

К вопросу о радикальной операции эхинококка печени¹⁾.

Ассистента клиники М. Н. Кушевой.

Радикальное вмешательство при гидатидном эхинококке печени начинает за последнее время все более и более привлекать внимание хирургов. Вопрос этот изучается детально со всех сторон, ставится на обсуждение на съездах, но все же он еще далек от разрешения, так как нет еще согласованности хирургов даже в вопросе об открытом и закрытом методах лечения эхинококковых кист.

Развитие учения об оперативном вмешательстве при гидатидном эхинококке печени шло очень медленно, и история его поступательного движения богата как именами хирургов, принимавших участие в разработке способов этого вмешательства, так и колебаниями в направлении хирургической мысли. Марсупиализация кисты, т. е. открытый способ лечения, применявшийся вначале широко как у нас, так и за границей, особенно в Германии, перестал впоследствии удовлетворять хирургов, так как тяжелые осложнения, сопровождающие послеоперационное течение, естественно побуждали хирургов к исканию новых путей. Наиболее тяжелым осложнением являлось желчеотделение, которое, продолжаясь месяцами, ведет к смерти от истощения. Серьезными невыгодами марсупиализации были также длительный послеоперационный период и свищи, не заживавшие иногда годами. В виду этого появился ряд предложений, сводящихся к зашиванию наглухо эхинококковых кист с вливанием в полость различных веществ (10% иодоформ-глицериновой эмульсии, физиологического раствора и т. д.).

Наибольшую известность из этого ряда получила операция Роза-дас-Боброва. Многие хирурги вносили в нее свои изменения с целью устранения теневых сторон способа: „capitonage“ полости, т. е. сшивание стенок полости струнной нитью (Delbet), фиксацию зашитой наглухо кисты к передней стенке брюшной полости (Разумовский) и пр. Этот последний способ широко применялся хирургами и многими признавался методом выбора (Алексинский, Орлов). Короткий послеоперационный период и отсутствие желчеистечения были главными преимуществами метода, привлекавшими хирургов на его сторону. При этом даже нагноение эхинококковых кист в настоящее время многими хирургами не считается противопоказанием к нему (Спасокукоцкий, Шаткинский).

¹⁾ Сообщено на I Областном съезде хирургов, акушеров и гинекологов Нижне-Волжского края 30/IX 1928 г.

По мере накопления наблюдений стали, однако, увеличиваться и случаи неудач: скопление жидкости в мешке, образование абсцессов, вынуждавшие переходить к открытому лечению, невозможность применения этого метода в случаях омелотворенного эхинококка—опять обратили мысль и симпатии хирургов к открытому методу. Марсупиализация опять ставится на первое место (Савков), причем во избежание длительного желчеистечения хирурги присоединяют к ней возможно тщательное удаление капсулы.

Таким образом вопрос о преимуществах того или другого метода не может еще считаться вполне разрешенным. Неудивительно, что метод тотального удаления эхинококковых кист вместе с фиброзной капсулой многими авторами и не упоминается (Мыш). Впервые удаление эхинококковых кист с фиброзной капсулой было признано идеальной операцией Thöle в 1913 году. У нас признание этого метода идет очень медленно: до текущего столетия он совершенно не применялся, за исключением нескольких неудачных попыток. Впервые этот способ был предложен у нас для широкого применения Напалковым, который научно обосновал необходимость тотального удаления паразита. Изучая клинический материал и препараты органов животных, этот автор и его ученики установили экзогенное развитие дочерних пузырей. Паразиты, развивающиеся в фиброзной капсуле и вне ее, могут давать рецидивы и отхождение через свищ дочерних пузырей в тех случаях, где как будто бы был удален весь паразит. Отсюда, по его мнению, удаление эхинококка вместе с фиброзной капсулой путем резекции пораженного органа должно быть основным методом. Это положение было высказано Напалковым на I Съезде хирургов Северо-Кавказского края в 1925 г. и вызвало оживленные прения. Выразителем настроения большинства был председатель Съезда, проф. Греков, который в заключительном слове ограничил применение тотального удаления случаями поверхностно расположенных кист.

