

УДК 616.36-004:616-089.168

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4\(part1\).145707](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145707)

С.Д. Химич¹,
Ф.Т. Муравьев²,
Н.Г. Рудковская²

АНАЛИЗ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Винницький національний медичинський університет ім. Н.І.Пирогова
кафедра общей хирургии
ул. Пирогова, 56, Винница, 21018, Украина
Житомирская областная клиническая больница им. О.Ф. Гербачевского
Центр малоинвазивной хирургии
ул. Красного Креста, 3, Житомир, 10000, Украина
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Pirogov str., 56, Vinnytsya, 21018, Ukraine
e-mail: admission@vntmu.edu.ua
Zhytomyr Regional Clinical Hospital named after O.F. Herbachevskiy
Center for Minimally Invasive Surgery
Krasnogo Kresta str., 3, Zhytomyr

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, цирроз печени

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холецистектомія, цироз печінки

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, cirrhosis of the liver

Резюме. Аналіз незадовільних результатів лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів з циррозом печінки. Хімич С.Д., Муравйов Ф.Т., Рудковська Н.Г. У роботі проведено аналіз результатів лікування 168 хворих з ускладненою жовчнокам'яною хворобою залежно від наявності в них або відсутності цирозу печінки. У 76 (45,23%) пацієнтів була ускладнена жовчнокам'яна хвороба і супутній цироз печінки, у 92 (54,77%) - ускладнена жовчнокам'яна хвороба без цирозу печінки. Стадію цирозу печінки оцінювали за системою Child-Pugh. Установлено, що холецистектомія лапароскопічним або традиційним відкритим шляхом у стадії цирозу Child A є досить безпечною, а ризик розвитку ускладнень можна порівняти з ризиком у хворих без цирозу печінки. Ургентні хірургічні втручання у хворих з циррозом печінки в стадії Child B і Child C пов'язані з підвищеним ризиком розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень і летальності.

Abstract. Analysis of unsatisfactory results of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis of the liver. Khimich S.D., Muraviov F.T., Rudkovska N.G. In the work the analysis of the results of the treatment of 168 patients with complicated cholelithiasis, depending on presence or absence of cirrhosis of the liver has been carried out. In 76 (45.23%) patients, cholelithiasis and concomitant cirrhosis of the liver were complicated, in 92 (54.77%) - complicated cholelithiasis without cirrhosis of the liver. The stage of liver cirrhosis was assessed by the Child-Pugh system. It has been established that cholecystectomy with laparoscopic or traditional open-release in the stage of Child A cirrhosis is quite safe, and the risk of development of complications can be compared with the risk in patients without liver cirrhosis. Urgent surgical interventions in patients with cirrhosis of the liver in the stage of Child B and Child C are associated with an increased risk of development of intra- and postoperative complications and mortality.

Несмотря на значительный опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у больных осложненной желчнокаменной болезнью, цирроз печени остается одним из главных факторов, оказывающих негативное влияние на течение интра- и послеоперационного периода [1-14]. Вместе с тем, еще Bloch R.S. и соавт. сообщали о том, что частота выявления холелитиаза у больных циррозом печени превышает таковую в общей популяции более, чем в два раза, и составляет 9,5-13,7% [1]. По данным нескольких исследований смертность при выполнении urgentных операций на органах брюшной полости у пациентов с циррозом печени может

достигать 45% [9]. Отсутствие четких рекомендаций по ведению таких больных и немногочисленные попытки прогнозирования рисков и анализа причин неудовлетворительных результатов придают широкую дискуссионность данной проблеме и обуславливают актуальность проводимого исследования.

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка результатов выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных осложнённой жёлчнокаменной болезнью в условиях наличия и отсутствия цирротической трансформации печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализированы результаты комплексного хирургического лечения 168 пациентов, которые находились в центре малоинвазивной хирургии за период с 2009 по 2017 г. Критериями отбора пациентов были: осложненная желчнокаменная болезнь, наличие цирроза печени (установленного как до поступления в стационар, так и во время проведения лечебно-диагностического процесса), отсутствие онкологического анамнеза и проведения открытых оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Всем больным на диагностическом этапе проводились стандартные лабораторные исследования (с акцентом на показатели мезенхимально-клеточного цитолиза), ультразвуковое исследование, эластография, эзофагогастродуоденоскопия. МРТ-холангиография и мульти-

спиральная компьютерная томография проводились по показаниям.

Все больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, основной и сопутствующей патологиям. В основную группу сравнения (76 (45,23%) пациентов) вошли пациенты с осложненной желчнокаменной болезнью и сопутствующим циррозом печени, в контрольную (92 (54,77%) пациента) – пациенты с осложненной желчнокаменной болезнью без цирроза печени.

