

М. П. ШАТАХЯН

О ВЕРМИНОЗНОМ АППЕНДИЦИТЕ

Известно, что глисты, кроме своего токсического действия на организм, благодаря активным движениям могут проникать в анатомически узкие отверстия различных органов, вызывая ряд функциональных и органических нарушений. В литературе описаны случаи проникновения аскарид в желчные пути, поджелудочную железу, мочеполовой тракт, дыхательные пути, крупные сосуды и сердце. Кроме того, описаны прободения вышечного тракта глистами.

О происхождении острого верминозного аппендицита в литературе имеется два мнения: одна группа авторов считает, что глисты в аппендиксе не могут вызывать никакого воспалительного процесса, отрицая таким образом верминозную этиологию острого аппендицита. Другая группа авторов придает большую роль верминозному происхождению аппендицита.

Знакомство с литературой* показывает, что до сих пор в медицине нет определенного мнения о роли глистов в этиологии аппендицита. Данное обстоятельство, с одной стороны, и значительное поражение глистами населения нашей республики с другой, поставили перед нами задачу изучить этот вопрос в условиях Армении.

Наши наблюдения показали, что 50% больных, принятых в хирургическую клинику, имели глисты. Примерно у 95% больных были обнаружены аскариды и только у 5% — другие глисты.

Диагностические ошибки при остром аппендиците, связанные с глистной инвазией, по нашим данным, составили 14%. Таким образом, из 100 больных, направленных в клинику с диагнозом острый аппендицит, у 14 была диагностирована глистная инвазия.

Столь большое распространение аскарид среди населения побудило нас изучить их роль в этиологии острого аппендицита. С этой целью мы исследовали 158 червеобразных отростков, удаленных в связи с его острым воспалением и в 34 случаях (21.5%) обнаружили в их просвете разные глисты и их яйца. Данные этих исследований приведены в табл. 1.

Как видно из данных таблицы, преобладающей формой глистов, выявленных у больных, явилось — *ascaris lumbricoides*. Они были в 19 случаях из 34.

Если учесть то обстоятельство, что гнойный процесс содействует разложению яиц глистов, то можно предполагать, что наличие яиц глистов в

* Из-за ограниченности места литература не приводится.

аппендиксе было бы чаще, т. к. около 50% больных имели деструктивные формы острого аппендицита.

Таблица 1

Частота различных глистов и их яиц в червеобразном отростке

Виды глистов	Из них обнаружено			
	глисты	яйца глистов	глисты и яйца	комбинированная яйца
<i>Ascaris lumbricoides</i>	4	8	2	—
<i>Ascaris lumbricoides et trichocephalus trichiurus</i>	—	—	—	5
<i>Trichocephalus trichiurus</i>	—	7	—	—
<i>Enterobius vermicularis</i>	—	6	1	—
<i>Taeniarhynchus saginatus</i>	—	—	1	—
Всего	4	21	4	5

О путях проникновения яиц глистов в просвете аппендикса существует два мнения. По одному мнению глисты своими активными движениями могут проникнуть в просвет отростка и оставить там яйца, по другому — нахождение яиц в отростке носит случайный характер, и якобы во время перистальтики они заносится в просвет отростка каловыми массами.

Последнее мнение мы считаем более вероятным, т. к. на основании нахождения только яиц глистов в отростке ставить диагноз вермикозного аппендицита было бы неправильным. Наши многочисленные наблюдения дают основание говорить, что наличие яиц глистов в аппендиксе не является решающим фактором воспаления червеобразного отростка, в то время как наличие аскарид в просвете отростка содействует развитию симптомокомплекса острого аппендицита.

Среди 757 больных, оперированных нами по поводу острого аппендицита, в просвете отростка были обнаружены живые и мертвые глисты лишь у 8 больных, что составляет 1%. В 6 случаях были выявлены аскариды и в 1 случае тении и энтеробиус.

Следует отметить, что в известной нам литературе описано лишь около 20 случаев нахождения аскарид в просвете аппендикса.

Во всех 8 случаях, как макро-, так и микроскопически мы имели картину типичного острого аппендицита. Из них в 6 случаях — флегмонозный и в 2 — гангренозный аппендицит. В одном из последних случаев имела перфорация и головка аскариды закупорила перфорационное отверстие.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни одного из наших больных.

История болезни № 138, 1947 г.

Больной М. В., 13 лет. Поступил в клинику 29.11.47 г. с жалобами на сильные боли в брюшной полости. Накануне вечером почувствовал сильные боли в правой подвздошной области, которые сопровождались частой рвотой и тошнотой. Всю ночь провел беспокойно. Домашние средства не дали облегчения. Утром поступил в клинику.

Объективно: нормального строения, удовлетворительного питания, из-за сильных болей мечется в постели. Язык сухой, обложенный. Со стороны органов грудной клет-

ни отклонений от нормы нет. Живот — овальный, симметричный, слегка вздут. Нижняя половина живота и дыхание не участвует. В правой подвздошной области имеется напряжение мышц, из-за чего глубокая пальпация невозможна. Симптомы Шеткина-Блюмберга, Ровзинга резко положительные. Температура 37,2. Пульс — 120 ударов в 1 мин., удовлетворительного наполнения. Кровяное давление 110/65.

Кровь: Лейкоциты — 5100, эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 72%, лимфоциты — 19%, моноциты — 1%. Со стороны мочи изменений нет. Клинический диагноз: острый аппендицит.

