

Бикметова Эльвира Рафинатовна – к.б.н., доцент кафедры биологической химии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: eh19202082@yandex.ru.

Аглетдинов Эдуард Феликсович – д.м.н., профессор кафедры биологической химии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трудности диагностики и лечения дефицита железа и железodefицитной анемии / Т.В. Казюкова [и др.] // Педиатрия. – 2013. – №3. – С. 39-45.
2. Тарасова, И.С. Профилактика дефицита железа – актуальная проблема здравоохранения всех стран мира / И.С. Тарасова, М.В. Чернова, А.Г. Румянцев // Гематология и трансфузиология. – 2009. – №2. – С. 31-38.
3. Шеплягина Л.А. Клиническое значение железа для детей / Л.А. Шеплягина, О.К. Нетребенко // Вопросы практической педиатрии. – 2011. – №4. – С. 51-54.
4. Энциклопедия клинических лабораторных тестов / под ред. Н. Тица: пер. с англ. – М.: Изд-во «Лабинформ», 1997. – 960 с.
5. Benoist B., Mc Lean E., Cogswell M. WHO global prevalence of anemia 1993-2005. – Geneva, 2008. – 40 p.
6. WHO. Serum ferritin concentrations for the assessment of iron status and iron deficiency in populations. Vitamin and mineral Nutrition information System. Geneva, 2011: http://www.who.int/vmnis/indicators/serum_ferritin_ru.pdf.

УДК 616.34-007272.274-036-11-084

© В.В. Плечев, П.Г. Корнилаев, Р.Р. Шавалеев, Р.З. Латыпов, Р.Р. Шавалеев (мл.), Т.Ш. Хакамов, 2014

В.В. Плечев, П.Г. Корнилаев, Р.Р. Шавалеев,
Р.З. Латыпов, Р.Р. Шавалеев (мл.), Т.Ш. Хакамов

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНЬЮ БРЮШИНЫ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В РОССИЙСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ПЛАСТИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Проведен анализ деятельности Российского федерального центра пластической абдоминальной хирургии за последние 5 лет. На основании опыта лечения более 2900 пациентов спаечной болезнью брюшины и послеоперационными вентральными грыжами разработаны и применяются в клинике новые методы диагностики, профилактики и хирургического лечения этой сложной патологии. Комплекс диагностических исследований, позволяющий надежно верифицировать локализацию и выраженность спаечного процесса, дает в ряде случаев возможность выполнить оперативное лечение с помощью эндоскопической техники. Предложены и использованы новые способы профилактики спаечных сращений при послеоперационных вентральных грыжах. Разработана классификация острой спаечной кишечной непроходимости, отражающая клинические проявления заболевания с учетом опыта лечения и реабилитации больных спаечной болезнью брюшины. Применение описанного подхода дает возможность значительно снизить процент послеоперационных осложнений и рецидив заболеваний, а именно более чем в 7 раз гнойно-воспалительных раневых осложнений, в 2,5 раза рецидива спаечной болезни брюшины и почти в 10 раз повтора послеоперационных вентральных грыж.

Ключевые слова: Российский Федеральный центр пластической абдоминальной хирургии, спаечная болезнь брюшины, послеоперационные вентральные грыжи, комплексный метод диагностики и лечения.

V.V. Pletchev, P.G. Kornilaev, R.R. Shavaleev,
R.Z. Latypov, R.R. Shavaleev (Jr.), T.Sh. Khakamov

THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PERITONEAL ADHESIONS AND POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS IN RUSSIAN FEDERAL CENTRE OF PLASTIC ABDOMINAL SURGERY

The authors analyze the work of Russian Federal Centre of Plastic Abdominal Surgery in the last 5 years. The treatment of 2900 patients with peritoneal adhesions and postoperative ventral hernias has given rise to new diagnostic techniques, preventive and surgical treatment of this complex pathology. A whole number of diagnostic tests enable to reliably verify the localization and intensity of the adhesive process, which offers a possibility, in a number of cases, to perform an endoscopic surgery. New ways of preventive treatment of peritoneal adhesions in conditions of postoperative ventral hernias are suggested. The authors make a classification of forms of acute adhesive intestinal obstruction showing the clinical manifestations of the disease with special consideration of the experience of the treatment and postoperative rehabilitation of patients with peritoneal adhesions. The suggested approach permits to cut substantially the rate of postoperative complications and disease recurrence: a 7-times decrease in pyo-inflammatory wound infections, a 2.5-times decrease in peritoneal adhesions, a nearly 10-times decrease in recurrence of post-surgical ventral hernias.

Key words: Russian Federal Centre of Plastic Abdominal Surgery, peritoneal adhesions, postoperative ventral hernias, comprehensive diagnostic and treatment method.

