УДК 616.381-002-089:616.12-008.331.1:616.-053.89/9
DOI: 10.24061/1727-0847.18.2.2019.25

В.О. Шапринський, О.О. Воровський, Я.М. Пашинський
Кафедра хірургії № 1 (зав. – проф. В.О. Шапринський) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

ВНУТРІШНЬООЧЕРЕВИННА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК ПРИЧИНА РОЗВИТКУ ЕВЕНТРАЦІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування післяопераційної евентрації у 63 хворих похилого та старечого віку. У 56 (88,9 %) випадках спостерігали підшкірну евентрацію (неповна евентрація) та у 7 (11,1 %) – евісцерацію. Усі хворі були старшими за 60 років, де 34 (54,0 %) особи з евентрацією та всі 7 (11,1 %) з евісцерацією були старшими за 78 років. Встановлено, що основним фактором їх розвитку була внутрішньочеревна гіпертензія. У всіх хворих спостерігалась поєднана супутня патологія, де поєднання таких захворювань, як хронічні обструктивні захворювання легень (77,7 %), аденома передміхурової залози (14,3 %), що безпосередньо пов'язані зі сприянням підвищенням внутрішньочеревного тиску. Ці 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 при відсутності вищевказаних гнійно-запальних процесів. 9 (14,3 %) пацієнтам з гнійним розповсюдженим перитонітом накладено лапаростому, 40 (63,5 %) пацієнтам проведені програмовані релапаротомії, які виконували від 3 до 6 разів. При етапному лікуванні перитоніту для тимчасового закриття черевної порожнини застосовували ксеношкіру (патент на винахід України "Спосіб лікування евентрації при гнійному перитоніті у хворих похилого віку № 105333"), для остаточного закриття черевної стінки після регресії гнійних процесів та перитоніту застосовувати алопластичні методи (деклараційний патент на корисну модель "Спосіб алопластики післяопераційних гриж у хворих № 8249"), які не зменшують об'єм черевної порожнини (inlay), що дало змогу знизити післяопераційну летальність до 11,1%. Показники ВЧТ більш достовірні при визначенні їх в ретромаскулярному преперітонеальному просторі прямих м'язів живота за допомогою спеціального шприца StrykerIntra-Compartmental Pressure Monitor System.

Ключові слова: евентрація, внутрішньоочеревинна гіпертензія, поліпропіленовий імплантат, ксеношкіра, хворі похилого та старечого віку.

Серед ургентних хірургічних хворих з невідкладною абдомінальною патологією за останнє десятиліття відзначається зростання питомої ваги осіб старших за 60 років, які важче переносять як первинні, так і повторні оперативні втручання через наявні супутні захворювання [1]. Особливе місце займає евентрація як одне із небезпечних післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії, що являє собою гостро виниклий дефект в очеревині та м'язово-апоневротичному шарі, внаслідок чого створюються умови для розгерметизації черевної порожнини та виходу нутрощів за її межі [2, 3]. Частота виникнення цього ускладнення, за даними авторів, становить від 0,13 до 9,0 % випадків після лапаратомій, а повторної лапаротомії — 12,5% і становить 16.8 % від усіх післяопераційних внутрішньо очеревинних ускладнень, які потребують повторного хірургічного втручання [3, 4]. Встановлено, що у 83 % випадків ця патологія виникає у хворих похилого та старечого віку, (ХПСВ) для яких характерна висока коморбідність супутньої патології. Летальність сягає від 20 до 80 % [3, 5]. Згідно з дослідженнями встановлено, що летальність зростає пропорційно до віку і у 61 -70 років становить 42,3 %, в 71 -80 років – 63,3%, старших за 80 років перевершує 75 % [6]. Пояснюється це труднощами в діагностиці основного захворювання у ХПСВ, стертістю клінічних ознак і поліморбідностю супутньої патології, коли численні фонові захворювання стирають клінічні орієнтири гострої абдомінальної патології [7].

