

А. Г. Шулешова

Холангиоскопия в диагностике заболеваний внепеченочных желчных протоков

А. Г. Шулешова, д.м.н., проф. кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии¹

Н. В. Фомичева, врач-эндоскопист²

Д. Н. Ульянов, к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии¹

А. С. Балалыкин, д.м.н., проф. кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии¹

Д. В. Данилов, к.м.н., ассистент кафедры хирургии с курсами эндоскопии и детской хирургии^{1,2}

М. И. Розовский, зав. эндоскопическим отделением³



Д. Н. Ульянов



Д. В. Данилов

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента России, г. Москва

²ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента России, г. Москва

³ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 51» Департамента здравоохранения г. Москвы

Cholangioscopy in diagnosis of diseases of extrahepatic bile ducts

A. G. Shuleshov, N. V. Fomicheva, D. N. Ulyanov, A. S. Balalykin, D. V. Danilov, M. I. Rozovsky

Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia, Central Clinical Hospital with Polyclinic of the Administrative Department of the President of Russia, City Clinical Hospital No. 51; Moscow, Russia

Резюме

Представлен анализ диагностики заболеваний внепеченочных желчных протоков у 115 пациентов. С диагностической целью им выполнены ЭРХПГ, ЭПТ, холангиоскопия. Метод прямой визуализации слизистой желчных протоков позволяет выявить эндоскопические признаки стриктур. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных стриктур желчных протоков с использованием холангиоскопии сложновыполнима. Тем не менее нам удалось выявить некоторые типичные признаки для злокачественных стриктур, включающих в себя изъязвление и инфильтрацию слизистой оболочки, нерегулярность сосудистого рисунка, асимметричность стриктуры.

Ключевые слова: ЭРХПГ, холангиоскопия, холангиокарцинома, ЭПТ.

Summary

An analysis of the diagnosis of extrahepatic bile duct diseases in 115 patients is presented. With the diagnostic purpose they performed ERCP, EPT, cholangioscopy. The method of direct visualization of the mucous membrane of the bile ducts allows you to identify endoscopic signs of strictures. Differential diagnosis of benign and malignant strictures of the bile ducts using cholangioscopy is difficult. Nevertheless, we were able to identify some typical signs for malignant strictures, including ulceration and mucosal infiltration, vascular pattern irregularity, stricture asymmetry.

Key words: ERCP, cholangioscopy, cholangiocarcinoma, EPT.

Диагностика причин механической желтухи и ее лечения продолжает являться одной из самых сложных и актуальных проблем ургентной хирургии. Основными причинами механической желтухи являются желчные камни и стриктуры желчных протоков различного генеза.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) диагностируется у 10–20% взрослого населения [1, 2, 3]. В последнее время отмечается тенденция к увеличению количества больных ЖКБ [4]. Рост

заболеваемости, в свою очередь, сопровождается увеличением частоты осложненных форм желчнокаменной болезни, в частности холедохолитиаза [5, 6, 7].

Часто встречается рубцовый стеноз БДС в сочетании с холедохолитиазом, особенно микролитами (конкрементами, не превышающими в размере 3 мм). Микролиты, мигрируя с током желчи через канал БДС, травмируют его слизистую, вызывая воспаление желчных путей и спазм сфинктерного аппарата.

Доброкачественная этиология стриктур включает в себя: воспаление (в частности сопровождающее первичный склерозирующий холангит), острый панкреатит со сдавлением желчного протока отечной головкой, хронический псевдотуморозный панкреатит, ятрогению (ранение, коагуляционная травма или перевязка магистрального желчного протока), паразитарную инвазию.

Последствия интраоперационных повреждений желчных протоков, осо-

бенно не замеченных во время операции, могут быть катастрофически, часто являются причиной смерти после дальнейших реконструктивных операций или при благоприятном исходе повторных операций могут вызывать инвалидизацию молодого, трудоспособного пациента.

Доброкачественные опухоли внепеченочных желчных протоков встречаются редко. Это папилломы, аденомы, фибромы, липомы, полипы и гранулемы. Есть единичные описания доброкачественных кистозных изменений стенки желчных протоков, вызывающих интермиттирующую обтурационную желтуху. Доброкачественные опухоли в большинстве случаев небольшие, и клинически они никак не проявляются. Лишь некоторые из них становятся причиной обтурационной желтухи, чаще аденома Фатерова сосочка.

Злокачественные процессы, приводящие к желчным стриктурам, следующие: опухоли зоны головки поджелудочной железы, рак желчного пузыря, а также метастазирование в ворота печени. Встречаются и такие крайне редкие состояния, как лимфома желчного пузыря и метастазирование рака легкого в желчный проток [8], которые также могут привести к механической желтухе.

