

Изъ Факультетской хирургической клиники профессора Н. А. Геркена
въ Казани.

Къ казуистикѣ альвеолярнаго эхинококка печени.

П. П. Денине.

Заболѣваніе альвеолярнымъ эхинококкомъ встрѣчается вообще рѣдко. Впервые въ медицинской прессѣ описано оно Вул'емъ въ 1852 году подъ названіемъ „альвеолярнаго коллоида“. Истинная природа заболѣванія была установлена Virchow'омъ въ 1856 году. Съ тѣхъ поръ въ медицинской литературѣ описано всего 288 случаевъ. Въ распространеніи альвеолярнаго эхинококка по мѣстностямъ имѣются особенности въ зависимости отъ географическаго положенія; въ однихъ странахъ онъ встрѣчается относительно часто, въ другихъ же почти никогда не наблюдается. Россія какъ разъ принадлежитъ къ тѣмъ странамъ, гдѣ альвеолярный эхинококкъ попадается чаще, особенно въ нѣкоторыхъ районахъ.

Первый русскій случай описанъ Boettcher'омъ изъ г. Дерпта въ 1858 году въ Virchow's Archiv. Въ русской же медицинской печати впервые заболѣваніе альвеолярнымъ эхинококкомъ описано въ 1882 году д-ромъ Альбрехтомъ. Съ тѣхъ поръ случаи заболѣваній альвеолярнымъ эхинококкомъ описывались чаще и чаще, такъ что въ 1900 году Мельниковъ-Разведенковъ могъ насчитать всего 76 случаевъ. Послѣ описано еще: Еленевскимъ въ 1904 году 7 случаевъ, Миролюбовымъ въ 1910 г.—12; Теребенскимъ и Крыловымъ прибавлено по одному и наконецъ Казанскими врачами описанъ рядъ случаевъ. Въ 1889 году въ засѣданіи Общества врачей при Казанскомъ Университетѣ были продемонстрированы 4 случая альвеолярнаго эхинококка, найденные случайно на вскрытіяхъ покойнымъ профессоромъ патологической анатоміи Н. М. Любимовымъ и описанные въ Дневникѣ Об-ва врачей д-ромъ Брандтомъ. Послѣ того подъ руководствомъ проф. Н. М. Любимова неоднократно описывались случаи альвеолярнаго эхинококка, такъ что Мельниковъ-Разведенковъ насчиталъ изъ Казани всего 17 случаевъ

въ 1899 году. Съ тѣхъ поръ до 1909 года д-ръ Вульфгусъ насчиталъ еще 12 случаевъ и въ 1910 году былъ описанъ д-ромъ Добротинымъ одинъ случай. Такимъ образомъ въ Казани было всего не менѣе 30 случаевъ, всего же по Россіи было 110 случаевъ. Изъ этихъ цифръ видно, что районъ средней Волги съ Казанью въ центрѣ принадлежитъ къ мѣстностямъ особенно частаго распространенія альвеолярнаго эхинококка. Ниже мы позволяемъ себѣ привести еще одинъ случай, наблюдавшійся въ Факультетской хирургической клиникѣ профессора Н. А. Геркена въ весеннемъ семестрѣ 1911—12 учебнаго года.

Больной К., крестьянинъ Ардатовскаго уѣзда Симбирской губерніи обратился въ клинику 18 января 1912 года съ жалобой на опухоль въ правомъ подреберьѣ. Опухоль неболезненна и не болитъ; больной замѣтилъ ее пять лѣтъ назадъ; съ тѣхъ поръ она постепенно увеличивается, года $1\frac{1}{2}$ —2 назадъ начала увеличиваться мощонка. Больной чувствуетъ себя въ общемъ удовлетворительно. Лишь временами бываютъ головныя боли и головокруженія; иногда по ночамъ кашель съ мокротой, но кровохарканья не было, изрѣдка бываютъ одышка и сердцебіенія. Со стороны органовъ пищеваренія никакихъ расстройствъ не замѣчалъ и не замѣчаетъ. Желтухи не было. Мочениспусканіе правильно. Моча не окрашена. Женатъ 17 лѣтъ, имѣетъ 5 чел. дѣтей. Изъ болѣзней указываетъ на гоноррею и малярію. Патологической наследственности нѣтъ. При объективномъ изслѣдованіи находимъ: больной средняго роста, развитъ правильно, достаточнаго питанія. Вѣсъ его 66,6 kilo. Кожа гладка, чиста, нѣсколько желтоватаго оттѣнка. Видимыя слизистыя оболочки нормальны. Подчелюстныя лимфатическія железы нѣсколько увеличены, прощупываются отдѣльно, остальные—не увеличены. Расстройствъ со стороны нервной системы нѣтъ. Со стороны грудныхъ органовъ—то же. Границы легкихъ нѣсколько выше: по *lin. axil. dextra*: на верхнемъ краѣ 7 ребра, и по *scapul. dextra*: на верхнемъ краѣ 10 ребра. Животъ увеличенъ въ верхней части. Когда больной стоитъ, то нижнія межреберья съ правой стороны выдаются, *huroschondrium* тоже рѣзко выдается. При лежаніи больного межреберья и *huroschondrium* выдаются не такъ рѣзко. При перкуссіи живота печеночная тупость оказывается значительно увеличенной. Область тупости влѣво на палецъ не доходить до *lin. mamil. sin.*, отъ края реберъ простирается по *lin. parastern. sin.* на 13 сант. по средней линіи на 22 сант. отъ *proc. xiphoid.* по *lin. mamil. dext.*—13 сант. по *lin. axil. med. dextra*—у края реберъ. Въ остальной части живота—тимпанитъ. При переменѣ положенія со спины на бокъ, а также при лежаніи и вставаніи по *lin. axil. lat.* и надъ лобкомъ перкуторный звукъ не мѣняется. При ощупываніи на мѣстѣ притупленія находимъ опухоль, несвязанную съ

