

Є.Х. Заремба¹, В.С. Заремба¹,
Н.О. Рак¹, О.Т. Гірняк²,
О.В. Заремба¹, С.В. Бурмай¹

¹ Львівський національний
медичний університет ім. Данила
Галицького

² Комунальне некомерційне
підприємство КЛШМД, м. Львів

ПЕРИВЕЗИКАЛЬНИЙ ІНФІЛЬТРАТ ЖОВЧНОГО МІХУРА З ПОШИРЕННЯМ НА ПІДПЕЧІНКОВИЙ ПРОСТІР (клінічний випадок)

Резюме

У статті наведено клінічний перебіг перивезикального абсцесу жовчного міхура з поширенням на підпечінковий простір, сучасні методи діагностики та лікування.

Ключові слова

Жовчний міхур, перивезикальний інфільтрат, перивезикальний абсцес, хронічний холецистит, клінічний перебіг, діагностика, лікування.

Хворий К., 1948 року народження, перебував на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Комунального некомерційного підприємства «Клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КНП КЛШМД) м. Львова» з 28.08.2018 по 10.09.2018. Звернувся зі скаргами на стискаючий біль в ділянці серця і за грудниною в стані спокою та під час незначного фізичного й психоемоційного навантаження, без іррадіації, тривалістю 10 хв, які минав після прийому 1 таб. нітрогліцерину, відчуття прискореного серцебиття, перебоїв в роботі серця, задишку, коливання артеріального тиску до 170/100 мм рт. ст., головний біль і біль у правому підребер'ї, здуття живота, підвищення температури тіла до 39 °С, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання відомо, що у 2016 році отримав травму в ділянці правого підребер'я. Виникав періодичний біль у правому підребер'ї, не лікувався. У 2016 та 2017 рр. було проведено УЗД органів черевної порожнини (УЗД ОЧП): патології не виявлено. У 2018 р. амбулаторно проведено УЗД ОЧП, виявлено збільшення жовчного міхура в розмірах до 118x62 мм, стінка нерівномірно потовщена до 1 см, у порожнині тканинний утвір, конкременти. Рекомендовано ретельне дообстеження. Скерований до Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру для подальшої діагностики та лікування. Хворому проведено:

Комп'ютерна томографія (22.08.2018): легеневої поля прозорі, легеневий рисунок звичайний, візуалізуються в S_{1-2} лівої легені субплевральні вогнища 6 мм, S_4 справа — 4 мм, S_6 справа — 5 мм. Бронхопульмональні лімфатичні вузли до 5-6 мм. Медіастинальні лімфатичні вузли, аксиллярні, підключичні вузли до 10 мм, ліпоматозні. Печінка — контури чіткі, рівні, збільшена дещо в розмірах. Структура паренхіми гомогенна, внутрішньопечінкові протоки не розширені. Ширина портальної вени — 13 мм. Жовчний міхур овальної форми, розміри 95x75 мм, стінки — до 11 мм, потовщені, рентгеноконтрастні конкременти не візуалізуються. Хоledох не розширений. Підшлункова залоза розміщена типово, фрагментація згладжена, структура гомогенна, додаткові утвори не візуалізуються. Вірсунгова протока не розширена. Селезінка не збільшена, форма бобоподібна. Нирки: розміри N, контури чіткі, паренхіма достатня. Порожниста система не розширена, екскреторна функція збережена, сечоводи не розширені. Надниркові залози: форма обох V-подібна, структура гомогенна, розміри N. Жовчний міхур великих розмірів, стінки потовщені, інфільтровані, накопичують інтенсивно контраст. Ложе міхура інфільтроване. Оточуюча паренхіма печінки в радіусі від стінок міхура, інфільтрована на 15-16 мм. До зміненого жовчного міхура підтягнута стінка печінкового кута ободової кишки протягом 35 мм, стінка кишки інфільтрована; у брижі кишки вузлики 5-9 мм. У воротах печінки вузли 22 та 20 мм.

