

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ – МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

Н. Аюшинова¹, кандидат медицинских наук,
И. Шурыгина¹, доктор медицинских наук,
Е. Чепурных^{1, 2}, кандидат медицинских наук,
М. Шурыгин¹, доктор медицинских наук,
Е. Григорьев^{1, 2}, доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАН

¹Иркутский научный центр хирургии и травматологии

²Иркутский государственный медицинский университет

E-mail: katnatlove@mail.ru

Спаечная болезнь брюшной полости – нерешенная проблема абдоминальной хирургии. Клиническая картина многолика, с чем связаны трудности определения лечебной тактики, а лечение пациентов не всегда эффективно; часто болезнь рецидивирует.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, спайки, брюшная полость, причины, профилактика.

Спаечная болезнь брюшной полости остается нерешенной проблемой абдоминальной хирургии. Течение патологического процесса разнообразно, лечение не всегда эффективно, довольно часто возникает рецидив болезни, и принятие тактических решений бывает затруднено.

В России операцию под эфирным наркозом по поводу странгуляции тонкой кишки спайками первым выполнил Н.И. Пирогов, а в 1849 г. он же в работе «Peus», основанной на 50 клинических и патологоанатомических наблюдениях, изложил суть процессов, происходящих при различных вариантах данного заболевания, подробно описал этиологию и клиническое течение, предложил свою классификацию. При лечении механической кишечной непроходимости Н.И. Пирогов рекомендовал наложение противоестественного заднего прохода или резекцию нежизнеспособной кишки, а при динамической – лечение опийной настойкой и гальваническим током.

Чем шире становился диапазон хирургических вмешательств на органах брюшной полости, тем чаще стали возникать болезненные состояния, обозначаемые как спайки, спаечная болезнь, кишечная непроходимость, подлежащие оперативному лечению.

Спаечная болезнь – это образование послеоперационных спаек с выраженным симптомокомплексом нарушения функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1].

Существуют разные классификации спаечной болезни. Классификация ВОЗ основана на топическом принципе [1]:

- спайки брюшной полости (стенки);
- спайки диафрагмы;
- спайки кишечника;
- спайки сальника;
- спайки желудка;

- спайки мужского таза;
- тазовые спайки у женщин.

Однако очевидно, что использование только принципа локализации не отражает многообразие и выраженность клинических проявлений спаечной болезни.

В классификации Р.А. Кенчевской (1978) предлагается выделять варианты кишечной непроходимости при спаечной болезни:

- 1) странгуляционную;
- 2) обтурационную;
- 3) спаечно-динамическую, в том числе гипер- и гипомоторного типа. При последнем варианте непроходимости больные в оперативном лечении не нуждаются.

Хорошо известна классификация спаечной болезни Д.П. Чухриенко (1972):

1. По происхождению:
 - а) врожденная (джексоновские мембраны, леновские связки);
 - б) приобретенная (острые и хронические воспалительные процессы, ушибы, травмы, послеоперационные сращения).
2. По топографо-анатомическому признаку:
 - а) по обширности поражения брюшной полости:
 - поражение верхнего отдела живота;
 - поражение нижнего отдела живота;
 - сплошной спаечный процесс.
 - б) по вовлечению органа:
 - с наличием стеноза и деформации органа;
 - без деформации органа и стенозирования.
3. По механизму развития и клиническому течению:
 - а) острая спаечная непроходимость (странгуляционная, обтурационная, динамическая);
 - б) интермиттирующая (спаечная болезнь с явлениями хронической рецидивирующей непроходимости кишечника: короткие приступы обострения и длительные ремиссии);
 - в) хроническая (перивисцерит).

В амбулаторных условиях удобно пользоваться классификацией, предложенной А.Н. Дубягой (1984):

1. Острая атака:
 - а) спаечной болезни;
 - б) спаечной болезни с механической непроходимостью кишечника.
2. Интермиттирующее течение спаечной болезни.
3. Спаечная болезнь в стадии ремиссии:
 - а) неустойчивой или относительной;
 - б) устойчивой.

Попытки выявить причины возникновения спаечной болезни не прекращаются до сих пор. Установлено, что после диагностической лапаротомии частота повторных госпитализаций по поводу спаечной болезни и кишечной непроходимости не отличалась от таковой после хирургических вмешательств, произведенных непосредственно на тонкой кишке (5,7%). Повторные госпитализации по поводу заболеваний, прямо связанных со спайками, составили 5,1 на 100 выполненных ранее операций [2]. Сходные данные приводят Р.Р. Шавалеев и соавт. [3] – диагностическая лапаротомия в 34,8% наблюдений потенцировала повторную госпитализацию больных.

