

Ультразвуковая диагностика хирургических осложнений описторхоза

Б.И.Альперович,
М.В.Толкаева
Кафедра хирургических
болезней №2 (зав-
проф.Б.И.Альперович)
Сибирского
медицинского
университета г.Томск

Приведен оригинальный опыт исследования и лечения 196 больных с осложненным течением описторхоза. Описаны прямые и косвенные ультразвуковые признаки описторхозных стриктур на различных уровнях желчных путей. Особенную трудность представляет диагностика стриктуры терминального отдела холедоха. При анализе ультразвуковой семиотики 26 описторхозных кист печени установлены их отличительные особенности: частая множественность, обычно сравнительно небольшие размеры неправильная форма, тонкие неровные стенки с фестончатыми краями. Выделены 2 вида абсцессов печени при описторхозе: 1) небольшие гнойники в задних отделах печени и 2) типичные множественные холангитические абсцессы. Изучена ультразвуковая семиотика первичного рака печени, возникшего на фоне описторхоза (преобладают случаи холангиокарциномы), картина которого имеет несколько вариантов в зависимости от первичной локализации опухолевого очага.

Ultrasonic diagnostic of surgical complications of storkhosis

B.I.Alperovich, M.V.
Tolkaeva
Department of surgical
Diseases №2
(Director -
Prof.R.I.AIpovich)
Siberian State Medical
Inuversity, Tomsk

Original diagnostic and management experience of 196 complicated Opistorkhosis cases are presented. Direct and indirect ultrasonic signs of opistorkhotic strictures on different levels of the biliary tract are described. Definition of distal strictures are particularly difficult. Analysing ultrasonic semiotics of 26 opistorkhotic liver cysts their peculiarities are described: frequent multiplicity, irregular shape, thin rough walls, uzurated edges.

2 types of opistorkhotic liver abscesses are distinguished: 1) small ones in posterior parts of the liver and 2) typical multiple cholangiogenic abscesses. Ultrasonic semiotics of primary liver carcinoma in opistorkhozis patients is studied (cholangiocarcinorna was prevalent). Its ultrasonic manifestation consists of several variants depending on the localisation of the tumour.

Проблема описторхоза, несмотря на достигнутые успехи по ее изучению, до настоящего времени остается весьма актуальной в связи с большой распространенностью данного гельминтоза в нашей стране и за рубежом. Ежегодно в Среднем Приобье заражается от 30-40% до 60% местного населения [10]. По данным Исследовательской группы ВОЗ (1995) приблизительно 64 млн человек подвержены риску инвазирования опи-сторхозом на территориях, расположенных в Европейском регионе, в регионах Юго-Восточной Азии и западной части Тихого океана, а 10,3 млн человек фактически заражены [5].

Широта распространения описторхоза, высокий уровень пораженности населения на эндемичных территориях, развитие осложненных форм заболевания, значительный социально-экономический ущерб, вызванный более частой обращаемостью инвазированных за медицинской помощью, ставят описторхоз в ряд социально значимых гельминтозов и обуславливают актуальность вопросов его диагностики и лечения.

Массивная описторхозная инвазия сопровождается выраженными патоморфологическими изменениями печени, желчных протоков, поджелудочной железы и тяжелыми клиническими проявлениями в виде острых и хронических холециститов, гнойных холангитов, кист и абсцессов печени, желчных камней [1, 6, 19, 21]. Наиболее серьезным осложнением является рак печени, желчных протоков и поджелудочной железы [17, 20, 23, 24].

Диагностика описторхоза традиционно основывается на выявлении яиц описторхисов при копрологическом исследовании или дуоденальном зондировании. Однако исследования последних лет выявили существенные ограничения этих методов [2, 10, 15]. Методы иммунологической диагностики (ИФА, ТИА и др.), которым в настоящее время уделяется большое внимание, также не лишены недостатков в связи с высокой стоимостью и низкой эффективностью исследования при хроническом описторхозе [13, 15]. Поэтому при всех методах копроовоскопии, дуоденального зондирования и иммунологического анализа отрицательный результат не дает оснований исклю-

чить описторхозную инвазию. В то же время, лабораторные или иммунологические методы диагностики, выявляя описторхозную инвазию, не позволяют определить объем и характер поражения внутренних органов, установить наличие или отсутствие осложнений. Для решения этих вопросов приходится прибегать к использованию специальных методов инструментальной диагностики - ультразвуковому исследованию, компьютерной томографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, лапароскопии, интраоперационной холангиографии и холедоходуоденоскопии [1].

Из существующих способов диагностики описторхоза на дооперационном этапе наиболее оптимальным по своей доступности, информативности, неинвазивности и возможности многократного использования является ультразвуковое исследование.

