

**Сятковский А.Р., Щастный А.Т., Лярский С.П.,  
Кугаев М.И., Сушков А.А., Петухова Е.Г.,  
Салмин И.М., Штурич И.П.**

*УЗ «Витебская областная клиническая  
больница»*

*УО «Витебский государственный медицинский  
университет».*

*ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и  
поджелудочной железы»*

*Отделение хирургической гепатологии и  
трансплантации.*

*Витебск, Беларусь*

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ.**

**Актуальность.** Лапароскопическую хирургию поджелудочной железы было принято считать, главным образом, диагностической. Тем не менее, в последние несколько лет, диапазон лапароскопических вмешательств при заболеваниях поджелудочной железы значительно расширился. Эти вмешательства включают диагностическую лапароскопию для диагностики и распространённости рака поджелудочной железы, лапароскопические паллиативные операции при неоперабельном раке поджелудочной железы, лапароскопическое внутреннее дренирование псевдокист и лапароскопические резекции поджелудочной железы.

**Цель.** Оценить результаты лапароскопических операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите и его осложнениях.

**Материалы и методы.** В отделении хирургической гепатологии и трансплантации Витебской областной клинической больницы были выполнены 32 лапароскопические операции при хроническом панкреатите и его осложнениях. Лапароскопические вмешательства включали: лапароскопическая цистогастротомия - 10, лапароскопическая цистодуоденотомия - 2, лапароскопическая цистоеюностомия - 3, лапароскопическая цистэктомия - 1, продольный лапароскопическая панкреатоеюностомия - 2, лапароскопическая операция Бегера без проксимального панкреатоеюноанастомоза - 2 и лапароскопическая Бернская модификация операции Бегера - 10. Средний возраст пациентов  $43 \pm 8$ .

**Результаты и обсуждения.** Во всех случаях лапароскопических цистодигестивных анастомозов, связь кисты и главного панкреатического протока была подтверждена предоперационной пункцией под контролем УЗИ с биохимическим и цитологическим исследованием. Конверсия выполнена у 2 пациентов: с кистой в области хвоста поджелудочной железы из-за кровотечения из селезёночной артерии и у пациента с ретропанкреатической кистой в зоне головки из-за невозможности адекватного дренажа кисты. Конверсии выполнены до обязательно-

го использования в ходе операции интраоперационного лапароскопического УЗИ. Среднее время операций составило: при лапароскопическом внутреннем дренировании составило 140(120-175) минут, при проксимальной резекции - 295 (260-360). Средняя кровопотеря составила 105 ± 59 мл. Послеоперационное пребывание в стационаре составило: после внутреннего дренирования 8(7-12) дней, после проксимальной резекции 8 (7-14) дней.

**Выводы.** Опыт выполнения лапароскопических вмешательств на поджелудочной железе при хроническом панкреатите позволяет говорить о возможности выполнения лапароскопических вмешательств при любом размере и расположении псевдокист. При этом миниинвазивные вмешательства имеют преимущества в отношении послеоперационного периода в следствии более лёгкой переносимости операции и скорейшего восстановления трудоспособности. Вопросы применения малоинвазивных операций требуют дальнейшего изучения, разработки оптимальной техники и тактики применения малоинвазивных вмешательств при лечении больных с хроническим панкреатитом и его осложнениями.