Среди злокачественных опухолей ВЖП чаще всего встречаются медулярные аденокарциномы с различной степенью дифференциации. Некоторым присущ характер скирры. Инфильтративно-растущие карциномы преобладают в собственно протоках, папиллярные формы — в области сосочка. Пораженный проток или сужен кольцеобразной злокачественной стриктурой, или закрыт выступающей опухолью.

Стриктуры, сходные с рубцовыми, дает так называемая склерозирующая карцинома, сопровождающаяся выраженным реактивным рубцеванием окружающей ткани. Она растет медленно и поздно метастазирует. Часто ее трудно макроскопически отличить от доброкачественного склерозирующего холангита. Опухоли внепеченочных протоков чаще всего образуются на слиянии ВЖП, в месте отхождения пузырного протока, в терминальном

отделе протока с сосочком; в эту область также прорастает карцинома ГПЖ, поражающая желчный проток вторично.

Карциномы ВЖП инфильтрируют их стенки, превращая проток в ригидную трубку, и разрастаются главным образом в проксимальном направлении. Они распространяются также и по лимфатическим путям и лишь позже поражают метастазами печень. Карциномы терминального отдела холедоха и сосочка могут прорасти в ГПЖ, но чаще бывает наоборот.

Карциноме поджелудочной железы больше свойственно прорастание в окружающие ткани и распространение за пределы органа, воспалению поджелудочной железы — некрозы Бальцера и инфильтрация.

Несмотря на прогресс в развитии онкологии и хирургии, рак поджелудочной железы (ПЖ) остается одним из самых тяжелых заболеваний с неблагоприятным исходом.

В большинстве случаев рак ПЖ локализуется в ее головке (63,8%), реже поражается тело (23,1%) и еще реже — хвост (7,2%), в остальных 5,9% случаев встречаются сочетание поражения, иногда распространяющиеся на всю железу.

Аденокарцинома ПЖ быстро инфильтрирует окружающие ткани и рано метастазирует. Отдаленные метастазы обнаруживаются во время операции у 43,4% больных, стадивированных по данным предоперационного обследования как M₀. Клинически даже ранние раки ПЖ являются биологически поздними.

Протоковые карциномы БДС отличаются небольшими размерами и инфильтративной формой роста, быстро стенозируют общий желчный и панкреатический протоки, манифестируя желтухой и симптомами панкреатита.

Успехи, достигнутые в улучшении результатов диагностики и лечения заболеваний ВЖП в последние годы, не решили всех связанных с ними вопросов, особенно, что касается холангиокарциномы. Ошибки и неточности, несвоевременность диагностики заболеваний ВЖП до настоящего времени обуславливают большое количество неудовлетворительных результатов лечения органов билиарной зоны.

Основным методом диагностики и лечения заболеваний внепеченочных желчных протоков является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Лишь в США ежегодно выполняются около 500 тыс. ретроградных вмешательств. ЭРХПГ обеспечивает изучение анатомии билиарного дерева, его анатомических изменений, стриктур и внутрипротоковых дефектов. Однако данная технология не позволяет дифференцировать биологическую природу повреждений желчных протоков и определить их внутрипротоковое распространение. Кроме того, исследование не дает информации о поражениях слизистой органов билиарной системы, которые не проникают в просвет органа [9, 10, 11, 12, 13]. ЭРХПГ с выполнением эндоскопической папиллотомии (ЭПТ) применяется как с диагностической, так и лечебной целью и является наиболее функциональным методом лечения заболеваний внепеченочных желчных протоков [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17].

В конце 1990-х годов и в начале нового тысячелетия достижения в области технологий визуализации привели к созданию видеохолангиоскопов с улучшенным качеством изображения и возможностью визуализации в NBI-спектре [18, 19].

Одним из показаний к выполнению холангиоскопии является наличие дефектов заполнения протоков при проведении ЭРХПГ и их оценка. На данный момент остается спорным вопрос о выполнении холангиоскопии в условиях заполненного протока контрастным веществом. Группа авторов провела эксперимент по оценке качества изображения, получаемого при выполнении холангиоскопии в условиях контрастного заполнения и в солевом растворе (близком по составу к естественному состоянию протоков). Авторы показали, что контраст и солевая смесь не оказывают существенного влияния на качество изображения. Основываясь на этих фактах, авторы призывают к использованию внутрпротокового контраста до выполнения холангиоскопии, если это необходимо для определения локализации поражения [20]. Некоторые авторы сообщают, что инсуффляция углекислого газа повышает качество изображения

Таблица 1
Распределение пациентов по полу и возрасту в ОГ (n = 41)