К сожалению, вопросы ультразвуковой диагностики описторхозного поражения печени и его хирургических осложнений в литературе практически не освещены. Имеющиеся в отечественной и зарубежной печати сведения касаются, в основном, неосложненного течения заболевания [3, 9, 22]. Единичные работы посвящены изучению клиники и диагностики описторхозных кист печени и поджелудочной железы, описторхозных панкреатитов [7, 14, 18]. В то же время остаются неизученными возможности и особенности ультразвукового исследования в диагностике таких осложнений, как опистор-хозные стриктуры пузырного протока и холедоха, абсцессы и рак печени на фоне описторхозной инвазии. Изучение особенностей изображения хирургических осложнений описторхоза при ультразвуковом исследовании явилось целью настоящей работы.

Материал и методы

В Томском зональном гепатологическом центре за период 1995-1998 гг наблюдалось 196 пациентов, имеющих осложненное течение описторхоза, в возрасте от 20 до 83 лет (75 мужчин и 121 женщина). Средний возраст - $58,2 \pm 1,7$ года. Длительность инвазии у 70% пациентов составила более 10 лет. Диагноз описторхозного поражения во всех наблюдениях был подтвержден лабораторными методами, либо во время оперативного вмешательства при выделении описторхисов с желчью.

Ультразвуковое исследование проводилось на стационарных диагностических аппаратах «Combison 320-5» (Австрия), «А1оса 256», «Toshiba 88A-270A» (Япония) с использованием линейных и конвексных датчиков частотой 3,5 и 4 МГц.

Результаты

Характер и частота осложнений описторхоза в группе обследованных больных представлена в табл. У 69 пациентов (32,2%) заболевание сопровождалось симптомами механической желтухи,

Анализ ультразвуковой картины, сопоставление с данными оперативного вмешательства и результатами гистологического исследования позволили выявить особенности изображения некоторых осложнений хронического описторхоза.

Таблица. Характер и частота осложнений у больных описторхозом

Характер осложнений	Число больных	%
Кисты печени	26	13,3
Абсцессы печени	9	4,6
Хронический панкреатит и кисты поджелудочной железы	21	10,7
Рак печени и желчных путей	28	14,3
Рак поджелудочной железы	9	4,6
Острый холецистит	43	21,9
Хронический холецистит	60	30,6
Всего:	196	100

Стриктуры пузырного протока, холедоха, БДС.

Как следует из табл., наибольший удельный вес в структуре хирургических осложнений описторхоза приходится на острый и хронический холецистит, которые, по данным оперативного вмешательства, в 56,1% случаев сопровождаются стриктурой пузырного протока, холедоха или БДС.

Эхоскопически при стриктуре пузырного протока визуализируется увеличенный желчный пузырь (длинник $10,8 \pm 0,3$ см, поперечник $4,2 \pm 0,2$ см) с наличием в полости большого количества осадочных структур в виде крупных хлопьев (рис. 1). При исследовании сократительной функции желчного пузыря выявляется гипомоторная дискинезия. Стриктура холедоха характеризуется его конусообразным сужением на уровне интрапанкреатической части (рис. 2). Однако выявить стриктуру холедоха удается не всегда в связи с трудностью визуализации его дистального отдела.

Стриктура БДС, как правило, эхоскопически не определяется. Косвенно о наличии стриктуры БДС может свидетельствовать расширение желчевыводящих путей с низким уровнем блока при отсутствии других видимых причин обструкции. Окончательный диагноз устанавливается при ретроградной панкреатохолангиографии, итраоперационной холангиографии, холедохоскопии,

Описторхозные кисты печени. Среди 26 пациентов с кистами печени одиночные и множественные кисты встречались с одинаковой частотой. При этом множественные кисты в подавляющем большинстве случаев располагались в периферических отделах печени, субкапсульно или по ходу портальных трактов, преимущественно, в обеих долях (92% наблюдений), реже — только в левой доле (8%). Размеры их варьировали от 0,5 см до 12,0 см (среднее - $3,7 \pm 0,7$ см). Одиночные кисты чаще локализовались в левой доле (58%), имели размеры от 1,4 до 17,0 см (в среднем, $5,3 \pm 1,2$ см). Форма кист в 75% наблюдений была неправильная, стенки тонкие, но неровные, «фестончатые», содержимое однородное, анэхогенного или слабоэхогенного характера. Локализация и форма описторхозных кист печени обусловлены их холангитическим происхождением [16], в связи с чем они обычно не достигают больших размеров. Однако мы имеем редкое наблюдение необыкновенно крупной одиночной описторхозной кисты, нарушающей функцию печени и вызывающей сдавление нижней полой вены. Приводим это наблюдение.

Больная Т., 33 лет, поступила в хирургическую клинику Сибирского гепатологического центра 23.09.98 с жалобами на увеличение в объеме живота, слабость, одышку, головокружение, отеки на ногах. Несколько дней назад при УЗИ в одной из районных больниц обнаружена киста печени.



