

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

УДК 617-089-168.1+616.34-007.272-079.4

Телемуха С. Б., Пуптюк О. В.

Сучасний погляд на злукову хворобу очеревини

Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Івано-Франківськ

Резюме. Операції залишаються основною причиною утворення злук. Злукова хвороба очеревини є однією з важких і невіршених проблем хірургії. Кількість пацієнтів постійно зростає, що зумовлено зростанням кількості і об'єму оперативних втручань на органах черевної порожнини. Етіологічні чинники спайкоутворення різноманітні. До них слід віднести механічне ушкодження очеревини, потрапляння стороннього матеріалу у черевну порожнину й інфекційне запалення очеревини. До теперішнього часу не має єдиного стандарту діагностичного обстеження і лікування пацієнтів з даною патологією. Вони складають групу високого ризику розвитку гострої злукової кишкової непрохідності. Незважаючи на значні зусилля щодо розробки ефективних методів профілактики злукового процесу в черевній порожнині, він залишається частим явищем після абдомінальних операцій. Одним із шляхів профілактики післяопераційних злук є не тільки розробка сучасних методів оперативних втручань, інтактних шовних матеріалів та сучасних імплантатів, а пошук нових методів запобігання післяопераційних зрощень за допомогою протизлукових препаратів. DEFENSAL (ДЕФЕНСАЛЬ) – новий сучасний український комбінований препарат. Складається з трьох складових частин, які впливають на основні ланки патогенезу злук: гіалуронової кислоти, декаметоксину (антисептик широкого спектру дії), сукцинат натрію (буфер). Досягті покращення результатів профілактики і лікування хвороби зрощень очеревини можна при використанні комплексного підходу до обстеження і лікування хворих, обережних хірургічних втручань, новітніх відкритих і лапароскопічних методик операцій, нових комбінованих протизлукових препаратів.

Ключові слова: злукова хвороба, операції, протизлукові препарати, препарат «Дефенсаль».

Операції залишаються основною причиною утворення злук. Злукова хвороба очеревини є однією з важких і невіршених проблем хірургії. Кількість пацієнтів постійно зростає, що зумовлено зростанням кількості і об'єму оперативних втручань на органах черевної порожнини.

Перше повідомлення про причини спайкоутворення було зроблено в 1993р., коли D. Hunter вказав на роль особливої речовини «клейковини», яка утворюється при запаленні очеревини в хворих з вогнепальними пораненнями живота. Одним з перших, хто помітив зв'язок між запаленням очеревини і відкладенням в ній фібрину, був R. Virhov (1853). До теперішнього часу хірурги всього світу ведуть боротьбу зі злуковою хворобою очеревини.

Етіологічні чинники спайкоутворення різноманітні. До них слід віднести механічне ушкодження очеревини, потрапляння стороннього матеріалу у черевну порожнину й інфекційне запалення очеревини. Внутрішньочеревні спайки розвиваються в 93-94 % хворих, які перенесли порожнинні операції. Максимальний прояв злукоутворення спостерігається при десерозуванні органів черевної порожнини, після діатермокоагуляції серозних оболонок. Найчастіше сторонніми тілами є шовний матеріал, тальк з рукавичок хірурга, ворсини марлевих пов'язок, дрібні шматочки їжі й вміст кишки при перфорації. До стороннього матеріалу відносяться також фармакологічні препарати, які використовувалися для лікування перитоніту.

Для розуміння виникнення спайок очеревини необхідно знати будову очеревини: гістологічне будова очеревини досить складна, вона включає ряд морфологічно різних шарів неоднорідної будови. Самим поверхневим шаром є мезотелій - у фізіологічних умовах відбувається безперервна зміна клітин мезотелію. У черевній порожнині завжди є рідина, яка виділяється в певних ділянках очеревини шляхом

ультрафільтрації з судин. Завдяки рухам діафрагми і перистальтики рідина вільно пересувається в черевній порожнині і потрапляє в ділянки очеревини, де вона всмоктується. Наявність рідини в черевній порожнині значною мірою полегшує перистальтичні рухи кишечника і усуває тертя між серозними оболонками органів черевної порожнини.

