

ურუშაძე ო. მთვარაძე ა. ნემსაძე გ. თორთლაძე ი.

## მექანიკური სიყვითლით გართულებული ავთვისებიანი გენეზის სიმსივნეების ქოლანგიოსემიოტიკა

თსსუ, პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა; თბილისის აკად. ნ. ყიფშიძის სახ. ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკა

სანაღვლე სადინრების რენტგენოლოგიური კვლევისას გასათვალისწინებელია, რომ კუჭი, კუჭქვეშა ჯირკვალი და სანაღვლე გზები ერთმანეთთან კავშირშია არა მარტო ფუნქციურად, არამედ ანატომიურადაც [1-4]. ამის გამო, ქოლანგიოგრამების ინტერპრეტაციისას ხშირად ვეყრდნობით ახლომდებარე ქსოვილებში სიმსივნური პროცესით განპირობებულ არაპირდაპირ რენტგენოლოგიურ ნიშნებს [6-7].

ავთვისებიანი გენეზის მექანიკური სიყვითლით დაავადებული ავადმყოფების მკურნალობა მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია სანაღვლე სადინრებში სიმსივნური პროცესის ზუსტ ტოპიკურ ლოკალიზაციაზე და მის ადგილობრივ გავრცელებაზე [5-8].

ქოლანგიოგრაფიის მონაცემები საშუალებას იძლევა შეფასდეს პათოლოგიური პროცესი და მისი გავრცელება, რითაც შესაძლებელია თავიდან ავიცილოთ ოპერაციის ისეთი ტრავმული და რთული ეტაპები, როგორცაა: სანაღვლე სადინრების პოვნა და რევიზია, ოპერაციული ქოლანგიოგრაფიის ჩატარება და ინოპერაბელური შემთხვევების გამოვლენა [8-12].

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა რენტგენოლოგიური ქოლანგიოგრაფიის სადიაგნოსტიკო ღირებულების შეფასება მექანიკური სიყვითლით გართულებული ავთვისებიანი გენეზის სიმსივნეების დროს.

კვლევის მასალა და მეთოდები

კვლევა ჩატარდა 100 პაციენტზე. პაციენტებმა კვლევა გაიარეს თსსუ-ს პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში და შპს აკად. ნ. ყიფშიძის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკაში (რესპუბლიკური საავადმყოფო). გამოკვლეული 100 პაციენტიდან 59 იყო კაცი და 41 ქალი. პაციენტთა საშუალო ასაკი იყო 52 წელი.

რენტგენოლოგიურად გამოკვლეულ პაციენტებში ავთვისებიანი გენეზის სიყვითლის გამომწვევი იყო შემდეგი პათოლოგიები:

1. დიდი დუოდენური დვრილის კიბო-18 პაციენტი;
2. ნაღვლის საერთო სადინრის კიბო-15 პაციენტი;
3. კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბო - 37 პაციენტი;
4. ღვიძლის კარის კიბო-19 პაციენტი;
5. ღვიძლის კარის ლიმფური ჯირკვლების მეტასტაზური დაზიანება-11 პაციენტი.

მექანიკური სიყვითლით გართულებული ჰეპატოპანკრეატოდუოდენური ზონის სიმსივნეების რენტგენოლოგიური სიმპტომების შეფასებისა და სისტემატიზაციის მიზნით გამოიყო შემდეგი ნიშნები:

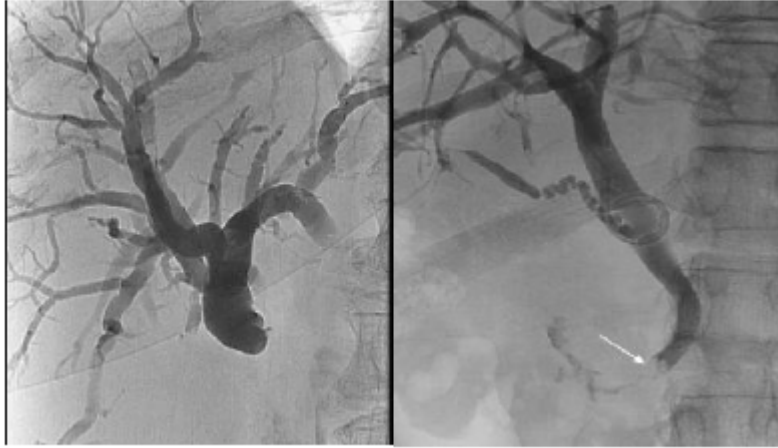
1. ტაკვის ფორმა(კონუსისებრი ან ცილინდრული);
2. ტაკვის კონტურები (მკვეთრი ან არამკვეთრი);
3. სანაღვლე სადინრების ბლოკის ხასიათი (სრული ან არასრული);
4. ტაკვის გავრცელება მმ-ში (შევიწროებული ნაწილი);
5. “სიმსივნური” არხის გავრცელება მმ-ში;
7. სიმსივნის გავრცელება ღვიძლშიდა სადინრებზე(კი ან არა);

**კვლევის შედეგები.** გამოკვლეული პაციენტებიდან 18-ს აღენიშნებოდა დიდი დუოდენური დვრილის კიბო. ქოლანგიოგრამებზე ამ პათოლოგიის უხშირეს და ყველაზე სარწმუნო ნიშანს წარმოადგენს კონუსისებრი ტაკვი არამკვეთრი კონტურებით და ბლოკით L3 მალის დონეზე. საგულისხმოა, რომ ტაკვის გავრცელება შეადგენს 1,5-16,9 მმ-ს. ეს ნიშანი ფასდება, როგორც ნაღვლის საერთო სადინრის სიმსივნური ინფილტრაცია პროქსიმალური მიმართულებით, განსაკუთრებით - არამკვეთრ კონტურებთან ერთად, რაც აუცილებლად გასათვალისწინებელია პაპილექტომიის დაგეგმვისას, რომელიც ტარდება დიდი დუოდენური დვრილის მცირე ზომის შემოფარგლული სიმსივნეების დროს (სურ 1).



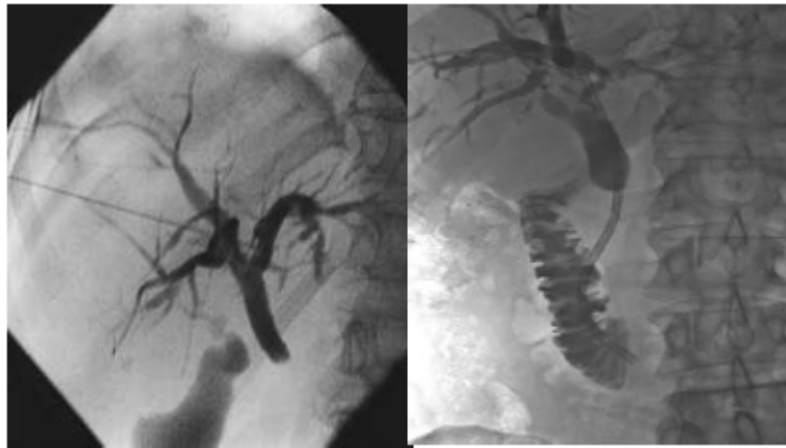
სურ.1. ქოლანგიოგრამა - კონუსისებრი ტაკვი არამკვეთრი კონტურებით და ბლოკით L3 მალის დონეზე

ნაღვლის საერთო სადინრის კიბო, ჩვენი პაციენტებიდან აღენიშნებოდა 15-ს. ქოლანგიოგრამების ანალიზისას დადგინდა, რომ თითქმის ერთნაირი სიხშირით გვხვდება როგორც კონუსური, ასევე ცილინდრული ფორმის ტაკვი. მათი კონტურები მკვეთრია, მდებარეობს წელის მე-2 \_ მე-3 მალის დონეზე და უმეტესად ვითარდება სრული ბლოკი.(სურ 2).



