

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЕВЕНТРАЦІЇ НА ТЛІ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

I.K. Morar

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключові слова:
післяопераційна евентрація, онкологічний процес.

Клінічна та експериментальна патологія 2021.
Т.20, № 4 (78). С. 42 - 50.

DOI:10.24061/1727-4338.
XX.4.78.2021.5

E-mail:
igor.morar82@gmail.com

На сьогоднішній день післяопераційна евентрація (ПЕ) є відносно рідкісним, проте одним із найнебезпечніших ускладнень абдомінальної хірургії, яка має місце у 0,5-2,35 % пацієнтів.

Найбільшу групу ризику становлять хворі на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини з явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії, що, безумовно, впливає на швидкість регенерації та ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани.

Вивчення клінічних особливостей розвитку ПЕ на тлі онкологічного процесу дасть змогу краще зрозуміти роль останнього у розвитку цього післяопераційного ускладнення.

Мета дослідження – вивчити клінічні особливості розвитку післяопераційної евентрації у хворих на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини.

Матеріал і методи. Обстежено 114 хворих, прооперованих стосовно різних захворювань органів черевної порожнини, у яких виникла післяопераційна евентрація впродовж перших 10 діб раннього післяопераційного періоду.

Основну групу сформовано з 61 хворого на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини, на III-IV стадіях захворювання. Групу порівняння утворили з 53 хворих на гостру хірургічну неонкологічну патологію органів черевної порожнини. Обидві групи пацієнтів були репрезентативні за статтю.

Усі пацієнти, під час перебування у стаціонарі, отримували стандартне післяопераційне лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологію органів живота.

Рівні внутрішньочеревного та абдомінального перфузійного тиску визначали з періодичністю 3 рази на добу, упродовж перших 12 діб раннього післяопераційного періоду.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics (2012).

Результати. Встановлено, що післяопераційна евентрація на тлі онкологічного процесу виникає у пацієнтів більш старшого віку. Для післяопераційної евентрації на тлі онкологічного процесу характерний менший термін її розвитку, а також переважання III та IV ступенів її тяжкості, що потребує виконання невідкладного оперативного втручання, яке погіршує результати лікування основного захворювання.

Така післяопераційна евентрація частіше виникає при виконанні середньосерединної та повної лапаротомії, а також безпосередньо залежить від розмірів останньої.

Особливостей впливу внутрішньочеревного та абдомінального перфузійного тисків на розвиток післяопераційної евентрації на тлі онкологічного процесу та без нього не виявлено, оскільки відсутня вірогідна різниця показників при всіх ступенях тяжкості.

Слід відзначити, що післяопераційна евентрація на тлі онкологічного процесу виникає у пацієнтів із хронічною супутньою патологією, з дефіцитом маси тіла або нормальною масою.

Післяопераційна летальність у пацієнтів основної групи виникла у 32 (52,5%) осіб, що на 16,7 % ($p > 0,05$) більше, ніж у груп порівняння – 19 (35,8 %).

Висновки. Післяопераційна евентрація на тлі онкологічного процесу виникає переважно при середньосерединній або повній лапаротоміях, у пацієнтів більш старшого віку, з хронічною супутньою патологією та дефіцитом маси тіла або нормальною масою. Ця післяопераційна евентрація характеризується переважно III-IV ступенями тяжкості, меншим терміном розвитку та більшою частотою післяопераційної летальності.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭВЕНТРАЦИИ НА ФОНЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

И.К. Морар

На сегодняшний день послеоперационная эвентрация является относительно редким, но одним из опаснейших осложнений абдоминальной хирургии, которое возникает у 0,5-2,35 % пациентов.

Наибольшую группу риска составляют больные со злокачественными новообразованиями органов брюшной полости с явлениями вторичного иммунодефицита, кахексии, анемии, что, безусловно, влияет на скорость регенерации и риск развития гнойно-септических осложнений со стороны послеоперационной раны.

Изучение клинических особенностей развития послеоперационной эвентрации на фоне онкологического процесса даст возможность лучше понять роль последнего в развитии данного послеоперационного осложнения.

