



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЛИПАХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

П. В. Гарелик, М. И. Милешко, А. Н. Дешук, О. А. Фисенко

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. В связи с применением современных диагностических методов исследования выявляемость полипов желчного пузыря (ПЖП) составляет 3-6%, а количество холецистэктомий по поводу ПЖП достигает до 10% от всех операций на данном органе.

Цель исследования – оценить результаты диагностики и лечения пациентов с ПЖП и выработать показания к хирургическому лечению.

Материал и методы. Объектом исследования были 237 пациентов с ПЖП, находящиеся в условиях хирургического отделения.

Результаты. У 235 (99,2%) пациентов с ПЖП произведена лапароскопическая холецистэктомия. Двум (0,8%) пациентам с сопутствующей послеоперационной вентральной грыжей выполнена герниолапаротомия, открытая холецистэктомия, пластика передней брюшной стенки с использованием сетчатого трансплантата.

Выводы. При малых ПЖП (до 5 мм) за пациентами проводится диспансерное наблюдение с обязательным УЗИ-исследованием каждые 6 месяцев, при сомнительных результатах должны выполняться КТ или МРТ желчного пузыря. При средних размерах ПЖП (5-10 мм) лапароскопическая холецистэктомия проводится при множественных полипах, при полипах на широком основании; остальные пациенты подлежат диспансерному наблюдению. При больших размерах ПЖП или при их сочетании ЖКБ, независимо от их размеров ПЖП, выполняется лапароскопическая холецистэктомия.

Ключевые слова: полипы, желчный пузырь, УЗИ, лапароскопическая холецистэктомия.

SURGICAL TACTICS FOR GALLBLADDER POLYPS

P. V. Harelik, M. I. Mileshko, A. N. Dziashuk, O. A. Fisenko

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Background. Due to the use of modern diagnostic technique the detection rate of gallbladder polyps constitutes 3-6%, and the number of cholecystectomies for polyps reaches up to 10% of all operations on this organ.

Objective. To evaluate diagnosis and treatment outcomes in patients with gallbladder polyps and to define specific indications for surgical treatment (on the basis of a large number of observations).

Material and methods. The article evaluates diagnosis and treatment outcomes in 237 patients with gallbladder polyps.

Results. 235 (99,2%) patients underwent laparoscopic cholecystectomy. 2 (0,8%) patients with concomitant postoperative ventral hernia underwent herniolaparotomy, open cholecystectomy, anterior abdominal wall repair using a polypropylene mesh.

Conclusions. Patients with small polyps (up to 5 mm) undergo follow-up ultrasound examination every 6 months; in case of doubtful findings CT or MRI of the gallbladder should be performed. The patients with medium polyps (5-10 mm) undergo laparoscopic cholecystectomy provided the polyps are multiple or with a broad base, otherwise such patients are followed-up. Laparoscopic cholecystectomy should be performed in case of large polyps or in patients with gallstone disease regardless of polyp size.

Keywords: polyps, gallbladder, ultrasonography, laparoscopic cholecystectomy.

Автор, ответственный за переписку

Гарелик Петр Васильевич, д-р мед. наук, проф.,
Гродненский государственный медицинский университет;
e-mail: surgery@grsmu.by

Corresponding author:

Petr Garelik, PhD, MD (Medicine), Professor; Grodno State
Medical University;
e-mail: surgery@grsmu.by

Для цитирования:

Хирургическая тактика при полипах желчного пузыря / П. В. Гарелик, М. И. Милешко, А. Н. Дешук, О. А. Фисенко // Гепатология и гастроэнтерология. 2021. Т. 5, № 1. С. 61-64. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2021-5-1-61-64>

For citation:

Harelik PV, Mileshko MI, Dziashuk AN, Fisenko OA. Surgical tactics for gallbladder polyps. Hepatology and Gastroenterology. 2021;5(1):61-64. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2021-5-1-61-64>

Введение

Полипы желчного пузыря (ПЖП) – доброкачественные образования, возникающие вследствие гиперпластических процессов и избыточного разрастания эпителия слизистой оболочки желчного пузыря (ЖП).

