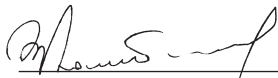


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения



В.В. Колбанов

4 июля 2003 г.

Регистрационный № 108–1102

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА
ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Витебский государственный медицинский университет

Авторы: М.Н. Никитина, С.И. Пиманов, Н.Г. Луд

Ультрасонография является на сегодняшний день методом выбора в диагностике заболеваний желчного пузыря. Акустические свойства ультразвука, помимо прочего, позволяют выявлять мельчайшие экзогенные структуры, выступающие из стенки органа в его просвет. Высокие диагностические возможности метода и его относительная доступность позволяют также широко использовать ультразвуковую диагностику в качестве средства скрининга при проведении профилактических осмотров, в том числе в амбулаторных условиях. При этом необходимо отметить радиационную безопасность эхографии, что с учетом рекомендаций экспертов ВОЗ особенно важно для жителей районов, пострадавших от аварии на ЧАЭС. В последнее время появились новые диагностические технологии, включающие рентгеновскую компьютерную и магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую, лапароскопическую и транспапиллярную микроэндоскопическую ультрасонографию. Выполняется пункционная биопсия опухолей желчного пузыря под визуальным контролем. Однако практически все указанные методики применяются в условиях стационара, оборудование для подобных исследований весьма дорогостояще и имеется только в специализированных клиниках. Кроме того, использование рентгеновской компьютерной томографии связано с облучением пациентов, что также ограничивает ее применение. Вместе с тем, существенную часть диагностических задач удастся решить с помощью ультразвуковых методик.

Все неподвижные экзогенные структуры, выступающие в просвет желчного пузыря из стенки, выявленные при ультразвуковом исследовании, называют полипами. Эхографическое заключение «полип» или «полипоз» желчного пузыря — собирательное понятие, которое может соответствовать различным гистологическим формам доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований. До применения ультразвуковой диагностики полипы и доброкачественные опухоли желчного пузыря считались относительно редкими заболеваниями и были случайными находками при холецистэктомиях. В настоящее время при массовых скрининговых исследованиях частота эхографического выявления полипов желчного

пузыря составляет 3,0–5,6%. По данным Минского диагностического центра, где за 9 лет проведено 140 285 сонографических исследований органов брюшной полости, они ежегодно выявляются у 3,4–5,2% пациентов (Ращинский С.М., 2000).

Гистологическая классификация опухолей желчного пузыря включает в себя доброкачественные и злокачественные новообразования эпителиального и неэпителиального происхождения, аномалии эпителия и большую группу опухолеподобных процессов в форме холестероза, гиперпластических и фиброзных полипов, аденомиоматозной гиперплазии, гетеротопий слизистой.

К доброкачественным опухолям желчного пузыря относятся аденомы различного гистологического строения, представляющие образования железистого строения и состоящие из ткани, напоминающей эпителий желчных протоков, и образующие папиллярные выросты.

Полипы желчного пузыря являются преимущественно стромальными образованиями, обычно покрытыми однослойным эпителием. В зависимости от особенностей стромы полипы подразделяют на холестериновые, лимфоидные и фиброзные.

Аденомиоматоз желчного пузыря характеризуется пролиферацией эпителия с псевдожелезистыми структурами, синусами Рокитанского — Ашоффа, а также гиперплазией мышечной оболочки. Различают три типа аденомиоматоза: диффузный, сегментарный и локальный. Диффузный тип, при котором в процесс вовлекается весь желчный пузырь, встречается относительно редко. Нечасто встречается и сегментарный тип, при котором обычно поражается средняя треть тела желчного пузыря. Локализованная (очаговая) форма является наиболее распространенной. Для нее характерно циркулярное утолщение стенки ближе ко дну, что иногда симулирует рак желчного пузыря.

