

## Клиника, диагностика и лечение осложнений описторхоза.

Бражникова Н.А.

Цхай В.Ф.

ТВМИ, СибГМУ,

Томск, Россия

В статье приведен анализ результатов морфологического исследования органов паразитирования описторхисов 254 трупов больных, страдавших хроническим описторхозом, анализ хирургического лечения 1170 больных с осложнениями этого заболевания, среди которых преобладают стриктуры желчных путей различной локализации – 730 наблюдений (пузырного протока, общего желчного протока, большого сосочка двенадцатиперстной кишки). Установлено, что в основе развития хирургических осложнений описторхоза лежат хронический пролиферативный холангит с исходом в склероз и фиброз, холангиоэктазия и аналогичные изменения в панкреатических протоках, обусловленные длительной и массивной инвазией. Стриктуры общего желчного протока развиваются в дистальном отделе его, носят протяженный характер. На втором месте по частоте стоят острые и хронические панкреатиты. В диагностике хирургических осложнений описторхоза основная роль принадлежит ультразвуковому сканированию, эндоскопической холангиопанкреатографии, холедохоскопии, интраоперационной холангиографии. Обоснованы принципы оперативного лечения, включающие обязательное удаление желчного пузыря, наложение супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза при протяженных стриктурах общего желчного протока, антигельминтную терапию йодиолом в послеоперационном периоде, от эффективности которой зависят отдаленные результаты. Делается вывод о необходимости своевременной дегельминтизации при описторхозе, диспансерном наблюдении больных для ранней диагностики развивающихся осложнений.

## Clinical Features, Diagnosis and management of the Complicated Opisthorchosis

N.A. Brazhnikova,

V.F. Tskhai

Tomsk Medical Institute, Siberian State

Medical University

*An analysis of the morphology of 254 corpses, dead of chronic opisthorchosis, results of surgical management in 1170 complicated opisthorchosis patients is presented. 730 out of these patients suffered of strictures of different localization (cystic duct, common bile duct, papilla Vateri). It is defined, that chronic proliferative cholangitis and lesions of pancreatic duct lay in the background of this changes. Common bile duct strictures are mainly located in its distal part. The next by incidence are acute and chronic pancreatitis. The main role in the diagnosis of complicated opisthorchosis belongs to ultrasound, ERCP and intraoperative cholangiography. The principles of the surgical management including cholecystectomy and ceproduodenal choledochoduodenostomy and postoperative antihelminth iodine therapy are substantiated. It is concluded, that opportune dehelmitisation and follow up examination of the opisthorchosis patients is the important tool in the prevention of the cited above complications.*

Западная Сибирь является самым большим очагом заболевания описторхозом: 80-87%, а в некоторых районах Томской области до 90% населения страдают им. Ранняя стадия описторхоза протекает практически бессимптомно. Клиническую картину хронической стадии определяют пролиферативные процессы внутри- и внепеченочных желчных, а также панкреатических протоков с развитием аденоматоза, склероза и фиброза, лежащие в патогенезе заболевания [5]. Выраженность этих изменений зависит от степени и длительности инвазии. В местах физиологических сужений склеротические изменения приводят к образованию стриктур (пузырного протока, дистальной части холедоха, большого сосочка двенадцатиперстной кишки), внутри- и внепеченочной холангиоэктазии, развитию механической желтухи, холангитов, холангитических абсцессов [1,8]. Подобные же изменения в поджелудочной железе вызывают индуративные панкреатиты с преимущественной локализацией в области головки. Эти так называемые «головчатые» панкреатиты, возникающие на фоне склеротических изменений желчных протоков, большого сосочка двенадцатиперстной кишки способствуют развитию протяженных стриктур дистального отдела общего желчного протока, требующих хирургической коррекции. Описанные изменения билиарной системы обуславливают развитие холестаза, который усиливается за счет обтурации протоков описторхисами, перихоледохеального лимфаденита. Хроническая описторхозная инвазия ведет к угнетению иммунной системы, создает благоприятный фон для первичного рака органов, поражен-

ных паразитами. Патологическая регенерация эпителия с образованием аденоматозных структур, атипизм эпителия являются основой развития холангиогенного рака печени, желчных путей, поджелудочной железы [2,4].

