

Лабораторные методы исследования

- ОАК (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ)
- биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, ЩФ, ГГТП, протеинограмма, глюкоза, амилаза), коагулограмма, диастаза мочи
- ОАМ (макро-, микроскопическая оценка)
- анализы кала (копрологическое исследование, б/п кала, кал на дисбактериоз, кал на я/г)
- Анализы желчи и желудочного сока
- Анализ асцитической жидкости

цитолитический синдром обусловлен
нарушением проницаемости клеточных мембран
некрозом гепатоцитов
распадом мембранных структур
выходом в плазму ферментов

лабораторные признаки цитолитического синдрома

- повышение активности ферментов в плазме крови (АлАТ, АсАТ, ЛДГ и ее изофермент ЛДГ5, альдолаза и др.)
- гипербилирубинемия (преимущественно прямая реакция)
- повышение в сыворотке крови концентрации железа

- **коэффициент Де Ритиса**

коэффициент определяется соотношением АсАТ/АлАТ

отражает степень тяжести поражения печени

норма - 1,3-1,4

- повышение коэффициента Де Ритиса более 1,4 (преимущественно за счет АсАТ) наблюдается при тяжелых поражениях печени с разрушением большей части печеночной клетки (хронический активный гепатит с высокой степенью активности, цирроз печени, опухоль);
- при острых процессах, разрушающих мембрану клетки и не затрагивающих глубинные структуры печеночной клетки, коэффициент Де Ритиса меньше 1,2

Лабораторные признаки синдрома малой печеночно-клеточной недостаточности:

- понижение активности холинэстеразы в плазме крови
- уменьшение содержания в сыворотке крови протромбина
- гипоальбуминемия и (реже) гипопротейнемия
- уменьшение содержания V и VII факторов свертывания крови
- уменьшение концентрации холестерина
- гипербилирубинемия (преимущественно за счет увеличения свободного билирубина)
- повышение в крови уровня трансаминаз (АсАТ, АлАТ)

Лабораторные признаки воспалительного синдрома

- повышение уровня γ -глобулинов сыворотки, нередко в сочетании с гипопроотеинемией;
- изменение белково-осадочных проб (тимоловой, сулемовой);
- появление неспецифических маркеров воспаления - повышение СОЭ, увеличение серомукоида, появление С-реактивного белка и др.
- повышение уровня IgG, IgM, IgA
- повышение в крови неспецифических антител - к ДНК, гладкомышечным волокнам, митохондриям, микросомам, печеночному липопротеиду; появление LE-клеток
- изменение количества и функциональной активности Т- и В-

- **повышение концентрации IgM**
характерно для первичного билиарного цирроза
- повышение концентрации IgG**
характерно для активного хронического гепатита
- повышение концентрации IgA**
характерно для алкогольного поражения печени

Лабораторные признаки холестатического синдрома

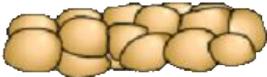
- повышение активности щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП) и некоторых других экскреторных ферментов - лейцинаминопептидазы, 5-нуклеотидазы и др.
- гиперхолестеринемия, нередко в сочетании с повышением содержания фосфолипидов, β -липопротеидов, желчных кислот
- гипербилирубинемия (преимущественно за счет повышения концентрации прямого (конъюгированного) билирубина)
- повышение в крови уровня желчных кислот - дезоксихолевой и холевой
- в моче появляются желчные пигменты (билирубин)

Бристольская шкала форм кала

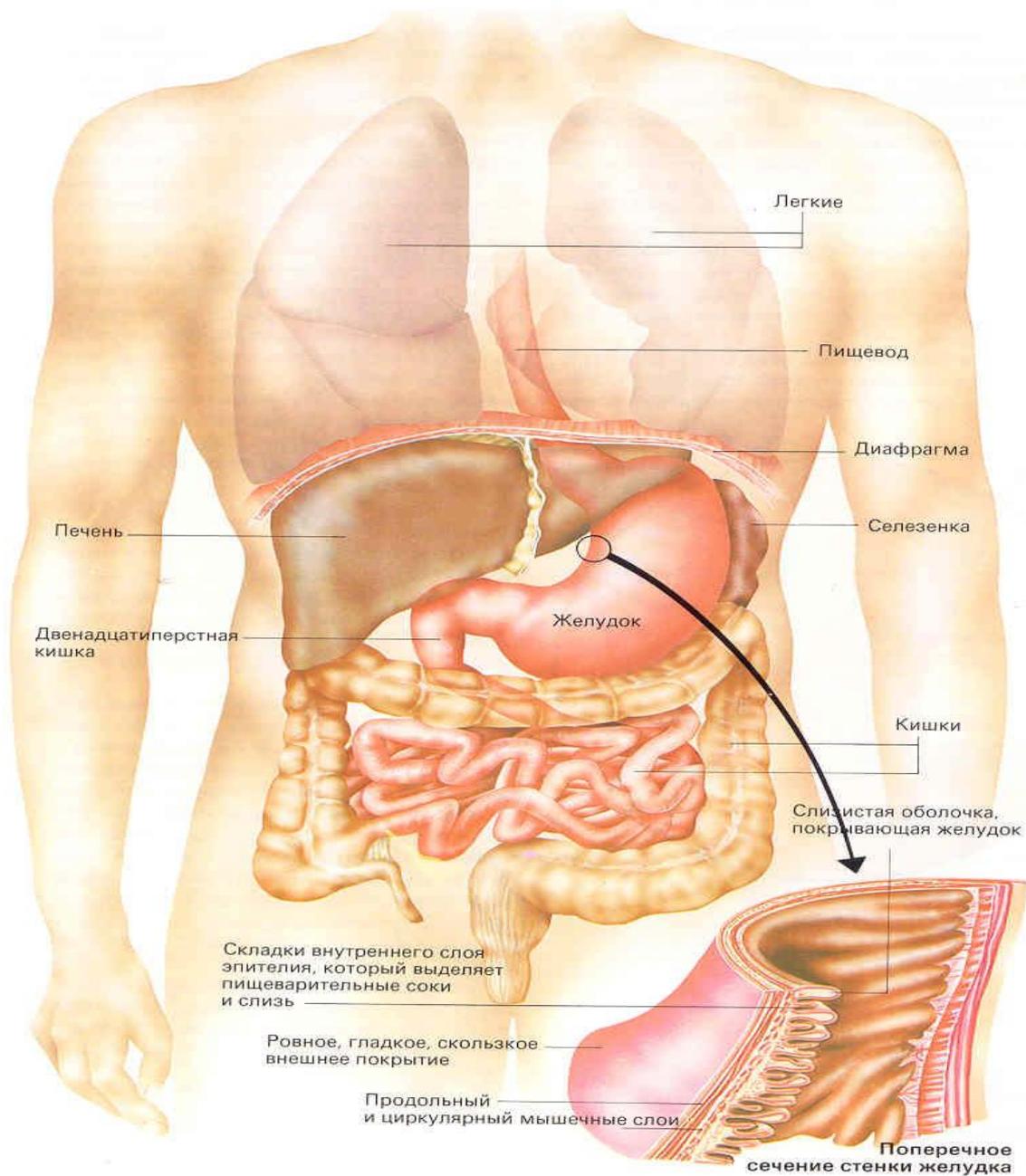
Большое время
транзита
(100 часов)