Вважають, що механічною причиною виникнення евентрації є гостре підвищення внутрішньоочеревинного тиску (ВЧТ) – синдром внутрішньоочеревинної гіпертензії (ВЧГ) або абдомінальний компартмент-синдром [8], що виникає внаслідок нападу кашлю, напруження м'язів черевної стінки при закрепах та утрудненому сечовипусканні, кровотечі в черевну порожнину, позачере-

© Шапринський В.О., Воровський О.О., Пашинський Я.М., 2019

винній гематомі, нагноєння післяопераційної рани тощо, призводить до різких порушень життєво важливих функцій організму і є синдромом з високим ризиком несприятливих наслідків [9]. Проте інші автори безпосередньою причиною цієї патології вважають гнійний перитоніт, де ВЧГ розвивається на грунті післяопераційного парезу кишки та гострої кишкової непрохідності [10, 11].

При вирішенні питання лікування досліджуваної патології ряд хірургів пропонують при повній евентрації виконувати невідкладне оперативне втручання, яке передбачає ретельну санацію евісцерованих органів та бережне їх занурення, дренування черевної порожнини, висічення некротизованих країв лапаротомної рани з подальшим зашиванням останньої, використовуючи різноманітні спеціальні шви та методи укріплення передньої черевної стінки (шпиці, матрацні шви на трубочках, різні імплантати тощо [2, 3, 12]. Деякі відстоюють консервативне введення даних хворих [12]. Розбіжності є і в підходах до вибору сануючих операцій, де ряд авторів притримуються тактики релапаротомій і релапароскопій [7], інші бачать вирішення проблеми у застосуванні "відкритих" лапаростом [10]. При цьому проблему тимчасового закриття внутрішніх органів черевної порожнини від пошкоджуючої дії зовнішнього середовища майже не піднімають.

Також є розбіжності у способах проведення моніторингу за показниками ВЧТ. Більшість авторів оцінюють ВЧТ непрямим методом, запропонованим I. Kron і Iberti в 1984 р, який полягає у вимірі тиску в сечовому міхурі, інші– визначення ВЧТ за допомогою апарата "UnoMeter Abdo-Pressure TM ConvaTec" [12, 13], а також через назогастральний зонд та дренажі черевної порожнини. Проте дані методи допускають ряд похибок у результатх вимірювання ВЧТ, залежать від ряду зовнішніх та внутрішніх чинників.

Мета дослідження: встановити місце ВЧГ у патогенезі розвитку евентрацій та розробити способи оперативного лікування вказаної патології, які б дали змогу покращити результати їх лікування.

Матеріал і методи. *За період з 2002 по 2018 рр. з приводу гострої патології органів черевної порожнини оперативно проліковано 944 пацієнта, де евентрація мала місце у 63 (6,7 %) хворих. Притримувалися класифікації, де виділяли 4 ступені евентрації: I ступінь – підшкірна евентрація, при якій спостерігається розбіжність усіх шарів передньої черевної стінки, крім шкіри; II ступінь – часткова евентрація, коли дном рани передньої черевної стінки є кишка, шлунок або сальник; III ступінь – повна евентрація: розбіжність усіх шарів передньої черевної стінки, заповнення рани великим сальником і петлями тонкої кишки; IV ступінь – справжня евентрація, або евісцерація, що характеризується виходом нутрощів за межі черевної стінки (А.А. Полынский, 2014). У 56 (88,9 %) випадках спостерігали підшкірну евентрацію (неповна евентрація), та у 7 (11,1 %) – евісцерацію. Усі хворі були старшими за 60 років, де 34 (54,0 %) особи з евентрацією та всі 7 (11,1 %) з евісцерацією були старшими за 78 років. За статтю чоловіків було 44 (69,8 %), жінок – 19 (30,2 %) осіб. За часом розвитку патології до ранньої евентрації (від 3 до 7 доби післяопераційного періоду) зарахували 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 типу – у 14 (24,5 %); постромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 12 (24,5 %); аденома передміхурової залози із залишковою сечею понад 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. Перелічені 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 при відсутності вищевказаних гнійно-запальних процесів. Основними причинами розвитку розповсюдженого гнійного перитоніту та нагноєння післяопераційної рани були: обтураційна 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 біліодигестивних анастомозів – 6 (9,5 %), перфорація пухлини товстої кишки – 5 (7,9 %), гострий деструктивний панкреатит – 10 (15,9 %), защемлена кила – 3 (4,8 %) та перфоративна виразка дванадцятипалої кишки – 2 (3,2 %). У всіх хворих перебіг перитоніту обтяжений наявністю абдомінального сепсису. Із цієї групи у 9 (14,3 %) пацієнтів 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 проведені програмовані релапаротомії, які виконували від 3-х до 6-ти разів. Після некректомії та санації післяопераційної рани 14 (22,2 %) пацієнтам виконано остаточне "закриття" черевної сті-*

