

РХПГ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БИОПСИЕЙ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТЕНОЗОВ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА

Иванова И. В.

Московский Государственный Медико-стоматологический университет, кафедра лучевой диагностики, г. Москва

Доброкачественные заболевания холедоходуodenального соединения - предмет многолетних клинических исследований. Лечебно-диагностические проблемы усугубляются сложной структурно-функциональной организацией холедоходуodenального соединения. Поэтому всё большее значение приобретают лучевые методы исследования, позволяющие подтвердить механический характер желтухи, локализовать уровень обтурации и определить природу заболевания.

Целью исследования была оценка возможностей и результатов использования МРХПГ и РХПГ с последующей эндоскопической биопсией для дифференциальной диагностики доброкачественных стенозов терминального отдела холедоха.

Материалом для работы послужили результаты исследований 29 больных с механической желтухой, находившихся на лечении в ГКБ №81 и в Главном клиническом госпитале МВД РФ.

Воспаление большого сосочка двенадцатиперстной кишки, или папиллит, был выявлен у 26 больных. При поступлении у 18 больных с папиллитами имела место желтуха и только у 8 пациента из них папиллит не сочетался с другими доброкачественными заболеваниями ХДС. Корреляционные коэффициенты между показателями общего билирубина и АЛТ, АСТ составили 0,49 и 0,36 соответственно. При УЗИ диаметр ОЖП у всех больных с папиллитами был более 7 мм, находился в пределах от 6 мм до 18 мм при среднем значении $13,1 \pm 3,17$ мм. Клинические, лабораторные исследования не позволили выявить воспаление БСДК. Лейкоцитоза, смещения лейкоцитарной формулы влево у больных с папиллитами выявлено не было. Диагностический поиск при папиллитах был направлен на выявление его осложнений, вызывающих нарушения оттока желчи. При рентгенологическом исследовании папиллиты проявлялись сужением в области БСДК и равномерной умеренной дилатацией печеночно-желчного протока, что вызывает холестаза, подтвержденный лабораторными исследованиями. Прямых диагностических признаков папиллита на МР-изображениях выявлено не было. МР-картина характеризовалась, как и при РХПГ, наличием сужения дистального отдела холедоха протяжённостью около 2 см, с чётким ровным контуром, расширением вышележащих отделов более 7 мм.

Таким образом, диагностика воспаления большого сосочка двенадцатиперстной кишки достоверно может проводиться только с применением РХПГ и морфологических методов исследования.

Аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки была выявлена у 3 пациентов (2 женщины и 1 мужчина). Ультрасонографическая картина при аденомах БСДК характеризовалась наличием только косвенных признаков нарушения желчеоттока, средний диаметр ОЖП составил $10,75 \pm 0,95$ мм. Рентгенологическая и МР-картина были схожи с таковыми при папиллите, прямых диагностических ультразвуковых, рентгенологических данных не выявлено. Поэтому единственным точным способом установления диагноза следует считать морфологические методы. Заподозрить аденому БСДК можно по характерным жалобам, которые предъявляют больные. Заболевание начинается с кожного зуда, через 1-3 месяца после этого появляется умеренная желтуха, при отсутствии диспепсических симптомов, характерных для инфекционных гепатитов и клинических признаков холангита. С аденомой БСДК эндоскопическую папиллэктомию выполнили всем больным. ЭПТ использовали как лечебную операцию. Эндоскопическая папиллэктомия у них была первым дренирующим этапом. Одной больной выполнили панкреато-дуоденальную резекцию, т.к. нельзя было исключить малигнизацию аденомы БСДК. Таким образом, диагноз аденомы БСДК правомерен только после морфологического исследования.