

Стриктуры желчных путей при описторхозе

Бражникова Н.А., Цхай В.Ф.

Strictures of biliary tracts during opisthorchosis

Brazhnikova N.A., Tskhay V.F.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Бражникова Н.А., Цхай В.Ф.

За 35 лет работы сотрудниками Томского гепатологического центра были пролечены 4756 больных с хроническим описторхозом, из них оперированы — 1170. У 730 оперированных пациентов выявлены различные стриктуры билиарного тракта, в том числе стриктуры пузырного протока наблюдались у 372 человек (51%), стриктуры дистального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС), носящие протяженный характер, — у 124 (17%), сочетание стриктур — у 205 (28%), склерозирующий холангит — у 29 (4%).

Лечение описторхозных стриктур желчных путей — оперативное. При всех локализациях стриктур необходима холецистэктомия, при стриктурах дистального отдела холедоха и БДС — супрадуоденальная холедоходуоденостомия. В раннем послеоперационном периоде показана антигельминтная терапия йодиолом через наружный дренаж желчных протоков. Хорошие отдаленные результаты отмечены у 79,4% больных.

Ключевые слова: хронический описторхоз, стриктуры желчных путей, лечение.

1170 patients with chronic opisthorchosis have been operated by surgeons of Tomsk hepatology center for 35 years, 4756 patients have been treated. In 730 operated patients different strictures of biliary tracts have been revealed, strictures of cystic duct have been observed in 372 patients (51%), strictures of choledoch distal section and major duodenal papilla (MDP) of expanded character — in 124 patients (17%), stricture combination — in 205 patients (28%) and sclerosing cholangitis — in 29 (4%).

The treatment of opisthorchosis strictures of biliary tracts is surgical. In case of any its localization a cholecystectomy is necessary, in case of strictures of choledoch distal section and MDP a supraduodenal choledochoduodenostomy is necessary. In early postsurgical period it is prescribed an anthelmintic therapy with iodinol through external drainage of bile ducts. Good farther results have been marked at 79,4% of patients.

Key words: chronic opisthorchosis, strictures of biliary tracts, treatment.

УДК 616.361:616.995.122.21

Введение

По данным ВОЗ, свыше 10% населения земного шара инвазированы различными трематодами [4]. Западная Сибирь является самым большим очагом заболевания описторхозом, где заболеваемость населения достигает 80—87%. Ранняя стадия его протекает практически бессимптомно, позднюю обычно связывают с другими заболеваниями [1]. Этой стадии свойственна хронизация патоморфологических изменений в органах паразитирования [2, 14], особенно при суперинвазивном описторхозе [15]. В основе этих изменений лежат пролиферативные процессы внутри- и внепеченочных желчных, а также пан-

креатических протоков с развитием аденофиброза и склероза [7, 10]. В местах физиологических сужений билиарного дерева эти склеротические изменения приводят к развитию стриктур [2, 6, 8, 19], внутри- и внепеченочных холангиоэктазий [9], механической желтухи [19], холангитов [16], холангитических абсцессов [5, 17]. Аналогичные изменения в поджелудочной железе способствуют образованию индуративных панкреатитов с преимущественной локализацией в области головки [11, 12]. Головчатые панкреатиты на фоне склеротических изменений желчных протоков обуславливают протяженный характер стриктур, требующих хирургической коррекции [15]. Определенным вопросам

этой проблемы посвящены работы, выполненные сотрудниками Томского зонального гепатологического центра (А.Ю. Ревской, А.Г. Соколович, Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай, В.К. Абушахманов). Хроническая описторхозная инвазия снижает эффективность антигельминтной терапии, ведет к появлению рецидивных форм заболевания [3, 20].

Цель настоящей работы — выявить патоморфологические особенности хронической описторхозной инвазии, влияющие на развитие стриктур, частоту их клинического проявления, а также разработать классификацию и диагностику, принципы оперативного лечения и дегельминтизацию в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Патоморфология хронического описторхоза изучена на 254 секционных исследованиях, произведенных в патологоанатомическом отделении городской больницы № 3 г. Томска. Для выявления паразитов применяли простейший метод — надавливания на печень, разрезанную на 3 или 4 продольных пласта. Различали 3 степени инвазии:

- небольшую — с единичными паразитами;
- умеренную — с десятками паразитов;
- массивную — с множеством паразитов и их слепков.

