

Объективно: Большая — правильного телосложения. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Черты лица заострились. Губы цианотичны. Живот вздут. При пальпации отмечаем боли по средней линии живота — выше пупка.

Экстренная операция под эфирным наркозом. Разрез срединный. По вскрытии брюшины предлежат цианотичные, вздутые петли тонких кишек. Поперечно-ободочная кишка в спавшемся состоянии. В брыжейке тонкой кишки, на расстоянии около 30 см. от соесум. Имеется отверстие у корня брыжейки тонкой кишки. Отверстие расположено поперек брыжейки, овальной формы, длиной 15 см., почти разделяя ее на 2 отд. В отверстии брыжейки вставились соесум и петли тонких кишек. Кишки обернулись вокруг своей оси на 360°. В полости живота серозно-кровянистый экссудат. С трудом удалось освободить из отверстия в брыжейке и расправить ущемленные петли кишек.

Отверстие в брыжейке закрыто шелковыми швами.

Послеоперационный период протек гладко.

3. В хирургическую клинику КГУ 7/1 1924 г. поступил 6-ой 37-ми лет, с явлениями острой непроходимости кишечника. Экстренная операция (проф. А. В. Вишневский).

При лапоротомии обнаружено, что часть тонких кишек ущемилась в отверстие большого сальника. Кишки освобождены. Брюшная стенка закрыта наглухо.

В послеоперационном периоде у больного развились явления острой артерно-мезентеральной непроходимости. После применения Schnitzer'овского положения и промывания желудка последовало выздоровление.

Выписался на 18-й день после операции.

4. В хирургическую клинику (дир. проф. В. Л. Боголобов) 27/IV 1931 г. поступила 6-ая 19-ти лет. Заболела остро 4 дня тому назад — ночью. Жалуются на резкие боли по всему животу — режущего характера и мучительную рвоту. Стула нет.

Объективно: живот равномерно вздут.

Операция. (Д-р С. А. Смирнов) Разрез по Lander'у. Обнаружено ущемление толстой кишки в брыжейке ileum. Отверстие величиной в  $6 \times 10$  см. Форма его — овальная, расположена у места прикрепления брыжейки к кишке, так что на расстоянии 6 см. кишка была лишена брыжейки. Края отверстия ровные, рубцово неизменены.

Для закрытия отверстия произведена резекция тонких кишек по способу проф. Самарина.

Послеоперационное течение осложнилось новой непроходимостью. При второй операции обнаружилась непроходимость анастомоза.

Новый энтеро-анастомоз восстановил проходимость кишечника.

Больная выписалась на 28-ой день после операции.

---

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного медицинского института. (директор, заслуженный деятель науки, проф. А. В. Вишневский).

## Аскарида в свободной брюшной полости.

Д-р В. И. Пшеничников.

Поводом для настоящего сообщения послужил необычный случай отхождения из брюшной полости через рану, живой, половозрелой аскариды, на одиннадцатый день после аппендектомии. В кратких словах история болезни этого случая, состоит в следующем.

Ист. б. № 250, 6-ой М., 19 лет, по профессии шофер, поступил в клинику 26/III 1932 г. с жалобами на постоянные боли колющего характера в правой подвздошной области. Резкий приступ таких болей впервые возник в 1930 г. после чрезмерного физического напряжения. Уже тогда, наблюдавший больного врач, определил приступ аппендицита, предложил операцию, но от последней больной отказался.

4/VIII 1932 г., в пути по железной дороге у больного возник второй приступ, протекавший более бурно (высокая температура, рвота, резкие, невыносимые боли), по поводу чего он был экстренно помещен в больницу (Вятские Поляны), где пролежал 25 дней в очень тяжелом состоянии и после этого еще 2 месяца дома, утратив совершенно трудоспособность. После этого приступа остались

постоянные боли, с которыми больной и поступил в клинику. Незадолго до этого б-й пользовался стационарным лечением в Областной советской больнице, где у него был определен абсцесс легкого, и так же предлагали операцию, от которой больной отказался.

