

Хірургічна тактика у пацієнтів з поліпами жовчного міхура

Поширення поліпів жовчного міхура складає від 1 до 9,5 % у загальній популяції, ймовірність діагностики аденом достовірно зростає, якщо діаметр поліпа сягає понад 10 мм. Частота захворюваності на поліпи жовчного міхура різна залежно від географічного регіону (вища в Азії) чи етнічної належності, але однакова серед чоловіків і жінок. Виділяють псевдопухлинні поліпи та пухлинні поліпи. Найбільш доступним методом діагностики поліпів жовчного міхура є моніторинг за допомогою ультразвуку. На доопераційному етапі складно визначитися з ймовірністю карциноми жовчного міхура, яка виникла з поліпа, тому виділяють фактори ризику: діаметр поліпа понад 10 мм, вік пацієнта понад 50 років, поліп на широкій основі, локальне потовщення стінки жовчного міхура понад 4 мм, склерозувальний холангіт, етнічна належність до Індії, поодинокий поліп, холелітіаз та поліпи в інших зонах шлунково-кишкового тракту. При асимптомних поліпах жовчного міхура розмірами від 10 мм однозначно рекомендується планова холецистектомія. Якщо у пацієнта є фактори ризику малігнізації, цю величину слід знизити до 6 мм. Холецистектомію рекомендують при поліпах жовчного міхура незалежно від їхніх розмірів, якщо наявні специфічні клінічні симптоми, пов'язані з жовчовивідною системою, або поліпи асоційовані з первинним склерозувальним холангітом. При аналізі клінічної симптоматики та первинного ультразвукового обстеження віддіференціювати псевдопухлинні і пухлинні поліпи вкрай складно. Пухлинні поліпи мають високий ризик малігнізації, що потребує ультразвукового моніторингу впродовж тривалого часу. Показання до операційного втручання при поліпах жовчного міхура є чітко регламентовані, однак при підозрі на карциному жовчного міхура слід дотримуватися активної хірургічної тактики.

Ключові слова: поліпи жовчного міхура; ультразвукове дослідження; холецистектомія; рак жовчного міхура.

Поліпи в жовчному міхурі зустрічаються набагато частіше, ніж прийнято вважати. До них відносять будь-яке ураження, що виступає чи піднімається з поверхні слизової оболонки жовчного міхура [1, 2]. Впродовж останніх років з'являється щораз більше повідомлень, які вказують на зростання частоти виявлення цієї патології. Загалом, поширеність поліпів жовчного міхура (ПЖМ) складає від 1 до 9,5 % в загальній популяції, ймовірність діагностики аденом достовірно зростає, якщо діаметр поліпа є понад 10 мм, причому 50 % таких поліпів є карциномами [3, 4, 5, 6]. Частота захворюваності на ПЖМ є різною залежно від географічного регіону (вища в Азії) чи етнічної належності, але однаковою серед чоловіків і жінок [7, 8]. Дослідження з Південної Кореї вказують, що поширеність ПЖМ зростає з 3,8 % у 2002–2004 рр. до 7,1 % у 2010–2012 рр. [9]. Подібна тенденція відмічена у Китаї – з 6,9 до 9,5 % [10].

При оцінці наявності факторів ризику у 23 827 пацієнтів, у яких проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, було вказано, що метаболічний синдром і хронічний гепатит типу В є незалежними факторами розвитку ПЖМ. Інфекція *Helicobacter pylori*, асоційована з холелітіазом, є значним фактором ризику, у порівнянні з інфікованими пацієнтами без холелітіазу. Гіперглікемія і гіперліпідемія не мали зв'язку з розвитком ПЖМ [1].

S. Vang у 2009 році запропонував гістологічно поділяти ПЖМ на три типи: доброякісні неоплас-

тичні поліпи (папілярна і непапілярна аденома, гемангіома, ліпома, лейоміома, зернисто-клітинна пухлина); доброякісні аннеопластичні поліпи (гіперпластичні (аденоматоз і аденоміоматоз), гетеротопічні (слизова шлунка чи кишечника, структура підшлункової залози чи печінки), запальні, холестеролові, фіброксантогрануломатозні, паразитарні); злроякісні поліпи (аденокарцинома, слизова цистаденома, плоскоклітинна карцинома, аденоакантома) [11]. Аналіз 1960 макропрепаратів після холецистектомії з приводу різної патології жовчного міхура вказав, що частота варіабельних форм ПЖМ склала 26,2 %, причому тільки у 0,46 % спостережень діагностували аденокарциному. Автори відмічають, що частота малігнізації виявилася дуже низькою, однак не заперечують недостатньо ретельний підхід до рутинного гістологічного дослідження мікропрепарату після холецистектомії [12].

