

В.В. Юрченко, Е.А. Ильичева

ТРАКТОВКА НЕСТАНДАРТНЫХ СЛУЧАЕВ ДАННЫХ ЭРХПГ

Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича (Красноярск)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Рассмотрена специфичность наиболее распространенных рентгенологических симптомов нарушения желчеоттока, выявляемых на ЭРХПГ, а также редкие нетипичные рентгенологические наблюдения очаговой патологии гепатобилиарной области.

Ключевые слова: эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, очаговые заболевания гепатобилиарной зоны

INTERPRETATION OF NON-TYPICAL DATA OBTAINED BY ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY

V.V. Yurchenko, E.A. Ilyichiova

City Clinical Hospital N 6 named after N.S. Karpovich, Krasnoyarsk
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

The authors observe the specificity of the most widespread X-ray symptoms of disturbed bile outflow revealed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography and also rate non-typical X-ray data of focal pathology of hepatobiliar area.

Key words: endoscopic retrograde cholangiopancreatography, local hepar diseases

История рентгенологических исследований желчных и панкреатических протоков с применением ретроградной канюляции фатерова сосочка насчитывает более 37 лет — первая эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) выполнена Mc Cune [1]. К настоящему моменту основными клиническими проблемами, связанными с данной диагностической интервенцией, считаются проблемы повышения частоты контрастирования желчных протоков и снижение уровня осложнений [1, 5]. Однако общепринятая точка зрения о высокой чувствительности ЭРХПГ и специфичности выявляемых симптомов [2], по сути дела, касается только синдромной диагностики, и приводимые параметры данного исследования не в полной мере характеризуют возможность выявить и определить природу образований желчных и панкреатических протоков [3]. Кроме того, определенные резервы усовершенствования ЭРХПГ как диагностического метода существуют также в направлении получения высокоинформативных рентгенограмм и их интерпретации. На настоящий момент из подобных приемов наиболее известна видеофиксация наполнения желчных и панкреатических протоков рентгенконтрастным препаратом и его эвакуации [8]. Однако в техническом отношении данная возможность присутствует не во всех лечебных учреждениях. Существует также несколько классификаций рентгенологических симптомов, выявляемых на патологически измененной поджелудочной железе [6, 8]. Однако данные симптомы достаточно редки и не отличаются в большинстве своем высокой специфичностью [7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дуоденоскоп фирмы «Олимпус», набор катетеров для ЭРХПГ, установка для рентгеноскопии и рентгенографии «Сименс».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На настоящий момент общепринятым алгоритмом анализа рентген-контрастных исследований желчных протоков является следующая последовательность:

- 1) оценка заполняемости контрастом всех уровней желчевыводящей системы — общего желчного, печеночных протоков, желчного пузыря;
- 2) оценка диаметра желчных протоков, присутствие стенотического участка, супрастенотического расширения, субстенотического сужения;
- 3) оценка формы желчных протоков;
- 4) присутствие внутрипросветных теней (их размеры, форма, четкость границы, связь с окружающими тканями).

Наибольшую сложность в трактовке рентгенограмм вызывают деформация желчных протоков, фиксированные тени в просвете желчных протоков с нечеткими границами или нестандартными формами, отсутствие супрастенотического расширения или дистального отдела общего желчного протока при двойном его дренировании, отсутствие контрастирования проксимальных отделов, нетипичные границы внутripеченочных образований. Значительный удельный вес подобных наблюдений ограничивается лишь синдромной диагностикой (т.е. лишь констатацией блока желчных протоков без определения его параметров, характеризующих морфологию и этиологию). Дан-

ный подход не позволяет принять решение об операбельности, возможном объеме и характере хирургического вмешательства. Эти вопросы решаются, как правило, интраоперационно, увеличивая время вмешательства и вероятность осложнений. Таким образом, на настоящий момент проблема оценки ряда рентгенологических характеристик желчных и панкреатических протоков остается решенной не полностью.

Оценка диаметра гепатикохоледоха. На первый взгляд это наиболее простой элемент оценки состояния гепатикохоледоха. Даже если область стеноза визуализируется с трудом, то супрастенотическое расширение определенно указывает на существование блока. Однако, как показал анализ 750 ЭРХПГ (табл. 1) супрастенотическое расширение не всегда возникает при существующих стенозах или при холедохолитиазе.

При конкрементах желчных протоков их тени, как правило, не позволяют пропустить патологию.