Срочная операция: Комбинированное обезболивание. Параректальный разрез. Из брюшной полости излилось около 100 мл мутной жидкости. Аппендикс покрыт гнойно-фибринозным налетом. Типичная аппендиэктомия. Выздоровление.

Аппендикс: длина 10 см, темно-фиолетового, местами черного цвета, имеется значительный отек. Стенки отростка рыхлые. Просвет свободный. По всей длине просвета обнаружена мертвая аскарида, длиной 7 см. Слизистая гиперемирована с множественными кровоизлияниями. Местами участки некроза. Содержимое отростка слизистогнойное со зловонным запахом.

Микроскопический диагноз: гангренозный аппендицит.

В доступной нам литературе не удалось найти описания симптоматики верминозного аппендицита. Несмотря на то, что наши наблюдения еще немногочисленны, однако, основываясь на разборе историй болезней 8 больных, нам удалось отметить следующие характерные симптомы этой формы аппендицита.

1) верминозный аппендицит, как правило, начинается острыми явлениями, которые проявляются резкими болями непосредственно в правой подвздошной области;

2) начало заболевания сопровождается выраженными диспептическими явлениями: тошнота, рвота, частые позывы к дефекации;

3) пульс с самого начала, несмотря на нормальную температуру, учащенный до 100—120 ударов в мин.;

4) местные явления бывают выражены следующими признаками: верхняя половина живота вздута, нижняя с самого начала не участвует в дыхании. При пальпации имеется резкое напряжение в правой подвздошной области и резкая болезненность почти во всех аппендикулярных точках. Симптомы Шеткина-Блюмберга и Ровзинга резко положительные;

5) анализ крови у больных, кроме двух, выявил нормальное количество лейкоцитов. У двух был лейкоцитоз. Из них у одного с верминозным перфоративным аппендицитом количество лейкоцитов достигало — 35 600. Характерно, что лейкоцитарная формула и РОЭ при верминозном аппендиците бывают нормальными. Мы думаем, что указанный симптомокомплекс дает возможность практическому врачу правильно диагностировать верминозный аппендицит и дифференцировать его с другими формами аппендицита.

Лечение верминозного аппендицита оперативное и производится по существующим для острого аппендицита показаниям. Во время аппендиэктомии перед хирургом возникает задача, как поступить с аскаридой, находящейся в просвете отростка, когда часть глисты находится в отростке, а часть — в слепой кишке.

Наши наблюдения дают право отметить, что в подобных случаях не-

целесообразно механическое проталкивание аскариды в слепую кишку, лучше производить аппендэктомию, оставляя половину глисты в слепой кишке.

Как было указано выше, у 6 из 8 больных верминозный аппендицит был аскаридного характера. В отростке одного больного было обнаружено 1,5 аскариды, у 3-х были целые мертвые аскариды, а у 2-х — половинки пересеченных во время операции глистов.

У всех больных послеоперационное течение было гладкое и больные были выписаны выздоровевшими.

Мы наблюдали 3-х больных, страдающих хроническим аппендицитом, которые перед операцией, согласно принятому в клинике порядку, получили противоглистное лечение. После приема глистогенных средств у всех этих больных возник острый приступ аппендицита. Все они были подвергнуты срочной операции, и в удаленных отростках были обнаружены мертвые аскариды.

В ы в о д ы

1. Глисты, проникая в просвет червеобразного отростка, вызывают симптомокомплекс острого аппендицита, который имеет своеобразное клиническое течение.

2. Наличие яиц глистов в просвете червеобразного отростка не является этиологическим фактором для возникновения аппендицита.

3. Наличие мертвых аскарид в просвете аппендицита, а также их пересечение во время операции, по нашим наблюдениям, токсического воздействия на организм не оказывает.

Госпитальная хирургическая клиника
Ереванского медицинского института

Поступила 11. VI 1960 г.

Մ. Պ. ՇԱՏԱԽՅԱՆ

ՎԵՐՄԻՆՈՉԱՅԻՆ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Կրականության տվյալներից պարզվում է, որ մինչև օրս բժշկության մեջ չկա որոշակի կարծիք ճիճուների դերի մասին՝ սուր ապենդիցիտի էթիոլոգիայում: Այդպիսին որոշակի դարձնելու համար մենք ուսումնասիրել ենք սուր բնույթ կրող որդանման երեւոյանների 158 դեպք և նրանց լուսանցքում գտել ենք ճիճուներ ու նրանց ձվիկներ 34 դեպքում, որը կազմում է հետազոտված երեւոյանների 21,5%-ը:

Համաձայն մեր հետազոտության՝ ճիճուների ձվիկները որդանման երեւոյանում սուր պրոցես առաջացնել չեն կարող: Այդպիսին առաջանում է այն դեպքում, երբ երեւոյանի լուսանցքն է ներսողոսկում ճիճուն:

Նման դեպքերում մենք ունենում ենք սուր ապենդիցիտի յուրահատուկ կլինիկական պատկերը, այն է՝ սուր սկիզբ, խստադուր լուրջ ցավեր աջ զստափոսային շրջանում, ուղեկցվելով դիսպեպտիկ երեւոյթներով (հաճախակի սրտոխառնություն, փսխում), պուլսը 100—120 դարկ, որովայնի վերին հատվածի արտաբերվածություն, ստորին հատվածը չի մասնակցում շնչառությանը: Բուժումն առանց քայքայության օպերատիվ է: