

**На правах рукописи**

**Курьсько Жанна Анатольевна**

**ХРОНИЧЕСКИЙ ОПИСТОРХОЗНЫЙ ПАНКРЕАТИТ  
И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ**

**14.00.27 - хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**кандидата медицинских наук**

**Томск – 2006г.**

**Работа выполнена в ГОУ ВПО «Сибирский государственный  
медицинский университет» Росздрава**

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор,  
Заслуженный деятель науки РФ

Альперович Борис Ильич

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор,  
Заслуженный деятель науки РФ

Жерлов Георгий Кириллович

доктор медицинских наук

Гибадулин Наиль Валерианович

**Ведущая организация:** ГОУВПО «Новосибирская государственная медицинская академия» Росздрава

Защита состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2006 г, в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.01 при Сибирском государственном медицинском университете (634050, г. Томск, Московский тракт, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 107)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2005 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета

Г.А. Суханова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы:** Несмотря на то, что с момента открытия *Opisthorchis felineus*, прошло уже более 110 лет, проблема описторхозной инвазии не утратила своей актуальности, что объясняется массивностью поражения населения описторхозом и влиянием его на течение и клинические проявления ряда заболеваний органов брюшной полости [Альперович Б.И., Бражникова Н.А., 1990, Зиганьшин Р.В., 1997, Глумов В.Е., 1981, Blumgart H., 1982]. Большинство исследователей, занимающихся изучением различных аспектов хирургического лечения хронического описторхоза, акцентируют свое внимание на поражении печени и желчных путей, где локализуется максимум изменений, ведущих к развитию тех или иных осложнений. В то же время упускается важный момент описторхозной инвазии протоков поджелудочной железы и возникающее при этом воспаление [Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Комкова Т.Б., 1997.]. Паразитирование описторхисов в протоках поджелудочной железы наблюдается реже чем в желчных, что вероятно обусловлено менее подходящей для паразитов средой панкреатического сока, более высоким давлением протоковой системы [Яблоков Д.Д., 1979]. Описторхозная инвазия вызывает и поддерживает воспалительно-пролиферативные изменения не только в протоках поджелудочной железы, но и в паренхиме и межуточной ткани, что в сочетании со стазом панкреатического секрета приводит к фиброзу [Кульчиев А.А., 1982]. Фиброз паренхимы поджелудочной железы, большинство авторов справедливо считает процессом необратимым [Федоров В.Д., Данилов М.В., 1995, Кузин М.И., 1985, Курыгин А.А., 1997, Смирнов А.Д., 1995]. Поэтому от лечения больных хроническим описторхозным панкреатитом следует ожидать только устранения болевого синдрома и относительной стабилизации основных функций поджелудочной железы, что представляет собой сложную задачу, требует индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Изучение клинкоморфологических особенностей хронического описторхозного панкреатита позволит выработать алгоритм лечения данного заболевания.

**Цель работы:** Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения пациентов с хроническим описторхозным панкреатитом.

**Основные задачи исследования:**

1. Выявить особенности клинической картины хронического панкреатита, протекающего на фоне хронического описторхоза.
2. Изучить патоморфологические изменения ткани поджелудочной железы, развивающиеся на фоне хронического описторхоза.
3. Предложить классификацию хронического описторхозного панкреатита.
4. Разработать алгоритм консервативного и оперативного лечения хронического описторхозного панкреатита в зависимости от его формы.
5. Выяснить роль криохирургического воздействия в лечении различных форм хронического описторхозного панкреатита.

**Научная новизна:**

1. На клинико-морфологической основе предложена классификация хронических описторхозных панкреатитов, которая позволяет дифференцированно подходить к лечению.
2. Разработан алгоритм диагностики и лечения хронического описторхозного панкреатита в зависимости от формы.
3. Дано клинико-анатомическое обоснование предпочтения соответствующих методик консервативного и оперативного лечения хронического описторхозного панкреатита.

**Практическая значимость**

На основе предложенной классификации, диагностических и лечебных алгоритмов даны практические рекомендации, которые будут внедрены в повседневную деятельность хирургических отделений и позволят улучшить результаты лечения.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. На основании патоморфологических и клинических особенностей выделены три основные формы хронического описторхозного панкреатита: хронический болевой панкреатит, хронический псевдоопухолевый панкреатит, кисты поджелудочной железы.

