

Райимов Г.Н.

Д.М.Н.,

Зав. Кафедры «Хирургические болезни»

Ферганский Медицинский Институт общественного Здоровья,

Косимов Ш.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

Аннотация. Представлены современные данные отечественной и зарубежной литературы о профилактических мероприятиях и методах лечения больных спаечной болезнью брюшины. В связи с увеличением числа оперативных вмешательств на органах брюшной полости и растущее количество осложнений спаечного генеза поставило перед хирургами проблему предупреждения образования послеоперационных спаек. Большинство применяемых в настоящее время методов профилактики спайкообразования и лечения спаечной болезни брюшины недостаточно эффективны. Необходимо этиопатогенетический, индивидуальный подход к методикам профилактики развития и лечения спаечной болезни брюшины, что требует досконального изучения этиопатогенетических процессов развития спаечной болезни брюшины, усовершенствования существующих способов и разработку новых комплексов лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, направленных на профилактику спайкообразования.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, профилактика, осложнения, лечение.

Спаечная болезнь – это понятие, употребляемое для обозначения патологических состояний, связанных с образованием спаек в брюшной полости при ряде заболеваний: травматических повреждениях внутренних органов, в том числе и оперативной травме. В большинстве случаев спаечная болезнь является неизбежным браком именно хирургии, а не хирурга. Так как хирург, спасая больного от одного смертельного заболевания, вызывает у пациента новое заболевание брюшной полости.

В XIX столетии, с развитием полостной хирургии, появились публикации о формировании спаечной кишечной непроходимости в раннем и позднем послеоперационном периоде. В первых работах, посвященных этой проблеме, такие

ученые, как В.П. Добровольский (1838), Н.И. Оболенский (1899), А.С. Своехватов (1900), К.Г. Георгиевский (1899), С.В. Салтыкова (1901), Е. Neuman (1896, 1918) и М. Cornil (1897) обратили внимание на роль фибрина в образовании спаек.

По мере развития брюшной хирургии, многие хирурги при повторных лапаротомиях, стали замечать наличие склеивания между собой органов брюшной полости. До этого времени такие склеивания хирурги отмечали после воспалительных процессов в животе, после проникающих ранений. Много внимания возникновению спаек брюшной полости после операций уделил Пайр. В 1914 году Пайр опубликовал 157 случаев спаек брюшной полости после различных оперативных вмешательств. И он впервые поставил вопрос о необходимости профилактики развития спаек. В дальнейшем эту проблему изучали: Нобль, В.А. Оппель, Дедерер, Блинов. И до настоящего времени вопрос о спаечной болезни не потерял своей актуальности.

Спаечная болезнь продолжает оставаться одной из сложнейших и нерешенных проблем абдоминальной хирургии. Значимость ее растет в связи с ростом числа и объема операций на органах брюшной полости (Н.Г. Гатауллин, 1966; К.С. Симонян, 1966; Н.И. Блинов, 1968; С.И. Арутюнян, 1975; Ш.Х. Ганцев, 1982; С.Н. Хунафин, 1986; Р.А. Женчевский, 1989; А.Г. Земляной, 1989; В.В. Плечев, 1990; О.А. Мын-баев, 1997; В.В. Плечев, В.М. Тимербулатов, 1999; А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили, 2001; В.Д. Федоров и др., 2004; О.И. Миминошвили, О.С. Антонюк, 2006; И.А. Чекмазов, 2008). Профилактика и лечение больных СББ, особенно в случаях неоднократного рецидива представляются в клинике весьма сложной задачей, что связано с многоликостью самого заболевания, тяжестью клинических проявлений и осложнений, отсутствием надежных методов предупреждения рецидивов [1, 5, 6, 11, 20]. В настоящее время из-за увеличения количества травматизма и операций на органах брюшной полости преобладает спаечная болезнь брюшины (СББ) после оперативного лечения и травм. После хирургических операций на органах брюшной полости СББ развивается в 2-10 % случаев, однако, по данным аутопсий, частота возникновения спаек в брюшной полости значительно выше. Так, М.А. Weibel, G. Majno, (1973) по данным 752 вскрытий трупов больных, перенесших операцию, выявили спайки в 67 % случаев, а при вскрытии трупов, не подвергавшихся ранее операции, спайки воспалительного или врожденного характера найдены в 28 % случаев. Спаечный процесс по некоторым данным обнаруживается после

абдоминальных операций от 90 до 93 % больных, оперируемых повторно на органах брюшной полости .

