

ДИФФУЗНОЕ УТОЛЩЕНИЕ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Ильченко А.А., Орлова Ю.Н.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Ильченко Анатолий Афанасьевич
111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86
Тел.: 8 (495) 304 3087
E-mail: cholerez@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ причин утолщения стенки желчного пузыря. Показано, что утолщение стенки желчного пузыря может носить первичный и вторичный характер. Представлен иллюстративный материал, демонстрирующий утолщение стенки желчного пузыря при различных заболеваниях желчного пузыря.

Ключевые слова: желчный пузырь; утолщение стенок желчного пузыря; заболевания желчного пузыря; УЗИ; КТ.

SUMMARY

This article presents an analysis of the causes thickening of the gallbladder wall. It was shown that thickening of the wall of the gallbladder may be primary and secondary. Submitted by illustrations showing the thickening of the wall of the gall bladder in various diseases of the gallbladder.

Keywords: gallbladder, thickening of the gall bladder walls, gallbladder disease, ultrasound, CT.

ВВЕДЕНИЕ

Утолщение стенки желчного пузыря — один из наиболее часто встречающихся патологических признаков, выявляемых с помощью методов визуализации (УЗИ, КТ, МРТ). Среди врачей традиционно сохраняется мнение, что утолщенные стенки желчного пузыря являются доказательством первичного поражения желчного пузыря и обусловлены в основном острым или обострением хронического холецистита.

Внедрение в широкую клиническую практику современных методов визуализации желчного пузыря позволило накопить огромный опыт и показать, что утолщение стенки желчного пузыря может быть связано с широким спектром заболеваний желчного пузыря, а в ряде случаев носит вторичный характер.

Диффузное утолщение стенки желчного пузыря может сопровождаться выраженной клинической симптоматикой или протекать бессимптомно, встречаться у больных, как имеющих показания к холецистэктомии, так

и в их отсутствие. Неправильное толкование причины этого признака может привести к ненужной холецистэктомии, например у больных с вторичным поражением желчного пузыря, или, наоборот, ошибочный диагноз у больных, которым требуется холецистэктомия, может закончиться отсроченной операцией и привести к увеличению числа осложнений.

В этой статье на основании данных литературы и собственного клинического опыта, накопленного в клинике Центрального НИИ гастроэнтерологии, показаны основные причины, приводящие к утолщению стенки желчного пузыря, а также представлена интерпретация иллюстраций, демонстрирующих утолщение стенки при различных заболеваниях желчного пузыря. Авторы надеются, что знакомство с этой статьей позволит расширить представление о заболеваниях желчного пузыря, течение которых сопровождается утолщением его стенки, а полученные знания будут способствовать уточнению диагноза.

НОРМАЛЬНАЯ И УТОЛЩЕННАЯ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Трансабдоминальная ультрасонография (ТУС), КТ и МРТ позволяют проводить визуализацию нормальной и утолщенной стенки желчного пузыря. При необходимости исследование дополняют эндоскопической ультрасонографией (ЭУС), имеющей более высокие разрешающие возможности по сравнению с ТУС. Обследование больного традиционно начинается с эхографии, которая благодаря своей мобильности, исследованию в режиме реального времени и высокой чувствительности позволяет в большинстве случаев решать разные диагностические задачи, особенно при подозрении на холецистолитиаз. Однако в последние годы КТ также приобрела популярность, так как помогает установить причину утолщения стенки желчного пузыря и является хорошим дополнением к эхографии, особенно при определении стадии заболевания. МРТ в диагностике заболеваний желчного пузыря, в том числе и сопровождающихся утолщением стенки, играет пока небольшую роль.

Нормальная стенка желчного пузыря при УЗИ визуализируется как тонкая эхогенная линия (рис. 1 А, Б) и обычно хорошо видна на КТ в виде «тонкой оправы», плотность которой увеличивается после контрастирования (рис. 2). Толщина стенки нормального желчного пузыря не превышает 2–2,5 мм и зависит от степени растяжения. Псевдоутолщение возникает после приема пищи (рис. 1 Б).

Утолщенная стенка желчного пузыря, как правило, превышает 3 мм, при эхографии может иметь слоистое строение в результате субсерозного отека, а в полости желчного пузыря выявляться камни или билиарный сладж (рис. 3 А, Б).

БОЛЕЗНИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ (ПЕРВИЧНЫЕ)

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит является одной из четырех самых частых причин госпитализаций по поводу острого живота [1]. Среди острой хирургической патологии органов брюшной полости на долю острого холецистита приходится около 10%, половина из них подвергается оперативному лечению [2]. Острый холецистит примерно в 90% наблюдений связан с ЖКБ, и лишь в 1–10% случаев при холецистэктомиях не находят желчных камней. У детей частота острого холецистита значительно выше и достигает 30% [3].

Утолщение стенки желчного пузыря при остром холецистите является главным, но не единственным диагностическим признаком. Поэтому при обследовании больного необходимо выявить и другие признаки: характер внутривезикулярного содержимого, наличие или отсутствие конкрементов (рис. 4 А, Б), отек и дилатацию желчного пузыря (рис. 4 А, Б и 5 А, Б), положительный сонографический симптом Мерфи (боль, появляющаяся при надавливании датчиком в точке желчного пузыря), перихолецистит и наличие жидкости вокруг желчного пузыря (рис. 4 А, Б и 5 А, Б), гиперваскуляризацию стенки желчного пузыря при доплерографии, обусловленную воспалительным процессом (рис. 6 А, Б, В; рис. 6 Б см. на цветной вклейке).

