

широкие гепатикоеюноанастомозы с хорошими результатами. Наш опыт свидетельствует, что частоту повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии можно свести к минимуму при следующих условиях:

1. Тщательное соблюдение разработанных методик и стандартов лапароскопической холецистэктомии.
2. Постоянная настороженность хирургов по поводу возможности повреждений внепеченочных желчных протоков и ее последствий.

С.М. Пешков

МЕТОД АППЕНДЭКТОМИИ БЕЗ ПЕРЕВЯЗКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

ГБУ РС(Я) Центральная районная больница (Нерюнгри)

Цель исследования: возможность применения безлигатурного способа аппендэктомии у взрослых пациентов.

Результаты лечения острого аппендицита принято оценивать по показателям летальности и послеоперационных осложнений, наиболее тяжелые из которых требуют повторных оперативных вмешательств. Погруженная в кисетный шов перевязанная культя является причиной ранних послеоперационных осложнений, пусковым моментом для возникновения поздних «культитов», инфильтратов, абсцессов, воспалительных «псевдоопухолей».

За период 2005—2012 гг. мной было выполнено 167 аппендэктомий безлигатурным способом при различных формах деструктивного аппендицита, в том числе 4 при разлитом гнойном перитоните у взрослых пациентов. В послеоперационном периоде осложнений не было. Обработка культи проводилась одинаково. После мобилизации червеобразного отростка и лигирования его брыжейки, приступают к обработке его культи. После наложения серозно-мышечного кисетного шва на купол слепой кишки основание червеобразного отростка пережимают на 0,5 см выше слепой кишки сосудистым зажимом «москит». На 0,5 см выше накладывают зажим Бильрота. Червеобразный отросток отсекают между зажимами и его слизистую оболочку обрабатывают 5% настойкой йода. Культю отростка погружают в слепую кишку с помощью оставшегося на ней зажима. Зажим снимают и удаляют одновременно с затягиванием кисетного шва. Поверх последнего накладывают дополнительный серо-серозный Z-образный шов.

Данная методика была разработана и внедрена в практику на кафедре детской хирургии Новокузнецкого ГИУВа и с успехом многие годы применяется в детской практике.

ВЫВОДЫ

Методика аппендэктомии без перевязки культи червеобразного отростка может являться методом выбора и применена во взрослой практике при различных формах деструктивного аппендицита.

Л.А. Попова, А.В. Тобохов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева, В.Н. Николаев

ВРЕМЕННОЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГУ Республиканская больница № 1 – НЦМ РС (Я) (Якутск)

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

В последнее время достаточно много работ посвящено контролю мозговой гемодинамики и защите головного мозга во время операций на сонных артериях. Не оспаривается никем, что обязательным в хирургии каротид является системная гепаринизация, управляемая гипертензия и общая анестезия. Но до сих пор спорным остается вопрос — использовать внутрипросветный временный шунт в течение операции или нет?

Решение об использовании внутрипросветного временного шунта должно применяться как на основании дооперационной диагностической и клинической информации о состоянии мозгового крово-

тока, протяженности стеноза, наличии тандемного стеноза или контралатеральной окклюзии, так и на основании интраоперационных критериев: характер ретроградного кровотока, изменение параметров мозговой гемодинамики при ТКДГ.

Критическими параметрами, определяющими недостаточность естественного коллатерального кровотока в СМА и требующими применения интратранслюминального временного шунта, являются: снижение линейной скорости кровотока в СМА во время пробы до 20 см/сек. В то время применение интратранслюминального временного шунта имеет ряд негативных моментов: вероятность тромбоэмболических осложнений, трудности основного этапа каротидной ЭАЭ при «высоких» бифуркациях и протяженных стенозах.

В 2001 — 2005 годах в отделении сосудистой хирургии у 126 пациентов со стенозирующими поражениями сонных артерий было выполнено 132 операции на каротидных бифуркациях.

Основным критерием определения показаний к использованию временного шунта, кроме клинически неудовлетворительной переносимости компрессионной пробы, для данной категории пациентов, являлись данные транскраниальной доплерографии.

Из числа оперированных пациентов ТКДГ в дооперационном периоде проведено 89 пациентам, что составило 71,4 %. При этом состоятельность коллатерального кровотока с обеих сторон наблюдалась у 30 пациентов (33,7 %), состоятельность с 1 стороны и несостоятельность с другой наблюдалась у 7 пациентов (7,7 %), состоятельность с одной и пограничный коллатеральный кровоток наблюдался у 13 пациентов (14,5 %), пограничный кровоток с 2 сторон наблюдался у 8 пациентов (8,8 %), несостоятельность с двух сторон у 2-х пациентов (2,2 %), состоятельный с одной стороны и отсутствие темпорального окна с другой наблюдалось у 6 пациентов (6,7 %), отсутствие темпоральных окон с двух сторон наблюдалось у 18 пациентов (20,2 %).

Во время операции ТКДГ проведено 64 пациентам (60,5 %), что позволило конкретно определиться с установкой интратранслюминального временного шунта.

Интратранслюминальный временный шунт установлен 46 пациентам (51,6 %), из них 34 пациентам проведена пластика устья ВСА в виде заплаты.

В периоперационном и в ближайшем послеоперационном периодах по нашим данным наблюдалось 1 осложнение, ишемический инсульт с парезом верхних конечностей. У данного пациента было бикаротидное критическое поражение сонных артерий со стенозом свыше 75 %, толерантность к ишемии головного мозга была низкой. В данном случае сложно интерпретировать осложнение как результат использования интратранслюминального временного шунта.

Таким образом, применение интратранслюминального временного шунта безусловно является гарантией успеха операции и профилактики осложнений при недостаточности коллатерального кровотока и в некотором роде расширяет показания к каротидной ЭАЭ.

Л.А. Попова, А.В. Тобохов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева, В.Н. Николаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ

*ГУ Республиканская больница № 1 – НЦМ РС (Я) (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
Министерства образования и науки РФ (Якутск)*

К настоящему времени завершено несколько крупных исследований, в которых изучались показания и эффективность хирургического лечения ишемии головного мозга. Северо-американским исследованием установлено, что для пациентов с симптомными 70% стенозами ВСА риск возникновения инсульта в течение 2-х лет после операции составил 9 %, в то время как при медикаментозном лечении — 26 %. Европейское исследование определило, что при стенозах ВСА свыше 75 % вероятность нарушения мозгового кровотока (в течение 3 лет) при лекарственной профилактике составило 16,8 %, а при хирургическом лечении — 10,3 %. Но все эти исследования касались больных с односторонними стенозами ВСА. Специальных кооперативных исследований в отношении целесообразности хирургического лечения двусторонних окклюзионно-стенозных поражений сонной артерии не проводилось. До недавнего времени окклюзия контралатеральной ВСА считалась фактором риска, ухудшающим результаты операций, хотя имеются исследования, опровергающие это мнение. Двусторонние окклюзионно-стенозные поражения сонной артерии трудно оценивать из-за отсутствия согласованных критериев представления результатов.

Данная статья иллюстрирует опыт хирургического лечения больных с двусторонними поражениями сонных артерий с 2001 по 2005 г.

Пациенты разделены на 5 групп, по состоянию контралатеральной ВСА. Первая группа 23 пациента (29,4 %): с бикаротидными стенозами свыше 50 % с одной стороны и гемодинамически незначимым стенозом с другой (14 пациентов), со стенозами свыше 50 % с обеих сторон (9 пациентов), вторая группа