

Б. Б. ХАНБАБЯН

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ КИШЕЧНОМ АСКАРИДОЗЕ

Кишечная стадия аскаридоза сопровождается токсическим и механическим воздействием паразитов.

Принято считать, что возникновение большинства симптомов при этом заболевании обязано токсическому влиянию продуктов обмена аскарид, которым обуславливаются нарушения функций нервной системы, желудочно-кишечного тракта и других органов. Вследствие механических факторов возможны закупорка выводных протоков ряда органов, развитие признаков кишечной непроходимости, нарушение целостности слизистых оболочек и кровеносных сосудов. Описаны случаи смерти от асфиксии при закрытии дыхательных путей аскаридами.

Кишечный аскаридоз порой имеет чрезвычайно пеструю клиническую картину и протекает разнообразно: от легких случаев с полным отсутствием каких-либо симптомов до тяжелых форм заболевания. Симптомы болезни и жалобы больных носят самый неопределенный характер. Нередко больные направляются на рентгенологическое исследование с предварительным диагнозом, не имеющим ничего общего с истинным. Так, еще Фриц [13] впервые в 1924 г. описал рентгенологическую картину аскаридоза желудочно-кишечного тракта у больного с клиническим диагнозом язвы желудка.

В 1926 г. Лапена [17] при рентгенологическом исследовании установил сужение двенадцатиперстной кишки, причиной которого, как показала операция, оказались аскариды. В трех случаях с неясными кишечными жалобами Пансдорф [20] в 1927 г. рентгенологически выявил в кишечнике аскариды.

В отечественной литературе впервые в 1929 г. В. А. Фанарджян описал аскариды в луковице двенадцатиперстной кишки у двух больных, направленных на исследование с диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В 1930 г. появилось сообщение В. О. Абгарова [1] о трех случаях аскаридоза желудочно-кишечного тракта. Интересно отметить, что в двух случаях аскариды симулировали заболевание червеобразного отростка. Значению рентгенологического метода исследования желудочно-кишечного тракта при аскаридозе и состоянию тонкой кишки при этом заболевании посвящены подробные исследования Е. С. Геселевич [4, 5]. По ее данным, из 145 чел., у которых рентгенологически диагностировался аскаридоз, правильный клинический диагноз был поставлен только у 65.

К. Т. Овнатанян [6] приводит данные, касающиеся 20 случаев кишечного аскаридоза, выявленные рентгенологическим исследованием. У 8 больных имела место интермиттирующая кишечная непроходимость. Остальные 12 больных поступили в клинику с различными диагнозами: язва желудка и двенадцатиперстной кишки (6), аппендицит (3), частичная кишечная непроходимость (1), опухоль кишечника (1), неукротимая рвота (1). Л. Ф. Волков [3], рентгенологически изучая функциональные нарушения желудка и двенадцатиперстной кишки при глистных инвазиях, у многих больных установил изменения секреторной и двигательной деятельности желудка, приводящие к развитию гастритического симптомокомплекса. На диагностическую ценность рентгенологического метода исследования в распознавании кишечного аскаридоза указывают также многие другие исследователи [11, 12, 14—16, 18, 19, 21—23].

Диагноз кишечной фазы аскаридоза обычно ставится на основании клинической картины болезни, обнаружения в кале больного яиц паразитов и гельминтов. Отсутствие яиц не исключает наличия аскарид, так как в кишечнике могут находиться только самцы или неполовозрелые самки. Овуляция может временно прекратиться под влиянием некоторых лекарственных или пищевых веществ [7].

Согласно исследованиям ряда авторов, отрицательные лабораторные результаты не могут исключить наличие кишечного аскаридоза. Так, по наблюдениям Е. С. Геселевич [4, 5] на 180 первично и повторно обследованных больных, у которых рентгенологически в кишечном тракте были обнаружены аскариды, у 54 (30%) лабораторные данные оказались отрицательными, однако из 136 больных, у которых в кале были найдены яйца паразитов, рентгенологически аскариды не были обнаружены только у 10 (7,3%). К. Т. Овнатанян [6], пользуясь визуальной и пальпаторной ревизией тонкой кишки, при 118 чревосечениях по поводу различных болезненных состояний органов брюшной полости смог установить, что неправильные результаты при анализе кала по методу Фюллеборна достигают 20%.

