

Описторхозные стриктуры большого дуоденального сосочка

Б. И. Альперович

В. К. Абушахманов

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

В Сибирском зональном гепатологическом центре г. Томска за период с 1970 по 1997 г. наблюдали и лечили 2939 больных хроническим описторхозом. Из них 798 были оперированы по поводу развившихся хирургических осложнений хронического описторхоза.

Большую часть из оперированных больных (500) составила группа с описторхозными стриктурами желчевыводящих путей различной локализации (62.6%). Наибольший интерес представляют собой описторхозные стриктуры терминального отдела холедоха (111 больных — 22.2%) и большого дуоденального сосочка (117 больных — 23.4%), которые в абсолютном большинстве случаев сочетаются между собой, носят продленный характер, что придает их течению более злокачественный характер. Анализ клинических данных показал, что описторхозные стриктуры сопровождаются: механической желтухой (у 100% больных), холедохолитиазом (43%), холецистолитиазом (81%), гнойным холангитом (88%), у больных наблюдались симптомы острой печеночно-почечной недостаточности (39%).

Всем больным с описторхозной стриктурой БДС был сформирован низкий поперечный супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз с наданастомозным наружным дренированием желчевыведительной системы. Послеоперационная летальность составила 3.2%. Хорошие отдаленные результаты наблюдали у 80% больных. Практически у всех оперированных больных проведена дегельминтизация описторхоза неоднократными инсталляциями йодистыми препаратами через наружный дренаж. Излечение от описторхоза наблюдали у 91% больных.

Opisthorchious Strictures of Major Duodenal Papilla

B. I. Alperovich.

V. K. Abushakhmanov

Surgical Diseases
Department № 2 (Director
- Prof. B.I. Alperovich)
Siberian State Medical
University, Tomsk

2.939 patients with opisthorchiasis were followed up and treated at the Siberian Regional Hepatological Centre in the city of Tomsk from 1970 to 1997. Of these, 798 subjects were operated on for developed surgical complications of chronic opisthorchiasis.

The majority of the operated on patients (500) consisted of those with various-localization Opisthorchious strictures of the biliferous ducts. Of particular interest are Opisthorchious strictures of the choledochus terminal portion (11 patients - 22.2 percent) and those of the major duodenal papilla (117 patients - 23.4 percent), which in the absolute majority of cases are combined with each other, being of lingering character and therefore having more malignant course. Analyzing the clinical data showed that Opisthorchious strictures are accompanied by:

mechanical jaundice (in 100 percent of patients), choledocholithiasis (43 percent), cholecystolithiasis (81 percent), and purulent cholangitis (88 percent). 39 percent of patients had symptoms of acute hepatic and renal insufficiency.

All the patients with this surgical pathology underwent creation of low transversal supraduodenal choledochoduodenoanastomosis with supraanastomotic external drainage of the biliferous system. The postoperative mortality rate amounted to 3.2 percent. Good long-term results were observed in 80 percent of the patients. Virtually all the operated on patients were subjected to dehelminthization of opisthorchiasis with multiple instillations of iodine preparations through the external drainage. Permanent cure of opisthorchiasis was noted in 91 percent of the patients.

Проблема описторхоза, несмотря на достигнутые успехи по ее разрешению, до настоящего времени остается весьма актуальной. Только в России более 2 миллионов человек, пораженных описторхозом, и эта цифра имеет тенденцию к росту. Инвазированность взрослого населения в Западной Сибири наиболее высока, а в ряде регионов Обь-Иртышского бассейна достигает 76-100% [3, 5].

Описторхоз - актуальная проблема здравоохранения Российской Федерации. Ввиду активной миграции населения в другие регионы страны, проблема описторхоза из региональной

превратилась в общегосударственную (в период с 1982 по 1992 год в бассейнах рек эндемичных районов ежегодно регистрировалось 40-95 тысяч заболеваний описторхозом) [3,5].

В научной литературе Западно-Сибирский очаг описторхоза получил название "гиперэндемичного". Активно заражается описторхозом и приезжее население: уже в первый год проживания в эндемичной местности заражается 12% новоселов, а через 5 лет - 44%, через 10 лет показатели пораженности приезжего населения достигают уровня местных жителей [4, 8, 10].

