

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА, ОСЛОЖНЕННЫХ БЛОКАДОЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

В.А. ИВАНОВ, Н.В. СУНДУШНИКОВА, Т.В. ЗАЕЦ

Кафедра хирургии РУДН. Москва. 117292. ул. Вавилова д.61. ГKB № 64.

Представлены результаты ультразвукового исследования 373 больных с заболеваниями большого дуоденального сосочка, осложненными блокадой билиарного тракта. У 319 (85,5%) больных блокада была обусловлена доброкачественными заболеваниями (у 166 /44,5%/ - стенозом большого дуоденального сосочка, у 153 /41%/ - конкрементами ампулы большого дуоденального сосочка) и у 54 (14,5%) - опухолями большого дуоденального сосочка. При ультразвуковом исследовании выявляют прямые и косвенные признаки заболеваний большого дуоденального сосочка. Точность ультразвукового метода в диагностике стеноза большого дуоденального сосочка составила 98,3%, -конкрементов ампулы большого дуоденального сосочка -96,2% и опухоли большого дуоденального сосочка - 97,9%.

Заболевания большого дуоденального сосочка на ранних стадиях дают сходную клиническую картину, основным симптомом которой является механическая желтуха [1,2,4,9]. Диагностику заболеваний большого дуоденального сосочка, осложненных блокадой билиарного тракта, связывают с развитием эндоскопических и рентгенконтрастных методик исследования (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и чрескожная чреспеченочная холангиография), иногда сопровождающихся серьезными осложнениями [3,5,6,7,8,10].

В отличие от инвазивных методик ультразвуковое исследование является простым, доступным и не инвазивным методом, позволяющим определить не только причину блокады билиарного тракта, но и установить распространенность опухолевого процесса за пределы первичной локализации.

Материал и методы.

В хирургической клинике РУДН с 1992 по 2002гг. наблюдалось 373 больных с блокадой билиарного тракта на уровне большого дуоденального сосочка. Ультразвуковое исследование наблюдавшимся больным проводилось на аппаратах фирмы Aloka SSD-630, SSD-1100 и фирмы General Electric модели Logic 400 MD. Во всех наблюдениях результаты ультразвукового исследования верифицированы данными других методов исследования (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография, магнитнорезонансная томография), операционными находками и данными гистологических исследований. Среди наблюдавшихся больных у 166 (44,5%) пациентов был стеноз большого дуоденального сосочка, у 153 (41%) - камни ампулы большого дуоденального сосочка и у 54 (14,5%) - опухоли большого дуоденального сосочка.

С 1992 года на кафедре хирургии РУДН была разработана ультразвуковая методика осмотра дистального отдела желчного протока и большого дуоденального сосочка у больных с механической желтухой. Данная методика предусматривает использование гепатодуоденальной связки в качестве «акустического окна» для проникновения ультразвукового луча к головке поджелудочной железы, дистальному отделу желчного протока и ампуле большого дуоденального сосочка. Применение описанной методики осмотра желчных протоков и большого дуоденального сосочка у больных с механической желтухой позволило нам выделить прямые и косвенные ультразвуковые признаки заболеваний большого дуоденального сосочка.

К прямым ультразвуковым признакам стеноза большого дуоденального сосочка относятся выявление конусовидного сужения в области большого дуоденального сосочка на фоне гомогенного расширения желчного протока (рис.1). Прямыми признаками камней является выявление в просвете ампулы большого дуоденального сосочка эхоструктур, дающих акустические тени (рис.2). Прямыми ультразвуковыми признаками опухоли большого дуоденального сосочка является выявление в его проекции опухолевидной перестройки ткани, которые мы подразделяем на три типа: I тип - повышенной эхоген-

ности (рис.3), II тип - пониженной (рис.4) и III тип - смешенной эхогенности (рис.5).

