

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УСУНЕННЯ ВІДДАЛЕННОГО УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ

О. В. Торба, П. Є. Блищук

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Кафедра хірургії з основами торакальної, кардіоваскулярної та пластичної хірургії (завідуючий – Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор І. В. Іоффе), м. Луганськ, Україна

Реферат: Представлено клінічний випадок міграції сітчастого протеза в сечовий міхур після лапароскопічної герніопластики, а також шляхи вирішення цього ускладнення.

В клініку 14.02.12 р. звернувся пацієнт А., 48 років, зі скаргами на різі при сечовипусканні, які з'явилися зимою 2011 р., періодичні підйоми температури до 39 ° С і поява домішки крові у сечі. В умовах стаціонару було зроблено обстеження: внутрішньовенна урографія (патології не виявлено), ультразвукове дослідження (УЗД: Ехографічна картина об'ємного утворення правої бічної стінки сечового міхура довжиною 2,8 см, товщиною 0,9 см, з наявністю кальцинозу), цистоскопія (слизова оболонка сечового міхура гіперемована, на правій бічній стінці на 10 годинах є стороннє тіло, ймовірно сітка з металевією дужкою). В анамнезі пацієнта була вказівка на раніше виконане оперативне втручання з використанням сітчастого імплантату – в вересні 2009 р. (за кордоном) була виконана лапароскопічна герніопластика з приводу правобічної прямої пахової кили. Найближчий і віддалений післяопераційний період протікав без ускладнень, пацієнт був виписаний з клініки на 3-ю добу. Прі аналізі результатів об'єктивного та інструментального обстеження (відсутність гризових випинань черевної стінки, дані УЗД і цистоскопії), анамнезу (оперативне лікування з використанням сітчастого імплантату більше 3 років тому, відсутність в анамнезі вказівок на інші види оперативного лікування), було висловлено припущення про можливу міграцію сітчастого імплантату, раніше встановленого в області правої медіальної ямки таза, в просвіт сечового міхура. У плановому порядку 17.02.12 р. пацієнт був оперований – видалено стороннє тіло з сечового міхура, ви-

конана епіцістостомія. Витягнуте з просвіту сечового міхура стороннє тіло являло собою синтетичну сітку з металевими дужками і відкладеннями солей. Найближчий післяопераційний період у пацієнта протікав без ускладнень, епіцістостома була закрита, пацієнт виписаний зі стаціонару у задовільному стані. Видалений сітчастий імплантат являє собою світло-коричневий сітчастий ендпротез розміром 5 × 6 см, інкрустований солями. Практично усі пори імплантату закриті відкладеннями солей. Огляд і дослідження під мікроскопом показали, що імплантатом є сітчастий многофіла-ментний ендпротез. Мікроскопічне дослідження показало, що структура сітки в цілому не порушена, проте місцями виявлені деструктивні зміни елементарних ниток, що становлять комплексну нитку (утворення тріщин, розрив). На сітці залишилися металеві дужки, якими вона була укріплена по периметру. Аналізуючи отримані дані, ми зробили припущення про можливий механізм впровадження сітчастого імплантату в просвіт сечового міхура. Найімовірніше при проведенні операції з приводу прямої пахової грижі імплантат був ненавмисно фіксований металевими дужками до правої бокової стінки сечового міхура з утворенням прикритої перфорації стінки останнього, що забезпечило успішний результат післяопераційного періоду. Фіксація імплантату до тканин, на наш погляд, також була недостатньо надійною, що сприяло поступовому відриву та міграції імплантату. Поступова міграція імплантату в просвіт сечового міхура була обумовлена скоротливими рухами останнього. Рецидиву захворювання (кили) не виникло, так як відходження та міграції імплантату в просвіт сечового міхура були поступовими чового міхура були поступовими (близько 3 років). Звичайно, пред ставлене

клінічне спостереження є рідкісним, але причини його виникнення лежать і полягають у необхідності постійного дотримання принципів презисійності оперативної техніки ендові-

деохірургічних операцій, обрання адекватних способів фіксації імплантатів і тканин і необхідності уточнення індивідуальної сінтопії органів у кожного конкретного пацієнт

ЛІТЕРАТУРА

1. Кубышкин В. А., Ионкин Д. А. Лапароскопическая герниопластика // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – №2-3. – С. 42-47.

2. Малуго В. Г., Сильченко В. П. Синтетические полимеры медицинского назначения // Дзержинск. – 1979. – С. 180-181.

3. Тимошин А. Д., Галлингер Ю. И., Юрасов А. В., Шестаков А. Л., Арзикулов Т. С. Осложнения лапароскопической герниопластики // Российский симпозиум осложненных эндоскопической хирургии. – 1996. – С. 159-160.

4. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л., Арзикулов Т. С. Трехлетний опыт лапароскопической герниопластики при грыжах

паховой области // Эндоскопическая хирургия. – 1996. – № 4. – С. 32.

4. Ярыгин В.А. Комплексная оценка результатов оперативного лечения паховых грыж у мужчин // Автореф. дис. канд. мед. наук.– М. – 1989. – 25 с.

5. Amid PK. Bionaterials and abdominal wall hernia surgery. In: Arregui ME, Nagan RF, eds. Inguinal Hernia: Advances or Controversies? Oxford, England: Radcliffe Medical Press Ltd. – 1994. – V.3. – P. 100-105.

6. Voeller G. R., Mangiante E. C., Britt L. G. Preliminary evaluation of laparoscopic herniorrhaphy. // Surg. Laparosc. Endosc. – 1993. – V.3. – P. 100-105.

Реферат: Представлен клинический случай миграции сетчатого протеза в мочевого пузыря после лапароскопической герниопластики, а также пути решения этого осложнения.

Abstract: We present a clinical case of a mesh prosthesis migration into the bladder after laparoscopic hernioplasty, as well as ways to address this complication.