

УДК 616.36-076-021.3\5-073.48

*А.Д. Зубов¹, Р.В. Ищенко², А.В. Мотрий², О.В. Сенченко²***ТРЕПАНБИОПСИЯ ПЕЧЕНИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ВТОРИЧНОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ – РИСК, ОБЪЕКТИВНОСТЬ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ**¹*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*²*Донецкий областной противоопухолевый центр*

С целью ранней диагностики и оценки лечения больных при первичных и вторичных поражениях печени разработан и внедрен метод чрескожной пункционной биопсии печени под ультразвуковым контролем. Представлены результаты трепанбиопсий 51 пациента с первичными и вторичными очаговыми поражениями печени. Разработанный метод позволил на основании данных цитологического и гистологических исследования оценить динамику морфологических изменений в ходе специального лечения, начать или продолжить специальное лечение уже в первые сутки после получения ответа.

Ключевые слова: Очаговые поражения печени, чрескожная трепанбиопсия.

Современные комплексные и комбинированные схемы лечения злокачественных новообразований предусматривают обязательное получение достоверной цитологической и гистологической картины, как из первичной опухоли, так и из зон ее метастатического распространения [5]. Метастазы злокачественных опухолей относятся к наиболее распространенным очаговым поражениям печени и обнаруживаются у каждого третьего онкологического больного, особенно часто при новообразованиях поджелудочной железы, желудка, толстой кишки и молочной железы [1].

В повышении точности диагностики очаговой патологии печени важная роль принадлежит чрескожным диагностическим пункциям, выполняемым под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) или компьютерной томографии (КТ). Широкое распространение пункционных вмешательств получили благодаря появлению новых методов визуализации – УЗИ, КТ и магнитно-резонансной томографии (МРТ), созданию гибких малотравматичных игл малого диаметра и развитию новых цитологических и гистологических методов исследования получаемого материала [2, 3, 7].

В настоящее время количество выполняемых диагностических пункций печени до сих пор не соответствует реальной потребности. Это обусловлено опасением возможных осложнений и, нередко, неудовлетворенностью качеством полученного материала. Кроме того, возможными причинами являются

традиционный консерватизм врачей, недостаточный уровень материально-технического оснащения отечественных лечебных учреждений, отсутствие целевых программ подготовки специалистов. Поэтому разработка и внедрение методов чрескожной пункционной биопсии печени под ультразвуковым контролем при очаговой патологии печени, обеспечивающих получение материала из интересующей врача зоны при минимуме возможных осложнений, является актуальной [4, 6].

Целью данной работы явилась разработка критериев диагностики и показаний к динамической трепанбиопсии печени в процессе комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей.

Материал и методы

В исследование включен 51 пациент с первичными и вторичными очаговыми поражениями печени, которым выполнялась трепанбиопсия пораженного участка печени с последующим лечением в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ). Всем пациентам выполнено УЗИ печени, проведены стандартные биохимические исследования. Для оценки выраженности гистологических изменений всем больным выполнена чрескожная пункционная трепанбиопсия печени (ЧПТП).

В процессе ЧПТП биопсионная игла эхографически визуализировалась в виде линейного гиперэхогенного сигнала, скорость и направление движения которого соответствова-

ли продвижению иглы на заданную глубину. В момент прохождения иглой капсулы наблюдался прогиб гиперэхогенной линии (капсулы печени) в направлении, соответствующем перемещению иглы, сохранявшийся на протяжении перемещения иглы к зоне интереса; при обратном движении иглы от зоны взятия биопсии наблюдалось восстановление этой линии. После извлечения иглы биопсионный канал визуализировался как непрерывная линейная структура, при возобновлении дыхательных движений распадаящаяся на два параллельных фрагмента, смещенных относительно друг друга на величину дыхательной экскурсии печени.

При выборе пунктируемого очага руководствовались соображениями информативности и безопасности вмешательства.

1. С позиций безопасности биопсии преимущество отдавалось очагам:

- к которым существовала безопасная траектория доступа (безопасное акустическое окно), не пересекающая кровеносные сосуды значимого диаметра, желчные протоки и пр.;

- расположенным на глубине 5 см и более от поверхности печени, поскольку в таком случае интрапаренхиматозная часть биопсионного канала имеет протяженность, достаточную для тромбирования крови в нем, что является дополнительным фактором профилактики постпункционной геморрагии;

- не имеющим гипervasкуляризации, сопряженной с риском кровотечения и неинформативности полученного материала.

