



Болтаев Бехзодбек Матёкуб ўғли, Турғунов Икром Фарход ўғли, Сафаров Ахрор Зувайдуллаевич, Собиров Жасур Гайбуллаевич
Миллий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Болтаев Бехзодбек Матёкуб углы, Турғунов Икром Фарход углы, Сафаров Ахрор Зувайдуллаевич, Собиров Жасур Гайбуллаевич
Национальный медицинский центр, Республика Узбекистан, г. Ташкент

HYBRID TREATMENT OF RIGHT-SIDED INGUINOSCROTAL HERNIA: A CASE REPORT

Boltaev Bekhzodbek Matekub ugli, Turgunov Ikrom Farkhod ugli, Safarov Akhror Zuvaydullaevich, Sobirov Jasur Gaibullaevich
National Medical Center, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: bekhzodbekboltaev1995@gmail.com

Резюме. Катта чов-ёрғоқ чурралари чурра халтасини ажратиши, унинг таркибини қорин бўшилигига қайтариши, уруғ тизимчаси элементларини шикастламасдан сақлаш ва операциядан кейинги серома хавфини камайитиши нуқтаи назаридан мураккаб клиник ҳолат ҳисобланади. Стандарт трансабдоминал преперитонеал герниопластика (TAPP) ни бажариши техник жиҳатдан қийин бўлган вазиятларда лапароскопик орқа ёндашувни чекланган олдинги ёндашув билан бирлаштирувчи гибрид усул муқобил тактика бўлиши мумкин. 52 ёшли эркакда беш йилдан ортиқ давом этган, аста-секин катталашиб ёрғоққа тушган ўнг томонлама чов-ёрғоқ чурраси ва маҳаллий оғриқ кузатилди. Ҳамроҳ касаллик сифатида II босқич гипертензия касаллиги қайд этилди. Умумий эндотрахеал анестезия остида гибрид герниопластика бажарилди. Операциядан кейинги давр асоратсиз кечди; бемор 3-суткада қониқарли ҳолатда амбулатор кузатувга чиқарилди. 18 ойлик кузатув даврида чурра рецидиви, сурункали оғриқ ва жинсий функция бузилиши аниқланмади. Ушбу клиник ҳолат йирик ва қийин қайтариладиган чов-ёрғоқ чурраларида гибрид TAPP ёндашуви техник жиҳатдан амалга оширилиши мумкинлигини ва қониқарли яқин ҳамда ўрта муддатли натижа беришини кўрсатади.

Калим сўзлар: чов-ёрғоқ чурраси; TAPP; гибрид ёндашув; герниопластика; клиник ҳолат.

Abstract. Large inguinoscrotal hernias are technically challenging because of difficult hernia-sac dissection, reduction of hernia contents into the abdominal cavity, preservation of spermatic-cord structures, and prevention of postoperative seroma. When standard transabdominal preperitoneal repair (TAPP) is technically difficult, a hybrid approach combining a laparoscopic posterior approach with a limited anterior approach may be a reasonable alternative. A 52-year-old man presented with a right-sided inguinoscrotal hernia of more than five years' duration that had progressively enlarged and descended into the scrotum, accompanied by local pain. Stage II hypertension was recorded as a comorbidity. Hybrid hernioplasty was performed under general endotracheal anesthesia. The postoperative course was uneventful, and the patient was discharged in satisfactory condition on postoperative day 3 for outpatient follow-up. During 18 months of follow-up, no hernia recurrence, chronic pain, or sexual dysfunction was observed. This case suggests that a hybrid TAPP approach is technically feasible for large, difficult-to-reduce inguinoscrotal hernias and may provide satisfactory short- and mid-term outcomes.

Keywords: inguinoscrotal hernia; TAPP; hybrid approach; hernioplasty; case report.