Спаечная болезнь брюшины (СББ) и послеоперационные вентральные грыжи (ПВГ) представляют одну из сложных и до конца не решенных актуальных проблем абдоминальной хирургии [1,4,10]. Значимость ее объясняется увеличением числа и объема операций,

выполняемых на органах брюшной полости [2,4,6,7,10]. Эти заболевания объединяют общие этиологические факторы, особенности патогенеза, клинических проявлений, принципы подхода к их хирургическому лечению [3,4,10]. Следует особо отметить, что при

ПВГ, сочетающихся в 75-87% случаев со спаечной болезнью брюшины, даже при адекватном грыжесечении, но без тщательного висцеролиза и мер профилактики повторные операции по поводу кишечной непроходимости в ближайшие 5 лет выполняются у каждого 6-го больного [4,6,7,10].

Материал и методы

В течение многих лет изучением этой сложной медицинской проблемы занимается кафедра госпитальной хирургии Башкирского государственного медицинского университета. По результатам выполненных исследований с целью совершенствования организации хирургической помощи больным спаечной болезнью брюшины и послеоперационными грыжами [4,6,7,10], внедрения в практическое здравоохранение новых методов диагностики, хирургического лечения и реабилитации этих пациентов на базе клиники были организованы и функционируют: Башкирский республиканский центр по лечению и реабилитации больных спаечной болезнью брюшины (1974 г.), а с 1996 года – Российский федеральный центр пластической абдоминальной хирургии. В режиме ежедневной работы проводятся консультации больных из городов и районов Республики Башкортостан и регионов России. Только за последние 5 лет в Центре проконсультировано более 1900 больных, получили стационарное лечение 947 пациентов, выполнено более 450 абдоминальных пластических операций.

Результаты и обсуждение

На основании этого опыта усилиями сотрудников клиники разработан и сформирован комплекс диагностических исследований, впервые внедрен ряд новых методов профилактики СББ, способов пластики ПВГ, усовершенствована и расширена с учетом патогенеза классификация спаечной болезни брюшины и послеоперационных вентральных грыж [4,6,7].

Нами разработана классификация острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН), отражающая клинические проявления заболевания с учетом опыта лечения и реабилитации больных спаечной болезнью брюшины [6].

Учитывая, что ОСКН сочетает в себе элементы динамической и механической непроходимости, а последняя в свою очередь обтурационной и странгуляционной, целесообразно разделить ее на эти виды в зависимости от преобладания того или иного компонента. Выделяются две основные формы: острая спаечная динамическая кишечная непроходимость (ОСДКН) и острая спаечная механическая кишечная непроходимость (ОСМКН).

Под первой следует понимать ОСКН, обусловленную функциональной перегрузкой желудочно-кишечного тракта при отсутствии полного перекрытия просвета кишечной трубки и развития выраженных нарушений брыжеечного кровообращения. Эта форма не требует экстренного оперативного лечения.

Под второй подразумевается ОСКН, возникшая на фоне полного перекрытия просвета кишки или выраженного нарушения ее кровоснабжения. В данном случае показано экстренное оперативное лечение. Учитывая разнообразный характер спаек и вызываемые ими различные по патогенезу проявления ОСМКН, целесообразно разделить последнюю еще на два вида: обтурационную (ОСОКН) и странгуляционную (ОССКН). Под обтурационной мы понимаем ОСКН, возникшую в результате спаечной деформации кишечника без нарушения кровообращения в брыжейке. Под странгуляционной – ОСКН, развившуюся вследствие сдавления брыжейки спайкой с нарушением кровотока. В обоих случаях показано экстренное оперативное лечение, но разделение их является правомерным, так как ОСОКН развивается и протекает более доброкачественно, и во время операции, как правило, не требуется резекции сегмента кишки. ОССКН, напротив, развивается стремительно, злокачественно, что приводит к быстрому развитию некроза и заканчивается резекцией кишечника.

На стадии обследования больных широко применяются методы ультразвуковой томографии [3] и рентгеноконтрастных исследований на фоне искусственного пневмоперитонеума, дополненные функциональными пробами с проведением пассажа бариевой взвеси вместе с рентгеноконтрастной капсулой (патент РФ №1424797) или пробой клетчаточной нагрузкой (патент РФ № 2151551) [4,6,7]. Большое значение придается оценке функционального состояния толстой кишки, для чего разработаны и используются ряд рентгенологических диагностических критериев, коэффициентов и проб, позволяющих планировать вид и объем хирургического вмешательства (патенты РФ № 2151550, № 2155536, № 2156105) [4,6,7,10]. Для выбора способа операции больным гигантскими ПВГ выполняется спирографическая оценка компенсаторных возможностей органов дыхания дозированной, рассчитанной на основе математической модели нагрузкой в бандаже с пневмопелотом (патент РФ № 2192670) [4,10].