Наиболее частой гистологической формой полиповидных структур является холестероз желчного пузыря. По данным М. Gebel, холестериновые полипы составляют 95–99% всех случаев. Холестероз — это накопление чистого холестерина, его эфиров и желчных кислот в подслизистом слое стенки желчного пузыря в виде наростов.

К злокачественным новообразованиям желчного пузыря относят аденокарциному, карциносаркому, карциноид, метастатическое поражение органа. Они составляют около 1% всех полиповидных образований. Истинный диагноз часто устанавливается уже во время операции, предпринимаемой, например, по поводу, калькулезного холецистита, а в отдельных случаях только после патогистологического исследования операционного материала. Морфологически злокачественная опухоль желчного пузыря обычно соответствует аденокарциноме, но может быть также плоскоклеточной и недифференцированной.

Метод эхографии на сегодняшний день является наиболее информативным средством диагностики заболеваний желчного пузыря, включая его опухоли и опухолевидные поражения. Достаточно высокая частота выявления указанных изменений в популяции, многообразие морфологических форм, входящих в понятие «полип» желчного пузыря, требует, прежде всего, детализированного и дифференцированного подхода в ультразвуковой диагностике указанных образований и на основании этого выработки алгоритма обследования и динамического наблюдения за пациентами данной группы.

Исследования, проведенные в этом направлении в Беларуси и в странах СНГ, единичны, а количество описанных в них случаев, как правило, невелико. В Беларуси С.М. Рашинским (2000) предложен единственный вариант алгоритма тактики ведения пациентов с полипозом желчного пузыря. В его основу положено использование гистографического коэффициента плотности тканей (коэффициента акустической плотности). Однако расчет данного коэффициента возможен не на всех ультразвуковых диагностических приборах. В этом варианте алгоритма ведения пациентов не учитывается характер роста полипов желчного пузыря при их динамическом наблюдении. Кроме того, не упоминаются дополнительные условия, являющиеся факторами риска рака желчного пузыря.

Алгоритм, предлагаемый в нашей инструкции, рассчитан на уровень ультразвуковой аппаратуры, которая может иметься как в стационарах, так и в поликлиниках.

Предлагаемая инструкция по применению метода ультразвуковой диагностики полипов желчного пузыря излагает методику сонографического исследования, содержит стандартизированный протокол исследования, оригинальный алгоритм ведения пациентов с этой патологией. Данный алгоритм разработан на основании анализа мировой литературы по этому вопросу и результатов собственных наблюдений (учтены рекомендации Heyder N. et al., Германия, 1984; Higashi Y. et al., Германия, 1991; Farinon A.M. et al., Италия, 1991; Edelman D.S., США, 1993; Chijiwa K. et al., Япония, 1994; Toda K. et al., Япония, 1995; Mangel A.W. et al., США, 1997; Di Rienzo M. et al., Италия, 1998; Gebel M., Германия, 1999; Mainprize K.S. et al., Англия, 2000; Terzi K. et al., Турция, 2000; Csendes A., Чили, 2001; Ращинский С.М., Беларусь, 2000). В инструкции описан холеретический тест для дифференциальной диагностики полипов и мелких конкрементов желчного пузыря, предложена трактовка признака «быстрый и медленный рост». Представлены ультразвуковые признаки злокачественного роста полиповидных образований. С учетом онкологической настороженности, необходимой при наблюдении за пациентами этой категории, рекомендован ультразвуковой мониторинг, который позволяет своевременно выявить быстрорастущие полипы.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Данный метод рекомендуется всем пациентам с ультразвуковым заключением «полип или полипоз желчного пузыря» и при трудностях дифференциальной диагностики полипов и конкрементов желчного пузыря.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Ультразвуковой диагностический аппарат, работающий в реальном режиме времени. Датчик конвексный, секторный или трапециевидный с частотой 3,5–5,0 МГц.

Для проведения нагрузочного теста требуется холеретическое средство — никодин или хенодезоксихолевая кислота (хенофальк).

