

© Коллектив авторов, 2011  
УДК 612.397.81:616.366-002-07-089

Г.Б. Миспахов, А.Е. Борисов, В.П. Акимов, А.А. Назаренко

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕСТЕРОЗЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского (зав. — проф. А.Е. Борисов) ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава»

**Ключевые слова:** холестероз, желчнокаменная болезнь.

**Введение.** Холестероз заключается в избыточном отложении холестеринаэфиров в стенке желчного пузыря, накопление которых придает слизистой оболочки специфический сетчатый вид либо ведет к образованию полипов [1]. Холестероз желчного пузыря (ХЖП) прижизненно, несмотря на появление высокочувствительных методов диагностики, остается трудно диагностируемым заболеванием (особенно сетчатая форма), что сказывается на противоречивости данных о его распространенности. Сведения о частоте выявления ХЖП, по данным УЗИ, значительно отличаются от результатов морфологических исследований. Так, при УЗИ холестероз был обнаружен в 3–12% наблюдений [3] и в 10–30% — в препаратах удаленных желчных пузырей [2]. В последние годы ХЖП приобрел и клиническое значение, так как у 22–28% больных [1, 6] является причиной развития острого холецистита. В 25–58% наблюдений холестероз сочетается с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [5], часто отягощая ее течение и провоцируя развитие острого холецистита.

С широким внедрением современных методов диагностики УЗИ, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и эндовидеохирургических способов лечения интерес к ХЖП значительно возрос. Однако и на настоящий момент это заболевание еще мало изучено, и подходы к его лечению до конца не определены.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с ХЖП путем разработки критериев диагностики и показаний к хирургическому лечению.

**Материал и методы.** Основу исследования составили результаты обследования и лечения 3426 пациентов с заболеваниями желчного пузыря (ЖП) на нашей кафедре. Для изучения эпидемиологии ХЖП пациенты разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 2457 (71,7%) пациентов, оперированных по поводу различной патологии ЖП, 2-ю — 969 (28,3%) пациентов, прошедших скрининговое ультразвуковое

исследование на предмет патологии ЖП, 3-ю — 100 анатомических препаратов ЖП, полученных при аутопсии трупов умерших или погибших по различным причинам.

Все пациенты были в возрасте от 20 до 71 года. Средний возраст —  $(42,3 \pm 0,3)$  года. Пациенты прошли комплексное обследование (физикальное, лабораторное и инструментальное), обязательные в клинической практике. Ретроспективный метод оценки результатов выполненных операций включал в себя анализ архивного материала, анкетирование пациентов и их осмотр. Проспективно оценено качество жизни у 100 пациентов, подвергшихся оперативному лечению. Основным способом изучения качества жизни являлся личный осмотр, интервьюирование пациентов и их анкетирование. Качество жизни изучали на основании общей методики — Medical Outcomes Study 36 — Item Short Form Health Survey (SF-36).

При УЗИ изучали следующие параметры доброкачественных полиповидных образований желчного пузыря (ДПОЖП): число, размер, форма, эхогенность, наличие или отсутствие акустической тени и кровотока, структура, контуры, характер ножки, сочетание ДПОЖП с конкрементами желчного пузыря, динамика роста полиповидных образований, сочетание с воспалительными изменениями стенки ЖП.

**Результаты и обсуждение.** При изучении результатов 2457 холецистэктомий, по данным морфологического исследования, ХЖП выявлен у 1523 (61,9%) пациентов. Сетчатая форма холестероза превалировала и выявлена в 1482 (97,3%) препаратах ЖП, причём в «чистом» виде — в 475 (32%), что составило 31,2% от всех форм холестероза и 19,3% — от общего числа оперированных больных. Сочетание сетчатой формы холестероза с ЖКБ было выявлено у 1007 (67,9%) из 1482 пациентов, что составило 66,1% от всех форм ХЖП. Полиповидная форма холестероза выявлена у 41 (2,7%) от всех форм холестероза.

Полипы ЖП выявлены у 86 (3,5%) оперированных пациентов, из них холестериновые полипы отмечены у 41 (47,7%). Хolestериновые полипы в данной группе выявлены у 1,67% оперированных больных.

