

С.В. Быстров^{1,3}, П.И. Горх², А.И. Чирьев¹, В.В. Алипов¹, З. А.О. Ивченко¹, О.А. Ивченко¹,
Е.В. Гаврилин¹

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

S.V. Bystrov, P.I. Gorh, A.I. Chirev, V.V. Alipov, A.O. Ivchenko, O.A. Ivchenko, Ye.V. Gavrilin

MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC CHOLECYSTITIS IN CHOLELITHIASIS

¹ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Томск

² ОГБУЗ «Патологоанатомическое бюро», г. Томск

³ ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», г. Томск

При проведении плановых операций по поводу хронического калькулезного холецистита и последующего макроскопического исследования операционного материала мы встречали изменения, которые отличались от давно известных форм хронического или острого воспаления желчного пузыря. При морфологическом исследовании выявлена картина, присущая хроническому гнойному воспалению. При этом такие случаи холецистита были клинически «немые». В ходе дискуссии с патоморфологами пришли к выводу, что речь можно вести о хронической эмпиеме желчного пузыря, но в имеющейся на данный момент классификации холециститов данного понятия нет. Или эта тема надумана, и речь идет о банальном хроническом холецистите?

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хронический холецистит, хроническая эмпиема желчного пузыря.

During scheduled surgery for chronic calculous cholecystitis and subsequent studies of macroscopic material operational changes we met, which differed from the long-known forms of chronic or acute inflammation of the gall bladder. Morphological study revealed the inherent pattern of chronic suppurative inflammation. Thus, these cases of cholecystitis were clinically "mutes". During discussions with pathomorphology came to the conclusion that it is possible to conduct chronic empyema of the gall bladder, but currently available cholecystitis classification of this concept is not. This issue is far-fetched, or it is a banal chronic cholecystitis?

Key words: cholelithiasis, chronic cholecystitis, chronic empyema of the gall bladder.

УДК 616.366-003.7-06:616.366-002.2-008.6-036
doi 10.17223/1814147/55/7

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее частых хронических заболеваний у взрослого населения, занимая 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета [3]. В странах Северной Америки и Европы группа больных ЖКБ составляет 15–25% населения этих стран. В азиатских и африканских государствах ЖКБ встречается существенно реже – в 3–6% случаев [1, 3, 7]. В России, по данным многочисленных эпидемиологических исследований и оценкам экспертов, ЖКБ страдают от 5 до 25% населения. Значительная распространенность ЖКБ и рост заболеваемости связаны с наличием многочисленных факторов риска, особенно актуальных для стран с развитой экономикой. Исследования свидетельст-

вуют о том, что количество больных в мире каждое десятилетие увеличивается, как минимум, вдвое. Также необходимо отметить, что количество пациентов с осложненным течением заболевания (по данным разных авторов, 5–20%) неуклонно растет, что ведет к увеличению затрат на лечение данной категории больных.

В связи с высокой распространенностью ЖКБ и устойчивой тенденцией к ее росту увеличивается и число операций, как плановых, так и экстренных, по поводу холелитиаза. Внедрение в широкую практику менее инвазивной лапароскопической методики холецистэктомии расширило показания к этой операции. В настоящее время по числу оперативных вмешательств холецистэктомия стоит на 2-м месте в мире после аппендэктомии. По данным Всемирного союза хирургов, ежегодно в мире выполняется более

1,5 млн холецистэктомий: в США 400–500 тыс., в России – 250–300 тыс., в Канаде – до 80 тыс. операций [4, 6].

Наличие конкрементов в просвете желчного пузыря приводит к морфологическим изменениям его стенки – развитию атрофии и склероза всех ее слоев, т.е. возникновению хронического воспаления, что и определяет клиническую картину заболевания. Как правило, такие больные оперируются в плановом порядке с удовлетворительным исходом. Однако в ряде случаев, преимущественно у пациентов старше 60 лет, при проведении подобных операций и макро- и микроскопическом изучении операционного материала определялась картина, не характерная для уже известных форм хронического воспаления стенки желчного пузыря. При этом каких-либо специфических изменений в анализах крови, а также при ультразвуковом исследовании (УЗИ) гепатобилиарной системы в дооперационном периоде нами диагностировано не было. Заболевание у пациентов протекало в основном без клинических проявлений. Все пациенты были направлены на плановое оперативное лечение в связи с обнаружением у них при УЗИ брюшной полости холецистолитиаза при бессимптомном течении ЖКБ, а также при сочетании ЖКБ и хронического описторхоза для проведения холецистэктомии перед дегельминтизацией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 2001 по 2015 г. на базе ОГАУЗ ТОКБ (г. Томск) и кафедры факультетской хирургии СибГМУ были выполнены 621 холецистэктомия в плановом порядке. В 44 случаях (7,9%) (у 35 женщин и 9 мужчин) при визуальном исследовании операционного материала были отмечены изменения, не укладывающиеся в картину ни одной из известных форм хронического воспаления желчного пузыря. Средний возраст больных составил 65,9 лет (от 32 до 87 лет). Световая микроскопия гистологических препаратов желчных пузырей проводилась на микроскопе Zeiss Axio Lab. A1 с увеличением в 10, 20, 40 и 63 раза. Окраска препаратов осуществлялась гематоксилин-эозином и пикрофуксин по Ван-Гизону.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Желчные пузыри, привлекая наше внимание, отличались некоторыми макроскопическими особенностями, а именно: увеличением размеров пузыря, наличием в просвете гнойного или фибринозно-гнойного экссудата, облитерацией просвета пузырного протока, резким диф-