© Є.Х. Заремба, В.С. Заремба, Н.О. Рак, О.Т. Гірняк, О.В. Заремба, С.В. Бурмай

Висновок: патологічна ділянка жовчного міхура з найбільшою ймовірністю Сг? з інфільтрацією ложа міхура, паренхіми печінки, стінки печінкового кута ободової кишки. Вогнища в легенях потребують контролю в динаміці для диференційної діагностики між гранульомами та вторинними ураженнями. Лімфоаденопатія вузлів воріт печінки.

Консультація лікаря-онколога (22.08.2018): скарги на загальну слабкість, біль у правому підребер'ї, схуднення, запаморочення. Живіт м'який, дещо болючий у правому підребер'ї та епігастрії.

Результати морфологічного, рентгенологічного та інших спеціальних досліджень: КТ (22.08.2018): Сг жовчного міхура з інвазією в печінку.

Висновок: Сг жовчного міхура, стадія IV, з інвазією в печінку та товсту кишку. T4N1M0. Механічна жовтяниця, виснаження, IV клінічна група.

Рекомендовано: нагляд онколога, симптоматична терапія, у разі потреби — опіати.

Після отриманої інформації хворий відчув болі за грудниною та в ділянці серця в стані спокою, без іррадіації, тривалістю 10 хв, які минали після прийому 1 таб. нітрогліцерину, прискорене серцебиття, перебої в роботі серця, задишку під час незначного фізичного навантаження, головні болі, нестабільність артеріального тиску та підвищення його до 180/100 мм рт. ст. Хворий звернувся в КНП КЛШМД м. Львова, був госпіталізований до кардіологічного відділення для подальшої діагностики та лікування. З анамнезу життя відомо, що в матері — цукровий діабет. В анамнезі: цукровий діабет 2-го типу, хронічний калькульозний холецистит, поліп шлунка. Часто вживав вино домашнього приготування.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого середньої важкості, свідомість ясна, положення активне. Будова тіла правильна, нормостенічна. Шкіра та видимі слизові блідо-рожеві, вологі. Лімфатичні вузли не збільшені. Температура тіла — 37,8 °С. Дихання через ніс вільне. Частота дихання — 22/хв. Грудна клітка правильна, при пальпації неболюча. Межі легень не змінені. Перкуторно ясний легеневиий звук. При аускультатії: дихання ослаблене. Ділянка серця без патології. Верхівковий поштовх у 5 міжребер'ї на 1,5 см ліворуч від середньоключичної лінії. ЧСС — 82/хв. Пульс — 80/хв. Дефіцит пульсу — 2. АТ — 160/100 мм рт. ст. Аускультативно: тони аритмічні, ослаблені, акцент II тону над аортою. Живіт не збільшений, округлої форми, перистальтика збережена. При пальпації живіт болючий у правому підребер'ї, відмічається ущільнення. Печінка на 3 см виступає з-під краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Сечовипускання вільне. Стілець без особливостей.

В умовах стаціонару хворому було проведено лабораторно-інструментальні методи дослідження:

Загальний аналіз крові: ШОЕ — 35 мм/год, лейкоцити — $12,7 \times 10^9$ в 1 л, гемоглобін — 142 г/л, еритроцити — $4,2 \times 10^{12}$ в 1 л, еозинофіли — 2, паличкоядерні — 2, сегментоядерні — 76, лімфоцити — 17, моноцити — 3, тромбоцити — 294×10^9 в 1 л; **біохімічний аналіз крові:** АСТ — 27 од. л, АЛТ — 23 од. л, цукор крові — 13,0 ммоль/л, білірубін — 18,9 мкмоль/л, креатинін — 126 мкмоль/л, сечовина — 9,48 ммоль/л, тригліцериди — 1,36 ммоль/л, холестерин — 3,36 ммоль/л, сечова кислота — 293 мкмоль/л, амілаза — 37 од/л, онкомаркер підшлункової залози, жовчного міхура (CA-19-9): <2,50 од/мл (норма для чол. — <18,3); **загальний аналіз сечі** (білок — 0,033, епітелій — 10-12 у полі зору, лейкоцити — 4-5 од. у полі зору); **проба за Аддісом — Каковським:** лейкоцити — 1 666 666 за добу; **дослідження ліпідного обміну:** В-ліпопротеїди — 40 од., холестерин ЛПВЩ — 0,80 мм/л, ЛПНЩ — 1,94 мм/л, ЛПДНЩ — 0,62 мм/л, коефіцієнт атерогенності — 3,20; **гострофазові показники:** АСЛО — 48,66, С-реактивний білок — 40,6 мг/л, ревматоїдний фактор — 15,70, серомукоїди — 4,2 од.; **коагулограма** (протромбінований час — 17,5', протромбіновий індекс — 85,7%, загальний фібриноген — 6,5 г/л).