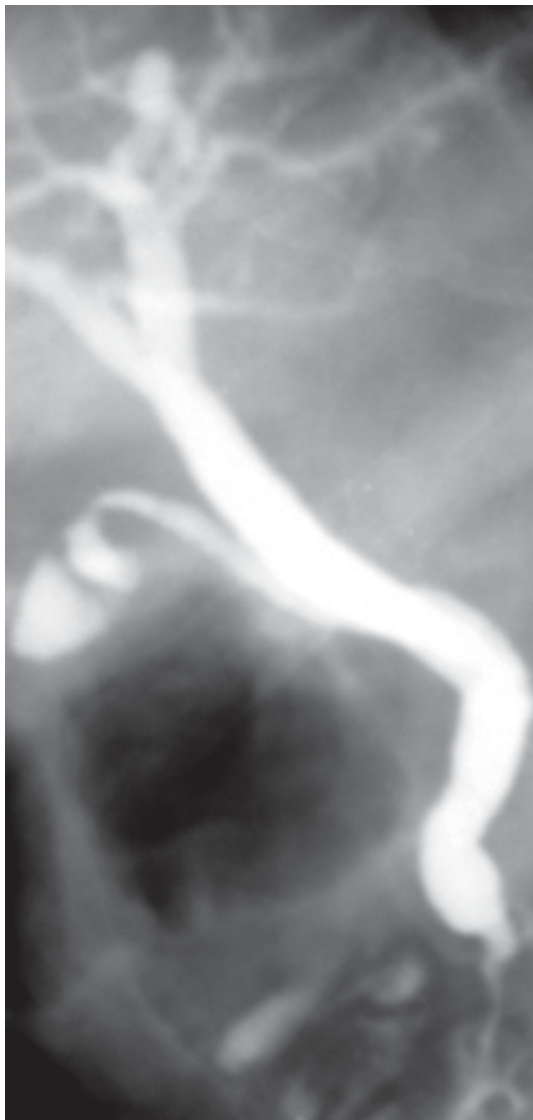


Рис. 1. Рентгенограмма. Злокачественная инфильтрация гепатодуоденальной связки.

Иная ситуация при блоке гепатикохоледоха, вызванном стенозом — в этом случае других симптомов может не определяться. Данные состояния наблюдаются при злокачественной инфильтрации гепатодуоденальной связки (рис. 1) и непродолжительных, преходящих блоках гепатикохоледоха, сопровождающихся умеренной гипербилирубинемией. Сопутствующие отклонения от рентгенологической нормы (колбовидные расширения общего желчного протока и деформация общего желчного протока) могут косвенно указать на нарушение пассажа желчи (рис. 2, 3).

Изредка также встречается ситуация, обратная описанной, — резкая делятация гепатикохоледоха на ограниченном участке (рис. 4), в этом случае можно говорить об аневризме желчных протоков. Данное образование возникает при сочетании дистального блока желчных протоков с выраженным истончением их стенок. Авторы подобные изменения желчных протоков встречали в трех наблюдениях злокачественного поражения головки поджелудочной железы.

Таким образом, можно сделать выводы, что:

1) супрастенотическое расширение не является обязательным симптомом блока желчных протоков;



Рис. 2. Рентгенограмма. Колбовидные расширения общего желчного протока.

