

## Случай массивной описторхозной инвазии протоков поджелудочной железы

Мерзликин Н.В.<sup>1</sup>, Парамонова Л.М.<sup>2</sup>, Клиновицкий И.Ю.<sup>3</sup>,  
Ерендеева Л.Э., Лызко И.А.<sup>1</sup>

### A case of massive opisthorchosis invasion of pancreatic ducts

Merzlikin N.V., Paramonova L.M., Klinovitsky I.Yu.,  
Erendeyeva L.E., Lyzko I.A.

1 Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

2 Томский военно-медицинский институт, г. Томск

3 МКЛПМУ «Городская больница № 3», г. Томск

© Мерзликин Н.В., Парамонова Л.М., Клиновицкий И.Ю. и др.

Продемонстрирован клинический случай редкого массивного описторхозного поражения протоковой системы поджелудочной железы.

**Ключевые слова:** описторхоз, хронический панкреатит, поджелудочная железа.

The objective of the present publication is to show clinical case of a rare massive affection of pancreatic duct by opisthorchosis.

**Key words:** opisthorchosis, chronic pancreatitis, pancreatic duct.

УДК 616.373/375-002.951:616.995.122.21

Согласно данным современной литературы, хронический описторхоз — это системное заболевание, вызываемое трематодой *Opisthorchis felinus (seu viverrini)*, паразитирующей в протоках печени, желчном пузыре и поджелудочной железе (ПЖ), оказывающей аллергическое, механическое, нейрогенное воздействие с возможным присоединением вторичной инфекции и поражающей органы постоянного обитания гельминта, расположенные на путях его миграции, а также интактные органы и системы [5].

Наиболее важное значение в патогенезе осложнений хронического описторхоза играют изменения органов паразитирования. Таким образом, находясь во внутрипеченочных желчных протоках, реже — в желчном пузыре и протоках ПЖ, описторхисы оказывают разнообразное влияние на организм окончательного хозяина.

Askanazy (1904) первый обнаружил описторхисов в протоках ПЖ. Поджелудочная железа при описторхозе часто увеличена в размерах, уплотнена, протоки ее расширены. По секционным данным Н.Н. Плотников выявил паразитирование гельминтов в протоках ПЖ у 36% умерших [6]. Близкие результаты получены в работах других авторов [2, 4]. Однако, согласно данным литературы, паразитирование описторхисов в протоках

ПЖ наблюдается реже, чем в желчных, что, вероятно, обусловлено менее благоприятной для гельминтов средой панкреатического сока по сравнению с желчью, более высоким давлением в протоках железы [7].

При описторхозе изменения в ПЖ возникают не только в результате микротравмы эпителия ее протоков паразитами и их токсического действия, а также вследствие тесной анатомо-физиологической связи с гепатобилиарной системой и желудочно-кишечным трактом. Нарушение оттока поджелудочного сока из-за склеротических изменений большого дуоденального сосочка, рефлюкс желчи в протоки ПЖ также играют большую роль в патогенезе ее изменений при описторхозе.

Р.В. Зиганшин и соавт. описали при склерозирующем описторхозном панкреатите клиническую картину с развитием острого начала с высокой температурой, лейкоцитозом, желтухой, увеличением печени и желчного пузыря и характерными для панкреатита опоясывающими болями и рвотой [3]. Б.И. Альперович и соавт. дают картину хронического описторхозного панкреатита (склерозирующего, моно- и поликистоза железы, панкреолитиаза) [1]. Они в основном анализируют клинические и лабораторные данные аналогично встречающимся в литературе описаниям. При ульт-

развуковом исследовании (УЗИ) имеются косвенные признаки, характеризующие описторхозную инвазию печени и ПЖ: холангиоэктазы в печени, наличие перипортального и перидуктального фиброза, а также кистозного поражения печени. В поджелудочной железе наблюдаются расширение вирсунгова протока, уплотнение и склерозирование отдельных участков ткани, образование одиночных или множественных кист.

