

в связи с внедрением лапароскопической холецистэктомии составляет 0,1 – 3 %. В данной статье мы анализируем опыт наложения билио-билиарных анастомозов при полном пересечении внепеченочных желчных протоков.

Мы имеем опыт лечения 83 случаев повреждений внепеченочных желчных протоков. В 11 случаях при «свежих» повреждениях был наложен билио-билиарный анастомоз. Все повреждения носили характер полного пересечения общего печеночного протока и были диагностированы во время операции. Причиной пересечения общего печеночного протока в 7 случаях были технические ошибки, в 4-х случаях – воспалительно-инфильтративные изменения в зоне операции. Уровень повреждений во всех случаях соответствовал типам + 2 и + 1 по Э.И. Гальперину. Всем больным был наложен билио-билиарный анастомоз по типу «конец в конец» однорядными узловыми швами атравматическими иглами 4/0 и 5/0. В послеоперационном периоде у 9 больных развились высокие стриктуры типа «0» в пределах трех месяцев. Всем больным выполнены реконструктивные операции в виде формирования гепатикоеюно-анастомоза с продольным рассечением левого долевого протока на петле тощей кишки с анастомозом по Ру. Диаметр анастомоза составлял от 2,5 см до 3 см. Анастомоз формировали однорядными серозно-мышечными швами без захвата слизистых. Результаты операций прослежены в сроки от 3 до 15 лет. Во всех случаях получен хороший результат. На основании анализа нашего опыта мы согласны с мнением Э.И. Гальперина о том, что основной причиной стриктур при восстановительных операциях на общем печеночном протоке является ишемия проксимального участка общего печеночного протока при полном ее пересечении, т.к. артериальное кровоснабжение общего печеночного протока имеет восходящий характер. Таким образом, успешно выполненная восстановительная операция – билио-билиарный анастомоз при пересечении общего печеночного протока не дает гарантии благоприятного исхода. В подавляющем большинстве случаев – 81,8 % наложения билио-билиарного анастомоза в течение трех месяцев развивается высокая стриктура общего печеночного протока, что требует повторной реконструктивной операции в виде широкого ГЕА.

В.С. Петров

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИИ

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

В связи с широким внедрением в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии проблема повреждений внепеченочных желчных протоков во время операции приобретают особую актуальность. Эти повреждения являются грозными осложнениями лапароскопической холецистэктомии и нередко приводят к многочисленным повторным операциям по поводу последствий повреждения вплоть до летального исхода.

С 1993 по 2009 г. в хирургическом отделении № 1 РБ № 1-НЦМ произведено 9942 лапароскопических холецистэктомий, из них 9926 в плановом порядке, 16 – экстренно. В 40 случаях произошло повреждение внепеченочных желчных протоков, что составило 0,4 %. По данным различных авторов повреждение внепеченочных желчных протоков в нашей стране встречается в 0,19 – 1,75 % случаев, в среднем 0,48 %, что выше, чем при традиционных открытых вмешательствах по поводу желчнокаменной болезни. Значительная часть лапароскопических холецистэктомий, в настоящее время выполняются у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни, что увеличивает риск повреждения внепеченочных желчных протоков из-за воспалительно-инфильтративных и склеротических процессов, приводящих к выраженным топографо-анатомическим изменениям в зоне операции. Это обстоятельство требует четкого соблюдения методики лапароскопической холецистэктомии с учетом этих изменений и постоянной настороженности хирургов по поводу повреждения внепеченочных желчных протоков и его последствий, при этом, надо заметить, что все повреждения в нашем исследовании, были отмечены у хирургов, имеющих достаточный опыт лапароскопических холецистэктомий. Анализ повреждений внепеченочных желчных протоков по протоколам операций показал, что в основе повреждений во время лапароскопической холецистэктомии лежит потеря ориентировки хирурга в топографо-анатомических соотношениях в зоне операции. Ему способствуют ошибки, обусловленные рядом факторов: нарушение методики оперативного вмешательства, воспалительно-инфильтративные и рубцовые изменения, кровотечения во время операции, внутренние желчные свищи, атипичные варианты внепеченочных желчных протоков. Повреждения диагностированы во время операции в 33 случаях, в послеоперационном периоде – в 7. По классификации Висмута были следующие типы: II типа – 31, III типа – 9 случаев. В 11 случаях наложены билио-билиарные анастомозы, из них у 9 в последующем развились стриктуры общего печеночного протока, остальным больным были наложены

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-