фузным утолщением стенки от 1 до 3 см, а также ее уплотнением и неоднородностью цвета, слизистая имела множество мелких полиповидных выростов буро-красного или серо-красного цвета. Также на слизистой отмечались эрозии неправильной формы с серо-желтыми пленчатыми наложениями фибрина. Определялась неровность, шероховатость серозной оболочки, разрастание белесовато-серой ткани. В области шейки желчного пузыря отмечалось резкое утолщение стенки и ее склерозирование. Вышеописанные изменения макроскопически были похожи на эндофитную форму рака желчного пузыря.

Подобное несоответствие клинических и параклинических данных с результатами, полученными интраоперационно, послужило поводом для более углубленного исследования данной проблемы. В дальнейшем нами выполнялось прицельное морфологическое исследование операционного материала. При этом микроскопически были обнаружены следующие изменения: слизистая пузыря на отдельных участках отсутствовала, была некротизирована и замещена молодой и зрелой грануляционной тканью, обильно инфильтрированной лейкоцитами, лимфоцитами и гистиоцитами с образованием грануляционных полипов, лимфоидных фолликулов; на сохранных участках отмечалась атрофия желез, инфильтрация лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами. На поверхности слизистой встречались сетчатые эозинофильные наложения фибрина с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов и гнойных телец.

Мышечная и серозная оболочки были резко утолщены за счет склероза, пролиферации фибробластов, определялась лимфогистиоцитарная инфильтрация мышечного и серозного слоя с образованием лимфоидных фолликулов. Отмечалась атрофия гладких мышц или их полное исчезновение. Определялось резкое утолщение стенок артериол с их склерозом и сужением просвета.

Данных за онкопатологию при гистологическом исследовании не обнаружено.

Кроме того, было выполнено исследование нативных препаратов содержимого желчного пузыря при помощи обычного и поляризационного светового микроскопа при 400-кратном увеличении. При микроскопии обнаруживались хлопья слизи, большое количество лейкоцитов и гнойных телец, клетки цилиндрического эпителия, кристаллы холестерина, комочки желчных кислот и билирубината кальция, микролиты, нередко выявлялись цисты или вегетативных форм лямблии и яйца описторхов (в 37 случаях).

При бактериологическом исследовании пузырного содержимого были выявлены ассоциации микробов различных видов, причем с высокой степенью обсемененности – 10^7 – 10^8 КОЕ/г. Большую часть выделенных штаммов составляют *P. aeruginosa*, *E. coli* и *S. freundii*, также высеивались грамположительные кокки родов *Staphylococcus* и *Enterococcus*. В ряде случаев (у 12 пациентов) рост микроорганизмов отсутствовал.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, описанная макро- и микроскопическая картина желчного пузыря и его стенки при хроническом калькулезном холеци-

