



В. В. Бойко, А. В. Козаченко,
Г. І. Гербенко, І. Я. Бугаков,
Ю. І. Ісаєв, О. В. Кравцов,
О. Є. Грязін, Ю. І. Козін,
Д. С. Єфімов, С. І. Макєєв

*ДУ «Інститут загальної
та невідкладної хірургії
ім. В. Т. Зайцева НАМН
України», м. Харків*

*КУ «Харківська міська клінічна
лікарня швидкої та невідкладної
медичної допомоги
ім. проф. О. І. Мещанінова»*

*Харківський національний
медичний університет*

© Колектив авторів

ЕВЕНТРАЦІЯ. ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ

Резюме. Проаналізовано досвід лікування 34 хворих з евентрацією. 26 хворим проводилася хірургічна обробка інфікованих і гнійно-некротичних ран, ревiзiя, санація органів черевної порожнини з використанням сіток з полігліцина-910 (Vicril), для закриття черевної порожнини та лікування інфікованих і гнійних ран з використанням озонотерапії, ультразвукової кавітації ран, що скорочувало перебіг фаз ранового процесу, сприяло приживленню шкірних аутоотрансплантатів до 86 %.

Ключові слова: евентрація, озонотерапія, ультразвукова кавітація.

Вступ

Евентрація – одно з небезпечних ускладнень в абдомінальній хірургії, при якому летальність досягає від 20 до 80 % [5, 6, 8, 10].

За даними вітчизняних і зарубіжних авторів, частота евентрації після лапаротомії становить від 0,005 до 3,2 % [11, 12, 16, 17]. Висока летальність обумовлена не самою евентрацією, а її ускладненнями: тромбозами, гангреною кишки, некрозами, перитонітом.

Особливе занепокоєння визивають хворі, яких оперували на органах черевної порожнини й оперативне втручання ускладнилося евентрацією або повторною евентрацією в гнійну рану. Повторні евентрації зустрічаються в 4-12,5 % спостережень [12, 13], а летальність становить від 52 до 85 % [7, 16].

Мета дослідження

Вивчити причини, патогенез та результати консервативного і хірургічного лікування евентрації та її ускладнень, доповненого УЗД-кавітацією, озонотерапією та пластичними операціями.

Матеріали та методи дослідження

За 2008-2012 рр. в Харківській міській клінічній лікарні швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова виконано 13770 термінових операцій на органах черевної порожнини. У 34 хворих у віці від 22 до 86 років виникла евентрація, що становило 0,25 %.

За віком хворих розподілено таким чином: молодий (22–45 р.) – 2 (5,9 %), середній (46–59) – 6 (17,6 %), літній (60-74) – 11 (32,3 %), старечий (75–90) – 15 (44,1 %). Чоловіків було 20 (58,8 %), жінок – 14 (41,2 %).

При клінічному доопераційному і післяопераційному обстеженні причинами порушення внутрішнього середовища в організмі хворих були: алкоголізм – 3 (8,8 %), ожиріння – 8 (23, %), коагулопатія – 6 (17, %), пневмонія – 3 (8,8 %), цукровий діабет – 5 (14,7 %), гіпопротеїнемія – 5 (14,7 %), анемія – 4 (11,7 %).

Також виявили, що 83 % пацієнтів середнього, літнього та старечого віку хворіли на ішемічну хворобу с проявами серцево-судинної недостатності та порушенням кровообігу ІІА–ІІБ ступеню, на обструктивний бронхіт хворіло 7 (20,5 %), ревматоїдний поліартрит – 11 (32,3 %).

Слід відзначити, що основними захворюваннями у хворих з евентрацією після лапаротомії були: странгуляційна кишкова непрохідність – 11 (32,3 %), гострий апендицит, ускладнений загальним перитонітом – 9 (26,4 %), рак товстої кишки, що ускладнений кишковою непрохідністю та перфорацією кишки – 4 (11,7 %), панкреонекроз – 6 (17,6 %), проникаючі рани органів черевної порожнини, які ускладнені кровотечею та заочеревинною гематомою – 4 (11,7 %). Летальність становила 18 % [6].

Існує ряд класифікацій евентрацій (Н. З. Монаков, 1959; В. Я. Баранов, 1962; В. С. Савельєв, Б. Д. Савчук, 1976; К. Д. Тоскін, В. В. Жебровський, 1975-1986; В. К. Гостіщев та інші, 1982; В. Ф. Саєнко та інші, 2005).

У своїй роботі ми користувалися класифікацією евентрації К. Д. Тоскіна та В. В. Жебровського (1975–1986) [13].