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

В основе метода лежит общепринятое ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Предварительная подготовка при ультразвуковом исследовании желчевыводящей системы и прилежащих анатомических областей:

- исследование осуществляют натощак, через 8–12 ч после последнего приема пищи для предотвращения сокращения желчного пузыря и функциональных изменений портального кровообращения;

- необходимо соблюдение диеты с ограничением продуктов, вызывающих газообразование (черный хлеб, молочные продукты, сырые овощи и фрукты), в течение 1–3 трех дней. Пациентам, страдающим метеоризмом, при необходимости назначают полиферментативные препараты (мезим-форте, креон в дозе 1–2 капсулы 3 раза в день) и активированный уголь или эспумизан;

- обязательно исключение других предшествующих диагностических процедур, затрудняющих визуализацию (рентгенологических и эндоскопических исследований желудка и толстой кишки, лапароскопических вмешательств).

Экстренные исследования проводятся без подготовки.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости начинают в положении пациента лежа на спине. Дополняют исследование в положениях на левом и правом боку, стоя, на высоте глубокого вдоха. Технология исследования желчевыводящей системы предполагает сканирование в нескольких плоскостях: продольной, поперечной и косых. Для визуализации желчного пузыря датчик располагают в правом подреберье. В случаях высокого стояния толстой кишки исследование проводят через межреберные промежутки. В норме желчный пузырь расположен на дорсальной поверхности печени. В нем различают дно, тело и шейку, которая переходит в пузырный проток. При продольном сканировании желчный пузырь виден как эхонегативное овальное, удлинненное или грушевидное образование длиной от 4 до 9,5 см шириной до 3–3,5 см с тонкими (до 1,5–2 мм) стенками. В норме содержимое пузыря однородное, анэхогенное.

Если в ультразвуковом приборе имеется режим цветового доплеровского картирования и энергетического доплера, следует воспользоваться следующими рекомендациями. Сначала провести исследование в В-режиме, а затем перейти к доплеровским методам.

С помощью импульсно-волновой доплерографии определяют наличие кровотока, дифференцируют сосуды с артериальным и венозным спектрами кровотока с последующей количественной оценкой кривых скоростей кровотока. Параметры доплеровского исследования: фильтр 800, частота повторения импульсов 4–5 кГц, контрольный объем 1 мм.

Для дифференциальной диагностики округлых полипов желчного пузыря и конкрементов проводят позиционные пробы. Визуализацию желчного пузыря выполняют во время поворотов пациента с бока на бок и в положении стоя. Иногда датчиком осуществляют серию коротких надавливающих движений на переднюю брюшную стенку в проекции желчного пузыря. При необходимости пациент принимает коленно-локтевое положение.

Если позиционные пробы неэффективны, следует провести холеретический тест. Пациент принимает внутрь холеретическое средство никодин, доза которого составляет 25 мг/кг, то есть в среднем 2000 мг (4 таблетки), или хенодезоксихолевую кислоту (хенофальк) в дозе 10 мг/кг массы тела. В среднем эта доза составляет 750 мг (3 капсулы). Через 2,5–3 ч ультразвуковое исследование желчного пузыря повторяют. Основная цель — добиться смещения конкрементов, прилипших к стенке желчного пузыря.

При выявлении полиповидных образований желчного пузыря анализировали количество, размеры, форму, экзогенность, наличие или отсутствие акустической тени, структуру, контуры, ножку внутрипросветных образований органа. Целесообразно использовать стандартный протокол, который позволяет проводить ультразвуковой мониторинг пациентов с данной патологией:

Размер	___ / ___ / ___ (мм), от ___ до ___ мм
Количество	1, несколько ___ шт., множество
Форма	округлая, пальцевидная, неправильная
Эхогенность	низкая, средняя, высокая
Структура	однородная, неоднородная
Контур	ровный, неровный, бугристый
Акустическая тень	есть (незначительная, выраженная) / нет
Ножка	широкая, узкая, неопределенная
В пределах стенки	да / нет, оценка затруднена
Режим ЦДК	кровоток в полипе: есть / нет в ножке полипа: есть / нет

Для последующего динамического наблюдения или макроскопического и патогистологического исследования после холецистэктомии в протоколе обязательно указывают локализацию полипа по отношению к анатомическим частям желчного пузыря (шейка, тело, дно).