Учитывая повторный характер операций в условиях "дремлющей" лигатурной и

рубцовой инфекции, с целью профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений, наряду с другими профилактическими приемами (патенты РФ № 2086266, № 2091059, № 2115370) [4,6,7] работами наших сотрудников обоснована необходимость применения при хирургическом лечении этой патологии шовного и трансплантационного материала, обладающего пролонгированным антибактериальным действием. Разработаны и внедрены в практику хирургических учреждений республики подобные материалы серии "Абактолат" (патенты РФ №1473147, № 2125469) [4,7,10].

При обширном спаечном процессе в брюшной полости с целью профилактики висцеро-париетальных спаек нами разработан и широко используется метод "пленочной защиты" (патент РФ № 1641287) [6,7], заключающийся в установке между брюшной стенкой и внутренними органами разобщающей удаляемой полимерной пленки. После извлечения ее на 4-5-й день после операции с целью продолжения принципа разобщения органов в брюшную полость вводится кислород. Однако в ситуации пластики грыжевых дефектов больших и огромных размеров традиционные методы профилактики СББ (введение кислорода и большого количества лечебных растворов) ведут к повышению внутрибрюшного давления и имеют существенные ограничения. Поэтому наиболее эффективным здесь является применение разобщающих полимерных и аллогенных пленок, денервации верхней брыжеечной артерии (патент РФ № 2169531) и субтотальной резекции большого сальника, что в совокупности надежно предотвращает спаечный процесс и способствует благоприятному течению послеоперационного периода [10].

В комплекс профилактики брюшинных спаек входит способ, осуществляемый с помощью несложного устройства, представляющего собой эластичный тяж, располагаемый поперек лапаротомной раны с выведенными на поверхность кожи и закрепленными обоими концами (патент РФ № 2150897) к его середине фиксирована длинная хирургическая нить, при подтягивании свободных концов которой происходит перемещение тяжа по всей длине внутренней поверхности шва, чем достигается разделение рыхлых, вновь формирующихся спаек [7].

При разделении массивного спаечного процесса образуются обширные десерозированные участки кишечника, исключаяющие выполнение перитонизации. Нами разработа-

на методика, в основу которой положен принцип энтеропликация по Ноблю, отличающийся тем, что уложенные петли располагаются впереди ободочной кишки и фиксируются отдельными швами к париетальной брюшине боковых каналов (патент РФ № 2159082). Это исключает образование грубых перегибов, затрудняющих пассаж кишечного содержимого, не нарушает брыжеечного кровотока и уменьшает вероятность развития странгуляционной кишечной непроходимости [7].

В последние годы, по мере накопления опыта активно развиваются лапароскопические методы адгиолизиса и профилактики спаечного процесса, причем используются как уже известные приемы, адаптированные к эндоскопической технике выполнения, так и вновь разрабатываемые минимально инвазивные оригинальные методики [3,13].

Наиболее перспективным, на наш взгляд, направлением в лечении ПВГ является использование дополнительных пластических материалов. Трансплантационная пластика в клинике выполняется под контролем интраоперационной тензометрии [4,8,9,10,11,13,14]. В случаях, когда показатель натяжения краев грыжевого дефекта составляет или превышает 3 кгс, в качестве укрепляющего материала в клинике широко используется эксплантат-сетка из антимикробных нитей «Абактолат» или ее композит с использованием остатков грыжевого мешка и медицинского клея "Сульфакрилат" (патенты РФ № 2126694, № 2144340) [4,10,12].

С целью профилактики спаечного процесса в зоне имплантации синтетического материала применяются укрывающие трансплантат со стороны брюшной полости лоскуты консервированной аллогенной брюшины, обладающие противомикробными и антиадгезивными свойствами в результате специальной обработки (патент РФ № 2240053) [9,10]. Данная методика адаптирована и для лапароскопической техники выполнения.

Заключение

В результате комплексного подхода к хирургическому лечению больных СББ и ПВГ на основе исследований и разработок, выполненных в Российском Федеральном центре пластической абдоминальной хирургии, отмечено снижение более чем в 7 раз гнойно-воспалительных раневых осложнений, в 2,5 раза рецидива спаечной болезни брюшины и почти в 10 раз повтора послеоперационных вентральных грыж.

Сведения об авторах статьи:

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)223-11-49.

