

тили ни цирроза печени, ни тяжелых общих проявлений, которые описываются в клинике описторхоза, и с чем связан факт, что описторхоз в ТАССР фактически не диагностировался? Возникает и другой вопрос: почему при высокой зараженности рыбы степень инвазии у обнаруженных нами больных невысокая? Мы объясняем эти факты тем, что в Татарии нет обычая употреблять в пищу сырую, мороженую рыбу («строганина»), как это имеет место в Обь-Иртышском бассейне. Во всех случаях заболевание связано с употреблением в пищу недостаточно просоленной рыбы (2—3 дня засолки). Как известно из работ проф. Н. Н. Плотникова и др., при солении рыбы, особенно крупной, все метацеркарии описторхиса погибают не ранее чем через 10 суток.

Все больные лечились гексахлорэтаном, предложенным проф. Н. Н. Плотниковым. Препарат давался утром спустя час после легкого завтрака (1 стакан чая и 100 г хлеба) в дозе 2,0 четыре раза с промежутками между приемами препарата в 10 мин. Лечение длилось 3—4 дня, и на курс требовалось до 32,0 препарата. В дни лечения и за 1—2 дня до и после него исключалась из употребления жирная пища. Запрещались спиртные напитки.

Во всех случаях мы получили клиническое улучшение, но ремиссия длилась до 6—8 месяцев, когда вновь приходилось повторять лечение.

Лечебный эффект в описываемых случаях оказался более высоким, чем по нашему же опыту в Приуралье; мы объясняем это относительно легкой инвазированностью.

Необходимо, чтобы описторхоз «был в поле зрения» врачей в приречных районах Татарской республики.

При хронических заболеваниях печени и желчных путей следует практиковать исследование дуоденального содержимого после центрифугирования, что, несомненно, приведет в ряде случаев к выявлению скрыто протекающего описторхоза.

Нужно широко информировать население о мерах предупреждения от описторхоза.

Поступила 6 августа 1959 г.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

М. П. Попов

Из клиники общей хирургии (зав.—проф. А. А. Полянцев)
Сталинградского медицинского института и областной
клинической больницы (главврач — А. И. Гусев)

Долгое время существовало мнение, что заражение эхинококком происходит только через пищеварительный тракт. Клинические наблюдения привели к мысли, что все случаи множественного поражения эхинококком нельзя объяснить только экзогенным инвазированием.

Доказано, что эхинококковая киста может размножаться, не меняя хозяина, из зародышевой оболочки материнской кисты, путем имплантации дочерних пузьрей и сколексов на серозные оболочки полостей.

Дальнейшая разработка этого вопроса позволила В. Г. Потапову, Т. Ф. Ганжулевич и др. в экспериментах на животных установить, что сколексы, введенные через дыхательные пути в легкие, имплантируются и развиваются в пузырную стадию. Так была доказана возможность аэрогенного заражения эхинококком.

По частоте поражения эхинококкоэзом легких у человека занимает второе место после печени. Множественный эхинококкоэз по отношению ко всем локализациям паразита в легком, согласно данным различных авторов, колеблется от 8 до 16%.

Под нашим наблюдением за период с 1949 по 1958 гг. находилось 70 больных с эхинококкоэзом легких, в том числе с множественным и двусторонним поражением 8 (с односторонней локализацией — 5 и двусторонней — 3). Поражение одного легкого двумя кистами наблюдалось

у 4 и 7 кистами — у 1. При двустороннем эхинококкозе у 2 больных обнаружено по 1 кисте с каждой стороны, а у одного 5 кист в правом и 3 кисты в левом легком.

Оперативному вмешательству подвергнуто 52 больных с одиночным и все 8 больных с множественным поражением легких.

Теперь всеми признано, что хирургическое лечение — единственно эффективный метод. Однако, еще нет единого мнения о тактике хирурга при множественном эхинококкозе легких. Одни хирурги (И. Я. Дейнека и др.) придерживаются принципа многоэтапных операций, другие (А. Н. Львов, В. С. Гамов, А. Н. Бакулев и др.) рекомендуют применять широкую торакотомию и удаление всех кист в один прием.

Мы не разделяем мнения сторонников многоэтапных операций и считаем возможным во всех случаях удалять эхинококковые пузыри одномоментно, путем широкой торакотомии.

Оперативные вмешательства при множественном поражении легкого эхинококком в принципе, по нашему мнению, не отличаются от операций при одиночном эхинококкозе легкого.

8 больных многоочаговым эхинококзом легких, оперированных нами, были носителями 27 кист. Нагноение кист имелось у 2 больных, причем у одного из них с двусторонним поражением; одна киста перфорирована и дренировалась через бронх.

При удалении остальных 26 эхинококковых кист были применены: эхинококкотомия — 19 раз, эхинококкэктомия (энуклеация) — 6 раз и краевая резекция доли легкого — 1 раз.

