

Из хирургического отделения Мензелинской больницы (Зав. д-р И. Ф. Харитонов).

К вопросу о хирургическом лечении эхинококка брюшной полости¹⁾.

И. Ф. Харитонova.

Об эхинококковой болезни имеется большое количество исследований, но все же, просматривая современные работы, написанные на эту тему, можно прийти к выводу, что вопрос о диагностике и лечении эхинококка до настоящего времени еще окончательно не решен. Исходя из этого, мы находим уместным опубликовать скромный материал хирургического отделения Мензелинской больницы с 1 октября 1924 года по 1 октября 1929 года. За это время через хирургическое отделение прошло 12 больных эхинококком брюшных органов и произведено 13 операций. Все больные по месту жительства принадлежат Мензелинскому кантону Татарской республики. Все больные занимаются сельским хозяйством. По национальности татар 11, русских 1.

По Тихову заболевание эхинококком составляет 0,02% общего числа различных других болезней. Количество больных эхинококком, находившихся на лечении в Мензелинской больнице с 1924 г. по 1929 год, равняется 0,12% общего количества стационарных больных.

Д-р Токаренко (1894 г.), собирая статистические сведения о распространении эхинококка в пределах тогдашней России, указывает, что из 280 случаев эхинококка приходится на Кавказ 44, Полтавскую губ. 42, Восточную Сибирь 20, Тамбовскую губ. 19, Херсонскую губ. 18, Московскую 16, Область Войска Донского 13 случаев, Петербург 12, Саратовскую губ. 11, Киевскую губ. 8, Харьковскую 7, Тульскую, Воронежскую, 5, Орловскую, *Казанскую*, Курскую, Новгородскую, Таврическую по 4, Оренбургскую, Варшавскую, Вологодскую, Пермскую, Тверскую, Черниговскую, Самарскую и Екатеринославскую по 3.

Таким образом на юг и юго-восток России приходилось более половины всех случаев, менее на среднюю полосу, еще меньше на север и запад.

К такому же заключению приходит и д-р Надеждин²⁾, работа которого относится к этому же времени.

Отмечается огромное преобладание крестьянского населения. Из 280 случаев Токаренко²⁾ 218 крестьяне.

Количество заболеваний эхинококком известных районов страны стоит в прямо пропорциональном отношении к количеству скота и собак, находящихся в этом районе. Большое количество заболеваний на Кавказе, Южной России объясняется тем, что население этих областей занимается скотоводством и обладает большим количеством собак.

Алексинский в своей работе приводит чрезвычайно высокие цифры заражения рогатого скота и овец эхинококком.

В Грейфельде обнаружено больных эхинококком рогатого скота 64%, овец 51,02%, свиней 4,13%. Собаки, пожирая внутренности зараженного эхинококком скота, являются, как известно, передатчиками эхинококка человеку.

Мы не располагаем точными статистическими сведениями о зараженности скота в пределах Мензелинского кантона ТССР, но по заявлению кантонного вет. врача цифры заражения скота в некоторых волостях кантона доходят до 70—75%. В человеческий организм яйца эхинококковой глисты попадают чаще через посредство питьевой воды, чем непосредственно от собак.

¹⁾ Доложено в хирургической секции Общества врачей при Казанском гос. университете 11 октября 1929 г.

²⁾ Цит. по Алексинскому.

Наиболее часто поражается эхинококком печень. По Токаренко¹⁾ эхинококк печени встречается в 47% всех случаев, по Finsen'у даже в 69%, по статистике Алексинского в 53%. Мы встретили в 11 случаях эхинококк печени, 1 случай эхинококка в большом сальнике, 1 раз эхинококк матки. По данным Боголюбова, Finsen'a²⁾ чаще поражаются эхинококком женщины. На нашем материале женщин 8, мужчин 4.

