

Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой

А. Я. ИЛЬКАНИЧ, В. В. ДАРВИН, Н. В. КЛИМОВА, Т. С. ВАРДАНЯН

Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, медицинский институт, пр. Ленина, д. 1, Сургут, 628412, Российская Федерация

Актуальность Хронический описторхоз - эндемичное паразитарное заболевание Западно-Сибирского региона, которое в 41,6% случаев сопровождается билиарной гипертензией. Разработка лечебно-диагностического алгоритма для больных с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой является актуальным научным исследованием.

Целью исследования Разработка и оценка эффективности применения лечебно-диагностического алгоритма у пациентов с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой.

Материалы и методы В исследование включен 91 пациент с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой. Пациенты разделены на основную и контрольную группы. В основной группе применен разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм. Среди лучевых методов диагностики применены ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). С целью декомпрессии желчевыводящих путей применялись эндоскопическое, чрескожное чреспеченочное и хирургическое дренирование желчных протоков.

Результаты и их обсуждение По данным лучевых методов определены пять типов архитектоники желчевыводящих путей при хроническом описторхозе. При склеротических изменениях, осложненных механической желтухой при хроническом описторхозе, чувствительность МРХПГ составила 97,7%, специфичность 83,3%, общая точность 96%. Чувствительность ЭРХПГ в основной группе составила 97,4%, специфичность 100%, общая точность 97,7%, в контрольной группе 92,1%, 100% и 92,7% соответственно. Эндоскопические методы устранения желтухи были эффективными у 84,0% пациентов основной и 80,6% контрольной группы.

Выводы Разработанный лечебно-диагностический алгоритм для больных хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой, позволяет сократить диагностический этап и обеспечивает оптимальный выбор метода декомпрессии желчных путей. Проведенный анализ свидетельствует о высокой информативности МРХПГ и ЭРХПГ.

Ключевые слова Осложнения хронического описторхоза, механическая желтуха, магнитно-резонансная холангиопанкреатография

The Algorithm for the Diagnosis and Treatment of Patients with Chronic Opisthorchiasis Complicated with Obstructive Jaundice

A. YA. ILKANICH, V. V. DARVIN, N. V. KLIMOVA, T. S. VARDANYAN

Medical institute at Surgut State University of KHAMAO-Yugra, 1 Lenina av., Surgut, 628412, Russian Federation

Relevance The chronic opisthorchiasis is endemic parasitic disease of the West Siberian region. Chronic opisthorchiasis in 41.6% of cases, followed by biliary hypertension. Creating a diagnostic and treatment algorithm of surgical complications of chronic opisthorchiasis is actual.

The purpose of the study Development and evaluation of the effectiveness of treatment and diagnostic algorithm at patients with chronic opisthorchiasis complicated with obstructive jaundice.

Materials and methods. The study included 91 patients with chronic opisthorchiasis complicated with obstructive jaundice. Patients are divided into study and control groups. In the study group we applied developed diagnostic and treatment algorithm. We used ultrasound, magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). In order to decompress the biliary tract used endoscopic, percutaneous transhepatic and surgical drainage of the bile ducts.

Results and their discussion Determined five types of architectonic biliary tract in chronic opisthorchiasis. MRCP sensitivity was 97.7%, specificity 83.3% overall accuracy of 96%. The sensitivity of ERCP in the study group was 97.4%, specificity of 100%, the overall accuracy of 97.7% in the control group 92.1%, 100% and 92.7%, respectively. Endoscopic decompression was effective in 84.0% of patients of study group and 80.6% of control group.

Conclusions The analysis indicate high information of MRCP and ERCP. Developed diagnostic and treatment algorithm improves the efficiency of endoscopic methods of diagnosis and treatment.

Key words Chronic opisthorchiasis, obstructive jaundice, magnetic resonance cholangiopancreatography

Описторхоз является эндемичным паразитарным заболеванием западно-сибирского региона Российской Федерации, в частности Ханты-Мансийского автономного округа. По данным Роспотребнадзора, в

© А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Н. В. Климова, Т. С. Варданын. Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2016; 9: 1: 24-32. DOI: 10.18499/2070-478X-2016-9-1-24-32.

2012 г. заболеваемость населения в регионе достигла 2559,9 на 100 тысяч населения.

Хронический описторхоз в 41,6% случаев сопровождается билиарной гипертензией [1]. Причиной механической желтухи являются склеротические изменения желчевыводящих путей, в основе которых лежат морфофункциональные изменения, происходящие в стенке желчевыводящих путей в ответ на наличие паразитарной инфекции в них [5].

С учетом современных медицинских технологий, создание лечебно-диагностического алгоритма хронического описторхоза, осложненного механической желтухой, представляет большой интерес. Необходимость в этом диктуют данные, свидетельствующие о повышении эффективности диагностики и лечения пациентов различных нозологических групп при применении технологии стандартизованного подхода ведения пациентов [6,9].