Гістологічна класифікація S. Vang не є зручною у повсякденній клінічній практиці. Більш сучасною і практичною є класифікація, наведена M. Vila (2018). Згідно з класифікацією, виділяють псевдопухлинні поліпи (зустрічаються у 70–80 % спостережень і є потенційно незлроякісними) та пухлинні поліпи. До псевдопухлинних належать холестеролові (агрегати холестерину у слизовій оболонці), аденоматоз і аденоміоматоз (незапальна гіперплазія, яка часто асоціюється з хронічним холециститом) та поодинокі чи множинні запальні поліпи. До пухлинних відносять адено-

му, мезенхімальні поліпи, карциному *in situ* та аденокарциному [13]. В останні роки почали гістологічно виділяти нову форму пухлин жовчного міхура, пов'язаних з поліпозом – інтрацистні папілярні пухлини (ICPN) [14]. Вважають, що папілярна аденома і аденокарцинома жовчного міхура можуть бути визнані різними патологічними стадіями ICPN [15].

Аналіз анамнезу та медичне обстеження зазвичай не дозволяють правильно встановити діагноз, оскільки клінічна симптоматика ПЖМ є варіабельною і не має чітких ознак [16]. В більшості випадків захворювання є безсимптомним, з періодичними нападами печінкової кольки, яка слабо чутлива до консервативної терапії. Однак така клінічна картина переважно спостерігається при локалізації поліпа в шийці жовчного міхура, ближче до міхурової протоки. В інших випадках пацієнти скаржаться на дискомфорт у правому підребер'ї та епігастральній ділянці, який може підсилюватися при фізичних навантаженнях чи вживанні жирної їжі та нагадувати напад гострого панкреатиту [17].

Найбільш доступним і неінвазивним методом діагностики ПЖМ залишається ультразвукове дослідження (УЗД) [18, 19]. На УЗД поліп візуалізується як випинання, що виступає у просвіті жовчного міхура [16]. Старший вік, поодинокі утворення без ультразвукової тіні, з посиленням кровопостачання, розмірами від 14–15 мм з широкою основою (понад 3,5 мм), конкременти чи осад в жовчному міхурі з високою ймовірністю вказують на неопластичний поліп жовчного міхура [20, 21]. Частіше малігнізовані поліпи виявляються у жінок [22]. Для встановлення діагнозу ПЖМ достатньо звичного трансабдомінального УЗД і тільки у вкрай складних випадках виникає потреба у інших методах візуалізації [16].

Власне, проблема вибору правильної тактики при ПЖМ чітко залежить від його схильності до малігнізації. Хоча у 95 % випадків поліпи все таки є доброякісними, рак жовчного міхура є вкрай агресивною пухлиною з п'ятирічним виживанням менше 5 % [20]. Оскільки на доопераційному етапі складно визначитися з ймовірністю карциноми в жовчному міхурі, покази до холецистектомії індивідуалізують, базуючись, у першу чергу, на виділенні факторів ризику. До них відносять: діаметр поліпа понад 10 мм, вік пацієнта понад 50 років, поліп на широкій основі (*sessile polyp*), у тому числі – локальне потовщення стінки жовчного міхура понад 4 мм, склерозувальний холангіт, етнічна належність до Індії, поодинокий поліп, холелітіаз та поліпи в інших зонах шлунково-кишкового тракту [12, 16, 23]. Ці пацієнти по-

винні підлягати ультразвуковому моніторингу гепатобіліарної зони [16].

Крім цього, слід чітко визначитися з термінами спостереження за пацієнтами з поліпами. Якщо операційне втручання при ПЖМ не має значних труднощів, то при розвитку карциноми жовчного міхура часто інтраопераційно діагностують неоперабельну ситуацію [20].