Как по литературным сведениям, так и по нашим наблюдениям при отрицательных копрологических данных рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта является единственным методом, позволяющим диагностировать аскаридоз и контролировать успешность дегельминтизации.

Нами исследовано 67 больных с кишечным аскаридозом. Среди них было 22 мужчины и 45 женщин в возрасте от 19 до 55 лет.

Большинство больных направлено на рентгенологическое исследование по поводу различных заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, холецистит, гастрит). В 8 случаях аскаридоз оказался сопутствующим заболеванием, отягощающим течение основного страдания. Из общего числа больных у 17 при анализе кала были получены отрицательные результаты.

При рентгенологическом исследовании по поводу предполагаемого кишечного аскаридоза большое значение приобретает динамическое на-

блюдение над прохождением контрастной массы бария через тонкую кишку, вплоть до ее поступления в слепую кишку. Особое внимание уделяется изучению рельефа слизистой тонкого кишечника с применением пальпации и дозированной компрессии. Повторные исследования (просвечивание и снимки—прицельные и обзорные) желательно производить через каждые 20—30 мин.

При наличии аскарид на фоне заполненной барием тонкой кишки видны лентовидные просветления шириной приблизительно в 4—6 мм с заостренными концами и четкими контурами. Длина их может быть различной и колеблется в пределах 3—20 см и больше. Иногда в кишечнике паразита обнаруживаются участки бария или все тело аскариды пропитывается барием и дает самостоятельную тень.

Одиночные аскариды чаще всего наблюдаются в средних и дистальных петлях тощей кишки, а также в подвздошной кишке. При большом количестве паразитов они могут быть обнаружены на протяжении всей тонкой кишки, а иногда и в двенадцатиперстной кишке. В местах скопления аскариды обычно укладываются рядами, располагаясь параллельно друг другу. Нередко они принимают самые различные положения: изгибаются в виде дуги, сворачиваются в кольца, образуют петли, складываются пополам. Присутствие паразитических червей часто вызывает более или менее выраженные морфологические и функциональные изменения тонкой кишки. Рельеф слизистой в пределах расположения аскарид обычно перестроен. Складки слизистой расширены, утолщены или, наоборот, уплощены, иногда даже сглажены.

Наблюдается замедленное прохождение контрастной массы по тонкой кишке и задержка бария в области нахождения паразитов. Это объясняется механической закупоркой ограниченного участка кишки скопившимися гельминтами и рефлекторным спазмом кишки на уровне локализации аскарид или несколько дистальнее его. Заполнение тонкой кишки часто бывает неравномерным. Наблюдается чередование расширенных, дилатированных петель тонкой кишки с участками, находящимися в состоянии спастического сокращения. Все это создает типичную картину дискинезии. Степень выраженности описанных выше изменений находится в зависимости от интенсивности глистной инвазии и длительности заболевания.

При аскаридозе в отдельных случаях возможны нарушения двигательной и секреторной деятельности желудка. Нами у 10 больных выявлена гипертония желудочной мускулатуры; усиление перистальтических сокращений установлено у 12 лиц, ускоренное опорожнение желудка—у 9, пилороспазм—у 6, гиперсекреция—у 5, понижение кислотности желудочного сока—у 8, повышение—у 3 больных.

По данным ряда исследователей [2, 3, 9], кислотность желудочного сока при аскаридозе нередко бывает понижена.

Наши рентгенологические наблюдения показали, что рельеф слизистой желудка у большинства паразитоносителей не изменен. Только

в одном случае интенсивной глистной инвазии мы установили изменение складок по типу гипертрофического гастрита.

У некоторых больных, у которых рентгенологически обнаруживалось спастическое состояние толстой кишки, клинически отмечались запоры или поносы, что согласуется с литературными данными [8, 9].

Описываем две истории болезни.