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	Процент	Абс.	Процент	Абс.	Процент
16–30	–		1	2,4	1	2,4
31–60	3	7,3	4	9,8	7	17,1
61–74	6	14,6	6	14,6	12	29,3
75–93	10	24,4	11	26,8	21	51,2
Итого	19	46,3	22	53,7	41	100

Таблица 2
Распределение пациентов по полу и возрасту в КГ (n = 74)

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	Процент	Абс.	Процент	Абс.	Процент
16–30	–	–	1	1,4	1	1,4
31–60	9	12,2	8	10,8	17	23,0
61–74	10	13,5	14	18,9	24	32,4
75–93	15	20,3	17	23,0	32	43,2
Итого	34	45,9	40	54,1	74	100

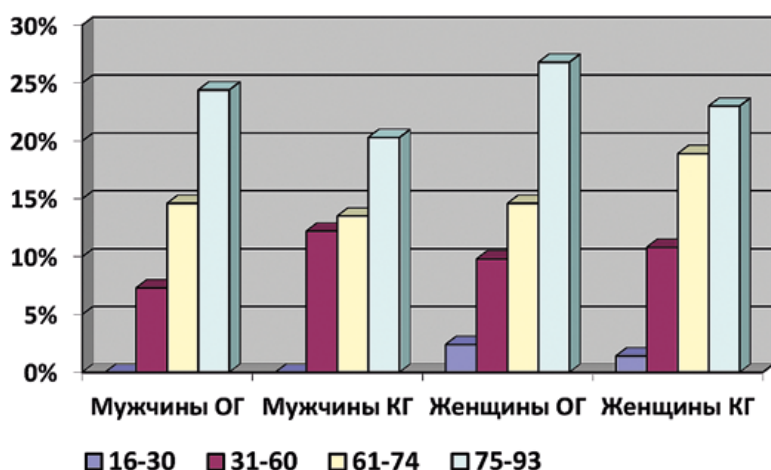


Рисунок 1. Сравнение пациентов первой и второй групп по полу и возрасту (n = 115).

желчных протоков и дает возможность выполнить качественную диагностику и различную степень поражения протоков [21].

Проведение холангиоскопии позволяет визуализировать область стриктуры, а затем выполнить прицельную биопсию, браш-цитологию и тонкоигольную аспирацию, используя для этого различные инструменты [22, 23, 24, 25, 26].

Известно, что наличие прерывисто дилатированных и изогнутых кровеносных сосудов (так называемых опухолевых сосудов) вследствие неоваскуляризации в области панкреатической или билиарной стриктуры является показате-

лем злокачественности. Опухолевые сосуды могут быть выявлены при прямой визуализации холангиоскопом. Внутрипротоковые узлы или образования также могут быть показателем злокачественного поражения и легко выявляются при холангиоскопии. Однако опухолевые сосуды и внутрипротоковые образования могут быть оценены только у небольшого числа злокачественных стриктур. Некоторые типы холангиокарцином вовлекают подслизистую оболочку стенки ЖП и не могут быть выявлены при холангиоскопии, которая визуализирует лишь поверхностный слой.

Билиарные стриктуры, вызванные экстрапросветной компрессией, на-

пример, при раке ПЖ, не могут быть диагностированы при холангиоскопии до поздней стадии, когда появляются опухолевая инфильтрация и пенетрация стенки ЖП.

Цель исследования: выявить характерные макроскопические признаки стриктур ВЖП злокачественного и доброкачественного генеза. Установить их диагностическую ценность.

Материалы и методы

Проанализировано 115 пациентов со стриктурами общего желчного протока. Пациенты разделены на две группы: О — 41 пациент (мужчин 46,3%, женщин 53,7%), средний возраст которых $66,0 \pm 6,8$ года и КГ — 74 пациента (мужчин 48,7%, женщин 51,3%), средний возраст которых $67,0 \pm 9,1$ года. Пациентам ОГ выполнена ЭРХПГ + ХС + биопсия с последующим сравнением результатов с данными морфологического исследования послеоперационного или секционного материалов. Пациентам КГ выполнена ЭРХПГ с биопсией из зоны стриктуры под рентгенологическим контролем (табл. 1).

Из табл. 1 следует, что в группе преобладали пациенты возрастной группы от 75 до 93 лет (51,2%). Женщины составили большинство (53,7%).

Распределение пациентов второй группы по полу и возрасту показано в табл. 2.

Из табл. 2 следует, что в группе преобладали пациенты возрастной группы от 75 до 93 лет (43,2%). Женщины составили большинство (54,1%). Мужчины преобладали в возрастной группе от 31 до 60 лет (12,2%). Сравнение пациентов ОГ и КГ групп представлено на рис. 1.