Рис. 1. Эхографическая картина увеличенного желчного пузыря при описторхозной стриктуре пузырного протока. В полости пузыря - слой осадочных структур.



Рис. 2. Эхографическая картина описторхозной стриктуры холедоха на уровне интрапанкреатической части. Стенки холедоха уплотнены, в дистальном отделе - нитевидное сужение (указано стрелками). Головка поджелудочной железы увеличена, с фиброзными включениями.

Ранее ничем не болела, на описторхоз не обследовалась. При поступлении состояние удовлетворительное, живот увеличен в объеме, умеренно болезненный в правом подреберье. Видна сеть подкожных сосудов. Печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 8 см, край ровный, эластичный.

Анализ крови - без изменений. В общем анализе кала выявлены яйца *Opisthorchis felinus*.

При ультразвуковом исследовании - печень значительно увеличена, выступает из-под реберной дуги на 10 см, нижний край утолщен, закруглен. Структура паренхимы диффузно-неоднородная, повышенной эхогенности. Внутривнутрипеченочные желчные протоки в обеих долях неравномерно расширены, в большей степени слева, местами до 7-8 мм. Выражен перидуктальный и перипортальный фиброз. В верхних сегментах правой доли (58, частично - 84,7), от ворот до купола печени, со сдавлением долевых печеночных протоков и нижней полой вены, определяется тонкостенно кистозное образование размером 17 x 15 см с неровными контурами, заполненное слабозоногенным однородным содержимым (рис. 3). Слой паренхимы печени по передней поверхности кисты истончен до 2-3 мм. Печеночные вены не дифференцируются (сдавлены). Воротная вена на уровне бифуркации и левой ветви огибает кисту по заднемедиальному контуру. Основной ствол не заинтересован. Долевые печеночные протоки и гепатохоледох не дифференцируются. Заключение: киста правой доли печени со сдавлением ворот, внутривнутрипеченочная холангиоэктазия.

30.09.98 операция - вскрытие, опорожнение, криодеструкция, дренирование кисты. При ревизии: большая (до 20 см в диаметре) киста в толще правой доли печени, выходящая на ее купол, содержит около 1 литра желтоватой жидкости. Киста опорожнена, полость ее вскрыта, стенки подвергнуты криодеструкции. После дренирования толстой трубкой киста ушита блоковидными швами.

Послеоперационный диагноз: описторхозная киста печени. Гистологическое заключение: Внутренняя поверхность кисты выстлана слоем малоклеточной грубоволокнистой ткани с наличием в толще стенки большого количества яиц описторхов. В прилежащей ткани печени — дистрофические и атрофические изменения гепатоцитов, портальные тракты резко фиброзированы, с густой лимфоидной инфильтрацией. Пролиферация эпителия мелких желчных протоков. Стенки более крупных протоков резко склерозированы, выражена пролиферация эпителия, местами до аденоматоза.

Описторхозные абсцессы печени.

Ретроспективный анализ данных, полученных при ультразвуковом исследовании 9 пациентов с описторхозными абсцессами печени и сопоставление их с результатами оперативного лечения позволили выделить два типа изображения гнояников при описторхозе.

Абсцессы I типа (4 наблюдения) во всех случаях располагались в задних сегментах правой доли печени, имели вид неоднородных участков повышенной эхогенности, без четких контуров, соответствующих зоне воспалительной инфильтрации тканей. На этом фоне определялись небольшие очаги пониженной плотности или жидкостные включения неправильной (иногда древовидной) формы с нечеткими контурами (рис.4). В 75 % наблюдений в печени имелись признаки описторхозного поражения в виде холангиоэктазов, повышения эхогенности перипортальной и перидуктальной ткани, увеличения желчного пузыря с наличием в нем осадочных структур. Во всех наблюдениях удалось добиться излечения консервативными методами, не прибегая к оперативному лечению.

Описторхозные абсцессы II типа (5 наблюдений) имели явно холангитический характер и представляли собой множественные локально расширенные внутривнутрипеченочные желчные протоки с утолщенными стенками на фоне общей воспалительной инфильтрации. В просвете холангиоэктазов определялось слабозоногенное содержимое, мелкие включения (гной, детрит).

В 60% наблюдений отмечалось расширение общего желчного протока с признаками гнойного холангита. Абсцессы II типа во всех случаях сопровождались тяжелыми клиническими проявлениями, что потребовало оперативного лечения в виде вскрытия и дренирования гнояников (3 наблюдения) или резекции соответствующей доли печени (2 наблюдения).

