Клинический патоморфоз хронического описторхозного панкреатита

Альперович Б.И., Родичева Н.С., Курьсько Ж.А.

Clinical pathomorphism of chronic opisthorchosis pancreatitis

Alperovich B.I., Rodicheva N.S., Kurysko Zh.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Альперович Б.И., Родичева Н.С., Курьсько Ж.А.

В протокол ретроспективного когортного исследования вошли 192 пациента (117 (60,9%) женщин и 75 (39,1%) мужчин) с хроническим описторхозным панкреатитом, наблюдавшихся с 1970 по 2000 г. в Томском зональном гепатологическом центре. Хроническим псевдотуморозным панкреатитом страдали 36 пациентов (18,8%). У 133 (69,3%) пациентов был диагностирован хронический болевой панкреатит, кисты поджелудочной железы — у 23 (12,0%) больных. На основании патоморфологических и клинических особенностей предложено выделить три основные формы хронического описторхозного панкреатита: хронический болевой панкреатит, хронический псевдотуморозный панкреатит, кисты поджелудочной железы.

Ключевые слова: поджелудочная железа, описторхоз, хронический панкреатит.

192 patients with chronic opisthorchosis pancreatitis (117 women (60,9%) and 75 men (39,1%) being under observation in Tomsk regional hepatologic center from 1970 till 2000) have been included in the protocol of retrospective cohort study. 36 patients (18,8%) have had a chronic pseudotumor-like pancreatitis. 133 patients (69,9%) have been diagnosed a chronic painful pancreatitis, 23 patients (12,0%) have been diagnosed a pancreatic cyst. Three basic forms of the chronic opisthorchosis pancreatitis have been suggested: a chronic painful pancreatitis, a chronic pseudotumor-like pancreatitis and a pancreatic cyst.

Key words: pancreas, opisthorchosis, chronic pancreatitis.

УДК 616.37–002:616.995.122.21

Введение

Актуальность проблемы заболеваемости описторхозом очевидна. Несмотря на определенное улучшение санитарного состояния окружающей среды и повышение санитарной грамотности населения, хронический описторхоз остается распространенным заболеванием. Особенно важное медико-социальное значение эта проблема имеет для Западно-Сибирского региона, поскольку Обь-Иртышский бассейн является самым крупным эндемичным очагом описторхоза в мире. В бассейне среднего Приобья пораженность жителей описторхозом составляет 51–82%, а в отдельных районах — свыше 95%. В связи с сохраняющимися миграционными процессами населения станы следует отметить, что уже через год после приезда в очаг описторхоза заражается от 11,5 до

17,9% населения, через 1,5 года — 42%, через 5 лет — 46,7%, в дальнейшем уровень инвазии растет и достигает 73,7% [3, 4, 6–8].

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 осложнений. В то же время описторхозной инвазии протоков поджелудочной железы и возникающему при этом воспалению в большинстве опубликованных работ уделяется недостаточное внимание [1, 2, 5]. Следует отметить, что именно в эндемичных очагах описторхоза процент заболеваемости панкреатитами и раком поджелудочной железы превышает среднероссийские показатели [7].

Цель работы — изучить патоморфологические особенности хронических описторхозных панкреатитов.

Материал и методы

С 1970 по 2000 г. в Томском зональном гепатологическом центре обследованы 192 пациента с хроническим панкреатитом, развившимся на фоне хронической описторхозной инвазии (117 (60,9%) женщин и 75 (39,1%) мужчин), в возрасте 22—80 лет. У 166 пациентов проводилась этиотропная и патогенетическая терапия, 26 пациентов были оперированы. Интраоперационно макроскопически оценивались структурные изменения поджелудочной железы, печени и внепеченочных желчных протоков. У 16 из оперированных больных проводилась световая микроскопия фрагментов поджелудочной железы, выделенных во время операции, немедленно фиксированных в 12%-м растворе формальдегида и залитых в парафин. После обезжиривания и изготовления срезов препараты окрашивались гематоксилином и эозином и подвергались изучению в световом микроскопе при различном увеличении.

