

УДК 616-07/08:616.366-006.5

*А. Е. Борисов, Б. В. Выступец, В. П. Акимов, В. В. Тоидзе***ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ***Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Диагностика и лечение полипов желчного пузыря являются актуальной проблемой современной гепатологии. Широкое распространение ультразвукового исследования у пациентов с подозрением на желчно-каменную болезнь позволило установить, что полиповидные образования в желчном пузыре — это довольно частое явление. Распространенность заболевания среди населения составляет по данным литературы 1,5–9,5 % [1–8]. Доля же операций по поводу полипов желчного пузыря составляет 2,6–15,8 % общего числа холецистэктомий [3, 9]. Под термином «полип» желчного пузыря (ПЖП) клиницистами принято объединять неоднородную группу гиперпластических процессов, общим для которых является наличие экзофитных структур с внутрипузырным ростом, выявленных тем или иным способом. Эта группа объединяет разнообразные гистологические формы доброкачественных опухолей и опухолеподобных изменений этого органа.

За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в изучении ПЖП, однако в мировой и особенно в отечественной литературе данная группа заболеваний, объединенная под названием «полип» желчного пузыря, не нашла широкого освещения. До 90-х годов прошлого века ПЖП в основном привлекали внимание патоморфологов, значительно реже — клиницистов, так как ПЖП, как правило, были случайными находками при холецистэктомиях [10, 11]. Принадлежность к данной группе заболеваний наряду с истинными опухолями холестерозов и воспалительных пролиферативных процессов дискутируется. Как показывает анализ литературы, оперативное лечение пациентов ПЖП проводится в основном по соображениям онкологической настороженности. Доля больных полиповидной формой рака желчного пузыря среди оперированных с ПЖП составляет в среднем менее 10 %, в то время как основной находкой оказывается полипозный холестероз, выявляемый в 57–80 % наблюдений [3, 12]. Большое количество пациентов с неопухолевыми заболеваниями желчного пузыря среди оперированных больных ПЖП может являться следствием нескольких причин. Одна из причин повышенной хирургической активности при неопухолевых заболеваниях желчного пузыря — отсутствие единой точки зрения на этиологию и патогенез полиповидной формы рака желчного пузыря. Следствием чего является распространенность мнения о том, что все полиповидные образования, кроме полипозного холестероза, представляют угрозу малигнизации и соответственно требуют оперативного лечения [12, 13, 14]. Вторая причина — отсутствие общепринятой тактики лечения пациентов с полипозным холестерозом [13, 15], в связи с чем за последнее десятилетие увеличилось число сторонников расширения показаний к оперативному лечению этого заболевания.

Так же нужно отметить, что нет единых критериев в оценке эхографических критериев ПЖП, различные авторы предлагают свои диагностические алгоритмы, рассчитанные на повышение чувствительности ультразвуковой диагностики (УЗД или УЗИ) [13, 16], поскольку чувствительность трансабдоминального УЗИ при дифференциальной диагностике ПЖП не превышает 71 % [17].

Таким образом, актуальность проблемы заключается в том, что в настоящее время отсутствуют единая диагностическая и лечебная тактика в отношении пациентов с ПЖП, что приводит к неоправданно высокой хирургической активности в отношении данной категории больных.