2. Ключевым методом обследования при хроническом описторхозном панкреатите является УЗИ.

3. При обострении хронического описторхозного панкреатита применяются консервативные методы лечения, как при остром панкреатите, при их неэффективности прибегают к оперативному вмешательству.

4. Метод оперативного вмешательства определяется формой хронического описторхозного панкреатита.

5. Наиболее эффективным методом оперативного вмешательства при хроническом описторхозном панкреатите является криодеструкция поджелудочной железы.

### **Апробация работы**

Основные положения диссертации были доложены на первой международной юбилейной конференции посвященной 110-летию со дня открытия профессором К.И.Виноградовым сибирской двуустки у человека.

**Публикации.** По результатам исследования опубликовано шесть работ в центральной и местной печати, которые отражают основные положения диссертации.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 117 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 9 таблицами, 18 рисунками, 2 диаграммами. Указатель литературы включает 208 источников, из них 171 отечественных и 37 иностранных авторов.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В хирургическом отделении Томского зонального гепатологического центра с 1985 по 2001 г. обследовано 192 пациента обоего пола с диагнозом хронический описторхозный панкреатит, женщин – 117 (60,9%), мужчин – 75 (39,1%). Возраст варьировал от 22 до 80 лет (средний возраст  $50,3 \pm 13,9$ ).

Среди клинических форм хронического описторхозного панкреатита преобладал болевой панкреатит, который наблюдался у 133 (69,27%) пациентов. 36 пациентов (18,75%) страдало хроническим описторхозным псевдотуморозным панкреатитом. Кисты поджелудочной железы встречались у 23 (11,98%) больных (табл.1).

**Таблица 1**

**Формы хронического описторхозного панкреатита**

Форма хронического описторхозного панкреатита	Количество пациентов	Доля пациентов, %
Хронический болевой описторхозный панкреатит	133	69,27
Хронический псевдоопухольный описторхозный панкреатит	36	18,75
Кисты поджелудочной железы	23	11,98

Исследуемые пациенты отличались по географическому признаку: 176 из них (92%) проживали в г. Томске, 16 (8%) – в Томской области.

### **Методы исследования**

В алгоритм обследования пациентов с хроническим описторхозным панкреатитом входят следующие диагностические исследования: лабораторные методы исследования внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, ультрасонография поджелудочной железы, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, компьютерная томография, эзофагогастродуоденоскопия.

Комплексное обследование пациентов проводилось на базе биохимической лаборатории, отделения ультразвуковой, функциональной диагностики, рентгенологического и эндоскопического отделений МКЛПМУ городской больницы № 3 г. Томска.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Удалось выявить клинические особенности хронического описторхозного панкреатита. Для клинической картины хронического описторхозного панкреатита характерны следующие синдромы:

- болевой;
- диспептический;
- синдром инкреторной недостаточности поджелудочной железы;
- синдром билиарной гипертензии.

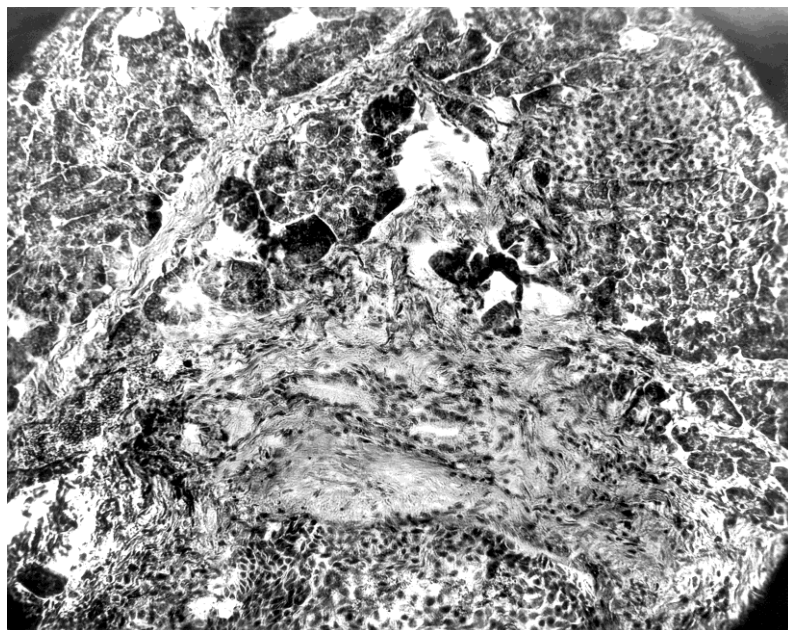
У 3-х пациентов (2%) отмечалось отсутствие болевого синдрома.

