

Хирургические осложнения хронического описторхоза

Н. А. Бражникова

Кафедра хирургических
болезней № 2
(зав. проф. Б.И. Альперович)
Сибирского государственного
медицинского
университета, Томск

За 25 лет в гепатологическом центре г. Томска наблюдали 2722 больных с описторхозом, из них 740 были оперированы из-за развившихся осложнений. Описторхоз явился причиной образования стриктуры желчевыводящих путей (463 больных); панкреатита (120), кист печени (24), абсцессов печени (19), цирроза (28), ракового поражения (96).

Из 463 оперированных больных со стриктурой желчных путей разл. локализации умерли 15 (3.2%). Хорошие отдаленные результаты наблюдали у 79.4% больных. У оперированных больных применили новый способ дегельминтизации повторными инстилляциями йодиола через наружный дренаж в течение 10—21 дня. Выздоровление наблюдали у 91% больных.

Surgical Complications of Chronic Opistorchosis

N. A. Brazhnikova

Department of Surgery № 2
(director - prof. B.I.
Alperovich) Siberian State
Medical University, Tomsk

During the period of 25 years 2722 patients with Opistorchosis were observed. 740 of them were operated on due to complications: biliary strictures (463), pancreatitis (120), liver cysts (24) and abscesses (19), cirrhosis (28) and malignancies (96). 15 patients (3.2%) of a total amount of those who underwent surgery for biliary strictures died. Good long term results were observed in 79.4% of all patients. A new method of antihelminth local therapy (jodinol administration into the bile drainage for 10-21 days) was effective in 91% of patients.

Проблема описторхоза весьма актуальна в практической медицине из-за наличия природных очагов, самым большим из которых является очаг в Западной Сибири, где заболеваемость населения достигает 80-87%. Паразитируя во внутрипеченочных желчных протоках, реже в желчном пузыре и протоках поджелудочной железы, описторхисы оказывают разнообразное влияние на организм человека. Патогенез описторхоза еще окончательно не изучен, но уже определены морфофункциональные изменения органов паразитирования как в острую, так и хроническую стадию заболевания, зависимость этих изменений от длительности и интенсивности инвазии [3, 6, 14]. Недостаточная эффективность профилактических мер и дегельминтизации, неэффективность последней при осложненных формах, выраженность патоморфологических изменений даже после успешного паразитотропного лечения ведут к хронизации процесса [3, 14].

При хроническом течении описторхоза встречаются осложненные формы заболевания, требующие хирургических методов лечения. В основе их лежит хронический продуктивный холангит с определенной стадийностью течения: от аденоматоза и аденофиброза к склерозу [7, 8]. Особенно выражены склеротические изменения в местах физиологических сужений (рис. 1): дистальной части холедоха, БДС с развитием склерозирующего холедохита, папиллита и стеноза БДС [1, 7, 9], а также значительного сужения пузырного протока, вплоть до его полной облитерации [4]. Эти изменения билиарной системы сопровождаются холестазом, который усиливается обтурацией протоков описторхисами, перихоледохеальным лимфаденитом, панкреатитом. Нарастающая обструкция желчных протоков лежит в основе образования подкапсульных и внутрипеченочных холангиоэкстазов, кист печени, которые нередко сопровождаются развитием желчного перитонита, подпеченочного или поддиафрагмального абсцессов [1, 8, 9]. Обструкция желчных протоков является основой для инфицирования билиарного тракта с развитием гнойного холангита, холецистита, холангитических абсцессов печени [1, 6 - 8].

Описторхозная инвазия вызывает и поддерживает воспалительно-пролиферативные изменения не только в желчных протоках, но и в паренхиме и межуточной ткани печени, что в сочетании с холестазом и некротическими изменениями гепатоцитов приводит к склерозу, а в ряде случаев и циррозу [6]. Важное значение в развитии цирроза печени придается суперинвазии [12].

