

пептической стриктуре пищевода. В одном случае – симультанная холецистэктомия.

Следует отметить, что все больные при обращении были в состоянии кахексии. У всех больных с ахалазией кардии в анамнезе была аспирационная пневмония. В 2-х случаях ранее перенесенная эзофагокардиомиотомия с фундопликацией по Дору в 2004 г.

При рубцовых стриктурах на первом этапе были выполнены лапароскопические гастростомии стеблем из малой кривизны желудка.

При выполнении лапароскопического этапа операции выполнялась мобилизация желудка, транسخиатальная мобилизация пищевода до верхнегрудного отдела пищевода, включая бифуркацию трахеи. При раке - с лимфодиссекцией зоны по принятым онкологическим стандартам ниже и выше диафрагмы. Формирование желудочного стебля из большой кривизны выполнялось с ее иссечением, так чтобы желудочная трубка являлась продолжением пищевода. Препараты - малая кривизна желудка с лимфатическим аппаратом зоны чревного ствола и большой сальник удалялись через место введения 12 мм лапаропорта. Затем выполнялась колотомия, выделение шейного и верхнегрудного отделов пищевода, иссечение пищевода с кардиальным отделом желудка и формирование желудочного анастомоза на шее.

Результаты. Осложнения отмечены у 2 больных. В одном случае (больной оперированный по поводу рака шейного отдела пищевода) – лимфоррея в правую плевральную полость в течение 10 суток. Осложнение ликвидировано после релапароскопии с прошиванием лимфатической цистерны. У одного больного – ограниченный некроз желудочного трансплантата на шее с формированием желудочного свища, самопроизвольно зажившего в течение 3-х недель после операции.

Среднее время операции – 5 ч 15м. При отсутствии осложнений больные (9) выписывались из стационара на 8-е сутки.

Заключение. К преимуществам лапароскопического транسخиатального доступа относятся четкость визуализации, хороший контроль гемостаза, малый травматизм и ранняя активизация больных после операции. Целесообразно выполнять лапароскопическую транسخиатальную экстирпацию пищевода с одномоментной гастропластикой при доброкачественной патологии, при раке шейного отдела пищевода, при отсутствии распространения опухоли грудного отдела за пределы стенки пищевода у ослабленных больных.

**Аллахвердян А.С., Мазурин В.С., Фролов А.В.,
Воленко И.А.**

ГБУЗ МО «Московский областной
научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф. Владимирского»,
г. Москва, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТРАНСХИАТАЛЬНАЯ ЭКСТИРПАЦИЯ ПИЩЕВОДА БЕЗ МИНИЛАПАРОТОМИИ.

Актуальность – оценка возможностей и целесообразности выполнения лапароскопической транسخиатальной экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой при различной патологии.

Материалы и методы. Лапароскопическая транسخиатальная экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой была выполнена 10 больным: в 5-ти случаях при ахалазии кардии; в 2 – при раке пищевода, в 2 – при послеожоговых рубцовых стриктурах; в 1 – при