Аналізуючи накопичений матеріал, слід відзначити, що перша ступінь евентрації (підшкірна), діагностовано у 3 (8,8 %), друга (часткова) – у 5 (14,7 %), третя (повна) – у 16 (47 %),



четверта (дійсна евентрація або евісцерація) – у 10 (29,4 %) хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі одержаних даних виявлено, що інфекція в черевній порожнині та лапаротомній рані у 26 (76,4 %) хворих була причиною імуносупресії, яка виникає при тривалому перебігу основного захворювання, що обумовлене тяжкістю характеру хвороби, травми, великою кількістю крововтрати, вираженою гіпоксією, ендотоксемією. Мікрофлора у 13 (50 %) хворих складалася із поєднання кишкової палички із золотистим стафілококом. Асоціація кишкової палички з протеєм спостерігалася у 9 (34,6 %), аероби з неклостридіальною анаеробною інфекцією (*Bacterioides*, *Fragilis*, *Fusobacterium*) – у 4 (15,3 %).

Механічною причиною виникнення евентрації явилось гостре підвищення внутрішньочеревного тиску – синдром інтраабдомінальної гіпертензії (СІАГ) або абдомінальний компартмент-синдром (АКС) [2, 3, 4].

СІАГ і АКС не можна ототожнювати, хоча вони мають спільність патогенетичного механізму, схожість патофізіологічних порушень і клінічних проявів патологічного підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Критеріями, які визначають СІАГ, є кількісні параметри ВЧТ між 20 і 25 мм рт. ст. АКС характеризується стійким, високим ВЧТ – більше 20 мм рт. ст. і маніфестацією поліорганної недостатності.

В умовах багатопрофільного хірургічного стаціонару частота СІАГ у залежності від етіологічних чинників становить 11,6 (30 %) [11, 15, 19]. Тяжким проявом СІАГ є АКС, наявність якого це один з показників до операції при деструктивному панкреатиті [1, 7, 20, 21, 22]. Летальність при цьому досягає 33 % [17, 19]. Важливим наслідком ВЧТ є оліго- та анурія, порушення мікроциркуляції у внутрішніх органах, що приводить до поліорганної недостатності.

Критеріями в наших спостереженнях були: рівень сечовини у крові – 167 ммоль/л і вище, креатинін – 177 ммоль/л, олігурія (кількість сечі менше 20 мл/год), паралітична або механічна кишкова непрохідність. Також слід брати до уваги напругу в післяопераційних швах при метеоризмі, кашлю, блювоті та збудженості хворого. У цих випадках відбувається сильне скорочення м'язів черевної стінки та раптово підвищується внутрішньочеревний тиск, що може призвести до евентрації.

Причини виникнення евентрації також залежать від способу зашивання операційної рани. При зашиванні апоневрозу безперервним швом евентрація виникає у 1,6 % спостережень, вузловим – у 2 %; при одночасному за-

шиванні очередини й апоневрозу – у 0,95 %, при пошаровому – у 3 % [5, 9, 14, 15, 18].

В наших спостереженнях одночасне зашивання очередини й апоневрозу виконано у 25 (44,1 %) хворих, вузлове зашивання – у 9 (34,6 %).

Необхідно відмітити, що якість зашивання операційної рани залежить від кваліфікації хірурга, дотримання правил асептики і антисептики, старанного гемостазу, способу укріплення передньої стінки живота.

Всім хворим, яких було прооперовано з приводу панкреонекрозу, кишкової непрохідності різного генезу; гострого апендициту, ускладненого загальним перитонітом; закритої та відкритої травм органів черевної порожнини з крововтратою, заочеревинної гематоми та пошкодження кишечника; виконувалася інтраопераційна декомпресія кишечника та дренивання черевної порожнини.

Щодо клінічної картини евентрації, то якщо петлі кишечника та сальник виходять за межі черевної стінки, труднощів в постановці діагнозу не виникає. При евентрації I та II ступеню клінічна картина стерта, але прогноз залежить від своєчасного виконання лікувальних заходів.

Підшкірна евентрація (I ступінь) виникла в наших спостереженнях на 3-6 добу після операції у 3 (8,8 %) хворих. При огляді живота спостерігалася асиметрія передньої стінки живота за рахунок вибухання післяопераційної рани. При пальпації живота під шкірою пальпувалося пухлиноподібне утворення еластичної консистенції. Післяопераційна рана була герметичною, ознак кишкової непрохідності не спостерігалось. Лікування було консервативним: стягували довгими смужками пластиру края післяопераційної рани і черевна стінка закріплювалася еластичним поясом-бандажем з метою послаблення напруги м'язів у ділянці рани. Усіх хворих виписано з клініки з одужанням під нагляд амбулаторного хірурга, так як у таких випадках утворюються післяопераційні киби.