Цель исследования – изучить клинические особенности развития послеоперационной эвентрации у больных со злокачественными новообразованиями органов брюшной полости.

Материал и методы. Обследовано 114 прооперированных по поводу разных заболеваний органов брюшной полости больных, у которых возникла послеоперационная эвентрация на протяжении 10 суток раннего послеоперационного периода.

Основная группа состояла из 61 больного со злокачественными новообразованиями органов брюшной полости, на III-IV стадиях заболевания. Группу сравнения создали из 53 больных с острой хирургической неонкологической патологией органов брюшной полости. Обе группы пациентов были репрезентативны по полу. Все пациенты во время пребывания в стационаре получали стандартное послеоперационное лечение, согласно с протоколами оказания медицинской помощи больным с неотложной хирургической патологией органов живота.

Уровни внутрибрюшного и абдоминального перфузионного давлений определяли с периодичностью 3 раза в сутки, на протяжении первых 10 суток раннего послеоперационного периода.

Статистическую обработку полученных результатов исследований проводили на персональном компьютере с использованием электронных таблиц Microsoft Excel, а также программ IBM SPSS Statistics (2012).

Результаты. Установлено, что послеоперационная эвентрация на фоне онкологического процесса возникает у пациентов более старшего возраста. Для послеоперационной эвентрации на фоне онкологического процесса характерен меньший срок ее развития, а также преобладание III и IV степеней ее тяжести, что требует выполнения неотложного оперативного вмешательства и тем самым ухудшает результаты лечения основного заболевания.

Данная послеоперационная эвентрация чаще возникает при выполнении среднесрединной и полной лапаротомий, а также непосредственно зависит от размеров последней.

Особенностей влияния внутрибрюшного и абдоминального перфузионного давлений на развитие послеоперационной эвентрации на фоне онкологического процесса и без него не выявлено, поскольку отсутствует достоверная разница показателей при всех степенях тяжести.

Следует отметить, что послеоперационная эвентрация на фоне онкологического процесса возникает у пациентов, которые имеют сопутствующую хроническую патологию, дефицит массы тела или нормальную массу.

Послеоперационная летальность у пациентов основной группы возникла у 32 (52,5%) лиц, что на 16,7 % ($p > 0,05$) больше, чем в группе сравнения – 19 (35,8%) лиц.

Выводы. Послеоперационная эвентрация на фоне онкологического процесса возникает преимущественно при среднесрединной или полной лапаротомиях, у пациентов более старшего возраста, с хронической сопутствующей патологией и дефицитом массы тела или нормальной массой. Данная послеоперационная эвентрация характеризуется преобладанием III-IV степеней тяжести, более коротким сроком развития и большей частотой послеоперационной летальности.

Клінічна та експериментальна патологія. 2021. Т.20, № 4 (78)

Ключевые слова:

послеоперационная эвентрация, онкологический процесс.

Клиническая и экспериментальная патология
2021. Т.20, № 4 (78).
С. 42 - 50.

Key words:
postoperative eventration,
oncological process.

Clinical and experimental
pathology 2021. Vol.20,
№ 4 (78). P. 42 - 50.

CLINICAL FEATURES OF THE OCCURRENCE OF POSTOPERATIVE EVENTRATION ON THE BACKGROUND OF THE ONCOLOGICAL PROCESS

I.K. Morar

At present, postoperative eventration is relatively rare, but it is one of the most dangerous complications of abdominal surgery, which occurs in 0.5-2.35% of patients. The greatest risk group constitute patients with malignant neoplasms of the abdominal cavity organs, with manifestations of secondary immunodeficiency, cachexia, anemia, which certainly affects the rate of regeneration and the risk of purulent-septic complications development from the side of postoperative wounds.

The study of the clinical features of PE (postoperative eventration) development against a background of the oncological process will afford opportunity to understand better the role of the latter in the development of this postoperative complication.

Purpose - to study the clinical features of postoperative eventration development in patients with malignant neoplasms of the abdominal cavity organs.

Material and research methods. 114 patients, operated on for various diseases of the abdominal cavity organs, who underwent postoperative eventration during the first 10 days of the early postoperative period, have been examined.