В диагностике осложнений хронического описторхоза ведущую роль занимают ультразвуковое исследование (УЗИ) желчных путей, эндоскопические и лучевые методы: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ).

УЗИ является скрининговым методом, позволяющим отобрать пациентов, нуждающихся в более детальном исследовании желчевыводящих путей [12]. Чувствительность данного метода при стриктурах желчевыводящих путей равна 26,1%, специфичность 97,2%, точность 82,7% [10].

Эффективность ЭРХПГ достигает 83%, однако ее выполнение может сопровождаться техническими сложностями в связи с протяженными стриктурами большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и дистального отдела общего желчного протока (ОЖП), не позволяющими выполнить данный вид исследования в 17 % случаев [3]. Другим недостатком ЭРХПГ является высокий риск развития осложнений, достигающих по данным японских авторов 5-10% [13]. Чувствительность данного метода при стриктурах желчевыводящих путей равна 95,6%, специфичность 100%, точность 99,1% [10].

Современным неинвазивным и высокоинформативным методом является МРХПГ [7]. Чувствительность МРХПГ при стриктурах желчевыводящих протоках достигает 94,5%, специфичность - 97,1%, общая точность - 97,2% [10].

Включение МРХПГ в лечебно-диагностический алгоритм пациентов с механической желтухой позволяет снизить число ЭРХПГ с 66% до 46%, а связанные с ними осложнения с 15% до 3% [4]. Это доказывает необходимость более широкого применения МРХПГ в диагностике хронических заболеваний желчных путей, в частности при осложнениях хронического описторхоза.

Эндоскопическая декомпрессия является методом выбора, так как является малоинвазивным меро-

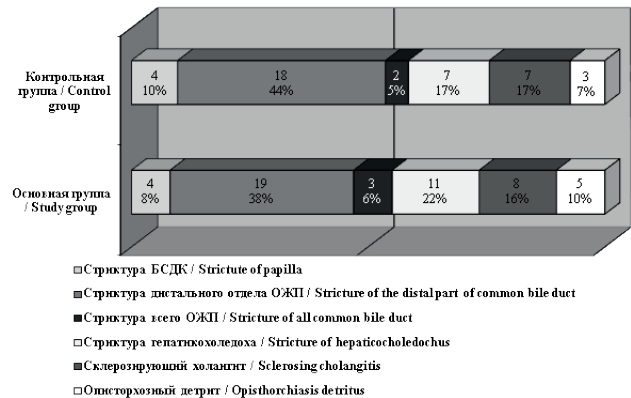


Рис. 1. Распределение пациентов по нозологическим формам. / Fig. 1. The distribution of patients according to nosological forms.

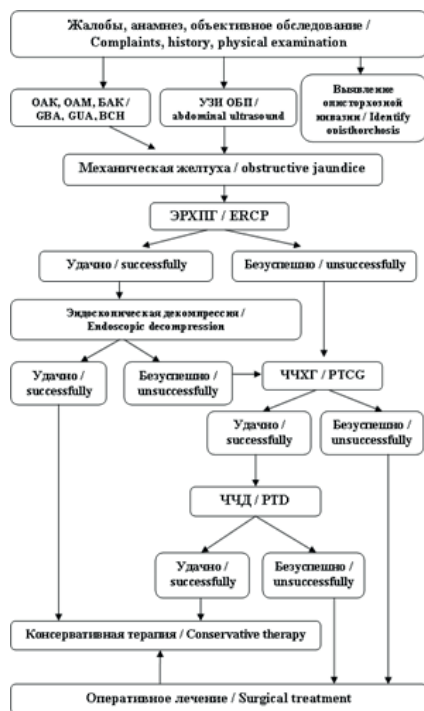
приятием и сопровождается развитием осложнений по данным разных авторов лишь в 5,0 - 5,8% [8, 11]. В случае неэффективности эндоскопических методик необходимо выполнять чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков [2]. При невозможности выполнения малоинвазивных методов дренирования желчных путей проводят хирургическое восстановление желчеоттока.

Материалы и методы

В исследование включены пациенты, находившиеся на лечении в период с 2010 по 2015 года в хирургическом отделении БУ ХМАО-Югры «Сургутская Округная Клиническая больница», на базе клиники кафедры госпитальной хирургии медицинского института ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры». Пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В контрольную группу включены пациенты получившие лечение в период 2010-12 гг. с применением имеющихся на тот момент в клинике диагностических и лечебных методик. В основную группу включены пациенты, прошедшие лечение с 2013 по 2015 года в соответствии с разработанным нами лечебно-диагностическим алгоритмом.

Среди больных хроническим описторхозом, осложненным склеротическими изменениями желчевыводящих путей было преобладание лиц женского пола. Средний возраст пациентов составил в основной группе - 60,7 ± 10,8 лет, в контрольной группе - 59,5 ± 10,52 лет. Средняя продолжительность заболевания у пациентов основной группы составила - 20,38 ± 4,9 лет, у пациентов контрольной группы - 20,07 ± 4,8 лет.