Кириш. Чов чуррасини жарроҳлик йўли билан бартараф этиш умумий жарроҳликда энг кўп бажариладиган операциялардан бири ҳисобланади. HerniaSurge халқаро тавсияларига

кўра, жарроҳнинг етарли тажрибаси ва зарур техник имкониятлар мавжуд бўлганда лапароэндоскопик усуллар чов чуррасини даволашнинг асосий вариантларидан бири

хисобланади [5, 7]. Трансабдоминал преперитонеал герниопластика (ТАРР) қорин бўшлиғи томонидан анатомик ориентирларни кенг кўриш, миопектинеал тешикнинг заиф соҳаларини етарли ўлчамдаги имплант билан қоплаш ва зарурат бўлганда қарама-қарши чов соҳасини баҳолаш имконини беради [3, 5].

Йирик чов-ёроқ чурраларида чурра халтаси билан уруғ тизимчаси элементлари ўртасидаги битишмалар, чурра таркибини қорин бўшлиғига қайтариш қийинлиги ва дистал чурра халтасининг катта ўлчами операцияни техник жиҳатдан мураккаблаштиради. Адабиётларда «гигант» чов-ёроқ чурраси бемор тик турган ҳолатда сон ички юзасининг ўрта нуқтасидан пастга тушадиган чурра сифатида таърифланади [8, 9]. Мазкур беморда $25 \times 10 \times 10$ см (тахминан 2500 см^3) ўлчамли чурра аниқланган бўлиб, у клиник жиҳатдан йирик чов-ёроқ чурраси сифатида баҳоланди.

Қийин қайтариладиган чов чурраларида стандарт ТАРРнинг айрим босқичларини чекланган олдинги кириш билан бирлаштириш гибрид ёндашув сифатида қўлланилиши мумкин. Ретроспектив маълумотлар бундай тактиканинг техник жиҳатдан бажарилиши мумкинлигини кўрсатган бўлса-да, далиллар ҳажми ҳозирча чекланган ва операция техникаси тўлиқ стандартлаштирилмаган [10]. Ушбу мақоланинг мақсади йирик, қийин қайтариладиган ўнг томонлама чов-ёроқ чуррасини гибрид ТАРР усулида даволаш техникаси ва 18 ойлик клиник натижасини баён қилишдан иборат. Клиник ҳолатни тақдим этишда CARE тавсияларининг асосий тамойиллари инобатга олинди [4].

Клиник ҳолат.

Бемор ҳақида умумий маълумот. 52 ёшли эркак бемор ўнг чов соҳасидан ёроққа тушувчи ҳажмли бўртма ва шу соҳадаги оғриқ шикоят билан 2025 йил январь ойида Миллий тиббиёт марказининг Трансплантология ва ангиохирургия бўлимига ётқизилди. Анамнезига кўра, чурра беш йилдан ортиқ вақт давомида мавжуд бўлиб, аста-секин катталашган ва ёроққа тушган. Бемор илгари қорин бўшлиғи аъзоларида операция ўтказмаган. Дори воситалари ва озиқ-овқат маҳсулотларига аллергия реакциялар қайд этилмаган. Бемор кунига бир неча дона сигарета чекишини билдирди.

Объектив кўрик. Қабул вақтида тана ҳарорати $36,6^\circ\text{C}$, артериал босим 140/80 мм симоб устун, юрак уриш тезлиги 88 марта/дақ, нафас олиш сони 18 марта/дақ ва SpO_2 96–98% эди. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз, қорин пардаси таъсирланиш белгилари аниқланмади. Маҳаллий кўрикда ўнг чов-ёроқ соҳасида $25 \times 10 \times 10$ см (тахминан 2500 см^3) ўлчамли, қорин бўшлиғига қийин қайтариладиган чурра аниқланди. Чурра

дарвозаси 3×3 см (9 см^2), йўтал турткиси мусбат, чурра устидаги тери ўзгармаган. Чап чов соҳасида чурра белгилари аниқланмади (1-расм).



Расм 1. Операциядан олдинги кўриниш: ўнг томонлама йирик чов-ёроқ чурраси

Лаборатор-инструментал текишувлар.