Цель настоящей работы – выявить патоморфологические особенности хронической описторхозной инвазии, влияющие на развитие осложнений описторхоза, разработать алгоритм диагностики, принципы оперативного лечения и дегельминтизацию в раннем послеоперационном периоде.

#### Материалы и методы.

В печеночном центре города Томска лечилось 4756 больных с различными клиническими проявлениями хронического описторхоза (23,2 % от всех заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны). 1170 человек (24,6 %) из них оперированы в связи с осложненными формами заболевания. Характер их представлен в таблице.

#### Осложнения описторхоза

Таблица 1

Характер осложнения	Число больных
Стриктур желчевыводящих протоков	730 (62,4 %)
Панкреатиты	188 (16 %)
Кисты печени	37 (3,1 %)
Абсцессы печени	31 (2,6 %)
Цирроз печени	43 (3,6 %)
Рак органов, пораженных паразитами	141 (12,3 %)
Всего	1170 (100 %)

Число больных с осложнениями описторхоза постоянно возрастает, за последние 10 лет с 12,4 % до 37,8 %. У 60 % оперированных больных длительность инвазии составила от 10 до 20 и даже 30 лет. Большинство больных лечилось от описторхоза, но, по-видимому, безуспешно, либо имела место повторная инвазия. Возраст больных варьировал от 21 до 87 лет, страдали преимущественно люди работоспособного возраста (75 %).

В диагностике хирургических осложнений описторхоза применялись общеклинические, лабораторные и инструментальные исследования: ультразвуковое сканирование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭГХПГ), интраоперационная холангиография (ИОФ), холедохоскопия (ХС).

#### Результаты и обсуждение.

Патоморфология органов, пораженных паразитами изучена на 254 трупах больных, у которых описторхоз учтен как сопутствующая или основная патология. При небольшой степени инвазии в неизмененных или слегка расширенных внутривнутрипеченочных желчных протоках выявлена очаговая аденоматозная пролиферация эпителия слизистой, очаговая лимфогистиоцитарная и эозинофильная инфильтрация портальных трактов, перидуктальный очаговый склероз поджелудочной железы. При умеренной степени инвазии определялись расширенные внутривнутрипеченочные желчные протоки с образованием небольших холангиоэктазов, иногда кист, диффузная пролиферация эпителия слизистой, перидуктальный склероз, реже – фиброз, зернистая или крупновакуолярная дистрофия гепатоцитов, наряду с этим очаговый некроз их с усиленной регенерацией. При массовой степени инвазии расширенные подкапсульные и внутривнутрипеченочные желчные протоки образовывали мешотчатые холангиоэктазы, кисты; выявлялся аденоматозный пролиферативный холангит (рис. 1) с развитием широких полей соединительной ткани с лимфогистиоцитарной инфильтрацией ее и склерозом, вплоть до развития цирроза, обширные очаги некрозов гепатоцитов, стриктуры пузырного протока, БДС, дистальной части общего желчного протока (рис. 2). Холестаз, обусловленный описанными изменениями, вторичное инфицирование приводили к развитию гнойного холецистита, холангита, абсцессов печени, камнеобразованию. У 13 умерших с длитель-

ной инвазией выявлены холангиокарциномы, у двух – склерозирующий холангит с циррозом печени и портальной гипертензией.



Рис. 1. В просвете расширенного внутрипеченочного желчного протока описторхисы. Выражен аденоматоз стенки протока.

Гематоксилин-эозин x 70



Рис. 2. Склероз и аденоматоз дистального отдела холедоха.

Гематоксилин-эозин x 70

Основная роль в диагностике хронического описторхоза и его осложнений принадлежит инструментальным методам, так как лабораторные скорее всего отражают характер воспаления, тяжесть состояния больных, аллергический фон. Но прослеживается четкая зависимость между выраженностью нарушений пигментной, белковообразовательной, ферментной функций печени и характером осложнения, что позволяет использовать эти показатели в диагностике последних.

Методом скрининга является ультразвуковое сканирование (УЗИ). Патогномичным признаком осложненного описторхоза являются холангиоэктазы (рис. 3), количество и выраженность которых зависит от степени холестаза (7).