Інструментальні методи дослідження:

Електрокардіограма (28.08.2018): ритм неправильний, несинусовий, наявні хвилі f. Електрична вісь відхилена вліво. Вольтаж достатній. ЧСС — 105/хв.

ЕхоКГ (30.08.2018): ПШ — 2,1 см, перегородка — 1,1 см, ЛШ — 4,0 см, стінка ЛШ (діаст.) — 1,0 см, ФВ — 70%, ВАо — 3,3 см, ЛП — 3,1 см. Висновок: розмір камер серця — норма. Гіпертрофія стінок лівого шлуночка незначна. Атеросклероз аорти. Скоротливість міокарда лівого шлуночка задовільна. ФВ — 70%. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка I тип. Рідина в плевральній порожнині не візуалізується.

УЗД органів черевної порожнини (28.08.2018): печінка — 175 мм, збільшена, структура зерниста, ехогенність знижена. Жовчні протоки не розширені, судини не розширені, у лівій частці неоднорідний тканинний утвір 80×64 мм. Хоledох не розширений. Жовчний міхур візуалізується погано. Підшлункова залоза — розміри збережені, структура зерниста, об'ємних утворів не виявлено, підвищеної ехогенності. Нирки: права — кірковий шар 17 мм, не потовщений, середньої ехогенності, ЧМС не розширена, без затримки сечі, солі; ліва — кірковий шар 16 мм, не потовщений, ехогенність середня, ЧМС не розширена, без затримки сечі, солі. Селезінка — норма.

Висновок: тканинний утвір у печінці (не виключено Сг жовчного міхура). Рекомендовано КТ.

УЗД органів черевної порожнини (30.08.2018): печінка — не виступає з-під краю реберної дуги,

край гострий. Структура дрібнозерниста, ехогенність звичайна. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішні печінкові протоки не розширені, у проекції жовчного міхура візуалізується великий об'ємний утвір 12х11 см із неоднорідним густим вмістом. Стінка товщиною 5-9 мм. Візуалізуються перегородки в просвіті утвору. Кровоплин у масі утвору не візуалізується. До описаного утвору прилягає печінковий вигин товстої кишки з потовщеною до 5-6 мм стінкою. Гепатикохоledох — 6 мм. Ворітна вена — 11 мм. Відхилені частково описаним утвором. Селезінка гомогенна — 10х4,6 см. Підшлункова залоза чітка, паренхіма її зерниста, контур рівний. Ехогенність звичайна. Головка — 33 мм, тіло — 17 мм, хвіст — 23 мм. Вірсунгова протока не розширена. Заочеревинний простір не набряклий, без розріджень. Нирки розташовані типово, права — 10х4,1 см, кірковий шар чіткий, товщиною 17 мм, ЧМС не розширена, помірний сольовий діатез. Ліва нирка — 10,1х4,1 см, кірковий шар — 17 мм, ЧМС не розширена, помірний сольовий діатез.

Висновок: дана картина може бути при гострому холециститі з вторинними змінами товстої кишки. Також є ймовірність, що це тумор жовчного міхура або товстої кишки з проростанням у жовчний міхур. Рекомендовано КТ із контрастом, ЕндоКС, ЕндоЕГДС. Діагноз: об'ємний утвір у проекції жовчного міхура. Потовщена стінка печінкового вигину товстої кишки.