Еще 30-40 лет назад ПЖП встречались крайне редко: в литературе описывались единичные

наблюдения, а заболеваемость составляла 0,1-0,5% [1, 2]. В последние годы ситуация изменилась. В связи с применением современных диагностических методов исследования выявляемость ПЖП составляет 3-6%, а количество холецистэктомий по поводу полипов достигает до 10% от всех операций на ЖП [3, 4, 5].

Однозначного толкования этиологии ПЖП до настоящего времени нет, но известны предрас-

полагающие факторы: наследственность, нерациональное питание (избыток холестерина), застой желчи в ЖП и дискинезия желчевыводящих путей, гормональные нарушения [3, 6, 7].

Характерных клинических проявлений ПЖП не существует. Чаще всего пациент о наличии у него ПЖП узнает после прохождения ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) по поводу других заболеваний или периодических неопределенных болей в брюшной полости. Информативность лучевых методов диагностики доходит до 92% [4, 8]. У ряда пациентов встречаются диагностические ошибки: после удаления ЖП и изучения макропрепарата полипов не находят. Встречаются и такие случаи, когда УЗИ или КТ дает заключение о наличии камней ЖП, а после операции вместо камней или вместе с ними выявляются ПЖП.

Несмотря на возросшее количество пациентов, еще не выработаны единые показания к холецистэктомии (ХЭК) при ПЖП. Имеются рекомендации к удалению ЖП при сочетании ПЖП и желчно-каменной болезни (ЖКБ) [4, 8, 9] при больших размерах полипов [8]. В связи с онкологической настороженностью многие авторы считают оперативное лечение оправданным во всех случаях [10, 11, 12].

Основной метод лечения полипов ЖП в настоящее время – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭК). Однако, как всякая операция, она таит в себе самые разные осложнения, вплоть до смертельных. Трудно представить такую ситуацию, а в жизни она бывает: пациента ничего не беспокоит, но в связи с заключением УЗИ о наличии ПЖП и в связи с онконастороженностью производится ЛХЭК, во время которой наступает повреждение желчных протоков, что ведет к цепи других осложнений и повторных операций с летальным исходом. Ситуация еще более усугубляется, когда морфологи не находят ПЖП.

Таким образом, очевидно, что еще не решены все вопросы диагностики ПЖП, требуют обсуждения показания к операции: нужно ли всех пациентов оперировать или все же предлагать динамическое наблюдение [3, 7, 13]. После проведенных ХЭК по поводу ПЖП постхолецистэктомический синдром встречается в 1,8 раза чаще, чем при ЖКБ [4, 6].

Цель исследования – оценить результаты диагностики и лечения пациентов с ПЖП и на основании большого числа наблюдений выработать показания к хирургическому лечению.

Материал и методы

Аналізу подвергнуты результаты диагностики и лечения 237 пациентов, находившихся на стационарном лечении в течение последних 7 лет (2014–2020 гг.) в клинике общей хирургии на

базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», у которых на разных этапах обследования и лечения выставлялся диагноз ПЖП. За это время в клинике произведено 2145 ХЭК, из них 2097 лапароскопических (97,8%), 48 открытых (2,2%), в том числе по поводу ЖКБ – 1908, по поводу ПЖП – 237. Число пациентов с ПЖП по отношению ко всем оперированным пациентам составило 11%. Среди анализируемых пациентов 163 (68,8%) – женщины и 74 (30,2%) – мужчины в возрасте от 21 до 81 года.

У большинства пациентов (127/66,8%), клинических проявлений ПЖП не отмечено, у 61/32,1% из них имели место периодические боли в правом подреберье, в случаях сочетания ПЖП и камней желчного пузыря у 2 пациентов имелась клиническая картина печёночной колики. Характерных клинических симптомов для ПЖП нами не выявлено. Анализ лабораторных и биохимических исследований крови не показал отклонений от нормы.

Основным методом диагностики ПЖП было УЗИ гепатобилиарной системы. Оно проводилось у всех пациентов, причем у 168 (70,9%) из них выполнялось 2 раза и более. Установлено, что повторные УЗИ, тем более выполненные разными врачами, повышают вероятность правильного диагноза. Сомнения в распознавании ПЖП возникли при УЗИ у 16 (6,8%) пациентов, которым выполнялась КТ, подтвердившая диагноз ПЖП.