Из перенесенных заболеваний отмечает лишь малярию (1929). При объективном исследовании отмечено: больной среднего роста, телосложения правильного, кожа и слизистые бледны, подкожная жировая клетчатка выражена удовлетворительно. Лимфатические железы не увеличены. Скелет—норма. Мышцы развиты удовлетворительно. Живот несколько вздут, справа и внизу хорошо определяется напряжение мышц, а в глубине правой подвздошной области прощупывается инфильтрат.

*Рентген:* со стороны сердца и легких уклонений не обнаружено.

В моче—ничего патологического.

31/ХІІ 32 г. под местной анестезией, по способу ползучего новокаинового инфильтрата, операция (д-р В. И. Ишеничников).

Анестезия обычным порядком. По вскрытии брюшной полости обнаружено: солидные спайки замуровали слепую кишку, сюда же припаян был и большой сальник. В этих условиях не было возможности определить положения отростка, т. к. места впадения его не было видно. После дополнительных инъекций раствора—разрез продолжен кверху. После обработки раствором сращений и с помощью гидравлической препаровки удалось мобилизовать слепую кишку. Тут же устанавливается ретроцекальное положение отростка, спаянного на всем своем протяжении с задней брюшной стенкой и слепой кишкой. Брыжейка отростка рубцово изменена, верхушка его утолщена, резко гиперэмирована, имеет след бывшей перфорации в виде плотных беловатых рубцов. Самый конец верхушки отростка был инкапсулирован в рубцовой капсуле, наполненной небольшим количеством густого гноя. По отделении отростка, в области середины его открылось перфорационное отверстие, из которого показалось небольшое количество гноя. Отросток удален, рана зашита с мазевым тампоном.

После операции больной чувствовал себя хорошо, мочеиспускание и стул как в норме. С шестого дня больной просился ходить.

При ежедневных перевязках тампоны были пропитаны небольшим количеством гноя. Рана хорошо гранулировалась. На одиннадцатый день после операции, во время перевязки, из раны, вместе с небольшим количеством гноя отошла половозрелая, живая аскарида длиной 34 см. Ни калового свища, ни вообще калового запаха из раны, не было.

16/І—б-ой ходит, рана закрылась. 18/І—б-ой выписан из клиники и через две недели приступил к работе.

При многократных исследованиях кала, как после отхождения аскариды, так и на поздних сроках (до 2-х месяцев) после выписки из клиники, яиц глист не обнаружено.

Как объяснить незаурядный факт, что на одиннадцатый день после операции, из раны брюшной полости вместе с небольшим количеством гноя отошла живая половозрелая аскарида?

Пребывала ли она в брюшной полости независимо от имевшихся изменений в результате благополучно разрешившейся перфорации червеобразного отростка, или последняя создала путь для проникновения аскариды в брюшную полость, или же перфорация была обусловлена проникновением аскариды?

Каким путем это осуществилось?

Вот вопросы, которые встали у нас в связи со столь неожиданным фактом, который мы наблюдали в сравнительно гладко протекавшем послеоперационном периоде.

Из знакомства с литературой, нам казалось, не легко решить эти вопросы, т. к. имеются эксперименты и клинические наблюдения, свидетельствующие о возможности присутствия аскариды в свободной брюшной полости в результате своеобразной миграции ее личинок, о возможности выхождения аскариды через отверстие перфорации в червеобразном отростке, а также выхождения через нормальную, неизменную стенку кишечника.