Ультразвуковое исследование печени, селезенки, поджелудочной железы и лимфатических узлов осуществляется по общепринятой методике.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Полиповидные образования желчного пузыря визуализируются в виде пристеночных неподвижных экзогенных структур, выступающих из стенки желчного пузыря. По своей плотности данные структуры обычно соответствуют ткани печени. Образования маленьких размеров могут быть гиперэхогенными. Они не дают акустической тени и локализуются в различных анатомических отделах желчного пузыря. Их размеры редко превышают 1 см в диаметре. Поражение может быть единичным или множественным. В заключении ультразвукового исследования все образования с такими сонографическими признаками принято называть полипом или полипозом желчного пузыря.

Полипы размерами 2–5 мм могут быть более экзогенными. Иногда их трудно дифференцировать с мелкими конкрементами, фиксированными к стенке желчного пузыря. При проведении холеретического теста обычно удается получить смещение конкрементов, прилипших к стенке желчного пузыря. Полипы после приема холеретиков остаются неподвижными (рис. 1–2).

Холестероз является самой частой морфологической формой полиповидных образований желчного пузыря (42–99%). Холестероз включают в группу доброкачественных ненеопластических воспалительных заболеваний, случаи малигнизации при нем не описаны. Анализ ультразвуковой картины холестероза желчного пузыря позволил выделить эхографические признаки, характерные для его различных морфологических вариантов:

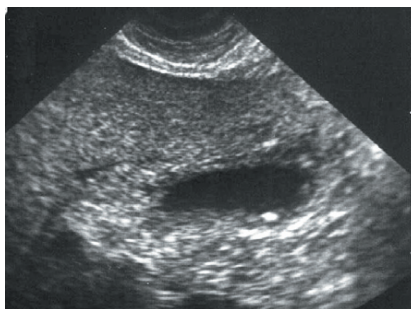


Рис. 1. Эхограмма пациента Д., 28 лет. До пробы при изменении положения тела конкремент не смещается подобно полипу

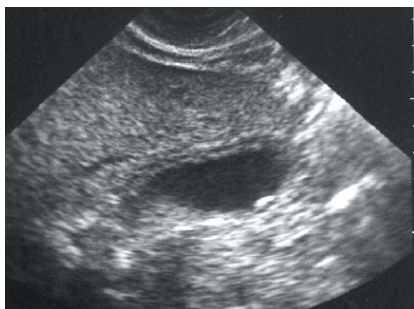


Рис. 2. Эхограмма пациента Д., 28 лет. После проведения холеретической пробы определяется смещение конкремента при изменении положения тела

1) мелкие холестериновые включения, образующие диффузную сеточку в толще подслизистого слоя размерами 1–2 мм, выглядят как локальное утолщение или уплотнение стенки желчного пузыря и в некоторых случаях вызывают реверберацию (эхографический симптом «хвост кометы»);

2) полиповидная форма холестероза может быть представлена выростами, исходящими непосредственно из подслизистого слоя. Они имеют следующие ультразвукографические признаки: диаметр не более 2–4 мм, широкое основание, ровный контур. Эти полипы, как правило, гиперэхогенные. При распространенном холестерозе визуализируются множественные гиперэхогенные образования, дающие картину «земляничного» желчного пузыря;

3) чаще всего встречаются холестериновые полипы желчного пузыря размерами 4–10 мм. Эти полипы, как правило, расположены на тонкой ножке, контур их ровный, эхогенность соответствует ткани печени и они не дают акустической тени;

4) крупные полипы (более 11 мм) гипозоногенны, имеют фестончатый контур. Из-за относительно больших размеров смещаемость их в просвете желчного пузыря ограничена, вследствие чего они представляются с широким основанием, хотя фактически располагаются на тонкой ножке.

