

Бейнар К. Л., Хоровец Л. В.
**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ И МИНИЛАПАРОТОМНЫЙ ДОСТУП
В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Семенчук И. Д.,
канд. мед. наук, доц. Казущик В. Л.*

*Кафедра общей хирургии, 1-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. В билиарной хирургии используются различные способы коррекции желчной гипертензии и холедохолитиаза, которые могут выполняться из «традиционного» лапаротомного доступа, из минилапаротомии с применением набора инструментов «Мини-ассистент», либо с помощью лапароскопической техники.

Цель: представить наш опыт применения лапароскопического и минилапаротомного доступов в хирургии холедохолитиаза и механической желтухи.

Задачи:

1 Разработать совместное использование лапароскопии и минидоступа в оперативном лечении ЖКБ.

2 Показать возможность, достоинства предложенного метода и дать практические рекомендации по его использования.

Материал и методы. За период 2005-2015 годов в 5 ГКБ г. Минска по поводу желчной гипертензии доброкачественной этиологии хирургическое лечение было выполнено у 176 пациентов. Основную группу составили 34 пациента, которые были прооперированны с использованием минилапаротомного доступа и набора инструментов «Мини-ассистент».

Результаты и их обсуждение. Желчнокаменная болезнь была диагностирована у всех 31 (100,0%) пациента. Из 31 пациента у 15 было выполнено комбинированное миниинвазивное хирургическое пособие, состоящее из двух этапов: на 1-м этапе выполнялась лапароскопия, производилась лапароскопическая холецистэктомия и интраоперационная холангиография. Затем была произведена «запланированная» конверсия в минидоступ. Длительность оперативных вмешательств в основной группе составила $167,2 \pm 9,2$, в группе сравнения $151,9 \pm 4,7$. В основной группе послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов, в группе сравнения – у 17. В основной группе летальности не было, в группе сравнения после операции умерло 6 пациентов. Длительность пребывания в стационаре после операции в основной группе 11 койко-дней, в группе сравнения – 13.

Выводы:

1 Предложенный способ не приводит к удлинению времени операции, позволяет расширить диагностические возможности на обоих этапах операции.

2 Комбинированные миниинвазивные операции позволяют уменьшить длительность пребывания в стационаре и сопровождаются низким процентом послеоперационных осложнений и отсутствием летальности.