Все пациенты поступали в экстренном порядке в приемное отделение хирургии, либо были переведены с клиникой механической желтухи. Уровень и характер нарушения проходимости в желчевыводящих путях вызвавших механическую желтуху у пациентов представлен на рис. 1.



а



б

Примечание / Annotation: ОАК – общий анализ крови / GBA – general blood analysis

ОАМ – общий анализ мочи / GUA – general urine analysis

БАК – биохимический анализ крови / BCH – blood chemistry

УЗИ ОБП – ультразвуковое исследование органов брюшной полости

ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография / ERCP – endoscopic retrograde cholangiopancreatography

МРХПГ – магнитно-резонансная холангиопанкреатография / MRCP – Magnetic resonance cholangiopancreatography

ЧЧХГ – чрезкожная чрезпеченочная холангиография / PTCG – percutaneous transhepatic cholangiography

ЧЧД – чрезкожное чрезпеченочное дренирование / PTD – percutaneous transhepatic drainage

Рис. 2. Тактика ведения больных контрольной группы (а); тактика ведения больных основной группы (б). / Fig. 2. Management of patients in the control group (a), Management of patients in the study group (b)

Как видно из диаграммы, наибольшее количество пациентов были с локальными склеротическими изменениями желчевыводящих путей. Немалую долю, составляющую 16,0% в основной и 17,06% в контрольной группе, заняли пациенты с распространенным на все желчевыводящие протоки склерозирующим холангитом.

Применялся комплекс общеклинических (сбор жалоб, анамнеза, осмотр и физикальное исследование пациентов), лабораторных и инструментальных методов исследования пациентов.

Нами был разработан лечебно-диагностический алгоритм для диагностики и лечения пациентов с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой. Тактика ведения больных с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой, используемый в контрольной группе, представлен на рис. 2а. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм изображен на рис. 2б. По нашему мнению, применение МРХПГ позволяет исключить диагностические и заведомо невыполнимые ЭРХПГ, что снижает риск осложнений и делает процесс диагностики простым и легко переносимым пациентами.

Ультразвуковое исследование проводили всем пациентам без исключения, как скрининговый метод,

позволяющий оценить характерные для механической желтухи изменения в желчевыводящих путях. Исследование проводили на стационарных ультразвуковых аппаратах «Siemens Acuson X300» (Германия), и «ESAOTE Mylab Twice» (Италия) с использованием конвексных датчиков частотой 5 и 8 МГц. Регистрация изображения осуществлялась с помощью термопринтера «Toshiba».

Магнитно-резонансная холангиография выполнялась на аппарате «Siemens Magnetom Essenza» с напряженностью магнитного поля 1,5 тесла всем больным основной группы. В контрольной группе МРХПГ не применялось. Длительность исследования в среднем занимала 10 мин. МРХПГ выполняли с целью визуализации желчевыводящих путей на всем протяжении, оценки степени дилатации протоков и желчного пузыря, выявления уровня и характера склеротических изменений.

Эндоскопические манипуляции выполнялись на оборудовании Olympus EVIS EXERA 2 (Япония) с возможностью видеозахвата, с использованием видеогастроскопов GIF-Q180, GIF-N180 и видеодуоденоскопа TJF-160R.

Эзофагогастродуоденоскопию выполняли непосредственно после УЗИ натощак. Выполнение ЭГДС

Таблица 1

Изменения архитектоники желчных путей, выявленные при УЗИ

Данные УЗИ	Основная группа	Контрольная группа
Изменений не выявлено	4 (8,0%)	3 (7,3%)
Дилатация желчного пузыря	25 (50,0%)	21 (51,2%)
Дилатация ОЖП и внутрипеченочных протоков	26 (52,0%)	25 (61,0%)
Изолированная дилатация внутрипеченочных протоков	17 (34,0%)	13 (31,7%)
Холангиоэктазы	5 (10,0%)	4 (9,8%)

Table 1

Changes of architectonic of biliary tract findings by ultrasound

Results	Study group	Control group
Without changes	4 (8,0%)	3 (7,3%)
Dilatation of gallbladder	25 (50,0%)	21 (51,2%)
Dilatation of common bile duct and intrahepatic ducts	26 (52,0%)	25 (61,0%)
Dilatation of intrahepatic ducts	17 (34,0%)	13 (31,7%)
Cholangioectasis	5 (10,0%)	4 (9,8%)