Умумий қон таҳлилида гемоглобин 154 г/л , лейкоцитлар $10,49 \times 10^9/\text{л}$ ва тромбоцитлар $296 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил қилди. Креатинин 128 мкмоль/л , мочевино $10,0 \text{ ммоль/л}$, глюкоза $6,4 \text{ ммоль/л}$ эди. Коагулограммада протромбин индекси 60%, халқаро нормаллаштирилган нисбат (INR) 1,70 ва фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти 52 сония қайд этилди. Биокимёвий таҳлилда АЛТ $37,0 \text{ Ед/л}$, АСТ $26,0 \text{ Ед/л}$, умумий билирубин $17,6 \text{ мкмоль/л}$ бўлди. Электрокардиографияда чап қоринча гипертрофияси белгилари, эхокардиографияда чап қоринча миокарди деворлари гипертрофияси ва сақланган глобал систолик функция (чиқариш фракцияси 59%) аниқланди. Кўкрак қафаси рентгенографиясида ўчоқли ёки инфильтратив ўзгаришлар кузатилмади. Ультратовуш текширувида қорин бўшлиғида клиник аҳамиятли эхопатология аниқланмади, чап чов соҳаси интакт эди.

Клиник таъхис: ўнг томонлама йирик чов-ёроқ чурраси (ЕНС таснифи бўйича рL3). Ҳамроҳ касаллик: гипертония касаллиги II босқич, артериал гипертензия 1-даража, хавф 2. Бемор кардиолог ва анестезиолог томонидан кўрикдан ўтказилди; режали операцияга мутлақ қарши кўрсатмалар аниқланмади.

Операция баёни. Бемор операция столида орқаси билан ёткизилди; ичак ковузлоқларини кичик чанокдан юқорига силжитиш мақсадида стол 30° Тренделенбург ҳолатига келтирилди (оёқ қисми кўтарилган) ва жарроҳлар бригадаси томонига 15° бурилди. Оёқлар бирлаштирилди, қўллар 90° га очилди. Умумий эндотрахеал анестезия остида қорин олд деворига повидон-йод (Betadine) билан ишлов берилди.

Posterior approach. Киндикдан бироз юқорида 1,0 см вертикал кесма қилиниб, 10 мм ли троакар ўрнатилди (2-расм). Ушбу порт орқали қорин бўшлиғига CO₂ юборилиб, пневмоперитонеум босими 15 мм симоб устунида ушлаб турилди. Қорин бўшлиғи ревизиясида жигар, ўт пуфаги, ошқозон, талоқ, ингичка ва йўғон ичаклар, катта чарви ҳамда париетал қорин пардада кўзга кўринарли патологик ўзгаришлар аниқланмади. Ўнг чов соҳасининг латерал чуқурчасида диаметри тахминан 3,0 см бўлган қийшиқ чурра аниқланди; герниоскопияда чурра халтаси ёрғоққа тушгани ва унинг тубига лапароскопик йўл билан етиб бориш қийинлиги кузатилди. Медиал чуқурча интакт, чап чов соҳасида чурра аниқланмади. Ўнг тўғри қорин мушагининг латерал чети бўйлаб биринчи троакар сатҳида 10 мм ли, чап тўғри қорин мушагининг латерал чети бўйлаб киндикдан 2,0 см пастда 5 мм ли қўшимча троакарлар ўрнатилди (2-расм). Чурра дарвозасидан 5,0 см латералда париетал қорин парда очилиб, кесма медиал киндик бурмасигача давом эттирилди. Богрос ва Ретциус бўшлиқлари шакллантирилди. Чурра халтаси уруғ тизимчаси ва чов канали девори билан зич битишгани сабабли диссекция техник жиҳатдан қийин кечди. 15 дақиқа давомида уруғ тизимчаси элементларини хавфсиз визуализация қилишнинг имкони бўлмади. Шу сабабли бўлим раҳбари, бўлим мудир ва операция бригадаси иштирокида интраоперацион консилиум ўтказилиб, гибрид усулга ўтиш тўғрисида қарор қабул қилинди.