**Таблица 2**

**Симптомы хронического описторхозного панкреатита**

Симптомы	Количество пациентов	Доля пациентов, %
<b>Характер болей:</b>		
слабые	22	11
средние	98	51
интенсивные, приступообразные	69	36
<b>Локализация:</b>		
эпигастрий	26	13,5
правое подреберье	89	46,4
эпигастрий и левое подреберье	74	38,5
<b>Иррадиация болей:</b>		
опоясывающие	68	35,4
область сердца	24	12,5
правое плечо, лопатку	18	9,4
<b>Диспепсические расстройства:</b>	<b>104</b>	<b>54,2</b>
<b>Желтуха</b>	<b>15</b>	<b>7,8</b>
<b>Снижение веса тела</b>	<b>54</b>	<b>28</b>

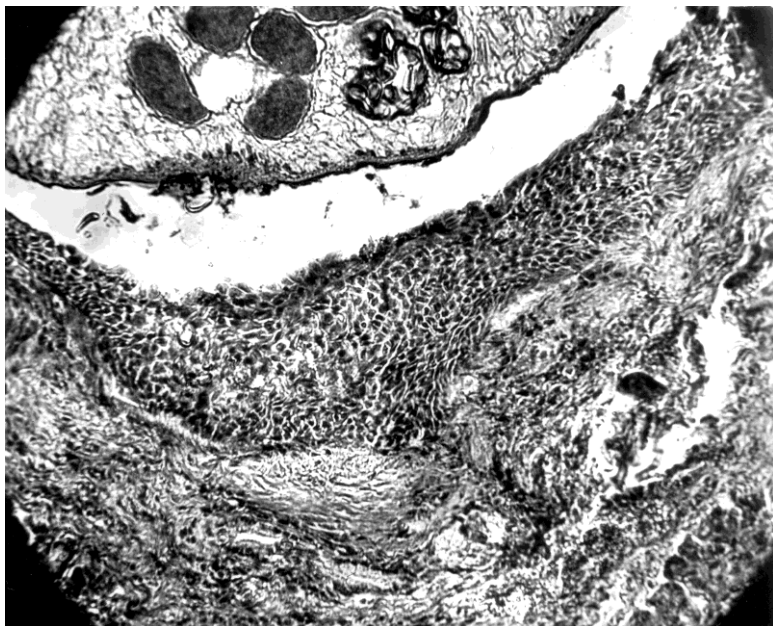
В основе патоморфологических изменений при описторхозных панкреатитах лежат: пролиферативный каналикулит, периканаликулит и разрастание соединительной ткани в строме поджелудочной железы, более выраженное в головке (рис. 1).



**Рис.1.** Участки фиброза поджелудочной железы. Ув. 100. Окраска гематоксилином и эозином.

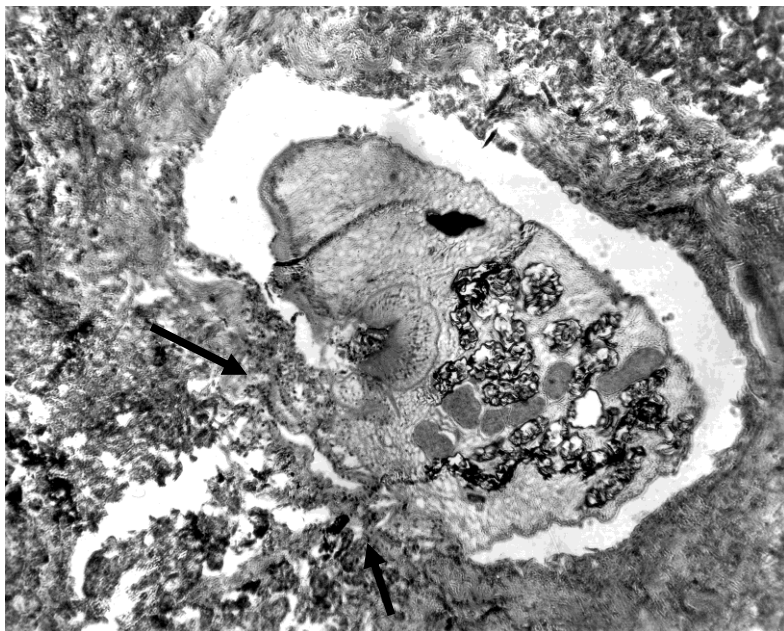
Реже наблюдается диффузный фиброз органа или кистозная деформация главного панкреатического протока с развитием каналикулоэктазов, ретенционных кист. При данной форме хронического описторхозного панкреатита в патологический процесс вовлекаются протоки разного калибра. Отмечаются участки сужений и расширений, 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. 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).