По данным международного спаечного общества (International Adhesion Society), по поводу спаечной болезни брюшины ежегодно находятся на лечении в хирургических отделениях до 1 % оперированных ранее больных, у 50-75 % этой категории больных развивается кишечная непроходимость, смертность от которой составляет от 13 до 55 % (Восканян С.Е., Кизласов П.С., 2011). Ежегодные затраты в США на лечение осложнений спаечной этиологии составили более 1 млрд. долларов.

Для кишечника характерно относительно свободное перемещение в брюшной полости. Это определяется необходимостью постоянного приспособления его объема и моторной функции к характеру и объему содержимого. Подвижность и свобода перемещения кишечника зависят от фиксирующего аппарата, представленного брыжейкой кишечника, париетальной брюшиной и связками.

Самой частой причиной ограничения моторной функции кишечника и способности его смещаться относительно других органов брюшной полости являются спайки брюшины. Патофизиология и патоморфология спаечного процесса, его положительная и отрицательная роль при различных патологических состояниях в брюшной полости остаются предметом широкого обсуждения в специализированной литературе.

В настоящее время известно несколько основных причин появления спаек брюшины: это перенесенные воспалительные процессы на фоне заболеваний органов брюшной полости, операционная или «бытовая» травма живота, врожденные спайки брюшины.

Спайкообразование – это защитно-приспособительная реакция организма на раздражение (травму) брюшины. Однако при определенных условиях локализации, распространенности и выраженности спаек формируется СББ, протекающая по собственным законам и манифестирующая в клинике в основном симптомами острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН). Само появление симптомов рецидивирующей непроходимости кишечника зачастую является мотивом к установлению диагноза СББ. Однако при спаечном процессе брюшины не всегда развивается спаечная кишечная непроходимость, в таких случаях основными проявлениями заболевания служат болевой синдром и диспепсия. Это связано с изменением функциональных возможностей кишечника при появлении дополнительных

(врожденных или приобретенных) участков его фиксации. Эти факторы лежат в основе развития симптомокомплекса, характерного для СББ.

Основной причиной образования спаек является травма брюшины. С первой минуты на месте повреждения брюшины появляются серозно-фибринозный экссудат, в котором находятся различные клеточные элементы. Из экссудата выпадает фибрин и поврежденная поверхность брюшины покрывается фибрином. К концу вторых суток на брюшине можно наблюдать нежные фиброзные образования. При соприкосновении поврежденных участков брюшины происходит их склеивание за счет нитей фибрина. Однако в дальнейшем, при неглубоком повреждении брюшины подобные отложения фибрина могут подвергаться рассасыванию и склеившиеся поверхности под влиянием перистальтики могут разойтись. Если повреждение брюшины было более глубоким, захватывало слои глубже пограничной мембраны, то заживление брюшины происходит по типу вторичного натяжения. В этих случаях на поверхности дефекта брюшины образуется хорошо васкуляризованная грануляционная ткань, между нитями фибрина появляются коллагеновые волокна, располагающиеся соответственно направлению натяжения. В спайках появляются многочисленные анастомозы венозных сосудов и нервные волокна. Возникшие таким образом спайки рассасыванию не подвергаются. Особенно мощные спайки образуются при повреждении париетального и висцерального листков брюшины и контакте раневых поверхностей. После операционной травмы серозные поверхности с поврежденным мезотелиальным слоем в ряде случаев могут прилежать одна к другой, а возникающий послеоперационный парез кишечника поддерживает непосредственное соприкосновение этих поверхностей, что дает возможность в течение 2-3 суток спокойно развиваться процессу развития спаек. Возникшие на 3 сутки перистальтические движения кишок уже не в состоянии разъединить склеившиеся поверхности и спайки становятся стойкими и прочными. Спайки и сращения в брюшной полости могут развиваться и в результате воспалительных процессов в брюшной полости. Одной из основных причин здесь является острый гнойный перитонит. Хронический воспалительный процесс также может вызывать спаечный процесс. При остром гнойном перитоните в брюшной полости скапливается гной, париетальная брюшина (и особенно висцеральная) резко набухает, делается отечной, поэтому мезотелий брюшины даже при действии небольшой травмы легко слущивается, обнажаются глубже лежащие слои брюшины. Наличие

воспалительного процесса в брюшной полости ведет к прекращению перистальтики, благодаря чему участки кишечных петель могут длительное время соприкасаться между собой и тем самым создавать условия для склеивания. Кроме того, откладывающийся фибрин также может вызывать склеивание. Большой сальник («полицейский брюшной полости») припаивается к воспаленной брюшине петель, вызывая в дальнейшем образование тяжевых спаек.

Сальник опутывает кишечные петли, что ведет к образованию конгломератов кишечных петель. Чаще всего при острых перитонитах спайки образуются в нижних отделах, так как экссудат скапливается именно там. В большинстве случаев, после разлитого гнойного перитонита наблюдается склеивание петель тонкой кишки между собой.

В образовании спаек большую роль играет сальник, который спаивается с туберкулезными бугорками на серозе кишечника, возникающие различного рода конгломераты кишечных петель дают повод к развитию ОКН, и при туберкулезном перитоните хирург иногда вынужден проводить хирургическое вмешательство по экстренным показаниям.

Лечебные препараты так же могут потенцировать образование спаек. Определенное значение имеет попадание мельчайшего порошка талька, который попадая на брюшину, ведет к образованию гранулем на брюшине. В этом случае тальк оказывает не только механическое, но и химическое воздействие – в этих местах возникает асептический воспалительный процесс, имеющий хронический пролиферативный характер. Экспериментальные исследования показали, что после внесения талька в брюшную полость в ней развиваются широкие плоскостные спайки между сальником и париетальной брюшиной, а также плоские спайки между петлями тонкой кишки.

Хирурги должны всегда об этом помнить, так как в большинстве хирургических клиник при надевании перчаток широко пользуются тальком: никогда нельзя надевать перчатки вблизи операционного поля, надо менять перчатки, когда они рвутся. При наложении лигатур на сосуды, кишку и др. остается шовный материал, который является также инородным телом.

Вызывает повышение образования спаек введение в брюшную полость лекарственных средств. Раньше широко использовалась методика оставления микроирригатора в брюшной полости для введения антибиотиков. Однако сейчас это считается не вполне

целесообразным: вокруг микроирригатора через 1-2 суток образуется слипание брюшины и образование канала, поэтому антибиотики не попадают в брюшную полость. Тем более что действие антибиотиков на объект идет путем всасывания его в кровь. Местное введение антибиотиков – это спорный момент.

По мнению большинства хирургов спайки, возникшие после глубокой травмы брюшинных покровов, вероятно, не рассасываются, а происходит их перестройка. Спайки, возникающие на фоне острого воспалительного процесса в каком-либо участке брюшной полости, у ряда лиц подвергаются обратному развитию.

О возможности рассасывания воспалительных спаек говорит факт рассасывания аппендикулярного инфильтрата. Если в период острого воспалительного процесса инфильтрированный сальник спаивается на большом протяжении с аппендиксом и прилежащими петлями кишок, то после рассасывания инфильтрата часто остаются очень небольшие спайки сальника с отростком, а все остальные спайки рассасываются. Из этих наблюдений сделали вывод, что в ближайший период после выздоровления от гнойного перитонита, есть смысл применять различные физиотерапевтические процедуры, вызывающие рассасывание спаек. Применение этих процедур в более позднем периоде, когда уже спайки сформированы, будет малообоснованно. Спаечный процесс развивается главным образом после операций, производимых в нижних отделах брюшной полости, и после аппендэктомий, что, по всей видимости, следует объяснить большей частотой этой операции. Чаще всего спаечный процесс после лапаротомии развивается у больных в возрасте 20-30 лет, поэтому показания к оперативному вмешательству в этом возрасте, особенно у женщин, должны ставиться весьма обоснованно. Напрасно произведенная аппендэктомия в этом возрасте, может дать развитие спаечной болезни. Поэтому профилактические аппендэктомии являются не обоснованными.

