

# СТАДИИ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОПИСТОРХОЗНОМ ПАПИЛЛИТЕ ФАТЕРОВА СОСОЧКА

С. В. Онищенко

Целью работы явилась необходимость изучения хирургической тактики при описторхозном папиллите в зависимости от стадии заболевания. Описторхозная инвазия - это краевая патология для Ханты-Мансийского автономного округа - Югры. Развитие папиллита Фатерова сосочка является частым осложнением данной патологии и требует более детального изучения. В исследовании выявлено, что при длительности заболевания до 6 лет во всех случаях диагностируется I стадия папиллита; при длительности заболевания до 15 лет у 87,7 % пациентов развивалась II стадия папиллита; III стадия отмечена при длительности заболевания более 15 лет. В зависимости от стадии заболевания предложена лечебная тактика: для больных I стадии - консервативное лечение, для больных II стадии - баллонная дилатация, для больных III стадии - эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), либо наложение билиодигестивного анастомоза.

**Ключевые слова:** стеноз сосочка, Фатеров сосок, описторхоз.

## ВВЕДЕНИЕ

Частота развития стриктур и непроходимости желчных путей при описторхозе встречается у 10,6–15,6 % инвазированных [1], стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) – у 8,8 % [2]. Летальность при холангите достигает 15–45 % [2–5]. Необходимо принять во внимание частоту встречаемости описторхозных инвазий желчевыводящих путей и, как следствие, патологию БСДК, в частности, описторхозного папиллита. Если при желчекаменной болезни (ЖКБ) препятствие оттоку желчи носит, как правило, локальный (одноуровневый) характер, при описторхозе этот процесс является многоуровневыми. Тем не менее Р. В. Зиганшин [6] на первое место по значимости среди причин желчной гипертензии ставит именно описторхозный папиллит. В регионе, эндемичном по описторхозным инвазиям, необходимы исследования условий, способствующих инвазии *opisthorhis felinus* и дегельминтизации, а также детальное изучение осложнений со стороны желчных путей, вызванных данной патологией.

**Цель работы** – изучить хирургическую тактику при описторхозном папиллите в зависимости от стадии заболевания.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Имеются наличие объективных и субъективных трудностей в прижизненной диагностике патологии БСДК, в оценке частоты и степени его поражения при

описторхозе. В связи с этим вопрос был изучен на секционном материале. За последнее десятилетие в патологоанатомическом отделении Сургутской окружной клинической больницы (СОКБ) на количество всех вскрытий (4137) пришлось 212 (5,1 %) случаев описторхозного поражения, при этом признаки папиллита были обнаружены у 98 (46,2 %) из них. Морфологическое исследование проведено на микроскопе Nikon DXM-1200 методом световой микроскопии после окраски препаратов гематоксилином и эозином по Ванн – Гизону. Основываясь на работах Н. А. Зубова, В. Г. Зубкова, В. Я. Глумова по изучению морфологии желчных протоков и БСДК, в качестве морфологических критериев, позволяющих дифференцировать ту или иную стадию папиллита, использовано соотношение эпителиальной и соединительной ткани в стенке сосочка [7–9]. Согласно опубликованным морфологическим исследованиям БСДК, в течении описторхозного папиллита выделяли III стадии: аденоматозную, аденофиброзную и склеротическую [9]. Так, для аденоматозной стадии папиллита основным признаком является преобладание эпителиального слоя, составляющего большую часть стенки БСДК – 60 % и более, для стадии аденофиброза – уменьшение толщины эпителиального слоя и увеличение соединительной ткани, их соотношение могло быть даже равным; для стадии склероза характерна атрофия эпителиального слоя и преобладание соединительной ткани.

