

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Дудинский А.Н., Побылец А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

INFECTIOUS COMPLICATIONS OF PROSTHETIC HERNIOPLASTY

Dudzinski A.N., Pobylets A.M

EI "Grodno State Medical University"

Введение. Использование дополнительных синтетических сетчатых имплантатов позволило добиться значительных успехов в герниологии: количество рецидивов послеоперационных вентральных грыж снизилось в среднем с 40 до 5%, паховых – с 20 до 5%. Операции при паховых грыжах занимают первое место по частоте в плановой хирургии. Так же процент послеоперационных вентральных грыж (далее ПОВГ) в хирургии остаётся на прежнем уровне. В США выполняется ежегодно около 4-5 млн. лапаротомий, что приводит к формированию порядка 500 тыс. ПОВГ. Несмотря на значительные успехи, связанные с использованием дополнительных синтетических имплантатов и позволившие значительно снизить число рецидивов после герниопластик, проблема гнойно-воспалительные осложнения с вовлечением в процесс сетчатого имплантата порой ставит под сомнение накопленный опыт и знания в герниологии.

Предикторами развития инфекции в области сетки являются серомы (физиологичная реакция тканей не имплантат) и гематомы, диагностируемые у 10-12% пациентов, а при ультразвуковом скрининге до 100%, в связи с чем многие авторы не рассматривают жидкостные скопления в области имплантата как патологию.

Основными путями проникновения бактериальной инфекции в момент имплантации служит кожа и слизистые пациента, в пользу чего свидетельствуют данные посевов: в 80% случаев возбудителями являются *S.aureus* и *S.epidermidis*.

Предрасполагающие факторы это прежде всего сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, курение, предшествующие оперативные вмешательства с развитием инфекционного процесса в ране либо сопровождающиеся выведением стомы.

Так же немаловажную роль играет способ установки сетчатого имплантата: наибольшее количество хронических сером и гнойных осложнений наблюдается при onlay способе размещения сетки.

Лечение инфекции в зоне сетчатого имплантата на сегодняшний день является крайне сложной задачей, так как отсутствуют единые и универсальные стандарты для данной категории пациентов. Основные направления хирургического лечения – это сохранение имплантата, полное удаление имплантата с заменой его или без при гнойно-воспалительном процессе и частичное удаление последнего. При сохранении имплантата и

при полной его замене в условиях контаминированной раны сохраняется высокий риск повторного развития инфекции, но значительно снижается процент рецидивов грыж. При полном удалении имплантата рецидив заболевания наступает в 63% случаев и выше. Частичное удаление имплантата позволяет балансировать между возникновением рецидива заболевания и повторным инфицированием эндопротеза.

Предоперационные профилактические мероприятия это в первую очередь антибиотикопрофилактика. Интраоперационная профилактика включает смену перчаток перед имплантацией сетки, лаваж раны с растворами антисептиков и гипертонического раствора хлорида натрия. Послеоперационная профилактика направлена на раннее обнаружение инфицированных сером, адекватное дренирование ран, компрессию брюшной стенки при помощи абдоминального бандажа.

Цель. Проанализировать гнойно-воспалительные осложнения после протезирующих пластик в группах пациентов с паховыми и послеоперационными вентральными грыжами. Оценить эффективность таких подходов в лечении, как частичное иссечение и сохранение имплантата, вовлечённого в гнойно-воспалительный процесс.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 7 пациентов с гнойно-инфекционными осложнениями с вовлечением сетчатого имплантата, после протезирующей пластики по поводу паховых грыж и послеоперационных вентральных грыж. Исследование проведено в клинике общей хирургии УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» с 2016 по 2024 года.

Результаты и обсуждение. Среди протезирующих операций, выполненных в период 2016 по 2024 гг., у 524 пациентов выполнялась операция Лихтенштейн при паховой грыже, у 219 пациентов протезирование ПОВГ с размещением имплантат по методике sublay, по предложенной нами методике (Патент Республики Беларусь на изобретение №22127 «Способ пластики срединной послеоперационной вентральной грыжи» авторы: П.В. Гарелик, А.Н. Дудинский, А.Н. Дешук) и с расположением имплантата в позицию onlay.

Процент гнойно-инфекционных осложнений после операции Лихтенштейн составил 0,57% (3 пациента); после протезирующих пластик при ПОВГ 1,83% (4 пациента), причём 3 пациента были оперированы по методике sublay и 1 пациент с расположением сетки в onlay позицию. В группе пациентов, оперированных по собственной оригинальной методике гнойно-воспалительных осложнений не выявлено, возможно это связано с уменьшением нагрузки зоны пластики сетчатым имплантатом, лучшим дренированием зоны имплантата и уменьшением травматизации тканей.

Во время лечения у 4 пациентов имплантат в зоне воспаления был частично иссечён. После очищения раны и появления здоровой грануляционной ткани были наложены вторичные швы, захватывающие мышечно-апоневротические лоскуты, включая оставленный сетчатый

имплантат. Из 4 пациентов в одном случае дважды появлялись парапротезные свищи, что потребовало повторного вскрытия, дренирования и иссечения свободного края сетки с последующим наложением вторичных швов на мышечно-апоневротические ткани. Рецидива грыж при частичном иссечении имплантата не было. У 1 пациента сетчатый трансплантат чётко не идентифицировался в тканях, проводили этапную некрэктомию, дренирование раны, местное и общее лечение. Рана зажила вторичным натяжением, повторных эпизодов нагноения и рецидива грыжи не было. В одном случае после пластики ПОВГ с расположением имплантата в позицию onlay, после безуспешного лечения свищей с абсцедированием было принято решение о полном иссечении имплантата. В отдалённом периоде гнойные осложнения не повторялись, но возник рецидив грыжи.

Говоря о жидкостных скоплениях после протезирующей герниопластики, следует указать на хронические серомы, время существования которых превышает 90 дней. После операции по Лихтенштейну затяжная серома наблюдалась у 5 пациентов (0,95%), после герниопластики при ПОВГ у 7 пациентов (3,2%). Применялись пункционный метод и открытая санация и дренирование с растворами антисептиков.

Выводы.

1. Гнойно-инфекционные осложнения после протезирующей герниопластики являются до сих пор не решённой проблемой с отсутствием универсального подхода в лечении, что приводит к существованию диаметрально противоположных подходов к лечению данной патологии.

2. Применение метода частичного иссечения инфицированного имплантата с последующим закрытием грыжевого дефекта мышечно-апоневротическими тканями с остатками интегрированного имплантата, нами представляется наиболее оптимальным методом лечения.

3. Лечение хронических сером часто требует длительного времени, однако, по нашему опыту, при отсутствии признаков инфицирования в ране, нет необходимости в удалении сетчатого имплантата и широком раскрытии ран.

4. С точки зрения профилактики гнойно-воспалительных осложнений, расположение сетчатого имплантата при ПОВГ по предложенной нами методике более предпочтительно, чем способ sublay и onlay.