

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
«YOSH OLIMLAR TIBBIYOT JURNALI»**

**TASHKENT MEDICAL ACADEMY
«MEDICAL JOURNAL OF YOUNG SCIENTISTS»**

**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
«МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ»**

IXTISOSLASHUVI: «TIBBIYOT SOHASI»

ISSN: 2181-3485

Mazkur hujjat Vazirlar Mahkamasining 2017 yil 15 sentabrdagi 728-son qarori bilan tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasi Yagona interaktiv davlat xizmatlari portali to'g'risidagi nizomga muvofiq shakllantirilgan elektron hujjatning nusxasi hisoblanadi.

№ 8 (11), 2023

«Yosh olimlar tibbiyot jurnali» jurnali O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasi Rayosatining 2023 yil 5 maydagi 337/6-son karori bilan tibbiyot fanlari buyicha dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan milliy ilmiy nashrlar ruyxatiga kiritilgan.

Решением Президиума Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан от 5 мая 2023 г. № 337/6 «Медицинский журнал молодых ученых» внесен в перечень национальных научных изданий, рекомендованных для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам

**Toshkent tibbiyot
akademiyasi
«Yosh olimlar tibbiyot
jurnali»**



**Tashkent Medical
Academy
«Medical Journal of
Young Scientists»**

• № 8 (11) 2023 •

МУНДАРИЖА – ОГЛАВЛЕНИЕ – CONTENTS

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Азизова Р.Б., Хасанов Э.М., Атаниязов М.К., Асқаров Р.И., Шахрамбоев С.А. / Бош мия сурункали ишемиясида доплераграфик кўрсаткичларнинг ўзига хослиги	6
Шарипова О.А., Бахронов Ш.С., Бобомуратов Т.А. / Особенности корреляционных взаимосвязей соматотропного, адренкортикотропного гормонов и кортизола между иммунологическими показателями у детей с рецидивирующим бронхитом	10
Zuparov K.F., Karimov A.Yu. / Qorin churralarida yengil va og‘ir polipropilen to‘rdan foydalanishda aponevroz usti alloplastikani klinik-laborator baholash.....	16
Маҳкамов Н.Ж., Хужаназаров И.Э. / Умуртқа поғонаси барча сегментлари касалликларининг клиник анамнестик таҳлиliga креатив ёндашув.....	24
Маҳкамов Н.Ж. / Умуртқа поғонаси диск чуррасининг ташрихида визуал ва патоморфологик солиштирма таҳлислаш	30
Отамурадов А.З., Хасанова М.А., Алимухамедов Д.Ш. / Шахси номаълум мурда текширувида тўш суягини ўрганиш орқали ёшни аниқлаш	35
Исмоилова З.А., Тажиева З.Б. / Корреляционная взаимосвязь между цитокиновым профилем и парциальными функциями почек при острой ренальной патологии в период COVID-19 у детей	41
Khayitov I.B., Khayitov J.B. / Laparoscopy for the removal of liver echinococcosis.....	46
Маҳкамов Н.Ж., Хайруллаев А.А., Исраилов Р.И. / Бўйин, кўкрак ва бел соҳалари дегенератив – дистрофик жараёнида диск чурраси тўқима таркибининг фаркланувчи кўрсаткичлари таҳлили	50
Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Абдукаримов Ж.Ш., Асатуллаев Ж.Р. / Прогнозирование острого панкреатита после ретроградных вмешательств в лечение механической желтухи доброкачественного генеза.....	56
Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Якубов О.Э., Файзиев С.И. / Чов-ёрғоқ чурралари хирургиясида эндовизуал технологиялар ёрдамида янгича ёндашув ва унинг клиник таҳлили.....	62

ЧОВ-ЁРГОҚ ЧУРРАЛАРИ ХИРУРГИЯСИДА ЭНДОВИЗУАЛ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЁРДАМИДА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ ВА УНИНГ КЛИНИК ТАХЛИЛИ

Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Якубов О.Э., Файзиев С.И.

Тошкент тиббиёт академияси. Тошкент, Ўзбекистон

Хулоса. Чов-ёргоқ чурраларида тана антропометрик параметрлари ва клиник мезонлар асосида I, II, III ва IV даражаларига бўлиб олиш керак. Бунда I даража бўлган беморларда TAPP усулида чурра бартараф этилади, II даражада - лапароскопия вақтида техник қийинчиликлар тугилса Hand assist усулидан фойдаланган ҳолда амалиётни бажариш яхши натижа беради, III даражада - чурра махсулоти катта чарвидан бошқа аъзо бўладиган бўлса Hand assist усулидан фойдаланилиши керак, агар кучли битишмالي жараён бўлиб аъзо зарарланиши юзага келса Лихтенштейн амалиёти тавсия берилади, IV даражасида беморларга очик усулда аллопластика қилиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Калит сўзлар: герниопластика, чов чурра, чурра ўлчамлари.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЭНДОВИЗУАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ И ЕГО КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т., Якубов О.Э., Файзиев С.И.

Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан

Резюме. На основании антропометрических показателей пациента и клинических критериев целесообразно разделить пахово-мошоночные грыжи на I, II, III и IV степени. При I степени грыжу устраняют методом TAPP, при II степени - при возникновении технических затруднений во время лапароскопии хорошие результаты дает методика Hand Assist, при III степени - целесообразно использовать методику Hand Assist, а при выраженном спаечном процессе выполнять операцию Лихтенштейна, при IV степени рекомендуется открытая аллопластика по Лихтенштейну.

Ключевые слова: герниопластика, паховая грыжа, размеры грыж.

A NEW APPROACH IN ENDOVISAL SURGERY OF INGUINAL-SCROTAL HERNIA AND ITS CLINICAL ANALYSIS

Khakimov M.Sh., Sattarov O.T., Yakubov O.E., Fayziev S.I.

Tashkent medical academy. Tashkent, Uzbekistan

Summary. Based on the patient's anthropometric parameters and clinical criteria, it is advisable to divide inguinoscrotal hernias into grades I, II, III and IV. In grade I, the hernia is eliminated using the TAPP method, in grade II, if technical difficulties arise during laparoscopy, the Hand Assist technique gives good results, in grade III, it is advisable to use the Hand Assist technique, and in case of a pronounced adhesive process, a Lichtenstein operation is performed; in grade IV, an open operation is recommended alloplastic surgery in Lichtenstein.

Key words: hernioplasty, inguinal hernia, hernia sizes.

Долзарблиги. Дунёнинг етакчи тиббиёт клиникаларида абдоминал хирургиянинг энг кўп бажариладиган жаррохлик амалиётларидан бири бу чурра кесишлардир. Абдоминал чурралар герниопластикаси хар кунлик абдоминал патологияларда бажарилувчи амалиётларнинг 37% ни тақшил қилади [1, 7, 14, 17]. Герниологиянинг долзарб муаммоларидан бири эса мураккаб ва қайталанувчи чурраларда мақбул пластика усулини тўғри танлашдир.

Чурра қайталанишлар фоизи аутопластикаларда 30%ни ташкил қилса, аллопластикалардан кейин бу кўрсаткич 5-7% ни сақлаб қолмоқда [4, 11, 12, 16, 18]. Теодор Бильрот бундан икки аср олдин (1885й.) герниология тўғрисида ёзган асарларида “Фасция ўрнини босувчи шундай тўқима яратилганда эди, биз чурралар қайталанишидан буткул холос бўлган бўлар эдик” деган эди, бироқ кўп турдаги алломатериаллар ишлаб чиқилишига қарамадан ҳозирда рецидивлар сони катта кўрсаткичларда қолмоқда [2, 6, 9, 10].

Лапароскопик герниопластикаларнинг йўлга қўйилиши герниологияда бир мунча олдинга силжишга сабаб бўлди, рецидивлар сони кескин камайди. Протасов А.В. ва Соорег N. J. ларнинг маълумотига кўра, адекват бажарилган лапароскопик герниопластикалардан кейин чов чурралари бўйича жаррохга қайта муружат 10% дан 2% га тушган [3, 5, 12, 17]. Бу чов чурраларида лапароскопик герниопластикаларнинг ўрни ва ахамияти юқори эканлигини кўрсатади.

Чов чурраларининг учраш сони бошқа турдаги қорин чурралари ичида 60%ни ташкил қилади [1, 8, 12, 15, 16]. Шунга кўра, айниқса эркакларда чов чурралари муаммолари жуда кўп учрайди ва ўр-

тача чов чурралари бўйича герниопластикалар чурраларнинг 40% ни ташкил қилади [3, 8, 11, 12, 18]. 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 фоизи бўйича 25-35%га етиб боради [12, 17, 19]. Ва айнан бу турдаги чурраларни хажми ва шаклига кўра пластика турини танлаш бўйича олимларнинг фикри хар 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 ёритилилади.

Шунинг учун, биз мураккаб чов-ёрғоқ чурраларини жаррохлик даво натижаларини қиёсий тахлил қилиш, янгича ёндашувлар ишлаб чиқиш орқали даво натижаларини яхшилашни мақсад қилиб олдик.

Материал ва текширув усуллари.

Тадқиқотга Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси торакоабминал жаррохлик бўлимида, чов-ёрғоқ чурраси L.Nyhus таснифига кўра III B ташхиси билан, 2014-2022 йиллар давомида, стационар даво муолажаларини олган 102 беморнинг клиник натижалари ўрганиб чиқилди.

Беморларнинг барчаси эркак жинсига мансуб бўлиб, ёш жихатдан 34 (33,4%) бемор 18-30 ёш, 43 (42,1%) 31-50 ёш ва 25 (24,5%) 50 ёшдан юқори беморларни ташкил этди. Чурра анамнезига кўра 46 (45,1%) беморда бир йиллик, 41 (40,1%) 2-5 йил, 15 (14,8%) беморда 5 йилдан ортиқ муддатда чурра билан оғриши аниқланди (жадвал 1).

