

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Сиваш Э. С.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

РЕЗЮМЕ

Все изложенное в лекции является результатом многолетнего личного опыта автора, основанного на большом количестве клинических наблюдений за больными хроническим панкреатитом. Наблюдения подтверждают важную роль рентгенодиагностики в распознавании основного заболевания, возникших осложнений и сопутствующих заболеваний.

Нам хотелось бы подчеркнуть необходимость сохранения классической (базовой) рентгенологии в числе других методов лучевой диагностики, особенно для практической медицины.

Ключевые слова: рентгенология, лучевая диагностика, хронический панкреатит.

SUMMARY

All stated in lecture grows out of long-term personal experience of the author based on a considerable quantity of clinical supervision for patients with chronic pancreatitis. Supervision confirms an important role of radiodiagnosis in basic disease recognition, the arisen complications and accompanying diseases. We would like to underline necessity of preservation classical (base) roentgenology among other methods of roentgen diagnostics, especially for applied medicine.

Keywords: roentgenology, roentgen diagnostics, chronic pancreatitis.

Трудности диагностики заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) во многих случаях связаны с разнообразием клинических проявлений и течения, а также особенностями ее топографо-анатомического расположения и сопутствующими заболеваниями.

Решающая роль в распознавании различных заболеваний ПЖ, в частности хронического панкреатита (ХП), принадлежит ультразвукографии (УЗИ), мультиспиральной компьютерной (МСКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и эндоскопической панкреатографии (РПГ). Однако и классический рентгенологический метод исследования сохраняет определенное место в диагностическом процессе. Рентгенологические признаки заболеваний ПЖ зависят от локализации процесса, объема и фазы заболевания.

Больному с подозрением на ХП в первую очередь выполняются обзорные рентгенограммы грудной клетки и живота

На рентгенограммах грудной клетки при ХП следует исключить жидкость в левой плевральной полости, дисковидные ателектазы над левым куполом диа-

фрагмы, ограничение или полное отсутствие ее подвижности, усиление легочного рисунка или очаговые воспалительные изменения в базальных отделах левого легкого. Эти изменения указывают на осложненное течение панкреатита и требуют дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

На рентгенограммах живота в прямой и левой боковой проекциях у 35–70% больных с ХП определяются обызвествления в области проекции ПЖ. Обычно они множественные, различных размеров и располагаются внутри панкреатических протоков или в паренхиме ПЖ (рис. 1 и 2).

Причиной кальциноза ПЖ могут быть также предшествующая травма или фиброзирование кисты. Обызвествления встречаются и при опухоли ПЖ, особенно возникшей на фоне длительно существующего ХП. Панкреатит вовлекает в процесс и параренальное пространство, поэтому в результате жирового некроза могут иметь место параренальные обызвествления. У больных с наследственным панкреатитом обычно обнаруживаются крупные обызвествления, рассеянные по всей железе. Эти обызвествления определяются



Рис. 1. Прямая обзорная р-ма живота. В 12-перстной кишке зонд. В проекции главного панкреатического протока цепочка крупных конкрементов.



Рис. 2. Правая боковая р-ма живота. В позадижелудочном пространстве на уровне L2-L3, множественные известковой плотности тени — кальциноз поджелудочной железы.



Рис. 3. Прямая р-ма желудка и тонкой кишки в вертикальном положении. Смещение желудка вверх и вправо, дуоденоюнального изгиба вниз, за счет увеличенной поджелудочной железы.



Рис. 4. Р-ма живота в прямой проекции на спине. Контрастирована толстая кишка. Плоское вдавление на верхней стенке левой половины поперечно-ободочной кишки от увеличенной поджелудочной железы.

