

Аронович А.И., врач-хирург

ГУ «Костанайский областной онкологический диспансер»

### ЭВЕНТЕРАЦИЯ

Эвентерация – это одно из наиболее тяжёлых осложнений брюшно-полостных операций. Несмотря на значительные успехи хирургии последних десятилетий, количество эвентераций не имеет тенденции к снижению, закономерно возникая в определённом проценте лапаротомий. Эвентерация – одна из наименее изученных глав хирургии живота. Студенты медицинских вузов и колледжей недостаточно уделяют внимание этой теме при изучении послеоперационных осложнений. Послеоперационной эвентерацией следует считать остро развившийся дефект в брюшине и мышечно-апоневротическом слое, вследствие чего создаются условия для разгерметизации брюшной полости и выхода внутренностей за её пределы. Это одно из наиболее тяжёлых осложнений брюшнополостных операций, при развитии которого отмечается довольно высокая летальность, достигающая 20 и даже 50% (Сидорчук И.И., Савельев В.С., Савчук Б.Д., Гостищев В.К. и другие). По данным отечественных зарубежных хирургов, частота эвентераций колеблется от 0,5 до 2,35%. Предложены различные классификации эвентераций, но в основном руководствуются классификацией Госкина К.Д., Жебровского В.В., (1975-1986 годы). Различают следующие степени эвентераций: подкожная эвентерация, при которой наблюдается расхождение всех слоёв передней брюшной стенки, кроме кожи. Частичная эвентерация, когда дном раны передней брюшной стенки является кишка, желудок или сальник. Полная эвентерация: расхождение всех слоёв передней брюшной стенки, заполнение раны большим сальником и петлями тонкой кишки. Истинная эвентерация, или эвисцерация, харак-

теризующаяся выходом внутренностей за пределы брюшной стенки. Любая послеоперационная эвентерация проходит в своём развитии стадию подкожной. Частичная эвентерация наиболее часто наблюдается после аппендэктомии и других операций, при которых разрез делают в тех отделах передней брюшной стенки, где имеются мощные мышечные слои. Полная эвентерация в отличие от подкожной и частичной всегда приводит к инфицированию брюшной полости, прогрессированию перитонита, развитию динамической непроходимости, а также механического илеуса. Любая послеоперационная эвентерация проходит в своём развитии стадию подкожной. Многие клиницисты, как отечественные, так и зарубежные на первое место среди моментов, предрасполагающих к развитию эвентерации, ставят нарушение обменных процессов. При этом большое значение уделяется гипопроотеинемии и диспротеинемии. Гипопроотеинемия, прогрессируя со дня операции до дня возникновения эвентерации, сопровождалась выраженным снижением количества альбумина при одновременном увеличении содержания глобулиновых фракций в сыворотке крови. Рубцевание при этом происходит медленнее, рубцы низкого качества обладают меньшей резистентностью к растяжению, что предрасполагает к расхождению краёв раны. Важным фактором является и анемия, так как у анемизированных больных прочность раны на разрыв в два раза меньше. Важную роль в развитии эвентерации играет недостаток аскорбиновой кислоты, что способствует расхождению послеоперационной раны. Угнетающее действие на заживление ран оказывают антибиотики и сульфанил-

амиды, а также глюкокортикоиды. О ведущей роли нагноения можно говорить по существу только при частичной эвентерации, которая действительно, как правило, является прямым следствием глубокого подапоневротического нагноения раны. Давно замечено, что эвентерация, особенно полная, чаще возникает после срединных лапаротомий. Эвентерация чаще возникает на 7-10-е сутки, когда швы начинают прорезываться или ослабевать, а регенераторные процессы протекают неадекватно. Все эти тонкости студентам медицинских учебных заведений, собирающимся связать свою жизнь с хирургией, необходимо знать в целях профилактики эвентерации, своевременного выполнения лечебных мероприятий. Подкожная эвентерация возникает обычно на 8-10-е сутки после операции при хорошо заживших кожных швах, по существу уже в период выздоровления. Часто больные сообщают, что «рана разошлась», «что-то лопнуло», «что-то порвалось». При пальпации под кожей можно определить большую опухоль тестоватой консистенции – это петля кишечника. При этой форме эвентерации не происходит инфицирования брюшной полости, поэтому общее состояние больных изменяется мало. Частичная эвентерация характеризуется тем, что её обнаруживают в тот день, когда производят вскрытие гнойника, когда производят вскрытие гнойника в области послеоперационных швов. Клиническая картина типична: на 3-4 -й день после операции температура тела повышается до 38-39 °С, появляются боли в области раны, иногда бывает озноб. Полная и истинная эвентерация проявляется ещё более резким ухудшением общего состояния больного, нарастанием токсемии, выраженности перитонита и непроходимости кишечника. Чаще всего эти степени эвентераций возникают между 5 и 9 сутками после операции. Наиболее

