

полняются атравматическим, рассасывающимся шовным материалом: ПДС, максон, викрил, дексон. Всем больным выполняется лимфодиссекция заднего средостения и лимфодиссекция верхнего тажа брюшной полости в объеме Д2. Дренирование плевральной полости производится в течение 3-4 дней.

За 2 года выполнено 11 операций. Из них 8 чрезплевральных резекций и 3 операции Гарлока.

Послеоперационная летальность составила 18% (2 случая). Причиной смерти послужили: несостоятельность швов зофагогастроанастомоза в одном случае и ТЭЛА в другом случае.

Количество послеоперационных осложнений составило 36% (4 случая). Их характер и количество следующие: несостоятельность швов зофагогастроанастомоза - 18% (2 случая), ТЭЛА - 9% (1 случай), нагноение послеоперационного шва - 9% (1 случай).

Первый случай несостоятельности швов анастомоза возник после операции Гарлока (проявил себя при рентгеновском контроле слепым нитевидным затеком) велся консервативно и был излечен. Во втором случае у больного после чрезплевральной резекции пищевода наступил краевой некроз части трансплантата с возникновением затека в правую плевральную полость, по поводу чего была сделана реторакотомия с ушиванием дефекта анастомоза. Но через 3 суток вновь возникла несостоятельность швов анастомоза. Был сформирован наружный пищеводно-плевральный свищ, и проводилась консервативная терапия в течение 4 месяцев, после чего наступила смерть пациента.

Гистологическое строение удаленных опухолей следующее: плоскоклеточный рак - 9, аденокарцинома - 2.

КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**В.А. Козлов, И.В. Козлов, Е.Б. Головки,
В.О. Ильюк, А.А. Шакмаков, Д.О. Праздничков**

Уральская государственная медицинская академия,
Центр экспериментальной и клинической хирургии, г. Екатеринбург,
Лаборатория медицинского инструментария и криотехнологий ИФМ УрОРАН

Последние десятилетия характеризуются поиском наиболее щадящих методов хирургического лечения. Одним из таких направлений является использование низких температур. Созданы аппараты с криозондами, которые можно вводить под контролем ультразвука. Широкое применение их в клинике сдерживается высокой стоимостью аппаратуры. Нами с 1984г. ведутся экспериментальные и клинические исследования по разработке доступной аппаратуры и возможностей применения криоаппаратуры и криодеструкции при лечении различных заболеваний, в том числе и при онкопатологии.

Область применения криотехнологий довольно широка. Это, прежде всего, новообразования кожи. Интерес в том разделе представляет использование криовоздействия у 2-х больных с раком кожи, когда из-за величины опухоли хирургическое удаление ее не представлялось возможным. При том путем многократного применения криодеструкции удалось значительно уменьшить размеры опухоли и провести радикальное хирургическое лечение.

Перспективным является использование криодеструкции при хирургическом лечении онкозаболеваний органов пищеварительного тракта, когда опухоль прорастает в жизненно-важные сосудистые образования или когда там имеются трудноудаляемые лимфатические узлы. Возможность криодеструкции новообразований, пенетрирующих в сосуды, объясняется высокой устойчивостью сосудов к воздействию низких температур.

Криодеструкция использована нами как паллиативный метод лечения рака поджелудочной железы при лапароскопической открытой бурсооментоскопии.

Метод широко применяется при неудаляемых метастазах в печень. В этом отношении, как нам кажется, представляет интерес предложенная нами динамическая криодеструкция.

Приведем пример. В ноябре 1996 г. поступила больная С. 1941 г. рождения для оперативного лечения по поводу рака толстой кишки. 20 ноября 1996 года в плановом порядке произведена операция - гемиколэктомия слева. Выписка из протокола операции: Средняя срединная лапаротомия. На диафрагмальной поверхности правой доли печени белесоватое подкапсульное образование с неровной поверхностью размером 5x7 см, мягкое. Метастаз в печень. В левой трети поперечной кишки циркулярная опухоль протяженностью 6 см, просвет кишки не определяется. Диагноз: Рак поперечной кишки T4 N1 M+ P4 G1. "М" печени. Других метастазов не обнаружено. Произведена гемиколэктомия слева. Биопсия из образования печени и тампон к метастазу. Срединная рана ушита. Препарат: ободочная кишка левая половина и метастаз печени. Гистология 4088: дифференцированная аденокарцинома толстой кишки с прорастанием в мышечный слой. В линии резекции роста опухоли нет. Метастаз аденокарциномы. 5 ноября 1996 г. произведена криодеструкция "М" печени. Протокол операции: Удален тампон в правом подреберье. Дном раны является плотное сероватое образование правой доли печени. Произведена криодеструкция этого образования по разработанной нами технологии. Больная выписана под наблюдение хирурга, онколога по месту жительства.