Результаты и обсуждение

В основе патоморфологических изменений при описторхозных панкреатитах лежат пролиферативный каналикулит, периканаликулит и разрастание соединительной ткани в строме поджелудочной железы, более выраженное в головке (рис. 1). Реже наблюдается диффузный фиброз органа или кистевидная деформация главного панкреатического протока с развитием каналикулоэктазов, ретенционных кист.

Рис. 1. Участки фиброза поджелудочной железы (указаны стрелками). Ув. 100. Окраска гематоксилином и эозином

В изученной группе хроническим псевдотуморозным панкреатитом страдали 36 пациентов (18,8%). При данной форме заболевания воспалительные изменения в основном локализуются в головке поджелудочной железы, которая макроскопически 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 направлении хвоста. Непроходимость панкреатических протоков, помимо механических причин, может быть обусловлена метаплазией эпителия, которая вызвана постоянной травматизацией слизистой оболочки протоков телами паразитов. Возникает постепенная дегенерация ацинусов и замещение их соединительной тканью. На поздних стадиях заболевания процесс становится настолько выраженным, что нормальная ткань представлена островками, заключенными в каркас из грубой соединительной ткани.

Хроническим описторхозным болевым панкреатитом страдали 133 (69,3%) пациента. Поджелудочная железа при данной форме заболевания имеет обычные размеры или несколько увеличена, малокровная, равномерно

плотноэластической консистенции. Во всех отделах поджелудочной железы равномерно разрастается соединительная ткань, но рисунок долек выражен четко, фиброзная капсула склерозирована. Морфологические изменения в первую очередь выражены со стороны протоков железы. Просвет их расширен, стенки утолщены за счет разрастания соединительной ткани, характерна железистая гиперплазия эпителия слизистой протоков железы. Эпителий нередко сращивается в виде пластов, наблюдается его метаплазия. Увеличивается объем перидуктальной и междольковой соединительной ткани с новообразованными канальцами, инфильтрированной лимфоидными и полиморфноядерными клетками. В паренхиме поджелудочной железы наблюдаются кровоизлияния и некрозы (рис. 2). При данной форме хронического описторхозного панкреатита в патологический процесс вовлекаются протоки разного калибра. Отмечаются участки сужений и расширений как главного, так и междольковых панкреатических протоков. В результате чередования участков значительно выраженного стеноза и расширения протоков возникает так называемый симптом 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 долгое время остаются интактными. Позже в инсулярном аппарате происходят дистрофические, некротические, воспалительные, регенеративно-гиперпластические и склеротические процессы.

Рис. 2. Метаплазия эпителия протока поджелудочной железы с выраженным перидуктальным фиброзом вокруг (указано стрелками) и телом паразита внутри протока. Ув. 250. Окраска гематоксилином и эозином

В основе поражений слизистых оболочек органов пищеварительной системы и эндотелия сосудов лежат иммунологические нарушения. Миграция и локализация гельминтов влияет на характер клинических проявлений при описторхозе. Клиническая картина определяется преимущественно стереотипной реакцией организма на антигенное раздражение гельминта.

Наряду с иммунологическими реакциями в патогенезе поражений при хроническом описторхозе важную роль играют травматический и механический факторы. Наиболее значимое повреждение стенок желчных и панкреатических протоков происходит в ранней фазе болезни, когда описторхи травмируют ткани шипиками, расположенными на их кутикуле.

Механическое повреждающее воздействие описторхов в наибольшей степени проявляется в хронической фазе заболевания. Паразиты своими брюшными присосками захватывают участки слизистой оболочки, оставляя поврежденную поверхность (рис. 3).

Скопление в протоках печени и поджелудочной железы паразитов, продуктов их метаболизма, слизи, слущенного эпителия создает механическое препятствие для прохождения желчи и секрета поджелудочной железы, являясь причиной их застоя (рис. 4).

