

А. В. Капшитарь

## Морфология желчного пузыря у больных острым холециститом, удаленного из минидоступа

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** острый холецистит, болезни желчного пузыря, малоинвазивные вмешательства, гистопатология.

Острый холецистит – наиболее частая патология среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Целью исследования являлось изучение морфологических форм острого холецистита и сопоставление их с гистологическим заключением. Правосторонний трансректальный продольный минидоступ выполнен у 134 пациентов, интраоперационно у 22 (16,4%) больных определена катаральная форма холецистита, у 62 (46,3%) – флегмонозная, у 50 (37,3%) – гангренозная. Диагноз острого холецистита подтвержден гистологически у 11 (82,8%) пациентов, гипердиагностика имела место у 23 (17,2%). Совпадение форм холецистита установлено у 90 (67,2%) больных, гипердиагностика – у 36 (26,8%), гиподиагностика – у 8 (6%). Это свидетельствует об ограниченных возможностях визуальной оценки изменений в желчном пузыре.

### Морфологія жовчного міхура у хворих на гострий холецистит, що видалений із мінідоступу

О. В. Капшитарь

Гострий холецистит є найбільш частою патологією серед гострих хірургічних хвороб органів черевної порожнини. Мета роботи полягала у вивченні морфологічних форм гострого холециститу та порівнянні їх із гістологічним висновком. Правосторонній трансректальний подовжній мінідоступ виконали у 134 пацієнтів, інтраопераційно у 22 (16,4%) хворих виявили катаральну форму холециститу, у 62 (46,3%) – флегмонозну, у 50 (37,3%) – гангренозну. Діагноз гострого холециститу підтверджений гістологічно у 11 (82,8%) пацієнтів, гіпердіагностика була у 23 (17,2%). Збіг форм холециститу визначили у 90 (67,2%) хворих, гіпердіагностика – у 36 (26,8%), гіподіагностика – у 8 (6%). Це свідчить про обмежені можливості візуального оцінювання змін у жовчному міхурі.

**Ключові слова:** гострий холецистит, хвороби жовчного міхура, малоінвазивні втручання, гістопатологія.

**Патологія.** – 2015. – №1 (33). – С. 95–98

### Morphology of the ablated gall-bladder from the short-scar incision in patients with acute cholecystitis

A. V. Kapshitar

**Aim.** Acute cholecystitis is the most frequent pathology among the acute surgical diseases of abdominal cavity organs. The aim of the research was the investigation of morphological forms of acute cholecystitis and their comparison with histological conclusion.

**Methods and results.** The right transrectal longitudinal short-scar incision was implemented in 134 patients and intraoperatively in 22 (16,4%) patients the catarrhal form of cholecystitis, in 62 (46,3%) – phlegmonous form and in 50 (37,3%) – gangrenous one were confirmed.

**Diagnosis of acute cholecystitis was histologically confirmed in 11 (82,8%) patients, overdiagnostics took place in 23 (17,2%). Coincidence of forms of cholecystitis was in 90 (67,2%) patients, overdiagnostics was in 36 (26,8%) and underdiagnostics – in 8 (6%).**

**Conclusion.** This demonstrates that visual methods are limited for estimation of changes in the gall-bladder.

**Key words:** Acute Cholecystitis, Minimally Invasive Surgical Procedures, Gallbladder Diseases, Histopathology.

**Pathologia.** 2015; №1 (33): 95–98

Острый холецистит остается наиболее частой неотложной хирургической абдоминальной патологией, составляя около 15% по отношению ко всем острым хирургическим заболеваниям органов брюшной полости [4,8]. Столь высокая частота данного заболевания объясняется ростом желчнокаменной болезни и продолжительности жизни населения [6]. Острым холециститом заболевают чаще люди старше 50 лет. Пациенты пожилого и старческого возраста составляют 50% от общего числа больных. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:5 [3,6]. В США 10–20% взрослого населения страдает желчнокаменной болезнью, из которых у 1/3 течение осложняется развитием различных форм острого холецистита [7].

Со времени выполнения первой успешной холецистэктомии в Германии в 1882 г. Карлом Лангенбухом и

до настоящего времени она остается методом выбора в лечении острого холецистита [1,4,5,8–10]. Однако сейчас в арсенале хирурга имеются различные оперативные доступы к желчному пузырю (традиционная лапаротомия, минидоступ, лапароскопический доступ) [1–5,8,9]. Результаты интраоперационной диагностики острого холецистита свидетельствуют о значительном преобладании его деструктивных форм – от 80,5% до 97,2% [2,4]. После холецистэктомии обязательно гистологическое исследование желчного пузыря [1–9].

