

К вопросу о проникновении аскарид в желчные пути¹⁾.

П. В. Новикова.

Посмертное проникновение аскарид в желчные пути не составляет большой редкости, о чем свидетельствуют многочисленные патолого-анатомические находки. Такому проникновению способствует в значительной степени посмертное расслабление мускулатуры вообще и в частности мышечного жома *papillae Vateri*, а также стремление паразитов покинуть кишечник своего мертвого хозяина, вследствие возникших со смертью неблагоприятных для них жизненных условий. Что же касается прижизненного проникновения аскарид в желчные пути, то такое явление считается большой редкостью и заслуживает в каждом отдельном случае подробного описания.

В клинике проф. В. Н. Парина в 1922—23 уч. году наблюдался случай оперативного вмешательства по поводу желчно-каменной болезни с проникновением аскариды в общий желчный проток.

Больная, девица Ш., 22 л., поступила в клинику 2/IV 1923 г. с явлениями сильных болей в правом подреберье. Больная с детства живет в деревне, перенесла корь и брюшной тиф, тяжелой работы не исполняет, желчно-каменной болезнью никто из близких родственников ее не страдает. Настоящее заболевание началось сразу, среди полного здоровья,—в середине февраля, после обильного ужина, больная сразу почувствовала сильные боли в правом подреберье и боку, отдававшие в спину; была тошнота и рвота желчью; 4 дня больная находилась дома, но ходила на амбулаторный прием в местную больницу, а через 4 дня, вследствие сильных болей, легла в больницу, где на другой день у ней были настолько сильный приступ болей, что больная кричала. Такие приступы повторялись и в последующее время, боли же слабой степени существовали непрерывно с некоторыми колебаниями в интенсивности. Одно время больная чувствовала себя довольно удовлетворительно и даже выписалась, но вскоре принуждена была вновь поступить в больницу. С течением времени приступы ожесточенных болей участились и сделались продолжительнее,—они достигли продолжительности 7—8 часов, вместо первоначальных 2—3 ч., что и заставило больную искать помощи в клинике.

¹⁾ Доложено в Обществе Врачей при Пермском Университете 5/VII 1923 г.

Большая—слабого телосложения, бледна, анэмична. В правом подреберье ясно прощупывается опухоль, сильно болезненная, величиной до 2 кулаков взрослого; при пальпации определяются следующие ее границы: средняя линия, верхняя—на 2 пальца книзу от края ребер, нижняя—на ладонь от края ребер; край печени ясно прощупывается, селезенка немного увеличена, не прощупывается. Со стороны сердца и легких изменений не обнаруживается. Прямые мышцы живота сильно напряжены, незначительная желтушная окраска кожи и склер. Суточное количество мочи уменьшено, моча насыщена, содержит следы белка, кал бледно окрашен, исследованию подвергнут не был.

8/V 1923 г. проф. В. Н. Париным произведена cholecystectomy под общим хлороформным наркозом, с угловым разрезом. Отделение желчного пузыря встретило большие затруднения вследствие воспалительных рубцовых изменений его стенки и спаек пузыря с окружающими частями. For. Winslowii зарощено. Стенки пузыря несколько утолщены. Ductus cysticus расширен в виде ампулы, величиною не менее голубинового яйца, находившимися в нем камнями. При разделении сращений в одном месте получился небольшой надрыв стенки пузыря, тотчас закрытый зажимом. По иссечении пузыря, из раскрытого d. choledochus также были удалены камни и между ними мертвая аскарида-самец. Всего было удалено около 15 камней, от боба величиной и меньше, большую часть фестончатых, желтоватого цвета, с черными, как бы мраморными рисунками в виде сети. В d. choledochus введен Т-образный дренаж, над которым d. choledochus, расщепленный на некотором протяжении, шит двумя тонкими шелковыми швами, в рану введено 2 марлевых тампона, остальная же часть ее послойно зашита шелком.

По окончании операции вливание физиологического раствора и камфора под кожу каждые 3 часа, в виду большого упадка сил у больной; вечером t^0 нормальна, пульс 120, временами аритмичен, слабого наполнения; вторичное вливание физиологического раствора. 9/V больная чувствует себя слабой, живот не вздут, пульс 110—120, более правильный; вечером t^0 37, пульс 100, среднего наполнения. Дальнейшее течение благоприятное. Рана зажила гладко, без нагноения. В послеоперационном периоде было произведено исследование кала на присутствие яиц аскарид с положительным результатом. 25/VI больная оставила клинику вполне здоровой, не чувствуя никаких болей в животе и прибавившись в весе; кал у нее был окрашен хорошо.

