



В. В. Бойко, И. А. Тарабан,
Д. О. Евтушенко,
И. Я. Евтушенко,
Н. М. Воскресенская,
Ю. А. Бачерикова,
А. В. Новиченко

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Резюме. В работе представлены современные данные отечественной и зарубежной литературы о причинах развития, профилактических мероприятиях и методах лечения больных острой спаечной кишечной непроходимости. В связи с увеличением числа оперативных вмешательств на органах брюшной полости и растущее количество острой спаечной кишечной непроходимости ставит задачу предупреждения образования послеоперационных спаек. Большинство применяемых в настоящее время методов профилактики спайкообразования и лечения спаечной болезни брюшины недостаточно эффективны. Необходимо провести анализ причин развития спаечной болезни брюшины, неблагоприятных исходов лечения острой спаечной кишечной непроходимости на основании изучения генетических, иммунологических, биохимических, морфологических особенностей у этой группы больных; установить анатомо-топографические критерии возможности использования миниинвазивных технологий в качестве диагностики и лечения спаечной болезни брюшины; разработать алгоритм диагностики, новые методы профилактики и хирургического лечения спаечной болезни брюшины, ее осложнений.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, острая спаечная кишечная непроходимость, лечение, профилактика.

На современном этапе развития абдоминальной хирургии проблема образования послеоперационных сращений брюшной полости актуальна. Несмотря на интенсивное развитие малоинвазивных технологий, которые существенно снизили травматичность оперативных вмешательств, количество ближайших и отдаленных осложнений, вызванных спаечным процессом, не уменьшается [5].

Спаечная болезнь брюшной полости – тяжелое заболевание, нередко встречающееся в молодом и трудоспособном возрасте. В типичных клинических ситуациях диагностика спаечной болезни не представляет каких-либо трудностей, а выбор способа лечения зависит от наличия или отсутствия кишечной непроходимости [7, 11].

Еще в 1971 году Ю. М. Дедерер писал, что «острая непроходимость кишечника заслужила печальную славу весьма тяжелого по течению, трудного для диагностики и неблагоприятного по исходам заболевания» [13].

В последние десятилетия углубляется понимание патогенеза острой спаечной кишечной непроходимости, осваиваются новые способы диагностики, лечения, совершенствуются методы анестезиологического обеспечения и экстракорпоральной детоксикации [9].

Самые распространенные операции, вызванные спаечной болезнью брюшной полости – операции на нисходящей и прямой кишке (25 %), за ними следуют аппендэктомия (15 %), гинекологические операции (14 %) и тотальная колэктомия (9 %). В целом у 76 % больных спаечный процесс развился после операций, выполненных ниже поперечной ободочной кишки, у 14 % – выше поперечной ободочной кишки, а в 14 % случаев причиной спаечной непроходимости был перитонит. Около 1 % всех госпитализаций в стационары хирургического профиля и 3 % лапаротомий вызваны спаечной болезнью брюшной полости и ее осложнениями [1, 8].

Частота образования спаек варьирует от 67 до 93 % после хирургических абдоминальных операций и составляет почти 97 % после открытых гинекологических вмешательств. В современной абдоминальной хирургии проблема образования послеоперационных сращений брюшной полости не утрачивает своей актуальности [6, 12].

Острую спаечную кишечную непроходимость отличают тяжесть и быстрота развития патологических изменений при странгуляционных формах, разнообразии клинических проявлений и связанные с этим трудно-



сти діагностики, тактичні та технічні складності хірургічного лікування та профілактики [10, 18].

Поэтому послеоперационная летальность при острой спаечной кишечной непроходимости держится на уровне 15 %, трудоспособность восстанавливается только у 40-50 % больных, а после консервативного лечения — у 30-35 % [20].

Доля острой спаечной кишечной непроходимости составляет 87,6 % в структуре илеуса, что объясняется постоянно растущим количеством оперативных вмешательств на органах брюшной полости. При этом, хирургические заболевания и осложнения, обусловленные спайками, могут возникать уже в ближайшем послеоперационном периоде. По сводным данным, частота ранней спаечной кишечной непроходимости варьирует в пределах 12-27 % от всех видов илеуса. В педиатрической практике 8 % новорожденных, перенесших вмешательства на органах брюшной полости, в последующем подвергаются лапаротомии по поводу острой спаечной кишечной непроходимости [9, 14].

