

© ВИНОКУРОВ Д.П.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Д.П. Винокуров

Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Клиническая больница №51 Федерального медико-биологического агентства», отделение эндоскопии, г.Железногорск Красноярского края.

662990, Красноярский край, г. Железногорск, ул. Кирова, д.5, ФГУЗ «КБ №51 ФМБА России». E.mail:kb-51@med26.Krasnoyarsk.ru.

Резюме: в статье освещены возможности эндосонографии в диагностике билиарных опухолей. Даны сравнительные характеристики с другими диагностическими методами.

Ключевые слова: эндосонография, билиарный тракт, эхоструктура.

Вопросы точной диагностики и выбора оптимальных методов лечения заболеваний желчевыводящих путей до сих пор актуальны для врачей различных специальностей – гастроэнтерологов, абдоминальных хирургов и онкологов. Желчнокаменная болезнь и ее осложнения, включая острый и хронический холецистит, а также холедохолитиаз, доброкачественные стенозирующие заболевания билиарного тракта, злокачественные новообразования желчных протоков, составляют основную группу заболеваний внепеченочных желчных протоков на которых сосредоточено внимание клиницистов. Для выявления патологических изменений билиарного тракта в клинической практике применяются лучевые методы визуализации органа – внутривенная холангиография, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ) и чрескожная чреспеченочная холангиография. Однако, известные клиницистам технические и диагностические ограничения каждого из них заставляют продолжать искать новые, более совершенные, методы обследования внепеченочных желчных протоков.

К началу 80-х годов был разработан новый диагностический прибор - эхоэндоскоп, представляющий гибковолоконный эндоскоп с расположенным на его дистальном конце радиально сканирующим ультразвуковым датчиком. Применение в современных приборах фирмы «Олипус» (Япония) очень высоких частот ультразвука позволяет получать изображения с разрешающей способностью менее 1 мм, недоступное другим методам исследования [1]. Методика исследования получила название эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) (синонимы: эндосонография, эхоэндоскопия, эндоскопический ультразвук, эндо-УЗИ и т.д.). Данный метод применяется в мировой клинической практике для определения стадии распространения опухолей и диагностики подслизистых образований пищеварительного тракта. Кроме этого, эндосонография дала возможность получать детализированное изображение органов панкреатобилиарной зоны и их патологических изменений, вследствие расположения ультразвукового датчика в непосредственной близости - в просвете двенадцатиперстной кишки [1].

традиционному УЗИ характеристики, с той разницей, что стенка имеет равномерно трехслойную структуру чередующихся гипер и гипозоногенных слоев. В поперечном сечении Фатеров сосочек (рис. 2.) представляет собой соединяющиеся непосредственно в ампулярной области два протока, с четко прослеживаемым дуоденальным мышечным слоем. При тщательном сканировании области сосочка определяется его перистальтическая деятельность.

Увеличение ширины желчных протоков более 8 мм, изменение эхографических характеристик их стенки, наличие внутрипросветных включений и эхосигналов, а также дополнительных образований стенки протоков, желчного пузыря и области Фатерова сосочка расценивается как патологические изменения [2].

В нашей клинике эндоскопическая ультрасонография применяется с ноября 2002 года. К июню 2008 года было выполнено 484 исследования. Из них, эндосонаграфия панкреатобилиарной зоны проведена у 436 пациентов. Среди них, у 186 больных основанием к выполнению ЭУС послужили заболевания билиарного тракта: у 22 опухолевые поражения желчевыводящих путей и у 164 –доброкачественные заболевания (подозрение на холедохолитиаз, образования Фатерова сосочка, и т.д.).

Диагностика опухолей билиарного тракта и определение их распространенности. При опухолях билиарного тракта эндосонаграфически определяются характерные изменения в области поражения. В большинстве случаев опухоль имеет гипо – или пониженной эхогенности однородную или неомогенную структуру, часто с неровными, размытыми контурами, исходящую из стенки протока с утолщением слизистого и подслизистого слоев, либо с полным разрушением и распространением образования на окружающие ткани и прилежащие органы, с полной обтурацией просвета протока и развитием протоковой гипертензии [1]. Проведенные японскими авторами исследования показали, что точность диагностики опухолей билиарного тракта размерами менее 3 см является в одинаковой мере 100% для ЭРХПГ и эндосонаграфии. При этом при опухолевых поражениях более 3 см точность различных методов диагностики выравнивается до 80%, что обусловлено сложностью дифференциальной диагностики первичного источника образования в панкреатобилиарной зоне [3].