Posterior approach → Anterior approach: Чов каналининг ташқи халқаси соҳасида чов каналига параллел 3,0 см кесма қилинди (2-расм). Ташқи қийшиқ қорин мушаги апоневрози толалари йўналиши бўйлаб 3,0 см узунликда очилди. Инсуффляция ва герниоскопия ёрдамида чурра халтаси аниқланиб, чов каналининг ички халқасигача уруғ тизимчаси элементлари ва кремастер мушагидан эҳтиёткорлик билан ажратилди. Чурра халтаси бўйни тикилиб боғланди ва халтанинг ортиқча қисми резекция қилинди. Гемостаз тўлиқ таъминланди. Ташқи қийшиқ мушак апоневрози узлуксиз чок билан ташқи чов халқаси бир бармоқ ўтказадиган даражада қолдирилган ҳолда тиклан-

ди. Томпсон фасцияси узлуксиз чок билан, тери эса тугунли чоклар билан ёпилди.

Anterior approach → Posterior approach: Париетал қорин парда тўлиқ пастга мобилизация қилиниб, медиал ва латерал чуқурчалар, сон канали ҳамда ёпқич тешик соҳаси визуализация қилинди. Чов каналининг ички халқаси латерал томондан тикилиб, диаметри тахминан 1,0 см қолдирилди. Миопектинеал соҳанинг юқорида қайд этилган барча заиф зоналарини етарлича қоплаш мақсадида 15×10 см ўлчамли, зичлиги 38–45 г/м² бўлган «Esfil» полипропилен тўрли импланти преперитонеал жойлаштирилди. Имплантнинг медиал юқори ва пастки, шунингдек латерал юқори бурчаклари тугунли чоклар билан фиксация қилинди (3-расм). Қорин парда бутунлиги узлуксиз чок билан тикланди. Гемостаз қониқарли, асбоблар ва салфеткалар ҳисоби тўғри. Чап томондаги 5 мм ли порт орқали қорин бўшлиғи дренажланди (2-расм), сўнг десуффляция бажарилди. Терига тугунли чоклар қўйилиб, антисептик ишлов ва асептик боғлам қўйилди.

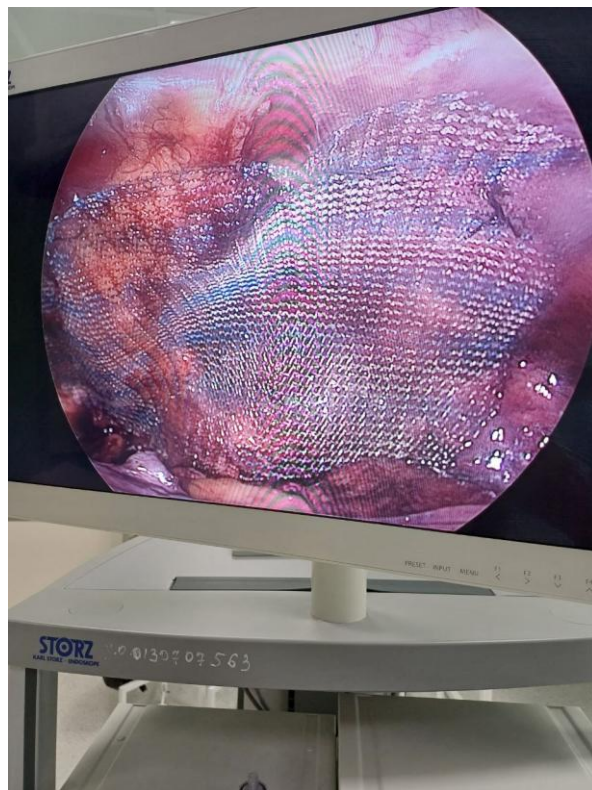
Операция давомийлиги 60 дақиқа, интраоперацион қон йўқотиш 5–10 мл ни ташкил қилди. Операция бригадаси икки нафар жарроҳдан иборат эди.