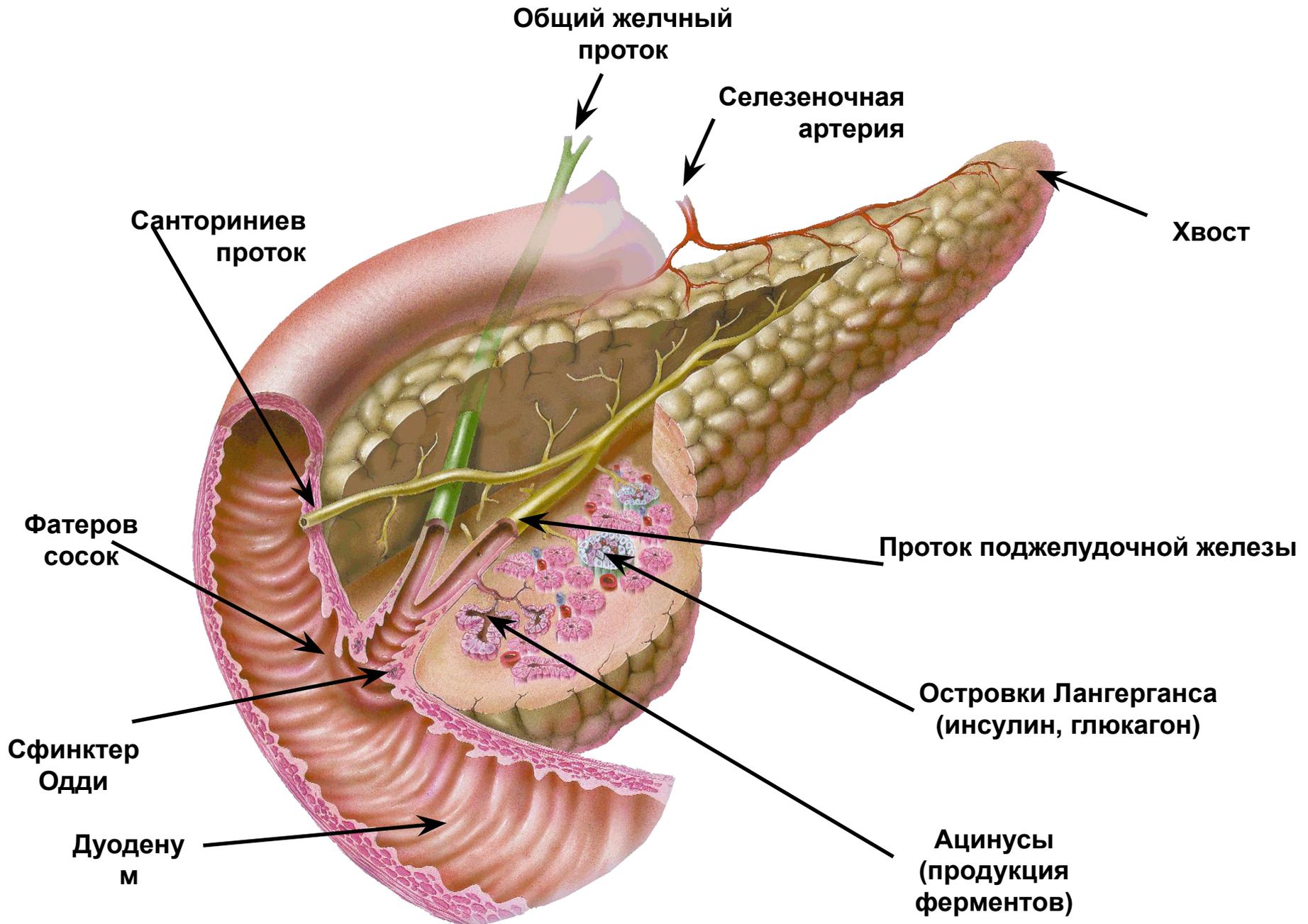


Короткое
время транзита
(10 часов)

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	Полностью жидкий

Желудок: расположение и строение





Дуоденальное зондирование

- Дуоденальное зондирование проводят при заболеваниях печени и желчевыводящих путей как с диагностическими, так и с лечебными целями.
- При этом в двенадцатиперстную кишку или парентерально вводят различные раздражители, которые стимулируют сокращения желчного пузыря, расслабление сфинктера общего желчного протока и переход желчи из желчевыводящих путей в двенадцатиперстную кишку.
- **В качестве раздражителей используют** 30-50 мл теплого 25 % раствора магния сульфата, 20 мл оливкового масла, 10 % раствор пептона, 10 % раствор натрия хлорида, 40 % раствор ксилита, 40 % раствор глюкозы и др., которые вводят внутрь. Парентерально можно вводить 2 мл питуитрина, 0,5-1 мг гистамина внутримышечно, атропин и др.

- Зонд для дуоденального зондирования представляет собой резиновую трубку диаметром 3-5 мм и длиной 1,5 м.
- На его конце, вводимом в желудок, укреплена полая металлическая олива размером 2x0,5 см, имеющая ряд отверстий.
- На зонде расположены 3 метки: на расстоянии 40-45 см от оливы, 70 см и 80 см от оливы.
- Последняя метка ориентировочно соответствует расстоянию от передних зубов до большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска).

- **Исследование проводят натошак.**

Отмечают на зонде расстояние от пупка до передних зубов больного, который находится в положении стоя.

- После этого усаживают больного, дают ему в руки лоток с зондом. Глубоко за корень языка пациента кладут оливу, предлагая ему делать глотательные движения и глубоко дышать (предварительно оливу можно смазать глицерином).
- В дальнейшем больной медленно глотает зонд, а при появлении рвотных движений зажимает его губами и делает несколько глубоких вдохов.

- Когда, зонд дойдет до первой метки, олива предположительно находится в желудке.
- Больного укладывают на кушетку на правый бок, под который подкладывают (на уровне нижних ребер и правого подреберья) валик из свернутого одеяла или подушки.
- Сверху валика кладут горячую грелку, завернутую в полотенце. Больной продолжает медленно заглатывать зонд.
- При этом шприцем отсасывают содержимое желудка, что особенно важно при высокой кислотности желудочного сока, обуславливающей спазм привратника и невозможность продвижения оливы в двенадцатиперстную кишку.
- Попадание зонда в двенадцатиперстную кишку происходит во время периодического открытия привратника, чаще всего через 1-2 часа.

Что представляет собой порция А при дуоденальном зондировании?

- Если олива попала в кишку, то начинает выделяться золотисто-желтая прозрачная жидкость - **порция А** (смесь кишечного сока, секрета поджелудочной железы и желчи).
- Жидкость свободно вытекает из наружного конца зонда, опущенного в пробирку, или ее отсасывают шприцем. Желчь порции А собирают 10-20 мин. Для анализа отбирают пробирку с самым прозрачным содержимым **золотисто – желтого цвета**. (1 фаза)

Как проводится сбор порции В при дуоденальном зондировании?

- Через зонд вводят один из раздражителей (чаще 40-50 мл теплого 25 % раствора магния сульфата). Зонд закрывают зажимом (или завязывают узлом) на 5-10 минут, выделение желчи прекращается вследствие спазма сфинктера Одди. (2 фаза)
- Затем зонд открывают, опускают наружный конец в пробирку (3 фаза) выделяется содержимое **золотисто – желтого цвета** из желчного протока и шейки желчного пузыря.
- Затем собирают концентрированную **темно-оливковую пузырьную желчь** (вторая **порция - В**). Если этого не происходит, можно через 15-20 минут повторить введение магния сульфата. (4 фаза)
Рефлекс Мельцер – Лайона (сокращение ЖП+расслабление сфинктеров).

Как проводится сбор порции С при дуоденальном зондировании?

- После полного опорожнения желчного пузыря в пробирки начинает поступать золотисто-желтая (светлее порции А) прозрачная, без примесей **порция С** - смесь желчи из внутрпеченочных желчных путей и соков двенадцатиперстной кишки (5 фаза)
- После получения этой порции зонд извлекают.

Каковы особенности проведения дуоденального зондирования у детей?

- У детей дуоденальное зондирование столь же трудно, как и извлечение желудочного сока. Зонд с оливой вводят новорожденным на глубину приблизительно 25 см, детям 6 месяцев - на 30 см, 1 года - на 35 см, 2- 6 лет - на 40-50 см, более старшим - на 45-55 см.
- Сульфат магния вводят в двенадцатиперстную кишку из расчета 0,5 мл 25 % раствора на 1 кг массы тела.
- В остальном порядок и техника зондирования такие же, как у взрослых.

Желудочное зондирование

- Желудочный сок для исследования получают с помощью тонкого зонда или беззондовыми методами.
- Тонкий желудочный зонд представляет собой резиновую трубку длиной 1-1,5 м диаметром 3-5 мм.
- Один конец трубки закругленный слепой, другой - открытый. На слепом конце имеются сбоку два отверстия.
- На расстоянии 40-45 см от слепого конца нанесена метка. Тонкий зонд может длительно оставаться в желудке, что дает возможность исследовать желудочную секрецию в динамике.

- **Для исследования желудочного содержимого готовят специальные пробные завтраки:**
- 1) завтрак по Зимницкому (2 порции по 200 мл теплого бульона из бульонного кубика или 1 кг тощего мяса, сваренного в 2 л воды);
- 2) 7 % капустный отвар (завтрак Петровой- Рысса): 20 г сухой капусты кипятят в 0,5 л воды до объема 300 мл, охлаждают до 32-33 °С и процеживают.

- Существуют методы стимуляции секреторной функции желудка с помощью введения подкожно 12 ед. инсулина или гистамина (0,5 мл 0,1 % раствора подкожно однократно или дважды с интервалом 30 минут;
- для максимального гистаминового теста - 0,024 мг на 1 кг массы исследуемого).

- Исследование проводят утром натощак. У больного следует вынуть съемные зубные протезы, усадить его на стул. Слепой конец зонда смачивают водой и вводят глубоко в зев за корень языка. После этого больной должен проглотить зонд до первой метки, которая при этом должна оказаться у передних зубов.
- Позывы на рвоту у больного можно прекратить, если он сделает несколько глубоких вдохов носом.
- Можно вводить зонд также через нижний носовой ход.