В результате дооперационного обследования были выставлены следующие диагнозы: ПЖП – у 168 (70,9%) чел., ПЖП в сочетании с ЖКБ – у 64 (27%), еще 5 пациентам выставлялся диагноз ЖКБ, но после операции камней не выявлено, акустической тенью в ЖП оказались полипы.

У 77 (32,4%) пациентов из анализируемой группы имелись сопутствующие заболевания. Среди них – сердечно-сосудистые (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) – 22 чел., сахарный диабет – 14, варикозная болезнь нижних конечностей – 8, пупочная грыжа – 23, послеоперационная вентральная грыжа – 2, паховая грыжа и отвислый живот – 5, липомы туловища – 3.

Результаты и обсуждение

Все 237 пациентов с ПЖП подвергнуты оперативному лечению. У 235 (99,2%) из них произведена ЛХЭК. Еще 2 пациентам с сопутствующей послеоперационной вентральной грыжей выполнена герниолапаротомия, открытая холецистэктомия, пластика передней брюшной стенки с использованием сетчатого трансплантата. Одновременно произведены другие симультанные операции: грыжесечение в связи с пупочной грыжей и пластика передней брюшной стенки по Мейо (20 чел.) или Сапешко (3 чел.); лапароскопи-

ческая герниопластика справа с одновременной дермолипэктомией (1 чел.); удаление липом (3 чел.), лапароскопическая стерилизация (1 чел.).

К сожалению, не было возможности интраоперационно подтвердить наличие ПЖП, в связи с чем после ХЭК производилось тщательное исследование макропрепарата: желчный пузырь вскрывался, опорожнялся, слизистая отмывалась под струей воды и тщательно визуальнореизировалась. При этом оказалось, что при изолированном ПЖП из 165 пациентов полипы визуальнореизированы у 145 (87,9%). В группе пациентов, у которых полипы сочетались с камнями ЖП, из 67 чел. ПЖП отсутствовали только в двух случаях. Еще у 5 чел., оперированных по поводу ЖКБ, после операции камней в пузыре не выявлено, зато имелись множественные ПЖП. Из 22 пациентов с визуальнореизированным диагнозом ПЖП у 12 имелись камни (ЖКБ), еще у 10 чел. макроскопические изменения расценены как хронический бескаменный холецистит.

Кроме наличия самих ПЖП, имеют значение их количество и размеры. С нашей точки зрения, они могут служить объективными критериями, которые будут учитываться при выработке показаний для оперативного лечения. Оказалось, что одиночные полипы имелись у 62 (27,1%) пациентов, по 2 полипа – у 42 (26,1%), более двух – у 111 (46,8%). Малый размер полипов (меньше 5 мм) встретился в 30 (12,7%) случаях, средний размер (5-10 мм) – в 148 (62,4%), большие полипы (более 10 мм) выявлены у 59 (24,9%) пациентов.

Результаты гистологических исследований показали, что наиболее часто встречаются аденоматозные полипы (139/58,6%), гиперпластические полипы имели место у 59 пациентов (24,9%), холестерозные – у 14 (5,9%). У 3 пациентов при гистологическом исследовании полипов выявлена высокодифференцированная аденокарцинома ЖП. Во всех 3 случаях это были одиночные полипы, один из них размеров 8 мм, другой 11 мм, третий – 16 мм. Эти пациенты для дальнейшего наблюдения переданы онкологам. При гистологическом изучении желчных пузырей, где полипов не оказалось, установлены признаки хронического воспаления с инфильтрацией стенки пузыря лимфоцитами и единичными гистиоцитами.

Послеоперационный период у всех пациентов, за исключением 1, протекал без осложнений. У тех пациентов, которым ставились дренажные трубки в брюшную полость, отделяемое по ним было незначительным и обычно они удалялись на следующие сутки после операции.

Одно наблюдение с серьезным осложнением после операции заслуживает более подробного обсуждения. Пациент Т., 31 год, поступил в клинику без особых жалоб, при УЗИ-исследовании у него выявлен одиночный ПЖП.

