

**ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПРОКСИМАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ БИЛИАРНОГО ТРАКТА****В.А. ИВАНОВ, Н.В. СУНДУШНИКОВА**

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Вавилова д.61, Москва, Россия, 117292. ГKB № 64

В анализ включены 164 больных с проксимальной блокадой билиарного тракта, среди которых у 89 (54,3%) имели место опухоли проксимальных отделов желчевыводящих протоков и у 75 (45,7%) – рубцовые стриктуры воспалительной этиологии. Вне зависимости от этиологии процесса диагностический алгоритм выявления блокады проксимального уровня предусматривает на первом этапе исследования больного применение ультразвуковой диагностики и на втором этапе, если это необходимо, – чрескожные или эндоскопические рентгеноконтрастные методики исследования. Ультразвуковое исследование всегда позволяет выявить косвенные признаки поражения и в подавляющем большинстве случаев видеть саму опухоль или воспалительную стриктуру. Информативность ультразвукового метода в диагностике доброкачественных стриктур составила 86,4%, в диагностике опухолей 96,3%.

Проблема диагностики и хирургического лечения опухолевых и воспалительных стриктур проксимального уровня до настоящего времени остаётся наиболее трудной в хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны. С позиции хирургического лечения опухолей и воспалительных стриктур данной локализации их объединяют общность диагностических признаков и сложность хирургических решений. При этом для опухолей проксимальных отделов характерна быстро прогрессирующая инвазия, а поздняя диагностика не позволяет радикально оперировать пациентов с этой патологией. В связи с этим в подавляющем большинстве случаев хирургическое лечение больных с опухолями проксимальных отделов желчевыводящих протоков носит паллиативный характер [К.В. Лапкин и соавт., 1994; В.А. Иванов, 1994].

По классификации P.C. Groen, G.J. Gores (1999) различают: I тип – опухоли располагаются выше области слияния правого и левого долевых протоков, II тип – опухоли, вовлекающие область конfluence, III тип – опухоли, вовлекающие общий печёночный проток, IV тип – мультицентрические опухоли, вовлекающие область конfluence и оба долевых протока.

Доброкачественные стриктуры, так же как и опухолевые, различают по уровню их локализации: стриктура 0 – неповреждённая часть общего печёночного протока практически отсутствует, стриктура I – длина неповреждённой части общего печёночного протока не менее 1 см, стриктура II – длина неповреждённой части общего печёночного протока более 2 см [Э.И. Гальперин и соавт., 1985].

При ультразвуковой диагностике опухолей и воспалительных стриктур желчных протоков, осложнённых проксимальной блокадой билиарного тракта, большинство авторов ориентируются на косвенные признаки, наиболее показательными из которых являются вне- и/или внутрипечёночная холангиоэктазия. Эти признаки, по мнению многих авторов, выявляются в 88 - 100% случаев [С.А. Капранов и соавт., 1994; Т.А. Лютфалиев и соавт., 1993; В.Н. Егиев и соавт., 1994; В.М. Могучев и соавт., 1995г; А.А. Ашаров и соавт., 1995; А.И. Тулин и соавт., 1995]. При этом, в большинстве случаев трудности возникают при определении уровня и причины блокады билиарного тракта.

В диагностике доброкачественных и опухолевых стриктур проксимального уровня до настоящего времени ведущую роль играют рентгеноконтрастные методики исследования: ЧЧХГ, РХПГ, которые позволяют определить уровень и степень сужения, но являются сложными и инвазивными. В нашей клинике вне зависимости от этиологии процесса на первом этапе обследования больным выполняется ультразвуковое исследование, которое позволяет выявить внутрипечёночную холангиоэктазию, локализацию опухоли или стриктуры, установить наличие либо отсутствие разобщения долевых протоков, при опухолях выявить инвазию в сосуды, прорастание в паренхиму печени, метастазирование в регионарные лимфатические узлы и в печень, а, следовательно, определить стадию онкологического процесса.