- После того как больной проглотил зонд, к наружному концу последнего подсоединяют шприц и отсасывают содержимое желудка в стакан. В норме натошак желудок пуст или содержит до 50 мл жидкости. Базальная секреция.
- После опорожнения желудка вводят пробный завтрак (шприцем или больной выпивает его самостоятельно).
- Затем на протяжении 2 часов каждые 15 минут извлекают шприцем через зонд желудочное содержимое и наполняют им сначала стаканы, затем пробирки. Иногда первое извлечение производят через 10 минут после завтрака (10 мл).

- В первом стакане оказывается содержимое желудка натошак, во втором и третьем - смесь желудочного сока с пробным завтраком, в пробирках - чистый желудочный сок. Через 2 часа зонд осторожно извлекают, одновременно протирая его полотенцем.
- Больной прополаскивает рот. Пробирки устанавливают в штативе по порядку, наклеивают на них этикетки с указанием номера порции и отправляют в лабораторию.

Каковы особенности желудочного зондирования у детей?

- У детей для взятия желудочного сока зондом часто используют седативные средства. Зонды используют более узкие, чем у взрослых.
- Тонкие зонды вводят через нос. Если исследование производится через рот, то новорожденному вводят зонд на 20 см, 6-месячному ребенку - на 25 см, детям 1 года - на 30 см, ребенку 2 лет - на 35 см, считая от линии передних зубов.
- Объем завтрака (капустного отвара) 50-150 мл в зависимости от возраста ребенка.
- Из-за сложностей взятия желудочного сока с помощью зонда у детей предпочитают беззондовые методы исследования.

Эзофагогастродуоденоскопия

Показания к исследованию:

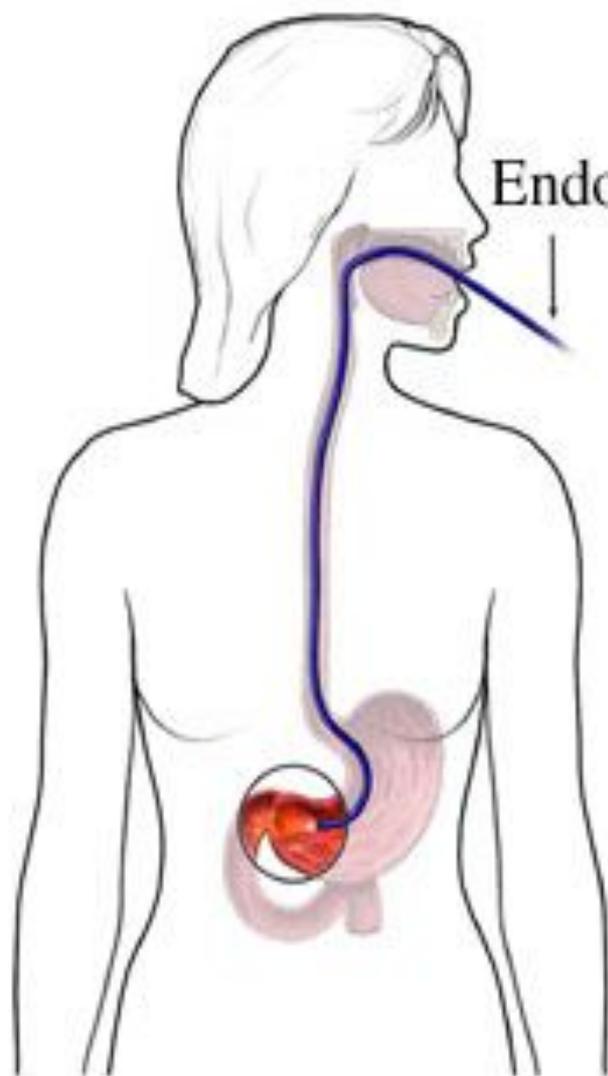
- Диспепсия, особенно для лиц старше 35 лет.
- Ранняя диагностика рака.
- Кровавая рвота.
- Потеря массы тела, особенно немотивированная.
- Железодефицитная анемия.
- Уточнение характера патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, выявленной другими методами исследования (в частности рентгенологическими).
- Различные лечебные вмешательства (лечение воспалительных и язвенных заболеваний, доброкачественных опухолей – полипов).
Динамический контроль за их лечением.



Подготовка к исследованию

- Исследование проводится натощак через 6 и более часов после последнего приема пищи.
- Обезболивание (за исключением глотки), как правило, не используется (исследование безболезненное, за исключением неприятных ощущений, которые испытывают пациенты от вводимого внутрь аппарата).
- Длительность процедуры колеблется от 5 до 30 минут. Какой-либо вредности для организма человека непосредственно данное исследование не несет, но в редких случаях могут наблюдаться осложнения.



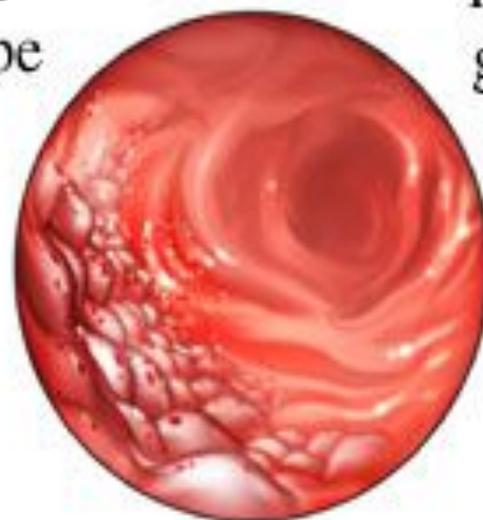


Endoscope

View
through
endoscope



Normal



H.pylori
gastritis

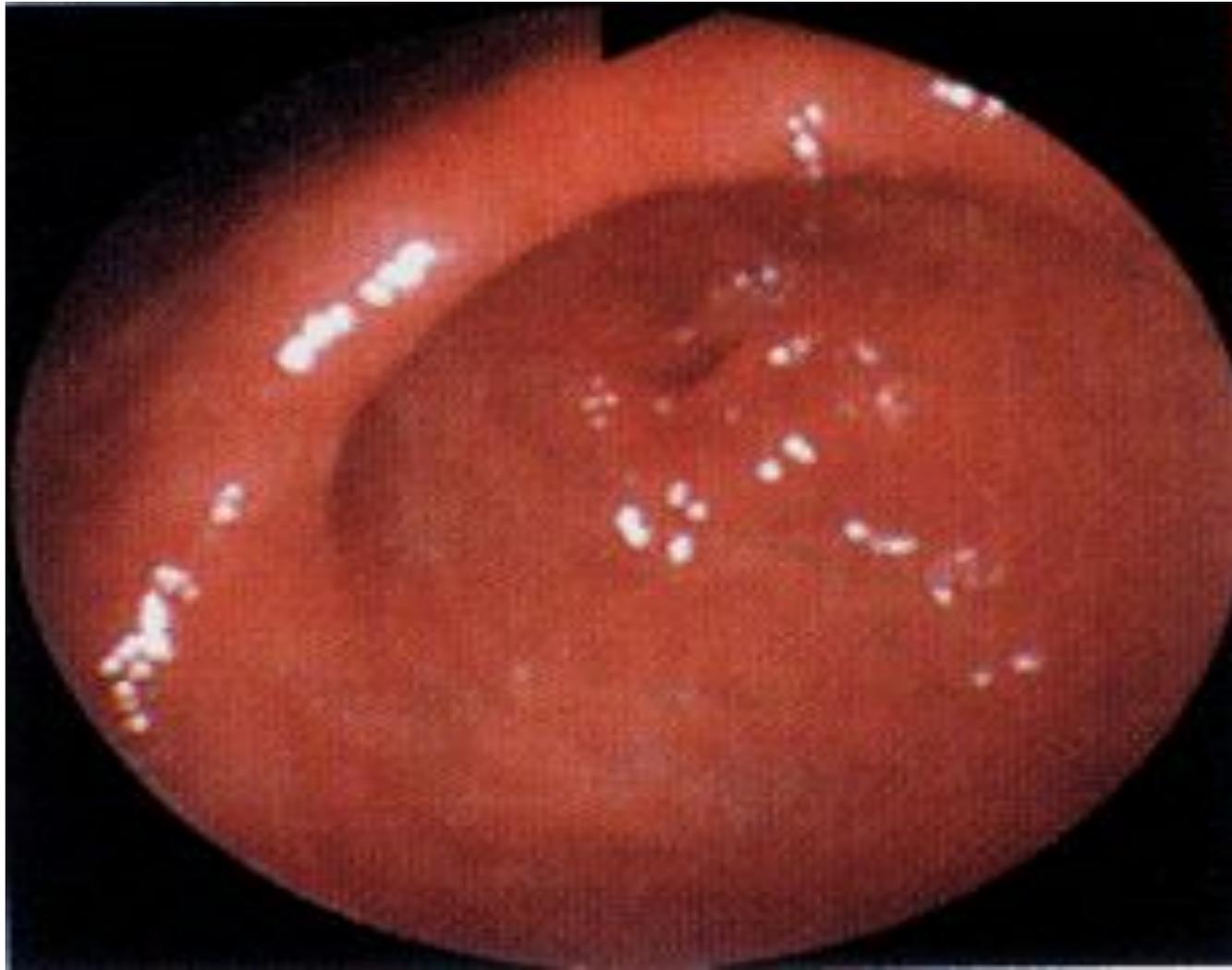
Нормальная слизистая желудка при эндоскопическом исследовании