Основною причиною утворення спайок є травма очеревини. З першої хвилини на місці пошкодження очеревини з'являється серозно-фібринозний ексудат, в якому знаходяться різні клітинні елементи. З ексудату випадає фібрин, і пошкоджена поверхня очеревини покривається фібрином. З кінця 2-ї доби на очеревині можна спостерігати ніжні фіброзні тяжі. При зіткненні пошкоджених ділянок очеревини відбувається їх склеювання за рахунок ниток фібрину. Проте надалі, при неглибокому пошкодженні очеревини, подібні відкладення фібрину можуть піддаватися розсмоктуванню і склеєні поверхні під впливом перистальтики можуть розійтися. Якщо пошкодження очеревини було більш глибоким, захоплювало шари глибше прикордонної мембрани, то загоєння очеревини відбувається за типом вторинного натягу. У цих випадках на поверхні дефекту очеревини утворюється добре васкуляризована грануляційна тканина, між нитками фібрину з'являються колагенові волокна, розташовані відповідно напрямку натягу. У спайках з'являються численні анастомози венозних судин і нервові волокна. Виниклі таким чином спайки розсмоктуванню не піддаються. Особливо потужні спайки утворюються при пошкодженні парієтальної і вісцерального листків очеревини і контакті ранових поверхонь. Післяопераційний парез кишечника підтримує безпосереднє зіткнення цих поверхонь, що дає можливість протягом 2-3 діб спокійно розвиватися процесу розвитку спайок. Поява на 3-у добу перистальтичні рухи кишок вже не в змозі роз'єднати склеєні поверхні, і спайки стають стійкими і міцними.

Спайки і зрощення в черевній порожнині можуть розвиватися і в результаті запальних процесів в черевній порожнині. Однією з основних причин є гострий гнійний перитоніт. Хронічний запальний процес – туберкульоз – також може викликати спайковий процес. При гострому гнійному перитоніті в черевній порожнині накопичується ексудат і гній, парієтальна і вісцеральна очеревина різко набрякає, тому мезотелій очеревини навіть при дії невеликої травми легко злуцується. Наявність запального процесу в черевній порожнині веде до припинення перистальтики, завдяки чому ділянки кишкових петель можуть тривалий час з'єднані між собою і тим самим створювати умови для склеювання. Крім того, фібрин з ексудату і гною також може викликати склеювання. Великий сальник спаюється до запаленої очеревини петель кишок, викликаючи надалі розвиток злук. Найчастіше при гострих перитонітах спайки утворюються в нижніх відділах живота, так як ексудат накопичується саме там. У більшості випадків після розлитого гнійного перитоніту спостерігається склеювання петель тонкої кишки між собою з розвитком злукової хвороби. При хронічному туберкульозному перитоніті можуть виникати шнуровидні і площинні спайки, іноді утворюються цілі конгломерати кишок, які важко піддаються роз'єднанню. В процесі утворення спайок велику роль грає сальник, який спаюється з туберкульозними горбиками на серозній оболонці кишечника, виникають різного роду конгломерати кишкових петель. При туберкульозному перитоніті хірург іноді змушений прово-

дити хірургічне втручання за екстремними показами.

Наявність чужорідних тіл в черевній порожнині. Навіть лікувальні препарати посилюють утворення спайок. Певне значення має потрапляння найдрібнішого порошку тальку, який веде до утворення гранулом на очеревині. В цьому випадку тальк має не тільки механічний, але й хімічний вплив. Експериментальні дослідження показали, що після попадання тальку в черевну порожнину в ній розвиваються широкі площинні спайки між сальником і парієтальної очеревиною, між петлями тонкої кишки. Хірурги повинні завжди про це пам'ятати, ніколи не можна одягати рукавички поблизу операційного поля, треба міняти рукавички, коли вони рвуться. При накладенні лігатур на судини, кишку та інші органи залишається шовний матеріал, який є також стороннім тілом. Особливо в цьому відношенні небажаний кетгут.

Викликає розвиток злук введення в черевну порожнину лікарських засобів. Раніше широко використовувалася методика залишення мікроіригатора в черевній порожнині для введення антибіотиків. Однак зараз це вважається не цілком доцільним: навколо мікроіригатора через 1-2 доби утворюється злипання очеревини та просвіту каналу, і антибіотики не потрапляють в черевну порожнину. Місцеве введення антибіотиків - це дискусійне питання.

