

ЭВЕНТРАЦИЯ. ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ*Полынский А.А., Чернышов Т.М.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

В статье осуществляется обзор литературных данных, изложены основные этиопатогенетические аспекты возникновения эвентрации, приведена клиническая классификация степеней данного грозного осложнения в абдоминальной хирургии, рассмотрены принципы диагностики и лечения эвентрации в каждой из ее клинических степеней. В заключении приведен анализ собственных результатов лечения 24 пациентов с различными степенями эвентрации, лечившихся в клинике общей хирургии.

Ключевые слова: эвентрация, степени эвентрации, диагностика, лечение, профилактика.

Эвентрация - 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 опасных осложнений в абдоминальной хирургии, которое встречается у 0,5–2,35% пациентов [7]. 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 непроходимости, послеоперационного перитонита, формированию кишечных свищей.

Механизм развития эвентрации достаточно сложен, он обусловлен действием множества факторов. Их, в свою очередь, можно объединить в 2 группы:

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, нарушение 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 - несовершенство хирургической техники, неверная тактика хирурга, дефекты при сшивании отдельных слоёв передней брюшной стенки (ушивание апоневроза редкими швами, использование быстро рассасывающегося шовного материала, дренирование брюшной полости через основную срединную рану [8]. Одной из причин, которая в высоком проценте случаев вызывает эвентрацию, является нагноение послеоперационной раны [2].

Эвентрация может проходить как в основную рану (30,2% - срединные эвентрации выше пупка, 29,3% - ниже пупка, 26,9% - выше и ниже пупка), так и в раны после дополнительных разрезов и контрапертур (4% - боковые окологрберные эвентрации, 8,1% - паховые, 1,2% - в области боковых отделов брюшной стенки) [11].

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.

Каждая эвентрация проходит стадию подкожной, которая может длиться 1–2 суток, и часто не принимается во внимание или рассценивается как инфильтрат послеоперационной раны. Наиболее часто частичная эвентрация наступает после операций, где доступ проходит через сильные мышечные слои (аппендэктомия, холецистэктомия). Нередко к эвентрации приводит подапоневротическое нагноение раны. В таких случаях после вскрытия гнойника подпаянные стенка кишки, желудка или сальник становятся дном раны. При таких формах эвентрации герметичность брюшной полости не нарушается.

Полная эвентрация в 100% случаев осложняется инфицированием брюшной полости. Это приводит к таким тяжелым осложнениям, как кишечная непроходимость, послеоперационный перитонит. При этом высок процент случаев, когда герметичность брюшной полости нарушается при еще непрорезавшихся швах. Истинная эвентрация (эвисцерация) обусловлена выхождением органов за пределы раны.

Учитывая тяжесть эвентрации, её многообразие клинических симптомов, важна точная и своевременная диагностика данного осложнения, что, безусловно, определит исход заболевания для пациента.

Эвентрация I 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 сутки. 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 полугод (оптимально 2-3 месяца), так как на месте дефекта 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 фурацилина (1:5.000), 1% раствор хлоргексидина). Рана ограничивается 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 иммунологическим 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 фурациллина марлевыми салфет-

ками, 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.

Пластика дефекта передней брюшной стенки при эвентрации в гнойную рану производится с учетом того, что наложенные швы на инфицированную рану склонны прорезываться. В.С. Савельев и Б.Д. Савчук предложили оригинальную методику наложения восьмиобразного съёмного шва, обладающего свойствами полиспаста. Рану очищают от гноя и промывают растворами антисептиков. Толстой шёлковой нитью с помощью большой режущей иглы глубже и параллельно направлению раны, отступив от её края 3-5 см., прошивают переднюю брюшную стенку. Оба конца нити продевают в небольшой отрезок резиновой трубки, который помещают над раной в поперечном направлении. Вслед за этим аналогичным образом прошивают брюшную стенку с противоположной стороны раневого дефекта. Шов завязывают. Швы снимают на 18-22 сутки после ушивания эвентрации [7].

