

Хирургическое лечение полипов желчного пузыря

© О.В. ГАЛИМОВ, В.О. ХАНОВ, Д.Э. БАЙКОВ, К.В. ЛАПТЕВА

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

РЕЗЮМЕ

Представлен опыт 42 лапароскопических холецистэктомий при диагностированных полипах желчного пузыря. Проанализированы данные дополнительных методов исследования, выявлено, что убедительно дифференцировать истинные и псевдополипы, а также доброкачественные, предраковые или злокачественные полипы дооперационно не представляется возможным. При этом у мини-инвазивных, видеоэндоскопических технологий достаточно возможностей для радикального удаления полипов желчного пузыря в ходе холецистэктомии.

Ключевые слова: полипы желчного пузыря, калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Галимов О.В. — <https://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

Ханов В.О. — <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

Байков Д.Э. — <https://orcid.org/0000-0002-3210-6593>

Лаптева К.В. — <https://orcid.org/0000-0002-8707-5747>

Автор, ответственный за переписку: Ханов В.О. — e-mail: khanovv@mail.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Галимов О.В., Ханов В.О., Байков Д.Э., Лаптева К.В. Хирургическое лечение полипов желчного пузыря. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2020;6:49-52. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202006149>

Surgical treatment of gallbladder polyps

© O.V. GALIMOV, V.O. KHANOV, D.E. BAYKOV, K.V. LAPTEVA

Bashkir State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Ufa, Russia

ABSTRACT

Objective. To study the incidence of gallbladder polyps and the possibilities of modern methods of diagnosis and surgical treatment of this disease.

Material and methods. There were 42 laparoscopic cholecystectomies in patients with diagnosed gallbladder polyps. The polyps were diagnosed preoperatively. Intraoperative diagnosis during surgery for gallstone disease was observed in 3 cases. A comparative analysis of preoperative examination did not reveal any advantages of certain diagnostic approach.

Results. Hyperplastic polyp was the most common type ($n=20$, 47.6%), adenomatous polyps occurred in 19 (45.3%) cases, cholesterolic polyps — in 3 (7.1%) patients. All patients had signs of chronic inflammation of the gallbladder wall with its infiltration by lymphocytes and histiocytes.

Conclusion. Further studies with clear criteria for the diagnosis of gallbladder polyps including ones for determining true polyps, precancerous and malignant polyps are required.

Keywords: gallbladder polyps, calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Galimov O.V. — <https://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

Khanov V.O. — <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

Baykov D.E. — <https://orcid.org/0000-0002-3210-6593>

Lapteva K.V. — <https://orcid.org/0000-0002-8707-5747>

Corresponding author: Khanov V.O. — e-mail: khanovv@mail.ru

TO CITE THIS ARTICLE:

Galimov OV, Khanov VO, Baykov DE, Lapteva KV. Surgical treatment of gallbladder polyps. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 2020;6:49-52. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia202006149>

Введение

Полипоз желчного пузыря (ПЖП) — распространенное заболевание, выявление которого в последние годы существенно увеличилось [1–3]. Очевидно, это связано с совершенствованием процесса инструментальной диагностики. Согласно кохрейновскому обзору (The Cochrane Library) группы S.Z. Wennmacker (2018), в общей популяции из 1000 человек в 6,4% наблюдений при УЗИ выявляют полипы желчного пузыря [4].

Рост заболеваемости ПЖП, очевидно, обусловлен не только увеличением числа больных, но и совершенствованием методов диагностики [2, 5, 6], в частности УЗИ, которое способствует не только выявлению полипов, но и описанию самых различных форм заболеваний желчного пузыря. Важно, что ПЖП не имеет отчетливых клинических проявлений, а жалобы в основном сводятся к проявлению боли различной интенсивности в правом подреберье. При присоединении инфекции клиника напоминает острый холецистит. Несмотря на то что в литературе приведены обширные сведения о ПЖП, многие вопросы еще не решены. Прежде всего это вопросы о дифференциальной диагностике и показаниях к оперативному лечению. Идут поиски более современных методов диагностики и обоснования оперативного лечения.

Методы

В настоящее время применяют 2 метода выявления ПЖП и определения типа полипов: трансабдоминальное УЗИ (ТАУЗИ), использующее ультразвук для дифференцировки разных видов тканей, и эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ). При этом доказательств того, что ЭУЗИ обладает преимуществом перед ТАУЗИ при дифференцировке между истинными и псевдополипами, а также между доброкачественными и предраковыми или злокачественными полипами, получено недостаточно [4]. Не всегда удается поставить достоверный диагноз при маленьких (до 3–4 мм) размерах полипа и локализации их в области шейки желчного пузыря. Верифицировать диагноз позволяет КТ.

