

ХІРУРГІЯ

УДК 616.381-002-089.84-036.81-06

В.В. Жидецкий

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», г. Харьков

ПРОФИЛАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЭВЕНТРАЦИЙ

Приведены данные литературы, касающиеся причин развития, профилактики и хирургического лечения послеоперационных эвентраций. Показано, что эвентрация — остро развившийся дефект в брюшине и мышечно-апоневротическом слое, вследствие чего создаются условия для разгерметизации брюшной полости и выхода внутренностей за ее пределы. Она является одним из наиболее опасных осложнений в абдоминальной хирургии, при развитии которого отмечается довольно высокая летальность, достигающая 20 % и даже, по некоторым данным, 65 %.

Ключевые слова: эвентрация, профилактика, хирургическое лечение.

Несмотря на использование новых синтезированных лекарственных препаратов, совершенствование хирургических методов профилактики и лечения раневой инфекции, инфильтраты и нагноения послеоперационных ран в неотложной абдоминальной хирургии не имеют тенденции к снижению, продолжают занимать первое место среди всех госпитальных осложнений и третье место среди основных причин летальности [1–6]. Так, частота послеоперационных гнойно-воспалительных раневых осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 38,5 % [7–11]. После релапаротомий, выполняемых в основном по поводу перитонита, процент гнойных осложнений со стороны ран в зависимости от патологии органов брюшной полости находится в пределах 20,8–100 %, а летальность достигает 45 % [2, 12, 13].

Нагноение послеоперационной раны часто приводит к возникновению эвентраций, формированию вентральных грыж, лигатурных и кишечных свищей, генерализации инфекции и развитию различного рода токси-

ко-аллергических реакций, что еще больше ухудшает результаты лечения, увеличивает послеоперационный период и стоимость пребывания больных в стационаре [3, 14–17].

Неблагоприятной в плане прогноза и наиболее тяжелой является категория больных после релапаротомии и с эвентрациями [18, 19], у которых несостоятельность швов и рецидивы достигают 30–45 % [10, 11, 20, 21], кишечные свищи — 23–61 % [22–24], а летальность варьирует в пределах 20–86 % [24, 25].

Эвентрацией следует считать остро развившийся дефект в брюшине и мышечно-апоневротическом слое, вследствие чего создаются условия для разгерметизации брюшной полости и выхода внутренностей за ее пределы [26]. Это одно из наиболее опасных осложнений в абдоминальной хирургии, при развитии которого отмечается довольно высокая летальность, достигающая 20 % и даже, по некоторым данным, 65 % [27]. Особенно велика летальность в случаях эвентрации при наличии гнойной раны — 40–65 % [25, 27, 28]. В этих же случаях высока час-

© В.В. Жидецкий, 2012

тота и повторных эвентраций, которые наблюдаются в среднем у 12,5 % (В.В. Жебровский, 1980). Высокий процент гибели больных объясняется сопутствующим или развивающимся послеоперационным перитонитом, кишечными свищами, непроходимостью кишечника [1, 23, 29, 30]. По данным [6, 31], частота эвентраций колеблется от 0,5 до 2,35 %. Так, J. Ermish (1986) из 6516 оперированных больных после лапаротомии у 77 (1,19 %) выявил расхождение краев раны. По данным В.М. Удода (1983), из 136 наблюдавшихся эвентраций 101 произошла у экстренно оперированных больных. Этот факт отмечен и другими хирургами [9, 18, 27].

Предложены различные классификации эвентраций [5, 13, 23], имеющие один общий недостаток: они перегружены второстепенными деталями, что не позволяет выработать на их основе принципы дифференцированной хирургической тактики в каждом конкретном случае. Основываясь на результатах многолетних исследований, мы считаем наиболее целесообразным и практически важным различать следующие степени эвентраций:

I — подкожная эвентрация, при которой наблюдается расхождение всех слоев передней брюшной стенки, кроме кожи;

II — частичная эвентрация, когда дном раны передней брюшной стенки являются кишка, желудок или сальник;

III — полная эвентрация: расхождение всех слоев передней брюшной стенки, заполнение раны большим сальником и петлями тонкой кишки;

IV — истинная эвентрация, или эвисцерация, характеризующаяся выходом внутренних органов за пределы брюшной стенки.