Аналогичные изменения при хроническом описторхозе возникают и в поджелудочной железе, обусловленные не только паразитированием гельминтов в протоках железы и их токсическим действием, но и вследствие нарушения оттока панкреатического сока при папиллитах, стенозах БДС, рефлюкса желчи в протоки железы. Морфологические изменения характеризуются продуктивным каналикулитом со склерозом перидуктальной и междольковой соединительной ткани. Ретенционная каналикулоэктазия лежит в основе образования кист поджелудочной железы. В паренхиме наблюдается атрофия ацинусов, кровоизлияния и некрозы [1, 11]. Все эти изменения сопровождаются развитием хронического или острого панкреатита, затрудняющие еще в большей степени пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку.

Хроническая описторхозная инвазия оказывает угнетающее влияние на иммунную систему [3], создает благоприятный фон для первичного рака печени. Дистрофические и некротические изменения слизистой желчных и панкреатических протоков с патологической регенерацией эпителия и образованием аденоматозных структур на фоне склероза соединительной ткани, атипизм эпителия являются основой формирования холангиогенного рака печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы [5,8, 13, 19, 20].

Таким образом, в основе хирургических осложнений хронического описторхоза лежит желчная гипертензия, обусловленная пролиферативно-склеротическими изменениями билиарной и панкреатической систем, вторичная инфекция, а также метаплазия эпителия слизистой желчных и панкреатических протоков. Предлагаем патогенетическую клинко-анатомическую классификацию осложнений описторхоза (схема). Представленная классификация поможет практическому врачу определить характер осложнений хронического описторхоза понять его сущность и выбрать адекватную хирургическую тактику.

В печеночном центре г. Томска за последние 25 лет лечились 10980 больных с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, из них у 2722 они развились на фоне описторхоза (23.2%). Среди консервативно леченных больных наиболее частой формой был холецистит: холангиохолецистит (70.3%), гепатохолецистит (11.3%) и холецистопанкреатит (18.4%). 740 больных описторхозом были оперированы по поводу различных осложнений (таблица). Число таких больных за последние 10 лет увеличилось с 6.7 до 36.1%, причем преобладали женщины (соотношение мужчин и женщин 1: 4). У 52% оперированных больных длительность инвазии составила от 5 до 10 лет, у остальных более 10 и даже 20 лет. Многие неоднократно лечились хлорсилом (последние годы билтрицидом), но у всех на операции в желчи были обнаружены паразиты. Не исключается возможность ре- и суперинвазий.

Наиболее часто описторхоз вызывал образование стриктуры желчевыводящих путей (62.4%). Различают стриктуры [1, 15] пузырного протока, дистальной части холедоха, БДС, их сочетание и склерозирующий холангит. Локализация стриктуры определяет клиническую картину заболевания, объем и характер оперативного лечения.

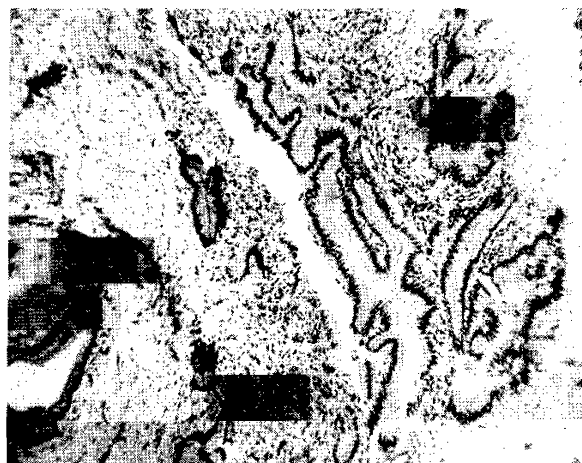


Рис. 1. Склеротические изменения БДС. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. ×300.