На думку більшості хірургів злуки, які виникли після глибокої травми очеревини, ймовірно за все не розсмоктуються, а відбувається їх перебудова. Спайки, що виникають на тлі гострого запального процесу в якій-небудь ділянці черевної порожнини в деяких хворих піддаються зворотному розвитку.

Про можливість розсмоктування запальних спайок говорить факт розсмоктування апендикулярного інфільтрату. Якщо в період гострого запального процесу сальник спаюється на великому протязі з апендиксом і прилеглими петлями кишок, то після розсмоктування інфільтрату часто залишаються дуже невеликі спайки сальника з відростком, а всі інші спайки розсмоктуються. З цих спостережень зробили висновок, що слід думати про профілактику злукової хвороби очеревини.

Спайковий процес розвивається головним чином після операцій, зроблених в нижніх відділах черевної порожнини. Найчастіше спайковий процес після лапаротомії розвивається у хворих у віці 20-30 років, тому показання до оперативного втручання в цьому віці, особливо у жінок, повинні ставитися правильно. Апендектомія в цьому віці може дати розвиток спайкової хвороби. Тому профілактичні апендектомії є не обґрунтованими.

При вивченні цієї проблеми було видумано масу гіпотез про причини і патогенез утворення злук. Це теорія сенсibiliзації організму до кишкової мікрофлори (Ковалев М.Л., Рой В.П., 1983; Лукоянова Г.М., 1985); теорія індивідуальної схильності до спайко утворення (Женчевський Р.А., 1989); теорія ішемії (E.de Rienzi and G.Boeri, 1903; Ellis H., 1980; Балащенко Д.Н., 1996); теорія швидкого ацетилювання (Магалашвілі Р.Д., 1991; Голубева М.Н., 1992, Сергеев А.В., Коновалов А.К., 1996); конституційна теорія (Раут Е., 1914; Ковалев М.Н., Рой В.П., 1984); теорія уніфікованого патогенезу спайко утворення (Buckman R.E., 1976); теорія спотвореної захисної реакції обмеження патологічного вогнища запалення в черевній порожнині (Нажмутдинов З.З. и соавт., 2000). Велика кількість теорій патогенезу не розкриває сутність процесу [10].

Історія розвитку абдомінальної хірургії безпосередньо пов'язана з пошуком методів профілактики післяопераційного спайкоутворення, яке Рене Леріш назвав «страшним бичом порожнинної хірургії».

У 1937 році Нобле була запропонована операція, яка отримала назву ентероплікацію кишки за Нобл. Сутність операції полягає в тому, що після роз'єднання спайок петлі кишок укладалися горизонтально або вертикально і в ділянці

брижового краю зшивалися між собою безперервною ниткою. Таким чином, петлі кишок були фіксовані в певному положенні, надалі вони зросталися між собою. Рецидиви кишкової непрохідності спостерігалися після операції у 12-15%, тому до цих операцій ставилися обережно. Зшивання кишкових петель забирає багато часу, фіксовані петлі погано модифікують. У 1960 році даний принцип операції був модифікований Чальдсом і Філіпсом, які запропонували проводити ентероплікацію не шляхом зшивання кишкових петель, а шляхом прошивання довгою голкою брижі тонкої кишки. Операція цим методом дає кращу перистальтику, і дає більш легкий післяопераційний період. Крім того на цю операцію витрачали менше часу. Однак вона мала свої ускладнення, такі як кровотечі з брижі, інколи ішемії кишок. Статистично не доказано зменшення розвитку злукової хвороби. У 1956 році Уайтом була запропонована фіксація петель кишок еластичною трубкою, введеної в просвіт кишки шляхом ентеростомії. В 1960 році Дедерер пропонував виконувати мікрогастростому, через яку вводив на всьому протязі тонкої кишки довгу трубку з безліччю отворів. Цей метод дуже не поганий, трубка була каркасом для петель кишок, вони були фіксовані і зросталися в функціонально вигідному положенні. Але розтин порожнини шлунка (Дедерер) або кишки (Уайтом) несприятливий щодо інфікування черевної порожнини. Поява транс назальних кишкових зондів дозволяє проводити їх практично до ілеоцекального кута. Трубка фіксується до крила носа, надалі по цій трубці не період парезу кишок відсмоктують вміст кишечника, у цю трубку можна вводити поживні речовини. Але в основному зонд видаляють через кілька днів після операції, після надійного відновлення перистальтики, так як тривала евакуація кишкового вмісту може викликати електролітні порушення.