ранним признаком является обильное пропитывание повязки серозно-геморрагической жидкостью, которая впрочем, как правило, быстро – в течение 10-12 ч – приобретает гноевидный характер. Больные жалуются на сильные боли в животе, которые тем интенсивнее, чем обширнее эвентерация. Кожные покровы бледные, акроцианоз, черты лица заострены. Пульс 120-130 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. В крови лейкоцитоз со сдвигом формулы до юных форм. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. Перистальтика кишечника очень вялая. Живот болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина - Блюмберга часто положительный. Если кишечные петли удерживаются швами, то ошибкой является снятие швов и разведение раны вне операционной, так как это может привести к эвисцерации. Знание студентами классификации и клинического проявления отдельных форм этого осложнения поможет в принятии правильного решения в ведении больных с этим видом осложнения. Существует два основных метода лечения эвентерации – консервативный и оперативный. В случае развития подкожной эвентерации при герметичных кожных швах, если не нарастают явления непроходимости кишечника и не усиливаются боли в животе, проводят консервативное лечение. Показаны строгий постельный режим в течение двух недель и плотный бандаж живота. Это условие необходимо соблюдать, так как при подкожной эвентерации до 14-18 суток сохраняется опасность возникновения несостоятельности кожных швов. Лечение частичной эвентерации также консервативное. После очищения раны, через 7-8 суток накладывают вторичный шов, швы снимаются через 10-12 суток. Следует таким больным проводить консервативное лечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи, которая образуется, как правило, у всех

больных, леченных консервативно. Наиболее полным является лечение полной эвентерации. Состояние больного бывает настолько тяжёлым, что очень трудно ответить на вопросы: операбелен ли больной, что в данном случае более опасно, консервативное лечение или оперативное устранение эвентерации. Раны передней брюшной стенки после ушивания асептической эвентерации часто заживают первичным натяжением, однако научного обоснования этого явления ещё не дано. При эвентерации III-IV степени в гнойную рану целесообразней таких больных оперировать. Глухой шов наложить невозможно, используется методика, предложенная Савельевым В.С. и Савчуком Б.Д. [(1984)]. В основе профилактики эвентераций лежат мероприятия, направленные на повышение иммунологической реактивности организма, коррекцию обменных нарушений, создание оптимальных условий для заживления раны, а также обеспечения достаточной прочности послеоперационных швов. Надо помнить, что эвентерация никогда не возникает без види-

мой причины. У больных, у которых отмечается предрасположенность к эвентерации, некоторые хирурги применяют различные технические приёмы, повышающие прочность послеоперационных швов. У больных с резкой интоксикацией, анемией, ожирением или, наоборот, истощением рекомендуют дополнительно накладывать через все слои три-четыре узловых шёлковых шва, а иногда сразу ушивать рану восьмиобразным швом. Применяется также превентивная пластика брюшной стенки у больных, оперированных по поводу запущенных форм рака, разлитого гнойного перитонита, кровотечений в брюшную полость или в органы пищеварительного тракта, сопровождающихся выраженной анемией, длительной механической желтухи, стенозе привратника с выраженной алиментарной дистрофией. В случае глубоких метаболических расстройств, не поддающихся лечению, превентивная пластика не спасает от эвентерации. У нас в диспансере за период с 2003 года по 2005 год произведено 28 операций – ушивания эвентераций.

Таблица №1

Вид операций	2003 г	2004 г	2005 г	2003-2005 гг
ушивание	7	17	4	28

Проанализировано 22 истории болезни оперированных больных, у которых в послеоперационный период осложнился возникновением эвентерации. Этим больным выполнено 28 операций – ушивания эвентерации.

При этом в одном случае ушивание эвентерации производилось три раза и в четырёх случаях – два раза. За этот период выполнено следующее количество полостных операций:

Таблица №2

Вид операций	2003 г	2004 г	2005 г	2003-2005 гг
полостные операции	854	891	892	2637

Какой же процент составило данное осложнение по отношению к

количеству выполненных полостных операций?