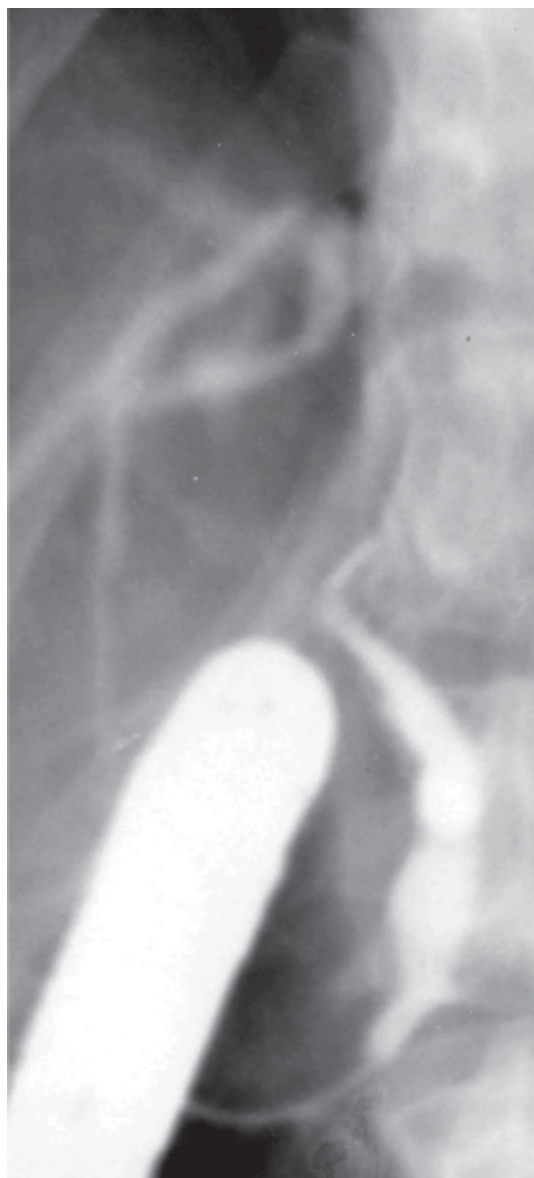


Рис. 3. Рентгенограмма. Деформация общего желчного протока.

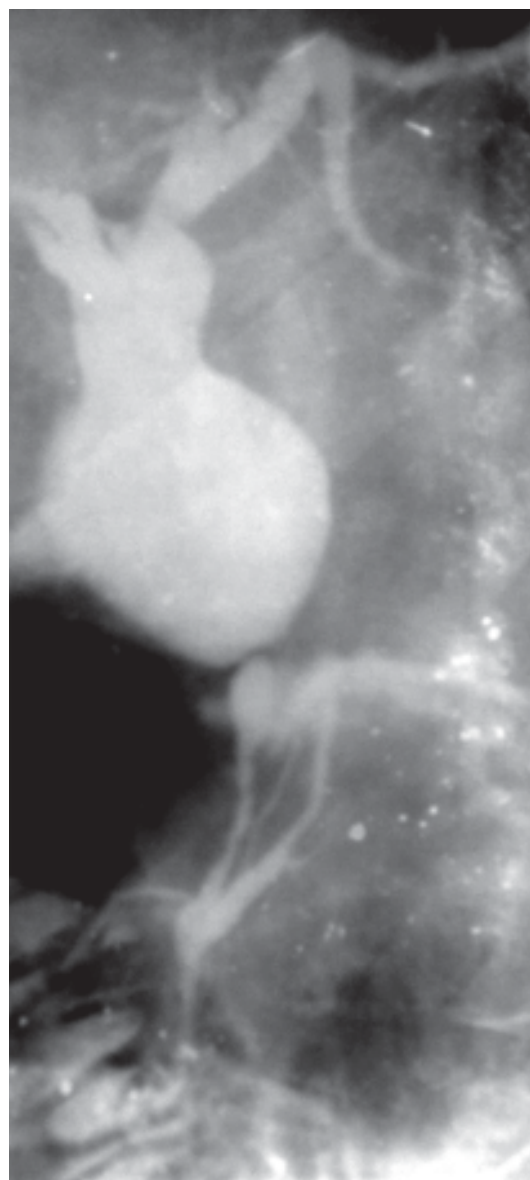


Рис. 4. Рентгенограмма. Резкая делятация гепатихоледоха на ограниченном участке.

Таблица 1

Распределение рентген-симптомов у пациентов с блоком гепатихоледоха

Нозология, n = 750	Количество пациентов без супрастенотического расширения		Сопутствующие симптомы					
			Тени конкрементов		Деформация гепатихоледоха		Тени внутрипротоковых образований	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Холедохолитиаз, n = 310	21	2,8	21	2,8	2	0,267	–	–
Стенозы гепатихоледоха, n = 440	28	3,7	–	–	12	1,6	8	1,07

2) для обоснования блока желчных протоков в отсутствии других симптомов возможно применение эндоскопического эндопротезирования с диагностической целью.

Деформация желчных протоков. Под деформацией желчных протоков автор понимает зигзагообразное искривление границ желчных про-

токов при сохранении постоянного их диаметра с типичными сфинктерными сужениями.

Авторами проанализированы 51 наблюдения деформации желчных протоков, из которых в 28 (54,1 %) наблюдениях данный симптом не сопровождался тенями конкрементов, во всех 28 наблюдениях было выявлено новообразование подпеченочного пространства. Таким образом, необходимо отметить тот факт, что отсутствие теней конкрементов желчных протоков при выраженной деформации внепеченочных желчных протоков является характерным симптомом новообразования подпеченочного пространства.

