

Из Факультетской хирургической клиники САГУ.
(Директор—проф. И. П. Ситковский).

Иммуно-биологическая диагностика эхинококка по материалам клиники.

Ордин. А. И. Зверева.

После того, как в 1760 году Pallas доказал паразитарную природу эхинококка у животных, установив связь его с глистами, а в 1821 г. Bremser первый описал эхинококк у человека, было положено начало нашим теперешним познаниям об эхинококке. В настоящем сообщении, не касаясь всей полноты учения об эхинококке, мы имеем ввиду остановить внимание на иммуно-биологической диагностике эхинококка, главным образом, на диагностическом значении при нем интрадермальной реакции Cazzoni. Постановку такой задачи мы считаем вполне уместной, так как вопрос о диагностике эхинококка постоянно подвергается переопенке и до настоящего времени является еще далеко неразрешенным. Дрожание гадатид не могло стать специфическим признаком, как ввиду чрезвычайной редкости, так и наличия этого симптома при иного рода заболеваниях (Ewald, Langenbuch, Сепдульский).

Прийти к верному заключению путем пробного прокола эхинококковой опухоли оказалось небезразличным для больных, так как вело не только к обсеменению (Langenbuch, Hoffmann), но вслед за проколом эхинококкового пузыря и всасывания значительного количества жидкости наступали тяжелые припадки отравления вплоть до смертельного исхода (Ewald, Dieulafoy, Tuffier, Devé, Опокин, Алексинский, Чинова, Кукуджанов). Кроме отдельных наблюдений, по статистическим данным Maudry, из 16 пункций умерло 11, по Salomon из 76 проколов смерть в 31 случае и по Pasquier'у смертность при проколе в 63,8%—цифры достаточно убедительные, чтобы по отношению этого диагностического метода в настоящее время явилось вполне справедливым положение: *noli me tangere*.

Трудность клинически диагностировать эхинококковые заболевания породила ряд вспомогательных лабораторных методов исследования, основанных на специфических изменениях ткани под влиянием биологических особенностей паразита.

В 1899 году Sabrazes делает попытку в этом отношении, впервые указывая на эозинофилию в крови при эхинококке. Действительно, рядом авторов отмечалось увеличение в крови количества эозинофилов, в отдельных случаях достигавшее больших количеств: Вагнер—64%, Seligman et Dubeon—57%, Мельников—56%, Achara—40%, Ramsay—28%.

В Факультетской хирургической клинике САГУ, за 10 лет работы клиники, с 1920—1931 гг. из 29 прошедших эхинококковых больных, максимальная цифра эозинофилии не превышала 22%. В данном случае, после удаления эхинококковой кисты печени, через 5 дней после операции, оказалось в крови эозинофилов—13%, через 12 дней—8%, через 20 дней—4%, через 1½ м-ца—6% и через 3 м-ца—0%. При обслед-

довании этой же больной через 1 год после операции % эозинофилов в крови вновь увеличился до 7%. Уменьшение в крови количества эозинофилов после удаления эхинококковой кисты наблюдалось нами еще у трех прослеженных больных, а через некоторый промежуток времени после операции — вновь увеличение эозинофилов. Уменьшение количества эозинофилов после операций отмечают на своем материале также проф. Тербицкий и Напалков.

В настоящее время мы могли восстановить материал только для 15 ти случаев; при чем повышенное содержание эозинофилов (4% и выше) оказалось в 7 случаях. В 8 случаях, т. е. более, чем в половине указанных эхинококковых больных, отсутствует увеличение количества эозинофилов больше нормы, считая ее по Шиллингу равной 3%. Таким образом, на нашем материале, как и на материале других авторов (Dévé, Welch and Barling, Weinberg et Leger, Brun, Вербицкий, Мельников, Скачевский, Сендульский, Русанов, Соловьев, Тер-Нерсесов, Cha-jutin, Денисова-Сущевская, Голькин) наличие эозинофильного лейкоцитоза при эхинококке оказалось признаком непостоянным. Наличие эозинофилии крови при других заболеваниях (экссудативные процессы, анафилаксия, глистные, кожные заболевания, скарлатина, гоноррея, опухоли, мышечный ревматизм) позволяет большинству авторов не придавать значения этому симптому, несмотря на существующий противоположный взгляд Tuffier-Milana, Назарова и Шаткинского.

Реакция преципитации, отмеченная впервые у эхинококковых больных в 1907 году, Fleisy und Lisbonne'ом, ввиду ее непостоянства возможности быть положительной при отсутствии эхинококка, диагностической ценности и распространения не получала (Weinberg, Langer Pantoni, Brun, Fairley).