Таблица №3

Годы	2003 г	2004 г	2005 г	2003-2005 гг
% эвентераций	0,8	1,9	0,4	1,1

По литературным данным количество эвентераций в различных клиниках колеблется в пределах от 0,5% до 2,35%. Таким образом, процент эвентераций у нас в диспансере не превышает указанные выше цифры, а в некоторые годы значительно меньше. В структуре заболеваний, по поводу которых производились оперативные вмешательства, из 22 больных в 5 случаях онкологические заболева-

ния не выявлены. Заключительный клинический диагноз: гиперплазия предстательной железы, другие болезни кишечника, другие воспалительные болезни женских тазовых органов, доброкачественное заболевание почки, острый холецистит, что составило 22,7%. По возрастному составу больные распределились следующим образом:

Таблица №4

Возрастной состав	41 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 80
количество	2	3	10	7

Большинство больных, у которых возникла эвентерация в послеоперационном периоде у нас в диспансере – это лица пожилого и старческого возраста. Но считать возрастной ценз основной причиной развития эвентерации было бы неверно, так как большинство больных, оперируемых по поводу онкологических заболеваний, как раз лица этого возраста. Если исходить из этих предпосылок, то количество эвентераций у нас должно было бы быть не 1,1%, а 70-80%. Просто надо иметь в виду, что возраст является одной из составляющих причин развития эвентерации. У больных повышенного или пониженного питания также возрастает риск развития эвентерации. В наших случаях пониженного питания по историям болезни не отмечено, а 7 случаях можно отметить из соотношения роста и веса повышенное питание, что составило 32%. Это больные с холециститом – 1, раком прямой кишки – 1, раком почки – 1, раком эндометрия – 2, раком яичников – 1, раком сигмовидной кишки – 1. Оказывает роль в развитии эвентерации и анемия, как до выполнения первой операции по поводу основного заболевания, так и в интервале от 7 до 10 дня после операции. В это время наиболее часто и возникает это осложнение. При анализе историй болезни выявлено, что в 8 случаях имела место анемия или на-

кануне операции по поводу основного заболевания или непосредственно перед эвентерацией. Это составило 36% от общего числа оперированных больных по поводу эвентерации. Показатели гемоглобина колебались в пределах от 84 до 100 г/л. Большинство авторов наибольшее значение среди метаболических нарушений в этиологии возникновения эвентерации придают гипопротеинемии и диспротеинемии. У наших больных в 10 случаях, в послеоперационном периоде и непосредственно перед возникновением эвентерации выявлена гипопротеинемия. Показатели белка при этом колебались в пределах от 51,9 г/л до 59,6 г/л. Низкие показатели белка в наиболее опасный период возникновения эвентерации видимо явились основной её причиной у этих больных. В процентном отношении это составляет 45%. Всё это говорит о недостаточной коррекции белка в послеоперационном периоде. Даже показатели белка на нижней границе нормы ещё не о чём не говорят, так как нарушение соотношения фракций альбуминов и глобулинов может явиться причиной эвентерации. Это уже является общепризнанным фактом. Приводить данные о диспротеинемии у наших больных не представляется возможным, так как производить исследования белковых фракций наша лаборатория не может из-за отсутствия аппа-

рата. Хотелось бы сразу оговориться, что все приводимые выше и в дальнейшем цифры касаются только первой эвентерации. Рецидивы эвентерации, которые у нас составили 23%, не рассматривались, так как в причине их возникновения задействованы и многие другие механизмы. Кроме перечисленных имели место и другие причины возникновения эвентерации у наших больных. В 4-х случаях больные были оперированы повторно, в связи с желчным перитонитом после нефрэктомии – 1 случай, по поводу серозно-фибринозного перитонита – 1 случай, наложении трансверзостомы после операции Гартмана – 1 случай, по поводу несостоятельности правого уретросиг-моанастомоза – 1 случай. Эвентерация в этих случаях развилась после второй операции. Повторные операции составили 18%. Отмечено также 3 случая пневмонии, из них один случай выявлен посмертно. Был один случай трахеобронхита выявленный ещё до первой операции. По записям в историях болезни отмечено по одному случаю пареза кишечника, рвоты, механической желтухи, эрозивного дуоденита. В 90,9% случаев непосредственно перед эвентерацией больные отмечали кашель. У

многих больных было по несколько причин, которые могли вызвать эвентерацию. В двух случаях, а это составило 9,1%, не выявлено каких-либо причин, которые могли вызвать эвентерацию. Тем не менее, она произошла. Это ещё раз подтверждает мнение, что эвентерация ещё недостаточно изучена как в хирургии вообще, так и в онкологии в частности.

