

DOI 10.25789/УМЖ.2023.84.35

УДК 616.36-008.5

А.Е. Цеймах, В.А. Куртуков, Я.Н. Шойхет

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИКВИДАЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЗВАННОЙ *ASCARIS LUMBRICOIDES*

В статье представлен клинический случай ликвидации механической желтухи, вызванной *Ascaris lumbricoides*. У пациента с клиникой механической желтухи, предположительно вызванной холедохолитиазом на фоне длительного анамнеза желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, после двукратных попыток литоэкстракции в просвете общего желчного протока был выявлен круглый паразит. Лабораторное исследование подтвердило диагноз аскаридоза. Клиника механической желтухи была купирована.

**Ключевые слова:** аскаридоз, механическая желтуха.

The article presents a clinical case of elimination of obstructive jaundice caused by *Ascaris lumbricoides*. The patient was admitted with a clinic of obstructive jaundice, presumably caused by choledocholithiasis against the background of a long history of cholelithiasis, chronic calculous cholecystitis. After two attempts of lithoextraction in the lumen of the common bile duct, a round parasite was detected, which extracted and sent for laboratory was testing, where the diagnosis of ascariasis was confirmed. The clinic of obstructive jaundice was dropped out.

**Keywords:** ascariasis, obstructive jaundice.

**Введение.** Аскаридоз является одним из наиболее часто встречающихся гельминтозов, по данным ВОЗ, в мире аскаридозом заражено более 1,4 млрд. чел. Ежегодно до 100 тыс. чел. погибают от аскаридоза и его осложнений [3]. При этом аскаридоз редко дает хирургические осложнения. Нами были применены принципы написания систематического обзора PRISMA для оценки статистики хирургических осложнений аскаридоза. В базе данных Pubmed за последние 10 лет по ключевым словам «аскаридоз», «*Ascaris lumbricoides*» и «хирургические осложнения» было найдено 33 публикации, при этом лишь одна публикация представляет собой мета-анализ, остальные были клиническими наблюдениями различных редких осложнений. В базе данных Cochrane по ключевым словам «аскаридоз», «*Ascaris lumbricoides*» и «хирургические осложнения» начиная с 1998 г. было найдено 3 мета-анализа и 336 исследований. При этом менее десяти исследований посвящены систематическому изучению хирургических осложнений и нет ни одного мета-анализа по данной проблеме, а существующие исследования посвящены

кишечной непроходимости как наиболее частому осложнению, остальные осложнения описаны в виде клинических случаев. Большинство хирургических осложнений вызваны большим количеством нематод в просвете кишечника, что является уделом стран третьего мира, где наблюдаются плохие социально-бытовые условия, высокий риск массивной контаминации фекально-оральным путем [3]. Самым частым хирургическим осложнением аскаридоза является кишечная непроходимость [1, 3]. Остальные осложнения опубликованы в литературе в виде клинических случаев вследствие их редкости, такие как острый аппендицит вследствие обтурации просвета червеобразного отростка паразитом [2], перфорации тонкого кишечника [5], а также осложнения со стороны гепатопанкреатобилиарной системы, такие как острый панкреатит, механическая желтуха и гепатиколитиаз [4, 6].

Мы сочли нужным представить клинический пример лечения редкого осложнения аскаридоза – механической желтухи, у взрослой пациентки, отрицающей типичный анамнез заражения геогельминтозом.

Больная, 67 лет, была госпитализирована в отделение хирургии КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул» с жалобами на тяжесть и периодические боли в правом подреберье и эпигастрии в течение двух дней. Социально-бытовые условия удовлетворительные, проживает в многоквартирном доме с центральной канализацией. Контакт с немывыми продуктами питания с земли, водой из канализации отрицает. В анамнезе много лет стра-

дает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом. При обращении в поликлинику по месту жительства было проведено ультразвуковое (УЗ) исследование брюшной полости, магнитно-резонансная томография с внутривенным контрастированием, по которым выявлены признаки билиарной гипертензии, холедохолитиаз, конкременты левого печеночного протока. После дообследования была направлена в отделение хирургии для лечения.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски. Пульс - 78 ударов в мин, АД - 132/84 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен налетом. Живот мягкий, симметричный, безболезненный, участвует в акте дыхания, не вздут. Размеры печени, по Курлову, 9\*8\*6 см. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный. Кал окрашенный. Моча светлая. Лабораторное обследование в объеме общего анализа крови, взятия маркеров билирубинемии, цитолиза, холестаза, почечной дисфункции, электролитов и амилазы крови, общего анализа мочи, коагулограммы не выявило нарушений.