Проводилось микроскопическое исследование и гистологическое описание органов паразитирования. Проведено сопоставление выраженности патоморфологических изменений в зависимости не только от степени, но и длительности описторхозной инвазии. Проведен анализ лечения 4756 больных с различными клиническими проявлениями хронического описторхоза, у 1170 (24,6%) из них выполнены операции в связи с осложненными формами заболевания.

В диагностике применялись общеклинические, лабораторные [18] и инструментальные методы исследования до операции, во время нее, в раннем послеоперационном и отдаленном периодах. Большое внимание уделялось данным анамнеза: давность заболевания, способы проводимой ранее антигельминтной терапии, употребление в пищу речной рыбы после излечения,

наличие желтух, потеря веса, аллергические реакции. Из специальных методов обследования применяли ультразвуковое сканирование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), интраоперационную холангиографию, фиброхоледохоскопию (ФХС).

Результаты и обсуждение

Патоморфология органов паразитирования изучалась в разные годы на 254 трупах больных в возрасте от 16 до 91 года. В 80-х гг. прошлого века описторхоз был выявлен у 13,4% умерших, а в 1995—1997 гг. — уже у 18,3%. Таким образом, несмотря на появление новых антигельминтных препаратов, частота инвазии не имеет тенденции к снижению, что связано, по-видимому, с реинвазией. Кроме того, наблюдается рост степени инвазии.

Динамика степени описторхозной инвазии по секционным данным

Годы	Степень инвазии			
	Небольшая	Умеренная	Массивная	Итого
1983—1985	48 (42,1%)	37 (32,5%)	29 (25,4%)	114 (100%)
1995—1997	35 (25,0%)	46 (32,9%)	59 (42,1%)	140 (100%)

Отмечается также увеличение числа умерших среди больных с умеренной (с 32,5 до 32,9%) и особенно с массивной инвазией (с 25,4 до 42,1%). При небольшой степени инвазии описторхоз учтен как сопутствующая патология, при умеренной степени он был причиной смерти 3 человек (3,6%), а при массивной — уже 15 больных (17%).

При гистологическом исследовании у них во всех отделах билиарного тракта выявлена аденоматозная пролиферация эпителия слизистой, выраженность которой коррелирует с интенсивностью инвазии.

При небольшой степени инвазии в неизменных или слегка расширенных внутripеченочных желчных ходах отмечались очаговая аденоматозная пролиферация эпителия слизистой, очаговая лимфогистиоцитарная и эозинофильная инфильтрация несколько расширенных портальных трактов, а также перидуктальный очаговый склероз поджелудочной железы.

При умеренной степени инвазии были расширены внутрипеченочные желчные протоки с образованием небольших по величине холангиозктазов, иногда кист, с диффузной пролиферацией эпителия слизистой с перидуктальным склерозом, реже — фиброзом и значительной диффузной лимфогистиоцитарной инфильтрацией соединительной ткани, наряду с зернистой или крупновacuлярной дистрофией определялся и очаговый некроз гепатоцитов с усилением процессов регенерации в виде большого числа двухъядерных гепатоцитов.

При массивной степени инвазии выявлялись расширенные подкапсульные и внутрипеченочные желчные протоки, мешотчатые холангиозктазы, кисты, аденоматозный пролиферативный холангит (рис. 1) с развитием широких полей соединительной ткани с лимфогистиоцитарной инфильтрацией ее и склерозом, вплоть до цирроза, а также очаги некрозов гепатоцитов, стриктуры пузырного протока и большого дуоденального сосочка (БДС).



