

КОНВЕРСИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

¹Сипович Ю.О., ²Лисоцкий О.В.

¹Военно-медицинский институт в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

²Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»,

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Желчнокаменная болезнь продолжает являться одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Отмечается неуклонный рост пациентов с этой патологией. К настоящему времени лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора в оперативном лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. Результаты эндоскопических операций во многом зависят от соблюдения четких показаний и противопоказаний, а также от соблюдения правил выполнения операции. Лапароскопическая холецистэктомия является эффективным малоинвазивным методом лечения, который позволяет сократить восстановительный период. Между тем, определенные технические трудности и анатомические особенности могут вынудить оперирующего хирурга осуществить конверсию.

Цель: оценить результаты лечения пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию с конверсией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в учреждении здравоохранения "2-ая городская клиническая больница" г. Минска с диагнозом «Желчнокаменная болезнь» в период 05.01.2012 по 29.03.2022 гг., которым проводилась лапароскопическая холецистэктомия с переходом на лапаротомный способ.

Результаты и их обсуждение. Всего за указанный период по поводу лапароскопической холецистэктомии прооперированы 3328 пациентов. Средний возраст пациентов 57±16 лет. Гендерная характеристика группы: 951 мужчина (28,5%), 2377 женщин (71,5%). Из общего числа пациентов 1883 (56,6%) прооперированы в экстренном порядке (острый холецистит) и 1443 (43,4%) – в плановом (хронический холецистит), при этом в 20 (0,6%) случаях осуществлена конверсия следующими способами: верхнесрединная лапаротомия - 9; косые доступы - 11.

В n=14 (70%) случаях не проводилось дренирование. В n=6 (30%) случаях проводилось дренирование общего желчного протока, следующими способами:

1. n=3 (50%) по Керу;
2. n=2 (33%) по Холстеду-Пиковскому;
3. n=1 (17%) по Вишневному.

Общая длительность операций при переходе с лапароскопического способа на лапаротомный составила 120 ± 40 минут. Опыт врачей-хирургов на момент проведения оперативного вмешательства $25,85 \pm 12,02$ лет.

Причины перехода к лапаротомному способу холецистэктомии:

1. в $n=8$ (40%) случаях - перфорация стенки желчного пузыря, повлекшая вытекание желчи;
2. в $n=4$ (20%) случаях - невозможность дифференцировки артерии и протока;
3. в $n=3$ (15%) случаях - повреждения полого органа при лапароскопическом разъединении конгломерата;
4. в $n=3$ (15%) случаях - технические характеристики инструментов и выраженное абдоминальное ожирение;
5. в $n=2$ (10%) случаях - вскрытие подпеченочного абсцесса с истечением гноя.

Клинический исход после конверсии:

1. с улучшением $n=3$ (15%);
2. с выздоровлением $n=13$ (65%);
3. умерло $n=4$ (20%).

Среднее количество проведенных дней в стационаре - $16,75 \pm 9,95$.

Выводы:

1. Основными причинами конверсии явились продолжающееся кровотечение и сложность дифференцировки анатомических структур при данном типе оперативного вмешательства.
2. Объем операции зависит от степени выраженности воспаления в гепатобилиарной зоне после предшествующих оперативных вмешательств на органах брюшной полости.