

На правах рукописи

ВАРДАНЯН ТИГРАН САМВЕЛОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ
ОПИСТОРХОЗЕ**

14.01.17 - Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Тверь

2017

Работа выполнена в медицинском институте бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет» на кафедре госпитальной хирургии.

Научный руководитель:

профессор кафедры госпитальной хирургии
медицинского института
БУ ВО ХМАО-Югры
«Сургутский государственный университет»
доктор медицинских наук, доцент

Ильканич
Андрей Яношевич

Официальные оппоненты:

заведующий кафедрой факультетской хирургии
имени И.И. Грекова ФГБОУ ВО
«Северо-Западный государственный
медицинский университет имени
И.И. Мечникова» Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор

Земляной
Вячеслав Петрович

профессор кафедры госпитальной хирургии №2
ФГБОУ ВО Первый Московский
государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор

Котовский
Андрей Евгеньевич

Ведущая организация: ФГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д.20, стр.1).

Защита диссертации состоится _____ г. в _____ часов по адресу: ??? на заседании диссертационного совета Д.208.099.01 при ФГБОУ ВО Тверском государственном медицинском университете Минздрава России (170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4)

С диссертационной работой можно ознакомиться в Научной библиотеке Тверского государственного медицинского университета (170100, г. Тверь, ул. Советская, д.4) и на сайте www/tvergma.ru

Автореферат разослан « ____ » _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
Д 208.099.01, кандидат медицинских наук

Мурга
Владимир Вячеславович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Описторхоз является эндемичным паразитарным заболеванием Западно-Сибирского региона Российской Федерации, в частности, Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. По данным Роспотребнадзора, в 2014 г. заболеваемость населения в регионе достигла 461,5, а в отдельных районах 1505,2 на 100 тысяч населения. Высокая распространенность описторхоза зарегистрирована в Северо-Восточных областях Украины и Казахстана, странах Юго-Восточной Азии (Чемич Н.Д. и соавт., 2011; Melling N. и соавт., 2009; Kaewpitoon N. и соавт., 2008; Marcos L. И соавт., 2008). Распространенность в эндемичных регионах достигает 24,6 - 80% (Бражникова Н.А. и соавт., 2003; Kaewpitoon N. и соавт., 2008).

Хирургические осложнения хронического описторхоза являются естественным исходом прогрессирования заболевания. Диагностике и лечению этих осложнений посвящены многочисленные публикации отечественных и зарубежных авторов (Ахрем-Ахремович Р.М., 1963; Бражникова Н.А. и соавт., 2003; Зиганьшин Р.В., 2003; Зубов Н.А., 1973; Плотников Н.Н., 1953; Яременко М.В. и соавт., 2010; Berger В.К., 2004; Papatpremsiri A. и соавт., 2015; Sriра V. и соавт., 2009).

Одним из осложнений хронического описторхоза является развитие механической желтухи, встречающейся в 41,6% наблюдений (Альперович Б.И. и соавт., 2010; Kaewpitoon N. и соавт., 2008). Основная причина механической желтухи - склеротические изменения желчевыводящих путей (ЖВП), доля которых составляет 83,2% (Цхай В. Ф. и соавт, 2013). В основе развития стриктур желчных протоков лежат морфофункциональные изменения, происходящие в стенке желчевыводящих путей в ответ на наличие паразитарной инфекции в них. По данным Р. В. Зиганьшина и Н. А. Зубова патологические изменения в желчных путях при хроническом описторхозе происходят вследствие продуктивного холангита (Зиганьшин Р.В. и соавт., 1984; Зубов Н.А., 1963). Развивающиеся воспалительные изменения в желчевыводящих путях последовательно проходят при этом три стадии развития: аденоматоза, аденофиброза и склероза.

Степень разработанности темы. Неразрешенными остаются вопросы выбора методов диагностики и декомпрессии билиарной системы при механической желтухе описторхозного происхождения. Для диагностики причин механической желтухи описторхозного генеза в литературе описаны различные методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) и др.

Ультразвуковой скрининг в диагностике патологии органов гепатобилиарной системы позволяет выявить расширение желчных протоков, присутствие холангиоэктазов, дилатацию желчного пузыря и пр. (Толкаева М.В., 1999; Святенко И.А. и соавт., 2010, Альперович Б.И. и соавт., 2000). В то же время, для диагностики склеротических изменений ЖВП возможности этого метода ограничены.

Важным методом диагностики изменений в желчевыводящих путях при хроническом описторхозе, осложненном механической желтухой является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Методика ЭРХПГ позволяет выявить уровень и характер склеротических изменений желчных путей. Эффективность ЭРХПГ достигает 83% (Бражникова Н.А. и соавт., 2003). Однако выполнение ЭРХПГ невозможно не менее чем у 17% пациентов в связи с протяженными стриктурами большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) (Бражникова Н.А., 1997; Бражникова Н.А. и соавт., 2003). Помимо этого, ЭРХПГ сопровождается высоким риском развития осложнений, частота которых составляет 5-15%. (Котовский А.Е. и соавт., 2008; Бухарин А.Н. и соавт., 2010; Сайфутдинов И.М. и соавт., 2013; Yoshikane H. и соавт., 1997; Yasuda, I., 2001; Dumonceau J. M., 2012).