Эндоскопическая картина острого гастрита.
Видна диффузная гиперемия слизистой и мелкие эритематозные
очаги



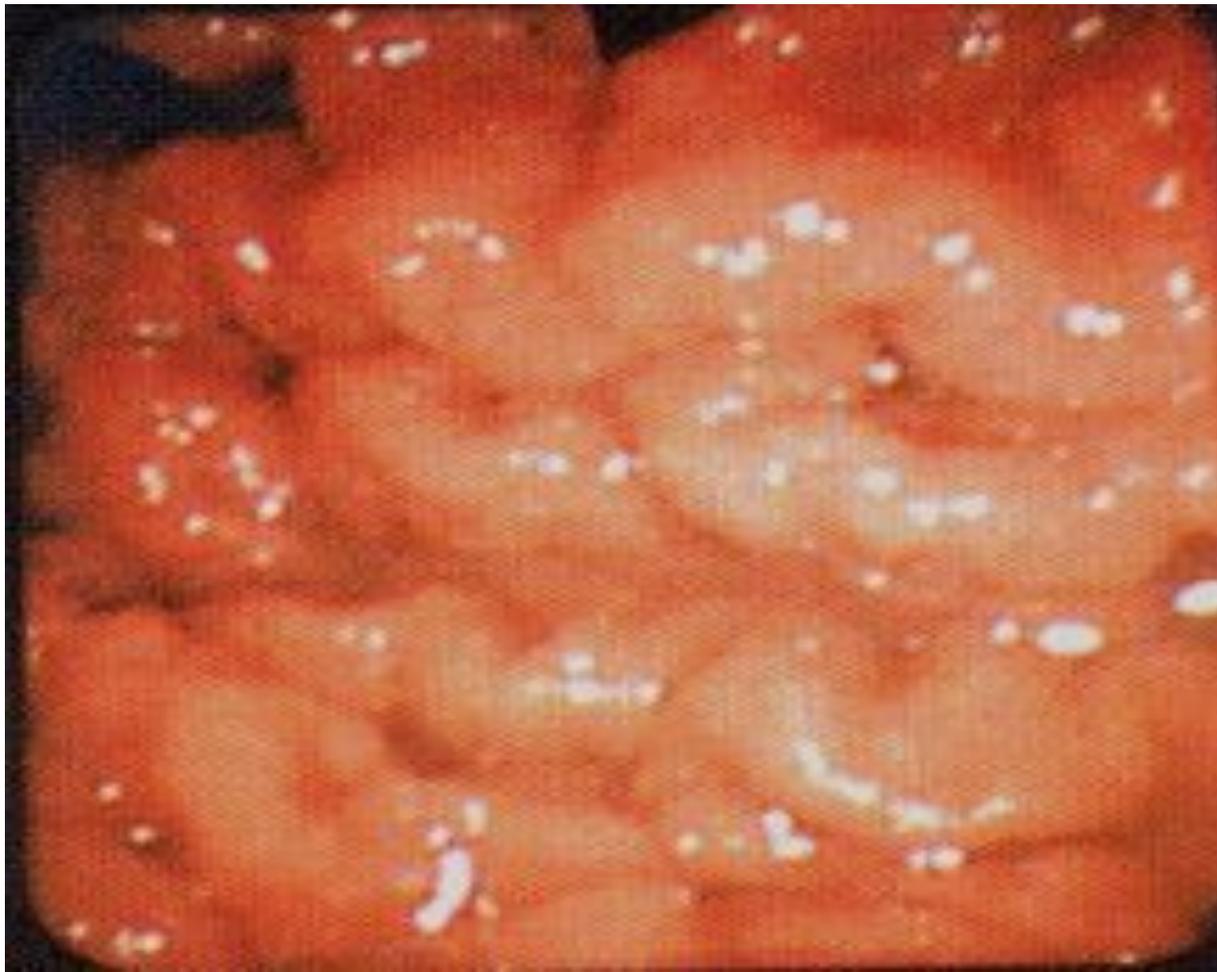
Эндоскопическая картина при хроническом неатрофическом (антральном) гастрите (типа В). Гиперемия слизистой оболочки антрального отдела желудка



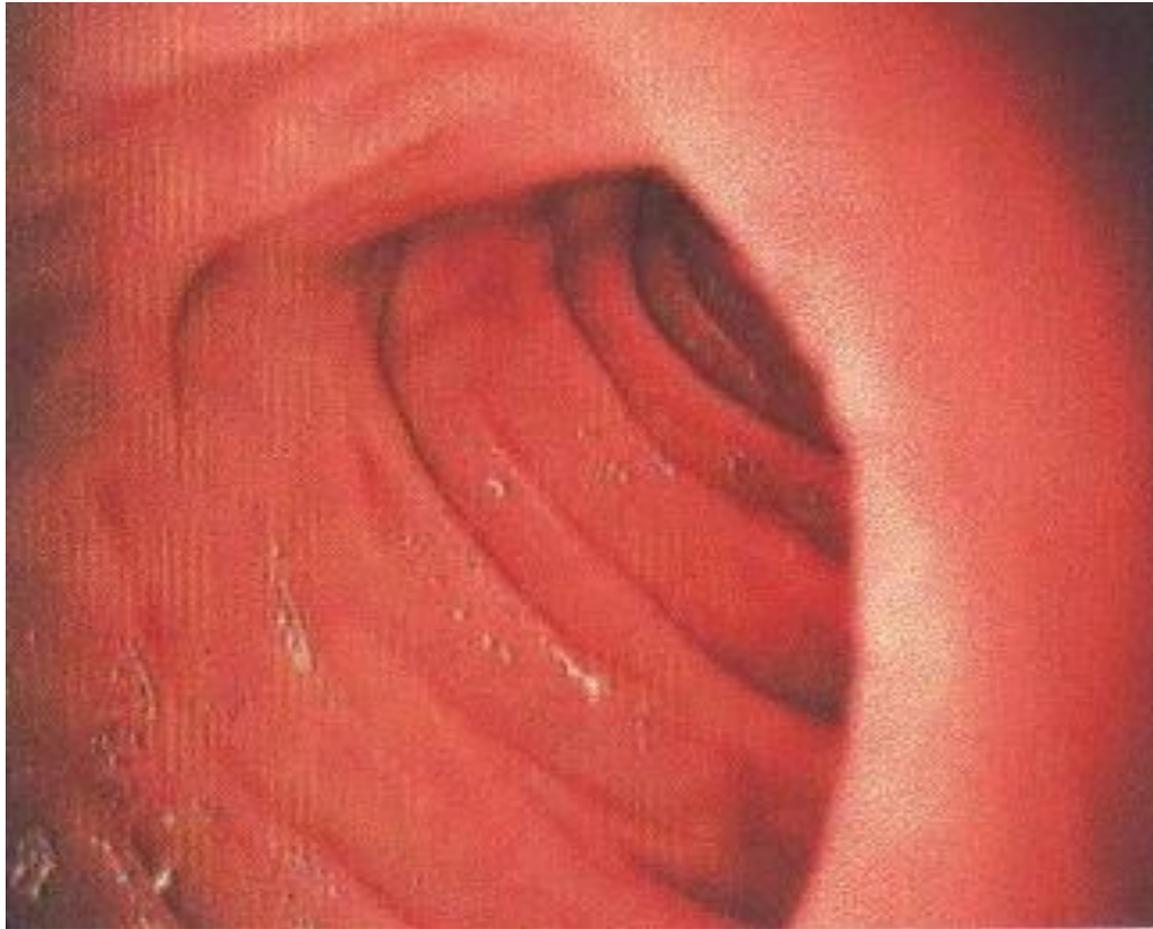
Эндоскопическая картина при хроническом аутоиммунном гастрите
(тип А)



Эндоскопическая картина при хроническом гипертрофическом гастрите (болезнь Менетрие)

