

© В.С. Заремба, Н.Р. Федчишин, І.М. Павловський, Н.І. Чорняк, 2018

УДК 617.55-007.43-089.27-74-06-036.

## Клінічний випадок міграції поліпропіленової сітки з черевної порожнини в підшкірну жирову клітковину з утворенням складної зовнішньої нориці та частими нагноєннями

В.С. Заремба, Н.Р. Федчишин, І.М. Павловський, Н.І. Чорняк  
[zaremba-v-s@ukr.net](mailto:zaremba-v-s@ukr.net)

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Перша міська клінічна лікарня імені Князя Лева, Львів*

### Реферат

Грижі живота – поширене захворювання, на яке хворіє понад 3% населення земної кулі і складає 8–20% хворих хірургічних відділень. Рецидиви після лапароскопічних метод герніопластики на сьогодні маловивчені. Незважаючи на широке впровадження алогерніопластики при грижах живота, частота рецидивів сягає 10–25% незалежно від обраної тактики лікування. Ми представляємо клінічний випадок 51-річного чоловіка, після 13-річної лапароскопічної пластики білої лінії живота, якого турбував абдомінальні болі та підшкірні абсцеси. Описаний випадок підкреслює важливість розуміння рецидивних гриж передньої черевної стінки після лапароскопічних пластик, як ускладнення, що може спричинити інші тяжкі ускладнення.

**Ключові слова:** грижа, лапароскопічна пластика, міграція сітки

### Clinical case of migrating a polypropylene mesh from the abdominal cavity to subcutaneous fatty tissue with the formation of a complex external fistula and frequent suppuration

Zaremba V.S., Fedchyshyn N.R., Pavlovskiy I.M., Chornjak N.I.

*Lviv National Medical University named after Danylo Halatsky, The First City Clinical Hospital named after Prince Lev, Lviv*

### Abstract

Hernia is a common disease that afflicts more than 3% of the world's population and makes up 8-20% of patients in surgical departments. Recurrence after laparoscopic herniorrhaphy is poorly understood. Reports suggest that up to 10-25% of all laparoscopic herniorrhaphies worldwide, irrespective of the approach, are repaired for recurrence. We report a rare case of a 51-year old man who presented 13 years after laparoscopic hernia repair with right-sided abdominal pain and subcutaneous abscesses. This case highlights the importance of recognising mesh migration as a complication of hernia repair, a phenomenon which can lead to serious morbidity.

**Key words:** hernia, laparoscopic herniorrhaphies, mesh migration

Грижі живота – поширене захворювання, на яке хворіє понад 3% населення земної кулі і складає 8–20% хворих хірургічних відділень [1,3,6]. У світі з приводу гриж щорічно проводять до 20 млн. операційних втручань, що складає від 10 до 15% всіх проведених операційних втручань [6]. При несвоєчасному плановому хірургічному лікуванні гриж у 8–10% пацієнтів розвиваються ускладнення у вигляді защемлення, що призводить до 5–7% летальності, в той час як при неускладнених – складає лише 0,05–0,09% [2,6]. Організація планового оздоровлення в нашій країні потребує значного покращення, індивідуального підходу до кожного хворого при виборі методики операційного втручання при грижах (класична, лапароскопічна або комбінована), необхідно враховувати вік, супровідну патологію, спосіб життя та характер грижі. Післяопераційні ускладнення при лікуванні гриж живота включають утворення поширених передочеревинних гематом, сером, запальних і гнійно-септичних ускладнень, а також можлива міграція імплантанта [4,5]. Незважаючи на широке впровадження алогерніопластики при грижах живота, частота рецидивів сягає 10–25% [4]. В доступній нам літературі ми не зустрічали описаних випадків міграції сітки з черевної порожнини в підшкірну жирову клітковину з формуванням абсцесів. Вашій ува-

зі пропонуємо клінічний приклад лікування ускладнення при грижах живота.

