

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 2, 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ	HELPING A PRACTITIONER	
Каримова Н.С., Исроилов Б.С., Агзамов О.А., Цой М.А., Мирзаев Д.О. АППЛИКАЦИОННАЯ БРАХИТЕРАПИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ С ПРОДОЛЖЕННЫМ РОСТОМ ОПУХОЛИ В РСНПМЦОИР (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	Karimova N.S., Isroilov B.S., Agzamov O.A., Tsoi M.A., Mirzaev D.O. APPLICATION BRACHYTHERAPY FOR SQUATIOUS CELL SKIN CANCER WITH PROGRESSIVE TUMOR GROWTH IN RSSPMCOANDR (CLINICAL CASE)	233
Рустамова Х.М., Қахарова К.А., Искандаров К.З., Расулова И.Р. КАЗАБАХ – МЕРИТТ СИНДРОМИНИ МУВАФФАҚИЯТЛИ ДАВОЛАШ(АМАЛИЁТДА УЧ-РАГАН ҲОЛАТЛАР)	Rustamova Kh.M., Kakharova K.A., Iskandarov K.Z., Rasulova I.R. SUCCESSFUL TREATMENT OF KAZABACH – MERRITT SYNDROME (CASE STUDIES)	238
Хакимов М.Ш., Халиков С.П., Хусинов Д.О., Рахмонов У.Р., Эшкүзиев М.Ш., Урманова Н.М., Худойбердиев С.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ СЕРОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	Khakimov M.Sh., Khalikov S.P., Khusinov D.O., Rakhmonov U.R., Eshkuziev M.Sh., Urmonova N.M., Xudoyberdiyev S.S. CLINICAL CASE OF GI-GANT SEROMA AS A COMPLICATION LAPA-ROSCOPIC HERNIOPLASTY	243

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ СЕРОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Хакимов М.Ш., Халиков С.П., Хусинов Д.О., Рахмонов У.Р., Эшқузиёв М.Ш.,
Урманова Н.М., Худойбердиев С.С.

LAPAROSKOPIK GERNIOPLASTIKANING ASORATI SIFATIDA YIRIK SEROMANING KLINIK HOLATI

Hakimov M.Sh., Xoliqov S.P., Xusinov D.O., Rahmonov U.R., Eshqo'ziev M.Sh.,
Urmanova N.M., Xudoyberdiev S.S.

CLINICAL CASE OF GIGANT SEROMA AS A COMPLICATION LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY

Khakimov M.Sh., Khalikov S.P., Khusinov D.O., Rakhmonov U.R., Eshkuziev M.Sh.,
Urmonova N.M., Xudoyberdiyev S.S.

Ташкентская медицинская академия

Laparoskopik gernioplastika tavsiflanadi, kamchiliklari va asoratlari tahlil qilinadi. Shaxsiy tajribaga asoslanib, mualliflar endovideosurgikal gernioplastika ikki tomonlama inguinal churrasi bo'lgan keksa bemorlarda jarrohlik davolash uchun tanlov usuli hisoblanadi degan xulosaga kelishadi.

Kalit so'zlar: inguinal churra, TAPP gernioplastika, seroma.

Laparoscopic hernioplasty is described, disadvantages and complications are analyzed. Based on personal experience, the authors conclude that endovideosurgical hernioplasty is the method of choice for surgical treatment in elderly patients with bilateral inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia, TAPP hernioplasty, seroma.

В лечении паховых грыж все чаще используется малоинвазивная хирургия, для которой характерны малые доступы с минимальной агрессией на окружающие ткани и структуры, быстрая реабилитация больного после оперативного вмешательства, уменьшение периода восстановления, а также частоты и тяжести послеоперационных осложнений [3-6,11].