## PROGRESSION STAGES OF OPISTHORCHIASIS PAPILLITIS IN THE HEPATICOPANCREATIC AMPULLA

S. V. Onishchenko

The study objective is investigating the surgical approach to an opisthorchiasis papillitis at various disease development stages. Opisthorchiasis is endemic to Ugra, Khanty-Mansi Autonomous Okrug. The research has revealed that 100 % of the patients with case history up to 6 years develop papillitis stage I; for up to 15 years long case history 87.7 % of patients develop stage II papillitis; stage III has been diagnosed in patients with case history over 15 years. A treatment strategy matching the disease stage has been proposed: for I stage patients: conservative treatment, for II stage patients: balloon dilatation, for III stage patients: endoscopic papillosphincterotomy or biliodigestive anastomosis.

**Keywords:** papillary stenosis, hepaticopancreatic ampulla, opisthorchosis.

В клинике наблюдались 137 больных с описторхозным папиллитом. Отмечено преобладание женщин, соотношение мужчин (60 – 43,8 %) к женщинам (77 – 56,2 %) составило 1 : 1,3. Возраст пациентов находился в диапазоне от 23 до 77 лет; при этом более половины больных находились в интервале от 40 до 59 лет, средний возраст составил  $48,7 \pm 12,3$ . Всех больных мы условно разделили на 3 группы в зависимости от длительности описторхозного анамнеза: с 6-летним анамнезом – 40 человек (I группа), с длительностью носительства 6–15 лет – 68 (II группа), более 15 лет – 29 пациентов (III группа). При исследовании в клинике были использованы следующие инструментальные методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ) в 100 % случаев, эндоскопическое УЗИ в 11,7 %, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с биопсией сосочка в 83 %, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) в 17 %.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выявлены изменения в Фатеровом сосочке, которые характеризовались утолщением его стенок и прогрессирующим уменьшением его просвета, атрофией эпителиального и мышечного слоев и замещением их соединительной тканью и, в итоге, формированием рубцовой стриктуры сосочка (стенозирующего папиллита). По данным патологоанатомических исследований, на 212 случаев описторхозного поражения желчевыводящих путей папиллит был обнаружен 98 раз (46,2 %). При этом выявлена зависимость стадии заболевания от длительности инвазии. При длительности заболевания до 6 лет папиллит выявлен в 15 (12,3 %) случаях, все в стадии аденоматозного поражения; при длительности заболевания 6–15 лет – в 65 (66,3 %), в основном в стадии аденофиброза (57–87,7 %) (аденоматоз у 3 (4,6 %) больных, склероз – у 5 (7,7 %)); при длительности заболевания более 15 лет папиллит обнаружен в 18 (18,4 %) случаях, по 9 (50 %) наблюдений в стадии аденофиброза и склероза. Относительно стадий заболевания была установлена зависимость между длительностью носительства и степенью изменения БСДК. Так, при сроке инвазии до 5 лет средний внутренний диаметр БСДК составил 2,9 мм, при сроке инвазии 6–15 лет – 2,7 мм, а при длительности заболевания более 15 лет – 2,2 мм.

В соответствии с задачами исследования была определена прямая зависимость морфологических изменений и клинических проявлений описторхозного папиллита от длительности описторхозной инвазии, из чего можно сделать вывод, что в клинических условиях для определения стадии папиллита можно ориентироваться на длительность описторхозного анамнеза.

В клинике стадийность заболевания проявлялась следующим образом: у больных I группы в 100 % имелся папиллит I стадии, но лишь в 29,2 % случаев отмечались клинические проявления в виде невыраженных явлений холангита, механической желтухи. Они были кратковременными, во всех случаях купировались консервативной терапией в сочетании с назобилиарным дренированием (НБД). Назобилиарный зонд позволял вести учет количества и характера отделяемого из ЖВП, при снижении дебита выполняли его промывание раствором антисептика, что помимо санации способствовало механическому вымыванию описторхозного детрита из просвета желчного дере-

