

## ИНФИЛЬТРАТ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

К. С. Долимов, Ф. А. Ильхамов, А. Ш. Абдумажидов, З. З. Тухтамурадов  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

## INFILTRATE OF A GALLBLADDER

K. S. Dolimov, F. A. Ihlkhamov, A. Sh. Abdumazhidov, Z. Z. Tukhtamuradov

Лечение острого холецистита является актуальной проблемой. Образование инфильтрата в брюшной полости при различных воспалительных процессах наблюдают нередко (при заболеваниях органов пищеварительного канала, гинекологических, аппендикулярный инфильтрат и др.).

Воспалительный процесс, начавшийся в желчном пузыре, нередко распространяется на анатомически близко расположенные органы и ткани: большой сальник, поперечную ободочную кишку и ее брыжейку, гепатодуоденальную связку, край печени. Образующийся при этом конгломерат фактически является инфильтратом желчного пузыря, имеющим свои особенности течения, в отличие от неосложненного холецистита. Вопросы хирургической тактики при этом не решены.

Данные литературы о воспалительном инфильтрате желчного пузыря ограничены. Больных, у которых выявляют воспалительный инфильтрат желчного пузыря, специально не выделяют, а включают в группу больных с местным перитонитом. Размеры инфильтрата различны. Он может постепенно увеличиваться или при успешном лечении уменьшаться с последующим образованием рубца вокруг желчного пузыря. В глубине инфильтрата, содержащего воспаленный желчный пузырь, часто с конкрементами, вклиниванием конкремента в его шейку или образованием пролежня в стенке желчного пузыря и вокруг него, происходят воспалительные и некротические процессы.

В большинстве наблюдений инфильтрат образуется при повторном воспалении желчного пузыря, что сопровождается острым боле-

### Реферат

Инфильтрат желчного пузыря как осложнение острого холецистита представляет отдельную форму заболевания. При этом деструктивные изменения в желчном пузыре отграничены от окружающих тканей. При наличии инфильтрата небольших размеров и благоприятном течении под влиянием консервативной терапии необходима выжидательная тактика до полного рассасывания инфильтрата с последующим обязательным оперативным лечением в "холодном" периоде заболевания. Нередко инфильтрат трансформируется в водянку желчного пузыря, что требует выполнения отсроченной операции, при глубоком деструктивном процессе — возможно образование эмпиемы желчного пузыря и парапузырного абсцесса, что требует выполнения неотложного оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** желчный пузырь; холецистит; инфильтрат.

### Abstract

Infiltrate of a gallbladder, as a complication of an acute cholecystitis constitute a separate form of the disease. In this case a destructive changes in gallbladder are restricted from surrounding tissues. While presence of infiltrate of a small size and favorable course under the influence of conservative therapy it is necessary to follow an expectant tactics up to complete dissolving of the infiltrate with a consequent obligate operative treatment in a "cold" period of the disease. Not rarely the infiltrate is transformed into a gallbladder oedema, what demands performance of a deferred operation. In a deep destructive process a gallbladder empyema may occur or paravesical abscess formed, what demands performance of urgent operative intervention.

**Key words:** gallbladder; cholecystitis; infiltrate.

вым приступом, когда большой сальник уже припаян к стенке воспаленного желчного пузыря. Образование инфильтрата возможно и при первичном воспалении желчного пузыря, протекающем с выраженными нарушениями трофики стенки.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике с 2007 по 2012 г. лечили 1151 больного с диагнозом острый холецистит, из них 280 — оперированы. У 56 (5%) больных до операции диагностирован инфильтрат желчного пузыря. Исследование больных включало физические методы, ультразвуковое исследование области печени, желчного пузыря, общий и биохимический анализы крови. У 43 больных операция выполнена по экстренным показаниям в связи с прогрессированием процесса и интоксикации, осталь-

ные — оперированы после устранения острого воспалительного процесса. У больных, оперированных по экстренным показаниям, подпеченочное углубление было заполнено инфильтрированным большим сальником, поэтому выделить желчный пузырь без разрушения конгломерата было невозможно. При выделении желчного пузыря установлено, что в состав инфильтрата были включены большой сальник, поперечная ободочная кишка, в центре располагался деструктивно—измененный желчный пузырь. У 2 больных деструктивно—измененная стенка желчного пузыря, находящегося в инфильтрате, пенетрировала стенку толстой кишки, при выделении желчного пузыря из конгломерата образовался дефект в стенке толстой кишки, операция завершена наложением швов на дефект. У 13 больных во время операции обнаружен инфильтрат вокруг желчного

пузыря с признаками абсцедирования, у 16 — при выделении желчного пузыря из инфильтрата выявлена эмпиема желчного пузыря, у 8 — удалось легко выделить желчный пузырь из инфильтрата. После операции все пациенты живы.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ наблюдений показывает, что у пациентов, не оперированных в связи с возрастом или наличием противопоказаний, обусловленных тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в последующем течение процесса волнообразное, с периодами ухудшения состояния вследствие прогрессирования деструктивного воспалительного процесса в желчном пузыре. У таких больных после госпитализации отмечали улучшение состояния, однако в последующем клиническое течение характеризовалось постепенным прогрессированием интоксикации и ухудшением состояния. Вначале температура тела была в пределах нормы или субфебрильной, интен-

сивность боли уменьшалась под влиянием консервативной терапии, однако в последующем температура тела повышалась, появлялись сухость во рту, признаки воспалительной интоксикации, в правой подреберной области пальпировали болезненный плотный инфильтрат. Все это свидетельствовало о формировании воспалительного инфильтрата желчного пузыря и ухудшении состояния больного, появлялись симптом раздражения брюшины, напряжение мышц передней брюшной стенки. При таком течении процесса необходимо выполнение экстренного оперативного вмешательства, поскольку деструктивный процесс распространялся за пределы инфильтрата желчного пузыря.

Клинически течение инфильтрата желчного пузыря разнообразно и, следовательно, тактика должна быть соответствующей. При инфильтрате небольших размеров и благоприятном течении под влиянием консервативной терапии необходима выжидательная тактика до полного рассасывания инфильт-

рата, в последующем — обязательное оперативное лечение в "холодном" периоде заболевания. При образовании водянки желчного пузыря выполняют отсроченную операцию. Глубокий деструктивный процесс может завершиться образованием эмпиемы желчного пузыря и парапузырного абсцесса, что требует безотлагательного оперативного вмешательства.

Таким образом, инфильтрат желчного пузыря как осложнение острого холецистита является отдельной формой заболевания. Этот процесс, будучи защитным механизмом организма, ограничивает деструктивный процесс желчного пузыря от окружающих тканей. Однако при дальнейшем прогрессировании процесса не исключается возможность распространения инфекции за пределы инфильтрата. Течение болезни с признаками прогрессирования деструктивного процесса и интоксикации свидетельствует о запущенности процесса и необходимости выполнения более ранней операции.

