

## РЕЛАПАРОСКОПИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Жидков С.А.<sup>1</sup>, Корик В. Е.<sup>1</sup>, Александров С. В.<sup>2</sup>, Мелконян Н. Д.<sup>2</sup>, Попков Д. А.<sup>2</sup>, Голубчик Ю. А.

<sup>1</sup>«Белорусский государственный медицинский университет», военно-медицинский факультет, кафедра военно-полевой хирургии

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения «2-я городская клиническая больница г. Минска», г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** В настоящее время не вызывает сомнения преимущество выполнения малоинвазивных вмешательств в абдоминальной хирургии, как в плановой, так и в неотложной. Однако до сих пор нет единого мнения среди хирургов о способе выполнения повторных операций после видеолaparоскопических вмешательств, если возникает такая необходимость.

**Цель:** определить эффективность релапароскопий в абдоминальной хирургии.

**Материал и методы.** Нами в 2016-2017 гг. релапароскопия выполнена 26 пациентам в возрасте от 19 до 92 лет после разных операций на органах брюшной полости. Мужчин было 18 (69,2%), женщин – 8 (30,8%). В возрасте до 20 лет были 3 пациента (11,5%); 20-40 лет – 5 (19,0%); 41-60 лет – 7 (26,9%); 61-74 года 4 (15,2%); 75-90 – 6 (23,0%); старше 90 – 1 (4,2%).

Релапароскопии предшествовали следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия – 7 (26,9%); санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости при панкреатите – 5 (19,1%); холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому – 3 (11,5%); диагностическая лапароскопия – 3 (11,5%); аппендэктомия – 2 (7,8%); резекция кишечника – 2 (7,8%); рассечение спаек – 2 (7,8%); резекция кисты яичника – 1 (3,7%); ушивание прободной язвы – 1 (3,7%).

**Результаты и обсуждение.** Основными показаниями к релапароскопии было усиление болей в животе после операции, появление (сохранение) симптомов перитонита, повышение температуры тела, появление (сохранение) свободной жидкости в брюшной полости при УЗИ, патологическое отделяемое по дренажам (гной, желчь, кровь), отсутствие желчи в дренаже,

установленном в холедох и наличием свободной жидкости в подпеченочном пространстве.

В первые сутки после операции выполнено 5 релапароскопий (19,2%); во вторые – 4 (15,3%); в третьи – 3 (11,5%); в четвертые – 4 (15,3%). Позднее шестых суток выполнено 10 повторных операций (38,5%), наиболее поздняя – на 20-е сутки по поводу внутрибрюшного абсцесса. Для проведения релапароскопий в 80% случаев использовались 4 порта. Продолжительность операции варьировала от 80 мин. после аппендэктомии, до 220 мин. после резекции кишки.

Релапароскопия заключалась в диагностике состояния брюшной полости после первой операции, установлении источника патологии (выпавший дренаж, несостоятельность швов анастомоза, культы, червеобразного отростка, очагов деструкции поджелудочной железы); разъединении спаек. Причем, в большинстве случаев это были «рыхлые» сращения петель кишечника. Затем устраняли выявленную патологию, производили санацию брюшной полости.

Троим пациентам (11,5%) лапароскопическую санацию брюшной полости производили дважды.

Одному пациенту после релапароскопии при некротизирующем панкреатите произвели лапаротомию.

В послеоперационном периоде умерли 5 пациентов (19,2%) старше 70 лет. Причины летального исхода: полиорганная недостаточность – 2, а также сепсис, сердечная недостаточность и ОНМК.

**Выводы.** Релапароскопия является достаточно эффективным способом лечения абдоминальной хирургической патологии вне зависимости от возраста пациента и может применяться в разные сроки после предыдущей операции.