Стадию цирроза печени у всех пациентов оценивали по системе Child-Turcotte-Pugh (табл. 1). В предоперационном периоде тяжесть состояния пациентов оценивалась по системе APACHE II, а пациентов с циррозом печени – дополнительно по системе MELD (Model of End Stage Liver Disease). Риск анестезиологического обеспечения определяли по ASA.

Таблица 1

Стадии цирроза печени по Child-Turcotte-Pugh

Стадии цирроза	Количество пациентов, n (%)
Child A	39(51,32%)
Child B	35(46,05%)
Child C	2(2,63%)

При этом, основными клиническими проявлениями у наблюдаемых больных были болевой синдром (159 больных), асцит (29 больных), синдромы мезенхимально-клеточного цитолиза (повышение билирубина (98), АлАт, АсАт (98) – у 98 больных) и катаболизма (повышение уров-

ней креатинина и мочевины (у 18 больных)), явления печёночной недостаточности (токсическая энцефалопатия (4 больных), гипопротейнемия (48), холемическая коагулопатия (42), явления портальной гипертензии (42 больных) (табл. 2).

Таблица 2

Основные клинические проявления у наблюдаемых больных

Перечень клинических проявлений	Основная группа (n=)			Контрольная группа (n=)
	Child A	Child B	Child C	
Болевой синдром	39(100%)	33(94,3%)	2(100%)	85(92,3%)
Синдром мезенхимально-клеточного цитолиза	35(89,7%)	35(100%)	2(100%)	26(28,3%)
Катаболизм	3(7,7%)	9(25,7%)	2(100%)	3(3,2%)
Гипопротейнемия	5(12,8%)	35(100%)	2(100%)	6(14,3%)
Коагулопатия	6(15,3%)	32(91,4%)	2(100%)	2(2,2%)
Портальная гипертензия	7(17,9%)	33(94,3%)	2(100%)	-

Лечение начинали с консервативной симптоматической патогенетически обоснованной терапии с обязательным антибактериальным, противовоспалительным, детоксикационным, заместительным и гепатопротекторным компонентами. Abortивного течения и регресса заболе-

вания удалось достичь у 3 больных (Child B – 2, Child C-1). Остальным больным ввиду прогрессирования воспалительного процесса и нарастания эндогенной интоксикации проведены различные хирургические вмешательства, спектр которых представлен в таблице 3.

Таблица 3

Тип хирургического вмешательства у больных обеих групп

Перечень хирургических вмешательств	n	
	Группа контроля	Основная группа
Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)	88	64
Конверсионная холецистэктомия	-	2
ЛХЭ+холедохолитотомия	3	-
Эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией + ЛХЭ	-	6
Конверсионная холецистэктомия с ушиванием холецистохоледохеального свища на наружном каркасном дренаже	1	-

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из таблицы 3, результаты лечения больных основной группы были следующие: 88 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 3 пациентам проводилась ЛХЭ с холедохолитотомией, 1 пациенту закончили холецистэктомию после конверсии с ушиванием холецисто-холедохеального свища (синдром Мириззи 2 тип по Csendes). В группе контроля 64 пациентам была проведена ЛХЭ (Child A – 39, Child B - 25), а у 2 пациентов была выполнена холецистэктомия после конверсии из-за выраженного варикоза гепатодуоденальной связки и интраоперационного кровотечения (Child B). Еще у 6 пациентов с диагностированным

холедохолитиазом было сделано эндоскопическую папиллотомию с литоэкстракцией и последующей лапароскопической холецистэктомией (Child B - 6). Четырем пациентам этой же группы, с клиникой острого калькулёзного холецистита, было решено применить консервативный тип лечения, на фоне которого у 1 больного наступил летальный исход в результате полиорганной недостаточности (Child C), а у 3 других больных наступил регресс и больные были выписаны из стационара (Child C- 1, Child B -2).

Во время проводимого лечения наблюдали некоторые осложнения, которые представлены в таблице 4.

Таблица 4

Перечень осложнений во время лечения (%)

Периоперационные осложнения	Основная группа, n	Контрольная группа, n
1. Интра-, послеоперационные кровотечения (из ложа, портов)	0 (0)	6 (7,8)
2. Развитие СПОН	0	1 (1,3)
3. Гнойно-септические осложнения:		
- Подпеченочный абсцесс	-	1 (1,3)
- Абсцесс печени	-	1 (1,3)
- Нагноение раны	-	10 (13,1)
4. Рефрактерный асцит	1 (1,08)	9 (11,8)
5. Послеоперационная холерия	2 (2,17)	6 (7,9)
6. Послеоперационная пневмония		

Таким образом, проанализировав причины возникновения осложнений и неблагоприятных исходов у больных с циррозом печени, нами были сформированы основные прогностические предикторы возникновения осложнений: 1. Стадия цирроза Child B и Child C; 2. ASA IV-V; 3. MELD более 13 баллов; 4. Асцит; 5. Кровотечение из варикозно расширенных вен (пищевода); 6. Токсическая энцефалопатия; 7. Повышенный уровень креатинина.