Статистическая обработка данных не продемонстрировала достоверной разницы в распределении пациентов обеих групп по полу и возрасту ($p > 0,05$), отсюда следует, что пациенты ОГ и КГ групп сопоставимы.

Эндоскопические исследования и манипуляции проводились эндоскопами с боковым расположением оптической системы TJF-160VR на базе видеосистемы EXERA II фирмы Olympus (Япония). Прицельная биопсия БДС выполнялась стандартными биопсионны-

ми щипцами из прилагаемых к эндоскопам стандартных наборов эндоскопических инструментов. Катетеризация устья БДС и контрастирование протоковых систем выполнялись катетерами фирмы Olympus (Япония) из составленного нами набора катетеров с различными вариантами формы дистального конца, в том числе с наличием рентгенконтрастной маркировки кончика.

Основной целью транспапиллярной холангиоскопии являются визуализация и уточнение состояния слизистой внепеченочных желчных протоков

Холангиоскопию выполняли перорально и интраоперационно во время полостных или лапароскопических операций на органах панкреатобилиарной зоны.

Пероральная холангиоскопия выполнялась при помощи дочернего аппарата baby-score (рис. 2) и ультратонким (трансназальным) гастроскопом Olympus GIF N 180.

Первым этапом, являющимся залогом успеха в выполнении транспапиллярной холангиоскопии, является адекватно выполненная папиллотомия. Однако для проведения ультратонкого (трансназального аппарата) в ряде случаев папиллотомного разреза недостаточно. У части больных перед проведением ультратонкого аппарата выполнялась баллонная дилатация терминального отдела холедоха с использованием баллонов-дилататоров фирмы Boston Scientific диаметром 12 мм.

В нашем исследовании выполнены 22 холангиоскопии аппаратом baby-score. Особенностью выполнения холангиоскопии данным способом является продвижение аппарата при помощи работы дистального конца дуоденоскопа и в меньшей степени подъемником, так как тонкую «рубашку» аппарата крайне легко повредить. После проведения аппарата в холедох, аспирировали желчь и контрастное вещество, или в некоторых случаях заполняли проток водой через инструментальный канал холангиоскопа с целью повышения качества визуализации.

Холангиоскопия с использованием ультратонкого аппарата выполнена нами у 52 пациентов. Биопсия через холангископ проводилась биопсионными щипцами FB-39Q-1 фирмы Olympus.



А



Б

Рисунок 2. Дочерний холангиоскоп (baby-score): А — дистальный конец дочернего аппарата, проведенный через канал дуоденоскопа; Б — общий вид дуоденоскопа и дочернего холангиоскопа.

В ЦКБ применяется модифицированная и усовершенствованная нами методика выполнения холангиоскопии при помощи проведения ультратонкого аппарата в двенадцатиперстную кишку. В работе использовали расположение пациента лежа на левом боку или на животе. Такое положение позволяет достичь уровня БДС на максимально коротком расстоянии без образования дополнительной петли в просвете желудка. Кроме того, данное положение позволяет свободно манипулировать рукояткой эндоскопа. Транспапиллярная ХС выполнялась непосредственно во время проведения ЭРХПГ в рентген-операционной под наркозом. Основными ориентирами при осмотре внепеченочных желчных протоков являются зона отхождения пузырного протока и зона бифуркации.

Методика выполнения транспапиллярной ХС при помощи ультратонкого аппарата начинается с проведения эндоскопа в пищевод, желудок. При достижении привратника аппарат с небольшой ротацией по часовой стрелке подтягивается на себя с одновременной десуффляцией. Целью данной манипуляции является близкое расположение аппарата к малой кривизне и достижение луковицы ДПК на максимально коротком расстоянии.

Результаты собственных исследований

Попытка выполнения транспапиллярной холангиоскопии произведена 77 пациентам во время ЭРХПГ, дополненной ЭПТ. В восьми случаях выполнение холангиоскопии оказалось техни-

чески неосуществимо вследствие деформации ТОХ на фоне дивертикулов зоны БДС. В итоге транспапиллярная холангиоскопия оказалась удачной у 69 пациентов. Интраоперационная холангиоскопия выполнена пяти пациентам через холедохотомическое отверстие во время полостных операций. Таким образом, холангиоскопию удалось выполнить 74 (34,7%) пациентам.

Сравнение результатов холангиоскопии проведено в группе из 69 пациентов с наличием стенозов желчевыводящих протоков (табл. 3).

Во время холангиоскопии производилась визуальная оценка ОЖП. Оценивались следующие признаки: деформация просвета, наличие фибрина и оценка содержимого (микрولиты, сладж и конкременты), отек и гиперемия, эрозии, изъеденность слизистой, нарушение сосудистого рисунка, наличие полиповидных разрастаний, инфильтрация стенок. Во время исследования производилось взятие биопсийного материала для морфологической верификации изменений эпителия желчных протоков.