Сопоставление ультразвуковых характеристик изображения описторхозных абсцессов печени с результатами лечения позволяет предположить, что абсцессы I типа являются следствием нарушения дренирования сегмента или субсегмента печени и не нуждаются в оперативном лечении, в то время как абсцессы II типа развиваются на почве холангиоэктазов, вследствие желчной гипертензии и гнойного холангита и требуют экстренного хирургического вмешательства. Особенности изображения описторхозных абсцессов печени, выявленные при ультразвуковом исследовании, могут играть определяющую роль в выборе тактики хирургического лечения.

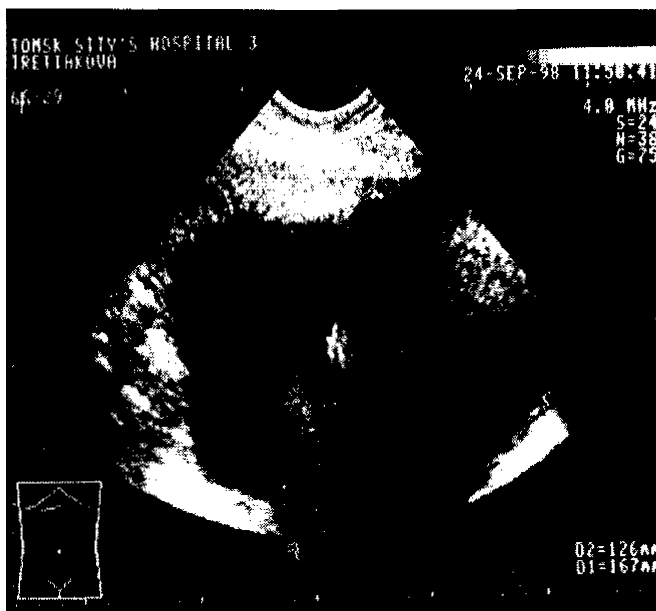


Рис. 3. Эхограмма больной Т. Описторхозная киста печени. Объяснение в тексте.

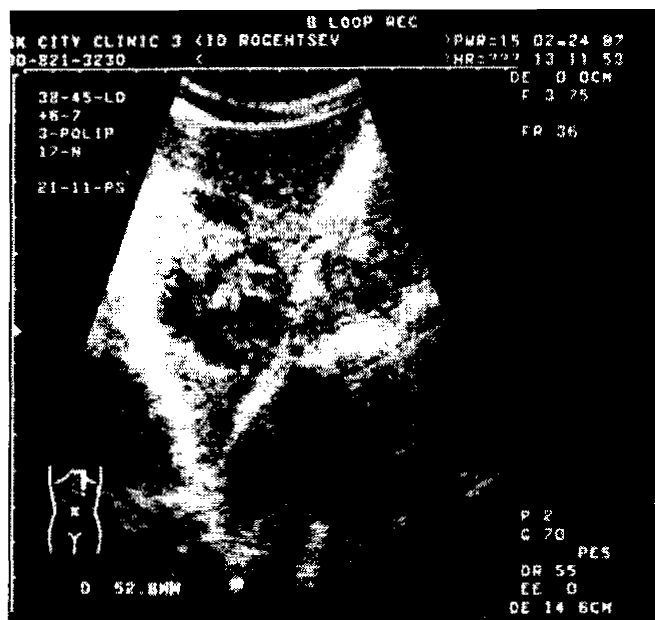


Рис. 4. Эхографическая картина описторхозного абсцесса печени. В толще левой доли - участок воспалительной инфильтрации без четких контуров с наличием жидкостных включений неправильной формы

Рак печени, желчных протоков и желчного пузыря у больных хроническим описторхозом.

Актуальность проблемы диагностики и лечения рака печени при описторхозе обусловлена как высокой частотой заболевания, так и выявлением, преимущественно, запущенных стадий болезни, высокой послеоперационной летальностью и низкой 5-летней выживаемостью [21]. Низкая эффективность хирургического лечения рака печени при описторхозе связана прежде всего с поздней диагностикой заболевания, т.к. паразитарная инвазия длительное время маскирует клинику опухоли [6].

Среди 196 пациентов с различными хирургическими осложнениями описторхоза рак печени и желчных протоков был выявлен у 21 (10,7%), рак желчного пузыря - у 6 (3%) пациентов. Во всех наблюдениях диагноз подтвержден данными биопсии при лапароскопическом исследовании или оперативном вмешательстве. Гистологически преобладающей формой рака печени при описторхозе была холангиокарцинома (80% наблюдений), представленная аденокарциномой (75%), холангиоцеллюлярным раком (12,5%), смешанным гепатохолангиоцеллюлярным раком (12,5%). Несмотря на краткий анамнез заболевания, у 23,8% пациентов обнаружено поражение обеих долей печени, в 52% наблюдений выявлены внутриорганные метастазы, у 61,9% - увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов. В результате проведенного обследования у 95,2% больных процесс признан неоперабельным, что свидетельствует о сложности своевременной диагностики опухолей печени у больных хроническим описторхозом.

