

И. Г. ЛУКИЕНКО

Заболевания эхинококком в Иссык-Кульской долине

Из хирургического отделения (зав. И. Г. Лукиенко) Каракольской городской больницы (главврач Е. Н. Иванов)

Знакомясь с вопросом заболевания эхинококком у нас в СССР, я невольно обратил внимание на то, что заболевание эхинококком в Киргизии нигде не освещено в нашей печати. Имеются указания только в трудах I Северо-Кавказского краевого съезда хирургов. Разбираемые мною 20 случаев заболевания эхинококком, прошедшие через хир. отделение Каракольской гор. больницы указывают на своеобразность путей распространения эхинококка в Иссык-Кульской долине. В трудах I Сев.-Кав. съезда хирургов упоминается, что заболевания эхинококком в Киргизской республике приходится 1:559 тыс.

Наши 20 случаев эхинококка относятся к жителям 10 населенных пунктов обслуживаемых нами районов.

Большинство населенных пунктов Иссык-Кульской долины находится непосредственно у подножья гор и на взгорьях хребтов Алатая. В южной части Иссык-Кульской долины жители пользуются водой из горных рек и из арыков. Эти источники водоснабжения на всем своем протяжении совершенно открыты; имеются все возможности, в особенности в населенных пунктах, для попадания в них всякой инфекции. Весной во время таяния снега и летом во время дождя вся вода стекает в арыки и загрязняет их. Меж горными хребтами имеются плоскогорья, прекрасные пастбища джайлау, на которых пасутся кочевые колхозные стада рогатого скота и овец. Наличие свободно гуляющих стад скота и открытые арыки создают предпосылку к заражению населенных пунктов.

Из наших 20 больных 15 живут в местности без колодцев и 5—в местности, снабженной колодцами.

Другим источником заражения эхинококком может служить собака; она полезна жителю Иссык-Кульской долины тем, что помимо сторожевых функций дома, охраняет скот от хищника в горах и помогает человеку в охоте. Это обстоятельство создает условия для более тесного контакта человека и собаки, что может способствовать заражению человека эхинококком. Затем, как на один из моментов, влияющих на распространение эхинококковых заболеваний, необходимо указать на состояние убойных пунктов. Только в Караколе ветнадзор налажен давно, а в остальных местах начало этих работ положено только в прошлом году, да и то не везде и не должным образом.

Среди наших больных 7 мужчин и 13 женщин.

Возраст: от 10 до 40 лет—14 б-ных и от 40 до 60 лет—6 б-ных, причем наибольшее количество случаев (8) приходится на возраст от 30 до 40 лет.

По поражению органов наши случаи распределяются так: эхинококк печени—13 сл., яичника—1, брыжейки кишок—3, селезенки—1, передней брюшной стенки—1, забрюшинной лимфатической железы—1 случай.

Гиперэозинофилия была выражена только в четырех случаях (от 10 до 19%), а в остальных случаях не было отклонения от нормы, а в двух случаях даже эозинофилы отсутствовали. Реакция Кассони служила для нас большим диагностическим подспорьем, и в 10 случаях она оказалась резкоположительной. Величина кисты мало зависела от давности заболевания, но повидимому, зависела от условий развития эхинококка. Жалобы больных при поступлении в хирургическое отделение определялись главным образом локализацией эхинококка. При эхинококке печени больные отмечали боли в печени, иной раз с отдачей в плечо и в спину, боли в животе; при эхинококке брыжейки в двух случаях имелись явления относительной непроходимости кишок. Мы имели случай заболевания печени с громадной эхинококковой кистой, а субъективно больной не ощущал никаких серьезных расстройств за исключением тяжести в животе.

Так, больная Г-ва А. (ист. болезни № 437), поступила 25/VII 1933 в больницу с незначительными жалобами на постоянное вздутие кишечника и какую-то опухоль в правой половине живота. Считает себя больной 1 год. Объективно имеется гладкая эластическая опухоль, исходящая из печени и занимающая всю правую половину живота. Нижний край опухоли опускается в правую подвздошную впадину, а внутри—заходит за среднюю линию. При операции была найдена одиночная бесплодная громадная эхинококковая киста печени.

При внимательном расспросе больных иной раз можно было обратить внимание на связь усиления болей с увеличением опухоли, а также с таким моментом, как разрыв кисты. В одном случае на основе анамнестических данных нами был предположен бывший раньше разрыв эхинококка печени.

Больная К-ва Д., 26 лет (ист. бол. № 500), поступила в хирургическое отделение больницы с жалобами на боли в животе и периодически появляющуюся относительную кишечную непроходимость. Год назад больная заметила у себя в правом подреберье болезненную опухоль величиной с куриное яйцо. В течение последующих месяцев опухоль не увеличивалась, но подреберье „как будто бы распирало“. Через 7 месяцев, во время работы, больная почувствовала себя вдруг дурно, появились рвота и боли в животе, и больная заметила, что опухоли не стало. С тех пор боли в животе не прекращаются, усиливаются. 2 месяца назад у больной появились запоры, граничащие с непроходимостью. Живот все время резко вздут. На операции найден диссеминированный эхинококк брюшной полости, который и вызвал сдавление кишечника. У края правой доли печени имелась небольшая эхинококковая киста с ясными следами бывшего разрыва, откуда и произошло обсеменение брюшной полости.