ВЫВОДЫ

1. Ургентные хирургические вмешательства по поводу осложненной желчекаменной болезни у больных с циррозом печени сопряжены с повы-

шенным риском развития интра- и послеоперационных осложнений и летальности.

2. Холецистэктомия лапароскопическим либо традиционным открытым путем при стадии цирроза Child A является достаточно безопасной, а риск развития осложнений сопоставим с рисками у больных без цирроза печени.

3. Пациенты с циррозом печени в стадии Child B и Child C должны получать лечение в условиях специализированных медицинских учреждений и быть подвержены более углубленному обследованию и определению всех рисков проведения операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bloch R.S. Cholecystectomy in patients with cirrhosis. A surgical challenge / R.S. Bloch, R.D. Allaben, A.J. Walt // Arch Surg. – 1985. – Vol. 120. – P. 669-672.

2. Genzini T. Cholelithiasis in cirrhotic patients. (Analysis of cholelithiasis among patients with liver cirrhosis in São Paulo, Brazil) / T. Genzini, M.P. de Miranda // Arq Gastroenter. – 1996. – Vol. 33. – P. 52-59.

3. Laparoscopic cholecystectomy and cirrhosis: patient selection and technical consideration / Rafael S. Pinheiro, Daniel R. Waisberg, Quirino Lai [et al.] // Ann. Laparosc. Endosc. Surgery. – 2017. – Vol. 2. – P. 35.

4. Laparoscopic cholecystectomy and liver cirrhosis / J.B. Lledó, J.C. Ibañez, L.G. Mayor [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. – 2011. – Vol. 21. – P. 391-395.

5. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients / L.A. D'Albuquerque, M.P. de Miranda, T. Genzini [et al.] // Surg. Laparosc Endosc. – 1995. – Vol. 5. – P. 272-276.

6. Laparoscopic or open cholecystectomy in cirrhosis: a systematic review of outcomes and meta-analysis of randomized trials / J.M. Laurence, P.D. Tran, A.J. Richardson [et al.] // HPB (Oxford). – 2012. – Vol. 14. – P. 153-161.

7. Laparoscopic versus open cholecystectomy in cirrhotic patients: a prospective randomized study / S. El-Awadi, A. El-Nakeeb, T. Youssef [et al.] // Int J. Surg. – 2009. – Vol. 7. – P. 66-69.

8. Laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with liver cirrhosis: a prospective, randomized

study / M.A., Hamad M. Thabet, A. Badawy [et al.] // J. Laparoendosc Adv. Surg. Tech. A. – 2010. – Vol. 20. – P. 405-409.

9. Liver cirrhosis in patients undergoing laparotomy for trauma: effect on outcomes / D. Demetriades, C. Constantinou, A. Salim [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2004. – Vol. 199. – P. 538-542.

10. Machado N.O. Laparoscopic Cholecystectomy in Cirrhotics / N.O. Machado // JLS. – 2012. – Vol. 16. – P. 392-400.

11. Puggioni A. A metaanalysis of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis / A. Puggioni, L.L. Wong // J. Am. Coll. Surg. – 2003. – Vol. 197. – P. 921-926.

12. Randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension / W. Ji, L.T. Li, Z.M. Wang [et al.] // World J. Gastroenter. – 2005. – Vol. 11. – P. 2513-2517.

13. Systemic and cell-mediated immune response after laparoscopic and open cholecystectomy in patients with chronic liver disease / S.B. Lausten, T.M. Ibrahim, T. El-Sefi [et al.] // A random., prospect. study. Dig Surg. – 1999. – Vol. 16. – P. 471-477.

14. What are the appropriate indicators of surgical difficulty during laparoscopic cholecystectomy? / Y. Iwashita, T. Ohyama, G. Honda [et al.]; Results from a Japan-Korea-Taiwan multinational survey. // J. Hepatobiliary. Pancreat Sci. – 2016. – Vol. 23. – P. 533-547.

REFERENCES

1. Bloch RS, Allaben RD, Walt AJ. Cholecystectomy in patients with cirrhosis. A surgical challenge. Arch Surg. 1985;120:669-72.