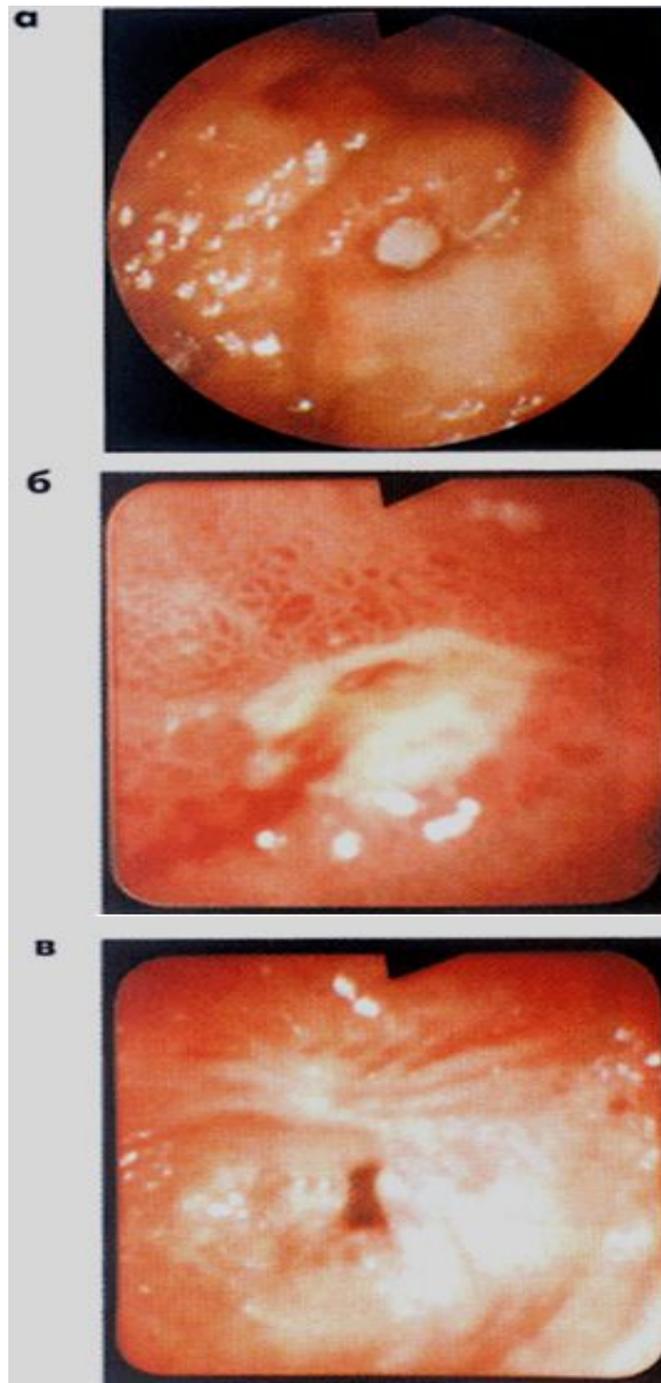


Просвет 12-перстной кишки здорового человека

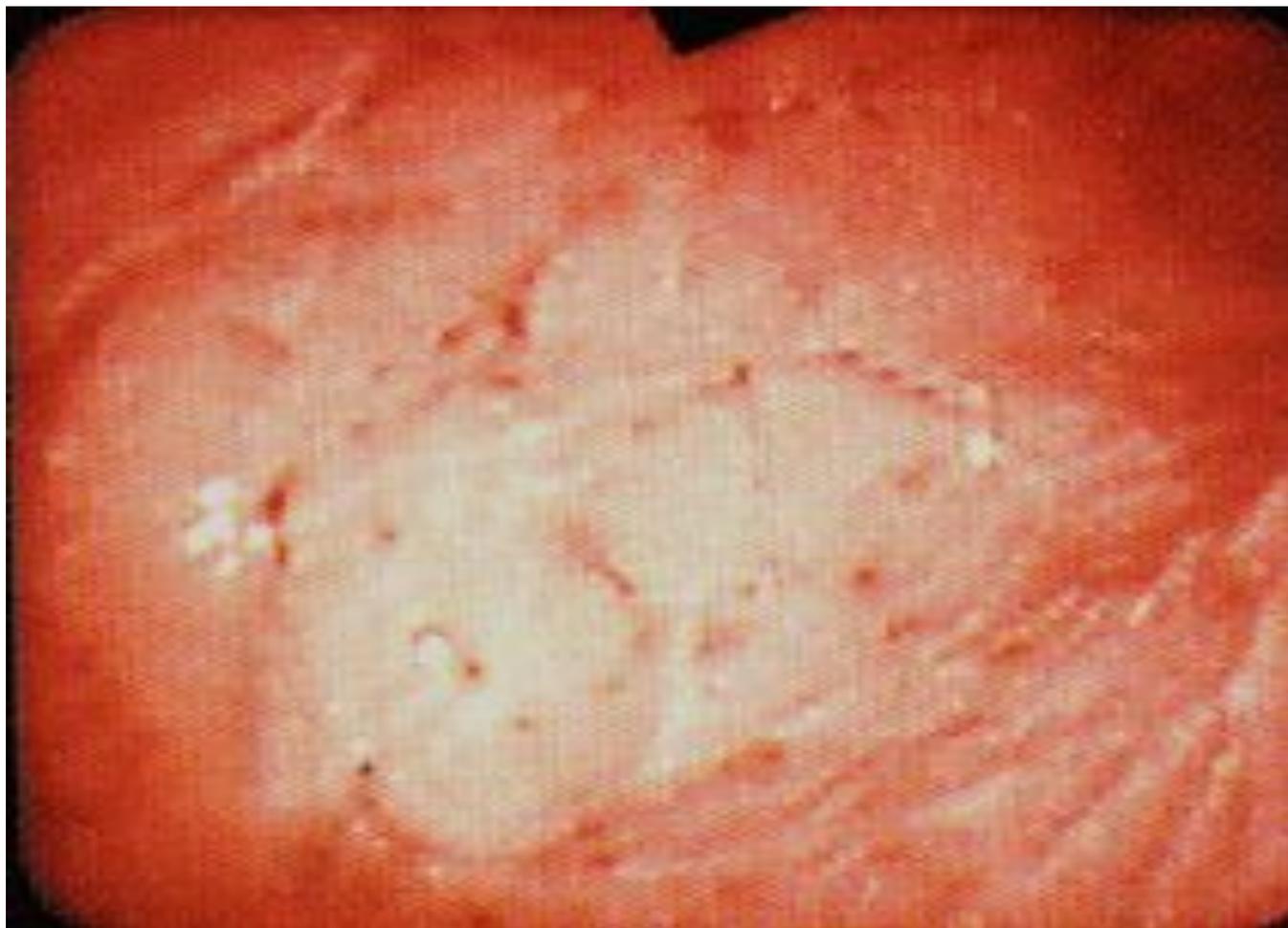


Динамика эндоскопической картины язвенной болезни желудка

а - фаза обострения
(вокруг язвы выраженный
воспалительный вал); б -
фаза заживления (по
периферии язвы видна
грануляционная ткань);
в - фаза рубцевания
(образование грубого
рубца с нарушением
рельефа слизистой и
деформацией органа)



Эндоскопическая картина деформации луковицы двенадцатиперстной кишки. В луковице виден длинный линейный рубец, деформирующий двенадцатиперстную кишку