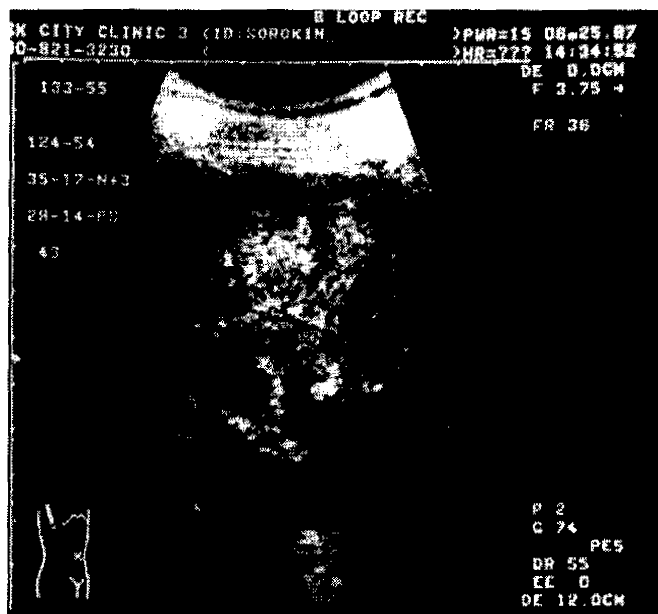


Рис. 5. Эхограмма больного С. Рак печени на фоне хронического описторхоза, проксимальная локализация. Объяснение в тексте.

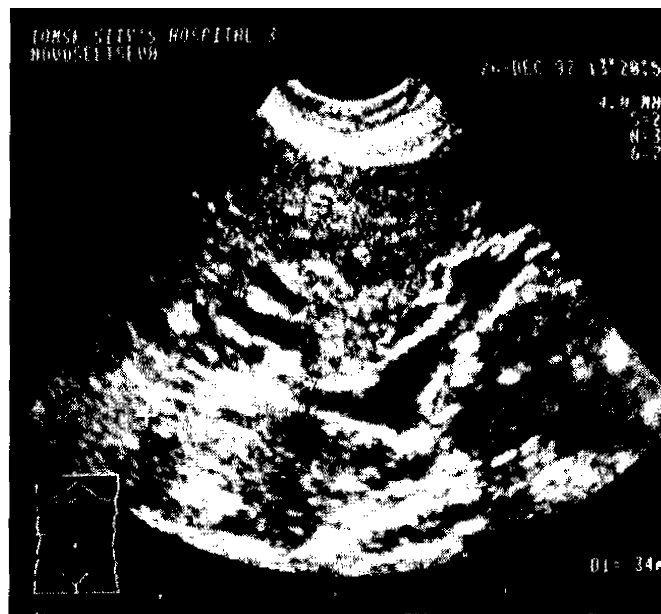


Рис. 6. Эхографическая картина одного из вариантов рака печени при описторхозе - неоднородное очаговое образование в воротах печени, перекрывающее просвет долевых желчных протоков в месте их слияния. Распирение внутрипеченочных желчных протоков.

Ретроспективный анализ данных ультразвукового обследования позволил выделить 3 типа изображения опухоли в зависимости от уровня локализации:

1) - Внутрипеченочная (проксимальная) локализация (52,4%) - характеризуется диффузно-инфильтративным поражением печени в центральных или периферических отделах в виде бесструктурных участков гиперэхогенной ткани без четких контуров, на фоне которых и могут определяться мелкие очаги пониженной плотности и кальцинаты. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены, но в периферических отделах могут быть выявлены холангиозктазы. Внутрипеченочная локализация опухоли печени при описторхозе наиболее трудна для диагностики в связи с диффузно-инфильтративным ростом, отсутствием явных очаговых изменений и невозможностью определения истинных границ поражения. Исследование затрудняется также из-за наличия у больных описторхозом выраженных перидуктальных и перипортальных фиброзно-инфильтративных изменений. В наших исследованиях чувствительность УЗИ в выявлении данного типа опухоли составила 81,8%. Истинные размеры опухоли, выявленные при лапароскопии или лапаротомии в 37,5% наблюдений превышали установленные при УЗИ, что указывает на ограниченные возможности метода в оценке операбельности данной формы. Приводим наблюдение.

Больной С., 51 г, поступил в хирургическую клинику Сибирского гепатологического центра 24.06.97 с жалобами на тупые боли в области правого подреберья и эпигастрии, иррадиирующие в правое плечо, надплечье, лопатку; снижение аппетита, пожелтение кожных покровов. Ранее ничем не болел, на описторхоз не обследовался. При поступлении состояние средней тяжести, склеры иктеричны, кожные покровы бледно-желтушной окраски. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Пульс 84 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья и эпигастрии. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации, край плотно-эластичной консистенции. Желчный пузырь не пальпируется.

