

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АСКАРИДНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Колоцей В.Н., Кузнецов А.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** 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. 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. Аскариды могут вызвать полную обтурацию просвета кишки или частичную, когда одна или несколько аскарид могут вызвать спастическое сокращение кишки. 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.

**Целью** работы является оптимизация подходов к диагностике и лечению данного вида кишечной непроходимости.

**Материал и методы.** В хирургических отделениях центральных госпиталей провинций Бие и Кунене (Республика Ангола) в 2008-2015 гг. проходили лечение 28 пациентов с аскаридной кишечной непроходимостью, из них 25 (89,3%) были дети в возрасте от 5 месяцев до 11 лет, а также 3 женщины (10,7%) 26, 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 17 больных (60,7%)

были отмечены положительные симптомы раздражения брюшины. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости во всех случаях были обнаружены чаши Клойбера. В 17 (60,7%) случаях был выставлен диагноз перитонита, еще 11 (39,3%) больным была выставлена острая кишечная непроходимость.

**Результаты.** 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 не проста, 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 Видала (диагностика брюшного тифа). Все пациенты были оперированы, в 23 случаях (82,1%) была произведена энтеротомия с извлечением основной массы аскарид, причем в 12 случаях понадобилось выполнение энтеротомии на 2 участках тонкой кишки, а в четырех случаях на 3х. У 3 пациентов (возраст 1 год и 2 месяца, 2 года и 6 месяцев, 5 лет) (10,7%) 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.

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.

**Выводы.** Клиника аскаридной непроходимости кишечника определяется токсическим воздействием аскарид на организм и механической обтурацией ими кишечника. Состояние больных резко ухудшается в связи с интоксикацией продуктами жизнедеятельности аскарид и нарастающей кишечной непроходимостью. 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 этого, следует обращать внимание на общие симптомы заболевания – общую слабость, отсутствие аппетита, рвоту, головокружение, плохой сон. В общем анализе крови отмечается эозинофилия. 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 с наложением межкишечного анастомоза.

Таким образом, 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: 10.11.2016.
4. Ochoa, B. Surgical complications of ascariasis / B. Ochoa // *World J. Surg.* – 1991. – V.15. – P.222-227.

## ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ВЗРОСЛЫХ

*Колоцей В.Н.<sup>1</sup>, Смотрич С.М.<sup>1</sup>, Страпко В.П.<sup>2</sup>, Варсевич И.Г.<sup>2</sup>,  
Якимович Д.Ф.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Гродненский государственный медицинский университет?*

<sup>2</sup>*Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

**Актуальность.** Инвагинация является одним из видов кишечной непроходимости, при которой один участок кишки внашивается в просвет ниже или выше расположенного отдела кишечника, вызывающего обтурацию. По данным различных авторов, инвагинация составляет от 4,9 до 13,4% различных видов кишечной непроходимости. Особенно часто (до 80%) она является причиной острой кишечной непроходимости у детей 1-го года жизни. Трудности в диагностике инвагинации у взрослых обусловлены, прежде всего, тем, что большинство хирургов убеждены в том, что инвагинация – это «детская болезнь». Кроме того, у взрослых она часто лишена тех классических черт, которые присущи детям. В силу указанных причин 1/3 больных с инвагинацией поступает в хирургические отделения поздно, и оперативное вмешательство выполняется у них несвоевременно. Чаще всего причинами инвагинации кишечника у взрослых являются органические причины, к которым относятся новообразования, полипы на ножке, культя червеобразного отростка. Любое фиксированное механическое препятствие или локальные морфологические изменения стенки кишки могут втягиваться в просвет кишки, затем продвигаться по кишечнику перистальтической