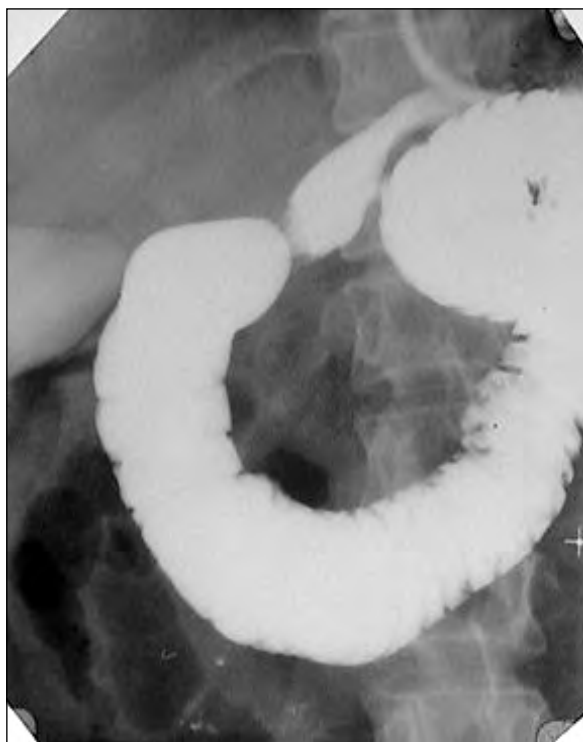


Рис. 5. Дуоденограмма в прямой проекции. Диффузное увеличение дуоденального кольца, сглаженность углов, небольшое равномерное вдавление на медиальной стенке.



Рис. 6. Дуоденограмма в прямой проекции. Органическое вдавление на медиальной стенке нисходящего отдела с четким контуром. Сегментарное увеличение головки поджелудочной железы.



Рис. 7. Дуоденограмма в прямой проекции. Неравномерное сегментарное вдавление на медиальной стенке нисходящего отдела н/3 — симптом «кулис». Карцинома головки поджелудочной железы.



Рис. 8. Дуоденограмма в прямой проекции. Циркулярное асимметричное сужение ср/3 нисходящего отдела с нависанием стенок выше и ниже него, подтягивание и фиксация медиальной стенки. Рак Фатерова соска.

рано и крупнее тех, что наблюдаются при хроническом алкогольном панкреатите. У таких больных, если производится эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), видны расширенные протоки.

Другим признаком, выявляемым на обзорной рентгенограмме живота, является симптом «дежурной петли» — скопление газа в одной из проксимальных петель тощей кишки, пограничных с ПЖ. Этот симптом указывает на обострение ХП.

КОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Подозрение на ХП нередко высказывается рентгенологом при контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на основании ряда признаков, обнаруживаемых у больных с ХП, которые не являются специфическими. Среди них наиболее существенные:

- 1) расширение позадижелудочного пространства, связанное с увеличением и фиброзом ПЖ и давлением на заднюю стенку желудка;
- 2) смещение желудка вверх и вправо с оттеснением дуоденоюнального изгиба вниз (рис. 3);
- 3) расширение дуоденального кольца при диффузном увеличении головки ПЖ, вдавление от увеличенной головки ПЖ на медиальной стенке кишки;
- 4) оттеснение желудка от поперечно-ободочной кишки, обусловленное ретроперитонеальным отеком или скоплением жидкости воспалительного характера в малом сальнике (рис. 4). Этот симптом обычно сопутствует обострению панкреатита или формированию кисты ПЖ.

Одним из вариантов течения ХП является псевдотуморозный хронический панкреатит (ПТХП), обычно алкогольной этиологии

Именно при этой форме чаще всего и обнаруживается кальциноз ПЖ. В клинической картине этой формы ХП много общих черт с раком ПЖ, что крайне затрудняет дифференциальную диагностику. Причем эти трудности испытывают не только клиницисты и рентгенологи, но и специалисты других методов лучевой диагностики и даже хирурги во время операции.