Рис. 1. Аденоматоз слизистой протоков. Стриктура БДС. Ув. 70

В области пузырного протока, дистальной части холедоха и БДС слизистая была атрофичной, с аденоматозным разрастанием эпителия, стенки склерозированы за счет обилия соединительнотканых волокон в субсерозном и мышечном слоях, просвет стенозирован. Пучки нервных волокон атрофичны, между ними широкие прослойки соединительной ткани. Стенки кровеносных сосудов утолщены, склерозированы, просвет их обли-

терирован или сужен за счет эндотелиоза. Таким образом, хроническая массивная описторхозная инвазия сопровождается склеротическими изменениями всех слоев стенок протоков, что в местах физиологических сужений (пузырный проток, БДС) приводит к развитию стриктур с нарушением пассажа желчи как из желчного пузыря, так и из холедоха. Холестаз способствовал камнеобразованию, в результате чего конкременты у этих больных выявляли в 2 раза чаще, а также вторичному инфицированию с развитием гнойного холецистита, холангита, абсцессов печени. На фоне массивной хронической описторхозной инвазии развивались также циррозы печени, холангиокарциномы, что явилось причиной смерти 13 больных. Аналогичные пролиферативно-склеротические изменения отмечены в протоках поджелудочной железы с каналикулоэктазией, перидуктальным и междольковым фиброзом преимущественно в области головки поджелудочной железы (головчатый панкреатит), хотя гельминты в протоках поджелудочной железы найдены в единичных наблюдениях (рис. 2). Эти изменения железы сопровождаются сужением дистальной части холедоха, способствуя развитию протяженных стриктур БДС, что еще в большей степени нарушает желчеотток в двенадцатиперстную кишку. Вышеизложенное объясняет, почему при описторхозной инвазии практически не отмечается изолированной стриктуры БДС.

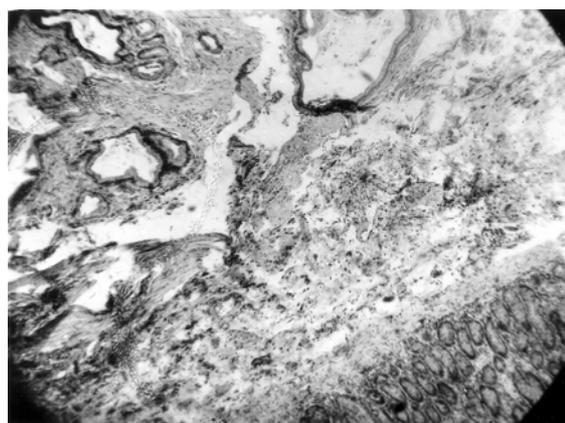


Рис. 2. Каналикулоэктазия, выраженный перидуктальный и междольковый фиброз поджелудочной железы. Ув. 60

У двух умерших все билиарное дерево было представлено очень узкими, едва проходимыми

протоками (склерозирующий холангит) с цирротическими изменениями печени и признаками портальной гипертензии.

Томский зональный гепатологический центр за

35 лет работы имеет опыт оперативного лечения 1170 больных с различными хирургическими осложнениями описторхоза, у 730 (62,4%) из них выявлены стриктуры билиарного дерева разной локализации. В центре была разработана клиническая классификация этих стриктур (А.Ю. Ревской, 1984). Наиболее часто отмечаются сужения пузырного протока (372 больных — 51,0%), стриктуры дистального отдела холедоха и БДС выявлены у

Локализация стриктур определяла особенности клинической картины. Склеротические изменения пузырного протока обуславливают развитие обтурационного (шеечного) холецистита. Примерно одинаково часто встречались хронические и острые формы. При последних наблюдались преимущественно деструктивные холециститы (87%), имеющие четкие клинические проявления, поэтому легче диагностируемые. Часто отмечалось сочетание их с желчно-каменной болезнью (90%). При хроническом воспалении преобладали водянки и эмпиемы желчного пузыря. Своевременное оперативное лечение этих больных дает хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

