



ЭВЕНТРАЦИЯ

- **Эвентрация** - остро развившийся дефект в брюш- ине и мышечно-апоневротическом слое, вследствие чего создаются условия для разгерметизации брюш- ной полости и выхода внутренностей за её пределы.
- Это одно из наиболее опасных осложнений в абдоми- нальной хирургии, которое встречается у 0,5–2,35% пациентов .
- При развитии эвентрации в гнойную рану летальность достигает 40%-65% [2]. При этом высока частота повторных эвентраций – 12,5% [1].
- Это приводит к развитию кишечной непроходимо- сти, послеоперационного перитонита, формирова- нию кишечных свищей.



МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЭВЕНТРАЦИИ

- **1. Общие предрасполагающие факторы** - состояния, сопровождающиеся нарушением гомеостаза, дефицитом сывороточного белка, интоксикацией, угнетением функции костного мозга, что приводит к недостатку фибрина и, как следствие, нарушению образования коллагена в ране (нарушению регенераторных процессов).
- К ним относятся: анемия, гипопротеинемия, канцероматоз, желтуха, цирроз печени, диабет, уремия, кахексия, ожирение, перитонит, кишечная непроходимость, авитаминоз, чрезмерное применение антикоагулянтов, нарушения клеточных и гуморальных факторов естественного иммунитета [9]. Наиболее часто эвентрация возникает после экстренных абдоминальных операций у пожилых и ослабленных пациентов с низким иммунобиологическим состоянием организма, которым перед операцией не проводилась должная предоперационная подготовка.



- **2. Местные предрасполагающие факторы** - не-
совершенство хирургической техники, неверная
тактика хирурга, дефекты при сшивании отдель-
ных слоёв передней брюшной стенки (ушивание
апоневроза редкими швами, использование бы-
стро рассасывающегося шовного материала, дре-
нирование брюшной полости через основную
срединную рану [8]. Одной из причин, которая в
высоком проценте случаев вызывает эвентрацию,
является нагноение послеоперационной раны



- Эвентрация может проходить как в основ- ную рану (30,2% - срединные эвентрации выше пупка, 29,3% - ниже пупка, 26,9% – выше и ниже пупка), так и в раны после дополнительных раз- резов и контраппертур (4% – боковые околорё- берные эвентрации, 8,1% – паховые, 1,2% - в об- ласти боковых отделов брюшной стенки) [



РАЗЛИЧАЮТ 4 СТЕПЕНИ ЭВЕНТРАЦИИ

- :
- I степень – подкожная эвентрация, при которой наблюдается расхождение всех слоёв передней брюшной стенки, кроме кожи;
- II степень – частичная эвентрация, когда дном раны передней брюшной стенки являются кишка, желудок или сальник;
- III степень – полная эвентрация: расхождение всех слоёв передней брюшной стенки, заполнение раны большим сальником и петлями тонкой кишки;
- IV степень – истинная эвентрация, или эвисцерация, характеризующаяся выходом внутренностей за пределы брюшной стенки.



- ▣ **Эвентрация 1 степени** диагностируется на 8-10 сутки после операции. Для нее характерна пальпация в области послеоперационной раны большой опухоли тестоватой консистенции. Опухоль представлена петлями кишечника.

Основными симптомами являются асимметрия живота, подкожная эмфизема, тупые боли в области раны.

2 степень эвентрации определяется на 9-10 сутки во время вскрытия гнойника в области послеоперационной раны и выявления подпаянных стенки кишки, желудка или сальника. Обычно у таких пациентов наблюдаются гектическая лихорадка, симптомы эндотоксикоза со 2-3 суток, пальпируется инфильтрат в ране.