Материалы и методы.

В хирургической клинике РУДН с 1986 по 2002 гг. наблюдались 164 больных с проксимальной блокадой билиарного тракта. Ультразвуковое исследование наблюдавшимися пациентам проводилось на аппаратах фирмы Aloka модели SSD-630, SSD-1100 и фирмы General Electric модели «Logic 400MD». С 1992 года на кафедре хирургии РУДН была разработана ультразвуковая методика осмотра проксимальных отделов желчных протоков у больных с механической желтухой. Данная методика предусматривает использование специальных приемов, позволяющих детально осмотреть общий печеночный и долевые протоки печени. Применение описанной методики осмотра желчных протоков у больных с механической желтухой позволило нам выделить прямые и косвенные ультразвуковые признаки заболеваний, вызывающих проксимальную блокаду билиарного тракта.

При описании акустической структуры опухолей, вызывающих проксимальную блокаду билиарного тракта, выделены два типа её строения: I тип – опухоли повышенной эхогенности (рис.1), II тип – опухоли смешанной эхогенности (рис.2).

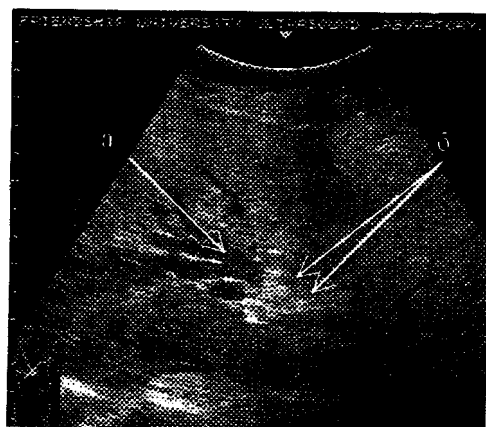


Рис. 1. Ультразвуковая томограмма больной с опухолью правого долевого протока (I – тип):
а – расширенный правый долевой проток;
б – структура опухоли повышенной эхогенности

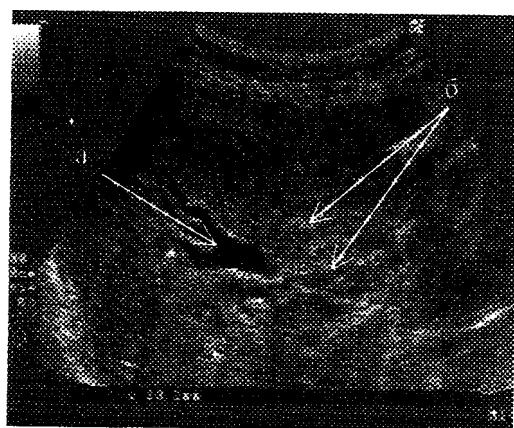


Рис. 2. Ультразвуковая томограмма больного с опухолью правого долевого протока (II – тип):
а – расширенный правый долевой проток;
б – структура опухоли смешанной эхогенности

При поражении опухолью одного из долевых протоков при ультразвуковом исследовании определяется расширение внутрипечёночных желчных протоков на стороне поражения, при этом ниже лежащие отделы желчевыводящих путей и желчный пузырь не изменены. При локализации опухоли в воротах печени определяется внутрипечёночная холангиоэктазия в обеих долях, спавшийся желчный пузырь. При поражении опухолью общего печёночного протока определяется как внутри-, так и внепечёночная холангиоэктазия, если в процесс вовлекается пузырный проток, то желчный пузырь может увеличиваться в размерах.

В клинике ведётся разработка ультразвуковой семиотики доброкачественных стриктур желчных протоков. При этом изучаются как косвенные, так и прямые признаки стриктур с указанием на уровень блокады, её протяжённость, степень окклюзии билиарного дерева. Прямыми ультразвуковыми признаками стриктур желчевыводящих протоков являются выявление в проекции общего печёночного или долевых протоков печени участков умеренно сниженной (рис.3) или повышенной (рис.4) эхогенности, обтурирующих соответствующие отделы желчных протоков.

