

Описторхозный панкреатит

Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай, Н.В. Мерзликин, И.А. Лызко, М.В. Толкаева
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» (ректор – В.В. Новицкий)
Минздравсоцразвития РФ
МБЛПУ «Городская больница №3» (главный врач – М.А. Лукашов), Томск

Патоморфология поджелудочной железы и органов-мишеней изучены на 343 трупах пациентов с сопутствующим описторхозом. В 18 наблюдениях выявлены осложнения, явившиеся причиной смерти. Установлена прямая зависимость выраженности патоморфологических изменений от интенсивности и длительности инвазии. Представлена классификация описторхозного панкреатита, особенности клинических проявлений, алгоритм диагностики и хирургической коррекции с применением криодеструкции (три патента РФ). Криодеструкция, адекватная коррекция оттока желчи с наружным дренированием, а также санация способствуют хорошим непосредственным и отдаленным результатам лечения этой категории больных.

Ключевые слова: описторхоз, поджелудочная железа, криодеструкция, алгоритм диагностики, патоморфология.

Opisthorchotic Pancreatitis

N.A. Brazhnikova, V.F. Tskhay, N.V. Merzlikin, I.A. Lyzko, M.V. Tolkaeva
Siberian State Medical University (Rector – V.V. Novitskiy) of Ministry of Healthcare and Social Development;
Municipal Hospital №3 (Head – M.A. Lukashev), Tomsk

Pathomorphology of pancreas is studied in 343 in cadavers of concomitant opisthorchosis patients. In 18 cases of them complications of opisthorchosis seemed to be the cause of death. The direct dependence of the intensity of pathomorphology changes on the intensity and duration of the invasion is revealed. A classification of opisthorchosis pancreatitis, peculiarities of clinical manifestations, algorithm of diagnostics and surgical correction with the use of cryodestruction (three patents of RF) is presented. Cryodestruction, adequate correction of bile passage with external drainage, to decrease biliary and pancreatic hypertension, elimination of the infection promotes good immediate and remote results of treatment of patients.

Key words: opisthorchosis, pancreas, cryodestruction, diagnostic algorithm, pathomorphology.

● Введение

Описторхоз является актуальной медико-социальной проблемой для ряда регионов России, особенно Западной Сибири с имеющимися там гиперэндемичными очагами, где заболевание характеризуется полиорганностью поражения и развитием осложнений [1, 2]. В России ежегодно инвазируется до 100 тыс. человек. Хронический описторхоз является системным заболеванием с поражением органов паразитирования, миграции, а также интактных органов и систем [3]. Хроническая фаза длится 10–20 лет и более.

По данным Н.Н. Плотникова и соавт. [4], человек удлинил продолжительность жизни и репродукции описторхисов до 40 лет. Особое значение в развитии осложненных форм заболевания имеет суперинвазивный описторхоз, при котором создаются особый фон тканевого и клеточного иммунитета [5], состояние перманентной пролиферации элементов печени, желудка и поджелудочной железы (ПЖ), кишечника и возникают склеротические изменения в них [6]. При описторхозе увеличен синтез коллагена, что сопровождается развитием фиброза [7].

Н.А. Бражникова – проф. кафедры хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ. *В.Ф. Цхай* – профессор той же кафедры. *Н.В. Мерзликин* – зав. кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ. *И.А. Лызко* – ассистент той же кафедры. *М.В. Толкаева* – врач-УЗИ МБЛПУ «Городская больница №3» г. Томск.

Для корреспонденции: Лызко Илья Анатольевич – 634034 Томск, ул. Котовского, 14–35. Тел. (3822) 55-73-96.
E-mail: ilya50@yandex.ru

Формы описторхозного панкреатита

Форма панкреатита	Число наблюдений, абс.						Итого, абс. (%)
	острая форма			хроническая форма			
	отечная	инфильтративная	панкреонекроз	очаговая склерозирующая (головчатая, псевдоопухолевая)	диффузная склерозирующая (индуративная, болевая)	кисты	
Первичный	—	—	—	—	6	32	38 (16)
Вторичный	25	31	37	87	19	—	199 (84)
Всего	25	31	37	87	25	32	237 (100)

Поджелудочная железа при описторхозе часто вовлекается в патологический процесс, хотя паразитирование в ее протоках отмечают в 36% наблюдений, в желчном пузыре — в 60%, а во внутрипеченочных желчных протоках — в 100% наблюдений [8]. Это, вероятно, обусловлено менее подходящей средой панкреатического сока для паразитов по сравнению с желчью, более высоким давлением в протоках ПЖ [9]. При суперинвазивном описторхозе паразиты обнаруживаются в панкреатических протоках в 93,7% наблюдений [10].