Не менее эффективным методом диагностики изменений в желчных путях в настоящее время стала магнитно-резонансная холангиопанкреатография (Быченко Б.Г. и соавт., 2002; Васильев А.Ю. и соавт., 2000; Гранов А.М. и соавт., 2002; Vader T.R. и соавт., 2001; Soto J.A., 2000). В литературе описан ряд преимуществ этой методики, основными из которых является ее неинвазивность и высокая информативность (Алиев М.А. и соавт., 2007; Климов А.Е., 2005; Портной Л.М. и соавт.,

2001; DeWitt J. и соавт., 2006; Hekimoglu K. и соавт., 2008; Maccioni F. и соавт., 2010). Так, при стриктурах неописторхозного генеза чувствительность данного метода достигает 94,5%, специфичность - 97,1%, общая точность - 97,2% (Лимончиков С. В., 2011). Тем не менее, применение МРХПГ в диагностике механической желтухи описторхозного генеза в литературе практически не обсуждается.

В настоящее время, в клинической практике, вопрос выбора наиболее эффективного способа лечения механической желтухи описторхозного происхождения решен недостаточно. И это при условии, что арсенал доступных средств лечения впечатляет и включает малоинвазивные (антеградные, ретроградные) и хирургические методики разрешения билиарной гипертензии. При этом отсутствует протокол ведения для этой категории больных. Выбор того или иного метода декомпрессии ЖВП является предметом дискуссии. Так, например, ряд авторов считают описторхозный генез механической желтухи противопоказанием к выполнению как эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в связи с высоким риском осложнений из-за протяженности стриктур, так и чрескожных чреспеченочных вмешательств на желчных путях, аргументируя это риском повреждения холангиоэктазов, предлагая при этом проводить оперативные методы декомпрессии ЖВП (Бражникова Н.А., 1997; Бражникова Н.А. и соавт., 2003). Однако, высокая результативность антеградных и ретроградных методов разрешения механической желтухи, достоверно описанная в ряде других работ, позволяет более широко применять малоинвазивные методики (Анищенко В.В. и соавт., 2014; Борисова Н.А., 1996; Бухарин А.Н. и соавт., 2010; Котовский А.Е. и соавт., 2008; Ившин В.Г. и соавт., 1996; Сайфутдинов И.М. и соавт., 2013).

Таким образом, с появлением современных медицинских технологий, пути решения отдельных вопросов диагностики и лечения хирургических осложнений хронического описторхоза должны быть подвергнуты переосмыслению. Необходимо унифицировать диагностическую и лечебную программу, основанную на порядке проведения отдельных исследований, их последовательности и степени обоснованности использования. До настоящего времени не решены вопросы выбора оптимального способа лечения механической желтухи описторхозного про-

исхождения, последовательности и обоснованности применения малоинвазивных и хирургических технологий.

Учитывая современную тенденцию к стандартизации медицинской помощи, актуальной остается потребность в разработке лечебно-диагностической программы для пациентов с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой.

Цель исследования: на основе изучения архитектоники желчевыводящих путей при механической желтухе описторхозного генеза разработать лечебно-диагностическую программу, позволяющую улучшить результаты лечения.

Задачи исследования:

1. Провести анализ результатов обследования и лечения больных с механической желтухой описторхозного генеза для разработки лечебно-диагностической программы, направленной на улучшение результатов лечения.
2. Определить информативность современных инструментальных методов исследования желчевыводящих путей при хроническом описторхозе, осложненном механической желтухой.
3. Проанализировать состояние желчевыводящих путей при механической желтухе описторхозного генеза на основе визуализационных методов обследования.
4. В соответствии с изменениями холангиоархитектоники у больных хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой, разработать дифференцированную лечебно-диагностическую программу и оценить ее эффективность.
5. Изучить результаты использования малоинвазивных методов декомпрессии желчевыводящих путей у больных с механической желтухой описторхозного генеза.

Научная новизна исследования. Впервые проанализированы результаты лечения больных с механической желтухой описторхозного генеза, на основании которых разработана лечебно-диагностическая программа, направленная на повышение эффективности лечения.

Впервые проведена сравнительная оценка информативности МРХПГ и ЭРХПГ для визуализации изменений желчевыводящих путей при хроническом описторхозе, осложненном механической желтухой.

Впервые по данным МРХПГ и ЭРХПГ выделены 5 типов архитектоники желчевыводящих путей у пациентов с механической желтухой описторхозного генеза.

Впервые разработана программа дифференцированного подхода к выбору метода лечения механической желтухи описторхозного генеза в зависимости от типа архитектоники желчевыводящих путей.

Впервые на основе сравнительного анализа методов декомпрессии желчевыводящих путей у больных с механической желтухой описторхозного генеза обоснована эффективность применения малоинвазивных методик.

Теоретическая и практическая значимость. Изучение холангиоархитектоники у больных с механической желтухой описторхозного генеза позволило выделить различные анатомические варианты изменений в желчевыводящих путях, связанных с хроническим описторхозом.

Лечебно-диагностическая программа, основанная на вариантах изменений холангиоархитектоники, определяет возможность дифференцированной тактики ведения больных, сокращение числа визуализационных методов обследования, уменьшение времени с момента поступления пациента до разрешения механической желтухи.

За счет внедрения в клиническую практику дифференцированного подхода при выборе методов декомпрессии ЖВП, улучшены результаты лечения больных с механической желтухой описторхозного происхождения, что реализуется снижением риска развития осложнений и ускорением процесса лечения.

Методология и методы исследования. В исследование включены 103 пациента с хроническим описторхозом осложненным механической желтухой, пролеченные в период 2010 – 2015 гг., в хирургическом отделении бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская Окружная

Клиническая больница» (гл. врач - к.м.н. Шестакова Г.Н.). Все пациенты поступали в экстренном порядке в приемное отделение хирургии, либо были переведены с клиники механической желтухи из профильных отделений клиники. В исследовании применялся как ретроспективный анализ эффективности лечения 41 больного с хирургическими осложнениями хронического описторхоза за период 2010 – 2012 гг. (контрольная группа), так и проспективный анализ результатов обследования и лечения 62 пациентов с механической желтухой описторхозного генеза при использовании разработанной лечебно-диагностической программы в 2013 – 2015 гг. (основная группа).