В русской литературе имеется единственное сообщение по данному вопросу казуистического характера (Шелкова, в „Русск. Враче“). Между тем вопрос этот имеет немаловажное практическое значение, так как проникшие в желчные пути паразиты дают клиническую картину очень сходную с припадками желчно-каменной болезни, что служило нераз поводом к операции, причем ошибка выяснялась лишь на операционном столе. Для практического врача небезинтересно поэтому знать о такой возможности,—тем более, что,

судя по иностранной литературе, подобные случаи за время и после войны значительно участились (Franke, Weit, Neudörfers). До 1893 г. в литературе насчитывалось 68 опубликованных случаев проникновения аскарид в желчные пути, собранных Huber'ом. В последующее время число их увеличилось, и к 1904 г. Vierortd мог насчитать уже 150 опубликованных случаев, из которых в 8 правильный диагноз был установлен прижизненно и подтвержден или на операции, или на вскрытии, а в одном случае, Mertens-Ebstein'a, диагноз был подтвержден благоприятным исходом болезни после отхождения с калом мертвых червей, из которых один имел на своем теле перетяжку от ущемления мышечными жомом р. Vateri. За время войны и после нее казуистический материал значительно пополнился сообщениями Schlossmann'a, Makai, Tsujinura, Oberwinter'a, Kaiser'a, Reisinger'a, Kauert'a, Botelli, Weit'a, Reich'a, Franke, Redwitz'a и др. Такое увеличение числа наблюдений над проникновением струнцов в желчные пути за последнее время вряд-ли может быть объяснено простой случайностью. Едва-ли оно может быть объяснено и увеличением количества операций на желчных путях. Kehr, проделавший до 1000 операций этого рода, не встретил ни одного случая проникновения глист в желчные пути. Приходится думать, как об этом говорят и данные некоторых патолого-анатомических институтов, о повышении заболеваемости круглыми глистами среди населения, — повышении, вызванном ухудшением условий жизни в связи с войной и экономическим кризисом (в нашем случае больная не жаловалась на какие-либо недостатки и лишения, происходя из зажиточной семьи).

Патологические изменения, которые паразит производит в печени и желчных путях, разнообразны. В одних случаях они столь тяжелы, что являются непосредственной причиной смерти, в других — настолько незначительны, что присутствие червя в желчных путях не проявляется никакими болезненными симптомами. Проникая в желчные пути, червь частично может оставаться в duodenum, выпячиваясь в просвет кишки своим хвостовым концом. В случае его смерти он может инкрустироваться и служить ядром для образования продолговатого камня (в нашем случае этого не произошло, так как, очевидно, паразит погиб незадолго до операции, о чем говорит отсутствие следов его мацерации). Внедрение паразита в желчные пути нередко ведет с одной стороны к воспалительному состоянию слизистой желчных ходов, с другой — к их расширению. В некоторых случаях наблюдалось множественное проникновение червей в желчные ходы с полной закупоркой протока; в одном

таком случае (Neugebauer'a), в ductus hepaticus и choledochus обнаружено было 29 червей. По разветвлениям d. hepatici глиста может проникать далеко в вещество печени, заноса с собой из кишечника микробов, вызывающих в паренхиме органа образование абсцессов. Замечательна при этом та приспособляемость, которую обнаруживает паразит в необычайных для него жизненных условиях: Toppelé описывает случай, где у одного мальчика с явлениями со стороны брюшины, умершего от пневмонии, был найден между многими абсцессами печени такой, который, при значительной величине, никакой связи с желчными ходами не имел и, тем не менее, содержал взрослого паразита, — очевидно, проникшего сюда в молодом возрасте и достигшего затем в этой гнойной полости взрослого состояния. Douglieп также нашел в одной печеночной полости, не имевший связи с желчными путями, живую аскариду в 15 сант. длины. Нахождение паразита в желчном пузыре — более редкое явление, и, по Neugebauer'y, такие случаи описаны только 4 раза, причем в 2 из них паразит был в неизменном виде или подвергся незначительным изменениям, в 2 же других он являлся ядром, вокруг которого образовался желчный камень. Очевидно, узость и складчатость ductus cystici создают значительные препятствия для проникновения паразита в желчный пузырь.