Основная масса пациентов 1-й группы была в возрасте от 31 до 50 лет — 278 (69,5%) человек, причём распределение по половому признаку при-

близительно было равным (47,5% — мужчин, 52,5% — женщин).

Показаниями к оперативному вмешательству у пациентов 1-й группы были: хронический калькулёзный холецистит — у 2273 (92,5%), острый бескаменный холецистит — у 98 (4%), полиповидные образования ЖП — у 86 (3,5%). С наличием клинической симптоматики, в том числе и по неотложным показаниям, оперативные вмешательства были выполнены 971 (39,5%) пациенту. Доля операций по поводу ХЖП в нашем исследовании составила 2,8% (70 больных) от общего числа холецистэктомий, а сочетание ЖКБ с ХЖП — у 1007 (40,9%). Среди 98 оперированных по поводу острого бескаменного холецистита у 26 (26,5%) причиной его возникновения была сетчатая форма холестероза. Среди оперированных по поводу хронического калькулёзного холецистита у 1007 (44,3%) пациентов имело место сочетание ЖКБ с сетчатой формой холестероза.

Необходимо отметить, что у 92% больных при ХЖП операции были технически не сложны и выполнены лапароскопически. Только у 12 (0,5%) пациентов с острым холециститом потребовалась конверсия доступа.

При изучении 2-й группы, по данным скринингового ультразвукового обследования 969 жителей на предмет наличия патологии органов брюшной полости, патология ЖП установлена у 281 (29%) из них: у 209 (74,4%) выявлена ЖКБ, у 3 (1,1%) — сетчатая форма холестероза, явившаяся причиной бескаменного холецистита, у 31 (3,2%) — выявлены полиповидные образования желчного пузыря, причем у 21 (67,7%) из них это была находка на фоне полного здоровья. Из 31 пациента с полиповидными образованиями желчного пузыря оперативное лечение произведено у 21 (67,7%), 10 (32,3%) пациентов в силу разных обстоятельств первично отказались от операции, им проводилась консервативная терапия и динамическое наблюдение. Операционных осложнений и летальных исходов не было. Консервативная терапия не оправдала себя, так как на фоне лече-

ния у 5 пациентов возникло обострение процесса, приведшее впоследствии к холецистэктомии.

В 3-й группе изучено 100 анатомических препаратов ЖП, полученных при аутопсии трупов умерших или погибших по различным причинам. Выборка осуществлялась таким образом, чтобы контингент обследуемых (трупов) был сопоставим по возрасту и полу с 1-й и 2-й клинической группой. Из 100 исследуемых препаратов в 12 выявлена патология ЖП. ХЖП обнаружен в 3 (3%) препаратах ЖП, причем обнаружена только сетчатая форма, которая в 2 аутопсиях сочеталась с ЖКБ (2 женщины, 1 мужчина). Полиповидных форм холестероза и полипов ЖП не было выявлено.

Обобщённые результаты эпидемиологии ХЖП представлены в сводной табл. 1.

Из табл. 1 видно, что ХЖП является достаточно частой патологией ЖП. Так, в общей популяции среди населения он составляет 3%. Отметим, что среди форм холестероза превалирует сетчатая форма и сочетание холестероза с ЖКБ. Совпадение данных УЗИ с данными последующих гистологических исследований отмечено только при полиповидной форме холестероза, что говорит о малой информативности УЗИ в выявлении сетчатой формы холестероза желчного пузыря.