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Хронический некалькулезный, или бескаменный, холецистит (ХБХ) — одно из самых распространенных заболеваний не только билиарного тракта, но и среди заболеваний органов пищеварения. Термин хронический холецистит является собирательным и в клинике используется для обозначения,

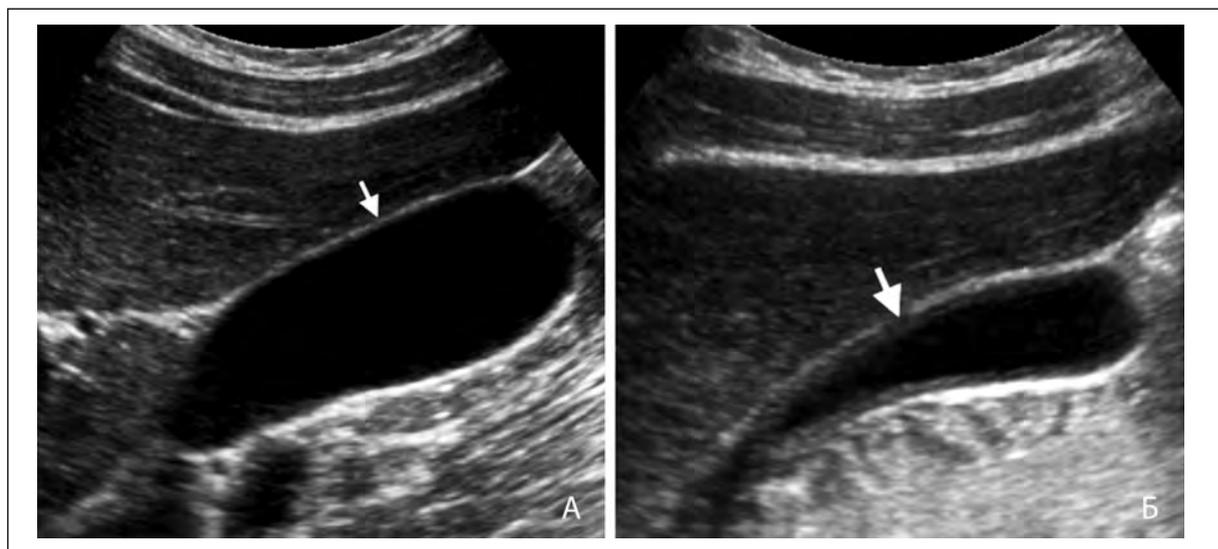


Рис. 1. ТУС, продольный срез нормального желчного пузыря: А — после 12-часового голодания; передняя стенка пузыря (стрелка) в виде тонкой эхогенной линии, однородное, анэхогенное содержимое желчного пузыря; Б — желчный пузырь после приема пищи; псевдоутолщение стенки (стрелка) из-за ее сокращения



Рис. 2. КТ. Нормальный желчный пузырь. Стенка желчного пузыря просматривается в виде «тонкой оправы» (короткая стрелка), содержимое пузыря гомогенное

как правило, маловыраженных как при клиническом, так и при лабораторно-инструментальном обследовании состояний.

Этиология до настоящего времени не выяснена. Традиционно ведущая роль в развитии (ХБХ) отводится инфекции, хотя даже при обострении заболевания микрофлора высевается далеко не всегда. В настоящее время доказано, что воспаление слизистой оболочки желчного пузыря может быть обусловлено не только микроорганизмами, но и пищевыми и лекарственными агентами, а также аллергическими или аутоиммунными процессами [4]. Предполагается, что ХБХ может быть исходом острого холецистита, однако не всегда в анамнезе у больных удается найти указание на эпизоды этого заболевания. ХБХ иногда развивается после острой

гношной инфекции органов брюшной полости — острого гнойного аппендицита, аднексита, тяжелой пищевой токсикоинфекции. К факторам риска ХБХ относятся васкулиты, сахарный диабет, редкие бактериальные инфекции желчного пузыря (например, вызванные *Leptospira spp.*, *Streptococcus spp.*, *Vibrio cholerae*) и паразитарные болезни желчного пузыря. Некалькулезный холецистит наблюдается при ряде системных заболеваний, в том числе саркоидозе, туберкулезе, сифилисе, актиномикозе, сердечно-сосудистой патологии, а также при длительном парентеральном питании.

В стенке желчного пузыря развивается различной степени выраженности и распространенности хронический вялотекущий воспалительный процесс с признаками фиброза, что приводит к нарушению сократительной и концентрационной функций желчного пузыря [5]. При локализации воспалительного процесса в области шейки желчного пузыря (шеечный холецистит) создаются условия, при которых нарушается отток желчи, что может привести к развитию водянки или эмпиемы желчного пузыря.

При УЗИ размеры желчного пузыря могут быть как увеличенными, нормальными, так и уменьшенными, иногда находят деформированный и сморщенный желчный пузырь. Одним из основных эхографических признаков ХБХ является утолщение его стенок (более 3 мм). Однако в ряде случаев толщина стенок может быть нормальной или даже уменьшенной (при атрофической форме холецистита). Утолщение стенок неравномерное, внутренний контур обычно неровный. При выраженном обострении стенка желчного пузыря имеет трехслойный характер.