Стабильно фиксированные тени просвета внепеченочных желчных протоков и тени с нечеткими границами. Стабильно фиксированные тени просвета желчных протоков, как правило, вызывают трудности в их интерпретации при сохраненном ретроградном пассаже рентгенконтрастного препарата в вышележащие отделы желчевыводящих путей. Фиксированной тенью авторы считали тень, отвечающую следующим критериям:

- 1) стабильная локализация и форма при инструментальной пальпации;
- 2) стабильная локализация и форма при различных положениях тела;
- 3) стабильная локализация и форма при повторных исследованиях.

Наиболее очевидным может казаться интерпретация данного типа рентгенологической тени как новообразования, связанного с окружающими тканями. Однако, более глубокий анализ клинического и рентгенологического материала обнаруживает, что и относительно крупный конкремент может давать фиксированную тень. Данный факт объясняется ограниченностью участка желчных протоков для движения конкремента. Естественно, речь не идет о множественных конкрементах, фиксирующих друг друга в ограниченном пространстве желчных протоков. Тени конкрементов могут иметь неровные границы, характерные для новообразований и наоборот ровные границы тени могут появляться и при новообразованиях желчных протоков (табл. 2). На злокачественный характер новообразования указывает формирование второго блока желчных протоков на уровне ворот печени, вызванного метастазированием в лимфатические узлы данной области. Возможны случаи одновременного фор-

мирования дистального и проксимального блока желчных протоков.

Особый случай представляют так называемые плоские тени желчных протоков. Объяснение их природы вызывает затруднение: они достаточно стабильны, чтобы принимать их за тени воздушного происхождения, при этом встречаются в качестве сопутствующих симптомов к более высокоспецифичным, что исключает практическую необходимость в исследовании их сущности.

Таким образом, можно сделать вывод, что:

1. Характер границы тени не может служить дифференциально-диагностическим признаком новообразований и конкрементов, так как встречается с незначительной разницей в частоте при данных патологиях.

2. Для фиксированной тени гепатикохоледоха злокачественной природы характерны дополнительные проявления поражения желчных протоков, сопровождающиеся нарушением их проходимости.

Тени в просвете желчных и панкреатических протоков с нечетко оформленными (неясными) границами могут быть как множественными (рис. 5), так и одиночными (рис. 6, 7). Данный тип теней вызывает наибольшие затруднения в интерпретации — прежде всего рентгенолог задумывается об артефакте, что легко перепроверить, повторив ЭРХПГ. Однако, получив и на повторных рентгенограммах аналогичные тени, особенно, если сопутствующие патологические изменения отсутствуют и заключения других врачей-диагностов неопределенны, врач-рентгенолог в определенной мере может испытывать затруднения в трактовке. В абсолютно всех наблюдениях, сопровождавшихся подобными тенями гепатохоледоха, обнаружены новообразования злокачественной природы, однако, количество набранного материала не позволяет сделать в отношении данного типа тени статистически достоверные заключения. Поэтому, рентгенологическое заключение при данных сложностях трактовки должно в значительной мере использовать данные других методов обследования (УЗИ, КТ). Из методов обследования, применение которых возможно во время проведения ЭРХПГ и способных внести определенную ясность в диагностический поиск следует отметить аспирационную биопсию желчных и панкреатических протоков.

Таблица 2

Отдельные характеристики рентгенкартины блока желчных протоков

Пациенты с блоком желчных протоков. n = 112	Характер границы тени				Форма тени				Сопутствующие симптомы	
	ровная		неровная		правильная		неправильная			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Холедохолитиаз, n = 55	38	69,09	17	30,91	35	63,64	20	36,37	49	89,09
Новообразования, n = 57	19	33,33	38	66,67	15	26,32	42	73,68	43	75,44

