

Конопля, С.В. Иванов (2005 г.) в холедох вводили микробную взвесь, далее его перевязывали на игле выше места пункции. Попов А.Б., Каган И.И., Третьяков А.А. (2010г.) предложили сузить холедох на 2/3 просвета наложенной манжеткой с введением микробной взвеси выше места наложения манжетки. Б.М. Даценко, В.Б. Борисенко (2013 г.) перевязывали холедох в нижней трети с его инфицированием взвесью E. Colli и производили изолированную травматизацию его слизистой кончиком иглы. Метод Борисенко В.Б. (2012 г.) – микробная взвесь вводилась с двенадцатиперстную кишку с предварительным перевязыванием её выше и ниже большого дуоденального сосочка, после расширения холедоха на нём зажимали лигатуру. Недостатком перечисленных методов является невозможность восстановления естественного пассажа желчи.

Нами предложен способ моделирования холангита, при котором выполняется верхнесрединная лапаротомия у кролика, дуоденотомия и канюлирование большого дуоденального сосочка катетером с боковым отверстием в нем в просвете двенадцатиперстной кишки. В катетер вводится длинная игла далее бокового отверстия в направлении холедоха и через него в просвет протока вводится взвесь E. Colli. Подтягивая частично проводник внутри трубки, освобождая боковое отверстие, обеспечивается отток желчи в просвет двенадцатиперстной кишки.

Вывод. Предложенный нами метод моделирования острого гнойного холангита обеспечивает естественный отток желчи по желчевыводящему дереву, не повреждает стенку холедоха, а также создает условия для введения в просвет протока лекарственных веществ и световодов для лазерного его облучения.

Литература:

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

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОКАЗАНИЙ К ПЕРЕХОДУ НА «ОТКРЫТЫЙ» СПОСОБ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ордаш А.С., Ковалевский П.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – асс. Шило Р.С.

Актуальность. В настоящее время в практику хирургов вошло широкое применение метода эндовидеохирургии при лечении желчнокаменной болезни. Это привело к тому, что хирурги во время операции стали сталкиваться с ситуациями, когда не представляется возможным её завершение лапароскопическим путём (Желябин Д.Г., дисс. на тему:

КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, 2005г.) В такие моменты целесообразно вовремя перейти к «открытому» способу холецистэктомии.

Цель работы: оптимизировать показания к конверсии на «открытый» способ оперирования при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. В УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в период с 01.01.12 по 01.08.12 г. было оперировано 18 пациентов с желчнокаменной болезнью. Среди них мужчин было 5, женщин – 13. Средний возраст пациентов составил 37 лет.

Результаты. Во всех случаях операция была начата лапароскопическим способом. У одного пациента диагностирован вклиненный конкремент пузырного протока. У 6 из них во время операции был обнаружен плотный инфильтрат в области желчного пузыря. У 8 пациентов выявили выраженный склеротический процесс в области шейки пузыря с невозможностью дифференцировать его

структуры. Кровоточивость ложа желчного пузыря с неудачными попытками лапароскопического гемостаза наблюдалась у 2 пациентов, склерозированный желчный пузырь – у 1 пациента. Во всех ситуациях операции завершили лапаротомией. Летальных случаев не было.

Выводы. Основными причинами конверсии явились рубцовые изменения в области шейки желчного пузыря, операционное кровотечение, вклиненный конкремент пузырного протока, а также склерозированный желчный пузырь. В таких ситуациях необходимо своевременно перейти на «открытый» способ холецистэктомии.

Литература:

1. Г.А. Блувштейн, С.В. Вертянкин, А.В. Всемиров. Неудачи ЛХЭ / Эндоскопическая хирургия -1998.- №.1.- С.5.
2. Желябин Д.Г. диссертация на тему: КОНВЕРСИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, 2005г.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ СОМНИТЕЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Ордаш А.С., Ковалевский П.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – асс. Шило Р.С.

Актуальность. Установление диагноза острого аппендицита часто вызывает затруднения у хирургов, поскольку клинические его проявления схожи с множеством острых хирургических заболеваний. Диагностические ошибки на догоспитальном этапе составляют 39,4%, а при стационарном обследовании 7,8% (В. Г. Сахаутдинов и М. М. Мурзанов, 1984г.). Необоснованная операция может в последующем вызвать разные осложнения, но выполненная с опозданием операция, при наличии острого аппендицита, тоже чревата тяжелыми последствиями. Поэтому в сомнительных случаях следует выполнить лапароскопию.

Цель работы: выявить эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита.

Материалы и методы. В УЗ «Гродненская областная клиническая больница» были проанализированы истории болезни пациентов, оперированных с диагнозом «острый аппендицит?» в период с 01.01.2013 по 02.06.2013г. Всего было выполнено 67 диагностических лапароскопий, из которых диагноз острого аппендицита был подтвержден у 46 человек. При этом у 21 пациента были выявлены другие патологии. Из 46 случаев острого аппендицита лапароскопически удалить отросток удалось у 25 пациентов, а у 21 пациента потребовалась конверсия в традиционную аппендэктомию с разрезом по Волковичу-Дьяконову.

Результаты. В случае сомнительного диагноза острого аппендицита с помощью диагностической лапароскопии можно достоверно подтвердить этот диагноз и провести дифференцированную диагностику с другими острыми хирургическими заболеваниями. При её проведении, в соответствии с нашими данными, 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. Использование метода диагностической лапароскопии при сомнительном диагнозе острого аппендицита в 31% клинических случаев позволяет избежать необоснованных лапаротомий у пациентов.

Литература:

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