Ультразвуковий моніторинг можна рекомендувати пацієнтам, у яких розміри поліпа знаходяться в межах 6–9 мм за умови відсутності факторів ризику малігнізації, або при наявності факторів ризику при поліпах до 5 мм. В цих випадках рекомендують проводити дослідження через 6 місяців, 12 місяців, а потім щорічно впродовж п'яти років. Якщо ж розмір поліпа не перевищує 5 мм і відсутні фактори ризику, то ультразвуковий моніторинг необхідно провести через один рік, три роки і п'ять років. Якщо на контрольному УЗД відмічається збільшення поліпа на 2 мм, або його розмір досягає 10 мм, пацієнту слід рекомендувати холецистектомію. Якщо ж в процесі моніторингу поліп перестає візуалізуватися, його слід розцінювати як псевдопухлинний і від подальших УЗД можна відмовитися [16].

Тривалий час хірургічна тактика при ПЖМ залежала від клінічної симптоматики і розмірів поліпа, які пов'язували з ризиком появи карциноми. Якщо поліпи спричиняли появу скарг і були підтверджені УЗД, пацієнтам рекомендували холецистектомію. При асимптомному перебігу операційному лікуванню підлягали поліпи діаметром понад 10 мм та поліпи меншого діаметра, за умови, що у пацієнти були наявні фактори ризику малігнізації (вік пацієнта понад 50 років, холецистолітіаз, первинний склерозувальний холангіт, від'ємна ультразвукова динаміка та ін.) [11].

У клінічних рекомендаціях European Association for the Study of the Liver (EASL) щодо профілактики, діагностики і лікування жовчнокам'яної хвороби (2016) також вказується, що користь від проведення лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів з безсимптомними поліпами діаметром менше 5 мм є сумнівною. Однак робоча група відмітила, що швидкість росту поліпа не завжди є критерієм його малігнізації: розмір деяких злоякісних поліпів знаходився в межах 5–10 мм, однак більшість поліпів діаметром 6–10 мм були доброякісними. Тому експерти EASL рекомендують проведення холецистектомії у пацієнтів з поліпами діаметром понад 10 мм при наявності чи відсутності холелітіазу, незалежно від клінічних проявів і факторів ризику. Також можливість проведення операції слід розглядати у

пацієнтів з безсимптомним холелітіазом та поліпами 6–10 мм в діаметрі, якщо відмічається прогресування їхнього росту [24].

В клінічних рекомендаціях, опублікованих у 2017 році експертами Європейського товариства гастроінтестинальної та абдомінальної радіології (ESGAR), Європейської асоціації ендоскопічної хірургії (EAES), Міжнародного товариства дигестивної хірургії (EFISDS) та Європейського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ESGE) вказується, що при асимптомних ПЖМ розмірами від 10 мм однозначно рекомендується планова холецистектомія [16]. Як правило, псевдопухлинні поліпи мають розміри менше 10 мм. Саме тому ця величина є пороговою [25]. Однак якщо у хворого наявні фактори ризику малігнізації (вік, стать, етнічна належність та ін.) цю величину слід знизити до 6 мм. У випадку відмови пацієнта від операційного лікування ультразвуковий моніторинг слід проводити, якщо є перспектива проведення операції в майбутньому. Якщо ж пацієнт через психологічні чи соматичні причини не може бути прооперований, ультразвукове спостереження є недоцільним [16].

Холецистектомію також рекомендують при ПЖМ (незалежно від розмірів), які мають специфічні клінічні симптоми, пов'язані жовчною відною системою [16]. Слід відмітити, що наявність симптоматики не вказує однозначно на малігнізацію поліпа, однак існує висока ймовірність, що його розміри будуть великими і ризик гістологічного діагнозу карциноми зростає [26]. Американська асоціація з вивчення захворювань печінки (AASLD) та Європейська асоціація з вивчення печінки (EASL) рекомендують активну хірургічну тактику при ПЖМ, асоційованих з первинним склерозувальним холангітом, обґрунтовуючи це підвищеним ризиком малігнізації [27, 28].