Переходя к вопросу о диагностике эхинококка брюшной полости, приходится прийти к заключению о ненадежности различных лабораторных реакций, предложенных с целью точного диагностирования эхинококка. Некоторые авторы придают большое значение реакции Cassoni. Sturrot³⁾ на 65 случаях эхинококка брюшной полости видел подтверждение диагноза, поставленного на основании положительной реакции Cassoni, в 64 случаях. У Преображенского на 6 случаев лабораторного диагноза подтверждено операцией 5 случаев. Покотило придает значение реакции отклонения комплемента по Weinberg'у.

С другой стороны Brun⁴⁾ говорит, что если бы он руководствовался в своих 250 случаях эхинококка только лабораторными реакциями, то в 80 % случаев он бы не оперировал.

По Валькеру реакция Weinberg'a почти всегда отрицательна; на его 12 случаев она была положительна только один раз. О реакции Cassoni он также отзывался как о ненадежной. В наших случаях реакция Cassoni была испробована только в двух случаях эхинококка печени. Результаты в обоих случаях были отрицательны. Выводов из этого мы не делаем, т. к. в данном случае, возможно, были недостатки в технике ее исполнения.

Эозинофилия по Brun'у⁴⁾ бывает в 2—5%. В наших случаях ясная эозинофилия наблюдалась в одном случае эхинококка печени.

Пробный прокол для целей диагностики эхинококка был предложен Resamier⁵⁾ в 20-х годах прошлого столетия. В настоящее время этот метод не применяется в виду его опасности (перитонит, интоксикация). Симптом „дрожания гидатид“ по Валькеру не имеет почти никакого значения. Алексинский говорит, что в случаях эхинококка этот симптом редок, зато описаны случаи, когда он наблюдался при асците, гидронефрозе, кистах яичника и других кистовидных опухолях живота. В наших случаях „шум дрожания гидатид“ наблюдался лишь в двух случаях.

Для иллюстрации трудности диагностики эхинококка брюшной полости мы позволим себе привести две кратких истории болезни наших больных.

Случай № 1. Больная Ш-ва, 20 лет. Татарка. Замужняя. Не рожавшая. Поступила 19 апреля 1924 года в хирургическое отделение Мензелинской больницы. Болеет 1½ года. Жалуется на боль в животе и опухоль. Опухоль заметила 1 год назад. Опухоль растет медленно в направлении снизу вверх. Месячные правильны. Белей нет.

¹⁾ Цит. по Алексинскому.

²⁾ Цит. по Боголюбову.

³⁾ Цит. по Преображенскому.

⁴⁾ Цит. по Валькеру.

⁵⁾ Цит. по Алексинскому.

Объективно: сердце и легкие в пределах нормы. Живот выпячен. При пальпации отмечается опухоль, величиной соответствующая шестимесячной беременности. Перкуторный звук над ней тупой. Консистенция опухоли тугоэластическая. Опухоль малоподвижна в боковом направлении. При дыхательных движениях неподвижна. При гинекологическом исследовании опухоль прямо переходит в шейку матки. При исследовании незначительная болезненность.

Диагноз: опухоль матки. 3 мая 1924 года операция под общим хлороформным наркозом (Д-р Добрынин). Срединный разрез от пупка до лобка. По вскрытии передней брюшной стенки предлежит опухоль, спаянная с салынником и тонкими кишками. При разделении этих спаек опухоль нечаянно вскрыта. Выделилось большое количество светлой жидкости и белых эхинококковых пузырей величиной с крупный лесной орех и больше.

Опухоль оказалась кистой, выходящей из задней поверхности матки. Брюшная полость промыта физиологическим раствором. Отверстие кисты подшито к передней брюшной стенке и дренировано. Больная выписалась 3 июля 1924 года со свищем.

Случай № 2. Больная И-ва, 32 лет. Русская. Замужняя. Поступила 9 ноября 1925 года. Один год назад заметила у себя в животе опухоль. Опухоль росла медленно. Направление роста опухоли по словам больной трудно выяснить. Опухоль мало беспокоила больную. Месячные правильны.