Хвора Ч., 1967 р.н., поступила в хірургічне відділення І МКЛ м. Львова в плановому порядку 11.06.2014 р. з діагнозом: Інфільтрат передньої черевної стінки. Зовнішня нориця. Відвислий живіт. Ожиріння ІІ ст.

При поступленні скарги на наявність пухлиноподібного утвору і нориці з гнійними виділеннями в ділянці пупка зліва, біль, субфібрилітет, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що у 2001 році в одній із клінік м. Львова перенесла лапароскопічну холецистектомію з приводу флегмонозного калькульозного холециститу, в 2005 та 2009 рр. проведені операційні втручання з приводу пупкової та грижі білої лінії живота лапароскопічно з інтраабдомінальним вставленням протезів. Після останнього операційного втручання через місяць, в 2009 р., виник інфільтрат передньої черевної стінки з утворенням абсцесу, який був розкритий в стаціонарних умовах, після чого сформувалась зовнішня нориця, яка періодично закривалась. З 2009 по 2014 рр. проводились тричі розкриття абсцесів передньої черевної стінки, перев'язки в умовах стаціонару та поліклініки. У зв'язку з погіршенням стану – біль, наявність інфільтрату та довготривалої рецидивуючої

нориці з гнійними виділеннями без тенденції до її закриття хвора звернулась у хірургічне відділення І МКЛ і була госпіталізована.

**Об'єктивно:** загальний стан хворої задовільний, Т – 37,1° С, АТ – 140/90 мм рт. ст. Язик підсихає, обкладений білим налетом, живіт болючий при пальпації в ділянці пупка зліва, де пальпується пухлиноподібний утвір розміром 10X10 см, щільний, болючий. Над утвором наявний норичевий хід глибиною до 5 см, виділення серозно-гнійні, незначні. Виражена деформація передньої черевної стінки та пупка.

З метою підготовки до радикального операційного втручання проведено обстеження (фістулографію) та антибактерійне лікування, перев'язки з промиванням норичевого ходу бетадином. Стан хворої покращився: минув більта зменшився інфільтрат до 4,0 x 4,0 см, покращилися показники крові, виділення з норичевого ходу незначні, сукровичні.

**Операція** (17.06.14 р., тривалість – 2 год. 40 хв.). Двома поперечними півмісяцевими дос-

тупами довкола пупка проведено висічення шкіри і підшкірної жирової клітковини разом з інфільтратом передньої черевної стінки зі сформованими абсцесами, один з яких осумкований складною зовнішньою норичею, пупком та сторонніми тілами (поліпропіленові сітки (дві, розм. 9x6 см), таккери). Інтраопераційно встановлено злукову хворобу тонких кишок, включаючи місця фіксації сітки, міграцію останньої з черевної порожнини в підшкірну жирову клітковину з подальшим формуванням абсцесів і утворення зовнішньої складної норичі передньої черевної стінки (рис. 1).

Проведено роз'єднання зростів тонкої кишки та від'єднання поліпропіленових сіток від стінок тонких кишок. Місця десерозації стінок кишок зашиті серо-серозними швами та занурено їх в черевну порожнину. Проведена пластика передньої черевної стінки за Мейо з формуванням пупка. Дренування органів черевної порожнини та підшкірної жирової клітковини поліхлорвініловими трубками.

