

## Хронический панкреатит у больных с описторхозом

Б.И. Альперович.

Ж.А. Курьсько

Кафедра  
хирургически  
болезней  
педиатрического  
факультета (зав. -  
проф. Б.И.  
Альперович)  
Сибирского  
государственного  
медицинского  
университета, Томск

Цель работы изучение клинко-морфологических особенностей хронических панкреатитов на фоне длительной описторхозной инвазии.

Материал и методы. В протокол ретроспективного когортного исследования вошло 192 пациента с хроническим описторхозным панкреатитом, наблюдавшихся с 1970 по 2000 г. в Томском гепатологическом центре. Женщин было 117(60,9%), мужчин - 75(39,1%). Хроническим псевдотуморозным панкреатитом страдали 35(18%) пациентов. У 133(69,6%) пациентов был хронический болевой панкреатит. Кисты поджелудочной железы встречались у 23(12%) больных. 166(86,5%) пациентов лечились консервативно (инфузии антиферментных препаратов, спазмолитиков, анальгетиков, противовоспалительных средств, заместительная ферментная терапия). У 26(13,5%) пациентов консервативное лечение не привело к улучшению состояния, они были оперированны.

Результаты. На основании патоморфологических и клинических особенностей хронического описторхозного панкреатита предложено различать 3 основные его формы: хронический болевой панкреатит, хронический псевдоопухолевый панкреатит, кисты поджелудочной железы.

Закключение. Наиболее часто встречается болевая форма хронического описторхозного панкреатита. Выбор операции не зависит от формы заболевания, наиболее рациональным методом является криохирургическое воздействие.

## Peculiarities of the treatment of the chronic opisthorchious pancreatitis

B.I. Alperovich.

Z.A. Kurysko

Chair of Surgery of  
Pediatric Faculty  
(Chief- prof. B.I.  
Alperovich) Siberian  
State University,  
Tomsk

Aim: To study clinic and morphological peculiarities of chronic pancreatitis on the background of the chronic opisthorchiasis.

Material and methods: 192 patients with chronic pancreatitis on the background of the chronic opisthorchious invasion were observed since 1970 to 2000 years (women - 117(60,9%), men 75(39,1%). 36(18,8%) patients were suffered from chronic pseudo-tumor opisthorchious pancreatitis. 133(69,3%) patients suffered from chronic sensitive opisthorchious pancreatitis. Cysts of the pancreas were in 23(12%) cases. 166(86,5%) patients were treated conservatively (antifermentative, analgesic, antispasmodic preparations were used, substitution fernientative therapy was inoculated). Conservative treatment did not bring successful results in 13,5% cases, 26 patients were operated.

Results: 3 forms of the chronic opisthorchious pancreatitis were suggested on the base of clinic and morphological peculiarities of the disease: chronic pseudo-tumor opisthorchious pancreatitis, chronic sensitive opisthorchious pancreatitis, cysts of the pancreas.

Conclusion: Sensitive chronic opisthorchious pancreatitis is one of the most frequent forms of the disease. Choice of operation did not depend on form of the disease: the best method of treatment is cryosurgery.

### Введение

Несмотря на то что с момента открытия *Opisthorchis felinus* прошло уже 110 лет, проблема описторхозной инвазии не утратила актуальности, что объясняется массивностью поражения населения описторхозом и влиянием его на течение и клинические проявления ряда заболеваний органов брюшной полости [4, 7, 11]. Большинство исследователей, занимающихся изучением различных аспектов хирургического лечения хронического описторхоза, акцентируют внимание на поражении печени и желчных путей, где локализуется максимум изменений, ведущих к развитию тех или иных осложнений. В то же время упускается из виду важный момент описторхозной инвазии протоков поджелудочной железы и возникающее при этом воспаление [3, 6, 10]. Паразитирование кошачьей двуустки в протоках поджелудочной железы наблюдается реже, чем в желчных, что, вероятно, обусловлено менее подходящей для паразитов средой панкреатического сока, более высоким давлением в протоковой системе [3].

Цель работы - изучение клинико-морфологических особенностей хронических панкреатитов на фоне хронического описторхоза.

### Материал и методы

С 1970 по 2002 г. обследовано 192 пациента с хроническим панкреатитом, развившимся на фоне длительной описторхозной инвазии. Среди больных было 117(60,9%) женщин и 75(39,1%) мужчин. Возраст пациентов варьировал от 22 до 80 лет.

