© С.В.Онищенко, 2017
УДК 616.995.122.21-06:616.561/.367-002-089

С. В. Онищенко

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПИСТОРХОЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ

Медицинский институт БУ ВО (дир. — д-р мед. наук Л.В.Коваленко), Ханты-Мансийский Автономный Округ — Югра «Сургутский государственный университет»

ЦЕЛЬ. Выработка оптимальной тактики лечения у больных с описторхозным папиллитом, осложненным развитием холангита. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Ретроспективно изучены результаты лечения 384 больных с описторхозным поражением желчевыводящих путей, разделённых на рандомизированные группы в зависимости от применённой у них хирургической тактики. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявлено преимущество этапного подхода к проведению хирургических вмешательств и целесообразность использования малоинвазивных и органосберегающих технологий при начальных стадиях заболевания. Представлен клинический вариант классификации описторхозного папиллита. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Лечебная тактика при описторхозном папиллите должна строиться с учетом стадии процесса и быть максимально органосберегающей.

Ключевые слова: описторхоз, папиллит, эндоретрограднохолангиопанкреатография, эндоскопическая дилатация сосочка

S. V. Onishchenko

Treatment management in opisthorchosis papillitis

Medical Institute, Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra, Surgut State University

OBJECTIVE. The author designed an optimal treatment strategy in patients with opisthorchosis papillitis complicated by development of cholangitis. **MATERIAL AND METHODS.** Retrospective analysis of treatment results of 384 patients with opisthorchosis lesions of bile ducts was made. The patients were divided into randomized groups associated with applied surgical approaches. **RESULTS.** There was revealed an advantage of staged method of surgery performance. Practicability of application of minimally invasive and organ-saving methods was shown in initial stages of disease. Clinical version of classification of opisthorchosis papillitis were presented. **CONCLUSIONS.** Treatment management of patients with opisthorchosis papillitis should be based on the process stage and it should be maximally organ-saving.

Key words: opisthorchosis, papillitis, endoretrogradecholangiopancreatography, endoscopic dilatation of the papilla

Введение. Частота поражения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) при описторхозной инвазии остаётся довольно высокой. Заболеваемость описторхозом в эндемичных районах достигает 80–87 % [5]. По данным Б.И.Альперовича и А.Ю.Ревской [2], у 89,5 % инвазированных заболевание осложняется механической желтухой и холангитом. В основе развития хирургических осложнений при описторхозе лежат билиарная гипертензия и инфицирование жёлчи [1, 19, 21]. Из причин, способствующих развитию жёлчной гипертензии, на первое место по значимости Р.В.Зиганшин и В.Г.Бычков [12] ставят описторхозный папиллит. Давление в желчевыводящих путях (ЖВП) при описторхозном папиллите может достигать 350–400 мм вод. ст. [11, 13, 17]. Стриктуры и непроходимость ЖВП при описторхозе встре-

чаются у 10,6–15,6 % инвазированных [15], стеноз ампулы БСДК — у 8,8 %, а закупорка жёлчных путей описторхозным детритом — у 20,8 % [12].

Изучением особенностей хирургического лечения описторхоза занимались в основном тюменская и томская школы [2, 4, 9–12, 14]. Оперативное лечение показано лишь при наличии осложнений, частота развития которых может достигать 75–89,5 % [3, 6]. Целью хирургического лечения является создание условий для своевременной и адекватной нормализации оттока жёлчи. С учетом ведущей роли БСДК в регулировании транзита жёлчи и частоты его поражения при описторхозе, он очень часто является объектом вмешательства при наличии папиллита, и в подавляющем числе случаев вмешательством является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) [7, 8, 16, 18, 20].