Когда определяются прямые признаки камней, стеноза или опухоли большого дуоденального сосочка, установление диагноза заболевания не составляет каких-либо трудностей. Однако в случаях, когда не видны прямые признаки заболевания, доминирующее значение в установлении правильного диагноза приобретают косвенные признаки. В этих случаях от умения правильно их дифференцировать будет зависеть точность установленного диагноза. Косвенными признаками заболеваний большого дуоденального сосочка, сочетающихся с блокадой билиарного тракта, являются холангиоэктазия и панкреатикоэктазия (рис.6).

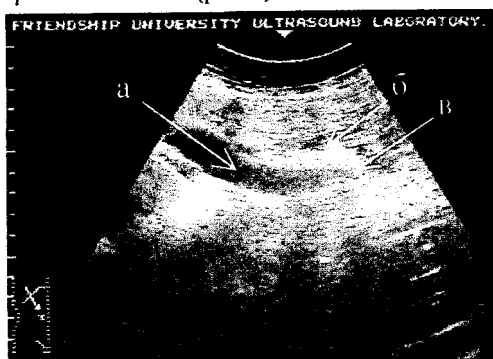


Рис.1. Ультразвуковые признаки стеноза большого дуоденального сосочка: а – расширенный желчный проток; б – головка поджелудочной железы; в – конусовидное сужение в области большого дуоденального сосочка.

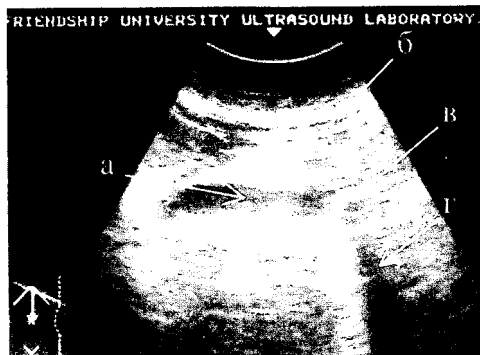


Рис. 2. Камень ампулы большого дуоденального сосочка: а – общий желчный проток; б – головка поджелудочной железы; в – камень ампулы большого дуоденального сосочка; г – акустическая тень.

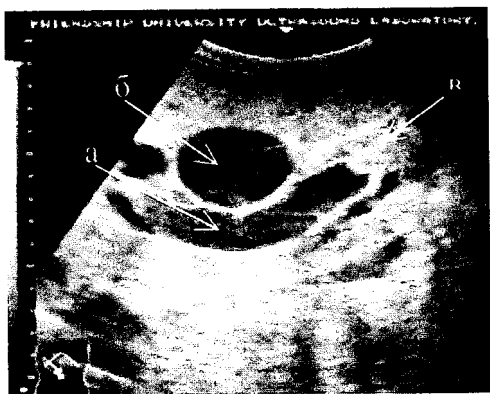


Рис. 3. Опухоль большого дуоденального сосочка повышенной эхогенности (I тип): а – общий желчный проток; б – желчный пузырь; в – опухоли БДС повышенной эхогенности.



Рис. 4. Опухоль большого дуоденального сосочка пониженной эхогенности (II тип): а – общий желчный проток; б – головка поджелудочной железы; в – опухоль большого дуоденального сосочка.

Так как уровень блокады желчного и панкреатического протоков в этих случаях один, то большое значение будет иметь степень выраженности этих признаков и частота встречаемости панкреатикоэктазии. Расширение общего желчного и панкреатического протоков при стенозе и камнях ампулы большого дуоденального сосочка выражено в меньшей степени, чем при опухолевой блокаде билиарного тракта - см. табл. 1.



Рис. 5. Опухоль большого дуоденального Сосочка смешанной эхогенности (III тип): а — общий желчный проток; б — головка поджелудочной железы; в — опухоли БДС смешанной эхогенности.