Развитие спаечной болезни в значительной степени зависит и от конституции организма. В некоторых случаях после одной лапаротомии развивается значительное количество спаек, в других случаях после ряда лапаротомий спайки не образуются.

Масштабы спаечного процесса могут быть разными от тотального до образования от-из основных причин здесь является острый гнойный перитонит. Хронический воспалительный процесс также может вызывать спаечный процесс. При остром гнойном перитоните в брюшной полости скапливается гной, париетальная брюшина (и особенно

висцеральная) резко набухает, делается отечной, поэтому мезотелий брюшины даже при действии небольшой травмы легко смещается, обнажаются глубже лежащие слои брюшины. Наличие воспалительного процесса в брюшной полости ведет к прекращению перистальтики, благодаря чему участки кишечных петель могут длительное время соприкасаться между собой и тем самым создавать условия для склеивания. Кроме того, откладывающийся фибрин также может вызывать склеивание.

Большой сальник («полицейский брюшной полости») прирастает к воспаленной брюшине петель, вызывая в дальнейшем образование тяжевых спаек. Сальник опутывает кишечные петли, что ведет к образованию конгломератов кишечных петель. Чаще всего при острых перитонитах спайки образуются в нижних отделах, так как экссудат скапливается именно там. В большинстве случаев, после разлитого гнойного перитонита наблюдается склеивание петель тонкой кишки между собой.

В образовании спаек большую роль играет сальник, который спаивается с туберкулезными бугорками на серозе кишечника, возникающие различного рода конгломераты кишечных петель дают повод к развитию ОКН, и при туберкулезном перитоните хирург иногда вынужден проводить хирургическое вмешательство по экстренным показаниям.

Лечебные препараты так же могут потенцировать образование спаек. Определенное значение имеет попадание мельчайшего порошка талька, который попадая на брюшину, ведет к образованию гранул на брюшине. В этом случае тальк оказывает не только механическое, но и химическое воздействие – в этих местах возникает асептический воспалительный процесс, имеющий хронический пролиферативный характер. Экспериментальные исследования показали, что после внесения талька в брюшную полость в ней развиваются широкие плоскостные спайки между сальником и париетальной брюшиной, а также плоские спайки между петлями тонкой кишки.

Хирурги должны всегда об этом помнить, так как в большинстве хирургических клиник при надевании перчаток широко пользуются тальком: никогда нельзя надевать перчатки вблизи операционного поля, надо менять перчатки, когда они рвутся. При наложении лигатур на сосуды, кишку и др. остается шовный материал, который является также инородным телом.

Вызывает повышение образования спаек введение в брюшную полость лекарственных средств. Раньше широко использовалась методика оставления

микроирригатора в брюшной полости для введения антибиотиков. Однако сейчас это считается не вполне целесообразным: вокруг микроирригатора через 1-2 суток образуется слипание брюшины и образование канала, поэтому антибиотики не попадают в брюшную полость. Тем более что действие антибиотиков на объект идет путем всасывания его в кровь. Местное введение антибиотиков – это спорный момент.

По мнению большинства хирургов спайки, возникшие после глубокой травмы брюшинных покровов, вероятно, не рассасываются, а происходит их перестройка. Спайки, возникающие на фоне острого воспалительного процесса в каком-либо участке брюшной полости, у ряда лиц подвергаются обратному развитию.

О возможности рассасывания воспалительных спаек говорит факт рассасывания аппендикулярного инфильтрата. Если в период острого воспалительного процесса инфильтрированный сальник спаивается на большом протяжении с аппендиксом и прилежащими петлями кишок, то после рассасывания инфильтрата часто остаются очень небольшие спайки сальника с отростком, а все остальные спайки рассасываются. Из этих наблюдений сделали вывод, что в ближайший период после выздоровления от гнойного перитонита, есть смысл применять различные физиотерапевтические процедуры, вызывающие рассасывание спаек. Применение этих процедур в более позднем периоде, когда уже спайки сформированы, будет малообоснованно. Спаечный процесс развивается главным образом после операций, производимых в нижних отделах брюшной полости, и после аппендэктомий, что, по всей видимости, следует объяснить большей частотой этой операции. Чаще всего спаечный процесс после лапаротомии развивается у больных в возрасте 20-30 лет, поэтому показания к оперативному вмешательству в этом возрасте, особенно у женщин, должны ставиться весьма обоснованно. Напрасно произведенная аппендэктомия в этом возрасте, может дать развитие спаечной болезни. Поэтому профилактические аппендэктомии являются не обоснованными.