Цель исследования — выработка оптимальной тактики лечения у больных с описторхозным папиллитом, осложненным развитием холангита.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 384 больных с описторхозным папиллитом. Отмечено незначительное преобладание женщин, соотношение мужчин (43,5%) и женщин (56,5%) было 1 : 1,3. Средний возраст составил $(48,7 \pm 12,3)$ года, длительность паразитарного носительства — $(11,7 \pm 6,1)$ года. Признаки холангита и механическую желтуху наблюдали у 100% больных, сепсис — у 42 (10,9%), перипечёчные абсцессы — у 8 (2,1%), инфильтрат подпечёчного пространства — у 7 (1,8%), жёлчный перитонит — у 6 (1,6%), стриктуру ампулы БСДК — у 21 (5,5%).

Все пациенты были разделены на рандомизированные группы соответственно методам лечения: консервативное, экстренные операции, отсроченные или плановые. Лечение описторхозного папиллита, не осложнённого холангитом, требует лишь проведения курса дегельминтизации. При холангите лечебная тактика начинается с консервативного лечения, включающего в себя антибактериальное воздействие и комплексную инфузионно-трансфузионную терапию. Оперативное лечение необходимо либо в экстренных случаях (при гнойных процессах в брюшной полости), либо при неэффективности консервативного лечения. Операцию в качестве начального этапа применяли только при наличии у пациентов признаков перитонита. При неэффективности консервативного лечения оперативные вмешательства выполняли в отсроченном порядке, при этом хирургическое лечение больных проводили одномоментно в максимально необходимом объёме либо поэтапно, обеспечивая на начальном этапе лишь декомпрессию жёлчных путей одним из мининвазивных методов.

Исходя из срочности и объёма инвазивных воздействий были выделены 3 хирургических группы: 1-я — оперированные в экстренном порядке ($n=28$), 2-я — оперированные в отсроченном периоде по двухэтапной программе с выполнением на первом декомпрессии ЖВП малоинвазивными методами (подгруппа 2А, $n=243$) и выполнением холецистэктомии или холедохотомии для наружно-внутреннего дренирования протока — на втором (подгруппа 2Б, $n=53$) и 3-я — оперированные отсрочено, но одномоментно в объёме лапаротомии, холецистэктомии, наружного или внутреннего дренирования печеночного и общего желчного протоков ($n=46$). Всего оперативному лечению подверглись 317 (82,6%) больных.

Результаты. При консервативном лечении улучшение достигнуто у 67 (17,4%) человек, у 29 (43,3%) из них этому способствовало назобилиарное дренирование (НБД) или стентирование ЖВП. Это объясняется следующей особенностью описторхозного поражения ЖВП: даже на фоне мультифокального характера препятствия оттоку жёлчи в протоках ведущую роль в патогенезе жёлчной гипертензии всё же играет стеноз сфинктера ампулы БСДК, являющегося самым узким местом дистальных отделов ЖВП. Эффективность НБД выше при малых сроках заболевания, когда многоуровневые поражения ещё не успевают развиться. Так, средняя длительность

заболевания у больных, эффективно пролеченных консервативно, была в среднем $(8,7 \pm 4,6)$ года. НБД жёлчных путей является достаточно эффективной и безопасной манипуляцией. Осложнений и летальных исходов у больных этой категории не наблюдали.

В 1-й группе послеоперационные осложнения развились у 5 (17,9%) из них, летальный исход — у 6 (21,4%). Согласно классификации Clavien — Dindo, всего имели место 6 (21,4%) послеоперационных осложнений V типа. Во 2А группе у 38,3% пациентов была выполнена холецистостомия, эффективность данной процедуры составила 74,2%, осложнения развились у 4 (4,3%) больных, летальный исход — у 2 (2,6%). Чрескожная чреспечёчная холангиостомия была выполнена дважды, у обоих пациентов имело место подтекание жёлчи из места пункции печени мимо дренажа в свободную брюшную полость. В дальнейшем мы отказались от выполнения данной процедуры у больных с холангиоэктазиями.