брюшной стѣнкой, подвижную при дыханіи вверхъ и внизъ и безболѣзненную. На поверхности опухоли прощупываются узлы величиною отъ орѣха до гусиного яйца; наиболѣе крупные узлы находятся въ epigastrium нѣсколько вправо отъ средней линіи и по *lin. axil. ant. dextra*. Узлы изолированы одинъ отъ другого, консистенція ихъ туго эластическая. Флуктуаціи нигдѣ нѣтъ. По границѣ тупого звука прощупывается край печени, который нѣсколько заостренъ. Селезенка не прощупывается. Грыжевыя отверстія нормальны. Penis тоже. Scrotum нѣсколько увеличена, вены ея правой половины расширены и переходятъ на промежность.

Моча кислой реакціи, уд. вѣсъ—1018, Бѣлка, сахара—нѣтъ, индикантъ—въ предѣлахъ нормы. Въ крови найдено: эозинофиловъ—8,5%, Нб.—90%. Произведена реакція Weinberg'a. Получена задержка гемолиза. Какъ антигенъ взята была жидкость эхинококковой кисты. При производствѣ реакціи примѣнялся методъ Neisser-Brücke. *)

Продолжительность заболѣванія, значительные размѣры опухоли, отдѣльные узлы, совершенно не характерные для кистъ однокамернаго эхинококка позволяли предположить заболѣваніе печени алвеолярнымъ эхинококкомъ; но этому противорѣчило отсутствіе желтухи и характерной для алвеолярнаго эхинококка печени твердости узловъ. Но, ввиду положительнаго результата реакціи Weinberg'a, проф. Н. А. Геркенъ остановился на діагнозѣ: *Echinococcus alveolaris (multilocularis) hepatis*. 23 января 1912 года профессоромъ Н. А. Геркеномъ была произведена операція. Съ мѣстной анестезіей стогаиномъ былъ сдѣланъ разрѣзъ въ 5—6 сант. справа отъ средней линіи, надъ узломъ въ epigastrium. Разрѣзъ прошелъ кожу, подкожную влѣтчатку и мышцу. Потомъ была вскрыта брюшина. Ввиду болѣзненности и необходимости болѣе широкаго разрѣза перешли на общій наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ былъ продолженъ внизъ на 2—2½ сант. Рана расширена крючками. Показалась передняя поверхность печени. Печень сильно измѣнена. Нормальной ткани не видно. Поверхность печени представляется шероховатой, слегка желтоватаго цвѣта; спереди назадъ по поверхности идутъ рубцы, которыми печень какъ бы дѣлится на отдѣльныя части. Узлы оказались множественными, не рѣзко отграниченными, такъ что ни вылущить ихъ, ни удалить въ здоровыхъ частяхъ не представлялось возможнымъ. Ввиду этого отказались отъ радикальнаго оперированія. Изъ одного изъ узловъ былъ вырѣзанъ кусочекъ въ 1 куб. сант. для изслѣдованія. Рана узла оказалась блѣдно желтаго цвѣта, пористою, какъ черный хлѣбъ,

*) Подробно о методѣ реакціи сообщил лаборантъ клиники д-ръ Д. Б. Игнатовичъ въ засѣданіи Об-ва врачей 9 февраля 1912 года.

некровоточащую. Небольшое кровотеченіе изъ капсулы печени было остановлено Raquelin'омъ и приступлено къ зашиванію раны брюшной стѣнки. Брюшина и мышцы зашиты послѣдно катгутомъ, на кожу и подкожную клетчатку наложены три шва флорентійскими нитями, и на кожу—8 серфинъ. Наложена повязка съ vioforn'омъ.