The main group consisted of 61 patients with malignant neoplasms of the abdominal cavity organs, in stages III-IV of the disease. The group of comparison consisted of 53 patients with acute surgical non-oncological pathology of the abdominal cavity organs. Both groups of patients were representative by sex.

All patients, during their stay in the hospital, received standard postoperative treatment, according to the protocols of medical care for patients with urgent surgical pathology of the abdominal organs.

Levels of intra-abdominal and abdominal perfusion pressure were determined at intervals of 3 times a day during the first 12 days of the early postoperative period.

Statistical processing of the research results obtained was carried out on a personal computer using Microsoft Excel spreadsheets, as well as IBM SPSS Statistics (2012).

Results. *It has been established that postoperative eventration against a background of the oncological process occurs in older patients. Postoperative eventration against a background of the oncological process is characterized by a shorter period of its development, and is dominated by III and IV degrees of its severity, that requires immediate surgical intervention, thereby worsening the treatment results of the underlying disease.*

This postoperative eventration occurs more often when performing medium and complete laparotomies, and also directly depends on the size of the latter.

Peculiarities of the influence of intra-abdominal and abdominal perfusion pressures on the development of postoperative eventration against a background of the oncological process and without it do not differ, as there is no probable difference in all degrees of severity.

It should be noted that postoperative eventration against a background of the oncological process occurs in patients with concomitant chronic pathology, deficit of the body weight or normal weight.

Postoperative mortality in the main group of patients occurred in 32 (52.5%) people, that is 16.7% ($p > 0.05$) higher than in the comparison group - 19 (35.8%) people.

Conclusions. *Postoperative eventration against a background of the oncological process occurs mainly in average middle or complete laparotomies, in older patients, with chronic concomitant pathology and deficiency of the body weight or normal weight. This postoperative eventration is characterized by the prevalence of III-IV degrees of severity, shorter development period, and higher frequency of postoperative mortality.*

Вступ

На сьогоднішній день післяопераційна евентрація (ПЕ) є відносно рідким, проте одним із найнебезпечніших ускладнень абдомінальної хірургії, яке має місце у 0,5-2,35 % пацієнтів [1, 2].

При виникненні післяопераційної евентрації у гнійну рану летальність сягає 40-65 %. Також у такій ситуації відзначається висока частота повторних евентрацій – 12,5 % [2, 3].

Найбільш часто евентрація виникає після екстрених оперативних втручань на органах черевної порожнини в ослаблених пацієнтів літнього та старечого віку, з низьким імунобіологічним станом організму [4, 5].

Найбільша група ризику – це хворі на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини, у яких мають місце явища вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії тощо, що, безумовно, впливає на

швидкість регенерації та ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани [6, 4].

Вивчення клінічних особливостей розвитку ПЕ на тлі онкологічного процесу дасть змогу краще зрозуміти роль останнього у розвитку цього післяопераційного ускладнення.

Мета дослідження

Вивчити клінічні особливості розвитку післяопераційної евентрації у хворих на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини.

Матеріал і методи дослідження

Для реалізації поставленої мети нами обстежено

114 хворих, прооперованих з приводу різних захворювань органів черевної порожнини, у яких виникла ПЕ впродовж перших 10 діб раннього післяопераційного періоду.

Основна група сформована з 61 хворого на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини на III-IV стадіях захворювання.

Групу порівняння утворили з 53 хворих на гостру хірургічну неонкологічну патологію органів черевної порожнини.

Розподіл пацієнтів, залежно від виконаного оперативного втручання на органах черевної порожнини, представлено в таблиці 1.

З цієї кількості пацієнтів особи жіночої статі становили 53 (46,5 %), а чоловічої – 61 (53,5 %).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів обох дослідних груп залежно від виконаного оперативного втручання, абс., %

Оперативні втручання	Група пацієнтів		Абс.	%
	Порівняння	Основна		
Дистальна резекція шлунка	8	11	19	16,7
Гастректомія	5	7	12	10,5
Гастроентероанастомоз	6	8	14	12,3
Білідигестивний анастомоз	4	5	9	7,9
Резекція тонкої кишки	8	2	10	8,8
Правобічна геміколектомія	5	9	14	12,3
Лівобічна геміколектомія	3	4	7	6,1
Резекція сигмоподібної кишки	8	7	15	13,2
Операція Гартмана	6	8	14	12,2
Всього:	53	61	114	100

Обидві групи пацієнтів були репрезентативні за статтю.

