

СЛУЧАЙ АСКАРИДНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ НЕКРОЗОМ КИШКИ

¹Колоцей В.Н., ^{1,2}Страпко В.П.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», Гродно, Беларусь

Представлен клинический случай аскаридной кишечной непроходимости, осложнившийся некрозом участка подвздошной кишки. Хирургическое лечение было успешным, выполнена резекция участка подвздошной кишки с эвакуацией аскарид и наложением межкишечного анастомоза.

Ключевые слова: аскаридоз, кишечная непроходимость, резекция подвздошной кишки.

Аскаридоз – это паразитарное заболевание, которое наиболее часто встречается в странах с жарким тропическим климатом, где не соблюдаются элементарные гигиенические требования. По официальным данным ВОЗ, в мире аскаридозом ежегодно поражается около 1,2 миллиарда человек [3]. Возбудитель аскаридоза — круглый глист, аскарида человеческая (*Ascaris Lumbricoides*). Продолжительность жизни аскариды в организме человека составляет несколько месяцев. В течении заболевания выделяют 2 стадии: миграционную и кишечную. Во время первой стадии происходит циркуляция по крови не до конца созревших личинок аскарид, во время второй стадии в организме паразитируют взрослые черви, которые и вызывают все тяжелые последствия. Местом обитания аскарид служит тонкий кишечник, но они способны активно перемещаться в выше- или нижележащие отделы. Размер аскарид весьма значителен, длина самки может достигать 44 см, а самца до 25 см [1] (рис.1).



Рисунок 1. – аскарида в сравнении с интубационной трубкой

Аскариды могут вызвать полную обтурацию просвета кишки или частичную, когда одна или несколько аскарид могут вызвать спастическое сокращение кишки. В таком случае будет наблюдаться сочетание частичной обтурационной и спастической кишечной непроходимости. Крайне редко отмечается сочетание аскаридной кишечной непроходимости с инвагинацией или заворотом кишечника. Наиболее же часто возникает такое осложнение аскаридоза, как острая обтурационная непроходимость кишечника, которая обусловлена обтурацией просвета кишечника клубком из аскарид. Встречается преимущественно у детей, но наблюдается и у взрослых.

Согласно классификации Д.П. Чухриенко (1955 г.), выделяют следующие формы аскаридной непроходимости кишечника:

- 1) обтурационную;
- 2) спастическую;
- 3) паралитическую;
- 4) обтурационно-спастическую;
- 5) обтурационно-паралитическую.

Клиника аскаридной непроходимости кишечника определяется токсическим воздействием аскарид на организм и механической обтурацией ими кишечника. Заболевание обычно начинается остро, характерны схваткообразные боли в животе, сопровождается тошнотой и рвотой. Последняя не приносит облегчения, у некоторых пациентов вместе с рвотными массами отходят аскариды. У пациентов резко выражены общая слабость, головные боли, зуд в области анального отверстия. Отмечается вздутие живота, задержка стула и газов. Состояние их резко ухудшается в связи с интоксикацией продуктами жизнедеятельности аскарид и нарастающей кишечной непроходимостью. Чем выше аскаридная непроходимость кишечника, тем быстрее протекает заболевание. Описаны случаи крайне тяжелого течения заболевания, обусловленного в первую очередь аскаридной интоксикацией. Аскаридный аллерген является самым сильным из аллергенов паразитарного происхождения. Он может вызывать реакции в легких, на коже, конъюнктиве, в желудочно-кишечном тракте. При аскаридозе у детей может отсутствовать эффект от вакцинации и ревакцинации против кори, дифтерии, столбняка, полиовирусов. Это связано с иммунодепрессивным действием аскарид. Аллергические реакции бывают столь выраженными, что нередко представляют угрозу для жизни ребенка [3].

Аскаридоз может спровоцировать и другую острую хирургическую патологию. Так, попадание аскарид в червеобразный отросток приводит к острому аппендициту. Аскариды могут вызывать перфорацию стенки желудка и кишечника с развитием перитонита, причем с таким осложнением нам приходилось неоднократно сталкиваться. Проникновение аскарид в желчные протоки, желчный пузырь приводит к развитию холецистита, холангита, механической желтухи, возникновению абсцессов печени. Попадание аскариды в протоки поджелудочной железы ведет к развитию острого панкреатита [4].

В диагностике аскаридной кишечной непроходимости при физикальном обследовании пациента отмечается наличие смещаемой тестоватой консистенции опухоли, локализуемой преимущественно в нижних отделах живота. Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить чаши Клойбера. Кроме того, следует обращать внимание на общие симптомы заболевания – общую слабость, отсутствие аппетита, рвоту, головокружение, плохой

сон. В общем анализе крови отмечается эозинофилия.

