

Иванов М.А., Беляева О.А., Шаповалов А.С.
**К ВОПРОСУ О РОЛИ МИНИ-ДОСТУПА
И ВОЗМОЖНОЙ КОНВЕРСИИ
В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ
БОЛЕЗНИ**

*Санкт-Петербургская государственная медицинская
академия, г. Санкт-Петербург*

Хирургическое лечение желчно-каменной болезни предполагает использование нескольких вариантов оперативного пособия. Ведущее место сегодня

занимают малоинвазивные вмешательства – лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из т.н. мини-доступа. Классический вариант холецистэктомии выполняется лишь в определенных случаях, либо является итогом конверсии при выявлении каких-либо особенностей во время осуществления малоинвазивных процедур. Использование конверсии не всегда поощряется, в т.ч. не только по причине увеличения травматичности оперативного вмешательства.

Целью настоящего исследования является рассмотрение причин для перевода вмешательства при желчно-каменной болезни из мини-доступа в традиционный вариант оперативного пособия.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 55 больными, которым предполагалось выполнение холецистэктомии, а также возможные манипуляции на протоках посредством использования мини-доступа.

Результаты. По итогам интраоперационной ревизии в 8 случаях осуществлена конверсия с выполнением традиционного варианта холецистэктомии и соответствующего пособия на желчевыводящих путях. Показанием к конверсии в двух случаях явилось кровотечение из ложа желчного пузыря, которое не удалось остановить через мини-доступ, в двух наблюдениях мини-доступ не позволил выполнить разъединение сращений на фоне выполненных ранее оперативных вмешательств, в одном случае причиной конверсии явилась выявленная опухоль желчного пузыря и в трех наблюдениях пришлось выполнять традиционный вариант холецистэктомии в связи со значительной глубиной операционной раны и недостаточными условиями для визуальной оценки у пациентов с выраженными вариантами ожирения и возрастными деформациями позвоночника.

Встретившиеся причины конверсии могут иметь неоднозначную трактовку. Кровотечение из любого источника значительной интенсивности, требующее мануальных действий, затруднительно остановить в условиях мини-доступа. Отсюда необходимость в немедленном решении о переводе операции в режим традиционного воздействия через необходимый по протяженности доступ.

Спаечный процесс в правом подреберье может иметь значительную степень выраженности, что препятствует постановке крючков для мини-доступа и выполнению необходимых манипуляций на элементах печеночно-двенадцатиперстной связки. Особенно небезопасны длительные попытки обеспечить необходимую экспозицию у пожилых больных с компонентом портальной гипертензии, поскольку сохраняется вероятность повреждения расширенных вен ретракторами. Мини-доступ также ограничивает возможность использования распространенного приема преодоления выраженного спаечного процесса, когда к шейке желчного пузыря рекомендуется подходить вдоль края печени от латеральных сегментов к медиальным.

Ограничивают возможность выполнения холецистэктомии из мини-доступа и конституциональные особенности больных, особенности анатомического строения. В частности, некоторые трудности встречаются у лиц с патологией позвоночника (т.н. «горб вдовы»), гиперстеническим типом строения, а также в случае значительно выраженных воспалитель-

ных изменений в проекции печеночно-двенадцатиперстной связки и желчного пузыря, особенно при больших размерах последнего, когда пузырь почти полностью перекрывает обзор и препятствует манипуляциям на протоках. Не всегда удается выполнить холецистэктомию из мини-доступа у пациентов с пузырно-двенадцатиперстным свищом, в т.ч. при сочетании данной патологии с выраженным спаечным процессом.

Выводы. В большинстве вышеуказанных случаев следует рационально взвешивать необходимость длительных попыток во что бы то ни стало выполнить вмешательство из мини-доступа. Своевременная конверсия может оказаться чрезвычайно полезной.