Материалы и методы исследования. Проанализирован опыт, накопленный кафедрой им. Н. Д. Монастырского в хирургическом отделении Клинической больницы № 122 за период 1994–2007 гг. Проведен сравнительный анализ результатов ультразвукового, операционного и морфологического исследований 159 пациентов с полипами желчного пузыря, которые были разделены на 2 клинические группы. Первую группу составили 142 оперированных больных (основным материалом исследования в данной группе служили медицинские карты). Из них, с холестерином (полипозная и полипозно-сетчатая формы) 72 (50,7 %), фиброзными полипами 34 (23,94 %), аденоматозными полипами 16 (11,27 %), аномалиями эпителия 11 (7,75 %), аденоматозной гиперплазией 4 (2,82 %), прочие 2 (1,41 %), ложноположительные ультразвуковые заключения ПЖП 3 (2,11 %). При ложноположительном диагнозе имели место мелкие конкременты, фиксированные к стенке желчного пузыря, либо деформация стенки желчного пузыря в результате перихолецистита. Для выявления характерных особенностей ультразвуковой картины полиповидных образований различной этиологии в 1-й клинической группе проведен статистический анализ зависимости эхографических параметров полиповидных образований от их патоморфологической структуры. Проанализированы количество, размер, форма, экзогенность, наличие или отсутствие акустической тени, структура, контуры, ножка внутрипросветных образований, сочетание ПЖП с конкрементами желчного пузыря. Во 2-й клинической группе 17 пациентов находились под динамическим наблюдением, которое проводилось с целью определения этиологии, структуры и особенностей течения заболевания среди населения. Выборка осуществлялась случайным образом из амбулаторного контингента больных. Срок динамического наблюдения составил от года до 6 лет. Наблюдение проводилось по следующей схеме. При отсутствии показаний к оперативному лечению на момент первичной диагностики заболевания повторное УЗИ выполнялось через 3 месяца. В отсутствии роста полиповидных образований в динамике и удовлетворительной клинической картине далее, контрольное УЗИ проводилось дважды через 6 месяцев, в последующем — ежегодно. При наличии роста УЗИ выполняли ежемесячно. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости этим пациентам было выполнено по общепринятой методике. Для дифференциальной диагностики округлых полипов желчного пузыря и конкрементов при сомнительной информативности позиционных проб применяли холеретический тест с повторным исследованием желчного пузыря после приема хенодесоксихолевой кислоты в дозе 10 мг/кг массы тела. Все пациенты подверглись оперативному лечению. Во всех случаях проводилась гистологическая верификация заболевания.

Результаты исследования. В основной группе (142 пациента) не установлено достоверных различий между пациентами с доброкачественными ПЖП по возрасту (средний возраст 49 лет, $\sigma = 12$ лет), но выявлены различия по полу. Мужчины достоверно чаще страдали полипозным холестерином, у женщин чаще диагностированы гиперпластические полипы. Эхографические размеры полипов желчного пузыря составили: 2–5 мм у 49 (34,5 %) пациентов, 6–10 мм у 75 (52,82 %), 11–17 мм у 18 (12,68 %) пациентов. Определены дифференциально-диагностические эхографические критерии доброкачественных ПЖП. Аденоматозные полипы достоверно чаще встречались в количестве 1–2, имели среднюю экзогенность. При полипозном холестерозе достоверно чаще встречались 1–3 полипа с высокой экзогенностью. Чувствительность

УЗИ в дифференциальной диагностике доброкачественных полиповидных образований на основе их эхогенности составила 84,2% ($\alpha=0,025$), на основании их численности 70,9 % ($\alpha=0,025$). Ни в одном из случаев не было выявлено гистологических признаков злокачественного роста. В исследовании все доброкачественные полипы не превышали 17 мм ($p<0,05$), притом все крупные полипы имели тонкую ножку, в то время как для злокачественных полипов характерны широкое основание и размеры от 25 до 50 мм [18, 19]. Холестериновые, гиперпластические и аденоматозные полиповидные образования оперированных больных не различались по размеру, в среднем составившим 15 мм ($\sigma=1,9$ мм). Доброкачественные ПЖП не различались между собой по скорости роста, которая достоверно не превышала увеличения размеров ПОЖП в 2,5 раза в течение года ($p=0,05$). Темпы роста злокачественных полипов в нашем исследовании не известны, но, по данным немногочисленных наблюдений мировой литературы, скорость роста рака желчного пузыря в форме полипа составляет не менее 4-кратного увеличения размера новообразования в течение года [18]. Не получено достоверных различий по числу пациентов с клиническими проявлениями заболевания между группами пациентов с доброкачественными ПЖП ($p>0,05$). Следовательно, факт наличия клинической симптоматики заболевания у пациента с ПЖП не является достоверным признаком опухолевого процесса, равно как и его отсутствия. Анамнез заболевания у данной группы больных составлял от впервые выявленного полипа до 4-х лет.

