

траоперационном этапе наличия пилородуоденального стеноза. Больной был повторно оперирован в объеме трункулярной ваготомии и пилоропластики по Финнею. Пациент выздоровел.

В семи наблюдениях мы столкнулись с атипичным течением заболевания, а в одном у молодой пациентки с длительным язвенным анамнезом перфорация протекала бессимптомно, в связи с чем судить о сроках перфорации мы могли только по интраоперационной картине.

У больных с дуоденальными кровотечениями (10 человек, 7,8%), благодаря современным противоязвенным препаратам, удалось избежать экстренного или срочного оперативного лечения у подавляющего большинства. Два пациента с локализацией язвенного дефекта на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки были оперированы с применением лапароскопической техники на фоне сохраняющегося высокого риска рецидива кровотечения. Им выполнена трункулярная ваготомия и пилоропластика из мини-доступа по Финнею с прошиванием кровоточащей язвы. Интраоперационных и послеоперационных осложнений при этом не было.

Третью группу из 19 человек (14,7%) составили больные, оперированные в плановом порядке по поводу пилородуоденального стеноза. В семи случаях (36,8%) была выполнена лапароскопическая трункулярная ваготомия и пилоропластика из мини-лапаротомного доступа. При компенсированном пилоробульбарном стенозе противопоказаний к выполнению данного вида хирургического вмешательства мы не выявили.

Помимо описанных семи случаев, нами были предприняты еще две попытки лапароскопической ваготомии, которые завершились конверсией на традиционный доступ. Причиной в одном наблюдении послужило кровотечение из параэзофагеальной клетчатки, в другом – выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости у больного с перенесенным ранее деструктивным панкреатитом. Послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, лапароскопическая методика привлекательна своей малой травматичностью, благоприятным течением послеоперационного периода, ранней реабилитацией больных. Ее применение не лимитируется наличием в стационаре круглосуточной эндоскопической службы. Она может быть использована практически у всех пациентов с осложненным течением язвенной болезни. В дальнейшем мы планируем расширять показания к применению данных методик в нашем отделении.

МИНИ-ДОСТУП ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Г.И. Дряженков, А.М. Ярославская, Е.А. Воложаев
Ярославская государственная медицинская академия

Желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Традиционная холецистэктомия вытесняется лапароскопической холецистэктомией и холецистэктомией из мини-доступа. Стоимость оборудования для лапароскопической холецистэктомии ограничивает его приобретение для отделений с небольшим количеством операций. Ряд авторов отмечают отрицательное влияние повышенного давления в брюшной полости на сердечную и легочную системы.

Малотравматичный мини-доступ при визуальном контроле с использованием

инструментов компании «САН» расширяет число его сторонников. Имеются сообщения об использовании лапароскопических инструментов при мини-доступе.

В нашей клинике лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора при желчнокаменной болезни. За последние 6 лет проведено 3776 операций. Холецистэктомия из мини-доступа выполнена у 43 больных. В набор инструментов входят различной длины узкие печеночные зеркала с гнездом фиксатора для оптического световода диаметром в 4 мм, с помощью которых ассистент выполняет изменение геометрии обзора. Кроме того, мы применяем изготовленный нами коагуляционный крючок и укороченный (в заводских условиях) клипс-аппликатор. При манипуляциях в шеечно-холедохальной зоне необходим диссектор. Клипирование пузырной артерии и протока удобно в глубине узкого операционного поля. Применяется разрез брюшной стенки длиной 4-5 см над правой прямой мышцей с раздвиганием ее волокон.

Из 43 холецистэктомий в шести наблюдениях выполнены операции на гепатохоледохе (холедохотомия, холедохолитотомия), у трех из них операции завершены дренажом пузырного протока. Этот малый опыт операций на гепатохоледохе убеждает нас в том, что при подозрении на холедохолитиаз (клиника, данные УЗИ) мини-доступ удобен и тем, что свободно осуществляется антеградная холангиография, которая менее опасна для развития панкреатита, чем ретроградное исследование.

Постановка дренажа через пузырный проток не представляет сложности. В одном из наблюдений при холедохолитиазе с длительной желтухой после холедохолитотомии и холангиографии не было уверенности в отсутствии опухоли дистального отдела холедоха. Разрез был увеличен до 7 см, и выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. Рак исключен, через 7 дней больная выписана с дренажом холедоха.

Сложности при холецистэктомии, выполняемой из мини-доступа, встречаются такие же, как и при классическом способе. Это избыточная жировая клетчатка, «тяжелый сальник», высокое расположение печени. Техника выполнения операции требует от хирурга хороших топографических знаний, опыта операций на гепатохоледохе, четкой ориентации в чтении холангиограмм. Спаечный процесс после многочисленных лапаротомий и воспалительные изменения желчного пузыря не служат тревожными факторами при назначении холецистэктомии из мини-доступа, а наоборот, они являются показанием к ее выполнению.

Малый разрез легко переносится больным, пребывание в стационаре составляет 3-5 дней. С дренажом холедоха больные выписывались домой через 8-9 дней с последующей госпитализацией через 2-3 недели для контроля состояния гепатохоледоха и удаления дренажа.

Затраты на приобретение инструментов невелики. Холецистэктомия из мини-доступа с применением лапароскопических инструментов расширяет возможности операций на желчной системе как в плановой, так и в экстренной хирургии.

НЕЙРОСЕТЕВОЙ СКРИНИНГ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Есин, В.В. Осипов, И.Л. Памурзин, Н.Н. Поддубная
Красногорская городская больница № 1

Рак молочной железы занимает первое место в структуре злокачественных новообразований у женщин [3]. В последние десятилетия частота его неуклонно растет. Так, число заболевших в России увеличилось с 31,9 тыс. (1991 г.) до