Лечение хронических описторхозных панкреатитов *Альперович Б.И., Курысько Ж.А.*

Treatment of the chronic opisthorchious pancreatitis

Alperovich B.I., Kurysko Zh.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Альперович Б.И., Курысько Ж.А.

В протокол ретроспективного когортного исследования вошло 192 пациента с хроническим описторхозным панкреатитом, наблюдавшихся с 1970 по 2000 г. в Томском зональном гепатологическом центре, из них женщин — 117 (60,9%), мужчин — 75 (39,1%). 166 пациентов (86,5%) получили консервативное лечение (проводились инфузии антиферментных препаратов, спазмолитиков, анальгетиков, противовоспалительных средств, заместительная ферментная терапия). У 26 (13,5%) пациентов консервативное лечение не привело к улучшению состояния, они были оперированы. Дооперационная диагностика основана на обнаружении особенностей хронического воспаления поджелудочной железы на фоне длительной описторхозной инвазии. Предложена классификация хронического описторхозного панкреатита. Разработана специфическая тактика оперативного лечения, позволяющая добиться максимальной радикальности операций, предупредить развитие специфических осложнений.

Ключевые слова: поджелудочная железа, описторхоз, хронический панкреатит.

192 consecutive patients with chronic pancreatitis against the background of chronic opisthorchious invasion were observed from 1970 to 2000 years in the Tomsk region hepatological center (female — 117 (60,9%), male — 75 (39,1%)). 166 (86,5%) patients were treated therapeutically (anti-fermentative, analgesic, anti-spasmodic drugs drugs, and substitution fermentative therapy). 26 of them (13,5%) were incapable of improvement. Preoperative diagnostic is based on detection specific peculiarities of chronic opisthorchios pancreatitis on the background of opisthorchios invasion. Original classification of the chronic opistorchious pancreatitis was suggested. Specific developed surgical tactic allows distinguishing the best radicalism of operations, to warn appearance of specific complications.

Key words: pancreas, opisthorchiasis, chronic pancreatitis.

УДК 616.995.122.21:616.37-002

Введение

Описторхозные поражения желчных путей хорошо изучены. В то же время сообщения об описторхозных поражениях поджелудочной железы представлены в литературе единичными сообщениями [2, 3, 6]. Как известно, кошачьи двуустки паразитируют в протоках печени и поджелудочной железы. Под влиянием механической травмы и токсического воздействия паразитов на окружающие ткани, в них развиваются воспалительно-пролиферативные изменения различной выраженности и локализации паразитов [3, 10]. В зависимости от этих факторов можно выделить несколько форм хронического поражения поджелудочной железы.

Актуальность проблемы очевидна, так как зараженность населения описторхозом в эндемичных районах достигает 80% [4, 5, 7, 11].

Цель представленной работы — изучить особенности лечения хронических панкреатитов на фоне длительной описторхозной инвазии.

Материал и методы

С 1970 по 2000 г. подверглись обследованию 192 пациента с хроническим панкреатитом, развившимся на фоне хронической описторхозной инвазии, из них женщин — 117 (60,9%), мужчин — 75 (39,1%). Возраст варьировал от 22 до 80 лет.

Страничка практического врача

Из всех обследованных больных хроническим псевдотуморозным панкреатитом страдало 36 пациентов (18,8%). При данной форме заболевания воспалительные изменения в большей степени локализуются в головке поджелудочной железы. 133 (69,3%) пациента страдали хроническим описторхозным болевым панкреатитом. Кисты поджелудочной железы встречались у 23 (12,0%) больных. Для их образования необходимо сочетание повреждения паренхимы поджелудочной железы с затруднением оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. При хроническом описторхозе развиваются стриктуры терминального отдела холедоха, главный панкреатический проток может закупориваться телами описторхисов и описторхозным детритом, что также приводит к нарушению оттока панкреатического сока и внутрипротоковой гипертензии [3]. Кисты могут локализоваться в головке поджелудочной железы (у 11 пациентов (5,8%)). Изолированно в теле поджелудочной железы кисты встречаются редко (с локализацией в теле и хвосте — у 4 пациентов (2,1%), в теле и головке — у 2 пациентов (1,0%)). Локализация кист в хвостовой части поджелудочной железы встречалась в 6 случаях (3,1%).