Описторхоз (болезнь Виноградова) - паразитарное заболевание человека и животных с преимущественным поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. В клиническом течении его сравнительно отчетливо прослеживаются две фазы: острая и хроническая. Патогенез острого и хронического описторхоза довольно сложен, не все звенья его установлены достоверно, многое еще предстоит уточнить и изучить. Вместе с тем, в настоящее время довольно хорошо прослежены основные морфофункциональные изменения в органах и тканях окончательных хозяев описторхисов — человека и животных [1, 4, 5, 7, 8, 10, 11].

По данным Н.Н. Плотникова [11] описторхисы выявляются во внутривнутрипеченочных желчных ходах у 100% инвазированных людей, в желчном пузыре - у 60% и в поджелудочной железе - у 36%. Через 4 недели после инвазии метацеркарии достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца. С этого времени яйца описторхисов можно обнаружить в дуоденальном содержимом и кале. В гепатобилиарной системе инвазированного человека описторхисы не размножаются, поэтому нарастание интенсивности инвазии происходит только за счет суперинвазий. Таким образом, хроническая фаза, или хронический описторхоз, развивается с момента первой яйцекладки возбудителем заболевания и может продолжаться в течение 10-20 лет и даже пожизненно. Хронический описторхоз с современных позиций рассматривается как общее заболевание организма, при котором поражаются многие органы и системы. Несмотря на выраженный полиморфизм клинической картины, все же первоочередным и доминирующим является симптомокомплекс поражения желчевыводящих путей — основного места обитания описторхисов. В хронической фазе заболевания описторхисы в количестве от нескольких экземпляров до десятков тысяч механически повреждают участки слизистой желчевыводящей системы. В то же время, комплекс патогенетических факторов - механический, токсический, нейрогенный, иммунологический, вторично - инфекционный при описторхозе приводит к многообразию, изменчивости клинических проявлений. Длительное паразитирование описторхисов в желчевыводящих протоках вызывает аденоматозную пролиферацию слизистой желчных протоков, особенно выраженную в местах физиологических сужений, вплоть до полной облитерации их просвета. Отмечается также внедрение яиц описторхисов в стенку желчных протоков с развитием вокруг них паразитарных гранул с последующим их склерозом, что также сужает просвет протоков. Холестазу способствует гиперпластический перихоледохеальный лимфаденит. Гиперпластические процессы развиваются и в стенке папиллы: железисто-полипозная гиперплазия эпителия и фиброз с исходом в стеноз большого дуоденального сосочка, как правило (БДС), сопутствуют стриктурам терминального отдела общего желчного протока, что делает стриктуры при описторхозе протяженными [1,2,4,6,8,9,11,12].

Имеют место широкие поля перипортальной и перидуктальной соединительной ткани с выраженной, чаще лимфогистиоцитарной инфильтрацией ее. Имеющий место внутри- и внепеченочный холестаз способствует более частому присоединению инфекции, которая вызывает гнойный холангит, влекущий за собой серьезные, а подчас и смертельные осложнения (механическая желтуха, холангиогенные абсцессы печени, острая печеночно-почечная недостаточность и прочие). В доступной литературе вопросы морфологии, морфогенеза и патогенеза описторхозных стриктур БДС не получили достаточно полного освещения. Сведения об этом осложнении хронического описторхоза в отечественной, а тем более зарубежной литературе, скромные. Остается высоким процент диагностических ошибок при осложнениях хронического описторхоза при том, что в ряде областей России он достигает 70-80% [8]. Все вышеизложенное диктует определенные и необходимые условия хирургической коррекции данного хирургического осложнения хронического описторхоза, а также некоторые особенности до- и интраоперационной диагностики их, которыми клиника охотно поделится с коллегами.

