

карбоксиметилцеллюлозы в комплексном лечении распространенного перитонита. Хирургия. Журнал имени Пирогова Н.И. 2009г. №11 С. 14-17

6. Яковлев С.В., Козлов Е.Б., Гельфанд С.В. и др.// Антимикробная профилактика перитонита. Инфекции в хирургии. 2007 г. Т.5 №4 С. 10-14

7. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis. Eur J. Med. Res 2003; №8 p.125-134

8. Ivatury Rao R., Cheatham M.L., Malbrain M.L.N.G. Surgae M. Abdominal compartment syndrome. Landes Bioscience 2006 p.308

## **К ВОПРОСУ О СПАЙКАХ И СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**Н.Д. Томнюк, В.А. Белоборолов,**

**И.А. Рябков, В.Р. Кембель,**

**А.А. Парно**

*Красноярский государственный  
медицинский университет  
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого,  
Городская клиническая больница № 6  
им. Н.С.Карповича  
Красноярск, Россия*

С увеличением числа выполняемых оперативных вмешательств на органах брюшной полости возрастает удельный вес случаев острой спаечной кишечной непроходимости. В структуре всех случаев кишечной непроходимости спаечный процесс становится причиной этого недуга в большинстве наблюдений и занимает первое (75-87%) место [1.2.3].

Повышенный интерес к этому заболеванию связан с высокой частотой его проявления, со-

хранящейся высокой летальностью и отсутствием методов и средств для надежной профилактики рецидива болезни. Это отмечено, как практическими врачами-хирургами, так и многими исследователями-морфологами. Проходящие почти ежегодно, научно-практические конференции, форумы, дискуссии, к сожалению, не внесли единой точки зрения на такие вопросы, как патогенез, лечебная тактика и вопросы профилактики данной патологии. Продолжается дискуссия по терминологии и в определении понятия спаечной болезни [4, 7, 8].

Многими отмечено, что любой спаечный процесс брюшной полости не целесообразно отождествлять со спаечной болезнью. Спайкообразование может быть не только следствием полостных оперативных вмешательств, но и результатом исхода многих воспалительных заболеваний. По данным статистики спайки образуются в 95-97% случаев после любых традиционных полостных операций. Они могут самостоятельно лизироваться, существовать десятилетиями, не принося беспокойств человеку и быть находкой хирурга или прозектора. Спаечная болезнь как таковая развивается лишь в 2-7% случаев от общего числа операций на брюшной полости. При этом имеется в виду патологическое спайкообразование, зависящее от изменений реактивности организма, проявляющегося дезорганизацией соединительной ткани [5. 9].

Как указывает А.П.Дубяга [3], патофизиологические проявления спаечной болезни - это морфологические и биохимические являются изменения крови, в виде: лимфоцитоза со склонностью к лейкопении, сменяющихся лейкоцитозом с нейтрофилезом в остром периоде, снижением альбумино-глобулинового коэффи-

циента, повышением содержания сиаловых кислот и появлением С-реактивного белка.

Симптоматика этого заболевания, является яркой, типичной. Обязательными проявлениями клиники будет нарушение функции кишечника: боли с меняющимися атаками, метеоризм, рвота, запоры, прогрессирующее течение.

Следовательно, если исходить от спаек к болезни или от болезни к спайкообразованию, становится очевидным, что нельзя любые спайки брюшной полости относить к спаечной болезни. В тоже время нельзя рассматривать спайки как самостоятельное патологическое заболевание и на этом фоне строить их классификацию, определять лечебную тактику, а также решать вопросы профилактики. В части случаев реакция брюшины является естественным процессом ограничения очага воспаления или следствием операционной травмы. Поэтому попытка объединить в одно понятие спаечная болезнь и спайки брюшной полости не обоснованы. В этих случаях спайки не могут быть причиной заболевания, они являются ее следствием. Ликвидация спаек далеко не всегда избавляет человека от заболевания.

Подобно вышеописанному может возникнуть вопрос о замене термина спаечная болезнь брюшной полости на фиброз, как это имеет место при поражении мезентериальных сосудов. Однако патогенез тромбоза связан с нарушением магистрального кровотока, а не с расстройством микроциркуляции, как при спаечной болезни. Поражение мезентериальных сосудов вызывает острую кишечную непроходимость, которая, как правило, бывает у людей страдающих системными заболеваниями.