КТ (30.08.2018): жовчний міхур чітко не візуалізується, у його проекції визначається кістозно-тканинний утвір розмірами 90х93х105 мм. Має перетинки, виражено накопичує КР по контурах. Щільність вмісту — до 20 НУ. Утвір прилежить до стінки поперечно-ободової кишки. Стінка кишки в місці контакту циркуляторно потовщена. Просвіт кишки збережений. Печінка звичайних розмірів, паренхіма печінки без вогнищевих змін, внутрішньопечінкові та позапечінкові протоки не розширені. Селезінка типово розташована, розміри не збільшені, контури чіткі. Підшлункова залоза не потовщена, звичайних розмірів, протока залози не розширена. Нирки розташовані типово, розміри не змінені, контури нирок чіткі, паренхіма звичайної товщини, кірково-медулярна диференціація збережена, порожниста система не деформована. Сечоводи не розширені, без патологічних включень. Надниркові залози розташовані типово, звичайної форми, не потовщені. У проекції воріт печінки визначаються лімфатичні вузли розмірами 10-18 мм, перифокально до печінкової артерії лімфатичний вузол до 16 мм.

Висновок: ознаки об'ємного утвору жовчного міхура зі сформованим підпечінковим абсцесом, інфільтрація стінки поперечно-ободової кишки. Лімфаденопатія воріт печінки, парааортальна лімфаденопатія (найбільш ймовірно вторинне ура-

ження). Для уточнення змін у попереково-ободовій кишці доцільна колоноскопія.

Колоноскопія (03.09.2018): Хронічний коліт. Геморой.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки (28.08.2018): патологічних тіней у легенях не виявлено, помірні фіброзні зміни. Корені широкі за рахунок судинного компонента. Куполи діафрагми чіткі, синуси вільні. Сog — норма. Висновок: сколіоз, остеохондроз у грудному відділі.

ЕФГДС (31.08.2018): стравохід вільно прохідний. Хіатус змикається на 39 см від різців, на 2 см від Z-лінії та початку шлункових складок. У шлунку слиз, слина, складки еластичні, згладжені, слизова витончена з вогнищевою гіперемією. Воротар вільно прохідний. Цибулина 12-палої кишки з вогнищевою гіперемією, набрякла, постбульбарний відділ без патології.

Висновок: Атрофічний гастрит, бульбіт.

Консультація хірурга (04.09.2018): проведено об'єктивне обстеження: шкірний покрив блідо-рожевий, відмічав незначні болі в правому підребер'ї, живіт не здутий, нудота та блювота відсутні, сеча та кал без особливостей. При лабораторному дослідженні: від'ємний онкомаркер СА-19-9, нормальні значення АЛТ, АСТ та білірубину, незначний лейкоцитоз із нормальною лейкоцитарною формулою, підвищення кількості С-реактивного білка. Зважаючи на всі дані, розходження клініки з можливим діагнозом, було встановлено діагноз: хронічний калькульозний холецистит. Інфільтрат жовчного міхура та підпечінкового простору.

Рекомендовано: цебопім 1,0 в/в крап. 2 рази на день; диклоберл 75 мг 2 рази на день в/м.

Клінічний діагноз: ІХС. Прогресуюча стенокардія (від 28.08.2018 р.). Фібриляція передсердь, персистуюча форма, тахісistolічний варіант (травень 2018 р.). Стабільна стенокардія напруги (від 03.09.2018 р.). ФК ІІІ. Поодинокі шлуночкова екстрасистолія. Гіпертонічна хвороба ІІ стадія, 3-й ступінь, ризик дуже високий. Атеросклероз аорти.

СН ІІА, ФК ІІІ зі збереженою систолічною функцією ЛШ (ФВ — 70%). Діастолічна дисфункція ЛШ І тип.

Цукровий діабет 2-го типу, середньої важкості, стадія субкомпенсації. Діабетична мікро- та макроангіопатії. Діабетична полінейропатія. Діабетична гепатопатія, нефропатія.

Атрофічний гастрит, бульбіт.

Хронічний калькульозний холецистит у стадії загострення. Інфільтрат жовчного міхура та підпечінкового простору. Доброякісна гіперплазія простати.

Хронічний коліт. Геморой.

Сколіоз. Остеохондроз грудного відділу хребта.

Проведено лікування: режим І, раціон № 4, Sol. Analgin 50% 2,0 + Sol. Dimedroli 1% 1,0 в/м 2 р/д, Tab. Nitrosorbidi 10 мг 1 таб. 3 р/д, Tab.