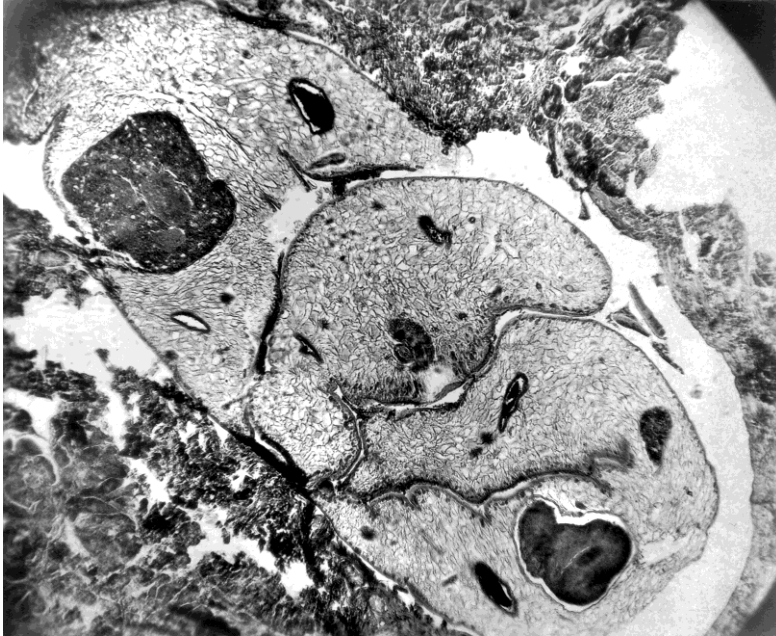
**Рис.2.** Метаплазия эпителия протока поджелудочной железы с выраженным перидуктальным фиброзом вокруг и телом паразита внутри протока. Ув. 250. Окраска гематоксилином и эозином.

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



**Рис. 3.** Описторхис в просвете расширенного панкреатического протока. Имеется участок некроза эпителия с кровоизлиянием в месте захвата брюшной присоской паразита стенки протока. Ув. 100. Окраска гематоксилином и эозином.

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



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

Нередко при хроническом описторхозе развиваются стриктуры терминального отдела холедоха, имеющие, как правило, протяженный характер. Стриктуры холедоха и стеноз большого дуоденального сосочка приводят 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, что является причиной образования кист поджелудочной железы.

Кисты локализовались в головке поджелудочной железы у 11 пациентов (47,8%), в теле и хвосте – у 4 пациентов (17,4%), в теле и головке – у 2 пациентов (8,7%), в хвосте – у 6 пациентов (26,1%). Стенки кист выстланы эпителием.

На основании клинических и патоморфологических особенностей целесообразно выделять три основные формы хронического описторхозного панкреатита:

1. хронический болевой описторхозный панкреатит;
2. хронический псевдотуморозный панкреатит;
3. кисты поджелудочной железы на фоне длительной описторхозной инвазии.

Лечение в период выраженного обострения хронического описторхозного панкреатита включало мероприятия направленные на:

- купирование боли;
- подавление секреции поджелудочной железы;
- борьбу с бактериальной инфекцией, воспалительными изменениями;
- снижение гипертензии в протоках поджелудочной железы;
- борьбу с интоксикацией и обезвоживанием, электролитными расстройствами, сосудистой недостаточностью.

При неэффективности проводимой консервативной терапии прибегали к оперативному лечению. Из всех больных хроническим описторхозным панкреатитом у 26 (13,5%) пациентов консервативное лечение не привело к улучшению состояния, они были прооперированны.

Предоперационная подготовка пациентов с хроническим описторхозным панкреатитом направлена на:

- нормализацию функции печени;
- купирование воспалительных процессов в поджелудочной железе;
- дезинтоксикацию организма.

Показаниями к операции при хроническом описторхозном панкреатите являются:

- описторхозные кисты поджелудочной железы более 3-х см в диаметре;
- хронический описторхозный псевдотуморозный панкреатит;
- хронический описторхозный болевой панкреатит с интенсивными некупирующимися болями.

Характер и объем предоперационной подготовки зависит от степени выраженности воспалительных изменений в поджелудочной железе, от формы хронического описторхозного панкреатита, наличия осложнений, таких как механическая желтуха, печеночно-почечная недостаточность, а также от объема предстоящей операции и срочности ее выполнения.

Доступ к поджелудочной железе зависит от формы хронического описторхозного панкреатита, наличия кист поджелудочной железы. В 27% случаев был выполнен разрез по Кохеру, в 73% - применяли срединную лапаротомию. Структура оперативных вмешательств представлена в таблице № 3.

Таблица 3

**Структура оперативных вмешательств при хроническом  
описторхозном панкреатите**

Форма хронического описторхозного панкреатита	Количество больных	Оперативное лечение	Количество больных
Хронический псевдоопухоль левый панкреатит	36 (19%)	Криодеструкция	3
		Холецистоэнтеростомия	1
Хронический болевой панкреатит	133(69%)	Криодеструкция	5
		Криодеструкция и оментопанкреопексия	1
		Криодеструкция, холецистэктомия	1
		Резекция поджелудочной железы	2
Кисты поджелудочной железы	23(12%)	Криодеструкция поджелудочной железы	2
		Вскрытие, криодеструкция, ушивание полости кисты	2
		Резекция, криодеструкция, тампонада сальником полости кисты	2
		ХДА, холецистостомия, вскрытие, дренирование кист поджелудочной железы	1
		Цистоэнтеростомия	5
		Цистоэнтеростомия, криодеструкция	1

---

Всего больных:	192(100%)	Общее количество операций	26
----------------	-----------	---------------------------	----

---

При оперативном лечении хронического описторхозного панкреатита большое значение имеет криохирургическое воздействие на поджелудочную железу, которое позволяет при минимальном риске снять болевой синдром и добиться существенного улучшения состояния больных. Криодеструкция применялась у 17 пациентов, что составило 65,4 % от всех операций.

Одним из основных показателей оперативного лечения хронического описторхозного панкреатита являются частота рецидива заболевания и социально-трудовая реабилитация пациентов.

При анализе отдаленных результатов выявлена высокая радикальность применяемого в клинике метода хирургического лечения больных с хроническим описторхозным панкреатитом. Проводилось анкетирование пациентов, применялись лабораторные методы исследования такие, как биохимический анализ крови, общий анализ крови, анализ кала на яйца описторхисов, выполнялось ультразвуковое исследование поджелудочной железы.

Важной задачей оценки непосредственных результатов лечения больных с хроническим описторхозным панкреатитом служит не только выявление морфофункциональных нарушений поджелудочной железы, но и объективная оценка качества жизни пациентов. Изучение качества жизни позволяет получить наиболее полную информацию о физическом и психическом здоровье пациента, его эмоциональном и социальном функционировании в различные сроки после госпитального этапа лечения, что является основой разработки рациональной программы диспансерного наблюдения и лечения.

Для оценки качества жизни использовали вопросник, специфичный для хронического панкреатита используемый в клинических исследованиях с 1994, предложенный С.Ф. Багненко, А.А. Курыгиным, Н.В. Рухляда, А.Д. Смирновым. Данный вопросник более чувствителен и специфичен для хронического панкреатита, чем унифицированный вопросник SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey).

Вопросник состоит из 5 групп вопросов, нацеленных на определение различных сторон жизни пациентов. Три группы вопросов соответствуют большинству общих шкал и позволяют оценить соответственно:

- физический статус, работоспособность (ФР) - объем повседневной физической нагрузки, которая не ограничена состоянием здоровья.;
- эмоционально-психический статус (ПС). Оценивается роль эмоциональных проблем в ограничении, ментальная сфера;
- уровень социальной адаптации (СА) - социальная активность – оценка объема социальных связей;

Две оставшиеся группы вопросов являются специфичными для больных хроническим панкреатитом и позволяют оценить:

- степень выраженности болевого синдрома (БС). Производится оценка объема субъективных болевых ощущений, которые испытывал респондент;
- уровень пищеварительных нарушений, диспепсии (УД).