Анализ данных табл. 3 показал, что у пациентов со злокачественными стриктурами чаще выявляются асимметричная деформация просвета (50,7%), отек и гиперемия слизистой (47,8%), нарушение сосудистого микрорельефа (44,9%), инфильтрация стенки холедоха (36,2%) и изъязвление слизистой (15,9%), что достоверно превышает аналогичные показатели пациентов с доброкачественными стриктурами ($p < 0,05$). Среди пациентов с доброкачественными стриктурами достоверно чаще встреча-

Таблица 3
Распределение больных с синдромом механической желтухи в зависимости от генеза стриктуры и выявленных макроскопических изменений слизистой ОЖП (n = 69)

Патология (n = 69)	Визуальные изменения, n (частота встречаемости изменений слизистой ВЖП)									
	Деформация просвета (n = 69)		Фибрин (n = 43)	Отек, гипе- ремия (n = 57)	Нарушение сосудисто- го микро- рельефа (n = 35)	Инфиль- трация стенки (n = 30)	Изъязвле- ние слизи- стой (n = 12)	Полипо- видные разраста- ния (n = 1)	Микроли- ты / складж (n = 31)	Эласти- ность (n = 33)
	Асимме- тричная (n = 36)	Симмет- ричная (n = 33)								
Злокачественные стриктуры (n = 36)	35* (50,7%)	2 (2,9%)	16 (23,2%)	33* (47,8%)	31* (44,9%)	25* (36,2%)	11* (15,9%)	1 (1,5%)	–	3 (4,3%)
Доброкачествен- ные стриктуры (n = 33)	1 (1,5%)	31* (44,9%)	27* (39,1%)	19 (27,5%)	4 (5,8%)	5 (7,2%)	1 (1,5%)	–	26 (37,7%)	30* (43,5%)

Примечание: * — различия достоверны (p < 0,05).

Таблица 4
Диагностическая значимость изменения просвета ОЖП в виде асимметричной стриктуры

Параметры	n = 36
Истинно положительный результат	33 (91,7 ± 4,6%)
Ложноположительный результат	1 (2,8 ± 2,8%)
Ложноотрицательный результат	1 (2,8 ± 2,8%)
Истинно отрицательный результат	1 (2,8 ± 2,8%)
Диагностическая ценность теста	
Диагностическая чувствительность	97,1%
Диагностическая специфичность	50,0%
Прогностическая ценность положительного результата	97,1%
Прогностическая ценность отрицательного результата	50,0%
Общая точность теста	94,4%

Таблица 5
Диагностическая значимость визуальных изменений слизистой ОЖП в виде изъязвления в диагностике злокачественных стриктур

Параметры	n = 12
Истинно положительный результат	10 (83,3 ± 10,7%)
Ложноположительный результат	0
Ложноотрицательный результат	1 (8,3 ± 8,0%)
Истинно отрицательный результат	1 (8,3 ± 8,0%)
Диагностическая ценность теста	
Диагностическая чувствительность	90,9%
Диагностическая специфичность	100%
Прогностическая ценность положительного результата	100%
Прогностическая ценность отрицательного результата	50,0%
Общая точность теста	91,7%

ются симметричная деформация просвета (44,9%), эластичность стриктуры (43,5%) и фибрин в виде нитей на стенках и в просвете протока (39,1%) (p < 0,05). Кроме того, у 26 (37,7%) больных с доброкачественными стриктурами внепеченочных желчных протоков выявлены мелкие камни, не визуализированные по данным холангиограммы.

Результаты исследования диагностической ценности макроскопических признаков злокачественных стриктур

Среди обследованных нами больных холангиоскопия выполнена 36 пациентам со злокачественными стриктурами ВЖП. Большую часть (69,4%) составили пациенты, страда-

ющие раком поджелудочной железы. Холангиокарцинома выявлена у 30,5% больных.

В случае асимметричной деформации просвета злокачественный генез стриктуры заподозрен у 34 больных, у 33 из них впоследствии подтвержден гистологически (ИП). У одного пациента заподозренная злокачественная стриктура на фоне асимметричной деформации просвета не подтвердилась морфологически (ЛП). Данные представлены в табл. 4.

Рассчитанные нами диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность теста составили 97,1; 50,0 и 94,4% соответственно.

У 57 пациентов также отмечены воспалительные изменения слизистой в виде отека, гиперемии и контактной кровоточивости. Диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность признака составили 87,9; 79,2 и 84,2% соответственно.

