

ВОЗМОЖНОСТИ ХОЛАНГИОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

МОСКВА

Курданова М. Ю., Малихова О. А., Тимофеев М. Е., Имаралиев О. Т.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика генеза стриктур желчных протоков является сложной задачей, стоящей перед клиницистами. Все большую актуальность среди пациентов онкологического профиля при неуспешных попытках предшествующей морфологической верификации набирает применение холагиоскопии, в частности, системы SpyGlass. В представленном клиническом случае демонстрируются возможности холангиоскопии как метода непосредственной визуализации протоковой системы с возможностью выполнения биопсии под контролем зрения в верификации такой патологии как первичный склерозирующий холангит.

Первичный склерозирующий холангит – редкое заболевание желчевыводящих путей, требующее системного подхода в диагностике. Первоочередной задачей является выявление этиологии стриктур и ранняя диагностика холангиокарциномы.

Ключевые слова: первичный склерозирующий холангит, холангиоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, внутривенная биопсия.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В клинику обратился пациент И. 39 лет, с жалобами на боли в эпигастрии, слабость, зуд, пожелтение кожных покровов, лихорадку. Лабораторно наблюдались признаки холестатического синдрома. При проведении УЗ-

исследования, в V, VI и IV сегментах печени определяются множественные плотные с акустической тенью смешанной эхогенности очаги, часть из которых веретеновидной формы, расположенных преимущественно по ходу внутрипеченочных желчных протоков. Опухолевые маркеры СА 19-9, РЭА, а также IgG4 находились в пределах нормы. При проведении колоноскопии были исключены воспалительные заболевания – НЯК, Болезнь Крона. По данным МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (Рис. 1, 2): внутрипеченочные желчные протоки умеренно неравномерно четкообразно расширены, заполнены неоднородным содержимым с наличием Т 1-гиперинтенсивных

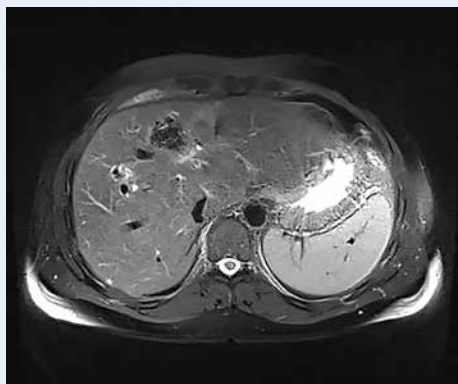


Рис. 1. МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: внутрипеченочные желчные протоки в обеих долях печени умеренно неравномерно фокально расширены, заполнены пигментными холангиолитами



Рис. 2. МРХПГ: внутрипеченочные желчные протоки четкообразного вида с наличием множественных стриктур, микролитов и балонных расширений

включений. Периферические отделы протоков при этом приобретают каплевидную и кистевидную форму. Нельзя исключить наличие внутрипротоковых папиллярных опухолей на фоне внутрипеченочного холангита, холангиолитиаза.

С целью определения генеза описанных изменений, на мультидисциплинарном консилиуме было принято решение о выполнении холангиоскопии с внутрипротоковой биопсией (Рис. 3-7). Транспапиллярно в просвет холедоха проведен холангиоскоп – система SpyGlass. Просвет нижней и средней трети свободно проходима, слизистая не изменена, визуализируется просвет пузырного

протока. Далее при проведении холангиоскопа проксимальней, визуализируется зона конfluence, сужение просвета в области устья левого долевого протока. Макроскопически признаков злокачественного поражения нет. Однако в просвете SIV и SVIII незначительное количество слизеобразного содержимого, следы светлой прозрачной желчи, слизистая на многих участках с неровной шероховатой поверхностью, белесоватого цвета, местами с легкой очаговой гиперемией, отмечается внутрипросветное расположение микроконкрементов размерами от 1мм до 4мм, некоторые из них фиксированы к стенке протока. Ввиду отсутствия как таковой доминантной стриктуры, необходимости в стентировании не было. Из наиболее измененных тканей выполнена внутрипротоковая биопсия под контролем холангиоскопии SpyGlass при помощи щипцов SpyBite. Взято 7 фрагментов.

Результат морфологического исследования звучал как, концентрический перидуктулярный фиброз желчных протоков с наличием лимфоплазмоцитарной инфильтрации, что свидетельствовало в пользу первичного склерозирующего холангита.