Реакция с отклонением комплемента, разработанная по отношению к эхинококку Weinberg'ом, как по исследованиям самого автора, так и по данным других (Lozano, Arhatie, Lorenz, Ермилова, Горовиц-Власова, Абрикосов) получалась специфичной. Таким образом, казалось, путь к правильной диагностике эхинококка был открыт. Но сложность метода, а, главным образом также непостоянство, 50—60% положительных ответов (Kreuter, Mayer, Hahn, Egan, Спасокукоцкий, Голькин, Greenway, Савков, Соловьев, Makkas, Ascoli, Тербицкий), а по Brun'у еще меньше (на 12 случаев реакция только в 2-х положительный ответ) и наличие ее при других заболеваниях (лепра, панкреатит, холеристит, тbc перитонит), а кроме того, как по указанию самого Weinberg'a, так и других авторов (Абрикосов, Тер-Нерсесов) возможность после удаления эхинококка от нескольких месяцев до 10-ти и более лет получать реакцию, — лишили и реакцию Weinberg'a большого практического значения в диагностике эхинококка.

Наша клиника, получив в одном случае эхинококка легкого отрицательный результат с реакцией Weinberg'a, больше к помощи ее не прибегала.

Эксперименты Boidin und Laroche в 1909 году с сенсибилизацией эхинококковой жидкостью морских свинок и вызыванием затем

у них анафилактических явлений, предположения (Chauffard, Boïdin, Dévé, Weinberg, Marotti, Thomson, Magnussin) о тяжести явлений у больных от анафилаксии, как при разрывах, так и пункциях эхинококковой кисты, явились предпосылкой для Саззони к предложенной им в 1911 г. интрадермальной реакции для распознавания эхинококка. Понятный интерес, доступность и простота реакции, практически придали ей широкое распространение, позволили проверить специфичность, а время и накопившийся уже материал—подвести итог клинической оценке. При положительной реакции у зараженного эхинококком организма реактивные явления, развивающиеся в коже от введения в толщу ее эхинококковой жидкости, позволили разным авторам иметь следующий положительный результат реакции при эхинококке,

А в т о р	% положител. реакций
Тер-Нерсесов	84
Pontano	84
Преображенский	86,3
Cazzoni	87
Жаттрекей	87,5
Dévé	90
Kellaway	90
Беляев	91
Makkas und Assimakopoulos	91,8
Чижова	93
Ithurrat	97
Шаткинский	97
Calcanio и Turatti	97
Konstantulakis	98
Голькин	100

Кроме приведенных клинических наблюдений на основании экспериментов лаборатории (Fülleborn, Ranson) подтверждают также специфичность реакции Саззони при эхинококке.

Уже судя по приведенным данным, реакция Саззони по положительным ответам заняла видное место среди лабораторных методов исследования, для диагностики эхинококка. В течение последних лет реакция Саззони была применена и в нашей клинике у 9-ти эхинококковых больных, причем из этого количества в 3-х случаях (2 случая нагноившегося и 1 случай ненагноившегося эхинококка) реакция оказалась отрицательной. Положительная реакция Саззони совпала с эозинофилией у 4-х больных, параллельности у остальных не отмечалось. Если допустить говорить о %, то таковой на нашем материале не превышал 67% положительных ответов при наличии эхинококка. Располагая литературными и собственными данными о непостоянной специфичности реакции Саззони при эхинококке, получая в ряде случаев ее у неэхинококковых больных, мы поставили задачей проверить ее специфичность на разнообразном клиническом контрольном материале. Так как по исследованиям Беляева в 4% реакция Саззони положительна при глистных заболеваниях, то во всех случаях с положительным ответом

производилось исследование кала на яйца глист, которые и были обнаружены у 4-х больных. Кроме того реакция проверялась не только операцией, но в ряде случаев патолого-гистологически и аутопсией.

Для производства реакции мы пользовались жидкостью из эхинококковых пузырей от свеж убитых баранов и крупного скота на Ташкентской городской бойне. Стерильным шприцем взятая из эхинококкового пузыря прозрачная жидкость обрабатывалась по Беляеву фильтрованием через свечу Шамберлена, разливалась и запаивалась в ампулы, а в дальнейшем ввиду отсутствия последних до употребления сохранялась в склянках из-под вискулина. Таким образом, приготовленная эхинококковая жидкость вводилась нами внутривенно по 0,5 куб. сант. на внутренней поверхности правого предплечья, а для контроля на другом предплечьи в том же месте и количестве—физиологический раствор, что вызывало у больных появление на коже небольших белого цвета папул. Обычно папула от физиологического раствора через несколько минут уменьшалась и исчезала, но оставляя после себя следа. На основании распылчатости папулы, изменения ее окраски, а также пояса гиперемии вокруг укола от эхинококковой жидкости, появлявшихся в период времени от нескольких минут до суток, реакция считалась положительной. При отсутствии указанных явлений реакция считалась отрицательной. Имеющиеся указания (Шаткинский, Назаров) на случай общей реакции организма при интракутанном введении эхинококковой жидкости подтверждать нам, как на эхинококковом, так и контрольном материале не пришлось. В чем состоит сущность реакции, пока единства мнений нет, вопрос еще не разрешен; имеющиеся данные разноречивы. Lemaig считает чувствительность реакции Cazzoni результатом сродства эхинококкового яда с кожей, а Botteri доказал опытами зависимость реакции от содержания белка в эхинококковой жидкости. Чиждова на основании экспериментов приходит к разрешению вопроса химическим путем, считая действующим началом янтарную кислоту в реакции Cazzoni. Большинство авторов все-таки склонны считать эту реакцию иммунобиологической.

