

УДК 617–083.98–06: 613.3–007.44

## Проблема евентрації у невідкладній хірургії

О. С. Антонюк, В. Б. Ахрамєєв, П. Ф. Головня, М. В. Свиридов, І. Б. Андрієнко

Донецький медичний університет ім. М. Горького,  
Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк Донецької залізниці

**Ключові слова:** невідкладна хірургія, евентрація, причини, лікування.

Частота евентрації після невідкладних оперативних втручань на органах черевної порожнини змінюється у досить широких межах — від 0,03 до 9,5%, а летальність у разі цього ускладнення становить 20–64% [1–6].

### Матеріали і методи

Ми проаналізували причини 43 (0,24%) випадків евентрації, яка виникла після 17 438 екстрених лапаротомій (табл. 1).

Чоловіків було 30, жінок — 13. У віці до 60 років на лікуванні перебувало 25 хворих, понад 60 років — 18.

З-поміж 43 випадків евентрації 32 (76,7%) виникли на тлі гнійного процесу в черевній порожнині. При цьому після холецистектомії евентра-

ція сталася тільки у хворих віком понад 60 років, стосовно інших операцій залежності виникнення цього ускладнення від віку хворого ми не помітили.

### Результати й обговорення

Ми виділили чотири основні групи безпосередніх причин евентрації: місцеві чинники, від яких залежить загоєння операційної рани; загальні чинники, які впливають на регенераторні механізми хворого; причини, які зумовлюють надмірний механічний вплив на рану; помилки у виконанні оперативних втручань.

Серед місцевих чинників найважливішими є процеси нагноєння, які можуть поширюватися з глибини назовні й навпаки. З-поміж 32 хворих

Таблиця 1

Частота виявлення евентрації

| Клінічний діагноз, оперативний доступ   | Кількість |                     |       |
|---|-----------|---------------------|-------|
|   | операцій  | випадків евентрації |       |
|   |           | абс.                | %     |
| Гострий апендицит:  | 13 985    | 17                  | 0,05  |
| косий доступ  | 13 879    | 1                   | 0,007 |
| серединний доступ   | 106       | 6                   | 5,1   |
| Гострий холецистит:   | 1603      | 5                   | 0,3   |
| підреберний доступ  | 1596      | 2                   | 0,12  |
| параректальний доступ   | 7         | 3                   | 42,8  |
| Травма живота:  | 1232      | 9                   | 0,73  |
| серединний доступ   | 1232      | 9                   | 0,73  |
| Проривна виразка:   | 149       | 4                   | 2,01  |
| серединний доступ   | 149       | 4                   | 2,01  |
| Рак ободової кишки, ускладнений перфорацією пухлини та непрохідністю кишечника: | 146       | 7                   | 4,7   |
| косий доступ  | 102       | 1                   | 0,97  |
| серединний доступ   | 43        | 6                   | 13,9  |
| Перфорація кишечника:   | 39        | 1                   | 2,5   |
| серединний доступ   | 39        | 1                   | 2,5   |
| Панкреонекроз:  | 41        | 3                   | 7,3   |
| серединний доступ   | 41        | 3                   | 7,3   |
| Спайкова непрохідність кишечника:   | 198       | 4                   | 0,34  |
| серединний доступ   | 185       | —                   | —     |
| параректальний доступ   | 13        | 4                   | 30,7  |
| Інші захворювання:  | 46        | 3                   | 6,5   |
| серединний доступ   | 31        | 1                   | 3,2   |
| параректальний доступ   | 15        | 2                   | 13,3  |

із перитонітом тільки у 8 гнійне запалення поширилося з очеревини на м'язово-апоневротичний шар черевної стінки, в інших розвинулася флегмона в рані, яка спричинила крайовий некроз, розходження швів апоневрозу й евентрацію.

Прошивання апоневрозу в процесі ушивання операційної рани близько до його краю виконали 4 хворим, причому в усіх відзначали надмірне відкладення жиру в підшкірній основі, що утруднювало цей етап операції. В однієї хворої причиною евентрації була травма м'язів з їхнім розшаруванням і рясним просочуванням кров'ю.

