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 демукозации, 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 расеченной 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.