

АСКАРИДНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Колоцей В.Н., Кринец О.В., Лужко А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь,
Центральный госпиталь провинции Бие, г. Куито, Ангола

Актуальность. Данный вид острой кишечной непроходимости наиболее часто встречается у детей в странах с жарким тропическим климатом, где не соблюдаются элементарные гигиенические требования. Обычным местом обитания аскарид служит тонкий кишечник, но они способны активно перемещаться в выше- или нижележащие отделы. Частое осложнение аскаридоза – непроходимость кишечника, которая обусловлена закрытием просвета кишечника клубком из аскарид или вследствие нарушения нервно-мышечной регуляции тонуса кишки.

Цель работы: оптимизировать подходы к диагностике и лечению данного вида кишечной непроходимости.

Материалы и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2010–2012 гг. проходили лечение 14 пациентов с аскаридной кишечной непроходимостью, из них 12 (85,7%) были дети в возрасте от 5 месяцев до 8 лет, а также 2 женщины (14,3%) 32 и 53 лет. Сроки поступления в стационар составили от 3 до 7 суток от начала заболевания.

При поступлении в стационар были характерные жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, вздутие живота, задержку стула и газов. При объективном обследовании пальпаторно в гипогастрии выявлялись опухолевидные болезненные образования продолговатой формы, у 8 больных (57,1%) были отмечены положительные симптомы раздражения брюшины. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости во всех случаях были обнаружены чаши Клойбера. В 8 (57,1%) случаях был выставлен диагноз перитонита, еще 6 (42,9%) больным была выставлена острая кишечная непроходимость.

Все больные были подвергнуты срочному оперативному лечению. Окончательный диагноз устанавливался во время операции. После выполнения лапаротомии было установлено, что тонкий кишечник буквально нафарширован паразитами, в 4 случаях

(28,6%) это отмечалось практически на всем протяжении от связки Трейца до илеоцекального угла, у 10 больных (71,4%) скопления аскарид носили более локальный характер. Пальпаторно складывалось ощущение, что тонкая кишка заполнена проволокой. Тонкий кишечник был расширен, гиперемирован, отечен, в 2 случаях (14,3%) имелись участки с некротическими изменениями, отмечался серозный или серозно-геморрагический выпот.

Результаты. В 10 случаях (71,4%) была произведена энтеротомия с извлечением основной массы аскарид, причем в 6 случаях понадобилось выполнение энтеротомии на 2 участках тонкой кишки, а в одном случае на 3-х. У 2 больных (возраст 1 год и 2 месяца и 5 лет) (14,3%) в связи с явлениями гангрены тонкой кишки была выполнена резекция участка тонкого кишечника с эвакуацией аскарид с наложением межкишечного анастомоза. Во всех случаях операцию заканчивали санацией и дренированием брюшной полости.

В послеоперационном периоде проводилось лечение: обезболивающие, инфузионная терапия, цефтриаксон, гентамицин, метронидазол. После активации моторики кишечника назначали противопаразитарные препараты (мебендазол или албендазол). Летальных случаев отмечено не было, все больные на 10–18 сутки были выписаны из стационара.

Заключение. Таким образом, следует констатировать, что аскариды могут вызывать полную обтурацию тонкой кишки. Диагноз острой хирургической патологии, как правило, сомнений не вызывает, однако причина непроходимости выявляется во время оперативного лечения. В плане операции – лапаротомия, энтеротомия, в случаях гангрены тонкой кишки – резекция участка кишки с межкишечным анастомозом.

Литературные ссылки

1. Генис, Д.Е. Медицинская паразитология. М.: Медицина. – 1991. – 240 с.
2. Козлов, С.С., Плотников, К.П., Усков, А.Н., Васильев, В.В. Гельминтозы. Атлас-справочник. "Вестник инфектологии и паразитологии", 2000.
3. Озерецковская, Н.Н., Зальнова, С.С., Тумольская, Н.И. Клиника и лечение гельминтозов. – Л.: Медицина. – 1985. – 184 с.
4. Хирургические болезни под ред. С. М. Смотрина. Гродно: ГрГМУ. – 2011. – С. 129–132.