До теперішнього часу не має єдиного стандарту діагностичного обстеження і лікування пацієнтів з даною патологією. Вони складають групу високого ризику розвитку гострої злукової кишкової непрохідності. Незважаючи на значні зусилля щодо розробки ефективних методів профілактики злукового процесу в черевній порожнині, він залишається частим явищем після абдомінальних операцій. Після повторних лапаротомій кількість пацієнтів із злуковою хворобою очеревини та її ускладненнями зростає. За даними авторів [2,3,4], після однієї лапаротомії злуки розвиваються у 10,4 % хворих, а після повторних – у 70-93 %. Злукова хвороба і її прояви як хірургічна проблема стала набула значення в минулому сторіччі з розвитком хірургії. Виникла необхідність більш детального вивчення патологічних чинників, об'єктивної оцінки клінічних проявів захворювання, розроблення досконалих методів діагностики та лікувальної тактики. Для кишечника характерне відносно вільне переміщення в черевній порожнині. Це визначається необхідністю постійного пристосування його обсягу та моторної функції до характеру і вмісту. Рухливість кишечнику залежить від фіксуючого апарату, представленого брижою, парієтальною очеревиною і зв'язками [1,5,6]. Утворення фібрину – реакція очеревини на травму. Однак за певних умов порушення фібринолізу формується злукова хвороба очеревини в різному ступені поширеності та вираженості злук. Перитонеальні злуки виявляються у 93 — 100 % пацієнтів, прооперованих на черевній порожнині, хоча більшість з них мають безсимптомний перебіг.

Наявність злук — це основна причина післяопераційних ускладнень – гострого чи хронічного тазового болю, безпліддя в гінекології, абдомінального болю і злукової кишкової непрохідності в хірургії та [7,8,9]. За даними різних авторів, злукова хвороба очеревини у 32 % випадках спричиняє гостру кишкову непрохідність [13,14], з них у 75 % випадків — тонкокишкову непрохідність [15]. Однак при злуковому процесі очеревини не завжди розвивається злукова кишкова непрохідність, у таких випадках основними

проявами захворювання є больовий синдром і диспепсія. Це пов'язано зі зміною функціональних можливостей кишечника при появі додаткових (уроджених чи набутих) ділянок його фіксації. Ці фактори лежать в основі розвитку симптомокомплексу, характерного для спайкової хвороби очеревини. У 5 — 18 % прооперованих хворих спостерігають клінічні вирази різного ступеня вираження, пов'язані зі злуковим процесом у черевній порожнині, близько 3,8 % з цих пацієнтів потребують повторної госпіталізації та оперативних втручань [14].

Роз'єднання злук збільшує тривалість оперативного втручання та підвищує ризик ятрогенних пошкоджень кишечника при повторних операціях [11,12]. У 5,0 — 23,2% випадків операцій з приводу злукової хвороби виникає потреба в резекції ділянки кишечника [4]. Мікробна контамінація, неминуча в разі розкриття травного каналу при розділенні перитонеальних злук, суттєво збільшує ступінь вираження злукового процесу та пов'язаних з ним ускладнень [4,5,9]. Ентероліз при клінічно маніфестованій злуковій хворобі очеревини — необхідна і рутинна процедура, але він спричиняє формування нових злук, а 12 — 19% пацієнтів потребують повторних операцій [9].

Профілактика злукової хвороби надзвичайно важлива. Лапароскопічні технології розвиваються швидким темпом, але тривалі оперативні втручання осушують черевну порожнину, що є патогенетичним чинником до розвитку злук. Тобто, ні вдосконалення методів хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, ні поява нових ендохірургічних технологій не зменшують частоти розвитку спайок, важливим аспектом вирішення проблеми залишається розроблення комплексу лікувально-діагностичних і профілактичних заходів.