В 2015–2018 гг. в клинике Башкирского государственного медицинского университета прооперировано 42 больных (36 (85,7%) женщин, 6 (14,3%) мужчин) с ПЖП, всем выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Возраст больных варьировал от 27 до 73 лет. В 41 (97,6%) случае операция выполнена в плановом порядке. В 1 (2,4%) случае операция произведена в экстренном порядке в связи с развитием острого холецистита. В 3 (7,1%) случаях больные в плановом порядке оперированы по поводу желчнокаменной болезни, хронического холецистита, но после операции у них наряду с камнями желчного пу-

зыря выявлены полипы. Желчнокаменную болезнь наблюдали всего у 38 (90,5%) пациентов с ПЖП.

В ходе анализа семиотики не обнаружено специфических симптомов, характерных для данного заболевания. Как правило, наблюдали симптомы, которые чаще всего выявляют при хроническом холецистите. Ведущим признаком была боль в правом подреберье, чаще тупая, и только в единичных наблюдениях при локализации полипов в области шейки пузыря и протока боль носила приступообразный характер. На основании инструментальных исследований установлено, что чаще полипы локализовались в теле желчного пузыря, одинаково часто полипы располагались в области дна и шейки пузыря. Полипы размером до 3–4 мм выявлены у 4 (9,5%) больных, от 5 до 10 мм — у 38 (90,5%). Одиночные полипы обнаружены у 37 (88,1%), по 2 полипа и более — у 5 (11,9%) больных.

В современной медицинской практике укоренилась лечебная тактика, при которой обнаружение полипа ведет к его удалению хирургическим путем в кратчайшие сроки. Связано это с тем, что аденоматозные и гиперпластические полипы вызывают онкологическую настороженность, так как потенциально возможно их злокачественное перерождение, а холестериновые полипы зачастую являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы. Кроме того, известны случаи быстрого роста полипов в ходе динамического наблюдения, что опосредованно влияет на образ жизни пациента и также способствует повышению хирургической активности.

Результаты

После холецистэктомии мы визуально подтверждали существование полипа желчного пузыря на макрорепарате, который направляли на гистологическое исследование с целью определения вида новообразования и верификации диагноза. Наиболее часто обнаруживали гиперпластический полип — у 20 (47,6%) больных, аденоматозные полипы были у 19 (45,3%), холестериновые — у 3 (7,1%), в стенке желчного пузыря у всех отмечены признаки хронического воспаления в виде инфильтрации лимфоцитами и единичными гистиоцитами.

Представляем клиническое наблюдение больной с гигантским полипом желчного пузыря, сочетающимся с калькулезным холециститом. Пациентка М., 66 лет, поступила в городскую больницу №3 Уфы 09.12.2018 в экстренном порядке с жалобами на приступообразную боль в правом подреберье, тошноту, рвоту. Больна в течение 2 лет, последнее время приступы заболевания участились. Проведено ТАУЗИ, выявившее признаки острого калькулезного холецистита. При ЭГДС выявили острый гастродуоденит, а при ЭУЗИ — опухолевидное образование (1,5×1,5 см) желчного пузыря. Дообследование с использованием КТ с контрастным усилением



Рис. 1. КТ-изображение печени и желчного пузыря в венозную (портальную) фазу усиления. В области дна желчного пузыря, распространяясь в просвет органа и не деформируя его наружные очертания, определяется пристеночно расположенное округлой формы мягкотканое образование, равномерно накапливающее контрастное вещество.

Fig. 1. Axial CT scan of the liver and gallbladder, venous (portal) amplification phase. Soft tissue rounded formation is observed near the bottom of the gallbladder. The polyp evenly accumulates contrast agent, spreads into the lumen of the gallbladder and does not deform its outer shape.

установило, что желчный пузырь расположен типично удлинненной, немного изогнутой формы, размером $47 \times 22 \times 21$ мм, стенки пузыря не утолщены (1–2 мм), в просвете гомогенное содержимое, плотностью от 8 до 16 НУ. В области дна с распространением в просвет пузыря нечетко визуализируется изоденсивной плотности мягкотканое образование размером 15×16 мм, которое не деформирует наружные очертания желчного пузыря. При усилении во всех фазах плотность стенок равномерно повышалась с 35–45 до 85–95 НУ в артериальную и венозную фазы контрастирования и умеренно снижалась до 55–65 НУ в паренхиматозную, отсроченную фазу усиления (рис. 1, 2). Плотность образования в просвете желчного пузыря менялась аналогичным образом, соответствуя той или иной фазе усиления, при этом само образование принимало более отчетливые очертания.

