

Доц. П. А. ГУЛЕВИЧ

К клинике и хирургическому лечению эхинококковой болезни

Из госпитальной хирургической клиники Казанского гос. мед. ин-та (директор проф. Н. В. Соколов)

Эхинококковой болезни в русской литературе уделяется много внимания; библиографический список литературы об эхинококкозе охватывает свыше 300 работ, причем 7 из них носят диссертационный характер (Алексинский, Мельников-Разведенков, Еленевский, Миролюбов, Мисалипов, Керопиян, Даниляк). Это обусловлено значительным распространением эхинококковой болезни во многих районах. Несмотря на большие сдвиги в деле выявления очагов эхинококка, особенно за последние 10—15 лет, сведения о распространении этой болезни далеко не полны.

По нашим, еще не полным данным, лечебные учреждения Казани обладают материалом свыше 120 сл. эхинококка за последнее десятилетие. Кроме того, нам известно, что ряд районных больниц (Елабуга, Мензелинск, Тетюши, Буинск, Кукмор) обладают собственными материалами по эхинококку. Несомненно, что эхинококковые заболевания наблюдались и другими районными больницами (особенно крупными), но, к сожалению, они до сих пор не прислали ответов на разосланную нами анкету.

В настоящей статье мы публикуем материал госпитальной хирургической клиники за последние 10 лет, причем особо останавливаемся на некоторых вопросах, обычно мало освещаемых в периодической печати.

Наш материал обнимает 60 случаев эхинококковой болезни. 58 больных—жители Татарии, поступившие из 17 приволжских районов (5 правобережных и 12 левобережных).

В патолого-анатомическом отношении 4 случая относятся к альвеолярному („многокамерному“) эхинококку, 56 случаев—к кистозному („однокамерному“). Соотношение между альвеолярным и кистозным эхинококком на нашем материале, конечно, не может претендовать на правильное отражение частоты этих форм в Татарии, так как больные с альвеолярным эхинококком ввиду более чем скромных возможностей их оперативного лечения принимались в клинику лишь в исключительных случаях.

В возрасте 10—20 л. было 10 б-ных, 21—30 л.—17, 31—40 л.—23, 41—50 л.—5, 50—62 л.—5 б-ных. Мужчин—33, женщин—27.

Первичные эхинококковые поражения у человека происходят через кишечный тракт, преимущественно через капилляры воротной вены, реже через лимфатические пути и через слизистые дыхательных органов. Последний путь, доказанный экспериментально Деве и подтвержденный единичными клиническими наблюдениями (Кальвер), по общему мнению встречается у человека редко.

Сообразно с этим наиболее частая локализация паразита падает на

печень (1-й фильтр), частота поражений которой эхинококком по статистическим данным колеблется между 67,8% (Вегон и Кранвелл) и 75% (Деве, Гоземан) всех случаев эхинококка; затем наиболее часто подвергаются заболеванию легкие (2-й фильтр), поражаемые которых отмечается в 6,3—7,2% сл. (Вегас, Керопиян). Проскочившие через эти фильтры зародыши эхинококка могут быть занесены по большому кругу кровообращения в любую ткань и орган нашего организма (примерно 20% случаев).

В редких случаях паразит, обладающий активными движениями и способный проникать через мягкие ткани, может остановиться в брюшной полости, не достигнув печени, и дать первичное поражение тканей брюшной полости (сальник, брыжейка и др.).

При оценке случая надо иметь в виду возможность вторичного поражения; причиной последнего может быть: 1) обсеменение серозных полостей (прорывы кист, операции); 2) прорыв эхинококка кровеносные и реже в крупные лимфатические пути (эмболический путь); 3) обсеменение слизистых оболочек (прорывы в бронх, желчные пути), 4) обсеменение хирургической раны во время операций.

Поражение печени эхинококком нередко носит множественный характер. По Гоземану и по наблюдениям аргентинских авторов частота солитарных кист составляет 50%. В 20% отмечаются носители двух и более кист. В очень редких случаях встречается даже свыше 40 кист. На материале Даниляка киста печени встретилась в 30% случаев. Наряду с множественными поражениями одного органа нередко поражения и других. Даниляк на 495 случаев эхинококка установил множественные поражения различных органов в 76 случаях (15%).

По данным Казанского патолого-анатомического института на 58 случаев вскрытий, где основным страданием был кистозный эхинококк,—одиночные кисты в печени обнаружены были в 36 случ., в 22 случаях по 2 кисты и более; в 21 случае кроме кист в печени были обнаружены кисты в других органах (сальнике и брюшине, селезенке 6, в легких 5, почке 1 сл. и в стенке сердца 1 случай).

Из 56 случаев кистозного эхинококка, составляющих наш материал, поражение печени отмечено 53 раза. В 2 случаях изолированного поражения печени отмечено больше одной кисты. В 6 случаях наряду с поражением печени отмечено поражение сальника и брюшины. В 1 случае, кроме множественного поражения печени (10 кист) сальника и брюшины, отмечено еще множественное поражение селезенки (6 кист). В 2 случаях отмечено поражение мышц; в 1—поражение яичника (указаний на осмотр печени и брюшной полости в истории болезни, правда, не имеется).