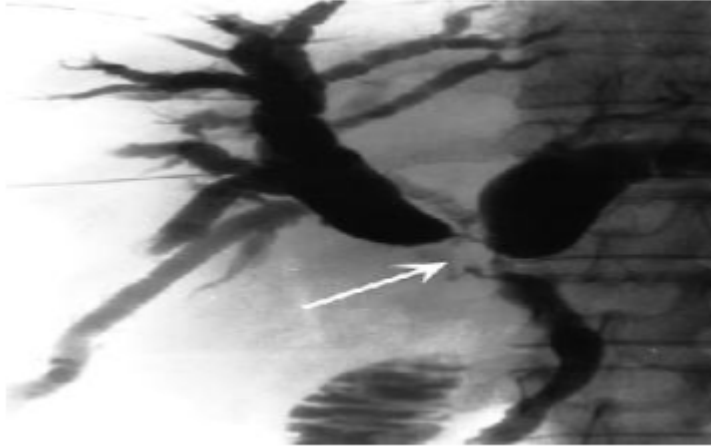
სურ.2. ქოლანგიოგრამა - კონუსური და ცილინდრული ფორმის ტაკვი წელის მე-2\_მე-3 მალის დონეზე

ჩვენი პაციენტებიდან ყველაზე მეტს (37-ს) აღენიშნებოდა კუჭქვეშა ჯირკვლის კიბო. ქოლანგიოგრამებზე, ამ პათოლოგიის დროს, ისახება ცილინდრული ტაკვი მკვეთრი კონტურებით და სრული ბლოკით. ბლოკის დონე ცვალებადია L1-57,6%, L236, 4%, L3-6%. ტაკვის გავრცელება აღწევს  $11,4 \pm 1,6$  მმ, ხოლო “სიმსივნური” არხის გავრცელება  $10,2 \pm 1,3$  მმ. აღსანიშნავია ისიც, რომ არც ერთ პაციენტთან არ აღინიშნებოდა “სიმსივნური” არხის გადასვლა ღვიძლში და სადინრებზე (სურ 3).



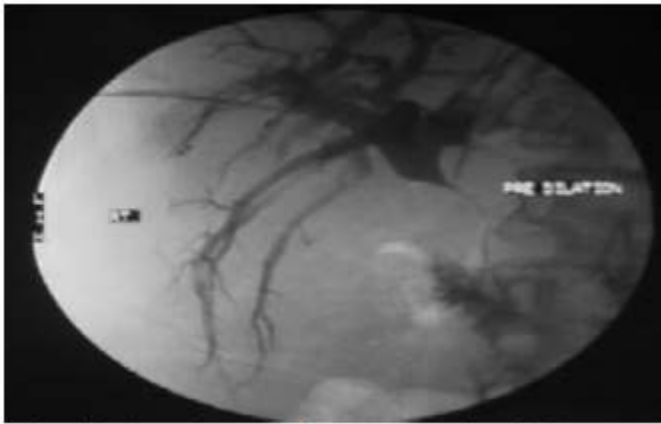
სურ.3. ქოლანგიოგრამა - კონუსური და ცილინდრული ფორმის ტაკვი, “სიმსივნური” არხის გავრცელება  $10,2 \pm 1,3$  მმ.

ღვიძლის კარის კიბო აღენიშნებოდა 19 პაციენტს. ყველა ქოლანგიოგრამაზე აღინიშნებოდა ღვიძლში და სადინრების სიმსივნურ პროცესში ჩართვა. ტაკვი ისახებოდა კონუსური ფორმის, მკვეთრი კონტურები და მისი გავრცელება შეადგენდა  $11,7 \pm 1,7$  მმ. ქოლანგიოგრამების უმეტეს შემთხვევაში აღინიშნებოდა სრული ბლოკი (91%), ხოლო “სიმსივნური” არხის გავრცელება შეადგენდა  $40 \pm 9,3$  მმ. (სურ 4)