Следующим этапом в диагностике злокачественных стриктур оценивался *сосудистый микро-рельеф ОЖП*. Диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность признака составили 90,3; 75,5 и 88,6% соответственно.

У 23 больных с *инфильтрацией стенки холедоха* заподозрен злокачественный генез стриктуры, впоследствии подтвержденный у 22 пациентов (ИП). У одного больного злокачественный генез стриктуры не подтвердился морфологически (ЛП). Таким образом, диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность теста составили 88,0; 80,0 и 86,7% соответственно.

Таблица 6

Диагностическая значимость симметричной деформации просвета ОЖП в диагностике доброкачественных стриктур

Параметры	n = 33
Истинно положительный результат	29 (87,9 ± 5,7 %)
Ложноположительный результат	1 (3,0 ± 3,0 %)
Ложноотрицательный результат	2 (6,1 ± 4,1 %)
Истинно отрицательный результат	1 (3,0 ± 3,0 %)
Диагностическая ценность теста	
Диагностическая чувствительность	93,5 %
Диагностическая специфичность	50,0 %
Прогностическая ценность положительного результата	96,7 %
Прогностическая ценность отрицательного результата	33,3 %
Общая точность теста	90,9 %

При холангиоскопии у пациентов со злокачественными стриктурами ОЖП выявлены изменения слизистой холедоха в виде изъязвления и ее «изъеденности» (табл. 5).

Как показано в табл. 5, изменение слизистой оболочки в виде изъязвления и «изъеденности» выявлено у 12 больных. Злокачественный генез стриктуры заподозрен у 10 больных и подтвержден впоследствии гистологически (ИП). У одного больного с доброкачественной стриктурой выявлено изъязвление слизистой терминального отдела холедоха, подтвержденное впоследствии морфологически (ИО).

Диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность теста составили 90,9; 100 и 91,7% соответственно.

Результаты исследования диагностической ценности макроскопических признаков доброкачественных стриктур ОЖП

Среди обследованных нами пациентов холангиоскопия выполнена 33 больным с доброкачественными стриктурами внепеченочных желчных протоков. Большую часть (56,5%) составили пациенты с воспалительными стриктурами на фоне длительного камненосительства. Ятрогенные стриктуры выявлены у 6,5% пациентов. Псевдотуморозный панкреатит и ПСХ как причина стриктуры выявлены в равном количестве у 4,3% пациентов.

В случае симметричной деформации доброкачественный генез стриктуры заподозрен у 30 больных, у 29 из них впоследствии подтвержден гистологически (ИП). У одного пациента выявлена злокачественная стриктура на фоне симметричной деформации просвета (ЛП).

Рассчитанная нами диагностическая чувствительность (ДЧ), специфичность (ДС) и общая точность теста (ОТ) составили 93,5; 50,0 и 90,9% (табл. 6).

У 43 пациентов отмечался *фибрин в виде нитей* на стенках и в просвете протока, что, по-видимому, обусловлено проявлением воспаления на фоне длительного нарушения желчеоттока. Диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность теста составили 70,4; 75,0 и 72,1% соответственно.

Также оценивалась *жесткость* стриктуры на основании эффективности выполненной баллонной дилатации и бужирования аппаратом. Баллонная дилатация считалась эффективной при расширении просвета протока на одну треть или при возможности прохождения аппаратом зоны стриктуры при помощи бужирования. В случае неэффективности данных манипуляций стриктуру считали *ригидной*. При оценке *эластичности* стриктуры диагностическая чувствительность, специфичность и общая точность теста составили 90,0; 33,3 и 84,8% соответственно.

Заключение

У больных с заболеванием внепеченочных желчных протоков холангиоскопия позволяет получить прямую визуализацию билиарного дерева. Дифференциация между доброкачественными и злокачественными стриктурами желчных протоков с использованием холангиоскопии сложновыполнима. Тем не менее нам удалось выявить некоторые типичные признаки для злокачественных стриктур, включающих в себя изъязвление и инфильтрацию слизистой оболочки, нерегулярность сосудистого рисунка, асимметричность стриктуры. Для асимметричной деформации просвета ДЧ, ДС и ОТ составили 97,1; 50,0 и 94,4% соответственно; для воспалительных изменений — 87,9; 79,2 и 84,2% соответственно; для нарушений сосудистого микрорельефа ДЧ — 90,3%; ДС — 75,5% и ОТ — 88,6% соответ-

ственно; для инфильтрации стенки ОЖП ДЧ — 88,0%; ДС — 80,0% и ОТ — 86,7% соответственно, а для «изъеденности» слизистой оболочки ОЖП ДЧ — 90,9%; ДС — 100%; ОТ — 91,7% соответственно.