Содержимое желчного пузыря, как правило, негомогенное, с различными включениями в виде



Рис. 3. УЗС. Продольное сечение желчного пузыря. А — острый холецистит; стенки желчного пузыря диффузно утолщены, отечны, трехслойные (короткие стрелки на А и Б); Б — острый холецистит, в просвете пузыря сладж (звездочка)



Рис. 4. КТ. Острый калькулезный холецистит; желчный пузырь увеличен (короткие стрелки, А); стенка утолщена, отек перивезикальной клетчатки (звездочка, А); фиксированный в шейке камень (стрелка, Б)



Рис. 5. Острый калькулезный холецистит: А — УЗИ, поперечный срез в месте максимальной болезненности демонстрирует отечную и утолщенную стенку желчного пузыря (короткие стрелки), в его просвете одиночный камень (звездочка) и сдвиг (длинные стрелки), занимающие почти половину объема желчного пузыря; Б — КТ, диффузное воспаление желчного пузыря (длинная стрелка) с переходом на окружающую перивезикальную клетчатку и соседние органы (короткие стрелки)

сгустков неоднородной желчи, микролитов. Эти включения могут свободно плавать, что легко определяется при перемене положения больного, или быть фиксированы к стенке желчного пузыря. Обычно патологические изменения более выражены в области шейки желчного пузыря и в период обострения заболевания. После желчегонного завтрака определяют сократительную функцию желчного

пузыря, которая обычно снижена. С помощью УЗИ при ХБХ можно оценить спазмолитический эффект различных препаратов, сравнивая объемы желчного пузыря натощак и после приема спазмолитических средств.

Для обоснования связи хронического холецистита с холецистолитиазом помогают данные анамнеза (наличие болей в правом подреберье, желчных

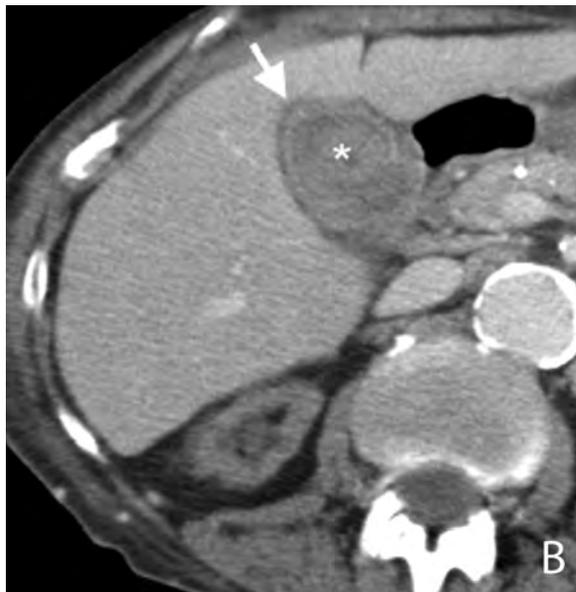
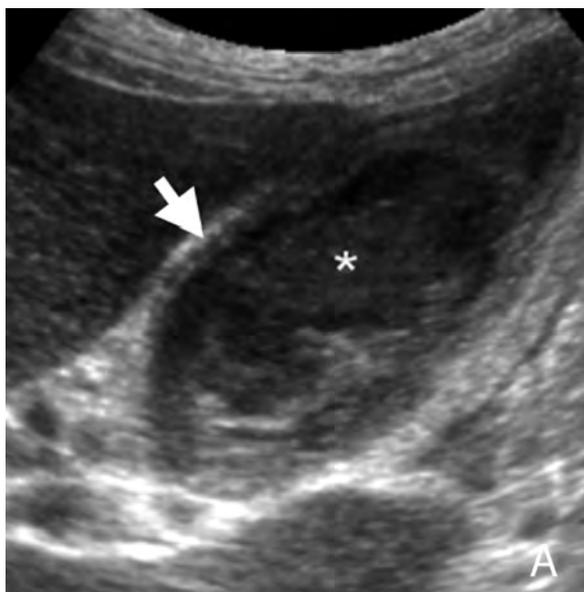


Рис. 6. Острый бескаменный холецистит: А — УЗИ, продольный срез в месте максимальной болезненности показывает утолщение стенки желчного пузыря (стрелка), который полностью заполнен билиарным сладжем (звездочка); Б — доплерография демонстрирует гиперваскуляризацию стенки желчного пузыря (короткая стрелка) как признак, подтверждающий наличие воспалительного процесса; В — КТ, выявлены утолщенные стенки желчного пузыря (длинная стрелка), который заполнен плотным сладжем (звездочка)



Рис. 7. ТУС. Хронический калькулезный холецистит. Продольный срез желчного пузыря демонстрирует небольшое утолщение стенки (стрелка) и одиночный подвижный камень с мощной веерообразной акустической тенью позади

колик, камня в анамнезе), так как холестериновый холецистолитиаз, как правило, не сопровождается макроскопически значимым утолщением стенки желчного пузыря. При хроническом калькулезном холецистите при УЗИ выявляют умеренное диффузное утолщение стенки желчного пузыря (рис. 7). Для оценки результатов исследования важна подготовка больного к исследованию (голодание в течение 12 часов улучшает визуализацию и исключает псевдоутолщение за счет сокращения желчного пузыря).

КСАНТОГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Ксантогранулематозный холецистит (КГХ) — заболевание желчного пузыря, характеризующееся локальным или диффузным деструктивно-воспалительным процессом с участием

нагруженных липидами макрофагов и образованием в стенке своеобразных ксантомных или цеرويدных гранул [6]. При УЗИ или КТ выявляют выраженное диффузное утолщение стенки желчного пузыря с очагами воспаления, некроза, микроабсцессами. Контуры стенки неровные, размытые. Полость желчного пузыря уменьшена, содержит билиарный сладж и камни (рис. 8А, Б, В). Макроскопическая картина при УЗИ и КТ схожа со злокачественным поражением желчного пузыря и, как правило, не позволяет поставить правильный диагноз до операции, который обычно устанавливается после холецистэктомии (рис. 8 Г).