Развитие спаечной болезни в значительной степени зависит и от конституции организма. В некоторых случаях после одной лапаротомии развивается значительное количество спаек, в других случаях после ряда лапаротомий спайки не образуются.

Масштабы спаечного процесса могут быть разными от тотального до образования отдельных тяжей, фиксированных в двух точках. Как правило, спаечный процесс больше выражен в зоне операции. Часто петли кишок припаиваются к послеоперационному

рубцу, или фиксируются к стенкам послеоперационного грыжевого мешка. Поэтому когда идет операция по поводу вентральной послеоперационной грыжи, особенно ущемленной, то здесь очень легко при раскрытии грыжевого мешка повредить раздутые петли кишок. Образовавшиеся в брюшной полости спайки, независимо от причины их возникновения, вызывают расстройство нормальной кишечной перистальтики, что приводит к затруднению опорожнения содержимого кишечных петель, обуславливает появление болевых ощущений в животе, возникновение запоров. Вздутие кишечных петель создает натяжение фиксированного сальника, что также дает повод к появлению болей. При натяжении спаек, имеющиеся в них нервы, также могут способствовать усилению болей. Иногда спайки создают перетяжку кишечной петли, и вызывают ОКН. Благодаря тому, что спаечный процесс может располагаться в различных участках брюшной полости, то вовлекаться в нее могут различные органы.

Современная профилактика спайкообразования включает в себя четыре направления. Первое направление включает в себя общие принципы профилактики спайкообразования: использование миниинвазивных технологий, тканесохраняющих хирургических техник; сокращение длительности операции, минимизация травматизации брюшины чрезмерным контактом, электрокоагуляцией; использование минимального количества инородного материала (шовный материал, сетки, лекарственные средства); орошение брюшины физиологическим раствором с целью уменьшения дегидратации мезотелия, использование увлажненного хирургического материала (марлевые салфетки, тампоны); удаление остаточных скоплений свободной жидкости из брюшной полости; соблюдение асептических условий работы, применение профилактических антибиотиков; использование латексных и неталькованных перчаток; контроль давления инсуффляции при лапароскопии на минимально возможных показателях. По данным Kumar S., Wong P.F., Bramparas G., Branco B.S. ушивание брюшины повышает риск спайкообразования. В связи с этим следует избегать отдельного ушивания брюшины при лапаротомии. Второе направление связано с выбором оперативного доступа в брюшную полость. По данным Schnuriger B., Bramparas G. частота развития спаечной острой тонкокишечной непроходимости при открытой холецистэктомии составляла 7,1 %, а при лапароскопической – 0,2, 9,5 и 4,3 % соответственно – при колэктомии, 15,6 % и 0 % – при тотальной гистерэктомии, 23,9 и 0 % – при операциях на яичниках. Но при аппендэктомии лапароскопически и открытым методом составили 1,3 % и 1,4 %.

Современные тенденции связаны с внедрением в широкую практику технологий доступа через естественные отверстия и единого лапароскопического доступа. В качестве механических барьеров профилактики спайкообразования используются, теоретически инертные материалы, которые предотвращают контакт между поврежденными серозными поверхностями в первые критические дни после операции, позволяют зажить поврежденным поверхностям по отдельности, могут помочь в предотвращении образования спаек. Различные биологические рассасывающиеся пленки или гели, плотные мембраны или препараты, создающие жидкостный барьер, исследовали в эксперименте и клинике. Гиалуроновая кислота карбоксиметилцеллюлоза (Seprafilm, «Сепрафилм») является безопасным препаратом в отношении системных или специфических осложнений, что было подтверждено во многих исследованиях, включая исследования безопасности с участием пациентов после абдоминальных или тазовых операций. Однако есть данные о большей частоте несостоятельности анастомозов в случаях, когда пленку размещали непосредственно вокруг анастомоза.