Трудные ситуации наблюдаются, когда происходит эвентрация кишечника и сальника в гнойную рану или по прошествии времени асептическая эвентрация осложняется нагноением раны. В таких случаях некоторые авторы рекомендуют рану плотно тампонировать (тампоны пропитаны мазью), накладывать асептическую повязку и сверху – гипсовую лонгету. Тампонирование проводится до эпителиализации раны. Однако такое консервативное ведение пациента с эвентрацией возможно лишь в небольшом проценте случаев. Только при отсутствии перитонита, пареза кишечника, у пациентов молодого возраста такая тактика оправдана [1].

С.Г. Измайлов и В.Н. Гараев предложили использовать аппаратный способ ушивания брюшной стенки с использованием спицевых адаптационно-репозиционных аппаратов (СпАРА-I). Он заключается в следующем. Выпавшие из брюшной полости органы обрабатываются раствором фурацилина 1:5000, осушаются и осторожно вправляются в полость живота. После ревизии органов брюшной полости тщательно выделяются края раны с обязательным иссечением всех некротизированных тканей и удалением использованного ранее шовного материала. Затем вручную спицы аппарата поочередно вкалываются в кожу под углом 40-50° к ее поверхности и перпендикулярно к краям раны. Расстояние от точек вкола и выкола спиц до краев раны определяется при помощи формулы, выведенной в процессе экспериментальных исследований: $l = h + 10$ мм, где l — расстояние от точки вкола и выкола спицы до краев раны, h — толщина передней брюшной стенки. При этом спицы пересекают мышечно-апоневротический слой на расстоянии 8—10 мм от краев раны, не повреждая сосудисто-нервные элементы стенки живота. Затем спицу симметрично месту вкола выводят через противоположный край раны. Расстояние от точек вкола и выкола спицы до края раны по обеим сторонам должно быть одинаковым. Для этого наносятся бриллиантовым зеленым линией, параллельные краям

раны. Линии проводят с учетом зависимости, выявленной при проведении экспериментальных исследований. Полученную линию разметками поперечно делят на равные участки, отстоящие друг от друга на 45-50 мм. Количество спиц определяется длиной релaparотомной раны. Обычно достаточно 4-5 спиц.

Рукояткой реечно-винтового привода бранши аппарата максимально отодвигаются друг от друга. Вначале с одной, затем с другой стороны выступающие над кожей концы спиц проводят через продольные пазы бранш. После этого плавно сближают края раны при помощи реечно-винтового привода. Вначале соприкасается брюшина, мышечно-апоневротический слой, на которые накладываются постоянные узловые швы капроновой нитью №3. Затем осуществляется сближение подкожной жировой клетчатки и кожи с последующим их ушиванием. В последнюю очередь накладываются швы на кожу, после чего удаляются все спицы и АРА [3].

Применение пластических материалов является одним из важнейших направлений современной реконструктивной хирургии брюшной стенки. При эвентрации возникают ситуации, когда существует нехватка тканей для закрытия дефектов брюшной стенки. Анализ литературных данных не дает возможности выявить пластический материал, который по своей безопасности, доступности, биологическим свойствам и технике обработки мог быть рекомендован для практического использования в этих условиях. Применение синтетических эксплантатов нередко вызывает значительную воспалительную реакцию тканей, что проявляется частыми послеоперационными осложнениями со стороны раны [4, 6]. Проблематично использование аллогенных и ксеногенных тканей, обладающих иммунологической активностью. Было привлечено внимание к использованию аллогенной твердой мозговой оболочки, которая в настоящее время успешно применяется в различных областях реконструктивной хирургии. Твердая мозговая оболочка очень прочна, эластична, не обладает выраженной иммунологической активностью [10]. Важным свойством является ее исключительная устойчивость к инфекции.