2. Наиболее информативными для биопсии считали очаги, не имеющие эхографических признаков распада, а именно гипо- или анэхогенной зоны, анатомически соответствующей области некроза. При выполнении трепанбиопсии стремились получить столбик ткани, включающий фрагменты как здоровой паренхимы, так и периферической области новообразования, соответствующей его зоне роста.

В некоторых случаях целесообразным считали выполнение трепанбиопсии из двух и более очагов печени. Такая необходимость возникла, когда различная эхографическая картина новообразований позволила предположить их разную гистологическую структуру, и, следовательно, подразумевало различную тактику лечения. В подобной ситуации последовательно выполняли биопсии нескольких

очагов. Пункции могли быть выполнены как из одного доступа, так и из нескольких, в зависимости от расположения очагов и наличия безопасного акустического окна.

При повторных трепанбиопсиях считали необходимым документирование зоны выполнения первичной биопсии в протоколе операции (доля, сегмент, угол и глубина входа иглы) и путем выполнения ультразвукового снимка в момент нахождения иглы в очаге. В последующем путем сопоставления локализации рубца от кожной надсечки и угла и глубины входа биопсионной иглы, определяемых по ультразвуковому снимку, определяли место первоначальной биопсии и стремились выполнить повторную биопсию непосредственно из той же зоны. Такой подход позволяет достоверно утверждать, что выявленные различия гистологической картины до и после лечения являются следствием лечебного патоморфоза, а не обусловлены различиями гистологической структуры патологически измененных участков печени.

При множественных очагах после курса проведенной терапии стремились получить материал из наилучше и наихудше отреагировавших очагов поражения печени, в сравнении с первичным пунктирным вмешательством.

Результаты и обсуждение

Среди изучаемых пациентов были 26 мужчин и 25 женщин в возрасте 20-79 лет. Наибольшее количество больных – 20 человек (39,2%) выявлено в возрастной группе 60-69 лет.

Осложнений, потребовавших оперативного лечения, не наблюдалось. Были отмечены кратковременные болевые реакции, слабость, головокружение, не потребовавшие медикаментозной коррекции. Таким образом, количество и качество возникших осложнений позволяет считать возможным широкое применение ЧПП у пациентов с очаговым поражением печени.

Гепатоцеллюлярный рак диагностирован у 20 пациентов (39,2%). Из них в 3 случаях (5,88±3,2%) наблюдали трабекулярный, в 9 случаях (17,6±4,6%) цирротический, в 7 случаях (13,7±4,4%) железистый и в 1 случае (1,96±1,8%) анапластический варианты печеночно-клеточного рака. Холангиоцел-

люлярний рак верифіцирован у 8 пацієнтів ($15,69 \pm 4,5\%$). Метастазирование в печенку при опухольох желудка у 5 пацієнтів ($9,8 \pm 4,1\%$), толстої кишки у 7 пацієнтів ($13,7 \pm 4,4\%$) и молочної залізи виявлено у 9 пацієнтів ($17,65 \pm 4,6\%$). В 2 випадках ($3,9 \pm 2,2\%$) верифікації не получено. У 2 больних ($3,9 \pm 2,2\%$) верифікації не получено, в зв'язи с солидным характером первичної опухолі при пункції в матеріалі получен різничої степені фіброз.

У 10 пацієнтів ($19,6 \pm 4,7\%$) виконана послідовальна двукратна біопсія из очагов печені різного характеру реакції на лікарственну терапію, т.е. послідовально через 3 місяця после первичної ЧПТБ була виконана біопсія из найлучше отреагировавшего на лечение очага и найхудше отреагировавшего очага. Во всех случаях из обеих зон получен материал, достаточный для анализа. Выраженность различий гистологических изменений ткани печені в биоптатах из разных очагов была такова, что могла оказать влияние на принятие решения о тактике ведения больного и выборе дальнейшей терапии.

Результаты цитологического исследования позволяли начать или продолжить специальное лечение уже в первые сутки после выполнения трепанбиопсии.

У 7 пацієнтів ($13,7 \pm 4,4\%$) трепанбиопсія печені виконана була вперше после проведения химиотерапии в других лечебных учреждениях. Виявлені обширные поля некроза, которые затрудняют морфологическую диагностику. Это определяет необходимость биопсии до лечения.

Таким образом, гистологический анализ биоптатов, полученных путем ЧПТБ под ультразвуковым контролем из стандартной зоны печені, позволяет оценить динамику морфологических изменений в ходе специального лечения очаговых поражений печені. Стандартизация зоны биопсии и применение полуквантитативных методов оценки обеспечивает объективность, достоверность и сравнимость результатов гистологического исследования и оценки выявляемых изменений.

