

клиническая больница» были проанализированы истории болезни пациентов, оперированных с диагнозом «острый аппендицит?» в период с 01.01.2012 по 09.12.2013гг. Всего было выполнено 233 диагностические лапароскопии, из которых диагноз острого аппендицита был подтвержден у 162 человек. У 71 пациента оказались другие патологии. Из 162 случаев острого аппендицита лапароскопически удалить отросток удалось у 89 пациентов, а у 73 пациентов потребовалась конверсия в традиционную аппендэктомия с разрезом по Волковичу-Дьяконову.

Результаты и обсуждение. Диагностическая лапароскопия позволяет точно провести дифференциальную диагностику в случае сомнительного диагноза острого аппендицита. При ее проведении, по нашим данным, в 69% случаев диагноз подтверждался, а у трети пациентов отросток оказывался интактным. В 55% случаев, при подтверждении наличия воспаленного аппендикса, удавалось завершить операцию лапароскопической аппендэктомией.

Выводы: диагностическая лапароскопия у пациентов с сомнительным диагнозом острого аппендицита в 31% клинических наблюдений позволяет избежать необоснованных лапаротомий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бузова В.А., Лапароскопия в дифференциальной диагностике «острого живота». Хир,-1994,-№3,-с. 16-20

К ВЫБОРУ СПОСОБА МОДЕЛИРОВАНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Шило Р.С., Ковалевский П.И., Ордаш А.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Послеоперационная летальность у пациентов с острым холангитом колеблется от 12 до 60%. В связи с этим большое значение имеет моделирование данной патологии в эксперименте для изучения новых способов лечения.

Цель работы: оптимизировать способ моделирования гнойного холангита.

Материалы и методы. Был изучен ряд способов моделирования острого гнойного холангита с анализом сроков его развития, травматизма операции и возможности восстановления нормального оттока желчи в ходе эксперимента.

Результаты и обсуждение. Для моделирования холангита предлагаются способы с перевязкой холедоха (Ярош А.Л., 2011 г), с выведением холедохостомы или канюлированием общего желчного протока с последующим введением через них штамма *Escherichia coli* (Ахаладзе Г.Г.1994 г, Кузовлев Н.Ф., 1997 г). Описан способ Борисенко В.Б. (2012 г), где микробная взвесь вводилась 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 г) и Визгалов С.А. (2008 г) предложили дозированную компрессию холедоха силиконовой манжетой и завязыванием узла через полихлорвиниловую трубку соответственно. Гнойный процесс в протоке при этих способах развивался в более поздние сроки.

Вывод. Предложенный нами способ моделирования холангита является предпочтительным, т.к. он не повреждает стенку холедоха, позволяет восстановить нормальный отток желчи, вводить в просвет желчного дерева различные вещества, а также световоды для лазерного его облучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г. // Анналы хирургической гепатологии.- 2011.-Том 16, №3.- С. 122 – 126