Можно полагать, что вползание аскарид в желчные пути является возможным, благодаря предварительному расширению путей ранее проходившими через них желчными камнями. Однако с этим положением стоят в противоречии случаи Mertens'a, Roederer'a и Liebermeister'a, где паразит находился по ходу желчных путей выше, чем камни, целиком выполнявшие просвет желчного хода и, без сомнения, не допускавшие возможности последующего проникновения червя. Достаточным доказательством возможности первичного проникновения аскарид в нерасширенный камнями ductus choledochus может служить также и то обстоятельство, что ядром камня в некоторых случаях являлся сам паразит или его яйца. По Tsujimura из 95 случаев такие находки были обнаружены 9 раз. К сожалению, однако, далеко не во всех случаях одновременного нахождения камней и аскарид делалось исследование на присутствие в ядре камня элементов паразита. Во всяком случае теоретически вполне логично допустить вторичное образование камней, так как присутствие в желчном ходе большого, подвижного инородного тела, покрытого кишечными бактериями и отделяющего продукты своей жизнедеятельности, должно неминуемо вызвать воспалительное состояние слизистой желчных путей со слущиванием эпителия и т. д., — т. е. такое состояние, которое дает бо-

гатый материал для образования камней. Допуская такую возможность образования камней, необходимо, однако, оговориться, что круглые черви не играют значительной роли в патогенезе желчно-каменной болезни, возникновение которой обусловлено целым рядом иных причин, что довольно определенно подтверждают статистические данные относительно этого страдания.

Если возможно первичное проникновение аскарид в желчные пути, то тем более оно возможно, как вторичное явление, после отхождения камней, благодаря которому желчные пути значительно расширяются. По Birch-Hirschfeld'у диаметр *d. choledochi* достигает 2—3 мм, тогда как взрослый паразит-самка имеет в диаметре 5—7 мм. Это соотношение диаметров, однако, не имеет большого значения, так как опытами Ehrex'a и Stolz'a установлено, что у собаки *papilla Vateri* проходима для бус диаметром в 9 мм. Ктому же аскариды обладают активными движениями буравящего характера. По сообщениям Иоффе (Юрьев) их находили почти во всех органах человека, как, например, в аорте, легких, полости плевры, почке, брюшной полости и даже в Евстахиевой трубе. Кроме того, аскариды имеют особую склонность заползать в узкие отверстия: их нераз находили внедрившимися в различные, случайно проглоченные, бусы или другие предметы с узкими отверстиями. На этом основании один англичанин сконструировал даже род ловушки для аскарид, снабженной узкими отверстиями; эту ловушку пациент проглатывает, аскариды заползают в нее, ущемляются и погибают.

На основании сказанного можно думать, что присутствие в желчных путях камней и аскарид одновременно может иметь некоторую генетическую связь. В большинстве случаев, однако, желчные камни и аскариды представляют явления совершенно независимые одно от другого.

В нашем случае более вероятным является вторичное проникновение аскариды в общий желчный проток, уже после образования камней и даже, может быть, частичного их отхождения в кишку, ибо, как уже было упомянуто, аскарида была мертва, но еще не подверглась разложению. Очевидно, проникнув в желчные пути, она не нашла благоприятных условий для своего существования (механическое давление камней, отсутствие питательной субстанции и т. д.) и погибла незадолго до операции, *resp.* до ее извлечения (отсутствие мацерации). Камни же, судя по их количеству и величине и по сращениям желчного пузыря, имели безусловно более раннее происхождение, чем проникновение аскариды.

В нашем случае жизнеспособность аскариды в желчном протоке оказалась, таким образом, кратковременной. Вообще же говоря,

о продолжительности жизни аскарид в желчных путях ничего определенного неизвестно; во всяком случае оно может быть не так кратковременно, как в нашем случае. *Dunkel* наблюдал абсцесс печени в течение 4—5 месяцев, который, наконец, был вскрыт, причем из него был извлечен живой паразит. *Tsujiura* помещал аскарид в сосуд с желчью, в которой паразиты погибали на 10—11-й день; это, однако, не доказывает еще малой жизнеспособности паразита в желчной среде, так как здесь желчь не была во время опыта сменяема свежей, что отдалает условия опыта от действительности.