Выводы

1. Клиническое, лабораторное и ультразвуковое исследования при очаговых поражениях печені не предоставляют достоверной ин-

формации о результатах проведенного лечения в полном объеме.

2. Эффективным и безопасным методом получения материала для прижизненного морфологического исследования при очаговых поражениях печені является чрескожная пункционная трепанбиопсия печені под непрерывным ультразвуковым контролем с использованием доплерографических методов. При соблюдении методики вмешательства и мер профилактики осложнений чрескожная пункционная биопсия печені может и должна быть выполнена каждому пациенту при очаговых поражениях печені.

3. Выраженность гистологических изменений в печені при очаговых поражениях до и после лечения неодинакова; для обеспечения репрезентативности и достоверности биопсии, в т.ч. динамической для оценки эффективности терапии необходимо выполнять повторную биопсию из того локуса, что и первичную.

4. При множественных очагах поражения печені необходимо выполнять трепанбиопсии из очагов найлучше и найхудше отреагировавших после лечения, в сравнении с первичным интервенционным вмешательством.

ТРЕПАНБІОПСІЯ ПЕЧІНКИ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ПЕРВИННОМУ І ВТОРИННОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ – РИЗИК, ОБ'ЄКТИВНІСТЬ І ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ

О.Д. Зубов, Р.В. Іщенко, О.В. Мотрій, О.В. Сенченко

З метою ранньої діагностики і оцінки лікування хворих при первинних і вторинних ураженнях печінки розроблений і впроваджений метод черезшкірної пункційної біопсії печінки під ультразвуковим контролем. Представлені результати трепанбіопсій 51 пацієнта з первинними і вторинними осередковими ураженнями печінки. Розроблений метод дозволив на підставі даних цитологічного і гістологічних дослідження оцінити динаміку морфологічних змін при спеціальному лікуванні, почати або продовжити спеціальне лікування вже в першу добу після здобуття відповіді.

Ключові слова: осередкові ураження печінки, черезшкірна трепанбіопсія.

TREPINED BIOPSY OF THE LIVER UNDER ULTRASONIC CONTROL AT PRIMARY AND SECONDARY LESIONS OF THE LIVER – RISK, OBJECTIVITY AND DIAGNOSTICS VALUE

A.D. Zubov, R.V. Ischenko, A.V. Motriy, O.V. Senchenko

With the purpose of early diagnostics and estimation of treatment of patients with primary and secondary lesions of the liver the method of transcutaneous puncture biopsy of the liver under ultrasonic control was

developed and put into practice. The results of trephined biopsy of 51 patients with primary and secondary focal lesions of the liver are presented. The developed method allowed us on the basis of cytological and histological data estimate the dynamics of morphological changes during special treatment, to begin or continue the presented treatment in the very first days after receiving the response.

Key words: hearth defeats of liver, chreskozhnaya trepanbiopsiya.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хабицов В.С. Выполнение аспирационной биопсии опухолевидных образований печени с использованием трехмерной визуализации / В.С. Хабицов, С.А. Панфилов // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 12. – С.57-58.
2. Араблинский А.В. Диагностические возможности прицельной биопсии очаговых поражений печени / А.В. Араблинский, Л.Н. Емельянова, В.Н. Филижанко : Материалы третьей конф. хирургов-гепатологов «Новые технологии в хирургической гепатологии». – СПб., 1995. – С. 16-17.
3. Карпенко В.Н. Интервенционные вмешательства под контролем ультразвукового исследования в диагностике и лечении очаговых образований печени / В.Н. Карпенко [и др.] // Вестник РНЦПР Минздрава России. – 2002. – С. 34-35.
4. Медведев В.Е. Лучевая диагностика в Украине в 2002-2003 г.г. / В.Е. Медведев, И.М. Дыкан // Радиологический вестник. – 2004. – № 3 (7). – С. 11-17.
5. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник. – М.: Медицинское информативное агентство, 2004. – 516 с.
6. Зубов О.Д. Діагностична пункційна біопсія печінки під ультразвуковим контролем: Методичні рекомендації / О.Д. Зубов, О.Б. Динник, Д.С. Мечов, В.Є. Медведев. – Київ, 2005. – 16 с.
7. Василенко И.В. Роль пункционных биопсий печени в диагностике диффузных и очаговых поражений печени / И.В. Василенко, А.Д. Зубов // Doktor. – 2004. – № 3. – С. 12-16.

Стаття надійшла 16.11.2010