Послѣоперационный періодъ пришелъ гладко. На второй день послѣ операциіи появилась небольшая желтуха, которая прошла черезъ 14 дней. На шестой день были сняты серфины, на десятый—флорентійскія нити. На одиннадцатый день разрѣшено сидѣть, на четырнадцатый—вставать и наконецъ 10 февраля, на девятнадцатый день послѣ операциіи, больной выписанъ изъ клиники. Предъ выпиской онъ свѣшанъ. Вѣсъ его—66,4 kilo. Въ виду удовлетворительнаго общаго состоянія и хорошаго самочувствія больному рекомендовано лѣчиться фармацевтическими препаратами, примѣняемыми при эхинококкѣ на ряду съ укрѣпляющимъ лѣченіемъ. Больному рекомендовано по приѣздѣ домой обратиться къ врачебной помощи и дано письмо къ врачу съ просьбою наблюдать за нимъ и сообщить о дальнѣйшей его судьбѣ.

Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзаннаго кусочка дало типичную картину алвеолярнаго эхинококка, которую въ виду ея типичности мы описывать не будемъ. Препараты были просмотрѣны профессоромъ патологической анатоміи, Ф. Я. Чистовичемъ.

Какъ показало патолого-анатомическое изслѣдованіе, клиническій діагнозъ былъ поставленъ правильно. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ алвеолярный эхинококкъ являлся случайной находкой при операцияхъ и при вскрытіяхъ. Чаше другихъ ставятъ діагнозъ при жизни врачи Тироля, Баваріи, Вюртенберга, гдѣ заболѣванія алвеолярнымъ эхинококкомъ относительно часты (По Rosselt'у изъ 176 случаевъ—122 были изъ этой мѣстности). Въ Россіи правильное распознаваніе принадлежитъ къ исключеніямъ. Трудность клиническаго діагноза объясняется неопредѣленностью симптоматологіи алвеолярнаго эхинококка. Точнѣе опредѣляются симптомы при пораженіи этимъ паразитомъ печени. Въ отношеніи симптоматологіи нашъ случай представляетъ значительное отклоненіе отъ обычно описываемой картины заболѣванія. Наиболѣе постоянными симптомами при алвеолярномъ эхинококкѣ печени считаются желтуха, которую Мельниковъ-Разведенковъ встрѣтилъ въ 95 случаяхъ изъ 100, а Rosselt находилъ въ $\frac{4}{5}$ всѣхъ случаевъ, и увеличенная печень, съ шероховатой поверхностью, хрящевой (и тверже) консистенціи. Менѣе постоянные симптомы—асцитъ и увеличеніе селезенки. Въ нашемъ случаѣ за исключеніемъ увеличенія печени, не было ни одного обычнаго симптома алвеолярнаго эхинококка печени. Такая клиническая картина показываетъ, что кардинальные симптомы страданія могутъ отсутствовать и все же