16 января 1998 года (через 2 года, на фоне химиотерапии) на контрольном УЗИ выявлены 2 близкорасположенных метастатических узла в левой доле печени 1,3 см и 1,8 см в диаметре. При неоднократном УЗИ-контроле состояния ткани правой доли печени патологических изменений нет. 20 февраля 1998 г. произведена минилапаротомия и криодеструкция метастатических узлов печени после повторного УЗИ. Протокол операции: разрез 6 см в проекции метастазов левой доли печени. 1 узел 2,5 см – видна его часть около круглой связки печени, 2 узел 7 см в диаметре – расположен внутривнутрипеченочно. Криодеструкция: по нашей методике. Взята биопсия из узла. Гистология № 658: метастаз аденокарциномы толстой кишки. 2 марта 1998 г. произведена повторная (динамическая) криодеструкция узла. Протокол операции: удалены тампоны. В зонах, где была криодеструкция, убедительно опухолевидные образования не определяются. Произведена криодеструкция этих зон повторно из 3 точек по 2 минуты в каждой точке.

На УЗИ 5 марта 1998 г. отмечается значительная редукция новообразования. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога амбулаторной службы. При контрольном сонографическом исследовании печени в октябре 1998 и феврале 1999 г. ткань печени без очаговых образований. Наблюдая за течением изменений в метастазах печени после криодеструкции, первоначально мы считали, что это результат некроза после воздействия низких температур. Проведя расчеты по термодинамике в зоне криовоздействия, мы пришли к выводу, что при такой большой величине метастазов мы не могли вызвать некроз на всем протяжении опухоли. Однако она перестала определяться при сонографии. Видимо, в результате криовоздействия включаются какие-то другие механизмы, направленные на рассасывание опухоли. На наш взгляд, это исключительно важное и далеко идущее предположение. Кроме того, следует отметить, что не в одном из случаев не возникло отторжения или абсцедирования ткани печени. Это также следует учитывать при лапароскопических вмешательствах и особенно при выполнении криовоздействия в глубине ткани печени. Таким образом, использование криовоздействия при метастазах колоректального рака в печень открывает новые возможности в лечении этой патологии.

В 1988 г. мы разработали лапароскопический метод криоовариоэктомии при гормонозависимых опухолях молочной железы.

С 1999 г. у 24 больных с доброкачественными опухолями матки при органосохраняющих операциях нами применяется криодеструкция. У части пациентов криовоздействие использовалось как самостоятельный способ лечения, в остальных случаях как дополнение к

миомэктомии для профилактики рецидива заболевания. При длительном наблюдении женщин в послеоперационном периоде осложнений не выявлено, отмечалось исчезновение болей, улучшение общего состояния, нормализация менструальной функции. В некоторых случаях, когда миома матки являлась причиной бесплодия, наступала желаемая беременность.

Благодаря наличию лаборатории медицинского инструментария и криотехнологий ИФМ УрО РАН разработан, изготовлен и внедрен в клинику надежный простой и доступный по цене инструментарий для криовоздействия, который может использоваться при традиционных доступах, минилапаротомиях и лапароскопических доступах.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОТКРЫТАЯ БУРСОМЕНТОСТОМИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.В. Козлов, Е.Б. Головки

Уральская государственная медицинская академия,
Центр экспериментальной и клинической хирургии, г. Екатеринбург,
Лаборатория медицинского инструментария и криотехнологий ИФМ УрОРАН

Несмотря на использование при опухолях желудка и особенно поджелудочной железы таких высокоинформативных методов диагностики как фиброгастроскопия, ультрасонография и компьютерная томография не всегда удается определить характер образования и наличие метастазов. В части случаев из-за невозможности непосредственного осмотра поджелудочной железы нельзя решить возникающие вопросы и при лапароскопии. С 70х годов начинаются поиски способа непосредственного осмотра поджелудочной железы. Разрабатывается 3 доступа:

1. супрагастральный без перфорации малого сальника (J. Meyer – Burg, 1972);
2. инфрагастральная панкреатоскопия (H. Ishida et al., 1973);
3. супрагастральная панкреатоскопия с перфорацией малого сальника (M. Strauch et al., 1981).

Однако эти доступы сложны, чреваты опасностью серьезных осложнений и недостаточно информативны (R. Ottenjan, 1977; K. Beck, 1980; G. Dagainic, 1980), при них практически невозможно применение прямых вмешательств в малой сальниковой сумке. В 1984 году С.А. Чарукчаном при онкологических заболеваниях органов сальниковой сумки и в нашей клинике при онкологической патологии и панкреатитах разработана и применена закрытая бурсоментостомия. После прокола желудочно-ободочной связки троакаром и создания бурсоментоперитонеума вводится лапароскоп для осмотра сальниковой сумки. Вскоре мы отказались от этого способа из-за его многочисленных недостатков: не всегда удается герметизировать малую сальниковую сумку и создать напряженный бурсоментопневмоперитонеум; Для введения дополнительных инструментов в полость малого сальника необходимы дополнительные проколы в желудочно-ободочной связке с последующей герметизацией ее китсетным швом вокруг введенного инструмента. Все это делает невозможным проведение многочисленных и лечебных манипуляций на поджелудочной железе и органах сальниковой сумки.

Это заставило нас в 1985г полностью перейти к способу, разработанному и названному нами лапароскопической открытой бурсоментоскопией. Техника открытой бурсоментоскопии: лапароскопия с широким использованием осмотра в различных латеропозициях. Через разрез брюшной стенки 3 см, проводимый в первом сегменте левой прямой мышцы живота, отступая на 1 см от средней линии, в рану выводится желудок с бессосудистым участком желудочно-ободочной связки. После рассечения последнего проникают в полость малой сальниковой сумки. Расправление стенок сальниковой сумки осуществляется специаль-