В 22 наших случаях наблюдалось нагноение кист. Частота нагноений сильно варьирует. По Мак Лорену (1909) нагноения наблюдаются в 14% всех случаев. По Гоземану (материал Ростокской клиники) нагноения встретились в 40—45%. Отмечается, что множественные поражения брюшины и сальника не представляют редкости. Татаринцов на 275 случ. эхинококка отмечает поражение брюшины и сальника в 10 случ., Надеждин на 296 случ.—в 57 случ., Алексинский на 1489 случ.—в 102 случ. Керопиян (анкета Украинского патолого-анатомического института) на 667 сл.—38 (6%). По Магнуссону множественные поражения составляют 8% всех случаев эхинококковой болезни.

Вопрос о патогенезе эхинококкового поражения брюшины и сальника служил предметом многочисленных исследований и оживленных дискуссий.

Гентер¹⁾ еще в конце XVIII столетия высказал предположение о вторичном происхождении эхинококков брюшины и сальника вследствие разрыва селезенки. Фолькман первый высказал предположение, что множественные поражения эхинококком брюшной полости, наблюдавшиеся в то время нередко у больных, подвергавшихся лечебным и диагностическим пункциям, происходят вследствие обсеменения брюшины зародышами эхинококка, находящимися в эхинококковой жидкости.

Несмотря на то, что к тому времени цикл развития паразита был уже установлен (работами Зибольга, Наунина, Лейкарта и др.)—мнение, что эхинококковые пузыри могут развиваться из зародышевой капсулы и сколексов без перемены хозяина,—не встретило большого доверия (Шарко, Монье), „агрессивный“ метаморфоз высокоорганизованных сколексов казался противоречащим законам биологии.

Исследования Склифасовского, Рагимова²⁾, установивших, что эхинококк брюшной полости обычно покрыт брюшиной,—также говорили, казалось, за экстраперигоонеальный (гематогенный) путь возникновения этих поражений. Эксперименты Лебедева и Андреева с пересадкой в брюшную полость эхинококковых пузырей, а также опыты Алексинского, вводившего в брюшную полость гидатидный песок и получившего образование пузырей, покрытых брюшиной,—опровергали эти возражения. Позднейшие работы (Деве и др.) подтвердили правильность фактов, установленных Алексинским.

Вторичный эхинококк брюшной полости развивается чаще всего на почве прорыва эхинококков печени в свободную брюшную полость. По данным Деве, в 14% случаев эхинококк печени прорывается в брюшную полость. По Леману эта цифра ниже (11,2%).

Наряду с вторичным происхождением эхинокока брюшной полости возможно и первичное поражение, как это доказал экспериментально Деве.

За вторичное происхождение эхинококка брюшной полости говорит: 1) наличие на поверхности печени, селезенки следов бывшего разрыва; 2) множественность кист; 3) локализация их в тихих закоулках брюшной полости по пути стекания жидкости в малый таз (поддиафрагмальное пространство, правый боковой канал).

Критическое изучение секционного и клинического материала выявляет, что первичное поражение брюшной полости встречается значительно реже вторичных (по Гоземану в десять раз реже). Таким образом, если исходить из данных Магнуссона и Гоземана на долю первичного поражения брюшной полости приходится около 0,8% всех случаев эхинококковой болезни, в то время как на долю вторичного поражения падает около 7,2.

Вопрос о характере поражения в каждом отдельном случае представляет иногда большие затруднения для клинициста, тем более что нередко и комбинированные поражения (случ. 3).

Предрасполагающими моментами к разрыву эхинококка и содержимого в брюшную полость является краевое положение пузыря,

¹⁾ Цит. по Гоземану.

²⁾ Цит. по Надалкову.

истончение капсулы. Более или менее внезапное повышение внутрибрюшного давления (прыжок, кашель), травма, повышение давления внутри самой кисты могут оказаться достаточными для нарушения целостности кисты. Характерно, что более или менее значительная травма в анамнезе таких больных встречается редко. Даниляк из 13 случаев мог отметить такое указание лишь в 4 случаях. Из наших шести больных на предшествовавшую травму указали двое. Прорыв эхинококка в брюшную полость сопровождается клиническими явлениями разной интенсивности: от более или менее скоропроходящего недомогания до глубочайшего шока и даже смерти. Если часть смертных исходов после прорыва эхинококка может быть приписана перитониту (особенно это касается наблюдений авторов до антисептического периода), то все же в некоторых случаях такое объяснение было недостаточным.

Сложившееся издавна мнение о токсичности эхинококковой жидкости не встречало подтверждения в эксперименте. Шоффар без всякого вреда для животного вводил в вену кролику 60 см³ эхинококковой жидкости, взятой от больного, погибшего при явлениях шока после пробной пункции. Работы Песчи, Боттери, выяснявшие анафилактическую природу наблюдавшихся явлений, внесли ясность в понимание всех этих явлений.