Усі пацієнти, під час перебування у стаціонарі, отримували стандартне післяопераційне лікування, згідно із протоколами надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологію органів живота [7].

Внутрішньочеревний тиск (ВЧТ) та абдомінальний перфузійний тиск (АПТ) визначали з періодичністю 3 рази на добу, упродовж перших 12 діб раннього післяопераційного періоду.

Рівень ВЧТ вимірювали через сечовий міхур у такий спосіб: після його повного спорожнення, через катетер Фолея вводили 25,0 мл фізіологічного розчину. До катетера приєднували пристрій для трансвезикального вимірювання ВЧТ [8-10].

Отримані цифрові дані у см вод. ст. переводили у мм рт. ст., оскільки у клінічній практиці широко використовують цю одиницю вимірювання, із розрахунку 1 мм рт. ст. приблизно дорівнює 1,36 см вод. ст. [8].

АПТ визначали як різницю між середнім артеріальним тиском (СрАТ) та ВЧТ (АПТ = СрАТ – ВЧТ). СрАТ визначали як суму одного систолічного артеріального тиску (САТ) та двох діастолічних артеріальних тисків (ДАТ) поділених на 3 (СрАТ = (САТ + ДАТ + ДАТ) / 3) [8].

Середній рівень ВЧТ та АПТ розраховували шляхом ділення суми вищезазначених величин, отриманих упродовж перших 10-ти діб раннього післяопераційного періоду, поділених на кількість спостережень.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics (2012). Оцінювали середні значення отриманих даних (M), їхні стандартні відхилення (m), достовірність статистичних показників (p) за t-критерієм Стьюдента. З метою оцінки вірогідності різниці між відсотками двох вибірок використовували критерій Фішера.

Результати та їх обговорення

Якщо порівняти середній вік пацієнтів обох груп, то в осіб основної групи він становив $68,4 \pm 1,16$ роки, що в 1,21 раза ($p < 0,001$) більше, ніж у групі порівняння ($56,3 \pm 1,24$ роки).

Важливе значення у перебігу ПЕ має ступінь її тяжкості та термін виникнення, які між собою безпосередньо пов'язані.

Проведені нами дослідження вказують (табл. 2) на меншу кількість осіб основної групи з ПЕ I та II

Таблиця 2**Розподіл пацієнтів обох дослідних груп залежно від ступеня тяжкості післяопераційної евентрації, абс., %**

Ступінь тяжкості евентрації	Група пацієнтів		Абс.	%
	Порівняння	Основна		
I	18 (34,0%)	7 (11,5%) $p < 0,05$	25	21,9
II	16 (30,2%)	12 (19,7%) $p > 0,05$	28	24,6
III	10 (18,9%)	22 (36,1%) $p < 0,05$	32	28,1
IV	9 (16,9%)	20 (32,7%) $p < 0,05$	29	25,4
Всього:	53 (100%)	61 (100%)	114	100

Примітки: *n* – кількість пацієнтів; *p* – достовірність відмінностей між групами.

ступенів, проте різниця з останньою невірогідна. Відзначається вірогідне переважання осіб основної групи проти групи порівняння з ПЕ III та IV ступенів.

Важливе значення у розвитку ПЕ є термін її виникнення. У проведених нами дослідженнях середній термін виникнення ПЕ становив $10,77 \pm 0,20$ діб.

Аналіз результатів дослідження, що представлені в таблиці 3, вказує на коротший термін виникнення ПЕ у пацієнтів основної групи при всіх ступенях її тяжкості, за винятком II ступеня. Середній термін виникнення ПЕ в основній групі становив $6,05 \pm 0,222$ діб, що в 1,3 раза менше, ніж у групі порівняння $8,09 \pm 0,289$ діб ($p < 0,001$).