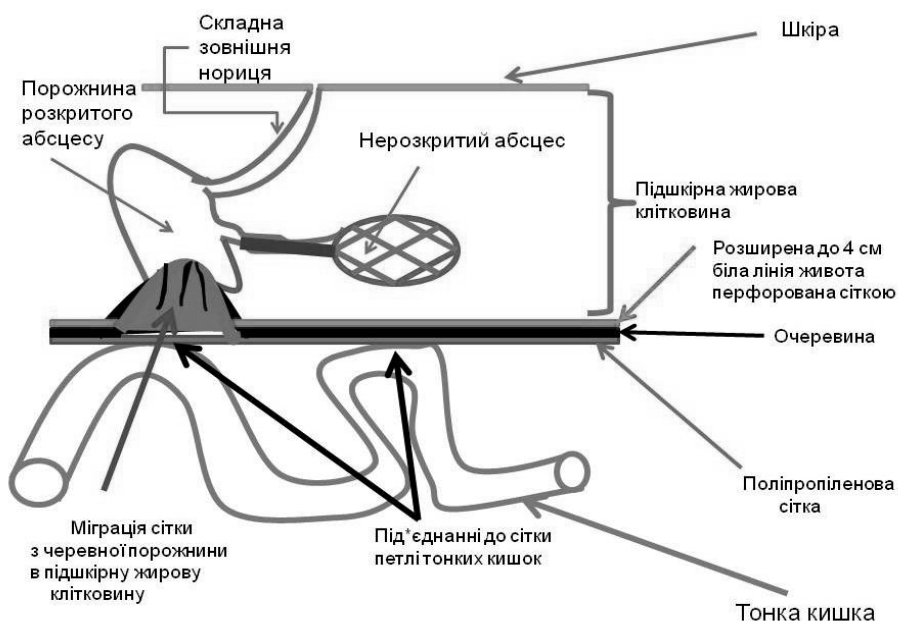


Рис. 1. Схема міграції поліпропіленової сітки в підшкірну жирову клітковину з утворенням абсцесів та складної зовнішньої норичі

У післяопераційному періоді призначена: інфузійна терапія, антибіотики широкого спектру дії, препарати нітроїмідазолу ряду, нестероїдні протизапальні, антигістамінні, знеболювальні, перев'язки.

**Клінічні аналізи в динаміці:** Заг. ан. крові: Нв – 135 г/л, Ер. –  $4,1 \times 10^{12}$ , Le –  $12,6-8,2 \times 10^9$  (п. 8-4, сег. 71, лімф. 20, мон. 2, еоз. 4), ШОЕ – 40–24–8 мм/год.

**Заг. ан. сечі:** п.в. 1019, білок – 0,066 г/л, сліди білка, лейкоцити 9–10, ер. 5–6 в п/з, кл. епіт. 2–4 в п/з.

**Біохім. ан. крові:** заг. білір. 8,25 мкмоль/л, заг. білок 76 г/л, сечовина 6,2 ммоль, креатинін

68,8 мкмоль, тімолова проба – 9,0, АлАТ 0,056 – 0,028, АсАТ 0,028, СРБ (++++ - +), серомукоїди – 0,980-0,420 од.

**Коагулограма:** протромб. час 14 «протромб. індекс 100-93 %, АЧР 55», заг. фібр. 4,4–2,4 г/л, фібриноген «Б» (-).

**Цукор крові:** 4,8 ммоль/л.

**УЗД органів черевної порожнини.** Зліва від пупка на глибині 4,4 см визначається аехогенний утвір розм. 32 x 2,4 мм. Печінка розм. 165 мм, з ознаками жирової дистрофії. Заключення – інфільтрат підшкірної жирової клітковини. Жировий гепатоз.

**Рентгенографія органів грудної клітки:** легені чисті. Корені ущільнені; синуси вільні.

**Фістулографія.** На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини визначаються множинні металеві (кліпси, такери) після попереднього операційного втручання. На фістулограмах від 13.06.14 р. визначається контрастована нориця розмірами 5,0x0,5 см на передній черевній стінці зліва.

**Гістологічне заключення № 19765 – 68, 19769 – 70:** шкіра з підшкірною клітковиною 18x10 см, з пофарбованою норицею 5 см. В товщі підшкірної клітковини порожнина діаметром до 3 см. Сіро-червоним вмістом, поруч в підшкірній клітковині поліпропіленова сітка розм. 9x6 см прилегла тканина темна, сіро-коричнева. Патогістологічний висновок: ділянка жирової тканини з інтерстиційним набряком ангіоматозом, повнокрів'ям судин, дрібновогнищевими ділянками фіброзу, інша ділянка – з фіброзною тканиною, запальною інфільтрацією та піогенною грануляційною тканиною. Фрагменти місцевих волокон та ділянки щільної сполучної тканини.