2. Genzini T, de Miranda MP. Cholelithiasis in cirrhotic patients. (Analysis of cholelithiasis among patients with liver cirrhosis in São Paulo, Brazil). Arq Gastroenterol 1996;33:52-9.

3. Rafael S Pinheiro, Daniel R Waisberg, Quirino Lai, et al. Laparoscopic cholecystectomy and cirrhosis:

patient selection and technical consideration. Ann Laparoscopic Endoscopic Surgery. 2017;2:35.

4. Lledó JB, Ibañez JC, Mayor LG, et al. Laparoscopic cholecystectomy and liver cirrhosis. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2011;21:391-5.

5. D'Albuquerque LA, de Miranda MP, Genzini T, et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. Surg Laparosc Endosc 1995;5:272-6.

6. Laurence JM, Tran PD, Richardson AJ, et al. Laparoscopic or open cholecystectomy in cirrhosis: a systematic review of outcomes and meta-analysis of randomized trials. *HPB (Oxford)*. 2012;14:153-61.
7. El-Awadi S, El-Nakeeb A, Youssef T, et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy in cirrhotic patients: a prospective randomized study. *Int J Surg* 2009;7:66-9.
8. Hamad MA, Thabet M, Badawy A, et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with liver cirrhosis: a prospective, randomized study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010;20:405-9.
9. Demetriades D, Constantinou C, Salim A, et al. Liver cirrhosis in patients undergoing laparotomy for trauma: effect on outcomes. *J Am Coll Surg* 2004;199:538-42.
10. Machado NO. Laparoscopic Cholecystectomy in Cirrhotics. *JLS*. 2012;16:392-400.
11. Puggioni A, Wong LL. A metaanalysis of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis. *J Am Coll Surg* 2003;197:921-6.
12. Ji W, Li LT, Wang ZM, et al. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension. *World J Gastroenterol*. 2005;11:2513-7.
13. Lausten SB, Ibrahim TM, El-Sefi T, et al. Systemic and cell-mediated immune response after laparoscopic and open cholecystectomy in patients with chronic liver disease. A randomized, prospective study. *Dig Surg*. 1999;16:471-7.
14. Iwashita Y, Ohyama T, Honda G, et al. What are the appropriate indicators of surgical difficulty during laparoscopic cholecystectomy? Results from a Japan-Korea-Taiwan multinational survey. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2016;23:533-47.



УДК 616.36-001.45-089.87-073.432.1

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4\(part1\).145710](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145710)

**І.П. Хоменко,
О.С. Герасименко,
Я.І. Гайда,
К.Р. Мурадян,
Р.В. Єнін**

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ПЕЧІНКИ

*Військово-медичний клінічний центр Південного Регіону
вул. Пироговська, 2, Одеса, 65044, Україна
Military Medical Clinical Center of the Southern Region
Pyrohovska str., 2, Odessa, 65044, Ukraine
e-mail: kafzaghir@gmail.com*

Ключові слова: бойова травма живота, ушкодження печінки, ультразвукова діагностика, лапароскопія
Ключевые слова: боевая травма живота, повреждения печени, ультразвуковая диагностика, лапароскопия
Key words: combat trauma to the abdomen, liver damage, ultrasound diagnosis, laparoscopy

Реферат. **Применение малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении огнестрельных ранений печени.** Хоменко И.П., Герасименко О.С., Гайда Я.И., Мурадян К.Р., Енин Р.В. Проблема диагностики и этапного хирургического лечения боевой травмы живота с повреждениями печени актуальна в условиях роста удельного веса поврежденных печени, сопровождающихся ее тяжелой функциональной недостаточностью. Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения огнестрельных ранений печени с использованием малоинвазивных хирургических методик. Проведен анализ хирургического лечения 23 мужчин в возрасте от 19 до 49 лет с огнестрельными повреждениями печени на II-IV уровнях медицинской помощи. Шок I ст. наблюдался у 5 (21,7%), II ст. – у 8 (34,8%), III ст. – у 9 раненых (39,2%), IV ст. – у 1 раненого (4,3%), который был доставлен в агонирующем состоянии. На втором уровне медицинской помощи 12 раненым были выполнены лапароскопические операции (52,1%). 11 раненым проведена лапаротомия (47,9%) с применением механических, физических и химических методов остановки кровотечения. У 17 раненых (73,9%) наблюдались сопутствующие повреждения других органов брюшной полости и забрюшинного пространства (желудка, тонкой и толстой кишки, почек, селезенки). Коррекция сопутствующих повреждений проводилась по общепринятым методикам. На IV уровне медицинской помощи трем раненым (12,9%) выполнены пункция и дренирование внутривисцеральных абсцессов с использованием ультразвуковой навигации. Ультразвуковое