

сяца, причем при I стадии 41,44 мес., при II, III, IV — 33,08 мес., 49,45 мес. и 21,86 мес., соответственно.

Выводы. Таким образом, карциноид является редким злокачественным новообразованием, выявление которого на ранних стадиях проблематично. Наиболее распространенной его локализацией является толстый кишечник и легкие. Карциноид чаще возникает у людей в возрасте около 60 лет и у лиц женского пола.

Литература:

1. Кэплун М., Кволс Л. Нейроэндокринные опухоли: Рук-во для врачей. — М.: Практическая медицина, 2011. — 224 с.; Симоненко В.Б., Дулин П.А., Маканин М.А. Карциноиды и нейроэндокринные опухоли. — М.: Медицина. — 2008. — 176 с.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Белюк К.С. Хакимов Х.В. Лукашевич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-ая кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., Белюк К.С.

Лапароскопия, в настоящее время, получила широкое распространение в хирургии для диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости.

Цель исследования - выявить диагностические возможности лапароскопии при остром аппендиците.

Материалы и методы - для изучения диагностических возможностей лапароскопии нами были проанализированы результаты лапароскопических исследований по поводу предполагавшегося аппендицита у 65 больных. Среди них было 30 мужчин в возрасте от 16 до 54 лет и 35 женщин от 16 до 49 лет.

Результаты - среди больных с подозрением на острый аппендицит, диагноз лапароскопически был подтверждён у 36 (55,3%) больных. В подавляющем большинстве наблюдений диагноз основывался на видимых воспалительных изменениях самого червеобразного отростка. Реже, когда аппендикс был недоступен осмотру, по наличию воспалительного инфильтрата или других проявлений локального воспаления в проекции червеобразного отростка. У 29 (44,7%) больных лапароскопия опровергла диагноз острого аппендицита. При этом у большей части из них – у 20 (68,9%) выявлены другие заболевания, «симулировавшие» аппендицит. В 9 (31,1%) наблюдениях, проявлений воспалительного процесса в брюшной полости не обнаружено. При лапароскопии по поводу предполагаемого острого аппендицита выяснилось, что предположение оказалось ошибочным у 24 (68,5%) женщин, в то время как у мужчин ошибочным диагноз оказался в 5 (16,7%) случаях. Частота расхождения клинического и лапароскопического диагнозов была более высокой у женщин и составила 68,5%, в то время как у мужчин она составила 16,7%. Выявленные при лапароскопии заболевания, протекавшие под маской острого аппендицита, у 20 (68,9%) больных требовали экстренного оперативного лечения, которое было проведено эндогендерохирургическим или традиционными методами. Под маской аппендицита у женщин чаще всего скрывались гинеко-

логические заболевания, у мужчин - мезентериальный лимфаденит. У 9 (31,1%) больных видимой органической патологии в брюшной полости не обнаружили. Ни у одного из этих пациентов к релапароскопии не прибегали, и оперативного лечения никому из них не потребовалось. Ни одно из 9 лапароскопических заключений об отсутствии острого аппендицита в дальнейшем не было опровергнуто. Сопоставление лапароскопических заключений у 36 человек и результатов гистологических исследований удалённых червеобразных отростков показало, что диагностика форм воспаления совпала в 31 (86,1%) случае. Расхождение лапароскопического и гистологического заключений в основном было связано со сложностью разграничения флегмонозного и гангренозного процессов. Среди всех оперированных по поводу острого аппендицита лапароскопическая техника использовалась с диагностической и лечебной целью у 31 (86,1%). На основании результатов лапароскопии в 5 (13,8%) случаях избраны открытые способы операции. Переход к открытой аппендэктомии был обусловлен противопоказаниями для лапароскопической операции: некрозом или перфорацией у основания аппендиекса, воспалительной инфильтрацией стенки слепой кишки.

Выводы - таким образом, методика лапароскопии является высокоинформативной, обеспечивающей большую точность в диагностике острого аппендицита и позволяет избирать оптимальные способы хирургического лечения или избегать ненужных операций.

Литература:

1.Сажин, В.П., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /В.П. Сажин, А.В. Федоров// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2010.-502С.

УЗИ ПРИЗНАКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Белюк К.С. Хакимов Х.В. Лукашевич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-ая кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., Белюк К.С.

В качестве диагностических критериев внутрипузырной гипертензии традиционно оценивают длину и толщину желчного пузыря, а также площадь томографического среза в плоскости максимального продольного сечения. Естественным проявлением внутрипузырной гипертензии является увеличение линейных и квадратичных размеров желчного пузыря, что, прежде всего и регистрируется при УЗ-исследовании, причём в выявлении этого симптома класс диагностической аппаратуры значения не имеет, что делает его доступным в выявлении всеми исследователями.

Цель исследования - оценка эффективности использования УЗИ-признаков в диагностике острого калькулезного холецистита.

Материалы и методы - проведен анализ клинического материала на примере 25 больных острым калькулезным холециститом.

Результаты - при доказанном факте обструктивного холецистита, изменение линейных размеров желчного пузыря зарегистрировано у 22 (88%) больных. При этом длина желчного пузыря колебалась от 90 до 145 мм, а толщина от 27 до 53 мм. Отсутствие содружественного увеличения линейных