Результаты комплексного обследования больных ХП алкогольной этиологии привели в 60–70-е гг. XX в. к разработке специальных методик рентгенологического исследования, в частности дуодено- или холедуоденографии, которые способствовали уточнению диагноза, так как давали исчерпывающую характеристику состояния просвета, эластичности стенок и рельефа слизистой ДПК, а также внепеченочных желчных протоков.

На основе применения этих методик мы выделили три формы увеличения головки ПЖ при ХПТП: диффузную, диффузно-узловую и узловую.

При диффузной форме увеличенная головка равномерно давит на медиальную стенку, вызывает сгла-

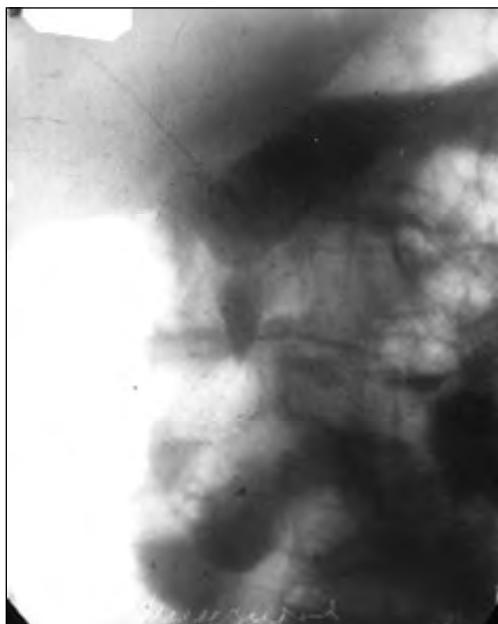


Рис. 9. РПХГ. Антрат удален. Конусовидное сужение холедоха с супрастенотическим расширением при сегментарном увеличении головки поджелудочной железы.



Рис. 10. Р-ма желудка и 12-перстной кишки в правой косой проекции на фоне раздутого газом, антрального отдела желудка. Видна большая залуковичная язва, просвет кишки вокруг нее сужен.

женность углов перехода одного отдела в другой. При такой форме ХПТП в условиях гипотонии просвет ДПК расширяется на всем протяжении, вдавление на медиальной стенке равномерное, зубчатость внутреннего контура сглажена, местами видны мелкие спикурообразные выпячивания за счет спаечного процесса между головкой и стенкой кишки. Рельеф слизистой сохранен, складки имеют обычное направление (рис. 5).

Наибольшие трудности в дифференциальной диагностике ХПТП возникают при изолированной узловой форме увеличения и уплотнения головки ПЖ и особенно диффузно-узловой форме. При первой из этих двух форм необходимо исключить развитие рака на фоне ХП, так как, кроме диффузного расширения всей подковы ДПК, появляются признаки сегментарного увеличения головки с локальным давлением этого участка на стенку кишки и сужением ее просвета. Четкий и ровный контур такого вдавления говорит в пользу панкреатита (рис. 6).

При неравномерном отдавливании стенок ДПК увеличенной и уплотненной головкой ПЖ основное внимание необходимо уделять состоянию стенок и рельефа кишки. Четкие контуры вдавления, отсутствие изменений слизистой в совокупности с клиническими данными позволяют исключить злокачественное поражение поджелудочной железы (рис. 7).

В других случаях сегментарное давление имеет неровный двойной контур, возникают симптом «кулис» и признаки инфильтрации медиальной стенки кишки на этом на уровне (рис. 7) или циркулярное сужение с нависанием стенок на его границах (рис. 8).

В тех случаях, когда сегментарное увеличение головки локализуется в области Фатерова соска и терминальной части общего желчного протока, велика вероятность возникновения желтухи. По состоянию внепеченочных желчных протоков легче дифферен-

цировать опухоль головки от ХПТП. При ХП сужение общего желчного протока равномерное, супрастенотическое расширение значительное, переход суженного участка в расширенный — плавный, с четкими контурами. Дистальная часть протока сдавлена, но нет признаков инфильтрации протока опухолью (рис. 9). На фоне лечения желтуха уменьшается или исчезает.