Таблица 2

Изменения архитектоники желчных путей, выявленные при МРХПГ

Данные МРХПГ	Основная группа
Склерозирование пузырного протока с дилатацией желчного пузыря	25 (50,0 %)
Стриктура дистального отдела ОЖП с дилатацией вышележащих отделов	19 (38,0%)
Стриктура ОЖП на всем протяжении	3 (6%)
Стриктура долевых печеночных протоков	11 (22,0%)
Склерозирующий холангит	7 (14,0 %)
Стриктура БСДК(дилатация билиарных протоков без визуализируемых стриктур)	4 (20,0%)
Холангиоэктазы	5 (10,0 %)
Билиарная гипертензия, без склеротических изменений	6
Общее количество обследуемых	50

Table 2

Changes of architectonic of biliary tract findings by MRCP

Results	Study group
Sclerosis of cystic duct with dilatation of the gallbladder	25 (50,0 %)
Stricture of the distal common bile duct with dilatation of overlying ducts	19 (38,0%)
Common bile duct stricture throughout	3 (6%)
Hepatic ducts stricture	11 (22,0%)
Sclerosing cholangitis	7 (14,0 %)
Stricture of papilla	4 (20,0%)
Cholangioectasis	5 (10,0 %)
Biliary hypertension without sclerotic changes	6
Total	50

считали необходимым для оценки состояния стенок и слизистой верхних отделов желудочно-кишечного тракта, для оценки поступления желчи в ДПК и исключения объемных образований БСДК. При ЭГДС оценивались размеры БСДК, наличие гиперемии, отека, характера и количества отделяемой желчи.

Всем пациентам контрольной группы и 42 (84 %) основной выполнена ЭРХПГ. Для эндоскопических манипуляций применялись аксессуары фирмы Olympus. Контрастирование проводилось неонными низкоосмолярными водорастворимыми средствами.

Для дифференциальной диагностики с холангиокарциномой выполнялась щипцовая и браш-биопсия

из зон сужения с дальнейшим гистологическим и цитологическим исследованием биоптатов.

В зависимости от полученных данных одномоментно с ЭРХПГ применялись эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих путей в объеме ЭПСТ, назобилиарного дренирования, либо стентирования протоков.

Для восстановления оттока желчи в своей клинической практике мы придерживались следующих тактических решений как в основной, так и в контрольной группах. При выявлении стриктуры БСДК доброкачественного характера и дилатации ОЖП проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ).

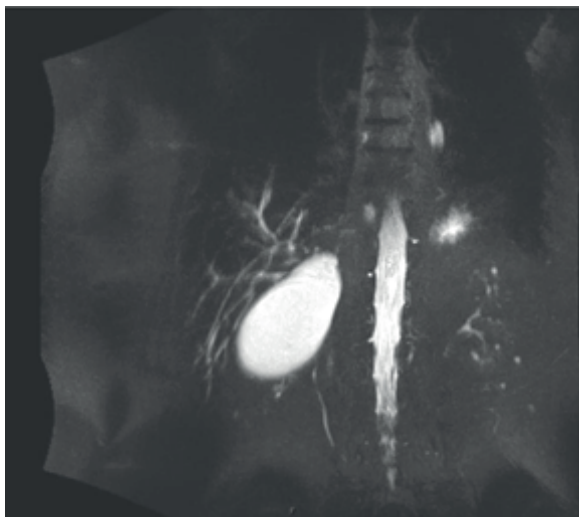


Рис. 3. Магнитно-резонансная холангиограмма при склерозирующем холангите (тип 3). / Fig. 3. Magnetic resonance cholangiogram of sclerosing cholangitis (type 3).

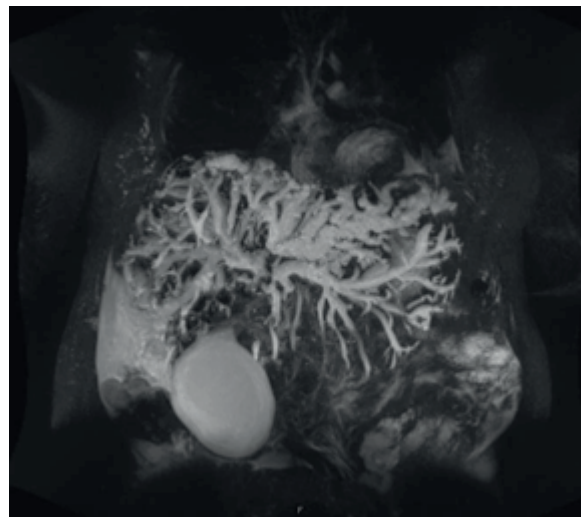


Рис. 4. Магнитно-резонансная холангиограмма стриктуры ОЖП (тип 2). / Fig. 4. Magnetic resonance cholangiogram of strictures of the common bile duct (type 2).