Клиника

Клиническая картина хронического описторхозного панкреатита характеризуется следующими признаками:

- 1. Болевой синдром. Боли характеризуются локализацией чаще в эпигастральной или левой подреберной области. Хотя могут наблюдаться безболевые латентно протекающие формы заболевания. Нет достоверной корреляции между тяжестью болевого синдрома и степенью морфологических изменений в поджелудочной железе [5, 12].
- 2. Диспепсический синдром проявление недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы или мальдигестии [8]. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы встречалась у 104 пациентов (54,2%).
- 3. Синдром инкреторной недостаточности. Нарушение внутрисекреторной функции поджелудоч-

ной железы относится к поздним признакам хронического описторхозного панкреатита [8]. При этом экзокринные расстройства, как правило, предшествуют инкреторным нарушениям, что объясняется способностью инсулярного аппарата к регенераторной гиперплазии. Нарушение инкреторной функции встречалось у 23 пациентов (12,0%).

4. Синдром билиарной гипертензии проявляется желтухой. Нарушение оттока желчи на фоне хронического описторхозного панкреатита обусловлено сдавлением холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы при псевдотуморозной форме панкреатита либо развитием стриктур, чаще всего, в терминальном отделе холедоха, стеноза на уровне большого дуоденального сосочка [1]. Механическая желтуха наблюдалась у 15 пациентов (7,8%).

Диагностика

В алгоритм обследования пациентов с хроническим описторхозным панкреатитом вошли следующие диагностические исследования: лабораторные методы исследования внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, УЗИ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), компьютерная томография (КТ), эзофагогастродуэденоскопия (ЭГДС).

Ключевым методом обследования является УЗИ. Информативность данного метода исследования, по данным В.Ф. Цхай, составляет 68,7% [1]. Степень выраженности сонографических изменений ткани поджелудочной железы зависит от формы заболевания [9]. Так, при болевом панкреатите выявляется неровность контуров поджелудочной железы, ее размеры нормальные или незначительно увеличены во время обострения заболевания. Характерно увеличение плотности ткани железы, которая более отчетливо дифференцируется ОТ окружающих тканей (рис. 1).

Альперович Б.И., Курысько Ж.А.



Рис. 1. Ультрасонограмма поджелудочной железы при хроническом болевом панкреатите: стрелками обозначена головка железы

Кисты поджелудочной железы, осложняющие хронический описторхозный панкреатит, могут быть одиночными и множественными, характеризуются, как правило, четкими, ровными контурами правильной формы, чаще локализуются в головке поджелудочной железы. Кисты обычно имеют хорошо определяемую капсулу, толщина которой зависит от длительности существования. Содержимое может быть гомогенным или неоднородным, с наличием взвешенных эхоплотных частиц (рис. 2). При хроническом псевдотуморозном панкреатите отмечается неравномерное увеличение поджелудочной железы преимущественно за счет головки, контуры ее неровные, нечеткие, эхоплотность повышена, отмечается расширение вирсунгова протока (рис. 3).

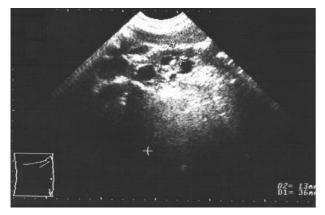


Рис. 2. Ультрасонограмма кист головки поджелудочной железы

Лечение хронических описторхозных панкреатитов



Рис. 3. Ультрасонограмма поджелудочной железы при хроническом псевдотуморозном панкреатите

ЭРХПГ является более объективным, чем УЗИ, методом оценки состояния протоковой системы поджелудочной железы. При хроническом панкреатите отмечаются неравномерное расширение просвета и неровность контуров вирсунгова протока, его кистозная деформация, участки стенозирования, задержка контрастного вещества в протоках 1-го и 2-го порядка, дефекты наполнения, иногда — конкременты [12].

КТ играет ведущую роль в современной диагностике заболеваний поджелудочной железы. Одними из главных признаков хронического панкреатита при КТ являются кальцинаты в поджелудочной железе, наличие кист, участков атрофии паренхимы. Часто наблюдается локальное увеличение железы и расширение главного панкреатического протока, однако эти симптомы неспецифичны, так как часто встречаются и при раке поджелудочной железы. Известно, что в 7% случаев при хроническом панкреатите на томограммах не удается обнаружить изменений. По этой причине КТ при исследовании поджелудочной железы применяют в комплексе с другими лабораторными и инструментальными методами диагностики.

ЭГДС позволяет определить лишь косвенные симптомы поражения ЖВП при описторхозе — дуоденогастральный рефлюкс, дуоденостаз, дуоденит, папиллит, налеты фибрина на слизистой в виде «манной крупы» [3].