Учитывая, что состояние пациентов после эвентрации крайне тяжелое, необходимо проводить большой комплекс лечебных мероприятий: выведение пациента из шока, коррекцию гомеостаза, устранение интоксикации организма пациента, целенаправленную борьбу с раневой инфекцией, нормализацию основных функций организма, – что чаще всего проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Профилактика послеоперационного перитонита и кишечной непроходимости, уход за раной занимает одно из ведущих мест в послеоперационном ведении пациентов с эвентрацией. Пациенту показан строгий постельный режим, плотный бандаж живота. Контроль за швами необходимо проводить ежедневно, отделяемое из раны аспирируется. При признаках послеоперационного нагноения краев раны шов в верхнем и нижнем углах раны распускается, налаживается проточное промывание с активной аспирацией по методу Н.Н. Каншина. Рецидивирование эвентрации является одним из показаний к выполнению лапаростомии.

В основе профилактики эвентраций лежат мероприятия, направленные на повышение иммунологической реактивности организма, коррекцию обменных нарушений (переливание препаратов крови и растворов солей, применение биогенных стимулято-

ров и иммунных сывороток), создание оптимальных условий для заживления раны, а также обеспечение достаточной прочности послеоперационных швов. Применение современных хирургических пособий, хорошего шовного материала, профилактика контаминации и должный уход за раной позволяют избежать такого тяжелого осложнения, как эвентрация.

В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» за 2007-2013 годы у пациентов, оперированных в экстренном порядке по неотложным показаниям с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в послеоперационном периоде диагностировано 24 случая эвентрации. При этом эвентрация I степени имела место у 5 пациентов, II степени у 9, III и IV степени у 10 человек. Все оперированные имели пожилой и старческий возраст, страдали многими сопутствующими заболеваниями. Мужчин среди них было 18, а женщин – 6.

Подкожная эвентрация I степени у 5 пациентов была диагностирована на 8-10 сутки послеоперационного периода. К этому времени все пациенты стали отмечать усиление болевых ощущений в области раны, чувство жжения, асимметрию живота. Некоторые из пациентов указывали, что эти симптомы возникали после кашля, физической нагрузки. При пальпации области послеоперационной раны у всех пациентов определялась инфильтрация, припухлость, опухоль тестоватой консистенции. У некоторых из них под кожей пальпировалась урчащая кишка. Существенных изменений в общем состоянии в данной группе не произошло, так как при подкожной эвентрации инфицирования раны и брюшной полости не происходит ввиду герметичности кожных швов. Данной группе пациентов назначены строгий постельный режим сроком до 2-х недель и плотный бандаж живота, послабляющая диета. Все они выписаны домой под наблюдение хирурга по клинкой с рекомендацией о последующей повторной операции, направленной на ликвидацию послеоперационной грыжи в сроки от 6 месяцев до 1 года.

У 9 пациентов частичная эвентрация II степени диагностирована во время вскрытия гнойников в области послеоперационной раны, когда хирург после опорожнения гнойника, осуществляя ревизию полости глазом и пальцем, определял фиксированную ко дну раны петлю кишки. У всех 9 пациентов этой группы со 2-3 суток послеоперационного периода имело место повышение температурной реакции, нарастающая интоксикация, пальпируемый в области раны воспалительный инфильтрат с последующим нагноением операционной раны.

После установления диагноза - частичная эвентрация, убедившись в том, что брюшная полость у этих пациентов полностью отграничена от гнойной раны петлями кишечника и сальником, всем пациентам было проведено комплексное лечение, включавшее борьбу с раневой инфекцией, мероприятия повышающие общую неспецифическую резистентность организма, профилактику прогрессирования эвентрации - постельный режим, бандаж живота. Всем пациентам проведена терапия, направленная на заживление раны вторичным натяжением, после чего они в разные сроки были выписаны из стационара домой с формирующимися вентральными послеоперационными грыжами, которые при отсутствии противопоказаний в отдаленном периоде целесообразно лечить оперативным путем.