Если выяснена истинная причина обтурации тонкой кишки, надо провести консервативное лечение с применением противопаразитарных препаратов. При безуспешности консервативной терапии или при острой кишечной непроходимости с неустановленной причиной показано оперативное вмешательство. Во время операции обнаружить клубок глистов, вызывающих обтурацию, обычно не представляет труда. Дальнейшая тактика зависит от состояния кишки. При жизнеспособной кишке самым простым и безопасным методом является перемещение глистов из тонкой кишки в толстую. Отсюда паразиты обычно отходят самостоятельно или с помощью клизм. В тяжелых случаях заболевания, когда аскариды фиксированы к стенке кишки и переплетены между собой, необходимо выполнение энтеротомии с извлечением максимального количества аскарид. На месте расположения паразитов кишка может иметь необратимые изменения и в таких случаях необходимо делать резекцию ее в пределах здоровых участков [2].

Ниже приводим наше наблюдение.

Пациент Ж., 1 год и 2 месяца (история болезни 10-169), был госпитализирован в хирургическое отделение Центрального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) 04.10.2009 г. При поступлении со слов матери было установлено, что ребенок болеет более 5 суток, когда появились боли в животе, многократная рвота, вздутие живота, стула не было в течение 3 дней. При объективном обследовании: состояние среднетяжелое, в сознании. Правильного телосложения, обычного питания. В легких везикулярное дыхание, ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца ясные. Пульс 140 в минуту, ритм правильный. АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, симметричен. При пальпации живот мягкий, болезненный в большей степени в нижних отделах, при этом в гипогастрии выявлялись опухолевидные болезненные образования продолговатой формы. Симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Температура тела 37,8°C. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости обнаружены множественные горизонтальные уровни жидкости. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз (14,9x10⁹/л) со сдвигом формулы влево (палочкоядерных 12%, сегментоядерных 66%). Был выполнен анализ толстой капли крови на малярию, который дал отрицательный результат. Также была выполнена реакция Видаля на брюшной тиф, которая дала отрицательный результат по О- и Н- антигенам (титр 1/60). Пациент был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: «Острая кишечная непроходимость».

Учитывая наличие острой кишечной непроходимости, наличие перитонеальных симптомов, были выставлены показания к оперативному лечению. После кратковременной предоперационной подготовки пациент был взят в операционную.

04.10.2009 г. произведена лапаротомия. При ревизии установлено, что тонкий кишечник расширен, гиперемирован, отечен, он буквально нафарширован паразитами, это отмечалось практически на всем его протяжении от связки Трейца до илеоцекального угла. Пальпаторно складывалось ощущение, что тонкая кишка заполнена проволокой. В малом тазу умеренное количество мутного серозно-геморраги-

ческого выпота. В подвздошной кишке на расстоянии около 80 см от илеоцекального угла имелись участки с некротическими изменениями кишечной стенки. Это 2 участка стенки подвздошной кишки размером 3x2 см и 2x1 см, локализующиеся в непосредственной близости друг от друга, багрово-синюшного цвета с наложениями фибрина. Кишка на этом уровне признана нежизнеспособной. Учитывая такие интраоперационные находки, подтвержденный диагноз аскаридной кишечной непроходимости, произведена резекция 60 см подвздошной кишки (рис. 2).



Рисунок 2. – Резецированный участок подвздошной кишки с участком некроза, в просвете клубки аскарид, обтурирующие просвет кишки

Через открытые культы подвздошной кишки с обеих сторон произведена эвакуация аскарид путем выдаивания с извлечением их из просвета кишки при помощи длинного анатомического пинцета. После обработки краев подвздошной кишки произведено наложение межкишечного анастомоза «конец в конец». Брюшная полость промыта, осушена. Дренаж в малый таз. Брюшная полость послойно ушита. Рана обработана йодом. Наложена асептическая повязка.

В течение первых суток после операции пациент находился в отделении реанимации, после чего был переведен в хирургическое отделение. Получал лечение: инфузионная терапия, обезболивающие, цефтриаксон, гентамицин, метронидазол, неостигмин. После активации моторики кишечника был назначен противопаразитарный препарат мебендазол. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 9-е сутки. На 10-е сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан домой.