Небольшой опыт выполнения лапароскопических вмешательств при паховых грыжах показывает специфичность выявляемых осложнений в послеоперационном периоде. Но в целом частота послеоперационных осложнений после пластики паховой грыжи достигает 8% [1,2,7,10], при этом конкретные случаи зависят от клинических обстоятельств, при которых была выполнена пластика, а также от локализации и типа грыжи [8,9,12,13].

При паховых грыжах неотложные оперативные вмешательства обуславливают более высокий уровень осложнений по сравнению с плановыми операциями [13]. Из 1034 пластик паховой грыжи общая частота осложнений составила 17% при экстренной пластике пахового канала и 5,1% – при плановом вмешательстве [2]. При пластике рецидивной грыжи осложнений больше, чем при первичной пластике грыжи. В исследованиях, сравнивающих открытую и лапароскопическую герниопластику, общая частота осложнений одинакова, однако природа осложнений различается [8,9].

Лапароскопическая пластика паховой грыжи (TEP, TAPP) сопряжена с такими послеоперационными осложнениями, как инфекция, кровотечение, осложнение со стороны мочевого пузыря и мочевыводящих путей, острые и хронические болевые осложнения, осложнение со стороны семенного ка-

натика, серомы, рецидивы, желудочно-кишечные осложнения и осложнения, связанные с общей анестезией [1,8,11].

Серома – один из наиболее частых осложнений лапароскопической пластики паховой грыжи, частота возникновения которого составляет от 25 до 60% от общего количества неудовлетворительных результатов [10]. После пластики у пациентов может появиться временное скопление жидкости в том же месте, где раньше была грыжа. Если данное осложнение развивается, это происходит примерно через неделю после операции и может длиться месяцами. По объему серома может достигать больших размеров и выглядеть как грыжа. Некоторые могут ошибочно принять это за рецидивную грыжу. Во многих случаях это осложнение ликвидируется самостоятельно и рассасывается со временем. Очень редко персистирующие большие серомы, длящиеся более 4-6 месяцев, требующие операции в качестве лечения. Чрескожное дренирование следует проводить с осторожностью, так как существует риск превращения стерильной серомы в абсцесс.

Цель исследования

Улучшение результатов лапароскопической герниопластики у больных с двусторонней паховой грыжей, у которых после операции развилась гигантская серома.

Материал и методы

За период с 2012 по 2022 гг. на базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 Ташкентской медицинской академии выполнено 632 лапароскопических герниопластик при паховых грыжах. Среди послеоперационных осложнений, требующих хирургической коррекции в раннем послеоперационном периоде были гематома в паховой

области и мошонки (7), рецидив грыжи (2), кровотечение в брюшную полость (2), серомы паховой области (9). При развитии гематомы объем повторной операции заключался во вскрытии гематомы паховых доступом, в случаях рецидива произведена операция Лихтенштейна, при кровотечении в брюшную полость выполнена повторная лапароскопия с санацией и гемостазом лапароскопическим способом, при развитии серомы у 8 больных произведена пункция под контролем УЗИ, у 1 выполнены лапароскопическое вскрытие и санация серомы паховой области.

Клинический пример. Больной Т., 61 год, поступил 14.04.2022 г. (и/б №1632) с жалобами на наличие выпячивания в правой паховой области, которое увеличивается в горизонтальном положении при физической нагрузке. Из анамнеза: страдает паховой грыжей в течение 3-х лет. Отмечается тенденция к увеличению размера грыжи. Локально в правой паховой области имеется грыжевое выпячивание округлой формы размером 6,0х3,5 см, мягкой консистенции, которое вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный. Грыжевое выпячивание в мошонку не опускается.

Больной в клинике обследован. Со стороны внутренних органов и систем патологии не выявлено, лабораторные показатели крови и мочи в пределах нормальных значений. Со стороны инструментальных методов исследования (УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование, ЭКГ, ЭхоКС, доплерография сосудов нижних конечностей) изменений не выявлено.