При УЗ-исследовании органов брюшной полости установлено:

Печень: косою вертикальный размер правой доли 164 мм, краниокаудальный размер 100 мм, контуры четкие, ровные, край острый, структура мелкозернистая, неоднородная, эхогенность умеренно повышена. Объемные образования не выявлены. Ди-

Алтайский гос. медицин. ун-т МЗ РФ: **ЦЕЙМАХ Александр Евгеньевич** – к.м.н., доцент, alevtsei@rambler.ru, orcid.org/0000-0002-1199-3699, **ШОЙХЕТ Яков Нахманович** – д.м.н., проф., чл.-корр., зав. кафедрой, orcid.org/0000-0002-5253-4325; **КУРТУКОВ Виталий Анатольевич** – к.м.н., зав. отд. КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул», orcid.org/0000-0002-5582-1178

аметр воротной вены 11 мм, нижней полой вены 18 мм. Желчный пузырь: лоцируется в обычной проекции, размеры 120\*45 мм, с перетяжкой в теле и перегибом в нижней трети, стенки до 4 мм, повышенной эхогенности, конкрементов нет, в полости сладж в небольшом количестве, конкременты убедительно не лоцируются. Внутрипеченочные протоки расширены: правый долевой до 8 мм, левый долевой до 10 мм, конfluence сохранен, сегментарные справа до 3 мм, слева до 4 мм. Гепатикохоледох расширен до 15 мм, имеет непрямолинейный ход, визуализируется до головки поджелудочной железы. В просвете гепатикохоледоха лоцируются образования повышенной эхогенности размерами 8,3\*5 мм и 4\*4 мм, без четкой акустической дорожки. Поджелудочная железа: расположена в обычной проекции, головка 25 мм, тело 14,5 мм, хвост 23 мм. Контур нечеткие, ровные, структура неоднородная, повышенной эхогенности, вирсунгов проток не расширен. Селезенка: в обычной проекции, 110\*37 мм, структура однородная, селезеночная вена не расширена. Почки: расположение обычное, правая почка 112\*48 мм, левая - 101\*45 мм, контур четкие, ровные. Толщина паренхимы правой почки 14 мм, левой -16 мм. Кортико-центральная и кортикострулярная дифференциация не нарушена. Отток мочи не нарушен, мочеточники не расширены. В проекции надпочечников объемных образований не выявлено. Мочевой пузырь пуст. Брюшная аорта не расширена. Забрюшинные лимфоузлы не лоцируются. В плевральных полостях свободная жидкость не лоцируется. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Синдром билиарной гипертензии, низкий уровень блока. УЗИ-признаки холедохолитиаза. Увеличение размеров правой доли печени. Диффузно-неоднородные изменения структуры печени. Деформация желчного пузыря. Утолщение, диффузные изменения структуры стенок желчного пузыря. Сладж в желчном пузыре. Диффузно-неоднородные изменения структуры поджелудочной железы.

Больной выставлен предварительный диагноз: ЖКБ: Холедохолитиаз. Хронический калькулезный холецистит. Механическая желтуха.

При поступлении больной экстренно была выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с