Z. Cohen и соавт. в проспективном мультицентровом исследовании рандомизировали 120 больных с колэктомией и илеоанальным пачуч-анастомозом на группу с использованием «Сепрафилма» и контрольную группу. Оценка исходов, проведенная лапароскопически слепым наблюдателем во время второй операции через 8-12 недель при закрытии илеостомии, включала такие критерии, как частота и тяжесть спаек. Использование «Сепрафилма» достоверно уменьшило частоту и тяжесть спаек. S. Kumar и соавт. В недавнем Кокрейновском обзоре 6 рандомизированных исследований негинекологических хирургических пациентов обнаружил, что «Сепрафилм» достоверно снижает частоту и распространенность спаек (средняя разница – 25,9 %). Хотя есть удовлетворительные доказательства класса 1 того, что «Сепрафилм» снижает частоту и тяжесть послеоперационных спаек, существует очень мало работ, в которых бы изучали влияние этого снижения на уменьшение частоты ОТНК. V. Fazio и соавт. в проспективном рандомизированном мультицентровом одинарном слепом исследовании пациентов с резекциями кишечника сравнивали две группы: с использованием «Сепрафилма» и без него. Не выявлено различий между группой «Сепрафилма» и контрольной группой в общей частоте ОТНК (12 и 12 %), однако частота эпизодов ОТНК, требовавших хирургического вмешательства, была достоверно ниже в группе «Сепрафилма» (1,8 и 3,4 %). Абсолютное уменьшение составило 1,6 %, относительное

улучшение – 47 %. Пошаговый мультивариантный анализ показал, что использование «Сепрафилма» было единственным независимым фактором уменьшения частоты ОТКН, требующим проведения операции. F. Kudo и соавт. В нерандомизированном исследовании 51 больного, подвергшегося трансабдоминальным операциям по поводу аневризмы аорты, проанализировали частоту ранней ОТКН у пациентов, которым был применен «Сепрафилм» у пациентов контрольной группы. Частота ранней ОТКН составляла 0 % в группе «Сепрафилм» и 20 % – в контрольной группе. В Голландском РКИ, включавшем 71 пациента, которым была выполнена операция Гартмана по поводу дивертикула сигмовидной кишки или обструктивного рака ректосигмоидного отдела. Пациентов разделили на тех, которым после лапаротомии была внутрибрюшинно размещена антиадгезивная мембрана под срединную линию и в таз, и контрольную группу. Частота спаек не отличалась достоверно между двумя группами, но тяжесть спаек была достоверно ниже в группе «Сепрафилма» как для срединного разреза, так и для тазовой области. Количество осложнений было исходным в обеих группах.

Окисленная регенерированная целлюлоза является механическим барьером, формирующим гелевое защитное покрытие, которое распадается и рассасывается в течение 2-х недель. Это средство исследовали во множестве проспективных РКИ при лапароскопических и открытых гинекологических операциях. Показаны его безопасность и эффективность в уменьшении количества спаек. Первое исследование было проспективным рандомизированным мультицентровым клиническим, в котором оценивали эффективность Interceed у человека в уменьшении количества спаек. Пациентам с бесплодием и двухсторонними спайками со стенками таза были обследованы во время лечебной лапароскопии и second-look лапароскопии с целью определить эффективность Interceed. Показано значительное уменьшение частоты, распространения и тяжести постхирургических тазовых спаек.

Были разработаны и протестированы различные биорассасывающиеся гели, но большинство из них не нашли применения или были отозваны с рынка по причине небезопасности или недостаточной эффективности.

SprayGel является распыляемым в виде спрея гидрогелем, который приклеивается к тканям на период 5-7 дней. Через несколько дней он гидроизолируется на водорастворимые молекулы и рассасывается. Безопасность SprayGel показана в нескольких гинекологических и колоректальных исследованиях. Хотя предварительные

клинические исследования показали его эффективность, большое исследование было остановлено из-за недостаточной эффективности. Жидкие препараты имеют преимущество по сравнению с механическими барьерами, поскольку теоретически могут покрывать больше потенциальных мест формирования спаек.