Изменения в ПЖ возникают не только в результате микротравмы эпителия протоков паразитами и их токсического действия, но и в результате тесной анатомо-физиологической связи с гепатобилиарной системой и желудочно-кишечным трактом [11]. Изолированного поражения ПЖ не бывает [12]. По сути, при описторхозе оно носит билиарный характер, обусловленный билиарной гипертензией вследствие пролиферативно-склеротических изменений желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) с развитием билиопанкреатического рефлюкса [13–15]. Выраженность изменений зависит от интенсивности и длительности инвазии [16, 17]. Хронический холестаз, инфекция [2, 18], а также нарушение синтеза липидов и желчных кислот при описторхозе [19] способствуют холелитиазу — наиболее частой причине билиарных панкреатитов.

Дуоденит, энтерит и синдром избыточного бактериального роста в кишечнике при описторхозе сопровождается прогрессированием поражения ПЖ [3]. Сами описторхисы также “начинены” микроорганизмами [20]. Дуоденостаз с дуоденопанкреатическим рефлюксом содержимого и желчи в протоки ПЖ вызывают грубые морфологические изменения в ПЖ, аналогичные изменениям билиарной системы и печени [8, 13, 14]. Развивается хронический индуративный панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ [11, 15], а при суперинвазивном описторхозе перидуктальный фиброз замещает практически всю ее паренхиму [10]. Панкреатит наряду с папиллитом и стриктурой БСДПК еще в большей степени

усиливает холестаз и ведет к развитию осложненных форм заболевания.

Все изложенное выше подчеркивает важность изучения патоморфологии описторхозного панкреатита, частоты и особенностей клиники, разработки алгоритма диагностики и хирургической коррекции, новых способов лечения.

● Материал и методы

Патоморфология органов паразитирования, в том числе и поджелудочной железы, изучена на трупах больных, страдавших описторхозом [18, 16, 21]. Различали три степени инвазии: слабую, умеренную и массивную. Окрашивание микропрепаратов проводили эозином и гематоксилином. Располагаем опытом хирургического лечения 1479 больных с различными осложнениями хронического описторхоза, из них 237 (16%) с панкреатитом и кистами ПЖ (табл.). Возраст большинства больных (83,5%) варьировал от 40 до 60 лет. Операции выполняли как в плановом, так и в экстренном порядке. У 80% больных длительность инвазии превышала 10–15 лет, у 75% проводилась дегельминтизация, но у всех до или в момент операции выявлен описторхоз, что обусловлено, вероятно, массивностью инвазии или реинвазией.

В обследовании больных использовали общеклинические, лабораторные и специальные методы: УЗИ, ЭГДС, ЭРХПГ, КТ, интраоперационную холангиографию (ИОХГ), холедохоскопию (ХС), морфологические исследования стенок кист, и у отдельных больных — тканей ПЖ.

● Результаты

Патоморфология органов паразитирования (печени, желчных путей, ПЖ) изучена на 343 трупах больных, страдавших описторхозом, по данным секционных исследований городского патологоанатомического отделения Томска в разные годы: 1983–1985, 1995–1997 и 2000–2002 гг. Отмечено увеличение частоты описторхоза в 1995–1997 гг. с 13,4 до 18,3% с последующим снижением до 10%. Тем не менее массивность инвазии остается высокой (39%). В 94,7% наблюдений описторхоз был сопутствующей патологией, а в 5,3% (18 наблюдений) причиной