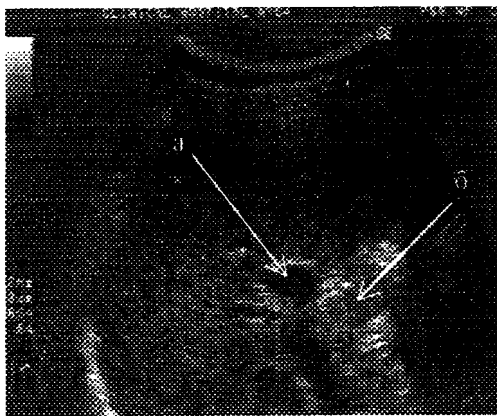


Рис. 3. Ультразвуковая томограмма больной с воспалительной стриктурой:

а – расширенный печеночный проток;
б – инфильтративный участок пониженной эхогенности

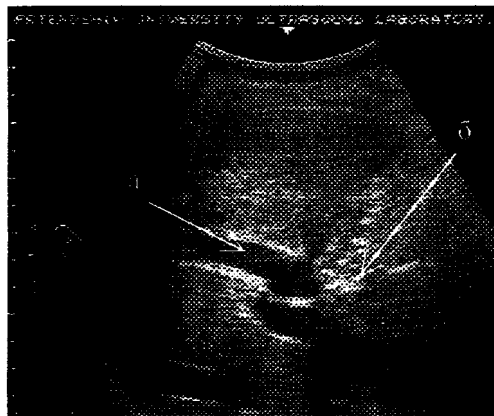


Рис. 4. Ультразвуковая томограмма больной с рубцовой стриктурой:

а – расширенный печеночный проток;
б – инфильтративный участок повышенной эхогенности

Результаты и их обсуждение.

Среди наблюдавшихся 164 больных с проксимальной блокадой билиарного тракта в 89 (54,3%) наблюдениях блокада была обусловлена опухолями общего печёчного и долевых протоков печени и в 75 (45,7%) случаях – доброкачественными стриктурами желчных протоков. В группе пациентов с опухолями проксимального отдела билиарного тракта у 5 (5,6%) больных выявлено поражение правого долевого протока, у 3 (3,4%) – левого долевого протока, у 17 (19,1%) – области слияния долевых протоков, у 49 (55%) – общего печёчного протока и у 5 (5,6%) – опухоль желчного пузыря проросла в желчные протоки на проксимальном уровне.

Среди наблюдавшихся 89 больных с опухолями общего печёчного и долевых протоков печени у 67 (75,3%) пациентов структура опухоли была повышенной эхогенности, у 22 (24,7%) – смешанной эхогенности. Косвенные признаки позволили уточнить опухолевую блокаду у 6 (6,7%) больных. Местные признаки распространения опухоли за пределы первичной локализации наблюдались у 54 (60,6%) больных, метастазирование в лимфатические узлы у – 26 (29,2%), в печень – у 23 (25,8%) пациентов.

При обследовании 75 больных с доброкачественными стриктурами проксимального отдела желчных протоков были выделены две группы пациентов: первую группу составили 20 (26,6%) пациентов, обследованных в течение первых 6 месяцев после травмы желчных протоков, вторую – 55 (73,4%) больных, осмотренных в сроки более 6 месяцев после первичной операции. У всех пациентов наблюдалось расширение внутripечёчных желчных протоков, при этом у больных первой группы при ультразвуковом исследовании выявлялось инфильтративное образование в области печёчного или долевых протоков с нечёткими контурами, преимущественно пониженной эхогенности. У пациентов второй группы в проекции стриктуры определялся участок повышенной эхогенности с нечёткими контурами.

В результате внедрения ультразвуковой методики осмотра общего печёчного и долевых протоков печени и разработки семиотики заболеваний, вызывающих проксимальную блокаду билиарного тракта информативность метода в диагностике доброкачественных стриктур желчных протоков составила 86,4%, а в диагностике опухолей – 96,3%.