Проникновение аскарид в желчные пути наблюдалась в большинстве случаев у взрослых и в особенности у женщин, но описаны также подобные случаи и у детей (*Vierordt* наблюдал его у 2-летнего ребенка).

Как уже упомянуто, паразит, проникая в желчные пути и печень, или не вызывает никаких болезненных симптомов, — что наблюдается довольно редко, — или же, — что бывает много чаще, — такое проникновение ведет к развитию острого гнойного воспаления печени с образованием абсцессов и закупоркой желчных протоков, которые клинически проявляются соответствующими симптомами, а именно, внезапным началом, лихорадочным состоянием, желтухой, рвотой, болями в области печени и ее протоков, общим тяжелым состоянием и т. д. Картина болезни имеет большое сходство с началом желчно-каменной болезни. Однако, по мнению *Frankе*, приступы при желчно-каменной болезни продолжаются не так долго, как при разбираемом страдании, боли держатся менее продолжительное время, общее тяжелое состояние бывает выражено не так сильно, связь с лихорадочным состоянием не так постоянна, тошнота и рвота не так значительны. В предположении о внедрении аскарид в желчные пути можно быть более уверенным, когда вскоре после начала заболевания обнаружатся признаки тяжелого холангита, что при желчных камнях бывает в редких случаях. Еще более убедительно это обстоятельство, когда случай относится к ребенку или молодому человеку, которые, как известно, менее подвержены желчно-каменной болезни. Жалобы больного на присутствие аскарид в кишечнике или нахождение их или их яиц в кале также в значительной степени облегчают установку правильного диагноза. Распознавание следует считать трудным, но все же возможным при условии знакомства с подобными случаями, хотя-бы из литературы.

Лечение всецело зависит от характера случая. В легких случаях можно ограничиться назначением антисептических и глистогонных средств, в тяжелых, долго продолжающихся, связанных с за-

купоркой желчных протоков, необходимо оперативное вмешательство с предварительным глистогонным курсом.

В нашем случае паразит не являлся причиной заболевания и в особенности поводом для операции,—его находка явилась побочной при операции удаления желчных камней.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Birch-Hirschfeld. Handb. d. Kinderkrank., Bd. 4. S. 840.—
 - 2) Borger. Diss. München, 1891.—3) Botelli. Zbl. f. Chir., 1922, № 19.—4) Braun Seifert. Die tier. Parasiten d. Menschen. Leipzig, 1920.—5) Davaine. Traité d. entozaires et d. maladies vermineuses. Paris, 1877.—6) Dunkel. Diss. Greifswald, 1897.—7) Franke. Med. Klinik, 1922, № 40.—8) Fertig. Deut. Z. f. Chir., Bd. 114, H. 4.—9) Фянкельштейн. Р. Врач, 1908, № 33.—10) Kaiser. В. kl. Woch., 1921, № 41.—11) Hinterstoisser. Wiener klin. W., 1913, № 12.—12) Huber. Bibliographie d. klin. Helminthologie, 1893.—13) Hoerhammer. M. m. W., 1919, № 12.—14) Ruert. Bruns' Beitr., 126. H. 2 u. 3.—15) Kehr. Chirurgie der Gallenwege, 1913. S. 583.—16) Langenbuch. Chirurgie der Leber und Gallenblase, 1894.—17) Landgraf. M. m. W., 1919, № 32.—18) Leuckart. Die menschlichen Parasiten, 1886.—19) Mertens. Deut. m. W., 1898, № 23.—20) Miyake. Arch. f. kl. Chir., Bd. 85.—21) Neugebauer. Arch. f. kl. Chir., 1903, Bd. 70.—22) Розенблатт. Врач, 1892, № 27.—23) Reich. Bruns' Beitr. z. kl. Chir., 126, H. 2 u. 3.—24) Schlössmann. Berl. kl. W., 1920, № 41.—25) Tsujimura. D. Zsch. f. Chir., Bd. 171, H. 3—6.—26) Шелков. Рус. Вр., 1913.—27) Weit. M. m. W., 1922, № 33.—28) Ebstein. D. Arch. f. kl. M., 1904, 81.—29) Vierordt. Volkmann's Vortr., N. F., 1904.
-