целью ликвидации холедохолитиаза и купирования клиники механической желтухи. При проведении ЭПСТ выявлен увеличенный до 25\*15 мм большой дуоденальный сосочек (БДС), напряженный. В устье ворсинчатая гипертрофия и визуализируется порционное выделение желчи. Торцовым ножом проведено рассечение "крыши" БДС от устья в типичном месте протяженностью 15 мм. Появился отток желчи под давлением. Дополнительно "крыша" рассечена канюляционным папиллотомом до 25 мм. Визуально холедох не расширен. Выполнено тугое наполнение 30,0 мл контраста ультрависта. Теней конкрементов не выявлено. Биопсия БДС вследствие выраженного отека и локального геморража после ЭПСТ не производилась. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 5 дней после проведения ЭРХПГ и ЭПСТ больной была выполнена видеолaparоскопическая холецистэктомия с целью ликвидации хронического калькулезного холецистита. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 7 дней после видеолaparоскопической холецистэктомии с целью контроля состояния БДС и взятия биопсии БДС на фоне выявленных при предыдущей эндоскопической операции изменений больной была выполнена фиброгастродуоденоскопия со взятием биопсии БДС. Интраоперационно: из ранее рассеченного БДС в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) торчит головка круглого червеобразного паразита белесоватого цвета. Взята биопсия с краёв БДС и мазок-отпечаток на цитологию. Заведён зонд типа Фогарти, введено 15,0 мл ультрависта, выполнена ЭРХПГ, где в просвете расширенного холедоха извитая тень толщиной 5-6 мм паразита, конкрементов нет (рис. 1). Зондом типа Фогарти паразит низведён в просвет ДПК, захвачен эндоскопической петлёй, извлечён наружу. Паразит бледно-коричневого цвета, длиной до 20-22 см, диаметром 5-6 мм (рис. 2). Паразит погружён в нейтральный формалин на исследование (рис. 3). Отток желчи восстановлен. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Больной консультирована инфекционистом по результатам лабораторного исследования паразита, где была определена самка *Ascaris lumbricoides*. Выставлен окончательный клинический диагноз: Аскаридоз, осложненный механической желтухой. ЖКБ: Хронический калькулезный холецистит. Через 6 дней после прове-

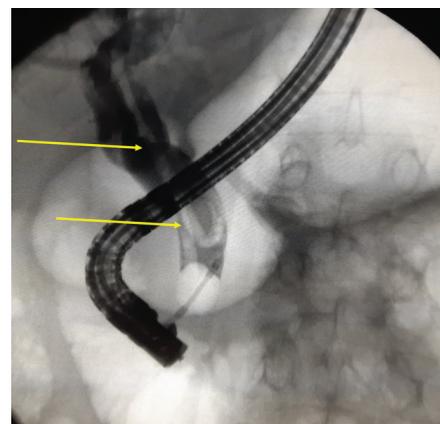


Рис. 1. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. В просвете холедоха видна тень паразита (показана желтыми стрелками)



Рис. 2. Макроскопический вид паразита



Рис. 3. Паразит в нейтральном формалине

дения операции пациентка была выписана на амбулаторное наблюдение с рекомендациями дегельминтизации под наблюдением инфекциониста по месту жительства.

**Заключение.** Несмотря на типичную локализацию в просвете кишечника, нематоды *Ascaris lumbricoides* могут мигрировать в просвет желчевыводящих протоков, вызывая трудно диагностируемую механическую желтуху, особенно в сочетании с другой патологией желчевыводящей системы.

## Литература

1. Ali AY, Mohamed Abdi A, Mambet E. Small bowel obstruction caused by massive ascariasis: two case reports. *Ann Med Surg (Lond)*. 2023; 85(3): 486-489. doi: 10.1097/MS9.0000000000000224.
2. Castañeda C, Valbuena D, Salamanca W, Acevedo D, Pedraza M. Case Report: Laparoscopic Management of Acute Appendicitis Resulting from *Ascaris lumbricoides*. *Am J Trop Med Hyg*. 2022;107(1):130-131. doi: 10.4269/ajtmh.21-1245.
3. Hassan Y, Rather SA, Rather AA, Banday MK. *Ascaris lumbricoides* and the surgical complications: our experience from Medical College

Hospital. *Ir J Med Sci*. 2022;191 (4):1815-1821. doi: 10.1007/s11845-021-02769-y.

4. Heimes JK, Waller S, Olyee M, Schmitt TM. Hepatolithiasis after Hepaticojejunostomy: *Ascaris lumbricoides* in the biliary tract. *Surg Infect (Larchmt)*. 2013; 14(5):470-2. doi: 10.1089/sur.2012.115.

5. Molla YD, Beza AD, Tadesse AK, Answar IO. *Ascaris lumbricoides* a rare cause ileal perforation, a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2023;105:108097. doi: 10.1016/j.ijscr.2023.

6. Temesgen R, Abebe H, Abera Y. Hepatobiliary and Pancreatic Duct Ascariasis: An Unusual Cause of Obstructive Jaundice and Severe Acute Cholangitis. *Int Med Case Rep J*. 2022; 15:281-286. doi: 10.2147/IMCRJ.S369442.