Таким чином, при аналізі клінічної симптоматики та первинного УЗД віддиференціювати псевдопухлинні і пухлинні поліпи вкрай складно. Пухлинні поліпи мають високий ризик малігнізації, що потребує ультразвукового моніторингу впродовж тривалого часу. Покази до операційного втручання при ПМЖ є чітко регламентовані, однак при підозрі на карциному жовчного міхура слід дотримуватися активної хірургічної тактики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Prevalence and risk factors of gallbladder polypoid lesions in a healthy population / Y. S. Choi, J. H. Do, S. W. Seo [et al.] // *Yonsei Med. J.* – 2016. – Vol. 57. – P. 1370–1375.
2. Polypoid lesions of the gallbladder: Disease spectrum with pathologic correlation / V. M. Mellnick, C. O. Menias, K. Sandrasegaran [et al.] // *Radiographics.* – 2015. – Vol. 35. – P. 387–399.
3. Myers R. P. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management / R. P. Myers, E. A. Shaffer, P. L. Beck // *Can. J. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 16. – P. 187–194.
4. Mainprize K. S. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder / K. S. Mainprize, S. W. Gould, J. M. Gilbert // *Br. J. Surg.* – 2000. – Vol. 87. – P. 414–417.
5. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications / C. Terzi, S. Sokmen, S. Seckin [et al.] // *Surgery.* – 2000. – Vol. 127. – P. 622–627.
6. Polypoid lesions of the gallbladder / K. F. Lee, J. Wong, J. C. Li, P. B. Lai // *Am. J. Surg.* – 2004. – Vol. 188. – P. 186–190.
7. Babu B. I. Management and diagnosis of gallbladder polyps: A systematic review / B. I. Babu // *Langenbecks Arch. Surg.* – 2015. – Vol. 400. – P. 455–462.
8. Chrestiana D. Current management of gallbladder polyp: Should cholecystectomy be recommended for polyps smaller than 10 mm? / D. Chrestiana, I. Sucandy // *Am. Surg.* – 2015. – Vol. 81. – P. 101–103.
9. Shifting prevalence of gallbladder polyps in Korea / Y. J. Lee, K. S. Park, K. B. Cho [et al.] // *J. Korean Med. Sci.* – 2014. – Vol. 29 (9). – P. 1247–1252.
10. Prevalences of and risk factors for biliary stones and gallbladder polyps in a large Chinese population / Q. Xu, L. Y. Tao, Q. Wu [et al.] // *HPB (Oxford).* – 2012. – Vol. 14 (6). – P. 373–381.
11. Bang S. Natural course and treatment strategy of gallbladder polyp / S. Bang // *Korean J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 53 (6). – P. 336–340.
12. Routine histopathological study of cholecystectomy specimens. Useful? A retrospective study of 1960 cases / F. Limaem, A. Sassi, G. Talbi [et al.] // *Acta Gastroenterol. Belg.* – 2017. – Vol. 80 (3). – P. 365–370.
13. Vila M. Management and treatment of gallbladder polyps / M. Vila, L. Lladó, E. Ramos // *Med. Clin. (Barc).* – 2018. – Vol. 6. pii: S0025-7753(17)30962-4.
14. Three cases of intracystic papillary neoplasm of gallbladder / N. Mizobuchi, J. Munechika, N. Takeyama [et al.] // *Abdom. Radiol. (NY).* – 2018.
15. Gallbladder papillary neoplasms share pathological features with intraductal papillary neoplasm of the bile duct / X. Wan, J. Shi, A. Wang [et al.] // *Oncotarget.* – 2017. – Vol. 8 (19). – P. 31532–31539.
16. Management and follow-up of gallbladder polyps: Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery-European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) / R. Wiles., R. F. Thoeni, S. T. Barbu [et al.] // *Eur. Radiol.* – 2017. – Vol. 27 (9). – P. 3856–3866.
17. Vasylyuk S. M. Clinical and laboratory diagnosis of an acute biliary pancreatitis / S. M. Vasylyuk, V. V. Ivanyna // *Klin. Khir.* – 2015. – (2). – P. 32–34.
18. Sandrasegaran K. Imaging and screening of cancer of the gallbladder and bile ducts / K. Sandrasegaran, C. O. Menias // *Radiol. Clin. North Am.* – Vol. 55 (6). – P. 1211–1222.
19. Xu A. The gallbladder polypoid-lesions conundrum: moving forward with controversy by looking back / A. Xu, H. Hu // *Expert*