Спаечную болезнь клиницисты часто ассоциируют с возрастающей оперативной актив-

ностью на органах брюшной полости. При этом в структуре случаев острой спаечной кишечной непроходимости в 22-25% наблюдений операции ранее не выполнялись. Объяснения этому факту можно найти в индивидуальной конституционной предрасположенности к спайкообразованию. Так по данным Женчевского Р.А. [4] и Novak V. [10] убедительно показана роль сенсбилизации в спайкообразовании брюшной полости экспериментальных животных. Данные указанных авторов вполне согласуются с имеющимися сведениями о дезорганизации соединительной ткани при коллагенозах, в основе которых имеются те же нарушения иммунологического гомеостаза. Кроме дезорганизации соединительной ткани отмечаются и другие общие черты проявляющегося склероза: клеточная инфильтрация, васкулит, неспецифическая гранулема, фибриноидный некроз. Связь спаечной болезни с изменением иммунологического статуса подтверждается келоидными рубцами у части больных с острой кишечной непроходимостью.

Вышеизложенное дает основание считать, что спаечная болезнь с ее особыми клиническими проявлениями и измененной иммунологической реактивностью у больных, генерализованной дезорганизацией соединительной ткани может быть отнесена к заболеваниям коллагеновой природы, что определяет и патогенетический механизм функциональных нарушений кишечника. В пользу таких представлений свидетельствует и установленная эффективность применения кортикостероидов при лечении спаечной болезни, на что указывают некоторые исследователи [2].

Относительно правомерности классификации следует указать, что она должна быть построена с учетом клинико-функциональных

признаков, а не гистоструктуры спаек. Такая классификация должна быть удобна для практического применения и способствовать выбору верной лечебной тактики. Существующая еще с 1966 г. классификация К.С.Симоняна [5] отвечает современным требованиям и широко используется в повседневной работе. Подразделение спаечной болезни с кишечной непроходимостью на функциональную или механическую уже определяет тактику хирурга и позволяет строить лечебно-диагностические мероприятия.

Лечение больных с этим заболеванием предусматривает не только ликвидацию острых явлений болезни, но и проведение противорецидивных мероприятий. В результате удается сократить повторную их обращаемость по неотложной помощи вплоть до полной реабилитации. После купирования острых явлений болезни в ходе диспансерного наблюдения устанавливаются показания к проведению профилактических мероприятий. К таковым относятся сохраняющиеся клинические проявления болезни, а также отклонения в уровнях некоторых показателей крови: лимфоцитоз. С-реактивный белок, сиаловая проба, альбуминно-глобулинового индекса. Стойкая нормализация этих показателей свидетельствует о ремиссии болезни и дает основание для снятия больного с диспансерного учета.

Таким образом, учитывая клиническую картину, полициклическое прогрессирующее течение, характерные морфологические и биохимические изменения крови, генерализацию гиперэргической реакции соединительной ткани, а также различных парааллергических и аллергических проявлений, хороший лечебный эффект при назначении кортикостероидов, можно считать спаечную болезнь заболеванием

коллагеновой природы. Понятие спайки брюшной полости не могут отождествляться со спаечной болезнью. Спайки брюшной полости как таковые, являются лишь следствием какого-либо заболевания и развиваются после операционных вмешательств или воспалительного процесса. В тоже время, они могут стать самостоятельной причиной острого хирургического заболевания при развитии спаечной болезни.

#### Список литературы

1. Воробьев А.А. Спаечная болезнь брюшной полости, эндоскопическая хирургия. -М., 2003. 204 с.
2. Галуц П.И., Гришин И.П. Применение ЛКТГ и кортизона, при острой кишечной непроходимости // В кн. Труды докладов первой Республиканской научной конференции практических врачей. Минск 1962. - С. 35 - 37.
3. Дубяга А.И. К вопросу о патогенезе клинике, лечении спаечной болезни.: Автореф. ... канд. мед. наук. Тюмень, 1977. - 23 с.
4. Жепчевский Р.А. Спаечная болезнь. - М.: Медицина, 1999. - 230 с.
5. Симонян К.С. Спаечная болезнь. - М.: Медицина. 1966. - 250 с.
6. Удод В.М., Гринберг СБ. Причины острой спаечной непроходимости // Хирургия. - 1978.-№3.-С63 - 66.
7. Неотложная хирургическая гастроэнтерология // под ред. НИ. Курыгина. - М. 2006,- 209 с.
8. Острый живот. Визуализация методы диагностики //под ред. Денисова А.С. 2003.-157 с.
9. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости // под ред. Савельева В.С. - М.: Медицина, 2005. - 278 с.
10. Novak V. Jleus adheri Rozbor operavanych Za 15 lett obolobi // Rozhe Chir. – 1973. – Vol.52. - № 3. – p. 170-181.