Из всех больных хроническим описторхозным псевдотуморозным панкреатитом страдало 36 (18,8%) пациентов. При данной форме заболевания воспалительные изменения в большей степени локализируются в головке поджелудочной железы. Макроскопически головка поджелудочной железы увеличена в объеме, плотная, рисунок долек смазан. Между дольками разрастается соединительная ткань, вокруг панкреатических протоков отмечается значительный фиброз, вызывающий их деформацию. Панкреатические протоки часто имеют бухтообразные расширения, стенка их утолщена, в просвете густой секрет. Интенсивность склеротических изменений заметно уменьшается в каудальном направлении. Непроходимость панкреатических протоков, помимо механических причин, может быть обусловлена метаплазией эпителия, вызванной постоянной травматизацией слизистой протоков телами описторхисов. Возникает постепенная дегенерация ацинусов и замещение их соединительной тканью. В поздних стадиях заболевания процесс становится столь выраженным, что нормальная ткань представлена островками, заключенными в каркас из грубой соединительной ткани.

133 (69,3%) пациента страдали хроническим описторхозным болевым панкреатитом. При этой форме заболевания склеротические изменения имеют диффузный характер. Поджелудочная железа обычных размеров или несколько увеличена, малокровная, плотноэластической консистенции. Во всех ее отделах равномерно разрастается соединительная ткань, но рисунок долек выражен четко, фиброзная капсула склерозирована. В патологический процесс вовлекаются протоки разного калибра. Отмечаются участки сужений и расширений, главного панкреатического протока, так и междольковых. В результате чередования участков значительно выраженного стеноза и расширения протоков возникает так называемая картина «цепочки озер». Фиброзная ткань разрастается вокруг протоков и сосудов, проникая внутрь долек, что вызывает постепенное нарушение трофики ацинусов и атрофию панкреатоцитов. Нарушается внешнесекреторная функция поджелудочной железы. Несмотря на выраженный диффузный склероз, панкреатические островки (островки Лангерганса) долгое время остаются интактными. Эпителий протоков подвергается дистрофическим и некробиотическим изменениям за счет нарушения его трофики, а также постоянной травматизации клеток протокового эпителия телами описторхисов, продуктами их жизнедеятельности [3]. Происходит десквамация эпителия, а в некоторых его участках - гиперплазия, что приводит к нарушению секреции панкреатического сока, изменению его состава.

Кисты поджелудочной железы встречались у 23 (12%) больных с хроническим описторхозным панкреатитом. Для их образования необходимо сочетание повреждения паренхимы поджелудочной железы с затруднением оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Часто при хроническом описторхозе

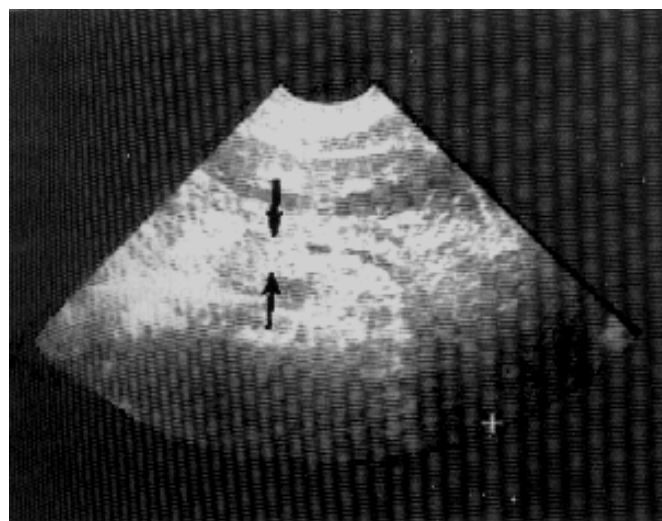


Рис. 1. Ультрасонограмма поджелудочной железы при хроническом болевом панкреатите: стрелками обозначена головка железы.