Цікавим є вивчення частоти розвитку ПЕ залежно від виду серединної лапаротомії. У наших дослідженнях, представлених у таблиці 4, в обох групах вірогідно переважає частота виникнення ПЕ у середньосерединну лапаротомну рану. Слід відзначити вірогідне переважання частоти

ПЕ у пацієнтів основної групи при виконанні середньосерединної та повної лапаротомії. Проте у групі порівняння відзначається вірогідне переважання частоти ПЕ при верхньосерединній лапаротомії.

У наших дослідженнях середня довжина лапаротомної рани становила $23,030 \pm 0,198$ см. При порівнянні середньої довжини лапаротомної рани між обома групами слід відзначити вірогідне ($p < 0,001$) переважання довжини в основній групі ($23,79 \pm 0,23$ см) проти групи порівняння ($22,13 \pm 0,04$ см).

Оцінюючи результати дослідження, наведені в таблиці 5, необхідно відзначити переважання довжини лапаротомної рани у пацієнтів основної групи, проте ця різниця вірогідна тільки за III та IV ступенів тяжкості ПЕ.

Одним із багатьох чинників, що безпосередньо призводить до виникнення ПЕ, є гостре підвищення рівня ВЧТ, що досить часто має місце у ранньому післяопераційному періоді [5, 8].

Таблиця 3**Термін виникнення післяопераційної евентрації пацієнтів обох груп залежно від її ступеня тяжкості ($M \pm m$), доба**

Ступінь тяжкості евентрації	Група пацієнтів	
	Порівняння	Основна
I	$9,56 \pm 0,406$ $n=18$	$8,14 \pm 0,252$ $n=7; p < 0,05$
II	$8,38 \pm 0,385$ $n=16$	$7,58 \pm 0,313$ $n=12; p < 0,05$
III	$7,2 \pm 0,5$ $n=10$	$5,95 \pm 0,326$ $n=22; p < 0,05$
IV	$5,67 \pm 0,408$ $n=9$	$4,64 \pm 0,214$ $n=20; p < 0,05$

Примітки: *n* – кількість спостережень;
p – достовірність відмінностей між групами.

Наведені в таблиці 6 результати дослідження середнього рівня ВЧТ між обома групами при всіх засвідчують про відсутність вірогідної різниці ступенях тяжкості ПЕ.

Таблиця 4

Частота виникнення післяопераційної евентрації в пацієнтів обох груп залежно від виду серединної лапаротомії, абс., %

Вид серединної лапаротомії	Група пацієнтів		Абс.	%
	Порівняння	Основна		
Верхньосерединна	18 (34,0 %)	9 (14,8 %) $p < 0,001$	27	23,7
Нижньосерединна	5 (9,4 %)	2 (3,2 %) $p > 0,05$	7	6,1
Середньосерединна	28 (52,8 %)	42 (68,9 %) $p < 0,05$	70	61,4
Повна	2 (3,8 %)	8 (13,1 %) $p < 0,05$	10	8,8

Примітка: p – достовірність відмінностей між групами.

Таблиця 5

Ступінь тяжкості післяопераційної евентрації пацієнтів обох груп залежно від довжини лапаротомної рани ($M \pm m$), см

Ступінь тяжкості евентрації	Група пацієнтів	
	Порівняння	Основна
I	22,3 \pm 0,119 n=18	24,1 \pm 0,508 n=7; $p > 0,05$
II	22,4 \pm 0,562 n=16	23,7 \pm 0,396 n=12; $p > 0,05$
III	22,1 \pm 0,4 n=9	24,1 \pm 0,412 n=22; $p < 0,05$
IV	21,4 \pm 0,689 n=10	23,4 \pm 0,454 n=20; $p < 0,05$

Примітки: n – кількість спостережень;
 p – достовірність відмінностей між групами.

Таблиця 6

Ступінь тяжкості післяопераційної евентрації пацієнтів обох груп залежно від внутрішньочеревного тиску ($M \pm m$), mmHg

Ступінь тяжкості евентрації	Група пацієнтів	
	Порівняння	Основна
I	12,78 \pm 0,495 n=18	13,57 \pm 0,948 n=7; $p > 0,05$
II	14,19 \pm 0,857 n=16	15,17 \pm 0,851 n=12; $p > 0,05$
III	15,4 \pm 0,702 n=9	15,05 \pm 0,643 n=22; $p > 0,05$
IV	15,11 \pm 0,633 n=10	15,64 \pm 0,537 n=20; $p > 0,05$

Примітки: n – кількість спостережень;
 p – достовірність відмінностей між групами.