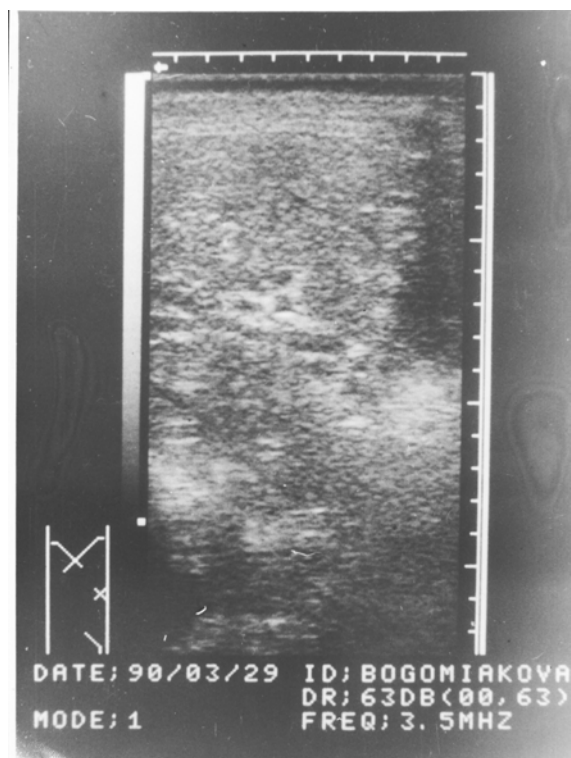


Рис. 3. УЗИ. Хронический описторхоз. Множественные холангиоэктазы печени.

Частота выявления холангиоэктазов определяется локализацией стриктур: при стриктурах пузырного протока – у 27 % больных, при стриктурах дистального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у 78,3 %. При дистальных стриктурах общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки отличается расширение общего желчного протока от 1,0 да 3,5 см, при этом терминальный отдел трудно дифференцируется, нередко в просвете его определяются аморфные включения, особенно затруднительно изучение этого отдела при панкреатитах. Из других УЗ-признаков описторхозного поражения печени учитываем перидуктальный фиброз, увеличение размеров желчного пузыря, наличие в нем включений, перихоледохеальный лимфаденит.

УЗИ позволяет определить также и характер воспаления в желчном пузыре. Деструктивные формы характеризуются утолщением стенок более 3 мм, их инфильтрацией, удвоением контуров стенок, инфильтрацией ткани печени в области ложа пузыря, наличием свободной жидкости вокруг желчного пузыря. УЗ-признаком стриктуры пузырного протока является увеличение желчного пузыря и осадочные включения в нем. Граничным значением длинника желчного пузыря при этом является 11,0 см, поперечника – 4,0 см (вероятность составляет 88 %).

Острые панкреатиты при УЗИ характеризуются увеличением железа, преимущественно головки, четкими контурами, неоднородной структурой, иногда наличием жидкости в сальниковой сумке. При хронических панкреатитах преобладают псевдоопухолевые формы, контуры железы при этом неровные, бугристые, размеры железы увеличены, в основном головки и тела, экоструктура неоднородная.

При ЭГДС для описторхоза характерны дуодениты, папиллиты, при стриктурах пузырного протока у 65,7 % больных найдены поверхностные и атрофические, при стриктурах большого сосочка двенадцатиперстной кишки, механической желтухе – эрозивные формы.

Весьма информативна ЭРХПГ, с помощью которой можно с точностью установить наличие стриктуры большого сосочка двенадцатиперстной кишки и дистального отдела общего желчного протока, протяженность их, наличие конкрементов, описторхозного детрита в просвете гепатохоледоха, расширение билиарного дерева, холангиоэктазы, состояние желчного пузыря. Эффективность этого метода составляет 83 %. У 14 % больных ЭРХПГ не удалось выполнить из-за резкого сужения большого сосочка двенадцатиперстной кишки, наличия околопапиллярных дивертикулов. Чрескожную чреспеченочную холангиографию при описторхозе не применяем, так как она

противопоказана из-за возможности повреждения подкапсульных холангиоэктазов и развития вследствие этого желчного перитонита.

Интраоперационное исследование желчных путей включало в себя холангиографию и фиброхоледохоскопию, особенно они имели значение при безуспешности ЭГХПГ. Даже при отсутствии механической желтухи всегда отмечается расширение внутрипеченочных желчных протоков, доходящих до капсулы печени, усиление их рисунка, холангиоэктазы, описторхозный детрит в виде рыхлых включений в просвете общего желчного протока, редко – полулунные дефекты наполнения во внутрипеченочных протоках за счет тел описторхисов (рис. 4).