развиваются стриктуры терминального отдела общего желчного протока, имеющие, как правило, продленный характер, и стеноз большого дуоденального сосочка, что приводит не только к желчной гипертензии, но и нарушению оттока панкреатического секрета. Ведущим звеном являются нарушение проходимости главного панкреатического протока, который закупоривается телами описторхисов и описторхозным детритом, и внутрипротоковая гипертензия [2]. Кисты могут локализоваться в головке поджелудочной железы – 11 (5,8%) пациентов. Изолированно в теле поджелудочной железы кисты встречаются редко. Они локализовались в теле и хвосте железы у 4 (2,1%), в теле и головке у 2 (1%) пациентов. В хвостовой части поджелудочной железы кисты локализовались в 6 (3,1%) наблюдениях.

Клиническая картина хронического описторхозного панкреатита характеризуется следующим:

1. Болевой синдром - наиболее ранний и частый. Боли локализуются 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. Боли часто носят упорный, рецидивирующий характер, трудно поддаются медикаментозной коррекции и со временем приводят к изменению личности пациента и его инвалидизации. Причиной болей являются нарушение оттока панкреатического сока и связанная с этим внутрипротоковая гипертензия [5, 12]. Данный механизм объясняет усиление болей после приема пищи и других стимуляторов секреции. Другой причиной болевого синдрома служат воспалительные и рубцовые изменения парапанкреатической клетчатки с вовлечением в воспалительный процесс нервных окончаний. С наступлением атрофии паренхимы поджелудочной железы болевой синдром, как правило, ослабевает.

2. Диспепсический синдром - проявление недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы или мальдигестии. Для него характерны чувство тяжести в эпигастральной области, особенно после приема даже небольшого количества пищи, чувство распирания, вздутия живота, отрыжка. Часто пациенты жалуются на неустойчивость стула, упорный понос. При копрологическом исследовании обнаруживается креато- и стеаторея [8]. Считается, что выраженность внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы тесно взаимосвязана с выраженностью дегенеративных процессов в паренхиме железы. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы встречалась у 104 (54,2%) пациентов.

3. Синдром инкреторной недостаточности. Нарушение внутрисекреторной функции поджелудочной железы относится к поздним признакам хронического описторхозного панкреатита [8, 13]. Нарушение инкреторной функции встречалось у 23 (12%) пациентов.

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

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

При изучении внешнесекреторной функции поджелудочной железы исследовали секрет поджелудочной железы, определяли переваривающую способность секрета поджелудочной железы, а также уровень панкреатических ферментов в крови и моче. При хроническом описторхозном панкреатите изменения панкреатической секреции зависят от стадии заболевания. В начальной его стадии отмечается гиперсекреция с незначительным снижением содержания бикарбонатов. При прогрессировании заболевания содержание бикарбонатов постепенно снижается на фоне уменьшения концентрации ферментов и сокращения общего объема секреции поджелудочной

железы. О состоянии внешнесекреторной функции поджелудочной железы можно судить о степени перевариваемости различных ингредиентов пищи, прежде всего, белков и жиров. При копрологическом исследовании в 34 (17,7%) наблюдениях отмечались креато- и стеаторея. Определение ферментов поджелудочной железы в крови и моче не всегда информативно при хронических формах описторхозного панкреатита, так как не всегда отмечалось их повышение.

Исследование инкреторной недостаточности поджелудочной железы направлено на выявление гипофункции В-клеток островкового аппарата. Выполнялся тест толерантности к глюкозе.

Ключевым методом обследования является УЗИ. Информативность этого метода исследования составляет 68,7% (В.Ф. Цхай, 1993 г.). 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). Кисты поджелудочной железы, осложняющие хронический описторхозный панкреатит, могут быть одиночными и множественными, характеризуются, как правило, четкими, ровными контурами, правильной формы, чаще локализируются 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 псевдоопухолевом панкреатите отмечается неравномерное увеличение поджелудочной железы преимущественно за счет головки, контуры ее неровные, нечеткие, эхоплотность повышена, вирсунгов проток расширен (рис. 3). Подобные изменения встречаются при раке головки поджелудочной железы, поэтому бывает трудно, а иногда и невозможно дифференцировать данные заболевания поджелудочной железы друг от друга даже во время операции. В этих ситуациях диагностика основывается на данных биопсии поджелудочной железы и длительном послеоперационном наблюдении. ЭРХПГ является более объективным, чем УЗИ, методом оценки состояния протоковой системы поджелудочной железы, при этом отмечаются неравномерное расширение просвета и неровность контуров вирсунгова протока, его кистозная деформация, участки стенозирования, задержка контрастного вещества в протоках первого и второго порядка, дефекты наполнения, иногда конкременты [12]. Несмотря на высокую информативность ЭРХПГ в диагностике осложнений хронического панкреатита, данный

