

*Дешук А.Н., Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Шевчук Д.А. \*,  
Цилиндзь И.И. \*, Троян А.А. \**

***ДИАГНОСТИКА И ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМОЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ***

***УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь \*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно, Беларусь***

**Актуальность.** На сегодняшний день во многих странах мира отмечается значительный рост заболеваний желчевыводящей системы, и в первую очередь - желчного пузыря (ЖП). Как осложнение острого холецистита (ОХ), эмпиема ЖП встречается достаточно часто (до 15% случаев). Эмпиема ЖП при хроническом холецистите (ХХ) тоже имеет место и встречается значительно реже. Отношение хирургов к эмпиеме ЖП не однозначно, некоторые из них считают, что наличие эмпиемы ЖП, это уже ОХ, а не хронический. Основной причиной возникновения эмпиемы ЖП является не разрешившийся ОХ, когда не восстанавливается проходимость пузырного протока. Имеются определенные трудности в распознавании эмпиемы ЖП при ХХ, у большинства больных она протекает бессимптомно, а холецистэктомия (ХЭК) при эмпиеме ЖП является более сложным оперативным вмешательством.

**Цель исследования.** Изложить и проанализировать хирургическую тактику при хронических эмпиемах ЖП в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ», находящейся на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» за последние 5 лет: с 2016 года по октябрь 2020 года включительно.

**Материалы и методы.** С 2016 года по ноябрь 2020 года в клинике было оперировано 1379 пациентов по поводу ЖКБ, из них у 1131 (82%) пациента имелся хронический калькулезный холецистит, еще у 248 (18%) была клиника острого калькулезного холецистита. Основной операцией («золотым стандартом») являлась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполненная у 1342 (97,3%) человек, реже производилась открытая холецистэктомия – 37 (2,7%) пациентов.

Более тщательному анализу подвергнуты результаты диагностики и лечения 178 пациентов (12,9%), 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 69 (38,7%), женщин – 109 (61,3%) в возрасте от 34 до 88 лет.

**Результаты.** Нами тщательно проанализированы жалобы пациентов перед операцией. При этом оказалось, что у большинства из них (135 человек, 75,8%) в течение последнего месяца ничего не беспокоило, остальные 43 (24,2%) пациента 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 (79 человек – 44,3%) или печеночной колики (65 – 36,5%), однако у 34 (19,2%) заболевание протекало бессимптомно. При изучении лабораторных показателей (общий и биохимический анализы крови) изменений, характерных для воспалительного процесса не выявлено, у 23 (12,9%) человек отмечена повышенная СОЭ более 15 мм/ч. 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 18 (10,1%) человек ЖП был умеренно увеличен в размерах (100-130 мм), толщина его стенки была в пределах нормы.

Все пациенты подвергнуты оперативному лечению из лапароскопического доступа. При этом установлено, что у 34 (19,1%) человек ЖП находился в рыхлом инфильтрате, у 96 (53,9%) пациентов в той или иной степени имелись сращения сальника с ЖП. Почти у трети больных пузырь был увеличен в размерах, стенка его отекая, 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 (6,7%) 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 15 (8,4%) 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 ЖП 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 (147 пациента – 82,6%) был отключенным, а вот явное гнойное

**Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения** : сб. материалов  
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

содержимое было только у 17 человек (9,5%). В остальных случаях была мутная густая желчь, иногда с хлопьями фибрина.

**Выводы.** Хроническая эмпиема ЖП - часто встречаемое осложнение длительно протекающего воспалительного процесса в желчном пузыре, характеризующееся отсутствием абсолютных клинических симптомов, данных лабораторного и ультразвукового исследований. Недавно (1-2 месяца) перенесенный приступ острого холецистита повышает риски развития эмпиемы в полости желчного пузыря. Основная операция при эмпиеме ЖП – ЛХЭК, несмотря на технические трудности при ее выполнении. Оперирующий хирург должен владеть навыками оперирования при плохой дифференцировке анатомических структур, при деструкции стенки пузыря или наоборот при его склерозации, однако переход на открытый вариант операции всегда является оправданным.