



В.В. Бойко, С.О. Савві,
В.В. Жидецький, Є.А. Новіков

ПРОФІЛАКТИКА ЕВЕНТРАЦІЙ ПІСЛЯ ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

ДУ Інститут загальної
та невідкладної хірургії
НАМН України

© Колектив авторів

Резюме. Результати застосування розробленого способу профілактики евентрацій при повторних операціях на черевній порожнині вивчені у 69 хворих на гнійний перитоніт (чоловіків – 56, жінок – 13) у віці 19 – 84 років (середній вік хворих – 48,9 років). Загальне число проведених програмованих втручань склало 108.

Ключові слова: евентрації, перитоніт, повторні лапаротомії.

Вступ

Евентрацією слід вважати як гостро розвинутий дефект в очеревині і м'язово-апоневротичному шарі, внаслідок чого створюються умови для разгерметизації черевної порожнини і виходу нутрощів за її межі [5, 10]. Це одне з найбільш небезпечних ускладнень в абдомінальній хірургії, при розвитку якого відзначається досить висока летальність, що досягає 20 % і навіть, за деякими даними, 65 % [1–3].

Особливо велика летальність у випадках евентрації при наявності гнійної рани, досягає 40–65 %. У цих же випадках трапляється висока частота повторних евентрацій, які спостерігаються в середньому у 12,5 %. Високий відсоток загибелі хворих пояснюється супутнім або розвинутим післяопераційним перитонітом, кишковими норицями, непрохідністю кишківника [7, 9, 11].

За даними ряду вітчизняних і зарубіжних хірургів [6–8, 10, 11] частота евентрацій після операцій на органах черевної порожнини коливається в досить широких межах – від 0,03 до 9,5 %, а летальність складає 20–64 % [2, 6]. При післяопераційному перитоніті, як правило, евентрація є повною. Виникнення евісцерації різко ускладнює перебіг післяопераційного перитоніту, що є показанням до повторної операції.

Частота евентрацій при перитоніті становить 7–8 %, повторні евентрації зустрічаються в 12,5 % спостережень [8]. Особливі труднощі при лікуванні евентрації у хворих перитонітом виникають у випадках нагноєння лапаротомної рани і розвитку флегмони черевної стінки. При цьому хірург змушений одночасно вирішувати два, здавалося б, взаємовиключні завдання: з одного боку – надійно ізолювати внутрішні органи, щоб уникнути виникнення кишкової нориці, з іншого – широко дрениувати зону гнійно-некротичного ураження тканин черевної стінки з подальшою її адекватною санацією [3]. Традиційні методи кишкової евісцерації не завжди можливо застосувати в умовах нагноєння рани і нерідко призводить до некрозу шкіри і підлеглих тка-

нин внаслідок їх додаткової ішемізації. Застосування класичної лапаростоми з частковим зведенням тільки шкіри нерідко призводить до виникнення поодиноких або множинних кишкових нориць, що в 85–90 % закінчується летальним результатом, а в разі одужання неминує призводить до формування великих і гігантських післяопераційних гриж [2, 9, 11]. Їх лікування представляє великі технічні труднощі, внаслідок чого дана проблема є окремою сторінкою абдомінальної хірургії.

Матеріали та методи досліджень

Розроблений нами спосіб, застосований у 69 хворих на гнійний перитоніт (чоловіків – 56, жінок – 13) у віці 19 – 84 років (середній вік хворих – 48,9 років). Причинами перитоніту були деструктивні форми апендициту (14) і холецистити (4), перфорація порожнистого органу (12), травма живота (21), післяопераційні ускладнення (18). Даний метод в 51 випадку застосовано при програмованій релапаротомії (одноразової – у 14, дворазовий – у 22, трьох – і чотирикратною – у 15 хворих) і в 18 випадках евентрації. Загальне число проведених програмованих втручань склало 108. У 57 хворих операції проведені під ендотрахеальним наркозом, у 8 – під внутрішньовенним, у 4 – під епідуральною анестезією.

Результати досліджень та їх обговорення

Нами розроблений і застосовується метод ушивання лапаротомної рани при програмованій релапаротомії і евентрації, основним елементом якого є проведення металевих порожнистих перфорованих спиць через піхви прямих м'язів живота. Спиці проводять паралельно країв рани, відступивши від них на 3–4 см, між листками піхв прямих м'язів живота під пальпаторним контролем з боку очеревини. Їх кінці виводяться на шкіру на 1–2 см від верхнього і нижнього кутів рани, злегка загинають. Через порожні перфоровані спиці проводиться введення антисептичних розчинів і антибактеріальних мазей до зони швів. Шви (капрон) накладають через всі шари з захопленням спиць на



відстані близько 4 см один від одного і затягують до щільного контакту країв операційної рани.