Жадвал 1.

Беморларни ёши бўйича тақсимланиши

	18-30 ёш	31-50 ёш	50 ёшдан юқори	жами
1 йиллик	15 (14,8%)	20 (19,6%)	11 (10,8%)	46 (45,1%)
2-5 йиллик	14 (13,7%)	17 (16,7%)	10 (9,8%)	41 (40,1%)
5 йилдан ортиқ	5 (4,9%)	6 (5,8%)	4 (3,9%)	15 (14,8%)
Жами	34 (33,4%)	43 (42,1%)	25 (24,5%)	102 (100%)

Амалиётдан олдинги даврда 79 (77,4%) беморда монолатерал жойлашув ва 23 (22,6%) беморда эса билатерал чов чурраси бўлиб, шундан 8 (7,8%) тасида билатерал чов-ёрғоқ чурраси деб баҳоланган бўлса қолган 15 (14,7%) тасида бир томонлама чов иккинчи томони чов-ёрғоқ чурраси ташхиси билан амамлиётга олинди. 28 (27,5%) ҳолатда беморларда рецидивланган чов-ёрғоқ чурраси аниқланган, бўлса улардан 3 (2,9%) тасида қайта рецидивланиш аниқланади.

18 (17,6%) беморда ўт тош касаллиги, 3 (2,9%) беморда жигар оддий кистаси, 5 (4,9%) беморда диафрагманинг кизилўнғач тешиги чурраси, 2 (1,9%) та бемор эса семизлик II даражаси билан симультан жаррохлик амалиётлари бажарилди.

Кўшимча касалликлардан 7 (6,9%) беморда юрак ишемик касаллиги артериал гипертензия II, 4 (3,9%) ҳолатда қандли диабет 2-тури ўрта оғир кечиши, 5 (4,9%) беморда сурункали бош мия қон айланиши етишмовчили I даражаси, 4 (3,9%) беморда сурункали ўпка обструктив касаллиги тинчлик даври мавжуд бўлди.

Чов-ёрғоқ чурралари чов чуррасининг кўринишидан бири бўлиб, бунда чурра махсулоти ёрғоқнинг юқори чегарасида жойлашади (эркак жинсий аъзоси асосидан пастда). Беморларга L.Nyhus таснифига кўра чов чурраси III B турига киритилган бўлиб, бизга қийинчилик туғдиргани, уларнинг тўғирланмайдиган турлари, ҳамда ўлчамларига кўра шакллари ва қайталаниш сони каби ҳолатларига ташхис қўйишда бу тасниф бўйича ойдинлик киритилмагани бўлди.

Биз жаррохлик тактикасини интраоперацион таҳлил қилишни олдиндан аниқлаш мақсадида чов-ёрғоқ чурраларини бир неча даражаларга бўлиб олдик. Бунинг учун беморларда тик турган ҳолатда, мос равишда, чурра қопининг жойлашувини антропометрик тузилишларга қараб бўлиб чиқдик.

Чов-ёрғоқ чурраларини қуйидаги меъзонларга кўра даражаларга бўлиб ўргандик:

ЧЕ I – даража. Катта бўлмаган ўлчамли чурра (10 см.гача). Чурра қорин

бўшлиғига тўғирланади, ёрғоқ ўлчамлари ўзгармаган. Бемор илгари чурра кесиш амалиёти ўтказмаган. Туғма чов-ёрғоқ чурралари.

ЧЕ II – даража.

- Катта ўлчамдаги чурралар (20 см.гача), Қорин бўшлиғига тўғирланади, ёрғоқ ўлчамлари катталашган. Орттирилган чов-ёрғоқ чурралари. Сирпанувчи чов-ёрғоқ чурралари (ўлчами 10 см.гача).

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

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

ЧЕ III – даража. Тўғирланмайдиган 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).

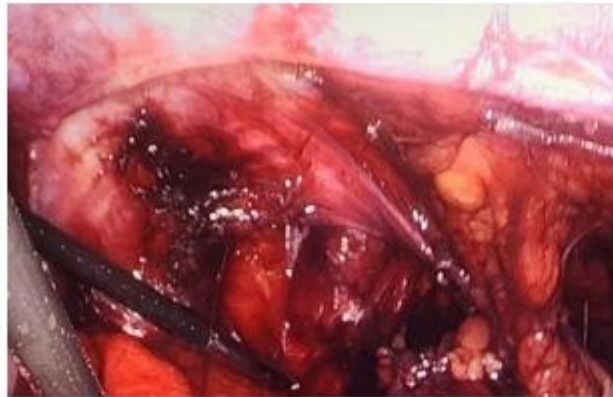
ЧЕ IV – даража. Катта ўлчамли чурра (20 см.дан катта), ёрғоқни шаклини ўзгартиради (кенгайтирган), юришга халақит беради. Тўғирлаб бўлмайдиган чурралар, ёки унинг катта ўлчамлари туфайли қорин бўшлиғига тўғирлашни иложи бўлмайдиган чурра.

