугатгандан сўнг беморлар кейинги кунларда фаол бўлишди. ТАРР дан кейин 1 ва 7-кунларда мажбурий чов соҳасининг ултратовуш текшируви ўтказилди. Ултратовуш текшируви дастлабки босқичларда чов соҳада кичик суюқликларни (серомалар, гематомалар) аниқлашга имкон берди.

7-жадвал

**ТАРР бажарилган назорат гуруҳидаги беморларда операциядан кейинги
асоратларнинг турлари (n=110)**

Асорат	Беморлар сони
Гематома	4 (3,6%)
Неврологик оғриқ	5 (4,6%)
Рецидив	1 (0,9%)
Жами	10 (9,1%)

Операциядан кейинги даврда қуйидаги асоратлар кузатилди: неврологик оғриқлар – 5 (4,6%), чов гематомаси – 4 (3,6%). Қалинлиги 1 см гача бўлган гематомалар аниқланганда консерватив сўрилувчи терапия буюрилди. Уларнинг қалинлиги каттароқ бўлса, пункция амалга оширилди. Қоида тариқасида, битта пункция етарли эди, камдан-кам ҳолларда иккинчисига муҳтожлик бор эди.

Пункция соҳасидаги юмшоқ тўқималарнинг яллиғланиши 2 беморда (1,8%) қайд етилди. Бундай вазиятда антибиотик терапия кучайтирилди ва кунига икки марта димексид эритмаси билан боғламларни алмаштириш амалга оширилди.

Кўшимча хирургик жарроҳлик патологияси билан барча беморларга симултан ЕВЖ бажарилади. Бироқ, операция пайтида ва ундан кейин баъзи техник қийинчиликлар ҳисобига операцион асоратлар қайд этилди.

Бир ҳолатда, киндик чурраси мавжуд беморда оптикани ўрнатиш вақтида катта чарвининг шикастланиши ва қон кетиши қайд этилган. Бундай ҳолда, катта чарвининг бир қисми ташқи томонга тортилади ва шикастланган қисми тикилади. Операция давомийлиги ўртача $137 \pm 5,2$ дақиқани ташкил етди. Киндик чурраси 3 см дан катта бўлган 1 (0,9%) беморда операция ярасидан кейин яллиғланиш кузатилди, бу ерда 7 кун давомида маҳаллий даволаниш олиб борилди. Бундан ташқари, узоқ вақт давомида ушбу тоифадаги беморнинг 1 (0,9%) ярим йилдан кейин киндик чурраси қайталанди.

ЛХЭ ва жигарнинг Лапароскопик кистэктомиясини амалга оширишда алоҳида қийинчиликлар юзага келмади.

Назорат гуруҳидаги қўшма патологиялардан техник қийинчиликлар ЕВЖ да семизлик мавжуд беморларда ҳам қайд этилган.

Ушбу тоифадаги беморларнинг Лихтенштейн амалиётлари қуйидагича амалга оширилади. Операция давомийлиги бир томонлама чуррада ўртача $79,4 \pm 4,8$ дақиқа ва икки томонлама чурра билан $118 \pm 5,1$ дақиқа кетди. Ортиқча вазни (ТВИ 30 кг/м² дан юқори) беморларда кўпроқ салбий ҳолатлар қайд этилди. 2 (1,8%) ҳолатларда маҳаллий гематома ривожланди.

Назорат гуруҳида тана массаси индекси (ТВИ) 30 кг/м² дан паст бўлган беморларда ТАРР операциясининг давомийлиги бир томонлама чуррада ўртача $80,2 \pm 3,2$ дақиқа ва икки томонлама чуррада $127,1 \pm 2,4$ дақиқа, ТВИ 30 кг/м² дан юқори бўлган беморларда - мос равишда $102 \pm 4,1$ ва $151,3 \pm 3,4$ дақиқа давом этди. Қорин парданинг уруғ тизимчасидан ажратиш маҳалида уруғ тизимчаси веноз чигалига зарар етказилгани ҳисобига 1 та ҳолатда гематома ҳосил бўлди.

Лапароскопик амалиётлар техникасини такомиллаштириш улардан фойдаланиш кўрсаткичларини кенгайтиришга ёрдам берди. Шундай қилиб, дастлабки босқичда лапароскопик герниопластикага қарши кўрсатмалар: мураккаб гигант чурралар, чов-ёрғоқ чурралари, тўғриланмайдиган чурралар, юқори анестезиологик хавф, рецидив чурралар, қориннинг пастки қаватида илгари ўтказилган операциялар. Бунга қарамадан, назорат гуруҳидаги беморларда ТАРР амалиёти бажарилган, лекин нисбатан амалиётдан кейинги асоратларнинг юқорилиги, Лихтенштейн амалиётининг косметик аҳамияти, амалётдан кейинги асоратларини ҳисобга олиб, беморларни кўрсаткичлар билан қайта саралаб, керак бўлган усулни танлаш мақбул бўлади. Шу кўрсаткичлар билан асосий гуруҳ беморларда кўриб чиқамиз.

Шундай қилиб, герниопластиканинг турли хил таҳлил натижаларидан сўнг лапароскопик усулларнинг жуда самарадорлигини кўрсатди. Бироқ, техник қийинчиликлар, интра ва операцион асоратлардан кейин мининвазив герниопластикани амалга ошириш жараёнларининг камчиликларини ўрганиш талаб этилади. Стандарт ЕВЖ дан кейин назорат гуруҳидаги беморларнинг биз олган натижалари ЕВЖ ни бажариш босқичларини илмий таҳлил қилиш зарурлигини кўрсатди.

Лапароскопик герниопластика мураккаб чов чурраларни даволашда танланган операция бўлиб, у кам шикастланишга эга, аммо интра ва операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ЕВЖ технологиясини такомиллаштириш зарурлигини кўрсатади.

Чуррани кесишда ЕВЖ анъанавий усулга нисбатан катта афзалликларга эга, шунинг учун ривожланган мамлакатларда чуррани Лапароскопик технологияга асосланиб бартараф этиш афзал кўрилади. Бугунги кунда техник жиҳатлар ЕВЖ ни чов ёки симултант операцияларини амалга оширишда қийинчилик туғдирмайди.

Сўнгги ўн йил ичида герниология жарроҳлигида турли хил ташқи қорин чурраларини тузатиш учун миниинвазив технологиядан тез фойдаланишни бошлади. Бироқ, илмий таҳлиллар ва олинган клиник натижаларни муҳокама қилиш кераклиги эътиборга молик.

Ҳар доим натижа сифатини яхшилаш учун беморларни саралаб чиқиш керак бўлади. Аммо, агар ЕВЖ дан кейин беморлар одатдаги ҳаётга эрта қайтмасалар ёки эрта даврда иш қобилятини тиклаш кузатилмаса, у ҳолда жарроҳлик амалиётлари анъанавий операциялардан сифат мезонлари бўйича ўзини оқламайди.

Шу муносабат билан, бизнинг фикримизча, мураккаб чов чурралари герниопластикасида стандарт ЕВЖ натижаларини ўрганиш ва амалиётларни амалга оширишнинг ҳар бир босқичини батафсил муҳокама қилиш, операциягача беморларни саралаш, аралашувларнинг камчиликларини аниқлаш ва уларни тузатиш ёки такомиллаштириш ушбу тоифадаги беморларни даволаш сифатини яхшилаши мумкин.

Биз назорат гуруҳидаги 110 беморни ўрганиб чиқдик, уларга стандарт усул бўйича ЕВЖ ва Лихтенштейн ўтказилди. Шу билан бирга, биз ЕВЖ технологияларига, бажарилиш босқичларига, интра ва операцион асоратлардан сўнг, чов чурра ва комбинацияланган жарроҳлик патологияси бўлган беморларда миниинвазив аралашувларнинг самарадорлигига эътибор қаратдик.

Лихтенштейн усули анъанавий тарзда барча беморларда ўтказишда қарши кўрсатмалар йўқлиги учун мақбулдир. Ушбу аралашув 60 (54.6%) беморда амалга оширилди. Даволаш жараёнида Лихтенштейн, албатта, ўзининг ижобий томони билан намоён бўлди. Операциядан кейинги эрта ва кеч даврда қорин бўшлиғи органларида ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмайди. Бироқ, чурра қайталаниш эҳтимоли ТАРР га нисбатан юқорилигича қолмоқда.

Трансабдоминал преперитонеал герниопластика биз томонидан 50 (45.4%) нафар беморда амалга оширилди. Диагностик лапароскопия босқичлари муаммо туғдирмади ва осонликча амалга оширилди. ТАРР нинг афзалликлари айнан шу босқич билан боғлиқ, яъни амалиётнинг диагностик қиймати билан.

Лапароскопия пайтида қорин бўшлиғи органларининг ҳолатини тўлиқ текшириш учун шароит яратилди.

Кўпгина ҳолларда (2.7%) қорин парданинг париетал варағини ажратишда мушак-апоневротик қатламнинг ва 2.7% ҳолларда уруғ тизимчаси элементлари тасодифий шикастланишлари қайд этилди, бу эса ўз навбатида идентификациялашда етарли даражада кўрилмаганлиги сабабли техник

қийинчиликлар бўлганлиги учун гематома пайдо бўлишига олиб келди. Операциядан кейинги даврда узок муддатли оғриқ синдромлари маҳаллий нерв толаларининг шикастланиши туфайли қайд етилди (1.8% ҳолатда).

ТАРР да интраоператив асоратлар 10.0% гача етди, шундан париетал варақни ажратиш билан боғлиқ муаммолар улуши 2.7% ни ташкил етди. Асосий муаммолар маҳаллий томирлар ва нервларнинг шикастланиши эди. Бундай ҳолатларда қорин парда париетал варағини операциянинг асосий босқичи сифатида хавфсиз равишда ажратиш усулини ишлаб чиқиш ўринли деб ҳисобланади. Шунингдек, жарроҳлик давридан кейин чов соҳасидаги оғриқ синдромлари, бизнинг фикримизча, протез материални маҳкамлашда ва париетал варақни тугатиш босқичида тиклашда ишлатилган степлернинг шохлари орасидаги нерв шохларининг зарарланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

II ва III даражали семизлик билан беморларда асосий техник қийинчиликлар бўлган. Операция давомийлиги икки марта ошди, бу нормал ТВИ билан беморларга қараганда ўртача $151,3 \pm 3,4$ дақиқагача ташкил қилди.

Мураккаб чов чурра учун ЕВЖ ни қўллаш, биринчи навбатда, касалликнинг қайталаниш сонини кескин камайтиришга имкон берди. Шундай қилиб, агар анъанавий даволанишни қўллаган беморлар гуруҳида, бизнинг маълумотларимизга кўра ва адабиётларга кўра, касалликнинг қайталаниши 10 дан 30% гача қайд этилган бўлса, ЕВЖ дан кейин бу кўрсаткич 1,5% гача камайтиришга имкон берди.

Шу билан бирга, назорат гуруҳидаги беморларда ЕВЖ ва Лихтенштейн натижаларини танқидий таҳлил қилиш қуйидаги камчиликларни аниқлашга имкон беради. ТАРР амалиётидаги асоратлар қуйидагилар: уруғ тизимчасининг томирларининг шикастланиши 3 (2.7%), пастки эпигастрал артериянинг шикастланиши 1 (0.9%), сон венасининг тармоғи зарарланиши 1 (0.9%) ҳолатда кузатилди. 1 (0.9%) нафар беморда чурра маҳсулоти ингичка ичак тўғрилаш мобайнида десерозланиши кузатилди. ТАРР амалиётидан кейинги кузатилган асоратлар: неврологик оғриқлар 5 нафар беморда (4.6%), чов гематомаси 4 нафар беморда (3.6%), чурранинг қайталаниши 1 нафар беморда (0.9%). Шу билан бирга Лихтенштейн амалиётидан кейинги асоратлар: Операциядан кейинги даврда амалиётдан кейинги соҳадаги яра серомаси – 3 (2.7%) нафар беморда, невралгик оғриқлар – 3 (2.7%) нафар беморда, чов гематома – 4 (3.6%) нафар беморда ва амалиётдан кейинги соҳа йиринглаши 3 (2.7%) нафар беморда кузатилди.

Бундан ташқари, ЕВЖ да бу каби асоратларнинг юқорилиги, бизнинг фикримизча, назорат гуруҳидаги беморларда операция турини танлашда беморларнинг кўрсаткичларини етарли даражада сараламаслик операциядан кейинги даврда юқоридаги асоратларнинг ривожланишига ёрдам берди. Мураккаб турдаги яъни Л.М.Нихус бўйича III Б, IV А, IV Б ва IV Д турдаги чурраси бор беморлар ЕВЖ йўли билан операция қилиш имкониятлари кўрилди. Мисол тариқасида, III Б турдаги чуррали беморлар ҳозиргача Лихтенштейн амалиётини қилиш тавсия етилади, лекин биз назорат гуруҳида бунга ўхшаш беморларни ТАРР амалиёти қилиб, натижаларини таҳлил қилиб кўрдик. Сабаби,

ЕВЖ билан асоратларнинг камайтиришга эришиш еди. Лекин мураккаб чуррали бундай беморларда асоратларнинг сезиларни даражада камаймаганлиги учун биз янгича тасниф яратиб беморларни кўрсаткичлар асосида операция усулини танлаш учун беморларни саралаб олиниши керак деб ҳисобладик.

Анъанавий усулларда бажарилган амалиётларнинг натижаларидан уларни янада яхшилаш мақсадида қуйидаги камчиликларни бартараф этишни талаб қилади.

1. Мураккаб чов чурраларда фойдаланиши қулай бўлган аниқ тасниф йўқлиги.

2. Беморларга индивидуал равишда амалиётдан олдин жарроҳлик ёндашувларини танланмаганлиги.

3. Мураккаб чов чурралар градациясини белгиловчи мезонлар йўқлиги.

4. Мураккаб чов чурраларда комбинирланган усулларида фойдаланмаганлиги.

5. Касалликни даволашда мукамаллаштирилган даволаш алгоритмининг ишлаб чиқилмаганлиги.

Ушбу фикрларнинг барчаси бизнинг тадқиқотимиз учун муҳим бўлди ва янги тадқиқотни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлигини асослаб берди, улар тўғрисида батафсил маълумотлар диссертациянинг кейинги бобларида берилган.

Тўртинчи бобда "Чов чурралари хирургиясида такомиллаштирилган таснифга кўра мос даво чоралари ишлаб чиқиш ва таҳлил қилиш" биз томондан ишлаб чиқилган такомиллашган ёндашувлар келтирилган.