Материал и методы

В Сибирском зональном гепатологическом центре, руководимом профессором Б.И. Альперовичем, проблемами хирургических осложнений хронического описторхоза занимаются с 1970 года. За прошедшие 27 лет в клинике пролечено 2939 больных описторхозом гепатопанкреатодуоденальной зоны, из них 798 подверглись различного рода оперативным вмешательствам по поводу разнообразных хирургических осложнений хронического описторхоза. Большую часть операций клиника выполнила на желчевыводящих путях по поводу описторхозных стриктур различной локализации, — всего 500 больных, что составило 62.6% от общего числа оперированных. Группу больных со стриктурами терминального отдела общего желчного протока описторхозного происхождения составили 111 больных (22.2%), а со стриктурами БДС — 117 больных (23.4%). Считаем целесообразным рассмотреть обе группы, так как в абсолютном большинстве наблюдений стриктуры данных локализаций при хроническом описторхозе сочетаются друг с другом и носят характер протяженных - до 1.5-2.5 см. Соотношение мужчин и женщин в этой группе исследования составило 1 : 4. Средний возраст больных составил от 40 до 70 лет. У 52% больных длительность описторхозной инвазии составила 5-10 лет, а у 48% 10-20 лет. Дооперационная диагностика у данной категории больных включала обязательное ультразвуковое исследование органов брюшной полости, которое является скрининг-методом и эффективность его составила 88%. При описторхозных стенозах БДС и терминального отдела холедоха УЗИ-картина характеризуется разной степенью супрастенотического расширения желчных протоков, подкапсульной и внутripеченочной холангиоэктазией, гепатомегалией, перидуктальным и перипортальным фиброзом, перихоледохоальным лимфаденитом, увеличением желчного пузыря и истончением его стенок, наличием в его просвете застойного содержимого, наличием конкрементов в просвете желчного пузыря и протоках. Характерны также изменения в головке поджелудочной железы: наличие нитевидного (стреловидного) сужения интрапанкреатического отдела общего желчного протока, уплотнение и увеличение головки. Данные, полученные с помощью УЗИ, как правило, незаменимы при выборе лечебной тактики (рис. 1). Следующим диагностически важным методом является эндоскопическая гастродуоденоскопия с прицельной биопсией из БДС и последующим гистологическим исследованием биоптата. При ЭГДС обнаруживаются изменения слизистой желудка в виде очаговой гиперемии с признаками атрофии или очаговой гиперплазии. Реже эрозии, недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс. Признаки дуоденита, дуоденостаза, феномен "манной крупы". БДС отечный, инфильтрированный, легко ранимый, с налетом фибрина, устье сосочка точечное. Обязательное дуоденальное зондирование с исследованием желчи на яйца глист и микрофлору с чувствительностью к антибиотикам. На завершающей стадии обследования клиника считает необходимым проведение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии. Она позволяет не только непосредственно обнаружить стеноз общего желчного протока, но и наиболее точно установить его локализацию и протяженность, а также адекватно оценить дренажную функцию общего желчного и главного панкреатического протоков. Данные, полученные при помощи ЭРХПГ, как правило, незаменимы при выборе рациональной оперативной и лечебной тактики (рис. 2).

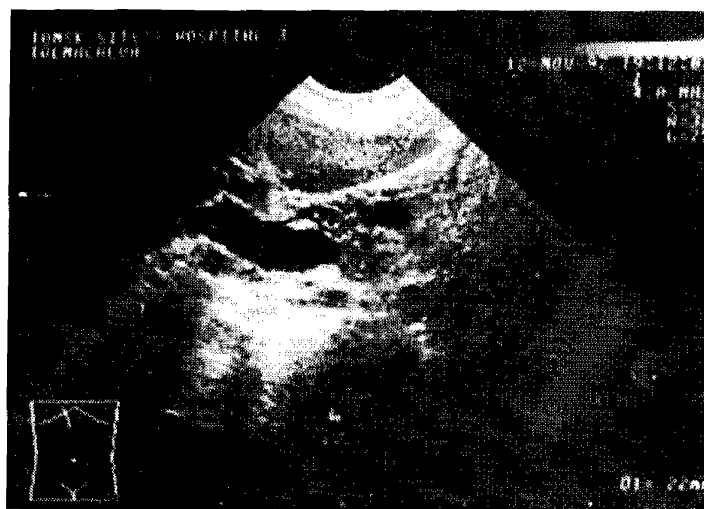


Рис. 1. Ультразвуковая сканограмма. Описторхозная стриктура БДС (супрастенотическое расширение гепатохоледоха, протяженный характер стриктуры).