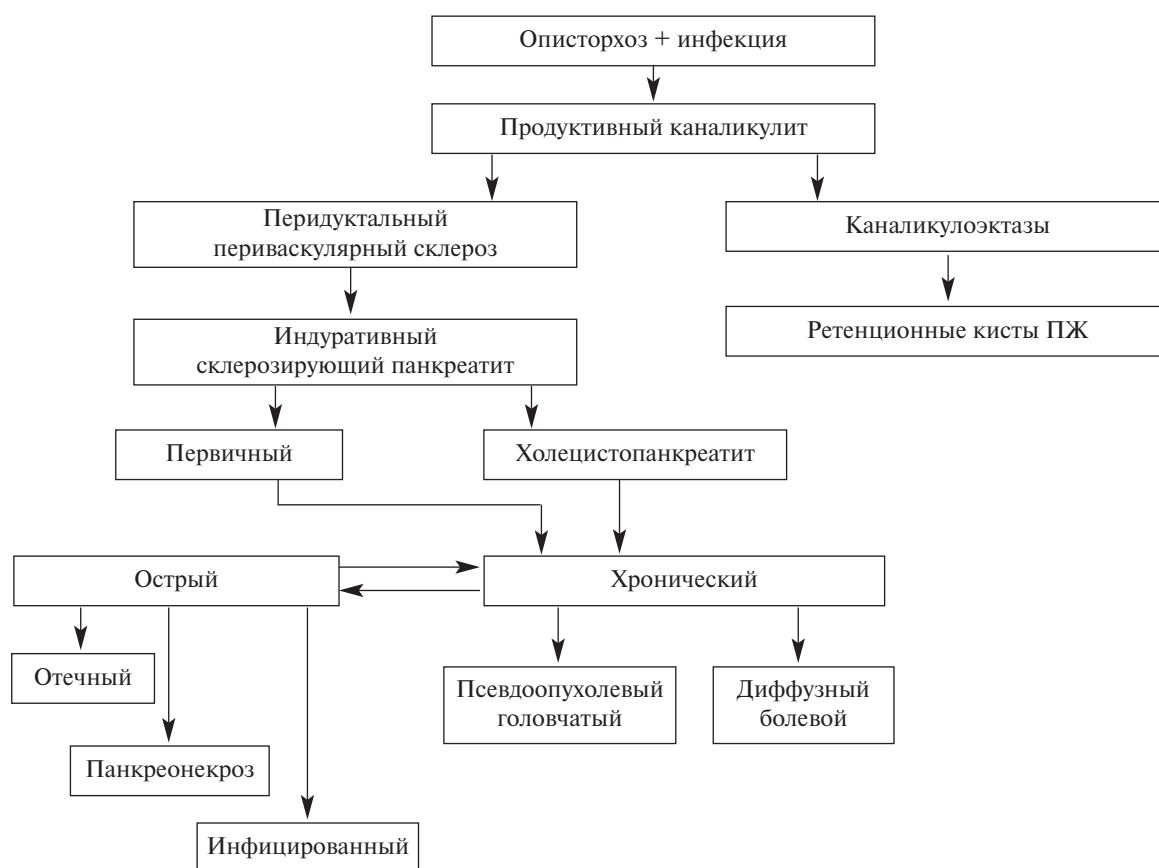


Рис. 1. Клинико-анатомическая классификация описторхозного панкреатита.

смерти учтены осложнения хронического описторхоза, развившиеся при массивной инвазии. Средний возраст умерших составил $60 \pm 1,7$ года при равном соотношении мужчин и женщин.

Отмечена прямая зависимость выраженности изменений органов паразитирования от степени описторхозной инвазии. При слабой степени (30,3%) с единичными паразитами лишь во внутрипеченочных желчных ходах внепеченочные желчные пути проходимы, БСДПК не изменен. ПЖ дольчатого строения, нормальных размеров (90%) с незначительным уплотнением в области головки у 37,5%. Характерны очаговый, умеренно выраженный перидуктальный и периваскулярный фиброз с пролиферацией эпителия протоков с неравномерными кровоизлияниями в микроциркуляторном русле. Островки Лангерганса не изменены. В области хвоста иногда находили очаги липоматоза.

При умеренной степени инвазии (33,8%) с наличием уже большого числа описторхисов во внутрипеченочных желчных протоках, единичных в желчном пузыре и желчном протоке, иногда в протоке поджелудочной железы (ППЖ), железа уплотнена в области головки. Характерны ярко выраженный диффузный перидуктальный фиброз в последней, внутريدольковое разрастание соединительной ткани с лимфоидной инфильтрацией, диффузная аденоматозная ги-

перплазия протокового эпителия с образованием каналикулоэктазов. Внепеченочные желчные пути проходимы, но в 6,5% наблюдений выявлен перихоледохеальный лимфаденит с гиперплазией фолликулов. Локализация их в ретродуоденальной зоне затрудняла отток желчи и панкреатического сока.

Массивная инвазия (35,9%) с наличием большого количества паразитов и описторхозного детрита в кистозно расширенных подкапсульных и внутрипеченочных желчных протоках, желчном пузыре, желчном протоке, ППЖ и даже в двенадцатиперстной кишке, реже – в желудке и начальных отделах тощей кишки, сопровождалась значительным сужением или непроходимостью БСДПК вследствие холангита, папиллита, стеноза БСДПК. Общий желчный проток (ОЖП) расширен до 3,5–4 см, стенки утолщены с явлениями фибринозного или фибринозно-язвенного холангита. При стенозирующем папиллите поражаются все клапаны: собственно БСДПК, сфинктеры ОЖП и ППЖ. При этом имело место сужение дистального отдела ОЖП увеличенной головкой ПЖ. Уплотнение ее было в 62,9% наблюдениях. Широкие поля перидуктальной и периваскулярной соединительной ткани проникают внутрь долек с очаговым некрозом без клеточной инфильтрации и атрофией ацинусов. Отмечались обширные участки липоматоза. Часть

островков Лангерганса атрофична или гипертрофирована.