Амалиётни қуйидаги такомиллаштирилган усулларни қўллаш тавсия етилади.

Чов-ёрғоқ чурраларини қуйидаги кўрсаткичларга кўра даражаларга бўлиб ўрганиш. Биз жарроҳлик тактикасини интраоперацион таҳлил қилишни олдиндан аниқлаш мақсадида юқоридаги чурраларини бир неча даражаларга бўлиб олдик. Бунинг учун беморларда тик турган ҳолатда, мос равишда, чурра қопининг жойлашувини антропометрик тузилишларга қараб бўлиб чиқдик.

Чов-ёрғоқ чурраси I даража.

Катта бўлмаган ўлчамли чурра (10 см. гача). Чурра қорин бўшлиғига тўғриланади, ёрғоқ ўлчамлари ўзгармаган. Бемор илгари чурра кесиш амалиёти ўтказмаган.

Чов-ёрғоқ чурраси II даража.

- Катта ўлчамдаги чурралар (20 см. гача), қорин бўшлиғига тўғриланади, ёрғоқ ўлчамлари катталашган. Орттирилган чов-ёрғоқ чурралари.

- Рецидив чов-ёрғоқ чурралари (ўлчами 10 см. гача.)

- катта бўлмаган чов-ёрғоқ чурралари (10 см. гача).

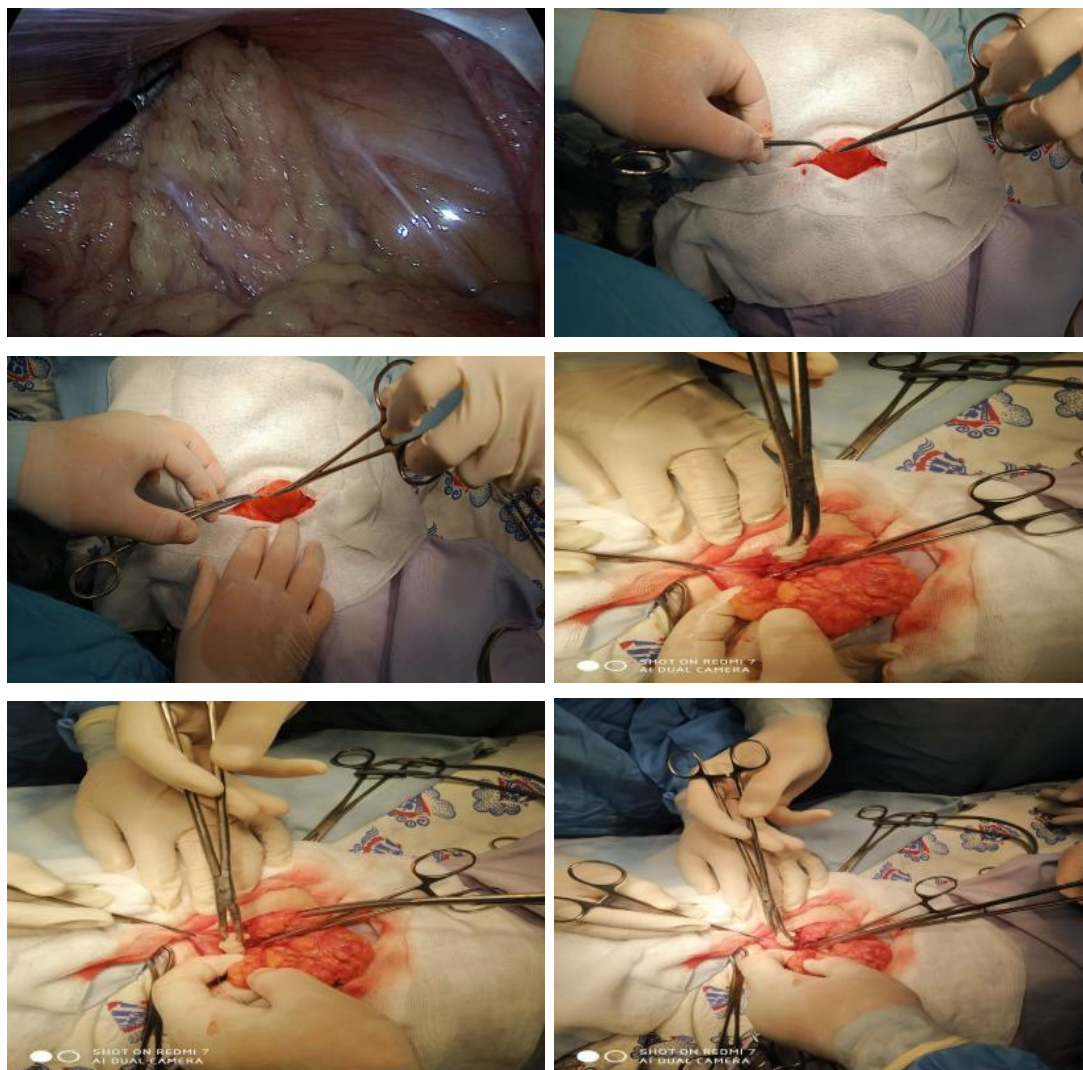
Чов-ёрғоқ чурраси III даража. Тўғриланмайдиган чов-ёрғоқ чурралари, ўлчами 20 см. гача. Рецидив чурралар 10 см. гача. Катта ўлчамдаги туғма чов-ёрғоқ чурралари, ўлчами 10 см. дан катта. Катта ўлчамдаги сирпанувчи чурралар (10 см. дан 20 см. гача).

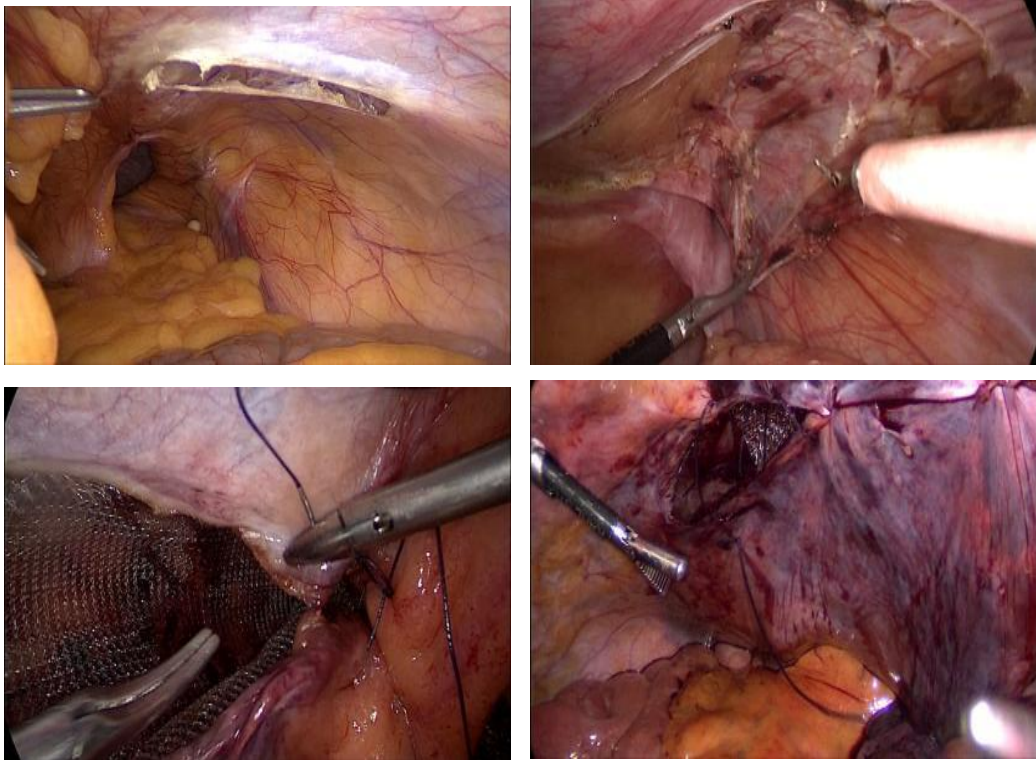
Чов-ёрғоқ чурраси IV даража. Катта ўлчамли чурра (20 см. дан катта), ёрғоқни шаклини ўзгартиради (кенгайтирган), юришга халақит беради. Тўғрилаб бўлмайдиган чурралар, ёки унинг катта ўлчамлари туфайли қорин бўшлиғига тўғрилашни иложи бўлмайдиган чурра.



1-расм. Чов-ёргоқ чурраси IV даража

Беморлар интубацион наркоз остида стандарт ТАРР амалиёти билан бошланади. Амалиёт вақтида чурра маҳсулотини қорин бўшлиғига тўғрилашда чурра маҳсулоти тўғриланмаганда чурранинг ташқи тарафидан кичик кесма (3-5 см) қилинади. Чурра қопи ўткир ва ўтмас йўллар билан ажратилади. Агар чурра маҳсулоти ичак бўлса, тўғриланмаслик сабабини бартараф этилиб, қўлимиз билан қорин бўшлиғига тўғрилаб қўйилади, агар чурра маҳсулоти катта чарвининг бир қисми бўлса, резексия қилиниб, олиб ташланади. (2-расм).





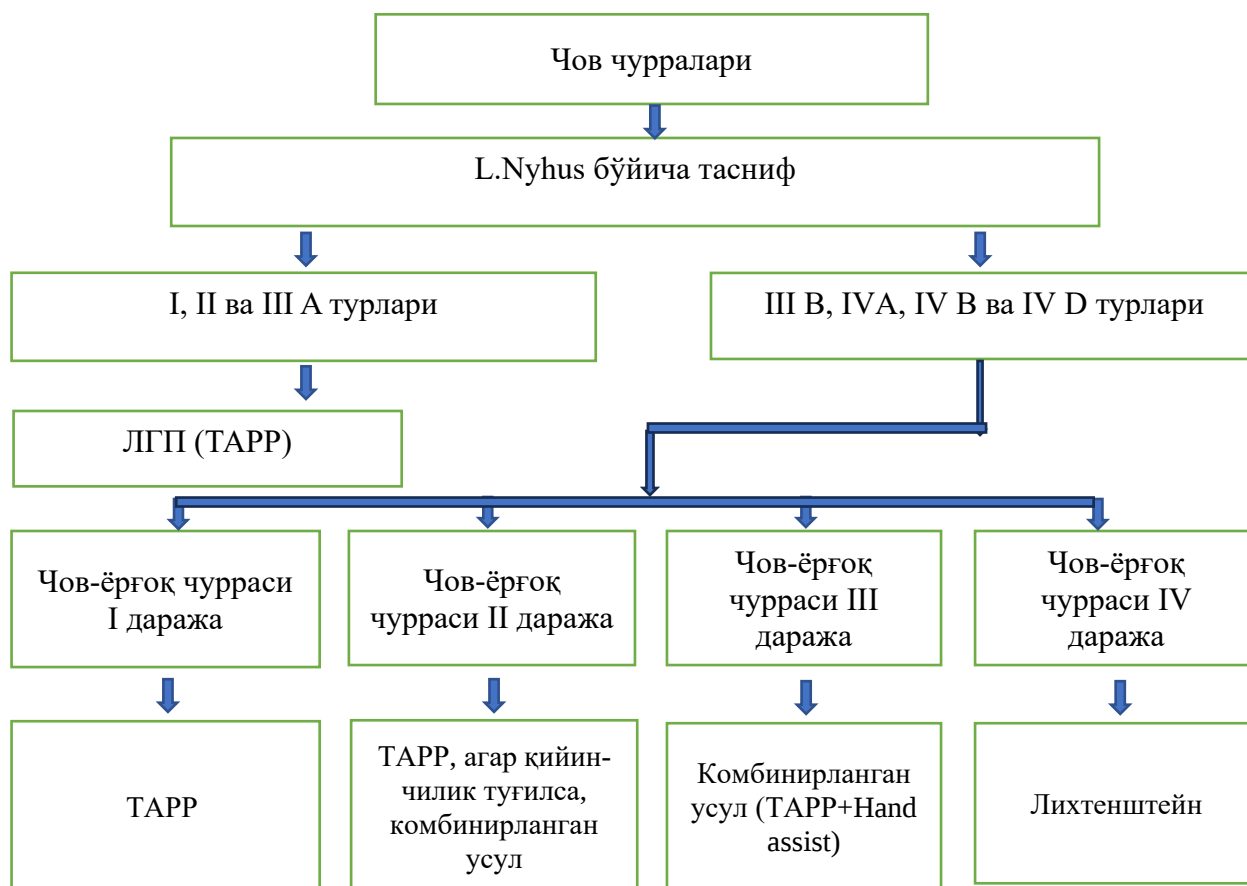
2-расм. Комбинирланган амалиёт

Биз яратган янги таснифга қараб даволаш алгоритмини ишлаб чиқдик. Бунда биз тадқиқот ўтказган беморлар янги тасниф бўйича 4 гуруҳга ажратилади. I гуруҳ беморлар фақат ЛГП (ТАРР) амалиёти бажарилади. II гуруҳ беморлар ТАРР амалиёти режалаштирилади, баъзи техник қийинчиликлар кузатилса, комбинирланган усулда давом эттирилади. III гуруҳ беморлар олдиндан комбинирланган усулга тайёрланади. ТАРР амалиёти билан бошланиб, комбинирланган усулдан ҳам фойдаланилади. IV гуруҳ беморлар фақат Лихтенштейн амалиёти бажарилади (3-расм). Алгоритмдан кўриниб турибдики, Л.М.Нихус бўйича I ва II турлари ЛГП бажарилади, бу бизнинг ишимизгача ҳал бўлган.

ТАРР усули бўйича ЛГП натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, ушбу усул бўйича операция қилинган беморларда асоратлар камроқ бўлган. Чов соҳасидаги яра серомаси – 3 (3.3%) беморда, неврологик оғриқлар – 2 (2.2%), чов гематомаси – 1 (1.1%). Узоқ даврда чурраларнинг қайталаниши ва ривожланиши қайд етилмаган (8-жадвал).

Бизнинг фикримизча, имтраоперацион асоратларининг камайиши амалиётдан олдин беморларнинг кўрсаткичларига қараб таснифларга ажратиб, беморга амалиёт усулини тўғри танлашдан иборат. Шунда мураккаб чов чурраларида чурра маҳсулоти, чурра қопини ажратишда анатомик тузилмаларнинг зарарланиши камайишидадир.

Шундай қилиб, мураккаб чов чурраларни жарроҳлик йўли билан даволашда алгоритмдан фойдаланган ҳолда ЛГП ни амалга ошириш ижобий томонлари мавжуд. Бундан сўнг, биз амалиётнинг салбий томонларини қайд этмадик.