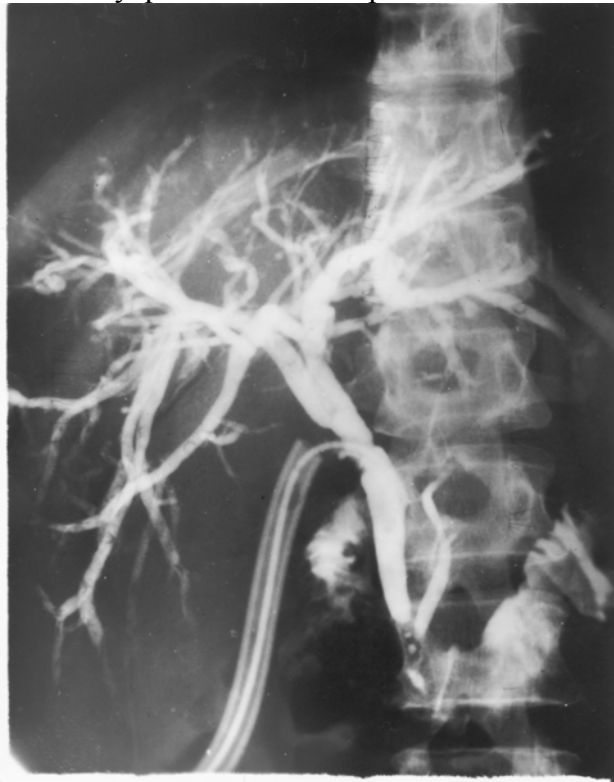


Рис. 4. Интраоперационная холангиография. Холедох умеренно расширен, в дистальном отделе дефект наполнения нечеткой формы за счет описторхозного детрита. Расширенные внутрипеченочные протоки, холангиэктазы, множественные дефекты наполнения полулунной формы, обусловленные телами описторхисов. Билиопанкреатический рефлюкс.

Для перихоледохеального лимфаденита характерно наличие волнистого контура дистального отдела общего желчного протока, латеральные дефекты наполнения. При стриктурах дистального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки отмечается расширение всех протоков, кистевидные и мешотчатые холангиоэктазы по периферии и в центре печени, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. При хронических «головчатых» панкреатитах выявляются протяженные, от 1,5 до 4,0 см, дистальные стриктуры. Склерозирующие холангиты имеют своеобразную картину: очень узкие внутрипеченочные и внепеченочные протоки с затрудненным пассажем контраста в двенадцатиперстную кишку. Холедохоскопия позволяет уточнить наличие и протяженность стриктур общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки, установить форму холангита (преобладают фибриновые и фибринозно-язвенные), наличие конкрементов, описторхозного детрита, санировать желчные пути, при необходимости взять биопсию или сделать смыв с последующим цитологическим исследованием.

Наиболее частым осложнением хронического описторхоза являются стриктуры билиарного дерева разной локализации. Преобладают сужения пузырного протока (372 больных – 51 %), стриктуры дистального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки найдены у 124 пациентов (17 %), сочетание стриктур пузырного протока с дистальной стриктурой общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки

– у 205 (28,1 %). У 29 больных выявлен склерозирующий холангит. Длительность инвазии составила у большинства больных более 10 лет, соотношение мужчин и женщин 1:3, 27 % больных были старше 60 лет.

Стриктуры пузырного протока обуславливали развитие обтурационного холецистита, одинаково часто встречались хронические и острые формы. При последних преобладали деструктивные холециститы (87 %). У 90 % больных отличалось сочетание их с желчекаменной болезнью. При хроническом воспалении наблюдались преимущественно водянки и эмпиемы желчного пузыря.

При дистальных стриктурах общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки в связи с нарушением пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку клиническая картина зависит не столько от холециститов, сколько от механической желтухи, гнойного холангита (75 %), осложненных острой печеночной недостаточностью у 49 % больных. Холестаз у этих пациентов усугублялся частым наличием холедохолитаза (44 %), перихоледохеальным лимфаденитом (30 %), панкреатитом (19 %). При сочетании стриктур пузырного протока с дистальной стриктурой общего желчного протока клиническая картина складывалась из симптомов обтурационного холецистита на фоне механической желтухи, гнойного холангита, при этом у 70 % больных пальпировался увеличенный желчный пузырь, что требует дифференциального диагноза с симптомом Курвуазье при опухолях головки поджелудочной железы.