Общими факторами, предрасполагающими к развитию эвентрации, являются такие нарушения гомеостаза, как гипопропротеинемия, анемия, авитаминоз, пневмония, гипергликемия, коагулопатия, на фоне которых заживление ран брюшной стенки протекает медленно, удлиняется фаза воспаления, нарушается синтез коллагена, снижается прочность раны на разрыв. Данный факт подтверждают результаты клинических исследований [17, 26, 32], в которых наиболее частое возникновение эвентраций наблюдалось у больных с перитонитом, кровотечениями, злокачествен-

ными новообразованиями, циррозом печени и механической желтухой.

Более частое возникновение эвентраций в пожилом и старческом возрасте отмечают многие хирурги, связывая это с дегенеративными изменениями в тканях передней брюшной стенки. В наших наблюдениях также выявлена заметная тенденция к увеличению частоты эвентраций в пожилом и старческом возрасте, однако они довольно часто наблюдаются и в других возрастных группах, у ослабленных больных с тяжелыми послеоперационными осложнениями и глубокими нарушениями реактивности организма.

Важнейшей причиной эвентрации считается нагноение послеоперационной раны. В связи с этим логично, что этиологические факторы нагноения в большей степени являются и этиологическими факторами эвентрации [17, 19]. Вместе с тем, нагноение раны — очень важный момент, предрасполагающий к развитию эвентрации, но считать его основным этиологическим фактором нельзя [3, 26, 33].

Производящими факторами любой формы эвентрации являются чрезмерные физические нагрузки на еще не сформировавшийся рубец. Они приводят к легочным осложнениям, вызывающим длительный кашель и, соответственно, резкие колебания внутрибрюшного давления, повышенному внутрибрюшному давлению при парезе кишечника, метеоризме, резким сокращениям широких мышц брюшной стенки при рвоте, акте дефекации. Расхождение раны брюшной стенки в послеоперационном периоде может возникнуть при грыжесечении по поводу гигантских грыж живота, когда с усилием стягиваются швом края раны при большом дефекте брюшной стенки.

Важным фактором, способным влиять на частоту гнойных осложнений ран, является ушивание последних в конце операции [5, 7, 34, 35]. Закономерно, что от качества, химического состава, структуры материала зависит реакция тканей на его имплантацию, а в конечном счете нередко и итог операции. По мнению авторов [5, 21], уменьшить число послеоперационных осложнений возможно за счет применения шовного материала, который:

- причиняет наименьшее разрушение в проколном канале;

- имеет гладкую поверхность;
- не впитывает в себя жидкость, не разбухает и не подвергается брожению;
- при достаточной плотности и тягучести тонок и гибок, не объемист и не склеивается со стенками прокола.

Кроме того, по мнению авторов [36, 37], идеальный шовный материал должен обладать:

- биосовместимостью — отсутствием токсического, аллергенного, тератогенного действия;
- биодegradацией — способностью материала распадаться и выводиться из организма;
- атравматичностью.

Окончательно не решен вопрос выбора наиболее эффективного метода сшивания заведомо инфицированных операционных ран брюшной стенки. В целях уменьшения количества послеоперационных осложнений и ускорения заживления ран рядом авторов предложены различные швы.

До настоящего времени не решен вопрос о хирургической тактике при эвентрации. Это связано с различными взглядами на ее происхождение. Авторы [5, 16, 27, 36] основной причиной эвентраций считают несоответствие разрывной прочности зашитой раны брюшной стенки (или рубца) воздействию на нее нагрузкам. Авторы [28, 38] считают эвентрации осложнением заживления раны передней брюшной стенки. По мнению В.В. Жебровского (1984), эвентрация происходит в результате действия ряда причин, среди которых выделяются главные и второстепенные. Но все эти причины тесно связаны с процессом заживления раны брюшной стенки и оказывают отрицательное воздействие на те или иные его стороны. Хирургические заболевания органов брюшной полости, сопровождающиеся глубокими нарушениями метаболизма и реактивности организма, несут в себе предпосылки для эвентрации в послеоперационном периоде. Такого же мнения придерживаются и многие другие хирурги [4, 19, 37]. В.В. Жебровский (1981) разработал способ превентивной пластики брюшной стенки у больных с имеющимися предпосылками к эвентрации, накладывая П-образные швы на мышечно-апоневротический слой с созданием дубликатуры. В.В. Родионов с соавт. (1979) при онко-

логических операциях у больных пожилого и старческого возраста ушивают лапаротомную рану через все слои отдельными шелковыми лигатурами, используя резиновые трубки, которые располагают перпендикулярно или параллельно краям раны. Е.В. Кулешов у больных сахарным диабетом использует сквозные перманентные швы, проводимые с отступом от краев раны на 2–3 см через все слои брюшной стенки [15]. Лигатуры, отстоящие друг от друга на расстоянии 1–1,5 см, завязывают в узел через одну. Свободно оставшиеся нити фиксируют на марлевых валиках. Через 7–8 суток прорезающиеся лигатуры удаляют, а запасные — завязывают.

