

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

**Ф.В. БАЗИЛЕВИЧ, В.И. МАЛЯРЧУК, Ю.Ф. ПАУТКИН,
А.Е. КЛИМОВ, В.А. ИВАНОВ**

Кафедра хирургии РУДН, 117292 Москва, ул. Вавилова, д. 61

В статье рассматривается современный уровень диагностики рака большого дуоденального сосочка. Показана информативность наиболее часто употребляемых методов диагностики. Дается характеристика современным методикам осмотра большого дуоденального сосочка (БДС) при ультразвуковом исследовании. Показан применяемый на кафедре хирургии РУДН алгоритм диагностики рака БДС.

Ранняя диагностика рака БДС представляет определенные трудности. Так, по данным ряда авторов [5, 6, 7, 9], только в 50 – 80% случаях при раке БДС точный диагноз устанавливается во время дуоденоскопии и биопсии. При РХПГ правильный диагноз устанавливается в 89%. По данным М. Trede [8] точный топический диагноз рака БДС при помощи ультразвуковой томографии (УЗТ) удается поставить только в 55% случаев.

В настоящее время в клинической практике используется широкий арсенал различных рентгеновских методик для выявления патологического процесса в большом дуоденальном сосочке. Наибольшее распространение получил метод дуоденографии в условиях гипотонии. Точный топический диагноз рака БДС при релаксационной дуоденографии по данным Н.Н. Блохина [3] удается поставить в 64% случаев.

С 1986 года мы выполнили релаксационную дуоденографию в клинике 5 пациентам. В этих наблюдениях у 2 больных установлен рак БДС. Таким образом, информативность релаксационной дуоденографии по нашим данным составила 40.0%.

Дуоденоскопия с биопсией является самым доступным и распространенным методом исследования, позволяющим увидеть патологический процесс в области БДС и выполнить биопсию из ткани опухоли большого дуоденального сосочка.

Из 65 больных раком БДС дуоденоскопия выполнена в 57(87.7%) случаях. Результаты дуоденоскопии при раке большого дуоденального сосочка приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты дуоденоскопии при раке большого дуоденального сосочка

№ п/п	Диагноз	Количество больных	%
1	Рак большого дуоденального сосочка	39	68.4
2	Рак головки поджелудочной железы	1	31.6
3	Аденома БДС и папиллит	4	
4	Вклиненный камень БДС	3	
5	Дуоденит и гастрит	10	
ВСЕГО		57	100

Как видно из таблицы 1, у 39 больных установлен правильный диагноз рака БДС. Информативность метода составила 68.4%. В 18(31.6%) наблюдениях диагноз рака большого дуоденального сосочка не был установлен. Однако если учитывать результаты 8(14.0%) эндоскопических исследований, при которых обнаружены изменения в самом большом дуоденальном соске: 4 – аденома БДС, 3 – вклиненный камень БДС, 1 случай наличия опухолевой ткани в зоне расположения БДС, что было принято как прорастание опухоли головки поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку в зоне расположения большого дуоденального сосочка, то можно говорить, что диагноз мог быть установлен у 47 больных. В этом случае информативность дуоденоскопии по выявлению патологического процесса в области БДС составит 82.5%.

При эндоскопическом исследовании у 39 больных, которым был поставлен правильный диагноз во время исследования, экзофитная форма роста рака большого дуоденального сосочка (рис. 1) имела место в 28(71.8%) случаях, тогда как инвертированная форма роста опухоли (рис. 2) у 11(28.2%) больных.



Рис. 1. Пример экзофитной опухоли большого дуоденального сосочка.

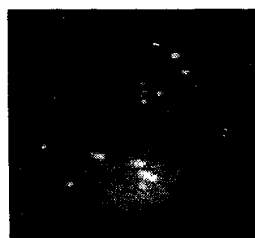


Рис. 2. Пример инвертированной опухоли большого дуоденального сосочка.

Из 18 больных, у которых во время дуоденоскопии не был выявлен рак большого дуоденального сосочка, экзофитная форма роста опухоли имела место в 7(38.9%) наблюдениях, а инвертированная форма роста в 11(61.1%) случаях. Таким образом, информативность дуоденоскопии для экзофитной формы роста рака большого дуоденального сосочка составила 71.8%, а для инвертированной – 28.2%.