ва. Для промывания зонда использовали 0,02 % (1 : 5000) раствор фурацилина или 0,5 % водный раствор биглюконата хлоргексидина. Во II группе больных изменения БСДК, выявленные при гистологическом исследовании, ЭРХПГ и эндоУЗИ у 63 (92,1 %) пациентов мы расценили как аденофибропластические. Из них консервативная терапия была неэффективной у 56 (82,9 %), что у 43 (62,9 %) человек потребовало эндоскопической дилатации БСДК, у 11 (17,1 %) – ЭПСТ и у 1 (1,5 %) наложения холедоходуоденоанастомоза (ХДА). В III группе явления папиллита были выявлены у 100 % больных, преимущественно в виде склероза БСДК (25–87,5 %), что у 21 (72,4 %) пациента потребовало ЭПСТ, а у 4 (13,8 %) – наложения ХДА.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Частота встречаемости папиллита среди всех больных, пролеченных в медицинских организациях города Сургута по данным вскрытия составляет 1:42 (2,37 %).

2. На основании патологоанатомических исследований выявлена прямая зависимость стадии папиллита от длительности заболевания: при длительности анамнеза до 6 лет в 100 % случаев развивается I стадия папиллита; при длительности заболевания до 15 лет в подавляющем большинстве случаев (87,7 %) развивалась II стадия папиллита; III стадия отмечена при длительности заболевания более 15 лет в половине наблюдаемых случаев.

3. В клинических условиях при времени инвазии менее 5 лет патология сосочка выявляется в 100 % случаев, у всех в I стадии папиллита, при этом у 2/3 больных (70,8 %) она протекает бессимптомно; при инвазии от 6 до 15 лет в 92,1 % случаев выявляется II стадия папиллита; при длительности инвазии более 15 лет патология сосочка развивается в 100 % случаев, в 87,5 % наблюдений изменения соответствуют III стадии папиллита.

4. Для определения стадии папиллита с определенной долей условности можно ориентироваться на длительность описторхозного анамнеза: стадия аденоматоза развивается при длительности описторхозной инвазии менее 5 лет; аденофиброз при инвазии до 15 лет; склероз сосочка развивается при длительности заболевания свыше 15 лет.

5. В зависимости от стадии заболевания предлагается следующая лечебная тактика: для больных I стадии – консервативное лечение, для больных II стадии – баллонная дилатация БДСК, являющаяся органосохраняющей операцией, для больных III стадии – ЭПСТ, либо, при его неэффективности и сохранении гипертензии в желчных протоках, наложение билиодигестивного анастомоза.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ивченко О. А., Казанцев Н. И. Непроходимость желчных путей при описторхозе. // Тезисы конференции хирургов. Томск, 1977. С. 64–66.
2. Бабаджанов Б. Р., Курьязов Б. Н. Магнитно-лазерная терапия при холангиолитиазе // Анналы хирургической гепатологии. 1998. Т. 3. № 3. С. 34.
3. Алтыев Б. К., Назыров Ф. Г., Ваккасов М. Х., Садыков Х. Т. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. 1998. Т. 3. № 3. С. 30.
4. Велигоцкий А. Н., Обуюби Р. Б. Прогнозирование полиорганной недостаточности у больных механической желтухой // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова. М., 2001. С. 106–107.
5. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. М. : Медицина, 1990. С. 5.
6. Зиганьшин Р. В., Бычков В. Г. Жёлчная гипертензия у больных описторхозом // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1984. № 12. С. 29–33.
7. Зубов Н. А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, 1973. 23 с.
8. Зубов Н. А., Глумов В. Я. Динамика морфологических и гистохимических изменений поджелудочной железы в ранней фазе экспериментального описторхоза // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1969. № 2. С. 169–173.
9. Зубов Н. А., Зубков В. Г. Гиперпластические изменения большого дуоденального сосочка при описторхозе человека // Архив патологии. 1983. № 1. С. 34–38.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

**Онищенко Сергей Вальдемарович** – к. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: sergej-on@mail.ru.

## ABOUT THE AUTHOR

**Onishchenko Sergey Valdemarovich** – PhD (Medicine), Associate Professor, Department of Hospital Surgery, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: sergej-on@mail.ru.