

Вывод. Более позднее применение ИП ведет к достоверному увеличению времени абацеллирования и закрытия полостей распада. Целесообразно решать вопрос о наложении ИП в более ранние сроки от начала ХТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мотус И.Я. Искусственный пневмоторакс в лечении деструктивного туберкулеза легких, осложненного лекарственной устойчивостью возбудителя / И.Я. Мотус, С.Н. Скорняков, Е.И. Кильдюшева // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 12. - С. 22-26.
2. Роль и значение искусственного пневмоторакса у больных деструктивным туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью возбудителя / В.Ю. Мишин [и др.] // Пульмонология. - 2010. - № 5. - С. 41-45.

АНАЛИЗ СПОСОБОВ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Шило Р.С., Кулага А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Послеоперационная летальность больных с острым холангитом колеблется от 12 до 60%. В связи с этим большое значение имеет моделирование данной патологии с дренированием желчных протоков для изучения новых способов лечения, таких как лазерная и фотодинамическая терапия (ФДТ).

Цель работы: определить наиболее рациональный способ дренирования холедоха при моделировании острого гнойного холангита для изучения эффективности применения ФДТ.

Методы исследования. Изучены предложенные ранее различными авторами способы моделирования острого гнойного холангита с анализом возможности введения в просвет холедоха лекарственных средств и световодов для лазерного его облучения. Нами разработано 3 метода воспроизведения острого гнойного холангита с различными вариантами дренирования общего желчного протока.

Эксперимент проводился на пятнадцати беспородных кроликах массой тела от 4-х до 5-ти кг. Они были разделены на 3 опытные группы по 5 в каждой, среди них самцов было 7, самок – 8.

Опытным животным первой группы катетер Фогарти (диаметром 0,75 мм с обрезанным баллоном в его дистальной части) проводился через дуоденотомическое отверстие в нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Вторая дуоденотомия производилась в продольном направлении в проекции большого дуоденального сосочка (БДС), через нее катетер фиксировался в общем желчном протоке. Первый дефект в кишке ушивался двумя кисетными швами с погружением дренажа в просвет кишки по Штамму. Второй дефект ушивался поперечно двухрядным швом.

Животным второй группы дренаж в холедох вводился через гастротомическое отверстие в двенадцатиперстную кишку и, далее, в желчный проток. Катетер погружался тремя кисетными швами в просвет желудка по Штамму.

Герметизация дистального отдела холедоха у двух групп произ-

водилась наложением узлового шва в области БДС.

Третьей опытной группе дренирование протока осуществлялось без вскрытия просвета желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В супрадуоденальной части холедоха производилась холедохотомия, ретроградное введение в нее катетера Фогарти и перевязка желчного протока вместе с дренажем двумя узловыми швами выше холедохотомического отверстия.

У животных всех трех групп проксимальный конец катетера помещался в туннель между кожей и мышцами для профилактики его повреждения животным в послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение. Для моделирования холангита предлагаются способы с перевязкой холедоха на игле (Ярош А.Л., 2011), с выведением холедохостомы или канюлированием общего желчного протока с последующим введением через них штамма *Escherichia coli* [1]. Борисенко В.Б. описал способ введения микробной взвеси в двенадцатиперстную кишку с предварительным перевязыванием ее выше и ниже большого дуоденального сосочка. Недостатком этих методов является невозможность восстановить нормальный отток желчи в процессе исследования.

Попов А.Б. (2010) и Визгалов С.А. (2008) предложили дозированную компрессию холедоха силиконовой манжетой и завязыванием узла через полихлорвиниловую трубку соответственно. Гнойный процесс в желчном протоке при этих способах развивался в более поздние сроки.

Недостатком всех вышеперечисленных способов моделирования холангита является невозможность введения в желчевыводящие протоки фотосенсибилизаторов и световодов, которыми в дальнейшем необходимо будет проводить ФДТ.

В нашем эксперименте животные из первой группы погибли на 2е-3е сутки. На вскрытии у троих из них была диагностирована высокая кишечная непроходимость, вызванная сужением нисходящей части двенадцатиперстной кишки. У двоих развился перитонит, вызванный несостоятельностью кисетных швов двенадцатиперстной кишки. При этом, у четверых кроликов дистальный отдел катетера Фогарти находился вне холедоха, что было связано с подвижностью животных в послеоперационном периоде.

Во второй опытной группе погиб 1 кролик из-за желчного перитонита, вызванного перфорацией холедоха дистальным концом катетера. При этом у всех животных дренаж находился в желчном протоке.

Все кролики третьей опытной группы погибли в первые двое суток из-за развившегося желчного перитонита. На вскрытии обнаружено, что во всех случаях катетер выходил из холедоха также из-за подвижности животных, даже, несмотря на дополнительную фиксацию дренажа и оставлении большей его части в брюшной полости.

Таким образом, в ходе эксперимента было установлено, что из-за малого диаметра двенадцатиперстной кишки у кроликов, ее фиксированного положения в брюшной полости, проводить дренаж в желчный проток через нее нецелесообразно. Тонкая стенка холедоха не позво-

ляет хорошо фиксировать катетер при его проведении вне ЖКТ. Погружение же по Штамму дренажа в желудок и его дальнейшее проведение в двенадцатиперстную кишку и в холедох позволяет добиться надежной фиксации дренажа, даже при активном движении животных в послеоперационном периоде. При этом не создается предпосылок для развития кишечной непроходимости и несостоятельности наложенных швов.

Выводы. При моделировании острого холангита для изучения эффективности лазерного и фотодинамического лечения наиболее рациональным способом дренирования общего желчного протока является его проведение через желудок с фиксацией по Штамму.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г. // *Анналы хирургической гепатологии.*-2011.-Том16, №3.- С. 122 - 126

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА У КРОЛИКОВ

Шило Р.С., Ващенко В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Прогрессирование гнойного холангита, частота которого достигает 30% от всех заболеваний желчевыводящего тракта [2,3,4], приводит к таким грозным осложнениям как холангиогенные абсцессы печени, бактериально-токсический шок и сепсис, летальность при которых достигает 13-40% [1,2]. Поэтому, большое значение имеет моделирование данной патологии в эксперименте для более детального изучения эффективности новых методов лечения.

Цель работы: разработать способ моделирования гнойного холангита, позволяющий изучить эффективность лазерного и фотодинамического воздействия в лечении данной патологии.

Методы исследования. На основе изучения предложенных ранее различными авторами способов моделирования острого гнойного холангита, был разработан оптимальный метод воспроизведения данной патологии в эксперименте, позволяющий вводить в просвет желчного дерева различные лекарственные вещества, а также световоды для лазерного его облучения. Данная модель отработана на 5 беспородных кроликах.

Результаты и их обсуждение. Экспериментальная модель гнойного холангита предусматривает выполнение кроликам верхнесрединной лапаротомии и продольной дуоденотомии в проекции большого дуоденального сосочка (БДС). Далее через гастротомическое отверстие проводился катетер Фогарти (диаметром 0,75мм с обрезанным баллоном в его дистальной части) через двенадцатиперстную кишку в общий желчный проток. Герметизация дистального отдела холедоха производилась наложением узлового шва в области фатерого соска, а фиксация трубки в протоке – швом в его супрадуоденальной части. В просвете двенадцатиперстной кишки в катетере формировалось боковое отверстие. Через него, в случае необходимости, желчь может