Як відомо, одним із найбільш точних предикторів вісцеральної перфузії є АПТ, який залежить від рівня ВЧТ та безпосередньо впливає на репаративні

процеси лапаротомної рани та, відповідно, на розвиток ПЕ [8, 10].

Результати дослідження, представлені в таблиці 7,

Ступінь тяжкості післяопераційної евентрації пацієнтів обох груп залежно від абдомінального перфузійного тиску ($M \pm m$), mmHg

Ступінь тяжкості евентрації	Група пацієнтів	
	Порівняння	Основна
I	86,72 ± 0,866 n=18	85,29 ± 1,017 n=7; p>0,05
II	82,81 ± 0,895 n=16	81,42 ± 0,981 n=12; p>0,05
III	78,6 ± 1,439 n=9	74,45 ± 1,143 n=22; p>0,05
IV	76,67 ± 1,528 n=10	76,05 ± 0,757 n=20; p>0,05

Примітки: n – кількість спостережень;
p – достовірність відмінностей між групами.

вказують на відсутність вірогідної різниці середнього рівня АПТ у пацієнтів обох груп при всіх ступенях тяжкості ПЕ, проте показники в основній групі дещо нижчі.

Як відомо, надлишкова маса тіла впливає на обмінні процеси в організмі людини, зокрема доведена провідна роль ожиріння у генезі цукрового діабету II типу, дисліпидемії, атеросклерозу тощо, що також може впливати на репаративні процеси у ділянці лапаротомної рани.

У наших дослідженнях дефіцит маси тіла в основній групі спостерігався у 16 (26,2 %) осіб, що в

3,2 раза ($p < 0,01$) вище, ніж у групі порівняння 5 (9,4 %). Надлишкова маса тіла у групі порівняння мала місце у 10 (18,9 %) осіб, що у 3,3 раза ($p < 0,01$) вище, ніж у основній групі 3 (4,9 %). Випадки ожиріння в основній групі відсутні, проте у групі порівняння спостерігаються у 9 (17,0 %) осіб.

Результати дослідження, наведені в таблиці 8, вказують на вірогідно менший індекс маси тіла у пацієнтів основної групи за всіх ступенів тяжкості ПЕ, що пояснюється поширенням онкологічного процесу з розвитком кахексії організму.

Важливу роль у розвитку ПЕ відіграє супутня

Таблиця 8

Ступінь тяжкості післяопераційної евентрації пацієнтів обох груп залежно від індексу маси тіла ($M \pm m$)

Ступінь тяжкості евентрації	Група пацієнтів	
	Порівняння	Основна
I	24,86 ± 1,164 n=18	20,71 ± 0,606 n=7; p<0,05
II	24,81 ± 1,212 n=16	21,33 ± 0,732 n=12; p<0,05
III	24,8 ± 1,711 n=10	20,95 ± 0,622 n=22; p<0,05
IV	23,56 ± 1,444 n=9	20,32 ± 0,485 n=20; p<0,05

Примітки: n – кількість спостережень;
p – достовірність відмінностей між групами.

хронічна патологія, оскільки остання безпосередньо впливає на репаративні процеси у ділянці лапаротомної рани. Отримані результати (табл. 9) вказують на вірогідне ($p < 0,001$) переважання відсотка пацієнтів основної групи (45 (73,8 %)) із хронічною супутньою патологією проти осіб групи порівняння (28 (52,8 %)), проте, якщо розглянути їх у структурному аспекті, вірогідна різниця між обома групами відсутня. В обох групах найбільший відсоток ПЕ відзначається у пацієнтів із серцево-судинною та легеневою патологією.

Отже, підсумовуючи результати дослідження, слід відзначити, що ПЕ на тлі онкологічного процесу виникає у пацієнтів більш старшого віку. Це

пояснюється тим, що онкологічна патологія більш характерна для хворих старшого віку.