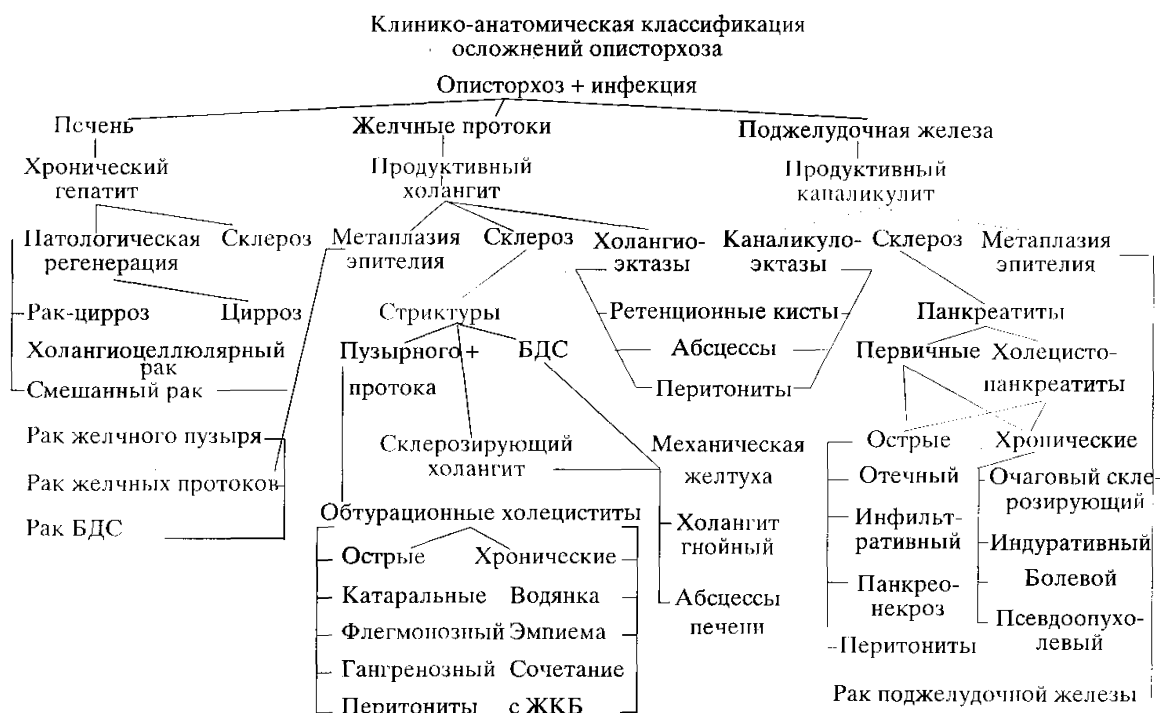


Схема.

Склеротические изменения пузырного протока обуславливают развитие обтурационного (шеечного) холецистита (235 больных), при этом редки холангит (10%) и желтуха (7%). Это самое частое осложнение хронического описторхоза (235 больных). Оперируются больные по поводу как хронических форм (водянка, эмпиема), так и острых. При развитии острого холецистита преобладают деструктивные формы воспаления (95.0%), осложненные местным или разлитым перитонитом (21.0%). ОПН отмечена лишь при наличии гнойного холангита. Летальных исходов не было. Описторхозная инвазия желчных путей очень часто сочеталась с желчно-каменной болезнью (90.0%).

Особенностью описторхозных стриктур БДС является их значительная протяженность вследствие холедохита и вторичного панкреатита, что вызывает механическую желтуху и гнойный холангит. Холестазу способствует и перихоледохеальный лимфаденит, который имеет место у 50% больных. Камни выявляют не только в желчном пузыре (81.0%), но и в желчных протоках (43.0%). У всех больных увеличена печень, почти у 1/3 (39%) отмечали симптомы ОПН. Летальность составила 6.8%.

При стриктуре БДС и пузырного протока клиническая картина складывается из симптомов обтурационного холецистита и холангита. Значительно чаще наблюдали местный или разлитой перитонит (34.0%). ОПН была у 30.0% больных. Клинической особенностью является пальпация желчного пузыря на фоне механической желтухи, что требует проведения дифференциального диагноза с раком БДС и поджелудочной железы. Оперированы 108 больных, умерли 4.

Склерозирующий холангит наблюдали у 17 больных. Свойственные описторхозу вторичная инфекция и гиперпластические процессы слизистой протоков, склероз как подслизистого, так и мышечного слоев приводят у отдельных больных к резкому сужению как вне-, так и внутривнутрипеченочных желчных протоков с резким утолщением их стенок. Клинические проявления многообразны, что затрудняет диагностику. Как правило, больные длительное время лечились по поводу цирроза, гепатита или даже рака печени. Характерны прогрессирующая желтуха, зуд, слабость, похудание, ПН. Умерли 4 больных.