Дозированная эндоскопическая баллонная дилатация (ЭБД) является органосберегающей процедурой и, в отличие от ЭПСТ, не приводит к грубому нарушению целостности БСДК. До развития рубцовых стриктур процедура обеспечивает адекватное расширение просвета сосочка и условия для декомпрессии жёлчных путей, что способствует купированию воспаления. ЭБД выполнена у 51,9% больных с эффективностью в 83,3% и с 1 (0,8%) послеоперационным осложнением.

Иная ситуация складывалась у больных со склеивающим папиллитом. Большое количество соединительной ткани приводит к исчезновению эластичности сосочка. В этих условиях ЭБД либо не создаёт достаточного расширения, либо вызывает разрыв БСДК с развитием в последующем грубого рубца. В данной ситуации, на наш взгляд, более деликатным и адекватным методом декомпрессии ЖВП является ЭПСТ (при протяженности стриктуры до 2–2,5 см). ЭПСТ выполнена у 23,1% больных, её эффективность составила 71,4%, осложнения имели место у 2 (3,6%) человек, летальный исход — у 1 (1,8%).

Выздоровление после малоинвазивных вмешательств первого этапа лечения наступило у 76,1% оперированных. Осложнения развились у 9 (3,7%) пациентов; в соответствии с классификацией Clavien — Dindo осложнения II типа — у 1 (0,4%), IIIa типа — у 1 (0,4%), IIIb — у 3 (1,2%), VIb — у 1 (0,4%) и V — у 3 (1,2%). Летальный исход отмечен у 3 (1,2%) больных.

В группе 2Б у 74,1% пациентов выполнена холецистэктомия, у 32,8% — наложение билио-

дигестивного анастомоза с петлёй тонкой кишки, с анастомозом по Ру. Выздоровление наступило у 94,8 % оперированных, осложнения — у 5 (8,6 %), летальный исход — у 3 (5,2 %), осложнения по Clavien — Dindo: II типа — у 1 (1,7 %), IVb — у 1 (1,7 %), V — у 3 (5,2 %).

Эффективность двухэтапной тактики проведения операций составила 97,5 %. После обоих этапов лечения у пациентов 2-й группы осложнения имели место у 14 (5,8 %), у половины из них — попадание жёлчи в брюшную полость. Послеоперационная летальность в этой группе составила 2,5 % (6 пациентов), у 5 из них — в результате прогрессирования сепсиса. По Clavien — Dindo осложнения распределились следующим образом: II типа — у 2 (0,8 %), IIIa — у 1 (0,4 %), IIIb — у 4 (1,6 %), IVb — у 1 (0,4 %), V — у 6 (2,5 %), всего — 14 (5,8 %).

В 3-й группе больных эффективность лечения была 87 %, при этом осложнения развились у 7 (15,2 %) человек (самое частое — опять же, попадание жёлчи в брюшную полость — у 3); по классификации Clavien — Dindo осложнения были отнесены: одно к типу IIa и 6 — к типу V. Летальные исходы имели место у 6 (13 %) больных.

Таким образом, при лечении 384 больных описторхозным холангитом оперативная активность составила 82,6 %. Осложнения развились у 26 (8,2 %) человек, наиболее частым явилось подтекание жёлчи в свободную брюшную полость. Послеоперационная летальность оказалась равна 5,4 % (18 человек), самой частой причиной такого исхода послужило прогрессирование холангиогенного сепсиса (у 13).