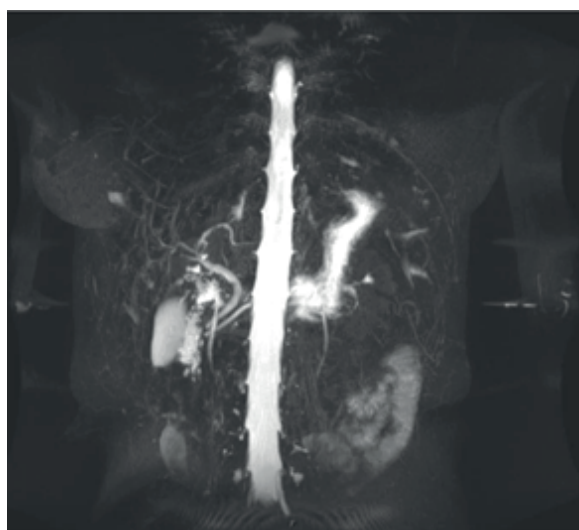


Рис. 5. Магнитно-резонансная холангиограмма склерозирующего холангита с единичными холангиоэкстазами (тип 3). / Fig. 5. Magnetic resonance cholangiogram of sclerosing cholangitis with single cholangioectasis (type 3).

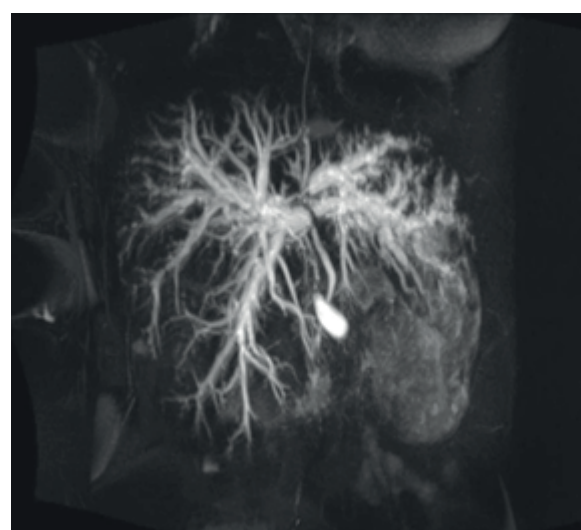


Рис. 6. Магнитно-резонансная холангиограмма дилатации внутрипеченочных протоков (тип 4). / Fig. 6. Magnetic resonance cholangiogram of dilatation of the intrahepatic ducts (type 4)

При стриктурах ОЖП или долевых печеночных протоков выполняли ЭПСТ в сочетании со стентированием желчевыводящих путей. При гнойном холангите выполняли назобилиарное дренирование.

При невозможности проведения эндоскопического стентирования, в частности при склерозирующем холангите с вовлечением внутрипеченочных протоков, и при неэффективности эндоскопических методов, декомпрессию желчевыводящих путей осуществляли чрескожным чреспеченочным методом либо хирургически.

Таким образом, нами был применен весь комплекс мероприятий, доступных в лечебном учреждении, направленных на скорейшую топическую диагностику уровня склеротических изменений в желчевыводящих путях и выполнить лечебные мероприятия согласно разработанному лечебно-диагностическому алгоритму.

Результаты и их обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой, как правило, имеют длительный анамнез заболевания (более 20 лет). Среди результатов, полученных при лабораторном исследовании, наибольший интерес представляли признаки листовой инвазии и степень билирубинемии. Так, в общем анализе крови эозинофилия была отмечена у 11 (22,0%) больных основной и 13 (31,7%) контрольной групп, положительный результат иммуноферментного анализа крови на описторхоз получен у 45 (90,0%) больных основной и 36 (87,8%) контрольной групп. При поступлении повышение билирубина в основной группе до 100 мкмоль/л выявлено у 13 (26,0%) пациентов, от 100 до 200 мкмоль/л - у 22 (44,0%), свыше 200 мкмоль/л - у

Изменения архитектоники желчных путей, выявленные при ЭРХПГ

Данные ЭРХПГ	Основная группа	Контрольная группа
Склерозирование пузырного протока с дилатацией желчного пузыря	20 (40,0 %)	19 (46,3,0 %)
Стриктура БСДК	4 (8,0%)	4 (9,7%)
Стриктура дистального отдела ОЖП	19 (38,0%)	18 (43,9%)
Стриктура ОЖП на всем протяжении	3 (6,0%)	2 (4,9%)
Стриктура долевого печеночного протока	11 (22,0%)	7 (17,1%)
Склерозирующий холангит	0 (0,0 %)	4 (9,8 %)
Дилатация желчевыводящих путей вследствие обструкции описторхозным детритом	5 (10,0%)	3 (7,3%)
Холангиоэктазы	5 (10,0 %)	3 (7,3 %)
Неудачные ЭРХПГ	1 (2%)	3 (7,3%)
Общее количество пациентов в группе	50	41