სურ.4. ქოლანგიოგრამა - ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა სანაღვლე სადინრის კონუსური ფორმის ტაკვი

ღვიძლის კარის ლიმფური ჯირკვლების მეტასტაზური დაზიანება აღინიშნებოდა 11პაციენტს. ყველა ქოლანგიოგრამაზე აღინიშნებოდა კონუსური ტაკვი, უმეტეს შემთხვევაში, მკვეთრი კონტურებით და გავრცელებით  $12,5 \pm 2,5$ მმ. 75% შემთხვევაში ისახებოდა ტაკვის სრული ბლოკი, L2- L3 დონეზე (სურ 5).



სურ.5. ქოლანგიოგრამა-ღვიძლგარეთა სანაღვლე სადინრის კონუსური ფორმის ტაკვი არასრული ოკლუზიით

ჩვენს მიერ გამოკვლეული 100 პაციენტიდან 7-ს (7%), მეთოდის დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების შესწავლის მიზნით, ჩავუტარეთ ქოლანგიოგრამების სერია. რეტროსპექტული ანალიზით დადგინდა, რომ სერიულად შესრულებულ ქოლანგიოგრამებს, ერთეულ რენტგენოგრამებთან შედარებით, უპირატესობა არ გააჩნიათ.

უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ 15(15%) პაციენტს, რომელთაც აღინიშნებოდათ ნაღველგამომტანი სისტემის ბლოკი სხვადასხვა დონეზე, ჩაუტარდათ

ტრანსკუტანული ქოლანგიოგრაფია 2 პროექციაში. რენტგენოგრამების ანალიზით დადგინდა, რომ გვერდით პროექციაში ჩატარებული ქოლანგიოგრამა დამატებითი ინფორმაციის მატარებელი არ არის.

31ავადმყოფს, რომელთაც ჰქონდათ ტრანსკუტანური ქოლანგიოსტომია, გარეგანი დრენირებისათვის, 7-10 დღის ინტერვალში, ჩაუტარდათ საკონტროლო ფისტულოგრაფია. ფისტულოგრამების და პირველადი ქოლანგიოგრამების შედარებისას დადგინდა, რომ 3 პაციენტს რენტგენოლოგიური სურათი შეეცვალა, როგორც ბლოკის დონის მიხედვით, ისე სანაღვლე სადინრების ოკლუზიის ფორმითაც.

დასასრულს გვინდა აღვნიშნოთ, რომ მექანიკური სიყვითლით გართულებული ჰეპატოპანკრეატოდუდენური ზონის სიმსივნეების ქოლანგიოგრაფიული სურათი ყველაზე ხშირად ხასიათდება: სანაღვლე სადინრების სრული ბლოკით, ტაკვის ცილინდრული ან კონუსური ფორმით; დამოკიდებულია სიმსივნის პირველად ლოკალიზაციაზე და მის გავრცელებაზე სანაღვლე გზებზე. სიმსივნის გავრცელების ქეშმარიტი სურათი შესაძლებელია მივიღოთ 7-10 დღეში შესრულებულ ფისტულო-ქოლანგიოგრამებზე მაშინ, როცა ორპროექციული და სერიული ქოლანგიოგრაფია დამატებითი ინფორმაციის მატარებელი არ არის.