Обсуждение. Статистические расчёты позволили правильно интерпретировать полученные данные. Различия внутри 2-й группы (между подгруппами А и Б) в количестве осложнений ($p=0,110$) и показателями летальности ($p=0,054$) оказались незначимыми. Закономерно хуже были результаты лечения экстренных больных (1-я группа), по сравнению с плановыми, пролеченными в два этапа (2-я группа), как по частоте осложнений ($p=0,018$), так и по летальности. Сравнение результатов лечения плановых больных, пролеченных двухэтапно (2-я группа)

и одномоментно (3-я группа), показали преимущества этапного метода лечения — достоверно меньшее число осложнений ($p=0,023$) и летальных исходов ($p=0,001$). Подтверждением преимуществ этапного подхода для лечения больных этой категории является также статистически доказанное отсутствие уменьшения числа осложнений ($p=0,765$) и летальных исходов ($p=0,343$) при сравнении результатов лечения больных в плановом порядке и прооперированных в экстренном. В таблице представлены результаты лечения в виде числа выздоровевших больных в зависимости от используемой тактики и методов лечения.

Таким образом, консервативное лечение оказалось эффективным всего у 17,4 % больных ($p<0,001$), что намного меньше 94,3 % выздоровевших после оперативных вмешательств, это характеризует хирургический метод как основной при лечении больных данной категории. Доля выздоровевших пациентов во 2-й группе с двухэтапным выполнением плановых операций (97,5 %) достоверно больше, по сравнению с 1-й группой, прооперированных в экстренном порядке (78,6 %) и, по сравнению с 3-й, — с одномоментными операциями (87 %, $p=0,001$), что свидетельствует в пользу именно двухэтапной тактики проведения хирургического лечения. При анализе эффективности в группе одномоментных операций (87 %), даже по сравнению с группой оперированных в экстренном порядке, (78,6 %), преимуществ её не выявлено ($p=0,343$), что косвенно подтверждает преимущество двухэтапной тактики лечения.

Учитывая особенности патоморфоза, клинических проявлений и, в большей степени, результаты лечения больных с той или иной стадией папиллита, а именно, минимальное сужение просвета БСДК, преимущественно легкое течение заболевания и 100% эффект от консервативного лечения при I (аденоматозной) стадии заболевания, позволяет считать её компенсированной стадией сужения просвета сосочка. Аденофибропластические изменения в стенках БСДК при II стадии, приводящие к более выраженному уменьшению его просвета и, соответственно, утяжелению клинических проявлений, в то же время сохраняют способность сосочка обеспечивать необходимый транзит жёлчи вне периода обострения, а сохра-

Оценка эффективности в зависимости от вида лечения

Эффективность лечения (выздоровление)	Без операций (n=384)	1-я группа (n=28)	2-я группа		3-я группа (n=46)
			2А (n=243)	2Б (n=58)	
Эффективно, n (%)	67 (17,4)	22 (78,6)	182 (74,9)	55 (94,8)	40 (87,0)
Неэффективно, n (%)	317 (82,6)	6 (21,4)	61 (25,1)	3 (5,2)	6 (13,0)

няющаяся эластичность стенок — высокую эффективность ЭБД (до 88,6%) с сохранением их целостности, в связи с чем эту стадию папиллита можно считать субкомпенсаторной. При III (склеротической) стадии стенки БСДК полностью теряют свою эластичность, разрастание соединительной ткани вызывает рубцовую стриктуру ампулы сосочка, приводящую к критическому её сужению, поэтому данную стадию можно считать декомпенсированной.

Считаем использование данной классификации стадий описторхозного папиллита более приемлемой в клинических условиях, так как термины «аденоматоз», «аденофиброз» и «склероз» правомочны только на основании заключения морфологического исследования тканей БСДК, что у живых пациентов выполнить практически невозможно. По сути, предлагаемая нами клиническая классификация является клиническим аналогом существующей патоморфологической классификации стадий описторхозного папиллита.

Выводы. 1. Основным методом лечения холангита, вызванного описторхозным поражением БСДК, является хирургический.

2. При плановом или отсроченном проведении оперативных вмешательств предпочтение необходимо отдавать двухэтапной тактике выполнения операций.

3. Наилучшие результаты лечения описторхозного папиллита получены при использовании малоинвазивных органосберегающих технологий на начальном этапе лечения.