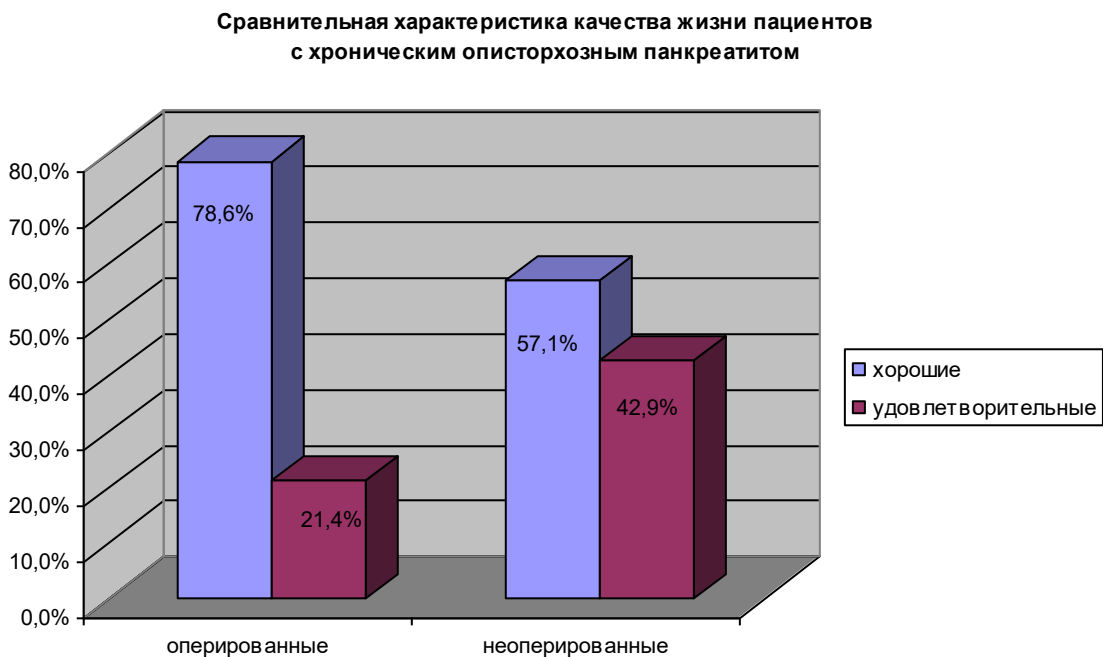
Анализируя ответы на вопросы, вычисляется интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ), он равен сумме реальных ответов на каждый вопрос, умноженных на весовые коэффициенты соответствующих вопросов. Нормальным считается ИПКЖ от 0 до 50 баллов. В исследовании участвовали две группы пациентов по 14 человек.

В первую группу вошли пациенты, страдающие хроническим описторхозным панкреатитом, которым была выполнена криодеструкция поджелудочной железе. Во вторую группу вошли пациенты с хроническим описторхозным панкреатитом получавшие только консервативное лечение.

Из 14 анкетированных пациентов первой группы хорошие результаты получены у 11 пациентов, что составляет 78,6%, пациенты чувствуют себя хорошо, расценивают свое послеоперационное состояние, как полное излечение. Удовлетворительные результаты отмечены у 3 больных (21,4%). Данные пациенты отмечают значительное улучшение своего состояния по сравнению с предоперационным, но о полном излечении не говорят. Периодически у них отмечаются диспепсические расстройства, проводится постоянная коррекция внешнесекреторной не-

достаточности функции поджелудочной железы. Таким образом, результаты анкетирования реконвалесцентов показали, что качество жизни у больных хроническим описторхозным панкреатитом перенесших криохирургическое воздействие на ткань поджелудочной железы, кардинально не отличается от популяции людей аналогичного возраста. Складывается впечатление, что после перенесенной операции, пациенты возвращаются к своей повседневной работе и занятиям, не имея существенных при этом ограничений.

