

гида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК). Для оценки влияния фитопленки на состояние антиоксидантной системы организма при повреждении тканей пародонта активность каталазы, супероксиддисмутазы (СОД) и содержание восстановленного глутатиона в крови.

Результаты исследований показали, что на 3, 7 и 14 суток опыта у животных контрольной группы наблюдается активация процессов перекисного окисления липидов: содержание МДА увеличивается 1,9; 3,3 и 4,0 раза, концентрация ДК в 1,4; 2,4 и 3,4 раза соответственно по сравнению с таковыми показателями у животных контрольной группы. Интенсификация процессов перекисного окисления липидов сопровождается снижением активности антиоксидантных ферментов: каталазы и СОД, содержания восстановленного глутатиона по сравнению с таковыми у животных интактной группы во все сроки наблюдения.

Применение фитопленки «Хастапен» у животных на фоне повреждения тканей пародонта, вызывает ингибирование процессов перекисного окисления липидов и повышение антиоксидантного статуса организма. Так, у животных опытной группы, на 3, 7 и 14 суток опыта содержание МДА снижается на 28, 32 и 24 %, а концентрация ДК — на 24, 38 и 30 % соответственно и активность каталазы повышается в 1,2; 1,6 и 1,9 раза, СОД — в 1,4; 1,5 и 1,4 раза и содержание восстановленного глутатиона — на 10, 23 и 28 % соответственно по сравнению с таковыми показателями у животных контрольной группы.

Таким образом, фитопленка «Хастапен» ингибирует процессы перекисного окисления липидов и активирует антиоксидантную систему организма при повреждении тканей пародонта, что обусловлено высоким содержанием в сухом экстракте какалии копьевидной аскорбиновой кислоты, флавоноидов и других биологически активных веществ.

И.А. Белоус

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ IV СТАДИИ

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (Северск)

ЦЕЛЬ

Разработать новый способ хирургического лечения больных с ахалазией кардии IV ст., позволяющий снизить число осложнений в раннем послеоперационном периоде, связанных с традиционными способами хирургического лечения ахалазии кардии IV ст.: гнойно-септических процессов средостения, гипотонии желудка, гастроэзофагеального рефлюкса, а также позволяющий восстановить качество жизни больных в отдаленные сроки после операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали больные с диагнозом ахалазии кардии IV ст. верифицированным по данным рентгенологического исследования, эзофагеальной манометрии, трансабдоминальной и эндоскопической ультрасонографии. Разработан собственный метод хирургического лечения, позволяющий снизить число осложнений в раннем послеоперационном периоде и улучшить качество жизни пациентов в отдаленные сроки. После верхнесрединной лапаротомии формируют изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка шириной 22 — 25 мм с сохранением желудочно-сальниковой артерии. При формировании пищевода выполняется селективная проксимальная ваготомия, сохраняющая иннервацию антрального отдела желудка, что положительно сказывается на моторно-эвакуаторной функции всего трансплантата. Абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити держалки, подшивается к ножкам сухожильной части диафрагмы, затем отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 — 2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудиноключично — сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями — держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5 — 2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистую прошивают аппаратом УО — 40. На передней стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела пищевода формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного отдела пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити — держалки удаляют слизистую и под-

слизистую оболочку пищевода, выворачивая их в виде чулка в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода. Послеоперационное наблюдение осуществляли с помощью рентгенологического, эндоскопического, ультрасонографического и манометрического исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Предложенным способом в клинике прооперировано 7 пациентов: двое мужчин и пять женщин в возрасте от 42 до 59 лет. В послеоперационном периоде гнойно-септических осложнений не выявлено ни у одного пациента. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $10,5 \pm 2,7$ суток. Осложнений, связанных с методикой выполнения операции, не было. Все пациенты осмотрены в сроки от 1,0 мес. до 5 лет после операции, выполнялись рентгенологическое, эндоскопическое, манометрическое, ультрасонографическое исследования. Рецидивов заболевания не выявлено ни у одного пациента. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к работе по специальности.

ВЫВОДЫ

Разработанный способ хирургического лечения при ахалазии кардии IV степени, заключающийся в демуккозации, формировании «искусственного пищевода» из большой кривизны желудка, позволяет избежать послеоперационных осложнений угрожающих жизни пациента и способствует восстановлению качества жизни больных в отдаленные сроки после оперативного лечения.

С.С. Бушнин

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ МЕТОДОМ «ПРОБКИ»

Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

В последнее время в разных областях хирургии все более твердые позиции занимают малоинвазивные технологии, в том числе и лапароскопические. В лечении паховых грыж этот метод применяется уже более 15 лет. Наряду с преимуществами данной методики существует ряд проблем: высокая сложность операций, осложнения, рецидивы.

Целью нашего исследования является улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения больных с паховыми грыжами.

Мы предлагаем новую методику лапароскопического лечения паховых грыж методом «пробки». Данный подход с успехом применяется при лечении паховых грыж традиционным «передним» доступом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике оперированы первые восемь пациентов по нашей методике. Суть метода: под контролем видеолапароскопа в области грыжевых ворот и внутреннего пахового кольца рассекается париетальная брюшина и визуализируются важнейшие анатомические образования и ориентиры (внутреннее паховое кольцо, семявыносящий проток и сосуды семенного канатика, подвздошные сосуды, паховая и куперовская (гребешковая) связки, подвздошно-лонный тракт, внутренние эпигастральные сосуды, «роковой» треугольник и треугольник боли). Далее производится мобилизация грыжевого мешка, его вправление в брюшную полость, уточняется содержимое грыжевого мешка. Затем выполняется ревизия пахового канала инструментом — «gold finger» («золотой палец»). Далее в паховый канал этим же инструментом вводится свернутый в виде волана имплант ПТФЭ, размер последнего подбирается по данным предоперационного УЗИ пахового канала. Далее выполняется фиксация концов импланта одним-двумя швами к паховой связке и(или) подвздошно-лонному тракту и аппроксимация концов рассеченной брюшины.

Ближайшие результаты: все пациенты выписаны на 3 — 4 сутки после операции, ближайшие осложнения — умеренный болевой синдром в области пахового канала, который самостоятельно купировался на 1 — 3 сутки.

Планируется дальнейшее совершенствование метода, отслеживание отдаленных результатов.