В диагностически сложных случаях показана лапароскопия, а при необходимости — наложение разгрузочной лапароскопической микрохолецистостомы, как подготовительного этапа к предстоящему реконструктивному вмешательству на желчных протоках. Обследование больных со стриктурами желчевыводящих путей описторхозного генеза включает в себя обязательное трехкратное исследование кала на яйца глист, общеклинические и лабораторные, методы исследования.

Особенности диагностики: при обследовании больных особое внимание уделялось сбору жалоб: постоянными жалобами больных являются боли в области правого подреберья или эпигастрии, характер болей различен: в одних случаях это постоянные тупые боли, в других - приступообразные, давящие, режущие, колющие, иногда весьма схожие с приступами печеночных коликов (при сопутствующей желчнокаменной болезни: в наших наблюдениях камни в желчном пузыре выявлены у 81 % больных, а в желчных протоках - у 43% больных). В абсолютном большинстве случаев констатируется желтушность кожных покровов и склер различной степени интенсивности и различной продолжительности, кожный зуд. Довольно часто больных беспокоит субфебрилитет. Нередки диспептические явления в виде тошноты, изжоги, отрыжки, сухости и горечи во рту, снижение аппетита, потеря веса, резкая слабость. При сборе анамнеза уделяется внимание фактам употребления в пищу местной речной рыбы (язь, елец, чебак, плотва, карась и др.), кратности ее употребления (так как большое значение придается количеству ре- и суперинвазий), эпизодам желтух и приступам печеночных коликов, проводившимся курсам дегельминтизации. При объективном

исследовании обращаем внимание на внешний вид больного, как правило, это ослабленные люди пониженного питания с желтушными кожными покровами, вялые, адинамичные. Обращает на себя внимание гепатомегалия. Практически у всех больных печень увеличена в размерах, уплотнена, болезненна при пальпации, поверхность ее гладкая или мелкобугристая. Довольно часто при описторхозных стриктурах ВДС отмечается положительный симптом Курвуазье (увеличенный, напряженный,



Рис. 2. Ретроградная холангиопанкреатограмма. Нитевидная протяженная стриктура БДС.



Рис. 3. Интраоперационная холангиограмма. Видны холангиоэктазы и протяженная стриктура БДС.

безболезненный желчный пузырь), чаще при сочетании со стриктурами пузыря протока (70%). Моча у данной категории больных темная ("цвета пива"), кал ахоличный. При длительной механической желтухе с явлениями холангита у больных отмечались симптомы острой печеночной недостаточности, выявленной нами более, чем у 1/3 (39%) больных. В подавляющем большинстве случаев отмечается изменение функционального состояния печени: нарушение пигментной, белковой, углеводной, свертывающей, антиоксической функции. Степень нарушения их коррелирует с характером присоединившихся осложнений (гнойный холангит, холангиогенные абсцессы печени, острая печеночная недостаточность) и длительностью механической желтухи, а также интенсивностью инвазии и наличия ре- и суперинвазии.

Стриктуры дистального отдела холедоха и БДС описторхозного генеза вызывают воспалительные изменения не только в стенках желчных протоков, но и в стенке желчного пузыря. Пузырный проток при данного рода стриктурах, как правило, бывает расширен, а желчный пузырь увеличен и напряжен (симптом Курвуазье).

Особенностями описторхозных стриктур терминального отдела холедоха и БДС являются;

- а) присутствие в 100% случаев описторхозного продуктивного холангита;
- б) наличие инфицированной желчи и гнойного холангита в 88% случаев;
- в) сопутствующий в 50% случаев гиперпластический перихоледохеальный лимфаденит;
- г) как правило, протяженная стриктура;
- д) сочетание описторхозных стриктур с желчнокаменной болезнью в 90% случаев;
- е) присутствие описторхозной инвазии и механической желтухи.