Aspirini-cardio 100 mg 1 таб. 1 р/д, Tab. Chartuli-AM 10/5 по 1 таб. 2 р/д, Tab. Diabetoni 60 mg 1 таб. 1 р/д → Tab. Siofori 850 mg 1 таб. 1 р/д → Gutte Diabetini 30 крапель 3 р/д, Oil Amaranti 1 ч/л 3 р/д за 20 хвилин до їди, Tab. Chofitoli 2 таб. 3 р/д, Sol. Dicloberli 75 mg в/м 1 р/д, Sebopim + Sol. NaCl 0,9% 100,0 в/в пов. крап. 2 р/д, Sol. Glucosae 5% 200,0 + Insulini 4 OD + Sol. Panangini 3,0 + Sol. Riboxini 10,0 в/в крап. 1 р/д, Corvitini 0,5 + Sol. NaCl 0,9% 50,0 в/в крап. за схемою, Sol. Gera-merzi + Sol. NaCl 0,9% 100,0 1 р/д.

Після проведеного лікування стан хворого з позитивною динамікою, відсутні болі в правому підребер'ї та здуття живота, температура тіла — 36,6 °С. Проведено повторні лабораторні обстеження (06.09.2018). **Загальний аналіз крові:** ШОЕ — 7 мм/год, лейкоцити — $7,0 \times 10^9$ в 1 л, гемоглобін — 125 г/л, еритроцити — $3,8 \times 10^{12}$ в 1 л, еозинофіли — 0, паличкоядерні — 3, сегментоядерні — 63, лімфоцити — 30, моноцити — 4, тромбоцити — 295×10^9 в 1 л; **біохімічний аналіз крові:** АСТ — 25 од. л, АЛТ — 18 од. л; цукор крові — 15,0 ммоль/л, білірубін — 6,95 мкмоль/л, креатинін — 91 мкмоль/л, сечовина — 6,40 ммоль/л, тригліцериди — 2,02 ммоль/л, холестерин — 3,82 ммоль/л, сечова кислота — 231 мкмоль/л; **загальний аналіз сечі:** білок — 0,033, епітелій — 1-2 в полі зору, лейкоцити — 3-5 од. у полі зору; **дослідження ліпідного обміну:** В-ліпопротеїди — 50 од., холестерин ЛПВЩ — 0,81 мМ/л, ЛПНЩ — 2,09 мМ/л, ЛПДНЩ — 0,92 мМ/л, коефіцієнт атерогенності — 3,72; **гострофазові показники:** АСЛО — до 200, С-реактивний білок — 36 мг/л, ревматоїдний фактор (–), серомукоїди — 0,148 ум. од.; **коагулограма:** протромбінований час — 18', протромбіновий індекс — 83,3%, загальний фібриноген — 7,2 г/л.

Хворий виписаний під постійний нагляд за місцем проживання сімейним лікарем, кардіологом, ендокринологом, урологом, офтальмологом, хірургом.

Амбулаторно хворому було проведено УЗД ОЧП:

КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова» (08.11.2018): печінка не виступає з-під краю реберної дуги, край гострий. Структура дрібнозерниста, ехогенність звичайна. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішньопечінкові протоки не розширені. Жовчний міхур зморщений, із неоднорідним густим вмістом, із групою конкрементів 7 мм. Товста кишка без видимої потовщеної стінки.

Висновок: Жовчнокам'яна хвороба. Зморщений жовчний міхур.

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр (20.11.2018): печінка — візуалізація задовільна, капсула не потовщена, зовнішні контури чіткі,

рівні, у розмірах не збільшена, структура середньозерниста з ознаками дистрофічних змін паренхіми, судинний рисунок не змінений, внутрішньопечінкові жовчні ходи не розширені. Жовчний міхур — вільний просвіт не визначається, у його проекції визначаються гіперехогенні включення з акустичною тінню до 8 мм.

КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова» (24.11.2018): печінка не виступає з-під краю реберної дуги, край гострий. Структура дрібнозерниста, ехогенність звичайна. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішньопечінкові протоки не розширені. Жовчний міхур зморщений, практично без жовчі, з групою конкрементів 7 мм. Товста кишка без видимої потовщеної стінки.

Висновок: Жовчнокам'яна хвороба. Зморщений жовчний міхур.