Просвет ППЖ, особенно в области головки, расширен, иногда в виде “цепочки озер”, содержит слизеподобные массы некротического детрита с телами описторхисов, их слепками, яйцами, слущенным эпителием. Резко выражена канализулоэктазия, у 6,2% с кистозной трансформацией и образованием ретенционных кист ПЖ. Выявлено повреждение эпителия слизистой оболочки протоков ПЖ брюшными присосками паразитов наряду с его аденоматозной пролиферацией и метаплазией.

Среди оперированных 237 больных описторхозным панкреатитом наблюдали две формы поражения ПЖ по классификации авторов (рис. 1): первичный панкреатит с наиболее выраженными изменениями железы при малоизмененном желчном пузыре и протоках (16%), а также вторичный холецистопанкреатит при выраженных изменениях билиарной системы (84%). По клиническому течению различали острый панкреатит: отечный, инфильтративный, панкреонекроз и хронический склерозирующий — очаговый с преимущественным поражением головки (“головчатый”, псевдоопухольный), диффузный (болевой) и кисты ПЖ (см. табл.).

Острый панкреатит развивался на фоне хронических изменений ПЖ. Кисты характерны для первичных панкреатитов. 39,3% больных оперированы по поводу острого панкреатита, как правило, вторичного, в том числе и панкреонекроза (15,5%). У больных хроническим панкреатитом (60,7%) наиболее часто была псевдоопухольная форма (36,7%), реже имели место склеротические изменения всей железы (10,5%) — болевая форма и кисты (13,5%). Кисты ПЖ и болевой панкреатит преобладали у мужчин в возрасте 30–50 лет. Деструктивный панкреатит наблюдали с одинаковой частотой среди мужчин и женщин. Клиническое течение острого описторхозного панкреатита характеризовалось выраженностью и тяжестью проявлений без каких-либо специфических отличий за исключением более ярких аллергических реакций и эозинофилии (5%).

Очаговый жировой и смешанный панкреонекрозы сопровождалась деструктивным (ферментативным) холециститом. Тяжесть состояния усугублялась механической желтухой, гнойным холангитом, перитонитом, острой печеночно-почечной недостаточностью (ОППН). С высокой степенью достоверности ($p < 0,05$) характерны лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, увеличение СОЭ. Нарушения функции печени и ПЖ подтверждались повышением содержания общего билирубина за счет прямой фракции, щелочной фосфатазы (ЩФ), гипоальбуминемией с диспротеинемией, повышением трансаминаз. Имела место тенденция к снижению

протромбинового индекса, повышению содержания глюкозы. Отмечены высокие показатели амилазы, липазы и трипсина с амилазурией.

Клинические проявления хронического описторхозного панкреатита и кист характеризовались болевым и диспепсическим синдромом, билиарной гипертензией, секреторной и инкреторной недостаточностью ПЖ. Они были аналогичны хроническому панкреатиту и кистам непаразитарной этиологии за исключением выраженности аллергических проявлений. Достоверной корреляции между тяжестью болевого синдрома и степенью морфологических изменений ПЖ не выявлено. Нарушение инкреторной функции является поздним признаком хронического описторхозного панкреатита. Механическая желтуха обусловлена как сдавлением ОЖП увеличенной головкой ПЖ, так и протяженной стриктурой терминального отдела ОЖП и БСДПК, а также кистами головки железы. Характерно наличие “беспричинного” кожного зуда задолго до появления желтухи.

При псевдоопухольных панкреатитах нередко удавалось пальпировать в эпигастрии плотное образование разной величины и желчный пузырь (21%), что требовало проведения дифференциального диагноза с раком ПЖ, нередко и в момент операции: рак железы при описторхозе встречается, по нашим данным, в 3 раза чаще.

Лабораторные показатели меняются с той же закономерностью, что и при острых панкреатитах, но с меньшей степенью выраженности. Обзорной рентгеноскопией брюшной полости и желудка, в том числе на фоне гипотонии двенадцатиперстной кишки, выявляются типичные и косвенные признаки панкреатита и кист без специфических для описторхоза особенностей. Скрининговым методом считаем УЗИ [22]. Для описторхоза характерен комплекс ультразвуковых признаков: перидуктальный и перипортальный фиброз, холангиоэктазия, увеличение желчного пузыря с наличием хлопьевидных осадочных структур, увеличение перихоледохеальных лимфоузлов. Холангиоэктазия — патогномичный признак описторхоза. На этом фоне выявляются увеличение и уплотнение головки ПЖ, расширение просвета и уплотнение стенок ППЖ. Реже отмечаются диффузный фиброз органа, кистозная деформация ППЖ с развитием канализулоэктазов, ретенционных кист. Характерны локальное увеличение головки ПЖ до 3–4,8 см с неровными, нечеткими контурами, повышение эхогенности и диффузная неоднородность ткани с наличием крупных фиброзных включений и участков уплотнения (рис. 2). Кальцинаты в ткани железы выявлены в 17%.