ФАРФОРОВЫЙ (КАЛЬЦИФИЦИРОВАННЫЙ) ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Относится к редкой патологии желчного пузыря. Отложение солей кальция в стенках желчного пузыря на протяжении многих лет приводит к формированию **интрамурального гиалинокальциноза** с последующим развитием хронического воспалительного процесса. Кальцифицированный желчный пузырь хорошо виден при обзорной рентгенографии брюшной полости, УЗИ и КТ (рис. 9 А, Б, В, Г; рис. 9 Г см. на цветной вклейке). Лечение оперативное, так как частота рака желчного пузыря при этом заболевании составляет 12–61% [7].

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Рак желчного пузыря занимает пятое место среди злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта и выявляется в качестве случайных находок в 1–3% случаев при гистологическом исследовании материалов холецистэктомий [1]. Заболевание часто выявляется на последних стадиях в связи с поздней диагностикой.

Макроскопически рак желчного пузыря может иметь разнообразные формы, но в ряде случаев протекает с диффузным утолщением стенки (рис. 10 А, Б). Такие признаки, как инвазия в смежные органы, дилатация печеночных и внепеченочных желчных протоков, а также метастазы в региональные лимфоузлы и /или в печень, могут помочь в дифференциальном диагнозе от острого или хронического холецистита.

АДЕНОМИОМАТОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Аденомиоматоз (АММ) — приобретенное, гиперпластическое поражение желчного пузыря, характеризующееся чрезмерной пролиферацией поверхностного эпителия с инвагинацией в утолщенную мышечную оболочку и образованием внутренних ложных дивертикулов — синусов Рокитанского — Ашоффа.

Макроскопически выделяют три типа АММ желчного пузыря: очаговый, сегментарный и диффузный. Диффузная форма характеризуется поражением и утолщением всех стенок желчного пузыря. Это доброкачественное заболевание, которое обычно не требует лечения и встречается в 9–14% случаев при гистологическом исследовании операционного материала [8–10].

Наличие кист или микролитов в стенке пузыря (рис. 11 А см. на цветной вклейке) создает при УЗИ сонографический эффект реверберации в виде «хвоста кометы», направленного в просвет пузыря (рис. 11 Б). Этот симптом является патогномоничным для АММ. Воздух, находящийся в пределах стенки желчного пузыря, например при эмфизематозном холецистите, также может давать подобный эффект. Однако больные с эм-