4. В клинических условиях для обозначения стадий описторхозного папиллита вместо морфологической классификации целесообразно использование её клинического аналога, где термины «компенсаторная», «субкомпенсаторная» и «декомпенсаторная» соответствуют I, II и III стадиям заболевания.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

- Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б. Хирургия осложнений описторхоза. Томск, 1990. 224 с. [Al'perovich B.I., Brazhnikova N.A., Li A.B. Khirurgiya oslozhnenii opistorkhoza. Tomsk, 1990. 224 p.]
- Альперович Б.И., Ревская А.Ю. Клиника и хирургическое лечение описторхозных стриктур жёлчных путей // Вестн. хир. 1981. № 2. С. 27–30 [Al'perovich B.I., Revskaya A.Yu. Klinika i khirurgicheskoe lechenie opistorkhoznykh striktur zhelchnykh putei // Vestnik khirurgii. 1981. № 2. P. 27–30].
- Альперович Б.И., Ревская А.Ю., Бражникова Н.А. Лечение стриктур жёлчных путей при описторхозе // Хирургия. 1983. № 8. С. 40–43 [Al'perovich B.I., Revskaya A.Yu., Brazhnikova N.A. Lechenie striktur zhelchnykh putei pri opistorkhoze // Khirurgiya. 1983. № 8. P. 40–43].
- Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Диагностика и лечение механических желтух паразитарного происхождения // Хирургия. 1993. № 1. С. 22–25 [Al'perovich B.I., Tskhai V.F. Diagnostika i lechenie mekhanicheskikh zheltukh parazitarnogo proiskhozhdeniya // Khirurgiya. 1993. № 1. P. 22–25].
- Бражникова Н.А. Хирургические осложнения хронического описторхоза // Анн. хир. гепатол. 1997. Т. 2. С. 88–93 [Brazhnikova N.A. Khirurgicheskie oslozhneniya khronicheskogo opistorkhoza // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 1997. Vol. 2. P. 88–93].
- Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. Клиника, диагностика и лечение осложнений описторхоза // Анн. хир. гепатол. 2004. Т. 9, № 2. С. 40–44 [Brazhnikova N.A., Tskhai V.F. Klinika, diagnostika i lechenie oslozhnenii opistorkhoza // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2004. Vol. 9, № 2. P. 40–44].
- Глебов К.Г., Котовский А.Е. Эндоскопическое лечение папиллостеноза // Анн. хир. гепатол. 2010. Т. 15, № 1. С. 34–36 [Glebov K.G., Kotovskii A.E. Endoskopicheskoe lechenie papillostenozov // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2010. Vol. 15, № 1. P. 34–36].
- Добровольский А.А. Механическая желтуха при холедохолитиазе и описторхозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2005. 22 с. [Dobrovolskii A.A. Mekhanicheskaya zheltukha pri kholedokholitiazе i opistorkhoze: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Chelyabinsk, 2005. 22 p.]
- Егиазарян В.Т., Некрасов Л.П., Кириленко М.П. Роль описторхоза в развитии механической желтухи и её лечение // Вестн. хир. 1989. Т. 142, № 4. С. 110–112 [Egiazaryan V.T., Nekrasov L.P., Kirilenko M.P. Rol' opistorkhoza v razvitiі mekhanicheskoi zheltukhi i ee lechenie // Vestnik khirurgii. 1989. Vol. 142, № 4. P. 110–112].
- Зиганшин Р.В. Материалы к клинике патологии и лечению описторхозного ангиохолестита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 1966. 20 с. [Zigan'shin R.V. Materialy k klinike patologii i lecheniyu opistorkhoznogo angiokholetsistita: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Omsk, 1966. 20 p.]
- Зиганшин Р.В. Хирургические осложнения описторхоза печени и жёлчного пузыря: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Пермь, 1977. 32 с. [Zigan'shin R.V. Khirurgicheskie oslozhneniya opistorkhoza pecheni i zhelchnogo puzыrya: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Perm, 1977. 32 p.]
- Зиганшин Р.В., Бычков В.Г. Жёлчная гипертензия у больных описторхозом // Вестн. хир. 1984. № 12. С. 29–33 [Zigan'shin R.V., Bychkov V.G. Zhelchnaya gipertenziya u bol'nykh opistorkhozom // Vestnik khirurgii. 1984. № 12. P. 29–33].
- Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, 1973. 26 с. [Zubov N.A. Patologicheskaya anatomiya opistorkhoza i ego oslozhnenii: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Sverdlovsk, 1973. 26 p.]
- Зубов Н.А., Амелин С.П., Третьяков А.М. Исходы травм печени и жёлчного пузыря у больных описторхозом // Хирургия. 1991. № 2. С. 63–66 [Zubov N.A., Amelin S.P., Tret'yakov A.M. Iskhody travm pecheni i zhelchnogo puzыrya u bol'nykh opistorkhozom // Khirurgiya. 1991. № 2. P. 63–66].
- Ивченко О.А., Казанцев Н.И. Непроходимость жёлчных путей при описторхозе // Тезисы научно-практ. конф. хирургов. Томск, 1977. С. 64–66 [Ivchenko O.A., Kazantsev N.I. Neprokhodimost' zhelchnykh putei pri opistorkhoze // Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii khirurgov. Tomsk, 1977. P. 64–66].
- Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анн. хир. гепатол. 2010. Т. 15, № 1. С. 9–18 [Kotovskii A.E., Glebov K.G., Urzhumtseva G.A., Petrova N.A. Endoskopicheskie tekhnologii v lechenii zabolevaniy organov gepatopankreatoduodenal'noy zony // Ann. хир. гепатол. 2010. Т. 15, № 1. С. 9–18].

