

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru>– Дата доступа: 26.05.2024.
2. План мероприятий по элиминации вирусного гепатита с в Республике Беларусь на 2020-2028 годы. [Электронный ресурс]: приказ министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 фев. 2020 г., № 204 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://inlnk.ru/jEjzxX> – Дата доступа: 22.03.2024.

MARKERS OF TRANSITION OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C TO LIVER CIRRHOSIS

Haurylovich E. Yu., Shpakovsky A. Yu.

*Belarussian State Medical University, Minsk, Belarus
katagavrilovic550@gmail.com*

The article presents the results of a one-time retrospective study of medical records of 44 patients diagnosed with chronic viral hepatitis C and 56 patients diagnosed with virus-associated cirrhosis of the liver. No significant differences were found when comparing pityriasis rosea, psoriasis, focal scleroderma, or pustular rash in patients with chronic viral hepatitis C and virus-associated liver cirrhosis.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Говор К. А.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
kseniagovor@gmail.com*

Введение. К актуальным проблемам герниологии относятся послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ), которые 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 операционного риска (тучных, пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и т. п.), в экстренных условиях, а также вследствие нагноения послеоперационной раны [1]. Ухудшение качества жизни пациента, а также риск возникновения ряда осложнений грыженосительства неизбежно приводит к необходимости повторной операции и устранению дефекта. Проблемой герниопластики местными тканями является высокая частота рецидива, а использование сетчатого импланта позволяет снизить ее более чем на 30% [2]. Таким образом, применение сетчатого эндопротеза при герниопластике стало «золотым стандартом», даже несмотря на уровень осложнений, достигающий от

20 до 75%, из которых доля парапротезной инфекции (ПИ) составляет 5-10% [3]. Непосредственно кожные и кишечные свищи как проявления ПИ развиваются в поздний послеоперационный период в 1-8% случаев [2].

Цель исследования. Оценить влияние факторов риска на развитие поздних послеоперационных осложнений парапротезной инфекции.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 9 случаев парапротезной инфекции у пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2023 г. в УЗ «5 ГКБ г. Минска». Критерии включения в исследуемую группу: жалобы на «функционирующий свищ в связи с ранее выполненной герниопластикой; выявление свища интраоперационно при герниопластике по поводу рецидивной ПОВГ; наличие ранее установленного сетчатого эндопротеза. Оценка анамнестических данных по результатам врачебных осмотров при поступлении пациентов в стационар УЗ «5 ГКБ г. Минска», а также прошлых госпитализаций в хирургическое отделение УЗ «4 ГКБ г. Минска» позволила выявить и изучить факторы риска ПИ, к которым 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) [1, 2]. Также проводилась стратификация пациентов с грыжами в отношении риска гнойно-септических осложнений по VHWG (Ventral Hernia Working Group / Novitsky Y.W., 2016.), подход HPW [1].

Результаты исследования. Исследуемая группа состояла из 7 женщин (77,8%) в возрасте от 44 до 73 лет – средний возраст 54,7 года, и 2 мужчин (22,2%), – 41 года и 75 лет – средний возраст 58 лет.

Соответствующие критериям включения в исследуемую группу 6 пациентов (66,7%) обратились в УЗ «5 ГКБ г. Минска» по поводу «функционирующего» лигатурного свища, еще 2 пациента (22,2%) – по поводу вновь возникшего рецидива ПОВГ, в каждом случае грыжа M3W3, по классификации EHS. Еще 1 пациент (11,1%) обратился по поводу наличия рецидивной ПОВГ (M3W3) в совокупности с наличием свищевого хода.

Таким образом, у 7 из 9 пациентов (77,8%) отмечено наличие свищевого хода на передней брюшной стенке. Характер отделяемого из свища был у 4 человек (51,1%) гнойным, у 2 пациентов (28,6%) – серозным, у 1 (14,3%) – коричневого цвета (вероятно, кишечное отделяемое).

Впоследствии всем 9 пациентам (100%) было проведено хирургическое лечение. Двум женщинам (22,2%) выполнена повторная герниопластика при неущемленной ПОВГ – лигатурные свищи были выявлены интраоперационно. Остальным (77,8%) изначально иссечение лигатурного свищевого хода проводилось после предварительной фистулографии. В каждом из случаев глубина свищевого хода была оценена как «кожный свищ». Однако спустя 13 дней в первом случае и 5 дней во втором потребовалась лапаротомия, в ходе которой было выявлено сообщение свища с полостью тонкой кишки, сращенной с полипропиленовым сетчатым (ППС) протезом. Таким образом,

у 7 пациентов (77,8%) был кожный свищ, у 2 (22,2%) – кишечный свищ.