Описторхозные панкреатиты по частоте (16.4%) занимают второе место. Наблюдаются две формы поражения поджелудочной железы: "первичные" с наиболее выраженными изменениями железы при мало измененном желчном пузыре и вторичные - холецистопанкреатиты (85.5%). Хронические панкреатиты чаще в виде склеротических изменений в области головки, а также индуративные, псевдоопухолевые формы. Острый панкреатит на фоне имеющихся хронических изменений в виде отека, инфильтрации или некроза отличается выраженностью и тяжестью течения, особенно на фоне холестаза. При хроническом описторхозном панкреатите ведущим является болевой синдром, диспепсические расстройства, прогрессирующее похудание.

Холангиоэктазия лежит в основе развития ретенционных описторхозных кист печени [1,9, 18]. Оперировали 24 больных (3.2%). Особенностью является преимущественная локализация в левой доле печени, а также множественность. Наиболее опасными являются нагноение кист и их разрыв, что диктует необходимость оперативного лечения.

Развитию абсцессов печени при описторхозе способствует не только нагноение кист печени (5 больных), но и гнойный холангит с образованием множественных холангитических абсцессов, а также деструктивные процессы паренхимы вследствие тромбоза сосудов портальной системы [7, 8]. Это осложнение характерно для запущенных стадий течения описторхоза. Появляются признаки гнойной интоксикации, идентичные септическим проявлениям. Часто выявляется асцит и спленомегалия. Умерли 2 больных.

Цирроз печени чаще носит черты холангиогенного, вторичного билиарного, иногда постнекротического или смешанного [6]. Из 28 больных с циррозом печени у 16 преобладали признаки билиарного цирроза, портальный цирроз был у 12.

Рак органов паразитирования выявлен у 96 больных (15.4%): рак печени (20), желчного пузыря и протоков (12), БДС (8), поджелудочной железы (56). Как при циррозе, так и при раке отмечали наибольшую длительность описторхозной инвазии. Практически все больные поступили на операцию через 1-3 месяца после появления желтухи, так как ранние признаки рака длительное время маскируются симптомами очередного обострения описторхоза. Желтуха - главный, постоянный признак рака этих органов, при этом она стойкая, нарастающая в своей интенсивности и, как правило, сопровождается высокой температурой с ознобом.

Из дооперационных методов диагностики большое значение имеют ЭГДС, ЭРХПГ, лапароскопия и УЗИ. Очень важна ЭРХПГ, но из-за протяженности стриктуры дистальной части холедоха и хронического панкреатита она не всегда выполнима. Для осложненного описторхоза характерна мешотчатая или кистевидная холангиоэктазия [9], поэтому ЧЧХГ при механической желтухе противопоказана.

Важна лапароскопия [17]. Проводим ее с целью дифференциальной диагностики или при целесообразности холецистостомии как первого этапа оперативного лечения. Лапароскопия позволяет выявить подкапсульные холангиоэктазы, первичный или метастатический рак печени, цирроз, кисты, а также решить вопрос о целесообразности оперативного лечения.

Наибольшей значимостью обладает УЗИ. Удастся визуализировать размеры и структуру печени и поджелудочной железы, наличие и характер очаговых образований в них, степень распространения опухоли, метастазы, характер изменений желчного пузыря и протоков. Четко выявляются абсцессы, кисты величиной от 2 см. Характерной для описторхоза является внутривенечная холангиоэктазия (рис. 2).