Пациент находился под наблюдением. Спустя 1 месяц ему повторно выполняется ЭРХПГ с биопсией, результаты которой оказались аналогичны первичной.

Таким образом, на основании ряда клинических данных, а именно: биохимических признаков холестатического синдрома не менее 6 месяцев, четкообразного расширения про-

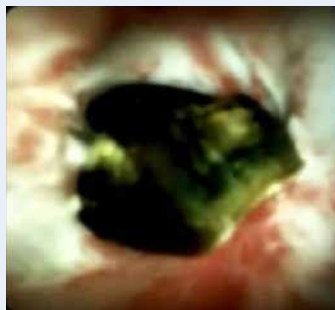


Рис. 3. (скица а, б, в) ЭРХПГ. а) рентгенологическое изображение, б) холангиоскопия: визуализируется внутрипротоковый конкремент, в) эндоскопическая картина

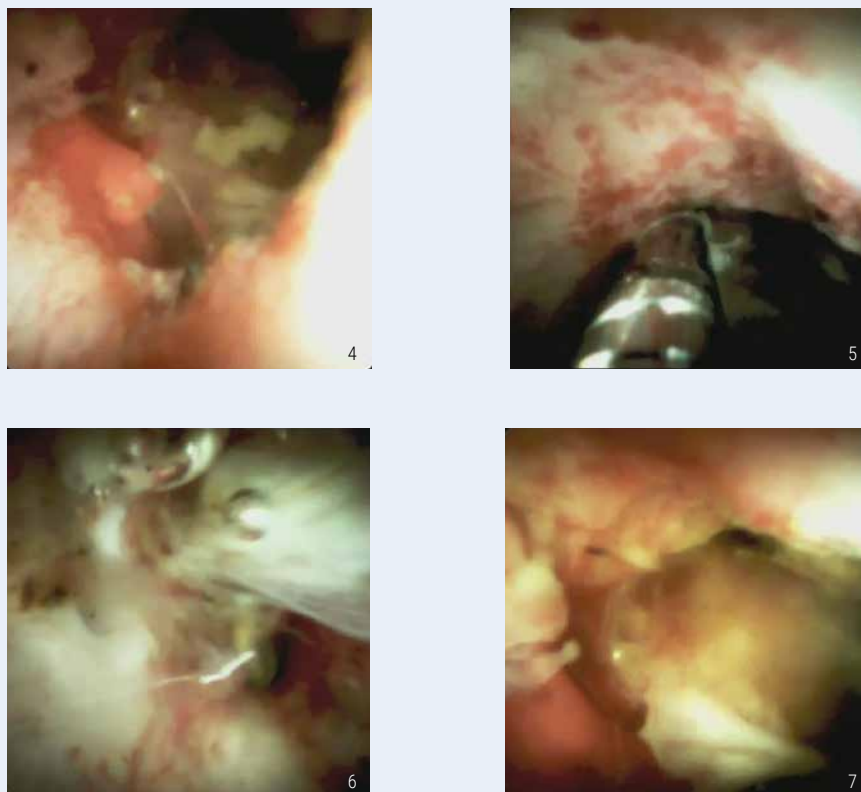


Рис. 4, 5, 6, 7. Холангиоскопическая картина: (4) эритема (5) изъязвления (6) фибриновый экссудат и (7) нерегулярная поверхность – характерные изменения при ПСХ в активной фазе воспаления

токов по данным МРТ, исключении вторичных причин, мимикрирующих под картину ПСХ, отсутствии IgG4-ассоциированных состояний (язвенный колит, Болезнь Крона), отрицательных результатов биопсий позволили высказаться в пользу первичного склерозирующего холангита, опровергнуть онкологический диагноз и направить пациента в специализированное учреждение. Учитывая потенциальный риск развития холангиокарциномы у пациентов с первичным склерозирующим холангитом, больной будет находиться под динамическим наблюдением.

ВЫВОДЫ

Первичный склерозирующий холангит не имеет четких диагностических критериев, верификация основана на комплексе клинических, лабораторных, инструментальных и гистологических данных. Методика холангиоскопии позволяет выполнять прицельную биопсию измененных тканей под двойным (эндоскопическим и рентгенологическим) контролем, является эффективной и безопасной в дифференциальной диагностике опухолевого поражения желчевыводящих протоков.