Наиболее сложной оказалась группа из 10 пациентов с полной и истинной эвентрацией III и IV степени, при этом у 4 пациентов эвентрация носила асептический характер, а у 6 человек эвентрация произошла в гнойную рану и была инфицированной. Эвентрация у всех пациентов этих групп произошла на 5-12 сутки после перенесенных операций, выполненных по поводу тотального перитонита разной этиологии, кишечной непроходимости опухолевого генеза. Наступлению эвентрации предшествовало тяжелое послеоперационное состояние пациентов, выраженная интоксикация, у 6 из них произошло нагноение послеоперационной раны в ранние сроки после операции. Наиболее ранним признаком эвентрации является обильное промокание повязки отделяемым из раны, которое быстро принимает гнойный характер, что сопровождается резким усилением болей в животе, быстрым нарастанием интоксикации.

После констатации у пациентов полной и истинной эвентрации III - IV степени все они были повторно оперированы под общим обезболиванием с проведением перед операцией интенсивной кратковременной предоперационной подготовки. Оперативное вмешательство при асептической полной эвентрации в 2-х случаях заключалось в ликвидации эвентрации и послойном ушивании раны без ее натяжения, еще в 2-х случаях был наложен шов через все слои на рану после удаления старых лигатур и экономного иссечения ее краев. У всех этих пациентов наступил благоприятный исход, к 14 суткам швы с ран были сняты, произошло их заживление первичным натяжением.

Шести пациентам с истинной эвентрацией кишечника в гнойную рану и развившимся перитонитом под общим обезболиванием с применением

мышечных релаксантов произведены релапаротомия, тщательная санация выпавших в рану органов, промывание брюшной полости, сформированы лапаростомы - брюшная полость отграничена марлевыми салфетками, поверх которых края лапаротомной раны сводились с помощью полихлорвиниловых ниппельных трубок, наложенных по методике ушивания лапаротомной раны, предложенной Савельевым В.С. и Савчуком Б.Д. Этой группе пациентов впоследствии выполнялись программированные релапаротомии до момента купирования перитонита параллельно с проведением комплексного консервативного лечения. У трех пациентов в этой группе наступил летальный исход. Трое пациентов выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Анализ литературных данных и собственного материала позволяет сделать следующие выводы:

1. Профилактика развития инфекционных процессов в брюшной полости и ране, повышение иммунологической реактивности организма, коррекция обменных нарушений, создание оптимальных условий для заживления раны, обеспечение достаточной прочности послеоперационных швов позволяют в ряде случаев предупредить развитие эвентрации.

2. Ранняя диагностика степени эвентрации позволяет четко определиться с хирургической тактикой и выбором метода лечебных мероприятий.

3. При асептической эвентрации после предоперационной подготовки показано послойное ушивание передней брюшной стенки.

4. Полная эвентрация и эвисцерация в гнойную рану требует индивидуальных подходов в решении метода выбора закрытия брюшной полости. При этом нередко возникают показания к лапаротомии.

Литература

1. Жебровский, В.В. Эвентрации и сложные вентральные грыжи: автореф. дис. док. мед. наук. / В.В. Жебровский // - Москва, 1981. - С. 32.
2. Измайлов, С.Г. Профилактика и лечение эвентрации после релапаротомии / С.Г. Измайлов, В.Н. Гараев [и др.] // Хирургия. - 2001. - №12. - С. 14-15.
3. Измайлов, С.Г. Экспериментально-клиническое обоснование аппаратного способа лечения послеоперационных эвентраций [Электронный ресурс] : Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2001. - №2. - Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/224/3253/>. - Дата доступа: 2.08.02
4. Кисель, А.Г. Сравнительная оценка оперативного лечения прямых и рецидивных паховых грыж с применением алло- и аутодермального имплантатов: автореф. дис. кан. мед. наук. / А.Г. Кисель // - Запорожье, 1974. - С. 28.
5. Кутявин, Л.И. Пластика грыжевых ворот местными тканями при послеоперационных вентральных грыжах: автореф. дис. канд. мед. наук / Л.И. Кутявин // - Ижевск, 1970. - С. 18.
6. Полянский, Б.А. Восстановление брюшной стенки при обширных дефектах методом аутопластики/ Б.А. Полянский // Вестн. хир. - 1978. - № 4. - С. 18-22.
7. Савельев, В.С. Хирургическая тактика при эвентрации / В.С. Савельев, Б.Д. Савчук // Хирургия. - 1976. - С. 121- 125.
8. Тоскин, К.Д. Пластическая хирургия сложных дефектов брюшной стенки / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - К.: «Здоров'я», 1982. - 192 с.