Проблеме острого холецистита уделяется большое внимание [1,4,5,7–9]. Длительное время занимаясь диагностикой и лечением больных острым холециститом, мы обратили внимание, что его клинические формы не всегда соответствуют гистологическому заключению. В доступной специализированной литературе не нашли

работ, авторы которых изучали бы точность интраоперационной диагностики острого холецистита и его форм по результатам гистологических исследований после холецистэктомии из минидоступа, в связи с чем считаем данное исследование актуальным.

### Цель работы

Изучить патоморфологические формы холецистита и их частоту в удаленном желчном пузыре из минидоступа у пациентов с острым холециститом и сопоставить с результатами клинического диагноза.

### Пациенты и методы исследования

В хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница №2» (база кафедры общей хирургии ЗГМУ) за период 2012–2014 гг. у 134 больных острым калькулезным холециститом выполнена холецистэктомия из минидоступа. Мужчин было 36 (26,9%), женщин – 98 (73,1%); возраст пациентов – от 26 до 88 лет. Преобладали больные в возрасте от 51 до 80 лет – 107 (79,9%). Все страдали сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, легочной, церебральной, пищеварительной, мочеполовой и др. Ранее в сроки от 2 до 60 лет оперированы 48 (35,8%) пациентов. До 6 часов от начала заболевания госпитализированы 18 (13,4%) больных, от 6 до 24 часов – 37 (27,6%), в течение 2–3 суток – 49 (36,6%), 4–6 суток – 19 (14,2%), 7–10 суток – 5 (3,7%), 11–12 суток – 2 (1,5%), 14–20 суток – 3 (2,2%), 2 месяца – 1 (0,8%).

После обследования, кратковременной предоперационной подготовки или неэффективной консервативной терапии установлены показания к оперативному лечению. В сроки до 6 часов после госпитализации оперированы 8 (6%) пациентов, 6–24 часа – 83 (61,9%), в течение 1–2 суток – 30 (22,4%), 3 суток – 6 (4,5%), 4–7 суток – 7 (5,2%) больных. Холецистэктомия осуществлена от шейки из правостороннего трансректального продольного минидоступа. Из всех больных с острым холециститом у 22 (16,4%) пациентов макроскопически диагностирована катаральная, у 62 (46,3%) – флегмонозная, у 50 (37,3%) – гангренозная форма.

После удаления желчного пузыря его помещали в емкость, где фиксировали в 10% растворе формалина. Для морфологической диагностики форм острого холецистита осуществляли забор 4 кусочков тканей из стандартных областей желчного пузыря. Из них 2 кусочка тканей забирали из шейки желчного пузыря на расстоянии 1 см между ними, по 1 кусочку – из области тела и дна. Готовили микропрепараты из изъятых кусочков тканей, окрашивали гематоксилином и эози-

ном и проводили микроскопию, используя микроскоп Axioplant 2 фирмы Karl Zeiss (ФРГ) при увеличении ×40–60. В случае необходимости использования дополнительных фокусов тканей желчного пузыря, например при подозрении на полип, фиброму либо на наличие иного патологического образования, проводили забор из данного участка тканей для последующего микроскопического исследования.

### Результаты и их обсуждение

После получения результатов гистологического исследования желчных пузырей, их анализа и проведения сравнительной оценки с клиническим диагнозом и формами острого холецистита всех 134 оперированных пациентов разделили на две группы.

В I группу включили 59 (44%) больных, у которых было совпадение диагноза острого холецистита по данным гистологического заключения, однако полного совпадения форм не установлено (*табл. 1*).

Данные таблицы показывают: по результатам гистологического заключения удаленных желчных пузырей наиболее высокая точность совпадения с клиническим диагнозом была при гангренозной (94,1%) и флегмонозной (87,1%) формах острого холецистита, наиболее низкая – при катаральной форме (72,7%).

Точность гиподиагностики клинических форм холецистита также различна. Наиболее высокой она была при катаральной форме (27,3%), наиболее низкой – при флегмонозной (9,7%). Гипердиагностика при клинически установленной гангренозной форме отмечена у 5,9% пациентов, при флегмонозной – в 3,2% случаев.

II группу составили 75 (56%) больных, у которых при клиническом диагнозе острого холецистита в ходе гистологического исследования отмечены хронические формы холецистита либо развитие острого холецистита на фоне хронического (*табл. 2*).

Представленные результаты свидетельствуют, что в подгруппе пациентов с клинически установленной катаральной формой холецистита у всех 11 больных имел место хронический холецистит, сочетающийся с аденоматозной полифокальной очаговой гиперплазией стенки желчного пузыря либо папилломатозной гиперплазией слизистой оболочки с кистой (6 пациентов), хроническим холециститом в стадии обострения без определения степени (4 больных) и хроническим холециститом вне обострения, проявляющимся фиброзом стенки желчного пузыря и васкуляризацией сосудов (1 случай).