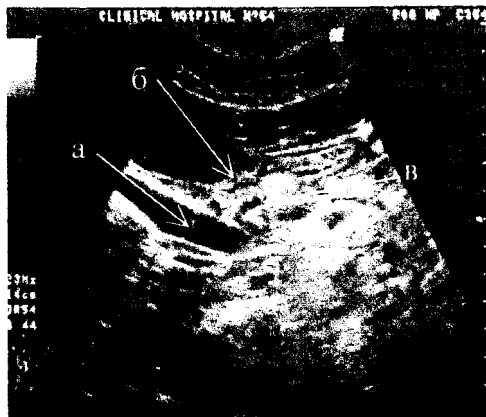


Рис. 6. Холангиоэктазия и панкреатикозктазия: а — расширенный желчный проток; б — головка поджелудочной железы; в — умеренно расширенный панкреатический проток.

Таблица 1

Расширение желчного и панкреатического протока и частота встречаемости панкреатикозктазии при патологии большого дуоденального сосочка

Причина блокады	Число больных	Частота встречаемости панкреатикозктазии		Средний диаметр протока, мм	
		число случаев	%	общий желчный	Панкреатический
Стеноз	166	32	19,3	$10,6 \pm 0,3$	$2,7 \pm 0,2$
Камни	153	95	62,4	$13,8 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,1$
Опухоль	54	50	93,2	$18,1 \pm 0,6$	$4,8 \pm 0,3$

Как показано в табл.1, наиболее выражены косвенные признаки при опухолях большого дуоденального сосочка, когда средний диаметр общего желчного и панкреатического протоков составляет соответственно $18,1 \pm 0,6$ мм и $4,8 \pm 0,3$ мм, а панкреатикозктазия наблюдается у 93,2% пациентов. При стенозе большого дуоденального сосочка средний диаметр общего желчного и панкреатического протоков составляет соответственно только $10,6 \pm 0,3$ мм и $2,7 \pm 0,2$ мм, а панкреатикозктазия наблюдается лишь у 19,3% больных. Что касается камней ампулы большого дуоденального сосочка, то необходимо отметить, что при этой нозологии средний диаметр протоков составляет соответственно $13,8 \pm 0,3$ мм и $2,5 \pm 0,1$ мм, а панкреатикозктазия наблюдается у 62,4% больных. При этом следует учитывать наличие выявленных мелких камней в желчном пузыре, как фактор, увеличивающий вероятность возникновения холедохолитиаза.

Результаты и обсуждение.

Анализ ультразвуковых признаков заболеваний большого дуоденального сосочка проведен в группе из 373 больных, у которых при ультразвуковом исследовании были доступны осмотру дистальные отделы общего желчного протока, большой дуоденальный сосочек и головка поджелудочной железы. Мужчин было 71 (19%), женщин — 302

(81%). Возраст больных колебался от 23 до 92 лет, средний возраст составил 63,8 лет.

При этом у 159 (95,8%) больных при ультразвуковом исследовании было выявлено конусовидное сужение в области большого дуоденального сосочка, у 146 (95,4%) больных выявлены экстроструктуры в ампуле большого дуоденального сосочка, и у 52 (96,3%) больных выявлена опухолевидная перестройка в области большого дуоденального сосочка.

Косвенные ультразвуковые признаки указывали на наличие блокады в области большого дуоденального сосочка у 163 (98,2%) больных со стенозом большого дуоденального сосочка, у 146 (95,4%) - с камнями ампулы большого дуоденального сосочка и у 53 (98,2%) - с опухолями большого дуоденального сосочка.

Информативность ультразвукового исследования в диагностике стеноза большого дуоденального сосочка составила: чувствительность - 95,8%, специфичность 98,6%, точность 98,3%; - в диагностике камней ампулы большого дуоденального сосочка - чувствительность 95,4%, специфичность 97,4%, точность 96,2% и в диагностике опухоли большого дуоденального сосочка - чувствительность - 96,3%, специфичность 98,4%, точность 97,9%.