Осложнения описторхоза	
Характер осложнений	Число больных
Стриктура желчевыводящих путей	463 (62.4%)
Панкреатит	120 (16%)
Кисты печени	24 (3.2%)
Абсцесс печени	19 (2.5%)
Цирроз	28 (3.7%)
Раковое поражение органов паразитирования	96 (15.4%)
Всего	740 (100%)

Несмотря на то, что в большинстве случаев уже до операции удается определить характер осложнения, не теряют своего значения операционные холангиография и холедохофиброскопия. Даже при отсутствии механической желтухи всегда имеет место расширение внутрипеченочных желчных протоков, усиление их рисунка. Описторхозный детрит выявляется в виде рыхлых камней, перихоледохеальный лимфаденит создает волнистость контуров гепатикохоледоха, латеральные дефекты наполнения ретропанкреатической его части. При стриктуре дистальной части холедоха и БДС резко расширены все протоки с кистевидными образованиями в печени (рис. 3).

Фиброхоледохоскопия уточняет характер холангита. Последний при стриктуре носит, как правило, гнойно-некротический характер.

Абсолютными показаниями к операции являются: острый обтурационный холецистит, стриктура БДС, склерозирующий холангит, панкреонекроз, абсцессы печени, кровотечение при циррозе, рак органов паразитирования. Относительными показаниями считаем: хронический обтурационный холецистит, сочетание описторхоза с желчнокаменной болезнью, описторхозные кисты печени и поджелудочной железы, хронический болевой псевдоопухольный панкреатит.

При лечении стриктуры желчевыводящих путей необходимо выполнить холецистэктомию (стриктура пузырного протока или сочетание с желчно-каменной болезнью), восстановить пассаж желчи наложением ХДА, так как из-за протяженности стриктуры холедоха и панкреатита ЭПСТ опасна развитием осложнений. Обязательно наружное дренирование билиарного дерева для снятия желчной гипертензии, санации от инфекции и гельминтов. Дренаж проводили через дополнительную трубку большего диаметра (рис. 4). Проводить дегельминтизацию сразу после операции паразитотропными препаратами нельзя из-за опасности развития ОПН, которая имеет место уже до операции у 19.5%, которую в какой-то мере усиливает наркоз и операционная травма. Нами разработан новый способ дегельминтизации через наружный дренаж йодиолом (патент, 1994). Один раз в сутки в протоки вводится 1-2 мл йодиола в 5-10 мл раствора фурацилина после предварительного введения в них 10 мл 0.5%-ного раствора новокаина и инъекции 1 мл 2%-ного раствора платифиллина. Санация в течение 10-21 дня обеспечивает излечение от инвазии. Эффект получен у 91%, неудачи при раннем выпадении дренажа или непереносимости йодистых препаратов. Противопоказано введение йодиола при рефлюксе контрастного вещества в главный панкреатический проток. Ликвидация желчной гипертензии и гельминтов при восстановленном



Рис. 2. Эхограмма. Холангиэкстазы и кисты левой доли печени.

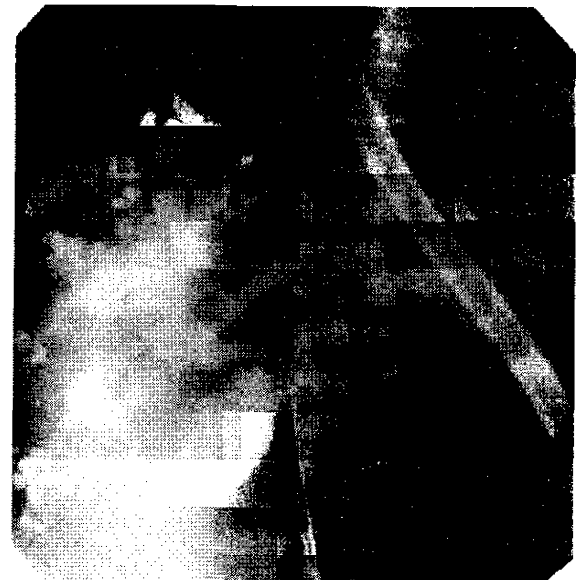


Рис. 3. Операционная холецистохолангиограмма. Холангиэкстазия при стриктуре пузырного и общего желчного протоков.

пассаже желчи в двенадцатиперстную кишку сопровождается ликвидацией холангиоэктазий, что подтверждается контрольной фистулохолангиографией.