При дистальных стриктурах холедоха и БДС нарушен пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку, в связи с чем клиническая картина зависит не столько от холециститов, сколько от механической желтухи, гнойных холангитов (75%), острой печеночной недостаточности (ОПН) (49%), хотя и в желчном пузыре имеют место изменения вплоть до деструктивных. Холестаз при дистальных стриктурах холедоха и БДС усугубляется за счет частого наличия холедохолитиаза (44%), перихоледохеального лимфаденита (30%), вторичного панкреатита (19%). При сочетании стриктуры пузырного протока с дистальной стриктурой холедоха и БДС клиника характеризуется симптомами обтурационного холецистита на фоне механической желтухи, холангита, вторичного панкреатита. При этом в 70% случаев пальпируется желчный пузырь, что требует дифференци-

124 пациентов (17,0%), сочетание стриктур пузырного протока с дистальной стриктурой холедоха и БДС — у 205 (28,1%), склерозирующий холангит — у 29 больных (4,0%). Возраст больных варьировал от 21 до 87 лет, старше 60 лет было 25% оперированных, то есть страдали преимущественно люди трудоспособного возраста (75,0%). Соотношение мужчин и женщин равнялось 1:3. Длительность инвазии у 60% больных составила 10 лет, у остальных — больше, иногда 20—30 лет. Большинство больных ранее лечилось от описторхоза, но, по-видимому, безуспешно, либо употребление в пищу рыбы уже после лечения приводило к повторному заражению. ального диагноза с симптомом Курвуазье, являющимся патогномичным признаком опухолей головки поджелудочной железы и БДС.

Описторхозные склерозирующие холангиты отличаются очень тяжелым клиническим течением с потерей в весе, выраженной гепатомегалией, нередко с признаками портальной гипертензии, желтухой, абсцессами печени, практически у всех больных развивается острая печеночная недостаточность. Вследствие трудности диагностики эти больные длительное время находились на лечении в терапевтических, инфекционных, онкологических стационарах с разными диагнозами: цирроза печени, инфекционного гепатита, рака желчных путей и поджелудочной железы.

В диагностике описторхозных стриктур желчных путей основная роль отводится инструментальным методам. Лабораторные методы исследований отражают характер воспаления, тяжесть состояния больных, аллергический фон. Отмечаются гипохромная анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, эозинофилия, в 5—9 раз превышающая этот показатель в контрольной группе у лиц, не страдающих описторхозом ($P < 0,02—0,0001$). Прослеживается четкая зависимость между выраженностью нарушений пигментной, белковообразовательной, ферментной функций печени и характером осложнений, что позволяет использовать эти показатели в диагностике последних.

При хронических осложненных формах описторхоза у 31% больных отмечены стойкое отсутствие пузырного рефлюкса и порции «В» желчи

при дуоденальном зондировании, у 54,2% — отрицательная холецистография в результате склеротических изменений пузырного протока, вклинившегося камня или воспалительного отека. После появления УЗИ холецистография потеряла свое диагностическое значение и не применяется.

УЗИ является методом скрининга, оно позволяет не только распознать осложнения описторхоза, но и определить характерные патогномичные для него признаки холангиоэктазы. Количество и выраженность последних зависят от степени механической желтухи. Исследования осуществлялись на ультразвуковом сканере с черно-белым изображением «Аloka SSD-256» и «Combison 320-5». Наиболее характерными признаками описторхоза являются внутривнутрипеченочная холангиоэктазия и перидуктальный фиброз, наличие аморфных включений в желчном пузыре, реже — во внепеченочных желчных протоках (рис. 3). Холангиоэктазы обуславливают неравномерную эхогенность структуры печени, преимущественно в левой доле. Частота выявления холангиоэктазов зависит от степени нарушения оттока желчи из печени в двенадцатиперстную кишку: при обтурационных холециститах — у 27% оперированных больных, а при стриктурах дистальной части холедоха и БДС — у 78,3%. При дистальных стриктурах холедоха и БДС отмечается расширение общего желчного протока от 1,0 до 3,5 см, при этом терминальный отдел трудно дифференцируется, нередко в просвете обнаруживаются аморфные включения. Эффективность УЗИ в диагностике стриктур холедоха составляет 88%. Особенно затруднено изучение дистального отдела холедоха при наличии панкреатита, когда имеется нитевидное сужение интрапанкреатической части общего желчного протока. В 33% случаев при этом выявляется и перихоледохеальный лимфаденит, который усугубляет холестаза.