Патоморфология ПЖ подробно описана по данным секционных исследований [6]. Она при интенсивной инвазии увеличена и уплотнена. Морфологические изменения выражены в первую очередь со стороны протоков ПЖ. Просвет их расширен, стенки утолщены за счет разрастания соединительной ткани, характерна железистая гиперплазия эпителия слизистых протоков. Эпителий сливается, нередко в виде пластов, наблюдается его метаплазия. Увеличивается перидуктальная и междольковая соединительная ткань, в ней определяются клеточные инфильтраты из лимфоидных и полиморфно-ядерных клеток с новообразованием канальцев. В паренхиме ПЖ наблюдаются иногда кровоизлияния и некрозы. Инсулярный аппарат имеет нарушения в виде изменений формы и величины островков Лангерганса.

По секционным данным В.Я. Глумова, количество гельминтов в поджелудочной железе может быть от 8 до 97, в печени — от 18 до 17 120 [2]. При осмотре автор находил неравномерно расширенные панкреатические протоки со слизеподобной массой, иногда — слепки паразитов. Всегда имел место каналикулит с очаговым и внутридольковым склерозом, с выраженными дистрофическими и некротическими изменениями эпителия протоков, с патологической регенерацией эпителия в виде эпителиальных «подушечек» главным образом в средних и крупных панкреатических протоках с высоким содержанием ДНК в их клетках. Они возникают в результате погружения покровного эпителия в подлежащий слой. По мнению автора, их клетки обладают повышенной функциональной активностью и выделяют избыточное количество слизи. Склеротические изменения отмечены в междольковой, внутридольковой соединительной ткани прежде всего за счет периканаликулярной и отчасти периваскулярной соединительной ткани.

Описторхисов находили в основном в кале или желчи, а при изучении секционного материала — в

протоках и кистах, но в основном в печени, менее всего в поджелудочной железе.

В данной статье представлен редкий случай массивной описторхозной инвазии протоков ПЖ, в удаленном препарате кистозно измененного участка хвоста ПЖ, буквально нафаршированного яйцами описторхисов.

Больная З., 39 лет, поступила в хирургическое отделение городской больницы № 3 г. Томска 21.03.2006 г. с диагнозом «субкапсулярная гематома селезенки. Острый панкреатит». Из анамнеза выяснено, что за неделю до поступления была травма, на которую больная не обратила особого внимания.

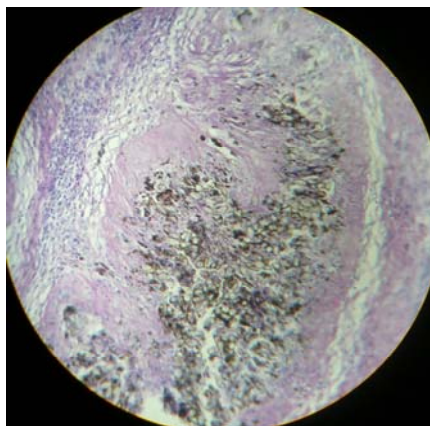
При УЗИ от 27.03.2006 г.: печень не увеличена. Поверхность местами неровная. Структура паренхимы однородная, эхогенность умеренно повышена. В S<sub>2</sub> висцеральной поверхности левой доли печени субкапсулярно определяется жидкостное образование размером 18×10 мм. Внутрипеченочные желчные протоки печени расширены, местами 5—8 мм, с выраженными перидуктальными фиброзно-инфильтративными изменениями. Один из расширенных желчных протоков визуализируется рядом с субкапсулярной кистой. Гепатохоледох не расширен (7 мм), в просвете включения не определяются. Желчный пузырь 80×38 мм, форма обычная. Стенки утолщены, уплотнены. Конкрементов нет. Подпеченочно определяется группа увеличенных лимфатических узлов до 26 мм по длиннику. Вокруг левой доли печени отмечается значительное количество неоднородной жидкости с перегородками, толщина слоя по висцеральной поверхности 14 мм, по диафрагмальной 10 мм. Поджелудочная железа не увеличена, 22×16 мм. Контуры ровные. Структура однородная, повышенной эхогенности. Селезенка увеличена по длиннику, утолщена, 137×35 мм, наружный контур неровный. Поддиафрагмально слева от области купола селезенки визуализируется значительное скопление жидкости — 135×64 мм, неоднородного характера, с утолщенными перегородками (фибрин?). В отлогах местах брюшной полости жидкость не определяется.