- lechenii zabolevanii organov gepatopankreatoduodenal'noi zony // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2010. Vol. 15, № 1. P. 9–18].
17. Третьяков А. М., Жуков Б. Г. Операционная рентгеноманометрия жёлчных путей у больных с осложнённым описторхозом // Материалы межобластной научно-практ. конференции по проблеме «Описторхоз человека». Томск, 1979. С. 184–186 [Tret'yakov A. M., Zhukov B. G. Operatsionnaya rentgenomanometriya zhelchnykh putei u bol'nykh s oslozhnennym opistorkhozom // Materialy mezhoblastnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii po probleme «Opistorkhoz cheloveka». Tomsk, 1979. P. 184–186].
18. Хаджибаев Ф. А. Осложнения эндоскопических транспиллярных вмешательств при механической желтухе неопухолевого этиологии // Скорая мед. помощь. 2014. № 2. С. 26–31 [Khadzhibayev F. A. Oslozhneniya endoskopicheskikh transpillyarnykh vmeshatel'stv pri mekhanicheskoi zheltukhe neopukholevoi etiologii // Skoraya meditsinskaya pomoshch'. 2014. № 2. P. 26–31].
19. Ariounoff A. A. Study of the composition of normal and pathologic human bile // Acta Gastroenter. Belg. 1966. № 29. P. 733–778.
20. Takao Itoi, Atushi Sofuni, Fumihide Itokawa et al. Transnasal endoscopic biliary drainage as a rescue management for the treatment of acute cholangitis // World J. Gastrointestinal Endoscopy. 2010. № 2. P. 50–53.
21. Varela G., Siliceo J. Investigation de portadores de bacterias patogenas intestinales en vascular biliares humanas // Rev. inst. salubr. v. enferm. trop. 1956. № 16. P. 25–28.

Поступила в редакцию 19.05.2017 г.

Сведения об авторе:

Онищенко Сергей Вальдемарович (e-mail: sergej-on@mail.ru), канд. мед. наук, доцент каф. госпитальной хирургии; Сургутский государственный университет, медицинский институт, 628402, г. Сургут, ул. Энергетиков, 14.