Во второй группе из 14 пациентов у 8 (57,1%) отмечались хорошие результаты. У 6 (42,9%) результаты были удовлетворительными, неудовлетворительных результатов не было. Со стороны психического здоровья у этой группы пациентов было выявлено нарушение эмоциональной сферы с ограничением социальной активности, что обусловлено в первую очередь обострениями хронического панкреатита (рис 5).



**Рис. 5 .** Сравнительная характеристика отдаленных результатов в 2-х группах пациентов.

Статистический анализ данных выполнялся в прикладном статистическом пакете Statgraphics Plus с использованием следующих критериев:

- Хи-квадрат – для оценки статистически достоверных отличий между качественными признаками (ЭН - экзокринные нарушения, СД – сахарным диа-

бет);

– Непараметрический критерий Манна-Уитни, используемый для оценки статистически достоверных отличий между ранговыми показателями (ФР – физическая работоспособность, ПС – психическое состояние, СА – социальная адаптация, БС – болевой синдром, УД – уровень диспепсии, ИПКЖ – интегральный показатель качества жизни).

Выбор непараметрического критерия Манна-Уитни обусловлена малым объемом исследуемых выборок ( $N=14$ ). В ретроспективное исследование качества жизни были включены не все пациенты, выписанные на амбулаторное лечение, так как некоторые из них были потеряны для наблюдения.

Решение о статистически достоверных отличиях принимались при уровне значимости  $p \leq 0,05$ . Для визуализации данных использовалась диаграмма частотного распределения (гистограмма).

ИПКЖ в группе пациентов перенесших операцию составил  $38,0 \pm 1,77$ , где 1,77 – ошибка измерения, стандартное отклонение – 6,6. ИПКЖ во второй группе пациентов  $41,86 \pm 2,1$ , стандартное отклонение 7,86. Между интегральными показателями качества жизни в группе оперированных и не оперированных пациентов не выявлено статистически значимого отличия ( $p > 0,05$ ).

В этой связи возникла необходимость в более глубоком анализе причинно-следственных взаимосвязей показателей качества жизни с выраженностью эндо- и экзокринной недостаточностью поджелудочной железы.

На следующем этапе исследовались нарушения внешней и внутренней секреции поджелудочной железы. Из 14 оперированных больных с хроническим описторхозным панкреатитом, у 3 (21,4%) отмечались нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы (изучалась концентрация эластазы кала при копрологическом исследовании), у 1 (7,1%) был обнаружен инсулиннезависимый сахарный диабет.

У больных подвергшихся только консервативному лечению нарушения экзокринной функции были выявлены в 8 (57,1%) случаях. Сахарный диабет был диагностирован у 1 (7,1%) больного. Согласно полученным данным выявлено до-



стоверное отличие ( $p \leq 0,05$ ) по показателю нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Существенным фактором, определяющим объективность оценки результатов лечения больных с хроническим описторхозным панкреатитом с позиции качества жизни, является соблюдение больным рекомендаций по устранению этиологического фактора (дегельминтизация), строгое соблюдение диеты, осуществляемых совместно с врачом после выписки из стационара.

Полученные результаты собственного исследования качества жизни позволили заключить, что больные, перенесшие криохирургическое воздействие на поджелудочную железу, возвращаются к своим повседневным занятиям, не имея существенных ограничений. Развитие экзо- и эндокринной дисфункции поджелудочной железы вследствие криодеструкции, достоверно не влияет на показатели качества жизни пациентов, что объясняется своевременной коррекцией нарушений.

Опыт нашей клиники по применению криодеструкции на ткань поджелудочной железы при хроническом описторхозном панкреатите, показывает, что данный вид оперативного вмешательства является операцией выбора, так наименее травматичен, дает меньше интра- и послеоперационных осложнений позволяет получить хорошие послеоперационные результаты.

Качество жизни больных перенесших криодеструкцию поджелудочной железы, существенным образом не отличается от общей популяции и имеет четкую положительную динамику в течение раннего послеоперационного восстановительного периода.

Улучшение качества жизни пациентов, перенесших операцию на поджелудочной железе, зависит от социальной адаптации и определяется характером стандартных профилактических мероприятий, строгое соблюдение которых уменьшает риск развития обострения хронического описторхозного панкреатита.

