

(Изъ факультетской хирургической клиники проф. В. И. Разумовскаго).

Альвеолярный эхинококкъ печени.

Прив.-доц. В. Л. Боголюбова.

Многокамерный (мультилокулярный) или правильнѣе альвеолярный эхинококкъ впервые былъ описанъ Buhl'емъ въ 1852 г. подъ названіемъ альвеолярнаго коллоида, а вслѣдъ за этимъ Luschka подъ именемъ коллоиднаго рака. Въ 1854 г. Zeller нашелъ при данномъ заболѣваніи вѣнчики эхинококка, но объяснилъ присутствіе ихъ случайностью. Истинный же характеръ настоящаго болѣзненнаго процесса былъ установленъ Virchow'ымъ, который и далъ ему названіе — „мультилокулярная эхинококковая опухоль печени“ (Multiloculäre ulcerirende Echinococcusgeschwulst der Leber). Цѣлый рядъ послѣдующихъ авторовъ подтвердилъ взглядъ Virchow'a на характеръ даннаго заболѣванія. вмѣстѣ съ тѣмъ, съ накопленіемъ казуистическаго матеріала, вопросъ объ альвеолярномъ эхинококкѣ былъ подвергнутъ дальнѣйшему изученію. Среди многочисленныхъ работъ различныхъ авторовъ, посвященныхъ данному вопросу, слѣдуетъ отмѣтить монографіи Vierordt'a (1886), въ особенности же Posselt'a ¹⁾ (1900) и проф. Мельникова-Разведенкова ²⁾ (1901—1902), въ которыхъ желающіе могутъ найти всестороннее освѣщеніе вопроса и полную литературу объ немъ.

При этомъ мы считаемъ только нужнымъ замѣтить, что въ Россіи альвеолярный эхинококкъ пользуется особеннымъ распространеніемъ. Достаточно указать, что по даннымъ проф. Мельникова-Разведенкова на общее количество 242 сл. альвеолярнаго эхинококка, встрѣтившагося въ различныхъ странахъ, на долю

¹⁾ Die Geographische Verbreitung des Blasenwurmlebens insbesondere des Alveolarechinococcus der Leber und dessen Kasuistik seit 1886. Stuttgart. 1900.

²⁾ Изслѣдованіе альвеолярнаго (мультилокулярнаго) эхинококка у человѣка и у животныхъ. Харьковъ. 1902.

Россіи приходится 80 случаевъ. вмѣстѣ съ тѣмъ слѣдуетъ сказать, что русскіе врачи своими работами оказали немаловажную услугу дѣлу изученія даннаго болѣзненнаго процесса (Мельниковъ-Разведенковъ, Ромавовъ, Крузенштернъ, Усковъ, Лукинъ, Кожинъ, Высоковичъ, Еленевскій и др.). Въ частности же мы не можемъ не отмѣтить то живѣйшее участіе въ изученіи альвеолярнаго эхинококка, которое принималъ въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ Казанскій Патолого-анатомическій Институтъ во главѣ съ нашимъ глубокоуважаемымъ учителемъ покойнымъ проф. Н. М. Любимовымъ. Объ этомъ достаточно свидѣлствуютъ богатѣйшая, рѣдкая коллекція препаратовъ альвеолярнаго эхинококка, хранящаяся въ стѣнахъ Института ¹⁾ и цѣлый рядъ сообщеній и статей по этому вопросу, принадлежащихъ самому покойному Н. М. ²⁾ и его помощникамъ и ученикамъ [Брандтъ ³⁾, Виноградовъ ⁴⁾, П. П. Заболотновъ ⁵⁾, Осокинъ ⁶⁾ А. Гиммель ⁷⁾].

Съ своей стороны мы позволимъ себѣ сообщить здѣсь слѣдующій случай альвеолярнаго эхинококка, наблюдавшійся и оперированный нами.

Больной Шамсутдиновъ, 37 л., татаринъ, поступилъ въ факультетскую хирургическую клинику проф. В. И. Разумовскаго 8 Октября 1906 года. Мѣсто жительства больного—Буинскій уѣздъ, Симбирской губ.

Больной средняго роста, удовлетворительнаго питанія. Сильно выражены явленія желтухи—цвѣтъ кожи оливково-желтый, склеры интенсивно желтаго цвѣта.

¹⁾ Posselt въ своей монографіи, упомянутой выше, указываетъ, что патолого-анатомическій музей Казанскаго Университета по богатству и разнообразію коллекціи многокамернаго эхинококка занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ въ Европѣ. Работы, вышедшія изъ кабинета Н. М. Любимова, упоминаются въ данной книгѣ особенно часто.

Намъ извѣстно также, что матеріаломъ Н. М. Любимова пользовался и проф. Мельниковъ-Разведенковъ, составляя свою извѣстную монографію объ альвеолярномъ эхинококкѣ, удостоенную преміи.

²⁾ См. Дневникъ общ. врачей при Казанск. Университетѣ. 1890 и «Труды VII съѣзда русскихъ врачей въ память Пирогова». 1899.

³⁾ Дневникъ общ. врачей при Казанск. Университетѣ. 1889.

⁴⁾ Дневникъ общества врачей при Казанскомъ Университетѣ. 1894.

⁵⁾ Дневн. общ. врачей при Казанск. Университетѣ. 1897 и 1898.

⁶⁾ Дневн. общ. врачей при Казанск. Университетѣ. 1900.

⁷⁾ Казанскій медицинскій журналъ. 1904.

При осмотрѣ больного бросается въ глаза опухоль, выступающая изъ за края реберъ справа и занимающая верхнюю часть брюшной полости. На поверхности опухоли глазомъ можно различить два шаровидныя выпячиванія, отдѣленные другъ отъ друга какъ бы перемычкой; въ виду чего опухоль производитъ впечатлѣнїе состоящей изъ двухъ половинокъ.

Ощупываніе опухоли обнаружило, что консистенція ея эластическая, опухоль даетъ ясную флюктуацію, которая отчетливо передается изъ одной половины опухоли въ другую. По периферіи опухоли справа прощупываются небольшіе плотные узлы. При перкуссіи надъ опухолью получается тупой звукъ, который простирается въ лѣвую сторону до середины лѣваго ребернаго края, по средней линіи внизъ—до линіи проходящей на три пальца выше пупка, по *lin. mamillaris d.*—до линіи идущей на палецъ выше пупка. Кверху тупой звукъ опухоли сливается съ печеночнымъ притупленіемъ. Окружность живота надъ наиболѣе выдающимся мѣстомъ опухоли=95 снт. Селезенка представляется увеличенной. Большой страдаетъ бронхитомъ. Вѣсъ больного=57,4 килогр.

Настоящее заболѣваніе началось у пациента съ августа 1905 г. Въ это время у него появилась желтуха и была замѣчена опухоль подъ правымъ ребернымъ краемъ съ кулакъ величиной. Больной сталъ чувствовать боли въ области печени. Всѣ эти явленія заставили больного лечь въ больницу. Въ теченіе зимы больной сталъ чувствовать себя нѣсколько лучше, желтуха уменьшилась. Весной 1906 года, послѣ выписки изъ больницы, пациентъ почувствовалъ себя опять плохо, опухоль подъ правымъ ребернымъ краемъ значительно увеличилась, что заставило больного опять лечь въ больницу, а вслѣдъ за тѣмъ обратиться въ клинику. Ранѣе больной никакими болѣзнями, за исключеніемъ „лихорадки“, не страдалъ. Сифилиса не имѣлъ. Алкоголемъ злоупотреблялъ.

Клиническій діагнозъ: *echinococcus* (?) *hepatis*.

14. X. 06 произведена мной операція подъ хлороформнымъ наркозомъ. Проведенъ продольный разрѣзъ надъ опухолью вправо отъ средней линіи. По вскрытіи брюшины въ ранѣ предлежала стѣнка опухоли сѣровато-бѣлаго цвѣта. При изслѣдованіи рукой, введенной черезъ рану въ брюшную полость, обнаружено, что сверху, справа и слѣва отъ мѣста разрѣза имѣются сращенія между стѣнной опухолью и передней брюшной стѣнкой; внизу же отъ мѣста разрѣза можно свободно пройти рукой въ брюшную полость. Въ виду чего въ этотъ нижній уголокъ раны заложенъ брюшной компрессъ. Затѣмъ произведенъ пробный проколъ стѣнки опухоли троакаркомъ (въ виду плотности и толщины стѣнки проколъ ея иглами отъ обыкновенныхъ пробныхъ шприцевъ оказался не-

возможнымъ). При проколѣ получена жидкость темнозеленаго цвѣта, имѣющая видъ желчи. Стѣнка опухоли гесп. кисты вскрыта широкимъ разрѣзомъ, при чемъ изъ вскрытой полости излилось значительное количество жидкости того же характера, какъ и при пробномъ проколѣ, но съ примѣсью безформенныхъ черноватаго цвѣта массъ, легко разминающихся между пальцами. Вся опухоль спалась. Стѣнка кисты толщиной около $1\frac{1}{2}$ —2 снт., очень плотная особенно въ периферическихъ частяхъ, болѣе рыхлая на сторонѣ, обращенной въ полость кисты. Внутренняя стѣнка кисты окрашена въ темнобурый цвѣтъ, шероховата. При обследованіи полости кисты рукой опредѣляется, что величина ея достигаетъ приблизительно размѣровъ головы взрослого человѣка; внутренняя поверхность кисты весьма неровна, часто встрѣчаются выступы, карманы; полость кисты въ видѣ неправильной формы большихъ каналовъ далеко простирается кверху и въ лѣвую сторону. На днѣ полости кисты лежатъ крошковатая темнобураго цвѣта массы, легко удаляемая изъ полости кисты при ея промываніи. Изсѣченъ небольшой кусокъ стѣнки кисты (для микроскопическаго изслѣдованія), послѣ чего киста шита въ брюшную рану. Полость кисты промыта, въ нее вставленъ дренажъ и марлевые тампоны. Повязка.

Микроскопическое изслѣдованіе стѣнки кисты, произведенное мной, обнаружило, что наружные слои ея состоятъ изъ плотной соединительной ткани; на остальномъ же протяженіи по направленію внутрь стѣнка состоитъ изъ некротизированной соединительной ткани, въ которой заложены многочисленные хитиновые пузырьки, характерные для альвеолярнаго (гесп. мультилокулярнаго) эхинококка. Микроскопическіе препараты были демонстрированы прозектору при кафедрѣ патологической анатоміи прив.-доц. П. П. Заболотнову, который подтвердилъ означенный діагнозъ.

Жидкость, полученная изъ полости опухоли, содержала желчные пигменты (реакція Gmelin'a); микроскопически въ ней найдены жировыя зернышки, безформенныя желтовато-бурыя массы, кристаллы холестерина и жирныхъ кислотъ, перерожденные бѣлые кровяные шарикъ. Крошковатая масса, находившаяся въ полости кисты, подъ микроскопомъ имѣла видъ распада съ примѣсью неправильной формы клочковъ некротизированной соединительной ткани.

Послѣоперационное леченіе больного заключалось въ перевязкахъ, которыя производились черезъ 2—3 дня. Полость опухоли промывалась и дренировалась. Изъ полости кисты все время выдѣлялась желчь сначала въ обильномъ количествѣ, потомъ въ значительно меньшемъ. Постоянно также наблюдалось отхожденіе изъ полости клочковъ и кусковъ темнобураго цвѣта, имѣвшихъ

видъ некротизированныхъ участковъ ткани. Имѣлось иногда повышеіе температуры до 38° съ десятиыми. Въ настоящее время (черезъ 4 мѣсяца послѣ операціи) состояніе больного слѣдующее: желтуха уменьшилась, самочувствіе больного значительно лучше, больной ходитъ, аппетитъ и сонъ удовлетворительный; полость опухоли значительно уменьшилась, отдѣляемое скудное, окрашенное въ желтый цвѣтъ; со времени операціи больной потерялъ въ вѣсѣ около 3 килограммъ.

Изъ всего вышесказаннаго, на основаніи клиническихъ данныхъ и данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, слѣдуетъ заключить, что въ описанномъ нами случаѣ имѣлся альвеолярный эхинококкѣ печени съ громадной полостью распада, которая и была нами вскрыта. При этомъ слѣдуетъ замѣтить, что присутствіе подобныхъ полостей при альвеолярномъ эхинококкѣ представляетъ нерѣдкое явленіе; обычно онѣ бываютъ небольшой величины, но иногда могутъ достигать громадныхъ размѣровъ. Такъ въ случаѣ Löwenstein'a въ печени имѣлась полость съ двѣ дѣтскихъ головки величиной. Въ другомъ случаѣ того же автора (Löwenstein-Kalb) при альвеолярномъ эхинококкѣ печени въ послѣдней была найдена полость, которая содержала 8—9 литровъ жидкости и величину которой можно было сравнить съ величиной полости матки незадолго до родовъ. Въ наблюденіи Reiniger'a правая доля печени, пораженная альвеолярнымъ эхинококкомъ, содержала въ себѣ полость распада съ голову взрослога челоуѣка величиной. Извѣстны наблюденія, гдѣ вся правая доля печени при альвеолярномъ эхинококкѣ была превращена въ одинъ громадный мѣшокъ (см. монографію Мельникова-Разведенкова, наблюденія № 37, № 66, № 67, № 93). Что касается содержимаго этихъ полостей распада, то оно весьма разнообразно, имѣя видъ гнойной, ихорозной жидкости, кашицеобразныхъ массъ окрашенныхъ желчью и проч. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ (Löwenstein, Reiniger, Mangold и др.), какъ и въ нашемъ наблюденіи, полость альвеолярнаго эхинококка содержала жидкость темнозеленаго цвѣта (желчь).