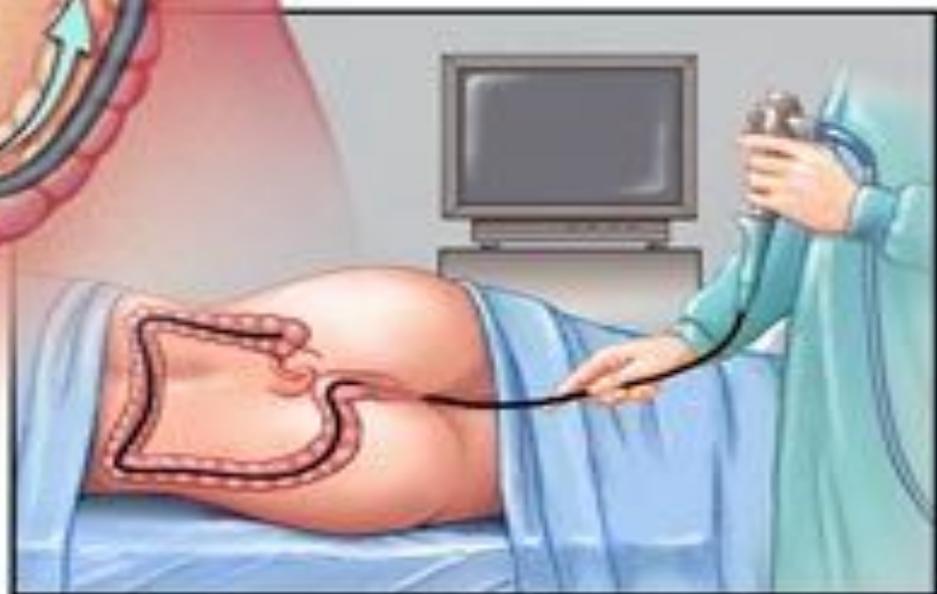
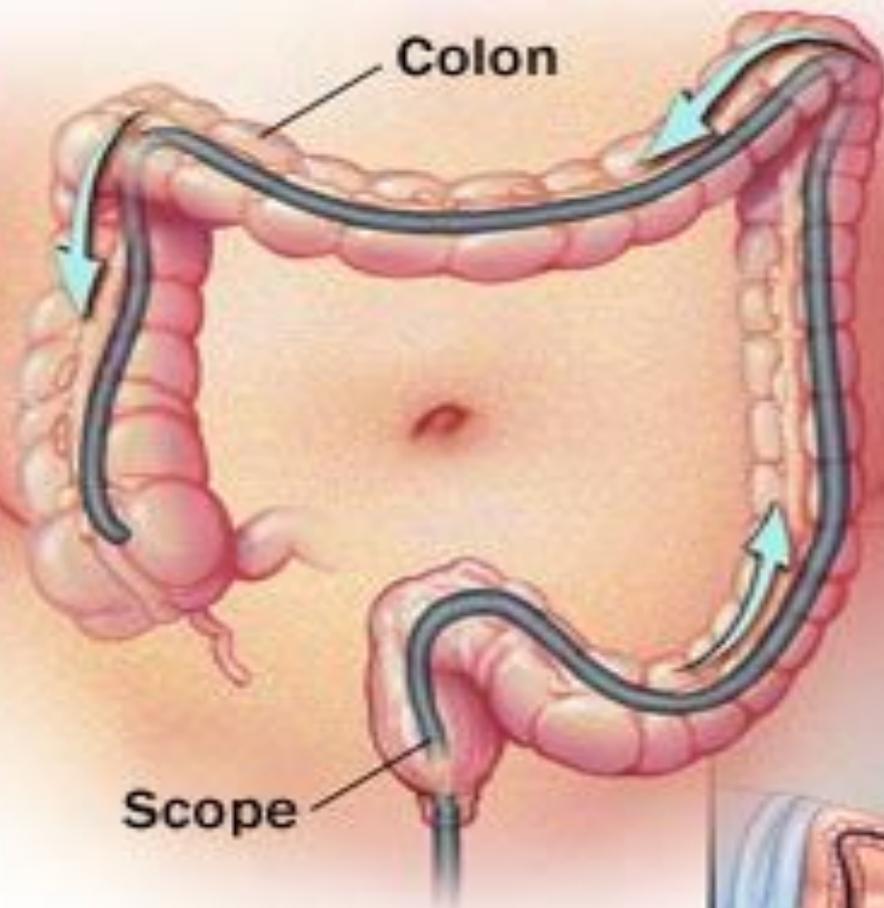
Кровотечение



Колоноскопия

- метод эндоскопической диагностики заболеваний толстой кишки.
- Колоноскопия является самым информативным методом ранней диагностики доброкачественных и злокачественных опухолей толстой кишки, неспецифического язвенного колита, болезни Крона и др. и позволяет в 80-90% случаев осмотреть толстую кишку на всем протяжении.
- Во время проведения колоноскопии визуально оценивается состояние слизистой оболочки толстой кишки. При колоноскопии возможно также выполнение различных лечебных манипуляций — удаление доброкачественных опухолей, остановка кровотечения, извлечение инородных тел, реканализация стеноза кишки и др.
- Колоноскопию производят с помощью специальных приборов — колоноскопов.

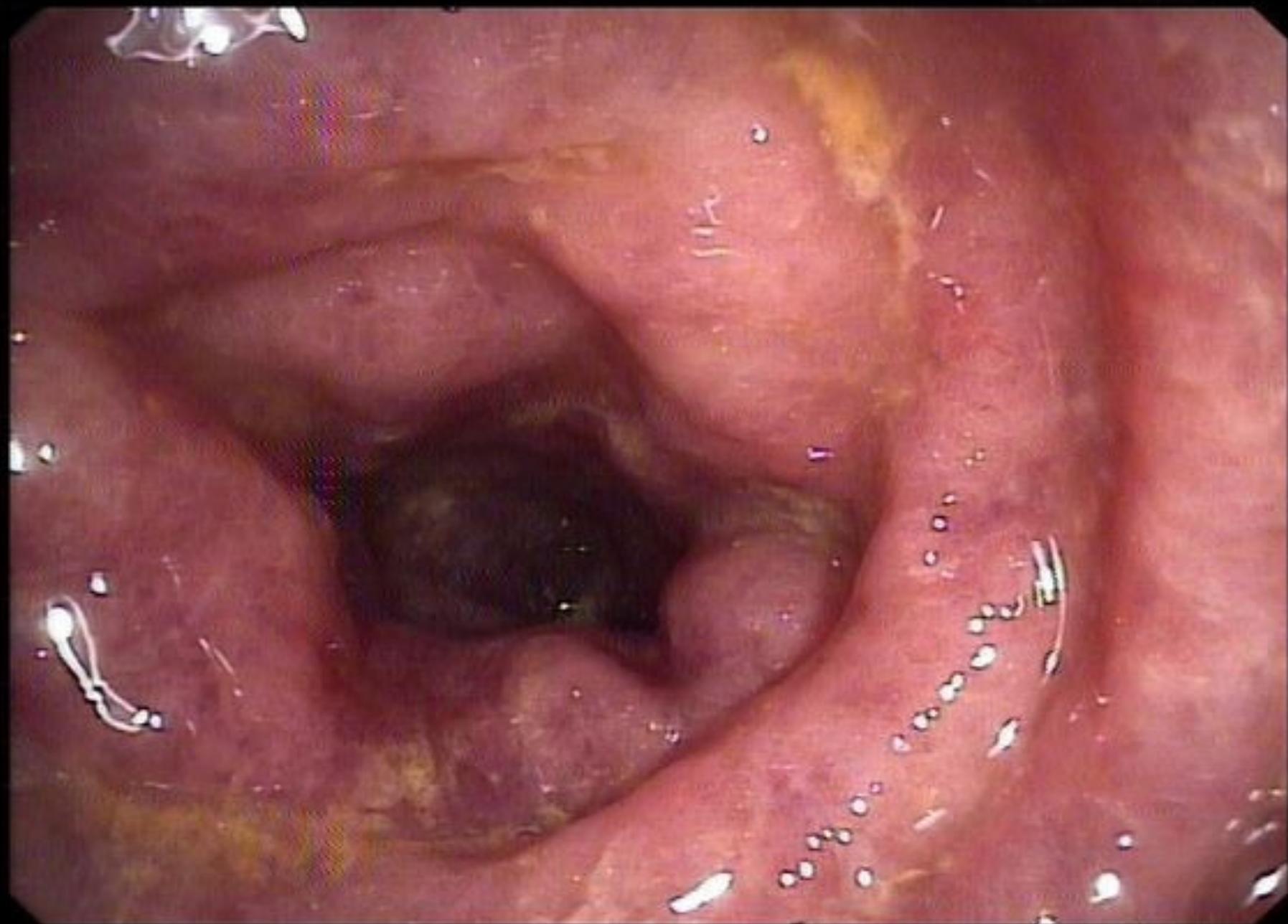
Colonoscopy





Эндоскопическая картина
при колоноскопии - толстая кишка в норме





Фиброэндоскопическое исследование толстой кишки при болезни Крона. Неравномерное утолщение слизистой оболочки, наличие узких язв-трещин, сужение просвета кишки - картина "булыжной мостовой" .



Показания к колоноскопии.

- Показанием к проведению колоноскопии является подозрение на любое заболевание толстой кишки.
- Показания для колоноскопии самые широкие. Прежде всего, она должна выполняться при подозрении на опухоль, в этих случаях ее разрешающая способность значительно выше ирригоскопии. Выявляются опухоли и полипы минимальных размеров.
- Показана колоноскопия при воспалительных заболеваниях толстой кишки, особенно при язвенном колите и болезни Крона. Она применяется также в неотложных ситуациях при кишечных кровотечениях, непроходимости, наличии инородных тел.
- Иногда перед колоноскопией выполняется рентгенологическое исследование толстой кишки — ирригоскопия.

Противопоказания.

- Противопоказано исследование при острых инфекционных болезнях, перитоните, а также в поздних стадиях сердечной и легочной недостаточности, выраженных нарушениях свертывающей системы крови.
- Нельзя проводить колоноскопию у больных тяжелыми формами язвенного и ишемического колита.

Подготовка больного

- Успех и информативность исследования определяется, в основном, качеством подготовки к процедуре,
- Для того, чтобы осмотреть слизистую оболочку толстой кишки необходимо, чтобы в ее просвете не было каловых масс.