Після застосування параректального доступу частота евентрації становила 25,7% (9 на 35 операцій), серединного — 1,64% (30 на 1826 операцій), підреберного доступу Кохера — 0,12% (2 на 1596 операцій), Волковича — Дьяконова — 0,007% (1 на 13879 операцій). Отже, у невідкладній хірургії для виконання широкої лапаротомії єдино прийнятним доступом є серединний.

Загальними причинами, які сповільнюють процеси регенерації в організмі, як відомо, є анемія, гіпопротеїнемія, порушення функції дихання, кровообігу. Супровідні захворювання серцево-судинної системи з наявністю серцевої й дихальної недостатності II–III ступеня виявлено в 13 (30,2%) хворих, анемію різного ступеня (кількість еритроцитів  $3,1...2,1 \cdot 10^{12}$ ) — у 15 (34,8%), гіпопротеїнемію (концентрація загального білка 60,0–39,7 г/л) — у 18 (41,8%). Крім того, важливим чинником виникнення евентрації була наявність цукрового діабету в 9 (20,8%) хворих, причому у двох його виявили вперше і він погано піддавався лікуванню. З 17438 хворих цукровий діабет був у 331 особи (1,9%), водночас із 26 хворих із флегмоною в операційній рані, яка стала причиною евентрації, цю хворобу діагностовано в 50% осіб.

Тривалість операції до 1 години відзначили у 21 хворого; до 1,5 години — у 16; 2 години — у 3; 2,5–3 години — у 2; 4 години — в одного. Тривалість втручання, як видно, не вплинула на ймовірність виникнення евентрації, оскільки в більшості прооперованих операція тривала до півтори години.

Загальновідомо, що серед чинників підвищення внутрішньочеревного тиску основне значення мають не ті, за яких напруження м'язів черевної стінки наростає поступово й поширюється рівномірно (парез кишечника), а ті, що спричиняють раптове й нерівномірне розтягнення тканин у ділянці швів (сильний кашель, блювання). Поєднання цих причин є особливо несприятливим. Протягом перших 5 днів після операції евентрація сталася в 15,3% хворих, від 6 по 8 добу — у 67,9%, від 9 по 14 добу — у 16,8%. Отже, у період найбільшої виразності парезу кишечника частота випад-

ків евентрації виявилася найменшою. Зате в строки, які відповідають розпалу гнійно-запального й некротичного процесів, відзначено максимальну частоту виникнення ускладнення. У 18 (41,8%) хворих зумовити евентрацію міг сильний кашель, у двох (4,6%) — повторне блювання, хоча бронхолегеневі ускладнення й значні порушення евакуаторної функції шлунка та верхніх відділів кишечника констатовано відповідно в 48 і 73% хворих. Під час повторної операції у 86,9% хворих виявлено значні гнійно-деструктивні ураження тканин уздовж лінії шва, у 4,4% — порушення техніки ушивання черевної стінки, про що йшлося вище. Отже, основною причиною евентрації є гнійне ураження тканин черевної стінки, а вплив чинників підвищення внутрішньочеревного тиску слід вважати не причиною, а провокуванням.

У повторних операціях у всіх 43 хворих, що їх виконали досвідчені хірурги, із адекватним знеболюванням, застосовано щадну некректомію, ушивання рани через усі шари на гумових або поліхлорвінілових трубчастих прокладках. Ми вважаємо обов'язковим прикривати кишкові петлі перед ушиванням сальником, щоб не допустити їхнього контакту з лінією шва й утворення зрощень, що загрожує розривом кишки у післяопераційному періоді в разі найменшого діастазу країв рани. Коли для цього не було можливості, ми виконали вкриття кишки консервованою амніотичною оболонкою людини за розробленою у клініці методикою [2].

Слід окремо зупинитися на інтраопераційних знахідках під час повторного втручання. Ми тільки в трьох випадках виявили так званий «квітучий перитоніт». В інших варіантах у ранньому періоді (5–6 доба після первинної операції) відзначали ознаки перитоніту, явища якого вщухали (найчастіше дифузного): мала кількість серозно-гнійного вмісту («помарки» на кишкових петлях), фібрин, інтенсивний адгезійний процес. У пізніший термін були наявні запально-інфільтративні зміни органів черевної порожнини із залишками фібрину. Не було також даних на користь обмежених гнійників.