Клінічна картина евентрації II ступеню у 5 (14,7 %) хворих характеризувалася підвищенням температури тіла до 39° С, болями в області рани, лихоманкою. При пальпації в області рани хворий відчував біль, пальпувався твердий інфільтрат. В таких випадках ми ревізували інфільтрат гудзикуватим зондом і у всіх випадках одержали гній, який забирали на бактеріальний посів для визначення чутливості мікробів до антибіотиків. Потім рану розкривали, пальцем ревізували, вилучали лігатури, висікали всі некротизовані тканини, промивали антисептиками, дренивали. Хворих переводили на суворий постільний режим, проводилася цілеспрямована антибіотикоте-

рапія, стимулювали регенеративні процеси. При місцевому лікуванні рани виконували перев'язку рани 2 рази на добу з використанням мазі на гідрофільній основі. В першій фазі ранового процесу проводили фізіотерапевтичні процедури. При очищенні рани та заповненні її грануляціями накладали вторинні шви.

Всі хворі виписані із клініки під нагляд амбулаторного хірурга.

Найбільш складним є лікування повної і, особливо, дійсної евентрації (евісцерації). Під нашим наглядом знаходилося 26 (76,4 %) хворих з повною та дійсною евентрацією (евісцерація) – III-IV ступінь. Клінічна картина характеризувалася різким погіршенням загального стану хворих, зростанням клініки перитоніту, токсикозу. Найбільш ранньою ознакою евентрації у наших хворих були просочування пов'язки серозно-геморагічним, а інколи – гнійним вмістом. Хворі скаржилися на біль по всьому животу, нудоту, слабкість. При обстеженні виявлено, що шкірні покриви бліді, акроціаноз, риси обличчя загострені. Пульс до 130 за хвилину.

У 12 (46,2 %) хворих у післяопераційному періоді виникла евентрація в гнійну рану, а у 14 (53,8 %) – в інфіковану рану. Інфікована рана має клінічні ознаки інфікованого запалення серозного характеру: незначний набряк та почервоління країв рани, виділення серозного ексудату. Головним проявом гнійної рани є поряд з вираженими ознаками інфікованого запалення – наявність гнійного ексудату. Такий поділ має практичне значення для лікувальної тактики та прогнозування перебігу загоєння рани. Хірургічне лікування 14 (53,8 %) хворим з евентрацією в інфіковану рану проведено в повному обсязі: хірургічна обробка інфікованої рани з дрениванням порожнини за Н. Н. Каншиним; використання в післяопераційному періоді озono-ультразвукового лікування з використанням антибіотиків і антисептиків або залишення рани після обробки відкритою з подальшим лікуванням її та накладанням первинно затримуючих швів.

Завжди складні ситуації виникають при евентрації в гнійну рану – 12 (46,2 %) хворих. Проведення консервативної терапії у таких випадках є тактичною помилкою. Тільки в рідкісних ситуаціях, коли евентрація не супроводжується загальним перитонітом, у хворих старечого віку, а також у хворих, які знаходяться в термінальному стані, можливо лікування мазевими тампонами.

Оперативні втручання проводили під інтубаційним наркозом. Відкривали рану, видаляли некротизовані краї, інфікований шовний матеріал, проводили хірургічну обробку гнійної рани, ревізію та санацію органів черевної порожнини, а головне укривали кишковок сіткою з полігліцину-910 («Vicril»).

Сітки вшивали в краї операційної рани безперервним швом ниткою, що розсмоктується, зробивши відступ 3 см від краю рани. Вікрилові сітки резистентні до інфекції, стабільні протягом 6 тижнів, а потім повністю руйнуються. В разі необхідності при виконанні планової санації чи ревізії сітку можливо розрізати для доступу до осередку інфекції в черевній порожнині.

Вікрилова сітка забезпечує декомпресію черевної порожнини, контроль стану стінки кишковока, можливе дренивання запальних осередків, гнійників. При надійній фіксації її до країв рани вона захищає органи черевної порожнини від повторної евентрації та шкіру і підшкірні тканини навколо рани. При зменшенні набряку тканин, краї розрізаної сітки можливо зближувати і інколи закривати лапаротомну рану. За наявності численних спайкових зрощень, персистоючої інфекції, нестабільного стану хворого та у разі необхідності утримання від остаточного закриття лапаротомної рани, вікрилові сітки сприяють сповільненню утворення грануляцій [8, 17].

