

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА, ОСЛОЖНЕННЫХ БЛОКАДОЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

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

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Вавилова, д.61, Москва, Россия, 117292

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 холангиопанкреатикография, 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 экоструктур, 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 эхогенности (рис.3), II тип - пониженной (рис.4) и III тип - смещенной 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 панкреатикозектазия (рис.6).

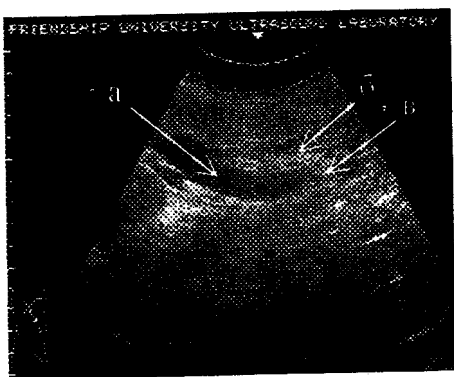


Рис. 1

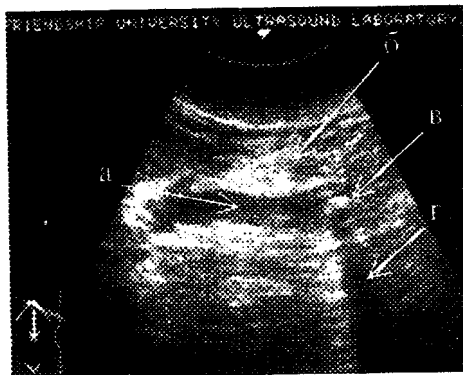


Рис. 2

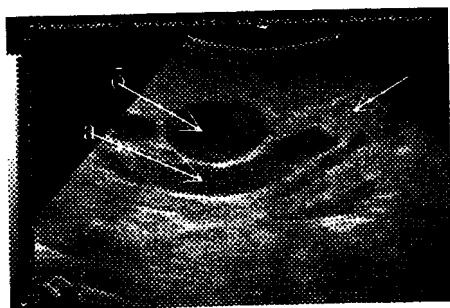


Рис. 3

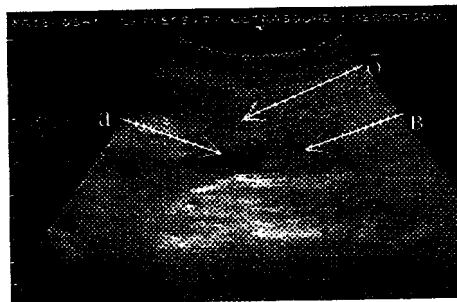


Рис. 4

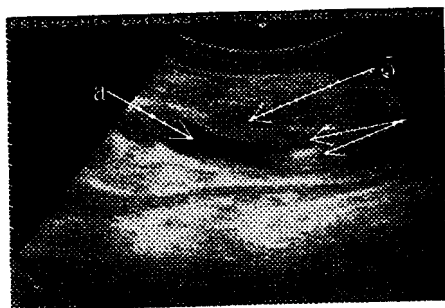


Рис. 5

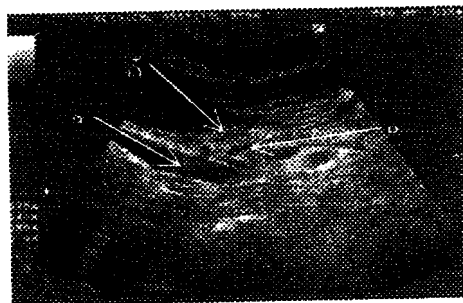


Рис. 6

Рис. 1. На ультразвуковой томограмме показаны ультразвуковые признаки стеноза большого дуоденального сосочка: а - расширенный желчный проток; б - головка поджелудочной железы; в - конусовидное сужение в области большого дуоденального сосочка.

Рис. 2. На ультразвуковой томограмме показан камень ампулы большого дуоденального сосочка: а - общий желчный проток; б - головка поджелудочной железы; в - камень ампулы большого дуоденального сосочка; г - акустическая тень.

Рис. 3. На ультразвуковой томограмме показана опухоль большого дуоденального сосочка повышенной эхогенности (I - тип): а - общий желчный проток; б - желчный пузырь; в - опухоли БДС повышенной эхогенности.

Рис. 4. На ультразвуковой томограмме показана опухоль большого дуоденального сосочка пониженной эхогенности (II - тип): а - общий желчный проток; б - головка поджелудочной железы; в - опухоль большого дуоденального сосочка.

Рис.5. На ультразвуковой томограмме показана опухоль большого дуоденального сосочка смешанной эхогенности (III - тип): а - общий желчный проток; б - головка поджелудочной железы; в - опухоли БДС смешанной эхогенности.

Рис. 6. На ультразвуковой томограмме показана холангиоэктазия и панкреатикоэктазия:

а - расширенный желчный проток; б - головка поджелудочной железы; в - умеренно расширенный панкреатический проток.

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 (табл. 1).

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

Таблица 1

Причина блокады	Число больных	Частота встречаемости панкреатикоэктазии		Средний диаметр Протока, мм	
		число случаев	%	общий желчный	панкреатический
Стеноз	166	32	19,3	10,6±0,3	2,7±0,2
Камни	153	95	62,4	13,8±0,3	2,5±0,1
Опухоль	54	50	93,2	18,1±0,6	4,8±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 панкреатикоэктазия 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 панкреатикоэктазия наблюдается лишь у 19,3% больных. Что касается камней ампулы большого дуоденального сосочка, то необходимо отметить, что при этой нозологии средний диаметр протоков составляет $13,8 \pm 0,3$ мм и $2,5 \pm 0,1$ мм, а панкреатикоэктазия 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 экзоструктуры 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 тактике. 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, предпочтении 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 желтухе. // *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. - 2. - P.273
10. Murai R., Hashig Ch., Kusujama F. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis. // *Surgical endoscopy*. - 1991. - 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. PFUR. *Vavilova, 61. Moscow, Russia, 117198. 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%.