3-расм. Мураккаб чов чурраларида даволаш алгоритми

Интраоперацион асоратлар частотасининг: ингичка ичак десерозланиши 0.5 дан 0% га, уруғ тизимчаси элементлари зарарланиши 1.5 дан 0.5% гача, операциядан кейинги эрта ва кеч асоратларнинг умумий частотаси 5.0% дан 1.5% гача пасайиши қайд етилган (8-жадвал). Асосий гуруҳда стационар даволанишнинг ўртача давомийлиги $4,2 \pm 1,5$ кунни ташкил етди.

Шундай қилиб, бугунги кунда герниопластиканинг ўнлаб усуллари маълум. Замонавий герниологияга қўйилган асосий вазифалар операциядан кейинги оғриқни камайтириш, тикланиш даврини қисқартириш, қайталанишлар сонини камайтириш каби операциядан кейинги асоратларни камайтиришдир. Бунинг учун очик усулдан ЛГП га ўтиш, ЛГП ни бажариш учун эса беморларни тўғри танлов қилишдир.

Бир йилдан сўнг узоқ вақт давомда анъанавий ЛГП бажарилганда, 1 (0.5%) беморда касалликнинг қайталаниши қайд этилди. Назорат гуруҳи натижаларини таҳлил қилиб, ЛГП ни амалга ошириш учун беморларни маълум кўрсаткичлар орқали янги таснифга ажратилиб олинмаганида бўлди. Маълум кўрсаткичлар орқали янги таснифга ажратилиб, биз ишлаб чиққан алгоритмдан фойдаланиб асосий гуруҳда рецидивлар қайд етилмади.

ТАРР клиник натижаларининг қиёсий тавсифи

Асорат хусусияти		Асорат частотаси		
		Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ	
			ТАРР	Комбинирланган
Интраопера- цион асоратлар	Ингичка ичак десерозланиши	1 (0.5±0.5%)	0 %*	0 %*
	Маҳаллий мушак-апоневротик қават	3 (1.5±0.9%)	2 (0.98±0.7%)	1 (0.5±0.5%)
	Пастки эпигастрал артерия	1 (0.5±0.5%)	1 (0.5±0.5%)	1 (0.5±0.5%)
	Уруғ тизимчаси элементлари	3 (1.5±0.9%)	1 (0.5±0.5%)	1 (0.5±0.5%)
	Сон венаси тармоғи	1 (0.5±0.5%)	0 %	0 %
	Маҳаллий нерв шохи	2 (0.98±0.7%)	2 (0.98±0.7%)	2 (0.98±0.7%)
Амалиётдан кейинги эрта асоратлар	Неврологик оғрик	5 (2.5±1.1%)	2 (0.98±0.7%)	2 (0.98±0.7%)
	Гематома	4 (1.9±1.0%)	1 (0.5±0.5%)	2 (0.98±0.7%)
Амалиётдан кейинги кечки асоратлар	Рецидив	1 (0.5±0.5%)	0%	0 %

Изоҳ: * - таққосланган гуруҳлар ўртасидаги ишончли фарқ ($p < 0,05$).

Бизнинг ишланмаларимиз туфайли Лихтенштейн операциясида операциядан кейинги асоратлар частотасини 7.9 % дан анъанавий ЛГП да 4.9 % гача ва такомиллаштирилган ёндашувда 2.96 % гача камайтириш мумкин еди.

Лихтенштейн клиник натижаларининг қиёсий тавсифи

Асорат хусусияти		Асорат частотаси	
		Назорат гуруҳи	Асосий гуруҳ
Амалиётдан кейинги эрта асоратлар	Серома	3 (1.5±0.9%)	2 (0.98±0.7%)
	А/к соҳа йиринглаши	4 (1.9±1.0%)	1 (0.5±0.5%)
	Неврологик оғрик	3 (1.5±0.9%)	3 (0.98±0.7%)
	Гематома	4 (1.9±1.0%)	1 (0.5±0.5%)
Амалиётдан кейинги кечки асоратлар	Рецидив	2 (0.98±0.7%)	0%

Асосий вазифалардан яна бири операциядан кейинги асоратларни камайтиришдир. Бунга қуйидаги тадбирлар орқали эришиш мумкин:

- Беморларни дастлаб маълум кўрсаткичлар асосида янгича таснифга ажратиш;

- Таснифга ажратилгандан сўнг биз ишлаб чиққан алгоритм бўйича амалиётни танлаш

- юмшоқ тўқималарни еҳтиёткорлик билан қайта ишлаш, еҳтиёткорлик билан гемостаз қилиш туфайли асоратларини камайтириш;

- гематома ривожланишининг олдини олиш учун тегишли гемостазни амалга ошириш ва юмшоқ тўқималарни қўпол ажратишларни камайтириш, бу бизнинг бир қатор ишланмаларимиздан фойдаланиш орқали еришилади;

Шундай қилиб, чов чурраларни жарроҳлик даволашда минимал инвазив аралашувлар ўзининг натижаларини яна бир бор кўрсатиб берди. Биз ишлаб чиққан алгоритм билан ЛГП ва комбинирланган усуллари амалга оширишнинг тактик ва техник тамойилларини такомиллаштириш операцияларнинг техник бажарилишини осонлаштиришга, жарроҳлик аралашувнинг давомийлигини камайтиришга, тўқималарнинг шикастланишини камайтиришга, беморларнинг шифохонада қолиш ва реабилитация қилиш вақтини қисқартиришга, беморларнинг иш фаолиятини эрта тиклашга, интраоперацион ва операциядан кейинги асоратларнинг частотасини камайтиришга ёрдам берди, бу ЛГП ва комбинирланган усуллари мураккаб чов чурраси жарроҳлигига кенг киритиш мақсадга мувофиқлигини кўрсатади.

ХУЛОСАЛАР

«Чов чурралари хирургиясида даволаш ёндашувларини такомиллаштириш» мавзусидаги тиббиёт фанлари бўйича фалсафа доктори (PhD) илмий даражасини олиш учун бажарилган диссертация иши натижалари бўйича қуйидаги хулосалар тақдим қилинди:

1. Анъанавий жарроҳлик амалиётларида интраоператив (10%) ва амалиётдан кейинги (9,1%) асоратлар, Лихтенштейнда амалиётдан кейинги (13.6%) асоратларининг юқори частотаси билан бирга келади. Бундай ҳолда, такрорланиш даражаси 2.8 % ни ташкил этди. Таҳлиллар шуни кўрсатдики, қониқарсиз натижаларнинг сабаблари беморнинг конституциясига боғлиқ муаммолар; ЛГП (ТАРР) усулини танлаш учун аниқ кўрсаткичларнинг йўқлиги; чурралар қайталанишининг жуда юқори даражаси, мураккаб чов чурралар учун ЛГП учун даволаш чора-тадбирлар учун алгоритмининг йўқлиги;

2. Мураккаб чов чурралари бўлган беморларни даволаш учун ишлаб чиқилган алгоритм чов-ёрғоқ чурралар таснифи бўйича ишлатиш мақсадга мувофиқлигини асослайди; мураккаб чов чурраларнинг турли хил вариантлари бўлган беморларда ЛГП, комбинирланган усулда амалиётлар кўрсаткичларини кенгайтиради ва турли ёшдаги беморларда даволаш тадбирларнинг мақбул тактикасини танлашга имкон беради;

3. Мураккаб чов чурра жарроҳлигида яратилган тасниф кўрсаткичлари бўйича ишлаб чиқилган дастурнинг самарадорлигини баҳолаш учун тадқиқотлар ўтказилди, бу ишлаб чиқилган дастурдан фойдаланиб, очиқ усулдан ЛГП га ўтиш имкониятларини кўрсатади;

4. Мураккаб чов чурралар учун ЛГП нинг ишлаб чиқилган ва такомиллаштирилган техник ва тактик жиҳатлари интраоператив асоратлар частотасини 10.0% дан 6.6% гача, амалиётдан кейинги асоратлари – 9,1% дан 6,6% гача, касалликнинг қайталаниши – 2.8% дан 0% гача камайтиришга имкон берди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc. 06/2025.27.12.Tib.01.07 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ЯКУБОВ ОЙБЕК ЭРГАШ УГЛИ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ПРИ
ХИРУРГИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

14.00.27 – Хирургия

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

ТАШКЕНТ – 2026

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована Высшей аттестационной комиссией при Академии наук Республики Узбекистан за №B2023.4.PhD/Tib4152

Диссертация выполнена в Ташкентском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации размещен на трех (узбекском, русском, английском (резюме)) языках на веб-странице Научного совета (www.tashmeduni.uz) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Саттаров Ойбек Тохирович**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Баймаков Сайфиддин Рисбаевич**
доктор медицинских наук, профессор

Горский Виктор Александрович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Самаркандский государственный медицинский университет**

Защита диссертации состоится «__» _____ 2026 г. в ____ часов на заседании Научного совета DSc.06/2025.27.12.Tib.01.07 по присуждению учёных степеней при Ташкентском государственном медицинском университете. (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фараби, дом 2. Тел.: (+99871) 150-78-28, e-mail: info@tashmeduni.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентском государственном медицинском университете (зарегистрирована за №______). (Адрес: 100109, г. Ташкент, Алмазарский район, ул. Фараби, дом 2. Тел.: (+99871) 214-82-90).

Автореферат диссертации разослан «__» _____ 2026 года.

(реестр протокола рассылки № _____ от «__» _____ 2026 года).

У.С. Исмаилов

Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

А.А. Ирназаров

Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

К.Ж. Матмуродов

Председатель Научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Грыжи передней брюшной стенки являются одним из самых распространенных заболеваний в мире и являются глобальной проблемой здравоохранения. Из всех грыж передней брюшной стенки паховая грыжа встречается в 75% случаев. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «... особенно у мужчин проблемы с паховыми грыжами встречаются очень часто, и герниопластики по средним паховым грыжам составляют 75% грыж»¹. При сложных и осложненных формах паховых грыж решение всегда представляет некоторую сложность. Согласно традиционной классификации, так называемая гигантская пахово-подвздошная грыжа достигает 25-35% по проценту рецидивов после герниопластики. И именно по поводу выбора вида пластики в зависимости от размера и формы грыжи ученые расходятся во мнениях. Точной классификации размеров и частоты рецидивов пахово-подвздошных грыж также не существует. Несмотря на большое количество встречаемости и актуальность, научные исследования по применению малоинвазивных и открытых методов при пахово-подвздошных грыжах очень мало освещены в литературе, что обуславливает необходимость совершенствования методов лечения.

В мире интерес к развитию герниологии как специализированной области хирургии и научные исследования, направленные на совершенствование лечебных мероприятий, показывают, что диагностика и применение различных современных хирургических методов при сложных типах паховых грыж мало изучены, и в этом направлении проводится ряд научных исследований, направленных на глубокий анализ этих вопросов. В связи с этим особое значение приобретают вопросы разделения сложных паховых грыж на уровни по определенным показателям и комплексного анализа результатов современного хирургического лечения при сложных паховых грыжах, уровень которых соответствует этим уровням. При сложных паховых грыжах во время операции при отделении грыжевого продукта от грыжевого мешка часто наблюдается десерозирование кишечника, при отделении брюшины повреждение мышечно-апоневротического слоя, повреждение элементов семенного канатика, повреждение сосудов, и поэтому в послеоперационном периоде при сложных паховых грыжах с использованием традиционного открытого метода часто наблюдается нагноение раны, рецидив грыжи. Поэтому особое значение приобретает профилактика и оценка снижения частоты этих осложнений.

В нашей стране реализуются целенаправленные широкомасштабные меры по развитию медицинской сферы, адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, повышению качества медицинской помощи населению и совершенствованию системы здравоохранения. В связи с этим в соответствии с семью приоритетными направлениями Стратегии

¹ N. Dabbas, K. Adams, K. Pearson, G.T. Royle, Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? J. R. Soc. Med. Sh. Rep. 2 (1) (2011) 1–6, <https://doi.org/10.1258/shorts.2010.010071>

развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы медицинское обслуживание населения «...повышение качества оказания квалифицированных услуг населению в первичной медико-санитарной службе...»². Исходя из этих задач, целесообразно проводить исследования по совершенствованию индивидуальных методов лечения при комплексном лечении больных со сложными видами паховых грыж.

Данное диссертационное исследование основано на указе Президента Республики Узбекистан от 25 апреля 2022 года "О дополнительных мерах по приближению первичной медико-санитарной помощи к населению и повышению эффективности медицинских услуг" ПП 215, УП 156 от 6 сентября 2023 года "О мерах по дальнейшему совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи населению", а также иные акты, регламентирующие деятельность Министерства здравоохранения: УП 6221 от 6 мая 2021 года, указы от 29 января 2022 года, УП 60 "Новой стратегии развития Узбекистана на 2022-2026 годы" о последовательном продолжении реформ в системе здравоохранения и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников. В какой-то степени выполнению поставленных задач служат постановление Кабинета Министров от 10 мая 2017 года № 266 "О деятельности Научно-исследовательского института организации общественного здравоохранения" и другие нормативные документы, принятые в этой сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики VI. "Медицина и фармакология."

Степень изученности проблемы. Грыжи передней брюшной стенки являются одним из наиболее распространенных заболеваний и представляют собой глобальную проблему здравоохранения. Среди грыж передней брюшной стенки преобладают паховые грыжи. Грыжевое заболевание снижает качество жизни пациента и может привести к тяжелым осложнениям. В частности, пожизненный риск развития паховых грыж составляет 27-43% у мужчин и 3-6% у женщин. Несмотря на все достижения, 11% всех пациентов после первичной ликвидации паховой грыжи страдают рецидивами и 10-12% - хроническими болями. В частности, С.Т.Сапиева и др. (2024) представлены современные данные по хирургическому лечению паховых грыж без сетчатки, выделены наиболее распространенные методы, изучены их преимущества и недостатки. Anurag Singh и др. (2024) проанализировали рандомизированные контролируемые исследования путем сравнения самоклеющегося алломатериала с закрепленным швом алломатериалом при операции паховой грыжи. По данным J.D. Corbitt, из-за неправильной ориентации паховой области относительно введенного инструмента, в до 11% случаев возникают технические трудности при отделении грыжевого мешка. После этого в 5%

² Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года No УП-60 "О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы".

случаев развивается локальная гематома. По данным Hongming Zhang и др., процедура ТАРР является безопасной и осуществимой процедурой при лечении паховой грыжи при точном диагнозе, однако конкретное хирургическое вмешательство следует определять на основе интраоперационных данных.