Описторхозные склерозирующие холангиты характеризуются тяжелым клиническим течением: потерей в весе, гепатомегалией, длительной желтухой, абсцессами печени, признаками портальной гипертензии, практически у всех больных развивается острая печеночная недостаточность.

При всех локализациях описторхозных стриктур считаем необходимым удаление желчного пузыря, как из-за стриктуры пузырного протока, так и частого наличия желчекаменной болезни. При отсутствии билиарной гипертензии (отсутствие при УЗИ холангиоэктазов) осуществляем лапароскопическую холецистэктомию. При продленных стриктурах общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки выполняем супрадуоденальную холедоходуоденостомию, так как папиллосфинктеротомия при этом невозможна и противопоказана. Анастомоз должен быть не менее 2,0 см в диаметре, так как хронический склерозирующий процесс в стенке холедоха способствует его рубцеванию и рецидиву желтухи. Во всех случаях необходимо наружное дренирование желчных протоков для их декомпрессии и проведения в послеоперационном периоде антигельминтной санации йодиолом (патент №2007172, 1994) по разработанной в клинике методике [2]. От санации отказываемся при наличии рефлюкса контраста (при ЭРХПГ, ИОХ) в панкреатический проток из-за опасности развития панкреатита. Для предупреждения подпеченочных затеков, желчного перитонита при случайном преждевременном извлечении или выпадении наружного дренажа его помещаем в дополнительную страховочную трубку большего диаметра, активная аспирация по которой в указанных ситуациях позволяет избежать осложнений. Наружные дренажи использовали также для лечения гнойного холангита (патогенная флора высеяна из желчи у 94 % оперированных). При длительном и выраженном холестазе применяем внутрипортальный путь введения лекарственных препаратов через канюлированную пупочную вену, что способствовало быстрейшему восстановлению функций печени, снижению числа послеоперационных осложнений в 2 раза. Из 329 больных с дистальной стриктурой общего желчного протока умерло 8 (2,4 %), основная причина смерти – прогрессирующая печеночная недостаточность. Отдаленные результаты в сроки до 30 лет у оперированных по поводу стриктур желчных протоков были у 79,4 % больных хорошими с эффективностью дегельминтизации у 91,2 %.

Оперативное лечение склерозирующего холангита представляет значительные трудности и является нерешенной до сих пор задачей. Холецистэктомия с наружным дренированием протоков по Пиковскому, Вишневскому, Сейполу-Куриану, внутреннее дренирование (холецистоэнтеростомия) приводят к временному улучшению состояния больных. В отдаленном периоде у них наблюдались прогрессирующий цирроз печени, развитие холангиогенных абсцессов печени. В этой группе больных была самая высокая летальность – 14 %.

Описторхозные панкреатиты среди осложнений описторхоза занимают второе место. Наблюдаются две формы. Первичные характеризовались наиболее выраженными изменениями в железе при малоизмененном желчном пузыре. Чаще отмечались холецистопанкреатиты (85,5 %). При хронических панкреатитах наибольшие изменения выявляются в области головки органа, преобладают индуративные и псевдоопухолевые формы. Клиническая картина острых описторхозных панкреатитов отмечается тяжестью течения, особенно на фоне механической желтухи. При хронических панкреатитах ведущими являются болевой синдром, диспепсические расстройства, прогрессирующее похудение.

Принципы операций на желчном пузыре и протоках при описторхозных панкреатитах были теми же. При панкреонекрозе осуществляли оментопанкреатопексию, абдоминализацию или криодеструкцию очагов некроза [3]. В последние годы часто прибегаем к оментобурсостомии для последующих программных санации сальниковой сумки, некрэктомий. У больных с псевдоопухолевым болевым панкреатитом применяли криодеструкцию по Т. Б. Комковой, способствующую ликвидации болевого синдрома, но сохранению инкреторной функции железы [6].