Особую сложность представляет ушивание раны после релапаротомии. Лапаротомную рану после релапаротомии стараются временно закрыть, частично или полностью, с помощью наложения наводящих [6, 20], отсроченных или провизорных [7, 21, 39] швов. Временное закрытие брюшной полости возможно осуществлять обыкновенной молнией-застежкой, модифицированной молнией-застежкой, лапаростомическим аппаратом [22, 25, 40]. Одним из недостатков программированных релапаротомий при применении открытого живота и провизорного шва является высокая опасность развития послеоперационных осложнений, в частности эвентрации, кишечных свищей, гнойных раневых осложнений, которые составляют 10–20,6 %.

В условиях перитонита и полной эвентрации в гнойную рану часто развивается повторное нагноение лапаротомной раны, что заставляет вновь развести раны и произвести ее ревизию, в этой ситуации накладывают сближающие швы [11, 29, 41]. Особую сложность представляет закрытие обширных гранулирующих ран кожи и подкожной клетчатки, в частности в области передней брюшной стенки. Пластические и реконструктивные операции при гнойных заболеваниях мягких тканей преследуют следующие задачи [11, 34, 37]: закрытие обширных ран и замещение дефектов мягких тканей; восстановление полноценных кожных покровов над анатомически важными образованиями и в функционально активных областях.

Общепризнано, что наилучшие функциональные и косметические результаты при закрытии обширных ран мягких тканей за-

фиксируются при использовании различных вариантов пластики полнослойным кожным лоскутом, в первую очередь местными тканями, поскольку лоскут из близлежащих тканей близок по своей структуре, толщине и особенностям кровоснабжения к тканям дефекта и как нельзя лучше способен восполнить имеющийся изъян [3, 10].

Наиболее простым и доступным способом закрытия гранулирующей раны полнослойным лоскутом является вторичный шов. Опыт многих хирургов показывает, что основным требованиям, которые предъявляются к швам при соединении краев гнойных ран, соответствует простой узловый шов. С помощью шва такого вида создаются удовлетворительная адаптация краев раны и хорошее сопоставление ее стенок. Однако при глубокой ране или ране с выраженным натяжением краев данный шов может оказаться недостаточным, что и обуславливает постоянные поиски новых способов соединения краев раны [17, 23, 35].

В числе технических проблем важным вопросом остается совершенствование способов герметизации брюшной стенки, используемых при программированных релапаротомиях и эвентрациях. Традиционные методики ушивания эвентрации часто неэффективны, а эвентрация в сочетании с флегмоной брюшной стенки остается наиболее тяжелым осложнением послеоперационного перитонита.

Знание этиологических факторов и патогенетических механизмов развития эвентрации во многих случаях позволяет прогнозировать ее образование. Результаты проведенных нами исследований и данные литературы показывают, что эвентрация никогда не возникает без видимой причины. Практический хирург должен обнаружить предвестники грозного осложнения и постараться предупредить его развитие. В основе профилактики эвентраций лежат мероприятия, направленные на повышение иммунологической реактивности организма, коррекцию обменных нарушений, создание оптимальных условий для заживления раны, а также обеспечение достаточной прочности послеоперационных швов.

В настоящее время хирургия располагает большим арсеналом средств, повышаю-

щих реактивность организма и нормализующих обменные процессы: переливание крови, белковых препаратов и растворов солей, применение биогенных стимуляторов и иммунных сывороток. Поскольку эвентрацию рассматривают как следствие патологического, замедленного заживления раны, нельзя обойти молчанием перспективы в профилактике этого осложнения, которые появились в связи с применением лекарственных веществ, позволяющих регулировать воспалительные и регенераторные процессы в тканях. Под их влиянием значительно увеличивается прочность послеоперационных рубцов брюшной стенки [14, 16, 28, 30].