После планового обследования больному 16.04.2022 г. под общим интубационным наркозом произведена лапароскопическая герниопластика методом ТАРР справа. Технических погрешностей при выполнении хирургического вмешательства не отмечалось.

В послеоперационном периоде проводилось традиционное ведение согласно установленным стандартам послеоперационного ведения хирургических больных. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 5-е сутки после операции на амбулаторное восстановление.

На 12-е сутки у больного появилась припухлость в паховой области справа. Болевого синдрома не отмечалось, температурной реакции не было, физиологические отправления были в норме, в связи с чем пациент не обращался за медицинской помощью. Спустя месяц после операции из-за постепенного увеличения образования в паховой области с распространением процесса на переднюю брюшную стенку пациент обратился и был госпитализирован в хирургический стационар.

При локальном осмотре отмечается припухлость в правой паховой области, которое распространяется в правую половину живота. Пальпаторно образование достигает уровня пупка, плотноэластиче-

ской консистенции, безболезненное при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет.

Общий анализ крови: Нв – 105 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, цв. пок. – 0,98, тр. – 220×10^9 /л, л. – $10,9 \times 10^9$ /л, п. – 7%, с. – 71%, эоз. – 1%; лимф. – 11%, мон. – 1%, СОЭ – 18 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, билирубин – 12 ммоль/л, АЛТ – 0,5 ммоль/л, АСТ – 0,4 ммоль/л, мочевины – 9,5 ммоль/л, креатинин 104 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ – 90%, МНО – 1,16, АЧВТ – 32,7 с, фибриноген – 455 мг/дл.

На УЗИ: в правой паховой области определяется образование неправильной формы размерами 200х75 мм, с четкими контурами, которое распространяется в брюшную полость.

На компьютерной томографии выявлено полостное образование исходящее из паховой области справа, поднимающаяся по передней брюшной стенке до уровня пупка, овальной формы, в виде «песочных часов» или «перевернутой матрешки», умеренно суживающееся в области паховой связки, продольник которого составляет 17 см, диаметр верхней части – 10 см, нижней – 5 см. Контур кисты четкие, содержимое гомогенного характера, плотность жидкости в полости в среднем +9 НУ, что говорит о жидкостном компоненте содержимого. Объем содержимого в полости более 1,0 л (рис. 1).

После плановой подготовки больному 28.05.2022 г. выполнена диагностическая лапароскопия, на которой визуализируется образование, расположенное под париетальной брюшиной, исходящее из области малого таза и поднимающаяся до уровня пупка, овальной формы, плотноэластичной консистенции. Признаков воспалительного процесса окружающих тканей, прилегающих к образованию и жидкости в брюшной полости, не выявлено. После введения дополнительных троакаров в верхнем полюсе киста вскрыта и аспирирована серозная мутная жидкость в объеме 1,5 л. После опорожнения образования произведен осмотр внутренней поверхности кисты. Полость имеет умеренное количество шварт, не создающая карманов. После аспирации остатков содержимого визуализировалось дно образования, которым является протез, установленный на область паховых ямок, признаков миграции нет. Произведена санация полости кисты. Через произведенное отверстие в верхнем полюсе образования установлена дренажная трубка на дно кисты, которая выведена через контрапертуру. Дополнительная трубка установлена также в полость малого таза (рис. 2).

В послеоперационном периоде по дренажным трубкам отмечалось скудное серозное отделяемое. Состояние больного оценивалось как удовлетворительное. Больной был выписан на амбулаторное наблюдение с дренажной трубкой. После двухнедельного наблюдения поступление содержимого по дренажу прекратилось. После ультразвукового контроля дренажная трубка была удалена. Больной осмотрен через 3 и 5 месяцев. Патологии нет.