Т.Г. Дмитриева, И.Н. Козлова, Л.Н. Москвитина,  
Е.И. Корякина

## СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ КОРИ

DOI 10.25789/УМЖ.2023.84.36

УДК 616.9

Нами описан случай врожденной кори у новорожденного от женщины 34 лет. На сроке беременности 28 нед. у женщины была диагностирована пневмония, затем появилась типичная сыпь. Роды произошли в остром периоде заболевания. Ребенок родился преждевременно, кесаревым сечением, на сроке гестации 28 нед. Состояние ребенка при рождении было крайне тяжелое, диагноз корь был подтвержден определением антител к Measles virus IgM. На фоне проводимой терапии состояние пациента стабилизировалось, на 7-е сут экзантемного периода сыпь регрессировала. В возрасте 1 мес. и 23 сут в удовлетворительном состоянии ребенок был выписан домой.

**Ключевые слова:** корь, новорожденный, беременность, экзантемная инфекция, недоношенность, врожденные пороки развития.

We have described a case of congenital measles in a newborn from a 34-year-old woman. At 28 weeks gestation the woman was diagnosed with pneumonia, followed by typical rash. The birth occurred during the acute period of the disease. The child was born prematurely, by caesarean section, at 28 weeks' gestation. The child's condition at birth was extremely severe; the diagnosis of measles was confirmed by determining antibodies to Measles virus IgM. During the therapy the patient's condition stabilized, and on the 7th day of the exanthem period the rash regressed. At the age of 1 month and 23 days later the child was discharged home in satisfactory condition.

**Keywords:** measles, newborn, pregnancy, exanthema infection, prematurity, congenital malformations.

**Введение.** Введение в 1967 г. плановой вакцинации детей против кори живой коревой вакциной привело к повсеместному снижению заболеваемости во всех возрастных группах. Это позволило мировому сообществу поставить задачу ликвидации кори на планете. В 1998 г. Европейским региональным комитетом ВОЗ была официально поставлена цель элиминации местной передачи кори путем достижения и поддержания очень высокого уровня охвата ( $\geq 95\%$ ) прививками двумя дозами коревой вакцины [1]. В настоящее время в странах, проводящих тотальную вакцинацию против кори, заболевание встречается в виде

отдельных вспышек и эпидемий, захватывающих несколько десятков или сотен человек [2]. В настоящее время вакцинация против кори входит в Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации и проводится в возрасте 12 мес. с последующей ревакцинацией в 6 лет. Иммуитет после перенесенной кори, как правило, пожизненный. Поствакцинальный иммунитет менее продолжителен: через 10 лет защитные титры антител сохраняются лишь у 36% вакцинированных. Корь обычно считается доброкачественным вирусным заболеванием детского возраста, люди могут заболеть независимо от возраста, причем тяжелые поражения дыхательной и нервной системы возникают чаще до 5 лет и после 20 лет. Таким образом, женщины детородного возраста входят в группу риска. В ситуации эпидемической вспышки необходим контроль за беременными женщинами. Корь во время беременности может быть тяжелой, в основном из-за пневмонии. Корь у беременной женщины

связана с риском выкидыша и недоношенности [3,4]. Случаи врожденной кори встречаются крайне редко. В литературе описаны несколько случаев в том числе и субклинические формы, установленные только на основании серологических методов диагностики [5,6]. Случай манифестной формы врожденной кори, несомненно, представляет интерес.

**Клинический пример.** Мы представляем случай врожденной кори. Мальчик, рожденный 07.12.2019 г. на сроке беременности 28 нед., путем операции кесарево сечение. Мать – женщина 34 лет, страдающая бронхиальной астмой, atopический вариант, персистирующее течение, средней степени тяжести, в неполной ремиссии. В возрасте 5 лет она была прооперирована по поводу дефекта межжелудочковой перегородки сердца (ДМЖП), в настоящее время состояние стабильное, недостаточности кровообращения нет. Из акушерского анамнеза известно, что данная беременность четвертая, первые роды

**ДМИТРИЕВА Татьяна Геннадьевна** – д.м.н., проф. Медицинский институт Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, dtg63@mail.ru; **КОРЯКИНА Екатерина Ивановна** – студентка МИ СВФУ; **КОЗЛОВА Ирина Николаевна** – зав. отд. Якутской республикан. клинич. б-цы; **МОСКВИТИНА Любовь Николаевна** – врач анестезиолог-реаниматолог ЯРКБ.