Доказана дія 6 головних механізмів, які запобігають утворенню злук:

1. зниження пошкодження очеревини;
2. зменшення первинної відповіді на запалення;
3. попередження утворення фібрину;
4. активація фібринолізу;
5. попередження скупчення фібрину і розвиток фібропластичних процесів;
6. використання бар'єрів, які попереджають утворенню злук.

Одним із шляхів профілактики післяопераційних злук є не тільки розробка сучасних методів оперативних втручань, інтактних шовних матеріалів та сучасних імплантатів, а пошук нових методів запобігання післяопераційних зрощень за допомогою протизлукових препаратів.

Найвідомішими протизлуковими препаратами є сполуки на основі карбоксиметилцелюлози та гіалуронової кислоти, полісахаридів, які утворюють бар'єр між органами черевної порожнини, запобігаючи випадінню на них фібрину та склеюванню [10, 12, 13].

Мезогель (Лінтекс) на основі карбоксиметилцелюлози представляє в'язку прозору масу жовтуватого кольору однорідної структури. Ефективний в присутності крові, ексудату. Не має досліджень його впливу на розвиток мікроорганізмів. Дозволений для використання в Україні.

Interceed (Окисно-відновлена целюлоза, Ethicon) — це розсмоктуюча мембрана, яка розкладається до моносахаридів через 2 тижні після аплікації. Для імплантації не потрібно фіксації за допомогою шовного матеріалу. В рандомізованих клінічних дослідженнях доказано, що використання Interceed після лапароскопічних і відкритих оперативних втручань приводить до зниження злукового процесу на 50-60%, але повністю не ліквідує. Використовується в США.

Властивості гіалуронової кислоти: механічний вплив: бар'єр/лубрикація; зволожуючі властивості: високий ступінь зв'язування води; загоювальні властивості: нормалізація міграції і проліферації клітин; заповнення простору; допо-

міжна функція: переривання запального каскаду. Sepracoat (Genzyme) — розчин гіалуронової кислоти, який після введення в черевну порожнину розчиняється протягом 5 діб. На сьогоднішній день головна сфера використання — оперативна гінекологія. Дозволений для використання в деяких країнах Європи, в США FDA не дозволила для використання.

Біодеградуєма мембрана Seprafilm (Genzyme) складається з гіалуронової кислоти і карбоксиметилцелюлози. Її використання обмежене лапаротомією, оскільки вона швидко руйнується і потребує дуже акуратного використання. У великому багатоцентровому рандомізованому дослідженні в США, яке включало 1701 пацієнта, і пацієнти були поділені на 2 групи хворих (з використанням мембрани і без), показано статистичну відсутність різниці розвитку злукової хвороби.

Gore-Tex Surgical Membrane (W.L. Gore Corp.) — нерозчинна мембрана, виготовлена з тонких листів (0,1 мм) політетрафторетилену з середнім діаметром пор менше 2 мкм. На відміну від інших матеріалів, може фіксуватися до тканин швами. У проведених дослідженнях встановлено, що політетрафторетилен більш ефективний, ніж окисно-відновлена целюлоза. Проте матеріал фіксується швами, потребує видалення в післяопераційному періоді.

Spraygel (Confluent Surgical) — поліетиленгліколь, який використовується у вигляді спрею і розпилюється на очеревину. Через декілька секунд він фіксується до очеревини. Препарат знаходиться на етапі клінічних досліджень. Перші результати показують його ефективність.

Біодеградуєма мембрана Seprafilm (Genzyme) складається з гіалуронової кислоти карбоксиметилцелюлози. Її використання обмежене лапаротомією, оскільки вона швидко руйнується і потребує дуже акуратного використання. У великому багатоцентровому рандомізованому дослідженні в США, яке включало 1701 пацієнта, і пацієнти були поділені на 2 групи хворих (з використанням мембрани і без), показано статистично відсутність різниці розвитку злукової хвороби.

Отже, на даний момент, за даними європейських публікацій, відсутні комбіновані протизлукові препарати. Взагалі немає комбінації з антисептиками, які знижують мікробну контамінацію. Показання для використання протизлукових препаратів нечіткі, немає зрозумілих алгоритмів та інструкцій для застосування у загальній хірургії. Через це більшість хірургів уникають їх використання [3,5,7,8].