Постоянное совершенствование хирургической техники, использование современных шовных материалов, предохранение раны от загрязнения на всех этапах операции, а также полноценный уход за раной в послеоперационном периоде позволяют предотвратить развитие нагноения и создать тем самым наиболее благоприятные условия для регенераторных процессов. У больных, у которых отмечается предрасположенность к эвентрации, некоторые хирурги применяют различные технические приемы, повышающие прочность послеоперационных швов. Для предупреждения эвентрации у больных с резкой интоксикацией, анемией, отеком брюшной стенки, при повторном чревосечении, ожирении или, наоборот, истощении в период заживления брюшной стенки рекомендуют дополнительно накладывать через все слои три-четыре узловых шелковых шва. Подобным же образом поступают многие хирурги. При выраженных предпосылках к эвентрации считают необходимым сразу ушивать рану восьмиобразным швом [4, 35]. Некоторые зарубежные хирурги также рекомендуют накладывать ретенционные швы [21, 24, 25] или даже у резко ослабленных больных укреплять область послеоперационных швов с помощью дакроновой сетки. Для профилактики эвентраций в послеоперационном периоде у детей предлагают выбирать наиболее рациональный доступ, проводить послойное смещение линии разреза в процессе лапаротомии, иногда применять разгрузочные кожно-апоневротические швы [13, 15].

Основными недостатками приведенных технических приемов является то, что укреп-

ляется не вся линия швов послеоперационной раны, а только отдельные участки. Кроме того, наложение дополнительных швов на края апоневроза ухудшает кровоснабжение сшиваемых тканей и поэтому никак не может способствовать улучшению регенераторных процессов. А ведь эвентрация чаще всего наступает на 7–8-е сутки, когда наложенные швы уже начинают прорезываться и не выполняют той роли, какую они выполняли в первые пять суток после операции. Здесь основная физическая нагрузка приходится уже на сформировавшийся рубец. Применение же дополнительных пластических материалов значительно усложняет операцию, ограничено условиями экстренной хирургии, может приводить к образованию сером, лигатурных свищей, воспалительных инфильтратов.

Особенности послеоперационного ведения больных с эвентрацией обусловлены тем, что она возникает на фоне тяжелых патофизиологических сдвигов в организме, вызванных основным заболеванием, и резко увеличивает их. Состояние таких больных необходимо расценивать как крайне тяжелое, поэтому нужно применить широкий комплекс

лечебных мероприятий, при этом предусмотреть коррекцию обменных процессов, профилактику послеоперационного шока, дезинтоксикационные и антипаретические мероприятия, нормализацию сердечной деятельности и дыхания, профилактику рецидива эвентрации. Часто, особенно при сопутствующем послеоперационном перитоните, возникает необходимость в интубации кишечника. В современных условиях лечение таких больных необходимо проводить в реанимационном отделении или палате интенсивной терапии.

Таким образом, определение факторов риска в возникновении послеоперационных эвентраций, установление основных критериев, определяющих возникновение местных послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, определение показаний к различным методам хирургического лечения послеоперационных эвентраций, дальнейшее совершенствование техники наложения шва, создание и внедрение в клиническую практику новых инструментальных технологий, остаются актуальными темами исследований.

Список литературы

1. Послеоперационная эвентрация у новорожденных / Г. А. Баиров, Н. С. Манкина, З. И. Ачба, В. Г. Баиров // Вестник хирургии. — 1985. — № 1. — С. 101–104.
2. Острый панкреатит. Патофизиология и лечение / [Бойко В. В., Криворучко И. А., Шевченко Р. С. и др.]. — Харьков : Торнадо, 2002. — 288 с.
3. Ботяков А. А. Механические способы в комплексном лечении гнойных ран мягких тканей (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. А. Ботяков. — Казань, 2008. — 26 с.
4. Интраоперационная профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений / И. С. Малков, М. И. Шакиров, Е. З. Шизамутдинов [и др.] // Казанский мед. журнал. — 2006. — № 2. — С. 108–110.
5. Тимошин А. Д. Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, Е. А. Голота // Герниология. — 2007. — № 2. — С. 33–36.
6. Antibiotic and chemotherapy / [Finch R. G., Greenwood D., Norrby S. R., Whitley R. J.]. — Philadelphia : Churchill Livingstone, 2003. — 280 p.
7. Реконструктивные и восстановительные операции в гнойной хирургии / Ю. А. Амирасланов, А. М. Светухин, В. А. Карлов [и др.] // Хирургия. — 1990. — № 12. — С. 85–96.
8. Вардаев Л. И. Комплексное лечение гнойных ран с использованием раневых покрытий с антиоксидантной, антибактериальной и сорбционной активностью : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Л. И. Вардаев. — М., 2005. — 23 с.
9. Гаджиев Дж. Н. Антибактериальная профилактика в абдоминальной хирургии / Дж. Н. Гаджиев // Актуальные проблемы современной хирургии : труды междунар. хирургического конгресса. — М., 2003. — С. 79.