Table 3

Changes of architectonic of biliary tract findings by ERCP

Results	Study group	Control group
Sclerosis of cystic duct with dilatation of the gallbladder	20 (40,0 %)	19 (46,3,0 %)
Stricture of papilla	4 (8,0%)	4 (9,7%)
Stricture of the distal common bile duct	19 (38,0%)	18 (43,9%)
Common bile duct stricture throughout	3 (6,0%)	2 (4,9%)
Hepatic ducts stricture	11 (22,0%)	7 (17,1%)
Sclerosing cholangitis	0 (0,0 %)	4 (9,8 %)
Dilatation of the biliary tract due to obstruction by opisthorchiasis detritus	5 (10,0%)	3 (7,3%)
Cholangioectasis	5 (10,0 %)	3 (7,3 %)
Unsuccessful ERCP	1 (2%)	3 (7,3%)
Total	50	41

15 (30,0%), в контрольной – 10 (24,4%), 18 (43,9%), 13 (31,7%) соответственно.

Изменения в желчных путях по данным УЗИ представлены в таблице 1. Несмотря на то, что УЗИ позволило выявить расширение желчевыводящих путей и желчного пузыря, в установлении причины дилатации протоков возможности этого метода были ограничены.

Следующим этапом лечебно-диагностического алгоритма в основной группе было проведение МРХПГ. Выявленные изменения представлены в таблице 2. При склерозированном пузырном протоке на магнитно-резонансных холангиограммах он не визуализировался (рис. 3). Стриктуры желчевыводящих путей по данным МРХПГ сочетались с супрастенотическим расширением желчных протоков и изменением их обычной формы (рис. 4). У большинства больных ОЖП при стриктуре имел форму «конуса» с четкими и ровными контурами. МРХПГ тонкими срезами в аксиальной плоскости через уровень стриктуры позволил выделить специфический признак доброкачественности течения процесса – равномерное уменьшение диаметра протока от места расширения к месту его сужения, без внутрисветных дефектов наполнения. Стриктуры БСДК на магнитно-резонансных холанги-

ограммах не визуализировались, но тем не менее, мы предполагали их наличие при расширенном ОЖП и внутрисветных протоках, несмотря на отсутствие существенных участков на холангиограммах.

Признаками склерозирующего холангита явилось протяженное циркулярное сужение как внутри-, так и внепеченочных желчных протоков (рис. 3, 5). Холангиоэктазы были выявлены только у пациентов со склерозирующим холангитом (рис. 5). Билиарная гипертензия без склеротических процессов характеризовалась наличием дилатации желчевыводящих путей при отсутствии зон сужения (рис. 6)

У 46 (92,0%) больных в основной группе МРХПГ позволила установить причину билиарной гипертензии. В целом, при склеротических изменениях, осложнённых механической желтухой при хроническом описторхозе, чувствительность МРХПГ составила 97,7%, специфичность 83,3%, общая точность 96%.

В связи с изменениями в желчных протоках, требующих декомпрессии, 42 (84%) пациентам основной группы выполнена ЭРХПГ с последующей эндоскопической декомпрессией билиарных путей. В связи с техническими сложностями одному (2%) пациенту ЭРХПГ выполнить не удалось. Данные ЭРХПГ представлены в таблице 3. В целом они совпали с данными

МРХПГ. У 4 (8%) пациентов в процессе эндоскопических манипуляций верифицирована стриктура БСДК. В связи с выявленным по данным МРХПГ протяженным склеротическим холангитом и невозможностью эндоскопической декомпрессии 7 (14,0 %) пациентам ЭРХПГ не проводилась.

В контрольной группе попытки ЭРХПГ выполнены всем больным. При этом у 3 (7,3%) пациентов выполнить процедуру не удалось. Среди причин, вызвавших развитие механической желтухи, помимо склеротических изменений желчевыводящих путей у 5 (10%) пациентов основной и 3 (7,9%) контрольной группы явилась обструкция билиарного тракта описторхозным детритом, который был извлечен из желчевыводящих путей.

Чувствительность ЭРХПГ в основной группе составила 97,4%, специфичность достигла 100%, общая точность 97,7%, в контрольной группе 92,1%, 100% и 92,7% соответственно.

Таким образом, примененный нами лечебно-диагностический алгоритм позволил сократить количество неудачных ЭРХПГ с 7,3% до 2,0%, улучшить показатели информативности ЭРХПГ и исключить необходимость применения данного метода обследования у 14,0% пациентов, что снизило риск развития осложнений, связанных с эндобилиарными вмешательствами.

Доброкачественный характер склеротических изменений подтвержден у всех пациентов по результатами щипцовой и браш-биопсий из зон сужения.

Данные, полученные по результатам лучевых методов исследования, позволили выделить 5 типов архитектоники желчевыводящих путей при хроническом описторхозе, осложненном механической желтухой:

1. Стриктура БСДК с дилатацией вышележащих отделов.
2. Стриктура ОЖП с дилатацией вышележащих отделов.
3. Стриктура долевых печеночных протоков с дилатацией вышележащих отделов.
4. Склерозирующий холангит с наличием или без холангиоэктазов.
5. Дилатация билиарных протоков без наличия стриктур.