Рис. 3. Описторх в просвете расширенного панкреатического протока. Имеется участок некроза эпителия с кровоизлиянием в месте захвата брюшной присоской паразита стенки протока (указано стрелками). Ув. 100. Окраска гематоксилином и эозином

Рис. 4. Три описторха в просвете протока поджелудочной железы. Ув. 100. Окраска гематоксилином и эозином

Изменения в поджелудочной железе возникают при хроническом описторхозе не только в результате микротравмы эпителия протоков железы паразитами и их токсического действия, но также в результате тесной анатомо-физиологической связи с гепатобилиарной системой и желудочно-кишечным трактом. В патогенезе изменений поджелудочной железы немалую роль играет нарушение оттока панкреа-

тического секрета из-за склеротических изменений большого дуоденального сосочка, рефлюкса желчи в протоки поджелудочной железы. Характер морфологических изменений в поджелудочной железе аналогичен изменениям в печени.

Кисты поджелудочной железы встречались у 23 (12%) больных. Их образованию способствует сочетание повреждения паренхимы поджелудочной железы и затруднение оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Нередко при хроническом описторхозе развиваются стриктуры терминального отдела холедоха, имеющие, как правило, протяженный характер, и стеноз большого дуоденального сосочка, что приводит к желчной гипертензии и нарушению оттока панкреатического секрета. При этом ведущими звеньями являются нарушение проходимости главного панкреатического протока, который закупоривается телами описторхов и описторхозным детритом, и внутрипротоковая гипертензия. Кисты локализовались в головке поджелудочной железы у 11 пациентов (5,8%), в теле и хвосте — у 4 пациентов (2,1%), в теле и головке — у 2 (1%), в хвосте — у 6 пациентов (3,1%).

Особенности клиники хронических описторхозных панкреатитов, лабораторных и инструментальных методов исследований, консервативного лечения и выбора оперативной тактики представлены статье «Лечение хронических описторхозных панкреатитов», опубликованной в журнале «Бюллетень сибирской медицины», № 1, 2003 г.

На основании патоморфологических изменений, возникающих в ткани поджелудочной железы при длительной описторхозной инвазии, особенностей клиники хронических описторхозных панкреатитов предложено выделять: хронический болевой описторхозный панкреатит, хронический псевдотуморозный описторхозный панкреатит и кисты поджелудочной железы.

Хронические описторхозные панкреатиты требуют пристального внимания клиницистов, своевременной диагностики и лечения, так как нередко осложняются механической желтухой, гнойным холангитом и перитонитом, что обуславливает высокую послеоперационную ле-

тельность пациентов (до 20,3%) и увеличение риска развития неопластических процессов на фоне хронического воспаления.

Выводы

1. В патогенезе поражений поджелудочной железы при хроническом описторхозе важную роль играют иммунологические реакции, травматический и механический факторы.

2. В основе патоморфологических изменений при описторхозных панкреатитах лежат: пролиферативный каналикулит, периканаликулит и разрастание соединительной ткани в строме поджелудочной железы, преимущественно выраженное в головке.

Литература

1. Альперович Б.И., Парамонова Л.М., Мерзликин Н.В. Криохирургия печени и поджелудочной железы. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1985. 125 с.
2. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б. Хирургия осложнений описторхоза. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990. 224 с.
3. Альперович Б.И., Курысько Ж.А., Марьина М.Е. Хронический описторхозный панкреатит // Мат-лы I Междунар. юбилейной конф. «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии». Томск, 2001. С. 100—101.
4. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит. СПб.: Питер, 2000. 403 с.
5. Глумов В.Я. Описторхоз. Вопросы эпидемиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники, лечения: Методические рекомендации. Ижевск, 1981. 24 с.
6. Завойкин В.Д., Зеля О.П., Сокерина О.А. Современное состояние проблемы описторхоза в Западной Сибири // Мат-лы I Междунар. юбилейной конф. «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии». Томск, 2001. С. 99.
7. Пальцев А.И. Клиника, диагностика, лечение хронического описторхоза. Современное состояние вопроса // Сиб. журн. гастроэнтерол. и гепатол. 2002. № 14. С. 25—30.
8. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза / А.В. Лепехин, В.В. Мефодьев, В.Г. Филатов, Н.С. Бужак. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992. 232 с.

Поступила в редакцию 15.01.2004 г.