Наличие стриктуры дистального отдела общего желчного протока описторхозного происхождения, является абсолютным показанием к оперативному лечению, которое должно выполняться в специализированных хирургических отделениях. Период предоперационной подготовки и обследования должен быть максимально коротким и интенсивным, направленным на коррекцию всех имеющихся нарушений функций сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночно-почечной и прочих систем и органов.

Все сказанное определяет особенности оперативных вмешательств для восстановления беспрепятственного пассажа желчи в кишечник при данном заболевании. Целью оперативного вмешательства клиника считает:

1) обязательная холецистэктомия, поскольку у абсолютного большинства больных нарушена функция желчного пузыря (стриктуры пузыря протока, дискинезия желчного пузыря, камни желчного пузыря);

2) интраоперационная холангиография и холедохоскопия (даже при отсутствии механической желтухи всегда имеет место расширение внутрипеченочных желчных протоков и усиление их рисунка). Описторхозный детрит выявляется в виде рыхлых камней, перихоледохеальный лимфаденит создает волнистость контуров гепатикохоледоха, латеральные дефекты наполнения ретропанкреатической его части. При стриктурах дистальной части холедоха и БДС бывают расширенными все протоки с кистовидными образованиями в печени (рис. 3). Холедохоскопия уточняет наличие стриктуры и характер холангита, который при данных стриктурах носит, как правило, гнойно-некротический характер;

3) низкая поперечная холедохотомия (поскольку известно, что чем ниже накладывается билиодигестивный анастомоз, тем лучше его функция). В связи с тем, что стриктуры описторхозной природы протяженные (до 2.5 см), то и "слепой" мешок под анастомозом будет минимальным. Двенадцатиперстная кишка вскрывается продольно соответственно разрезу общего желчного протока. Первый ряд серо-серозных швов на заднюю губу супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза не накладывается из-за наличия переходной складки брюшины с общего желчного протока на двенадцатиперстную кишку. Задняя губа анастомоза ушивается непрерывным синтетическим швом на атравматичной игле, таким образом, задняя губа будущего анастомоза становится более деликатной. После наложения непрерывного шва на переднюю губу анастомоза накладывается второй ряд серо-серозных швов с перитонизацией линии швов прядью сальника на ножке (рис. 4);

4) обязательное наданастомозное дренирование общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому, которое преследует определенные цели: а) ликвидация желчной гипертензии, которая присутствует при данного рода стриктурах в 100% наблюдений (дренирование обеспечивает отведение токсической желчи и разгрузку швов в зоне анастомоза с хорошим заживлением его); б) отведение инфицированной желчи и санация билиарного тракта растворами антисептиков и антибиотиков с последующим контролем микрофлоры желчи; в) купирование послеоперационного спазма желчных сфинктеров путем введения изотермических растворов 0.25-0.5% новокаина и антисептиков; г) наружный дренаж позволяет проводить в послеоперационном периоде лечение описторхоза путем многократных инстилляций йодсодержащих препаратов в билиарный тракт в течение 10 - 21 дней. Авторами этот метод лечения запатентован (эффективность метода - 91%). Лечение по этой методике не подлежат больные с