Техника проведения

- Больным с выраженными болями в области заднего прохода показана местная анестезия (дикаиновая мазь, ксилокаингель). В/м трамал 2,0 перед исследованием.
- При тяжелых деструктивных процессах в тонкой кишке, массивном спаечном процессе в брюшной полости целесообразно осуществлять колоноскопию под общей анестезией, которая обязательна детям до 10 лет.

Ректороманоскопия

- Ректороманоскопия - метод исследования внутренней поверхности прямой и начальной части сигмовидной кишок

- Ректоскоп состоит из набора металлических трубок диаметром 20-25 мм и длиной 25-30 см с obturators-мандренами, оптической и осветительной систем и баллона для нагнетания воздуха в кишку.
- В наборе имеются ватодержатели, щипцы для биопсии, ложечки для соскабливания слизистой оболочки.

- Накануне вечером и утром, за 2-3 часа до исследования больному ставят очистительную клизму.
- Больной становится на перевязочный стол на раздвинутые колени так, чтобы ступни ног свисали за край стола. Раздвинутыми локтями он опирается о стол, стараясь максимально приблизить грудную клетку к поверхности стола (коленно-локтевое или коленно-грудное положение).
- Другое возможное положение - лежа на боку с приподнятым тазом (на клеенчатой подушке или валике). Больного покрывают простыней с отверстием для введения ректоскопа, на ноги кладут широкую клеенку. Ректоскоп перед введением слегка подогревают и смазывают вазелином.

Рак прямой кишки с распадом.



Дивертикулы сигмовидной кишки.



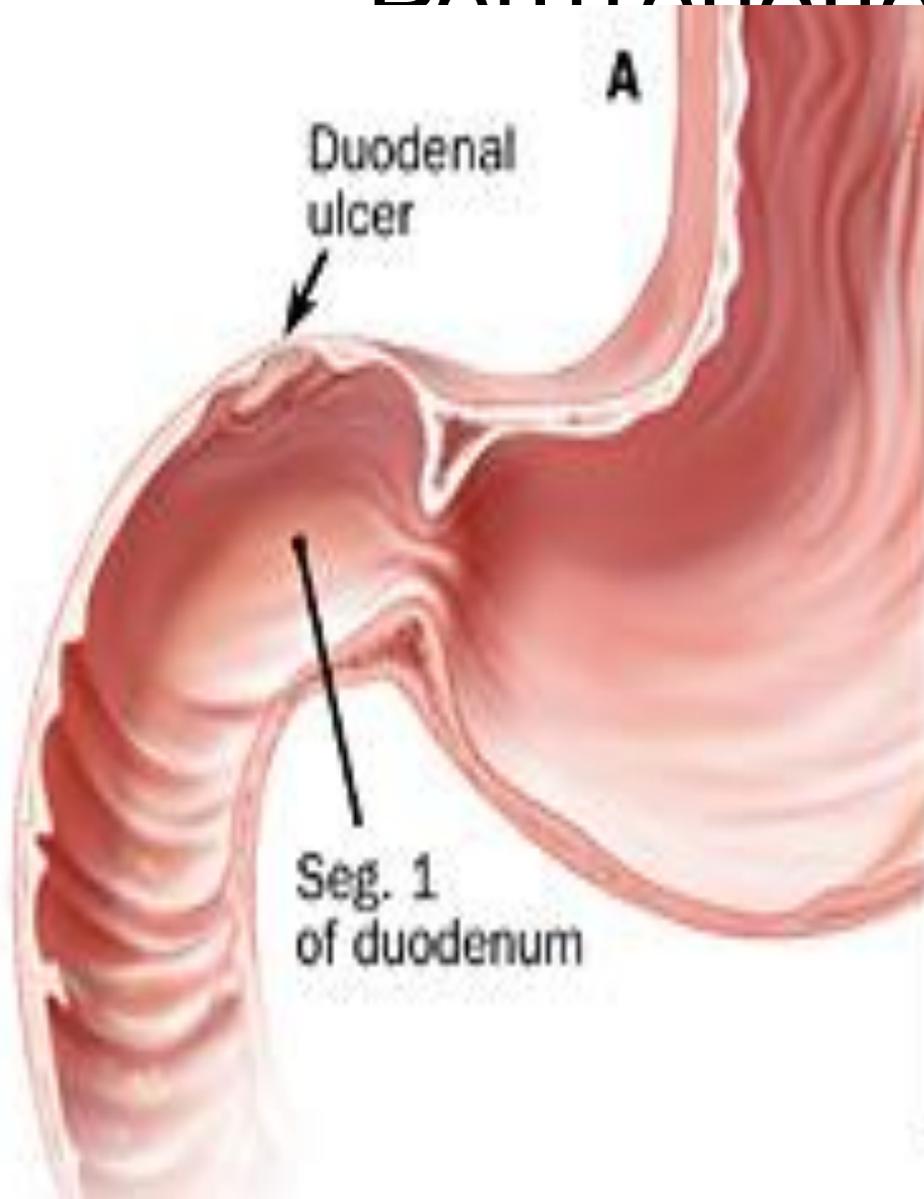
Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта

- Рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, обычно, именуется как «Рентгеноскопия желудка», нижних отделов – «Ирригоскопия».
- Исследование достаточно легко переносится пациентами, безболезненно, но связано с лучевой нагрузкой. Пациент выпивает специальное контрастное вещество (или контрастное вещество вводится в кишку посредством специального аппарата), после чего врач-рентгенолог исследует пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку или толстую кишку.

Показаниями к рентгеноскопии желудка являются:

- Диспепсия, особенно для лиц старше 35 лет.
- Ранняя диагностика рака.
- Потеря массы тела, особенно немотивированная.
- Железодефицитная анемия.
- Невозможность выполнить по тем или иным причинам эндоскопическое исследование.
- Немотивированное нарушение стула.
- Подготовка к исследованию проста: если обследуется верхние отделы желудочно-кишечного тракта, то натошак, если нижние отделы, то кишка готовится с помощью клизм, слабительных или специальных препаратов (как и при эндоскопическом исследовании).

DUODENAL ULCER



Пилоростеноз





ИРРИГОСКОПИЯ

- **Ирригоскопия** — рентгенологическое исследование толстой кишки при ретроградном заполнении ее рентгеноконтрастной взвесью.

Показания к ирригоскопии.

- Ирригоскопия применяется для уточнения диагноза заболеваний толстой кишки (пороки развития, опухоли, хронический колит, дивертикулез, свищи, рубцовые сужения и др.).

- Ирригоскопия дает возможность получения информации о морфологических изменениях толстой кишки, что в плане диагностики нозологических форм представляется более ценным.
- Ирригоскопия нередко является решающим методом диагностики опухолей, дивертикулов толстой кишки.



Рентгено-
грамма
толстой
кишки в
норме.

- **Ирригоскопия противопоказана** при тяжелом состоянии больного и при перфорации стенки толстой кишки.
- **Подготовка к ирригоскопии.**
- За 2—3 дня до исследования больному назначают бесшлаковую диету, 1 сут. — 30 г касторового масла внутрь.
- Вечером накануне ирригоскопии делают 1—2 очистительные клизмы. Ужин не разрешается. Утром в день исследования допускается легкий завтрак и вновь делают 1—2 очистительные клизмы.
- В качестве рентгеноконтрастного вещества используют водную взвесь сульфата бария из расчета 400 г сухого порошка на 1600—2000 мл воды с добавлением не более 2 г танина. Рентгеноконтрастную взвесь подгревают до 33—35° и вводят в толстую кишку с помощью аппарата Боброва через резиновую трубку без жесткого наконечника.

Техника выполнения.

- Под рентгенологическим контролем постепенно заполняют рентгеноконтрастной взвесью толстую кишку и производят обзорные и прицельные снимки всех ее отделов в разных положениях больного.
- На следующем этапе, после удаления из толстой кишки рентгеноконтрастной взвеси, исследуют рельеф слизистой оболочки кишки.
- На заключительном этапе ирригоскопии, особенно при подозрении на опухоль толстой кишки, исследование проводят при дозированном заполнении кишки воздухом, используя аппарат Боброва (двойное контрастирование).

Осложнения.