- **Эвентрации 3-4 степени** возникают на 5-9 сут- ки.
- При этом промокание повязки серозным или геморрагическим отделяемым указывает на то, что герметичность брюшной полости нарушена при еще не разошедшихся швах.
- Характерны при этом резкое ухудшение состояния пациента, возникновение интенсивных нестерпимых болей, наблюдаются тошнота, рвота, выраженные перитонеальные симптомы, признаки кишечной непроходимости, лейкоцитоз $15-20 \cdot 10^9$ со сдвигом формулы влево, развивается шок.
- Местно: под повязкой лежат петли кишечника синюшного цвета, покрытые фибрином.



- Существует возможность визуализации эвентрации с помощью УЗИ: состояние раневого канала, степень отёка и инфильтрации тканей в зоне раны, наличие жидкости в слоях передней брюшной стенки уже на 2-3 сутки. Исследования, проводимые в динамике, позволяют оценить эффективность профилактики и лечения эвентрации. Выбор их зависит от степени эвентрации, клинической картины, общего состояния пациента, своевременности диагностики.



- Основные методы лечения эвентрации делятся на консервативные и оперативные



- При эвентрациях 1 степени, состоятельности швов, отсутствии клиники кишечной непроходимости и сильных болей показано консервативное лечение – рану укрепляют стягиванием её краев длинными полосками пластыря и тугим бинтованием живота.
- Показаны строгий постельный режим и ношение бандажа.
- Длительность лечения 15-20 суток, так как около 2 недель сохраняется опасность возникновения несостоятельности кожных швов.
- Проводится терапия, направленная на профилактику раневой инфекции, стимуляция неспецифической резистентности организма, осуществляется активация деятельности кишечника



- Реконструктивные операции необходимо проводить после выздоровления пациента. Однако сроки их выполнения не следует затягивать дольше полу- года (оптимально 2-3 месяца), так как на месте де- фекта образуются огромные вентральные грыжи, что часто приводит к инвалидизации пациентов.



- При эвентрации 2 степени так же проводится консервативное лечение.
- Основными его компонентами являются: борьба с раневой инфекцией (целенаправленная антибиотикотерапия), улучшение регенераторных процессов организма.
- Обычно, после установления диагноза и убедившись в том, что дном раны являются подпаянные стенка кишки, желудка или сальник, проводится санация – раскрытие раны, иссекаются некротизированные ткани, вскрываются затёки гноя, рана обрабатывается раствором антисептиков (3% раствор хлорамина, раствор фурациллина (1:5.000), 1% раствор хлоргексидина).
- Рана отграничивается тампонами, проводится её активная аспирация по Каншину.
- Показан строгий постельный режим.
- Накладываются вторичные швы после подготовки и очищения раны.
- Реконструктивные операции проводятся по тому же принципу, что и при эвентрации 1 степени.



- Сложнейшим процессом является лечение полной эвентрации ввиду того, что чаще всего она происходит у пожилых и ослабленных пациентов с низким иммунобиологическим состоянием организма.
- Потеря времени и неправильная тактика хирурга часто приводят к летальному исходу, поэтому следует быстрее прибегать к оперативному лечению этой категории пациентов.



- Предоперационная подготовка проводится в течение 1-2 часов (противошоковые и дезинтоксикационные мероприятия).
- При асептической эвентрации ткани передней брюшной стенки могут быть сведены швами без натяжения, проводится послойное ушивание брюшной стенки.
- При парезе кишечника, перитоните данный метод не применяется, так как это приведёт к повторной эвентрации.
- Петли кишечника обкладываются смоченными в тёплом растворе фурацилина марлевыми салфетками, производится обработка операционного поля, отграничение раны.
- Хирург пальцем исследует дефект, погружает выпавшие петли кишки.
- Экономно иссекают края раны, убирают все старые лигатуры, отступив от краёв раны на 3-4 см, накладывают швы через все слои (применяются П-образные или матрасные швы).
- Часто применяется оригинальная методика наложения восьмиобразного съёмного шва, обладающего свойствами полиспаста [7].
- В качестве шовного материала рекомендуется использовать толстый шёлк, проволочные и синтетические нити.