В анализах крови: НЬ-136 г/л, эр- $4,6 \cdot 10^{11}/л$, л - $7,8 \cdot 10^{10}\%$, эоз - 6%, п/я - 1%, с/я - 68%, л - 22%, м - 3%, СОЭ - 49 мм/час; билирубин общий -161,3 мкмоль/л, прямой -119, непрямой -42,3 мкмоль/л, АЛТ - 4,31, АСТ - 3,25 ммоль/(час*л). В общем анализе кала выявлены яйца *Opisthorchis felineus*. Ультразвуковое исследование 25.06.97: печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 3 см, край утолщен. Поверхность мелкобугристая, структура паренхимы диффузно-неоднородная. В обеих долях определяются множественные округлые очаги различной плотности,

некоторые с гипоехогенным ободком. В правой доле печени (8 6-7) очаги сливаются в единое бесструктурное образование высокой плотности, с кальцинированными включениями. На этом фоне прослеживаются грубые фиброзно-склеротические тяжи древовидной формы, преимущественно, по ходу портальных трактов (рис. 5). Внутривнутрипеченочные желчные протоки незначительно расширены, по типу холангиоэктазов. Гепатохоледох не дифференцируется. Подпеченочно, в воротах печени и по ходу гепато-дуоденальной связки - множественные увеличенные лимфатические узлы (до 35 мм). Желчный пузырь значительно увеличен (13,3 * 5,4 см), стенки тонкие, плотные. В полости - небольшое количество осадочных структур. Конкрементов нет. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Признаки рака печени (возможно, холангиокарцинома) с метастазами в печень и регионарные лимфатические узлы.

Лапароскопия 27.06.97: печень увеличена, плотная, с множественными, различными по форме и размерам метастазами. Биопсия из метастатического узла. Заключение: метастатическое поражение печени.

Гистологическое заключение № 9957/97: метастазы железистого рака (аденокарциномы) в печень.

2) - Центральная локализация (в области ворот) — характеризуется наличием в области ворот объемного образования небольших размеров (до 3-5 см), изоэхогенного паренхиме печени или пониженной плотности, без четких контуров и капсулы. Просвет соответствующего долевого желчного протока на уровне опухоли не дифференцируется, вышележащие внутривнутрипеченочные желчные протоки в одной или обеих долях печени расширены, в то время, как внепеченочные желчные протоки имеют обычный диаметр (рис. 6).

3) - Внепеченочная (дистальная) локализация — характеризуется выраженным расширением внутривнутрипеченочных желчных протоков в обеих долях печени. Гепатохоледох, как правило, не дифференцируется, либо визуализируется только в проксимальном отделе. Желчный пузырь, в зависимости от уровня поражения холедоха, может быть увеличен в размерах, либо, наоборот, спавшийся. При данной локализации диагноз опухолевого поражения может быть высказан лишь предположительно, т.к. субстрат опухоли, как правило, не определяется.

Примечательно, что ни в одном наблюдении при раке печени у больных описторхозом не было выявлено эхоскопических и морфологических признаков цирроза.

Рак желчного пузыря выявлен у 6 больных описторхозом (3%), что не превышает частоту заболевания у неинвазированных больных. По характеру поражения преобладала смешанная форма опухоли (3 набл.), реже встречались экзофитная (1) и инфильтративная (1) формы. В 1 наблюдении у больной с желчнокаменной болезнью диагноз рака желчного пузыря был установлен только при гистологическом исследовании стенки.

Хронический панкреатит.

Клинические признаки панкреатита выявлены у 21 пациента с описторхозным поражением. При ультразвуковом исследовании у 19% больных изменений со стороны поджелудочной железы не выявлено. У 28,6% пациентов наблюдалось умеренное увеличение головки поджелудочной железы, неоднородность ее структуры за счет мелких фиброзных включений. Наиболее выраженные изменения выявлены у 7 пациентов (33,3%) с клиникой псевдоопухолевого панкреатита.

При псевдоопухолевой форме хронического панкреатита отмечалось локальное увеличение головки поджелудочной железы до 3,0-5,0 см, контуры головки неровные, мелкобугристые, структура диффузно-неоднородная с участками уплотнения и фиброзными включениями. В 57,1% наблюдений в паренхиме железы выявлялись мелкие кальцинаты. Вирсунгов проток неравномерно расширен до 4-7 мм, стенки его уплотнены. В ряде случаев псевдотуморозный панкреатит может сопровождаться расширением общего желчного протока до головки поджелудочной железы (рис. 7).