Literatura

1. Zhebrovskij, V.V. Jeventracii i slozhnye ventral'nye gryzhi: avtoref. dis. dok. med. nauk. / V.V. Zhebrovskij // - Moskva, 1981. - S. 32.
2. Izmajlov, S.G. Profilaktika i lechenie jeventracii posle relaparotomii / S.G. Izmajlov, V.N. Garaev [i dr.]. // Hirurgija. - 2001. - №12. - S. 14-15.
3. Izmajlov, S.G. Jeksperimental'no-klinicheskoe obosnovanie apparatnogo sposoba lechenija posleoperacionnyh jeventracij [Jelektronnyj resurs] : Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. - 2001. - №2. - Rezhim dostupa: <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/224/3253/>. - Data dostupa: 2.08.02
4. Kisel', A.G. Sravnitel'naja ocenka operativnogo lechenija prjamyh i recidivnyh pahovyh gryzh s primeneniem allo- i autodermal'nogo implantatov: avtoref. dis. kan. med. nauk. / A.G. Kisel' // - Zaporozh'e, 1974. - S. 28.
5. Kutjavin, L.I. Plastika gryzhevyh vorot mestnymi tkanjami pri posleoperacionnyh ventral'nyh gryzhah: avtoref. dis. kand.med.nauk / L.I. Kutjavin // - Izhevsk, 1970. - S. 18.
6. Poljanskij, B.A. Vosstanovlenie brjushnoj stenki pri obshirnyh defektah metodom autoplastiki/ B.A. Poljanskij // Vestn. hir. - 1978. - № 4. - S. 18-22.
7. Savel'ev, B.C. Hirurgicheskaja taktika pri jeventracii / V.S. Savel'ev, B.D. Savchuk // Hirurgija. - 1976. - S. 121- 125.
8. Toskin, K.D. Plasticheskaja hirurgija slozhnyh defektov brjushnoj stenki / K.D. Toskin, V.V. Zhebrovskij. - K.: «Zdorov'ja», 1982. - 192 s.
9. Chaj, V.F. Profilaktika i lechenie jeventracii / V.F. Chaj // Hirurgija. - 1988. - № 5. - S. 102-105.

9. Цхай, В.Ф. Профилактика и лечение эвентрации / В.Ф. Цхай // Хирургия. – 1988. – № 5. – С. 102–105.

10. Шорлуян, П.М. Применение консервированной твёрдой мозговой оболочки при лечении рецидивных и послеоперационных грыж / П.М. Шорлуян, В.Г. Химичев // Хирургия. – 1978. – № 10. – С. 66–69.

11. Stoppa, R.E. The use of dacron in the repair of hernias of abdominal wall / Stoppa R.E., Rives J.L., Warlaumont C.R. [et al.] // Surg. Clin. N. Amer. – 1984. - Vol. 64, № 2. – P. 269–274.

10. Shorlujan, P.M. Primenenie konservirovannoj tvjorodoj mozgovoј obolochki pri lechenii recidivnyh i posleoperacionnyh gryzh / P.M. Shorlujan, V.G. Himichev // Hirurgija. – 1978. – № 10. – S. 66–69.

EVENTRATION. PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND MEDICAL TREATMENT

Polynskiy A.A, Chernyshov T.M.

Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

The article deals with the literary data, core etiopatogenetic aspects of incidence of eventration, as well as with the clinical classification of such a severe complication in abdominal surgery, reviews the diagnosis principles and medical treatment of eventration in each clinical grade. The research of personal medical treatment results of 24 subjects with different grades of eventration, undergone the medical treatment in the general surgery hospital, is carried out in the conclusion.

Key words: *eventration, grades of eventration, diagnosis, medical treatment, prevention*

Адрес для корреспонденции: e-mail: chetar90@gmail.com

Поступила 28.03.2014