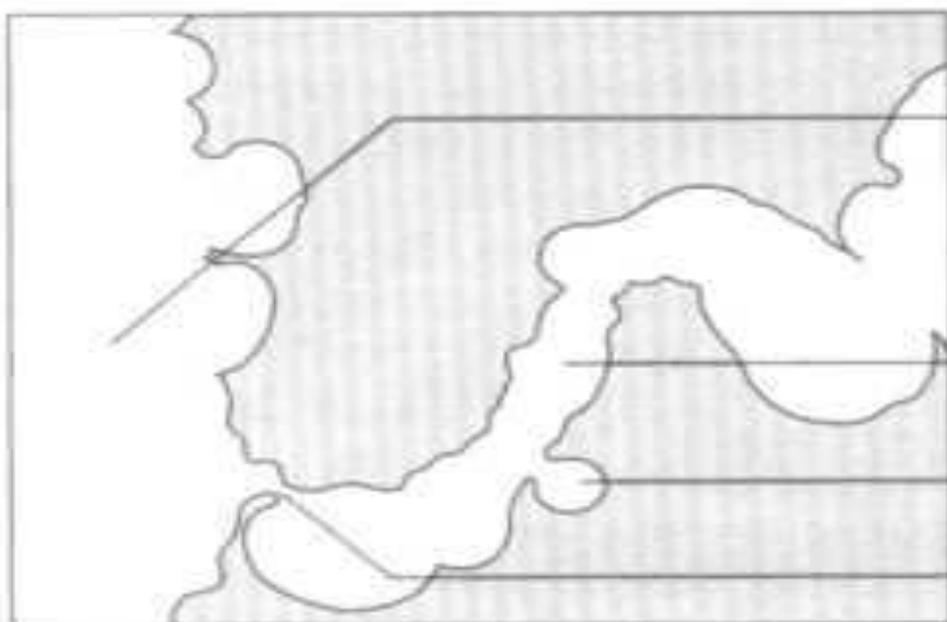
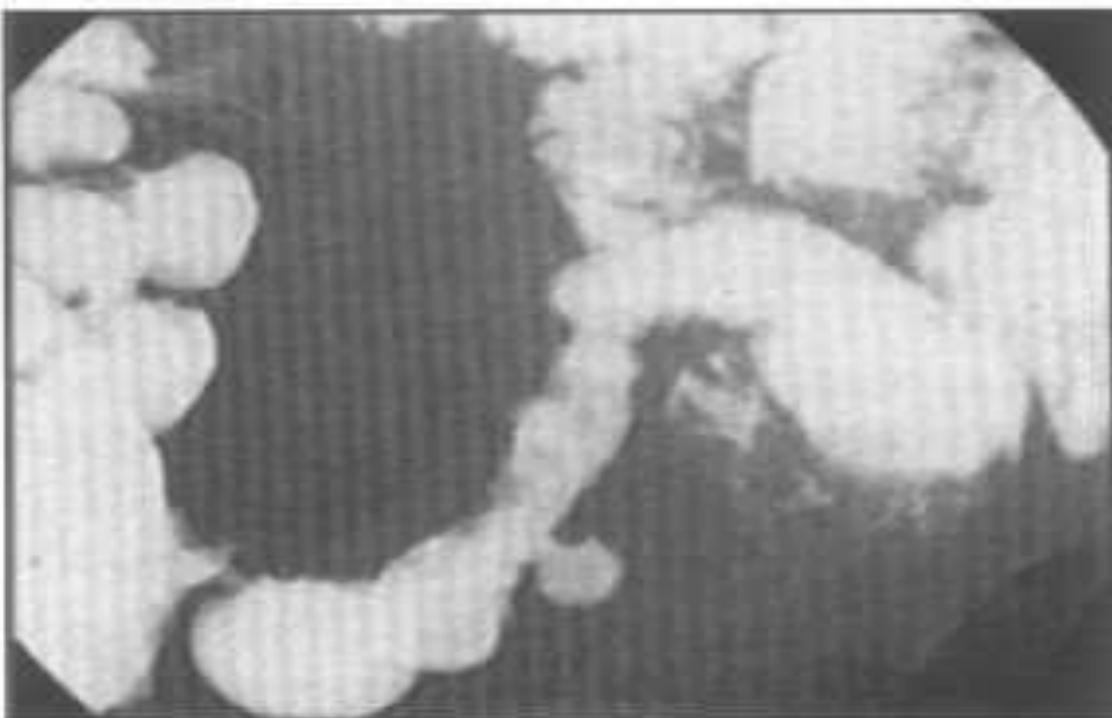
- Ирригоскопия не вызывает серьезных осложнений.
- При перерастяжении кишки и передозировке танина могут отмечаться боль в животе и болезненные позывы.



Рентгенограмма
толстой кишки в
норме после
удаления
рентгеноконтра-
стной
взвеси.



Рентгенограмма
сигмовидной
ободочной кишки при
раке: определяется
сужение и
неровность контуров
кишки, нарушение
рельефа слизистой
оболочки.



Слепая кишка

Утонченный и
изъязвленный сегмент
подвздошной кишки

Псевдодивертикул

Стриктура

- **Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов** брюшной полости и забрюшинного пространства (печени, почек, поджелудочной железы, селезенки, желчного пузыря и желчевыводящих путей) имеет важное значение в комплексе лучевых методов диагностики различных патологических состояний.
- Роль ультрасонографии подчеркивает факт отсутствия достаточно информативных обычных рентгенологических способов исследования многих из этих органов (печень, поджелудочная железа, селезенка) или ограниченной доступности рентгеновских способов (например, компьютерной томографии), а радионуклидное исследование, хотя и является высокочувствительным методом, но обладает недостаточной специфичностью для дифференциальной диагностики.
- Кроме того, УЗИ, в отличие от рентгеновского и радионуклидного, безвредно для обследуемых больных.





УЗИ позволяет определить:

- нормальное или неправильное расположение отдельных внутренних органов,
- нормальные или измененные размеры органа,
- наличие или отсутствие поражения во внутренних органах (при обнаружении поражения: жидкостное образование или твердое),
- смещение внутренних органов из-за наличия опухоли или других поражений,
- накопление жидкости вокруг внутренних органов,
- выбор участка для пункции при цитологической диагностике, аспирации, введении контрастного вещества, дренировании кист и асцитической жидкости и др.

ПРОТОКОЛ

- МЕТОДИКА СОСТАВЛЕНИЯ ПРОТОКОЛА УЗИ
- Ф. И. О., возраст, дата исследования, клинический диагноз.
- Вид датчика.
- Описание: положение, форма, размеры, эхогенность, звукопроводимость, гомогенность, характер контуров, наличие дополнительных патологических образований, их количество, эхогенность, локализация, звукопроводимость, наличие «акустической тени», «дистального усиления», «хало» и др.
- Заключение о патоморфологическом субстрате.

СУРГУТСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

ПАЦИЕНТ _____ 200__ г.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ № _____

№ стр. подписи

ПЕЧЕНЬ: левая доля не увеличена мм
 правая доля не увеличена мм контуры ровные
 структура однородная эхогенность
 зернистость обычная
 внутривенные протоки не расширены

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: размеры не увеличены х мм
 стенки уплотнены утолщены содержимое однородное
 конкременты не определяются

ductus choledochus не расширен мм v. porta мм
 v. cava inf мм v. linelis

ПОДЖЕ- ЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА головка не увеличена мм тело не увеличено
 хвост не увеличен мм контуры ровные
 структура однородная эхогенность

СЕЛЕЗЕНКА: размеры не увеличены х мм контуры ровные
 Структура однородная эхогенность не изменена

Свободная жидкость в брюшной полости _____ определяется.

ПОЧКИ	ПРАВАЯ	ЛЕВАЯ			
расположение	обычное	обычное			
контуры	ровные	ровные			
размеры	не увеличены	не увеличены	х		мм
паренхима	не изменена	не изменена	мм		
чаш.-лох. сист.	не расширена	не расширена		мм	
конкременты	не определяются	не определяются			

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

ОПИСАНИЕ УЗИ В НОРМЕ

- В норме печень расположена в правом подреберье, передне-задний размер на уровне верхнего полюса правой почки до 140 мм, эхогенность средняя, звукопроводимость обычная, контуры четкие и ровные, структура однородная.
- На границе 4 и 5 сегмента печени располагается желчный пузырь, грушевидной или овальной формы, средние размеры 80х30 мм, контуры его четкие и ровные, просвет свободный, стенка не утолщена и не уплотнена, структура анэхогенная, хорошо выражено дистальное усиление звука.
- Портальная вена шириной до 15 мм, холедох - до 6 мм.

- Поджелудочная железа в норме расположена в эпигастрии, хорошо дифференцируются головка, тело и хвост железы, контуры ее четкие и ровные, структура гомогенная, эхогенность средняя, капсула прослеживается на всем протяжении, размеры головки до 27 мм, тела - до 25 мм, хвоста до 20-22 мм.
- Селезенка расположена в левом подреберье, имеет вид полумесяца, структура гомогенная, эхогенность средняя, контуры четкие и ровные, размеры 120x40 мм.
- Почки располагаются забрюшинно. Размеры их около 125x60 мм, контуры четкие и ровные, паренхима структурна, толщиной не менее 15 мм, чашечно-лоханочная система не расширена.

Спасибо за внимание!