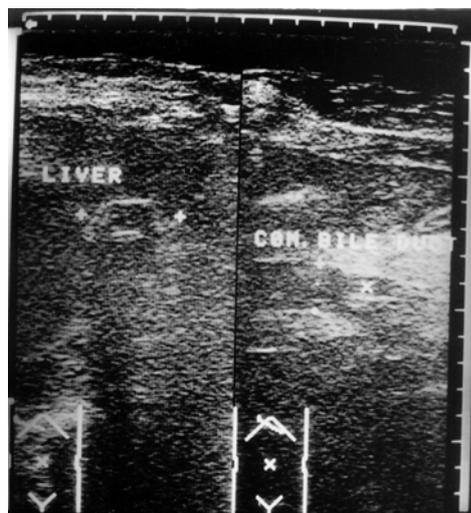


Рис. 3. Ультразвуковая сканограмма. Широкий холедох с описторхозным детритом в просвете. Множественные холангиоэктазы

Острые панкреатиты характеризуются увеличением железы, в большей степени ее головки, хорошо очерченными контурами и неоднородной структурой. При хронических панкреатитах часты псевдоопухолевые формы, при которых контуры железы неровные, нечеткие, размеры увеличены, преимущественно в области головки, тела, эхоструктура неоднородна (рис. 4). Эти изменения делают необходимым дифференциальный диагноз с раком.

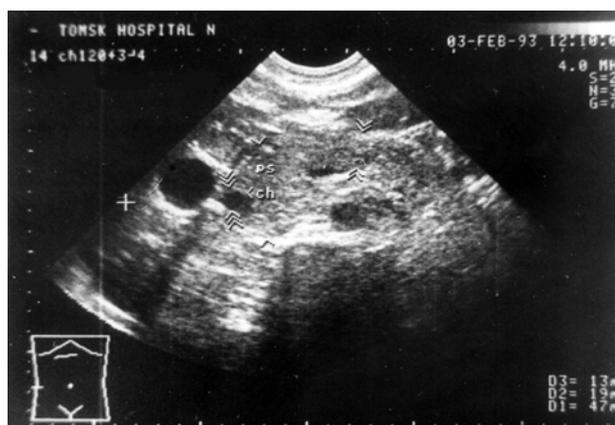


Рис. 4. Ультразвуковая сканограмма. Хронический описторхозный панкреатит

УЗИ позволяет также определить характер воспаления в желчном пузыре. Деструктивные формы характеризуются утолщением стенок более 3 мм, их диффузным уплотнением и ин-

фильтрацией, удвоением контуров стенок, инфильтрацией ткани печени в области ложа пузыря, а также наличием свободной жидкости в подпеченочном пространстве или вокруг желчного пузыря. Ультразвуковыми признаками, указывающими на стриктуру пузырного протока, являются увеличение размеров желчного пузыря и осадочные включения в нем. Граничными значениями длинника пузыря при этом является 11,0 см, а поперечника — 4,0 см, выявить стриктуру пузырного протока по этим величинам можно с вероятностью 88%.

При ЭГДС выявляются дуодениты, папиллиты. Степень их выраженности зависит от локализации стриктур. Так, при стриктурах пузырного протока с сохраненным пассажем желчи в двенадцатиперстную кишку у 65,7% больных найдены поверхностные и атрофические дуодениты, умеренно выраженные — у 33,4%. При стриктурах БДС, механической желтухе, гнойном холангите, панкреатите дуодениты носят эрозивный характер.

Весьма информативна ЭРХПГ, при которой с большой точностью удается определить наличие стриктуры БДС и дистального отдела холедоха, ее протяженность, наличие конкрементов или описторхозного детрита, расширение билиарного дерева, внутрипеченочную и подкапсульную холангиоэктазию, состояние желчного пузыря (рис. 5).