Больная М. А., 19 лет. Направлена на рентгенологическое исследование с жалобами на тошноту и слабые боли в животе неопределенной локализации. Аппетит иногда понижен, стул нормальный. За год до обследования больная заметила самопроизвольное отхождение глистов. После лечения наблюдалось отхождение большого количества паразитов и самочувствие стало хорошим. В течение последних двух месяцев состояние больной вновь ухудшилось.



Рис. 1. Больная М. А. На фоне заполненной барием петли тонкой кишки при дозированной компрессии выявлено лентовидное просветление—аскарида, которая дугообразно изогнута. Перистый рисунок кишки перестроен.



Рис. 2. То же наблюдение. Видны тела аскарид, пропитанные барием, дающие самостоятельные тени.

Анализ кала: яйца аскарид не обнаружены. Кровь: эозинофилы—8%. Рентгенологические данные: пищевод не изменен; в желудке натощак много жидкости, складки слизистой значительно расширены и ригидны; других изменений со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки нет; при динамическом исследовании на всем протяжении тонкой кишки обнаружено большое количество лентовидных просветлений с четкими контурами, шириной до 6 мм, длиной 20 см, которые дугообразно свернуты и сложены пополам (рис. 1); тела некоторых паразитов пропитаны барием и дают самостоятельные тени (рис. 2); просвет тонкой кишки расширен, местами видны участки спастических сокращений; круговые складки значительно расширены и утолщены (рис. 3). Через 24 ч. толстая кишка заполнена по обычному типу.

Заключение: кишечный аскаридоз с явлениями гастроэнтерита, дискинезия тонкой кишки.

Больной В. А., 52 года. Направлен на рентгенологическое исследование с диагнозом: хронический гастроколит. Болеет 3 года. Жалуется на непостоянные боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, изжогу, тошноту. Боли иногда носят при-



Рис. 3. То же наблюдение. Картина дискинезии тонкой кишки. Ленто-видные просветления, обусловленные телами аскарид.



Рис. 4. Больной В. А. В средних петлях тощей кишки видны параллельно расположенные крупные аскариды. В зоне их расположения складки слизистой кишки уплощены, местами сглажены.



Рис. 5. То же наблюдение. После первого курса дегельминтизации выявляются аскариды в петлях тонкой кишки, в нижнем отделе левой половины брюшной полости.

ступообразный характер, распространяясь по всему животу. Временами бывает слюно-течение. Аппетит хороший. Стул: чередующиеся запоры и поносы. Язык влажный, не обложен. Пальпация живота выявляет разлитую болезненность. В порции В дуоденального сока обнаружены соли в значительном количестве. Лямблии не найдены. Анализ желудочного сока: общая кислотность—48, свободная соляная кислота—10, связанная соляная кислота—34. В кале яйца глистов не обнаружены. Рентгенологическое исследование: пищевод нормальный; тонус желудка повышен, перистальтика усилена; из-за высокого расположения желудка складки слизистой исследовать не удалось, контурных нарушений нет; привратник функционирует нормально; эвакуация бария из желудка ускорена; луковица двенадцатиперстной кишки и остальные ее отделы не изменены; в средних петлях тощей кишки имеются лентовидные просветления (аскариды), расположенные параллельно друг другу, шириной около 5 мм, длиной более 20 см; в области расположения аскарид складки слизистой кишки уплощены, а местами сглажены (рис. 4). Через 24 ч. толстая кишка заполнена по спастическому типу.

Заключение: кишечный аскаридоз с явлениями энтерита и спастического колита. После дегельминтизации отошло несколько паразитов, однако жалобы больного продолжались. В кале по-прежнему яйца глистов отсутствовали.

Повторное рентгенологическое исследование через 12 дней позволило обнаружить тени двух крупных аскарид в петлях тощей кишки в нижнем отделе левой половины брюшной полости (рис. 5). После повторной дегельминтизации состояние больного стало хорошим.

Как видим, при неопределенных клинических признаках болезни и отрицательных копрологических данных рентгенологический метод исследования выявляет истинную природу заболевания и позволяет контролировать успешность дегельминтизации после первого курса лечения.