Сегодня всё чаще появляются работы, отмечающие отрицательное влияние спаек в области малого таза на репродуктивную функцию молодых женщин: у 55 % пациенток причиной бесплодия стали спайки в области маточных труб и яичников, образовавшиеся вследствие хронических процессов в малом тазе. Спаечный процесс на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов приводит также к хроническим болям в нижних отделах живота у 68,1 % больных, перенесших явления сальпингоофорита [3, 11].

Пребывание пациентов в стационаре после адгезиолизиса, выполненного лапаротомным доступом в ургентном порядке, составляет в среднем 20 дней. Летальность достигает 7,0-18,0 %, а при ранней форме послеоперационной спаечной непроходимости — 19,5-50,0 %. С каждым последующим приступом острой спаечной кишечной непроходимости риск учащения рецидива илеуса возрастает [5, 16].

Стремительный рост передовых технологий в малоинвазивной хирургии, биологии, химии, фармакологии и других парамедицинских областях науки и техники позволяют внедрять в практику новые способы и средства профилактики, диагностики и лечения спаечной болезни. Патогенетически обоснованным направлением в профилактике и лечении СББП является применение различных средств, препятствующих сближению и адгезии травмированных поверхностей брюшины [4, 18].

Исследователи разных стран обращались к диагностике и лечению спаечной болезни брюшины с применением антиадгезивных ба-

рьерных средств. Результаты их работ противоречивы, возможности методов оцениваются по-разному, многие вопросы требуют дополнительных исследований и обсуждения. Однако большинство авторов отмечают перспективность применения антиадгезивных барьерных средств, лапароскопических и традиционных вмешательств у пациентов, перенесших операции на органах брюшной полости [1, 19].

У 11,6-38 % ранее оперированных больных признаки кишечной непроходимости отсутствуют и единственным клиническим проявлением заболевания являются стойкие боли в животе. Именно у этой группы больных нередки диагностические просчеты, приводящие к неоправданным оперативным вмешательствам. Пациенты со спаечными болями часто длительно, безуспешно лечатся без конкретного диагноза. При этом, как правило, фигурирует диагноз неврастенического синдрома. Ошибочная тактика связана с трудностью установления истинной причины болевого синдрома [9, 15].

Ведущую роль в диагностике спаечной болезни брюшины играют рентгенологический и рентгеноконтрастные методы исследования желудочно-кишечного тракта. Разработанная ранее методика рентгеноскопии желудка с последующим пассажем бария и динамическим наблюдением за его эвакуацией не всегда дает представление о топике процесса, особенно при наличии висцеропариетальных спаек. Использование подобной методики на фоне пневмоперитонеума повысило ее диагностическую значимость. Дальнейшим усовершенствованием метода рентгеноконтрастного исследования явилось ретроградное дополнительное заполнение толстой кишки на фоне двойного контрастирования для выявления патологии ободочной кишки. Перечисленные методы имеют один весьма существенный недостаток — большую лучевую нагрузку и инвазивность исследования при низкой специфичности и чувствительности метода [2, 17].

При воспалительном характере формирования спаек более информативен метод жидкокристаллической контактной цветной термографии. Локализация «горячих зон» полностью совпадает с данными пневмоперитонеографии при грубых висцеропариетальных сращениях и при синдроме большого сальника [7, 15].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, широко распространенное в последние годы, открывает новые возможности в диагностике спаечной болезни брюшины, особенно при развитии острой спаечной кишечной непроходимости. Вместе с тем УЗИ помогает выбрать зоны входа троакаров в брюшную полость, свободные от висцеропариетальных спаек [10, 19].



Роль лапароскопии в диагностике спаечной болезни брюшины в настоящее время до конца не изучена. По мнению ряда авторов, наличие спаек является противопоказанием для лапароскопии и риск ее использования при наличии других методов неоправдан. С появлением новых технологий в эндоскопической хирургии и разработкой безопасных способов лапароскопического доступа в условиях релаксации, а также с применением УЗИ для визуализации висцеропариетальных спаек возможности метода значительно расширились, уменьшилось и количество осложнений [4].

Метод лапароскопии стал использоваться для лечения спаечной болезни и ее осложнений с высокой эффективностью (от 53 до 80 %) в педиатрической хирургии [12].

Остается неразработанным алгоритм лечения этого заболевания, так как консервативная терапия дает лишь временный эффект, а у 52,9 % больных он вовсе отсутствует. Традиционные хирургические вмешательства применяются при кишечной непроходимости и не дают ожидаемого эффекта, неминуемо вызывая рецидив спаек. Для диагностики причины неясных болей в животе в последнее время все чаще используется лапароскопический метод. Оперативная лапароскопия находит широкое применение для лечения па-

циентов со спаечной болезнью брюшной полости [10, 13, 18].

