

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При традиционной холецистэктомии гораздо предпочтительнее удалять пузырь от дна. Особенно это касается молодых хирургов. При данном способе число повреждений холедоха практически равно нулю.

При лапароскопической холецистэктомии в случае обнаружения плотного инфильтрата в области шейки пузыря, неясной анатомии гепатодуоденальной зоны лучше перейти на широкую лапаротомию.

При полном повреждении гепатикохоледоха операцией выбора является наложение гепатикоеюно-анастомоза на отключенной по Брауну или Ру петле. Для повышения надежности анастомоза предпочитаем гепатикоеюноанастомоз в модификации Benjamin.

При повреждении холедоха во время операции, когда нет соответствующих условий для наложения первичного анастомоза, мы предпочитали наружное дренирование холедоха с последующей отсроченной (через 3–4 месяца) реконструктивной операцией.

Для предотвращения повреждения желчных протоков при холецистэктомии необходимо соблюдать ряд правил: при возникновении сложностей во время операции необходимо добиться хорошего обзора за счет увеличения разреза; до пересечения пузырного протока нужно видеть не только холедох, но и обязательно общий печеночный проток; при кровотечении нельзя накладывать вслепую кровоснабжающий зажим, а нужно пережать печеночно-двенадцатиперстную связку, осушить рану и, ослабляя пережатие связки, зафиксировать место повреждения сосуда.

Т.А. Вихерт, А.М. Зудин, О.Ю. Атьков

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ

Центральная Клиническая Больница им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (Москва)

Цель работы: оценить диагностические возможности ультразвукового дуплексного сканирования, примененного у пациентов с окклюзионно-стенозическими заболеваниями периферических артерий во время планирования эндоваскулярных вмешательств, во время и после их проведения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 52 пациента в возрасте 51–79 лет (средний возраст $59 \pm 6,15$ года). Мужчин было 43 (83 %), женщин — 9 (17 %). Всем больным выполнялось дуплексное сканирование периферических артерий на аппарате Унисон 2-03 (Россия) с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц во время эндоваскулярных вмешательств, до и после. Для качественной оценки положения, локализации и структурных особенностей стента использовали В-режим, для оценки его проходимости применяли режим цветового доплеровского картирования в сочетании с данными спектра доплеровского сдвига частот.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 34 (65 %) пациентов было выявлено стеноокклюзирующее поражение сонных артерий, у 18 (35 %) — поражение бедренно-подколенного сегмента. До проведения эндоваскулярных вмешательств на сонных артериях при дуплексном сканировании регистрировалось линейная скорость кровотока от 1,0–1,2 см/с у 14 (41 %) пациентов, от 1,2–3,0 см/с у 20 (59 %) пациентов. Во время установки стента с его последующей дилатацией регистрировалось снижение линейной скорости кровотока от 1,0–1,2 м/с в 20 (59 %) наблюдениях, от 0,7–1,0 см/с в 14 (41 %) наблюдениях.

В ближайший послеоперационный период после эндоваскулярного вмешательства (1-е сутки) отмечалось снижение линейной скорости кровотока от 0,7–1,0 см/с в 10 (29 %) случаях, от 0,3–0,7 см/с в 24 (71 %) случаях. У пациентов с поражением артерий бедренно-подколенного сегмента при первичном обследовании в 10 (56 %) случаях выявлена окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 8 (44 %) — гемодинамически значимые стенозы более 60 %.

При дуплексном сканировании во время выполнения баллонной ангиопластики со стентированием на артериях нижних конечностей регистрировалось восстановление ламинарного характера кровотока, линейная скорость кровотока составляла от 30–100 см/с, степень остаточного стеноза менее 25 %, что является нормой. При стентировании В-режиме отмечалось точное позиционирование стента в месте стеноза, полное его раскрытие и прилегание к стенкам артерии, адекватное сопоставление диаметра стентированной артерии и стента.

ВЫВОДЫ

Интраоперационное дуплексное сканирование периферических артерий позволяет планировать оптимальный объем эндоваскулярных вмешательств у конкретного пациента и позволяет избежать таких осложнений, как неполное раскрытие стента, неверное его позиционирование относительно границ патологии, диссекции интимы.