При холестерозе достоверно чаще встречается множественное поражение (рис. 3–4).

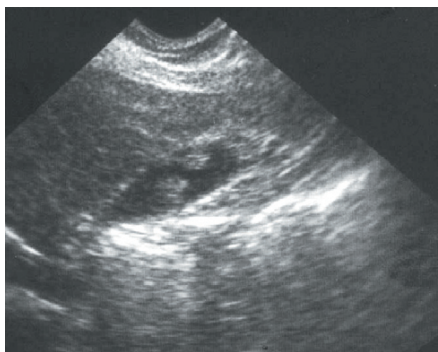


Рис. 3. Эхограмма пациентки В., 54 лет. Множественные полипы желчного пузыря размерами от 2 до 16 мм

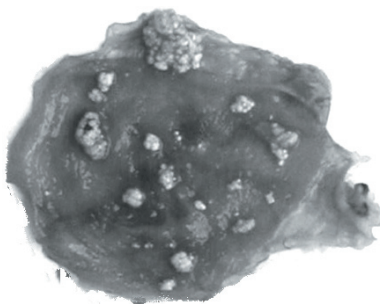


Рис. 4. Макропрепарат пациентки В., 54 лет. Результат патогистологического исследования: холестериновые полипы желчного пузыря

К неопластическим полипам относят аденому, которая может иметь атипичную гиперплазию и быть потенциально злокачественной. При ультразвуковом исследовании аденома выявляется в виде полиповидного образования, которое достоверно чаще бывает одиночным и низкой эхогенности. Эхографическими факторами риска аденомы являются пальцевидная форма, неровный и бугристый контур, а также широкое и неопределенное основание.

Гиперпластические и фиброзные полипы желчного пузыря, anomalies эпителия, очаговая форма аденомиоматоза, как правило, имеют типичные ультразвуковые признаки: размеры до 10 мм, округлую форму, эхогенность, приближающуюся к ткани печени, однородную структуру, ровные контуры, узкую ножку.

Цветовое доплеровское картирование позволяет дифференцировать опухолевидные массы от сгустка желчи или гноя, заполняющего просвет желчного пузыря. Внутри опухолевидных масс определяется кровоток. Характеристики кровотока не имеют большого значения, так как специфические параметры, позволяющие дифференцировать злокачественные новообразования от доброкачественных, большинством исследователей не выявлены. Если размер образования не превышает 1 см, то в ряде случаев удается зарегистрировать кровоток только в его ножке.

Из 12 пациентов, которым нами было проведено доплеровское исследование, у 2 верифицирована аденома, а у 10 — полиповидная форма холестероза. В холестериновых полипах доплеровскими методами кровотоков зарегистрировать не удалось. Признаки васкуляризации выявлены в аденомах желчного пузыря.

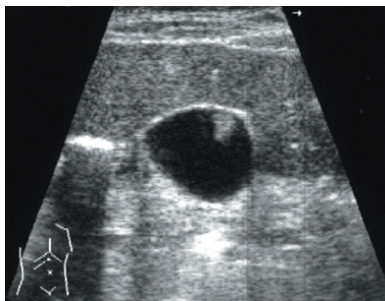


Рис. 5. Эхограмма пациента Т., 58 лет. Результат патогистологического исследования: тубулярная аденома желчного пузыря

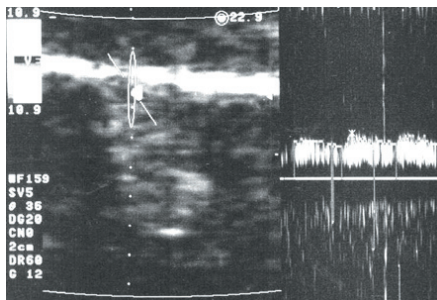


Рис. 6. Сканирование в триплексном режиме (пациент Т., 58 лет). Определяется кровоток в ножке тубулярной аденомы желчного пузыря