Изъ другихъ клиническихъ явленій, наблюдавшихся у нашего больного, кромѣ опухоли печени, слѣдуетъ отмѣтить опуханіе селезенки и желтуху, которыя являются часто симптомами, сопутствующими альвеолярному эхинококку печени. При этомъ слѣдуетъ сказать что въ нашемъ случаѣ желтуха у больного была сильно выражена, кожные покровы были окрашены въ темный, оливково-желтый цвѣтъ. Вообще же слѣдуетъ упомянуть, что по статистикѣ Posselt'a $\frac{4}{5}$ всѣхъ случаевъ альвеолярнаго эхинококка протекають съ рѣзко выраженной желтухой. „Желтуха достигаетъ такой интенсивности, что получила въ Тиролѣ и Меммингенѣ на-

звание „черной желтухи“ (см. монографію Мельникова-Разведенкова).

Во всякомъ случаѣ вышеуказанные клиническія симптомы— опухоль печени, желтуха, опуханіе селезенки, обычно наблюдающіеся при альвеолярномъ эхинококкѣ, не являются, какъ само собой разумѣется, признаками патогномоничными только для даннаго заболѣванія. Съ другой стороны всѣ эти симптомы представляются конечно неодинаково выраженными въ случаяхъ даннаго болѣзненнаго процесса и могутъ даже совершенно отсутствовать, особенно въ началѣ его развитія. Все это дѣлаетъ распознаваніе альвеолярнаго эхинококка печени затруднительнымъ во многихъ случаяхъ и конечно главнымъ образомъ тамъ, гдѣ болѣзненный процессъ только что начинается.

Между тѣмъ только въ этихъ то начальныхъ случаяхъ развитія процесса и могла можетъ быть оказаться радикальной хирургическая терапія.

Обычно же хирургамъ приходится имѣть дѣло съ больными, гдѣ процессъ поразилъ уже значительную часть печени. Къ тому же слѣдуетъ сказать, что не всегда даже и при лапаротоміи можно установить истинный характеръ процесса и легко принять его за какое нибудь другое заболѣваніе (всего чаще за neoplasma malignum).

Но во всякомъ случаѣ разъ обнаруженъ альвеолярный эхинококкъ печени въ видѣ ограниченной опухоли, то терапія должна заключаться здѣсь въ изсѣченіи этой опухоли вмѣстѣ съ соответствующимъ участкомъ печени, какъ это и сдѣлалъ въ одномъ случаѣ Bruns ¹⁾.

Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ значительная часть печени представляется пораженной, имѣются полости распада, то оперативное вмѣшательство можетъ имѣть здѣсь только палліативный характеръ, сводясь большей частью къ вскрытію этихъ полостей. Цѣлесообразно можетъ быть въ подходящихъ случаяхъ альвеолярнаго эхинококка печени поступать по слѣдующему совѣту покойнаго проф. А. А. Боброва ²⁾: „по изсѣченіи наиболѣе перерожденныхъ кусковъ ткани, отступя на 1—2 снт. отъ края эхинококковыхъ узловъ, сдѣлать рядъ вколловъ гальванокаутеромъ, чтобы умертвить возможно большее количество пограничныхъ пузырей и вызвать образованіе рубцовой ткани. Кромѣ того вполне разумно будетъ дѣлать повторно въ оставшуюся при организмѣ пораженную часть вспрыскиваніе того или другого раствора (іодъ, іодистый калий, растворъ карболовой кислоты и т. п.) съ цѣлью умертвить и тамъ возможно большее количество пузырей и вызвать усиленный притокъ крови, реактивный воспалительный процессъ“.

¹⁾ Beiträge z. klin. chirurgie. Bd. 17.

²⁾ Хирургія. 1897. № 6.