

**М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, В.И. ПАК, К.В. ЗАХАРЧЕНКО, А.М. МУСИНА, Б.Б.БАЙМАХАНОВ**  
 Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова  
 Кафедра Интернатуры и Резидентуры по хирургии

### К ПАТОГЕНЕЗУ СПАЕЧНОГО СИНДРОМА

Спаечный синдром следует рассматривать с позиций состояния кишечного пассажа: бессимптомного клинического проявления при отсутствии механического препятствия, частичного нарушения (перемежающая форма) и остро, при полном кишечном стазе. Анализ сравниваемых двух групп больных со спаечным синдромом с целью выяснения некоторых закономерностей развития спаечной болезни или спаечной кишечной непроходимости свидетельствуют, что спаечный синдром клинически развивается чаще в случаях более грубых морфологических изменений. При преимущественной локализации спаечного процесса в нижнем этаже брюшной полости и что он свойственен перенесённым в прошлом деструктивным оперативным вмешательствам.

- спаечный синдром;
- спаечная болезнь;
- спаечная кишечная непроходимость.

#### Актуальность и цель работы.

Проблема спаечного илеуса и спаечной болезни (иначе – спаечного синдрома) привлекает внимание многими положениями: трудностями своевременного распознавания заболевания и выбора оптимальной лечебной тактики. (1,3,4), необходимостью профилактики образования спаек (2,4,5) и прочие. Тем не менее, несмотря на общедоступность проблемы к изучению, наличие большого количества таких больных, невыясненными и спорными остаются вопросы теоретического плана, в том числе причины спайкообразования (2,3,4), патогенеза развития заболевания, дифференцировки спаечной кишечной непроходимости и спаечной болезни (4,5).

Настоящее исследование посвящено сравнительному анализу двух групп больных со спаечным синдромом с целью выяснения некоторых закономерностей развития спаечной болезни или спаечной кишечной непроходимости. Принципиальные отличия групп заключались в том, что в первой из них (114 человек), больные оперированы в связи с острой спаечной кишечной непроходимостью, а во второй (39 человек), обнаруженные спайки в брюшной полости оказались лишь случайной находкой.

#### Материалы и методы.

Параметры оценки включали: характер заболевания и объём ранее выполненного оперативного вмешательства, рентгенологические данные, отражающие пассаж кишечного содержимого, и особенности морфологических (визуальных) находок во время повторной лапаротомии.

Основные параметры (таблица) указывали на то, что у больных спаечным илеусом достоверно чаще выполнялись неотложные операции, причём последние, как правило, протекали с различными осложнениями в послеоперационном периоде (длительный парез, послеоперационный перитонит и пр.). Морфологические изменения при повторном вмешательстве в этой же группе больных характеризовались вовлечением преимущественно нижних отделов брюшной полости, оказывались более грубыми и всегда вовлекали петли тонких кишок.

Среди оперированных 114 больных у 23 человек клиника заболевания характеризовалась прогрессирующим кишечным стазом в течение 3-6 суток. При этом рентгеноконтрастное исследование в виде назначения «контрастных меток» или перорального приёма жидкого бария выявило в 14 из 19 случаев образование бариевого депо или группирование «контрастных меток». У больных второй группы (8 человек), где лапаротомия не сопровождалась устранением спаечного процесса, рентгенологически кишечного стаза в виде группирования «контрастных меток» или образования бариевого депо не выявлено.

Таблица 1 - Характеристика основных параметров спаечного илеуса и спаечной болезни, выраженные в %.

Показатели	Спаечный илеус (N = 114)	Спаечная болезнь (N = 39)
Операция в анамнезе:		
- плановая	18 – 15,8%	24 – 61,5%
- ургентная	96 – 84,2%	15 – 39,5%
Наличие воспалительных осложнений послеоперационного периода при первой лапаротомии	71 – 62,3%	8 – 20,5%
В анамнезе указания на периодические приступы в животе	102 – 89,5%	21 – 53,8%
Морфологические изменения в брюшной полости при повторной операции:		
- Вовлечение в спаечный процесс верхнего этажа брюшной полости	7 – 6,1%	22 – 56,4%
- Вовлечение в спаечный процесс нижнего этажа брюшной полости	107 – 93,9%	17 – 43,6%
- Спайки локализованные	87 – 76,3%	14 – 35,9%
- Вовлечение тонкокишечных петель	114 – 100%	26 – 66,7%
- Вовлечение сальника	43 – 37,7%	26 – 66,7%
- Наличие грубых спаек	111 – 97,4%	10 – 25,6%

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ибадильдин А.Е. Результаты лечения острой кишечной непроходимости. Научный журнал Министерства образования, культуры и здравоохранения. № 5. 1998 г. С.59-64.
- 2 Алиев. М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости. Монография.1996. Алматы. Билим. 256 стр.
- 3 Шальков Ю.Л. Жуловчинов М.У. Острая кишечная непроходимость – научные и практические аспекты. Монография. 2013. Харьков. Коллегиум. 182 стр.
- 4 Кобландин С.Н. Спаечная болезнь. Докторская диссертация. Алматы. 1994 г. 42-45 стр.
- 5 Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины. Монография 2008 г. 184 стр.

**Түйін:** Жабыспалық синдромды механикалық кедергілер болмаған кезде симптомсыз, клиникалық көріністерсіз жүретін, бөліктік бұзылыстармен (ауыспалы түрі) және ішектің толық стазы кезіндегі жедел түрде өтетін ішек шығарымының жағдайы тұрғысынан қарастыру керек. Жабыспалық аурудың немесе жабыспалы ішек өтімсіздігінің даму заңдылықтарын анықтау мақсатында жабыспалық синдроммен сырқаттанғандардың салыстыру топтарын талдағанда, жабыспалық синдром жиі анағұрлым күрделі құрылымдық өзгерістер кезінде көрініс беретіндігі анықталды. Жабыспаның қалыптасу үрдісі негізінен іш қуысының төменгі қабатында, деструктивті оперативтік араласулар жасалған науқастарға тән үрдіс.

- жабыспалық синдром;
- жабыспалық аурудың;
- жабыспалы ішек өтімсіздігі.

**Resume:** Adhesions syndrome should be considered from the standpoint of the state of the intestinal passage: asymptomatic clinical manifestations in the absence of mechanical obstruction, partial violations (intermittent form) and acute in full intestinal stasis. The analysis of two compared groups of patients with adhesions syndrome in order to clarify certain patterns of development of adhesive disease or adhesive intestinal obstruction show that adhesions syndrome clinically develops most often in the case of gross morphological changes. In the preferential localization of adhesions in the lower floor of the abdominal cavity and it is typical for destructive surgery in the past.

- adhesion syndrome;
- adhesive disease;
- adhesive intestinal obstruction.