Во 2-й группе, находившейся под динамическим наблюдением, возраст пациентов составил от 20 до 76 лет (средний возраст 49,4 года). Продолжительность динамического наблюдения от 1 года до 6 лет. Размеры полипов составили от 2 до 11 мм. У 15 пациентов определялся 1 полип желчного пузыря, у двух — 2 полипа. У 88,24 % больных отсутствовал рост полиповидных образований, у остальных отмечался медленный рост (не более 2 мм в год). У одного пациента имело место увеличение количества полипов желчного пузыря. У одного пациента за 4-х летний период наблюдения сформировались конкременты желчного пузыря. Узкая ножка визуализировалась у 15 пациентов, широкое основание — у 2-х. Иногда можно было выявить эхографический симптом «пламени свечи», при этом наблюдалось дрожание полипа. Такой феномен имел место при наличии полипов небольших размеров и вытянутой формы и свидетельствовал об их тонкой ножке. Полиповидные образования имели однородную структуру у всех пациентов и у 16 не давали акустической тени. Полипы размерами более 10 мм имели бугристую поверхность, которая обуславливала фестончатый контур при ультразвуковом исследовании. Эхогенность полипов в 64,71 % случаев определена как средняя, в 11,76 % — как низкая, и в 23,53 % — как высокая. Образования малых размеров, как правило, были значительно более эхогенными по сравнению с крупными полипами. Каких-либо проявлений малигнизации не было ни у одного из пациентов. Клиническая симптоматика заболевания не отличалась от симптомов пациентов первой группы и, как правило, ограничивалась болью слабой интенсивности в правом подреберье. Наблюдаемые больные достоверно не отличались от основной группы по полу, возрасту, длительности анамнеза, встречаемостью морфологических форм ПЖП.

Проведено сравнение морфологических групп ПЖП по размеру, росту в динамике, характерным особенностям ножки, для определения прогноза в отношении малигнизации в различных морфологических группах (табл. 1). Рост и размеры рака желчного пузыря в виде полипа, для данного сравнения, были получены на основании проведенного мета-анализа мировой литературы [2, 9, 19–23].

Таблица 1

Сравнительная характеристика морфологических групп ПЖП в зависимости от размера, скорости роста, особенностей ножки ПЖП

Морфологическая группа	Рост ПЖП в динамике	Характерное основание ПЖП	Характерный размер ПЖП
Полипозный холестероз	Отсутствует или медленный	Ножка менее 3 мм	Менее 10 мм
Фиброзный полип	Отсутствует или медленный	Ножка менее 3 мм	Менее 10 мм
Аденоматозный полип	медленный	Основание до 9 мм	Более 10 мм
Аденомиоматозная гиперплазия	медленный	Ножка менее 3 мм	Менее 10 мм
Аномалии эпителия	медленный	Основание до 9 мм	Более 10 мм
Рак в форме полипа	Быстрый*	Широкое основание от 5 мм	Более 10 мм

Примечание: * — быстрый рост — увеличение размеров полипа на 2 мм и более

Обсуждение. Ретроспективный анализ результатов оперативного лечения, анализ динамического наблюдения за больными ПЖП, сравнение морфологических групп полипов по основным сонографическим параметрам между собой и с полиповидным раком желчного пузыря, позволил нам сделать следующие обобщения.

Полипозный холестероз и гиперпластические полипы, вероятно, не являются предраковым заболеванием желчного пузыря, поскольку для таких заболеваний характерны такие факторы доброкачественности, как малые размеры полипов (менее 10 мм) и отсутствие быстрого роста в динамике. В то же время рак желчного пузыря в форме полипа характеризуется быстрым ростом до размеров, значительно превышающих 10 мм. Косвенным признаком малой вероятности малигнизации полипозного холестероза и гиперпластических полипов является их значительный удельный вес в структуре полиповидных образований желчного пузыря (57,9 % и 20,6 % соответственно) по сравнению с удельным весом полиповидной формы рака желчного пузыря (2,9 %) [19].