В наших исследованиях во время дуоденоскопии у 36(63.2%) пациентов удалось выполнить биопсию из области большого дуоденального сосочка. При этом в 29(80.6%) случаях гистологическое исследование установило наличие рака большого дуоденального сосочка.

Из указанного выше следует, что дуоденоскопия представляется надежным методом диагностики рака большого дуоденального сосочка с возможностью до операционного гистологического исследования. Однако при этом методе исследования трудно определить распространение опухоли в окружающие ткани, в связи с чем нельзя определить стадию опухолевого процесса, что важно для онкологического диагноза. К тому же этот метод исследования менее информативен при раке большого дуоденального сосочка с инвертированной формой роста.

Дуоденоскопия может быть дополнена рентгеноконтрастным методом исследования, таким как ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). В период с 1986 по 1998 год РХПГ предпринята у 17(26.2%) больных. В 4(23.5%) случаях контрастировать желчные и панкреатический протоки не удалось из-за невозможности введения в них контрастного раствора. У всех этих больных имела место блокада ампулы большого дуоденального сосочка и механическая желтуха.

Из 13(76.5%) больных, у которых удалось выполнить РХПГ, рак БДС был установлен в 12(92.3%) наблюдениях. Таким образом, информативность РХПГ в выявлении рака большого дуоденального сосочка составила 92.3%. Но этот метод исследования является инвазивным и по его результатам так же нельзя получить достоверной информации о распространении опухоли на окружающие ткани и стадии заболевания.

Одной из инвазивных рентгеновских методик исследования желчных протоков является чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). В хирургической клинике были определены рентгенологические признаки опухолевого поражения большого дуоденального сосочка при этом исследовании, [1, 2]. С 1986 года ЧЧХГ была выполнена 17(26.2%) пациентам (таблица 2).

Как показывают данные таблицы 2, рак большого дуоденального сосочка был выявлен по результатам ЧЧХГ у 10 больных. Информативность метода составила 58.8%. Диагноз рака БДС не был поставлен в 7(41.2%) случаях. Чаще всего в результате этого исследования ставился диагноз дистальной опухолевой обструкции – 4(23.5%) наблюдения. В 2 из этих наблюдений высказано предположение об опухоли дистального отдела холедоха и в 2 – поставлен диагноз опухоли головки поджелудочной железы. В 3(17.6%) исследованиях при ЧЧХГ злокачественный процесс не был выявлен. У 2 пациентов при исследовании поставлен диагноз холедохолитиаза и в 1 наблюдении поставлен диагноз кисты холедоха.

Таблица 2

Информативность ЧЧХГ при раке БДС

№ п/п	Диагноз	Количество больных	%
1	Рак большого дуоденального сосочка	10	58.8
2	Опухоль дистального отдела холедоха	2	11.8
3	Опухоль головки поджелудочной желез	2	11.8
4	Холедохолитиаз	2	11.8
5	Киста холедоха	1	5.8
ВСЕГО		17	100

Таким образом, онкологический характер заболевания у наблюдавшихся больных по данным ЧЧХГ был выставлен в 14(82.6%) случаях. Это говорит об эффективности данного метода исследования. Однако следует учитывать, что для онкологического диагноза необходимо определение стадии заболевания. К сожалению, чрескожно-чреспеченочная холангиография обладает теми же недостатками, что и РХПГ.

Особое место в диагностике рака большого дуоденального сосочка заняла ультразвуковая томография (УЗТ). Ценным вкладом в ультразвуковую диагностику рака большого дуоденального сосочка была разработка на кафедре хирургии Российского Университета дружбы народов специальных методик ультразвукового осмотра большого дуоденального сосочка и методики дифференциальной диагностики первичной локализации опухоли при дистальной опухолевой блокаде билиарного тракта [4]. Прямым признаком опухоли БДС по данным УЗТ является выявляемое в его проекции объемное образование, имеющее различную эхогенность – повышенную, смешанную или пониженную (рис. 3).

