

**РЕДКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ
ТРАСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕПЕРИТОНИАЛЬНОЙ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ
(ТАРР)**

¹Шулейко А.Ч., ¹Вижинис Е.И., ²Шкурин С.В., ¹Дыбов О.Г.,
¹Хаджи Исмаил И.А.

¹Белорусский государственный медицинский университет
²УЗ «Минская областная клиническая больница»

***A RARE INFECTIOUS COMPLICATION OF TRA-ABDOMINAL
PREPERITONEAL LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA REPAIR (TAPP)***

¹Shuleika A.C., ¹Vizhinis E.I., ²Shkurin S.V., ¹Dybau A.G., ¹Hadji-Ismail I.A.

¹Belarusian State Medical University

²Minsk Regional Clinical Hospital

Введение. Трансабдоминальная преперитонеальная лапароскопическая (ТАРР) и тотальная экстраперитонеальная (ТЕР) герниопластики обеспечивают хорошую визуализацию анатомических структур, минимальную травматизацию и как следствие, раннюю активизацию пациентов и быстрое восстановление работоспособности. Несмотря на высокую технологичность метода возможно возникновение интра – и послеоперационных осложнений, частота которых достигает 1,9%.

Цель. Демонстрация редкого инфекционного осложнения после выполнения ТАРР в отдаленном послеоперационном периоде и успешного его лечения.

Материалы и методы. Пациенту М. 47 лет, в одной из районных больниц выполнили ТАРР по поводу паховой грыжи слева. Подробный протокол выполненной операции не предоставлен. Через 3 месяца от момента операции в паховой области слева открылся свищ с серозно-гнойным отделяемым. Консервативное лечение (промывание антисептиками, мазевые аппликации) в течение 6 месяцев оказались неэффективны. Госпитализирован в нашу клинику. При осмотре в левой повздошной области свищ 0,3 на 0,4 см. с умеренным серозно-гнойным отделяемым. Рецидива грыжи нет. Выполнили рентгеноскопию, УЗИ брюшной полости и мягких тканей левого повздошья, фистулографию. На последней визуализировали извитой, слепо заканчивающийся свищевой ход длиной 4,5-5,0 см. При инструментальной ревизии в глубине свищевого хода определяли плотное образование, подобное сетчатому импланту. В связи с неэффективностью длительного консервативного лечения были выставлены показания к операции.

Результаты и обсуждение. Под общим обезболиванием широко рассекли и иссекли свищевой ход. В основании его выявили ифицированный край сетчатого импланта, фиксированный к брюшной стенке металлической скобкой вместе с участком ткани, подобной стенке толстой кишки. Скобку

сняли, иссекли измененный край сетчатого импланта. Признаков перфорации стенки кишки не выявили. Рану санировали и дренировали. На 3-и сутки после операции из раны появилось необильное отделяемое с примесью кишечного содержимого. Фистулография – контраст заполняет фиксированную к брюшной стенке сигмовидную кишку. Диагностирован трубчатый толстокишечный свищ без нарушения пассажа по кишечнику. Проводили консервативное лечение. Через 12 дней отделяемое прекратилось. Свищ закрылся. Пациент выписан. При контрольном осмотре через 6 недель жалоб не предъявляет. Послеоперационный рубец без особенностей. Признаков рецидива грыжи нет.

Выводы. Анатомические особенности расположения кишечника в паховых областях при выполнении TAPP предполагают трудности в выборе метода фиксации сетчатого импланта.