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

Результати досліджень та їх обговорення. В 56 (88,9 %) випадках описаний вид дефекту черевної стінки проявлявся у вигляді рясного 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 некректомії. 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 оментіт чи некроз його ділянки не висікали. Під час проведення релапаротомій спостерігали регресію некротичних процесів у ньому, що дало змогу в подальшому застосувати його для відгородження кишки. На вибір тактики оперативного втручання впливали місцеві фактори такі, як наявність гнійних запливів чи перитоніту у черевній порожнині, що потребувало повторних релапаротомій чи лапаростомне ведення післяопераційної рани, де виникала проблема тимчасового закриття черевної стінки.

Під час проведення оперативного лікування перитоніту при евентраціях методами відкритої лапаростомії та програмованої релапаротомії, для тимчасового закриття лапаротомної рани з метою уникнення пошкодження зовнішнішнім середовищем евісцерованих органів у 6 (12,2 %) випадках виконували накладання рідких "матрацних" швів через усі шари, які для уникнення прорізання фіксували на поліетиленових трубках та зводили краї післяопераційної рани за допомогою шпиць Кіршнера. Проте труднощі збереження післяопераційного шва до виконання повторної санації черевної порожнини були значні**.** Також змушені відмовитись від тимчасового їх відмежування поліпропіленовим імплантатом через його адгезивність, аутодермальним пасмом тощо, а також прийшли до висновку про недоцільність та непрактичність у цій ситуації тимчасово застосовувати сітку за типом "Proceed" через високу її собівартість.

Цю проблему вирішили завдяки способу застосування ксеношкіри (патент на винахід України "Спосіб лікування евентрації при гнійному перитоніті у хворих похилого віку № 105333"). Ділянку ксеношкіри розташовували за внутрішньою поверхнею ЧС з боку черевної порожнини. Фіксували транскутальними швами по периметру з кроком шва 3 – 4 см, які зав'язували на поліхлорвінілових трубках. При програмованих релапаротоміях зводили краї рани наскільки дозволяли показники ВЧТ (10-20 мм рт. ст.). Для визначення ступеня ВЧГ використовували класифікацію D. Meldrumetal. (1997), згідно з якою при I ступеню ВЧГВЧТ сягає 10-15 мм рт. ст., при II ступеню — 15-25 мм рт. ст., при III ступені — 25-35 мм рт. ст. і при IV ступені – понад 35 мм рт. ст. [14]. При цьому відмовилися від вимірювання ВЧТ за допомогою апарата "UnoMeter Abdo-Pressure TM ConvaTec", де навіть наявність невеликого об'єму рідини (80-100 мл) у сечовому міхурі спотворювала результати дослідження. Натомість вимірювання ВЧТ проводили в ретромаскулярному преперітонеальному просторі прямих м'язів живота за допомогою спеціального шприца StrykerIntra-Compartmental Pressure Monitor System. Точність показників забезпечував вбудований в нього спеціальний мікрочіп, який гарантує стерильність маніпуляції, універсальний — швидкий і безперервний – контроль тиску. При лапаростоміях краї рани якщо зводили, то частково. Черевну порожнину обов'язково дренували через контрапертури "спареними" силіконовими дренажами. За наявності регресії запального процесу в черевній порожнині після видалення некротичних змін тканин вузли транскутальних швів розв'язували, ділянку ксеношкіри вилучали з черевної порожнини.

Цей спосіб був застосований у 20 (34,9 %) пацієнтів як з лапаростомними ранами, так із програмованими релапаротоміями, тривалість застосування в середньому становила 10,5±0,4 ліжкодня, ретракції імплантанту та адгезії в навколишні органи черевної порожнини не спостерігали. Після регресії гнійних процесів, перитоніту імплант вилучали без особливостей, в одному випадку виконана часткова резекція великого чепця.