При пункции получена старая кровь. В связи с этим в экстренном порядке 29.03.2006 г. проведена операция лапаротомия, спленэктомия, резекция хвоста ПЖ. Во время операции обнаружен инфильтрат в левом подреберье, состоящий из резко увеличенной селезенки с измененной пульпой и субкапсулярной гематомой (подкапсулярный разрыв?) и хвоста поджелудоч-

ной железы. Кроме того, найдена в S<sub>2</sub> вскрывшаяся киста левой доли печени (ушита блоковидными швами). Отмечаются выраженные изменения печени. Остаточная полость тампонирана сальником, тампоном и дренирована трубкой.

Послеоперационный диагноз: «подкапсулярная гематома селезенки с разрывом, инфильтрат хвоста поджелудочной железы, описторхозная киста 2-го сегмента печени».

При микроскопическом исследовании резецированного хвоста в ткани ПЖ резко выражен диффузный склероз с разрастанием волокнистой соединительной ткани вокруг протоков, внутри долек и ацинусов. Островки Лангерганса разных размеров, отдельные атрофичны, другие значительно гипертрофированы. Стенки протоков склерозированы, просвет отдельных протоков значительно сужен за счет выраженного перидуктального фиброза с негустой лимфоидной инфильтрацией. В стенке склерозированных протоков отмечается пролиферация эпителия с формированием немногочисленных аденоматозных структур. Отдельные выводящие протоки значительно расширены, эпителий слущен, в просвете определяется слущенный секрет и массивные скопления яиц описторхисов (рисунок).



Массивное описторхозное поражение протоков поджелудочной железы. Микрофотография. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 600

Послеоперационное течение гладкое. Тампон из ложа селезенки удален на 6-е сут, дренажная трубка —

на 8-е сут после ультразвукового обследования, швы сняты на 10-е сут.

УЗИ от 05.04.2006 г.: печень не увеличена. Сохраняется выраженная внутриспеченочная холангиоэктазия с грубыми перидуктальными фиброзными изменениями. Кистозные образования не выявлены. Холедох 7 мм. Желчный пузырь натощак спавшийся, желчи не содержит. Селезенка удалена. Поддиафрагмально слева следы жидкости в виде узкой полоски до 10 мм.

Общий анализ крови от 07.04.2006 г.: эритроциты —  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ ; гемоглобин — 99 г/л; лейкоциты —  $10,5 \cdot 10^9/л$ . Общий анализ мочи без патологии. Лейкоцитоз связан с наличием небольшого количества жидкости поддиафрагмально слева.

В удовлетворительном состоянии 08.04.2006 г. пациентка выписана на амбулаторное лечение. Через 3—4 мес рекомендовано провести дегельминтизацию по поводу описторхоза. Через 4 года практически здорова, работает.

#### Литература

1. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б. Хирургия осложнений описторхоза. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990. 224 с.
2. Глузов В.Я. Патоморфология поджелудочной железы при описторхозе у человека // Здоровоохранение Казахстана. 1967. № 4. С. 41—43.
3. Зиганьшин Р.В., Зубов Н.О., Кульчиев А.А. Хронический описторхозный склерозирующий панкреатит, осложненный острым холецистохолангитом // Описторхоз человека: материалы межобл. науч.-практ. конф. Томск, 1979. С. 67—70.
4. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, 1973. 25 с.
5. Пальцев А.И., Сердюков А.Е., Кузнецова В.Г., Белов Г.Ф. Патоморфоз описторхоза // Мед. паразитология. 1994. № 1. С. 29—33.
6. Плотников Н.Н. Описторхоз (гельминтоз) печени и поджелудочной железы. М.: Изд-во АМН СССР, 1953. 127 с.
7. Яблоков Д.Д. Описторхоз человека. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1979. 236 с.

Поступила в редакцию 10.02.2010 г.

Утверждена к печати 17.03.2010 г.

#### Сведения об авторах

**Н.В. Мерзликин** — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ (г. Томск).

**Л.М. Парамонова** — канд. мед. наук, доцент кафедры военно-полевой хирургии ТВМИ (г. Томск).

**И.Ю. Клиновицкий** — канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением городской больницы № 3 (г. Томск).

*Мерзликин Н.В., Парамонова Л.М., Клиновицкий И.Ю. и др.      Случай массивной описторхозной инвазии протоков ПЖ*

*И.А. Лызко* — очный аспирант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ (г. Томск).

**Для корреспонденции**

*Лызко Илья Анатольевич*, тел. 8-913-800-7506.