Лечение склерозирующих холангитов является нерешенной задачей, возможности хирургической коррекции весьма проблематичны. Из 17 оперированных больных у 15 выполнили холецистэктомию с наружным дренированием по Пиковскому (9), Вишневному (4), Сейполу-Куриану (2). У 2 холецистоэнтеростомия. В отдаленном периоде отмечается прогрессирование заболевания с исходом в цирроз.

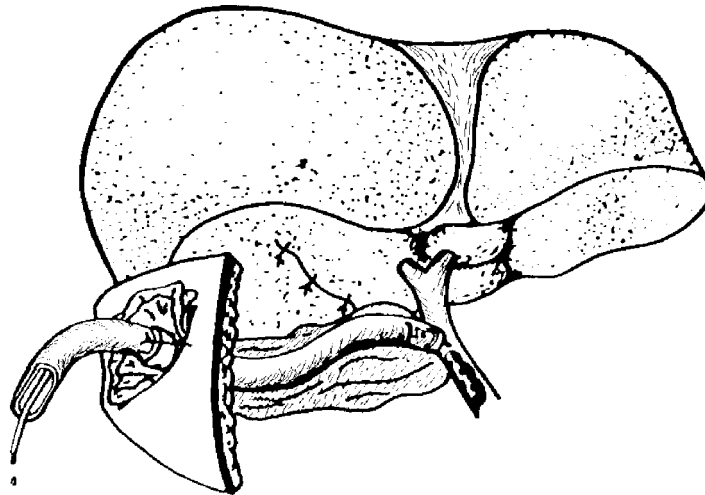


Рис. 4. Наружное дренирование желчных протоков 2 дренажами.

Из 463 оперированных больных со стриктурой желчных путей разной локализации умерли 15 (3.2%). Хорошие отдаленные результаты наблюдали у 79.4% больных.

При описторхозных холецистопанкреатитах принципы операций на желчном пузыре и протоках сохраняются. При панкреонекрозе выполняли оментопанкреатопексию, абдоминализацию или криодеструкцию очагов некроза по способу Б.И. Альперовича с соавт. [2]. Применение метода криодеструкции Т.Б. Комковой [10] у больных с болевыми псевдоопухолевыми панкреатитами дает хорошие непосредственные и отдаленные результаты с сохранением инкреторной функции поджелудочной железы. Из 28 больных с панкреонекрозом умерли 3.

Характер операций при описторхозных кистах зависит от локализации, количества и величины их. При небольших кистах диаметром 2-3 см рекомендуем диспансерное наблюдение с обязательной паразитотропной терапией и УЗ-контролем 1 раз в год. При больших или множественных кистах, занимающих одну из долей печени выполняли резекцию печени по Б.И. Альперовичу, при одиночных кистах производили иссечение стенки кисты с криодеструкцией и тампонадой сальником.

Открытый метод вскрытия и дренирования абсцессов печени применили у 12 больных, из них 1 умерла при наличии желчно-бронхиального свища. 6 больным с множественными абсцессами в одной из долей печени произвели резекцию печени с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. При гнойном холангите, абсцессах печени большое значение придаем внутрипортальной инфузии лекарственных препаратов.

Из 28 больных с циррозами лишь у 3 была стадия субкомпенсации, им выполнили биопсию, криодеструкцию печени с оментодиафрагмопексией. Отдаленные результаты в сроки от 1 до 4 лет удовлетворительные. Остальным больным выполняли паллиативные операции (остановка кровотечения, канюлирование пупочной вены). Внутрипортальные инфузии лишь временно

улучшали состояние больных. Проведение дегельминтизации не предупреждало дальнейшего развития цирроза.

Более сложную задачу представляет лечение рака органов, пораженных описторхозом. Из 20 таких больных раком печени резекция сделана только 1 (больной погиб от метастазов через 13 месяцев). При раке желчного пузыря и желчных протоков (12 больных) 1 больному наложен холецистоэнтероанастомоз с транспеченочным дренированием по Сейполу-Куриану. При раке БДС и поджелудочной железы 3 больным произвели панкреатодуоденальную резекцию (максимальный срок жизни 5 лет).