При стриктурах БСДПК фиброз головки с формированием псевдотуморозного панкреатита и протяженного тубулярного стеноза ОЖП



Рис. 2. Ультразвуковая сканограмма. Хронический описторхозный панкреатит. Головка ПЖ увеличена, структура ее неоднородная с крупными фиброзными включениями.

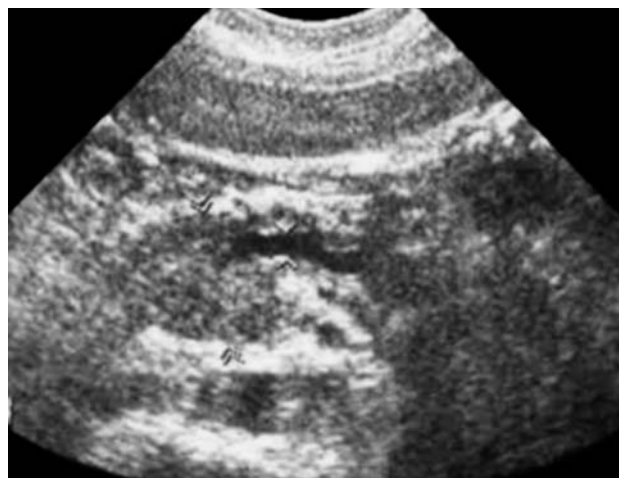


Рис. 3. Ультразвуковая сканограмма. Хронический псевдотуморозный описторхозный панкреатит. Головка ПЖ увеличена до 35 мм, содержит фиброзные включения, ППЖ расширен до 6 мм.

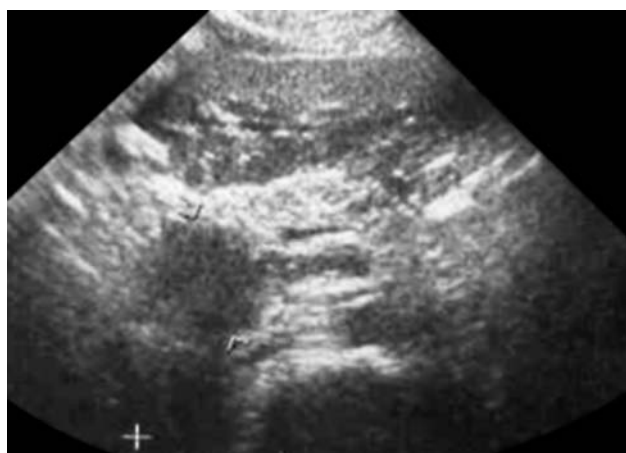


Рис. 4. Ультразвуковая сканограмма. Опухоль головки ПЖ. Видно гипозоногенное бесструктурное образование в головке железы с нечеткими контурами.

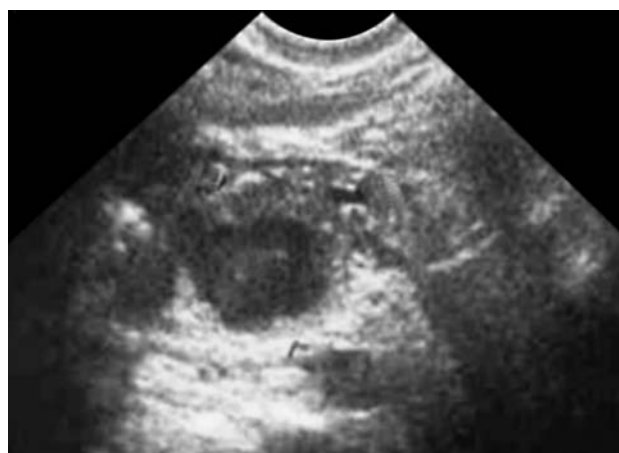


Рис. 5. Ультразвуковая сканограмма. Киста головки ПЖ.

сочетается с расширением ОЖП и ППЖ (рис. 3). В отличие от этого при раке головки железы увеличена до 3–6,3 см с неровностью и нечеткостью контуров вследствие инфильтрации прилежащих тканей, имеется неоднородность структуры. Эхогенность может быть пониженной, повышенной или смешанной (рис. 4). Всегда расширены ОЖП и ППЖ, увеличен в размерах желчный пузырь. При развитии рака на фоне описторхозного панкреатита дифференцировать эти заболевания с помощью УЗИ невозможно.

Форма описторхозных кист ПЖ неправильная, контуры неровные, размеры варьируют от 10 до 110 мм. Четко видна капсула, содержимое кист ан- или эхогенное, неоднородное, нередко с перегородками или осадочными структурами (рис. 5). Однако специфичности изображения и локализации кист не отмечается, а у 17% больных с клиническими проявлениями описторхоз-

ного панкреатита эхоскопических изменений железы не выявлено.