можно предполагать заболѣваніе алвеолярнымъ эхинококкомъ. Но въ то же время нашъ случай доказываетъ, что даже въ очень сомнительныхъ случаяхъ можно съ большею вѣроятностью ставить діагнозъ, благодаря новому направленію въ распознаваніи эхинококковыхъ заболѣваній въ послѣдніе годы. Въ 1909 году Guedini предложилъ воспользоваться реакціей Bordet и Gengou при чемъ какъ антигенъ брать жидкость эхинококковыхъ кистъ. Weinberg въ томъ же году опубликовалъ обстоятельное изслѣдованіе, въ которомъ доказалъ пригодность для діагностики эхинококковыхъ заболѣваній этой реакціи и показалъ, что она значительно постояннѣе, чѣмъ эозинофілія. Съ тѣхъ поръ методъ этотъ подъ названіемъ реакціи Weinberg'a и примѣняется при діагностикѣ заболѣваній однокамернымъ эхинококкомъ. Но эхинококковая жидкость оказалась, какъ антигенъ, годной для распознаванія и алвеолярнаго эхинококка. Въ 1910 изъ Факультетской терапевтической клиники проф. А. Н. Каземъ-Бека появилось сообщеніе д-ра Добротина объ успѣшномъ примѣненіи реакціи Weinberg'a и при алвеолярномъ эхинококкѣ. Въ нашемъ случаѣ тоже была продѣлана реакція Weinberg'a и антигеномъ была взята жидкость эхинококковой кисты. Результатъ полученъ положительный, а патолого-анатомическое изслѣдованіе подтвердило пригодность реакціи. Итакъ мы видимъ, что, благодаря реакціи Weinberg'a, открывается возможность діагноза даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ клиническая картина представляетъ мало характернаго. Для терапіи это имѣетъ большое значеніе. Въ той стадіи развитія заболѣванія, когда алвеолярный эхинококкъ діагносцировался, леченіе существенной пользы не приносило, такъ какъ леченіе возможно только въ раннихъ стадіяхъ. Изъ всѣхъ случаевъ, оперированныхъ русскими хирургами, наиболѣе удачны случай проф. Боброва (1897 г.) и Дьяконова (1899 г.). Ихъ больные послѣ операціи и послѣдующаго спринцеванія дезинфицирующими растворами въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ выпишались со свищами. Особнякомъ стоитъ случай д-ра Тербенскаго, гдѣ послѣ удаленія алвеолярнаго эхинококка подкожной клѣтчаткѣ, б-ой выпишлся здоровымъ. Но подкожная клѣтчатка не печень. Совсѣмъ иной терапевтическій эффектъ получается, когда операція производится въ ранней стадіи заболѣванія. Въ литературѣ описаны случаи излеченія послѣ иссѣченія въ здоровыхъ частяхъ печени небольшихъ узловъ алвеолярнаго эхинококка. (Bruns, Bergmann и др.). На это заболѣваніе слѣдуетъ смотрѣть, какъ на злокачественное новообразованіе, и лечить какъ таковое, т. е. иссѣкать въ здоровыхъ частяхъ. А для этого необходима ранняя діагностика. Въ виду неопредѣленной симптоматологіи можно съ большою вѣроятностью предположить, что далеко не всѣ случаи, особенно начальныя стадіи, діагносцируются. Случай д-ра До-

бротина и нашъ показываютъ, что быть можетъ въ недалекомъ будущемъ борьба съ альвеолярнымъ эхинококкомъ будетъ значительно успѣшнѣе. Нужно какъ можно шире, даже при отдаленномъ сходствѣ, примѣнять реакцію Weinberg'a и какъ можно шире въ случаѣ подозрѣнія на альвеолярный эхинококкъ производить раннюю лапаротомію. Для Казанскихъ врачей, какъ показываетъ статистика, борьба съ альвеолярнымъ эхинококкомъ имѣетъ большое практическое значеніе.

ЛИТЕРАТУРА.

- Альбрехтъ. Два случая многокамернаго эхинококка. *Врачъ* 1882 г. №№ 26 и 27.
- Бобровъ. Альвеолярный эхинококкъ печени. *Хирургія* 1897 г. т. 1.
- Боголюбовъ. Альвеолярный эхинококкъ печени. *Казанскій Мед. Журналъ* 1907 г. т. VII.
- Брандтъ. Къ патолого-анатомической казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка. *Дневникъ Общества врачей при Каз. Университетѣ* 1889, июнь-іюль.
- Weinberg. *Annales de l'Institut. Pasteur.* 1909. XXV.
- Волынецъ. Къ леченію альвеолярнаго эхинококка. *Хирургія* 1900. т. 7.
- Вульфійусъ. Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка. *Каз. Мед. Ж.* 1909. июль-августъ.
- Гиммель. Къ казуистикѣ мультилокулярнаго эхинококка печени. *Казанскій Медицинскій Журналъ* 1904 г. май-іюнь.
- Добротинъ. Къ вопросу о разпознаваніи многокамернаго эхинококка. *Р. Врачъ* 1910 № 28.
- Елеонскій. Семь случаевъ мультилокулярнаго эхинококка у людей. *Хирургія.* 1904. № 85.
- Ienskel. *Beitrag zur Pathologie des Alveolarechinokokkus.* 1907. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Po Zentralblatt für Chirurgie.*
- Hibler. *Wiener klinische Wochenschrift.* 1910, № 8. *Po Z. B. für Chirurgie.*

- Крыловъ. Обь алвеолярномъ эхинококкѣ. Медицинское Обзорѣніе 1910. № 13.
- Лукинъ. Многокамерная пузырноглистная опухоль мозга и печени. Врачъ 1886 № 27.
- Мельниковъ-Разведенковъ. Изслѣдованіе алвеолярнаго эхинококка у человѣка и у животныхъ. 1902 г.
- Миролюбовъ. О развитіи алвеолярнаго эхинококка у человѣка. 1910.
- Posselt. Die Stellung des Alveolarechinokokkus. Münch. medic. Wochenschr. 1906. №№ 12 и 13.
- Теребенскій. Случай алвеолярнаго эхинококка подкожной клѣтчатки. Хирургія. 1907. № 137.
- Скачевскій. Докладъ о серодиагностикѣ эхинококка. По отчету Хирург. Архива. 1911 № 2.
- 