Defensal (дефенсаль) — новий сучасний український комбінований препарат, являє собою стерильну апірогенну прозору безбарвну або блідо-жовту рідину одноразового застосування на основі гіалуронової кислоти нетваринного походження. Використовується в процесі хірургічного лікування в якості інстиляту з ціллю зменшення утворення зрощень після операцій на органах черевної порожнини, малого тазу, плевральної порожнини та інше. Складається з трьох складових частин, які впливають на основні ланки патогенезу злук: гіалуронова кислота (полісахарид, що входить до складу позаклітинної рідини сполучної тканини, забезпечує роз'єднання листків очеревини в критичний період утворення злук), декаметоксин (антисептик широкого спектру дії, має протизапальну та антиексудативну дію, забезпечує зниження локальної запальної відповіді в зоні оперативного втручання), сукцинат натрію (має високу буферну ємність, забезпечує антигіпоксичну та антиоксидантну дію). Відповідно забезпечує наступні клінічні ефекти: 1) вкриває і зволожує серозні оболонки і забезпечує захист від висихання і других видів пошкоджень; 2) виконує регенераторну біологічну функцію з тривалістю дії до 4 діб; 3) виражену бактерицидну і фунгіцидну дію в широкому діапазоні рН, пригнічує синтез протеїнів мікроорганізмів і їхній поділ, інактивує їхні екзотоксини.

Висновки

Досягати покращення результатів профілактики і лікування хвороби зрощень очеревини можна при використанні комплексного підходу до обстеження і лікування хворих, обережних хірургічних втручаннях, новітніх відкритих і лапароскопічних методик операцій, нових комбінованих протизлукових препаратів.

Література

1. Блинные О. И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / Блинные О. И., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н. // Лапароскопическая хирургия. — М., 1993. — С. 82 — 87.
2. Василюк М. Д. Новый підхід до лікування злукової кишкової непрохідності, поєднаної з післяопераційною вентральною грижею / М. Д. Василюк, І. В. Біцька // Науковий вісник УЖНУ-Серія «Медицина». — 2003. — Вип. 20. — С. 104–106.
3. Дубонос А. А. Профилактика внутрибрюшного спайкообразования путем применения средства с барьерным действием «Мезогель». Дис.: канд. мед. наук. — Курск, 2009. — 111 с.
4. Гамидов А. Н. Спорные аспекты спаечного синдрома / А. Н. Гамидов, Ю. Л. Шальков // Харківська хірургічна школа. — 2008. — № 2 (29). — С. 134–136.
5. Мішалов В. Г. Застосування протизлукового гелю при резекції тонкої кишки на тлі злукового процесу в експерименті / В. Г. Мішалов, П. Л. Бик, І. М. Лешишин, В. М. Голінко // Хірургія України. — 2013. — № 4. — С. 107–118.
6. Королюк И. П. Современные рентгеноконтрастные методы исследования в диагностике спаечной деформации тонкой кишки / И. П. Королюк, Н. Ф. Поляруш // Медицинская визуализация. — 2005. — № 1. — С. 73–81.
7. Лазаренко В. А. Первый опыт применения противоспаечного рассасывающегося полимерного средства «Мезогель» при остром аппендиците / Лазаренко В. А., Суковатых Б. С., Бежин А. И. и др. // Человек и его здоровье. — 2011. — №1. — С. 51 — 55.
8. Мезогель: показания и противопоказания к применению [http:// www.mesogel.ru/prod/mesogel6.htm](http://www.mesogel.ru/prod/mesogel6.htm).
9. Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования / А. Л. Мирингоф, В. В. Новиков, Б. С. Суковатых [и др.] // Эндоскоп. хирургия. — 2007. — № 6. — С. 34–36.
10. Томин М. С. Спаечная болезнь: липкий вопрос // Medicus Amicus. — 2009. — С. — 31–40.
11. Adept instruction for use // http://www.baxterbiosurgery.com/us/resources/pdfs/adept/ADEPT_Instructions_For_Use.pdf.
12. Brochhausen C. Current strategies and future perspectives for intraperitoneal adhesion prevention / Brochhausen C., Schmitt V. H., Hollemann D. et al. // J. Gastrointest. Surg. — 2012. — Vol. 16. — P. 1256 — 1274.
13. Rajab T. K. Post-operative adhesions after digestive surgery: their incidence and prevention: review of the literature / Rajab T. K., Wallwiener M., Talukdar S. et al. // J. Visc. Surg. — 2012. — Vol. 149. — P. 104 — 114.
14. Related complications are common, but rarely discussed in preoperative consent: a multicenter study // World J. Surg. — 2009. — Vol. 33 (4). — P. 748 — 750.
15. Schreinemacher M. H. Adhesion awareness: A national survey of surgeons / Schreinemacher M. H., Ten Broek R. P., Bakum E. A. et al. // World J. Surg. — 2010. — Vol. 34, N12. — P. 2805 — 2812.
16. Zeng Q. Efficacy and safety of Seprafilm for preventing post-operative abdominal adhesion: systematic review and metaanalysis / Zeng Q., Yu Z., You J., Zhang Q. // World J. Surg. — 2007. — Vol. 31, N 11. — P. 2125 — 2131.