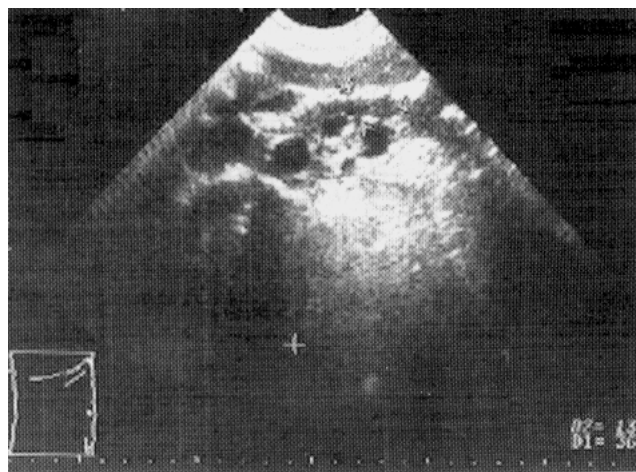


Рис. 2. Ультрасонограмма кист головки поджелудочной железы.

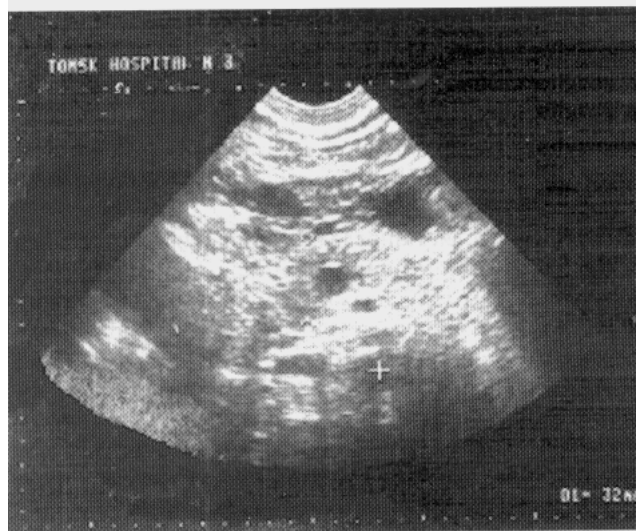


Рис. 3. Ультрасонограмма поджелудочной железы при хроническом псевдотуморозном панкреатите.

ЭРХПГ является более объективным, чем УЗИ, методом оценки состояния протоковой системы поджелудочной железы, при этом отмечаются неравномерное расширение просвета и неровность контуров вирсунгова протока, его кистозная деформация, участки стенозирования, задержка контрастного вещества в протоках первого и второго порядка, дефекты наполнения, иногда конкременты [12]. Несмотря на высокую информативность ЭРХПГ в диагностике осложнений хронического панкреатита, данный

метод не рекомендуется использовать у пациентов с кистами поджелудочной железы из-за высокого риска развития осложнений в виде нагноения кист (до 70%) [13].

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% наблюдений 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 желчных протоков при описторхозе. Так, по данным Н.А. Бражниковой (1989 г.), при описторхозном псевдоопухоловом панкреатите наблюдается деформация антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), сужение ее просвета [2]. Слизистая желудка и ДПК при этом сохраняет подвижность. Косвенными признаками описторхоза являются дуодено-гастральный рефлюкс, дуоденостаз, дуоденит, папиллит, налеты фибрина на слизистой в виде манной крупы [3]. Однако указанные изменения слизистой ДПК и большого дуоденального сосочка не отличаются специфичностью и могут встречаться при любых воспалительных заболеваниях желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