Критеріями остаточного закриття черевної порожнини були: загальне покращення самопочуття, нормалізація температурної реакції, зменшення ексудату до 10 мл, відновлення перистальтики кишечнику, нормалізація результатів лабораторних аналізів; при пробному зведенні країв післяопераційної рани показники ВЧТ були не більшими за 15 мм рт. ст. Після висічення запальнозмінених і некротичних ділянок ЧС, виконували закриття черевної порожнини із обов'зковим застосуванням поліпропіленового імплантата за розробленим методом inlay, який запобігає розповсюдженню адгезивного процесу на органи черевної порожнини (патент на корисну модель № 8249). З метою зменшення натягу накладали окремі П-подібні трансабдомінальні шви, де для запобігання їх передчасного ймовірного прорізування вузли зав'язували на протекторних поліп-

ропіленових трубках. Шкіру і підшкірну клітковину зашивали рідко швами за Донатті.

Висновок. Отже, основним фактором розвитку післяопераційної евентрації є ВЧГ, причиною якої може бути як парез кишки, так і механічна дія (кашель, крик, закреп тощо), де у ХПСВ міцність черевної стінки знижена внаслідок вікової коморбітності загального стану. Лікування цієї патології тільки оперативне, у випадках потреби етапного лікування перитоніту для тимчасового закриття черевної порожнини слід застосовувати ксеношкіру, для остаточного закриття черевної стінки слід застосовувати алопластичні методи, які не зменшують об'єм черевної порожнини (inlay). Показники ВЧТ більш достовірні при визначенні їх в ретромаскулярному преперітонеальному просторі прямих м'язів живота за допомогою спеціального шприца Stryker Intra-Compartmental Pressure Monitor System.

Перспективи подальших досліджень. Незважаючи на те, що завдяки розробленим способам оперативного лікування та тактиці ведення післяопераційного періоду вдалось знизити кількість летальних випадків у 4 рази, проте вона залишається досить високою (11,1 %), що потребує проведення подальших, досліджень.

Список використаної літератури

1. Атаев СД, Абдуллаев МР. Острая кишечная непроходимость у лиц пожилого и старческого возраста. Матер. Всерос. научно-практ. конф. Пятигорск. 2011:156-7.

2. Бойко ВВ, Савві СО, Житецький ВВ, Новиков ЄА. Профілактика евентрацій після повторних операцій на органах черевної порожнини. Харківська хірургічна школа. 2012;2(53):11-2.

3. Жебровский ВВ, Каминский И, Торогадзе НН. Применение сетчатых имплантантов у больных при эвентрации. Клінічна хірургія. 2010;7:12-7.

4. Жидецкий ВВ. Профилактика и хирургическое лечение послеоперационных эвентраций. Медицина сьогодні і завтра. 2012;2(55):145-9.

5. Бойко ВВ, Козаченко АВ, Гербенко ГІ, та ін. Евентрація. Лікування ускладнень. Харківська хірургічна школа. 2014;1(64):98-102.

6. Томнюк НД. Перитонит, как одна из причин летальных исходов. Современные наукоемкие технологии. 2010;10:81-4.

7. Дубровин ИА. Релапаротомия и релапароскопия при послеоперационном перитоните у больных пожилого и старческого возраста [дисертація]. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский університет; 2015. 176 с.

8. Алиев СА. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Хирургия. 2013;5:63-65.

9. Хрипун АИ, Кузнецов НА, Махуова ГБ, и др. Синдром интраабдоминальной гипертензии. История и современное состояние вопроса (Обзор литературы). Бюлетень ВСНЦ СО РАМН. 2010;3(73):374-8.

10. Андрющенко ВП, Андрющенко ДВ,Федоренко СТ. Сучасні аспекти хірургічного лікування гострого поширеного перитоніту. Харківська хірургічна школа. 2010;6:40-2.

11. Тимербулатов ШВ, Тимербулатов МВ, Султанбаев АУ. Реперфузионный синдром в абдоминальной хирургии. Медицинский вестник Башкортостана. 2010;4(5):145-51.

12. Полынский АА, Чернышов ТМ. Эвентрация. Принципы диагностики и лечения Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2014;2:10-4.

13. Морар ІК, Іващук ОІ, Бодяка ВЮ, та ін. Післяопераційна евентрація. Клінічна та експериментальна патологія. 2017;1(59):177-81.

14. Глушков НИ, Пахмутова ЮА, Бельский ИИ, и др. Диагностическое значение абдоминальной гипертензии при лечении больных с острой кишечной. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2018;1(10):33-6.

