

Говор К.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ В ОТДАЛЁННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Научные руководители: ст. преп. С. А. Климук, канд. мед. наук, доц. Дорох Н.Н.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) являются частым исходом хирургического вмешательства на органах брюшной полости: примерно каждая пятая лапаротомия заканчивается формированием ПОВГ. Частота может увеличиваться до 35% при выполнении операции у пациентов высокого риска, в экстренных условиях, а также вследствие нагноения послеоперационной раны. При этом в 50% случаев грыжа возникает уже на первом году после вмешательства, во всех остальных – в течение следующих 5 лет. Ухудшение качества жизни пациента, а также риск возникновения ряда осложнений грыженосительства неизбежно приводит к необходимости плановой операции и устранению дефекта. Проблемой герниопластики местными тканями является высокая частота рецидива, а использование сетчатого импланта позволило снизить её более, чем на 30%. Таким образом применение сетчатого эндопротеза в герниопластике на данный момент стало «золотым стандартом», даже несмотря на уровень осложнений, достигающий от 20 до 75%, из которых доля парапротезной инфекции (ПИ) составляет 5-10%. Непосредственно кожные и энтерокожные свищи являются осложнениями ПИ, развивающиеся в 1-8% случаев в поздний послеоперационный период.

Цель: оценить влияние факторов риска на развитие поздних осложнений ПИ.

Материалы и методы. Исследуемая группа состояла из 10 пациентов в возрасте от 44 до 77 лет с лигатурными свищами, находящихся на лечение в УЗ «5 ГКБ» в 2023 году. Критериями включения в группу были жалобы со стороны пациентов на «функционирующий» свищ, а также выявление свища интраоперационно при повторной герниопластике ПОВГ. Оценка анамнестических данных по результатам врачебных осмотров при поступлении пациентов в стационар 5 ГКБ, а также прошлых госпитализаций в хирургическое отделение 4 ГКБ, позволила выявить и оценить факторы риска ПИ, к которых относятся: тип используемого сетчатого эндопротеза, техника герниопластики, стратегия профилактики ранних ПИ, наличие в анамнезе рецидива грыжи, размеры грыжевых ворот, сопутствующие патологии (сахарный диабет (СД), ИМТ>35 кг/м², курение, иммуносупрессивное состояние). Также проводилась стратификация пациентов с грыжами в отношении риска гнойно-септических осложнений.

Результаты и их обсуждение. Изучение анамнестических данных истории болезни показало, что «функционирующий» свищ был выявлен у 80% пациентов, диаметр свищевого хода варьировался от 0,1 до 1,0 см, наиболее часто с гнойным отделяемым (62,5%). Интраоперационно у 2 пациентов (20%) были выявлены энтерокожные свищи, причём в одном случае исход серии вмешательств был летальным (10%). Средний период от последней герниопластики до образования лигатурного свища составил 13,5 месяцев. Абсолютно все (100%) операции выполнялись из открытого доступа. В группе у 9 из 10 пациентов (90%) на момент госпитализации была установлена полипропиленовая сетка (ППС). 80% пациентов группы уже имели рецидив грыжи в прошлом, причем во всех случаях размер грыжевых ворот был более 10 см (W3). 55,6% уже имели в анамнезе оперативное лечение по поводу иссечения лигатурного свищевого хода. Серома встречалась в 40% случаев, в каждом из них подвергалась пункции. 90% пациентов были коморбидны, при этом у 60% человек был ИМТ>35 кг/м², а также СД. До момента последнего оперативного лечения все пациенты соответствовали критериям стратификации предоперационных рисков относились к stage 3, исключение составляла умершая женщина со stage 4.

Выводы: Лигатурные свищи после герниопластики с ППС возникают в позднем послеоперационном периоде, в среднем через 13,5 месяцев от операции. Наиболее часто возникают кожные свищи (80%), энтерокожные свищи встречаются реже, однако летальность при них выше. Учет факторов риска имеет важное значение в выборе тактики видения пациентов.