Высокая информативность ультразвукового исследования в диагностике стриктур желчных протоков позволила значительно уменьшить количество диагностических рентгеноконтрастных методик исследования и увеличить количество лечебных рентге-

нозндоскопических вмешательств (эндоскопическое протезирование или дренирование желчных протоков) с целью подготовки больного к радикальной операции либо как окончательный этап лечения в неоперабельных случаях. Применение вышеописанной диагностической и лечебной тактики ведения больных с проксимальной блокадой билиарного тракта позволило у 19 (21,3%) больных с опухолевой блокадой выполнить эндоскопическое протезирование желчных протоков, у 75 (100%) больных с доброкачественной стриктурой выполнить радикальное оперативное лечение.

Таким образом, разработанная на кафедре хирургии ультразвуковая методика осмотра желчевыводящих протоков позволяет значительно повысить информативность метода в диагностике уровня блокады билиарного тракта, а так же провести дифференциальную диагностику доброкачественной и опухолевой блокады. Высокая информативность ультразвукового исследования в дифференциальной диагностике причин проксимальной блокады билиарного тракта позволяет в кратчайшие сроки определить оптимальную диагностическую и лечебную тактику у этих больных.

Литература

1. Лютфалиев Т.А., Смирнова Е.С. Редди Т.Г. Роль ультразвуковых исследований в диагностике этиологии желтухи // Межрегиональная конференция хирургов «Механическая желтуха». – М. – 1993. – С. 51-52.
2. Капранов С.А., Кузнецова В.Ф. Чрескожные чреспечёчные диагностические вмешательства при опухолях зоны конfluence печёчных протоков и ворот печени // Материалы второй конференции хирургов-гепатологов «Очаговые поражения печени и глистные опухоли печёчных протоков». – Киров. – 1994. – С.174-175.
3. Егив В.Н., Рудакова М.Н., Валетов А.И. Тактика лечения механической желтухи // Межрегиональная конференция хирургов «Механическая желтуха». – М. – 1993. – С. 29-30.
4. Мозучев В.М. Прикупец В.Л., Плюснин Б.И., Максимов В.В. Диагностика и лечение неопухолевой обтурационной желтухи // Первый Московский международный конгресс хирургов. – М. – 1995. – С. 257.
5. Лапкин К.В., Иванов В.А., Малайчук В.И. Диагностика и хирургическое лечение опухолевых и воспалительных обструкций проксимальных отделов внепечёчного билиарного тракта // Материалы Второй конференции хирургов «Очаговые поражения печени и глистные опухоли печёчных протоков». – Киров. – 1994. – С. 180-181.
6. Иванов В.А. Ультразвуковая диагностика рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Автореф. дис. канд. мед. наук. – 1994. – 17С.
7. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Элигулашвили Р.М. Восстановительные операции на внепечёчных желчных протоках при рубцовых стриктурах желчных протоков // Хирургия. – 1982. – №1. – С. 60-63.
8. Groen P.C., Gores G.J., Gunderson L.L., Nicholas F., LaRusso M.D. Biliary tract cancers // The New England Journal of Medicine. – 1999. – 341(18). – P. 1368-1378.

ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF PROXIMAL BILIARY BLOCKADE

V.A. IVANOV, N.V. SOUNDOUSHNIKOVA

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

164 patients with proximal biliary blockade were included into the study: 89 (54,3%) with proximal bile duct tumours and 75 (45,7%) with cicatricial benign strictures. Diagnostic algorithm in proximal biliary blockade includes abdominal ultrasonography as the first step and transcutaneous or endoscopic roentgenocontrast methods of diagnostics as the second step if necessary. Ultrasonography reveals indirect features of the blockade in all cases and the tumour or the stricture itself in most cases. Accuracy of the method in case of benign strictures is 86,4%, and in case of tumours – 96,3%.