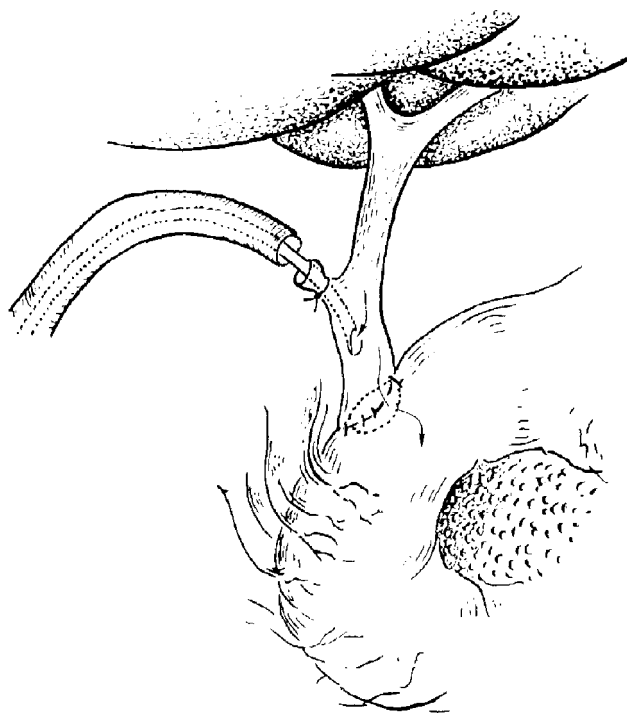


Рис. 4. Схема супрадуоденального холедоходуодено-анастомоза и наданастомозное дренирование желчных путей при описторхозной стриктуре БДС.

непереносимостью препаратов йода и выпавшим дренажем; д) наличие дренажа позволяет в послеоперационном периоде выполнить контрольную фистулохолангиографию, которая подтверждает наличие беспрепятственного пассажа контраста через анастомоз и доказывает ликвидацию желчной гипертензии (отсутствие холангиоэктазии);

5) дренаж Пиковского диаметром 3 мм выводим к трубке большего диаметра через контрапертуру в правом подреберье, вместе с "сигаретным" тампоном. В случае выпадения дренажа из общего желчного протока страховочный дренаж большего диаметра с налаженной активной аспирацией предупредит попадание желчи в свободную брюшную полость и развитие желчного перитонита;

б) для осуществления внутривенных инфузий с целью лечения печечно-почечной недостаточности целесообразно выполнить канюлирование пупочной вены.

Приводим клинический пример:

Больная Т., 74 лет, поступила в клинику 10 ноября 1996 года в порядке скорой помощи через две недели с момента заболевания с явлениями механической желтухи. При поступлении предъявляла жалобы на постоянную тупую боль в правом подреберье, тошноту, сухость во рту, пожелтение кожи и склер, кожный зуд, слабость, потемнение мочи и обесцвеченный кал.

Из анамнеза удалось выявить, что больная часто употребляет местную речную рыбу. Лечилась и обследовалась амбулаторно по месту жительства, но ни желчнокаменной болезни, ни описторхоза у больной выявлено не было. Подобные приступы беспокоят 15 лет. Две недели назад после погрешностей в диете ощутила тупые боли в правом подреберье и изменение окраски склер и мочи. Лечилась амбулаторно — без эффекта. Была направлена в гепатологический центр по скорой помощи с диагнозом: Хронический холецистит. Механическая желтуха.

Из анамнеза жизни: страдает гипертонической болезнью много лет с подъемами АД до 200 на 100 мм рт. ст. Желтух не было. Аллергии нет.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Питание удовлетворительное. Кожа и слизистые желтушные, склеры иктеричные. Сухость и дряблость кожи, следы расчесов по всему туловищу. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент II-го

тона над аортой. АД 130/90 мм. рт. ст.. пульс 82 в мин, ЧД = 20, температура - 37.3 °С. Язык влажный, обложен желто-белым налетом. Живот обычной формы. равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где пальпируется умеренно-болезненное дно увеличенного, но не напряженного желчного пузыря, а также положительный симптом Ортнера—Кера. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2—3 см, она гладкая, плотная, умеренно-болезненная, нижний край ее острый. Размеры печени по Курлову; 14—12—11 см. Селезенка не увеличена. Диурез достаточный. Моча цвета пива, кал светлый.

Лабораторные исследования:

Биохимический (12 ноября): глюкоза 11.1 ммоль/л; билирубин: общий - 109.1: прямой -93.7; непрямой — 15.4 ммоль/л; общий белок -66.8 г/л; альбумины - 48.5 отн. %, глобулины: альфа-1 - 8.5; альфа-2 — 11.6: бета - 12.6; гамма -18.4 отн. %, креатинин крови - 0.107 ммоль/л; мочевины — 8.7 ммоль/л; щелочная фосфатаза 3718.0 Э/л; АЛТ - 5.83; АСТ - 4.88; ПТИ - 70%; Ф-ген - 6.0 г/л; Этаноловый тест — положительный; альфа-амилаза — 16.2 г* ч/л; кал на стеркобилин - отрицательный; кал на я/глист - не обнаружены. Общий: Эритроциты - 4 млн; Гемоглобин- 117 г/л; Лейкоциты- 10.5; эозинофильт- 14; п-4; с-66; л- 16000, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - темно-желтый, прозрачная, уд. вес 1012, белок и сахар - отриц., желчные пигменты - ++, лейкоциты — 3-4 в поле зрения; бактерии +.