На нашем материале мы 4 раза встречались с прорывами эхинококка в брюшную полость. В 3 случаях прорыв произошел у больных во время их пребывания в клинике и в одном случае больной попал под наше наблюдение к концу 3-й недели после прорыва эхинококка (случ. 4).

Ввиду того, что три из этих случаев представляют интерес и в других отношениях, приводим эти истории болезни:

1. Ист. бол. № 1/8. К., 26 лет, русская, служащая, поступила в клинику 28/III.27 г. по поводу опухоли в животе, которую впервые заметила 5 лет тому назад. При лежании на правом боку ощущает тупые боли; жалуется на тяжесть в правом подреберье, головокружение, одышку. В прошлом перенесла брюшной тиф, малярию, одну беременность.

Объективно: телосложение нормальное, слизистые субиктеричны. Подкожная клетчатка развита нормально. Со стороны легких, сердца отклонений от нормы не отмечено. Брюшная полость: верхняя часть живота несколько вздута; выпячивание в области правого реберного края. При вдохе из подреберья выкатывается опухоль. Печень: верхняя граница до пятого ребра, книзу выдается на ширину 4 пальцев, ближе к вырезке прощупывается при вдохе эластической консистенции, слегка флюктуирующая, величиной с яблоко опухоль. При исследовании крови: лейкоцитов 18,50, цв. пок. 0,21; формула: сегм. 58, пал. 1,5, эоз. 11, баз. 0,5, лимф. 29%.

7.IV ночью, в 3 часа, больная почувствовала сильные боли в животе и общую слабость. Утром в 8 часов — рвота; пульс 120, слабого наполнения. Живот слегка напряжен, болезнен. В нижней части живота приглушение. Опухоль в области печени исчезла.

При срочной операции обнаружен на нижней поверхности печени свежий разрыв капсулы; в брюшной полости жидкость и пузыри. Туалет брюшной полости, шов; в области разорванной кисты введен тампон. Гладкое течение. 11/V больная выпущена с небольшим свищем для амбулаторного лечения.

Клинические явления в этом случае были выражены довольно сильно; однако выраженная картина анафилактического шока отсутствовала. Подобный случай наблюдали также Еляшевич и Мирер.

2. Ист. бол. № 177/75. Н., 30 лет, татарин; поступил 20.I.38 г. в клинику для операций по поводу опухоли в верхней части живота. Опухоль заметил 5 лет тому назад, причем она его не беспокоила. За последний год опухоль стала быстро увеличиваться и распространилась до уровня пупка. Больной до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, исхудания не замечает. Аппетит хороший, отправления ки-

щечника нормальны. В последнее время отмечает боли, ознобы, поты. В 1937 г. лежал месяц в больнице по поводу какого-то лихорадочного заболевания.

Объективно: Больной правильного телосложения, пониженного питания, кожа, слизистые бледны. Мускулатура развита слабо. Костная система без изменений. Живот асимметричен; слегка выпячен в правом верхнем сегменте. В животе прощупывается опухоль, уходящая в правое подреберье и простирающаяся до пупка, смещающаяся при дыхательных экскурсиях. Левая часть опухоли местами твердая, правая часть — эластической консистенции. Опухоль не болезненна.

При исследовании легких под лопатками обнаруживаются сухие хрипы. Тоны сердца ясны, ритмичны. Периферические сосуды уплотнены. Температура колеблется в пределах 38,2—39°. При исследовании крови: лейкоц. 14.500; формула: сегм. 73, пал. 15, лимф. 6, мон. 5, эоз. 1, гемогл. 60%. Реакция Кассони положительна. Кислотность желудочного сока нормальная. Назначен на операцию.

25/1 за полчаса до операции, после резкого движения в кровати, у больного появились боли в животе, одышка и синюха.

Пульс нитевиден, похолодание конечностей, расширение зрачков. Назначены сердечные, кислород и грелка. Явления шока разрешились. 26/1. Состояние удовлетворительное. Решено 27/1 оперировать. 27/1 в 5 ч. 30 минут утра больной сел и снова почувствовал резкую боль в животе, слабость — и тут же на глазах сестры скончался.

Вскрытие: прорыв нагноившегося эхинококка в желчный пузырь и в брюшную полость (поддиафрагмальное пространство).

Приведенный случай интересен как случай комбинированного прорыва эхинококкового пузыря в желчный пузырь и в брюшную полость. Часовников на 334 случ. операций на желчных путях наблюдал 2 случая прорыва эхинококковых кист в желчные ходы. По Деве прободение в желчные протоки встречается в 9 раз чаще, чем в пузырь. Чаще отмечается прободение инфицированных кист, причем прободение в правый проток наблюдается чаще, чем в левый.