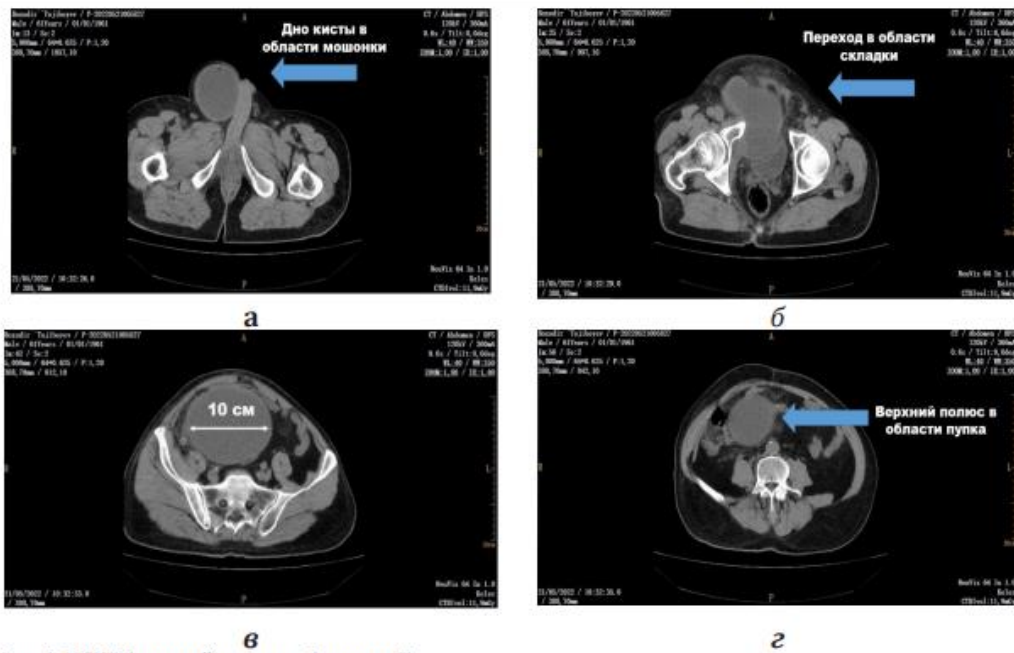


Рис. 1. МСКТ брюшной полости больного Т.

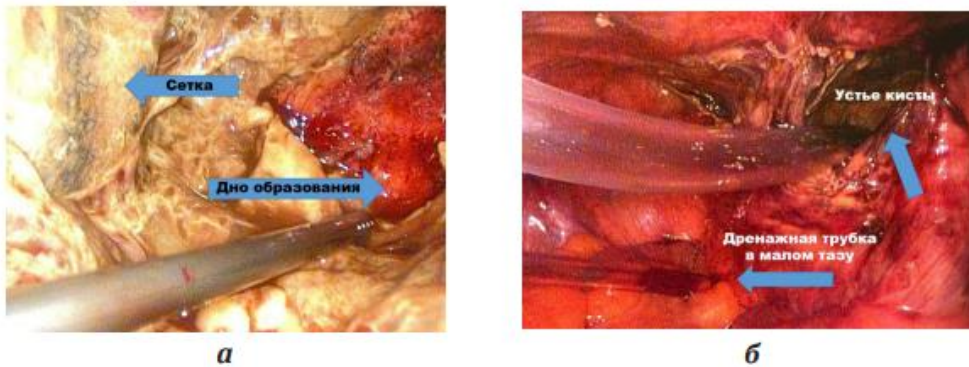


Рис. 2. Интраоперационное фото: внутренняя поверхность кисты с расположенной на дне сеткой (а); установлена дренажная трубка в полость кисты с дополнительным дренированием области малого таза (б).

Приведенный клинический пример демонстрирует преимущества лапароскопической технологии в лечении паховых грыж, раскрывает недостатки методики и требует проведения дополнительных профилактических мер.

1. При рассечении париетальной брюшины на большом протяжении, особенно при двухстороннем поражении, с установкой протеза на большую поверхность необходимо использовать дренажную трубку внебрюшинно для аспирации содержимого искусственно созданного пространства.