Из 100 контрольных больных реакция Cazzoni выпала положительно 21 раз. Исключая 2-х больных (struma, splenomegalia), выписавшихся из клиники без операции, где, следовательно, окончательный диагноз оставался не проверенным на операции, ошибочность в специфичности реакции получалась в 19% и наблюдалась нами она при следующих заболеваниях.

По 1 случаю: Ca. labii inferior., sa medull. spinal., tumor medull. spin., splenomegalia, cholecystitis chr., cysta pancre., cysta dermoid., hallux valgus, osteomyelitis chronica, perichondritis chr., arthritis chronica. По 2 случая: Lymphadenitis purulenta, ca. mammae и 4 случая append. chr.

Обращаясь к цифрам реакции на контрольном материале, произведенным различными авторами, мы видим, что Makkas и Assimakopoulos, хотя на 110 случаев (грыжи, хронический аппендицит) ни разу не получали положительной реакции, но в ряде случаев: рак печени, кавернозная ангиома печени, абсцесс печени, каменный холецистит, тбс мезентериальных желез и правосторонняя киста яичника, все же отмечают положительную реакцию Cazzoni. По статистике, как русских, так и иностранных авторов в работе Кукуджанова на 464 контрольных испытания реакция имела положительной в 2%.

Сопоставляя наши наблюдения с результатами других авторов, мы видим большое расхождение в контрольной оценке реакции Cazzoni.

Среди 100 наших контрольных наблюдений из 21 больного с злокачественными заболеваниями, в 5-ти случаях реакция дала положительный ответ. Аналогичное явление отмечают на своем материале Ithurgat, Lemaig, Чиждова, Makkas и Assimakopoulos. В 4-х слу-

чаях положительной реакции (2 хронич. аппенд., артрит и Hallux valgus) при исследовании кала у больных были обнаружены яйца глист. Каганов, в случае аппендицита с оксидурами в отростке, также видел положительную реакцию. Выше мы уже упоминали, что при наличии последних в организме по Беляеву реакция Cazzoni дает в 4% положительный ответ. Таким образом, при оценке реакции Cazzoni нужно быть осторожным, иметь ввиду и исключать наличие глистных заболеваний. Trenti и другие отмечают наличие реакции у эхинококковых больных и наоборот отсутствие ее у эхинококковых больных. Ithurrat наблюдал положительную реакцию Cazzoni в случае амебного абсцесса легкого, а Чинова при дистонии правой почки. Спасский при наличии эозинофилии в 23% и резко положительной реакции Cazzoni вместо эхинококковой кисты брыжжейки оперировал типичный осумкованный перитонит. По Kalaway положительный ответ дает реакция при кожных заболеваниях, желтухе и при склонности к крапивнице. По Brun'u, если бы он руководствовался в своих показаниях к операции эхинококка (250 случ.) только лабораторными исследованиями, то он в 80% случаев не оперировал бы. В крупнейшей клинике Mayo диагноз иногда правильно ставится только после операции при отрицательности всех имеющихся реакций на эхинококк.

К числу слабых сторон реакции, кроме указанных выше, нужно отнести способность организма после операции эхинококка продолжать давать положительную реакцию Cazzoni.

По нашим наблюдениям в одном случае спустя больше двух м-цев после операции реакция имела положительной, в другом наблюдалась через 10 м-цев, а в третьем случае через 2 г. 8 м-цев после операции, тогда как до операции в этом случае она считалась отрицательной. Преображенский имел положительную реакцию через 2 недели после операции, а Makkas и Assimakopoulos из 11 случаев в 9-ти, в период времени от 25 дней до 18 месяцев. Deutsch через 6 лет, Testi через 8 лет, Dew et Kalaway через 16 лет, а Botteri через 10 и 22 года. По Hosemann'u это объясняется наличием эхинококка в организме. В 3-х наших случаях с положительной реакцией Cazzoni (опухоль спинного мозга, splenomegalia, холецистит) с летальным исходом после операций на аутопси эхинококка обнаружить нигде не удалось.