Операциядан кейинги давр. Эрта операциядан кейинги даврда гемодинамик кўрсаткичлар барқарор бўлди, қорин пардаси таъсирланиш белгилари кузатилмади. Дренаж орқали биринчи суткада 10 мл, иккинчи суткада 5 мл сероз ажралма келди. Биринчи суткада ичак фаолияти тикланди. Иккинчи суткада ўтказилган ультратовуш текширувида қорин бўшлиғида эркин суюқлик аниқланмади ва дренаж олиб ташланди. Жароҳатлар бирламчи битиш билан, маҳаллий асоратларсиз кечди. Операциядан кейинги оғриқ визуал аналог шкала (VAS, 0–10 балл) бўйича баҳоланди. Таққослаш учун Agarwal ва ҳаммуаллифларнинг Лихтенштейн герниопластикасида кейинги Prolene гуруҳи бўйича эълон қилинган ўртача VAS кўрсаткичларидан фойдаланилди [1]. Ушбу беморда 1-, 7-, 30- ва 180-кунларда VAS кўрсаткичлари мос равишда 4, 2, 0 ва 0 баллни ташкил қилди (4-расм).

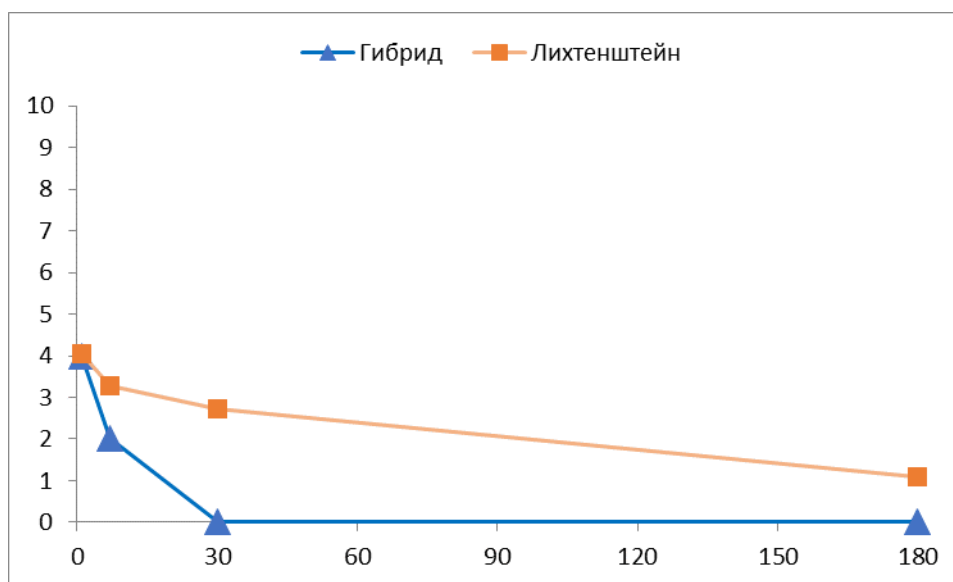
Жинсий алоқа вақтида оғриқ ва дизэякуляция белгилари операциядан олдин ҳам, операциядан кейинги кузатув даврида ҳам аниқланмади. Бемор шифохонада 3 ўрин-кун даволаниб, қониқарли ҳолатда яшаш жойи бўйича жарроҳ назоратига чиқарилди. 18 ойлик кузатувда чурра рецидив, сурункали чов оғриғи ва жинсий функция бузилиши қайд этилмади.



Расм 2. Троакарлар ва чекланган олдинги кириш кесмаси жойлашуви



Расм 3. Преперитонеал полипропилен тўрли имплантнинг жойлаштирилиши



Расм 4. Гибрид усулда даволанган бемор ва Agarwal ва ҳаммуаллифлар [1] маълумотларидаги Лихтенштейн герниопластикаси (Prolene гуруҳи)дан кейин VAS бўйича оғриқ динамикаси

Муҳокама. Йирик чов-ёрғоқ чурраларида жарроҳлик тактикасини танлаш фақат чурра дарвозасининг ўлчамига эмас, балки чурра халтасининг ҳажми, чурра таркибининг қорин бўшлиғига қайтарилиш даражаси, уруғ тизимчаси билан муносабати, чурра таркиби ва жарроҳнинг лапароскопик тажрибасига ҳам боғлиқ. Катта ёки узок йиллар давом этган чурраларда халтанинг дистал қисми билан агрессив манипуляция қилиш гематома, серома, ишемик орхит ва уруғ тизимчаси шикастланиши хавфини ошириши мумкин [8, 9].