В разі гнійного процесу в рані та розвитку флегмонозно-некротичного запалення передньої черевної стінки, рану не зашивали. У 26 (76,4 %) хворих виконували хірургічну обробку гнійної рани з некретомією та використовували озонотерапію за допомогою озонатора УМ-80. Озон діє бактерицидно на мікроорганізми, сприяє очищенню рани, стимулює місцевий імунітет [1]. Також у лікуванні флегмонозно-некротичного запалення з метою пригнічення мікрофлори та покращення мікроциркуляції в рані проводили ультразвукову кавітацію ранового процесу апаратом Sonosa-190, виробництва компанії «Soring» (Німеччина). Ультразвук діє на мікроорганізми бактерицидно та бактеріостатично, а також підсилює дію антибіотиків, антисептиків на мікроорганізми. Також місцево в лікуванні флегмонозно-некротичних ран використовували антисептики та мазі на водорозчинній основі в залежності від фаз ранового процесу.

Після лікування флегмонозно-некротичного ураження передньої стінки черевної порожнини утворювалися рани різної площі. У 26 (76,4 %) хворих площа рани складала від 60 до 350 см².

Таким чином необхідно було виконувати шкірно-пластичні операції, які були здійснені після затихання запалення та переходу ранового процесу у 2 фазу.

Комбіновану пластику (місцеві тканини + щеплений клапоть) виконано у 8 (30,8 %), вільну шкірну пластику щепленим шкірним клаптем – у 12 (46,2 %) пацієнтів, дозовану дермотензію – у 4 (15,4 %), невеликі рани до 60 см²



закривалися резервами навколишньої шкіри — 2 (7,7 %). У 21 пацієнта хорошим вважали загоєння до 86 % ранової поверхні. Незадовільні результати відмічено у 5 (20 %) пацієнтів. Такі хворі лікувалися консервативно.

Поєднання ранньої евентрації з кишковою норицею було у 4 (15 %) хворих. Всі вони обумовлені гострими запальними процесами органів черевної порожнини, злоякісним захворюванням кишечника, кишковою непрохідністю, проникаючими ранами черевної порожнини з пораненням її органів та заочеревинними гематомами.

У одного хворого була несформованою кишкова нориця через черевну порожнину, а у 3 хворих — зяюча. В таких випадках головним завданням було знайти норицю та локалізувати її, огородити очеревину від дії кишкового вмісту, забезпечити захист шкіри, організувати

ентеральне та парентеральне харчування, догляд за хворим. В подальшому виконувалися відстрочені радикальні оперативні втручання, суть яких полягала у виключенні нориці з наступною резекцією кишки та формуванням міжкишкового анастомозу.

У 34 хворих, оперованих з приводу евентрації, летальність становила 18 % (6 хворих). У 4 хворих причиною смерті була ракова інтоксикація, кишкові нориці, у 2 — повторна евентрація, обумовлена панкреонекрозом, загальним перитонітом.