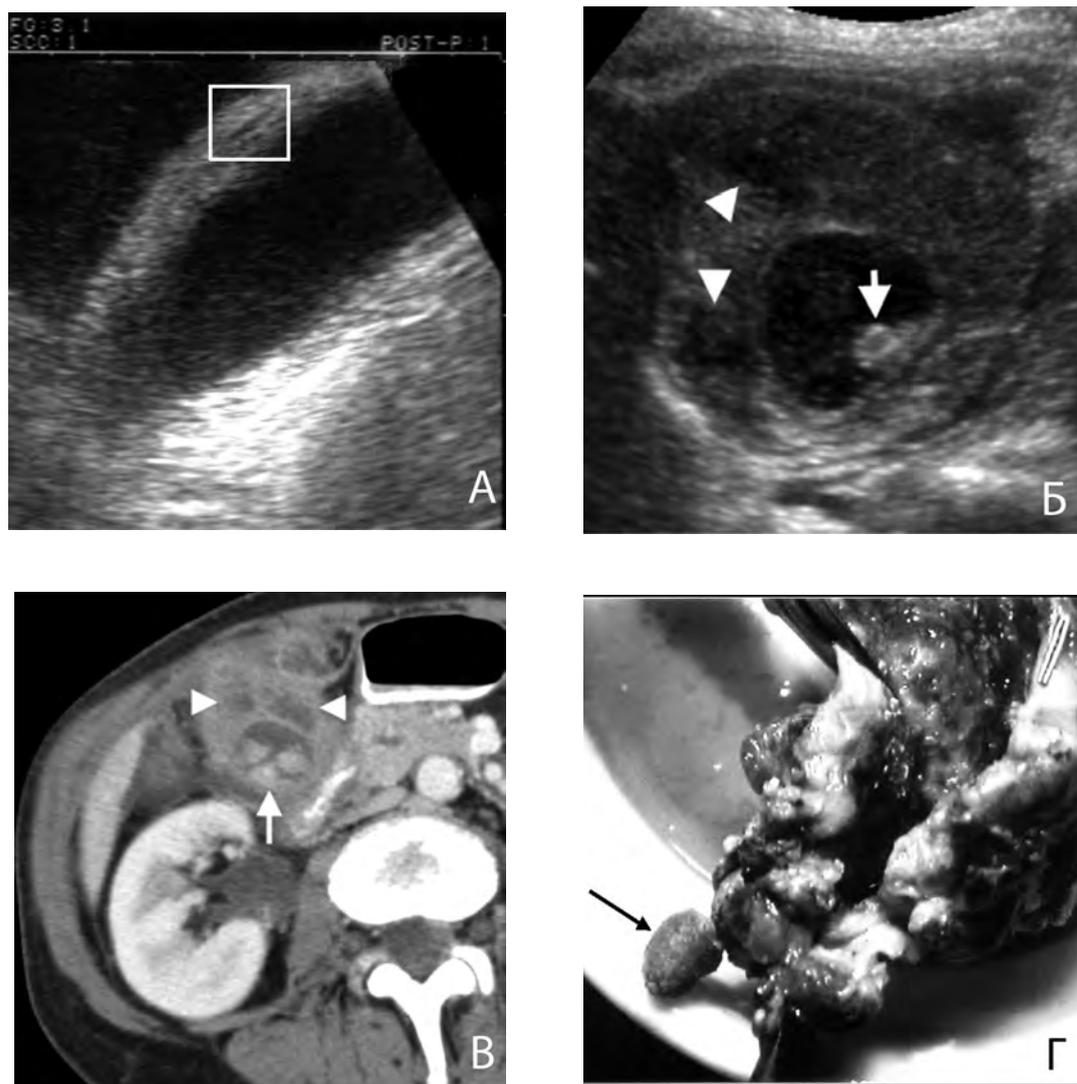


Рис. 8. КГХ: А — ТУС, в утолщенной стенке желчного пузыря микроабсцесс (квадрат); Б — ТУС, поперечный срез, в резко утолщенной стенке два абсцесса (короткие стрелки), в полости пузыря конкремент (длинная стрелка) и сладж; В — КТ, резко утолщенная стенка желчного пузыря с двумя абсцессами (короткие стрелки) и тремя конкрементами в его полости (длинная стрелка); Г — макропрепарат, резко утолщенные стенки желчного пузыря, внутренняя поверхность пузыря неровная, бугристая, содержит одиночный конкремент (длинная стрелка)

физематозным холециститом в отличие от АММ имеют ярко выраженную клиническую картину.

В ряде случаев АММ может протекать под маской рака желчного пузыря, так же, как и аденокарцинома желчного пузыря, может имитировать картину АММ [11]. Это обусловлено тем, что внутри опухоли могут образовываться кисты со скоплениями муцина. Исключение злокачественного поражения желчного пузыря может быть проблематичным при очаговом (аденомиома) и сегментарном (циркулярном) АММ. В этих ситуациях от дифференцировать аденомиоматоз от рака желчного пузыря помогает МРТ-метод, позволяющий выявлять синусы Рокитанского — Ашоффа [12].

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

В литературе появились сведения, что холецистэктомия все чаще стала выполняться по поводу хронического бескаменного холецистита и частота таких операций за последние годы более чем удвоилась. По данным J. Majeski, число больных, оперированных в связи с хроническим бескаменным холециститом, увеличилось до 20–25% [13]. Анализ показал, что причиной холецистэктомии в этих случаях является повышенное отложение жира в стенке желчного пузыря, сопровождающееся снижением сократительной функции [14]. Изучение проблемы ожирения, в частности его роли в развитии неалкогольной жировой болезни желчного пузыря (НАЖБЖП), позволило ответить на многие вопросы и нашло подтверждение в экспериментальных [15] и клинических [16] исследованиях. Повышенное отложение жира в стенке желчного пузыря (холецистостеатоз) в последующем приводит к развитию воспалительного процесса (стеатохолециститу) (рис. 12 Б см. на цветной вклейке) и может быть причиной холецистэктомии.

Основным методом диагностики НАЖБЖП является УЗИ (рис. 12 А). Однако ожирение может быть серьезным препятствием для исследования желчного пузыря с помощью ТУС. В этих ситуациях постановке диагноза помогает ЭУС, которая позволяет более детально изучить характер патологических изменений непосредственно в стенке желчного пузыря. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с другими видами холецистозов, сопровождающихся утолщением стенки желчного пузыря.

ЛИМФОПЛАЗМОЦИТАРНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ (IGG4-АССОЦИИРОВАННЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ)

В 2008 году Т. Kamisawa и А. Okamoto предложили новый клинко-патологический синдромокомплекс, обозначив его как IgG4-связанная склерозирующая болезнь, — системное заболевание, характеризующееся инфильтрацией различных органов IgG4-позитивными плазматическими клетками и Т-лимфоцитами [17].

IgG4-ассоциированный холецистит в настоящее время принято считать одним из вариантов

системной IgG4-связанной патологии. На этом основании вместо предложенного ранее (S. C. Abraham и соавт., 2003) названия «лимфоплазмочитарный холецистит» в 2006 году японские исследователи Т. Kamisawa и соавт. предложили называть его «склерозирующий холецистит» [18].

IgG4-ассоциированный холецистит описан в основном в ассоциации с аутоиммунным панкреатитом. Такое частое сочетание, вероятно, обусловлено тем фактом, что развитие патологии начинается с поражения поджелудочной железы, а затем распространяется на желчные пути и сравнительно редко — на желчный пузырь [19].

При сочетанном поражении поджелудочной железы, желчных путей и /или желчного пузыря выявляется однотипная гистологическая картина, характеризующаяся инфильтрацией тканей IgG4-позитивными плазматическими клетками и лимфоцитами. При выраженном процессе эти изменения становятся макроскопически видимыми, что легко выявляется при УЗИ или КТ (рис. 13 А, Б). Изолированное поражение желчного пузыря встречается редко. До операции диагноз установить трудно. Заподозрить IgG4-ассоциированный холецистит позволяют характерные изменения в других органах [20]. В 2009 году нами описан случай IgG4-ассоциированного холецистита, развившегося на фоне длительно протекающего АММ [20] (рис. 14 А, Б; рис. 14 Б см. на цветной вклейке).

ВТОРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Диффузное утолщение стенки желчного пузыря может носить вторичный характер и обусловлено в этих случаях внепузырной патологией. Холецистэктомия у таких больных не показана, толщина стенки желчного пузыря возвращается к норме при устранении основной причины.

Заболевания печени, сердечная или почечная недостаточность могут привести к диффузному утолщению стенки желчного пузыря. Точный патофизиологический механизм, приводящий к отеку стенки желчного пузыря при внепузырной патологии, не всегда ясен. Можно предполагать, что это связано с повышенным давлением в системе портальной вены, повышением системного венозного давления, снижением внутрисосудистого осмотического давления или комбинацией этих факторов. Гепатит, цирроз печени (рис. 15 А, Б) и правожелудочковая недостаточность (рис. 16 А, 14 Б) являются относительно частыми причинами утолщения стенки желчного пузыря. В ряде случаев гипопротейнемия может быть причиной отека стенки желчного пузыря.

Очаги воспаления, расположенные вне желчного пузыря, способны вызывать утолщение его стенки. Теоретически утолщение стенки желчного пузыря



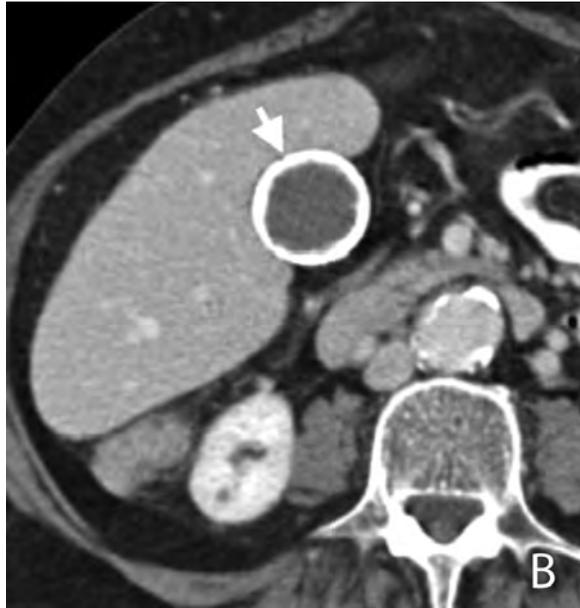
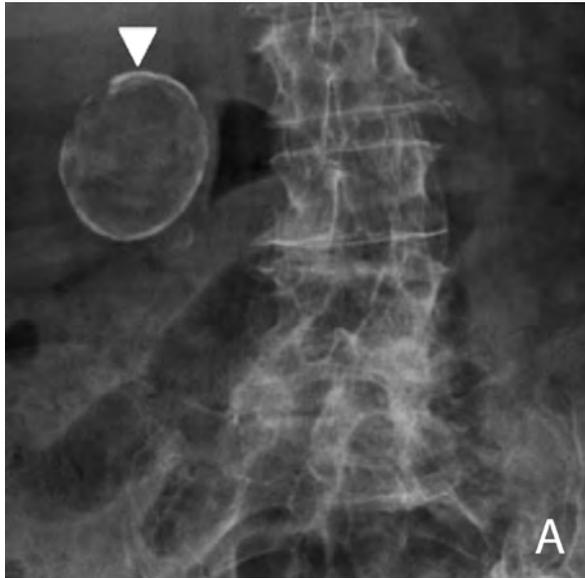


Рис. 9. Гиалинокальциноз желчного пузыря: А — обзорная рентгенограмма брюшной полости. «Фарфоровый» желчный пузырь. Кальцифицированная стенка желчного пузыря имеет вид «яичной скорлупы» (короткая стрелка); Б — ТУС, стенки пузыря утолщены (длинные стрелки), резко уплотнены, всю полость пузыря занимает крупный камень; Б — КТ, циркулярный кальциноз стенки желчного пузыря (стрелка); Г — макропрепарат



Рис. 10. Рак желчного пузыря: А — ТУС, продольный срез желчного пузыря, диффузное утолщение стенок с трудно определяемыми контурами (короткие стрелки), просвет желчного пузыря не определяется, так как заполнен множественными камнями (стрелка); Б — КТ, резко утолщенные стенки (короткая стрелка) с раковой инфильтрацией в печень (длинная стрелка)

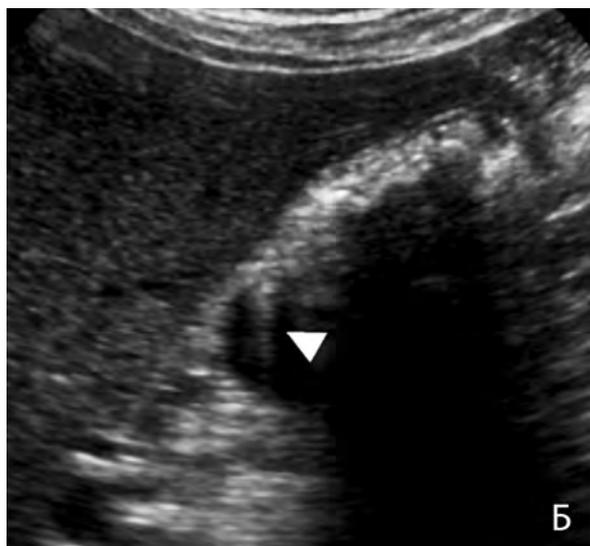


Рис. 11. АММ: А — микролиты в расширенном синусе Рокитанского — Ашоффа. ГЭ. $\times 120$; Б — ТУС, продольное сечение желчного пузыря. Диффузное утолщение стенки с интрамуральными кистами и камнями, характерным сонографическим признаком — эффектом реверберации в виде «хвоста кометы», направленного в просвет пузыря (короткая стрелка)