Характер ножки полипа традиционно учитывается в онкологической практике как признак, нередко ассоциированный со злокачественной природой заболевания. Как правило, полипы располагаются на тонкой ножке. Иногда можно выявить эхографический симптом «пламени свечи» — во время ультразвукового исследования желчного пузыря наблюдается дрожание полипа в виде пламени свечи. Такое явление наблюдается у полипов небольших размеров вытянутой формы и свидетельствует об их тонкой ножке. Полипы больших размеров, имеющие тонкие ножки, могут создавать впечатление наличия широкого основания. Следует принимать во внимание возможность ложноположительной диагностики широкого основания при полипах больших размеров.

Большое значение придается ультразвуковому мониторингу, который позволяет анализировать динамику эхографической картины полиповидных образований желчного пузыря. По данным динамического наблюдения, полипы желчного пузыря у большинства пациентов не имеют тенденции к росту или она незначительна.

С практической точки зрения врач должен иметь в виду необходимость дифференциального диагноза холестероза с другими гистологическими вариантами изменений желчного пузыря — гиперпластическими и фиброзными полипами, аденомиоматозом, доброкачественными опухолями и, в редких случаях, злокачественными поражениями органа.

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Рак желчного пузыря является довольно редкой патологией, заболеваемость составляет 1–2:100 000 населения. Ультрасонография при раке желчного пузыря может обнаруживать полиповидные массы внутри просвета желчного пузыря, диффузное или локальное утолщение его стенки или опухоль, замещающую нормальный желчный пузырь. Ассоциированные ультразвуковые признаки включают конкременты желчного пузыря, «фарфоровый» желчный пузырь. Часто выявляют прорастание в печень, обструкцию желчных протоков, метастазы в лимфатические узлы вокруг общего желчного протока или в области головки поджелудочной железы. Это заболевание обычно выявляется в возрасте 67–70 лет, причем значительно чаще у женщин, чем у мужчин. Сочетание желчнокаменной болезни и рака желчного пузыря встречается в 70–90% наблюдений. Предоперационную диагностику рака желчного пузыря затрудняют воспалительные изменения стенки желчного пузыря, желчнокаменная болезнь. Преобладают диффузные формы рака желчного пузыря (73–90%), которые сонографически плохо распознаются. Как правило, ранняя диагностика рака желчного пузыря возможна в тех случаях, когда имеется полиповидный рост. Выявление полиповидных образований больших размеров (более 1,5–2 см) в просвете желчного пузыря позволяет заподозрить наличие злокачественного новообразования.

Приводим клиническое наблюдение, демонстрирующее вариант полиповидной формы рака желчного пузыря (рис. 7).

Визуализированы пристеночные несмещаемые образования неоднородной структуры с фестончатыми контурами размерами до 42 мм в сочетании с признаками калькулезного холецистита. Результат патогистологического исследования: аденокарцинома средней степени дифференцировки.

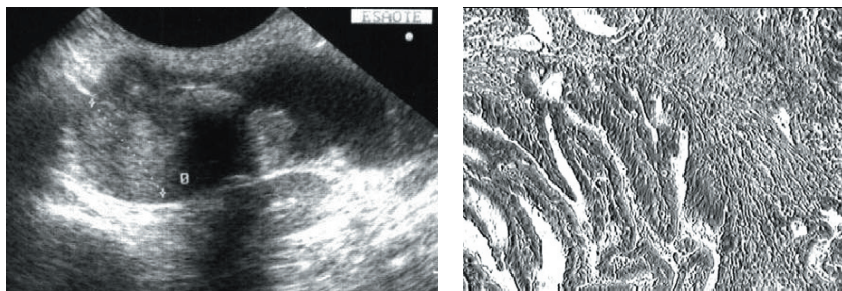


Рис. 7. Эхограмма и микропрепарат желчного пузыря пациентки Т., 61 года

При ультразвуковом исследовании следует дифференцировать рак желчного пузыря с наиболее часто встречающимися заболеваниями желчного пузыря воспалительной природы, с ксантогранулематозным холециститом, аденомиоматозом, другими злокачественными новообразованиями гепатобилиарного тракта и метастазами.