Ранее все пациенты исследуемой группы проходили лечение в хирургическом отделении УЗ «4 ГКБ», поэтому дополнительно был проведен анализ прошлых госпитализаций: в раннем послеоперационном периоде выявлены жидкостные скопления – серома – у 4 из 9 пациентов (44,4%), причем у троих (75%) единожды и у 1 женщины (25%) дважды, гематома встречалась единожды (11,1%). В каждом случае (100%) жидкостное скопление подвергалось пункционному лечению.

В позднем послеоперационном периоде характерно было возникновение лигатурных кожных свищей: у 5 из 9 пациентов (55,6%), причем дважды у 4 человек (80%), среди которых были 2 женщины с кишечными свищами на момент госпитализации в УЗ «5 ГКБ». В каждом случае выполнялось иссечение свищевого хода с сохранением сетчатого импланта. Таким образом, у 55,6% исследуемой группы имела ХПИ. Рецидивы грыж встречались у 8 пациентов (88,9%): единожды у 4 человек (50%), дважды у 2 (25%), 7 раз у 1 пациентки (12,5%), 8 раз у 1 пациентки (12,5%). Сроки появления «функционирующего» свища в среднем составляли 13,5 месяца. Минимальный период равен 7 месяцам, максимальный – 18 месяцам.

Соответственно критериям включения исследуемая группа состояла из 8 пациентов с ПОВГ и 1 пациента с паховой грыжей (оперированный по методике Лихтенштейна). У 7 из 8 пациентов (87,5%) анализ HPW перед поступлением в УЗ «5 ГКБ» соответствовал stage 3: частота событий 20,2% и рецидивов – 13,2%. Лишь у 1 пациентки (12,5%) была stage 4: частота событий 38,9% и рецидивов – 31,1%. При этом именно у этой пациентки был кишечный свищ, она же составила группу летальности – 11,1%. Стоит отметить, что 2 пациента из 7 (42,9%) после оперативного лечения в УЗ «5 ГКБ» теперь соответствуют stage 4, что необходимо учитывать, при последующих госпитализациях. Таким образом, результаты анализа факторов риска оказались следующими:

1. В каждом случае (n=9, 100%) герниопластики использовался ППС эндопротез.

2. Все операции (n=9, 100%) проводились только из открытого доступа.

3. Ранние послеоперационные осложнения (серома, гематома) встречались в 44,4% случаев, рецидив грыжи – 88,9%, кожный свищевой ход – 55,6%.

4. Размеры грыжевых ворот у всех пациентов с ПОВГ были >10 см, что соответствует W3 по классификации EHS. Абсолютно все ПОВГ – M2/3 локализации.

5. Сопутствующая патология была у всех пациентов (n=9, 100%):

- Сахарный диабет был в 55,6% случаев, определение уровня HbA1c не проводилось.

- ИМТ >35 кг/м² в 66,7% случаев (в группе встречались данные от 30 до 62,5 кг/м²).

- Курильщики установить не удалось.

- Иммуносупрессивное состояние не встречалось.

Выводы:

1. В исследуемой группе лигатурные свищи были осложнением позднего послеоперационного периода. В среднем свищ появлялся через 13,5 месяца. Кожные свищи встречаются в 3,5 раза чаще, чем энтерокожные. Однако летальность была 11,1% и только в группе с энтерокожными свищами.
2. Факторы риска имеют высокую значимость в развитии инфекционных осложнений у пациентов с грыжами. Критерии стратификации VHWG (подход HPW) имеют прогностическую значимость в отношении риска развития гнойно-септических осложнений и рецидивов грыжи среди пациентов с ПОВГ.

Литература

1. Паршаков, В. В. Воспалительные осложнения протезирующей пластики брюшной стенки: диагностика, лечение и профилактика / В. В. Паршаков // Современные технологии в медицине 2019. – 2019. – №11(3). – С.158-178.
2. Falagas M. E. Mesh-related infections after hernia repair surgery / M. E. Falagas; S. K. Kasiakou // Copyright by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. – 2005. – №11. – P.3–8.
3. Mesh fistula after ventral hernia repair: What is the optimal management? / M. R. Arnold [et al.] // Surgery. – 2019. – №30. – P. 1-8.

COMPLICATIONS OF HERNIOPLASTY USING MESH IMPLANTS IN THE LONG POSTOPERATIVE PERIOD

Govor K. A.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

kseniagovor@gmail.com

The use of mesh endoprosthesis has become the “gold standard” of hernioplasty, however, a reaction to a foreign body can lead to the formation of seroma in the early postoperative period with possible subsequent infection and the development of chronic paraprosthesis infection and an increased likelihood of relapse. An attempt to avoid abdominal compartment syndrome in giant hernias by placing mesh implants using the inlay technique is a risk factor for the development of intestinal fistulas.