Распространение опухоли большого дуоденального сосочка за пределы первичной локализации наблюдалось у 30 (55,6%) больных, из них у 14 (46,7%) больных при ультразвуковом исследовании выявлены увеличенные лимфатические узлы гепатодуоденальной связки и парапанкреатической клетчатки, у 4 (13,3%) больных - метастатическое поражение печени.

На основании данных ультразвукового исследования у больных с блокадой билиарного тракта на уровне большого дуоденального сосочка разработан алгоритм диагностической и лечебной тактики. При выявлении стеноза и камней ампулы большого дуоденального сосочка больным выполняется в экстренном порядке эндоскопическая папиллосфинктеротомия или эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. В случаях опухолевой блокады выполняется эндоскопическое протезирование или эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Среди наблюдавшихся больных со стенозом большого дуоденального сосочка у 121 (73%) пациента выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, у 140 (91,7%) больных с конкрементами ампулы большого дуоденального сосочка выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией и у 9 (17%) больных с опухолью большого дуоденального сосочка - эндоскопическое протезирование желчных протоков.

Выводы:

1. Применение разработанной на кафедре хирургии ультразвуковой методики осмотра желчного протока и большого дуоденального сосочка позволяет выявить прямые и косвенные признаки камней ампулы и опухолей большого дуоденального сосочка.
2. При опухолевом поражении большого дуоденального сосочка ультразвуковое исследование позволяет определить как признаки местного распространения опухоли, так и метастазирование в регионарные лимфатические узлы и в печень.
3. Высокая информативность ультразвукового исследования в диагностике причин блокады билиарного тракта на уровне большого дуоденального сосочка позволяет в кратчайшие сроки определить оптимальную лечебную тактику у этих больных, предпочтение в которой при доброкачественной блокаде отдается эндоскопической коррекции.

Литература

1. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е. и др. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // *Анналы хир. гепатологии*. 1997. - № 2. - С.110-116.
2. Иванов Ю.В. Механическая желтуха: диагностический алгоритм и лечение // *Лечащий врач*. 2002. - №7. - С. 10-18.
3. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные

вмешательства у больных с механической желтухой // *Анналы хир. гепатологии*. 1996. - №1. - С. 121-131.

4. Савельев В.С., Прокубовский В.И., Филимонов М.И. и др. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе. // *Хирургия*, 1988. - №1. - С.3-7.

5. Федоров В.Д. и соавт. Хирургическое лечение рака общего желчного протока. // *Кремлевская медицина. Клинический вестник* 2000. - №2. - С.25-37

6. Хрусталева М.В. Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи // *Анналы НЦХ РАМН*. 1997. - С. 39-42.

7. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпенсации желчных путей при механической желтухи. // *Анналы хир. гепатологии*. 1997. - №2. - С. 117-122.

8. Cotton P. B. Endoscopic management of biliary strictures. // *Annu gastrointes. endoscopy*. 1993. - P. 273

9. Guschieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery. // *springer-Verlag* 1993. - V.2. - P.273

10. Murai R., Hashig Ch., Kusujama F. Percutaneous stenting for malignant biliary stenjsis. // *Surgical endoscopy*. 1991. - V.5. - P. 140.

ABDOMINAL ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF PAPILLARY DISEASES COMPLICATED BY BILIARY BLOCKADE

V.A. IVANOV, N.V. SOUNDOUSHNIKOVA, T.V. ZAETS

Department of Surgery RPFU. Moscow. 117198. Vavilova, 61. Moscow city hospital №64.

Results of ultrasound examinations of 373 patients with papillary diseases complicated by biliary blockade were studied. In 319 (85,5%) patients the blockade was caused by benign diseases (papillary stenosis – 166 /44,5%, ampullary stones – 153 /41%/), and in 54 (14,5%) -- by papillary tumours. Ultrasonography reveals direct and indirect features of papillary diseases. Accuracy of the method in case of papillary stenosis is 98,3%, ampullary stones – 96,2%, papillary tumours – 97,9%.