Считается, что операции на слепой, ободочной и прямой кишках сопровождаются наиболее высокой частотой повторных госпитализаций по поводу заболеваний, не

только прямо, но и опосредованно связанных с образованием спаек в брюшной полости (соответственно 39 и 34%) [4].

После операций по поводу внутрибрюшных спаек, осложненных кишечной непроходимостью, рецидивы заболевания составляют 32–71% [2, 5].

За 5-летний период в экстренное хирургическое отделение Иркутской областной клинической больницы №1 госпитализированы 154 пациента с диагнозом: спаечная болезнь, кишечная непроходимость. Средний возраст больных составил 45 лет (от 29 до 58 лет); мужчин было 56%, женщин – 44% [6].

Причиной развития спаечной болезни явились различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Так, наиболее часто спаечная болезнь развивалась после аппендэктомии – у 34 (23%) больных, гастрэктомии, резекции желудка – у 31 (21%), гинекологических операций – у 21 (14%). У 7 (5%) пациентов операций на животе в анамнезе не было и спаечная болезнь установлена после лапаротомии по поводу кишечной непроходимости. В 98 (63%) наблюдениях первичная операция, после которой образовались спайки, носила экстренный характер, а в 49 (32%) случаях выполнялась в плановом порядке.

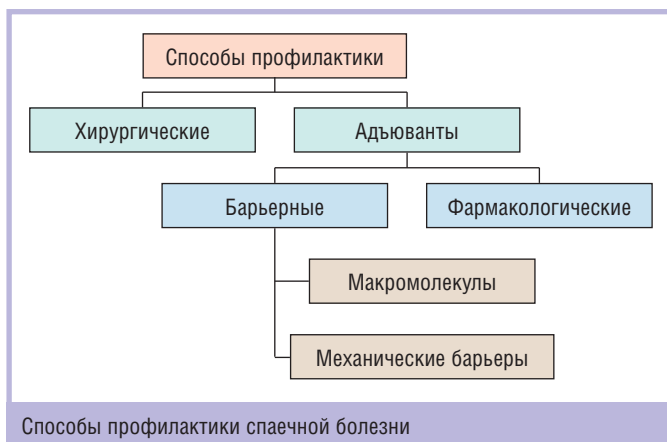
Первые признаки спаечной болезни органов брюшной полости появились в период от 1 до 8 лет после операции (в среднем – через 3 года), причем до настоящего обострения количество операций по поводу острой кишечной непроходимости достигало 0,27 (0–4).

Всем пациентам, поступившим в хирургическое отделение, назначали консервативное лечение, которое у 78 (51%) госпитализированных оказалось эффективным. Назначение паранефральной блокады, спазмолитической и инфузионной терапии позволило добиться улучшения состояния и через 13–35 ч восстановить проходимость ЖКТ, что подтверждалось пассажем бариевой взвеси. В 76 (49%) наблюдениях через 5–12 ч после начала консервативного лечения, которое оказалось неэффективным, была выполнена операция по поводу кишечной непроходимости.

Предложены разнообразные методы профилактики образования спаек брюшной полости, однако их эффективность убедительно не доказана [7–10]. Для предупреждения первичных и вторичных послеоперационных спаек используются разные хирургические приемы и лекарственные средства (см. рисунок). Основные подходы к профилактике спаек включают соответствующую хирургическую технику с ограничением травмы внутрибрюшных структур и применение вспомогательных средств (адьювантов), уменьшающих спайкообразование.

Известно, что хирургическое вмешательство предполагает бережное обращение с тканями, не подлежащими удалению: тщательный гемостаз; орошение нейтральным изотоническим раствором натрия хлорида для минимизации высушивания серозной оболочки; профилактика внутрибрюшной инфекции; минимизация риска оставления инородных тел (например, тампонов, перчаточной пудры) и контаминации желудочно-кишечным содержимым; применение инертного шовного материала; использование минимально инвазивных технологий [2, 11].

С другой стороны, предпринимаются многочисленные попытки поиска фармакологически активных средств, способных влиять на различные компоненты процесса спайкообразования. Их разделяют на фармакологические агенты и барьерные адьюванты [12].



