**АКТУАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ЭМПИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НА
СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

*Дешук А.Н., Гарелик П.В., Кояло С.И., Цилиндзь И.И. *, Коляшко С.В.*
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

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

**CURRENT POSSIBILITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF
CHRONIC GALLBLADDER EMPYEMA AT THE PRESENT STAGE**

*Dziashuk A.N., Garelik P.V., Koyalo S.I., Tsilindz I.I. *, Koleshko S.V. **
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

**Grodno City Clinical Hospital №4, Grodno, Belarus*

Введение. На сегодняшний день во многих странах мира отмечается значительный рост заболеваний желчного пузыря (ЖП). В структуре заболеваемости патологией желудочно-кишечного тракта доля желчнокаменной болезни, по данным разных авторов, составляет до 60% среди всех заболеваний гепатобилиарной системы, а у 8% пациентов желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является основной причиной летальности. ЖКБ и связанные с ней многочисленные осложнения, одним из которых является острый холецистит (ОХ), остаются одними из самых распространенных патологических состояний, как терапевтического, так и хирургического профилей. Среди осложнений ОХ эмпиема ЖП встречается достаточно часто (до 15% случаев). В то же время эмпиема ЖП при хроническом холецистите (ХХ) тоже имеет место, хотя 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 пациентов она протекает бессимптомно, а холецистэктомия (ХЭК) при эмпиеме ЖП является более сложным оперативным вмешательством.

Цель. Ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения хронических эмпием ЖП за последние 5 лет (2019-2023) с изложением вариантов хирургической тактики у данной категории пациентов.

Материалы и методы. В течение последних 5 лет (2019-2023) в клинике общей хирургии на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» было оперировано 1143 пациента по поводу ЖКБ, из них у 932 (81,5%) пациентов имелся хронический калькулезный холецистит, еще у 211 (18,5%) была клиника острого калькулезного холецистита. Основной операцией («золотым стандартом») являлась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполненная у 1116 (97,6%) человек, реже

производилась открытая холецистэктомия – 27 (2,4%) пациентов. Более тщательному анализу подвергнуты результаты диагностики и лечения 102 пациентов (8,9%), 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 41 (40,1%), женщин – 61 (59,9%) в возрасте от 34 до 82 лет.

Результаты и обсуждение. Ретроспективно нами тщательно проанализированы жалобы пациентов перед операцией. При этом оказалось, что у большинства из них (79 человек, 77,4%) в течение последнего месяца ничего не беспокоило, остальные 23 (22,6%) 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. У основной массы пациентов в течение последнего года были приступы ОХ (45 человек – 44,1%) или печеночной колики (33 – 32,3%), однако у остальных 24 (23,6%) – заболевание протекало бессимптомно. При изучении лабораторных показателей (общий и биохимический анализы крови) изменений, характерных для воспалительного процесса не выявлено, лишь у 11 (10,7%) человек была отмечена повышенная СОЭ (более 17 мм/ч). При анализе результатов УЗИ гепатобилиарной системы у всех пациентов не было указаний на наличие хронической эмпиемы ЖП, хотя у 17 (16,6%) человек ЖП был умеренно увеличен в размерах (110-150 мм), толщина его стенки была в пределах нормы (2-3 мм).

Все пациенты подвергнуты оперативному лечению из лапароскопического доступа: установлено, что у 18 (17,6%) человек ЖП находился в рыхлом инфильтрате, у 53 (51,9%) пациентов в той или иной степени имелись сращения сальника с ЖП. У 1/3 пациентов пузырь был увеличен в размерах, стенка его отечная, инфильтрированная, утолщенная У остальных пациентов ЖП был нормальных размеров, а у части из них он был небольшой, по типу сморщенного, и его удалить было технически сложнее, чем увеличенный. Повышенная плотность (иногда хрящевидная) стенки пузыря создавала технические проблемы при ХЭК. Встречалась и противоположная ситуация, когда желчный пузырь при манипуляции «разваливался»: так у 7 (6,8%) пациентов при тракции за стенку наступила ее деструкция. Ситуация усугублялась при распространении отека и инфильтрации тканей на трехугольник Кало и гепатодуоденальную связку. Проблемы с дифференциацией трубчатых структур вынудили в 13 случаях перейти на ХЭК от дна. Выраженная склерозация стенки пузыря (1 человек) или наоборот его деструкция (1 пациент) 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 нами было сделано в 5 случаях (4,9%).

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 (84 пациента – 82,3%) был отключенным, гнойное содержимое было только у 10 человек (9,8%). В остальных случаях была мутная густая желчь, иногда с хлопьями фибрина. При гистологическом исследовании получены следующие заключения: флегмона стенки желчного пузыря – 5, гнойный холецистит – 3, хронический холецистит с обострением – 11, низкодифференцированная аденокарцинома – 1, хронический холецистит – 82.

Выводы. Хроническая эмпиема ЖП встречается достаточно часто (до 10% от всех операций при холецистите), почти у 80% случаев - после перенесенного приступа ОХ или печеночной колики. Характерных клинических проявлений хронической эмпиемы ЖП не выявлено: данные лабораторных анализов и УЗИ также не позволяют заподозрить данное осложнение. Следует ожидать хроническую эмпиему ЖП после недавно (1-2 месяца) перенесенного приступа острого холецистита. Основная операция при эмпиеме ЖП - ЛХЭК. Она выполнима у большинства пациентов, несмотря на технические трудности. Оперирующий хирург должен владеть навыками оперирования при плохой дифференцировке анатомических структур, при деструкции стенки пузыря или наоборот при его склерозации. При технической невозможности закончить операцию лапароскопически переход на открытый вариант всегда является оправданным.