Среди методов диагностики применяли клинические, лабораторные и инструментальные методики. Ультразвуковое исследование проводили на стационарных ультразвуковых аппаратах «Siemens Acuson X300» (Германия), и «ESAOTE Mylab Twice» (Италия) с использованием конвексных датчиков частотой 5 и 8 МГц. Эндоскопические манипуляции выполнялись на оборудовании «Olympus EVIS EXERA 2» (Япония), с использованием видеогастроскопов «GIF-Q180», «GIF-N180» и видеодуоденоскопа «TJF-160R». Магнитно-резонансную холангиографию выполняли на аппарате «Siemens Magnetom Essenza» мощностью 1,5 тесла. Выполнен сравнительный анализ эффективности примененных методов диагностики, оценены показатели чувствительности, специфичности и общей точности ЭРХПГ и МРХПГ в основной и контрольной группах. Предложен и апробирован дифференцированный подход к выбору метода декомпрессии ЖВП на основе холангиоархитектоники. Среди методов декомпрессии применялись эндоскопические методики (ЭПСТ, баллонная дилатация, назобилиарное дренирование и стентирование), чрескожное чреспеченочное дренирование и хирургическое каркасное дренирование по Прадери-Смиту-Гальперину.

Проведена статистическая обработка полученных результатов диагностики и лечения с использованием программ Microsoft® Office® Excel 2007 (Microsoft Corp., Redmond, WA, USA) и BioStat V.4.03. © 1998. (Stanton A. Glantz, USA), целью которой являлась оценка статистической значимости эффективности предлагаемой программы.

Положения, выносимые на защиту

1. Предпочтение основному визуализационному методу диагностики механической желтухи описторхозного генеза необходимо отдавать магнитно-резонансной холангиографии.
2. Эндоскопическая ретроградная холангиография должна применяться лишь как этап трансдуоденальной декомпрессии ЖВП при механической желтухе описторхозного генеза.
3. Выбор метода декомпрессии должен зависеть от архитектоники ЖВП, предпочтение следует отдавать малоинвазивным методикам.
4. Применение трансдуоденальных и чрескожных чреспеченочных методов декомпрессии ЖВП эффективно при механической желтухе описторхозного генеза.

Степень достоверности и апробация результатов. Работа проведена в рамках научной деятельности кафедры госпитальной хирургии медицинского института бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет». Результаты исследования внедрены в практику работы хирургического отделения БУ ХМАО – Югры «Сургутская окружная клиническая больница», хирургического отделения БУ ХМАО – Югры «Сургутская городская клиническая больница» и в учебный процесс кафедры госпитальной хирургии медицинского института БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет».

Клинические исследования, анализ и интерпретация данных проведены автором самостоятельно. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично. По материалам диссертации опубликовано 8 печатных работ в том числе 3 в изданиях, включенных в перечень изданий, рекомендуемых ВАК РФ.

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации доложены на заседании кафедры госпитальной хирургии медицинского института бюджетного учреждения высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет» (20.06.2016 г.).

Результаты исследования доложены на Всероссийской научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на Севере» (29.10.2016 г.).

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, которые включают обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований и заключение, выводов и практических рекомендаций, указателя литературы. Работа изложена на 125 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 22 таблицами и 23 рисунками. Указатель литературы содержит 189 источников, из них 130 – на русском и 59 – на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты исследования и их обсуждение. Исследуемые группы пациентов однородны по возрастному и половому составу, длительности течения заболевания и сопутствующим заболеваниям. Среди больных наблюдалось преобладание лиц женского пола, доля которых составила 51,6% в основной и 63,4% в контрольной группе. Средний возраст пациентов составил $58,97 \pm 1,82$ лет в основной и $59,04 \pm 1,94$ лет в контрольной группе. Средняя продолжительность заболевания у пациентов составила – $20,47 \pm 0,82$ лет в основной и $19,66 \pm 0,88$ лет в контрольной группе.

Анализ результатов обследования пациентов проводился на основе данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Характер и интенсивность жалоб определялся основным процессом в желчевыводящих протоках и в желчном пузыре. Основными жалобами пациентов были проявления механической желтухи. К таковым отнесены пожелтение кожных покровов (91,9% в основной, 92,7% в контрольной группе), слизистых (87,3% в основной, 68,3% в контрольной группе) и склер (95,2% в основной, 97,6% в контрольной группе), обесцвеченный кал (59,7% в основной, 48,8% в контрольной группе) и темная моча (64,5% в основной, 56,1% в контрольной группе), зуд кожных покровов (58,1% в основной, 39,0% в контрольной группе). Тупые (69,4% в основной, 73,2% в контрольной группе) и острые (25,8% в основной, 9,8% в кон-

трольной группе) боли в эпигастральной области беспокоили пациентов в связи с механическим растяжением желчных протоков и диспептическими явлениями. Слабость (29,0% в основной, 34,2% в контрольной группе) и повышение температуры тела (24,2% в основной, 29,3% в контрольной группе) были признаками холангита. Таким образом, жалобы пациентов подтверждали клинические проявления механической желтухи и сопутствующей ей диспепсии и интоксикации. Зависимости жалоб больных от группы пациентов не было ($p > 0,05$).