Рис. 12. НАЖБЖП: А — ТУС, поперечный срез желчного пузыря. Резко утолщенная стенка желчного пузыря, внутренний контур деформирован; Б — стеатохолецистит. Отложение жира, занимающее более 1/2 толщины стенки желчного пузыря, дистрофические изменения в мышечном слое, десквамация эпителия и воспалительные изменения в слизистой оболочке (с согласия С.Г. Хомерики)

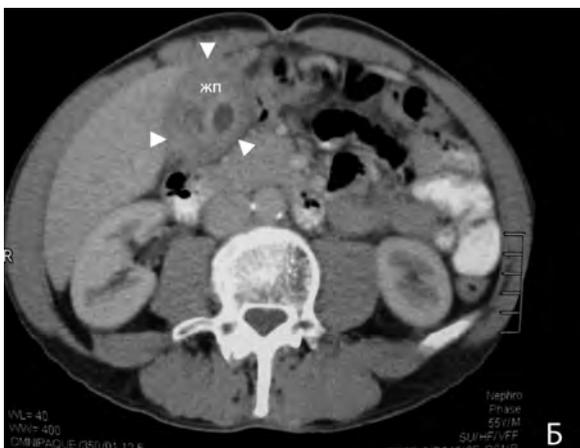


Рис. 13. Лимфоплазмочитарный холецистит: А — ЭУС, поперечное сечение желчного пузыря, стенки резко утолщены (короткие стрелки), неоднородны по структуре, просвет сужен; Б — КТ. Стенки желчного пузыря неравномерно утолщены (короткие стрелки), просвет пузыря визуализируется только в выходном отделе; ЖП — желчный пузырь



Рис. 14. Лимфоплазмочитарный холецистит в сочетании с АММ: А — ЭУС, продольное сечение желчного пузыря, стенка резко утолщена (короткие стрелки) с эффектом реверберации (отмечено овалом); Б — макропрепарат того же больного. Желчный пузырь 7,0 x 4,0 x 5,0 см, стенка диффузно неравномерно утолщена от 0,5 до 3,0 см, просвет сужен до 0,5–0,7 см, слизистая оболочка не изменена. В толще стенки микрокиста (отмечена кружком) и микролиты в синусах Рокитанского — Ашоффа (длинные стрелки)

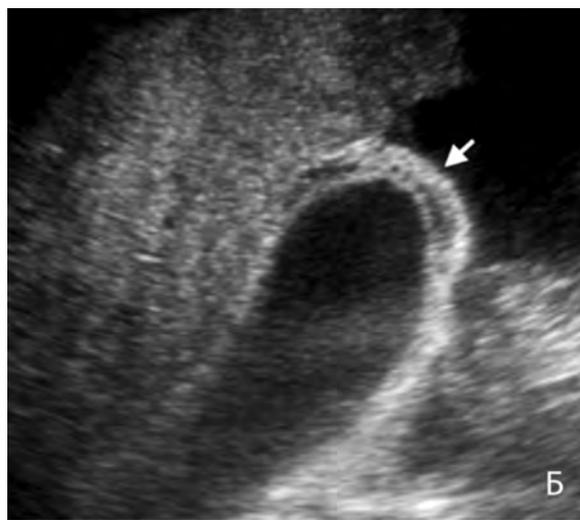
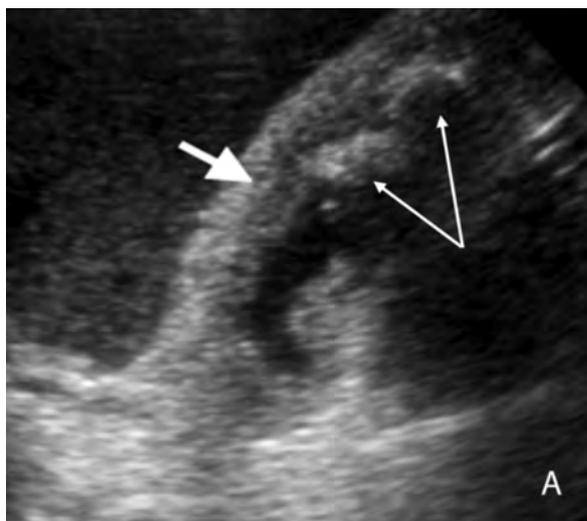


Рис. 15. А — ТУС больного с лекарственным гепатитом. Продольное сечение желчного пузыря демонстрирует диффузно утолщенную стенку (стрелка) и холецистолитиаз (длинные стрелки); Б — ТУС больного циррозом печени. Продольное сечение желчного пузыря демонстрирует утолщенную отечную стенку (стрелка), окруженную асцитом. Эхогенность печени повышена, структура неоднородна



Рис. 16. Вторичные изменения стенки желчного пузыря: А — ТУС больного с правожелудочковой недостаточностью, продольное сечение желчного пузыря, диффузное утолщение стенки (стрелка); В — ТУС. Расширение печеночных вен (короткие стрелки) и нижней полой вены — признак правожелудочковой недостаточности

может быть вызвано воспалительным процессом любого органа, расположенного в брюшной полости или забрюшинном пространстве. Однако практически наиболее частыми причинами вторичных изменений в стенке желчного пузыря являются гепатит, панкреатит, пиелонефрит и др. [21]. Имеются сообщения о возможности утолщения стенки желчного пузыря у больных СПИДом, при инфекционном мононуклеозе и другой патогенной или условно-патогенной инфекции [22].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диффузное утолщение стенки желчного пузыря может быть следствием широкого спектра патологических процессов как первичного, так

и вторичного генеза. Утолщение стенки желчного пузыря может длительно протекать как не приводя к каким-либо серьезным последствиям, так и сопровождаться развитием острых хирургических ситуаций.