Львівська обласна клінічна лікарня (26.11.2018): печінка збільшена, однорідна. Жовчний міхур — зморщений, стінки ущільнені, вміст неоднорідний (фото). Наявні УЗД-ознаки фіксованого сальника та 12-палої кишки хронічного запального характеру.

Судововишнянська клінічна міська лікарня (12.12.2018): печінка +1,5 см із-під краю реберної дуги. Ехоструктура неоднорідна. Кут зморщений. Жовчний міхур невеликих розмірів 43x20 мм, неправильної форми, стінка нерівномірно потовщена, щільна. Містяться конкременти до 8 мм.

Висновок: хронічний холецистит, зморщений жовчний міхур.

КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова» (19.02.2019): печінка не виступає з-під краю реберної дуги, край гострий. Структура дрібнозерниста, ехогенність звичайна. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішні печінкові протоки не розширені. Жовчний міхур зморщений, розмірами 2,7x0,9 см, практично без жовчі, з групою конкрементів по 7-8 мм. Товста кишка без видимої потовщеної стінки.

Висновок: жовчнокам'яна хвороба, зморщений жовчний міхур.

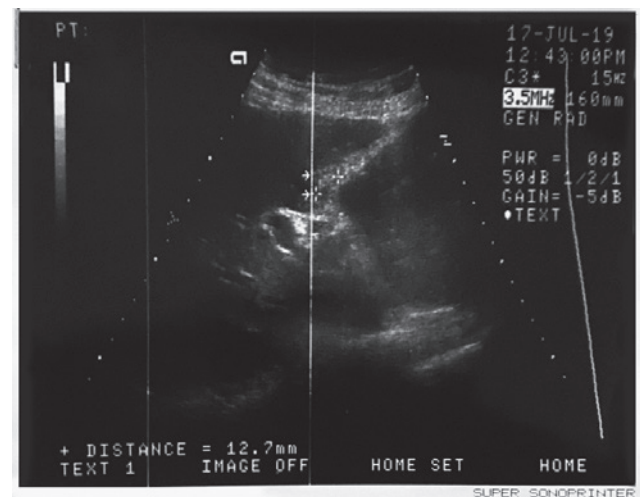


Фото. Зморщений жовчний міхур

Львівська обласна клінічна лікарня (21.02.2019): печінка на рівні реберної дуги, без видимих вогнищевих новоутворень. Жовчний міхур зморщений, візуалізується у вигляді маленького двокамерного резерву. Холедох — 4 мм.

Судововишнянська клінічна міська лікарня (13.07.2019): печінка по краю реберної дуги. Кут згладжений. Жовчний міхур зменшений в об'ємі, стінка нерівномірно потовщена, ущільнена, склероз поширюється на печінку. Розміри міхура — 40x20 мм, усередині конкременти.

Висновок: хронічний калькульозний холецистит.

КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова» (27.01.2020): печінка не виступає з-під краю реберної дуги, край гострий. Структура дрібнозерниста, ехогенність звичайна. Об'ємні утвори не візуалізуються. Внутрішні печінкові протоки не розширені. Жовчний міхур практично не візуалізується (зморщений).

Діагноз: зморщений жовчний міхур.

Одним із частих ускладнень гострого холециститу або хронічного загострення є утворення перивезикального інфільтрату, як правило, на 3-4-у добу захворювання внаслідок переходу запального процесу за межі серозної оболонки стінки жовчного міхура. Характерними ознаками є тупий біль, наявність ущільненого пухлинного утворення з нечіткими контурами в правому підребер'ї. При прогресуванні захворювання розвивається перивезикальний абсцес, який клінічно може проявлятися погіршенням загального стану пацієнта, підвищенням температури тіла, лихоманкою, прогресуванням інтоксикації [6].

Перивезикальний інфільтрат — утвір запального характеру, що включає жовчний міхур та прилеглі до нього органи (печінка, дванадцятипала кишка, товста кишка, великий сальник, іноді шлунок). Утворюється при гострих холециститах, коли перелічені органи рихло або щільно фіксуються до жовчного міхура за результатами поширення на них запалення.