Учеными стран СНГ достигнут определенный прогресс в герниологии, резко сократилось количество рецидивов. По данным Протасова А.В. и Купера Н.Ж. (2022), повторное обращение к хирургу по поводу паховых грыж после адекватно выполненных лапароскопических герниопластик снизилось с 10% до 2%. А.В.Аболмасов (2012) и др. отмечают снижение частоты осложнений после лапароскопической герниопластики при сложных и рецидивирующих паховых грыжах: гематомы паховой области (с 12,0% до 5,5%), невралгии и парестезии на стороне операции (с 15,2% до 5,5%). Г.Р.Аскерханов и др. (2020) отметили, что частота послеоперационных осложнений напрямую зависит от возраста больных, типа грыжи и способа пластики. Это свидетельствует о высокой роли и значении лапароскопической герниопластики при паховых грыжах.

В Узбекистане рядом ученых широко изучены вопросы лечения и профилактики паховых грыж, в том числе клиническое течение, совершенствование методов диагностики и хирургического лечения грыж, эффективность и осложнения различных методов герниопластики, результаты использования синтетических сетчатых материалов (О.Б.Хужамов, 2019; Алишев О.Т., 2012; Рахимов Ш.Р., 2016; Каримов Б.А., 2018; Саттаров О.Т., 2018; Юсупов А.А., 2020; Ф.Ж.Турсунов, 2015). Однако клиническая классификация сложных паховых грыж не в полной мере внедрена в практику, отсутствуют целенаправленные научные исследования подходов к лечению, соответствующих каждой классификации на их основе.

Следует отметить, что данная диссертационная работа, исходя именно из этих потребностей, требует разработки алгоритма лечения на основе индивидуальных подходов к пациентам с их идентификацией путем разработки критериев, определяющих градации сложных паховых грыж, и обосновывает актуальность темы.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Ташкентского государственного медицинского университета по теме: "Разработка и совершенствование патогенетически обоснованных методов диагностики и лечения хирургических заболеваний человека" (2019-2024 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов малоинвазивного хирургического лечения при сложных паховых грыжах путем разработки индивидуальных подходов.

Задачи исследования:

ретроспективный анализ результатов традиционного хирургического лечения сложных паховых грыж и выявление основных причин высокой

частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений с использованием открытых и лапароскопических методов;

разработка и обоснование упрощенной идентификационной классификации на основе анатомо-морфологических, клинических и интраоперационных критериев для объективизации степени технической сложности сложных и больших пахово-подвздошных грыж;

разработка и научное обоснование технологии лапароскопической комбинированной (гибридной) герниопластики (TAPP + Hand assist) при технически сложных формах паховых грыж;

на основе предложенной классификации разработать алгоритм индивидуального выбора оптимального метода хирургического лечения пациентов со сложными паховыми грыжами и изучить его клиническую эффективность.

Объектом исследования явились 203 пациента, находившихся на стационарном лечении с паховыми грыжами в отделении торакоабдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в период с 2019 по 2024 год.

Предметом исследования явилось комплексное обследование больных со сложными паховыми грыжами, а также анализ результатов хирургического лечения путем дифференцированного подхода к выбору метода аллопластики.

Методы исследования: в исследовании использовались общеклинические, инструментальные и статистические методы для достижения цели и выполнения поставленных задач.

Научная новизна исследования состоит в следующем:

на основе комплексного анализа анатомо-морфологических, клинических и интраоперационных критериев разработана уникальная идентификационная классификация сложных и крупных паховых грыж, что позволяет объективизировать уровень их технической сложности и дифференциально определить оптимальную хирургическую тактику;

разработана и научно обоснована новая технология лапароскопического комбинированного метода герниопластики при сложных формах паховых грыж, включающая специфические технические приемы, последовательность этапов и оборудование, что доказано расширяет возможности миниинвазивного лечения данной категории пациентов;

определены и научно доказаны четкие дифференцированные показания к применению лапароскопических, комбинированных лапароскопически-открытых и традиционных открытых методов герниопластики у больных со сложными паховыми грыжами в зависимости от вида и степени сложности грыжевого дефекта, сопутствующих факторов и индивидуальных особенностей пациента;

разработан алгоритм индивидуального выбора способа хирургического лечения сложных паховых грыж на основе предложенной классификации и дифференцированной системы показаний, внедрение в клиническую практику и эффективность алгоритма доказаны результатами сравнительного анализа ближайших и отдаленных результатов лечения.

Практические результаты исследования:

разработанная и предложенная упрощенная рабочая классификация сложных паховых грыж, основанная на критериях градации пахово-подвздошных грыж, предназначена для практической герниологии, позволяет быстро определить степень технической сложности грыжевого дефекта и основана на облегчении выбора наиболее оптимального метода хирургического лечения в условиях реальной клинической практики;

разработанная и внедренная оригинальная технология лапароскопического комбинированного способа герниопластики, обеспечивающая эффективное решение проблемы хирургического лечения сложных паховых грыж, в частности, грыж III Б типа по принятой классификации, основана на расширении возможностей минимально инвазивного вмешательства у данной категории пациентов;

разработаны и научно обоснованы четкие дифференцированные показания для выбора различных методов герниопластики (лапароскопической, комбинированной лапароскопически-открытой и традиционно открытой) при сложных паховых грыжах с учетом индивидуальных анатомо-морфологических особенностей пациента, типа и степени сложности грыжевого дефекта;

обосновано, что применение индивидуально разработанного и внедренного в клиническую практику алгоритма хирургического лечения сложных паховых грыж позволяет значительно снизить частоту рецидивов в послеоперационном периоде и улучшить общие результаты лечения пациентов с данной патологией.

Достоверность результатов исследования. Современные подходы и методы, использованные в исследовании, подтверждаются соответствием теоретических данных полученным результатам, методологической точностью проведенных исследований, достаточным количеством пациентов, обработкой статистическими методами исследования, а также сопоставлением результатов исследования с международными и отечественными данными, заключением и подтверждением полученных результатов компетентными органами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется классификацией сложных паховых грыж, разработкой новых подходов к хирургической тактике и лечению, что внесет определенный вклад в развитие современной герниологии. Предложенная классификация, технология лапароскопического комбинированного метода и алгоритм индивидуального выбора хирургического вмешательства расширяют существующие представления о возможностях миниинвазивного лечения технически сложных грыж. Полученные данные способствуют улучшению качества жизни пациентов, снижению частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений, а также снижению частоты рецидивов заболевания.

Практическая значимость результатов исследования объясняется возможностью широкого внедрения разработанных алгоритмов диагностики и

лечения в клиническую практику. Предложенные методы отличаются удобством применения, высокой эффективностью и длительностью. Их использование позволяет оптимизировать выбор хирургической тактики, сократить время операции, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, снизить экономические затраты системы здравоохранения и пациентов, а также повысить общую эффективность оказания специализированной хирургической помощи пациентам со сложными паховыми грыжами.

Внедрение результатов исследования. Научные результаты, полученные от совершенствования методов лечения пациентов со сложной формой паховой грыжи по алгоритму, разработанному на основе индивидуальных подходов:

первая научная новизна: на основе критериев, определяющих градации сложных паховых грыж, разработана идентификационная классификация сложных и крупных паховых грыж, предложения по ее значимости включены в содержание методической рекомендации "Методы совершенствования подходов к лечению в хирургии паховых грыж," утвержденной Координационным экспертным советом Ташкентской медицинской академии № 01-25/456 от 27 января 2025 года. Данное предложение внедрено в практику приказом № 559-10-146-ТБ/2025 от 06.03.2025 года по медицинскому объединению Янгиюльского района Ташкентской области и приказом № 437-3-52-ТБ/2025 от 06.03.2025 года по медицинскому объединению Пахтакорского района Джизакской области (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 26 от 7 октября 2025 года). *Социальная эффективность:* Создание идентификационной классификации паховых грыж на основе критериев, определяющих градации сложных паховых грыж, позволило снизить осложнения, возникающие у пациентов. *Экономическая эффективность:* Пациенты со сложными паховыми грыжами требуют не одного, а нескольких оперативных вмешательств, чтобы избавиться от них. В связи с этим выбор наиболее оптимального метода привел к экономии 3150000 сум бюджетных средств за счет сокращения средних дней стационарного лечения пациентов, снижения затрат на лабораторные и инструментальные методы исследования. **Заключение:** в результате применения разработанной идентификационной классификации сложных паховых грыж удалось сэкономить 3150000 сум бюджетных средств на 1 пациента за счет индивидуального выбора тактики лечения пациентов, снижения послеоперационных осложнений и сокращения средних дней пребывания в стационаре и периода реабилитации;

вторая научная новизна заключается в том, что разработана технология применения лапароскопического комбинированного метода при сложных паховых грыжах у пациентов, а предложения по его значимости включены в содержание методической рекомендации "Методы совершенствования подходов к лечению в хирургии паховых грыж," утвержденной Координационным экспертным советом Ташкентской медицинской академии

Но 01-25/456 от 27 января 2025 года. Данное предложение внедрено в практику приказом Но 559-10-146-ТБ/2025 от 06.03.2025 по медицинскому объединению Янгиюльского района Ташкентской области и приказом Но 437-3-52-ТБ/2025 от 06.03.2025 по медицинскому объединению Пахтакорского района Джизакской области (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан Но 26 от 7 октября 2025 года). *Социальная эффективность:* С разработкой технологии применения лапароскопического комбинированного метода при сложных паховых грыжах появилась возможность применения усовершенствованного метода лечения у пациентов. *Экономическая эффективность:* быстрое заживление раны в послеоперационном периоде у пациентов со сложной паховой грыжей привело к экономии 3150000 сумов бюджетных средств за счет сокращения средних дней стационарного лечения, снижения затрат на лабораторные и инструментальные методы исследования. **Заключение:** в результате применения лапароскопического комбинированного метода при сложных паховых грыжах III степени, за счет сокращения продолжительности операции, дней пребывания в стационаре и периода реабилитации, удалось сэкономить 3150000 сумов бюджетных средств на 1 пациента;

третья научная новизна заключается в том, что разработаны конкретные показания к лапароскопическим, комбинированным и открытым методам на основе индивидуальных подходов в хирургии сложных паховых грыж, а предложения по их значимости включены в содержание методической рекомендации "Методы совершенствования подходов к лечению в хирургии паховых грыж," утвержденной Координационным экспертным советом Ташкентской медицинской академии Но 01-25/456 от 27 января 2025 года. Данное предложение внедрено в практику приказом Но 559-10-146-ТБ/2025 от 06.03.2025 года по медицинскому объединению Янгиюльского района Ташкентской области и приказом Но 437-3-52-ТБ/2025 от 06.03.2025 года по медицинскому объединению Пахтакорского района Джизакской области (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан Но 26 от 7 октября 2025 года). *Социальная эффективность:* Разработка четких показаний к лапароскопическим, комбинированным и открытым методам на основе индивидуальных подходов при сложных паховых грыжах позволила снизить послеоперационные раневые осложнения и улучшить качество жизни пациентов. *Экономическая эффективность:* использовались конкретные методы, направленные на уменьшение послеоперационных осложнений, чтобы пациенты со сложной паховой грыжей могли избавиться от нее. В связи с этим выбор наиболее оптимального метода привел к экономии 3150000 сум бюджетных средств за счет сокращения средних дней стационарного лечения пациентов, снижения затрат на лабораторные и инструментальные методы исследования. **Заключение:** выбор оптимального хирургического подхода при сложных паховых грыжах на основе четких показаний, в результате индивидуального выбора тактики лечения пациентов, за счет сокращения дней пребывания в

стационаре и периода реабилитации, позволил сэкономить 3150000 сумов бюджетных средств на 1 пациента.

четвертая научная новизна заключается в том, что на основе индивидуальных подходов в хирургии сложных паховых грыж разработан алгоритм, важный в практической медицине, и предложения по его эффективности включены в содержание методической рекомендации "Методы совершенствования лечебных подходов в хирургии паховых грыж" утвержденной Координационным экспертным советом Ташкентской медицинской академии No 01-25/456 от 27 января 2025 года. Данное предложение внедрено в практику приказом No 559-10-146-ТБ/2025 от 06.03.2025 по медицинскому объединению Янгиюльского района Ташкентской области и приказом No 437-3-52-ТБ/2025 от 06.03.2025 по медицинскому объединению Пахтакорского района Джизакской области (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан No 26 от 7 октября 2025 года). *Социальная эффективность*: Разработка алгоритма, важного в практической медицине, на основе индивидуального подхода при сложных паховых грыжах позволила снизить частоту осложнений у пациентов. *Экономическая эффективность*: пациенты со сложными паховыми грыжами требуют не одного, а нескольких оперативных вмешательств, чтобы избавиться от них. В связи с этим выбор наиболее оптимального метода привел к экономии 3150000 сум бюджетных средств за счет сокращения средних дней стационарного лечения пациентов, снижения затрат на лабораторные и инструментальные методы исследования. **Заключение:** использование разработанного алгоритма у пациентов со сложными паховыми грыжами, в результате индивидуального выбора тактики лечения пациентов, позволило сэкономить 3150000 сумов бюджетных средств на 1 пациента за счет сокращения дней пребывания в стационаре и периода реабилитации.

Апробация результатов исследования. Данные, полученные в результате исследования, обсуждались на 5 научно-практических конференциях, в том числе на 2 международных и 3 местных.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 17 научных работ, в том числе 6 статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций, из них 3 в республиканских и 3 в зарубежных журналах, 1 методическая рекомендация.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Объем текстового материала диссертации составляет 102 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и важность научной диссертационной работы, формулируются цель и задачи исследования, приводятся научная новизна и научно-практическая значимость результатов,

приводятся сведения об утверждении и публикации результатов данной работы, объем и краткая структура данной работы, представлена диссертация. В первой главе "Современные подходы в хирургии сложных паховых грыж, проблемы диагностики и лечения и их научный анализ" в обзоре литературы представлены рекомендации по наиболее оптимальным методам диагностики и лечения сложных паховых грыж, преимуществам и пределам применения используемых методов диагностики. В рамках исследования приведены данные из литературы. В редакции отражена работа, сделанная за последние десять лет.

Во второй главе "**Клинический материал и использованные методы исследования**" представлены результаты, полученные в общей сложности у 203 пациентов, которые проходили лечение в отделении торакоабдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с 2019 по 2024 год. Приведены сведения о методах оценки и обследованиях, используемых при выявлении паховых грыж, хирургических вмешательствах и осложнениях, включающих диагностические и лечебные мероприятия по разработанному дизайну. Все пациенты были мужского пола.

