



О. О. Воровський,
В. О. Шапринський,
Д. А. Яцков

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний
госпіталь ветеранів війни

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЕВЕНТРАЦІЙ ТА ЕВІСЦЕРАЦІЙ ПРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 63 хворих з евентерацією органів черевної порожнини. Вибір методу закриття черевної стінки залежить від місцевого поширення та розвитку гнійно-запального процесу. При тимчасовому закритті черевної стінки, для відгородження внутрішніх органів доцільно застосовувати ксеношкіру.

Ключові слова: евентерація, операція, органи черевної порожнини.

Вступ

Евентрація є одним із самих небезпечних післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії. Вона зустрічається від 0,13–9,0 % випадків після лапаротомії і складає 16,8 % усіх післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень, які потребують повторного хірургічного втручання [1, 6]. Летальність при даній патології залишається високою – 20–86 % [4, 6].

Однією із самих частих причин, які можуть призвести до неспроможності швів у ділянці післяопераційної рани черевної стінки є виконання повторних операцій з приводу гнійних процесів у черевній порожнині, де особливо ризик їх розходження виникає на тлі респіраторних розладів, застосування стероїдних препаратів, з онкологічними захворюваннями та з іншою патологією, що супроводжується зниженим імунітетом. Механічною причиною виникнення евентрації є раптове підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), напад кашлю, напруження м'язів черевної стінки при закріпах та утрудненому сечовипусканні, кровотечі в черевну порожнину, позачеревної гематоми, набряк очеревини внаслідок перитоніту чи травми органів черевної порожнини, пневмонії, нагноєння післяопераційної рани тощо [2, 5, 7].

Повторні евентрації та евісцерації після реконструктивних операцій також складають досить високий відсоток – 4–12,5 % [3, 4, 7]. Етіології ускладнення, окрім вищевказаних причин, відіграють похилий вік хворих, анемія, цукровий діабет, порушення білкового обміну речовин, технічні дефекти накладення швів [8].

Запропоновано багато методів хірургічного запобігання розвитку повторних евісцерацій, які в основному зорієнтовані не на методи пластики черевної стінки, ушиванні її за допомогою протекторів (гудзики, гумові чи пропіленові трубки, ділянки консервованої мозкової оболонки чи аутодермального клаптя), що

не вирішують питання остаточного хірургічного лікування.

Матеріали та методи досліджень

У хірургічному відділенні Вінницького обласного госпіталю ветеранів війни оперативно проліковано 63 хворих з приводу евентрованих органів черевної порожнини. Із них у 56 (88,9 %) випадках спостерігали підшкірну евентрацію (неповна евентрація), та у 7 (11,1 %) – евісцерацію (повна евентрація) [7]. Усі хворі були старше за 60 років, де 34 (54,0 %) особи з евентрацією та всі 7 (11,1 %) з евісцерацією були старше за 78 років. За статтю чоловіки склали 44 (69,8 %), жінки – 19 (30,2 %) осіб. За часом розвитку патології до ранньої евентрації (від 3 до 7 доби післяопераційного періоду) віднесли 38 (60,3 %) випадків, до пізньої (фіксована) – 25 (39,7 %).

У всіх хворих спостерігалась поєднана супутня патологія: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 63 (100,0 %) випадках; гіпертонічна хвороба – у 32 (67,3 %); захворювання опорно-рухової системи – у 44 (81,6 %); хронічні обструктивні захворювання легень – у 40 (77,6 %); церебросклероз, ДАЕ II–III ст. – у 24 (49,9 %); ожиріння – у 24 (36,7 %); цукровий діабет II тип – у 14 (24,5 %); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 12 (24,5 %); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл – 9 (14,3 %). Саме поєднання таких захворювань, як хронічні обструктивні захворювання легень (77,7 %), аденома передміхурової залози (14,3 %), що безпосередньо пов'язані зі сприянням підвищенню ВЧТ з хворобами, що утруднюють заживлення післяопераційної рани, як атеросклеротичні ураження судин черевної стінки (100 %), ожиріння (36,7 %), цукровий діабет (24,5 %) характерне для даної вікової категорії населення сприяє розвитку даних дефектів черевної стінки.



Дані дефекти черевної порожнини у 59 (93,6 %) хворих розвинулися на тлі розповсюдженого перитоніту, у 2-х (3,17 %) – нагноєння післяопераційної рани, у 2-х (3,17 %) пацієнтів була часткова евентрація за відсутності вище вказаних гнійно-запальних процесів.