При этом каждый из этих типов может сочетаться со стенозом пузырного протока и дилатацией желчного пузыря.

В качестве лечебных мероприятий при проведении эндоскопического обследования ЭПСТ стал до-

статочным объемом вмешательства у 10 (20,0%) больных основной и 7 (17,1%) контрольной группы. В связи с протяженными склеротическими изменениями в ОЖП, либо в долевых печеночных протоках 33 (66,0%) пациентам основной группы и 27 (65,9%) контрольной выполнено ЭПСТ и стентирование желчевыводящих путей. Эндоскопические методы разрешения желтухи стали эффективными у 42 (84,0%) пациентов основной и 33 (80,6%) контрольной группы.

Чрескожное чреспеченочное дренирование удалось выполнить 5 (10,0%) пациентам основной и 4 (9,8%) пациентам контрольной группы. Хирургическая декомпрессия стала необходимой у 3 (6,0%) пациентов основной и – у 4 (9,8%) контрольной группы.

Выводы

1. Ультразвуковое исследование является первым этапом инструментальной диагностики изменений желчевыводящих путей при хроническом описторхозе.

2. Наиболее информативными методами диагностики причин нарушения желчеоттока при механической желтухе описторхозного генеза являются МРХПГ и ЭРХПГ. Чувствительность, специфичность и точность МРХПГ при оценке склеротических изменений в желчевыводящих путях составляет 97,7%, 83,3%, 96%, а при проведении ЭРХПГ - 97,4%, 100% и 97,7% соответственно.

3. На основании данных МРХПГ выделены 5 вариантов перестройки архитектоники желчевыводящих путей при хроническом описторхозе: стриктура БСДК, стриктура ОЖП, стриктура долевых печеночных протоков, склерозирующий холангит и дилатация желчевыводящих путей без наличия стриктур.

4. Включение МРТ в диагностический алгоритм механической желтухи у больных хроническим описторхозом улучшает топическую диагностику заболевания, позволяет выбрать оптимальный способ лечения.

5. Эндоскопические методы диагностики позволяют выявить не визуализируемые по данным МРХПГ патологические изменения у 18% пациентов, такие как стриктуры БСДК (8%) и закупорка протоков описторхозным детритом (10%).

6. Дополнение эндоскопических диагностических методов лечебной ЭПСТ и стентированием желчных протоков позволяет достичь разрешения механической желтухи при хроническом описторхозе у 80,5 - 84% пациентов

Список литературы

1. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. и др. Хирургические аспекты осложненного и сопутствующего хронического описторхоза. Томск: ТМЛ-Пресс, 2010. 360.

References

1. Alperovich B.I., Brazhnikova N.A., Chaj V.F. et al. Khirurgicheskie aspekty oslozhnennogo i soputstvuyushchego khronicheskogo opistorkhoza

2. Борисова Н.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи: автореф. дисс. докт. мед. наук. С.-Петербург, 1996; 18.
3. Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. Стриктуры желчных путей при описторхозе. Бюллетень сибирской медицины, 2003; 4: 58-66
4. Добровольский А. А. Механическая желтуха при холедохолитиазе и описторхозе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2005; 25.
5. Zubov N.A. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений: автореф. доктора мед. наук. Свердловск, 1973; 32.
6. Касимов Р.Р., Мухин А.С., Елфимов Д.А., Соколов Л.В. Лечебно-диагностический алгоритм при остром аппендиците у военнослужащих. Новости хирургии, 2014; 1: 89-95.
7. Климов А.Е. Диагностика и хирургическое лечение стриктур желчных протоков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2005; 26.
8. Котовский А.Е., Глебов К.Г. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование жёлчных протоков. Анн. хир. гепатол, 2008; 1: 66–71.
9. Кукош М. В., Демченко В. И. Эффективность использования нового алгоритма в лечении больных с осложненным послеоперационным периодом. Клиническая медицина, 2010; 4: 83-85.
10. Лимончиков С. В. Современные методы диагностики и миниинвазивное хирургическое лечение при синдроме механической желтухи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011; 23.
11. Сайфутдинов И. М., Славин Л. Е., Галимзянов А. Ф., Зимагулов Р. Т. Ретроградное стентирование желчевыводящих путей при патологии панкреатобилиарной области. Казанский медицинский журнал, 2013; 3: 311-315.
12. Singh A, Mann HS, Thukral CL, Singh NR. Diagnostic Accuracy of MRCP as Compared to Ultrasound/CT in Patients with Obstructive Jaundice. J Clin Diagn Res, 2014; 8: 103-107.
13. Yoshikane H, Hidano H, Sakakibara A, Ayakawa T, Mori S, Kawashima H, et al. Endoscopic repair by clipping of iatrogenic colonic perforation. Gastrointest Endosc., 1997; 46: 464–466.