Корнилаев Павел Григорьевич – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)223-11-49. E-mail: kornilaev@ufacom.ru.
Шавалеев Равиль Рашитович – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)223-11-49.
Латыпов Ринат Закирович – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)223-11-49.
Шавалеев Рафаэль Равилевич – к.м.н., врач-хирург клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450073, г. Уфа, ул. Шафиева, 2. Тел./факс: 8(347)223-11-49.
Хакамов Тагир Шамилович – врач-хирург клиники ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450073, г. Уфа, ул. Шафиева, 2. Тел./факс: 8(347)223-11-49.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гатауллин, Н.Г. Послеоперационная спаечная болезнь брюшины. – Уфа, 1978. – 160 с.
2. Варианты хирургического лечения боковых послеоперационных грыж живота комбинированным способом / В.И. Белоконов [и др.] // Хирургия. – 2002. – №6. – С.38-40.
3. Влияние способа аллопластики на результаты лечения послеоперационных вентральных грыж / Л.Е. Славин [и др.] // Вестник герниологии. – 2006. – № 2. – С. 171-176.
4. Корнилаев, П.Г. Хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Уфа, 1999. – 34 с.
5. Малоинвазивная технология в диагностике и лечении болевой формы спаечной болезни. / А.Г. Бебурашвили [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004. – №2. – С.38-40.
6. Пашков, С.А. Диагностика и хирургическое лечение больных острой спаечной кишечной непроходимостью: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Уфа, 2004. – 47 с.
7. Плечев, В.В. Спаечная болезнь брюшины / В.В. Плечев, В.М. Тимербулатов, Р.З. Латыпов. – Уфа: Издательство «Башкортостан», 1999. – 350 с.
8. Подолужный, В.И. Хронические серомы при наднапоневротическом расположении протеза у больных с грыжами живота / В.И. Подолужный, А.В. Кармадонов, А.А. Перминов // Вестник герниологии. – 2006. – № 2. – С. 155-157.
9. Хирургия грыж брюшной стенки с пластикой «Без натяжения» / В.А. Зотов [и др.] // Вестник герниологии. – 2006. – № 2. – С. 81-86.
10. Шавалеев, Р.Р. Комплексный метод диагностики, лечения и профилактики послеоперационных вентральных грыж, сочетанных со спаечной болезнью брюшины: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Уфа, 2005. – 50 с.
11. Clinical application of porcine small intestinal submucosa in the management of infected or potentially contaminated abdominal defects. / T. Ueno [et al.] // J Gastrointest Surg.-2004.-Vol.8, №1.-P.109-112.
12. Abdominal wall repair using human acellular dermal matrix: a follow-up study / E.I. Lee [et al.] // Am. J. Surg. – 2009. – Vol. 198, N 5. – P. 650-7.
13. Aguayo-Albasini, J.L. The labyrinth of composite prostheses in ventral hernias / J.L. Aguayo-Albasini, A. Moreno-Egea, J.A. Torralba-Martinez // Cirugia Esp. – 2009. – Vol. 86, N 3. – P. 139-46.
14. Fujita, T. Technical aspects of mesh repair for ventral hernia / T. Fujita // Am. J. Surg. – 2010. – Vol. 199, N 4. – P. 582.
15. Human peritoneal membrane controls adhesion formation and host tissue response following intra-abdominal placement in a porcine model / J. Jin [et al.] // J. Surg. Res. – 2009. – Vol. 156, N 2. – P. 297-304.

УДК 616-006.6:618.11
 © Л.В. Халикова, 2014

Л.В. Халикова
**СПОСОБЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ
 ПО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В ходе разработки способа прогнозирования течения рака яичников изучено прогностическое значение таких факторов, как образование и условия жизни пациенток, размеры большого сальника и их соотношение с антропометрическими показателями. Показано значение для прогноза таких факторов как образование пациенток и абсолютные и относительные размеры большого сальника.

Впервые для прогнозирования течения заболевания использованы методы интеллектуального анализа данных (искусственного интеллекта). Разработаны простые, но достоверные способы прогнозирования течения рака яичников – уравнения регрессии, алгоритм дерева решений и обобщенный портрет пациентки с благоприятным прогнозом.

Ключевые слова: рак яичников, большой сальник, прогноз.

L.V. Khalikova
**HOW TO PROGNOSTICATE OVARIAN CANCER COURSE
 ACCORDING TO CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL SIGNS**

While developing a method for ovarian cancer course prediction, the prognostic significance of such factors as educational background and living conditions of patients, the size of the greater omentum and their relationship with anthropometric indicators have been studied. The study shows values of absolute and relative sizes of the greater omentum and education of patients for prediction.

For the first time the methods of database mining (artificial intellect) have been used to predict the course of the disease. The result of the work is the development of simple but reliable methods for predicting the course of ovarian cancer – regression equation, tree algorithm, and a general portrait of the patient with a favorable prognosis.

Key words: ovarian cancer, the greater omentum, prognosis.