



И. А. Тарабан,  
Д. А. Евтушенко,  
С. В. Сучков

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

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

Харківський національний  
медичний університет

© Коллектив авторов

**Резюме.** Основными причинами появления спаек брюшной полости являются перенесенные воспалительные процессы в брюшной полости и перенесенные операции на органах брюшной полости. После хирургических операций на органах брюшной полости спаечная болезнь брюшины развивается в 2-10 % случаев. Послеоперационные спайки обнаруживаются у 88-93 % больных, воспалительные — у 2,3-9 %, врожденные и травматические — у 1,9-4,7 % больных. Среди всех оперированных больных с кишечной непроходимостью спаечная непроходимость составляет от 30 до 40 %.

**Ключевые слова:** спаечная болезнь брюшины, острая кишечная непроходимость.

Основными причинами появления спаек брюшной полости являются перенесенные воспалительные процессы в брюшной полости и перенесенные операции на органах брюшной полости [3, 7]. Образование спаек — универсальная защитно-приспособительная реакция организма на раздражение (травму) брюшины. Однако при определенных условиях распространности и выраженности спаек формируется спаечная болезнь брюшины (СББ), которая может клинически не проявляться и обнаруживаться только при повторных оперативных вмешательствах либо иметь симптоматику крайним проявлением которой является острая спаечная непроходимость кишечника (ОСНК).

История учения о СББ берет начало в древности, когда при первых анатомических исследованиях было обнаружено наличие спаек в брюшной полости. В XIX столетии, с развитием полостной хирургии, появились публикации о формировании спаечной кишечной непроходимости в раннем и позднем послеоперационном периоде.

После хирургических операций на органах брюшной полости СББ развивается в 2-10 % случаев [1, 9]. По данным аутопсий, частота возникновения спаек в брюшной полости значительно выше. Есть данные и о более высокой частоте встречаемости спаек после абдоминальных операций — от 90 до 93 % [10]. СББ — это отдельная нозологическая форма заболевания, характеризующаяся наличием внутрибрюшинных спаек и сращений, и в большинстве случаев проявляющаяся эпизодами рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости [2, 11]. Поскольку ни совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости, ни появление новых миниинвазивных технологий не уменьшают частоту развития спаек, важным

аспектом решения проблемы остается разработка комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Для их реализации необходимо знание этиологии и патогенеза формирования спаек брюшины [8].

Среди многочисленных этиологических факторов образования спаек выделяют: механический (травмирование брюшины при захватывании ее инструментами, протирании сухими марлевыми салфетками а также непреднамеренные дефекты участков брюшины при выполнении хирургического вмешательства (десерозации)); физический (высушивание брюшины воздухом, воздействие высокой температуры при использовании электроножа, лазерного излучения, плазменного скальпеля, горячих растворов); инфекционный (проникновение инфекции в брюшную полость эндогенным (воспаление органа брюшной полости с развитием местного и общего воспаления брюшины) и экзогенным (при прободении, вскрытии полого органа) путем); имплантационный (асептическое воспаление брюшины из-за оставленных в брюшной полости тампонов, дренажных трубок, нерассасывающегося или длительно рассасывающегося шовного материала, кусочков марли, талька с перчаток; из-за кровоизлияний и гематом брюшины); химический (использование во время операции веществ, вызывающих химический ожог и асептическое воспаление брюшины, например йода, спирта, концентрированных растворов антибиотиков, антисептиков).

Все вышеперечисленные этиологические факторы в отдельности (а чаще в совокупности) становятся пусковым механизмом развития воспалительного процесса, приводящего к возникновению спаек брюшины [6, 13].

До последнего времени оставался неясным вопрос патогенеза образования спаек: почему после операции или воспаления органов



брюшной полости при одинаковых условиях у одних больных развивается выраженный спаечный перивисцерит, а у других — незначительный или не развивается вообще [5, 9].

Большое значение при формировании спаек брюшины отводится парезу кишечника в послеоперационном периоде. В результате многочисленных исследований доказано, что нарушение интрамурального кровотока — одна из основных причин функциональной кишечной непроходимости, которой проявляется парез желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [4]. В свою очередь, изменение моторной активности отражается на кровотоке в стенке кишки, влияя на перераспределение венозной и артериальной крови между слоями кишечной стенки.

Основными факторами генеза спаек следует считать повреждение целостности брюшины с образованием фибриновых сгустков, наличие инфекции и воспаления, выраженный парез ЖКТ, нарушение аутоиммунного баланса, нарушение кровообращения органов брюшной полости и ишемические поражения зоны формирования спаек. Повышенная склонность к развитию спаек в брюшной полости связана также с конституциональными особенностями организма. Исследования фибриллогенеза, проведенные в последние годы, позволили выявить эти конституциональные факторы и поиному взглянуть на развитие спаечного процесса, его профилактику и лечение [1, 12].