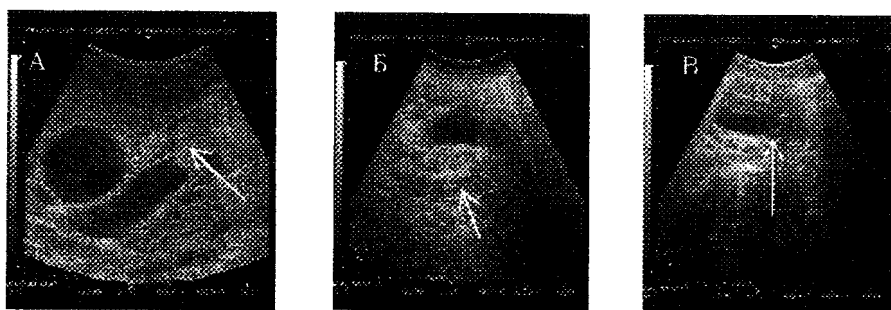


Рис. 3. Эхограммы опухолей большого дуоденального сосочка: А) повышенной, Б) смешанной, В) пониженной эхогенности



Рис. 4. Эхограммы: А) инвертированной, Б) экзофитной опухоли БДС

Применение специальной методики визуализации БДС с учетом прямых и косвенных признаков рака позволило достаточно четко определять как инвертированные, так и экзофитные опухоли БДС (рис. 4).

С 1986 года ультразвуковая томография выполнена у 64(98.5%) больных. Диагноз рака большого дуоденального сосочка при этом исследовании установлен у 44(68.8%) из 65 наблюдавшихся больных (таблица 3).

Таблица 3

Диагнозы, установленные при ультразвуковой томографии

№ п/п	Диагноз	Количество	%
1	Рак БДС	44	68.8
2	Опухоль головки поджелудочной железы	9	14.1
3	Опухоль дистального отдела холедоха	3	4.7
4	Блокада дистального отдела холедоха опухолевой этиологии	5	7.8
5	Холедохолитиаз	2	3.1
6	Острый панкреатит	1	1.5
ВСЕГО		64	100

Как видно из таблицы 3, информативность ультразвуковой томографии в выявлении рака БДС составила 68.8%. Однако если проанализировать процесс диагностики рака большого дуоденального сосочка по мере развития и усовершенствования методик ультразвуковой томографии, то можно выделить два периода. Первый период с 1986 по 1991гг., когда использовались общепринятые методики осмотра органов билиопанкреатодуоденальной зоны и второй период с 1992 по 1998гг., когда применялись специальные ультразвуковые методики, разработанные на кафедре хирургии для осмотра этих органов. В первый период ультразвуковая диагностика осуществлялась в основном по косвенным признакам, информативность метода составила 32,2%, во второй период была разработана семиотика прямых признаков рака БДС. В этот период из 26 наблюдавшихся больных правильный диагноз установлен у 24, информативность метода составила 92.3%.

Таким образом, информативность ультразвуковой томографии как неинвазивного метода исследования в диагностике рака большого дуоденального сосочка оказалась равной информативности инвазивного метода исследования – РХПГ.

В результате проведенного анализа диагностических методов сделано заключение о целесообразности комплексной диагностики рака большого дуоденального сосочка. При экзофитных формах роста опухоли дуоденоскопия имеет большую информативность (58.3%), чем ультразвуковая томография (40%). Тогда как при инвертированных формах роста опухоли БДС информативность дуоденоскопии составляет 41.7%, что меньше, чем ультразвуковое исследование (60%).