Информативна ЭГДС. Выявляли свойственные описторхозу выраженный гастродуоденит, в 27,6% наблюдений эрозивного характера, папиллит (94,8%) и стеноз БСДПК, дуоденостаз (34,5%), дуоденогастральный рефлюкс (29,3%). Эрозивно-геморрагический гастрит (36,0%) был, как правило, следствием дуоденостаза, дуоденогастрального рефлюкса и недостаточности привратника. При псевдотуморозных панкреатитах и кистах головки железы отмечается сдавление двенадцатиперстной кишки, что вызвало необходимость дифференциального диагноза с раком БСДПК и ПЖ.

ЭРХПГ позволяет выявить свойственные лишь описторхозу изменения билиарной и панкреатической систем – холангиоэктазию, определить локализацию стриктур, протяженность стриктур дистального отдела ОЖП, деформацию

и неравномерное расширение ППЖ, его кистозную деформацию, участки стенозирования, задержку контрастного вещества в протоках первого и второго порядка, дефекты наполнения, иногда конкременты. Четко определяются наличие и локализация перихоледохеальных лимфоузлов. У 14% больных с протяженными стриктурами канюляция БСДПК не удается, а ЧЧХГ считаем опасной ввиду риска повреждения субкапсулярных холангиоэктазов и желчеистечения.

Лапароскопия, бурсоскопия информативны, но носили преимущественно лечебный, реже дифференциально-диагностический характер. КТ, МРТ применяли реже, в основном для уточнения характера и распространенности процесса в ПЖ при желтухе.

Учитывая абсолютные показания к оперативному лечению, большее значение придаем интраоперационной диагностике: интраоперационной холангиографии (особенно при безуспешной ЭРХПГ), ХС, биопсии. Протяженная стриктура дистального отдела ОЖП на холангиограммах имела вид “копья” с кистовидными и мешотчатыми холангиоэктазами (рис. 6). Билиопанкреатический рефлюкс характеризуется полным или частичным контрастированием ППЖ. ХС подтверждали наличие стриктур и определяли характер холангита, преимущественно деструктивного (86%).

● Обсуждение

Данные патоморфологических и клинических исследований показывают, что при хроническом описторхозе, особенно с массивной инвазией, хронический каналикулит с ретенционными каналикулоэктазами, перидуктальным склерозом, дискинетические нарушения желчных и панкреатических протоков, затрудненный отток желчи и панкреатического сока, особенно при стенозе БСДПК, создают условия для инфицирования и развития хронического интерстициального панкреатита и кист ПЖ. При этом для данной паразитарной инвазии наиболее вероятным считается факт развития дилатации протоков, а процессы стенозирования, возможно, обусловлены бактериальным воспалением [25].

Описторхозный панкреатит развивается не только при паразитировании гельминтов в протоках ПЖ (наблюдаются лишь при массивной инвазии), но и в результате билио- и дуоденопанкреатического рефлюкса, способствующего аутолизу железы. В большей степени склеротические изменения выражены в головке ПЖ, что в свою очередь на фоне склеротических изменений ОЖП и БСДПК обуславливает протяженный характер стеноза дистального отдела ОЖП. Поэтому в классификации форм описторхозного панкреатита необходимо учитывать состояние билиарной системы, определяющее не только



Рис. 6. Холангиограмма. Протяженная описторхозная стриктура дистального отдела ОЖП.

особенности клинических проявлений, но и выбор способа хирургической коррекции.

Чаще наблюдают хронический псевдоопухолевый холецистопанкреатит, требующий дифференциальной диагностики с раком головки, что чрезвычайно трудно при раке, развившемся на фоне описторхозной инвазии. Острые формы панкреатита возникают на фоне хронического панкреатита. Ретенционная каналикулоэктазия лежит в основе образования описторхозных кист.

Как хронический, так и острый панкреатит, кисты головки ПЖ затрудняют отток желчи с развитием механического холестаза, холангита, острой печеночно-почечной недостаточности (ОППН). Последняя чаще наблюдается при панкреонекрозе и гнойно-септических осложнениях, в том числе и кист ПЖ.

Каждая форма описторхозного панкреатита проявляется определенной клинической картиной, подтверждаемой лабораторными и инструментальными методами. Особенно значимы УЗИ, ЭГДС, ЭРХПГ, ИОХГ и ХС, биопсия, позволяющие выбрать адекватный способ хирургической коррекции.

На основании 40-летнего опыта лечения хирургических осложнений хронического описторхоза показаниями к операции при описторхозных панкреатитах считаем:

- острый холецистопанкреатит с развитием деструктивных изменений желчного пузыря и ПЖ;
- хронический псевдоопухолевый и болевой панкреатит;
- кисты железы более 5 см в диаметре, осложнения кист.

