

*Гарелик П.В., Д.А. Шевчук*

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ЭМПИЕМА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»*

**Актуальность.** Среди осложнений острого холецистита (ОХ) эмпиема желчного пузыря (ЖП) встречается достаточно часто (от 5 до 15% случаев). В то же время эмпиема желчного пузыря при хроническом холецистите (ХХ) тоже имеет место, хотя встречается значительно реже. Отношение хирургов к эмпиеме желчного пузыря не однозначно, некоторые из них считают, что наличие эмпиемы ЖП, это уже острый холецистит, а не хронический. Основной причиной возникновения эмпиемы желчного пузыря является не разрешившийся ОХ, когда не восстанавливается проходимость пузырного протока. Имеются определенные трудности в распознавании эмпиемы желчного пузыря при ХХ, у большинства больных она протекает бессимптомно, а холецистэктомия (ХЭК) при эмпиеме желчного пузыря является более сложным оперативным вмешательством.

**Цель исследования.** На основании собственного опыта диагностики и лечения изложить хирургическую тактику при хронических эмпиемах ЖП.

**Материалы и методы.** В течение последних 5 лет (2015-2019 гг) в клинике был оперирован 1651 больной по поводу желчнокаменной болезни, из них у 1376 (83,3%) пациентов имелся хронический калькулезный холецистит, еще у 275 (16,7%) была клиника острого калькулезного холецистита. Основной операцией («золотым стандартом») являлась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭК), выполненная у 1612 (97,6%) человек, реже производилась открытая холецистэктомия – 39 (2,4%) пациентов.

Более тщательному анализу подвергнуты результаты диагностики и лечения 190 пациентов (11,8%), которые были оперированы в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита, а интраоперационно лапароскопические изменения в брюшной полости были характерны для хронической эмпиемы ЖП. Среди них мужчин было 74 (38,9%), женщин – 116 (61,1%) в возрасте от 36 до 87 лет.

**Результаты.** Ретроспективно нами тщательно проанализированы жалобы пациентов перед операцией. При этом оказалось, что у большинства из них (142 человека, 74,7%) в течение последнего месяца ничего не беспокоило, остальные 48 пациентов отмечали периодическое чувство тяжести в правом подреберье, иногда возникали тупые или тянущие боли, проходившие самостоятельно. Других характерных жалоб не отмечено. Температура тела была нормальной.

При изучении анамнестических данных выявлено, что у основной массы пациентов в течение последнего года были приступы ОХ (82 человека – 43,2%) или печеночной колики (68 – 35,8%), однако у 40 (21,0%) заболевание протекало бессимптомно. При изучении лабораторных показателей (общий и биохимический анализы крови) изменений, характерных для воспалительного процесса не выявлено, у 26 человек отмечено повышенное СОЭ более 15 мм/в час. Были проанализированы результаты УЗИ гепатобилиарной системы всех пациентов накануне операции. Ни в одном из заключений не было указаний на наличие хронической эмпиемы ЖП, хотя у 23 человек ЖП был умеренно увеличен в размерах (100-140 мм), толщина его стенки была в пределах нормы.

Все пациенты подвергнуты оперативному лечению из лапароскопического доступа. При этом установлено, что у 36 человек ЖП находился в рыхлом инфильтрате, у 96 пациентов в той или иной степени имелись сращения сальника с желчным пузырем. Почти у трети больных пузырь был увеличен в размерах, стенка его отечная, инфильтрированная, утолщена. У остальных пациентов ЖП был нормальных размеров, а у части из них он был небольшой, по типу сморщенного, и его удалить технически сложнее, чем увеличенный. Создавала проблемы при ХЭК повышенная плотность (иногда хрящевидная) стенки пузыря. Встречалась и противоположная ситуация, когда желчный пузырь при манипуляции «разваливался». У 12 пациентов при тракции за стенку наступила ее деструкция. Ситуация усугублялась при распространении отека и инфильтрации тканей на треугольник Кало и гепатодуоденальную связку. Проблемы с дифференциацией трубчатых структур вынудили в 17 случаях перейти на ХЭК от дна. Выраженная склерозация стенки пузыря (2 человека) или наоборот его деструкция (1) были показанием к выполнению операции в объеме резекции желчного пузыря по Прибраму. Даже большой опыт оперирующего хирурга не исключает конверсию и переход на открытый вариант операции, что и было нами сделано в 2 случаях (1,1%). Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений и каких-либо различий по сравнению с другими пациентами не было.

При исследовании макропрепарата установлено, что желчный пузырь чаще (163 пациента – 85,8%) был отключенным, а вот явное гнойное содержимое было только у 18 человек (9,5%). В остальных случаях была мутная густая желчь, иногда с хлопьями фибрина. При гистологическом исследовании получены следующие заключения: флегмона стенки желчного пузыря – 8, гнойный холецистит – 4, хронический холецистит с обострением – 9, низкодифференцированная аденокарцинома – 1, хронический холецистит – 168.

**Выводы.** 1. Хроническая эмпиема желчного пузыря встречается достаточно часто (до 10% от всех операций при холецистите). У большинства больных она является осложнением так называемого отключенного желчного пузыря или водянки, почти у 80% случаев встречается после перенесенного приступа ОХ или печеночной колики.

2. Характерных клинических проявлений хронической эмпиемы желчного пузыря не выявлено. Данные лабораторных и УЗИ также не позволяют заподозрить данное осложнение. Следует ожидать хроническую эмпиему ЖП после недавно (1-2 месяца) перенесенного приступа острого холецистита.

3. Основной операцией при эмпиеме желчного пузыря является ЛХЭК. Несмотря на технические трудности она выполнима у большинства пациентов. Оперирующий хирург должен владеть навыками оперирования при плохой дифференцировке анатомических структур, при деструкции стенки пузыря или наоборот при его склерозации. Переход на открытый вариант операции всегда является оправданным.