166 (86,5%) пациентов лечились консервативно (инфузии антиферментных препаратов, спазмолитиков, анальгетиков, противовоспалительных средств, заместительная ферментная терапия). У 23 (13,5%) пациентов консервативное лечение не привело к улучшению состояния, они были оперированы. При оперативном лечении большое значение имеет криохирургическое воздействие на поджелудочную железу, позволяющее при минимальном риске снять болевой синдром и добиться существенного улучшения состояния больных [2]. Вмешательство осуществляется дифференцированно в зависимости от формы панкреатита. При хроническом болевом панкреатите достаточна криодеструкция железы в ключевой точке и в измененных отделах железы по методу, разработанному Т.Б. Комковой. Это малоинвазивное вмешательство дает возможность облегчить состояние больного, не прибегая к обширным вмешательствам - резекции поджелудочной железы. При псевдоопухоловом панкреатите достаточна криодеструкция железы в сочетании с желчеотводящими операциями при нарушениях пассажа желчи в кишечник. К резекции железы следует прибегать только при сомнении в диагнозе и веском подозрении на злокачественное перерождение. При кистах поджелудочной железы осуществляется резекция железы или дренирование кист с частичным иссечением их стенок и криодеструкцией. В исключительных случаях прибегают к цистозэнтеростомии. (Таблица)

## Результаты

Описторхозная инвазия вызвала воспалительно-пролиферативные изменения не только в протоках поджелудочной железы, но и в паренхиме и межлужочной ткани, что в сочетании со стазом панкреатического секрета привело к фиброзу. На основании патоморфологических и клинических особенностей предложено различать 3 основные формы хронического описторхозного панкреатита: хронический болевой панкреатит, хронический псевдоопухоловый панкреатит, кисты поджелудочной железы.

| Структура оперативных вмешательств при хроническом описторхозном панкреатите |               |                                                                        |                     |  |    |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|----|
| Форма хронического описторхозного панкреатита                                | Всего больных | Оперативное лечение                                                    | Число оперированных |  |    |
| Хронический псевдоопухолевый                                                 | 36(19%)       | Криодеструкция                                                         | 2                   |  |    |
|                                                                              |               | Холцистоэнтеростомия                                                   | 1                   |  |    |
| Хронический болевой                                                          | 133(69%)      | Криодеструкция                                                         | 3                   |  |    |
|                                                                              |               | Криодеструкция и оментопанкреопексия                                   | 1                   |  |    |
|                                                                              |               | Криодеструкция, холцистэктомия                                         | 1                   |  |    |
|                                                                              |               | Резекция поджелудочной железы                                          | 2                   |  |    |
| Кисты поджелудочной железы                                                   | 23(12%)       | Криодеструкция поджелудочной железы                                    | 2                   |  |    |
|                                                                              |               | Вскрытие, криодеструкция, ушивание полости кисты                       | 2                   |  |    |
|                                                                              |               | Резекция, криодеструкция, тампонада сальником полости кисты            | 2                   |  |    |
|                                                                              |               | ХДА, холцистостомия, вскрытие и дренирование кист поджелудочной железы | 1                   |  |    |
|                                                                              |               | Цистоэнтеростомия                                                      | 5                   |  |    |
|                                                                              |               | Цистоэнтеростомия, криодеструкция                                      | 1                   |  |    |
|                                                                              |               | Всего больных                                                          | 192(100%)           |  | 23 |

### Заключение

1. Наиболее часто встречается болевая форма хронического описторхозного панкреатита.
2. Выбор операции не зависит от формы заболевания, наиболее рациональным методом является криохирургическое воздействие.

### Список литературы

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 Томского ун-та, 1985.
3. Альперович Б. И., Бражникова Н. А., Ли А. Б. Хирургия осложнений описторхоза. Томск: Изд-во Томского ун-та, 1990. 224 с.
4. Альперович Б.И. Курьсько Ж.А., Марьина М.Е. Хронический описторхозный панкреатит // Материалы 1 Международной юбилейной конференции «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии». Томск, 2-5 апреля 2001г. Томск, 2001. С. 100-101.
5. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д- Хронический панкреатит. С-Петербург: Питер, 2000.
6. Глузов В. Я. Описторхоз Вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники, лечения: Метод, рекомендации. Ижевск, 1981.
7. Завойкин В. Д., Зеля О. /7., Сокерина О. А. Современное состояние проблемы описторхоза в Западной Сибири // Материалы 1 Международной юбилейной конференции «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии», г. Томск, 2-5 апреля 2001г. Томск, 2001. С. 99.
8. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидое Д.Ф. Хронический панкреатит. М. Медицина, 1985. 368 с.
9. Толкаем М. В. Ультразвуковая диагностика осложнений описторхоза. Автореф. дис. ...канд. мед. Томск, 1999.
10. Хирургия печени и желчных путей / Б. И. Альт Е.С. Арефьева, Э.И. Белобородова и др. Томск: ( 1997.605 с.