Прорывы эхинококковых кист в печеночный и желчный протоки протекают чрезвычайно бурно. Больные гибнут быстро при явлениях ангиохолиа. Смертность при прорывах эхинококка в желчные пути достигает по Финци 80%.

Оперативное вмешательство, где оно выполнимо, дает хорошие результаты. Финкельштейн оперировал 7 больных, из которых 6 выздоровело.

В нашем случае у больного Н. имелась не только закупорка желчного протока пузырем, но и прорыв в брюшную полость. Тяжелая картина, напоминавшая анафилактический шок, была вызвана комбинацией этих моментов и исключила возможность оперативного вмешательства.

3. Ист. бол. № 223/978. П., русский, служащий, 22 л., 10/X 36 г. переведен из госпит. терапевтической клиники (куда был направлен призывным пунктом) для операции по поводу диссеминированного эхинококка брюшной полости.

В терапевтическую клинику поступил с жалобами на частые позывы на стул и боли в животе, испражнения отходили небольшими количествами и смешаны были с кровавистой слизью. В июне, июле и августе перенес приступы чрезвычайной слабости с резкими болями в животе, отсутствием аппетита, тошнотой, вздутием живота. В детстве перенес корь. В 11-летнем возрасте перенес какое-то заболевание, сопровождавшееся желтухой. В январе 1934 г. получил удар в живот, после чего появились сильные боли, рвота, и больной с явлениями шока и с подозрением на разрыв печени, был направлен в хирургическую клинику. Через несколько часов все явления прошли, и больной вскоре выписался.

Наследственность здоровая; бытовые условия удовлетворительны. Высокого роста, правильного телосложения, кожные покровы и слизистые окрашены нормально. Лимфатические железы (шейные подчелюстные) немного увеличены.

Верхняя граница легких нормальна, нижняя приподнята. Экскурсии легочного края справа несколько ограничены; дыхание частое. Граница сердца в пределах нормы, тоны чисты.

Живот — выпуклой формы, слегка вздут. При пальпации прощупываются плотно-эластические узлы в подложечной области, в обоих подреберьях, внизу живота.

причем часть их скрывается в малом тазу. Печень, селезенка не прощупываются. При исследовании через прямую кишку в тазу отмечаются шесть плотных эластических узлов.

Рентгеноскопия: высокое стояние диафрагмы с обеих сторон; линия правого купола неправильная (медиальная часть приподнята). Желудок — высокое положение (поперечное), привратник проходит; *bulbus duodeni* контурируется. Сердце широкое, лежащее. Лейкоц. 1079, РОЭ 40 мм в 2 часа. Формула: сегм. 20, пал. 26 пил. (?) 3, лимф. 24, мон. 10,5, эоз.—16, кл. раздр. 0,5.

21/X операция (Гулевич). Эфирный наркоз. Разрез по средней линии от мечевидного отростка и ниже пупка. Обследование брюшной полости. Резекция большого сальника с 32 пузырями эхинококка, из которых некоторые достигают величины картофелины, удаленные трех пузырей такой же величины из левой половины малого таза и одного (величиной с кулак взрослого) из брыжейки тонкой кишки. Брюшная полость зашита наглухо. Продолжительность операции около 3 часов. Грелка, физиологический раствор. Вечером самочувствие больного хорошее. Пульс 80, наполнение хорошее. Больной оправился от послеоперационных явлений шока и наркоза.

22/X. В 5 час. утра после того как больной помочился (для чего он наклонился за судном) наступили резкие боли в животе; пульс стал падать, появилась синюха. В 7 час. утра при явлениях упадка сердечной деятельности — смерть.

Вскрытие: диссеминация однокамерного эхинококка в брюшную полость. Множественные пузыри эхинококка в печени (10), в селезенке (4). Шесть пузырей на нижней поверхности диафрагмы, достигающих величины картофелины. Один из них, расположенный по боковой поверхности диафрагмы, произвел вдавление в паренхиму печени. Масса пузырей, величиной от просяного зерна до чечевицы, — у ворот печени, в правом боковом канале и в верхне-правом сегменте сальника. Незначительное кровоизлияние в брюшную полость (200—300 см³ кровянистой жидкости). Мутное набухание миокарда, пассивная гиперемия почек и легких. Умеренный отек левого легкого. Синехии в плевральных полостях. Сохранившаяся зубная железа.

Сопоставление данных секции с анамнезом и клиническими данными позволяет толковать этот случай, как случай неоднократных прорывов эхинококка в брюшную полость. Множественное поражение кистами эхинококка печени, селезенки, кистами приблизительно одного калибра, расположенными центрально, в этом случае было, по всей вероятности, первичным.

Травма, перенесенная больным в 1934 году, сопровождавшаяся глубоким шоком, вызвала прорыв эхинококка в свободную брюшную полость с последующим вторичным обсеменением полости малого таза, брыжейки кишок, диафрагмы и сальника. Отмечаемые в анамнезе приступы внезапной слабости с болями в животе в последнем году очевидно соответствовали новым инсультам, давшим новые генерации паразита (от просяного до чечевичного зерна) с локализацией в указанных местах.