Распределение больных, оперированных по поводу паховой грыжи, по возрастным группам представлено в таблице 1.

Таблица 1

Возрастное распределение пациентов

Возраст	Контроль	Основной	Всего
До 20 лет	3(1.5%)	3(1.5%)	6(2.9%)
21-44 лет	19(9.4%)	30(14.8%)	49(24.1%)
45-60 лет	22(10.8%)	21(10.3%)	43(21.2%)
61-74 года	58(28.6%)	35(17.2%)	93(45.8%)
75 лет и старше	8(3.9%)	4(2%)	12(6%)
Всего	(110 больных) 54,2%	(93 больных) 45,8%	203 (100%)

Как видно из таблицы 1, 6 (2,9%) пациентов были в возрасте до 20 лет. 43 (21,2%) больных в возрасте от 45 до 60 лет, из них 22 (10,8%) больных контрольной группы и 21 (10,3%) больных основной группы. 93 (45,8%) пациентов были старше 61 года, из них 58 (28,6%) пациентов контрольной группы и 35 (17,2%) пациентов основной группы.

Средний возраст пациентов в обеих исследуемых группах был статистически достоверно сопоставимым: в основной группе - 51,6 $\pm$ 0,3 года, в контрольной группе - 57,9 $\pm$ 1,0 года ($p>0,05$).

Таблица 2

Распределение больных по срокам анамнеза грыжи

	Срок					Всего
	до 1 года	1-3 года	4-6 лет	7-10 лет	Более 10 лет	
Контроль	31 (15,3%)	32 (15,7%)	28 (13,7%)	15 (7,4%)	4 (1,9%)	110 (54,2%)
Основной	23 (11,3%)	33 (16,4%)	21 (10,4%)	11 (5,4%)	5 (2,5%)	93 (45,8%)
Всего	54 (26,6%)	65 (32,1%)	49 (24,1%)	26 (12,8%)	9 (4,4%)	203 (100%)

В этой таблице приведены сроки грыжевого анамнеза больных. Как видно из таблицы 2, у основной части пациентов грыжевой анамнез составляет до 1 года (54 (26,6%)), 1-3 года (65 (32,1%)), и 4-6 лет (49 (24,1%)). Наиболее длительный грыжевой анамнез у 9 (4,4%) больных был более 10 лет.

Кроме того, пациенты с сопутствующими заболеваниями в исследуемых группах следующие:

Таблица 3

Распределение больных по сопутствующим заболеваниям

Сопутствующее заболевание	Контроль	Основной	Всего
	Количество, %	Количество, %	
ИБС (ИБС)	4 (1,9%)	3 (1,5%)	7 (3,4%)
ХОБЛ	3 (1,5%)	5 (2,5%)	8 (4%)
Атеросклероз, синдром Такаясу	15 (7,4%)	10 (4,9%)	25 (12,3%)
Сахарный диабет	4 (1,9%)	5 (2,5%)	9 (4,4%)
Всего	26 (12,7%)	23 (11,4%)	49 (24,1%)

Как видно из таблицы, у 24% больных были выявлены сопутствующие патологии. Возникновение сопутствующих заболеваний было менее распространенным, поскольку анализируемые пациенты были в основном молодыми, их частота в сравниваемых группах была примерно одинаковой. Как правило, соответствующие патологии выявляются в старшей возрастной группе (табл. 3). У оперированных больных наиболее часто выявлялись такие сопутствующие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сонных сосудов, хроническая обструктивная болезнь легких и сахарный диабет: в основной группе - 11,4%, в контрольной группе - 12,7%.

Таким образом, приведенное подробное описание клинического материала позволяет оценить общее состояние больных, а сравнительная оценка показателей в сравниваемых группах свидетельствует о репрезентативности клинических групп и достаточности исследований.

В третьей главе "Анализ результатов диагностики и традиционного лечения сложных паховых грыж" представлены клинические результаты традиционного подхода к лечению данной патологии. Согласно

традиционным критериям лечения, всем пациентам, обратившимся с диагнозом паховая грыжа, была проведена операция.

Нами были изучены результаты традиционной и ЭВЖ у больных с паховыми грыжами. Основными критериями результатов традиционной и ЭВЖ являются: длительность хирургического вмешательства, сложные и трудные состояния во время операции, интраоперационные и послеоперационные осложнения, косметические аспекты операции и посещаемость хирурга пациентами в амбулаторных условиях.

Больные контрольной группы по классификации L.M.Nyhus наиболее часто встречались с III Б типом (34,6%), наименее часто с IV Д типом (9,1%) (табл. 4).

Таблица 4

Распределение больных контрольной группы по классификации L.M.Nyhus (n=110)

ВИД	Монолатеральный	Двусторонний	Всего
Тип III В	49.	5.	54 (49,1%)
Тип IV А	29.	4.	33 (10,0%)
Тип IV В	11.	2.	13 (11,8%)
Тип IV D	9.	1.	10 (9,1%)
Всего	98 (89,1%)	12 (10,9%)	110 (100%)

Средняя продолжительность операции по методу Лихтенштейна составила $55,4 \pm 4,2$ мин с односторонней и $105,6 \pm 4,4$ мин с двусторонней грыжей.

Таблица 5

Виды послеоперационных осложнений у больных контрольной группы, которым выполнен лихтенштейн (n=110)

Следствие	Количество пациентов
Серома	3 (2,7%)
Гематома	4 (3,6%)
Неврологическая боль	3 (2,7%)
Рецидив	2 (1,9%)
Нагноение поджелудочной железы	3 (2,7%)
Всего	15 (13,6%)

После завершения операции Лихтенштейна пациенты оставались активными в послеоперационные дни. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: серома раны в послеоперационной области - у 3 (2,7%) больных, неврологическая боль (обычно правосторонняя с Лихтенштейном) - у 3 (2,7%), паховая гематома - у 4 (3,6%), нагноение в послеоперационной области наблюдалось у 3 (2,7%) больных.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после лапароскопической герниопластики составила $6,1 \pm 1,2$ койко-дня. После

операции больные в течение 7-8 дней возвращались к дооперационной нормальной деятельности. Не было необходимости посещать хирурга и ежедневно менять повязки. Среднее количество посещений хирурга в амбулаторных условиях составило $10,3 \pm 1,4$ дня. В течение 2-3 лет наблюдения наблюдались рецидивы. Рецидив грыжи наблюдался у 1 (0,9%) пациента. Этому пациенту была выполнена операция TAPP (табл. 5).

Учитывая необходимость общего наркоза для проведения TAPP, его невозможно было провести у больных с высоким анестезиологическим риском (ИБС, ХОБЛ). В таких случаях на сегодняшний день применяется метод Лихтенштейна (если возможен спинальный наркоз).

В последнее время основным показателем реализации техники TAPP является наличие другой сочетанной патологии органов брюшной полости, которую мы можем выполнять симультанным способом.

Продолжительность операции TAPP составила в среднем $76,4 \pm 4,2$ минут при односторонней грыже и $124,2 \pm 4,3$ минут при двусторонней грыже (без учета времени перехода на симультанную операцию).

На этапе диагностической лапароскопии в 4 (3,6%) случаях в области малого таза между перитонеальным листком брюшины и тонкой кишкой были выявлены некоторые рубцы. Этим больным выполнен лапароскопический адгезиолизис.

При отделении париетального листка брюшины в зоне паховой грыжи в 3 ($2,7 \pm 0,6\%$) случаях было отмечено локальное повреждение мышечно-апоневротического слоя, что потребовало дополнительного времени для остановки межмышечного кровотечения. В 3 ($2,7 \pm 0,6\%$) случаях париетальный листок брюшины был разорван вместе с элементами семенного канатика. На этапе выделения при работе крючком также представляли опасность случайно захваченные местные нервные волокна, расположенные близко к париетальному листку брюшины; подобное явление мы отметили в 2 ($1,8 \pm 0,4\%$) случаях.

На этапе выделения наружного пахового кольца мы выявили повреждения сосудов паховой области. Так, повреждение сосудов семенного канатика наблюдалось в 3 (2,7%) случаях, повреждение нижней эпигастральной артерии – в 1 (1,8%) случае, повреждение ветви бедренной вены – в 1 (0,9%) случае. У 1 (0,9%) пациента при вправлении тонкой кишки как содержимого грыжи наблюдалась десерозизация, которая была устранена лапароскопически.

Как правило, пациенты были активны в последующие дни после завершения TAPP. На 1-е и 7-е сутки после TAPP проводилось обязательное ультразвуковое исследование паховой области. Ультразвуковое исследование позволило на ранних стадиях выявить мелкие жидкости (серомы, гематомы) в паховой области.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: неврологическая боль - 5 (4,6%), паховая гематома - 4 (3,6%). При выявлении гематом толщиной до 1 см назначали консервативную абсорбирующую

терапию. При их большей толщине производилась пункция. Как правило, одной пункции было достаточно, в редких случаях требовалась вторая.

Таблица 6

Интраоперационное повреждение анатомических структур при TAPP (n=110)

Поражённый орган	Перед отделением брюшины	После отделения брюшины
Локальный мышечно-апоневротический слой	3 (2,7%)	-
Элементы семенного канатика	2 (1,8%)	1 (0,9%)
Нижняя эпигастральная артерия	-	1 (0,9%)
Локальная нервная ветвь	2 (1,8%)	-
Ветвь бедренной вены	-	1 (0,9%)
Десерроз тонкой кишки	1 (0,9%)	-
Всего	8 (7,3%)	3 (2,7%)
Все	11 (10,0%)	

Воспаление мягких тканей в области пункции отмечено у 2 больных (1,8%). В этой ситуации усиливалась антибиотикотерапия и проводилась замена повязок раствором димегида два раза в день.

Всем больным с сопутствующей хирургической патологией выполняется симультанная ЭВЖ. Однако за счет некоторых технических сложностей во время и после операции отмечались операционные осложнения.

В одном случае при выделении пупочной грыжи для установки оптики было отмечено повреждение большого сальника и кровотечение. В таком случае часть большого сальника выводилась наружу, а поврежденная часть ушивалась. Средняя продолжительность операции составила $137 \pm 5,2$ минуты. У 1 (0,9%) пациента с пупочной грыжей более 3 см наблюдалось воспаление послеоперационной раны, где в течение 7 дней проводилось местное лечение. Кроме того, у 1 (0,9%) пациента этой категории через полгода рецидивировала пупочная грыжа.

Таблица 7

Виды послеоперационных осложнений у больных контрольной группы, которым выполняли TAPP (n=110)

Следствие	Количество пациентов
Гематома	4 (3,6%)
Неврологическая боль	5 (4,6%)
Рецидив	1 (0,9%)
Всего	10 (9,1%)

Особых трудностей при выполнении ЛХЭ и лапароскопической кистэктомии печени не возникло.

Из сочетанных патологий в контрольной группе технические трудности отмечались также у больных с ожирением при ЭВЖ.

Операции Лихтенштейна для этой категории пациентов выполняются следующим образом. Продолжительность операции составила в среднем $79,4 \pm 4,8$ минут при односторонней грыже и $118 \pm 5,1$ минут при двусторонней грыже. У пациентов с избыточной массой тела (ИМТ более 30 кг/м^2) отмечались более негативные явления. В 2 (1,8%) случаях развилась локальная гематома.

В контрольной группе длительность операции ТАРР у больных с ИМТ ниже 30 кг/м^2 составила в среднем $80,2 \pm 3,2$ мин при односторонней грыже и $127,1 \pm 2,4$ мин при двусторонней грыже, у больных с ИМТ выше 30 кг/м^2 - $102 \pm 4,1$ и $151,3 \pm 3,4$ мин соответственно. При отделении брюшной полости от семенного канатика в 1 случае образовалась гематома за счет повреждения венозного сплетения семенного канатика.

Совершенствование техники лапароскопических операций способствовало расширению показателей их использования. Таким образом, противопоказаниями к лапароскопической герниопластике на начальном этапе являются: сложные гигантские грыжи, пахово-мошоночные грыжи, неисправимые грыжи, высокий анестезиологический риск, рецидивирующие грыжи, ранее проведенные операции на нижнем отделе живота. Несмотря на это, у больных контрольной группы была выполнена операция ТАРР, но с учетом относительно высокого количества послеоперационных осложнений, косметической значимости операции Лихтенштейна, послеоперационных осложнений, целесообразно повторно отбирать больных по показаниям и выбирать необходимый метод. С этими показателями рассмотрим основную группу больных.

Таким образом, результаты различных анализов герниопластики показали высокую эффективность лапароскопических методов. Однако, требуется изучение технических трудностей, недостатков процессов выполнения миниинвазивной герниопластики после интра-и операционных осложнений. Полученные нами результаты у больных контрольной группы после стандартной ЭВЖ показали необходимость научного анализа этапов выполнения ЭВЖ.

Лапароскопическая герниопластика является операцией выбора при лечении сложных паховых грыж, она имеет низкую травматичность, но частота интра-и послеоперационных осложнений указывает на необходимость совершенствования технологии ЭВЖ.

При грыжесечении ЭВХ имеет большие преимущества по сравнению с традиционным методом, поэтому в развитых странах предпочтение отдается устранению грыжи на основе лапароскопической технологии. Сегодня технические аспекты не создают трудностей при выполнении паховых или симультанных ЭВХ-операций.

За последние десять лет в герниологической хирургии отмечается активное внедрение малоинвазивных технологий для коррекции различных наружных грыж живота. Вместе с тем полученные клинические результаты требуют дальнейшего научного анализа и осмысления.

Всегда необходимо отбирать пациентов для улучшения качества результатов. Однако, если пациенты после ЭВЖ не возвращаются к нормальной жизни рано или не восстанавливают трудоспособность в раннем периоде, то хирургические вмешательства не оправдывают себя по критериям качества от традиционных операций.

В связи с этим, на наш взгляд, изучение результатов стандартной ЭВЖ при герниопластике сложных паховых грыж и детальное обсуждение каждого этапа выполнения вмешательств, дооперационный отбор больных, выявление недостатков вмешательств и их коррекция или совершенствование могут улучшить качество лечения данной категории больных.

Нами было обследовано 110 больных контрольной группы, которым проведена ЭВЖ и Лихтенштейн по стандартной методике. При этом мы сосредоточились на технологиях ЭВЖ, этапах выполнения, эффективности миниинвазивных вмешательств у больных с паховыми грыжами и сочетанной хирургической патологией после интра-и операционных осложнений.

Метод Лихтенштейна традиционно приемлем для всех пациентов из-за отсутствия противопоказаний к проведению. Данное вмешательство выполнено у 60 (54,6%) больных. В процессе лечения Лихтенштейн, безусловно, проявил свою положительную сторону. В раннем и позднем послеоперационном периоде в органах брюшной полости изменений не наблюдается. Однако вероятность рецидива грыжи остается высокой по сравнению с ТАРР.

