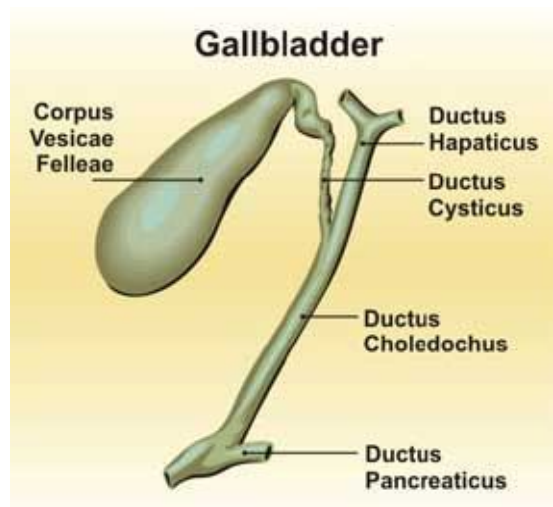


## Ультразвуковая дифференциальная диагностика диффузных изменений стенок желчного пузыря.

### Содержание:

- Подготовка к исследованию и техника.
- Протокол исследования.
- Нормальная сонографическая картина стенки ЖП. Критерии оценки.
- Причины диффузного утолщения стенок.
- Острый холецистит и его осложнения.
- Преимущества и задачи УЗИ в неотложной хирургии.
- Клинические примеры вторичных изменений стенок ЖП и их сочетания.
- Роль УЗИ в клиническом ведении пациентов.



В настоящее время метод ультразвуковой диагностики органов брюшной полости является "золотым стандартом" диагностики заболеваний желчного пузыря, имеет **ряд преимуществ** перед другими методиками визуализации:

- отсутствие действия ионизирующей радиации,
- неинвазивность – нет необходимости во внутривенном введении контраста,
- быстрота выполнения и портативность,
- возможность многократного повторения для динамического контроля.

Для адекватной оценки эхографической картины желчного пузыря обязательна подготовка к исследованию - пациенту предлагается **воздержаться в течение 8 часов от приема пищи и питья**. Доказано, если желчный пузырь после 8 часов голодания не виден или недостаточно наполнен, это с вероятностью до 96 % свидетельствует о патологических изменениях.

Стандартно **базовое исследование** проводится конвексным датчиком **3-5 МГц**, однако, возможности современной аппаратуры экспертного класса, которой оснащены кабинеты ультразвуковой диагностики клиники «Обериг», позволяют более детально оценивать изменения стенок желчного пузыря, в том числе в доплеровских режимах.

Обязательным является оформление врачом **протокола УЗИ - исследования**.

Он должен включать оценку следующих параметров желчного пузыря:

- положение
- форма
- размеры
- состояние стенок (толщина, структура, включения)
- внутрипросветное содержимое
- состояние окружающей клетчатки

Измерения толщины стандартно производится в проекции передней стенки.

**Нормальная стенка желчного пузыря** имеет толщину **не более 3 мм**, дифференциация слоев при УЗИ не определяется.

Чаще всего при УЗИ определяется диффузное утолщение стенок желчного пузыря, однако, это не является специфическим признаком. Дифференциальный ряд достаточно широк и включает в себя: первичные и вторичные причины, локальные и системные.

### ***Внутренние причины:***

- Острый холецистит
- Гиперпластические холецистозы
- Варикоз желчного пузыря
- Лейкоз - лейкоэмическая инфильтрация стенки
- Перекрут желчного пузыря
- Ксантогранулематозный холецистит
- Рак желчного пузыря
- Пузырно-тонкокишечный свищ
- Очаговая обструкция лимфооттока
- Артефакты – косое сечение, плохое наполнение, дорсальное усиление.

### ***Внешние причины:***

- Гепатит, цирроз печени
- Гипопротеинемия/гипоальбуминемия
- Системная венозная, в т.ч. портальная гипертензия
- Асцит
- Правожелудочковая сердечная недостаточность
- СПИД
- Миеломная болезнь
- Инфекционный мононуклеоз
- Сепсис
- Реакция отторжения «трансплантат против хозяина»

Наиболее часто диффузное утолщение стенок встречается при остром холецистите = 50-75%. Возможность в кратчайшие сроки оценить состояние стенки желчного пузыря, наличие серьезных осложнений у пациента с острой болью делает ультрасонографию средством выбора в хирургической практике.

***Серьезными осложнениями острого холецистита*** является гангренозный холецистит, водянка и эмпиема желчного пузыря. его перфорация. Перфорация развивается у 6-12% больных острым холециститом, а уровень смертности достигает 19-24%, при гангренозном холецистите - 20%. Знание анатомических особенностей кровоснабжения желчного пузыря позволяет предполагать наиболее высокую частоту встречаемости перфораций в области дна.

### ***Роль УЗИ в клиническом ведении пациентов с калькулёзным холециститом:***

- Формирование показаний для медикаментозной терапии камней ЖП.
- Своевременное выявление осложнений острого калькулёзного холецистита
- Отбор пациентов для лапароскопической холецистэктомии
- Выявление прогностически неблагоприятных факторов для проведения лапароскопической холецистэктомии.

### ***Роль УЗИ в клиническом ведении пациентов, направляемых на лапароскопическую холецистэктомию:***

- При расширении желчных протоков или холедохолитиазе необходимо выполнение эндосонографии, МР-холангиографии. ЭРПХГ показана только пациентам, у которых предполагается дальнейшее интервенционное лечение, и не рекомендована в качестве исключительно диагностического теста.
- При наличии крупного камня для его удаления может потребоваться увеличение стандартного разреза

- При подозрении на гангренозный холецистит должна быть произведена открытая холецистэктомия
- Чрескожная холецистостомия под контролем УЗИ показана тяжелобольным (с камнями или без них), которым невозможно провести операцию при подозрении на острый холецистит.

***Прогностически неблагоприятные факторы для проведения лапароскопической холецистэктомии:***

- Сморщенный желчный пузырь
- Утолщенная и деформированная стенка ЖП более 6 мм
- УЗ признаки перивезикального инфильтрата или абсцесса
- Размеры камней более 5 см
- Длительно существующая водянка пузыря
- Желтуха
- Наличие в анамнезе операций на верхних этажах брюшной полости
- Признаки острого или обострения хронического панкреатита.

Подготовили: Крыгин Ю.А., к.м.н., доцент кафедры радиологии НМАПО им. Шупика П.Л., Репина Н.В.- врач диагностического отделения клиники «Обериг».