Продолжающаяся дискуссия по различным вопросам диагностики, тактики хирургического лечения болевых форм спаечной болезни брюшной полости свидетельствует об устойчивой актуальности этой проблемы. Неоднородность симптоматики, сложности диагностики и неоднозначность трактовки полученных результатов, а также недостаточность существующих дифференциальных критериев вызывают трудности в выборе рационального способа лечения заболевания. Остается неясным место малоинвазивных вмешательств в лечении болевых форм спаечной болезни брюшной полости [4, 7, 12].

В связи с этим мы считаем необходимым провести анализ причин развития спаечной болезни брюшины, неблагоприятных исходов лечения острой спаечной кишечной непроходимости на основании изучения генетических, иммунологических, биохимических, морфологических особенностей у этой группы больных; установить анатомо-топографические критерии возможности использования миниинвазивных технологий в качестве диагностики и лечения спаечной болезни брюшины; разработать алгоритм диагностики, новые методы профилактики и хирургического лечения спаечной болезни брюшины, ее осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов А. Л. Результаты анализа 64 случаев ранней спаечной непроходимости кишечника / А. Л. Власов, З. А. Хабибуллина, Д. В. Перископов // *Здравоохранение Республики Башкортостан*. — 2003. — № 4. — С. 72.
2. Воробьев А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А. А. Воробьев, А. Г. Бебуришвили. — Волгоград : Гос. учреждение «Издатель», 2001. — 240 с.
3. Гушул А. В. Современные барьерные средства для профилактики образования послеоперационных сращений брюшной полости / А. В. Гушул, Е. А. Минаева // *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины*. — Волгоград. — 2007. — С. 72.
4. Лапароскопические реконструктивные вмешательства в колопроктологии / О. Э. Луцевич, Э. А. Галламов, М. П. Толстых [и др.] // *Актуальные вопросы колопроктологии: Материалы 2-го съезда колопроктологов России*. — Уфа, 2007. — С. 589-590.
5. Липатов В. А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В. А. Липатов, А. Д. Мясников // *Сб. матер. рос. науч. конф. с междунар. участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии»*. В 2-х т. — Курск: КГМУ, 2006. — Том 1. — С. 324-329.
6. Методы профилактики брюшинных спаек при острой спаечной кишечной непроходимости / С. Н. Хунафин, Г. А. Мурзин, А. А. Нуриахметов, И. Х. Гаттаров // *Новые технологии в хирургии: Здравоохранение Башкортостана*. — 2004. — № 3, спец. выпуск. — С. 110-111.
7. Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования / А. Л. Мирингоф, В. В. Новиков, Б. С. Суковатых [и др.] // *Эндоскопическая хирургия*. — 2007. — № 6. — С. 34-35.
8. Новое в диагностике и хирургическом лечении острой спаечной непроходимости / В. В. Плечев, С. А. Пашков, П. Г. Корнилаев [и др.] // *Здравоохранение Республики Башкортостан*. — 2004. — № 1. — С. 123-129.
9. Чемоданов Е. Б. Выбор тактики хирургического лечения у больных спаечной болезнью брюшной полости / Е. Б. Чемоданов, Е. В. Заевская // *Труды Крымского гос. мед. универ.* — 2008. — Т. 144. — Ч. 1. — С. 262-265.
10. Шахов А. В. Методы профилактики спайкообразования в брюшной полости. / А. В. Шахов, Э. И. Романов // *Матер. всерос. научно-практ. конф. хирургов*. — Кисловодск, 2003. — С. 132-133.
11. Ящук А. Г. Метод профилактики спаечной болезни брюшины в неотложной гинекологии / А. Г. Ящук, Н. Г. Кульмухаметова // *Новые технологии в хирургии: Здравоохранение Республики Башкортостан*. — 2004. — № 3, спец. выпуск. — С. 150-151.
12. A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy / G. Polymeneas, T. Theodosopoulos, A. Stamatidis, E. Kourias // *Surg. Endosc.* — 2001. — № 15. — P. 41-43.
13. Adhesions: pathogenesis and prevention — panel discussion and summary / L. Holmdahl, B. Risberg, D. E. Beck [et al.] // *Eur. J. Surg.* — 1997. — № 577. — P. 56-62.
14. Boys F. The prophylaxis of peritoneal adhesions / F. Boys // *Br. J. Surg.* — 2002. — Vol. 89, № 1. — P. 50-56.
15. Montz F. J. The Gore-Tex surgical membrane: effectiveness as a barrier to inhibit post-radical pelvic surgery adhesions in a porcine model / F. J. Montz, B. J. Monk, S. M. Lacy // *Gynecol. Oncol.* — 1992. — Vol. 45. — P. 290-293.
16. Prevention of postoperative abdominal adhesion by a sodium hyaluronate-based bioresorbable membrane: a prospective, randomized, double-blind multicenter study /