Застосована методика у випадках нагноєння рани дозволяла їй адекватно санувати, а при програмній релапаротомії забезпечувала швидкий і малотравматичний доступ в черевну порожнину, а також завершення операції без видалення спиць. Середні строки активізації хворих склали 5–7 діб, на 12–14 добу спиць видаляли, наскрізні шви знімали на 16–17 добу. У 14 хворих при повторних санаційних релапаротоміях знаходження спиць в черевній стінці зберігалося до 20–22 діб. Проведені нами експериментальні дослідження показали, що даний спосіб має безсумнівні переваги в порівнянні з вживаними раніше, оскільки при ньому тиск нитки на тканини черевної стінки за рахунок свого рівномірного розподілу в 60 разів нижче, ніж при ушиванні рани П-подібними швами. Це значно зменшує можливість розвитку ішемічних некрозів. Місцеве використання антисептичних засобів знижувало ймовірність виникнення гнійно-септичних ускладнень у зоні накладання швів. Ускладнень у вигляді пошкодження спицями внутрішніх органів ми не спостерігали. При розвитку флегмони передньої черевної стінки (у 4 хворих) виконували широкі розрізи уздовж спігелієвих ліній і проводили лікування за загальними принципами гнійної хірургії. У двох хворих з певни-

ми ознаками анаеробного інфікування тканин передньої черевної стінки нам не вдалося впо-ратися з поширенням процесу, що послужило причиною для передчасного видалення спиць.

Необхідно відзначити, що в наших спостереженнях не було жодного випадку повторної евентрації. Нами проведена порівняльна оцінка результатів застосування розробленого способу у 69 хворих і ушивання лапаротомної рани П-подібними швами на гумових протекторах у 102 хворих.

Таким чином, повторна евентрація серед 102 хворих контрольної групи виникла у 16 (15,7 %) хворих, а в основній – не спостерігалася.

Висновки

На підставі проведеного дослідження ми вважаємо за можливе зробити висновок, що при поширеному гнійному перитоніті жоден з методів ушивання лапаротомної рани, як при евентрації, так і при програмованої релапаротомії не є універсальним, що рятує хворого від загрози розвитку місцевих ускладнень у вигляді флегмони передньої черевної стінки і віддалених наслідків, таких як формування великих і гігантських післяопераційних гриж. Застосування запропонованої нами методики, зважаючи на відносно невелику кількість негативних наслідків, представляється нам перспективним.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян А.А. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки / А.А. Адамян, Р.Э. Величенко // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии.* – 1999. – № 2. – С. 41 – 48.
2. Баймышев Е.С. Профилактика послеоперационных эвентраций / Е.С. Баймышев, К.Б. Абзалиев, Т.С. Карибеков // *Вестн. хир.* – 1988. – № 7. – С. 119 – 120.
3. Григорьев С.П. Лечение и профилактика эвентраций / С.П. Григорьев // *Хирургия.* – 2002. – № 2. – С. 11 – 12.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В.В. Жебровский, Эльбашир Том Мохамед. – Симферополь: Бизнес-информ, 2002. – 440 с.
5. Измайлов С.Г. Экспериментально-клиническое обоснование аппаратного способа лечения послеоперационных эвентраций / С.Г. Измайлов // *Хирургия.* – 2004. – № 2. – С. 23 – 27.
6. Ильченко Ф.Н. Диагностика и лечение очагов хронического воспаления в мягких тканях живота при послеоперационных и рецидивных грыжах / Ф.Н. Иль-

7. Ченко // *Таврич. мед.-биол. вест.* – 1999. – № 1 – 2. – С. 120–124.
7. Костин А.Е. Эвентрация после срединных лапаротомий / А.Е. Костин // *Хирургия.* – 2001. – № 2. – С. 21 – 22.
8. Профилактика и лечение эвентраций после релапаротомии / С.Г. Измайлов, Г.А. Измайлов, В.Н. Гараев [и др.] // *Хирургия.* – 2001. – № 12. – С. 14 – 18.
9. Саенко В.Ф. Выбор метода закрытия лапаростомы в лечении тяжелых форм перитонита / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский // *Клінічна хірургія.* – 2003. – № 4 – 5. – С. 34–36.
10. Penninckx F.M. Planned relaparotomies in the surgical treatment of severe generalized peritonitis from intestinal origin / F.M. Penninckx, R.P. Kerremans, P. Lauwers // *World J. Surg.* – 2003. – Vol. 7. – P. 762 – 766.
11. Van Goor H. Complications of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis / H. Van Goor, R.G. Hulsebos, R.P. Bleichrodt // *Eur. J. Surg.* – 2004. – Vol. 163 (1). – P. 61 – 66.



ПРОФИЛАКТИКА
ЭВЕНТРАЦИЙ ПРИ
ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ
НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ
ПОЛОСТИ

*В.В. Бойко, С.А. Савви,
В.В. Жидецкий,
Е.А. Новиков*

Резюме. Результаты применения разработанного способа профилактики эвентраций при повторных операциях на брюшной полости изучены у 69 больных гнойным перитонитом (мужчин – 56, женщин – 13) в возрасте 19- 84 лет (средний возраст больных – 48,9 лет). Общее число проведенных программированных вмешательств составило 108.

Ключевые слова: *эвентрации, перитонит, повторные лапаротомии.*

PREVENTION OF
EVENTRATION AFTER
REPEATED OPERATIONS ON
THE ABDOMINAL ORGANS

*V.V. Boyko, S.A Savvi,
V.V. Zhydetskyy, E.A. Novikov*

Summary. The results of applying the developed method for preventing eventration after repeated abdominal surgery were studied in 69 patients with purulent peritonitis (men – 56 women – 13) at the age of 19–84 years (mean age – 48.9 years). The total number of conducted programmed interventions was 108.

Key words: *eventration, peritonitis, relaparotomy.*