Померли 7 (16,2%) хворих. Причинами смерті були перитоніт (3 спостереження), арозійна кровотеча з судин підшлункової залози (2), гостра серцево-судинна недостатність (1), тромбоемболія легеневої артерії (1). Як видно, найчастіше причиною смерті хворих був перитоніт.

Ретроспективний аналіз виявляє, що найефективнішими заходами профілактики евентрації є: 1) запобігання нагноєнню операційної рани; 2) своєчасне й ефективне коригування порушень гомеостазу, здебільшого ліквідація анемії та гіпопротеїнемії; 3) профілактика легеневих ускладнень після операції. Останнім часом у разі пери-

тоніту ми відмовилися від спроб запобігти нагноєнню рани після її зашивання введенням турунд із антисептиками між швами, гумових випускників, укладенням трубок у підшкірній основі вздовж рани тощо. Єдиним реальним заходом запобігти рановій флегмоні є залишити шкіру й підшкірну основу незшитими (у разі серединної рани) або з накладеними первинно відстроченими швами (апендикулярний доступ) з подальшим накладенням вторинних швів або затягуванням відстрочених. Істотне значення має застосування спеціального бандажа відразу після операції у хворих із підвищеним ризиком евентрації.

### Висновки

1. Найістотношою причиною евентрації після невідкладної операції є розвиток гнійно-некротичного процесу в рані, який поширюється ззовні всередину стосовно шарів черевної стінки.

2. Найчастіше евентрація виникає на 6–8 добу після операції.

3. З оперативних доступів найнесприятливішим, з погляду частоти евентрації, є параректальний.

4. Профілактика флегмони операційної рани є найдієвішим заходом запобігання евентрації.

### Цитована література

1. Григорьев С. Г. Лечение и профилактика эвентраций // Хирургия.— 2002.— № 2.— С. 11–120.
2. Декларацийний патент на винахід 39610 А, Україна, А61В17/00. Спосіб зашивання рани після евентрації / С. М. Антонюк, О. С. Антонюк, В. Б. Ахrameєв, П. Ф. Головня та ін.— №2000116252; заявл. 06.11.2000; опубл. 15.06.2001.— Бюл. № 5.
3. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Эльбашир, Том Мохамед.— Симферополь: Бизнес-информ, 2002.— 440 с.
4. Измайлов С. Г. Профилактика и лечение эвентраций после релапаротомии / С. Г. Измайлов, Г. А. Измайлов, В. Н. Гараев и др. // Хирургия.— 2001.— № 12.— С. 14–18.
5. Измайлов С. Г. Экспериментально-клиническое обоснование аппаратного способа лечения послеоперационных эвентраций // Хирургия.— 2004.— № 2.— С. 23–27.
6. Костин А. Е. Эвентрация после срединных лапаротомий // Хирургия.— 2001.— № 2.— С. 21–22.

### Проблема эвентрации в неотложной хирургии

*О. С. Антонюк, В. Б. Ахrameєв, П. Ф. Головня, Н. В. Свиридов, И. Б. Андриенко*

Приведен анализ 43 случаев эвентрации после 17438 неотложных лапаротомий. Авторы считают, что наиболее существенной причиной в развитии этого осложнения является возникновение гнойно-некротического процесса в ране передней брюшной стенки, распространяющегося снаружи внутрь. Чаще всего эвентрация наступает на 6–8 сутки после операции. Самой действенной мерой предупреждения эвентрации является профилактика флегмоны операционной раны.

### The problem of the eventration in the emergency surgery

*O. S. Antoniuk, V. B. Akhramieiev, P. F. Holovnia, M. V. Syrydov, I. B. Andriienko*

The analysis of the causes of 43 eventrations which occurred after 17438 emergency laparotomies was carried out. The authors consider that the main cause of development of this complication is purulent-necrotic process in the anterior abdominal wall wound, spreading from outside to inside. Most often, eventration occurs on 6–8 day after surgery. Prophylaxis of postoperative wound is the most effective measure for eventration prevention.