Объективно: больная бледна. Подкожно жирный слой резко уменьшен. Сердце и легкие в норме. Живот выпячен. При перкуссии тупой звук над опухолью проявляется в боковых частях живота и вверху. При переменах положения большой тупость не изменяет своего положения. При дыхательных движениях опухоль не двигается. Моча без отклонений от нормы. При гинекологическом исследовании матка в антефлексии. Яичники не прощупываются. Справа от матки идет тяж по направлению к опухоли.

Предположительный диагноз: киста яичника. 18 ноября 1925 года операция под общим хлороформным наркозом. Разрез от точки на 2 поперечных пальца выше пупка до лобка. По вскрытии передней брюшной стенки предлежит опухоль, занимающая весь живот и спускающаяся в таз. Разрез расширен по направлению вверху. Опухоль исходит из нижней поверхности печени, виса на ножке шириной в 4 поперечных пальца. К опухоли припаян салыник, толстая и тонкие кишки. Пробный прокол дал светлую жидкость, в которой при микроскопическом исследовании были обнаружены крючья эхинококка. Решено оперировать двухмоментно. Опухоль подшита к передней брюшной стенке. Больная умерла 22 ноября 1925 года при явлениях общего перитонита и сердечной слабости.

23 ноября при вскрытии оказалось, что киста наполнена большим количеством эхинококковых пузырей.

Переходя к вопросу о лечении эхинококка, укажем, как на имеющие лишь историческое значение, простой прокол кисты, прокол с выпусканием жидкости ее, прокол с электролизом, прокол с впрыскиванием в полость кисты различных дезинфицирующих веществ, как-то: *t. iodi*, сулемы. В более позднее время был предложен разрез кисты и удаление ее содержимого. С целью образования спаек эхинококковой кисты с париетальной брюшиной в дальнейшем были предложены особые разъедающие пасты, накладываемые снаружи соответственно наиболее выдающейся части опухоли. Вся толща передней брюшной стенки, подвергнутая действию подобной пасты, постепенно разъедалась и путем реактивного воспаления брюшины достигалось образование спаек эхинококковой кисты с париетальной брюшиной. Затем кисту вскрывали ножом.

Исходя из этого принципа Volkmann предложил двухмоментный способ оперирования эхинококка. В первый момент подходили к кисте и накладывали антисептическую повязку. Через 8—10 дней, когда образовывались спайки, кисту вскрывали и вставляли внутрь ее дренаж.

В 1871 году Lindemann предложил одномоментный способ операции эхинококка. После вскрытия брюшины производилось обшивание

париетальной брюшины вокруг места предполагаемого вскрытия кисты. Затем эхинококковая киста вскрывалась, подшивалась к передней брюшной стенке и в полость ее вставлялась дренажная трубка. Эти способы страдают нижеследующими большими недостатками:

1) Вследствие присоединения вторичной инфекции послеоперационный период резко удлиняется. Остаются гнойные свищи, табуируемые годами.

2) Может появиться длительное желчеистечение.

3) Наблюдаются метастатические абсцессы.

4) При долго длящемся нагноении появляется амилоид внутренних органов.

Процент смертности при одномоментном открытом способе по Александеру 14,5%, при двухмоментном 9%.

С целью избежания попадания вторичной инфекции и тем самым избежания всех вышеозначенных осложнений послеоперационного периода, Thornton¹⁾ в 1883 году предложил удалять хитиновую оболочку эхинококка, фиброзную же смазывать спиртовым раствором йода и зашивать наглухо рану. В 1890 году по этому же принципу произвел операцию удаления эхинококка Billrot. С целью предотвратить нагноение он влил внутрь оставшейся после удаления эхинококка фиброзной капсулы 20,0 подоформенной эмульсии и рану зашил наглухо. Бобров, с целью предотвращения резкого спадения кисты и могущего быть вследствие этого выпячивания серозно-кровоянистого отделяемого через отверстия в фиброзной оболочке, предложил вливание физиологического раствора NaCl в полость, остающуюся после удаления хитиновой оболочки. Delbet для уменьшения вышеозначенной полости предложил ушивание ее несколькими швами.