- Rev. Gastroenterol. Hepatol. – 2017. – Vol. 11 (11). – P. 1071–1080.
20. Ultrasound-based scoring system for differential diagnosis of polypoid lesions of the gallbladder / X. S. Liu, T. Chen, L. H. Gu [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2017.
21. Sarici I. S. Gallbladder polypoid lesions >15mm as indicators of T1b gallbladder cancer risk / I. S. Sarici, O. Duzgun // *Arab. J. Gastroenterol.* – 2017. – Vol. 18 (3). – P. 156–158.
22. Predictors of incidental gallbladder cancer in patients undergoing cholecystectomy for benign gallbladder disease: Results from a population-based gallstone surgery registry / C. Muszynska, L. Lundgren, G. Lindell [et al.] // *Surgery.* – 2017. – Vol. 162 (2). – P. 256–263.
23. Evidence based management of polyps of the gall bladder: a systematic review of the risk factors of malignancy / N. R. Bhatt, A. Gillis, C. O. Smoothery [et al.] // *Surgeon.* – 2016. – Vol. 14. – P. 278–286.
24. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. European Association for the Study of the Liver (EASL) // *J. Hepatol.* – 2016. – Vol. 65 (1). – P. 146–181.
25. The risk of malignancy in ultrasound detected gallbladder polyps: a systematic review / M. Elmasry, D. Lindop, D. F. Dunne [et al.] // *Int. J. Surg.* – 2016. – Vol. 33. – P. 28–35.
26. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer / W. Kwon, J. Y. Jang, S. E. Lee [et al.] // *J. Korean Med. Sci.* – 2009. – Vol. 24. – P. 481–487.
27. Diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis / R. Chapman, J. Fevery, A. Kalloo [et al.] // *Hepatology.* – 2010. – Vol. 51. – P. 660–678.
28. European Association for the Study of the Liver EASL clinical practice guidelines: management of cholestatic liver diseases // *J. Hepatol.* – 2009. – Vol. 51. – P. 237–267.