Операція та післяопераційний період без ускладнень. Дренажі видалені на 3-й день. Шви знято на 7-й день. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом. В задовільному стані хвора виписана зі стаціонару 25.06.14 р. під нагляд хірурга за місцем проживання з діагнозом:

**а) основний:** інфільтрат передньої черевної стінки. Абсцеси підшкірної жирової клітковини;

**б) ускладнення основного:** складна зовнішня нориця. Міграція поліпропіленової сітки з черев-

ної порожнини в підшкірну жирову клітковину. Злукова хвороба. Деформація передньої черевної стінки та пупка;

**в) супутні захворювання:** відвислий живіт. Жировий гепатоз. Ожиріння II ст.

Таким чином, інтраопераційно встановлено злукову хворобу тонкої кишки, включаючи місце фіксації сітки до очеревини, міграцію поліпропіленової сітки, складеної у вигляді «парасолі» із черевної порожнини в підшкірну жирову клітковину з подальшим формуванням абсцесів і зовнішньої складної нориці передньої черевної стінки. При чому в підшкірній жировій клітковині верифіковано 2 абсцеси, один з яких був осумкованим.

**Висновки.** 1. Даний клінічний випадок свідчить, що не завжди доцільно застосовувати новітні технології (лапароскопічні операційні втручання – встановлення сітчастих протезів при грижах) у хворих з морбідним ожирінням і тим паче з наявністю відвислого живота, так як даний підхід веде до частих рецидивів, а в даному конкретному випадку призвело до міграції протезів з черевної порожнини в підшкірну жирову клітковину з утворенням множинних абсцесів і зовнішньої нориці, інфільтрату та виникнення злукової хвороби.

2. При абдомінальному розміщенні протезів слід застосовувати останні з низькими адгезивними властивостями, що виключає виникнення злукового процесу при контакті з кишечником.

**Інформація про конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті

**Інформація про фінансування.** Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород в будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

**Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:**

**Заремба В.С.** – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування;

**Федчишин Н.Р.** – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних;

**Павловський І.М.** – підготовка тексту статті;

**Чорняк Н.І.** – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних

#### Список використаної літератури

1. Beljanskij LS, Todurov MI. Interpretacija rekomendacij Evropejskoj asociaciji gerniologov po problemam lechenija pahovoj grizhi. Klinichna hirurgija. 2010;3:5-9. [In Russian].
2. Grubnik VV, Bugridze ZD, Vorotynceva KO. Ispol'zovanie novyh konstrukcij setok pri laparoskopicheskom lechenii pahovyh grizh. Sravnitel'noe issledovanie. Klinichna hirurgija. 2011;7:42-5. [In Russian].
3. Dziubanovskiy IY, Piatnochka VI, Poliatsko KH. Otsinka yakosti zhyttia patsientiv pislia riznykh typiv pakhovykh hernioplastyk. Ukraïns'kij zhurnal khirurhii. 2011;5:35-7. [In Ukrainian].
4. Zhebrovskij VV, El'Bashir MT. Hirurgija grizh zhivota i jeventracij. Simferepol: Business-Inform; 2002. 440 p. [In Russian].
5. Mishalov VG, Burka AO, Tesliuk II, et al. Khirurhichne likuvannia khvorykh z pisliaoperatsiinyh hryzhamy poperekovo-bokovykh dilianok zhyvota. Khirurhiiia Ukrainy. 2008;1(25):99-105. [In Ukrainian].
6. Zaharash MP, Kucher ND, Pojda AI, et al. Hirurgija: uchebnik dlja studentov vysshih medicinskih uchebnyh zavedenij. In: Zaharash MP, editor. Vinnica: Nova Kniga; 2014. 688 p.

Стаття надійшла до редакції: 12.10.2017 р.