В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2008-2012 гг. проходили лечение 19 пациентов с аскаридной кишечной непроходимостью, из них 17 (89,5%) были дети в возрасте от 5 месяцев до 11 лет, а также 2 женщины (10,5%) 32 и 53 лет. Сроки поступления в стационар составили от 3 до 7 суток от начала заболевания. Установление синдромального диагноза острой кишечной непроходимости, как правило, не вызывало больших сложностей, однако причина непроходимости в большинстве случаев выявлялась во время оперативного лечения. Особенно хочется подчеркнуть такой факт, что дифференциальная диагностика в условиях стран с жарким климатом очень непростая, и острое хирургическое заболевание

может протекать параллельно с тропической малярией, брюшным тифом, туберкулезом, паразитарными и другими заболеваниями, нередко на фоне тяжелой алиментарной анемии и авитаминоза. Следует учитывать, что наиболее часто встречающейся причиной развития перитонита в Анголе является брюшной тиф. Поэтому обязательно всем пациентам выполнялись анализ толстой капли крови (диагностика малярии) и реакция Видаля (диагностика брюшного тифа). Все пациенты были оперированы, в 16 случаях (84,2%) была произведена энтеротомия с извлечением основной массы аскарид, причем в 8 случаях понадобилось выполнение энтеротомии на 2 участках тонкой кишки, а в трех случаях на 3. У 3 пациентов (возраст 1 год и 2 месяца, 2 года и 6 месяцев, 5 лет) (15,8%) в связи с явлениями гангрены тонкой кишки была выполнена резекция участка тонкого кишечника с эвакуацией аскарид с наложением межкишечного анастомоза. В отечественной литературе мы не встретили сообщений об аскаридной непроходимости, осложнившихся

некрозом кишки. В приведенных нами случаях все пациенты поступили в стационар в сроки 5-7 суток от начала заболевания, и клубки аскарид фактически привели к возникновению пролежня в стенке кишки с развитием гангрены, что и привело к необходимости выполнения резекции участка кишки наряду с механическим удалением аскарид из просвета кишки.

Заключение

Улучшение результатов лечения аскаридной кишечной непроходимости может быть достигнуто за счет знаний о характере течения заболевания, правильной интерпретации полученных анамнестических данных и результатов объективного и инструментального исследования, а также выбора оптимального варианта хирургического вмешательства. Основной профилактикой данного заболевания будет являться соблюдение санитарно-гигиенических норм, кулинарная обработка пищевых продуктов, медикаментозная профилактика аскаридоза.

Литература

1. Озерцовская, Н. Н. Клиника и лечение гельминтозов / Н. Н. Озерцовская, Н. С. Зальнова, Н. И. Тумольская // М.: Медицина, 1985. – 183 с.
2. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость: руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич // 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
3. Юлиш, Е. И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей / Е. И. Юлиш // Новости медицины и фармации. – 2011. – № 11-12 (371-372). – Mode of access: <http://www.mif-ua.com/archive/article/17920>. – Date of access: 12.06.2015.
4. Ochoa, V. Surgical complications of ascariasis / B. Ochoa // II World J. Surg. – 1991. – V.15. – P.222-227.

Literatura

1. Ozerecovskaya, N. N. Klinika i lechenie gel'mintozov / N. N. Ozerecovskaya, N. S. Zal'nova, N. I. Tumol'skaya // M.: Medicina, 1985. – 183 s.
2. Eryuxin, I. A. Kishechnaya neproxodimost': rukovodstvo dlya vrachej / I. A. Eryuxin, V. P. Petrov, M. D. Xanevich // 2-e izd., pererab. i dop. – SPb.: Piter, 1999. – 448 s.
3. Yulish, E. I. Klinika, diagnostika, lechenie i profilaktika gel'mintozov u detej / E. I. Yulish // Novosti mediciny' i farmacii. – 2011. – № 11-12 (371-372). – Mode of access: <http://www.mif-ua.com/archive/article/17920>. – Date of access: 12.06.2015.
4. Ochoa, V. Surgical complications of ascariasis / B. Ochoa // II World J. Surg. – 1991. – V.15. – P.222-227.

CASE OF INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO ASCARIASIS COMPLICATED BY NECROSIS OF SMALL INTESTINE

¹Kolotsei V.N., ^{1,2}Strapko V.P.

¹Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

²Health Care Institution «Grodno City Emergency Hospital», Grodno, Belarus

The clinical case of intestinal obstruction due to ascariasis complicated by necrosis of small intestine is described. Surgical treatment was successful, resection of ileum with evacuation of Ascaris and enteroenteroanastomosis was performed.

Key words: ascariasis, intestinal obstruction, resection of ileum.

Адрес для корреспонденции: e-mail: vkolotsei@rambler.ru

Поступила 15.06.2015