В общем анализе крови эозинофилия была отмечена у 18 (29,0%) больных основной и 13 (31,7%) пациентов контрольной групп ($\chi^2 = 0,0001$, $p = 0,998$), положительный результат иммуноферментного анализа крови на описторхоз был получен у 56 (90,3%) больных основной и 36 (87,8%) обследованных контрольной группы ($\chi^2 = 0,003$, $p = 0,960$). При трехкратном исследовании кала на яйца гельминтов положительный результат выявлен у 18 (29,0%) больных основной и у 13 (31,7%) контрольной группы ($\chi^2 = 0,0001$, $p = 0,998$). Полученные данные позволяют говорить о высокой эффективности диагностики описторхозной инвазии методом иммуноферментного анализа крови, что согласуется с литературными данными (Каewpitoon N. и соавт., 2008). Однако данный вид исследования позволяет только заподозрить описторхозную инвазию. Известно, что наличие паразитов или их яиц в желчи или кале на сегодняшний день является единственным достоверным методом верификации описторхозной инвазии. В нашем исследовании у 44 (71,0%) пациентов основной и 28 (68,3%) контрольной группы с отрицательным результатом исследования кала на яйца гельминтов проводилось исследование желчи после восстановления ее оттока, после чего и была подтверждена описторхозная инвазия. В основной группе средний уровень общего билирубина при поступлении был 176 ± 13 мкмоль/л, прямого билирубина 96 ± 7 мкмоль/л, в контрольной группе 165 ± 12 мкмоль/л и 93 ± 6 мкмоль/л соответственно. Статистически значимых различий в результатах лабораторных исследований в зависимости от группы пациентов не выявлено ($p > 0,05$).

Полученные данные общеклинических и лабораторных методов обследования позволяют нам утверждать о наличии желтухи и хронического описторхоза у обследуемых пациентов.

Ультразвуковое исследование проводили всем 103 пациентам без исключения. По данным УЗИ выявлена дилатация желчного пузыря у 35 (56,5%) пациентов основной и 21 (51,2%) контрольной группы, дилатация ОЖП и внутривенных протоков у 32 (51,6%) основной и 25 (61,0%) контрольной группы, изолированная дилатация внутривенных протоков у 23 (37,1%) основной и 13 (31,7%) контрольной группы, холангиоэктазы у 6 (9,7%) обследуемых основной и 4 (9,8%) контрольной группы. Несмотря на то, что УЗИ позволило выявить расширение желчевыводящих путей и желчного пузыря, в установлении причины дилатации протоков возможности этого метода были ограничены. Статистически значимых различий в данных УЗИ основной и контрольной групп не выявлено ($p > 0,05$).

Для полноценной визуализации желчевыводящих протоков в контрольной группе традиционно применялись рентген-эндоскопические методы. Особенностью предлагаемой нами диагностической программы является отказ от традиционной ЭРХПГ, принятой в настоящее время за «золотой стандарт» в диагностике склеротических изменений ЖВП, в пользу магнитно резонансной холангиографии.

ЭРХПГ проводилась 41 пациенту контрольной группы. Стриктура БСДК выявлена у 5 (12,2%) пациентов, стриктура дистального отдела ОЖП у 18 (43,9%), стриктура холедоха на всем протяжении у 2 (4,9%), стриктура конfluence у 7 (17,1%), склерозирующий холангит у 4 (9,8%), дилатация желчевыводящих путей вследствие обструкции описторхозным детритом у 2 (4,9%) пациентов. В связи с техническими сложностями 3 (7,3%) пациентам выполнить процедуру не удалось. В целом, при механической желтухе описторхозного генеза, чувствительность ЭРХПГ для склеротических изменений ЖВП составила 92,3%, специфичность достигла 100%, общая точность 92,7%.

В основной группе эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с диагностической целью не применялась, эндоскопическое контрастирование протоков выполнялось только при трансдуоденальном дренировании ЖВП.

В настоящее время среди методов визуализации желчевыводящих протоков предпочтение отдается магнитно-резонансной холангиографии, доказавшей свою эффективность при различных заболеваниях билиарного тракта (Добровольский А.А., 2009; Зеленцов М.Е., 2012 и соавт.; Лимончиков С. В., 2011; Васильев А.Ю. и соавт., 2006; Weber С. И соавт., 2008). Этот факт позволяет утверждать о необходимости применения данного метода и при механической желтухе описторхозного генеза с целью выяснения характера изменений в желчных путях. Данный метод был применен нами у всех 62 пациентов основной группы и являлся у них основным визуализационным методом, включенным в диагностическую программу. По данным МРХПГ стриктура БСДК заподозрена у 6 (9,7%) пациентов, стриктура дистального отдела ОЖП выявлена у 21 (33,9%), стриктура холедоха на всем протяжении у 4 (6,5%), стриктура конfluence у 12 (19,4%), склерозирующий холангит у 11 (17,7 %), дилатация желчевыводящих путей без зон сужения у 8 (12,9%) пациентов.

У 53 (85,5%) больных в основной группе МРХПГ позволила установить причину билиарной гипертензии, которой явились склеротические изменения. При проведении дальнейших лечебно-диагностических мероприятий у 1 (1,6%) пациента заподозренная стриктура БСДК не подтвердилась. У 7 (11,3%) пациентов с дилатацией ЖВП подтвердились несклеротические осложнения хронического описторхоза, а у 1 (1,6%) пациента с выявленной билиарной гипертензией без визуализированных зон сужения, верифицирована стриктура БСДК.

Тем самым, при механической желтухе описторхозного генеза, чувствительность МРХПГ для склеротических изменений ЖВП составила 98,1%, специфичность 87,5%, общая точность 96,8%, что говорит о высокой информативности данного метода, при этом чувствительность и общая точность превышают соответствующие показатели информативности эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

Таким образом, нами был применен весь комплекс мероприятий, доступных в лечебном учреждении, направленных на скорейшую топическую диагностику уровня склеротических изменений желчевыводящих путей.