В ы в о д ы

1. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта является одним из объективных методов диагностики кишечного аскаридоза, который при отрицательных копрологических данных может стать единственным методом, позволяющим выявить аскариды и проконтролировать результаты дегельминтизации.

2. Присутствие паразитических червей часто вызывает некоторые морфологические и функциональные изменения желудочно-кишечного тракта. К ним относятся: изменения рельефа слизистой по типу энтерита, дискинезия тонких кишок, нарушение двигательной и секреторной деятельности желудка, спастические сокращения в различных частях толстой кишки.

3. Перечисленные изменения в известной степени находятся в зависимости от интенсивности глистной инвазии и длительности заболевания.

Кафедра рентгено-радиологии
Ереванского медицинского института

Поступило 15/IV 1965 г.

Բ. Բ. ԽԱՆԲԱԲՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ ԱՂԻՔՆԵՐԻ ՌԵՆՏԳԵՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԱՂԻՔԱՅԻՆ ԱՍԿԱՐԻԴՈԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

1. Ստամոքսի և աղիքների ռենտգենոլոգիական քննությունը հանդիսանում է աղիքային ասկարիդոզի ախտորոշման օբյեկտիվ եղանակներից մեկը, որը կղկղանքի լաբորատոր բացասական տվյալների դեպքում կարող է դառնալ ասկարիդների հայտնաբերման միակ հնարավորությունը և ծառայել որպես դեհելմինտիզացիայի վերահսկողության միջոց:
2. Ճիճվակրությունը ստամոքսում և աղիքներում հաճախ առաջացնում է որոշ մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ փոփոխություններ, որոնցից են էնտերիտը, ստամոքսի շարժողական և սեկրետոր գործունեության խանգարումները և հաստ աղիքի տարբեր մասերում սպաստիկ կծկումները:
3. Նշված փոփոխությունները որոշ չափով կախված են ճիճվային ինվազիայի ինտենսիվությունից և հիվանդության տևողությունից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абгаров В. О. Вестник рентгенологии и радиологии, 1930, I, стр. 93.
2. Водонос И. Л. Казанский медицинский журнал, 1929, 7—8, стр. 15.
3. Волков Л. Ф. Клиническая медицина, 1955, 7, стр. 90.
4. Геселевич Е. С. Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1949, 2, стр. 115.
5. Геселевич Е. С. Труды научной сессии Центрального института рентгенологии и радиологии. М., 1949, стр. 289.
6. Овнатаян К. Т. Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 1961, 5, 540.
7. Подъяпольская В. П., Капустин В. Ф. Глистные заболевания человека. М., 1950.
8. Скрыбин К. И., Шульц Р. С. Гельминтозы человека. М.—Л., 1931.
9. Талызин Ф. Ф. Действие паразитических червей на функции пищеварительного тракта. М., 1949.
10. Ханбабян Б. Б. Материалы научной сессии, посвященной 40-летию основания Ереванского медицинского института. Ереван, 1963, стр. 88.
11. Archer V. W. and Peterson C. H. F. A. M. A., 1930, 95, 1819.
12. Barbieri. Radiol. Med., 1939.
13. Fritz O. Fort. Röntgenstr., 1924, 5—6, 650.
14. Hoang Su et Held F. Deutsche Ges. Wesen, 1957, 12, 1.
15. Hoang Su und Held F. Deutsche Ges. Wesen, 1957, 29, 885.
16. Isaacs I. Am. J. Roentgenol., 1956, 3, 558.
17. Lapenna M. Radiol. Med., 1926, 6, 438.
18. Lenarduzzi G. Radiol. Med., 1928, 3, 261.
19. Lenarduzzi G. Arch. Ital. de chir., 1938, 51, 645.
20. Pansdorf H. Fort. Röntgenstr., 1927, 5, 1091.
21. Schinz H. K. Deutsche Z. chir., 1924, 184, 105.
22. Strang C., Warrick C. K. Brit. J. Radiol., 1948, 251, 575.
23. Weir D. C. Radiology, 1946, 3, 284.