Чем объяснить внезапный летальный исход, наступивший через 9 час. после того, как больной совершенно оправился от наркоза и операционного шока? То обстоятельство, что грозные явления, напоминающие анафилактический шок, развились у больного после физического напряжения (он нагнулся за судном, чтобы помочиться) и привели его через два часа к смерти, наводит на мысль — не имел ли здесь место новый разрыв какого-либо из оставленных при операции пузырей эхинококка (эмболия была исключена здесь вскрытием). Надо иметь в виду, что спавшуюся после разрыва незначительную кисту легко можно было не обнаружить на секции, а кровяную жидкость, обнаруженную при секции в брюшной полости, к сожалению, не исследовали на крючья.

В литературе описано несколько случаев с чрезвычайно бурной общей реакцией у достаточно сенсibilизированных больных на введение ничтожных количеств эхинококковой жидкости — даже при интракутанном введении.

Чицова (клиника Напалкова) приводит случай, когда больному через 2 часа после операции удаления эхинококковой кисты была сделана интракутанная проба эхинококковой жидкостью из удаленной у него кисты. Больной умер через 4 часа после введения жидкости, при явлениях анафилактического шока. До операции проба Кассони с жидкостью от животных давала отрицательный результат. Аналогичный случай наблюдал Деве.

Попцова (клиника Горяева) описывает больную с альвеолярным эхинококком, обнаружившую после повторной пробы Кассони резкие явления анафилактического шока, окончившиеся летально на 5-й день, и другую больную с кистозным эхинококком, давшую бурную общую реакцию на повторное через 3—5 дней внутрикожное введение эхинококковой жидкости. Последняя больная также погибла на 4-й день после производства внутрикутанной пробы. Тот же автор приводит случай с больным (кистозный эхинококк), у которого резкие общие явления анафилактического происхождения закончились благополучно.

В связи с этими наблюдениями мы считаем опасным вводить больным внутривенно 4—5 см³ эхинококковой жидкости (предложение Боттери) с целью десенсибилизации их до операции. Более приемлемой кажется нам попытка добиться десенсибилизации другими веществами (салициловый натр, пирамидон).

4. Больная X., 23 лет, татарка. 24/II 32 г. переведена для операции в госпитальную-хирургическую клинику из терапевтической клиники с диагнозом—прорыв эхинококка в брюшную полость.

Недели две-три назад пациентка почувствовала сильные боли в животе и слабость; при этом она обнаружила исчезновение большой опухоли в правом подреберье, которой страдала в течение нескольких лет. В прошлом ничем не болела. В последние годы, по словам больной, врачи находили у ней болезнь печени. Сильные боли в животе держались несколько дней, была тошнота, слабость, затем явления начали стихать, а живот стал быстро увеличиваться. Крапивницы, зуда больная не отмечает.

Объективно: кожные покровы бледны, с желтушной окраской. Питание понижено. Живот сильно увеличен, форма асцитическая. При пальпации—зыбление, легкая болезненность, слабо выраженный симптом Блюмберга. Печень, селезенка не определяются. Легкие и сердце в норме. Пульс учащен. В моче желчные пигменты; реакция на уробилин слабо положительная. Исследование крови: лейкоц. — 14810, формула: сегм. 39, пал. 4, лимф. 14, эоз. 34, моно. 9%. Реакция Вейнберга и Кассони положительная. При пункции живота (в терапевтической клинике) добыта мутная жидкость с желтушной окраской и с примесью творожистых масс. Под микроскопом: крочья эхинококка, лейкоциты.

Температура колеблется в пределах 37,6—38,6°. 25.II.32 г. операция (Гулевич) под местной анестезией, разрез по средней линии от мечевидного отростка до пупка. По вскрытии брюшной полости хлынул гной с желтушной окраской, с резким запахом (2 таза), с многочисленными эхинококковыми пузырями. В брюшной полости обнаружен свободно плавающий разорванный материнский пузырь (емкость 10 литров). В печени на средне-верхней поверхности обнаружено отверстие, в которое уходит почти все предплечье.

Пристеночная брюшина, а также сальник, кишки, желудок покрыты толстой фиброзной пленкой, грязно-желтого цвета. Пленка переходит с боковых верхних и нижних стенок живота на внутренности и образует ограниченную со всех сторон полость, сообщающуюся ходом с местом разрыва печени.

Добавочный разрез—вдоль правого подреберья—резекция правой реберной дуги, тампонада отверстия в печени с выводом тампонов наружу через разрез в подреберья. Разрезы в правой и в левой паховых областях, а также над лобком. После основательного промывания полости риванолом срединный разрез зашит наглухо; в разрезы паховых областей введены дренажные трубки и тампоны.