Чов-ёрғоқ чурраларида тўғирланувчи турларида биз ишлаб чиққан таснифга кўра 48 (47,1%) ҳолатда ЧЕ I – даражасига мансуб бўлиб жаррохлик амалиётлари трансабдоминал преперитонеал герниопластика (ТАРР) усулида амалга оширилди. 19 (18,6%) беморда ЧЕ II – даражаси ташхиси остида лапароскопияга олинди, ва 11 (10,8%) беморда жаррохлик амалиётини ТАРР усули билан яқунлашга эришилди. Қолган ҳолатларда Hand assist усулига ўтилди.

Бемор Троянов ҳолатида операцион столга жойлаштирилди, ТАРР стандарт усулда, киндикдан юқоридан камера киритилиб, унинг назорати остида иккита ишчи асбоблар ўнг ва чап ёнбош соҳасидан киритилди. Шундан сўнг чов ички тешигидан 3 см юқоридан ярим ойсимон қилиб париетал қорин парда остида жойлашган тўқимадан ажратиб олинди (расм 1). Симфиз латериал бурчаги ва ёнбош суягининг юқори олдинги бурчаги топилди. Чурра қопи кўпчилик ҳолатда уруғ тизимчаси ва унинг то-

мирларига ёпишган бўлиб чиқди ва аста секин томирлар зарарламасдан ажратиш қорин ичкарасига тушириб олинди. Протез махсулот симфиз ва ёнбош суягининг

юқори олдинги четига герниостиплер ёрдамида мустахкамланди (расм 2) ва қорин парда интракорпорал давомий чоклар билан сўрилувчи ип ёрдамида қайта тикланди.



Расм 1. Лапароскопик герниопластикада қорин пардани ажратиш жараёни.



Расм 2. Лапароскопик герниопластикада аллопротезни қорин пардани ортига жойлаштириш жараёни.

Симультан лапароскопик амалиётлар иккинчи босқичда бажарилди, бунинг учун қоринда оптика троакари ўзгартирилмаган ҳолда қориннинг киндикдан юқори соҳаларига мос равишда ишчи троакарлар ўрнатилиб амалиётлар бажарилди.

Чов-ёрғоқ чурраларининг ўзига хослиги шундаки қорин парда ёрғоққача кенгайиб тушганлиги туфайли кўпчилик вазиятда тухумларга бирикиб олган бўлади, қанча чурра анамнези узоқ бўлса қорин парда шунчалик тухумга интим ёпишиб олганлигига иқрор бўлдик. Бу ерда париетал варақни ажратиш оддий чов чурраларига нисбатан бир мунча қийин кечди ва ажратиш даврида уруғ тизими томирлари-

нинг гематомаси ёки тухум устки пардаларини зарарланиши ёки шилиниши билан кечди.

Клиник натижалар ва таҳлиллар. Чов-ёрғоқ чурраларида 67 (65,7%) беморда тўғирланувчи чурралар билан ТАРР амалиётга олинган бўлса, қолган 35 (34,3%) бемор чурра анамнези 5 йил ва ундан узоқ, ҳамда тўғирланмайдиган чов-ёрғоқ чурраси таъхиси билан амалиётга олинди.

Биз таклиф қилган интраоперацион чурра дарвозаси улчамини аниқлаш усулига кўра ҳар бир ҳолатда дарвоза кенглиги ўлчанди. Шунда тўғирланувчи чов-ёрғоқ чурраларининг 34 (33,4%) тасида чурра дарвозаси кенглиги 2x3 см, 17 (16,7%) тада

3x4 см, 8 (7,8%) тада 4x5 см ва 7 (6,9%) беморда 5 см дан катта эканлиги аниқланди. Беморларга 10x15 см ва 15x15 см аллопро-

тез преперитонел сохага ўрнатилди (жадвал 2).

Жадвал 2.

Беморларни чурра дарвозаси ўлчамлари бўйича тақсимланиши

	Чурра дарвозаси кенглиги	ТАРР амалиёти ўтказган беморлар
1	2x3 см	34 (33,4%)
2	3x4 см	17 (16,7%)
3	4x5 см	8 (7,8%)
4	5 см дан катта	7 (6,9%)
	Жами	67

Тўғирланувчи чов-ёрғоқ чурраларида, ТАРР бажариш 31 (30,4%) ҳолат техник қийинчиликларсиз амалга оширилди. Қолган 16 (15,7%) ҳолатнинг, 8 (7,8%) тасида уруғ тизимчаси гематомаси ривожланиши, 4 (3,9%) ҳолатда эса қорин пардани тухумга ёпишиб олганлиги ва ажратиш пайтида тухум пардаларини қонаши ва чурра копи ўрнида, ёрғоқда, қолдиқ бўшлиқ тарзида ковак ҳосил бўлиб қолганлиги кузатилди. 4 (3,9%) ҳолатда эса тухум пардасидан қон кетиши давом этганлиги туфайли, электрокоагуляция бажарилиб тўхтатилди.