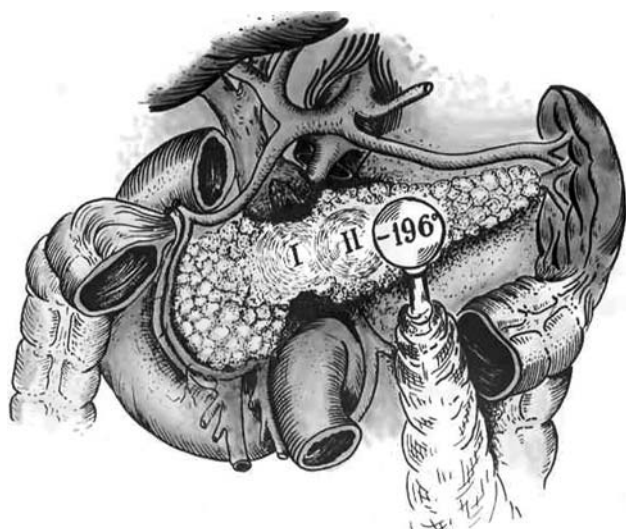


Рис. 7. Криодеструкция при остром описторхозном панкреатите.



Рис. 8. Криодеструкция оставшихся стенок кисты.

Обязательными были два принципа:

- 1) выполнение холецистэктомии и воздействие на патологические изменения в ПЖ;
- 2) обязательное устранение билиарной и панкреатической гипертензии.

Необходимость холецистэктомии обоснована описторхозной стриктурой пузырного протока, частым наличием камней в желчном пузыре, деструктивными изменениями последнего (91,4%). При остром холецистопанкреатите холецистэктомия опасна повреждением холангиоэктазов в ложе пузыря. Необходим более тщательный желче- и гемостаз бесконтактной коагуляцией. Важно определение характера изменений БСДПК (папиллит, стриктура), протяженности стеноза дистального отдела ОЖП, наличия холедохолитиаза или “замаски” вследствие описторхозного детрита, перихоледохеального лимфаденита, билиопанкреатического рефлюкса.

При псевдотуморозном панкреатите продленные стриктуры дистального отдела ОЖП достигали 1,5–3 см, при которых неэффективна и опасна ЭПСТ, а поэтому целесообразна холедоходуоденостомия по Киришнеру в модификации авторов. Формирование широкого анастомоза возможно вследствие выраженной дилатации ОЖП (2–4 см), при этом слепой карман ниже соустья минимален вследствие сдавления ОЖП увеличенной головкой ПЖ.

Обязательно наружное дренирование желчных протоков по Холстеду (реже по Керу) над проксимальнее для ликвидации билиарной гипертензии, санации желчных протоков от инфекции и гельминтов (патент РФ) при отсутствии билиопанкреатического рефлюкса.

Характер операции на ПЖ зависит от формы панкреатита. При отеком и инфильтративном панкреатите выполняли новокаиновую блокаду железы с гидрокортизоном. При жировом и сме-

шанном стерильном панкреонекрозе в первое десятилетие после блокады железы выполняли оментопанкреатопексию или абдоминализацию с дренированием сальниковой сумки через люмботомию слева. Инфицированный панкреонекроз выявляли в единичных наблюдениях. С 1982 г. широко используется криодеструкция (патент РФ) (рис. 7), нередко в сочетании с абдоминализацией. Уже через сутки нормализуется уровень ферментов в сыворотке крови.

Из 93 оперированных с острым холецистопанкреатитом умерло 3 (3,2%) больных с деструктивным холециститом, смешанным панкреонекрозом, механической желтухой, гнойным холангитом и ОППН.

При хронических псевдоопухолевых и болевых (диффузных) формах панкреатита выполнение блокад, оментопанкреатопексии в сочетании с коррекцией желчевыделительной системы оказалось неэффективным. С 1995 г. применяется криодеструкция ПЖ по способу Т.Б. Комковой (патент РФ) [24], при котором осуществляется холододенервация железы, что приводит к устранению болевого синдрома.

Лечение описторхозных кист ПЖ представляет сложную задачу, поскольку они развиваются из многих кистозно расширенных протоков, имеют ретенционный характер, сообщаются с ППЖ. Оперированы 32 пациента. Показаниями к операции были кисты более 5 см в диаметре разной локализации при наличии клинических проявлений, стриктур ППЖ, осложнений кист и их рецидива. При локализации больших, многокамерных кист в области тела и хвоста выполняли резекцию ПЖ. При опасности резекции выполняем иссечение стенок кист, которое дополняем криодеструкцией остающихся отделов [25], (патент РФ), разрушающей их эпителиальный покров (рис. 8) с оментопанкреатопексией.

Цистоэнтеростомию также сочетали с криодеструкцией стенок. Криотехнологии обеспечивали благоприятное течение с уменьшением числа осложнений в 2,6 раза и предупреждали рецидив заболевания. Летальных исходов не было.