Адекатозные полипы являются одним из источников развития полиповидных форм рака желчного пузыря, поскольку: а) адекатозные полипы и рак желчного пузыря встречаются сопоставимо редко: адекатозные полипы выявляются в 0,09–0,4 % наблюдений, рак в форме полипа — в 0,2–0,7 % общего числа холецистэктомий [2, 16]; б) адекатозные полипы имеют тенденцию к росту до крупных размеров; в) в литературе имеются наблюдения малигнизации аденомы желчного пузыря [2, 18, 20].

На наш взгляд показания к оперативному лечению должны строиться в первую очередь на обоснованных подозрениях на малигнизацию ПЖП, с учетом клинической картины, с вытекающим из неё качеством жизни пациента.

На основании эхографической характеристики ПЖП и прогноза в морфологических группах в отношении малигнизации можно выделить группу, заслуживающую особого внимания врача в процессе динамического наблюдения: с количеством ПЖП 1–2, имеющих размер от 5 до 9 мм, на широком основании. Такими параметрами обладают гиперпластические и аденоматозные полипы. В этой группе определяющими критериями злокачественности являются экзогенность и темпы роста ПЖП в динамике. При выявлении средней экзогенности эхографические параметры будут соответствовать адекатозному полипу, широкое основание которого не исключает возможную малигнизацию [20]. К определению роста ПЖП в данной группе необходим дифференцированный

подход, основанный на сравнении характерной скорости роста доброкачественных и злокачественных полипов желчного пузыря. Срок наблюдения, при котором констатация факта роста будет указывать на высокую вероятность злокачественного процесса в ПЖП, составляет 1–2 месяца после первичной констатации факта наличия ПЖП у пациента. Вторая группа, заслуживающая пристального внимания — это группа, отвечающая по сонографическим признакам холестерозу желчного пузыря, но обладающая быстрым ростом в динамике. Аналогичным образом может выглядеть аденокарцинома желчного пузыря с холестериновыми отложениями [24].

Оперативное лечение большинства больных ПЖП, имеющих клиническую симптоматику заболевания, нецелесообразно. Хирургическое лечение болевого синдрома в правом подреберье может иметь смысл только при выраженной боли, ухудшающей качество жизни пациента и при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Показания к оперативному лечению пациентов с ультразвуковым заключением «полип желчного пузыря» (разработаны на основании метаанализа сведений мировой литературы [22, 23] и результатов собственных данных):

1. Сочетание с конкрементами желчного пузыря.
2. Наличие клинических проявлений заболевания, ухудшающих качество жизни при отсутствии эффекта от консервативной терапии.
3. Наличие более 2-х полипов.
4. Размер полипа превышает 10 мм.
5. Наличие 1–2 полипов размером 5–9 мм на широком основании при средней эхогенности.
6. Ножка полипа шире 3 мм (при любой эхогенности полипа).
7. Быстрый рост полипа в процессе динамического наблюдения.
8. Сочетание с семейным полипозом толстой кишки.
9. Возраст старше 60 лет.

Нам представляется оптимальным следующий объем оперативного вмешательства при ПЖП:

1. лапароскопическая холецистэктомия при отсутствии дооперационных данных и данных интраоперационной находки о возможном злокачественном процессе в желчном пузыре;
2. расширенная холецистэктомия из лапаротомного доступа с лимфаденэктомией при наличии малигнизации полипа, но без инвазии глубже субсерозного слоя по данным срочной биопсии;
3. резекция печени вплоть до гепатозектомии с резекцией желчных путей при инвазии рака в субсерозный слой и глубже.

На основании показаний к оперативному лечению нами разработан алгоритм лечебно-диагностической тактики пациентов с полипами желчного пузыря (см. схему).

Разработанный алгоритм позволяет акцентировать внимание врача на дифференциально-диагностических критериях раковых или опасных в отношении возможной малигнизации полиповидных образований желчного пузыря.

Наш опыт наблюдения за больными ПЖП и их лечения показывает, что большинство из них имеют неопухолевую природу заболевания и нуждаются в динамическом наблюдении. Таким образом, очевидно, что прогресс в лечении полиповидных

образований желчного пузыря лежит, прежде всего, в четком определении тактики на основе использования современных инструментальных диагностических методов, и обоснованном подозрении на возможность малигнизации ПЖП.