Таким образом, длительная описторхозная инвазия нередко приводит к разнообразным осложнениям, требующим оперативного лечения. Своевременная дегельминтизация и диспансеризация больных с применением УЗИ не менее 1 раза в год, безусловно, позволит снизить частоту осложнений описторхозной инвазии.

Список литературы

1. *Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б.* Хирургия осложнений описторхоза. Томск, 1990. 224 с.
2. *Альперович Б.И., Мерзликін Н.Б., Тюльков Г.И.* Крихирургическое лечение острого деструктивного панкреатита. Клиническая хирургия. 1982. № 17. С. 7-10.
3. *Белозеров Е.Г., Шувалова Е.П.* Описторхоз. М., 1981. 128 с.
4. *Бражникова Н.А., Родичева Н.С.* Описторхозные стриктуры пузырного протока. Архив патологии. 1989. № 8. С. 52-56.
5. *Гиновкер А.Г., Зуевский В.П., Шайн А.А.* Дисрегуляция стромально-паренхиматозных отношений печени при описторхозе - фактор возможной бластоматозной трансформации // Современные представления о паренхиматозно-стромальных взаимоотношениях при предраках и раках различной локализации и их клиническое значение: Сб. научных трудов. Смоленск, 1983. С. 39-43.
6. *Глумов В.Я.* Описторхоз (вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники, лечения): Методические рекомендации. Ижевск, 1981. 24 с.
7. *Зиганшин Р.В., Бычков В.Г.* Желчная гипертензия у больных описторхозом. Вестник хирургии. 1984. № 12. С. 29-33.
8. *Зубов Н.А.* Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений. Автореф. ... доктора мед. наук. Пермь, 1973. 32 с.
9. *Зубков В.Г.* Патогенез и морфология внутрпеченочных холангиоэктазов при описторхозе: Дис. ... канд. мед. наук. Свердловск. 1983. 218 с.
10. *Комкова Т.Б.* Крихирургия хронического болевого панкреатита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1988. 14 с.
11. *Кульчиев А.А.* Хирургическое лечение осложнений описторхозного склерозирующего панкреатита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, 1980. 15 с.
12. *Мальшева Л.Г.* Морфогенез печени при суперинвазионном описторхозе (экспериментальное исследование). Автореф. дис. канд. мед. наук. Новосибирск, 1986. 19 с.
13. *Михайлов В.Я.* Описторхозная инвазия и приполярном эндемическом очаге и некоторые проблемы рака. Научно-технический прогресс и приполярная медицина. Тезисы докладов IV Международного симпозиума по приполярной медицине. Новосибирск, 1978. С. 10.
14. *Озерецковская Н.Н., Зальнова Н.С., Тумольская Н.И.* Клиника и лечение гельминтозов. Ленинград, 1985. 184 с.
15. *Ревской А.Ю.* Хирургическое лечение стриктур желчевыводящих путей при описторхозе. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1981. 17 с.
16. *Шайн А.А., Рыбка А.Г., Собянина Т.А., Киселева Е.В.* Влияние описторхозной инвазии на скорость роста опухоли в эксперименте. Актуальные проблемы описторхоза. Томск, 1986. С. 77-79.
17. *Hitanant S., Trong D.T.N., Damrongsak Ch. et. al.* Peritoneoscopic findings in 203 patients with opistorchis viverrini infection. Gastrointest. Endosc., 1987. V. 33. P. 18-20.

18. *Juttjudata P., Chiemchaisri C., Pulavatana C., Churnrafanukul S.* Opisthorchiatic solitary intrahepatic cyst. *Surg. Gynec. Obsfet.*, 1985. V. 161. P. 49-51.
19. *Schwartz. D. A.* Revico: Helminths in the induction of cancers *Opisthorchis felineus, clonorchis sinensis* and cholangiocarcinoma. *Tropical and Beograph. Med.* 1980. V. 32. P. 95-100.
20. *Watanapa P.* Cholangiocarcinoma in pacients with Opisthorchiasis. *HPB Surgery.* Harwood A.P. 1996. V. 9. P. 186.