Рис. 5. ЭРХПГ. Описторхозная стриктура БДС

Эффективность этого метода составляет 83%. ЭРХПГ не удалось выполнить у 17% обследованных больных при наличии желтухи из-за резкого сужения БДС и дистального отдела холедоха либо наличия околопапиллярных дивертикулов. Чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ) считаем при описторхозе абсолютно противопоказанной из-за опасности повреждения холангиоэктазов и развития желчного перитонита.

Несмотря на то, что у большинства больных еще до операции удается определить характер осложнений, не теряет своего значения при данной патологии операционная холангиография (ОХ) и фистулохолангиография (ФХС), особенно при безуспешной ЭРХПГ. Даже при отсутствии механического холестаза всегда имеет место расширение внутрипеченочных желчных протоков (доходящих, как правило, до капсулы печени), усиление их рисунка, наличие холангиоэктазов. Описторхозный детрит выявляется в виде рыхлых камней. Перихоледохоальный лимфаденит создает волнистость контура гепатикохоледоха, латеральные дефекты наполнения ретродуоденальной части. При стриктурах терминального отдела холедоха и БДС резко расширены все протоки с кистевидными образованиями в печени: внут-

рипеченочные протоки образуют кистевидные или мешотчатые холангиоэктазы как по периферии, так и в центре органа, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает (рис. 6).

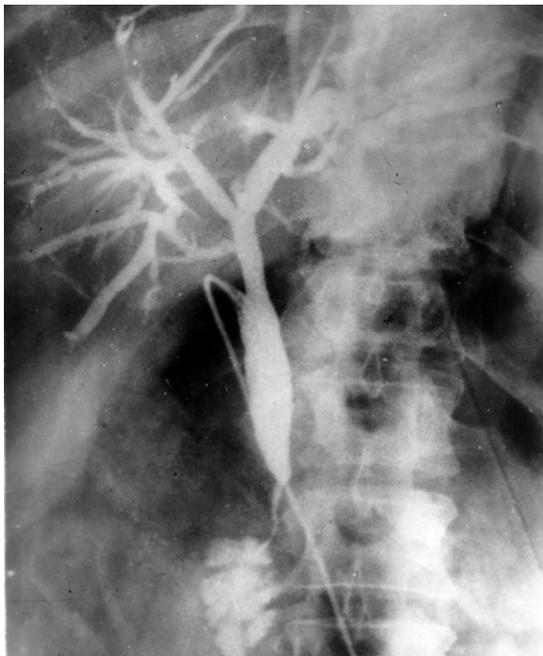


Рис. 6. Интраоперационная холангиограмма. Протяженная стриктура дистального отдела холедоха и БДС

Выраженность холангиоэктазии зависит от степени склеротических изменений дистальной части холедоха и БДС. Еще более затрудняют при этом отток желчи хронические головчатые панкреатиты, способствуя развитию более продленных стриктур. Протяженность их от 1,5 до 4 см по данным ЭРХПГ и ОХ отмечена у 73,1% оперированных больных. Своеобразную картину имеют склерозирующие холангиты: очень узкие внутрипеченочные и внепеченочные протоки с затрудненным пассажем контраста в двенадцатиперстную кишку (рис. 7).



Рис. 7. ЭРХПГ. Описторхозный склерозирующий холангит

Обязательно выполняется фиброхоледоскопия (ФХС). Она не только уточняет наличие и протяженность тубулярного сужения холедоха, но и позволяет установить форму холангита (преимущественно фибриновые и фибринозно-язвенные), наличие камней и описторхозного детрита, отмыть внепеченочные желчные протоки от фибрина и детрита. Комплексное применение ЭРХПГ и ФХС дает возможность выбрать адекватный характер операции.