Представителем радикального направления в деле удаления эхинококковых кист является уже упомянутый выше Thöle. Он считает клиновидную резекцию печени с пузырем идеальной операцией. Гладкие раневые поверхности органа хорошо сближаются наложением внутривнутрипеченочных швов, гемостаз достигается вполне и позволяет зашивать рану брюшной стенки наглухо. Этому способу Thöle отдает предпочтение перед энуклеацией эхинококковой кисты тупым путем и перед энуклеацией-резекцией, производимой частью острым, частью тупым путем. Впрочем применение этого метода не получило еще большого распространения, так как хирурги подходят к нему с большой осторожностью, руководясь в выборе операции эхинококка печени определенными показаниями, каковы отсутствие нагноения кисты, хороший доступ, обывзвествление паразита, поверхностное его расположение (Мыш, Видеман).

По нашему мнению эти условия действительно должны приниматься во внимание, и вообще необходимо подходить с большой осторожностью к выбору радикального вмешательства, так как резекция печени до сих пор является еще очень опасной операцией из-за возможности обильного кровотечения. С другой стороны тупое вылушение паразита даже с частью печеночной ткани не несет с собой тяжелых осложнений и технически легко выполнимо. Мы в своих 10 случаях вылушения эхинококковых кист, расположенных или в краевых отделах печени, или на поверхности

органа, не имели ни одного осложнения в зависимости от травмы печеночной ткани. В большинстве случаев кисты вылуцались нами тупо, и повреждение печени было не больше, чем при удалении желчного пузыря. Дефект ткани (ложе опухоли) закрывался нами или просто узловыми швами, или с присоединением тампона из живой ткани (сальник).

Перехожу к разбору нашего материала. Нами в Хирургической пропедевтической клинике Саратовского университета было прооперировано за 2 последних года 10 случаев поверхностно расположенных эхинококковых кист печени. Все больные—женщины в возрасте от 23 до 44 лет. Жалобы их сводились к наличию опухоли в том или другом подреберье, медленно растущую и мало беспокоящую. Все больные были оперированы под общим наркозом. Солитарные эхинококковые кисты занимали или краевые отделы печени, или исходили из нижней поверхности той или другой печеночной доли, заходя в ткань органа не более, как на 5 сант. Только в 2 случаях было обнаружено два пузыря. У одной из этих больных пузыри исходили из правой и левой долей печени, обе эти кисты удалены одновременно; у второй же, находящейся еще под наблюдением, была удалена поверхностно расположенная киста краевого отдела левой доли по способу энуклеационно-резекционному, а большая киста правой доли печени прооперирована по способу Боброва с зашиванием полости наглухо после тщательного протирания 10% формалином в глицерине.

В 7 наших случаях удалось тупое вылуцение, в 3 удаление было произведено по методу энуклеационно-резекционному. Ложе опухоли ушивалось одними узловыми швами в 7 случаях и в 3 тампонировалось сальником. Заживление первичным натяжением наступило в 7 случаях, в двух остались свищи на месте дренажа; больные в этих случаях ушли с неглубокими свищами в стадии заживления. Срок пребывания в клинике равнялся в среднем 17 дням.

Заканчивая на этом краткий обзор нашего материала, перехожу к выводам:

1) Тотальное вылуцение паразита из ткани печени там, где оно возможно, является крайне рациональным методом, удовлетворяя стремление хирургов к радикализму и сокращая значительно послеоперационный период.

2) Тотальному удалению подлежат в большинстве случаев поверхностно расположенные кисты или кисты, занимающие краевые отделы печени.

3) Ушивание ложа печени швами с тампонадой сальником вполне гарантирует от последующих скоплений крови и позволяет зашивать брюшную полость наглухо.