#### ლიტერატურა:

1. DeepikaDevuni, MBBS; Chief Editor: BS Anand, MD Papillary Tumors. <http://emedicine.medscape.com/article/187464-overview> May 06, 2015
2. Sato H, Sato Y, Harada K, Sasaki M, Hirano K, Nakanuma Y. Metachronous intracystic and intraductal papillary neoplasms of the biliary tree. *World J Gastroenterol.* 2013 Sep 28; 19(36):6125-6. [Medline]
3. Gurram KC, Czapl A, Thakkar S. Acute pancreatitis: pancreas divisum with ventral duct intraductal papillary mucinous neoplasms. *BMJ Case Rep.* 2014 Oct 7. 2014:[Medline].
4. HyoJoon Yang 1 , Jai Hwan Kim 1 , Jae Young Chun , Su Jin Kim 2 , Sang Hyub Lee 1, 3 , Haeryoung Kim , Jin-Hyeok Hwang 1, 4 A Case of Adenocarcinoma *in situ* of the Distal Common Bile Duct Diagnosed by Percutaneous Transhepatic Cholangioscopy The Korean Journal of Internal Medicine 2012; 27(2): 211-215.
5. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg.*(1992);215:31-38. [PMC free article] [PubMed] 1
6. Burke E, Jarnigan W R, Hochwald S N. et al. Hilar cholangiocarcinoma patterns of spread, the importance of hepatic resection for curative operation, and a presurgical clinical staging system. *Ann Surg.* (1998);228:385- 394.[PMC free article] [PubMed]
7. Hochwald S N, Burke E, Jarnagin W R, Fong Y, Blumgart L H. Association of preoperative biliary stenting with increased postoperative infectious complications in proximal cholangiocarcinoma. *Arch Surg.* (1999);134:261- 266.[PubMed]
8. Iwatsuki S, Todo S, Marsh J W. et al. Treatment of hilar cholangiocarcinoma (Klatskin tumors) with hepatic resection or transplantation. *J Am Coll Surg.* (1998);187:358-364. [PMC free article] [PubMed]

9. Miyazaki M, Ito H, Nakagawa K. et al. Aggressive surgical approaches to hilar cholangiocarcinoma: hepatic or local resection? *Surgery*. (1998);123:131–136. [PubMed]

10. Kitagawa Y, Nagino M, Kamiya J, et al. *Lymph node metastasis from hilar cholangiocarcinoma: Audit of 110 patients who underwent regional and paraaortic node dissection. Ann Surg*2001;233:385–92.

11. Bergquist A, Glaumann H, Stal P, et al. *Biliary dysplasia, cell proliferation and nuclear DNA-fragmentation in primary sclerosing cholangitis with and without cholangiocarcinoma. J Intern Med*2001;249:69–75.

12. Oxford Centre for Evidence-based Medicine, 2001. Phillips B, Ball C, Sackett D, et al. web-site: <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/levels.html>.

Urushadze O., Mtvaradze A., Nemsadze G., Tortladze I.

## CHOLANGIOSEMIOTICS OF TUMOURS OF MALIGNANT GENESIS COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

TSMU, THE FIRST UNIVERSITY CLINIC; TSMU AND LTD N. KIPSHIDZE CENTRAL UNIVERSITY CLINIC OF TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY

X-ray investigation has one of the most important places in biliary ducts diagnostics. Cholangiogram enables to evaluate the extension of neoplastic process into the surrounding anatomical structures. At the same time we can get rid of traumatic and complicated stages of the surgery. The subject of the research is the assessment of X-ray symptoms of tumors of malignant genesis complicated by obstructive jaundice. The patients were investigated at *Tbilisi State Medical University* the First *University Clinic* TSMU and Ltd N. Kipshidze Central University Clinic of Tbilisi State medical University The causes of the jaundice of malignant genesis were the following pathologies:

Major duodenal papilla cancer (18%), common bile duct cancer (15%), pancreas cancer (15), porta hepatis cancer (19%), metastatic injury of lymph nodes of porta hepatis (11%). In order to assess and classify x-ray symptoms of hepato-pancreato-duodenal area cancers complicated by obstructive jaundice the following signs were identified: stump shape, stump contours, bile duct block character, stump extension in mm, “malignant” canal extension in mm, the length of intact part of bile duct in mm, cancer extension into intrahepatic duct. The real picture of hepato-pancreatoduodenal area cancers complicated by obstructive jaundice could be received on fistulocholangiograms performed in 710 days whilst two-projection and serial cholangiography do not bear any supplementary information.