Кисты поджелудочной железы, выявленные у 4 пациентов, в 2 наблюдениях располагались в головке, в 2-в хвосте железы, имели неправильную форму; с неровными контурами, слабоэхогенным однородным содержимым.

Рак поджелудочной железы на фоне хронического описторхоза выявлен у 9 больных. Локализация опухоли в головке поджелудочной железы имела место в 7 наблюдениях, в теле - 1, в хвосте - 1 наблюдение. В отличие от псевдотуморозного панкреатита, при опухоли головки отмечалась нечеткость контуров, пониженная эхогенность и сглаженность структуры образования. У всех пациентов с опухолью головки поджелудочной железы имелось расширение желчевыводящих путей и вирсунгова протока. Каких-либо особенностей изображения опухоли поджелудочной железы по сравнению с пациентами, не имеющими описторхоза, выявлено не было.

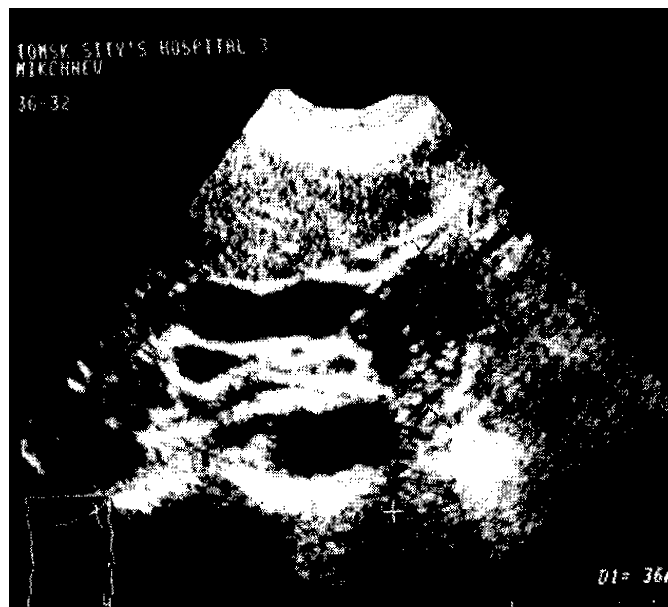


Рис. 7. Эхографическая картина расширения общего желчного протока при описторхозном псевдотуморозном панкреатите. Головка поджелудочной железы увеличена, бугристая, с плотными фиброзными включениями.

Обсуждение

Выраженный полиморфизм описторхоза, наличие латентных и субклинических форм, трудности лабораторной диагностики, связанные со снижением интенсивности инвазии ведут к позднему выявлению описторхоза, когда в печени, желчевыводящих путях и поджелудочной железе уже произошли необратимые изменения [11, 15].

Недооценка клиницистами опасности описторхозной инвазии, несвоевременная диагностика его хирургических осложнений ведет в ряде случаев к упущению сроков хирургического вмешательства, снижает его эффективность, повышает риск развития послеоперационных осложнений [4, 11, 12].

Анализ данных ультразвукового исследования у больных хроническим описторхозом, сопоставление их с результатами оперативного вмешательства и гистологическими исследованиями убеждает в высокой информативности метода в выявлении различных осложнений описторхоза. Такие осложнения как кисты, абсцессы, опухоли печени у больных хроническим описторхозом имеют ряд характерных признаков, позволяющих отличить их от поражений непаразитарной природы, что в ряде случаев определяет тактику хирургического лечения.

Особенности изображения рака печени при описторхозе обусловлены ее гистогенезом. Проведенное исследование показало, что рак печени при описторхозе в 52,4% случаев развивается в мелких, внутриспеченочных желчных протоках и характеризуется диффузно-инфильтративной формой поражения без развития симптомов механической желтухи. Очевидно, этим можно объяснить длительное бессимптомное течение заболевания, сложности визуализации опухоли при ультразвуковом исследовании и, как следствие, - позднюю диагностику.

Абсцессы печени относятся к редким, но тяжелым по течению и трудным для диагностики осложнениям описторхоза. В литературе описаны единичные случаи холангитических описторхозных абсцессов печени с высоким процентом летальных исходов [8]. Однако, как показало проведенное исследование, при описторхозе могут быть абсцессы и другого типа, имеющие иную эхоскопическую картину и более благоприятный прогноз. В диагностике таких абсцессов решающую роль играет ультразвуковое исследование с последующим динамическим наблюдением.

Исходя из вышеизложенного, ультразвуковое исследование может служить ценным методом диагностики, позволяющим своевременно выявлять хирургические осложнения хронического описторхоза, что несомненно скажется на результатах их хирургической коррекции.

