

© Д. Б. Чистяков, А. С. Яценко, 2013
УДК 617.557-007.43-089

Д. Б. Чистяков, А. С. Яценко

ОСЛОЖНЁННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Александровская больница» (главврач — В. П. Козлов), Санкт-Петербург

Ключевые слова: лапароскопия, герниопластика, осложнения

В ГБУЗ «Александровская больница» в плановом порядке 16.03.2010 г. для проведения оперативного лечения поступил пациент П., 55 лет, с диагнозом: левосторонняя паховая грыжа.

Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые появилось грыжевое выпячивание в левой паховой области.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, хронический пиелонефрит. Операции: аппендэктомия в 1994 г. (в правой подвздошной области послеоперационный рубец 5×0,5 см).

В левой паховой области — грыжевое выпячивание 3×4 см, безболезненно, вправимое в брюшную полость. Наружное паховое кольцо слева расширено до 1,5 см. Симптом кашлевого толчка положителен.

17.03.2010 г. пациенту выполнена лапароскопическая герниопластика с установкой сетчатого имплантата «Линтекс».

Под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) выполнен лапароцентез в нижней окологупочной точке. Инсуффляция CO₂ до 12 мм рт. ст. При обзоре в брюшной полости выпота нет. В правой подвздошно-паховой области культия червеобразного отростка длиной 3 см, припаяна к внутреннему паховому кольцу, в области латеральной паховой ямки. В левой паховой области, в области медиальной паховой ямки грыжевые ворота диаметром 3 см. Париетальная брюшина рассечена, отсепарована вместе с грыжевым мешком размером 5×4×3 см. Установлен «полипропиленовый» сетчатый имплантат фирмы «Линтекс» с подведением под элементы семенного канатика. Фиксирован. Перитонезирован. Десуффляция. Шов ран.

Послеоперационный диагноз: левосторонняя прямая паховая грыжа.

Послеоперационный период протекал гладко. В удовлетворительном состоянии пациент выписан на 3-и сутки. На 7-е сутки сняты швы.

06.04.2010 г. в 21:00 на 20-е сутки после операции пациент поступил в приемное отделение ГБУЗ «Александровская больница» с жалобами на боли в нижних отделах живота, больше слева, температуру тела до 38,5 °С.

Считает себя больным в течение суток, когда после падения на живот появились боли в нижних отделах живота. Самостоятельно принимал спазмолитические лекарственные средства без видимого положительного эффекта.

Общее состояние удовлетворительное. Из объективных данных обращает на себя внимание: в левой паховой области отек подкожно-жировой клетчатки, кожные покровы в левой паховой области гиперемированы. Пальпация нижних отделов живота болезненная. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Изменения в лабораторных показателях: лейкоциты — $13,6 \times 10^9$ /л, палочкоядерные лейкоциты — 19%, СОЭ 23 мм/ч.

07.04.2010 г. выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости: в нижних отделах живота, больше слева, на глубине 18 мм от поверхности кожи определяется ограниченная полость примерно 80×30 мм, многокамерного характера.

Учитывая жалобы пациента, анамнез заболевания, объективные и лабораторно-инструментальные данные, принято решение о выполнении диагностической лапароскопии.

Под ЭТН выполнен лапароцентез в нижней окологупочной точке. Инсуффляция CO₂ до 12 мм рт. ст. Установлены рабочие троакары в боковых областях. При обзоре в брюшной полости выпота нет. Печень, желчный пузырь, передняя стенка желудка, петли тонкой и толстой кишки без видимых патологических изменений. В левой паховой области визуализируется плотно-эластичное образование за брюшиной, в проекции выполненной герниопластики. В правой подвздошной области культия червеобразного отростка длиной 3 см, ригидна, инфильтрирована, с налетами фибрина,

Сведения об авторах:

Чистяков Дмитрий Борисович (e-mail: b17@zdrav.ru), Яценко Алексей Сергеевич, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская Александровская больница», 193312, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, 4

фиксирована к внутреннему паховому кольцу, уходящая ретроперитонеально в медиальном направлении. В левой паховой области произведена ревизия ретроперитонеального пространства. В забрюшинном пространстве около 300 мл «сливкообразного» гноя над сетчатым имплантатом, с распространением воспалительной инфильтрации клетчатки в сторону правой подвздошной области до места фиксации культи червеобразного отростка. Сетчатый имплантат удален, полость санирована раствором бетадина. Установлены дренажи ретроперитонеально, выведены через отдельную апертуру. Остаток червеобразного отростка мобилизован с помощью биполярной коагуляции, основание лигировано, отросток отсечен, удален в контейнере. Санация брюшной полости. Установлен дренаж в малый таз.

Препарат: культя червеобразного отростка длиной 3×1,5×1,5 см, в просвете гной.

Послеоперационный диагноз: гангренозный перфоративный аппендицит, забрюшинная флегмона.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Получал консервативную антибактериальную и спазмолитическую терапию.

Пациент выписан на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. Лабораторные и инструментальные показатели в норме.

26.05.2010 г. пациент П., 55 лет, поступил на 50-е сутки после предыдущей операции в приемное отделение ГБУЗ «Александровская больница» с жалобами на выпячивание и припухлость в левой паховой области. При осмотре выпячивание в брюшную полость не вправлялось. При ультразвуковом исследовании левой паховой области выявлено

жидкостное образование диаметром 4 см с неоднородными включениями и незначительным отеком подкожно-жировой клетчатки. Диагноз: абсцесс?

При поступлении анализы крови и мочи в норме.

Выполнено оперативное вмешательство: вскрытие и дренирование абсцесса передней брюшной стенки.

Послеоперационный диагноз: абсцесс передней брюшной стенки паховой области слева.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 70-е сутки. Заживление раны вторичным натяжением.

За пациентом проводилось динамическое наблюдение в течение 1,5 лет. Образования рецидивов грыж и воспалительных проявлений не отмечено.

Случай интересен в двух аспектах. Представляется, что осложнение в виде воспаления культи червеобразного отростка (подпаянной в области внутреннего пахового кольца справа), спровоцированное травмой, привело к распространению инфекционно-воспалительного процесса в забрюшинном пространстве. Этому способствовала лапароскопическая герниопластика, при которой для установки протеза был сформирован карман. В результате произошло инфицирование сетчатого имплантата с последующим абсцессом, что потребовало удаления культи червеобразного отростка и имплантата с дренированием забрюшинного пространства.

Несмотря на отсутствие какой-либо пластики пахового канала, не выявлено рецидива грыжи. Вероятно, в результате рубцовых изменений сформировалось сужение пахового канала.

Поступила в редакцию 19.06.2012 г.