*Ascaris lumbricoides*—круглая глиста, наиболее крупная из кишечных нематод, весьма активна, обладает сильной мускулатурой, которая обеспечивает ей энергичные движения. У человека обычно эти черви находятся в тонких

кишках и в 12 п. к. Но прежде чем оказаться здесь, личинки аскариды продвигаются большой путь миграции по телу б-го, проходя через кишечную стенку, через печень, легкие и другие ткани и органы. Схематически этот миграционный путь можно представить следующим образом. Зрелые яйца аскариды, вместе с пищей попадают в желудочно-кишечный тракт человека. Здесь, под влиянием ферментов, скорлупа этих яиц растворяется и развившиеся через 4—24 часа личинки входят в стенку кишки, попадают отсюда в кровеносные сосуды, с током крови заносятся в брыжеечные вены, в портальную вену, в печень, в нижнюю полую вену, в правое сердце, и через легочную артерию, попадают в легкие, выходят в просвет альвеол. Отсюда личинки аскариды попадают в бронхи и через несколько дней достигают трахеи. На 10—12 день, личинки проглатываются и попадают в кишечник уже в зрелом состоянии, развиваясь затем в зрелую аскариду (Joshida, Koino, Fulleborn, Смирнов, Ковалевский, Курков, Stewart, Скрябин, Завадовский).

Каким образом аскариды фиксируются в тонких кишках, противостоя движению пищевых масс и перистальтике, до сих пор остается неясным. Скорее всего можно бы было предположить, что аскариды присасываются своим ротовым аппаратом к слизистой кишечника, но существует мнение и о том, что аскариды, согнувшись в дугу, удерживаются на определенном участке кишечника, упиравсь в слизистую последнего своими концами.

Обычно аскарид в кишечнике бывает немного, но иногда они встречаются там десятками и сотнями (Peterys, Hirsch, Bischoff, Spieth, Koino и др.). Иногда аскариды собираются в клубок, обуславливая тем самым механическое препятствие в кишечнике, вплоть до непроходимости. (Рыбаков, Перельман, Ласточкин, Шаак и др.).

Болезненные явления, наблюдаемые при аскаридозе, сводятся к патологическим состояниям, обусловленным как механическим действием аскарид и интоксикацией, так и вторичной инфекцией, вследствие нарушения целостности тканей и органов.

Одной из особенностей аскарид является извращенная локализация, тенденция их к странствованию и к проникновению в узкие отверстия, что иногда может вызвать целый ряд серьезных последствий.

Попадая, например, в червеобразный отросток, аскариды вызвали клиническую картину перфоративного аппендицита или перитонита (Neumann и Meyer, Glües, Robertson, Horhammer). Schlossmann приводит 6 наблюдений, где установлено было, что аскариды вышли в брюшную полость через отверстие перфорированного или гангренозного отростка. Этот автор наблюдал и такой случай на операции, когда червеобразный отросток, в котором находилась живая аскарида, как бы самостоятельно выпячивался, сокращался и производил бурящие и винтовые движения.

С другой стороны, на вскрытиях, нередко находили аскарид в червеобразном отростке, но в этих случаях, при жизни, не было никаких явлений, которые бы свидетельствовали о присутствии паразита в отростке.

Freudenthal, Rosenberger, Mosler, Peiper, Botoff, Wilshere, Kotzboru и др. находили аскарид в свободной брюшной полости, и думали, что они могут попасть туда через поврежденную каким-либо патологическим процессом стенку кишек или червеобразного отростка. Ager, Soligeri, Apostolides, Mouitiere, Ritter и Tache, Алфеева, Тихомиров, Маркус, Вишневецкий, Schräder, наоборот, полагали, что аскариды могут пройти и через неповрежденную, нормальную стенку кишечника.

Askanazy, Henoch и др. полагают, что аскариды проникают в брюшную полость в результате вызываемых ими воспалительных процессов и гнояников.

Глод-Воршук (1927) сообщил о нахождении 2-х половозрелых аскарид в околопочечном абсцессе, позади левой почки; большая погиб от септицемии, при исследовании же на вскрытии было установлено, что брюшная полость оставалась без изменений и в стенке кишечника не было обнаружено никаких дефектов.

В свете этих данных вероятно можно предположить, что в нашем случае аскарида вышла через перфорационное отверстие из червеобразного отростка в брюшную полость и пребывала там 5 месяцев, пока не вышла через рану, на одиннадцатый день после аппендэктомии. История болезни и клиническое наблюдение нашего случая исключают возможность иного способа проникновения аскариды в брюшную полость.