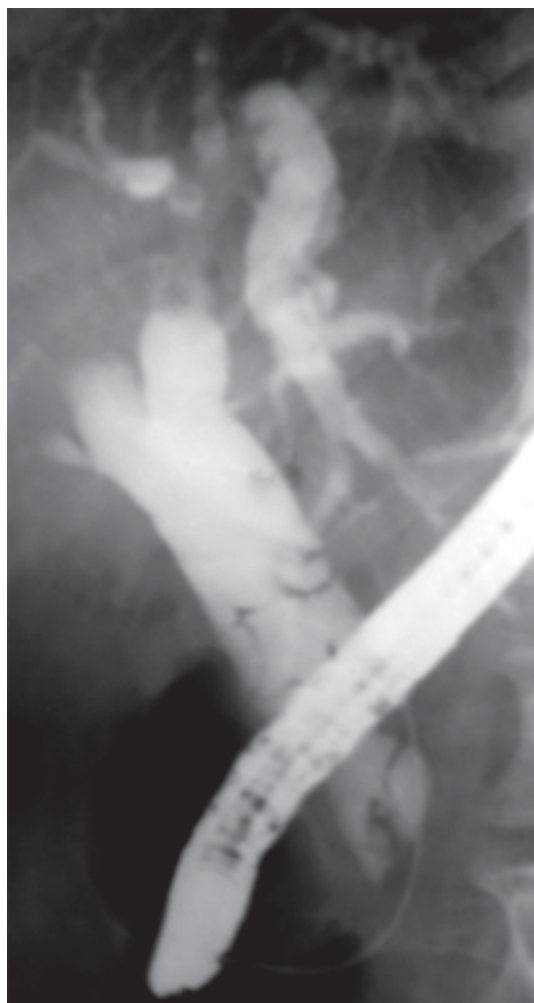


Рис. 5. Рентгенограмма. Множественные тени в просвете желчных и панкреатических протоков.

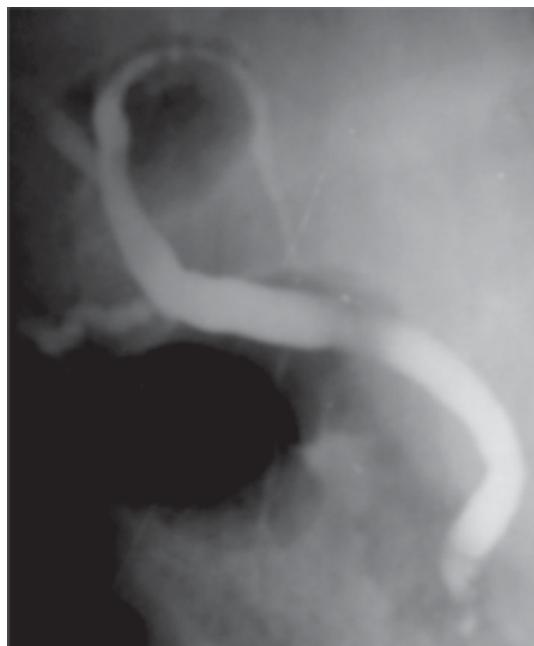


Рис. 6. Рентгенограмма. Одиночные тени в просвете желчных и панкреатических протоков.

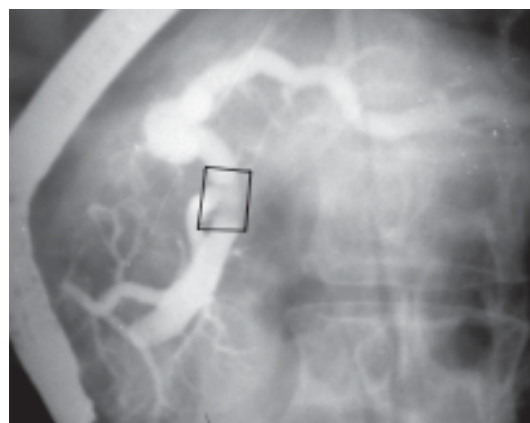


Рис. 7. Рентгенограмма. Одиночные тени в просвете желчных и панкреатических протоков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. — М.: ИМА-пресс, 1996. — 152с.
2. Неудачи РХПГ / А.Е. Войтковский, В.В. Гвоздик, А.А. Мартынов и др. // Мат-лы 6-го московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 91
3. Кургузов О.В.. Диагностические возможности гастродуоденоскопии и эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии при доброкачественных новообразованиях большого дуоденального сосочка / О.В. Кургузов, П.В. Климов // Мат-лы 8-го московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2004. — С. 170.
4. Профилактика острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии / Г. Трофимович, Ю. Покротниекс, Н. Зеравс и др. // Сб. тез. 6-го московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 380.
5. Устинов Г.Г. Трудности и осложнения при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии / Г.Г. Устинов, В.В. Черепанов // Мат-лы 6-го московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. — М., 2002. — С. 386.
6. Arvanitakis M. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography / M. Arvanitakis, J. Deviere // Endoscopy. — 2004. — Oct, N 36(10).
7. Cotton P.B. Endoscopic Retrograd Cholangiopancreatography / P.B. Cotton, C.B. Williams. — Humberg; Wilson-Cook medical INC, 1998. — 183 p.
8. At least 180 ERCPs are needed to attain competence in diagnostic and therapeutic ERCP / P.S. Jowell, S. Branch, J. Affronti et al. // Gastrointest Endosc. — 1996. Vol. 43. — P. 314.