Произведена ЛХЭК, операция прошла без технических трудностей, оперировал опытный хирург. В макропрепарате имелись 3 полипа размерами 6 и 5 мм, гистологически – аденоматозные полипы. В послеоперационном периоде при наличии «спокойного» живота из него по дренажной трубке ежедневно выделялось по 300-500 мл желчи без тенденции к уменьшению. На девятые сутки произведена РХПГ, источник желчеистечения не выявлен. Сразу же после этой процедуры у пациента развилась клиника острого панкреатита, которая молниеносно нарастала. К утру следующего дня, несмотря на интенсивное лечение в полном объеме, состояние пациента стало крайне тяжелым, живот был резко вздут с перитонеальными симптомами, имелась выраженная дыхательная недостаточность. В связи с неустранимой интоксикацией при полном объеме консервативного лечения произведена срочная лапаротомия. Из брюшной полости эвакуировано 3 л темной геморрагической жидкости. Аналогичная жидкость в большом количестве скопилась в сальниковой сумке и особенно много – под париетальной брюшиной, покрывающей поджелудочную железу (ПЖ), причем брюшина была отслоена от железы, напряжена и резко выбухала. После ее продольного рассечения под давлением выделилось до 500 мл геморрагического экссудата. Аналогичные скопления экссудата в виде цепи озер обнаружены в области паранефрия, боковых каналов живота, по ходу брыжейки тонкой и толстой кишки. Во всех указанных местах произведено широкое рассечение париетальной брюшины с аспирацией еще до 3 литров экссудата. Произведена ревизия внепеченочных протоков с мобилизацией 12-перстной кишки по Кохеру. Повреждения желчных протоков и источник желчеистечения не выявлены. Операция завершена лапаростомией, наружным дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства. В последующем трижды производилась программированная релапаротомия. После первой лапаротомии желчеистечение прекратилось самостоятельно. Постепенно наступило выздоровление. Пациент выписан домой на 73 сутки после первой операции. Данное наблюдение демонстрирует редкий вариант осложнения после операции по удалению «безобидного» полипа.

Выводы

1. ПЖП – распространенное заболевание. Каждая десятая ХЭК выполняется по поводу ПЖП. Настораживает тот факт, что почти у половины пациентов (46,8%) ПЖП – множественные, у каждого четвертого прооперированного пациента ПЖП были больших размеров, а при гистологическом исследовании у троих из них выявлена аденокарцинома.

2. Неоправданные ХЭК, когда после операции не находят внутривезикулярных образований (полипов, камней), имели место у 2 (9,3%) пациентов, что подтверждает не 100% возможности УЗИ, включая повторные для диагностики ПЖП. Снижает частоту неудач более широкое использование КТ или МРТ желчного пузыря.

3. На основании большого клинического материала выработана следующая тактика ведения данной группы пациентов:

– при малых ПЖП (до 5 мм) за пациентами проводится диспансерное наблюдение с обязательным УЗИ-обследованием каждые 6 меся-

цев, при сомнительных результатах должны выполняться КТ или МРТ желчного пузыря;

– при отсутствии увеличения размеров ПЖП диспансерное наблюдение продолжается, а при увеличении размеров или количества ПЖП должна выполняться ЛХЭК;

– при средних ПЖП (5-10 мм) ЛХЭК проводится при наличии множественных полипов, при полипах на широком основании, а также по онкопрогнозу (возраст, анамнез); остальные пациенты подлежат диспансерному наблюдению;

– при больших ПЖП выполняется ЛХЭК;

– при сочетании ЖКБ с ПЖП (независимо от их размеров) показана ЛХЭК.