TAPP анатомик тузилмаларни тўлиқроқ кўриш ва миопектинеал тешикнинг барча заиф зоналарини кенг тўрли имплант билан қоплаш имконини беради [3, 5]. Бироқ йирик, зич битишган ёки қорин бўшлиғига қийин қайтариладиган чурра халтасини фақат лапароскопик йўл билан хавфсиз ажратиш ҳар доим ҳам мумкин эмас. Гибрид TAPP ёндашувида лапароскопик орқа босқич анатомик ревизия, преперитонеал диссекция ва имплантни жойлаштириш учун, чекланган олдинги босқич эса чурра халтаси ва уруғ тизимчаси элементларини хавфсиз ажратиш учун

қўлланади. Бундай стратегия битта ёндашувни мажбуран давом эттириш ўрнига ҳар бир кириш йўлининг афзал жиҳатларидан мақсадли фойдаланишга имкон беради.

Kotidis ва ҳаммуаллифлар 50 нафар йирик чов-ёрғоқ чурраси бўлган эркак беморда ТАРП натижаларини таҳлил қилган. Муаллифлар катта нуқсонларда имплант конфигурациясини мослаштирган ва қисқа муддатли натижаларни қониқарли деб баҳолаган; кузатувда бир рецидив ва бир ёрғоқ гематомаси қайд этилган [6]. Бу техника биз қўллаган гибрид усул билан айнан бир хил бўлмаса-да, йирик чов-ёрғоқ чурраларида лапароскопик ТАРПнинг техник жиҳатдан амалга оширилиши мумкинлигини тасдиқлайди. Fang ва ҳаммуаллифлар йирик чов-ёрғоқ чурраларида ТАРПдан кейин дистал чурра халтасини дренажлаш серома частотасини камайтириши мумкинлигини кўрсатган [2].

HerniaSurgening янгиланган тавсияларида бирламчи чов чуррасида тегишли малака ва ресурслар мавжуд бўлганда лапароэндоскопик усуллар операциядан кейинги оғриқ ва тикланиш муддати нуқтаи назаридан мақбул вариантлардан бири сифатида кўрсатилади [7]. Шу билан бирга, йирик чов-ёрғоқ, қийин қайтариладиган ва гибрид операцияларга оид юқори даражали далиллар етарли эмас. Шунинг учун амалдаги тавсияларни мураккаб анатомия, беморнинг индивидуал хавфлари ва жарроҳ тажрибасини ҳисобга олган ҳолда қўллаш зарур.

Мазкур клиник ҳолатнинг аҳамиятли жиҳати шундаки, узоқ йиллар давом этган, йирик ва қийин қайтариладиган ўнг томонлама чов-ёрғоқ чурраси лапароскопик асосдаги гибрид усул билан муваффақиятли бартараф этилди ва 18 ойлик кузатув даврида рецидив ёки бошқа клиник аҳамиятли кечки асоратлар қайд этилмади. Бироқ бу ягона клиник кузатув бўлгани учун усулнинг самарадорлиги ва хавфсизлиги тўғрисида умумлаштирилган хулоса чиқариш мумкин эмас; бунинг учун каттароқ клиник сериялар ва қиёсий тадқиқотлар талаб этилади.

Хулоса. Йирик ва қийин қайтариладиган ўнг томонлама чов-ёрғоқ чуррасида гибрид ТАРП герниопластика техник жиҳатдан муваффақиятли бажарилди. Гибрид ёндашув мураккаб чурра халтасини чекланган олдинги кириш орқали хавфсиз бошқаришни лапароскопик преперитонеал протезлаш билан бирлаштириш имконини берди. Натижада қорин бўшлиғини ревизия қилиш, миопектинеал соҳанинг заиф зоналарини тўрли имплант билан қоплаш ва операциядан кейинги кам инвазив тикланиш каби лапароскопик усулнинг афзалликлари сақланди. 18 ойлик кузатувда рецидив, сурункали оғриқ ва жинсий функция бузилиши аниқланмади. Усулнинг устунликларини

ишончли баҳолаш учун кўпроқ беморларни қамраб олган проспектив тадқиқотлар зарур.