По мнению I. Braghetto et al. (1999), A.D. Levy et al. (2001), M. Gebel (1999, 2001), ультрасонография, как и другие современные методы лучевой диагностики, не так часто позволяет выявить рак желчного пузыря на ранних стадиях.

Если у пациента при ультразвуковом исследовании выявлены злокачественные новообразования различной локализации, метастатическое поражение печени и лимфатических узлов, образования стенки желчного пузыря также могут быть метастазами.

Другие первичные злокачественные опухоли и неэпителиальные опухоли встречаются крайне редко и при ультразвуковом исследовании выглядят так же, как рак желчного пузыря.

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Метастатическое поражение желчного пузыря, хотя и считается казуистикой, встречается гораздо чаще, чем выявляется эхографически. Наиболее часто в желчный пузырь метастазирует меланома (до 50–60% случаев) (Веснин А.Г. с соавт., 1999; Mc Gahan J., Goldberg B., 1997).

Метастазы в стенку желчного пузыря при ультразвуковом исследовании могут выглядеть как незначительные локальные

утолщения или как полиповидные образования. Метастатический очаг по эхографическим признакам обычно неотличим от инфильтративного варианта рака желчного пузыря (рис. 8). Ультразвуковая картина метастазов меланомы характеризуется наличием множественных или единичных пристеночных эндофитных разрастаний размерами от 2 до 45 мм. Их форма округлая или уплощенная, контуры мелкофестончатые или гладкие. Структура однородна и изоэхогенна, редко гиперэхогенна. Допплерография определяет признаки васкуляризации образований.

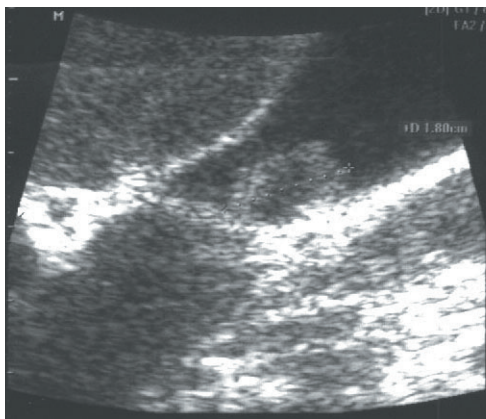


Рис. 8. Эхограмма пациентки Ш., 57 лет. Метастаз меланомы в стенку желчного пузыря

Эхографическая оценка риска злокачественного роста полиповидных образований желчного пузыря

При оценке злокачественного роста и малигнизации полиповидных образований желчного пузыря определяют такие признаки, как их количество, размеры, особенности основания (ножки), характер роста, эхогенность. Злокачественную природу можно заподозрить в следующих случаях: диаметр превышает 1 см, в полиповидную структуру вовлечены все слои стенки желчного пузыря, вокруг основания полипа имеется утолщение стенки. Два последних симптома можно обнаружить только при высоком разрешении сканирования. К неблагоприятным проявлениям относят быстрое увеличение размеров образования. Пониженная эхогенность и неровный контур являются факторами риска

неопластических образований. Множественный характер полипов желчного пузыря не является угрожающим признаком.

При ультразвуковом мониторинге оценивают характер роста полипов желчного пузыря. Отсутствием роста мы предлагаем считать сохраняющиеся размеры либо их изменение на 1 мм (эта величина находится в пределах ошибки измерения). Медленным ростом — увеличение диаметра полипа не более чем на 2 мм за год. Быстрый рост — увеличение диаметра полипа на 2 мм и более в течение 1 года.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ

Осложнений при применении данного метода не зарегистрировано.