Поступила 18.11.2015

- [Surgical aspects of complications and associated chronic opisthorchiasis.]. Tomsk: TML-Press, 2010. 360. – (in Russ.)
2. Borisova N.A. Chreskozhnnye jendobiliarnye vmeshatel'stva v lechenii mehanicheskoy zheltuhi [Percutaneous endobiliary intervention in the treatment of jaundice. Doct. Diss. Med. Sci.]. S.-Peterburg, 1996; 18. – (in Russ.)
 3. Brazhnikova N.A., Chaj V.F. Striktury zhelchnykh putei pri opistorkhoze [Stricture of the biliary tract at opisthorchiasis.]. Bjulleten sibirskoj mediciny, 2003; 4: 58-66. – (in Russ.)
 4. Dobrovolskij A. A. Mehanicheskaja zheltuha pri holedoholitiaze i opistorhoze [Obstructive jaundice and choledocholithiasis at opisthorchiasis. Cand. Diss. Med. Sci.]. Cheljabinsk, 2005; 25. – (in Russ.)
 5. Zubov N.A. Patologicheskaja anatomija opistorhoza i ego oslozhnenij [Pathological anatomy of opisthorchiasis and its complications: Doct. Diss. Med. Sci.]. Sverdlovsk, 1973; 32. – (in Russ.)
 6. R.R. Kasimov, A.S. Muchin, D.A. Elfimov, L.V. Sokolov. Lechebno-diagnosticheskiy algoritm pri ostrom appenditsite u voennosluzhashchikh. [Medical and diagnostic algorithm in military personnel with acute appendicitis.]. Novosti Khirurgii, 2014; 1: 89-95. – (in Russ.)
 7. Klimov A.E. Diagnostika i hirurgicheskoe lechenie striktur zhelchnykh protokov [Diagnosis and surgical treatment of bile duct strictures. Doct. Diss. Med. Sci.]. M., 2005; 26. – (in Russ.)
 8. Kotovskij A.E., Glebov K.G. Endoskopicheskoe transpapillyarnoe stentirovanie zhelchnykh protokov [Endoscopic transpapillary stenting of the bile ducts.]. Ann. hir. Gepatol., 2008; 1: 66–71. – (in Russ.)
 9. Kukosh M. V., Demchenko V. I. Effektivnost' ispol'zovaniya novogo algoritma v lechenii bol'nykh s oslozhnennym posleoperatsionnym periodom [The effectiveness of the use of the new algorithm in the treatment of patients with uncomplicated postoperative period.]. Klinicheskaja medicina, 2010; 4: 83-85. – (in Russ.)
 10. Limonchikov S. V. Sovremennye metody diagnostiki i miniinvazivnoe hirurgicheskoe lechenie pri sindrome mehanicheskoy zheltuhi [Modern methods of diagnosis and minimally invasive surgical treatment for obstructive jaundice syndrome. Cand. Diss. Med. Sci.]. M., 2011; 23. – (in Russ.)
 11. Sajfutdinov I. M., Slavin L. E., Galimzjanov A. F., Zimagulov R. T. Retrogradnoe stentirovanie zhelchevyvodyashchikh putei pri patologii pankreatobiliarnoi oblasti [Retrograde biliary stenting in the pancreatobiliary pathology.]. Kazanskiy medicinskiy zhurnal, 2013; 3: 311-315. – (in Russ.)
 12. Singh A, Mann HS, Thukral CL, Singh NR. Diagnostic Accuracy of MRCP as Compared to Ultrasound/CT in Patients with Obstructive Jaundice. J Clin Diagn Res, 2014; 8: 103-107.
 13. Yoshikane H, Hidano H, Sakakibara A, Ayakawa T, Mori S, Kawashima H, et al. Endoscopic repair by clipping of iatrogenic colonic perforation. Gastrointest Endosc, 1997; 46: 464–466

Received 18.11.2015

Информация об авторах

1. Илькинич Андрей Яношевич - д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университ-

Information about the Authors

1. Ilkanich A. - MD, Prof., professor of the department of hospital surgery of medical institute at Surgut State University of KHAMAO-Yugra.

-
- тета ХМАО-Югры.
2. Дарвин Владимир Васильевич - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры.
 3. Климова Наталья Валерьевна - д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры.
 4. Варданян Тигран Самвелович - аспирант кафедры госпитальной хирургии медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры. E-mail: tigran50@yandex.ru
2. Darvin V. - MD, Prof., head of the department of hospital surgery of medical institute at Surgut State University of KHMАО-Yugra.
 3. Klimova N. - MD, Prof., professor of the department of hospital surgery of medical institute at Surgut State University of KHMАО-Yugra.
 4. Vardanyan Tigran Samvelovich - post graduate student of the department of hospital surgery of medical institute at Surgut State University of KHMАО-Yugra. E-mail: tigran50@yandex.ru