

лочной железы имел лишь уровень эстрогена, который был повышен в 2,8 раза, занимая промежуточное положение между интактной ткани и тканью злокачественной опухоли. Если принять точку зрения сторонников положения о том, что узловатая форма фиброзно-кистозной мастопатии является факультативным предраком молочной железы, то очевиден путь нарушения метаболизма эстрогенов, заключающийся в усиленном локальном синтезе эстрогена и приводящий в дальнейшем к развитию неоплазмы.

Выводы. Патогенетическими моментами развития рака молочной железы является повышенный локальный синтез эстрогена с накоплением его метаболита 16 α -гидроксиэстрогена, обладающего более выраженной биологической активностью, при нарушении образования 2-гидроксиэстрогена и, как следствие, повышенное содержание эстрадиола. Вполне вероятно, что этот процесс вторичен, а первичным окажется нарушение активности ферментов превращения эстрогенов.

РАМНЫЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ РЕТРАКТОР: РАЗРАБОТКА И ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ

А.А. ВЛАСОВ

Онкологическое отделение БСМП, г. Шадринск

Актуальность. Создание хирургического инструментария является неотъемлемым и важнейшим разделом хирургии. Внедрение новых оперативных методов требует создания новых технических средств, обогащающих оснащение современных операционных. Несмотря на развитие малоинвазивных технологий в хирургии, остаётся актуальной необходимость развития и оптимизации открытых хирургических вмешательств. Для наилучшего доступа к оперируемому органу в абдоминальной онкохирургии используются различные виды ранорасширителей. Однако большинство из них не предоставляют достаточного пространства для манипуляций, не обеспечивают необходимого доступа, являются громоздкими и неудобными в обращении.

Цель исследования. Разработка новой модели абдоминального ранорасширителя, позволяющего ликвидировать большинство недостатков ранее используемых образцов.

Материал и методы. Разработанный и созданный нами рамный абдоминальный ретрактор (РАР) содержит восьмигранную раму. РАР устанавливается посредством кинематической пары, состоящей из двух стоек и двух трубиц, расположенных, относительно друг друга, по диагонали. Стойки в стубицах имеют возможность перемещения по высоте и закрепляются на кронштейне операционного стола посредством винтов. Конструкция трубицы такова, что она

может устанавливаться на операционные столы различных моделей. РАР имеет 3 типа ретракционных пластин, отличающихся по длине, которые подвижным соединением закреплены на раме узлом крепления. Лопатки, различные по размеру и форме, закреплены на ретракционных пластинах. Конструкция обеспечивает перемещение ретракционных пластин-лопаток в трех плоскостях, а также ликвидирует большинство недостатков ранее используемых образцов: наличие трудноустанавливаемых узлов, невозможность перемещения ретракционных лопаток в различных плоскостях, неудобство фиксации или полное отсутствие крепления ранорасширителя к операционному столу, невозможность перемещения краев раны друг относительно друга в пределах рамы. Детали РАР изготовлены из химически и биологически инертного материала – титанового сплава ВТ-1, обработаны методом электрополировки и имеют матовую, антибликовую поверхность.

Результаты. Рамный абдоминальный ретрактор предназначен для использования во время операций на брюшной полости и забрюшинного пространства. Крепление стоек к операционному столу нами производилось до лапаротомии. После выполнения лапаротомии устанавливали раму и подбирали необходимые ретракционные лопатки, которые после фиксировались к ней. Длина кожного разреза

варьировала в пределах 6–34 см. Спектр операций, выполненных с применением устройства: при раке желудка – гастрэктомия, субтотальная резекция; толстой кишки – гемиколэктомия, субтотальная колэктомия, передняя резекция, брюшно-промежностная экстирпация; яичников, матки – гистерэктомия, овариэктомия и опухолях забрюшинного пространства – лимфаденэктомия, нефрэктомия.

Выводы. Конструкция предложенного рам-

ного абдоминального ретрактора позволяет уменьшить недостатки ранее используемых моделей за счёт возможности перемещения ретракторных лопаток в различных плоскостях и надёжной фиксации к операционным столам различных модификаций. Использование ранорасширителя при вмешательствах на органах брюшной полости и забрюшинного пространства дает хорошую визуализацию лапаротомной раны и облегчает работу хирурга.

ОДНОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

А.А. ВЛАСОВ

Онкологическое отделение БСМП, г. Шадринск

Актуальность. Вопросы лечения опухолевой непроходимости левой половины толстой кишки по-прежнему остаются дискуссионными. Отсутствуют единые взгляды на выбор рационального объема оперативного вмешательства и способа его завершения. Большая частота осложнений, высокие показатели послеоперационной летальности и проблемы медико-социальной реабилитации стомированных больных диктуют необходимость улучшения результатов лечения толстокишечной непроходимости, вызванной опухолями левой половины.

Цель исследования – изучить результаты хирургического лечения после выполнения экстренных субтотальных колэктомий с формированием первичного компрессионного анастомоза.

Материалы и методы. С 2005 по 2010 г. на базе онкологического отделения БСМП г. Шадринска проведено 19 субтотальных колэктомий, выполненных в экстренном порядке по поводу декомпенсированной опухолевой толстокишечной непроходимости. Мужчин было 7 (36,8 %), женщин – 12 (63,2 %). Возраст больных колебался от 53 до 84 лет. Средний возраст – $63,7 \pm 3,1$ года. У 5 (26,3 %) пациентов выявлена II стадия заболевания, у 12 (63,2 %) – III и у 2 (10,5 %) – IV. Субтотальные колэктомии были выполнены при наличии тензиальных разрывов, ишемических и трофических нарушений стенки ободочной киш-

ки, а также при синхронном раке. У 7 (36,8 %) пациентов были проведены мультвисцеральные операции, с резекцией или удалением соседних с ободочной кишкой органов, таких как почка, мочевого пузыря, яичник, поджелудочная железа и селезенка. Тонко-толстокишечные анастомозы формировали при помощи компрессионных устройств УЗГ и КСК. Всем больным выполнены оперативные вмешательства в объеме «полной мезоколонэктомии».

Результаты. В раннем послеоперационном периоде отмечена 1 (5,3 %) несостоятельность анастомоза, которая была купирована консервативно. В 1 (5,3 %) случае зафиксирован летальный исход от сердечно-легочной недостаточности. Полихимиотерапия была проведена 16 (84,2%) пациентам, по схемам FOLFOX или XELOX. В отдаленные сроки у 2 (11,1 %) больных отмечены явления инконтиненции.

Выводы. Преимуществами методики являются: онкологическая радикальность, удаление опухоли и предупреждение возможных послеоперационных осложнений, связанных с илеусом – интоксикации и перфорации. Расширение объема лимфодиссекции до полной мезоколонэктомии не приводит к увеличению числа осложнений. Формирование первичного компрессионного тонко-толстокишечного анастомоза гарантирует надежное восстановление непрерывности кишечника.