Наши данные, полученные по результатам лучевых методов исследования, определили характерные для описторхозной инвазии изменения ЖВП. К таковым отнесены ограниченные стриктуры желчевыводящих путей, склерозирующий холангит и дилатация билиарного тракта. Локализация стриктур определялась зонами физиологических сужений, что согласуется с литературными данными (Бражникова Н.А. и соавт., 2003). Эти данные позволяют выделить 5 типов архитектуры желчевыводящих путей при хроническом описторхозе, осложненном механической желтухой (Рисунок 1):

Тип 1. Стриктура БСДК.

Тип 2. Стриктура ОЖП.

Тип 3. Стриктура конfluence.

Тип 4. Склерозирующий холангит.

Тип 5. Дилатация билиарных протоков без наличия стриктур.

Выделение типов основано на характере, уровне локализации и протяженности патологических изменений желчевыводящих протоков.

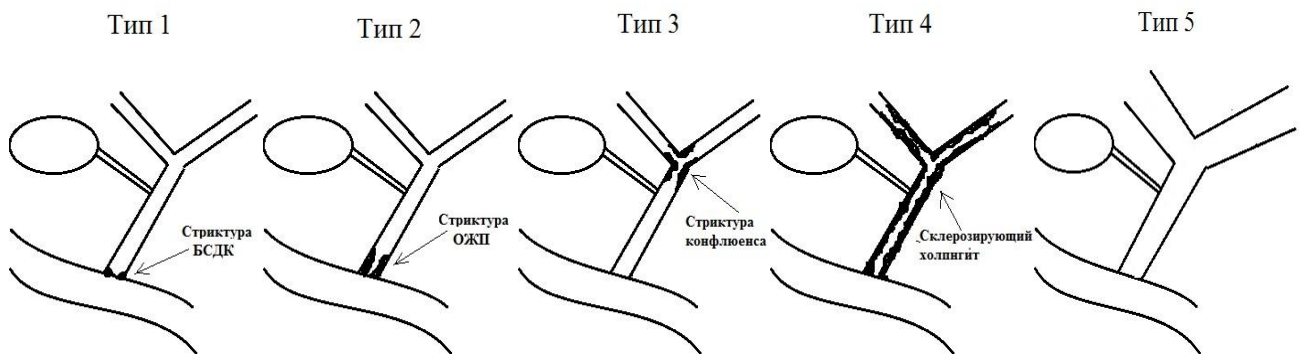


Рисунок 1. Типы архитектуры ЖВП при хроническом описторхозе

Каждый из предлагаемых нами типов архитектуры демонстрирует изменения в ЖВП, дающее представление о возможном патологическом процессе. Первые четыре типа характеризуют склеротические изменения в желчевыводящих протоках различной локализации и распространенности, доброкачественный

характер которых требует морфологической верификации. Оптимальный выбор тактики лечения должен быть основан на достоверных сведениях о локализации склеротических изменений. Это позволяет применить наиболее эффективный метод декомпрессии из всего арсенала описанных в литературе способов дренирования желчевыводящих путей: чрескожных чреспеченочных, эндоскопических и хирургических. Пятый тип подразумевает отсутствие склеротических изменений в ЖВП, однако дилатация протоков предполагает необходимость ревизии билиарного тракта для выяснения причины гипертензии и восстановления желчеоттока, методика которой, очевидно, должна отличаться от методик декомпрессии при склеротических изменениях.

Таким образом, выделение типов архитектоники желчевыводящих путей является необходимым для определения дальнейшей тактики лечения пациентов, заключающейся в дифференцированном выборе метода декомпрессии в группе больных с механической желтухой, обусловленной хроническим описторхозом.

Арсенал методов восстановления желчеоттока включал в себя как малоинвазивные, так и хирургические способы. Среди малоинвазивных предпочтение отдавали эндоскопическим методам, при невозможности их выполнения – чрескожным чреспеченочным. Хирургические методы декомпрессии применялись лишь в случаях неэффективности, либо невозможности выполнения малоинвазивных методов.

Для восстановления оттока желчи в основной группе мы придерживались следующих показаний для проведения того или иного метода декомпрессии (Рисунок 2):

1. При выявлении стриктуры БСДК (тип 1) – эндоскопическая папиллосфинктеротомия.
2. При дилатации желчевыводящих путей без зон сужения (тип 5) – баллонная дилатация БСДК и ревизия ОЖП.
3. При стриктуре ОЖП или конfluence (тип 2, тип 3) – ЭПСТ в сочетании со стентированием желчевыводящих путей. При гнойном холангите – предвари-

тельное назобилиарное дренирование с целью санации протоков, с дальнейшим стентированием.

4. При склерозирующем холангите с вовлечением внутрипеченочных протоков (тип 4), либо при неэффективности эндоскопических методов – чрескожное чреспеченочное дренирование. Условием для проведения антеградного дренирования считали наличие дилатированных внутрипеченочных протоков.

5. При неэффективности, либо отсутствии возможности выполнения малоинвазивных методов декомпрессии – лапаротомия с последующим хирургическим дренированием.



Рисунок 2. Лечебная программа

В целом, особенность тактики в предлагаемой нами лечебно-диагностической программе, заключалась в дифференцированном подходе к выбору метода декомпрессии в зависимости от типа архитектуры желчевыводящих путей, и в применении баллонной дилатации при несклеротических причинах механической желтухи с целью обеспечения доступа к ОЖП, в то время как в контрольной группе с этой целью проводилась ЭПСТ.