REFERENCES

1. Choi, Y.S., Do, J.H., Seo, S.W., Lee, S.E., Oh, H.C., Min, Y.J., et al. (2016). Prevalence and risk factors of gallbladder polypoid lesions in a healthy population. *Yonsei Med. J.*, 57, 1370-1375.
2. Mellnick, V.M., Menias, C.O., Sandrasegaran, K., Hara, A.K., Kielar, A.Z., Brunt, E.M., et al. (2015). Polypoid lesions of the gallbladder: Disease spectrum with pathologic correlation. *Radiographics*, 35, 387-399.
3. Myers, R.P., Shaffer, E.A., & Beck, P.L. (2002). Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. *Can. J. Gastroenterol.*, 16, 187-194.
4. Mainprize, K.S., Gould, S.W., & Gilbert, J.M. (2000). Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. *Br. J. Surg.*, 87, 414-417.
5. Terzi, C., Sokmen, S., Seckin, S., Albayrak, L., & Ugurlu, M. (2000). Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery*, 127, 622-627.
6. Lee, K.F., Wong, J., Li, J.C., & Lai, P.B. (2004). Polypoid lesions of the gallbladder. *Am. J. Surg.*, 188, 186-190.
7. Babu, B.I., Dennison, A.R., & Garcea, G. (2015). Management and diagnosis of gallbladder polyps: A systematic review. *Langenbecks Arch. Surg.*, 400, 455-462.
8. Chrestiana, D., & Sucandy, I. (2015). Current management of gallbladder polyp: Should cholecystectomy be recommended for polyps smaller than 10 mm? *Am. Surg.*, 81, 101-103.
9. Lee, Y.J., Park, K.S., & Cho, K.B. Shifting prevalence of gallbladder polyps in Korea. *J. Korean Med. Sci.*, 29 (9), 1247-1252.
10. Xu, Q., Tao, L.Y., & Wu, Q. (2012). Prevalences of and risk factors for biliary stones and gallbladder polyps in a large Chinese population. *HPB (Oxford)*, 14 (6), 373-381.
11. Bang, S. (2009). Natural course and treatment strategy of gallbladder polyp. *Korean J. Gastroenterol.*, 53 (6), 336-340.
12. Limaiem, F., Sassi, A., Talbi, G., Bouraoui, S., & Mzabi, S. Routine histopathological study of cholecystectomy specimens. Useful? A retrospective study of 1960 cases. *Acta Gastroenterol. Belg.*, 80 (3), 365-370.
13. Vila, M., Lladó, L., & Ramos, E. (2018). Management and treatment of gallbladder polyps. *Med. Clin. (Barc)*. pii: S0025-7753(17)30962-4.
14. Mizobuchi, N., Munechika, J., Takeyama, N., Ohgiya, Y., Ohike, N., Abe, R., Takahama, N. et al. (2018). Three cases of intracystic papillary neoplasm of gallbladder. *Abdom. Radiol. (NY)*.
15. Wan, X., Shi, J., Wang, A., Xie, Y., Yang, X., Zhu, C., Zhang, H., et al. (2017). Gallbladder papillary neoplasms share pathological features with intraductal papillary neoplasm of the bile duct. *Oncotarget.*, 8 (19), 31532-31539.
16. Wiles, R., Thoeni, R.F., Barbu, S.T., Vashist, Y.K., Rafaelsen, S.R., Dewhurst, C., Arvanitakis, M., Lahaye, M. et al. (2017). Management and follow-up of gallbladder polyps : Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Eur. Radiol.*, 27 (9), 3856-3866.
17. Vasylyuk, S.M., & Ivanyna, V.V. (2015). Clinical and laboratory diagnosis of an acute biliary pancreatitis. *Klin. Khir.*, (2), 32-34.
18. Sandrasegaran, K., & Menias, C.O. (2017). Imaging and screening of cancer of the gallbladder and bile ducts. *Radiol. Clin. North Am.*, 55 (6), 1211-1222.
19. Xu, A., & Hu, H. (2017). The gallbladder polypoid-lesions conundrum: moving forward with controversy by looking back. *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, 11 (11), 1071-1080.
20. Liu, X.S., Chen, T., Gu, L.H., Guo, Y.F., Li, C.Y., Li, F.H., & Wang, J. (2017). Ultrasound-based scoring system for differential diagnosis of polypoid lesions of the gallbladder. *J. Gastroenterol. Hepatol.*, 27.
21. Sarici, I.S., & Duzgun, O. (2017). Gallbladder polypoid lesions >15mm as indicators of T1b gallbladder cancer risk. *Arab. J. Gastroenterol.*, 18 (3), 156-158.
22. Muszynska, C., Lundgren, L., Lindell, G., Andersson, R., Nilsson, J., Sandström, P., & Andersson, B. (2017). Predictors of incidental gallbladder cancer in patients undergoing cholecystectomy for benign gallbladder disease: Results from a population-based gallstone surgery registry. *Surgery*, 162 (2), 256-263.
23. Bhatt, N.R., Gillis, A., Smoothery, C.O., Awan, F.N., & Ridgway, P.F. (2016). Evidence based management of polyps of the gall bladder: a systematic review of the risk factors of malignancy. *Surgeon*, 14, 278-286.
24. (2016). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. European Association for the Study of the Liver (EASL). *J. Hepatol.*, 65 (1), 146-181.
25. Elmasry, M., Lindop, D., Dunne, D.F., Malik, H., Poston, G.J., &

Fenwick, S.W. (2016). The risk of malignancy in ultrasound detected gallbladder polyps: a systematic review. *Int. J. Surg.*, 33, 28-35.

26. Kwon, W., Jang, J.Y., Lee, S.E., Hwang, D.W., Kim, S.W. (2009). Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J. Korean Med. Sci.*, 24, 481-487.

27. Chapman, R., Fevery, J., Kalloo, A., Nagorney, D.M., Boberg, K.M., Shneider, B. et al. (2010). Diagnosis and management of primary sclerosing cholangitis. *Hepatology*, 51, 660-678

28. (2009). European Association for the Study of the Liver EASL clinical practice guidelines: management of cholestatic liver diseases. *J. Hepatol.*, 51, 237-267.