На основании клинической картины иной раз можно заподозрить, а иной раз с большей или меньшей долей вероятности можно поставить диагноз эхинококка, но бывают такие случаи, когда эхинококк, затемненный сопутствующим заболеванием, является находкой.

Больная Ц-на, 43 лет (ист. бол. № 96), поступила в хир. отд. больницы 3/III 1936 г. с жалобами на боли в области печени, частые рвоты. Больной считает себя один год. За это время у больной было 7 приступов болей в области печени. Боли эти появлялись без особых предвестников, сопровождались всегда рвотами и длились 3—4 дня. На 3 пальца ниже правой реберной дуги прощупывается опухоль, имею-

ная форму огурца, уходящая другим концом под печень. Был диагностирован холецистит. Никаких указаний в анамнезе и при исследовании больной на присутствие эхинококка не было. При операции 8/III 36 г. у больной был обнаружен желчный пузырь весь в спайках, наполненный камнями и справа, сзади от него — эхинококковая киста, величиной с большой кулак. Сделана была холецистэктомия и эхинококкотомия кисты со слегка гнойным содержимым.

В данном случае наличие эхинококка печени затемнялось одновременным существованием холецистита с холелитиазом.

Таким образом большинство (13 случаев — из 20) эхинококковых заболеваний, прошедших за последние 3½ года через наше хирург. отделение, падает на печень, как это наблюдается и в других местах СССР. Некоторые из остальных 7 случаев представляют интересные особенности. Прежде всего обращает на себя внимание то, что на 20 случаев нет ни одного случая эхинококка легкого. Проф. Мельников (Сов. хир., № 10, 1935) указывает, что на 112 случаев им диагностирован эхинококк легких в 53 случаях. Мною проверен архив Каракольской гор. больницы и с достоверностью выявлено, что за 1931—1933 гг. прошло 12 случаев эхинококка, не вошедших в описанные мною случаи, и из них не было ни одного случая эхинококка легкого. Данные Сазановской больницы (вторая больница в Иссык-Кульской долине, где оказывается хирургическая помощь) говорят, что за последние 3 года там было диагностировано и оперировано 5 случаев эхинококка и из них тоже не было ни одного случая эхинококка легкого.

По данным Надеждина эхинококк брыжейки встречается только в 2,6% всех случаев эхинококка. Мы же имеем на 20 случаев 3 случая эхинококка брыжейки, количество, резко расходящееся со статистикой Надеждина. К этому мы должны добавить еще один случай (истор. бол. № 92) эхинококка забрюшинной лимфатической железы.

Вопрос о распространении эхинококка по организму до настоящего времени остается во многих отношениях неясным. Многие авторы лимфатическим путем распространения эхинококка в организме придают ничтожное значение. Судя по нашим случаям, лимфатическая система играет здесь немаловажную роль. Что касается лечения, то в отношении кисты печени мы, боясь кровотечения во время операции и после, придерживались консервативного метода — эхинококкотомии. Вопрос об открытой или закрытой эхинококкотомии мы решали на основании свойств имеющейся кисты. Будучи сторонниками закрытой эхинококкотомии по методу Пасада-Боброва, мы в одном случае нагноившейся кисты печени применили лечение с дренажем. В двух случаях с множественным эхинококком и с двумя кистами мы тоже применили закрытый метод Пасада-Боброва, давший ближайший и отдаленный прекрасные результаты. В случаях расположения кисты вне печени, мы применяли удаление кисты. Нами была целиком удалена киста передней брюшной стенки, яичника, забрюшинной лимфатической железы и брыжейки в двух случаях. В случаях эхинококка селезенки удаление органа с кистой или кисты не было выполнено потому, что имелась нагноившаяся киста с громадными спайками (ист. бол. № 174). Киста была лечена открытым способом.

Непосредственно после операции мы не имели ни одного смертельного исхода. Среднее количество койко-дней, проведенных боль-

ными после операции по способу Пасада-Боброва, составляет 15. Двое больных, леченных открытым способом, провели один—57 дней, а другой—36 дней. В течение разбираемого периода (3½ года) нами было оперировано всего 990 человек: таким образом, оперированные по поводу эхинококка составляют 1,2%. 16 оперированных больных были нами прослежены до 1—2 лет. В одном случае (ист. бол. № 139) эхинококк наблюдался повторно через 4 месяца, а судьба остальных больных нам неизвестна.

В ы в о д ы

1. Наркомздраву Киргизской ССР необходимо принять меры к тому, чтобы в местах поражения эхинококком с системой арыков (Каракол и Аксу) улучшить систему водоснабжения и ветнадзора на местах убойных пунктов.

2. Заболевание эхинококком легких в Иссык-Кульской долине нами не установлено. В наших случаях лимфатическая система принимала заметное участие в распространении эхинококкового заболевания в организме.

Поступила 3. III. 1938.