Беморлар амалиётдан кейинги даврда эрта муддатда фаоллашдилар. Тўғирланувчи чов-ёрғоқ чурралари билан беморларда амалиётнинг давомийлиги бир томонлама бажарилганда, ўртача 65 ± 6 дақиқани ташкил қилди. Амалиётдан кейинги эрта даврда айнан техник қийинчилик бўлган беморлардан 3 (2,9%) беморда ёрғоқ ўлчамларининг катталашганлиги ва оғриқлилиги кузатилди. УТТ текшируви ўтказилганида 2 (1,9%) беморда ёрғоқ гематомаси аниқланди ва бир беморда ўткир орхидэпидимит белгиси аниқланди. Динамикада гематома ўлчамлари кичраймаганлиги туфайли 2 (1,9%) беморда, ёрғоқ очилиб гематома бартараф этилди. Ўткир орхидэпидимит белгилари мавжуд беморларга уролог маслаҳатига кўра консерватив даво муолажалари буюрилди.

Интраоперацион кўринишга кўра 20-22 ёшни ташкил қилувчи беморлардан 2 (1,9%) тасида, чов-ёрғоқ чуррасини туғма эканлиги яъни, чурра қопини ичида тухум ва катта чарвининг бир қисми борлиги

аниқланди. Беморларда чурра қопини тўлиқ ажратишни имкони бўлмаганлиги туфайли тухум атрофи париегал қорин пардаси билан бирга қолдирилиб қолган қисми кесиб қоринга тўғирлаб тухум эса ёрғоққа туширилди. Амалиётдан кейинги кечки даврда, беморларда тухум истисқоси ривожланганлиги аниқланди ва УТТ назорати остида пункция қилиниб суюқлик чиқариб ташланди. Амалиётдан кейинги 3 ойдан кейин эса 1 (0,98%) бемор қайта муржат қилди, истисқо сақланиб турганлиги туфайли унга Винкелман жаррохлик амалиёти бажарилди.

4 (3,9%) рецидив чов ёрғоқ чуррасида, кичик тос бўшлиғида кучли чандикли жарён борлигидан дарвозани ажратиш олиш имкони бўлмади. 3 (2,9%) чурра махсулоти сийдик пуфаги сирпанувчи чурра периперитонеал сохани ажратиш даврида чурра дарвозаси катта эканлиги, Hand assist усулига ўтилди. Бунинг учун лапароскопик назорат остида, агар чурра махсулоти катта чарвини ўзигина ташкил қилса чарвининг қориндаги қисми LigaSure ёрдамида кесиб олинди ва ёрғоқ деворларига ёпишган қисми эса ёрғоқдан кичкина кесма қилиб олиб ташланди.

Узоқ муддатли натижаларга кўра, 4 (3,9%) беморда чурранинг қайталаниши билан мурожат қилди. Ва айнан бу беморларда ўтказилган жаррохлик баённомалари қайта кўриб чиқилганида уларда чурра дарвозаси ўлчами 5 см дан юқори бўлганлигини кўрсатди. Беморларга қайта ТАРР амалиёти бажарилди ва чурра дарвозасига протез материал ўрнатишдан олдин дарвоза интракорпорал чоклар билан тикиб кейин

протез махсулот ўрнатилди. Беморларнинг узок муддатли натижаларига кўра қайталанмиш кузатилмади.

ТАРР амалиёти режалаштирилган 35 (34,3%) бемор тўғирланмайдиган чов-ёрғок чурраси билан бизга мурожаат қилган. Беморларнинг барчасида чурра анамнези 5 йил ва ундан узок. 3 (2,9%) беморда эса анамнезида қисиб қўйиб юборган ҳолат бўлганлиги маълум бўлди. Беморларнинг 7 (6,8%) таси рецидив чов-ёрғок чурраси би-

лан мурожаат қилган бўлиб 3 (2,9%) тасида биринчи навбатда Лихтенштейн амалиёти ўтказилган ва 2 (1,9%) таси икки марта аутопластика амалиёти ўтказганлиги аниқланади.

Биз ишлаб чиққан таснифга кўра тўғирланмайдиган чурралар куйидаги турларга бўлиб ўрганилди: 21 (20,6%) бемор ЧЕ-III ва 14 (13,7%) ЧЕ-IV даража ташхиси кўйилди (жадвал 3).

Жадвал 3.