Лечение

Страничка практического врача

166 пациентов (86,5%) получили консервативное лечение (проводились инфузии антиферментных препаратов, спазмолитиков, анальгетиков, противовоспалительных средств, заместительная ферментная терапия). У 26 (13,5%) пациентов консервативное лечение не привело к улучшению состояния, они были оперированы.

При оперативном лечении хронического описторхозного панкреатита большое значение имеет криохирургическое воздействие на поджелу-

дочную железу, которое позволяет при минимальном риске снять болевой синдром и добиться существенного улучшения состояния больных. Криодеструкция применялась в 14 случаях, что составило 53,8% от всех операций. Оперативное вмешательство осуществляется дифференцированно в зависимости от формы панкреатита. Структура операций при хроническом описторхозном панкреатите представлена в таблице.

Структура оперативных вмешательств при хроническом описторхозном панкреатите

1.3 31.		the first transfer to the state of	•
Форма хронического описторхозного панкреати- та	Количест- во больных	Оперативное лечение	Количест- во боль- ных
Хронический псевдотумо-	36	Криодеструкция	3
розный панкреатит	(19%)	Холецистоэнтеростомия	1
Хронический болевой	133	Криодеструкция	5
панкреатит	(69%)	Криодеструкция и оментопанкреопексия	1
·	. , ,	Криодеструкция, холецистэктомия	1
	ı	Окончание т	аблицы
Форма хронического	Количест-		Количест-
описторхозного панкреати-	во	Оперативное лечение	во боль-
та	больных		ных
Кисты поджелудочной	23	Резекция поджелудочной железы	2
железы	(12%)	Криодеструкция поджелудочной железы	2
		Вскрытие, криодеструкция, ушивание	
		полости кисты	2
		Резекция, криодеструкция, тампонада	
		сальником полости кисты	2
		ХДА, холецистостомия, вскрытие	
		и дренирование кист поджелудочной	1
		железы	
		Цистоэнтеростомия	5
		Цистоэнтеростомия, криодеструкция	1
Всего больных:	192 (100%)	Общее количество операций	26

Результаты

На основании патоморфологических и клинических особенностей предложены 3 основные формы хронического описторхозного панкреатита: хронический болевой панкреатит, хронический псевдотуморозный панкреатит, кисты поджелудочной железы.

Клинический пример < 1

Больной К., 49 лет, поступил с диагнозом «хронический псевдотуморозный панкреатит (подозрение на объемное образование поджелудочной железы), хронический описторхоз». На момент поступления предъявлял жалобы на ноющие боли в области эпигастрия, особенно интенсивные после еды, сопровождаемые рвотой. Подобные боли беспокоят в течение 4 лет, за последний месяц болевые приступы участились, отмечал потерю в весе до 6 кг.

Данные лабораторных исследований без отклонений от нормы. При УЗИ: поджелудочная железа увеличена (35×14×14 см), контуры четкие, ровные, эхогенность повышена. Структура без явных изменений. В области головки поджелудочной железы единичные фиброзные включения. Вирсунгов проток не расширен. При эндоскопическом исследовании: двенадцатиперстная кишка (ДПК) Лечение хронических описторхозных панкреатитов

в области бульбодуоденального перехода инфильтрирована, имеет мелкобугристую поверхность с белесоватыми вкраплениями. Просвет ДПК сужен. Рентгеноскопия желудка: пищевод не изменен, антральный отдел желудка деформирован, сдавлен извне со стороны заднемедиальной стенки. Желудок свободно смещается, эвакуация содержимого несколько замедлена, рельеф слизистой в антральном отделе не прослеживается. Дуоденография с гипотонией: отмечается стойкое сужение горизонтальной ветви ДПК. Лапароскопия: имеется спаечный процесс в зоне эпигастрия и левой подреберной области, косвенные признаки объемного образования панкреатодуоденальной зоны (отмечается смещение антрального отдела желудка кпереди).

Выполнена криодеструкция поджелудочной железы из 3 точек (ключевая точка — в наиболее измененных отделах железы). Экспозиция в ключевой точке — 2 мин, в остальных — по 3 в связи с усиленным рельефом железы. Оментопанкреатопексия. Через контраппертуру в левом подреберье к поджелудочной железе подведен тампон и дренаж. Биопсия лимфатического узла: лимфатический узел с реактивными изменениями по типу гиперплазии паракортикальной зоны и гистиоцитоза синусов. Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась инфузионная консервативная терапия. Больной выписан в удовлетворительном состоянии, за последующие 15 лет рецидивов хронического панкреатита не было.

Клинический пример < 2

Больной И., 41 год, поступил с диагнозом «хронический болевой панкреатит, хронический описторхоз». На момент поступления предъявлял жалобы на ноющие боли в области эпигастрия, возникающие после погрешностей в диете. Подобные боли беспокоят в течение 2 мес после санации описторхоза.