Дуоденальное зондирование: яйца *Opistorchis felinus* до 3-х в поле зрения в порциях А и Б, лейкоциты до 6-8 в поле зрения и аморфные соли в большом количестве; флора *E. coli* — чувствительная к левомицетину - 29, доксациклину - 23.

Инструментальные методы исследования:

УЗИ: Печень равномерно увеличена в размерах, больше за счет левой доли, выступает из-под края реберной дуги на 3 м. Поверхность ее гладкая. Структура однородная, диффузно уплотнена. Внутривеночные желчные протоки расширены. Выраженный перидуктальный фиброз. Холедох до 22 мм в диаметре, общий печеночный проток диаметром 15 мм. Пузырный проток длинный и широкий диаметром 7 мм, низко соединяется с общим печеночным протоком. Желчный пузырь увеличен —(118 на 42 мм), стенки его тонкие, уплотнены. В полости - осадочные структуры. Камней нет. Холедох в панкреатической части сужен до 3 мм. Камней достоверно не найдено. Поджелудочная железа не увеличена (25 на 10 мм), структура однородная, диффузно уплотнена. По ходу ГДС - увеличенные лимфоузлы (до 18 мм в диаметре)

ЭГДС: Слизистая желудка гиперемирована, атрофична. Луковица ДПК объемна, слизистая ДПК гиперемирована. БДС четко контурирован, отечен, гиперемирован, с очаговым налетом фибрина. Устье соска точечное, в просвете ДПК - желчь.

ЭРХПГ: Желчь в просвет кишки поступает. Канюляция и контрастирование БДС. Контраст поступает с некоторым затруднением. Контрастированы: гепатохоледох, внутривеночные протоки и вирсунгов проток. Холедох расширен до 22 см, в дистальной его части имеется протяженная 2.5 см нитевидная стриктура.

Предоперационный диагноз: Хронический описторхоз. Протяженная стриктура терминального отдела холедоха и БДС описторхозной этиологии, осложненная механической желтухой. Холангит.

Больная в качестве предоперационной подготовки получала внутривенные инфузии 5% раствора глюкозы с инсулином и витамином С, одноклассной свежемороженой плазмы, глютаминовой кислоты, кальция хлорид, рибоксин; подкожно - викасол, платифиллин, а внутримышечно—левомицетина сукцинат. Операция 17 ноября под эндотрахеальным наркозом. Верхняя срединная лапаротомия. В брюшной полости увеличенный (12x5x4 см), напряженный желчный пузырь, который не опорожняется, при пункции желчного пузыря получена белая желчь. Холецистэктомия от шейки. Холедох 2 см диаметром, головка поджелудочной железы слегка увеличена и уплотнена. По ходу холедоха увеличенные до 2 см лимфоузлы. Биопсия. В культе пузырного протока установлен дренаж Пиковского диаметром 3 мм, из которого с желчью стали вымываться описторхисы. Низкая супрадуоденальная поперечная холедохотомия, - из холедоха под давлением поступает мутная гноевидного характера желчь с описторхисами. Интраоперационная холедохоскопия: стриктура дистального отдела холедоха, явления холангита,

желчь с хлопьями фибрина и 2 камня до 3-х мм, которые удалены вымыванием. Выполнена супрадуоденальная холедоходуоденостомия по методу клиники: поперечная холедохотомия выполняется максимально близко к двенадцатиперстной кишке для наиболее низкого расположения будущего анастомоза. Первый ряд серо-серозных швов на заднюю губу анастомоза не накладывается из-за наличия переходной складки брюшины с холедоха на ДПК (таким образом задняя губа будущего анастомоза становится более деликатной). Продольная дуоденотомия (соответственно разрезу холедоха). Задняя губа анастомоза ушивается непрерывным синтетическим швом на атравматической игле, после наложения непрерывного шва на переднюю губу ХДА накладывается второй ряд серо-серозных швов. Дренаж Пиковского после ушивания ложа желчного пузыря выведен в трубке большего диаметра через контрапертуру в правом подреберье, там же поставлен сигарный тампон к винслову отверстию. Послойное ушивание раны.