В подгруппе больных с клиническим диагнозом флегмонозной формы острого холецистита при гистологическом исследовании у большинства – 20 (69%) пациентов

Таблица 1

### Результаты совпадения клинического и гистологического диагнозов острого холецистита и его форм

| Клинический диагноз формы острого холецистита | Гистологическое заключение (форма острого холецистита) |              |              | Число больных |       |
|---|--|--------------|--------------|---------------|-------|
|   | Катаральная  | Флегмонозная | Гангренозная | абс.          | %     |
| Катаральная                                   | 8  | 3            | -            | 11            | 18,6  |
| Флегмонозная                                  | 1  | 27           | 3            | 31            | 52,6  |
| Гангренозная                                  | -  | 1            | 16           | 17            | 28,8  |
| Итого   | 9  | 31           | 19           | 59            | 100,0 |

**Сравнение клинических форм острого холецистита в группе обнаруженных форм хронического холецистита при гистологическом исследовании**

| Клинический диагноз формы острого холецистита | Патологические изменения желчного пузыря на фоне его хронического воспаления |                         |                         |                | Число больных |       |
|---|--|-------------------------|-------------------------|----------------|---------------|-------|
|   | Вне обострения, период обострения, аденоматоз, папилломатоз                  | Флегмонозный холецистит | Гангренозный холецистит | Аденокарцинома | абс.          | %     |
| Катаральная                                   | 11   | -                       | -                       | -              | 11            | 14,6  |
| Флегмонозная                                  | 7  | 20                      | 1                       | 1              | 29            | 38,7  |
| Гангренозная                                  | 4  | 12                      | 19                      | -              | 35            | 46,7  |
| Итого   | 22   | 32                      | 20                      | 1              | 75            | 100,0 |

– диагностировано совпадение формы холецистита; у 7 (24,1%) имели место разнообразные хронические патологические изменения желчного пузыря (выраженная атрофия слизистой оболочки, ее аденоматоз, папилломатозная гиперплазия с кистой, полифокальная очаговая гиперплазия стенки желчного пузыря, единичные фокусы кистозно расширенных желез и хронический холецистит в стадии обострения). Гиподиагностика отмечена у 1 (3,5%) больного с гангренозной формой, а также у 1 (3,5%) пациента, страдающего аденокарциномой желчного пузыря.

У пациентов с клинически установленной гангренозной формой острого холецистита чаще отмечено совпадение с гистологическим заключением – 19 (54,3%) больных. У 16 (45,7%) пациентов имела место гиподиагностика; флегмонозная форма гистологически определена у 12 (34,3%) больных, катаральная – у 4 (11,4%).

Следовательно, из 75 пациентов при клинически установленном диагнозе катаральной формы острого холецистита у всех обследованных гистологически отмечены лишь разнообразные хронические изменения в

желчном пузыре. Точный диагноз гангренозной формы установлен у 54,3% больных, флегмонозной – у 69%, у остальных патология представлена гипо- или гипердиагностикой.

#### Выводы

1. После холецистэктомии из минидоступа у больных острым холециститом клинически катаральная форма отмечена у 22 (16,4%), флегмонозная – у 62 (46,3%), гангренозная – у 50 (37,3%) пациентов.

2. Клинический диагноз острого холецистита подтвержден при гистологическом исследовании у 111 (82,8%) больных, гипердиагностика имела место у 23 (17,2%).

3. Совпадение форм острого холецистита по результатам клинического и гистологического исследований отмечено у 90 (67,2%) пациентов, гипердиагностика – у 36 (26,8%), гиподиагностика – у 8 (6%) больных.

**Перспективы дальнейших исследований.** Продолжение накопления клинического материала и проведение последующего сравнительного анализа с результатами гистологических исследований.