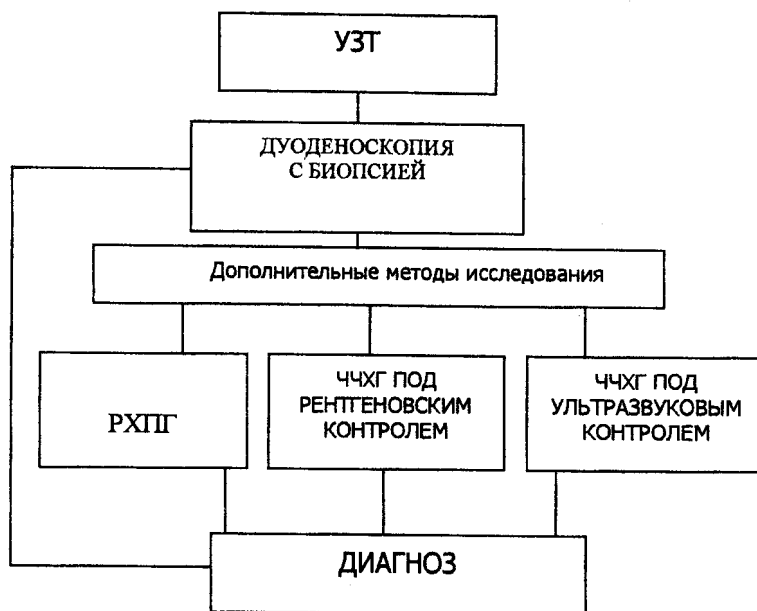
В связи с вышеизложенным, в клинике разработан и применяется алгоритм использования специальных методов диагностики рака БДС. Первое место в этом алгоритме занимает УЗТ, которая играет роль основного диагностического метода. Вторым обязательным методом является дуоденоскопия с биопсией ткани БДС. На основании результатов УЗТ и дуоденоскопии принимается решение о выборе дополнительных методов исследования. Этими методами являются РХПГ или ЧЧХГ (Схема 1).

В наших наблюдениях больных с I стадией заболевания было 7(10.8%), со II стадией – 12(18.5%), с III А стадией – 10(15.4%), с III Б стадией – 23(35.4%), с IV стадией заболевания – 13(20.0%). Наибольшее количество наблюдаемых больных поступало с III Б стадией заболевания, когда уже имело место прорастание опухоли в двенадцатиперстную кишку или головку поджелудочной железы, а также распространение опухоли по протокам с метастазированием в региональные лимфоузлы.

Использование данного алгоритма позволило ставить точный диагноз рака БДС с определением стадии заболевания в 97% случаев. Комплексная диагностика рака БДС позволила выполнить у 31 больного радикальную операцию - панкреатодуоденальную резекцию, что составило 53,4% по отношению ко всем 58 оперированным больным.

Схема 1

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАКЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА



Литература

1. Абдалла А.А. Диагностика рака органов гепато-билиарной и панкреато-дуоденальной зоны: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 1979.
2. Алексеев В.Ф. Чрескожная чреспеченочная холангиография эластичной иглой малого диаметра: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 1984.
3. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. – М.: Медицина, 1982. – 272 с.
4. Иванов В.А. Ультразвуковая диагностика рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 1994.
5. Futakawa N., Kimura W., Wada Y., Muto T.: Clinicopathological Characteristics and Surgical Procedures for Carcinoma of the Papilla of Vater. // Hepato-Gastroenterology. – 1996. – 7, v 43. – P. 260 - 267.
6. Gibbs E.R., Walton G.F., Kent III R.B., Laws H.L.: Villous tumors of the ampoule Vater. // American-Surgeon. – 1997. – 63/6. – P. 467-471.
7. Kimura W., Futakawa N., Yamagata S., Wada Y., Kuroda A., Muto T., Esaki Y.: Different clinicopathologic findings in two histologic types of carcinoma of papilla of Vater. // Jpn-J-Cancer-Res. – 1994. – Feb; 85(2). – 161-166.
8. Trede M., Schwall G., Saeger H.D.: Survival after pancreatoduodenectomy 118 curative resection without an operative mortality. // Ann. Surg. – 1990 – v. 211. – P. 447 – 458.
9. Yamaguchi K., Enjoji M., Kitamura K.: Endoscopic biopsy has limited accuracy in diagnosis of ampullary tumors. // Gastrointest-Endosc. – 1990. – Nov-Dec; 36(6). – P. 588-592.

MODERN CONDITION OF DIAGNOSTICS OF A CANCER OF PAPILLA DUODENI MAJOR

**F.V. BAZILEVICH, V.I. MALIARCHUK, Yu.F. PAUTKIN
A.E. KLIMOV, V.A. IVANOV**

Department of surgery RPFU. 117198 Moscow, Miklukho-Maklaya st., 8

In clause the modern level of diagnostics of a cancer of papilla duodeni major is examined. Is shown information most frequently of used methods of diagnostics. The characteristic to modern techniques of survey papilla duodeni major is given at ultrasonic research. Is shown used on faculty of surgery Russian university of friendship of the people's algorithm of diagnostics of a cancer of papilla duodeni major.