Для стриктур доброкачественного генеза характерны: симметричная деформация просвета — диагностическая ценность данного признака составляет: ДЧ — 93,5%, ДС — 50,0% и ОТ — 90,9%; эластичность стриктуры — диагностическая ценность данного признака составляет: ДЧ — 90,0%, ДС — 33,3% и ОТ — 84,8% и наличие фибрина в просвете и по стенкам — диагностическая ценность данного признака составляет: ДЧ — 70,4%, ДС — 75,0% и ОТ — 72,1%.

Во время холангиоскопии выполняются более прицельно щипцовая биопсия и браш-цитология, что позволяет идентифицировать генез стриктуры внепеченочных желчных протоков.

Список литературы

1. Васильев А. Ю., Роль магнитно-резонансной холангиографии при холедохолитиазе и стенозирующих поражениях общего желчного протока / А. Ю. Васильев, А. А. Иванчиков // Казанский медицинский журнал. — 2004. — 2–24.
2. Fukuda Y. Diagnostic utility of peroral cholangioscopy for various bile-duct lesions / Y. Fukuda, T. Tsuyuguchi, Y. Sakai // Gastrointestinal Endoscopy. — 2005. — 62 (3). P. 374–382.
3. Uchiama K. Prognosis after treatment of patient with choledocholithiasis / K. Uchiama, K. Lony-tesum, H. Onisi // Annals of surgery. — 2003. 0238 (1). — P. 97–102.
4. Дадвани С. А. Желчнокаменная болезнь / П. С. Ветшев, А. М. Шулуток, М. И. Прудков. — М.: Геотар-Медиа, 2009. — 178 с.
5. Алиев Ю. Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложне-

- ний желчнокаменной болезни // Ю.Г. Алиев // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова.— 2013.— № 5.— С. 73–75.
6. Артемов А.В. Роль магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, выполняемой на МР томографе с индукцией магнитного поля 0,5 Тл, в современном алгоритме инструментальной диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Медицинская визуализация.— 2008.— № 2.— С. 18–24.
 7. Галлингер Ю.И. Эндоскопическая механическая литотрипсия в лечении холедохолитиаза: методическое руководство для врачей эндоскопистов, хирургов, гастроэнтерологов // Ю.И. Галлингер, М.В. Хрустаева.— М., 2006.— 34 с.
 8. Chen Y. K. Single-operator cholangioscopy in patients requiring evaluation of bile duct disease or therapy of biliary stones (with videos) // Y. K. Chen, M. A. Parsi, K. F. Binmoeller et al. // Gastrointestinal Endoscopy.— 2011.— 74 (4).— P. 805–814.
 9. Дайырбеков О.Д. Эндобилиарное стентирование в лечении рубцовых и опухолевых стриктур желчных протоков // О.Д. Дайырбеков, Н.А. Жанталинова, Д.С. Токсанбаев и соавт. // Вестник хирургии Казахстана.— 2014.— № 3.— С. 7–9.
 10. Долгушин Б.И. Антеградные эндобилиарные вмешательства в онкологии // Б.И. Долгушин, А.М. Нечипай и соавт. // Москва: Практическая медицина.— 2005.— 175 с.
 11. Фомичева Н.В., Шулешова А.Г., Ульянов Д.Н., Данилов Д.В. Диагностика и лечение при синдроме механической желтухи // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.— 2017.— № 4.— С. 27–34.
 12. Ульянов Д.Н., Балалыкин А.С., Гвоздик В.В., Шулешова А.Г., Фомичева Н.В. Нетипичная эндоскопическая папилотомия. М.: ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ.— 2017.— 38 с.
 13. Шулешова А.Г., Балалыкин А.С., Данилов Д.В., Фомичева Н.В. Результаты рентгено-эндоскопической диагностики заболеваний внепеченочных желчных протоков // Медицинский алфавит.— 2018 г.— № 20 (357).— С. 42–47.
 14. Старков Ю.Г. Временное эндоскопическое стентирование желчных протоков // Ю.Г. Старков, Е.Н. Солоднина, К.В. Шишин // Хирургия.— 2007.— № 6.— С. 20–25.
 15. Стручков Ю.В. Хирургическое лечение больных с холестазом, вызванным доброкачественными заболеваниями большого дуоденального сосочка // Стручков Ю.В., Зубрицкий В.Ф., Воротынцева А.С. // Военно-медицинский журнал.— 2007.— № 10.— С. 56–57.
 16. Ульянов Д.Н. Эндоскопические транспиллярные операции на панкреатических протоках // Д.Н. Ульянов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.— 2010.— № 8.— 70–76 с.
 17. Ульянов Д.Н. Эндоскопическая холангиоскопия в лечении холангиолитиаза // Д.Н. Ульянов, О.С. Васнев, М.А. Амеликин // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.— 2011.— № 4.— 75–80 с.
 18. Iqbal S. Cholangiopancreatography for targeted biopsies of the bile and pancreatic ducts // S. Iqbal, P. D. Stevens // Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America.— 2009.— Vol. 19.— № 4.— P. 567–577.
 19. Itoi T. Diagnostic value of image-enhanced video cholangiopancreatography // T. Itoi, H. Neuhaus, Y. K. Chen // Gastrointestinal Endoscopy Clinical. N. Am.— 2009.— № 19.— P. 557–566.
 20. Jae Myoung Choi Comparative Study on the Efficacy of Covered Metal Stent and Plastic Stent in Unresectable Malignant Biliary Obstruction // Jae Myoung Choi, Jin Hong Kim, Soon Sun Kim A // Clinical Endoscopy.— 2012.— 45 (1).— P. 78–83.
 21. Uchiama K. Prognosis after treatment of patient with choledocholithiasis // K. Uchiama, K. Lony-tsum, H. Onisi // Annals of surgery.— 2003. 0238 (1).— P. 97–102.
 22. Higashizawa T. Biliary guidewire facilitates bile duct biopsy and endoscopic drainage // T. Higashizawa, K. Tamada, Tomiyama // Journal of Gastroenterology and Hepatology.— 2002.— 17.— P. 332–336.
 23. Kim J. H. Clinical feasibility and usefulness of CT fluoroscopy-guided percutaneous transhepatic biliary drainage in emergency patients with acute obstructive cholangitis // J. H. Kim. // Korean J Radiol.— 2009. 10 (2).— P. 144–149.
 24. Moreno Luna L. E. Advanced cytologic techniques for the detection of malignant pancreatobiliary strictures // Moreno Luna L. E., B. Kipp, K. C. Halling et al. // Gastroenterology.— 2006.— 131 (4). P. 1064–1072.
 25. Othman M. O. Confocal laser endomicroscopy: is it prime time? // M. O. Othman, M. B. Wallace // Journal of Clinical Gastroenterology.— 2011.— Vol. (45).— № 3.— P. 205–206.
 26. Parsi M. A. Peroral Cholangioscopy Guided Stone Therapy - Report of an International Multicenter Registry // M. A. Parsi, H. Neuhaus et al. // Gastrointestinal Endoscopy.— 2008; 67: AB 102.