#### Список литературы

- 18-летний опыт лапароскопической холецистэктомии / М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко, П.В. Огородник и др. // Сучасні медичні технології. – 2011. – №3–4(11–12). – С. 281–285.
- Капшитарь А.В. Опыт применения минилапаротомного доступа в хирургическом лечении больных острым холециститом / А.В. Капшитарь // Сучасні медичні технології. – 2011. – №3–4(11–12). – С. 140–143.
- Клинико-морфологическая классификация острого холецистита [Электронный ресурс]. – Режим доступа: lektsiopedia.org.
- Лупальцов В.И. Современные подходы к тактике выбора оперативного лечения острого холецистита / В.И. Лупальцов, А.И. Ягнюк, И.А. Дехтярук // Сучасні медичні технології. – 2011. – №3–4(11–12). – С. 211–213.
- Малоинвазивные технологии в хирургии желчнокаменной болезни, осложнённой механической желтухой / А.С. Никоненко, Н.Г. Головкин, В.А. Грушка и др. // Патологія. – 2013. – №2(28). – С. 4–7.
- Острый холецистит [Электронный ресурс]. – Режим доступа: medbe.ru.
- Острый и хронический калькулёзный холецистит [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.smed.ru.
- Рамазонова А.Р. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных старше 60 лет : автореф. дис. на соискание ученой степени к.мед.н. : спец. 14.01.17 «Хирургия» / А.Р. Рамазонова ; Рос. ун-т дружбы народов. – М., 2012. – 21 с.
- Сучасні напрямки лікування гострого холециститу / В.В. Хацко, О.Д. Шаталов, Ф.А. Греджев, В.О. Спіфанцев // Шпитальна хірургія. – 2013. – №3. – С. 123–124.
- Langenbuch C. Ein Fall von Extirpation der Gallenbase wegen Cholelithiasis / C. Langenbuch // Heil Beri Klin Woschenschr. – 1882. – Vol. 19. – P. 725–727.

#### References

- Nichitajlo, M. E., Litvinenko, A. N., Ogorodnik, P. V., Dyazenko, V. V., Skums, A. V., Kondratyuk, A. P., et al. (2011). 18-letnij opyt laparoskopicheskoy kholeciste'ktomii [Eighteen-year experience of laparoscopic cholecystectomy]. *Suchasni medychni tekhnolohii*, 3–4, 281–285. [in Ukrainian].
- Kapschitar', A. V. (2011) Opyt primeneniya minilaparotomnogo dostupa v khirurgicheskom lechenii bol'nykh ostrym kholecistitom [Experience of using mini laparoscopic approach in the surgical treatment of patients with acute cholecystitic]. *Suchasni medychni tekhnolohii*, 3–4, 140–143. [in Ukrainian].
- Kliniko-morfologicheskaya klassifikaciya ostrogo kholecistita* [Clinical and morphological classification of acute

- cholecystitis*] Retrieved from. lektsiopedia.org.
4. Lupal'cov, V. I., Yagnyuk, A. I., & Dekhtyaruk, I. A. (2011). Sovremennye podkhody k taktike vybora operativnogo lecheniya ostrogo kholecistita [Modern approaches to the tactics of choice of surgical treatment of acute cholecystitis]. *Suchasni medychni tekhnologii*, 3–4, 211–213. [in Ukrainian].
  5. Nikonenko, A. S., Golovko, N. G., Grushko, V. A., Klimenko, A. V., Gajdarsi, E. J., Decik, D. A., et al. (2013) Maloinvazivnye tekhnologii v khirurgii zhelchnokamennoj bolezni, oslozhnyonnoj mekhanicheskoy zheltukhoj [Minimally invasive technologies in surgery cholecystitis complicated by obstructive saundice]. *Patolohiia*, 2(28), 4–7. [in Ukrainian].
  6. *Ostryj kholecistit [Acute cholecystitic]* Retrieved from medbe.ru [in Russian].
  7. *Ostryj i khronicheskij kal'kulyoznyj kholecistit [Acute and chronic calculons cholecystitis]* Retrieved from: www.smed.ru [in Russian].
  8. Ramazanova, A. R. (2012) *Kholeciste`ktomiya iz minilaparotomnogo dostupa u bol'nykh starshe 60 let* (Avtoref. dis... kand. med. nauk). [Cholecystectomy from mini laparoscopic access in patients older than 60 years]. (Extended abstract of candidate's thesis). Moscow. [in Russian].
  9. Khatsko, V. V., Shatalov, O. D., Hredzhev, F. A., & Yepifantsev, V. O. (2013). Suchasni napriamky likuvannia hostroho kholet-systytu [Modern treatment of acute cholecystitis directions]. *Shpytalna khirurgiia*, 3, 123–124. [in Ukrainian].
  10. Langenbach, C. (1822) Ein Fall Extipation der Gallenbase urgen Cholilitias. *Hail Beri Klin Woschenschr*, 19, 725–72.

**Сведения об авторе:**

Капшитарь А.В., д. мед. н., профессор каф. общей хирургии и ухода за больными, Запорожский государственный медицинский университет, E-mail: alexiy.l@pochta.ru.

**Відомості про автора:**

Капшитар О.В., д. мед. н., професор каф. загальної хірургії та догляду за хворими, Запорізький державний медичний університет, E-mail: alexiy.l@pochta.ru.

**Information about author:**

Капшитар А.В., MD, PhD. DSci, Profwssor of the Department of General Surgery and Patients' Care, Zaporizhzhia State Medical University, E-mail: alexiy.l@pochta.ru.

Надійшла в редакцію 07.04.2015 р.