Изредка узловую форму увеличения головки при ХП приходится дифференцировать с аномалиями развития, в частности с *кольцевидной поджелудочной железой*. Известно, что ПЖ образуется из вентрального и дорзального сегментов, процесс развития заканчивается их соединением с окончательным слиянием обоих сегментов. Кольцевидная ПЖ — результат неполной ротации, она сочетается с аномалией расположения панкреатических протоков. В результате этого ткань ПЖ циркулярно или полуциркулярно охватывает ДПК, полностью или частично сдавливая ее просвет. Рентгенологическое исследование ЖКТ обнаруживает сужение проксимальной части нисходящего отдела ДПК, иногда с перегибом под углом, но всегда с ровными контурами. Взрослым при необходимости подтверждения аномалии развития проводится РПХГ, которая показывает добавочный проток в кольцевидной ПЖ.

В дифференциальном диагнозе при этой форме ХП следует иметь в виду также залуковичную язву с пенетрацией в головку ПЖ (рис. 10) и парафатеральный дивертикул.

В заключение следует подчеркнуть: когда классическая рентгенодиагностика и другие диагностические методы неэффективны, МСКТ оказывается в состоянии обеспечить надежную диагностику благодаря высокочувствительной системе измерений, так как удается дифференцировать воспалительные изменения от кист, гематом, опухолей и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, Ю. В. Эндоскопическая панкреатохолангиография в диагностике поражений поджелудочной железы, вне- и внутрипеченочных протоков/Ю. В. Васильев//Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1999. — № 3. — С. 18–24.
2. Кармазановский, Г. Г. Компьютерная томография поджелудочной железы и органов брюшного пространства/Г. Г. Кармазановский. — М.: Паганель, 2000. — 310 с.
3. Логинов, А. С. Псевдотуморозная форма хронического рецидивирующего панкреатита/А. С. Логинов, З. С. Исакова, Э. С. Сиваш//Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1984. — № 4. — С. 35–38.
4. Логинов, А. С. Возможности рентгенологического распознавания кальциноза поджелудочной железы и хронического калькулезного панкреатита/А. С. Логинов, Э. С. Сиваш, Г. В. Кудрявцева//Вестн. рентгенол. — 1982. — № 5. — С. 42–45.
5. Минько, Б. А. Комплексная лучевая диагностика и оценка эффективности лечения хронических панкреатитов и опухолевых заболеваний поджелудочной железы: автореф. дис.... докт. мед. наук/Б. А. Минько. — СПб., 1999. — 24 с.
6. Ратников, В. А. Современные подходы к лучевой диагностике заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны/В. А. Ратников, А. Ю. Васильев, Я. А. Лубашев и др.//Мед. Визуализация. Спецвыпуск. ВИДАР. — 2008. — С. 233–234.
7. Соколов, Л. К. Клинико-инструментальная диагностика болезней органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны/Л. К. Соколов, О. Н. Минушкин, В. М. Саврасов и др. — М.: Медицина, 1987. — С. 280.
8. Юдин, А. Е. Возможности МСКТ в диагностике острых воспалительных заболеваний поджелудочной железы и их осложнений/А. Е. Юдин, И. П. Корольюк, В. И. Белоконов и др.//Мед. Визуализация. Спецвыпуск. ВИДАР. — 2008. — С. 322–323.
9. Baert, A. Z. Radiology of Pancreas/A. Z. Baert et al. — Berlin: Springer-Verlag, 1999. 281 p.
10. Skucas, G. Radiology of Acute Abdomen/G. Skucas, R. F. Sparato. — New-York: Churchill Livingstone, 1986. — P. 339–369.
11. Stark, D. D. Magnetic resonance and CT of the normal and diseased pancreas: A comparative study/D. D. Stark, A. A. Moss, H. I. Goldberg et al.//Radiology. — 1994. — Vol. 150. — P. 153–157.