Трансбдоминальная преперитонеальная герниопластика выполнена нами у 50 (45,4%) больных. Этапы диагностической лапароскопии не вызывали проблем и выполнялись легко. Преимущества ТАРР связаны именно с этим этапом, то есть с диагностической ценностью операции.

Созданы условия для полного исследования состояния органов брюшной полости при лапароскопии.

В большинстве случаев (2,7%) при выделении париетального листка брюшины отмечались случайные повреждения мышечно-апоневротического слоя и в 2,7% случаев элементов семенного канатика, что, в свою очередь, приводило к возникновению гематомы из-за технических трудностей, которые не были должным образом рассмотрены при идентификации. В послеоперационном периоде длительные болевые синдромы отмечались вследствие повреждения местных нервных волокон (в 1,8% случаев).

Интраоперационные осложнения при ТАРР достигли 10,0%, из них доля проблем с отделением париетального листка составила 2,7%. Основными проблемами были повреждения местных сосудов и нервов. В таких случаях считается целесообразным разработать метод безопасного выделения париетального листка брюшины в качестве основного этапа операции. Также послеоперационные болевые синдромы в паховой области, на наш взгляд,

могут быть связаны с поражением нервных ветвей между ветвями степлера, которые использовались при фиксации протезного материала и восстановлении на этапе ликвидации париетального листа.

У пациентов с ожирением II и III степени были основные технические трудности. Продолжительность операции увеличилась в два раза, что составило в среднем до $151,3 \pm 3,4$ мин по сравнению с пациентами с нормальным ИМТ.

Применение ЭВЖ при сложных паховых грыжах, в первую очередь, позволило резко снизить частоту рецидивов заболевания. Таким образом, если в группе больных, получавших традиционное лечение, по нашим данным и литературным данным, отмечалось от 10 до 30% рецидивов заболевания, то после ЭВЖ этот показатель позволил снизиться до 1,5%.

Вместе с тем, критический анализ результатов ЭВЖ и Лихтенштейна у больных контрольной группы позволяет выявить следующие недостатки. Осложнения при ТАРР: поражение сосудов семенного канатика наблюдалось в 3 (2,7%), поражение нижней эпигастральной артерии в 1 (0,9%), поражение ветви бедренной вены в 1 (0,9%) случае. У 1 (0,9%) пациента наблюдалось десеррозирование грыжевого продукта во время коррекции тонкой кишки. Наблюдаемые осложнения после операции ТАРР: неврологическая боль у 5 пациентов (4,6%), паховая гематома у 4 пациентов (3,6%), рецидив грыжи у 1 пациента (0,9%). В то же время осложнения после операции Лихтенштейна: серома раны в послеоперационном периоде наблюдалась у 3 (2,7%) пациентов, неврологическая боль - у 3 (2,7%) пациентов, паховая гематома - у 4 (3,6%) пациентов и нагноение в послеоперационной области у 3 (2,7%) пациентов.

Кроме того, высокая частота подобных осложнений при ЭВО, по нашему мнению, способствовала развитию вышеуказанных осложнений в послеоперационном периоде из-за недостаточной сортировки показателей пациентов при выборе вида операции у пациентов контрольной группы. У пациентов со сложными типами грыж, т.е. III В, IV А, IV В и IV D по L.M.Nyhus, были рассмотрены возможности операции ЭВХ. В качестве примера, пациентам с грыжами III типа В до сих пор рекомендуется выполнять операцию Лихтенштейна, но мы проанализировали результаты аналогичных операций ТАРР в контрольной группе. Причиной было достижение снижения осложнений при ЭВЖ. Однако, поскольку осложнения у таких пациентов со сложными грыжами существенно не уменьшились, мы посчитали необходимым создать новую классификацию и отбирать пациентов для выбора метода операции на основе показателей.

Результаты операций, выполненных традиционными методами, требуют устранения следующих недостатков для их дальнейшего улучшения.

1. Отсутствие четкой классификации, удобной для использования при сложных паховых грыжах.
2. Отсутствие выбора хирургических подходов до операции для пациентов индивидуально.
3. Отсутствие критериев градации сложных паховых грыж.

4. Отсутствие комбинированных методов лечения при сложных паховых грыжах.

5. Отсутствие усовершенствованного алгоритма лечения заболевания.

Все эти соображения были важны для нашего исследования и обосновали целесообразность проведения нового исследования, подробная информация о которых представлена в последующих главах диссертации.

В четвертой главе "Разработка и анализ соответствующих лечебных мероприятий по усовершенствованной классификации в хирургии паховых грыж" представлены разработанные нами усовершенствованные подходы.

На практике рекомендуется применять следующие усовершенствованные методы.

На основании вышеуказанных показателей мы создали новую усовершенствованную классификацию. Пациенты, включенные в наше исследование, относились к III и IV типам по L.M. Nyhus, при этом содержимое грыжи располагалось у верхней границы мошонки (ниже основания мужского полового органа). С целью предварительного определения интраоперационного анализа хирургической тактики мы разделили указанные грыжи на несколько степеней. Для этого у пациентов в положении стоя мы соответственно разделяли расположение грыжевого мешка по антропометрическим структурам.

Пахово-мошоночные грыжи мы изучали, разделяя их на степени по следующим показателям:

Пахово-мошоночная грыжа I степени.

Грыжа небольшого размера (до 10 см). Грыжа выпрямляется в брюшную полость, размеры мошонки не изменены. Пациент ранее не переносил грыжесечение.

Пахово-мошоночная грыжа II степени.

- Грыжи больших размеров (до 20 см), выпрямляются в брюшную полость, размеры мошонки увеличены. Приобретенные пахово-мошоночные грыжи.

Рецидивные пахово-мошоночные грыжи (размером до 10 см.)

- небольшие пахово-мошоночные грыжи (до 10 см).

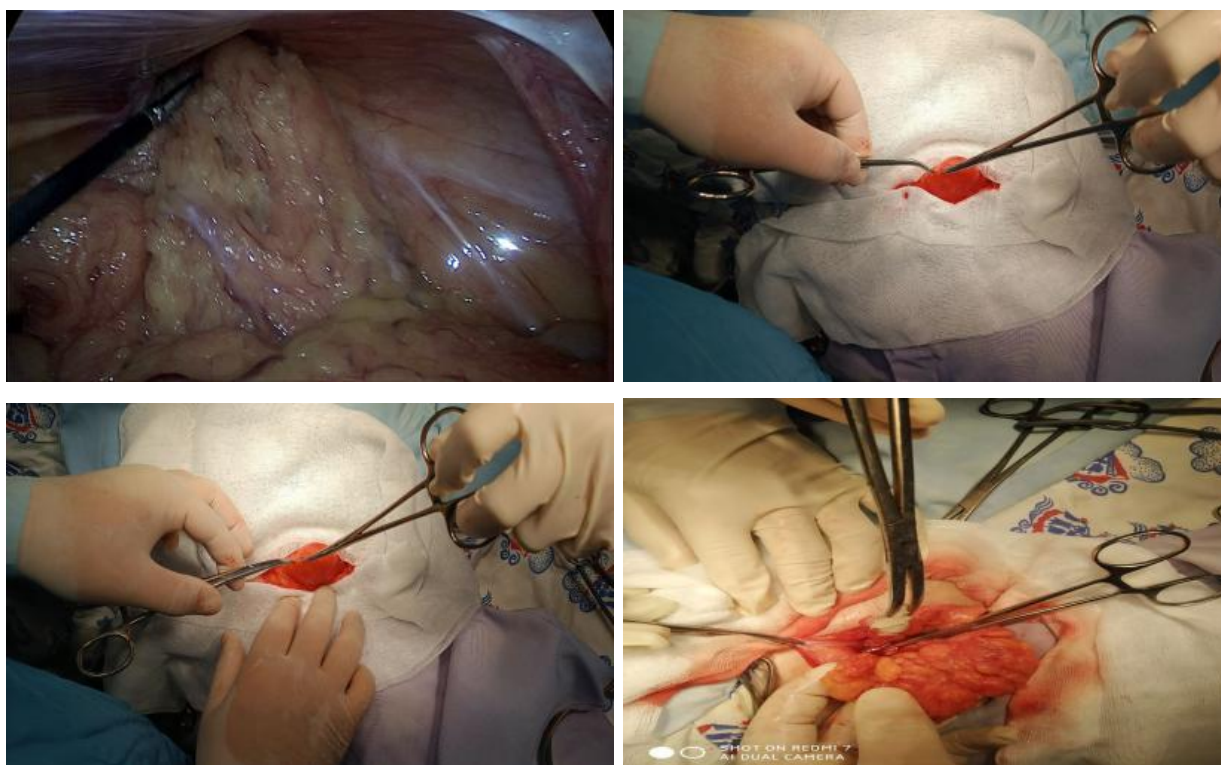
Пахово-мошоночная грыжа III степени. Неисправимые пахово-мошоночные грыжи, размером до 20 см. Рецидивирующие грыжи до 10 см. Врожденные пахово-мошоночные грыжи больших размеров, размером более 10 см. Скользящие грыжи большого размера (от 10 см до 20 см).

Пахово-мошоночная грыжа IV степени. Грыжа большого размера (более 20 см), изменяет форму (расширяет) мошонки, мешает ходьбе. Неисправимые грыжи, или грыжа, которую невозможно вправить в брюшную полость из-за ее больших размеров.



Рисунок 1. Пахово-мошоночная грыжа IV степени.

Пациенты начинают со стандартной процедуры TAPP под интубационным наркозом. При вправлении грыжевого продукта в брюшную полость во время операции, если грыжевой продукт не вправляется, с наружной стороны грыжи делается небольшой разрез (3-5 см). Грыжевой мешок разделяется острыми и тупыми ходами. Если грыжевой продукт является кишечником, причину невыпрямления устраняют и вводят рукой в брюшную полость, если грыжевой продукт является частью большого сальника, его резецируют и удаляют. (рис. 2).



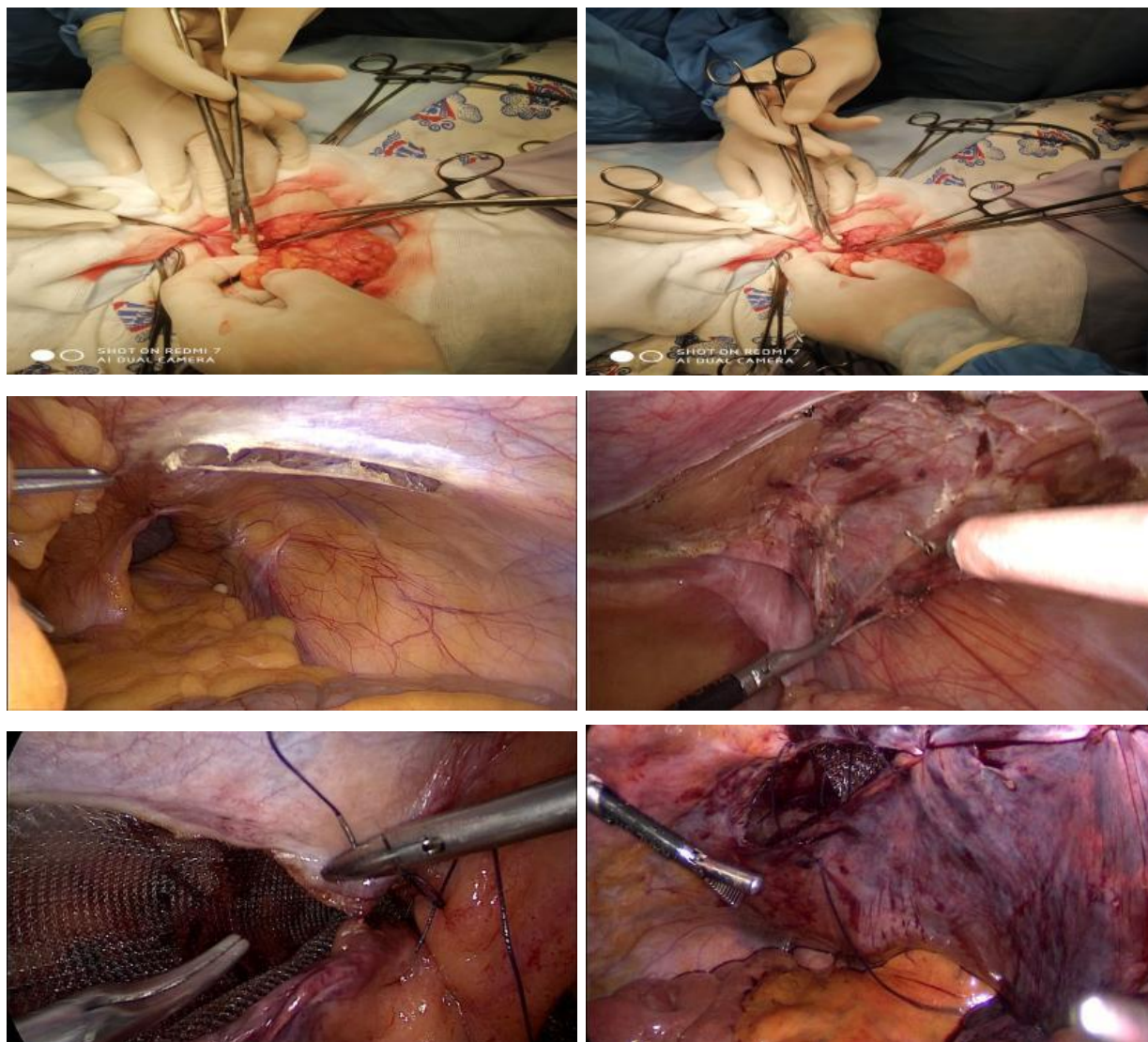


Рисунок 2. Комбинированная операция.

В зависимости от созданной нами новой классификации мы разработали алгоритм лечения. При этом пациенты, у которых мы проводили исследование, были разделены на 4 группы согласно новой классификации. Пациентам I группы выполняется только ЛГП (ТАРР). Пациентам II группы планируется операция ТАРР, при наличии некоторых технических затруднений продолжается гибридный метод. Пациенты III группы предварительно подготавливаются к гибриднему методу. Начиная с практики ТАРР, также используется комбинированный метод. Пациентам IV группы выполнялась только операция Лихтенштейна (рис. 3). Из алгоритма видно, что выполняется ЛГП I и II типов по L.M.Nyhus, что было решено до нашей работы.