Во время операции на одном легком эхинококковые пузыри удалялись в один прием.

В случаях двустороннего поражения излечение достигнуто в результате последовательного оперативного вмешательства на обоих легких с интервалом в один год.

При операциях по поводу эхинококкоза легких мы отдаляем предпочтение местной инфильтрационной анестезии и интрапаренхиматичному наркозу, так как эти способы обезболивания исключают асфиксии в случае перфорации кисты во время операции. Под местной анестезией оперировано 5 и под интрапаренхиматичным наркозом — 3 человека.

Из всех существующих оперативных доступов считаем наиболее удобным передне-боковой Z-образный разрез вдоль 3—7 ребер (в зависимости от локализации эхинококковых кист), который начинается от паракостальной линии и продолжается до задней подмышечной линии. При этом обычно пересекаются хрящи двух соседних ребер. Иногда дополнительно пересекается или резецируется на протяжении 1,5—2 см лежащее ниже ребро. Этот доступ позволяет произвести тщательную ревизию легких и удалить эхинококковые пузыри независимо от локализации и количества.

Многие хирурги предпочитают эхинококкотомию по способу А. А. Боброва, который не лишен недостатков. В оставшейся полости легкого, после удаления паразита, происходит накопление серозно-кровянистой жидкости с образованием гидро-пневмомикст. У большинства больных жидкость рассасывается бесследно, но в случае присоединения инфекции следует тяжелый нагноительный процесс в легком, который требует длительного лечения.

А. Н. Бакулев рекомендует удалять паразита целиком в хитиновой оболочке или вместе с фиброзной капсулой. Автор по праву называет эту операцию «идеальной эхинококкотомией». Однако, нежность оболочки часто ведет к нарушению их целостности, что таит в себе опасность обсеменения плевральной полости элементами кисты. Если при этом учесть, что возможность проникновения сколексов гидатидозного эхинококка в фиброзную капсулу подтверждается далеко не всеми исследователями, то к «идеальной эхинококкотомии» следует прибегать только в тех случаях, когда не предвидится повреждение кисты в процессе выделения.

При неосложненных эхинококковых кистах небольших размеров нам удалось удалить 6 кист вместе с фиброзной капсулой. У одного больного, при попытке произвести эхинококкэктомию 2 кист, была нарушена целостность фиброзных капсул и паразитарные кисты удалены неповрежденными без предварительной пункции.

Придерживаясь принципа органосохраняющих операций, мы только в одном случае прибегли к клиновидной резекции легкого при краевом расположении кисты небольших размеров, и ни в одном случае не имели оснований к производству лобэктомий или пульмонэктомий.

Большинство эхинококковых кист, как было указано выше, удалено нами методом одномоментной закрытой эхинококкэктомии. Сущность ее сводится к следующему:

Производится пункция кисты с аспирацией эхинококковой жидкости. Через разрез фиброзной капсулы, иногда с рассечением паренхимы легкого, извлекается из своего ложа спавшаяся хитиновая оболочка. Полость фиброзной капсулы высушивается и обрабатывается 2% раствором формалина или 96° спиртом. Тщательно ушиваются бронхиальные fistулы, открывающиеся в ложе кисты. Стенки фиброзной капсулы сближаются путем наложения в несколько рядов эндокапсуллярных узловых или кисетных кетгутовых швов. Для уменьшения полости максимально иссекается фиброзная капсула, иногда вместе с склеротически измененной легочной тканью. Для предупреждения развития инфекции уштата полость инфильтрируется раствором пенициллина или стрептомицина. Производится плевризация путем наложения швов на листки висцеральной плевры. Плевральная полость высушивается, и рана грудной стенки зашивается наглухо.

При эхинококкотомии с наложением эндокапсуллярных швов обязательным условием должно быть полное освобождение легкого от плевральных сращений, препятствующих его расправлению.

Этот вариант оперативного вмешательства при эхинококкозе легких подкупает простотой выполнения, сравнительно малой травматизацией легочной ткани и доступностью к радикальному удалению эхинококка при любой локализации.

Итак, 8 больным с множественным и двусторонним эхинококкозом легких нами произведено 10 операций. Все оперативные вмешательства закончились выздоровлением.

Благоприятный исход операций обеспечивался мероприятиями по профилактике и борьбе с плевропульмональным шоком, сердечно-сосудистой недостаточностью, инфекцией и функциональной недостаточностью легких до, во время операции и после нее.

На 10 операций имелись 4 осложнения, в том числе: пневмония на другой стороне — у 2, послеоперационный шок — у 1 и инфицирование гидро-пневмоплеврита — у 1.

Для ликвидации осложнений проводились консервативные мероприятия: гемотрансфузии, ингаляция кислорода, инъекции обезболивающих и сердечно-сосудистых средств, разгрузочные пункции плевральной полости с одновременным введением антибиотиков, пенициллино- и стрептомицино-терапия.