Отримано 03.10.2019

Електронна адреса для листування: Lir. stark@gmail.com

S. M. VASYLIUK, V. M. FEDORCHENKO, V. S. OSADETS, I. R. LABIAK, A. S. VASYLIUK

Ivano-Frankivsk National Medical University

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH GALLBLADDER POLYPS

The prevalence of gallbladder polyps comprises from 1 to 9.5 % of the general population; the probability of adenoma diagnosis increases significantly in case the polyp diameter is larger than 10 mm. The incidence of gallbladder polyps disease varies depending on the geographical region (higher in Asia) or ethnicity, but it is the same among men and women. There are pseudotumor polyps and tumor polyps. The most accessible method for the gallbladder polyps diagnosis is ultrasound monitoring. At the preoperative stage, it is difficult to determine the probability of gallbladder carcinoma that originated from the polyp, so some risk factors are singled out: polyp diameter is over 10 mm, patient's age is over 50 years, broad base polyp, local thickening of the gallbladder wall is over 4 mm, sclerosing cholangitis, Indian ethnicity, single polyp, cholelithiasis and polyps in other areas of the gastrointestinal tract. In case of the asymptomatic gallbladder polyps sized over 10 mm, a planned cholecystectomy is clearly recommended. If the patient has a risk of malignancy, this size should be reduced to 6 mm. Cholecystectomy is recommended for gallbladder polyps, regardless of their size, if there are specific clinical symptoms connected with the biliary system, or polyps associated with primary sclerosing cholangitis.

When analyzing clinical symptoms and primary ultrasound examination, it is extremely difficult to differentiate between pseudotumor and tumor polyps. Tumor polyps have a high risk of malignancy, which requires long time ultrasound monitoring. The indications for surgery on gallbladder polyps are clearly-regulated, however active surgical tactics should be followed in case of suspected gallbladder carcinoma.

Key words: gallbladder polyps; ultrasound; cholecystectomy; gallbladder cancer.

S. M. ВАСИЛЮК, В. М. ФЕДОРЧЕНКО, В. С. ОСАДЕЦ, И. Р. ЛАБЯК, А. С. ВАСИЛЮК

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Распространенность полипов желчного пузыря составляет от 1 до 9,5 % в общей популяции, вероятность диагностики аденом достоверно возрастает, если диаметр полипа является более 10 мм. Частота заболеваемости на полипы желчного пузыря разная в зависимости от географического региона (выше в Азии) или этнической принадлежности, но одинаковая среди мужчин и женщин. Выделяют псевдоопухольные полипы и опухолевые полипы. Наиболее доступным методом диагностики полипов желчного пузыря является мониторинг с помощью ультразвука. На дооперационном этапе сложно определиться с вероятностью карциномы желчного пузыря, которая возникла из полипа, поэтому выделяют факторы риска: диаметр полипа более 10 мм, возраст пациента 50 лет, полип на широком основании, локальное утолщение стенки желчного пузыря более 4 мм, склерозирующий холангит, этническая принадлежность к Индии, единичный полип, холелитиаз и полипы в других зонах желудочно-кишечного тракта. При асимптомных полипах желчного пузыря размерами от 10 мм однозначно рекомендуется плановая холецистэктомия. Если у пациента есть факторы риска малигнизации, эту величину следует снизить до 6 мм. Холецистэктомии рекомендуют при полипах желчного пузыря независимо от их размеров, если имеющиеся специфические клинические симптомы, связанные желчевыводящей системой, или полипы ассоциированные с первичным склерозирующим холангитом.

При анализе клинической симптоматики и первичного ультразвукового обследования от дифференцировать псевдоопухольные и опухолевые полипы крайне сложно. Опухолевые полипы имеют высокий риск малигнизации, что требует ультразвукового мониторинга на протяжении длительного времени. Показания к операционному вмешательству при полипах желчного пузыря четко регламентированы, однако при подозрении на карциному желчного пузыря следует соблюдать активную хирургическую тактику.

Ключевые слова: полипы желчного пузыря; ультразвуковое исследование; холецистэктомия; рак желчного пузыря.