References

1. Ataev SD, Abdullaev MR. Ostraya kyshechnaya neprokhodymost' u lyts pozhyloho y starcheskoho vozrasta. Mater. Vseros. nauchno-prakt.konf. Pyatyhorsk; 2011, s.156-7. (in Russian).

2. Boyko VV, Savvi SO, Zhytets'kyy VV, Novykov YEA. Profilaktyka eventratsiy pislya povtornykh operatsiy na orhanakh cherevnoyi porozhnyny. Kharkivs'ka khirurhichna shkola. 2012;2(53):11-2. (in Ukrainian).

3. Zhebrovskyy VV, Kamynskyy Y, Torohadze NN. Prymenenye setchatykh ymplantantov u bol'nykh pry éventratsyy. Klinichna khirurhiya. 2010;7:12-7. (in Russian).

4. Zhydetskyy VV. Profylaktyka y khyrurhycheskoe lechenye posleoperatsyonnykh éventratsyy. Medytsyna s'ohodni i zavtra. 2012;2(55):145-9. (in Ukrainian).

5. Boyko VV, Kozachenko AV, Herbenko HI, ta in. Eventratsiya. Likuvannya uskladnen'. Kharkivs'ka khirurhichna shkola. 2014;1(64):98 -102. (in Ukrainian).

6. Tomnyuk ND. Perytonyt, kak odna yz prychyn letal'nykh yskhodov. Sovremennye naukoemkye tekhnolohyy. 2010;10:81-4. (in Russian).

7. Dubrovyn YA. Relaparotomyya y relaparoskopyya pry posleoperatsyonnom perytonyte u bol'nykh pozhyloho y starcheskoho vozrasta [dysertatsiya]. Bolhohrad: Volhohradskyyhosudarstvennyymedytsynskmy universytet; 2015. 176 s. (in Russian).
8. Alyev SA. Syndrom yntraabdomynal'noy hypertenzyy. Khyrurhyya. 2013;5: 63-65. (in Russian).
9. Khrypun AY, Kuznetsov NA, Makhuova HB, y dr. Synndrom yntraabdomynal'noy hypertenzyy. Ystoryya y sovremennoesostoyanyevoprosa (Obzor lyteratury). Byuleten' VSNTS SO RAMN. 2010;3(73):374 -8. (in Russian).
10. Andryushchenko VP, Andryushchenko DV,Fedorenko ST. Suchasni aspekty khirurhichnoho likuvannya hostroho poshyrenoho perytonitu. Kharkivs'ka khirurhichna shkola. 2010;6:40-2. (in Ukrainian).
11. Tymerbulatov SHV, Tymerbulatov MV, Sultanbaev AU. Reperfuzyonnyy syndrom v abdomynal'noy khyrurhyy. Medytsynskyy vest nyk Bashkortostana. 2010;4(5):145-51. (in Russian).
12. Polynskyy AA, Chernyshov TM. Éventratsyya. Pryntsypy dyahnostyky y lechenyya Zhurnal Hrodnenskoho hosudarstvennoho medytsynskoho unyversyteta. 2014;2:10-4. (in Russian).
13. Morar IK, Ivashchuk OI, Bodyaka VYU, ta in. Pislyaoperatsiyna eventratsiya. Klinichna ta eksperymental'na patolohiya. 2017;1(59):177-81. (in Ukrainian).
14. Hlushkov NY, Pakhmutova YUA, Bel'skyy YY, y dr. Dyahnostycheskoe znachenye abdomynal'noy hypertenzyy pry lechenyy bol'nykh s ostroy kyshechnoy. Vestnyk Severo-Zapadnoho hosudarstvennoho medytsynskoho unyversyteta ym. Y.Y. Mechnykova. 2018;1(10):33-6. (in Russian).

ВНУТРИБРЮШИННАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЭВЕНТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационной эвентрации у 63 больных пожилого и старческого возраста. В 56 (88,9 %) случаях наблюдали подкожную эвентрацию (неполная эвентрация), и у 7 (11,1%) — эвисцерации. Все больные были старше 60 лет, где 34 (54,0 %) человека с эвентрации и все 7 (11,1 %) с эвисцерации были старше 78 лет. Установлено, что основным фактором их развития была внутрибрюшная гипертензия. У всех больных наблюдалась спряженая сопутствующая патология, где сочетание таких заболеваний, как хронические обструктивные заболевания легких (77,7 %), аденома предстательной железы (14,3 %) непосредственно связанные с содействием повышению внутрибрюшного давления. Данные дефекты брюшной полости у 59 (93,6 %) больных развились на фоне распространенного перитонита, в 2-х (3,17 %) – нагноение послеоперационной раны, в 2-х (3,17 %) пациентов была частичная эвентрация при отсутствии вышеуказанных гнойно-воспалительных процессов. 9 (14,3%) пациентам с гнойным распространенным перитонитом была наложена лапаростома, 40 (63,5 %) пациентам были проведены программируемые релапаротомии, которые выполняли от 3-х до 6-ти раз. При этапном лечении перитонита для временного закрытия брюшной полости применяли ксенокожу (патент на изобретение Украины "Способ лечения эвентрации при гнойном перитоните у больных пожилого возраста № 105333"), для окончательного закрытия брюшной стенки после регресии гнойных процессов и перитонита применяли аллопластические методы (декларационный патент на полезную модель "Способ алопластики послеоперационных грыж у больных № 8249"), которые не уменьшают объем брюшной полости (inlay), что позволило снизить послеоперационную летальность до 11,1 %. Показатели ВЧД болем достоверны при определенииих в ретромаскулярном преперитонеальном пространстве прямых мышц живота с помощью специального шприца Stryker Intra-Compartmental Pressure Monitor System.

Ключевые слова: эвентрация, внутрибрюшная гипертензия, полипропиленовый имплантат, ксенокожа, больные пожилого и старческого возраста.

INTRAPERITONEAL HYPERTENSION AS THE REASON OF EVENTRATION DEVELOPMENT IN ELDERLY PATIENTS

Abstract. The results of surgical treatment of postoperative eventeration in 63 patients of the elderly and old age are analyzed. In 56 (88.9 %) cases, subcutaneous eventration (incomplete eventration) was observed, and in 7 (11.1 %) – evisceration. All patients were over 60 years old, where 34 (54.0 %) subjects with eutration and all 7 (11.1 %) with evisceration were older than 78 years. It was found that intraperitoneal hypertension was the main factor in their development. All patients had a combined concomitant pathology, in which the combination of such diseases as chronic obstructive pulmonary disease (77.7 %), prostate adenoma (14.3 %), which are directly related to the promotion of intraabdominal pressure. These defects of the abdominal cavity in 59 (93.6 %) patients developed on the background of widespread peritonitis, in 2 (3.17 %) – suppurative postoperative wounds, in 2 (3.17%) patients had partial eventration in the absence above the purulent-inflammatory processes. 9 (14.3 %) patients with suppurative peritonitis were supplemented with laparostomy, 40

(63.5 %) patients had programablerelaparotomy performed from 3 to 6 times. At the stage of treatment of peritonitis, for the temporary closure of the abdominal cavity, the xenon skin was used (the patent for the invention of Ukraine "Method of treatment of eventeration in purulent peritonitis in patients of the elderly number 105333"), for the final closure of the abdominal wall after regression of purulent processes and peritonitis, apply alloplastic methods (the declaration patent for the utility model "Method of alloplasty post-operative hernia in patients number 8249"), which does not reduce the volume of the abdominal cavity (inlay), which made it possible to reduce postoperative mortality to 11.1 %. The VHRT indices are more reliable in determining them in the retro-masculine preperitoneal space of the abdominal rectus using a special syringe of the Stryker Intra-Compartmental Pressure Monitor System.
Key words: eventration, intraperitoneal hypertention, polypropylene implant, xenoskin, elderly and senile patients.

Відомості про авторів:
Шапринський Володимир Олександрович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 1 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова;
Воровський Олег Олегович – доктор медичних наук, доцент кафедри хірургії № 1 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова;
Пашинський Ярослав Миколайович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 1 Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова.
Information about authors:
Shaprinskiy Volodymyr O. – Doctor of medical sciences, Professor, Head of the Department of Surgery№ 1Vinnitsa National Medical University by name M.I. Pirogov;
Vorovskiy Oleh O. – Doctor of medical sciences, Associate Professor Department of Surgery № 1 Vinnitsa National Medical University by name M.I. Pirogov;
Pashynsky Yaroslav M. – Candidate of medical sciences, Associate Professor Department of Surgery № 1 Vinnitsa National Medical University by name M.I. Pirogov.

Надійшла 08.05.2019 р.
Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)