Основними причинами розвитку розповсюдженого гнійного перитоніту та нагноєння післяопераційної рани були: obturaційна кишкова непрохідність пухлинного генезу – 15 (24,8 %) випадків та спайкового – 6 (9,5 %), тромбоз мезентеріальних судин – 8 (12,7 %), неспроможність міжкишкових анастомозів – 6 (9,5 %), неспроможність білідигестивних анастомозів – 6 (9,5 %), перфорація пухлини товстої кишки – 5 (7,9 %), гострий деструктивний панкреатит – 10 (15,9 %), защемлена кіла – 3 (4,8 %) та перфоративна виразка дванадцятипалої кишки – 2 (3,2 %). У всіх хворих перебіг перитоніту був обтяжений наявністю абдомінального сепсису.

Із даної групи пацієнтів 9 (14,3 %) хворим було накладено лапаростому, де у 6 (9,5 %) хворих причиною гнійного перитоніту був деструктивний панкреатит, у 3 (4,8 %) – неспроможність міжкишкового анастомозу. Іншим 40 (63,5 %) пацієнтам з гнійним розповсюдженим перитонітом були проведені програмовані релапаротомії, які виконували від 3-х до 6-ти разів. Після некротомії та санації післяопераційної рани 14 (22,2 %) пацієнтам було виконано остаточне «закриття» черевної стінки.

Летальність мала місце у 7-ми (11,1 %) випадках, із них у 4-х (6,3 %) хворих з евісцерацією була обумовлена прогресуванням перитоніту та важкістю супутньої патології.

Результати досліджень та їх обговорення

Усунення евентрації, незалежно від ступеня захворювання, можливе тільки за рахунок повторної операції. При цьому необхідно вирішити ряд питань: які строки захворювання та який об'єм оперативного втручання при цьому потрібно обрати, який спосіб тимчасового чи остаточного закриття черевної порожнини застосувати?

Перший симптом евісцерації чи евентрації, який спостерігався в 56 (88,9 %) випадках із 63 було рясне просякання пов'язки серозно-геморагічним виділеннями, що потім переходило у гнійне. У подальшому проста ревізія післяопераційної рани виявляла часткове або повне розходження її країв, із розташуванням у її просвіті великого чепця або петель тонкої кишки.

При первинній хірургічній обробці післяопераційної рани, по можливості, з метою запобігання великого дефекту фасціально-апоневротичного шару уникали розширеної некрек-

томії. Особливу увагу, приділяли маніпуляції з великим чепцем, якщо він не був видалений раніше, наприклад, при онкологічних операціях чи для збільшення об'єму черевної порожнини. Навіть при підозрі на гнійний оментит чи некроз його ділянки, під час проведення релапаротомій спостерігали регресію некротичних процесів, що дозволяло його застосувати для відгородження кишки. Обов'язковим етапом перед зануренням евентрованих органів в червну порожнину була ретельна обробка їх і самої черевної стінки антисептиками, повноцінна санація і ревізія черевної порожнини, що включала в першу чергу ліквідацію можливих гнійно-некротичних процесів, усунення неспроможності швів порожнистих органів або виведення стоми.

На вибір тактики оперативного втручання впливали місцеві фактори такі як наявність гнійних заплівів у черевній порожнині, особливо при лапаростомному веденні післяопераційної рани, що потребувало повторних релапаротомій, де виникала проблема тимчасового закриття черевної стінки. Вирішували дану проблему завдяки застосуванню «ксе-ношкіри», як альтернатива захисту евентрованих органів шляхом введення в рану марлевого тампона, зведення країв рани лейкопластирем чи шплицями, прикриття аутодермальним пасмом (Патент на винахід №105333 «Спосіб лікування евентрації при гнійному перитоніті у хворих похилого віку») фіксували поліпропіленовий імплантат матрацними швами до апоневрозу за методом onlay. Внаслідок цього зменшувався натяг зі швів, накладених на червну стінку. В подальшому, для більш щільного прилягання імплантату до тканин, накладали окремі матрацні шви по всій його площині.