Изучение ультразвуковой картины у 107 пациентов (1-я и 2-я клинические группы) с ДПОЖП позволило выявить дифференциально-диагностические критерии полиповидных образований различного гистологического строения. Был проведен сравнительный анализ их качественных и количественных сонографических признаков, который представлен в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что для ультразвуковой картины ХЖП характерны следующие эхографические признаки: 1) мелкие холестериновые включения, образующие диффузную сеточку в толще подслизистого слоя размером 1–2 мм, выглядят как локальное утолщение или уплотнение стенки ЖП и в некоторых случаях вызывают реверберацию (эхографический симптом «хвост

Таблица 1

**Частота встречаемости ХЖП по данным операционного материала, ультразвукового исследования и аутопсии (n=1790)**

| Формы холестероза           | 1-я группа (n=1523) |                | 2-я группа (n=167) |                | 3-я группа (n=100) |                |
|-----------------------------|---------------------|----------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|
|                             | мужчины, n (%)      | женщины, n (%) | мужчины, n (%)     | женщины, n (%) | мужчины, n (%)     | женщины, n (%) |
| Сетчатая                    | 226 (14,8)          | 249 (16,3)     | 3 (1,8)            | 5 (3)          | 0 (0)              | 1 (1)          |
| Полиповидная                | 19 (1,3)            | 22 (1,5)       | 5 (3)              | 6 (3,6)        | 0 (0)              | 0 (0)          |
| Сочетание холестероза с ЖКБ | 478 (31,4)          | 529 (34,7)     | 71 (42,5)          | 77 (46,1)      | 1 (1)              | 1 (1)          |
| Всего                       | 723 (47,5)          | 800 (52,5)     | 79 (47,3)          | 88 (52,7)      | 1 (1)              | 2 (2)          |

кометы»); 2) полиповидная форма холестероза может быть представлена выростами, исходящими непосредственно из подслизистого слоя, они имеют диаметр не более 2–4 мм, широкое основание, ровный контур, эти полипы, как правило, гиперэхогенные; 3) чаще всего встречаются холестериновые полипы ЖП размером 4–10 мм, они, как правило, расположены на тонкой ножке, контур их ровный, эхогенность соответствует ткани печени, и они не дают акустической тени; 4) крупные полипы (более 11 мм) гипоехогенны, имеют фестончатый контур, из-за относительно больших размеров смещаемость их в просвете ЖП ограничена, вследствие чего они представляются широким основанием, хотя фактически располагаются на тонкой ножке.

При изучении клинической картины заболевания было установлено, что полиповидная и сетчатая форма ХЖП у 70–80% больных протекает бессимптомно. Специфической симптоматики данного заболевания нет. Клиническая специфическая симптоматика выявляется только у пациентов с сетчатой формой холестероза, сочетающейся с ЖКБ, причём симптомы соответствуют наличию у пациентов обострения хронического или острого холецистита.

Наличие клинической картины острого или хронического холецистита на фоне ХЖП является абсолютным показанием к оперативному лечению, однако, при отказе пациента от операции или отсутствии клинической симптоматики в последние годы стали говорить о возможности применения консервативной терапии. Однако результаты этого лечения не имеют однозначного ответа — от восторга до полного отрицания [4].

Поэтому нами произведено изучение возможности консервативного лечения — «растворения» конкрементов ЖП и влияние на этот процесс холестероза. Проанализированы результаты использования препаратов урсо- или хенодезоксихолевой кислоты (урсофальк, хенофальк) и их эффективность в растворении камней ЖП у 35 пациентов с одиночным конкрементом ЖП, размером от 2 до 15 мм. Достоверное растворение камней удалось достигнуть только у 2 (5,7%) пациентов с единичным конкрементом размером до 4 мм. Уменьшение