Телемуха С. Б., Пуптюк А. В.

Современный взгляд на спаечную болезнь брюшины

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии стоматологического факультета, г. Ивано-Франковск.

Резюме. Операции остаются основной причиной образования спаек. Спаечная болезнь брюшины является одним из самых тяжелых и нерешенных проблем хирургии. Количество пациентов постоянно растет, что обусловлено ростом количества и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Этиологические факторы спайкообразования разнообразны. К ним следует отнести механическое повреждение брюшины, попадание инородного материала в брюшную полость и инфекционное воспаление брюшины. До настоящего времени нет единого стандарта диагностического обследования и лечения пациентов с данной патологией. Они составляют группу высокого риска развития острой спаечной кишечной непроходимости. Несмотря на значительные усилия по разработке эффективных методов профилактики спаечного процесса в брюшной полости, он остается частым явлением после абдоминальных операций. Одним из путей профилактики послеоперационных спаек является не только разработка современных методов оперативных вмешательств, интактных шовных материалов и современных имплантатов, а поиск новых методов предотвращения послеоперационных спаек с помощью противоспаечных препаратов. Defensal (дефенсаль) - новый современный украинский комбинированный препарат. Состоит из трех составных частей, которые влияют на основные звенья патогенеза спаек: гиалуроновой кислоты, декаметоксину (антисептик широкого спектра действия), сукцинат натрия (буфер). Добиться улучшения результатов профилактики и лечения болезни сращений брюшины можно при использовании комплексного подхода к обследованию и лечению больных, осторожных хирургических вмешательствах, новейших открытых и лапароскопических методик операций, новых комбинированных противоспаечных препаратов.

Ключевые слова: спаечная болезнь, операции, противоспаечные препараты, препарат «Дефенсаль».

S.B. Telemukha, O.V. Pyptiuk

Modern View on the Adhesive Peritoneal Disease

Faculty of Dentistry, Department of Surgery, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Operations are the main cause of adhesions formation. Adhesive peritoneal disease is a serious and unresolved surgery issue. The number of patients is growing due to the increase in the number and volume of surgeries on abdominal organs. Etiological factors of adhesion formation are various. These include mechanical damage to the peritoneum, contamination with material in the abdominal cavity and infectious peritonitis. Up to the present moment there is no single standard for diagnostic testing and treatment of patients with this pathology. They form a group at high risk of acute adhesive intestinal obstruction. Despite significant efforts to develop effective methods of preventing adhesive process in the abdominal cavity, it is frequent after abdominal operations. One of the ways to prevent postoperative adhesions is not only the development of modern methods of surgery, sutures intact and modern implants but also the search for new methods of prevention of postoperative adhesions using anti-adhesion drugs. DEFENSAL is a new modern Ukrainian combined preparation. It consists of three components that affect the basic pathogenesis of adhesions: hyaluronic acid, decamethoxinum (antiseptic), sodium succinate (buffer). Results of prevention and treatment of diseases of peritoneal adhesions can be improved by using of an integrated approach to the assessment and treatment of patients, careful surgery, advanced laparoscopic procedures and open operations, new combined anti-adhesion drugs.

Keywords: adhesive disease; surgery; anti-adhesion drugs; Defensal.

Надійшла 08.08.2016 року.