Послеоперационное течение гладкое, температура быстро вернулась к норме. Больная выписана 15.V.32 г. с небольшим желчным свищем, закрывшимся при амбулаторном лечении в январе 1933 года.

При второй операции в 1934 г. удалена небольшая киста из *lig. gastro-colicum* и левой доли печени. Фиброзная пленка, покрывавшая брюшную полость, исчезла. Местами имеются сращения.

При третьей операции в 1936 году удалены 2 кисты, с кулак величиной, из малого таза.

При четвертой операции в 1937 г. удалено 3 небольших кисты из печени, расположенных на передне-боковой поверхности. При 5-й операции в 1939 г. удалены 3 кисты из большого сальника.

На рентгенограмме отмечается еще одна киста на верхней поверхности печени, почему больной рекомендовано в будущем ее удаление.

Общее состояние больной удовлетворительное. Работает со времени первой операции.

Последний случай (прорыв нагноившегося эхинококка в брюшную полость) представляет, по нашему мнению, большой интерес. Невозможно представить, чтобы то количество гноя с отвратительным запахом, которое мы наблюдали при операции, могло быть перенесено пациентом при тех сравнительно незначительных клинических явлениях, какие имели место у нашей больной, если бы этот гной прорвался не в подготовленную брюшную полость.

Поэтому патогенез данного случая нам рисуется в следующем виде: у больной до последнего инсульта, сопровождавшегося исчезновением опухоли в животе, имелось, повидимому, повреждение фиброзной капсулы, через которое в брюшную полость просачивалась желчь. Возникший на этой почве желчный перитонит, скорее всего асептический, вызвал отложение фибрина по всей брюшине, который организовался (при операции пленка обнаружена плотно спаянной с брюшиной, толщина пленки достигала 2—3, а местами и более миллиметров). Последовавший затем прорыв материнского пузыря произошел в подготовленную, таким образом, полость, всасывание из которой при наличии капсулы было сильно понижено, чем только и можно объяснить ничтожность клинических явлений после прорыва. Инфекция могла присоединиться позже, за что говорит отсутствие указаний на значительные температурные явления в первое время после прорыва.

Литературные данные, правда, сравнительно скудные, о клинике и пат. анатомии желчного перитонита, а также единичные наблюдения над прорывами эхинококка в брюшную полость, дают нам основание для такого толкования данного наблюдения. Понижение всасываемости брюшины при желчном перитоните отмечается многими авторами. Гуревич объясняет этим нередкое отсутствие желтухи при желчном перитоните. По данным Тойда и Фулле, при умеренных количествах неинфицированной желчи в брюшной полости может не наблюдаться выраженных клинических явлений; при больших — наблюдается интоксикация.

Аншютц¹⁾ оперировал ненагноившийся эхинококк, прорвавшийся в брюшную полость, через 4 месяца после операции. При операции он обнаружил много дочерних пузырей, свободно плавающих в брюшной полости, в окрашенной желчью жидкости. Брюшина на всем протяжении была покрыта фибринозной пленкой. При повторной операции, через 6 месяцев, по поводу аппендицита он мог констатировать бесследное исчезновение пленки и блестящую брюшину. Исследование больной через 2 года не обнаружило у ней признаков рецидива. Подобные изменения брюшины при желчном перитоните

¹⁾ Цит. по Гоземану.

отмечены и в случае Смирнова (пропедевт. терапевт. клиника Каз. мед. института).

Нужно отметить, что некоторые авторы придают большое значение влиянию желчи для развития эхинококка. Гоземан, разбирая случай Аншютца, считает, что истечение желчи, имевшееся в этом случае, было фактором, мешающим дальнейшему развитию пузырей эхинококка. Часовников и Финкельштейн, отстаивая мнение о вторичном происхождении эхинококка желчных путей, считают, что паразит в присутствии желчи не может развиваться.

В нашем случае ни желчный перитонит, ни нагноение не мешали инокуляции и дальнейшему развитию паразита, в чем мы могли убедиться при повторных операциях (у нашей больной через два года были удалены кисты из малого таза и *lig. gastro-colicum*), несомненно вторичного происхождения. Нахождение кист в малом тазу, нередко нагноившихся, как мы наблюдали у двух женщин с диссеминированным эхинококком брюшной полости, делают чрезвычайно опасным родовую акт. Своевременное распознавание беременности приобретает здесь особенное значение. Повидимому это не всегда имеет место. На нашем материале мы наблюдали случай множественного эхинококка брюшной полости, осложненный далеко зашедшей беременностью.

Симптомы эхинококковой болезни разнообразны и зависят от локализации паразита. Наряду со случаями, где симптомы выявляются рано, известны случаи, где поражение ничем себя не проявляло и было случайной находкой при секции.

Распознавание эхинококка базируется на анамнезе, данных клинического и лабораторного исследования.