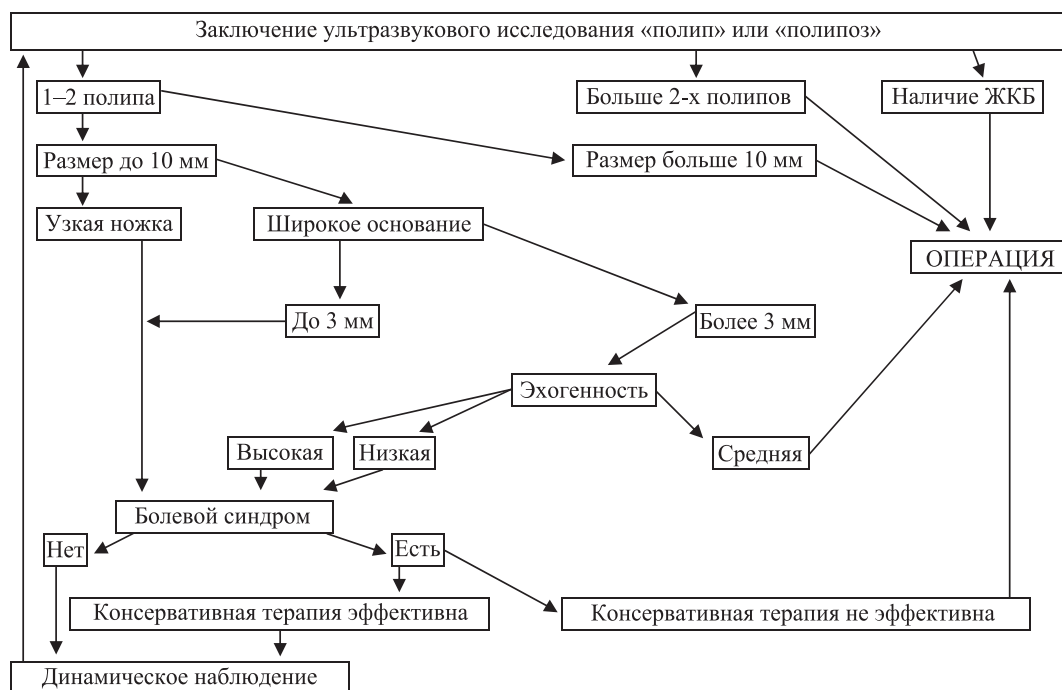


Рис. 1. Диагностический и лечебный алгоритм при ПЖП.

Summary

Borisov A. E., Vystupets B. V., Akimov V. P., Toidze V. V. Diagnostics and treatment of gallbladder polyps.

The observation and treatment experiments of 159 patients with polypus lesions of the gallbladder were analyzed. The comparative analysis of ultrasonic, operational and morphological results of gallbladder polypus investigation and the analysis of an echographic picture of a gallbladder polypus in the process of ultrasonic monitoring of patients with gallbladder polypus was performed. The structure of the disease was studied. The algorithm of diagnostic and medical policy was proposed.

Key words: gallbladder, polyp, polyposis, laparoscopic cholecystectomy.

Литература

1. Алексис Р. О., Алексис О. Ц., Ильина Т. П. Тер. архив. 1990. 62. 4. С. 103–108.
2. Smok G., Bentjeerodt R., Csendes A. Bening polypoid lesions of the gallbladder. Their relation to gallbladder adenocacinoma / Rev. Med. Chil. 1992. Jan. 120. 1. P. 31–35.
3. Zhang X. H. Polypoid lesions of the gallbladder. Clinical and pathological correlation // Chung Hua Wai Ko Tsa Chin. 1991. 29. 4. P. 211–213.
4. Мишин В. Ю., Бабанова Е. В., Суров Н. Д., Кондратова Г. М., Брюховецкий Ю. А. Полипоз желчного пузыря, осложненный кровотечением. 1999. 1. С. 69.
5. Collet J. A., Allan R. B., Chisholm R. J., et al. Gallbladder polyps prospective study // J. Ultrasound Med. 1998. Vol 17. P. 4.