Причинами ложноположительных ультразвуковых заключений «полип или полипоз желчного пузыря» являются либо складки стенки желчного пузыря вследствие перихолецистита, либо мелкие холестериновые конкременты, прилипшие к стенке пузыря.

Ложноотрицательные результаты диагностики полиповидных образований желчного пузыря обычно носят субъективный характер и связаны с недостаточной квалификацией врача. В отдельных случаях причиной ложноотрицательных результатов является неудовлетворительная визуализация желчного пузыря.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Ультразвуковое исследование желчного пузыря, являясь безопасным и необременительным для пациента, не имеет противопоказаний для применения. Существуют ограничения только к проведению холеретического теста с использованием хенофалька. Прием внутрь хенодзоксихоловой кислоты (хенофалька) противопоказан пациентам с острым калькулезным и некалькулезным холециститом, острым гепатитом, обтурационной желтухой, холедохолитиазом и острым панкреатитом.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Рациональная тактика ведения пациентов с полипами желчного пузыря, определяемая хирургом, гастроэнтерологом и при необхо-

димости онкологом, состоит в периодическом их ультразвуковом контроле и своевременном оперативном лечении при наличии или появлении соответствующих показаний. Методом выбора является лапароскопическая холецистэктомия.

Показания к оперативному лечению пациентов с ультразвуковым заключением «полип или полипоз желчного пузыря» (разработаны на основании анализа мировой литературы и результатов собственных данных):

- сочетание с конкрементами желчного пузыря;
- размеры полипа желчного пузыря более 1 см, особенно если полип одиночный;
- быстрый рост (более 2 мм за год);
- наличие выраженной клинической симптоматики;
- сочетание с семейным полипозом толстой кишки.

Некоторые авторы считают показанием к холецистэктомии при полипах желчного пузыря возраст пациента старше 60 лет, хотя такая точка зрения нередко подвергается критике. В литературных источниках не удалось обнаружить указаний, что наличие множественных полипов желчного пузыря является показанием к оперативному лечению.

Контрольные ультразвуковые исследования пациентов с ультразвуковым заключением «полипы или полипоз желчного пузыря» при размерах образований менее 1 см в диаметре и без показаний к оперативному лечению следует проводить вначале через 1 мес., после этого — через 3 мес., затем — через 6 мес., а в дальнейшем — один раз в год (рис. 9). Если у пациента есть показания к оперативному лечению, но он отказывается от хирургического вмешательства, контрольные ультразвуковые исследования следует проводить не реже двух раз в год. Для улучшения качества ультразвукового динамического наблюдения или для облегчения последующей гистологической верификации после холецистэктомии полученные ультразвуковые данные следует оформлять по стандартизированному протоколу. Схема протокола приведена выше (см. с. 9).

Наблюдение пациентов указанного профиля предполагает ультразвуковой мониторинг, позволяющий выявлять быстрорастущие полипы, а также прогрессирующие изменения стенки желчного



Рис. 9. Алгоритм ведения пациентов с заключением ультразвукового исследования «полип» или «полипоз» желчного пузыря

пузыря с последующей коррекцией тактики ведения данной группы больных в зависимости от полученных результатов сонографического исследования.

Ультрасонография является оптимальным диагностическим методом выявления и мониторинга пациентов с полиповидными образованиями желчного пузыря.

¹Показания к оперативному лечению:

- сочетание с конкрементами желчного пузыря;
- размеры полипа желчного пузыря более 1 см, особенно если полип одиночный;

- наличие выраженной клинической симптоматики;
- сочетание с семейным полипозом толстой кишки;
- возраст старше 60 лет (признается не всеми авторами).

²ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия.

³Быстрый рост — увеличение размеров полипа на 2 мм и более в течение 1 года.