Анализ результатов ЛГП по методу ТАРР показал, что у пациентов, оперированных по данному методу, осложнений было меньше. Язвенная серома паховой области - у 3 (3,3%) больных, неврологическая боль - у 2

(2,2%), паховая гематома - у 1 (1,1%). В отдаленном периоде рецидивов и развития грыж не отмечалось (табл. 8).

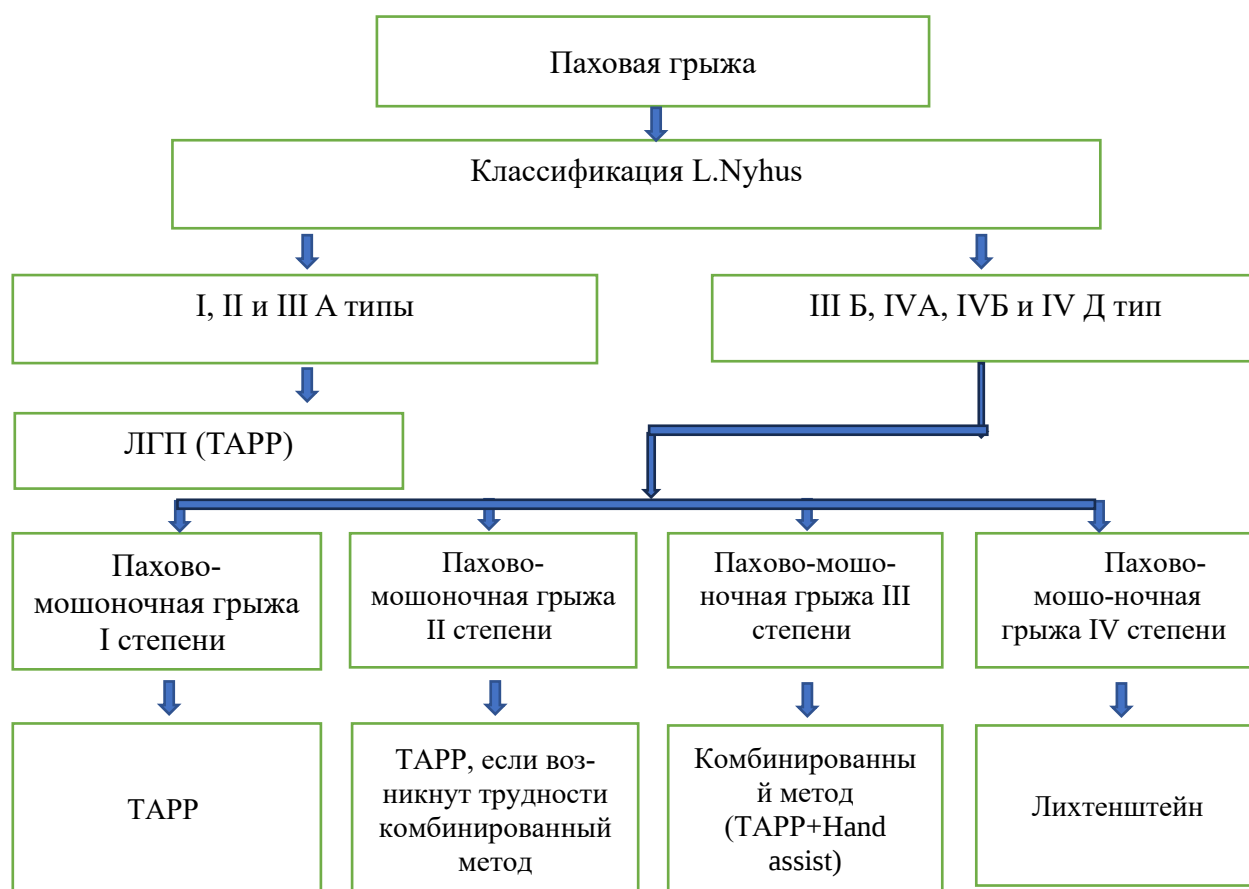


Рисунок 3. Алгоритм лечения при сложных паховых грыжах

По нашему мнению, снижение интраоперационных осложнений заключается в классификации пациентов в зависимости от показателей до операции и правильного выбора метода вмешательства для пациента. Это приводит к снижению повреждения анатомических структур при выделении грыжевого продукта и грыжевого мешка при сложных паховых грыжах.

Таким образом, при хирургическом лечении сложных паховых грыж есть положительные стороны проведения ЛГП с использованием алгоритма. После этого мы не отмечали негативных сторон практики.

Отмечено снижение частоты интраоперационных осложнений: десероза тонкой кишки с 0,5 до 0%, поражения элементов семенного канатика с 1,5 до 0,5%, общей частоты ранних и поздних послеоперационных осложнений с 5,0% до 1,5% (табл. 8). Средняя продолжительность стационарного лечения в основной группе составила $4,2 \pm 1,5$ дня.

Таким образом, на сегодняшний день известны десятки методов герниопластики. Основными задачами современной герниологии являются уменьшение послеоперационных осложнений, таких как уменьшение послеоперационной боли, сокращение периода восстановления, уменьшение

количества рецидивов. Для этого необходимо перейти от открытого метода к ЛГП, а для выполнения ЛГП - правильно подобрать пациентов.

Таблица 8

Сравнительная характеристика клинических результатов ТАРР

Особенность осложнения		Частота осложнений		
		Контрольн ая группа	Основная группа	
			ТАРР	Комбинирован ный
Интраоперацион ные осложнения	Десерроз тонкой кишки	1 (0.5±0.5%)	0%*	0%*
	Локальный мышечно- апоневротическ ий слой	3 (1,5±0,9%)	2 (0.98±0.7%)	1 (0,5±0,5%)
	Нижняя эпигастральная артерия	1 (0.5±0.5%)	1 (0,5±0,5%)	1 (0,5±0,5%)
	Элементы семенного канатика	3 (1,5±0,9%)	1 (0,5±0,5%)	1 (0,5±0,5%)
	Ветвь бедренной вены	1 (0.5±0.5%)	0%	0%
	Локальная нервная ветвь	2 (0.98±0.7%)	2 (0.98±0.7%)	2 (0.98±0.7%)
Ранние послеоперацион ные осложнения	Неврологичес кая боль	5 (2,5±1,1%)	2 (0.98±0.7%)	2 (0.98±0.7%)
	Гематома	4 (1.9±1.0%)	1 (0,5±0,5%)	2 (0.98±0.7%)
Поздние послеоперацион ные осложнения	Рецидив	1 (0,5±0,5%)	0%	0%

Примечание: * - достоверная разница между сравниваемыми группами ($p < 0,05$).

Благодаря нашим разработкам удалось снизить частоту послеоперационных осложнений при операции Лихтенштейна с 7,9% до 4,9% при традиционной ЛГП и до 2,96% при усовершенствованном подходе.

При длительном выполнении традиционной ЛГП через год рецидив заболевания отмечен у 1 (0,5%) больного. Анализ результатов контрольной группы показал, что для выполнения ЛГП пациенты не были разделены на новую классификацию по определенным показателям. С помощью разработанного нами алгоритма, выделенного на новую классификацию по определенным показателям, рецидивы в основной группе не регистрировались.

Таблица 9

**Сравнительная характеристика клинических результатов
Лихтенштейна**

Особенность осложнения		Частота осложнений	
		Контрольная группа	Основная группа
Ранние послеоперационные осложнения	Серома	3 (1.5±0.9%)	2 (0,98±0,7%)
	Нагноение поджелудочной железы	4 (1.9±1.0%)	1 (0,5±0,5%)
	Неврологическая боль	3 (1.5±0.9%)	3 (0.98±0.7%)
	Гематома	4 (1.9±1.0%)	1 (0,5±0,5%)
Поздние послеоперационные осложнения	Рецидив	2 (0,98±0,7%)	0%

Еще одной из основных задач является снижение послеоперационных осложнений. Этого можно достичь с помощью следующих мероприятий:

- Первоначальное разделение пациентов на новую классификацию на основе определенных показателей;
- Выбор практики по разработанному нами алгоритму после классификации
- уменьшение осложнений за счет тщательной обработки мягких тканей, тщательного гемостаза;
- проведение надлежащего гемостаза для предотвращения развития гематомы и уменьшения грубых разделений мягких тканей, что достигается за счет использования ряда наших разработок;

Таким образом, минимально инвазивные вмешательства в хирургическом лечении паховых грыж еще раз показали свои результаты. Усовершенствование тактико-технических принципов выполнения ЛГП и гибридных методов с разработанным нами алгоритмом способствовало облегчению технического выполнения операций, сокращению длительности хирургического вмешательства, уменьшению повреждения тканей, сокращению времени пребывания больных в стационаре и реабилитации, раннему восстановлению работоспособности больных, снижению частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, что свидетельствует о целесообразности широкого внедрения ЛГП и гибридных методов в хирургию сложных паховых грыж.

ВЫВОДЫ

По результатам диссертационной работы на соискание ученой степени доктора философии (PhD) по медицинским наукам на тему **“Совершенствование подходов к лечению в хирургии паховых грыж”** представлены следующие выводы:

1. Интраоперационные (10%) и послеоперационные (9,1%) осложнения при традиционных хирургических вмешательствах сопровождаются высокой частотой послеоперационных осложнений в Лихтенштейне (13,6%). При этом частота повторения составила 2,8%. Анализ показал, что причиной неудовлетворительных результатов являются проблемы, связанные с конституцией пациента; Отсутствие четких показаний к выбору метода ЛГП (ТАРР); очень высокая частота рецидивов грыж, отсутствие алгоритма лечебных мероприятий для ЛГП при сложных паховых грыжах;

2. Разработанный алгоритм лечения больных со сложными паховыми грыжами обосновывает целесообразность его использования по классификации пахово-мошоночных грыж; ЛГП расширяет показания к комбинированным вмешательствам у больных с различными вариантами сложных паховых грыж и позволяет выбрать оптимальную тактику лечебных мероприятий у больных разного возраста;

3. Проведены исследования по оценке эффективности разработанной программы по классификационным показателям, созданным при сложной паховой грыжевой хирургии, что показывает возможности перехода от открытого метода к ЛГП с использованием разработанной программы;

4. Разработанные и усовершенствованные технико-тактические аспекты ЛГП при сложных паховых грыжах позволили снизить частоту интраоперационных осложнений с 10,0% до 6,6%, послеоперационных осложнений - с 9,1% до 6,6%, рецидивов заболевания - с 2,8% до 0%.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.06/2025.27.12.Tib.01.07 FOR
THE AWARD OF ACADEMIC DEGREES AT
TASHKENT STATE MEDICAL UNIVERSITY**

TASHKENT STATE MEDICAL UNIVERSITY

YAKUBOV OYBEK ERGASH UGLI

**IMPROVEMENT OF TREATMENT APPROACHES IN INGUINAL
HERNIA SURGERY**

14.00.27 – Surgery

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

TASHKENT – 2026

The topic of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation is registered in the Higher Attestation Commission under the Academy of Science of the Republic of Uzbekistan for the №B2023.4.PhD/Tib4152

The dissertation is carried out at the Tashkent State Medical University

The abstract of dissertation was posted in three (Uzbek, Russian and English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at www.tashmeduni.uz and on the website of “Ziyonet” Information-Educational Portal at www.ziyonet.uz

Research adviser:	Sattarov Oybek Tokhirovich Doctor of Medical Science, Professor
Official opponents:	Baymakov Saifiddin Risbaevich Doctor of Medical Science, Professor Gorsky Viktor Alekhandrovich Doctor of Medical Science, Professor
Leading organization:	Samarkand State Medical University

The defense of the doctoral dissertation will be held on “_____” _____ 2026, at _____ at the meeting of the Scientific council DSc.06/2025.27.12.Tib.01.07 at Tashkent state medical university (Address: Tashkent city, Almazar district, Farabi street 2, 100109, Tel./fax: (+99878) 150-78-28, e-mail: info@tashmeduni.uz).

The dissertation can be looked through in the Information Resource Center of Tashkent State Medical University (registered under No. _____). (Address: 1 Tashkent city, Almazar district, Farabi street 2, 100109, Tel./fax: (+99871) 214-82-90).

The abstract of the dissertation was distributed on «__» _____ 2026.

(Registry record №__ dated _____ 2026).

U.S. Ismailov

Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Science, Professor

A.A. Irnazarov

Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific degrees, Doctor of Medical Science, Professor

K.J. Matmurotov

Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Associate professor

INTRODUCTION (abstract of Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)

The aim of the research work is to improve the results of minimally invasive surgical treatment of complex inguinal hernias by developing individual approaches.

Research Tasks:

retrospective analysis of the results of traditional surgical treatment of complex inguinal hernias and identification of the main causes of the high frequency of intraoperative and postoperative complications using open and laparoscopic methods;

development and substantiation of a simplified identification classification based on anatomical-morphological, clinical, and intraoperative criteria to objectify the degree of technical complexity of complex and large inguinal hernias;

development and scientific substantiation of the technology for laparoscopic combined (hybrid) hernioplasty (TAPP + Hand assist) for technically complex forms of inguinal hernias;

development of an algorithm for individual selection of the optimal method of surgical treatment for patients with complex inguinal hernias based on the proposed classification and study of its clinical effectiveness.

The subject of the study was 203 patients with inguinal hernias who underwent inpatient treatment in the Department of Thoracoabdominal Surgery of the Multidisciplinary Clinic of the Tashkent Medical Academy from 2019 to 2024.

The object of the study is a comprehensive examination of patients with inguinal hernias, as well as an analysis of the results of surgical treatment using a differentiated approach to the choice of alloplasty method.

Research Methods. To achieve the research goal and fulfill the set tasks, general clinical, instrumental, and statistical methods were used.

The scientific novelty:

based on a comprehensive analysis of anatomical-morphological, clinical, and intraoperative criteria, a unique identifying classification of complex and large inguinal hernias was developed, which has been proven to allow for the objectification of their level of technical complexity and the differential determination of optimal surgical tactics;

a new technology for the laparoscopic combined method of hernioplasty for complex forms of inguinal hernias has been developed and scientifically substantiated, including specific technical methods, a sequence of stages, and equipment, which has been proven to expand the possibilities of minimally invasive treatment for this category of patients;

clearly differentiated indications for the use of laparoscopic, combined laparoscopic-open, and traditional open hernioplasty methods have been identified and scientifically proven in patients with complex inguinal hernias, depending on the type and severity of the hernial defect, concomitant factors, and the individual characteristics of the patient;

an algorithm for the individual selection of a surgical treatment method for complex inguinal hernias based on the proposed classification and system of differentiated indications has been developed, implemented into clinical practice,

and the effectiveness of the algorithm has been proven by the results of a comparative analysis of short-term and long-term treatment results.