При УЗИ: поджелудочная железа не увеличена (27×11×11 см), контуры четкие, ровные. Структура без явных изменений. В области головки поджелудочной железы единичные фиброзные включения, вирсунгов проток не расширен. Дан-

ные лабораторных исследований без отклонений от нормы.

После подготовки больного выполнена криодеструкция поджелудочной железы. Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась консервативная инфузионная терапия. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 10е сутки.

Клинический пример < 3

Больной Д., 38 лет, поступил с диагнозом «киста головки поджелудочной железы, хронический описторхоз».

На момент поступления предъявлял жалобы на интенсивные боли в области эпигастрия, принимающие опоясывающий характер, тошноту, рвоту, приступы болей до 3—4 раз в неделю. Подобные боли беспокоят в течение 2 лет, по поводу чего неоднократно обращался в различные стационары города. С 1983 г. страдает хроническим описторхозом, дегельминтизация не проводилась.

При УЗИ: в области головки поджелудочной железы киста 6×7 см с небольшим количеством осадочных структур. По задней стенке кисты визуализируется ткань железы. Тело и хвост поджелудочной железы не изменены, вирсунгов проток до 4 мм. При эндоскопическом исследовании: поверхностный гастрит, рубцовая деформация луковицы ДПК, дуоденит. Сдавление стенки ДПК органами брюшной полости или забрюшинного пространства. Со стороны лабораторных показателей отклонений от нормы нет.

Выполнено вскрытие кисты, криодеструкция головки поджелудочной железы и тампонада сальником резидуальной полости. Гистология: участок поджелудочной железы 6×12 см серокоричневого цвета, с одной стороны выражена фиброзная капсула с мелкими субкапсулярными кровоизлияниями. По линии резекции незначительные некробиотические изменения. Структура железы сохранена.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Поводилась инфузионная консервативная терапия. При контрольном УЗИ отмечалась положительная динамика. Больной выписан в удовлетворительном

состоянии. Поздний послеоперационный период прошел благоприятно, рецидивов хронического панкреатита не было.

Заключение

- 1. Наиболее часто встречается болевая форма хронического описторхозного панкреатита.
- 2. Выбор оперативного вмешательства не зависит от формы заболевания. Операцией выбора при всех формах хронического описторхозного панкреатита является криодеструкция поджелудочной железы.

Литература

- 1. *Альперович Б.И., Цхай В.Ф.* Диагностика и лечение механических желтух паразитарного происхождения // Хирургия. 1993. < 1. С. 22—27.
- 2. Альперович Б.И., Парамонова Л.М., Мерзликин Н.В. Криохирургия печени и поджелудочной железы. Томск: Изд-во ТГУ, 1985. 125 с.
- 3. *Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б.* Хирургия осложнений описторхоза. Томск: Изд-во ТГУ, 1990. 224 с.
- 4. *Альперович Б.И.* Хронический описторхозный панкреатит / Альперович Б.И., Курысько Ж.А, Марьи-

- на М.Е. // Материалы I Международной юбилейной конференции «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии», г. Томск, 2—5 апреля 2001 г. Томск, 2001. С. 100—101.
- 5. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. Санкт-Петербург: Питер, 2000. С. 44—65.
- 6. Глумов В.Я. Описторхоз. Вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники, лечения: Метод. рекомендации. Ижевск, 1981. 24 с.
- 7. Завойкин В.Д., Зеля О.П., Сокерина О.А. Современное состояние проблемы описторхоза в Западной Сибири // Материалы I Международной юбилейной конференции «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии», г. Томск, 2—5 апреля 2001 г. Томск, 2001. С. 99.
- 8. *Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф.* Хронический панкреатит. М.: Медицина, 1985. 368 с.
- 9. *Толкаева М.В.* Ультразвуковая диагностика осложнений описторхоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1999. С. 130—138.
- 10. *Хирургия* печени и желчных путей / Б.И. Альперович, Е.С. Арефьева, Э.И. Белобородова и др. Томск: СГМУ, 1997. 605 с.
- 11. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза / А.В. Лепехин, В.В. Мефодьев, В.Г. Филатов, Н.С. Бужак. Томск: Изд-во ТГУ, 1992. 232 с.
- 12. Ebbehoy N. Pancreatic tissue fluid pressure and pain in chronic pancreatitis // Dan. Med. Bull. 1992. V. 39. < 2. P. 128—133.

Поступила в редакцию 09.01.2003 г.