ЭПСТ как метод разрешения желтухи выполнена 6 (9,7%) больным основной и 7 (17,1%) контрольной группы. Среди них пациенты со стриктурами БСДК

основной и контрольной групп, а также пациенты контрольной группы с обструкцией протоков описторхозным детритом. ЭПСТ сопровождалась определенными сложностями ввиду затруднений при канюляции, связанной со склеротическими изменениями в устье БСДК и интрадуоденальной части ОЖП.

Баллонная дилатация БСДК выполнялась в основной группе при отсутствии склеротических изменений с целью доступа и ревизии ОЖП. Она была применена у 8 (12,9%) пациентов основной группы, у которых причиной механической желтухи была обструкция ЖВП описторхозным детритом. После дилатации БСДК проводилась ревизия холедоха корзиной Dormia и извлечение описторхозного детрита, тем самым удалялся фактор обструкции и проходимость ЖВП восстанавливалась.

При гнойном холангите у 13 (21,0%) больных основной группы и 10 (24,4%) пациентов контрольной группы выполнили назобилиарное дренирование в сочетании с ЭПСТ. Назобилиарное дренирование позволяло промывать желчные протоки растворами антисептиков, контролировать объем и характер отделяемой желчи в послеоперационном периоде. Назобилиарный дренаж удерживали в желчных протоках до снижения уровня общего билирубина более чем в 2 раза, при этом отделяемая желчь должна была быть однородной, не содержать фибрина, гноя. После этого проводили стентирование протоков.

Стентирование выполнено 33 (53,2%) пациентам основной группы и 24 (58,5%) контрольной в связи с протяженными склеротическими изменениями в ОЖП, либо в области конfluence. Выполнению стентирования у всех пациентов предшествовало ЭПСТ, и как выше было сказано у 13 (21,0%) больных основной группы и 10 (24,4%) пациентов контрольной группы - назобилиарное дренирование с целью санации ЖВП. Длину стента выбирали с учетом протяженности и уровня локализации стриктуры, при этом внутрипротоковый конец стента устанавливали минимум на 1 см проксимальнее уровня стриктуры.

Чрескожное чреспеченочное дренирование выполнено 8 (12,9%) пациентам основной и 5 (12,2%) пациентам контрольной группы. Дренированию предшествовала чрескожная чреспеченочная холангиография. Ультразвуковая навигация

позволяла выбрать наиболее расширенный проток и провести его пункцию. Помимо этого, благодаря доплеровскому картированию удавалось обходить крупные сосуды во избежании кровотечения, однако, несмотря на это, кровотечения после пункции внутривенного протока встречались.

Оперативное лечение заключалось в хирургическом каркасном дренировании по Прадери-Смиту-Гальперину, которое было выполнено 7 (11,3%) пациентам основной и 5 (12,2%) контрольной группы. Необходимость в выборе данного метода была обусловлена технической невозможностью выполнения реконструктивных операций и вовлечение в склеротический процесс долевых печеночных протоков. Холецистэктомия одномоментно с хирургическим дренированием была проведена у 5 (8,1%) пациентов основной и у 3 (7,3%) больных контрольной группы. Помимо этого у 2 (3,3%) пациентов основной и 2 (4,9%) - контрольной группы, подвергшихся хирургической декомпрессии ЖВП, желчный пузырь уже был удален. Следует отметить, что вопрос о холецистэктомии у пациентов с восстановленным оттоком желчи путем малоинвазивных вмешательств также должен быть решен после полноценной декомпрессии ЖВП. Решение этого вопроса не входило в задачи нашего исследования, в связи с чем анализ последующих плановых холецистэктомий не был проведен.

Склеротический характер стриктур желчевыводящих путей у всех пациентов был подтвержден морфологически путем биопсии зон сужения во время проведения лечебных мероприятий (Рисунок 3).

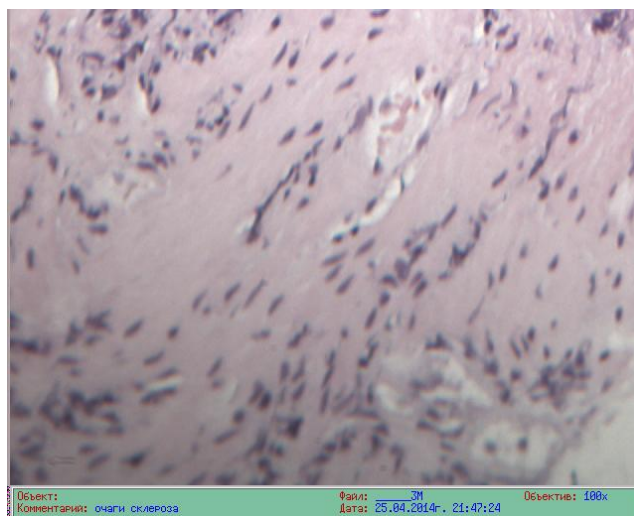


Рисунок 3. Гистогарма очага склероза x 100

Таким образом, комплекс диагностических и лечебных мероприятий позволил окончательно определить причины механической желтухи. К таковым отнесены склеротические и несклеротические процессы в желчевыводящих путях.