References

- Afanaseva NI. Sluchaj adenomatoznogo polipa zhelchnogo puzyrya [A case of adenomatous gallbladder polyp]. *Vestnik rentgenologii i radiologii* [Bulletin of radiology and radiology]. 1989;64(2):32-34. (Russian).
- Vinogradov VV, Bazilevich FI, Zandelov VL. Polipoz zhelchnogo puzyrya [Gallbladder polyposis]. In: *Aktual'nye problemy patologii i hirurgii zhelchevyvodjashhij putej* [Actual problems of pathology and surgery of the biliary tract]. Sverdlovsk; 1976. p. 76-82. (Russian).
- Borisov AE, Vystupec BV, Akimov VP, Toidze VV. Diagnostika i lechenie polipov zhelchnogo puzyrya [Diagnostics and treatment of gallbladder polyps]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Medicina* [Bulletin of St. Petersburg University. The medicine]. 2008;1:59-66. (Russian).
- Gasnov AM. Diagnostika i hirurgicheskaja taktika pri parenhimatoznych polipah zhelchnogo puzyrya [Diagnostics and surgical tactics for parenchymal polyps of the gallbladder] [masters thesis]. Moskva; 2007. 23 p. (Russian).
- Terzi C, Sokmen S, Seckin S, Albayrak L, Ugurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery*. 2000;127(6):622-627. doi: 10.1067/msy.2000.105870.
- Vystunec BV. Diagnostika i lechenie dobrokachestvennogo polipa vidnyh obrazovanij zhelchnogo puzyrya [Diagnostics and treatment of benign polyp of prominent formations of the gallbladder] [masters thesis]. Sankt-Peterburg; 2009. 21 p. (Russian).
- Sugiyama M, Xie XY, Atomi Y, Saito M. Differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder: the value of endoscopic ultrasonography. *Ann. Surg.* 1999;299(4):498-504. doi: 10.1097/00000658-199904000-00008.
- Mundukov KZh. Lechenie polipov zhelchnogo puzyrya [Treatment of gallbladder polyps]. *Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki* [Scientific Review. Medical sciences]. 2014;2:76. (Russian).
- Sandri L, Colecchia A, Larocca A, Vestito A, Capodicasa S, Azzaroli F, Mazzella G, Mwangemi C, Roda E, Festi D. Gallbladder cholesterol polyps and cholesterosis. *Minerva Gastroenterol. Dietol.* 2003;49(3):217-224.
- Keheshvili AV, Gajnutdinov FG. O diagnostike i lechenii polipoza zhelchnogo puzyrya [About the diagnosis and treatment of gallbladder polyposis]. *Voenno-meditsinskij zhurnal* [Military Medical Journal]. 1997;6:59. (Russian).
- Rashinskij SM. Diagnostika i lechenie polipoza zhelchnogo puzyrya [Diagnosis and treatment of gallbladder polyposis]. *Medicinskie novosti* [Medical news]. 1999;6:26-30. (Russian).
- Diaz-Placencia J, Vilela Desposorio CV, Rebaza-Iparraguirre H, Villacorta Acosta R, Calipuy Abanto W. Polypoid lesions of the gallbladder. *Rev. Gastroenterol. Peru.* 1994;14(1):22-26.
- Matos AS, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Gallbladder polyps: how should they be treated and when? *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010;56(3):318-321. doi: 10.1590/s0104-42302010000300017.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Соответствие принципам этики. Исследование одобрено локальным этическим комитетом.

Сведения об авторах:

Гарелик Петр Васильевич, д-р мед. наук, проф., Гродненский государственный медицинский университет; e-mail: surgery@grsmu.by. ORCID:0000-0001-2819-5423

Милешко Мария Иосифовна, канд. мед. наук, доц.; Гродненский государственный медицинский университет; e-mail: obhirurg@gmail.com; ORCID:0000-0001-4417-6859

Дешук Анатолий Николаевич, канд. мед. наук, доц.; Гродненский государственный медицинский университет; e-mail: dziashuk@mail.ru; ORCID:0000-0001-7316-6720

Фисенко Ольга Анатольевна; УЗ «Щучинская центральная районная больница»; e-mail: obhirurg@gmail.com. ORCID:0000-0002-0316-7979.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Conformity with the principles of ethics. The study was approved by the local ethics committee.

Information about authors:

Petr Garelik, PhD, MD (Medicine), Professor; Grodno State Medical University; e-mail: surgery@grsmu.by; ORCID:0000-0001-2819-5423.

Maria Mileshko, PhD (Medicine), Associate Professor; General Surgery Department in Grodno State Medical University; e-mail: obhirurg@gmail.com; ORCID:0000-0001-4417-6859.

Anatoli Dziashuk, PhD, MD (Medicine), Professor; Grodno State Medical University; e-mail: dziashuk@mail.ru; ORCID:0000-0001-7316-6720.

Olga Fisenko; health care institution «Shchuchin Central District Hospital»; e-mail: obhirurg@gmail.com; ORCID:0000-0002-0316-7979.

Поступила: 11.03.2021

Принята к печати: 29.03.2021

Received: 11.03.2021

Accepted: 29.03.2021