В основе развития описторхозных кист печени лежит холангиоэктазия. Особенностью являются преимущественная локализация в левой доле печени, множественность, склонность к абсцедированию. Клиническая картина в виде тяжести в области печени, тупой боли появляется только при значительных размерах кист. Характер оперативного вмешательства при описторхозных кистах определяется локализацией, количеством и величиной их. При больших и множественных кистах, занимающих сегмент, долю печени, производили резекцию органа. В остальных случаях осуществляем иссечение стенок кисты, выступающих над поверхностью печени, криодеструкцию ее ложа, что ведет к гибели эпителиальной выстилки и предупреждению рецидивов, тампонаду сальником на ножке. При множественных мелких кистах прибегаем к лапароскопической фенестрации кист. В послеоперационном периоде считаем обязательной паразитотропную терапию.

Абсцессы печени при описторхозе возникают не только в результате нагноения кист, но чаще как осложнение гнойного холангита, в этих случаях характерно образование множества гнойников. Причиной абсцессов печени может быть некроз паренхимы вследствие тромбоза сосудов портальной системы. Гнойники печени развиваются, как правило, в запущенных стадиях хронического описторхоза. Клиническая картина характеризуется симптомами тяжелой интоксикации, механического холестаза, у больных часто определяются асцит, спленомегалия. В хирургическом лечении абсцессов печени применяем как вскрытие и дренирование одиночных гнойников, так и резекцию печени при множественных, либо огромных абсцессах, занимающих долю печени. В качестве предоперационной подготовки под контролем УЗИ осуществляем пункцию и дренирование полостей гнойников для санации и купирования интоксикации. Значительно улучшает результаты лечения внутрипортальное введение антибиотиков.

Циррозы печени при описторхозе чаще являются вторичными билиарными, иногда они носят постнекротический или смешанный характер. Больные поступают, как правило, в стадии декомпенсации, поэтому операции имели в основном паллиативный характер и были направлены на остановку кровотечения из варикозных вен пищевода и кардии. При компенсированных формах выполняли криодеструкцию, оментогепатодиафрагмопексию.

Рак органов, пораженных паразитами, локализовался чаще всего в поджелудочной железе, одинаково часто в печени и в желчном пузыре и протоках, развивался при длительной инвазии, у некоторых больных – в течение 20-30 лет. Ведущим симптомом была стойкая, прогрессирующая желтуха, сопровождающаяся высокой температурой, ознобами. Больные поступали в стационар, к сожалению, поздно, поэтому преобладали в основном паллиативные операции. Резекция печени осуществлена только одному больному. При раке желчных протоков прибегали преимущественно к транспеченочному дренированию по Сейполу-Куриану. При раке большого сосочка двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы только у 4 больных удалось осуществить радикальную операцию.

**Выводы.**

1. Длительная и массивная инвазия приводит у 24,6 % больных к развитию осложнений, требующих оперативного лечения, число их неуклонно растет.
2. Основную часть среди них составляют стриктуры различной локализации (пузырного протока, общего желчного протока, большого сосочка двенадцатиперстной кишки), характеризующиеся протяженным характером.
3. Частоту хирургических осложнений описторхоза можно снизить своевременной дегельминтизацией, а улучшить результаты лечения – обязательной диспансеризацией больных с проведением УЗИ не менее одного раза в год с целью раннего выявления этих осложнений.

**Список литературы**

1. *Абушахманов В.К.* Описторхозные стриктуры дистального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка и их хирургическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2000. 26 с.
2. *Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б.* Хирургия осложнений описторхоза. – Томск, 1990. 224 с.
3. *Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Тюльков Г.И.* Криохирургическое лечение острого деструктивного панкреатита // Клиническая хирургия. 1982. №17. с. 7-10.
4. *Бражникова Н.А.* Хирургия осложнений описторхоза: Дисс. ... докт. мед. наук. – Томск, 1989. 387 с.
5. *Зубов Н.А.* Патологическая анатомия описторхоза и его осложнения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Пермь, 1973. 25 с.
6. *Комкова Т.Б.* Криохирurgia хронического большого панкреатита. Автореф. ... канд. мед. наук. – Томск, 1988. 14 с.
7. *Толкаева М.В.* Ультразвуковая диагностика хирургических осложнений описторхоза: Автореф. ... канд. мед. наук. – Томск, 1999. 23 с.
8. *Цхай В.Ф.* Механическая желтуха паразитарной природы. Автореф. ... докт. мед. наук. – Томск, 1993. 46 с.