● Заключение

Развитию описторхозного панкреатита способствуют интенсивность инвазии и характерные для нее изменения гепатопанкреатодуоденальной системы: хронический пролиферативный холангит и каналикулит, сопровождающиеся различной степенью фиброза, более выраженного в головке железы, холангио- и каналикулоэктазии, обусловленные гиперпластическими и воспалительно-склеротическими процессами терминального отдела ОЖП и БСДПК и устья ППЖ. “Головчатый” панкреатит способствует протяженности стеноза дистального отдела ОЖП.

Своевременная диагностика, адекватная хирургическая коррекция оттока желчи с применением криотехнологий улучшают результаты лечения больных с описторхозными панкреатитами.

Послеоперационная антигельминтная санация йодиолом (при отсутствии билиопанкреатического рефлюкса) или празиквантелом через 3–4 мес способствуют выздоровлению.

● Список литературы

1. Коменков В.И., Борodin Ю.И., Горчаков В.Н. и др. Паразитарные инвазии: лямблиоз, описторхоз: Научно-информ. изд. Новосибирск, 2006.
2. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. и др. Хирургические аспекты осложненного и сопутствующего хронического описторхоза. Томск: ТМЛ-Пресс, 2010.
3. Пальцев А.Н. Хронический описторхоз с позиций системного подхода. Клиника, диагностика, патоморфоз, лечение // Рос. мед. журн. 2005. Т. 7. №2. С. 96–100.
4. Плотников Н.Н., Карнаухов В.К., Озерецковская Н.Н., Фирсова Р.А. Современное состояние специфической терапии описторхоза / Современное состояние проблемы описторхоза. Л., 1981. С. 94–97.
5. Каленова Л.Ф. Физиологические механизмы иммунной системы при описторхозной инвазии / Мат. междунар. конгр. “Иммунитет и болезни: от теории к терапии”. М., 2005. С. 46–48.
6. Бычков В.Г., Зороастров О.М., Ярославский В.Е. и др. Судебно-медицинское значение описторхоза // Суд.-мед. экспертиза. 2002. №2. С. 36–38.
7. Hutadilok V., Thamavit W., Upatham E.S., Ruenwongsa P. Liver procollagen prolyl hydroxylase in *Opisthorchis viverrini* infected hamsters after praziquantel administration // Mol. Biochem. Parasitol. 1983. V. 9. P. 28–94.
8. Плотников Н.Н. Описторхоз – гельминтоз печени и поджелудочной железы. М.: Изд-во АМН СССР, 1953.
9. Яблоков Д.Д. Описторхоз человека. Томск: Изд-во ТГУ, 1979.
10. Крылов Г.Г. Суперинвазионный описторхоз: пато- и морфогенез осложненных форм и микстпатологии: Автореф. дис. ... доктора мед. наук. М., 2005.
11. Губергриц Н.Б., Ширинская Н.В., Заборенко Ю.А. Поражение поджелудочной железы при описторхозе // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. 2008. №14. С. 57–58.
12. Кульчиев А.А. Хирургическое лечение осложнений описторхозного склерозирующего панкреатита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, 1980.
13. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений: Автореф. дис. ... доктора мед. наук. Свердловск, 1973.
14. Глузов В.Я. Описторхоз. Вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиника, лечение: Мет. реком. Ижевск, 1981.
15. Зиганшин Р.В. Хирургические осложнения описторхоза. Томск: STT, 2003.
16. 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.
17. Онищенко С.В. Хирургическая тактика при описторхозном папиллите // Анн. хир. гепатол. 2004. Т. 9. №2. С. 206.
18. Бражникова Н.А. Хирургия осложнений описторхоза. Дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 1989.
19. Changbumrung S., Patasaran S., Hontong K. et al. Lipid composition of serum lipoprotein in opisthorchiasis // Ann. Trop. Med. Paras. 1988. V. 82. P. 263–269.
20. Ильинских Е.Н. Описторхозно-меторхозная инвазия у человека в Западной Сибири (новые аспекты этиологии, патогенеза, клиника и распространения): Автореф. дис. ... доктора мед. наук. Томск, 2005.
21. Курьсько Ж.А. Хронический описторхозный панкреатит и его лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006.
22. Толкаева М.В. Ультразвуковая диагностика хирургических осложнений описторхоза. Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1999.
23. Carpenter H.A. Bacterial and parasitogenic cholangitis / Мат. I Междунар. юбилейной конф. “Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии”. Томск, 2001.
24. Комкова Т.Б. Новые методы криохирургического лечения заболеваний поджелудочной железы: Автореф. дис. ... доктора мед. наук. Томск, 1995.
25. Лыско И.А. Хирургическое и криохирургическое лечение кист поджелудочной железы: Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2010.