Таблица 2

### Сравнительная характеристика признаков доброкачественных полиповидных образований желчного пузыря

| Вид полиповидного образования и размеры | Пол *   | Число полиповидных образований желчного пузыря (ПОЖП) | Размер ПОЖП, мм | Эхогенность | Структура ПОЖП        | Контур ПОЖП      | Базис ПОЖП     | Акустическая тень | Кровоток ** | Поражаемый отдел ЖП *** |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------|-----------------------|------------------|----------------|-------------------|-------------|-------------------------|
| Холестериновый, 2–5 мм                  | Мужчины | 3 и более                                             | 2–5             | Высокая     | Однородная            | Ровный           | Основание      | Никогда           | Нет         | Все                     |
| Холестериновый, 6–10 мм                 | Мужчины | 3 и более                                             | 6–10            | Средняя     | Однородная            | Ровный           | Ножка          | Никогда           | Нет         | Все                     |
| Холестериновый, 11 мм и более           | Мужчины | 1                                                     | 11 и более      | Низкая      | Однородная            | Фестончатый      | Ножка          | Никогда           | Нет         | Все                     |
| Аденома                                 | Женщины | 1–2                                                   | 4–7             | Средняя     | Возможна неоднородная | Любой            | Чаще ножка     | Очень редко       | Возможен    | Тело, шейка             |
| Аденомиоматоз                           | Женщины | 1                                                     | До 10           | Средняя     | Однородная            | Ровный           | Ножка          | Никогда           | Нет         | Дно                     |
| Аномалии                                | Женщины | 1                                                     | До 10           | Средняя     | Однородная            | Любой            | Основание      | Никогда           | Нет         | Все                     |
| Гипепластические                        | Женщины | 1                                                     | Более 10        | Высокая     | Однородная            | Чаще фестончатый | Чаще основание | Никогда           | Нет         | Все                     |

\* Преимущественное поражение пола.

\*\* По данным сонографического исследования с цветным доплеровским картированием.

\*\*\* Преимущественно поражаемые отделы ЖП.

размеров конкрементов отмечено у 5 (14,3%) пациентов. Одиночный конкремент размером 6 мм при проведении консервативной терапии уменьшился до 3 мм. Неудовлетворительные результаты получены у всех остальных 28 (80%) больных, причём у 21 (60%) из них после проведенной консервативной терапии конкременты не уменьшились в размерах (при исходных размерах 8–14 мм через 6 мес положительной динамики, по данным УЗИ органов брюшной полости, не получено). У остальных 7 (20%) пациентов на фоне лечения развился острый холецистит, что послужило причиной экстренной холецистэктомии.

При морфологическом исследовании препаратов ЖП после холецистэктомии установлено, что в 85,7% имелось сочетание конкрементов в ЖП с сетчатым холестерозом его стенки.

С полиповидной формой холестероза (одиночный полип или камень) получены более обнадеживающие результаты: у 1 пациента — полное и у 2 — частичное «растворение» камней и отсутствие роста полипов.

**Выводы.** 1. С появлением современных методов диагностики выявляемость ХЖП оказалась выше, чем представлялась раньше: в общей популяции среди населения он составляет 3%, при ультразвуковом исследовании — выявляется в 5% случаев и при морфологическом исследовании ЖП после холецистэктомии — в 61,9%.

2. Ультразвуковое исследование позволяет достоверно выявлять только полиповидную форму холестероза и мало эффективна в диагностике сетчатой формы холестероза.

3. При сочетании ЖКБ с ХЖП показано оперативное лечение, поскольку консервативная терапия по растворению конкрементов в этой ситуации не эффективна.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Болдин Б.В. Клиника, диагностика и хирургическое лечение холестероза желчного пузыря: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 2000.—37 с.
2. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Упырев А.В., Ефанов М.Г. Диагностика и лечение при полиповидных образованиях желчного пузыря // Хирургия.—2002.—№ 12.—С. 4–8.
3. Измайлова Т.Ф. Холестероз желчного пузыря: Дис. ... канд. мед. наук.—М., 1997.—212 с.
4. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь.—М.: Анахарсис, 2004.—200 с.
5. Кантемирова З.Р. Особенности течения беременностей, родов и послеродового периода при холестерозе желчного пузыря: Дис. ... канд. мед. наук.—М., 2000.—136 с.
6. Свиридов А.В. Холестероз желчного пузыря (патогенез, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 2001.—30 с.

Поступила в редакцию 10.10.2010 г.

G.B.Mispakhov, A.E.Borisov, V.P.Akimov,  
A.A.Nazarenko

#### SPECIFIC FEATURES OF MEDICO-DIAGNOSTIC STRATEGY FOR CHOLESTEROSIS OF THE GALLBLADDER

The work shows the incidence, criteria of the diagnosis and indications for surgical treatment of patients with cholesterosis of the gallbladder. An analysis of the results of examination and treatment of 3426 patients with diseases of the gallbladder has shown that the ultrasonic method of diagnostics allows detection of the cholesterosis form and determination of treatment strategy.