Студентам, собирающимся стать онкологами, следует обратить на это особое внимание, так как в онкологии это осложнение изучено ещё в меньшей степени, чем в хирургии. Нас также интересует, на какие сутки возникла эвентерация у наших больных. В 14 случаях, а это составляет 64%, эвентерация наступила в сроки с 5 дня по 10 день, что соответствует литературным данным. По одному случаю эвентерация наступила на 3 и 4-е сутки, в четырёх случаях на 13 сутки, ещё по одному случаю на 14 и 16-е сутки. Промокание повязки серозно-геморрагическим отделяемым свидетельствовало о разгерметизации брюшной полости и о том, что эвентерация была полной. Это наблюдалось в 21 случае, что составило 95%. В 100% случаев лечение эвентерации осуществлялось оперативным методом.

Таблица №5

Возникновение эвентерации	3 сут	4 сут	5 сут	6 сут	7 сут	8 сут	9 сут	10 сут	13 сут	14 сут	16 сут
кол-во случаев	1	1	3	1	4	2	2	2	4	1	1

Каким же образом производилось ушивание передней брюшной стенки? В 19-и случаях, а это составило 86%, передняя брюшная стенка была ушита послойно. В 3-х случаях, или 14%, через все слои.

#### Выводы:

Эвентерация является ещё недостаточно изученной областью послеоперационных осложнений как в хирургии, так и в онкологии. В диспансере за период с 2003 по 2005 годы имели место 22 случая или 1,1% эвентераций, что соответствует литератур-

ным данным. У многих больных отмечалась полиэтиологичность факторов, которые могли явиться причиной возникновения эвентерации. Ведущим фактором можно считать гипопротейнемию, которая составляет 45%, а также диспротеинемию, но белковые фракции у нас не определяются. Ведущая роль гипопротейнемии связана, по-видимому, с недостаточной коррекцией белка в послеоперационном периоде. На втором месте среди ведущих факторов стоит анемия, которая составляет 36%. Третье место можно

отвести «повышенному питанию», что составляет 32%. В 95% случаев эвентерация была полной. В 100% случаев лечение эвентерации проводилось оперативным путём. Ушивание передней брюшной стенки после операций, выполненных по поводу основного заболевания, осуществлялось по общепринятой методике.

#### Рекомендации:

Больным в послеоперационном периоде необходимо проводить коррекцию белка и белковых фракций в сроки, наиболее опасные возникновением эвентерации. С этой целью необходимо производить определение белковых фракций в диспансере. Своевременно диагностировать и проводить лечение пневмоний и обострений других неспецифических заболеваний легких в целях профилактики эвентерации. В послеоперационном периоде вводить большие дозы аскорбиновой кислоты с целью профилак-

тики эвентерации. В случаях, когда можно прогнозировать возникновение эвентерации при ушивании передней брюшной стенки, можно дополнительно накладывать 3-4 шва через все слои, или выполнить превентивную пластику передней брюшной стенки. В случаях, когда риск ушивания эвентерации превышает само осложнение, можно рекомендовать консервативный метод лечения даже при полной эвентерации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. Медицина. 1990.
2. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. 2 пластическая хирургия сложных дефектов брюшной стенки. Здоровье. 1982.

**Брагина Т.М.**, доктор биологических наук, профессор  
**Ильяшенко М.А.**, магистрант  
 Костанайский государственный педагогический институт

### **К ФАУНЕ РУКОКРЫЛЫХ (CHIROPTERA) СЕВЕРНОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА**

Рукокрылые (*Chiroptera*) – одна из наиболее распространенных и многочисленных групп теплокровных животных, широко распространенных по земному шару. Мировая фауна рукокрылых насчитывает 2 подотряда, 19 семейств и около 1000 видов. На территории Казахстана обитает три семейства подотряда летучих мышей, распространенных практически во всех природных зонах. Среди млекопитающих — это единственные представители, освоившие настоящий полет. Активность летучих мышей сумеречная и ночная. В засушливых условиях, как правило, они обитают вблизи различных водоёмов [1,2].

Летучие мыши практически безобидны для человека; более того, поедая летающих насекомых, в том числе кровососущих, они приносят огромную пользу. К сожалению, в последнее время численность летучих мышей значительно сократилась. Это связано со многими факторами. Помимо естественных врагов (совы, соколообразные, змеи, кошки, куницы, еноты, грызуны, насекомоядные и внутренние паразиты), основным виновником резкого сокращения численности рукокрылых в настоящее время стал человек. Летучие мыши способны существовать в освоенном человеком ландшафте, но уязвимы перед некоторыми специфическими