

РАНЕВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РЕЦИПИЕНТОВ СОЛИДНЫХ ОРГАНОВ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

*Шестель И.В., Пикиреня И.И., Коротков С.В., Штурич И.П.,
Щерба А.Е., Калачик О.В.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь*

*ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии», г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Современный уровень развития трансплантационных технологий сделал возможным успешное проведение пересадки солидных органов реципиентам, в том числе и благодаря появлению современных иммуносупрессивных препаратов для профилактики отторжения донорского органа. Используемые в настоящее время схемы иммуносупрессии, как правило, включают в себя глюкокортикостероиды, микофенолат мофетил (ММФ) и ингибиторы кальциневрина (циклоспорин А, такролимус). Однако данные препараты, при их высокой эффективности, имеют серьезный побочный эффект – нарушение заживления послеоперационных ран. Так, глюкокортикостероиды снижают выработку молекул межклеточной адгезии и цитокинов, ослабляют пролиферацию фибробластов и ухудшают эпителизацию раневой поверхности. ММФ (ингибитор пуринового метаболизма) снижает накопление коллагена в области рубца в результате прямого отрицательного влияния на фибробласты и необратимого ингибирования пролиферации кератиноцитов. Ингибиторы кальциневрина замедляют миграцию фибробластов, снижают количество коллагена I типа (зрелого), снижают содержание гидроксипролина и трансформирующего фактора роста. Кроме этого, в результате иммуносупрессивного действия этих препаратов и подавления иммунного ответа значительно снижается устойчивость к инфекционным агентам, и инфицирование послеоперационных ран может приводить к летальным исходам.

Цель: проанализировать структуру раневых осложнений у пациентов после трансплантации солидных органов, получавших стандартную схему иммуносупрессивной терапии, в раннем послеоперационном периоде, оценить количество потребовавшихся повторных оперативных вмешательств, длительность пребывания в стационаре и летальность.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинских документов 258 реципиентов трансплантатов почки или печени (95 трансплантаций печени, 163 трансплантации почки), находившихся на лечении в отделении трансплантации МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии в течение 2022 года.

Результаты и обсуждение. Основными раневыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются глубокие и поверхностные

инфекции раны, несостоятельность швов и расхождение краев ран, гематомы, серомы. Среди проанализированных случаев трансплантации солидных органов количество таких осложнений составило 8,9% (23 случая). Наиболее распространены среди них поверхностная и глубокая раневая инфекция – 17 случаев (6,59%). Также наблюдались 7 эвентраций, 1 гематома послеоперационной раны, 1 серома, несостоятельность швов мышечного слоя – 2, несостоятельность швов апоневроза – 1. У двух пациентов рана была классифицирована как длительно незаживающая (после окончания стандартного лечения при снятии швов определялся полнослойный раневой дефект). Следует отметить, что по причине замедления репарации швы с послеоперационных ран после трансплантации снимаются не ранее 21 суток, и поэтому после выписки пациента на амбулаторный этап лечения при стандартном течении послеоперационного периода (на 10-14 сутки) длительно незаживающие раны в статистической отчетности не фиксируются, как и частота развития послеоперационных грыж (которые чаще возникают спустя 1 год и более) в результате формирования неполноценного рубца под действием иммуносупрессантов.

Лечение пациентов с раневыми осложнениями – комплексное. Один из главных компонентов его – использование систем с отрицательным давлением (VAC-терапия). У этой группы пациентов установка и замена систем с отрицательным давлением выполнялась 104 раза. Кроме того, потребовались многократные плановые санационные релапаротомии (59), наложение вторичных швов (10), ревизия и санация послеоперационной раны при поверхностных инфекциях (4). В результате средний срок госпитализации среди этих пациентов составил 66,7 дня. После трансплантации из 23 пациентов, имевших в диагнозе указание на одно или несколько указанных осложнений, умерло 7. Следует отметить, что у этих пациентов имелось большое количество других сопутствующих нарушений, вносящих свой вклад в тяжесть состояния и развитие летального состояния, однако сепсис, ведущий к полиорганной недостаточности, как и развитие дисфункции трансплантата по причине раневой инфекции, являются решающим фактором исхода заболевания.

Выводы:

1. Раневые осложнения на фоне комплексной иммуносупрессии в раннем послеоперационном периоде после трансплантации солидных органов (печень или почка) развились у 8,9% пациентов.

2. Возникшие раневые осложнения потребовали длительного (средний срок госпитализации 66,7 к/дней) лечения, большого количества повторных оперативных вмешательств: использование систем с отрицательным давлением, релапаротомии, ревизии и санации ран, наложение вторичных швов.

3. Развитие раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде на фоне комплексной иммуносупрессии после трансплантации солидных органов вносит значительный вклад в летальность после трансплантации органов.