Для ПЕ на тлі онкологічного процесу характерний менший термін її розвитку, а також переважання III та IV ступенів її тяжкості, що потребує виконання невідкладного оперативного втручання що, у свою чергу, погіршує результати лікування основного захворювання.

Досліджувана ПЕ частіше виникає при виконанні середньосередньої та повної лапаротомії, а також безпосередньо залежить від розмірів останньої.

Особливостей впливу ВЧТ та АПТ на розвиток ПЕ на тлі онкологічного процесу та без нього не виявлено, оскільки відсутня вірогідна різниця

Таблиця 9

Частота виникнення післяопераційної евентрації пацієнтів обох груп залежно від виду серединної лапаротомії, абс., %

Супутня патологія	Група пацієнтів		Абс.	%
	Порівняння	Основна		
Серцево-судинна	12 (42,9 %)	15 (33,3 %) $p>0,05$	27	37,0
Легенева	8 (28,6 %)	11 (24,4 %) $p>0,05$	19	26,0
Ниркова	2 (7,1 %)	4 (8,9 %) $p>0,05$	6	8,2
Ендокринна	3 (10,7 %)	9 (20,0 %) $p>0,05$	12	16,4
Автоімунна	3 (10,7 %)	6 (13,3 %) $p>0,05$	9	12,4
Всього:	28 (100 %)	45 (100 %) $p<0,001$	73	100

Примітки: p – достовірність відмінностей між групами.

показників при всіх ступенях тяжкості.

Варто відзначити, що ПЕ на тлі онкологічного процесу виникає у пацієнтів із хронічною супутньою патологією, з дефіцитом маси тіла або нормальною масою.

Післяопераційна летальність у пацієнтів основної групи виникла у 32 (52,5 %) осіб, що на 16,7 % ($p>0,05$) більша, ніж у групі порівняння – 19 (35,8 %) осіб.

Висновки

1. Післяопераційна евентрація на тлі онкологічного процесу виникає переважно при середньосерединній або повній лапаротоміях, у пацієнтів більш старшого віку, за наявності хронічної супутньої патології та дефіциту маси тіла або нормальної маси.

2. Виникнення післяопераційної евентрації на тлі онкологічного процесу характеризується переважанням III-IV ступенів тяжкості, коротшим терміном розвитку та більшою частотою післяопераційної летальності.

Перспективи подальших досліджень

Вважаємо за доцільне вивчити клінічно-лабораторні особливості розвитку ПЕ на тлі онкологічного процесу.

Список літератури

1. Бойко ВВ, Козаченко АВ, Гербенко ГІ, Бугаков ІЯ, Ісаєв ЮІ, Кравцов ОВ, та ін. Евентрація. Лікування ускладнень. Харківська хірургічна школа. 2014;1:98-102.
2. Польський АА, Чернышов ТМ. Евентрация. Принципы диагностики и лечения. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2014;2:10-4.
3. Попов ПА, Магомедова ЛА, Симонов ДС, Макаров ВА, Попов ЮП. Исторические аспекты лечения послеоперационных раневых осложнений. Хирург. 2014;3:86-90.
4. Польовий ВП, Сидорчук РІ, Вознюк СМ, Паляниця АС. Оцінка та прогнозування ступеня тяжкості перебуту

раннього післяопераційного періоду у хворих на гострі хірургічні захворювання черевної порожнини, ускладненні перитонітом. Український журнал хірургії. 2013;2:80-4.

5. Савелев ВС, редактор. Синдром интраабдоминальной гипертензии. Новосибирск: Сибирский успех; 2008. 32 с.
6. Каминский ИВ. Эвентрация и послеоперационный перитонит. Український журнал хірургії. 2009;2:73-5.
7. Березницький ЯС, Фомін ПД, редактори. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота. Київ: Доктор-Медіа; 2010. 470 с.
8. Корик ВЕ, Клейко ДА, Бут-Гусаїм ГВ, Богдан ВГ. Абдоминальный компартмент синдром: современные аспекты диагностики и лечения. Военная медицина. 2016;3:127-33.
9. Бодяка ВЮ. Порівняльна характеристика способів вимірювання внутрішньочеревного тиску. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2010;9(4):73-6.
10. Гольбрайх ВА, Федулова ІБ, Голуб ВА, Косивцов ОА. Клинико-диагностические аспекты интраабдоминальной гипертензии и абдоминального компартмент-синдрома (Обзор литературы). Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2010;2:17-9.