Диагноз: острый калькулезный холецистит (опухоль желчного пузыря?). Выполнена холецистэктомия (10.12.2018). Макропрепарат: желчный пузырь $50 \times 25 \times 25$ мм, стенки его умеренно гиперемированы, инфильтрированы, в просвете густая желчь, несколько конкрементов размером 3×3 мм, в области дна аденоматозный полип размером $1,6 \times 1,6$ см (рис. 3, 4).

Гистологическое заключение: аденоматозный полип, состоящий из множества желез различных размеров и форм, выстланных цилиндрическим эпителием, который обнаруживает определенной степени полиморфизм, выраженный как в отдельных участках полипа, так и в участках одной и той же железы,



Рис. 2. Компьютерная томограмма печени и желчного пузыря в сагиттальной проекции в венозную (портальную) фазу усиления.

Fig. 2. Multiplanar reconstruction of the liver and gallbladder in sagittal projection, venous (portal) amplification phase. The same observation.



Рис. 3. Схематическое изображение желчного пузыря с образованием, исходящим из его стенки и распространяющимся в просвет органа.

Fig. 3. Schematic image of the gallbladder with formation emanating from its wall and extending into the lumen of the organ.



Рис. 4. Макропрепарат удаленного образования — аденоматозный полип желчного пузыря (послеоперационная фотография).

Fig. 4. Specimen of resected formation — adenomatous polyp of the gallbladder.

что свидетельствует о различной пролиферативной активности желез и их эпителия. Строма полипа неоднородна, с большим количеством сосудов, пропитана отечной жидкостью с большим содержанием белка, воспалительные инфильтраты из лимфоидных и гистиоцитарных элементов. Послеоперационное течение гладкое, выписана из клиники на 3-и сутки с выздоровлением.

Заключение

Таким образом, полипы желчного пузыря являются распространенным заболеванием, часто соче-

таются с желчнокаменной болезнью и нередко являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы, а также имеют потенциальную возможность злокачественного перерождения, что ведет к увеличению частоты показаний к оперативному лечению. Очевидно, необходимы дальнейшие исследования с четко сформулированными критериями диагностики полипов желчного пузыря, включая критерии определения истинных полипов, а также предраковых и злокачественных полипов.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Мундуков К.Ж. Лечение полипов желчного пузыря. Современные проблемы науки и образования. 2013;5:23-27. Mundukov KZh. Lecheniye polipov zhelchnogo puzыrya. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2013;5:23-27. (In Russ.) <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=10221>
2. Оморов Р.А., Мундуков К.Ж. Диагностика и лечение полипов желчного пузыря. Вестник АГИУВ. 2013;1: 49-50. Omorov RA, Mundukov KZh. Diagnostika i lecheniye polipov zhelchnogo puzыrya. 2013;1:49-50. *Vestnik AGIUV*. (In Russ.)
3. Terzi C, Sokmen S, Seckin S, et al. Polypoid lesions of the gallbladder: report 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery*. 2000 June;127(6):622-627. <https://doi.org/10.1067/msy.2000.105870>
4. Wennmacker SZ, Lamberts MP, Di Martino M, Drenth JPH, Gurusamy KS. Transabdominal ultrasound and endoscopic ultrasound for diagnosis of gallbladder polyps. *Cochrane Systematic Review — Diagnostic*. Version published: 15 August 2018. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012233.pub2>
5. Борисов А.Е., Выступец Б.В., Акимов В.П., Тоидзе В.В. Диагностика и лечение полипов желчного пузыря. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008;1:59-65. Borisov AE, Vystupets BV, Akimov VP, Toidze VV. Diagnostika i lecheniye polipov zhelchnogo puzыrya. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. 2008;1:59-65. (In Russ.) <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-polipov-zhelchnogo-puzыrya>
6. Furukawa H, Kosuge T, Shiwada K. Small polypoid lesions of the helical computed tomography. *Arch Surg*. 1998 July;133(7):735-739.

Поступила 19.09.2019

Received 19.09.2019

Принята к печати 26.09.2019

Accepted 26.09.2019