D. E. Becker, M. T. Dayton, V. W. Fazio [et al.] // J. Am. Coll. Surg. — 1996. — Vol. 183. — P. 297-306.

17. Postoperative Adhesions: Ten-Year Follow-Up of 12,584 Patients undergoing lower abdominal surgery / M. C. Parker, H. Ellis, B. J. Moran [et al.] // Dis. Colon Rectum. — 2001. — Vol. 44, N 36. — P. 822-829.

18. Sparnon A. L. Pharmacological manipulation of post-operative intestinal adhesions / A. L. Sparnon, L. Splitz // Aust. N. Z. J. Surg. — 1989. — Vol. 59. — P. 725-729.

19. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction/ G. Barmparas, B.C. Branco, B. Schnuriger [et.al] // J. Gastrointest. Surg. — 2010. — Vol. 14, N 10. — P. 1619-1628.

20. Vrijland W. W. Fewer intraperitoneal adhesions with use of hyaluronic acidcarboxymethylcellulose membrane: a randomize clinical trial / W. W. Vrijland, L. N. Tseng, H. J. Eijkman [et al.] // Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235, N 2. — P. 193-199.

СУЧАСНИЙ СТАН ПИТАННЯ ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

***V. V. Boyko, I. A. Taraban,
D. O. Yevtushenko,
I. J. Yevtushenko,
N. M. Vjcsresenscay,
Y. A. Bacherikova,
A. V. Novichenko***

Резюме. У роботі представлені сучасні дані вітчизняної та зарубіжної літератури про причини розвитку, профілактичних заходах і методах лікування хворих на гостру спайкової кишкової непрохідності. У зв'язку зі збільшенням числа оперативних втручань на органах черевної порожнини і зростаюча кількість гострої спайкової кишкової непрохідності ставить завдання попередження утворення післяопераційних спайок. Більшість вживаних у даний час методів профілактики спайкоутворення та лікування спайкової хвороби очеревини недостатньо ефективні. Необхідно провести аналіз причин розвитку спайкової хвороби очеревини, несприятливих результатів лікування гострої спайкової кишкової непрохідності на підставі вивчення генетичних, імунологічних, біохімічних, морфологічних особливостей у цієї групи хворих; встановити анатоμο-топографічні критерії можливості використання мінінвазивних технологій як діагностики та лікування спайкової хвороби очеревини; розробити алгоритм діагностики, нові методи профілактики та хірургічного лікування спайкової хвороби очеревини, її ускладнень.

Ключові слова: *спайкова хвороба очеревини, гостра спайкова кишкова непрохідність, лікування, профілактика.*

THE PRESENT STATE OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION PROBLEM

***V. V. Boyko, I. A. Taraban,
D. O. Yevtushenko,
I. J. Yevtushenko,
N. M. Vjcsresenscay,
Y. A. Bacherikova,
A. V. Novichenko***

Summary. The paper presents the current data of the domestic and foreign literature about the causes of, preventive measures and methods of treatment of patients with acute adhesive intestinal obstruction. With the increase in the number of surgical interventions on the abdominal organs and the growing number of acute adhesive intestinal obstruction poses the problem preventing the formation of post-surgical adhesions. Most of the currently used methods for the prevention of adhesion formation and treatment of adhesive disease of the peritoneum are not effective enough. It is necessary to analyze the causes of peritoneal adhesive disease, adverse outcomes of acute adhesive intestinal obstruction based on the study of genetic, immunological, biochemical and morphological features of this group of patients; establish anatomic and topographic criteria for the possibility of using technology as a minimally invasive diagnosis and treatment of adhesive disease of the peritoneum; develop an algorithm for diagnosis, new methods of prevention and treatment of surgical adhesive disease of the peritoneum, its complications.

Key words: *adhesive disease of the peritoneum, acute adhesive intestinal obstruction, treatment, prevention.*