References

1. Boyko VV, Kozachenko AV, Gerbenko GI, Bugakov IY, Isaev YI, Kravtsov AV, et al. Eventratsiia. Likuvannia uskladnen' [Eventration. Treatment of complications]. Kharkivs'ka khirurhichna shkola. 2014;1:98-102. (in Ukrainian)
2. Polynskiy AA, Chernyshov TM. Eventratsiya. Printsipy diagnostiki i lecheniya [Eventration. principles of diagnosis and medical treatment]. Journal of the Grodno State Medical University. 2014;2:10-4. (in Russian)
3. Popov PA, Magomedova LA, Simonov DS, Makarov VA, Popov YuP. Istoricheskie aspekty lecheniya posleoperatsionnykh ranevykh oslozhneniy [Historical aspects of the treatment of postoperative wound complications]. Khirurg. 2014;3:86-90. (in Russian)
4. Pol'ovyi VP, Sydorchuk RI, Vozniuk SM, Paliantsia AS. Otsinka ta prohnouzuvannia stupenia tiazhkosti perebihu rann'oho pisliaoperatsiinoho periodu u khvorykh na hostri khirurhichni

- zakhvoriuvannya cherevnoi porozhnyny, uskladnenni perytonitom [Assessment and prediction of the severity of the early postoperative period in patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity, complications of peritonitis]. Ukrains'kyi zhurnal khirurhii. 2013;2:80-4. (in Ukrainian)
5. Savelev VS, redaktor. Sindrom intraabdominal'noy gipertenzii [Intra-abdominal hypertension syndrome]. Novosibirsk: Sibirskiy uspek; 2008. 32 p. (in Russian)
 6. Kaminsky IV. Eventratsiya i posleoperatsionnyy peritonit [Eventration and postoperative peritonitis]. Ukrains'kyi zhurnal khirurhii. 2009;2:73-5. (in Russian)
 7. Bereznyts'kyi YaS, Fomin PD, redaktory. Standarty orhanizatsii ta profesiino oriantovani protokoly nadання medychnoi dopomohy khvorym z nevidkladnoiu khirurhichnoiu patolohiieiu orhaniv zhvyvota [Standards of organization and professionally oriented protocols of medical care for patients with urgent surgical pathology of the abdominal organs]. Kiev: Doktor-Media; 2010. 470 p. (in Ukrainian)
 8. Korik VE, Kluyko DA, But-Husaim GV, Bogdan VG. Abdominal'nyy kompartment sindrom: sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya [Abdominal compartment syndrome: a state-of-the-art review of diagnostic and treatment]. Voennaya meditsina. 2016;3:127-33. (in Russian)
 9. Bodiaka VYu. Porivnial'na kharakterystyka sposobiv vymyriuvannya vnutrishn'ocherevnoho tysku [Comparative characteristics of methods of measuring intra-abdominal pressure]. Klinichna anatomii ta operatyvna khirurhiia. 2010;9(4):73-6. (in Ukrainian)
 10. Golbreich VA, Fedulova IB, Golub VA, Kosivtsov OA. Kliniko-diagnosticheskie aspekty intraabdominal'noy gipertenzii i abdominal'nogo kompartment-sindroma (Obzor literatury) [Clinical and diagnostic aspects of intraabdominal hypertension and abdominal compartment-syndrome (Review of literature)]. Byulleten' Volgogradskogo nauchnogo tsentra RAMN. 2010;2:17-9. (in Russian)

Інформація про автора:

Морар І.К. – к.мед.н., докторант кафедри онкології та радіології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Інформация об авторе:

Морар И.К. – к.мед.н., докторант кафедры онкологии и радиологии Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы, Украина.

Information about the author:

Morar I.K. – Candidate of Medical Sciences, PhD student, Department of Oncology and Radiology, Bukovynian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

Стаття надійшла до редакції 17.09.2021 р.

Рецензент – проф. Олійник І.Ю.

© І.К. Морар 2021