стите возникает при обтурации пузырного протока со скоплением в просвете пузыря гнойного или фибринозно-гнойного экссудата – эмпиемы. Как известно, поздняя диагностика приводит к нарушению функции и органическим изменениям в желчных протоках, большом дуоденальном сосочке, поджелудочной железе, печени, внутри- и внепеченочных желчных протоках. Раннее обнаружение осложненного течения хронического холецистита позволяет своевременно поставить диагноз и назначить хирургическое лечение. Поэтому считаем правильным продолжить разработку новых методов верификации изменений желчного пузыря и введения в классификацию холециститов нового осложнения – хронической эмпиемы желчного пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губергриц Н.Б. Желчнокаменная болезнь: от классики к современности // *Consilium medicum. Гастроэнтерология*. – 2010. – № 1. – С. 83–95.
2. Иванченкова Р.А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М.: Атмосфера, 2006. – 416 с.
3. Ильяченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М.: Анахарсис, 2004. – 200 с.
4. Ильяченко А.А. К вопросу классификации желчнокаменной болезни // *Эксперим. и клинич. гастроэнтерология*. – 2004. – № 1. – С. 8–12.
5. Ильяченко А.А. Классификация желчнокаменной болезни // *Тер. арх.* – 2004. – № 2. – С. 75–79.
6. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. – М.: ВЕДИ, 2003. – 128 с.
7. Скворцова Т.Э., Ситкин С.И., Радченко В.Г., Селиверстов П.В., Ткаченко Е.И. Желчнокаменная болезнь. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. – М.: Форте принт, 2013. – 32 с.
8. Тюрюмин Я. Л., Шантуров В. А., Тюрюмина Е. Э. Патогенез и лечение холестеринового холецистолитиаза (обзор) // *Бюл. ВСНЦ СО РАМН*. – 2012. – № 2 (84), ч. 2. – С. 174–179.
9. McKay A., Abulfaraj M., Lipschitz J. Short- and long-term outcomes following percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients // *Surg. Endosc.* – 2012. – Vol. 26, № 5. – P. 1343–1351.
10. Nakeeb A., Comuzzie A. G., Martin L., Sonnenberg G.E., Swartz-Basile D., Kissebah A.H., Pitt H.A. Gallstones: genetics versus environment // *Ann. Surg.* – 2002. – Vol. 235, № 6. – P. 842–849.
11. Russo M.W., Wei J.T., Thiny M.T., Gangarosa L.M., Brown A., Ringel Y., Shaheen N.J., Sandler R.S. Digestive and liver diseases statistics, 2004 // *Gastroenterology*. – 2004. – Vol. 126, № 5. – P. 1448–1453.

REFERENCES

1. Gubergrits N.B. Zhelchnokamennaya bolezni': ot klassiki k sovremennosti [Gallstone disease: from classic to contemporary]. *Consilium medicum. Gastroenterologiya – Consilium medicum. Gastroenterology*, 2010, no. 1, pp. 83–95 (in Russian).
2. Ivanchenkova R.A. *Hronicheskie zaboлевaniya zhelchevyvodyaschih putey* [Chronic diseases of the biliary tract]. Moscow, Atmosphere Publ., 2006. 416 p. (in Russian).
3. Ilyachenko A.A. *Zhelchnokamennaya bolezni'* [Cholelithiasis]. Moscow, Anaharsis Publ., 2004. 200 p. (in Russian).
4. Ilyachenko A.A. K voprosu klassifikatsii zhelchnokamennoy bolezni [On the question of classification of cholelithiasis]. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya – Experimental & Clinical Gastroenterology*, 2004, no. 1, pp. 8–12 (in Russian).
5. Ilyachenko A.A. Klassifikatsiya zhelchnokamennoy bolezni [The classification of cholelithiasis]. *Therapeutic Archive*, 2004, no. 2, pp. 75–79 (in Russian).
6. Petukhov V.A. *Zhelchnokamennaya bolezni' i sindrom narushennogo pischevareniya* [Gallstone disease and maldigestion syndrome]. Moscow, VEDI Publ., 2003. 128 p. (in Russian).

7. McKay A., Abulfaraj M., Lipschitz J. Short- and long-term outcomes following percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients. *Surg. Endosc.*, 2012, vol. 26, № 5, pp. 1343–1351.
8. Nakeeb A., Comuzzie A. G., Martin L., Sonnenberg G.E., Swartz-Basile D., Kissebah A.H., Pitt H.A. Gallstones: genetics versus environment. *Ann. Surg.*, 2002, vol. 235, no. 6, pp. 842–849.
9. Russo M.W., Wei J.T., Thiny M.T., Gangarosa L.M., Brown A., Ringel Y., Shaheen N.J., Sandler R.S. Digestive and liver diseases statistics, 2004. *Gastroenterology*, 2004, vol. 126, no. 5, pp. 1448–1453.

Поступила в редакцию 12.11.2015

Утверждена к печати 10.12.2015

Авторы:

Быстров Сергей Викторович – канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Горх Павел Игоревич – врач-патологоанатом отделения общей патологии №1 ОГБУЗ «Патологоанатомическое бюро» (г. Томск).

Чирьев Анатолий Иннокентьевич – канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Алипов Вячеслав Валерьевич – канд. мед. наук, ст. врач-ординатор хирургического отделения ОГАУЗ «ТОКБ» (г. Томск).

Ивченко Андрей Олегович – д-р мед. наук, зав. кафедрой факультетской хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Ивченко Олег Алексеевич – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Гаврилин Евгений Владимирович – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (г. Томск).

Контакты:

Быстров Сергей Викторович

e-mail: bystrov@vtomske.ru