Для цитирования. Шулешова А.Г., Фомичева Н.В., Ульянов Д.Н., Балалыкин А.С., Данилов Д.В., Розовский М.И. Холангиоскопия в диагностике заболеваний внепеченочных желчных протоков // Медицинский алфавит. Серия «Практическая гастроэнтерология». — 2019. — Т. 1. — 6 (381). — С. 30–36.



XVI научно-практическая конференция

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕВМАТОЛОГИИ

Тематическая выставочная экспозиция

Ассоциация ревматологов России
Московский клинический научный центр
Европейский медицинский центр

15-16 апреля 2019 года
Здание Правительства Москвы,
ул. Новый Арбат, 36

Патронат
Цель
конференции

Информирование специалистов отрасли о современных достижениях в области ревматологии, результатах научных исследований московских ревматологов, обмен практическим опытом в области клинической ревматологии.

Основные
тематические
направления
конференции

- Вопросы этиологии и патогенеза ревматических заболеваний;
- Эпидемиология ревматических заболеваний в Москве и России;
- Проблемы диагностики и дифференциальной диагностики ревматических заболеваний у детей и взрослых;
- Вопросы лечения ревматологических больных (детей и взрослых);
- Прогнозирование течения ревматических болезней;
- Медицинская и медико-социальная реабилитация ревматологических пациентов;
- Смежные проблемы ревматологии и внутренних болезней.

Доклады
и аудитория

В работе конференции примут участие руководители и врачи учреждений здравоохранения Москвы, Московской области и других регионов, а также врачи ведомственных систем здравоохранения. Возглавят заседания и выступят с докладами главные специалисты и врачи учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, руководители кафедр и медицинских центров, ведущие ученые и практики.

Выставочная
экспозиция

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов современных лекарственных препаратов, применяемых в ревматологии; средств медицинского назначения, используемых в лечении больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата; аппаратуры и инструментов, используемых в диагностике и лечении ревматических болезней.

Вход на
мероприятие
свободный

Организатор: Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

127055, Москва, ул. Сущевская, д. 25, корп. 1

Т/ф: 8 (495) 797-62-92, 8 (499) 750-07-27 (многоканальные)

E-mail: info@imfd.ru

Сайт: www.imfd.ru