При всех локализациях описторхозных стриктур считаем необходимым удаление желчного пузыря. Оно показано как из-за стриктуры пузырного протока, так и частого наличия желчно-каменной болезни. При отсутствии билиарной гипертензии (отсутствие холангиоэктазии при УЗИ) применяем лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). При продленных стриктурах холедоха и БДС целесообразно выполнение супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза (СДХДА), так как выполнение папиллосфинктеротомии (ПСТ) невозможно и противопоказано. Применяется способ Киршнера в модификации клиники (на заднюю губу анастомоза накладывают один ряд швов). Анастомоз не должен быть менее 2—3 см в диаметре, так как хронический

склерозирующий процесс в стенке холедоха способствует его рубцеванию и рецидиву желтухи. Во всех случаях целесообразно наружное дренирование желчных протоков для их декомпрессии, а также для проведения антигельминтной санации после операции. С этой целью в клинике применяется йодиол (патент на способ лечения < 2007172, 1994 г.). Его вводят в дренаж 1—2 раза в сутки в количестве 1—2 мл в 10—20 мл раствора фурацилина после предварительного введения в протоки 10 мл теплого 0,5%-го раствора новокаина и подкожной инъекции 1,0 мл платифиллина. Противопоказанием к этому способу лечения является рефлюкс контраста (при ЭРХПГ, ОХ) в панкреатический проток (из-за возможного развития острого панкреатита). Кроме того, с целью предупреждения подпеченочных затеков, желчных перитонитов при случайном преждевременном извлечении или выпадении наружного дренажа используем дополнительную страховочную трубку большего диаметра, внутри которой помещается наружный дренаж — дренаж в дренаже (рис. 8).

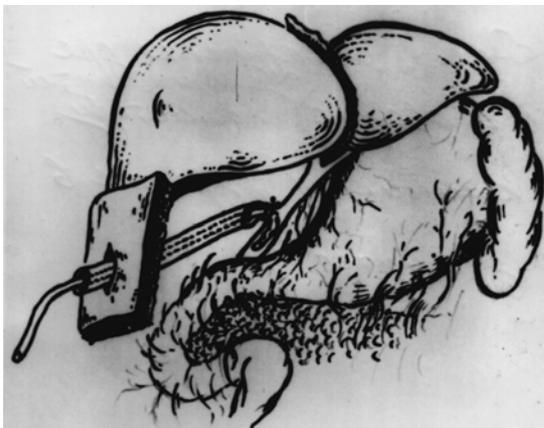


Рис. 8. Наружное дренирование желчных путей по методу клиники — дренаж в дренаже

Активная аспирация желчи по этой трубке при указанных ситуациях и в первые дни после удаления дренажа обезопасит от развития осложнений. Наружные дренажи используются также для лечения гнойных холангитов путем введения в протоки растворов антибиотиков с учетом чувствительности к ним микрофлоры. Патогенная мик-

рофлора при механическом холестазае выявлена у 94% оперированных больных.

Ликвидация желчной гипертензии, инфекции и гельминтов при восстановленном пассаже желчи в двенадцатиперстную кишку сопровождается исчезновением холангиозктазов в печени, что подтверждается контрольными фистулохолангиографией и УЗИ. Описанная паразитотропная терапия была проведена у 91% больных (исключая случаи раннего выпадения дренажа и непереносимости йодистых препаратов). При выраженном и длительном холестазае применяли внутривенный путь введения лекарственных средств через канюлированную пупочную вену, что способствовало быстрейшему восстановлению функций печени, снижению числа послеоперационных осложнений в 2 раза. Из 329 больных с дистальными стриктурами холедоха и БДС умерло 8 (2,4%), основная причина смерти — печеночная недостаточность, развивающаяся до операции и прогрессирующая после нее.

Чрезвычайно сложен и не решен до сих пор вопрос об оперативном лечении склерозирующего холангита: удаление желчного пузыря с наружным дренированием протоков, выполнение внутреннего дренирования (холецистоэнтеростомии) приводят к временному улучшению состояния. Летальность в этой группе больных составила 14%. В отдаленном периоде у выписанных пациентов отмечалось прогрессирование цирроза печени, развитие холангиогенных абсцессов.