Опорные пункты в анамнезе: общение с животными, быстрота развития опухоли, внезапный приступ слабости, травма, характер болевых явлений, наличие крапивницы и зуда. В основе клинических объективных данных лежит прощупывание эластической опухоли и установление ее связи с другими органами (анатомический диагноз). Иногда для этого приходится прибегать к раздуванию кишечника и к специальным методам исследования (рентген, пиелография, пневмоперитонеум и т. д.). Симптому „дрожания гидатид“ в настоящее время не придается большого значения, так как он нередко отсутствует при эхинококке. На нашем материале этот симптом отмечен всего в двух случаях.

Леман советует во всех затруднительных диагностических случаях помнить об эхинококке. Сообразно с этим позволительно прибегать к пункциям лишь при поверхностно расположенных опухолях. Пункции опухоли брюшной полости допустимы только во время операции.

В случаях, осложненных асцитом, иногда нагноением, диагноз представляет подчас большие трудности. Здесь нередко лишь пробная лапаротомия дает нужный ответ. Диагноз множественного эхинококка брюшной полости в несложившихся случаях не представляется трудным.

Мы уже указывали, что медленный рост, иногда незначительность клинических явлений при разрывах, частая спонтанность этих разрывов без указаний на травму, служит причиной того, что в анамнезе таких больных сравнительно редко находят данные, свидетельствующие о разрыве. Все же при тщательном, а иногда повторном собирании анамнеза удается и здесь найти пути для правильной диагно-

стики. Иногда больные жалуются на медленно развивающиеся расстройства со стороны тазовых органов, покальвание в животе и т. п. Appetit обычно сохранен.

В основу диагноза кладется, главным образом, прощупывание множественных бугристых опухолей брюшной полости, различной величины и плотности. Прощупывание подобных опухолей через прямую кишку и вагину всегда должно наводить на мысль об эхинококке.

В случаях, осложненных асцитом или нагноением, диагноз представляет большие затруднения. Некоторое значение для дифференциального диагноза диссеминированного эхинококка брюшной полости имеет то, что общее состояние больного с эхинококком лучше, чем при злокачественности, с которыми чаще всего приходится его дифференцировать (рак брюшины, туберкулез брюшины, опухоли забрюшинных желез).

Подтверждение клинического диагноза лабораторными исследованиями (кровь, реакция Кассони и т. д.) имеет решающее значение.

Рентгеновское исследование, дающее нередко ценные указания, должно быть также использовано. Часто при простой рентгеноскопии удается обнаружить высокое стояние правого купола диафрагмы и нарушение правильности кривизны диафрагмы, в особенности в части, расположенной ближе к позвоночнику, узлами, развивающимися под диафрагмой. В затруднительных случаях рекомендуют пневмоперитонеум, в отношении которого мы личного опыта не имеем. И наконец, в самых трудных случаях может быть применена пробная лапаротомия.

Диагностических ошибок при множественном эхинококке брюшной полости у нас не было.

К исследованию под наркозом, как это рекомендуют некоторые авторы, мы не прибегали за отсутствием в этом надобности. Это исследование в известных случаях может оказать пользу, однако нужно отметить, что, судя по литературным данным, оно не лишено некоторых опасностей (разрывы).

Ценности лабораторных данных (исследование крови, реакция преципитации, реакция Вейнберга, внутрикожная проба Кассони) посвящено много работ.

Эозинофилия, впервые описанная у эхинококковых больных Sabazes, оказалась не особенно надежным признаком.

В ряде случаев, чаще осложненных нагноением, эозинофилы отсутствуют. Процент совпадения эозинофилии на большом цифровом материале колеблется от 12 до 25 (Даниляк).

Сложность реакции Вейнберга (реакция отклонения комплемента) затрудняет пользование ею, и она вытесняется в ежедневном обиходе более Кассони. На нашем материале реакция Вейнберга применялась лишь в 10% случаев.

Проба Кассони отличается большой чувствительностью (Туратти 97%, Чижова 93%, Кассони 87%).

Положительный результат пробы, в случае выпадения ее при других заболеваниях, что бывает в небольшом проценте случаев, может говорить за возможность в этих случаях эхинококковой инвазии, не успевшей себя выявить клинически.

Отрицательный результат пробы наблюдается ино гда при нагноившихся эхинококках; Боттери считает, что отрицательная реакция может зависеть от толстостенности кисты, Дейг—от состояния анергии.

Опыт нашей клиники, имевшей совпадение результатов пробы Кассони с находкой при операциях в 90%, позволяет считать эту пробу весьма полезной при диагностике эхинококков, хотя и не подтверждает абсолютной специфичности этой пробы для эхинококка: в одном нашем случае гнойного холецистита, оперированного под диагнозом нагноившегося эхинококка печени, при положительной пробе Кассони, ни оператор, ни впоследствии патологоанатом не могли установить следов эхинококковой инвазии.

Наши диагностические ошибки при солитарном кистозном эхинококке зависели: 1) от неправильных показаний пробы Кассони, 2) от неправильного толкования результатов пробы (нетипические пробы), 3) от неприменения пробы вследствие клинической „очевидности“ случая, и 4) от неправильного истолкования данных клинического исследования.