Основную долю, равную 87,1% в основной и 95,1% в контрольной группе, составили пациенты со склеротическими изменениями желчевыводящих путей. Наиболее частой причиной возникновения желтухи явились склеротические изменения в дистальном отделе ОЖП и БСДК. Это связано с анатомическими особенностями этой области, характеризующейся физиологическим сужением данной зоны, следствием чего является скопление там описторхисов и поддержание продуктивного воспаления (Зиганьшин Р.В., 1984; Зубов Н.А., 1973; Альперович Б.И. и соавт., 1990). Стриктура БСДК отмечена в 9,7% случаев основной и 12,2% контрольной группы, стриктура дистального отдела ОЖП в 33,9% основной и 43,9% контрольной группы. Ряд авторов отмечают наличие у пациентов со склеротическими изменениями ЖВП описторхозного генеза стриктур БСДК в 37,3%, а стриктур терминального отдела холедоха в 35,5% случаях (Альперович Б.И. и соавт., 1999). Поражение всего ОЖП, являющееся следствием распространения склеротического процесса в проксимальном направлении, встретилось в анализируемой группе у 6,5% больных основной и 4,9% контрольной группы. Область слияния долевых печеночных протоков в общий (конфлюенс) также является зоной анатомического сужения, вследствие чего немалая доля стриктур, а именно 19,4% в основной и 17,1% в контрольной группах, пришлось на данную локализацию. Значимую долю, составляющую 17,7% в основной и 17,1% в контрольной группе, заняли пациенты с распространенным на все желчевыводящие протоки склерозирующим холангитом. Доля несклеротических изменений в желчевыводящих путях, вызывающих механическую желтуху, а именно, присутствие описторхозных масс в желчевыводящих путях, как причина развития механической желтухи путем обструкции билиарного тракта, составила 12,9% пациентов в основной и 4,9% в контрольной группе. Статистически значимых различий по характеру осложнений хронического описторхоза, вызвавших механическую желтуху в основной и контрольной группах не было ($p > 0,05$).

Эффективность разработанной лечебно-диагностической программы была оценена по количеству и кратности диагностических методов исследования и затраченного времени для постановки диагноза, по степени восстановления клинико-лабораторных показателей до нормального уровня, количеству послеоперационных осложнений и длительности пребывания пациентов в стационаре.

Одним из исследований, требующих многократного проведения стало УЗИ, которое применялось как метод контроля после лечебных мероприятий. При этом оценивались желчевыводящие протоки, степень их дилатации. Помимо этого, данный метод исследования был необходим при развитии таких послеоперационных осложнений, как острый панкреатит. Среднее количество исследований у одного пациента за весь период госпитализации в основной группе составило $1,97 \pm 0,05$ раза, в контрольной группе $3,24 \pm 0,14$ раза. Различия в количестве проведенных УЗИ в контрольной и основной группах путем расчет t-критерия Стьюдента статистически значимы ($p < 0,05$), в связи с этим мы можем говорить о влиянии применяемой нами лечебно-диагностической программы на снижение количества проведенных УЗИ за весь период пребывания пациента в стационаре.

Особое место занимает исключение диагностической ЭРХПГ в основной группе, в то время как в контрольной группе он применялся как единственный полноценный метод визуализации желчевыводящих протоков. Повторное эндоскопическое ретроградное исследование желчных путей выполнено 5 (12,2%) пациентам контрольной группы, из них у 2 (4,9%) по причине развития кровотечения из папиллотомного разреза, у 3 (7,3%) ввиду развития выраженного болевого синдрома. Повторная ЭРХПГ потребовалась пациентам со склерозирующим холангитом, которые относились к контрольной группе. В основной группе эндоскопическое контрастирование желчных путей выполнялось лишь как этап трансдуоденальных методов декомпрессии и необходимости в повторном её проведении не возникало. Предлагаемая нами лечебно-диагностическая программа дает возможность избежать повторных ЭРХПГ, об этом позволяет судить статистически значимое различие в повторных ЭРХПГ основной и контрольной групп путем расчета критерия $\chi^2 = 4,82$ ($p = 0,028$).

Нами проанализирован временной интервал в часах от момента поступления пациента до момента применения методов разрешения механической желтухи в часах (распределение нормальное, асимметрия в основной и контрольной группах не превышает $\pm 0,3$). В основной группе среднее значение данного показателя составило $21,19 \pm 1,66$ часов, в контрольной – $29,46 \pm 3,03$ часов. Различия данного показателя в основной и контрольной группах оказались статистически значимыми ($p < 0,05$). Таким образом, разработанная нами лечебно-диагностическая программа сокращает период обследования до применения методов декомпрессии ЖВП.

Послеоперационные осложнения были связаны с трансдуоденальными эндоскопическими вмешательствами, а также с повреждениями печеночных сосудов при чрескожных чреспеченочных вмешательствах. Связанные с трансдуоденальными эндоскопическими вмешательствами осложнения возникали у пациентов с протяженными склеротическими изменениями, создающими трудности канюляции БСДК, что удлиняло время проведения ЭРХПГ, создавало необходимость в папиллосфинктеротомии и негативно сказывалось на состоянии поджелудочной железы. Количество послеоперационных осложнений в основной группе снизилось с 21,9% до 4,8% ($\chi^2=4,08$, $p=0,043$), что говорит о положительном эффекте разработанной лечебно-диагностической программы, позволяющей снизить количество послеоперационных осложнений.

Среди клинико-лабораторных показателей, позволяющих оценить эффективность лечения, интерес представляли следующие маркеры желтухи: иктеричность кожи, склер и слизистых, цвет мочи, цвета кала, уровень билирубина крови, а также уровень лейкоцитоза при холангите. Анализ степени восстановления данных показателей не выявил статистически значимых различий основной и контрольной групп ($p > 0,05$), следовательно предлагаемая нами лечебно-диагностическая программа не повлияла на конечные клинико-лабораторные показатели.

Еще одним аргументом, свидетельствующем в пользу предлагаемой нами лечебно-диагностической программы, является сокращение длительности пребы-

вания пациентов в стационаре. Так, средняя длительность пребывания в стационаре в основной группе составила $20,63 \pm 1,32$ дней, в контрольной группе $24,90 \pm 1,33$ дней ($p < 0,05$). Это подтверждает возможность сокращения длительности госпитализации пациентов в стационаре при применении разработанной лечебно-диагностической программы в группе больных с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой.