10. *Даценко Б. М.* Гнойная рана / Б. М. Даценко, С. Г. Белов, Т. И. Тамм. — К. : Здоров'я, 1985. — 136 с.
11. Effect of smoking and abstention on oxidative burst and reactivity of neutrophils and monocytes / L. T. Sorensen, H. B. Nielsen, A. Kharazmi [et al.] // *Surgery*. — 2004. — V. 136. — P. 1047–1053.
12. *Ахмеров А. Б.* К вопросу об антибиотикопрофилактике гнойно-септических послеоперационных осложнений / А. Б. Ахмеров // *Современные проблемы развития регионального здравоохранения : сб. науч. трудов, посвящ. 50-летию РКБ МЗ РТ*. — Казань, 2003. — 472 с.
13. Лечение больных со свищами на эвентрированных петлях кишок / М. М. Рысбеков, У. А. Муканова, М. М. Есиркепов [и др.] // *Хирургия*. — 2007. — № 8. — С. 43–47.
14. Комплексный метод профилактики и лечения послеоперационных осложнений / [Корейба К. А., Ибатуллин И. А., Тараско А. Д., Тарабарин С. А.]. — Казань : Изд-во КГМА, 2000. — 28 с.
15. *Кулешов Е. В.* Метод профилактики послеоперационной эвентрации при сахарном диабете / Е. В. Кулешов // *Сов. медицина*. — 1990. — № 5. — С. 91–94.
16. *Цхай В. Ф.* Профилактика и лечение эвентрации / В. Ф. Цхай // *Хирургия*. — 1988. — № 5. — С. 102–105.
17. *Mazuski J. E.* The surgical infection society guidelines on antimicrobial therapy for intra-abdominal infections an executive summary / J. E. Mazuski, R. G. Sawyerc, A. B. Nathens [et al.] // *Surg. Infect.* — 2002. — № 3. — P. 161–173.
18. *Шапкин В. С.* Тактические и технические вопросы лечения эвентраций / В. С. Шапкин, Г. Н. Хорев // *Клиническая хирургия*. — 1977. — № 1. — С. 52–56.
19. Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus non-smokers / P. S. Myles, G. A. Iacono, J. O. Hunt [et al.] // *Anesthesiology*. — 2002. — V. 97. — P. 842–847.
20. *Подачин П. В.* Технологии лапаростомии и реконструкции брюшной стенки при этапном хирургическом лечении перитонита / П. В. Подачин // *Новые технологии в хирургии : междунар. хирургический конгресс*. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 29.
21. *Hotobkiss R. S.* Surgical intra-abdominal infections / R. S. Hotobkiss, I. E. Kazl // *J. Med.* — 2003. — V. 342. — P. 138–150.
22. *Баймышев Е. С.* Послеоперационная эвентрация (патогенез, клиника, профилактика и лечение) : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / Е. С. Баймышев. — Пермь, 1989. — 40 с.
23. *Ягудин М. К.* Инструментальные методы диагностики и профилактики раневых осложнений после герниопластики послеоперационных вентральных грыж : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / М. К. Ягудин. — Казань, 2005. — 23 с.
24. *Wald D. S.* Wound healing under pathological conditions / D. S. Wald // *Inf. Medicina Propraxi*. — 2002. — V. 10. — P. 6–10.
25. Abdominal wall hernias: risk factors for infection and resource utilization / J. R. Dunne, D. L. Malone, J. K. Tracy [et al.] // *J. Surg. Res.* — 2003. — V. 111. — P. 78–84.
26. Факторы риска и прогнозирование развития эвентрации после абдоминальных операций / В. И. Юхтин, А. П. Чадаев, О. Е. Ориайфо [и др.] // *Хирургия*. — 1989. — № 4. — С. 157.
27. «Sure closure» skin stretching system, our clinical experimence / K. J. Subramania, S. Mohit, P. R. Sasidharan [et al.] // *Indian Iplast. Surg.* — 2005. — V. 38, issue 2. — P. 132–137.
28. *Филимонов М. И.* Релапаротомия / М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд, П. В. Подачин // *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В. С. Савельева*. — М. : Триада-Х, 2005. — С. 495–522.
29. *Кривошеков Е. П.* Эвентрация при перитоните / Е. П. Кривошеков, С. Г. Григорьев // *Актуальные вопросы гнойной хирургии : сб. науч. трудов*. — Куйбышев, 1988. — С. 150–157.
30. О лечении и предупреждении повторных эвентраций / М. М. Рысбеков, Р. Т. Тажимура-тов, М. М. Есиркепов [и др.] // *Новые технологии в хирургии : междунар. хирургический конгресс*. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 135.