Кроме приведенного выше случая ошибочного диагноза—эхинококк вместо гнойного холецистита—мы имели случай обратной ошибки: при отрицательной пробе Кассони был поставлен диагноз холецистита, а на операции обнаружен эхинококк.

Из наших диагностических ошибок, выявленных на операции, отметим один случай рака печени (мозговик), принятого за эхинококк и два случая, в которых кистозный эхинококк с обызвествленной капсулой принят был за альвеолярный эхинококк.

Лечение эхинококка, по современным взглядам, может быть только оперативным.

Из оперативных способов, применяющихся в настоящее время при кистозном эхинококке печени, следует упомянуть: 1) открытый способ, 2) закрытый, 3) удаление с фиброзной капсулой доли органа (печени), или всего органа (селезенки, почки) при больших эхинококках. При открытом способе опорожнение кисты производится либо в два момента (Фолькман, 1874), либо одномоментно (Линдеман). При закрытом способе (Торнтон, 1883, Бильрот, 1890, Бобров, 1895) киста, после удаления содержимого и хитиновой оболочки и обработки фиброзной капсулы дезинфицирующими веществами, заполняется физиологическим раствором (Посадас, Бобров), или 1% раствором формалина (Кеню), риванолом (Коган) и зашивается наглухо.

Ввиду возможности нагноения в полости зашитой кисты Разумовский предложил подшивание зашитой кисты съёмными швами к передней брюшной стенке.

Наша клиника при неосложнённых эхинококках пользовалась преимущественно закрытым способом (в модификации Кеню со швом по Разумовскому) и лишь при поверхностно расположенных кистах—методом вылушения кист с фиброзной капсулой.

В осложнённых нагноением случаях применялся открытый двух и, реже, одномоментный способ. В закрытом лечении нагноившегося эхинококка (предложение проф. Спасокукоцкого) наша клиника опыта не имеет.

При диссеминированном эхинококке брюшной полости применялись многоэтапные операции. Во время первой операции, которая производилась обычно под общим наркозом, из широкого лапаротомного разреза производилась основательная обсервация брюшной полости, устанавливался план последующих этапных операций и удалялось все, что представлялось необходимым для операции первого этапа.

Учитывая, что расположенные в заднем Дугласе кисты особенно

наклонны к нагноениям, в чем мы не раз сами убеждались во время первого этапа, обычно под общим наркозом мы нередко производили очистку и малого таза по крайней мере половины его. В одном из наших случаев во время первого этапа было удалено 123 кисты (119 в сальнике и 4 в малом тазу).

При кистах малого размера содержимое их отсасывалось шприцем, полость заполнялась риванолом, место укола закрывалось кисетным или простым швом, в зависимости от величины кисты. Кисты большого размера обычно вылушались с фиброзной оболочкой, и ложе их после остановки кровотечения тщательно ушивалось.

Последующие этапы производились обычно под местной анестезией.

Некоторые из наших больных перенесли по 5 операций. На 12 операций у 4 больных отмечен 1 летальный исход, после 1-го этапа (см. случай 3).

Смертность при этой форме по Гоземану 45%. По Эрлиху на 105 случаев 30%.

Консервативные методы, по Алексинскому, дают 14—15% смертности. Гоземан (Ростокская клиника) отмечает 16% смертности. По Беккеру средняя смертность при нагноившихся эхинококках—30%. По Даниляку, при открытом лечении неосложненных и осложненных эхинококков общая смертность равна 17%, причем для неосложненных—8%, а нагноившихся—19%. Вегас и Кранвелл при открытом лечении неосложненного эхинококка отмечают смертность в 4%, при осложненных—19%.

Мартынов при закрытом лечении неосложненного эхинококка на 109 случаев отмечает 5,6% смертности.

На 56 случаев кистозного эхинококка в нашей клинике отмечено 10 летальных исходов, причем 3 из них—у неоперированных больных. На 30 случаев неосложненного эхинококка, леченного по закрытому методу, мы не имели ни одного случая смерти. У одного из больных этой группы в послеоперационном течении получилось нагноение, потребовавшее вскрытия кисты и дальнейшего ведения по открытому методу.

22 случая нагноившегося эхинококка, веденных по открытому методу, дали 6 летальных исходов, причем 5 из них падает на 18 двухмоментных операций и одна на четыре одномоментные операции.

Из осложнений, наблюдавшихся у больных этой группы, отметим 2 желчных свища, закрывшихся самостоятельно, амилоид паренхиматозных органов 2 сл., поддиафрагмальный абсцесс.

В одном из наших случаев альвеолярного эхинококка была применена пункция полости с последующим введением риванола (больной выписался, и связь с ним утеряна), в другом случае—вскрытие полости с последующим промыванием антисептическими веществами (больной погиб от поддиафрагмального абсцесса); в 2 случаях—пробная лапаротомия (в обоих случаях больные погибли после операции).