Первые – противовоспалительные средства (нестероидные и стероидные), антигистаминные препараты, прогестагены, блокаторы кальциевых каналов, антикоагулянты, активаторы плазмينا, антиангиогенные препараты. В качестве адьювантов используются макромолекулярные растворы и механические барьеры (окисленная регенерированная целлюлоза – INTERCEED, изодекстрины – ADEPT, гиалуроновая кислота – Intergel, Sepracoat, вискоэластичный гель – Oxiplex, гидрогель – Spraygel).

Применение препаратов с целью профилактики спаечного образования ограничено рядом факторов: 1) как правило, зоны ишемии изолированы от кровотока и, следовательно, от воздействия средств, вводимых парентерально; 2) для брюшины характерна быстрая резорбция, что снижает эффективность введенных внутрибрюшинно агентов.

Любой противоспаечный препарат должен не только специфически предупреждать образование спаек, но и не влиять на нормальное заживление послеоперационной раны [13].

Таким образом, данные литературы о причинах развития спаечного процесса, а также возможностях его профилактики весьма противоречивы. Необходимы дальнейшие исследования, посвященные изучению механизмов образования спаек, которые позволят не только прогнозировать наличие и развитие спаечного процесса после хирургических вмешательств различными доступами, но и будут основой для разработки патогенетически обоснованной профилактики и терапии.

Литература

1. Сидоренко В.Н., Хартанович Т.А. К вопросу о патогенезе и профилактике спаечного процесса органов брюшной полости при оперативных вмешательствах // Военная медицина. – 2011; 1: 140–4.
2. Баранов Г.А. Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости // Хирургия. – 2006; 7: 56–8.
3. Шавалеев Р.Р., Плечев В.В., Корнилаев П.Г. и др. Профилактика спаечной болезни брюшины у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Казанский мед. журнал. – 2005; 1: 24–6.
4. Bhardwaj R., Parker M. Impact of adhesions in colorectal surgery // Colorectal. Dis. – 2007; 9 (2): 45–53.
5. Тарасенко Э.И. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость: диагностика и лечение // Анн. хир. – 2007; 4: 61–5.
6. Аюшинова Н.И., Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г. и др. Госпитальная эпидемиология спаечной болезни брюшной полости // Булл. ВСНЦ СО РАМН. – 2016; 4: 115–8.
7. De la Portilla F., Ynfante I., Bejarano D. Prevention of peritoneal adhesions by intraperitoneal administration of vitamin E: an experimental study in rats // Dis. Colon. Rectum. – 2004; 47 (12): 2157–61.
8. Egorlu A. Prevention of intra-abdominal adhesions by using Seprafilm in rats undergoing bowel resection and radiation therapy // Fertil. Steril. – 2003; 79 (6): 1404–8.
9. Sulaiman H. Role of plasminogen activators in peritoneal adhesion formation // Biochem. Soc. Trans. – 2002; 30 (2): 126–31.
10. Аюшинова Н.И., Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г. и др. Современные подходы к профилактике спаечного процесса в брюшной полости // Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 2011; 105 (6): 16–20.
11. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю. Внутрибрюшные спайки – недооцениваемая проблема (обзор литературы) // Эндоскопич. хир. – 2007; 5: 60–9.
12. Бурлев В.А., Дубинская Е.Д., Гаспаров А.С. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики // Проблемы репродукции. – 2009; 3: 36–44.
13. Шурыгина И.А., Шурыгин М.Г., Аюшинова Н.И. и др. Фибробласты и их роль в развитии соединительной ткани // Сиб. мед. журн. (Иркутск). – 2012; 110 (3): 8–12.

ADHESIVE DISEASE OF THE ABDOMINAL CAVITY IS AN INTERDISCIPLINARY PROBLEM

N. Ayushinova¹, Candidate of Medical Sciences; **I. Shurygina**¹, MD; **E. Chepurnykh**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **M. Shurygin**¹, MD; Professor **E. Grigoryev**^{1,2}, MD, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences
¹Irkutsk Research Center of Surgery and Traumatology
²Irkutsk State Medical University

Adhesive disease of the abdominal cavity is an unsolved problem of abdominal surgery. The clinical picture of the disease is multifaceted, which presents difficulties in determining a treatment policy; and the management of patients is not always effective; the disease commonly recurs.

Key words: abdominal surgery, adhesions, abdominal cavity, causes, prevention.