Таким чином, тяжкість основного і супутніх захворювань операційної травми та післяопераційних ускладнень, а також вік хворих визначали долю хворих. Вибір методу лікування залежить від типу ускладнень, а використання методів профілактики дозволило знизити летальність в наших спостереженнях до 18 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алехина С. П. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты / С. П. Алехина, Т. Г. Щербатюк. — Нижний Новгород, 2003. — 215 с.
2. Алиев С. А. Синдром интраабдоминальной гипертензии / С. А. Алиев // Хирургия. — 2013. — № 5. — С. 63-66.
3. Ванцян Э. Н. Наружные и внутренние свищи. — М.: Медицина. — 1990. — С. 132-174.
4. Гельфанд Б. Р. Синдром интраабдоминальной гипертензии. [метод. рекомен.] / Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин. — Новосибирск: Сибирский успех, 2008: Партнеры Сибири, 2008. — 32 с.
5. Гостищев В. К. Послеоперационные эвентрации / В. К. Гостищев, Ю. В. Стручков, Н. М. Ревенко // Вестник хирургии. — 1982. - №4. — С. 132-136.
6. Григорьев С. Г. Лечение и профилактика эвентраций / С. Г. Григорьев // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 1991. — № 5. — С. 117-120.
7. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота и эвентраций / В. В. Жебровский, Мохамед Том Эльбашир / Практическое пособие, 2002. — 96 с.
8. Жебровский В. В. Применение сетчатых имплантатов у больных при эвентрации / В. В. Жебровский, И. В. Каминский, Н. Н. Торогадзе // Клінічна хірургія. — 2010. — №7. — С. 12-17.
9. Каншин Н. Н. Местная профилактика нагноения операционной раны / Н. Н. Каншин, А. В. Воленко, С. И. Белик // Клиническая хирургия, — 1988. — №1. — С. 1-3.
10. Комаров И. А. Эвентрация как осложнение после операции на органах брюшной полости / И. А. Комаров, Г. В. Степанов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1978. — № 6. — С. 142-145.
11. Лабутина В. С. К вопросу об эвентрациях. В кн.: Вопросы неотложной хирургии и травматологии / В. С. Лабутина // Матер. 2-й конф. хирургов и травматологов Кузбасса, 1970. — С. 197-198.
12. Мельников В. В. Лечение эвентраций в гнойную рану / В. В. Мельников // Анналы хирургии. — 2005. — № 1. — С. 48-50.
13. Милонов О. Б. Руководство. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О. Б. Милонов, Н. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. — М.: Медицина, 1990. — С. 161-180.
14. Нечитайло М. Е. Ошибки, опасности и осложнения в неотложной абдоминальной хирургии / М. Е. Нечитайло, И. В. Иоффе, А. А. Ольшанский. — Луганск, 2011. — С. 183-188.
15. Полашенко Е. Н. О характере влияния повышенного внутрибрюшного давления на общую и черевную гемодинамику / Е. Н. Полашенко, Г. С. Лескин // Матер. Всесоюз. конф. «Биологическая характеристика лабораторных животных и экстраполяция на человека». — М., 1980. — С. 295-296.
16. Савельев В. С. Хирургическая тактика при эвентрации / В. С. Савельев, Б. Д. Савчук // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1976. — № 3. — С. 121-125.
17. Саенко В. Ф. Эвисцерация: причины, профилактика, лечение / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Клінічна хірургія. — 2005. — № 2. — С. 47-51.
18. Шапкин В. С. Тактические и технические вопросы. Лечение эвисцераций / В. С. Шапкин, Г. Н. Хорев // Клиническая хирургия. — 1977. — № 1. — С. 52-56.
19. Эсперов Б. Н. Материалы и вопросы о внутрибрюшном давлении у человека / Б. Н. Эсперов. Автореф. дис.... канд. мед. наук. — Куйбышев, 1955. — 22 с.
20. Chevrel J. P. Evisceration post-operation / J. P. Chevrel, J. N. Loury, P. L. Fagniez // VIII Franc. Congr. «Actual Chirurgic», Paris. — 1980. — Vol. 15. — P. 74-80
21. Losanoff J. E. Temporary abdominae coverage and reclosure of the open abdomen: Frequently asked question / J. E. Losanoff, B. W. Richman, J. W. Jones // J. Amer. Coll. Surg. — 2002. — № 195. — P. 105-115.
22. Shein M. Planned reoperations and open management in critical intraabdominal infections: prospective experience in 52 cases // Wed. J. Surg. — 1991. — Vol. 15. — P. 745-753.

ЭВЕНТРАЦИЯ. ЛЕЧЕНИЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ

*В. В. Бойко, А. В. Козаченко,
Г. И. Гербенко, И. Я. Бугаков,
Ю. И. Исаев, А. В. Кравцов,
А. Е. Грязин, Ю. И. Козин,
Д. С. Ефимов, С. И. Макеев*

Резюме. Анализируется опыт лечения 34 больных с эвентрации. 26 больным проводилась хирургическая обработка инфицированных и гнойно-некротических ран, ревизия, санация органов брюшной полости с использованием сеток из полиглицина -910 (Vicril), для закрытия брюшной полости и лечения инфицированных и гнойных ран с использованием озонотерапии, ультразвуковой кавитации ран сокращает течение фаз раневого процесса, способствовало приживлению кожных аутоотрансплантатов до 86 %.

Ключевые слова: эвентрация, озонотерапия, ультразвуковая кавитация.

EVENTRATION.
TREATMENT OF
COMPLICATIONS

*V. V. Boyko, A. V. Kozachenko,
G. I. Gerbenko, I. J. Bugakov,
Y. I. Isaev, A. V. Kravtsov,
A. E. Gryazin, Y. I. Kozin,
D. S. Efimov, S. I. Makeev*

Summary. The experience of treatment of 34 patients with eventration is analyzed. 26 patients underwent surgical treatment of infected and necrotic wounds, inspection, sanitation of the abdominal cavity using polyglycine-910 (Vicril) nets, to close the abdominal cavity and the treatment of infected and festering wounds using ozone therapy, ultrasonic cavitation of wounds reduces duration of wound process staged, facilitated engraftment of autodermic grafts to 86%.

Key words: eventration, ozone therapy, ultrasonic cavitation.