Перивезикальний абсцес — гнійник, розташований у ділянці жовчного міхура, як правило, від граничного перивезикального інфільтрату. Часто локалізується в ложі жовчного міхура, може розташовуватися в підпечінковому просторі або під діафрагмою. Інфільтрат жовчного міхура як ускладнення холециститу має окрему групу захворювань. При цьому деструктивні зміни в жовчному міхурі обмежені від навколишніх тканин та очеревини. За наявності інфільтрату невеликого розміру та сприятливому перебігу під впливом консервативної терапії необхідна вичікувальна тактика до повного розсмоктування інфільтрату з наступним обов'язковим операційним лікуванням у «холодному» періоді захворювання, не раніше як через 3 місяці. З глибоким деструктивним процесом можливе утворення емпієми жовчного міхура та

параміхурцевого абсцесу, що потребує виконання невідкладного операційного втручання [1].

Лікування холециститів є актуальною проблемою. Утворення інфільтрату в черевній порожнині при різних запальних захворюваннях спостерігають нерідко (при захворюваннях органів травного каналу, гінекологічних, апендикулярний інфільтрат тощо). Запальний процес, що почався в жовчному міхурі, нерідко поширюється на анатомічно близько розташовані органи та тканини: великий сальник, поперечну ободову кишку та її брижу, гепатодуоденальну зв'язку, край печінки [1]. Розміри інфільтрату різноманітні. Він може поступово збільшуватися або при успішному лікуванні зменшуватися з наступним утворенням рубців навколо жовчного міхура. У товщі інфільтрату, що включає запалений жовчний міхур, часто з конкрементами, вклиненням конкременту в його шийку, або утворення пролежня стінки жовчного міхура та навколо нього, відбуваються запалення, некротичні процеси. У більшості спостережень інфільтрат утворюється при повторному запаленні жовчного міхура, що супроводжується гострим больовим нападом, коли великий сальник вже під'єднаний до стінки запального жовчного міхура [1].

Гнійні захворювання як ускладнення холециститу займають ключову роль. Серед них найчастіше трапляються перивезикальні інфільтрати (15,0%), емпієма жовчного міхура (12,4-16,1%), підпечінковий абсцес (2,3-3,6%), водянка жовчного міхура (4,7-7,2%), місцевий перитоніт (0,4-1,3%), розлитий перитоніт (1,4-2,3%) [2].

До 20% хворих похилого та старечого віку звертаються по хірургічну допомогу на 3-4-у добу з моменту захворювання. Як правило, захворювання в цей період ускладнюється утворенням перивезикального інфільтрату, наявністю змін у стінці жовчного міхура, у запальний процес залучаються навколишні тканини. У працях Темірбулатова В.М. (2008) при УЗД-діагностиці жовчного міхура з 403 пацієнтів у 324 (80,4%) хворих був виявлений перихолецистит, у 73 випадках — перивезикальний інфільтрат, найчастіше в ділянці шийки жовчного міхура та печінково-дванадцятипалої зв'язки. На ранніх стадіях запалення на УЗД візуалізуються гіперехогенні поля без чітких меж, через деякий час відбувається відмежування запального процесу з формуванням інфільтрату в перивезикальній ділянці, який виявляється у вигляді гіперехогенного утворення з чіткими контурами [3].

Макроскопічно морфологічні зміни в зоні жовчного міхура в значному ступені залежать від тривалості хвороби та трапляються при холециститі в трьох варіантах. У 50% випадків спостережень за період від 24 до 72 годин у хворих розвивався так званий «рихлий» інфільтрат із залученням у запальний процес жовчного міхура та сальника. При відокремленні сальника від стінок жовчного

міхура у хворих, у яких раніше було загострення запального процесу, виявлялися щільні вирости різної форми та розмірів. До 3-4-го дня захворювання в 37,5% спостережень в інфільтрат залучалися навколишні органи. При цьому найчастіше всі підходи до жовчного міхура сальник заблокував, накриваючи дванадцятипалу кишку, шлунок, ободову кишку. З перших днів запалення поширюється на черевну порожнину в ділянці трикутника Кало. Унаслідок збільшення термінів захворювання набрякова очеревина в 4,6-37,5% спостережень обмежує можливість диференціювання залучених у запалення жовчної протоки та міхурцевої артерії [4].