Тўғирланмайдиган чов-ёрғок чурраларини ишлаб чиқилган таснифга кўра бўлиниши

	Чов-ёрғок чурраси даражалари	Беморлар
1	ЧЕ-III	21 (20,6%)
2	ЧЕ-IV	14 (13,7%)

ЧЕ-III даражаси кўйилган беморлардан 16 (15,7%) тасида интраоперацион, чурра махсулотини қорин бўшлиғига тўғирлаш учун дарвоза атрофи тўқималари диссекцияси амалга ошириш етарли бўлмади, чурра махсулотини қорин бўшлиғига тўғирлаб бўлмади. Бундай ҳолатда биз Hand assist усулида ишлашни лозим деб топдик. Чурра махсулоти ичак бўлган 7 (6,9%) ҳолатда кичик кесма орқали ичаклари қорин бўшлиғига тўғирлаб юборилди, қолган 9 (8,8%) ҳолатда эса чурра махсулоти катта чарви бўлиб, ташқи кесмадан чарвининг бир қисми резекция қилинди.

Шундан сўнг дарвоза интракорпорал чоклар билан тикилди ва протез махсулот преперитонеал сохага ётқизиблиб симфизга ва ёнбош суягига мустахкамланди. Париетал қорин парда нуқсонни Викрил 2,0 ипи ёрдамида интракорпорал тикланди. 2 (1,9%) беморда лапароскопия вақтида чурра махсулоти сифатида ингичка ичакнинг бир қисми бор эканлиги маълум бўлди, Hand assist усулида ҳаракат қилинганда ичак деворларининг десерезацияси юзага келди. Шунинг учун бундай ҳолатда конверсияга ўтишга мажбур бўлдик.

Техник қийинчиликлар ЧЕ-IV даражаси ташхиси кўйилган беморларда бўлди. Интраоперацион кўрилганда чурра дарвозаси билан қаттиқ битишма ҳосил қилган. Чурра дарвозаси диссекция қилиб ажра-

тилди, бироқ махсулотни тўғирлаш иложи бўлмади, шунда Hand assist усулидан фойдаландик. Бироқ 1 (0,98%) беморда тухум истисқоси ривожлангангилени кўрдик ва Винкельман амалиёти бажарилди. 7 (6,9%) беморда эса, лапароскопия вақтида чурра соҳасида кучли битишмали жараён бўлиб чурра махсулотини нима ташкил қилишини аниқлашни иложи бўлмади ва бу беморларнинг барчасига очик усулда аллопластика бажарилди.

ТАРР бажарилган барча беморлар амалиётдан кейинги даврда эрта муддатда фаоллашдилар, Hand assist ва очик усулда бажарилган беморларда оғрик синдроми 3-4 кунгача сақланиб турди. ТАРР амалиётининг давомийлиги бир томонлама бажарилганда, ўртача $80,4 \pm 5,2$ дақиқани ташкил қилган бўлса, Hand assist ўртача $105,3 \pm 4,7$ ва Лихтенштейн амалиётлари ўртача $120,5 \pm 7,4$ дақиқани ташкил этди.

ТАРР ва Hand assist усулида бажарилган амалиётлардан кейин жароҳатларда муаммолар бўлмади ва тезда битиши кузатилди. Факат ТАРР бажарилган беморнинг 2 (1,9%) тасида ёрғок гематомаси кузатилди ва кесмача қилиб чиқариб юборилди. 1 (0,98%) беморда эса орхидэпидидимит белгиси бўлганлиги учун уролог маслаҳати билан консерватив даво муолажалари қилинди. ЧЕ-III билан беморларнинг 3 (2,9%) тасида жароҳат қизариши кузатилди ва консерватив даво муолажаларидан сўнг

жароҳат битди. 1 (0,98%) беморда амалиётдан кейинги даврда ичак тутилиши белгилари кузатилди ва ошқозон ичак стимуляциясидан сўнг бартараф бўлди.

Натижаларни муҳокама қилиш.

Клиник натижаларимизни таҳлиллари, тўғирланувчи чов-ёрғоқ чурралари албатта лапароскопик усулда бартараф этиш зарурлигини кўрсатади. Статистик маълумотларга кўра очик усулдаги аллопластикалардан сўнг чов-ёрғоқ чурраларининг қайталаниш фоизи 5-10 % га етади, албатта бу ерда жаррохнинг малакаси ва фойдаланиладиган протез махсулотнинг сифати ҳам муҳим ўрин эгаллайди [1, 6, 10, 13, 19]. Бизнинг тажрибаларимизда, 8 мартагача очик усулда чурра кесиш ўтказган беморлар ҳам бўлди ва лапароскопия қилиб кўрганмизда, доимо ички ҳалқани мустаҳкамлаб кетилганлиги, чурра эса ташқи ҳалқадан чиққанлигига амин бўлдик ва ТАРР ўтказилгандан кейин қайталаниш кузатилмади. Кам инвазив усулларнинг ривожланиб бориши ва замонавий тиббиётда амалий ахамияти катта эканлигини, асоратлар фоизининг жуда камлигини инобатга оладиган бўлсак ТАРР чов-ёрғоқ чурраларида жуда ўринлидир. Шунга қарамасдан, тўғирланувчи чов-ёрғоқ чурраларида ҳам ТАРР дан кейинги асоратлар фоизи мавжуд. Интраоперацион чов соҳаси аъзоларини зарарланиши, амалиётдан кейинги даврда ривожланаётган орхидэпидидимит ёки ёрғоқ гематомаси усулни янада такомиллиштириш, жаррохлик даво алгоритмларини ишлаб чиқиш зарурлигини кўрсатиб турипти.