Проф. Спичарный отметил на XII съезде хирургов, что, оперируя в 18 случаях по Боброву, ему пришлось в 11 случаях вновь вскрывать мешок с излившимся туда серозно-кровоянистым содержимым. В 1902 году Quenu предложил вливать в полость, остающуюся после удаления эхинококковой кисты, 1% раствор формалина в количестве, равном $\frac{1}{2}$ общей емкости кисты, и зашивать наглухо. По Франсе¹⁾ нагноение при этом способе наблюдалось в 5—7%. Проф. Спасокукоцкий предложил протирать оставшуюся после удаления эхинококка полость 50% раствором формалина в глицерине и зашивать наглухо как кисту, так и переднюю брюшную стенку. Озолинг, оперируя по этому способу 8 случаев эхинококка печени, ни в одном из них не получил нагноения. Проф. Спасокукоцкий оперирует подобным образом даже нагноившиеся эхинококки с хорошим результатом. Таким образом закрытый способ успешно избегает основные недостатки открытого способа. Крылов его находит идеальным способом оперирования эхинококка.

За последнее время начал выдвигаться способ удаления эхинококка целиком вместе с фиброзной капсулой. Первым предложил этот способ проф. Напалков. Озолинг произвел эту операцию 6 раз без единого осложнения. Валькер приходит к выводу, что подобный способ не всегда применим. Для него он оставляет только поверхностные и да-

¹⁾ Цит. по Александеру.

²⁾ Цит. по Озолингу.

леко выстоящие из органа кисты. На 18 случаев операций эхинококка полное удаление кисты представилось только в одном случае. Валькер предостерегает от глухого зашивания нагноившихся эхинококков. Для этих случаев и чрезмерно больших кист он отводит одномоментный открытый способ. Для всех остальных случаев он рекомендует закрытый способ с удалением хитиновой оболочки, протираaniem фиброзной капсулы 50% раствором формалина и зашиванием наглухо кисты и брюшной полости.

В случаях эхинококка, прошедших через хирургическое отделение Мензелинской больницы, мы применили открытый одномоментный способ у 4 больных, двухмоментный у 1, закрытый способ с удалением хитиновой оболочки и зашиванием наглухо 7 случаев и полное удаление эхинококковой кисты в 1 случае. Наркоз в 4 случаях хлороформенный, в 1 эфирный, в 8 случаях местная анестезия 1½% раствором новокаина с адреналином. Из всех случаев, оперированных открытым способом, умер 1. Во всех случаях было образование нагноения и гнойных свищей. Послеоперационный период тянулся от 1½ до 2½ месяцев и все же больные выписывались со свищами. В 8 случаях с закрытым ведением раны смертности не было. Операция производилась таким образом: разрез срединный, или парамедиальный, или по краю реберной дуги. Передняя поверхность кисты подшивалась к брюшине передней брюшной стенки. Затем киста вскрывалась, содержимое ее вымывалось 3% раствором перекиси водорода. По удалении содержимого кисты она спадалась, хитиновая оболочка сама отслаивалась от стенок фиброзной капсулы и легко удалялась корнцангом. Внутренняя сторона оставшейся фиброзной оболочки осторожно протиралась 50% раствором формалина в глицерине и внутрь ее наливалось 20.0 1% раствора формалина. Разрез в кисте зашивался 3 узловатыми швами. Рана зашивалась наглухо. В случае объемистых мешков к этому присоединялось ушивание капсулы изнутри по Delbet. Из семи случаев в пяти было гладкое заживление первичным натяжением. В двух случаях произошло последующее самопроизвольное вскрытие на 7 день после снятия швов с выделением наружу серозно-кровянистого отделяемого в одном случае и с примесью желчи в другом; один случай принадлежит старику 57 лет, другой случай колоссальной, занимающей почти всю брюшную полость кисты (выпущено 9,2 литра жидкости). Полное удаление эхинококковой кисты произведено только один раз: эхинококковая киста была расположена поверхностно на нижней поверхности печени; проведен надрез по краю ее и киста легко вылушена из ткани печени; кровотечение из ткани печени незначительно и остановлено тампонадой сальником; послеоперационный период протекал гладко; заживление первым натяжением.