«Рихлі» інфільтраційні зміни довкола жовчного міхура до третього дня зменшуються з 28,3 до 13,8%. Унаслідок збільшення термінів захворювання «рихлий» інфільтрат трансформується в щільний інфільтрат шийки жовчної протоки в 4,7-25,3% спостережень. На другий день захворювання в 13,1% спостережень жовчного міхура створюється щільна інфільтрація із залученням у процес сальника та у 2-4% спостережень — 12-палої кишки, шлунка, ободової кишки. На 3-4-й день захворювання частота розвитку щільного інфільтрату збільшується від 7,7 до 44,6%. При холециститі, ускладненому інфільтратом, у патологічний процес залучаються інші органи й утворюється щільний інфільтрат, у 3,1-7,7% спостерігали перивезикальні абсцеси, 1,6-13,8% — некроз стінки жовчного міхура, 1-4,6% — локальний некроз стінки загальної жовчної протоки [4].

Унаслідок перенесеного захворювання та проведеного лікування у хворого утворився зморщений жовчний міхур, що являє собою один із варіантів склерозу жовчного міхура. У цьому випадку розвиток виростів і рубців призводить до того, що жовчний міхур перетворюється в невеликий утвір сполучної тканини, який важко відділяється від печінки.

Інфільтрат жовчного міхура був складним для діагностики. Багатьма лікарями-терапевтами, хірургами та функціоналістами діагностувався як злоякісна пухлина з метастазами.

Клінічно перебіг інфільтрату жовчного міхура різноманітний, а отже, тактика повинна бути відповідною. При інфільтраті невеликих розмірів і задовільному перебігу під впливом консервативної терапії необхідна вичікувальна тактика до повного розсмоктування інфільтрату. При утворенні водянки жовчного міхура виконують відтерміновану операцію. Глибокий деструктивний процес може завершитися утворенням емпієми жовчного міхура та периміхурового абсцесу, що потребує невідкладного операційного втручання. Таким чином, інфільтрат жовчного міхура як ускладнення гострого холецистити є окремою формою захворювання. Цей процес, будучи захисним механізмом організму, обмежує деструктивний процес жовчного міхура від навколишніх тканин. Перебіг захворювання з прогресуванням деструктивного процесу та інтоксикацією свідчить про важкість процесу й необхідність виконання операційного втручання [1].

Список використаної літератури

1. Инфильтрат желчного пузыря / К.С. Долимов, Ф.А. Ильхамов, А.Ш. Абдумажидов и др.; Ташкентский педиатрический медицинский институт Республика Узбекистан // Клінічна хірургія. — 2014. — № 3. — С. 23-24.
2. Ильченко А.А., Ильченко А.Л. Классификация желчнокаменной болезни // Терапевтический архив. — 2004. — № 2. — С. 75-78.
3. Тимебулатов В.М., Верзакова И.В. Ультразвуковая диагностика острого холецистита и его осложнений // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — Т. 13, № 1. — С. 76-82.
4. Этиология «сложных» лапароскопических холецистэктомий / В.П. Сажин, И.В. Сажин, И.А. Подъяблонская и др.; Кафедра хирургии с курсом эндохирургии факультета дополнительного постдипломного образования Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. — 2016. — С. 62-64.
5. Косаева С.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет; Кафедра интернатуры по хирургии Государственного медицинского университета г. Семей, Республика Казахстан // Наука и Здравоохранение. — 2018. — Т. 20, № 20. — С. 1-20.
6. Захараш М.П. Хірургія. — Вінниця: Нова книга, 2014. — 165 с.

Надійшла до редакції 18.03.2020 р.

PERIVESICAL INFILTRATION OF GALLBLADDER SPREADING TO SUBHEPATIC SPACE (CLINICAL EVENT)

Y.H. Zaremba, V.S. Zaremba, N.O. Rak, O.T. Hirnyak, O.V. Zaremba, S.V. Burmai

Abstract

The article provides clinical course of perivesical abscess spreading to subhepatic space, modern diagnostics and treatment methods.

Keywords: gallbladder, perivesical infiltration, perivesical abscess, chronic cholecystitis, clinical course, diagnostics, treatment.