The practical results of the study are as follows:

the developed and proposed simplified working classification of complex inguinal hernias, based on gradation criteria for inguinal hernias, is intended for practical herniology, allows for the rapid determination of the degree of technical complexity of the hernial defect and is based on facilitating the selection of the most optimal surgical treatment method under conditions of real clinical practice;

the developed and implemented original technology for the laparoscopic combined method of hernioplasty, which ensures an effective solution to the problem of surgical treatment of complex inguinal hernias, specifically type III B hernias according to the accepted classification, is based on expanding the possibilities of minimally invasive interventions in this category of patients;

taking into account the individual anatomical and morphological characteristics of the patient, the type and degree of complexity of the hernial defect, clear differentiated indications have been developed and scientifically substantiated for choosing various hernioplasty methods (laparoscopic, combined laparoscopic-open, and traditional open) for complex inguinal hernias;

it is substantiated that the application of an individually developed and implemented algorithm for the surgical treatment of complex inguinal hernias allows for a significant reduction in the frequency of recurrences in the postoperative period and improves the overall outcomes of treating patients with this pathology.

Reliability of the research results. The reliability of the research results is substantiated by the use of modern approaches and methods in the study, the correspondence of theoretical data with the obtained results, the methodological correctness of the conducted studies, a sufficient number of patients, processing using statistical research methods, as well as comparison of the research results with international and domestic data, confirmation of the conclusions and results obtained by authorized structures.

Scientific and practical significance of the research results. The scientific significance of the research results is determined by the classification of complex inguinal hernias and the development of new approaches to surgical tactics and treatment, which will make a certain contribution to the development of modern herniology. The proposed classification, laparoscopic combined method technology, and algorithm for the individual selection of surgical interventions expand the existing understanding of the possibilities for minimally invasive treatment of technically complex hernias. The obtained data are explained by the fact that they contribute to improving the quality of life of patients, reducing the frequency of early and late postoperative complications, as well as reducing the number of disease recurrences.

The practical significance of the research results is explained by the fact that the developed diagnostic and treatment algorithms can be widely implemented into clinical practice. The proposed methods are characterized by ease of use, high efficiency, and duration. Their use allows for the optimization of surgical tactics, the reduction of operative time, the reduction of patient stays in the hospital, the

reduction of economic costs for the healthcare system and patients, as well as an increase in the overall efficiency of specialized surgical care for patients with complex inguinal hernias.

Implementation of research results. Based on the scientific results obtained from the improvement of treatment methods according to the algorithm developed on the basis of individual approaches in patients with a complicated type of inguinal hernia:

first scientific novelty the identification classification of complex and large inguinal hernias based on the criteria for determining the gradations of complex inguinal hernias was introduced into practice by order No. 559-10-146-TB/2025 dated 06.03.2025 of the Yangiyul District Medical Association of Tashkent region and by order No. 437-3-52-TB/2025 dated 06.03.2025 of the Pakhtakor District Medical Association of Jizzakh region (Conclusion of the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 26 dated October 7, 2025). *Social effectiveness:* The creation of an identification classification of inguinal hernias based on criteria defining the gradations of complex inguinal hernias made it possible to reduce the number of complications in patients. *Economic efficiency:* Patients with complex inguinal hernias require several surgical interventions to get rid of them. In this regard, the selection of the most optimal method led to savings of budget funds in the amount of 31,500,000 soums due to a reduction in the average number of days of inpatient treatment of patients and a reduction in the cost of laboratory and instrumental examination methods. *Conclusion:* As a result of the use of the developed identification classification of complex inguinal hernias, it was possible to save budget funds in the amount of 3150000 soums per patient due to the individual choice of treatment tactics for patients, a reduction in postoperative complications and a reduction in the average number of days of treatment in the hospital and the rehabilitation period;

second scientific novelty the technology for using the laparoscopic combined method in patients with complex inguinal hernias was developed, and proposals regarding its significance were incorporated into the content of the methodological recommendation "Methods for Improving Treatment Approaches in inguinal hernia surgery," approved by the Coordinating Expert Council of the Tashkent Medical Academy on January 27, 2025, No. 01-25/456. This proposal was put into practice by order No. 559-10-146-TB/2025 dated 06.03.2025 for the medical association of the Yangiyul district of the Tashkent region and by order No. 437-3-52-TB/2025 dated 06.03.2025 for the medical association of the Pakhtakor district of the Jizzakh region (Conclusion of the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 26 dated October 7, 2025). *Social effectiveness:* With the development of the technology for using the combined laparoscopic method for complex inguinal hernias, it became possible to use an improved treatment method in patients. *Economic efficiency:* rapid wound healing in the postoperative period in patients with complex inguinal hernias led to budget savings of 3,150,000 soums due to a reduction in the average number of days of inpatient treatment and a reduction in funds spent on laboratory and instrumental research methods. *Conclusion:* as a result of the use of the combined laparoscopic method in

grade III complex inguinal hernias, it was possible to save budget funds in the amount of 3150000 soums per 1 patient due to a reduction in the duration of the operation, a reduction in the days of hospital treatment and the rehabilitation period;

third scientific novelty specific indications for laparoscopic, combined, and open methods based on individual approaches in the surgery of complex inguinal hernias have been developed, and proposals regarding their significance are incorporated into the content of the methodological recommendation "Methods for Improving Treatment Approaches in inguinal hernia surgery," approved by the Coordinating Expert Council of the Tashkent Medical Academy on January 27, 2025, No. 01-25/456. This proposal was put into practice by order No. 559-10-146-TB/2025 dated 06.03.2025 for the medical association of the Yangiyul district of the Tashkent region and by order No. 437-3-52-TB/2025 dated 06.03.2025 for the medical association of the Pakhtakor district of the Jizzakh region (Conclusion of the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 26 dated October 7, 2025). *Social effectiveness:* With the development of clear indications for laparoscopic, combined, and open methods based on individual approaches for complex inguinal hernias, a reduction in postoperative wound complications and an improvement in patients' quality of life were achieved. *Economic efficiency:* specific methods aimed at reducing postoperative complications were used to get rid of patients with complex inguinal hernias. In this regard, the selection of the most optimal method led to savings of budget funds in the amount of 31,500,000 soums due to a reduction in the average number of days of inpatient treatment of patients and a reduction in the cost of laboratory and instrumental examination methods. *Conclusion:* The choice of the optimal surgical approach for complex inguinal hernias based on clear indications, as a result of the choice of individual treatment tactics for patients, due to the reduction of hospital stays and the rehabilitation period, allowed saving budget funds in the amount of 3150000 soums per patient;

fourth scientific novelty based on individual approaches in the surgery of complex inguinal hernias, an algorithm important in practical medicine has been developed, and proposals for its effectiveness have been incorporated into the content of the methodological recommendation "Methods for Improving Treatment Approaches in inguinal hernia surgery," approved by the Coordinating Expert Council of the Tashkent Medical Academy on January 27, 2025, No. 01-25/456. This proposal was put into practice by order No. 559-10-146-TB/2025 dated 06.03.2025 for the medical association of the Yangiyul district of the Tashkent region and by order No. 437-3-52-TB/2025 dated 06.03.2025 for the medical association of the Pakhtakor district of the Jizzakh region (Conclusion of the Scientific and Technical Council of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 26 dated October 7, 2025). *Social effectiveness:* With the development of an algorithm that is important in practical medicine based on individual approaches in complex inguinal hernias, a reduction in the frequency of complications in patients was achieved. *Economic efficiency:* patients with complex inguinal hernias require several surgical interventions to get rid of them. In this regard, the selection of the most optimal method led to savings of budget funds in

the amount of 31,500,000 soums due to a reduction in the average number of days of inpatient treatment of patients and a reduction in the cost of laboratory and instrumental examination methods. Conclusion: The use of the developed algorithm in patients with complex inguinal hernias, as a result of choosing an individual treatment tactic for patients, made it possible to save 31,500,000 soums of budget funds per patient due to the reduction of hospital treatment days and the rehabilitation period.

Approbation of the research results. The research results were discussed at 5 scientific and practical conferences, including 2 international and 3 local ones.

Publication of research results. A total of 17 scientific works have been published on the topic of the dissertation, including 6 articles in scientific publications recommended by the Supreme Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the publication of the main scientific results of dissertations, 3 of which are in national and 3 in foreign journals, 1 methodological recommendation.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, practical recommendations and a list of references. The volume of the text of the dissertation is 102 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть, I part)

1. Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Якубов О.Э., Файзиев С.И. //Чов-ёрғок чурралари хирургиясида эндовизуал технологиялар ёрдамида янгича ёндашув ва унинг клиник тахлили // Тошкент тиббиёт академияси “Ёш олимлар тиббиёт журнали” – Тошкент, 2023. – №8(11). – 62–70-б. (ОАК Райосатининг 2022 йил 5 майдаги 337/6-сон қарори).

<https://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/9868>

2. Sattarov O.T., Jumanazarova M. J., Yakubov O. E. // A Modern Solution in Less Invasive Treatment Tactics of Complex Inguinal Scrotal Hernias // Journal of Natural and Medical Education. – Volume 2 Issue 6, year 2023. – ISSN: 2835-303X. – 134-141-б

<https://univerpubl.com/index.php/scholastic/article/view/2091>

3. Халиков С.П., Якубов О.Э., Рахмонов У.Р., Эшкузиев М.Ш.// Паховая грыжа: распространенность, риски, перспективы лечения// Вестник ТМА. – Тошкент 2024. – №4 – 70-73-б (14.00.00 №13).

<https://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/11628>

4. Халиков С.П., Хусинов Д.О., Якубов О.Э.// Хирургия паховых грыж: современные тенденции и перспективы// Вестник ТМА. – Тошкент 2024 №6. – 59-63-б (14.00.00 №13).

<https://repository.tma.uz/xmlui/handle/1/11630>

5. Khalikov S. P., Khusinov D. O., Yakubov O. E., Elmuratov I. U. // Inguinal Hernia: Prevalence, Risks, Treatment Prospects// American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2024, 14(10) . – 2453-2457-б (14.00.00 №2).

<http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20241410.01.html>

6. Khakimov M.Sh., Sattarov O.T., Yakubov O.E., Fayziyev S.I., Mardonov B.B., Sherqulov B.B. // A new approach to compound inguinal hernia surgery using endovisual technologies and its clinical analysis // Web of Medicine: Journal of Medicine, practice and nursing. – Volume 3, Issue 9. – September 2025. – 92-100-б

<https://webofjournals.com/index.php/5/article/view/5063>

II бўлим (II часть; II part)

7. Yakubov O.E., Sattarov O.T. Chov churrasi jarrohligi: endovizual texnologiyalar yordamida yangi yondashuvlar // “Zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolari” mavzusidagi Xalqaro yosh olimlar ilmiy-amaliy anjuman. Toshkent Tibbiyot akademiyasi axborotnomasi. Maxsus son. Toshkent 2025 21-22 betlar

<https://repo.tma.uz/xmlui/handle/1/4479>

8. Sattarov O.T., Yakubov O.E., Muzaffarov I.A. Improvement of new approaches using endovisual technologies in the surgery of inguinal-scrotal hernias// UNIVERSAL INSIGHTS CONFERENCE ON SCIENCE AND SOCIETY. France, 13th February 2026. 21 -23 betlar

<https://imrconf.com/index.php/UICSS/article/view/1449>

9. Sattarov O.T., Yakubov O.E., Muzaffarov I.A. Analysis of the results of traditional treatment of complex inguinal hernias // ADVANCES IN RESEARCH AND INNOVATION SOLUTIONS. UK, 20th February 2026. 72 -74 betlar

<https://imrconf.com/index.php/ARIS/article/view/1452>

10. Xakimov M.Sh., Berkinov U.B., Sattarov O.T., Yaqubov O.E., Fayziyev S.I., Qurbonqulov A.A. “Murakkab churralarda kombinirlangan texnikani qo‘llash” nomli BGU № 2163” 2025 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/2827c4ab-ae93-41c4-a5fb-5f5422923728>

11. Yakubov O.E., Xakimov M.Sh., Sattarov O.T., Fayziyev S.I. “Murakkab chov-yorg‘oq churralarida Hand-assist usulidan foydalanish” nomli BGU № 1462 03.06.2024 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/bde91290-4915-4651-9c38-4f6e390fd5c9>

12. Xakimov M.Sh., Sattarov O.T., Yaqubov O.E., Fayziyev S.I. “Retsidiv chov-yorg‘oq churralarida transabdominal preperitoneal usul bo‘yicha plastikada protez maxsulotni pastki chetini mustaxkamlash” DGU № №39801” 2024 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/1044316c-1207-47cb-8ba4-ac59e788795b>

13. Xakimov M.Sh., Sattarov O.T., Yaqubov O.E., Fayziyev S.I., Sirojiddinov A.A. “Retsidiv chov churralarida allomaterial qo‘yish texnikasi algoritmi” DGU № №53927” 2025 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/969186cf-97c2-41eb-9e43-74f65506db6>

14. Xakimov M.Sh., Sattarov O.T., Yaqubov O.E., Fayziyev S.I., To‘layev Y.B. “Gigant chov-yorg‘oq churralarida laparoskopik gernioplastika imkoniyatlarini baholash” nomli DGU № 57898 2025 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/072d4c84-4c81-4849-8dfc-6e701024c23d>

15. Xakimov M.Sh., Berkinov U.B., Sattarov O.T., Fayziyev S.I., Yaqubov O.E. “Sun‘iy intellect yordamida chov-yorg‘oq churralarida miniinvaziv davolash natijalarini prognozlash” DGU № №59991” 2026 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/c76b89cc-f754-4ffa-b883-fce198f65402>

16. Xakimov M.Sh., Berkinov U.B., Sattarov O.T., Fayziyev S.I., Yaqubov O.E. “Sun‘iy intellekt yordamida murakkab chov churralarida jarrohlik amaliyotini tanlash” DGU № №59992” 2026 yil.

<https://im.adliya.uz/document/check/27960113-8d5a-44a0-ada3-d2967cd66698>

17. Sattarov O.T., Xakimov M.Sh., Berkinov U.B., Yaqubov O.E. “Chov churralari xirurgiyasida davolash yondashuvlarini takomillashtirish usullari” Услуги тавсиянома Тошкент 2025. 22 бет.

Автореферат «Ўзбекистон тиббиёт ахборотномаси»
журнали таҳририятида таҳрирдан ўтказилди.



Босмахона лицензияси:

7716