Тўғирланмайдиган чов-ёрғоқ чурралари эса, жаррох олдида олдиндан таёргарлик кўрган ҳолда индивидуал ёндашувни талаб қилади. Бизнинг фикримизча бу турдаги чурралар учун, L.Nyhus таснифи етарли эмас. L.Nyhus таснифига кўра III B бу қийшиқ чов чурралари ёки чов-ёрғоқ чурралари деб киритилган, бироқ тўғирланадиган ёки тўғирланмайдиган, туғма ёки орттирилган чов-ёрғоқ чурраларининг мезонлари кўрсатилмаган. Бу эса жаррохлик тактикасида бир мунча қийинчиликларни юзага келтиради. Шунинг учун, биз ташхисни янада ойдинлаштириш учун тўғирланмайдиган чов-ёрғоқ чурраларида

ЧЕ-I, II, III, IV турларига бўлиб олдик ва бунинг учун аниқ мезонларини ишлаб чиқдик.

Ҳар доим ҳам лапароскопик усулда чов-ёрғоқ чурраларини тўлиқ бартараф этиб бўлмайди. Клиник тадқиқотларимиз ҳам шуни кўрсатадики, олдиндан ишлатилиб келган гигант чурра атамаси лапароскопик технологияга қарши чиқа олар экан. Бироқ айнан қайси ҳолатларда жаррохлик амалиётларини тўлиқ лапароскопик давом этиш ёки Hand assist усулига ўтиш кераклиги, ҳамда тўғридан тўғри Лихтенштейн усулида олиб бориш маъқул эканлигини аниқладик.

Натижаларга кўра, тўлиқ ТАРР дан кейин асоратлар фоизи 1,9 % ни, Hand assist дан кейин 1,9%, ва Лихтенштейндан кейин 2,9% ни ташкил қилади. Умумий натижаларга кўра эса асоратлар 5% дан ошмади. Проф. Егиев И.И. (2022 йил) берган маълумотларга кўра эса, чов-ёрғоқ чурраларидан кейин асоратлар 4-6 % гача, мураккаб чурраларда эса 10% гача бориши мумкинлигини айтади [4, 13, 16, 18].

Шундай қилиб, чов-ёрғоқ чурралари чов чурраларига нисбатан қийинроқ даволанувчи ва клиник жихатдан мураккаб кечувчи чурра тури бўлиб, ҳар бир беморга индивидуал ёндашувни талаб этади. Айниқса тўғирланмайдиган, катта ўлчамли, чов-ёрғоқ чурраларида жаррохлик амалиётлари техник жихатдан қийин кечади ва лапароскопик амалиётларнинг кўпчилик ҳолатларида конверсияларга сабаб бўлади. Тўғирланмайдиган чов-ёрғоқ чурраларининг клиник кечиши ва тана антропометрик ўлчамларига нисбатан мезонларга асосланган ҳолда ташхис қўйиш, унинг жаррохлик ёндашувларини олдиндан аниқлаб олишга ва ўз навбатида кейинги клиник натижаларни ижобий яқун топишига кўмаклашади. Бизнинг клиник натижаларимиз, бу йўналишда олиб борилаётган ишларда ҳали кўп илмий тадқиқотлар зарурлигини кўрсатади ва қуйидаги бирламчи хулосаларга олиб келди.

Хулосалар:

1. Тўғирланувчи чов-ёрғоқ чурралари ўлчам ва анамнезига қарамасдан, ТАРР амалиёти бажарилиши лозим. Интраопера-

цион чурра дарвозасининг ўлчамлари катта бўлганлиги аниқланганда, албатта дарвозани интракорпорал чоклар билан тикиб кейин кенг протез махсулотини преперитонеал соҳага ўрнатиш лозим. Чурра қоши катта бўлган беморларда, ёрғоқ гематома-сини олдини олиш мақсадида ёрғоқ қошига кесмача билан резинали чиқаргич қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади

2. Чов-ёрғоқ чурраларида, тана антропометрик параметрлари ва клиник мезонлар асосида ЧЕ–I, II, III, IV даражаларига бўлиб олиш керак. Бунда ЧЕ–I бўлган беморларда тўлиқ TAPP усулида чурра барта-раф этилади. ЧЕ–II лапароскопия вақтида техник қийинчиликлар туғилса Hand assist усулидан фойдаланган ҳолда амалиётни ба-жариш яхши натижа беради. ЧЕ – III да чурра махсулоти катта чарвидан бошқа аъзо бўладиган бўлса Hand assist усулидан фойдаланилиш керак, агар кучли битиш-мали жараён бўлиб аъзо зарарланиши юзага келса Лихтенштейн амалиёти тавсия берилади. ЧЕ – IV даражасида беморларга очик усулда аллопластика қилиш мақсадга муво-фиқ бўлади.