При регресії перитонеальних процесів у хворих даної вікової категорії з віковими та патологічними змінами черевної стінки м'язово-апоневротичний прошарок післяопераційної рани ушивали у вигляді «дублікатури», де застосовували проленові 8-подібні шви. При остаточному закритті черевної порожнини застосовували поліпропіленовий протез за розробленим способом (деклараційний патент на корисну модель № 8249 «Спосіб алопластики післяопераційних гриж у хворих») під контролем ВЧТ. При високому ризику розвитку внутрішньочеревної гіпертензії застосовували спосіб “inlay” в нашій модифікації. За необхідності застосування програмованих релапаротомій з метою санації черевної порожнини у хворих з перитонітом для тимчасового закриття черевної порожнини застосовували провізорні трансабдомінальні тимчасові шви на протекторних поліпропіленових трубочках.



Назоінтестинальну інкубацію виконували за необхідності декомпресії тонкої кишки (при пробному інтраопераційному зведенні країв рани показник ВЧТ піднімався вище 20 мм рт. ст.). Рівень інтубації був достатній при проведенні зонду на 10-15 см нижче Трейцевої зв'язки. Обов'язково виконували дренажування черевної порожнини. Дренажування рани проводили з активною аспірацією, як за наявності великих заплівів за межами лапаротомної рани, так і в ній, де дренаж обов'язково виводили назовні через контрапертуру. З метою зменшення натягу накладали окремі П-подібні транс абдомінальні шви, де для запобігання їх передчасного ймовірного прорізування вузли

зав'язували на протекторних поліпропіленових трубочках. Шкіру і підшкірну клітковину зашивали рідко швами за Донатті.

Висновки

Таким чином, у пацієнтів похилого та старечого віку у післяопераційному періоді після лапаротомії існує високий ризик розвитку повторних евентерацій та евісцерацій. Вибір методу закриття черевної стінки залежить від місцевого поширення та розвитку гнійно-запального процесу. При тимчасовому закритті черевної стінки, для відгородження внутрішніх органів доцільно застосовувати ксеношкіру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Евентрация, лікування ускладнень // В. В. Бойко, А. В. Козаченко, Г. І. Гербенко [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2014. - №1(64). – С.98 – 102.
2. Каминский И. В. Эвентрация и послеоперационный перитонит / И. В. Каминский // Український Журнал Хірургії. – 2009. – №2. – С. 73-75.
3. Мельников В.В. Лечение эвентрации в гнойную рану / В. В. Мельников // Анналы хирургии. – 2005. – № 1. – С. 48-50.
4. Миронов В. И. Релапаротомии в лечении послеоперационных осложнений при острой абдоминальной патологии / В. И. Миронов, А. П. Фролов, Е. В. Золотарева // Бюлетень ВСНЦ СО РАМН. – 2007. - № 4 (56). – С. 128 – 129.
5. Опыт применения полипропиленового эндопротеза при паластике передней брюшной стенки в условиях инфицирования // И. Б. Десятникова, М. А. Сидоров, А. П. Медведев, Л. Е. Березова // Медицинский альманах (специальный выпуск). – 2008. – Май. – С. 170-172.
6. Профилактика и лечение эвентраций после релапаротомии / С. Г. Измайлов, Г.А. Измайлов, В. Н. Гараев [и др.] // Хирургия. – 2001. – №12. – С. 14-17.
7. Саенко В. Ф. Эвисцерация: причины, профилактика, лечение / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский // Клінічна хірургія. – 2005. – №2. – С. 47-51.
8. Prospective evaluation of vacuum-assisted fascial closure after open abdomen / P. R. Miller, J. W. Meredith, J. C. Johnson, M. C. Chang // Ann. Surg. – 2004. – Vol 239, № 5. – P. 608-616.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭВЕНТРАЦИЙ И ЭВИСЦЕРАЦИЙ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**А.А. Воровский,
В.А. Шапринський,
Д.А. Яцков**

SURGICAL TREATMENT OF EVENTRATIONS AND EVISCERATIONS IN PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE ABDOMINAL WALL AND ABDOMINAL CAVITY

**A.A. Vorovsky,
V.A. Shaprinsky, D. A. Yatskov**

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 63 больных с эвентрацией органов брюшной полости. Выбор метода закрытия брюшной стенки зависит от местного распространения и развития гнойно-воспалительного процесса. При временном закрытии брюшной стенки, для ограждения внутренних органов целесообразно применять ксенокожу.

Ключевые слова: эвентрация, операция, органы брюшной полости.

Summary. The analysis of results of treatment of 63 patients with an eventrations of organs of an abdominal cavity is carried out. The choice of the method of closing the abdominal wall depends on the local spread and the development of a purulent-inflammatory process. With the temporary closure of the abdominal wall, it is advisable to apply xenograft to protect internal organs.

Key words: eventration, operation, abdominal organs.