Список литературы

1. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б. Хирургия осложнений описторхоза. Томск, 1990. 224 с.
2. Белов Г. Ф., Краснова Е.И., Кузнецова В.Г. Рецидивные формы описторхоза. Мед. паразитология. 1994, № 2. С. 19-21.
3. Белобородова Э.И., Тун М.А., Соловцов А.А., Перегонцева С.А., Летяева И. У. Ультразвуковая диагностика поражения печени при хроническом описторхозе. Актуальные вопросы современной лучевой диагностики. Сб. тезисов. Томск. 1991. с. 6-9.
4. Благитко Е.М., Добрев С.Д., Толстых Г.Н., Митин В.А. Исходы оперативного лечения при осложненном описторхозе. Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Материалы V конференции хирургов-гепатологов. Томск, 1997. С. 30.
5. Борьба с трематодными инвазиями пищевого происхождения. Доклад Исследовательской группы ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1995. 216 с.
6. Бражникова Н.А. Хирургические осложнения хронического описторхоза. Анналы хирургической гепатологии. 1997. т.2. С.88-93.
7. Бражникова Н.А. Описторхозные панкреатиты. Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Материалы V конф. хирургов-гепатологов. Томск. 1997. с. 80.
8. Бражникова Н.А. Абсцессы печени описторхозной этиологии. Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Материалы V конф. хирургов-гепатологов. Томск. 1997. с. 185.
9. Бронштейн А.М., Миронов С.П., Силаев А.В., Пантелеева Е.Я. Радионуклидная и сонографическая диагностика поражения гепатобилиарной системы при описторхозе. Мед. паразитология. 1989. №5. с. 13-17.
10. Завойкин В.Д., Гицу Г.А., Баллад Н.Е., Новосильцев Г.И. Серо-эпидемиологическая характеристика очагов описторхоза с разным уровнем эндемии. Мед. паразитология. 1989. № 3. С.35-39.
11. Задорожная Н.А., Сахаров Т.А. Тотальное поражение печени при хроническом описторхозе. Заболевания внепеченочных желчных путей. Новосибирск. 1995. с. 147-148.
12. Зиганьпин Р.В., Зубов Н.А., Третьяков А.М., Коломиец П.И. Хирургические осложнения описторхоза. Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы, селезенки и двенадцатиперстной кишки. Тез. докл. областной конф. хирургов. Тюмень. 1987. с.255-257.
13. Менявцева Т.А., Ратнер Г.М., Колмакова М.В., Лепехин А.В. и соавт. Диагностика остро и хронического описторхоза методом твердофазного ИФА. Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. 1991. № 1. с.48
14. Митасов В.Я. Диагностика и лечение кист печени Автореф. дис. к.м.н. Томск. 1990. 18 с.
15. Пальцев А.И., Мигуськина Е.И., Масленникова Т.А., Пятибратова Н.А., Галкин В.Н. К вопросу о диагностике хронического описторхоза. Новые методы диагностики, лечения заболеваний и менеджмента в здравоохранении. Материалы докл. науч.-практ. конф. Новосибирск. 1993. с. 81-82.
16. Родичева Н.С., Митасов В.Я. Описторхозные кисты печени. Архив патологии. 1991. № 5, с. 38-40.
17. Яблоков Д.Д., Ордина О.М., Таранов С.В., Троценко Б.А., Баюсова З.А. Описторхоз как предраковое состояние первичного рака печени. Акт. проблемы современ. Онкологии. Томск. 1983. № 2, с. 106-111.
18. Ярошкина Т.Н. Ультразвуковая диагностика. В кн Хирургия печени и желчных путей. Ред. Альперович Б.И. Томск СГМУ. 1997. С. 151-188.
19. Chiu A., Neff M., Garcia G. Late complications of infection with *Opisthorchis viverrini*.// West J. Med. 1996. V. 164(2). p. 174-6.

20. *Elkins D.B., Haswell-Elkins M.R., Mairiang E. et al.* A high frequency of hepatobiliary disease and suspected cholangiocarcinoma associated with heavy *Opisthorchis viverrini* infection in a small community in northeast Thailand.// *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1990.V.84(5),p.715-9.

21. *Liu L.X., Harinasuta K.T.* Liver and intestinal flukes.// *Gastroenterol. Clin. North. Am.* 1996, V. 25(3), p. 627-36.

22. *Mairiang E., Elkins D.B., Mairiang P. et al.* Relationship between intensity of *Opisthorchis viverrini* infection and hepatobiliary disease detected by ultrasonography.// *J.Gastroenterol. Hepatol.* 1992.V.7(1)p. 17-21.

23. *Sithithawom P., Haswell-Elkins M.R., Mairiang P. et al.* Parasite-associated morbidity: liver fluke infection and bile duct cancer in northeast Thailand, // *Int. J. Parasitol.*(England). 1994, V.24(6).p. 833-43.

24. *Watanapa P.* Cholangiocarcinoma in patient -with opisthorchiasis. *Br. J. Surg.* 1996. V. 83(8), p. 1062-64.