При злокачественных ампулярных опухолях определяется увеличение сосочка за счет наличия в его проекции различных размеров образования с вышеуказанными эхографическими характеристиками, расположенное либо интраампулярно, либо разрушающее интрапапиллярные слои, вплоть до распространения на прилежащие желчный проток, головку железы, стенку кишки, а также магистральные сосудистые структуры этой зоны [2]. По данным разных авторов, диагностическая точность эндосонаграфии при ампулярных опухолях размерами менее 2 см существенно превосходит как УЗИ, так и компьютерную томографию. Тем не менее при интраэпителиальных новообразованиях эндосонаграфия не в состоянии дифференцировать аденому от рака *in situ*. В тоже время, разрушение при диагностированном разрушении интрапапиллярного подслизистого слоя точность диагностики рака Фатерова сосочка достигает 90% [4].

При опухолевом поражении желчного пузыря (рис. 3-4.) определяется либо исходящее из слизистого слоя, либо полностью или частично заполняющего просвет пузыря гипозоногенное неоднородное образование, распространяющееся при далеко зашедших стадиях на окружающие органы – дуоденальную стенку, желудок, общий печеночный проток, магистральные сосуды и паренхиму печени.

Дооперационная диагностика метастатического поражения лимфатических узлов при опухолях билиарного тракта имеет важное значение, так как во многом определяет выбор метода лечения, объем хирургического вмешательства и последующий прогноз заболевания. Эндосонографическое определение злокачественной лимфоаденопатии (N-стадия) основано на выявлении в зонах лимфатических коллекторов следующих наиболее характерных эхографических изменений лимфоузлов: а) увеличение узлов более 8-10 мм; б) их округлая или овальная форма; в) четко очерченные контуры; г) гомогенная, пониженной эхогенности или изоэхогенная эхоструктура образований, сходная с эхоструктурой опухоли (рис. 5-6.).

Однако только лишь сочетание всех 4 критериев позволяет с достаточной уверенностью высказаться о метастатическом поражении лимфоузлов по сравнению с другими методами диагностики. При наличии увеличенных лимфоузлов с иными эхографическими характеристиками следует думать о доброкачественной лимфоаденопатии [3].

Необходимо отметить, что эндосонография, определяя измененные лимфатические узлы с высокой чувствительностью (91%), не в состоянии так же точно (26%) высказаться о характере лимфоаденопатии, поэтому диагностическая точность метода при определении лимфорегионального метастазирования не превышает 70% [4]. Достоверное эндосонографическое определение отдаленного метастазирования (метастазов в печень, область нижней брыжеечной артерии, аортоподвздошное соединение) невозможно в связи с небольшой глубиной проникновения ультразвуковых волн в ткани.

Суммируя вышеизложенное, следует отметить, что диагностическая точность эндосонографии при опухолях билиарного тракта не одинакова в различных клинических ситуациях и во многом зависит от локализации первичного поражения. При проксимально расположенных опухолях желчных протоков эхо-эндоскопия малооправдана, так как глубина проникновения ультразвука все же ограничена 10-12 см. Таким образом, при обследовании больных с подозрением на опухоль билиарного тракта эндосонография должна выполняться после проведения УЗИ и КТ, которые помимо первичной верификации опухоли определяют наличие отдаленного метастазирования.

При отсутствии признаков нерезектабельности опухоли (по данным УЗИ и КТ), ЭУС в состоянии корректировать диагноз, определяя инвазию в соседние органы и сосудистые структуры, уточнять выраженность лимфорегионального метастазирования и точно диагностировать метастатическое поражение области чревного ствола. Все эти данные в совокупности в ряде случаев дают основание отказаться от радикального хирургического вмешательства в пользу паллиативного лечения.

Литература

1. Панцырев Ю.М., Фёдоров Е.Д., Орлов С.Ю. Эндоскопическая ультрасонография при заболеваниях желудочной железы. – М., 2000.
2. Yasuda K., Mukai H., Cho E., Nakajima M., Kawai K. The use of endoscopic ultrasonography in the diagnosis and staging of carcinoma of the papilla of Vater // Endoscopy. – 1988. – Vol. 20. – P. 218-230.
3. Nakazawa S., Hayashi Y., Naitoh Y. / in book "Endoscopic ultrasonography in gastroenterology". Edited by Kawai K. – Tokyo: Igaku=Shoin, 1988.
4. Wiersema M.J., Hawes R.H., Lehman G.A. et al. Prospective evaluation of endoscopic ultrasonography end endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with chronic abdominal pain of suspected of pancreatic origin // Endoscopy. – 1993. – Vol. 25. – P. 555-564.

Статья поступила в редакцию 11.08.2008г.