Адабиётлар:

1. Agarwal PK, Sutrave T, Kaushal D, Vidua R, Malik R, Maurya AP. Comparison of postoperative chronic groin pain after repair of inguinal hernia using nonabsorbable versus absorbable sutures for mesh fixation. *Cureus*. 2023;15(2):e35562. doi:10.7759/cureus.35562. PMID:36874312; PMCID:PMC9977202.
2. Fang H, Lin R, Lin X, Lu F, Yang Y, Wang C, Chen Y, Huang H. Drainage decreases the seroma incidence in laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair for large inguinoscrotal hernias. *Asian J Surg*. 2021;44(3):544–548. doi:10.1016/j.asjsur.2020.11.003. PMID:33191072.
3. Furtado M, Claus CMP, Cavazzola LT, Malcher F, Bakonyi-Neto A, Saad-Hossne R. Systemization of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) based on a new anatomical concept: inverted Y and five triangles. *Arq Bras Cir Dig*. 2019;32(1):e1426. doi:10.1590/0102-672020180001e1426. PMID:30758474; PMCID:PMC6368153.
4. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *J Med Case Rep*. 2013;7:223. doi:10.1186/1752-1947-7-223. PMID:24228906; PMCID:PMC3844611.
5. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22(1):1–165. doi:10.1007/s10029-017-1668-x. PMID:29330835; PMCID:PMC5809582.
6. Kotidis E, Tatsis D, Bitsianis S, Mantzoros I, Angelopoulos S. Laparoscopic repair of large inguinoscrotal hernias with combined use of plug and flat mesh. *Hippokratia*. 2021;25(1):38–41. PMID:35221654; PMCID:PMC8877923.
7. Stabilini C, van Veenendaal N, Aasvang E, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management. *BJS Open*. 2023;7(5):zrad080. doi:10.1093/bjsopen/zrad080. PMID:37862616.
8. Staubitz JJ, Gassmann P, Kauff DW, Lang H. Surgical treatment strategies for giant inguinoscrotal hernia: a case report with review of the literature. *BMC Surg*. 2017;17:135. doi:10.1186/s12893-017-0331-x.
9. Trakarnsagna A, Chinswangwatanakul V, Methasate A, et al. Giant inguinal hernia: report of a case and reviews of surgical techniques. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(11):868–872. doi:10.1016/j.ijscr.2014.10.042. PMID:25462054.
10. Zhang H, Cao Z, Cao J, Chen J, Liu Y, Wang M. Transabdominal preperitoneal versus hybrid procedures for treating irreducible inguinal hernias: a retrospective controlled study. *Asian J Surg*.

ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Болтаев Б.М., Тургунов И.Ф., Сафаров А.З.,
Собиров Ж.Г.

Резюме. Большие пахово-мошоночные грыжи представляют технически сложную клиническую ситуацию вследствие трудностей выделения грыжевого мешка, вправления его содержимого в брюшную полость, сохранения элементов семенного канатика и профилактики послеоперационной серомы. Когда выполнение стандартной трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (TAPP) технически затруднено, альтернативой может служить гибридный подход, сочетающий лапароскопический задний доступ с ограниченным передним доступом. У 52-

летнего мужчины отмечалась правосторонняя пахово-мошоночная грыжа, существовавшая более пяти лет, постепенно увеличивавшаяся и опускавшаяся в мошонку, с локальным болевым синдромом. Сопутствующим заболеванием была гипертоническая болезнь II стадии. Под общей эндотрахеальной анестезией выполнена гибридная герниопластика. Послеоперационный период протекал без осложнений; на 3-и сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение. За 18 месяцев наблюдения рецидива грыжи, хронической боли и нарушений сексуальной функции не выявлено. Клиническое наблюдение показывает, что гибридный TAPP-подход при крупных и трудно вправимых пахово-мошоночных грыжах технически выполним и может обеспечивать удовлетворительные ближайшие и среднесрочные результаты.

Ключевые слова: пахово-мошоночная грыжа; TAPP; гибридный подход; герниопластика; клинический случай.