3. Кам инвазив технологиялар билан чурра кесиш анъанавий аллопластикалар-дан воз кечишни талаб қилмайди ва унинг алоҳида устунликлари борлигини кўрса-тади. Умумий оғриқсизлантиришга қарши кўрсатма мавжуд бўлган ҳолатда, ҳамда чов-ёрғоқ чурраларининг туғма турларида клиник жихатдан очик алопластикадан фойдаланиш устунлик қилиши билан бир вақтда, орхидэпидидимитни ривожлани-шини олдини олувчи консерватив чора тадбирлар буюриш лозим бўлади.

Адабиётлар.

1. Ahmad G., O'Flynn H., Duffy J.M. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022; 2: 65-83.

2. Belyansky I., Tsirlina V.B., Klima D.A. et al. Prospective, comparative study of postoperative quality of life in TEP, TAPP and modified Lichtenstein repairs. *Ann Surg.* 2021; 2; 78-85.

3. Bittner R., Schmedt C.G., B.J. Leibl. Early postoperative and 1-year results of a randomized controlled trial comparing the impact

of extralight titanized polypropylene-mesh or traditional heavyweight polypropylene-mesh on pain and seroma production in laparoscopic hernia repair (TAPP). *World J Surg.* 2021; 35: 1791-1797.

4. Blanc P., Meyer A., Delacoste F., Atger J. Traitement des Hernies Inguinales par Coelioscopie parla voie Totalement Extraperitoneale (TEP): la distance ombilico-pubienne influence-telle la technique? *Eur J Laparoscopy.* 2021; 79: 1-4.

5. Bokeler U., Schwarz J., Bittner R. et al. Teaching and training in laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) - impact of the learning curve on patient's outcome. *Surg Endosc.* 2020; 2: 131-138.

6. Chastan P. Tension-free open hernia repair using an innovative self-gripping semi-resorbable mesh. *Hernia.* 2019; 13: 137-142.

7. Chung L., Norrie J., O'Dwyer P.J. Long-term follow-up of patients with a painless inguinal hernia from a randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2020; 3: 16-27.

8. Currie A., Andrew H., Tonsi A. et al. Lightweight versus heavyweight mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: a meta-analysis. *Surg Endosc.* 2022; 26 (8): 2126-2133.

9. Douek M, Smith G, Oshowo A, et al. Prospective randomized controlled trial of laparoscopic versus open inguinal hernia mesh repair: five year follow up. *Br Med J* 2020; 326: 1012–1013.

10. Eerie U.B., Mark L.A. Prosthetic material in inguinal hernia repair How do I choose? *Surg Clin N Am.* 2018; 88:179-201.

11. Hocaoglu Y., Bastian P., Buchner A. et al. Impact of previous mesh hernia repair on the performance of open radical prostatectomy - complications and functional outcome. *BJU Int.* 2020; 106 (11): 1628-31.

12. Iuamoto L.R., Kato J.M., Meyer A. et al. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hemioplasty using two trocars: anatomical landmarks and surgical technique. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2021; 28 (2): 121-123.

13. Kavic S.M. Laparoscopic versus open repair: a superior approach to inguinal herniorrhaphy? *OA Minimally Invasive Surgery.* 2023; 1: 1.

14. Messenger D.E., Vipond M.N. Five-year prospective follow-up of 430 laparoscopic

totally extraperitoneal inguinal hernia repairs in 275 patients. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020; 92 (3): 201-5.

15. Meyer A., Dulucq J., Mahajna A. Laparoscopic hernia repair: Nonfixation mesh is feasibly? *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2022; 26 (1): 27-30.

16. Sajid M.S., Kalra L., Paramalli U. et al. A systematic review and metaanalysis evaluating the effectiveness of lightweight mesh against heavyweight mesh in influencing the incidence of chronic groin pain following laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg.* 2022; 3: 623-625.

17. Simon M.R. Auenacker T., Bay-Nielsen M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia.* 2019; 13: 343-403.

18. Tzovaras G., Symeonidis D., Koukoulis G. et al. Long-term results after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair under spinal anesthesia. *Hernia.* Dec. 2022; 16 (6): 641-645.

19. Wauschkuhn C.A, Schwarz J., Boekeler U. et al. Laparoscopic inguinal hernia repair: gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc.* 2020; 24: 3026-3030.