## **ВЫВОДЫ:**

1. Среди основных клинических проявлений хронического описторхозного панкреатита ведущее место занимает болевой синдром – 98%, диспепсиче-

ские расстройства составляют 54,2% жалоб, желтуха возникает у 7,8% пациентов;

2. В основе патоморфологических изменений при хроническом описторхозном панкреатите лежат: пролиферативный каналикулит, периканаликулит и разрастание соединительной ткани в строме поджелудочной железы, преимущественно в области головки органа;

3. На основании патоморфологических и клинических проявлений целесообразно деление хронического описторхозного панкреатита на: хронический болевой; хронический псевдоопухолевый; кисты поджелудочной железы.

4. Алгоритм лечения больных с хроническим описторхозным панкреатитом включает: купирование болевого синдрома, подавление внешней секреции поджелудочной железы, противовоспалительную и антибактериальную терапию (по показаниям), декомпрессию протоковой системы, коррекцию гомеостаза.

5. Способ хирургического лечения хронического описторхозного панкреатита основывается на его клинико-морфологической форме. Методом выбора в хирургическом лечении хронического описторхозного панкреатита является криохирургическое воздействие на ткань поджелудочной железы, позволяющей купировать проявление болезни и избежать целого ряда опасных для жизни осложнений.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. В алгоритм обследования пациентов с хроническим описторхозным панкреатитом включать следующие диагностические исследования: лабораторные методы исследования внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, УЗИ, ЭРХПГ, КТ, ЭГДС.

2. Выделять три основные формы хронического описторхозного панкреатита: хронический описторхозный болевой панкреатит, хронический описторхозный псевдоопухолевый панкреатит и кисты поджелудочной железы на фоне хронического описторхоза.

3. При обострении хронического описторхозного панкреатита применять консервативные методы лечения, как при остром панкреатите, при их неэффек-

тивности прибегать к оперативному вмешательству.

4. Проводить дегельминтизацию хронического описторхоза в предоперационном или послеоперационном периоде, в зависимости от формы хронического описторхозного панкреатита и наличия осложнений.

5. Метод оперативного вмешательства определять в зависимости формы хронического описторхозного панкреатита, отдавать предпочтение криохирургическому воздействию на поджелудочную железу, как наиболее эффективному методу хирургического лечения хронического панкреатита.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации:**

1. Альперович, Б.И. / Б.И. Альперович, Ж.А. Курысько, М.Е Марьина, В.И. Серяков // Первая международная юбилейная конференция, посвященная 110-летию со дня открытия К.Н. Виноградовым сибирской двуустки у человека: Тез. Докл. – Томск - 2001. – С. 100-101.

2. Альперович, Б.И. Лечение хронических описторхозных панкреатитов / Б.И. Альперович, Ж.А. Курысько // Бюллетень сибирской медицины. - 2003. - №1. - С. 62-66.

3. Альперович, Б.И. Хронический панкреатит у больных с описторхозом / Б.И. Альперович, Ж.А. Курысько // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – №2. – С. 19-23.

4. Альперович, Б.И. Хирургическое лечение хронических описторхозных панкреатитов / Б.И. Альперович, Ж.А. Курысько // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – №2. – С. 180-181.

5. Альперович, Б.И. Клинический патоморфоз хронического описторхозного панкреатита / Б.И. Альперович, Н.С. Родичева, Ж.А. Курысько // Бюллетень сибирской медицины. - 2004. - №3. – С. 49-52.

6. Альперович, Б.И. Хронический описторхозный панкреатит и его лечение / Б.И. Альперович, Ж.А. Курысько // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – №4. – С. 203.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

**БДС** – большой дуоденальный сосочек

**БС** – болевой синдром

**ДПК** – двенадцатиперстная кишка

**ЖКБ** – желчнокаменная болезнь

**ИПКЖ** – интегральный показатель качества жизни

**КТ** – компьютерная томография

**ПДР** – панкреатодуоденальная резекция

**ПЖ** – поджелудочная железа

**ПС** – психическое состояние

**СА** – социальная адаптация

**УД** – уровень диспепсии

**УЗИ** – ультразвуковое исследование

**ФР** – физическая работоспособность

**ЭГДС** – эзофагогастродуоденоскопия

**ЭС** – эмоциональное состояние

**ЭРХПГ** - эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