Наиболее изученным и единственным разрешенным американской FDA (Food and Drug Administration) жидкостным агентом для предотвращения спаек в лапароскопической хирургии является Adept – 4 % раствор икодекстрина. Adept используют как жидкость для ирригации во время операции, в конце операции 1000 мл раствора вводят и оставляют в брюшной полости. Жидкость, оставшаяся в брюшной полости, в течение нескольких дней, разделяет пораженные поверхности во время критического периода образования спаек. С. Brown и соавт. в мультицентровом проспективном рандомизированном двойном слепом исследовании сравнивали эффективность Adept и раствора Рингера лактата у женщин, подвергшихся гинекологическим лапароскопическим операциям для адгезиолизиса. Исследовали пациентов, которым проведена повторная лапароскопия в течение 4-8 недель. Установлено, что Adept более достоверно уменьшал количество спаек и улучшал показатели фертильности, чем Рингера лактат.

Работа над поиском системных препаратов для профилактики спаек не останавливается. Применение стероидов, нестероидных противовоспалительных средств, цитостатиков не показало ожидаемого клинического эффекта при неприемлемой частоте побочных эффектов. Обнадеживающие результаты получены при использовании альфалипоевой кислоты, витамина Е и селена, пчелиной пыльцы и меда.

Большие надежды возлагают на новые полимерные материалы, способные служить не только механическим барьером, но и носителем лекарственных субстанций с пролонгированным высвобождением их в брюшную полость.

Таким образом, увеличение числа оперативных вмешательств на органах брюшной полости и растущее количество осложнений спаечного генеза поставило перед хирургами проблему предупреждения образования послеоперационных спаек. Большинство применяемых в настоящее время методов профилактики спайкообразования недостаточно эффективны. Необходимо этиопатогенетический, индивидуальный подход к методикам профилактики развития и лечения спаечной болезни брюшины, что требует досконального изучения этиопатогенетических

процессов развития спаечной болезни брюшины, усовершенствования существующих способов и разработку новых комплексов лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, направленных на профилактику спайкообразования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агзамов Ф. М. Первичная профилактика спаечной болезни брюшины при операциях, выполняемых с использованием малоинвазивных технологий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Ф.М. Агзамов // Уфа - 2000. - 22 с.
2. 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.
3. Лечебно — диагностические аспекты острой спаечной тонкокишечной непроходимости / И.С. Малков, В.Л. Эминов, И.И. Хамзин, В.Н.Гараев // Каз. мед. журнал. — 2009. —Том 90, № 2. — С. 193 — 197.
4. Липатов В.А. Спаечная болезнь брюшины как полиэтиологическое мультифакториальное заболевание / В.А. Липатов, А.Д. Мясников. // Сб. матер. Российской науч. конфер. с междунар. участием «Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии»: в 2-х томах. — Курск: КГМУ, 2006. — Том 1. — С. 324-329.
5. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложнений абдоминальной хирургии / А.Г. Бебу-ришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц, Е.Е. Елистратова // Эндоскопическая хирургия. — 2006. — № 5. — С. 25-29.
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: Здоровоохранение 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. Новые технологии в профилактике спаечной болезни брюшной полости. / В. А. Ступин, Р.Р. Мударисов, С.В. Михайлузов [и др.] // «Эндоскопическая хирургия». — 2007. — № 1. — С. 86.

9. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины / И.А. Чекмазов/ – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 160 с.
10. 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.

MODERN ASPECTS OF PREVENTION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH PERITONEAL COMMISSURES DISEASE AND ITS COMPLICATIONS

Summary. In this paper the modern data of domestic and foreign literature about preventive measures and methods of treatment of patients with adhesive disease of the peritoneum. Due to the increasing number of surgical operations on the abdominal organs and the growing number of complications of adhesions genesis has set surgeons problem prevention of postoperative adhesions. Most of the currently used methods for the prevention and treatment of adhesions adhesive disease of the peritoneum are not adequate. Etiopathogenic and individual approach to the methods of treatment and prevention of adhesive disease of the peritoneum is needed, which requires a thorough study of the development of etiopathogenetic processes of development of peritoneal adhesive disease, improvement of existing methods and the development of new diagnostic and treatment facilities and preventive measures designed to prevent adhesions.

Key words: peritoneal adhesive disease, prevention, complications, treatment.