Заключение. Подводя итоги проведенной нами работы, мы считаем, что предлагаемая нами лечебно-диагностическая программа механической желтухи описторхозного генеза должна найти широкое применение в клинической практике, что позволит дифференцированно подойти к выбору малоинвазивных методов лечения, сократить время диагностики и время пребывания пациентов в стационаре, снизить количество послеоперационных осложнений.

Выводы:

1. Разработанная лечебно-диагностическая программа для пациентов с механической желтухой описторхозного генеза повышает эффективность диагностического этапа за счет сокращения числа исследований и маршрутизации больных, определяет возможность принятия унифицированных тактических решений и уменьшает потребность в хирургическом вмешательстве, за счет применения малоинвазивных технологий.

2. Среди инструментальных методов диагностики склеротических изменений желчевыводящих путей при длительной описторхозной инвазии предпочтительно применять МРХПГ, что определяется ее высокой информативностью: чувствительностью достигающей 98,1%, специфичностью – 87,5%, общей точностью – 96,8%.

3. При хроническом описторхозе, осложненном механической желтухой, выявляется пять типов холангиоархитектоники: стриктура БСДК в 10,7%, стриктура ОЖП в 43,7%, стриктура конfluence в 18,5%, склерозирующий холангит в 17,5%, дилатация ЖВП без наличия зон сужения в 9,7%..

4. Разработанная лечебно-диагностическая программа у больных с механической желтухой описторхозного генеза, основанная на типах холангиоархи-

тектоники, обеспечивает снижение послеоперационных осложнений с 21,9% до 4,8%, исключая необходимость в повторных трансдуоденальных вмешательствах, сокращение времени с момента поступления до момента билиарной декомпрессии с $29,5 \pm 3,0$ до $21,2 \pm 1,7$ часов, уменьшение длительности пребывания пациентов в стационаре с $24,9 \pm 1,3$ до $20,6 \pm 1,3$ дней.

5. Применение малоинвазивных технологий декомпрессии желчевыводящих путей эффективно у 88,3%. При этом, трансдуоденальные вмешательства могут быть успешно применены у 75,7%, чрескожные чреспеченочные дренирующие операции – у 12,6%. Потребность в открытых хирургических вмешательствах составляет 11,7%.

Полученные результаты позволяют дать следующие **практические рекомендации:**

1. МРХПГ является основным методом визуализации ЖВП при механической желтухе описторхозного генеза.

2. После визуализации архитектоники ЖВП необходимо отдавать предпочтение малоинвазивным методам декомпрессии, придерживаясь следующих показаний:

- при стриктуре БСДК – проведение ЭПСТ.
- при стриктурах холедоха и области слияния долевых печеночных протоков – стентирование (с предварительным назобилиарным дренированием при холангите).
- при склерозирующем холангите с наличием дилатированных внутрипеченочных протоков – чрескожное чреспеченочное дренирование под ультразвуковым контролем.
- при склерозирующем холангите без наличия дилатированных внутрипеченочных протоков – хирургическое дренирование.
- при дилатации ЖВП без признаков склеротических изменений ЖВП – баллонная дилатация БСДК и ревизия холедоха.

3. Для подтверждения доброкачественного характера стриктур обязательна морфологическая верификация.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ильканич, А.Я. Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике осложнений хронического описторхоза / А. Я. Ильканич, Н. В. Климова, Т. С. Варданян, И. Л. Шурыгина, А. А. Гаус // Медицина и экология. – 2013. – № 2 – С. 51-52.
2. Варданян, Т. С. Архитектоника желчевыводящих путей при хроническом описторхозе / Т. С. Варданян, А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Н. В. Климова, А. Л. Кострубин, С. В. Онищенко // Вестник СурГУ. Серия «Медицина». – 2014. – №1. – С. 21-26.
3. **Климова, Н. В. Особенности холангиоархитектоники при хроническом описторхозе по данным визуализационных методов исследования / Н. В. Климова, А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, С. В. Онищенко, Т. С. Варданян // Радиология – Практика. – 2014 – № 5 – С. 25-34.**
4. Ильканич, А. Я. Лучевые методы исследования в дифференциальной диагностике механической желтухи / А. Я. Ильканич, Т. С. Варданян, В. В. Дарвин, Н. В. Климова, С. В. Онищенко, А. Л. Кострубин // Хирург. – 2015. – №11-12 – С. 12-17.
5. **Ильканич, А. Я. Алгоритм диагностики и лечения пациентов с хроническим описторхозом, осложненным механической желтухой / А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Н. В. Климова, Т. С. Варданян // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2016. – №1. – С. 24-32.**
6. **Ильканич, А. Я. Диагностика и лечение механической желтухи при хроническом описторхозе / А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Н. В. Климова, Т. С. Варданян // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2016. – № 3. – С. 17-21.**
7. Климова, Н. В. Лучевая диагностика заболеваний желчевыводящих путей: учеб.-метод. пособие / Н. В. Климова, В. В. Дарвин, А. Я. Ильканич, Е. А. Краснов, В. В. Васильев, Т. С. Варданян, В. А. Цыкура. – Сургут: ИЦ СурГУ, 2016. – 44с.

8. Ильканич, А. Я. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении механической желтухи описторхозного генеза / А. Я. Ильканич, В. В. Дарвин, Н. В. Климова, А. Л. Кострубин, Т. С. Варданын // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные проблемы здоровьесбережения человека на Севере». – Сургут, 2016. – С. 321-326.