Хотя большой % положительной реакции Cazzoni при эхинококке, конечно, говорит, что она может служить подспорьем в диагностике эхинококка, но приписывать ей решающее значение (Спасокукоцкий, Голькин, Ганжулевич, Острогорский, Pericic) едва ли является возможным. Достаточное количество фактов доказывает на практике ясными случаями эхинококка и контрольным материалом непостоянную специфичность реакции Cazzoni.

Переоценка значения реакции Cazzoni ведет не только к ошибочному иногда диагнозу, но и к ненужным операциям, что подтверждает случай Ithurrat'a, которому при операции ничего не удалось обнаружить у больного, а также случай Цапкина, где положительной реакцией Cazzoni была спровоцирована пнеймектомия при тbc легких.

Проф. Напалков, Греков, Кудинцев, Сендульский и др. считают невозможным на основании имеющихся иммуно-биологи-

ческих реакций правильно распознавать эхинококк, т. к. всегда имеющийся при них некоторый х приходится выяснять более ценным оперативным методом клинического исследования. На основании собственных и литературных данных позволим себе прийти к следующему заключению:

1. Реакция Cazzoni, занимая видное место среди лабораторных методов исследования в диагностике эхинококка, не может служить абсолютным доказательством эхинококка в организме.

2. Отсутствие реакции Cazzoni не говорит еще против эхинококка и наоборот положительная реакция требует еще дифференцировки.

3. Вопрос о диагностике эхинококка до настоящего времени не потерял еще своей остроты и нуждается в дальнейшей разработке.

4. Доминирующим диагностическим методом клинического исследования над существующими иммуно-биологическими реакциями в диагностике эхинококка нужно считать пока метод оперативный.

Литература. 1) Реальная энциклопедия практ. мед. Eulenburg'a, т. VII, 1911 г.—2) Проф. В. Шиллинг. Картина крови и ее клиническое значение. 1926 г.—3) В. Шипачев. Хирург. архив Вельяминова, кн. 4—5, 1914 г.—4) Труды 1-го Съезда хирургов Сесеро-Кавказского края. 1925 г.—5) К. Э. Вагнер. Русский врач, № 2—1908 г.—6) Ризваш. Днепр. Медичн. журн. №№ 1—4. 1930 г.—7) В. С. Соловьев. Журн. Соврем. хирургии, № 3, 1929 г.—8) С. И. Спасокукоцкий. Врачебн. Дело. № 12—14. 1925 г.—9) Голькин. Там же.—10) Perleis. W. Kl. Wochenschr, № 48. 1928 г.—11) Н. Н. Тербицкий. Журн. соврем. хирургии, № 1, 1929 г.—12) Chaikutin. Реф. Нов. хир. арх., № 10, 1930 г. 13) Шахат. Одесский мед. журн., № 1—2, 1930 г.—14) Чинова. Нов. хир. арх., № 65. 1928 г.—15) Беляев. Врач. газета, № 21. 1927 г.—16) Тер-Нерсисов. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 206. 1927 г.—17) Савков. Нов. хир. арх., № 79, 1930 г.—18) Преображенский. Нов. хир. арх. № 41—42, 1924 г.—19) Шулутко. Врач. дело, № 24—26, 1924 г.—20) В. В. Цветаев. Нов. хирургия, № 10, 1929 г.—21) Makkas u. Assimakopoulos. Zentr. für Chir., № 29. 1928 г.—22) Сегельман. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 61, 1930 г.—23) Спасский. Нов. хир. арх., № 2, 1931 г.—Проток. О-ва врачей Казан. у-та.—24) Шаткинский. Реф. Центр. мед. журн.—25) Острогорский. Вестн. хир. и погр. област., кн. 33, 1927 г.—26) Каганов. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 37—38, 1928 г.—27) Вальер. Там же кн. 48—49, 1929 г.—28) Назаров и Шаткинский. Протоколы хир. о-ва при Саратов. у-те. 1928 г.

Из Госпит. хирургич. клиники Днепропетровского мединститута (Директор проф. Я. О. Гальперн).

Материалы к диагностике рака желудка ¹⁾

Прив.-доц. М. Т. Фридмана.

Я беру небольшой отрезок времени, около полутора лет, течение которых через нашу клинику прошло 24 больных раком желудка. Материал небольшой, как будто незаслуживающий того, чтобы в наши годы, пестрящие литературными сообщениями не об одной сотне раковых больных, останавливаться на нем. Но внимательный просмотр нашего материала как по историям болезни, так и по личным впечатлениям и воспоминаниям (так как весь материал прошел через наши руки) наводит

¹⁾ Доложено на объединенном заседании терапевт. и хирург. секций Днепропетровского Е. Н. М. О-ва 20 марта 1932 г.