2. Целесообразно прецизионное выделение грыжевого мешка от элементов семенного канатика для минимизации повреждения окружающих трубчатых структур, которые могут быть причиной экссудации жидкости в искусственно созданное пространство.

3. Немаловажным является дифференцированный подход к выбору используемого синтетического материала (полипропиленовой сетки) в за-

висимости от гистосовместимости используемого имплантата для укрепления паховой стенки, что требует проведения дополнительных научных исследований.

4. Профилактическое применение антибиотиков при сетчатой паховой герниопластике повышает эффективность хирургического вмешательства в послеоперационном периоде.

Несмотря на имеющиеся недостатки и осложнения, лапароскопическая герниопластика является операцией выбора при паховых грыжах, характеризуется низким показателем осложнений, меньшей степенью послеоперационной боли и быстрым восстановлением нормальной деятельности пациента.

Литература

1. Arregui M.E., Davis C.D. Laparoscopic mesh repair of inguinal hernia using a preperitoneal approach: a preliminary report // Surg. Laparosc. Endosc. – 2018. – Vol. 2. – P. 53-58.
2. Barbier J. Traitment des hernies inguinales salon la technique de McVay: a propos de 1.000 cas // Chirurgie. – 2019.

- Vol. 100. - P. 144-149.

3. Brown R.B. Laparoscopic hernia repair: a rural perspective // Surg. Laparosc. Endosc. - 2004. - Vol. 4. - P. 106-109.

4. Cornell R.B., Kerlakian G.M. Early complications and outcomes of the current technique of transperitoneal laparoscopic herniorrhaphy and a comparison to the traditional approach // Amer. J. Surg. - 2010. - Vol. 168. - P. 275-279.

5. Geis W.P., Crafton W.B. Laparoscopic herniorrhaphy: results and technical aspects in 450 consecutive procedures // Surgery. - 2013. - Vol. 32. - P. 765-773.

6. Leblanc K.A., Booth W.V. Avoiding complications with laparoscopic herniorrhaphy // Surg/ Laparosc/ Endosc. - 2003. - Vol. 3. - P. 420-424.

7. MacFayden B.V., Arregui M.E. Complications of laparoscopic herniorrhaphy // Surg. Endosc. - 2020. - Vol. 7. - P. 155-159.

8. Nyhus L.M., Condon R.E. Clinical experiences with preperitoneal hernial repairs for all types of hernias of the groin // Amer. J. Surg. - 2008. - Vol. 700. - P. 234-244.

9. Nyhus L.M., Pollack R. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia: the evolution of a technique // Ann. Surg. - 2011. - Vol. 208. - P. 733.

10. Obney N. Hydroceles of the testicle complicating inguinal hernias // Canad. Med. Assoc. J. - 1996. - Vol. 75. - P. 733-736.

11. Phillips E.H., Arregui M.E. Incidence of complications following laparoscopic hernioplasty // Surg/ Endosc. - 2015. -

Vol. 9. - P. 16-21.

12. Stoppa R., Rives J.L. The use of dacron in repair of hernias of the groin // Surg. Clin. North Amer. - 1999. - Vol. 2. - P. 269-285.

13. Wantz G.E. Complications of inguinal hernial repair // Surg. Clin. North Amer. - 2000. - Vol. 64. - P. 287-298.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГИГАНТСКОЙ СЕРОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Хакимов М.Ш., Халиков С.П., Хусинов Д.О., Рахмонов У.Р., Эшкузиев М.Ш., Урманова Н.М., Худойбердиев С.С.

Описана лапароскопическая герниопластика, проанализированы недостатки и осложнения. На основании личного опыта авторы приходят к выводу, что эндовидеохирургическая герниопластика является методом выбора хирургического лечения у пожилых пациентов с двусторонними паховыми грыжами.

Ключевые слова: паховая грыжа, TAPP герниопластика, серома.