31. Розанов Б. С. Об условиях, способствующих эвентрации после операции на органах гепато-панкреато-дуоденальной зоны / Б. С. Розанов, И. И. Сидорчук // Вестник хирургии. — 1971. — № 4. — С. 38–41.
32. Полубкова Г. В. Хирургическая профилактика и лечение эвентраций : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Г. В. Полубкова. — Воронеж, 2000. — 31 с.
33. Оптимизация хирургической тактики у больных с инфицированным панкреонекрозом / А. М. Тищенко, И. А. Тарабан, А. В. Малоштан [и др.] // Харківська хірургічна школа. — 2008. — № 1. — С. 26–28.
34. Криворучко И. А. Релапаротомия и лапаростомия при внутрибрюшных осложнениях / И. А. Криворучко // Новые технологии в хирургии : междунар. хирургический конгресс. — Ростов-на-Дону, 2005. — С. 126.
35. Burger J. W. Abdominal incisions: techniques and postoperative complications / J. W. Burger, J. Jeekel // Scand. J. Surg. — 2002. — V. 91. — P. 315–321.
36. Ушивание брюшной стенки при программированной релапаротомии и лечении эвентраций при гнойном перитоните / Ю. В. Кучин, В. Е. Кутуков, Р. Д. Мустафин, О. В. Грященко // Казанский мед. журнал. — 2004. — Т. 85, № 4. — С. 253–255.
37. Прикупец В. Л. Эвентрация при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста / В. Л. Прикупец, Ю. Ф. Занозин // Клиническая хирургия. — 1988. — № 9. — С. 46–47.
38. Измайлов А. Г. Профилактика гнойно-воспалительных раневых осложнений у больных острой спаечной кишечной непроходимостью : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. Г. Измайлов. — Казань, 2008. — 22 с.
39. Слепых Н. И. Послеоперационные раневые инфекции: причины и последствия / Н. И. Слепых // Казанский мед. журнал. — 2001. — № 3. — С. 186–190.
40. Бодров А. А. Совершенствование технологии ушивания послеоперационных ран передней брюшной стенки (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. А. Бодров. — Н. Новгород, 2001. — 25 с.
41. Бойко В. В. Фотохромная антисептика как прикладное решение квантово-биологической теории в лечении больных гнойным перитонитом / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, К. Ю. Пархоменко. — Харьков, 2001. — 114 с.

В.В. Жидецкий

ПРОФИЛАКТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЕВЕНТРАЦІЙ

Наведено дані літератури про причини розвитку, профілактику та хірургічне лікування післяопераційних евентрацій. Показано, що евентрація — дефект, який гостро розвився в очеревині і м'язово-апоневротичному шарі, внаслідок чого створюються умови для розгерметизації черевної порожнини і виходу нутрощів за її межі. Вона є одним з найбільш небезпечних ускладнень в абдомінальній хірургії, при розвитку якого відмічається досить висока летальність, що досягає 20 % і навіть, за деякими даними, 65 %.

Ключові слова: евентрація, профілактика, хірургічне лікування.

V.V. Zhydetskiy

PREVENTION AND SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE EVENTRATIONS

The data in the literature on the causes of the development, prevention, and surgical treatment of postoperative eventrations are presented. It is shown, that eventration — acute occurrence of the defect in the peritoneum and muscular aponeurotic layer, so that the conditions for depressurization abdominal viscera and exit out of it. This is one of the more dangerous complications of abdominal surgery, the development of which were very high mortality rate, reaching 20 %, and even, according to some sources, 65 %.

Key words: eventration, prevention, surgical treatment.

Поступила 13.01.12