Отдаленные результаты хирургического лечения множественного и двустороннего эхинококкоза легких изучены у всех оперированных на протяжении 1—6 лет. Рецидивы не были обнаружены. Лишь у одной больной с двусторонним диссеминированным эхинококкозом при рентгенологическом исследовании обнаружена киста в сегменте легкого, отдаленном от мест локализации бывших кист. Это наблюдение нельзя признать за истинный рецидив и относится к тем немногим случаям, когда кисты в своем зачаточном состоянии не обнаруживаются во время операции, а затем увеличиваются. У всех остальных больных трудоспособность восстановлена, и они вернулись к прежней профессии.

ВЫВОДЫ:

1. Множественный эхинококкоз легких может иметь вторичное происхождение вследствие нарушения целости первичной кисты и попадания содержимого в бронхиальное дерево.
2. Радикальное излечение больных с множественным и двусторонним эхинококкозом легких возможно только оперативным путем.
3. При множественном поражении легкого широкая торакотомия позволяет удалять все эхинококковые кисты в один прием, независимо от локализации и их числа.
4. Больных с двусторонним эхинококкозом необходимо оперировать последовательно, сначала на одной, а затем на другой стороне при условии полного восстановления функции оперированного легкого.

5. Одномоментная закрытая эхинококкотомия с предварительной аспирацией эхинококковой жидкости из кисты и последующим «капитонажем» является операцией выбора.

6. Принцип многоэтапных операций при множественном эхинококкозе легких не отвечает современным требованиям грудной хирургии и должен быть оставлен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелава Н. В. Хирургия, 1952, 1—2. Бакулев А. Н., Медведев И. А. Хирургия, 1951, 3—3. Гамов В. С. Хирургия, 1953, 10—4. Дайнека И. Я. Вестн. хир., 1950, 5—5. Львов А. Н. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение, Медгиз, 1956.

Поступила 21 апреля 1959 г.

ОСТРЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Доц. Д. Ф. Благовидов

Из 2-й клиники хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос о сочетанных или комбинированных заболеваниях органов брюшной полости не является новым.

Давно отмечена тесная связь заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки с хроническим аппендицитом (И. И. Греков, Б. А. Киселев, С. М. Рубашев), с патологическим состоянием печени и желчных путей (С. С. Зимницкий, Н. Кириков и др.). Описаны патологические взаимосвязи червеобразного отростка и кишечника, поджелудочной железы (С. М. Рубашев), желчного пузыря и толстого кишечника (К. А. Маянская, А. Г. Терегулов, С. В. Базанова) и т. д. Подробно освещены в медицинской печати комбинированные заболевания органов правой половины живота, в том числе правой почки, желчных путей и правых придатков матки (С. П. Федоров, А. В. Вишневский, С. М. Алексеев и др.).

В отличие от комбинированных хронических заболеваний органов живота, вопросу о сочетанных острых патологических процессах брюшной полости уделяется не заслуженно мало внимания. Между тем, диагностические особенности и хирургическая тактика при них часто являются трудными для хирурга и решающими для больного. Если при хронических заболеваниях органов брюшной полости недоучет ведущего звена патологии может привести хирурга к необоснованной операции, то забвение возможностей комбинированной острой их патологии может стоить больному жизни.

Встретившиеся нам описания подобных процессов разнообразны, касаясь, чаще всего, комбинированных воспалительных процессов брюшной полости.

Так, на I Всеукраинском съезде хирургов в 1926 г. И. И. Греков приводит 21 название встретившихся ему острых комбинированных процессов брюшной полости. Из них около половины относятся к воспалительным процессам. Реже встречаются описания одновременного течения острого аппендицита и внематочной беременности (М. Быханова), механической кишечной непроходимости (С. О. Португалов, С. Б. Будзинская-Соколова), острого аппендицита и разрывов яичника (А. М. Рац), прервавшейся внематочной беременности и апоплексии яичника (И. И. Греков, Мондор и др.). К казуистике относятся случаи сочетания перфорации желудка и червеобразного отростка (П. Е. Шкуран, А. Б. Альтговзен), заворота желудка и его прободной язвы (А. Läwen), прободной язвы желудка и инвагинации кишечника (М. А. Благовещенский), перекрученной миомы матки и спонтанного разрыва селезенки (О. Пецева) и др.

Анализируя более 10 тысяч операций, проведенных в клинике неотложной хирургии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина за 21 год (1936—1957 гг.), мы обнаружили следующие группы больных с острой комбинированной патологией органов брюшной полости:

1. Острый аппендицит и острая механическая кишечная непроходимость (16 больных).

2. Острый аппендицит в сочетании с гинекологической патологией — 35 больных, с апоплексией яичника — 14, с прервавшейся внематочной беременностью — 4, с перекрученной кистой яичника — 9, с разрывом кисты яичника — 3, с правосторонним гнойным аддекситом — 5.