По мере созревания соединительной ткани спаечные сращения подвергаются лимфатической и капиллярной васкуляризации, что способствует распространению воспалительной инфильтрации, острой или хронической инфекции [4, 9]. Существуют различные виды внутрибрюшинных спаек, но их строение не всегда влияет на функции кишечника. Определяющим фактором является степень патологических изменений в кишечнике, вызванных спайками. Так, по степени вовлечения органов брюшной полости в спаечный процесс выделяют висцеро-висцеральные, висцеропариетальные и сальниковые спайки. Спайки могут быть между петлями тонкой кишки, кишечником и сальником, тонкой и толстой кишкой, участками толстой кишки, висцеральными органами и петлями кишечника. Нередко в спаечный процесс вовлекаются органы малого таза. Послеоперационные спайки обнаруживаются у 88-93 % больных, воспалительные — у 2,3-9 %, врожденные и травматические — у 1,9-4,7 % больных [3, 14].

Проблема лечения неблагоприятного варианта СББ — острой спаечной кишечной непроходимости с некрозом петель тонкой кишки при необходимости резекции кишки в условиях перитонита является наиболее тяжелой

и до конца не решенной проблемой в абдоминальной хирургии. Летальность среди больных этой категории достигает 16-25 % [3, 7, 9]. Существенный момент СББ — устойчивость частоты рецидивов заболевания на протяжении многих лет. Научно-технический прогресс, совершенствование хирургической техники, оснащенность больниц медицинским оборудованием и современными ЛС, к сожалению, не отразились на процессе образования и развития спаек брюшины. Среди всех оперированных больных с кишечной непроходимостью спаечная непроходимость в последние десятилетия составляет от 30 до 40 % [2, 5, 11].

В Украине ежегодно оперируются более 3000 больных с ОСКН, развившейся на фоне существующих спаек брюшины. Летальность при СББ в случаях острой кишечной непроходимости (ОСКН) достигает 16-25 %. [1, 2]. Авторы видят основную причину высокой послеоперационной летальности при ОСКН в задержке хирургического вмешательства, что связано либо с поздней госпитализацией больного вследствие ошибок на догоспитальном этапе, либо с поздней операцией в стационаре. Однако нельзя сбрасывать со счетов и профилактику образования спаек при плановых и экстренных абдоминальных операциях. Проблемами госпитального этапа являются тяжелое состояние больного, неясность клинической картины, проведение дополнительных диагностических и лечебных мероприятий и ошибки диагностики (12 %). Основные причины летальности — острая странгуляционная кишечная непроходимость (68,6 %) и ОСКН без странгуляции (28,1 %). В случаях резекции тонкой кишки летальность составляет 50 %. Непосредственной причиной смерти этих больных, по данным патологоанатомических исследований, в 26,2 % стал перитонит, в 25,7 % — интоксикация, в 14,4 % — острая сердечно-сосудистая недостаточность и в 9,1 % — пневмония. Высокая летальность при ОСКН обусловлена тем, что хирургическое вмешательство, устраняя механическое препятствие, не ликвидирует, а, наоборот, усугубляет такие осложнения, как парез кишечника, интоксикация и нарушения микроциркуляции в кишечнике и его брыжейке. Следовательно, на операционном столе и в раннем послеоперационном периоде необходимо проводить интенсивные реанимационные мероприятия и профилактику образования спаек [3, 5, 10]. Самые распространенные операции, вызывающие ОСКН, — 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 развивается после операций, выпол-



ненных ниже поперечной ободочной кишки, у 14 % – выше поперечной ободочной кишки, а в 14 % случаев причиной спаечной непроходимости был перитонит. При этом известно, что наиболее часто (до 64 % случаев) выраженный спаечный процесс проявляется симптоматикой кишечной непроходимости после огнестрельных ранений брюшной полости, в то время как после обычных операций — от 3 до 8 % [9, 13]. Среди операций, приводящих впоследствии к спаечной непроходимости и спаечным внутрибрюшным сращениям, большинство авторов отмечают аппендэктомию — от 7 до 45 % [2, 7]. Вероятно, это связано с ее наибольшей распространенностью в абдоминальной хирургии.

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, 8, 12].

Таким образом, обилие средств и способов профилактики образования спаек брюшины, а также то, что их эффективность доказана в основном на экспериментальных моделях спаечной болезни у животных, свидетельствует об их ненадежности. Большинство профилактических средств воздействует не на все факторы образования спаек, и потому требуют дальнейших исследований.

#### ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарев Р. В. Лапароскопическое лечение при болевой форме спаечной болезни брюшной полости / Р. В. Бондарев, А. А. Орехов // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2013. — Том 14, № 3. — С. 315-317.
2. Комплексне хірургічне лікування хворих на рецидивну спайкову кишкову непрохідність / В. Є. Вансович, Ю. М. Котік // Український Журнал Хірургії. — 2012. — № 1 (16). — С. 48-52.
3. Дикий О. Г. Лікування та попередження гострої спайкової непрохідності тонкої кишки / О. Г. Дикий // Шпитальна хірургія. — 2004. — № 4. — С. 108-110.
4. Калицова М. В. Интраоперационная тактика при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / М. В. Калицова, В. З. Тотиков, З. В. Тотиков // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2011. — № 3. — С. 115-116.
5. Возможности эндовидеохирургии в лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью / В. М. Седов, В. В. Стрижелецкий, Г. М. Рутенбург [и др.] // Вестник хирургии. — 2008. — С. 72-74.
6. Хасанов А. Г. Хирургические барьеры в профилактике послеоперационных спаек / А. Г. Хасанов, И. Ф. Суфияров // Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, Уфа. Анналы хирургии. — 2008. — № 2. — С. 22-24.
7. Шурьгин С.Н. Лечение спаечной болезни брюшной полости эндовидеохирургическим методом / С. Н. Шурьгин, В. Б. Дмитриев // Эндоскопическая хирургия. — 2010. — № 6. — С. 40-41.
8. A prospective, randomized, multicenter, controlled study of the safety of Seprafilm adhesion barrier in abdominopelvic surgery of the intestine / D. E. Beck, Z. Cohen, J. W. Fleshman [et al.] // Dis. Colon. Rectum. — 2003. — Vol. 46. — P. 1310-1319.
9. Kumar S. Intra-peritoneal prophylactic agents for preventing adhesions and adhesive intestinal obstruction after non-gynaecological abdominal surgery / S. Kumar, P. F. Wong, D. J. Leaper // Cochrane Database Syst. Rev. — 2009. — Vol. 21,1. — CD005080.
10. A comparison of the incidence of early postoperative infections between patients using synthetic mesh and those undergoing traditional pelvic reconstructive surgical procedures / J. Masata, A. Marta, M. Poislowa [et al.] // Prague Med. Rep. — 2013. — Vol. 114 (2). — P. 81-91.
11. Robbins S.B. Laparoscopic ventral hernia repair reduces wound complications / S. B. Robbins, W. E. Pofahl, R. P. Gonzalez // Am Surg. — 2012. — Vol. 67, №9. — P. 896-900.
12. Van den Tol. P., Haverlag R., van Rossen M.E. et al. Glove powder promotes adhesion formation and facilitates tumour cell adhesion and growth. // Br. J. Surg. — 2011. — Vol. 88. — P. 1258-1263.
13. 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.
14. Yeo Y. Polymers in the prevention of peritoneal adhesions / Y. Yeo, D. S. Kohane // Eur. J. Pharm. Biopharm. — 2008. — Vol. 68, N 1. — P. 57-66.



СУЧАСНИЙ СТАН  
ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ  
ТА ЛІКУВАННЯ  
СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ  
ОЧЕРЕВИНИ

*I. A. Taraban,  
D. O. Yevtushenko,  
S. V. Suchkov*

**Резюме.** Основними причинами появи спайок черевної порожнини є перенесені запальні процеси в черевній порожнині і перенесені операції на органах черевної порожнини. Після хірургічних операцій на органах черевної порожнини спайкова хвороба очеревини розвивається в 2-10 % випадків. Після операційні спайки виявляються у 88-93 % хворих, запальні — у 2,3-9 %, вроджені і травматичні — у 1,9-4,7 % хворих. Серед усіх оперованих хворих з кишковою непрохідністю спайкова непрохідність становить від 30 до 40 %.

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

CURRENT STATUS OF THE  
QUESTION OF PREVENTION  
AND TREATMENT OF  
ADHESIVE DISEASE OF THE  
PERITONEUM

*I. A. Taraban,  
D. A. Yevtushenko,  
S. V. Suchkov*

**Summary.** The main reasons for the emergence of intra-abdominal adhesions are transferred inflammatory processes in the abdominal cavity and surgeries on the abdominal organs. After surgery on the abdominal organs adhesive peritoneal disease develops in 2-10 % of cases. Postoperative adhesions are found in 88-93 % of patients, inflammatory — at 2,3-9 %, congenital and traumatic — in 1,9-4,7 % of patients. Among the operated patients with intestinal obstruction, adhesive obstruction is between 30 and 40 %.

**Key words:** abdominal adhesive disease, acute intestinal obstruction.