Макропрепарат: Желчный пузырь размерами 12 x 5 x 4 см, в просвете слегка окрашенная желчь, песок. Флора желчи из общего желчного протока: стрептококк, чувствительный к левомецитину, канамицину, гентамицину.

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная печеночная терапия (форсированный диурез, витамины группы С, В, К, холинолитики). Билиарный тракт через дренаж Холстеда—Пиковского санировался растворами фурациллина, канамицина, йодистыми препаратами.

Тампон подтянут и удален на 3-4 сутки. По ликвидации патогенной флоры и описторхисов дренаж Пиковского удален на 12-е сутки. Подтекания желчи не отмечалось. Кожные швы сняты на 7-е сутки, а наводящие швы - на 10-е сутки. Заживление первичное. Рана в правом подреберье зажила вторичным натяжением. Выписана в удовлетворительном состоянии на 15 сутки с выздоровлением.

При изучении отдаленного результата через 1 год в 1997 году (декабрь) больная чувствует себя удовлетворительно, отмечает преходящее чувство дискомфорта в эпигастрии после погрешностей в диете, купируемое приемом спазмолитиков.

Из 500 оперированных нами больных со стриктурами желчных путей различной локализации умерло 16 больных. Послеоперационная летальность составила 3.2%. При изучении непосредственных и отдаленных результатов хорошие показатели выявлены нами у 80% больных.

Рекомендованные хирургическая тактика и техника оперативных вмешательств при данном осложнении хронического описторхоза дают хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Применяющаяся санация желчных путей йодсодержащими препаратами в 91% случаев позволяет избавить больного от описторхозной инвазии. Не претендуя на применение во всех случаях заболевания описторхозом (при данном осложнении) наша методика позволяет получить оптимальные результаты. Ознакомление широкого круга хирургов с методами клиники и внедрение в практику ее рекомендаций дадут возможность значительно улучшить результаты хирургического лечения этого серьезного хирургического осложнения хронического описторхоза.

Список литературы

1. *Альперович Б.И.* и соавторы. Хирургия печени и желчных путей. Томск, 1997. 607 с.
2. *Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б.* Хирургия осложнений описторхоза. Томск, 1990. 224 с.
3. *Белобородова Э.И.* с соавт. Хронический описторхоз и пищеварительная система. Томск, 1996. 118 с.
4. *Белозеров Е.С., Шувалова Е.П.* Описторхоз. Л., 1981. 128 с.
5. Борьба с трематодными инвазиями пищевого происхождения. Доклад исследовательской группы ВОЗ. Женева. 1995. С. 90-92: 144-146.
6. *Бражникова Н.А.* Хирургия осложнений описторхоза. Дис. ... доктора мед. наук. Томск, 1989. 387 с.
7. *Бражникова Н.А.* Хирургические осложнения описторхоза // *Анналы хирургической гепатологии.* 1997. Т. 2. С. 88-93.
8. *Глумов В.Я.* Описторхоз (вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники и лечения). Ижевск, 1981. 24с.

9. *Зиганьшин Р.В., Бысков Б.Г.* Желчная гипертензия у больных описторхозом // Вест. хирургии. 1984. № 12. С. 29-33.
10. *Озерецковская Н.Н., Зальнова Н.С., Тумольская Н.И.* Клиника и лечение гельминтозов. Л., 1985 184 с.
11. *Плотникова Н.Н.* Описторхоз (гельминтоз печени и поджелудочной железы). М.: Издательство АМН СССР, 1953. 127 с.
12. *Раевской А.Ю.* Хирургическое лечение стриктур желчевыводящих путей при описторхозе. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1981. 17 с.