Трактовка изображений, полученных с помощью УЗИ или КТ, должна тесно увязываться с клинической картиной заболевания, что в большинстве случаев позволяет понять причину утолщения стенки желчного пузыря и способствует более точной диагностике. Однако в ряде случаев причину патологических изменений в стенке желчного пузыря, приводящих к ее утолщению, установить трудно или даже невозможно и точный диагноз устанавливается лишь после операции.



ЛИТЕРАТУРА

1. Gore R. M., Yaghmai V., Newmark G. M. et al. Imaging of benign and malignant disease of the gallbladder // Radiol. Clin. North Am. — 2002. — Vol. 40. — P. 1307–1323.
2. Мунтян С. А., Товстолыткина О. Г. Статистические аспекты послеоперационной летальности при остром холецистите: Материалы 10-й Рос. гастроэнтерол. недели 25–28 октября 2004, Москва // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2004. — Т. 5, № 14. — С. 104.
3. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. — М.: Анахарсис, 2006. — 446 с.
4. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные представления об особенностях организации и функционирования иммунной системы желудочно-кишечного тракта // Рос. гастроэнтерол. журн. — 1997. — № 2. — С. 3–15.
5. Ильченко А. А. Хронический бескаменный холецистит. Справочник поликлинического врача. — 2005. — № 4. — С. 50–52.
6. Ильченко А. А., Быстровская Е. В., Орлова Ю. Н. и др. Ксантогранулематозный холецистит. Литературный обзор и собственное наблюдение // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2002. — № 2. — С. 68–75.
7. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2001. — 860 с.
8. Levy A. D., Murakat L. A., Abbott R. M. et al. Benign tumors and tumorlike lesions of the gallbladder and extrahepatic bile ducts: radiologic-pathologic correlation // Radio Graphics. — 2002. — Vol. 22. — P. 387–413.
9. Nishimura A., Shirai Y., Hatakeyama K. Segmental adenomyomatosis of the gallbladder predisposes to cholecystolithiasis // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. — 2004. — Vol. 11, № 5. — P. 342–347.
10. Stunell H., Buckley O., Geoghegan T. et al. Imaging of adenomyomatosis of the gall bladder // J. Med. Imaging Radiat. Oncol. — 2008. — Vol. 52, № 2. — P. 109–117.
11. Yoshimitsu K., Irie H., Aibe H. et al. Well-differentiated adenocarcinoma of the gallbladder with intratumoral cystic components due to abundant mucin production: a mimicker of adenomyomatosis // Eur. Radiol. — 2005. — Vol. 15, № 2. — P. 229–233.
12. Yoshimitsu K., Honda H., Jimi M. et al. MR diagnosis of adenomyomatosis of the gallbladder and differentiation from gallbladder carcinoma: importance of showing Rokitansky — Aschoff sinuses // AJR. — 1999. — Vol. 172. — P. 1535–1540.
13. Majeski J. Gallbladder ejection fraction: an accurate evaluation of symptomatic acalculous gallbladder disease // Int. Surg. — 2003. — Vol. 88. — P. 95–99.
14. Ильченко А. А., Долгаева Г. М. Ожирение как фактор риска неалкогольной жировой болезни желчного пузыря (холецистостеатоза, стеатохолецистита) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 8. — С. 80–93.
15. Goldblatt M. I., Swartz-Basile D. A., Al-Azzawi H. A. et al. Nonalcoholic fatty gallbladder disease: the influence of diet // J. Gastrointest. Surg. — 2006. — Vol. 10. — P. 193–201.
16. Al-Azzawi H. H., Nakeeb A., Saxena R. et al. Cholecystosteatosis: an explanation for increased cholecystectomy rates // J. Gastrointest. Surg. — 2007. — Vol. 11, № 7. — P. 835–842.
17. Kamisawa T., Okamoto A. IgG4-related sclerosing disease // World J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14, № 25. — P. 3948–3955.
18. Kamisawa T., Tu Y., Nakajima H. et al. Sclerosing cholecystitis associated with autoimmune pancreatitis // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12, № 23. — P. 3736–3739.
19. Ильченко А. А. Иммуноглобулин G4-ассоциированные заболевания органов пищеварения — новая проблема в гастроэнтерологии // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 4. — С. 58–70.
20. Ильченко А. А., Быстровская Е. В., Орлова Ю. Н. и др. Лимфоплазмозитарный (IgG4-ассоциированный) холецистит, развившийся на фоне длительно протекающего аденомиоматоза желчного пузыря // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2009. — № 8. — С. 114–122.
21. Van Breda Vriesman A. C., Engelbrecht M. R., Smithuis R. H. M. et al. Diffuse gallbladder wall thickening: differential diagnosis // AJR. — 2007. — Vol. 188. — P. 495–501.
22. Zissin R., Osadchy A., Shapiro M. et al. CT of a thickened-wall gallbladder // Br. J. Radiol. — 2003. — Vol. 76. — P. 137–143.