6. *Jorgensen T, Jensen K. H.* Polyps in the gallbladder: a prevalence study // *Scand J Gastroenterol.* 1990. 25. 281. P. 6. 2.
7. *Segawa K., Arisawa T., Niwa Y., Suzuki T., Tsukamoto Y., Goto H. et al.* Prevalence of gallbladder polyps among apparently healthy Japanese: ultrasonographic study // *Am. J. Gastroenterol.* 1992. 87. 630. P. 3.
8. *Рощинский С. М., Федорук А. М.* Внутрипросветные образования желчного пузыря: результаты ультразвуковых исследований // Материалы науч.-практ. конф., посвящ. десятилетию Минского диагностич. центра. Минск, 1999. С. 77–78.
9. *Chijiwa K., Tanaka M.* Polypoid lesions of the gallbladder: indications of carcinoma and outcome after surgery for malignant polypoid lesions // *Int. Surg.* 1994. Apr-Jun, 79. 2. P. 06–109.
10. *Савина Т. В., Скубда Н. Д., Каем Р. И., Цвикулин В. В.* // *Арх. пат.* 1981. 43. 4. С. 74–77.
11. *Эргашев Н. Ш., Хамраев А. Д., Очилов Н. О. и др.* // *Вестн. хир.* 1989. 143. 7. С. 77–78.
12. *Diaz-Placencia J., Vilela Desposorio C., Rebaza-Iparraguirre H. et al.* Polypoid lesions of the gallbladder // *Rev Gastroenterol Peru.* 1994. Jan-Apr, 14. 1. P. 22–26.
13. *Рощинский С. М.* // *Медицинские новости.* Минск, 1999. 6. С. 26–30.
14. *Кехешвили А. В., Гайнутдинов Ф. Г.* О диагностике и лечении полипоза желчного пузыря // *Военно-медицинский журнал.* 1997. 6. С. 59.
15. *Болдин Б. В.* Клиника, диагностика и хирургическое лечение холестероза желчного пузыря: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М, 2000.
16. *Farinon A. M., Pacella A., Cetta F., Stanesi M.* Adenomatous polyps of the gallbladder adenomas of the gallbladder // *HPB Surg.* 1991. Apr. 3. 4. P. 251–258.
17. *Sugiyama M., Xie X. Y., Atomy Y., Saito M.* Differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder: the value of endoscopic ultrasonography // *Ann. Surg.* 1999. Apr, 299. 4. P. 498–504.
18. *Kubota K., Bandai Y., Sano K. et al.* Appraisal of intraoperative ultrasonography during laparoscopic cholecystectomy // *Surgery.* 1995. Sep, 118. 3. P. 555–561.
19. *Ishikawa O., Ohhigashi H., Imaoka S., Nakaizumi A., Kitamura T., Sasaki Y., Shibata T., Wada A., Iwanaga T.* The difference in malignancy between pedunculated and sessile polypoid lesions of the gallbladder // *Am. J. Gastroenterol.* 1989. Nov., 84. 11. P. 1386–90.
20. *Kato S.* Morphological analysis of the gallbladder elevated lesions — macroscopic, stereoscopic, and histological study // *Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi.* 1995. Sep, 92. 8. P. 1149–1160.
21. *Matsumoto Y., Fujino M. A.* Ultrasound evidence of association of polyps and stones with gallbladder cancer // *Am. J. Gastroenterol.* 1999. Vol. 94. № 2. P. 446–450.
22. *Terzi C., Sokmen S., Seckin S. et al.* Polypoid lesions of the gallbladder: report 100 cases with special reference to operative indications // *Surgery.* 2000. Vol. 127.
23. *Akiyama T., Sahara H., Seto K., Saitou H., Kiriya M., Tomita F., Kosaka T., Kita I., Takashima S., Matsunou H.* Gallbladder cancer associated with cholesterosis // *J Gastroenterol.* 1996. Jun, 31. 3. P. 470–474.