Отдаленные результаты, изученные методом анкетирования, амбулаторного и стационарного обследования больных, при всех других локализациях описторхозных стриктур в сроки наблюдения от 1 года до 35 лет были хорошими у 79,4% пациентов, с эффективностью дегельминтизации у 91,2% при условии полного отказа от употребления речной рыбы семейства карповых. Отмечены хорошие результаты и при лечении больных с головчатыми панкреатитами. У пациентов с панкреонекрозами, псевдоопухолевыми панкреатитами отдаленные результаты оценены как удовлетворительные.

Заключение

Патоморфологические исследования показали наличие специфических аденоматозно-склеротических изменений билиарного тракта при хронической описторхозной инвазии, степень выраженности которых зависит от интенсивности последней. Эти изменения в местах физиологических сужений приводят к развитию стриктур (пузырного протока, дистального отдела холедоха и БДС), сочетанию их, реже — склерозирующего холангита. Склерозирующие панкреатиты также способствуют образованию стриктур, обуславливая их протяженный характер. Локализация стриктур определяет особенности клинической картины и характер операций. Протяженный характер описторхозных стриктур дистального отдела холедоха и БДС диктует необходимость выполнения СДХДА, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) при них противопоказана. Антигельминтная санация протоков йодиололом улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения. Профилактикой развития билиарных стриктур является своевременное выявление описторхоза с комплексной дегельминтизацией и диспансеризацией этих больных, проведением УЗИ не менее 1 раза в год.

Литература

1. Абушахманов В.К. Описторхозные стриктуры дистального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка и их хирургическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2000. 26 с.
2. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ревской А.Ю. Лечение стриктур желчных путей при описторхозе // Хирургия. 1983. < 3. С. 40—43.
3. Белов Г.Ф., Краснова Е.И., Кузнецова В.Г. Рецидивные формы описторхоза // Мед. паразитология. 1994. < 2. С. 19—21.
4. Борьба с трематодными инвазиями пищевого происхождения // Доклад исслед. группы ВОЗ. Женева, 1995. 216 с.
5. Бражникова Н.А. Описторхозный гнойный холангит (клиника и диагностика) // Клиническая медицина. 1989. < 2. С. 89—94.

6. Бражникова Н.А., Родичева Н.С. Описторхозные стриктуры пузырного протока // Архив патологии. 1989. < 8. С. 52—56.
7. Глумов В.Я. Описторхоз (вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники, лечения): Методические рекомендации. Ижевск, 1981. 24 с.
8. Зиганшин Р.В., Бычков В.Г. Желчная гипертензия у больных описторхозом // Вестник хирургии. 1984. < 2. С. 29—33.
9. Зубков В.Г. Патогенез и морфология внутривнутрипеченочных холангиоэктазов при описторхозе: Дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, 1983. 218 с.
10. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Пермь, 1973. 25 с.
11. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение осложнений описторхозного склерозирующего панкреатита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, 1980. 15 с.
12. Ли А.Б. Описторхозные панкреатиты // Актуальные вопросы диагностики и хирургии печени и поджелудочной железы. Томск, 1987. С. 13—25.
13. Малышева Л.Г. Морфология печени при суперинвазивном описторхозе (экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 1986. 19 с.
14. Озерцековская Н.Н., Зальнова Н.С., Тумальская Н.И. Клиника и лечение гельминтозов. Л.: Медицина, 1985. 184 с.
15. Ревской А.Ю. Хирургическое лечение стриктур желчевыводящих путей при описторхозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1984. 17 с.
16. Соколов А.Г. Хирургическое лечение описторхозных холангитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1989. 20 с.
17. Толкаева М.В. Ультразвуковая диагностика хирургических осложнений описторхоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1999. 23 с.
18. Хазанов А.И. Функциональная диагностика болезней печени. 2-е изд., перераб. и дополн. Медицина, 1988. 302 с.
19. Цхай В.Ф. Механическая желтуха паразитарной природы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 1993. 46 с.
20. *Opisthorchis viverrini* infection in Thailand: symptoms and signs of infection — a population — based study / S. Pungpak, K. Chalerman, T. Herinasuta et al. // Trans R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1994. V. 88, < 5. P. 561—564.

Поступила в редакцию 04.07.2003 г.