

Из Семипалатинской хир. больницы.

Обзор 70 операций по поводу эхинококка.

Д-р Б. А. Остроумов.

Работая в местности, исключительно по распространению эхинококковых заболеваний, где коренное население по преимуществу занимается скотоводством, мне, за три года (с 15/III 29 г. по 15/III 32 г.) работы в г. Семипалатинске пришлось много видеть и оперировать эхинококковых больных. При чем пришлось наблюдать сравнительно редко встречающиеся локализации эхинококковых кист.

За 3-летний период на 6272 больных, прошедших через больницу, эхинококк встретился 76 раз. На общее количество 3400 операций за этот же срок,—операций эхинококка было 70. Остальные 6 эхинококковых больных по разным причинам оперированы не были. Большинство больных было оперировано мной, а остальные моими помощниками.

По национальностям материал распределяется так: русские 48, казаки 20, татары 2. Тот факт, что в нашем материале больше чем вдвое русских сравнительно с коренным населением—казаками, объясняется большей обращаемостью русских за оперативной помощью. Казаки приходят оперироваться, по большей части, только в тяжелых случаях диссеминаций, или при нагноении кист.

В отношении пола наш материал делится почти пополам: мужчин: 33, женщин 37. По возрасту: до 10 лет 2 случая, от 10 до 20 лет 11 случаев, от 30 до 40 лет 15 случаев, от 40 до 50 лет 5 случаев, от 50 и выше 4 случая. Самому младшему больному было 5 лет, самому старшему 60 лет.

По социальному составу больные распределяются следующим образом: крестьян 30, скотоводов-кочевников 10, рабочих 17, служащих 4, учеников 6, детей 3. Небольшое количество скотоводов объясняется опять таки тем, что это наиболее отсталый некультурный контингент наших больных, обращающихся редко за хирургической помощью. По локализации эхинококковых кист материал распределяется так: 44 эхинококка печени, 3 легкого, 2 почки, 2 селезенки, 2 стенки мочевого пузыря, 1 желудка, 1 забрюшинного пространства. Диссеминированный множественный эхинококк брюшной полости в нашем материале встретился в 15 случаях. При чем все это были случаи с громадным количеством кист, рассеянных по сальнику и между петлями кишек. Это были наиболее трудные случаи для операции, зачастую с сопутствующим асцитом и в некоторых из них операцию не пришлось закончить, ограничившись удалением наиболее больших кист, вызывающих сдавление важных органов, как, например, сдавливающих воротную вену, мочевой пузырь и т. д. Случаи диссеминированного эхинококка дали у нас наибольшее количество смертельных исходов. На все 70 операций эхинококка мы имели 8 смертей, или 11,4% смертности. Из них 5 смертей приходится на случаи диссеминированного эхинококка брюшной полости, 1 смерть от гнойного плеврита, осложнившая операцию эхинококка легкого и 2 смерти от кровотечения, из которых одна после энуклеации эхинококковой кисты печени и одна после операции по закрытому методу, но киста располагалась центрально. Наибольшее число летальных исходов, как видно из вышесказанного, падает на диссеминированный эхинококк брюшной полости (из 15 таких случаев погибло 5). Этот печальный результат указывает на то, что приступать к операции в подобных случаях нужно очень осторожно. Но дело в том, что именно эти больные особенно настойчиво просят операции, да иначе им ничем помочь и нельзя, а положение таких больных обычно очень тяжелое. Волею их сопровождается отеками, асцитом, смещением органов брюшной и грудной полостей. Некоторые из таких больных были в буквальном смысле нафаршированы эхинококковыми кистами. Напр., вспоминается один больной казак с диссеминированным эхинококком брюшной и грудной полости, печени, селезенки, подпочечной клетчатки и т. д. Эта была бочка, набитая эхинококковыми пузырями. В виду очень тяжелого положения таких больных иногда приходится решаться на палиативную операцию, т. е. операцию удаления части кист, сдавливающих важные органы. Во всех случаях множественных эхинококковых кист сальника и между петлями кишек мы всегда удаляли кисты целиком и толь-

ко в случаях очень интимных сращений с петлями кишек иногда прибегали к опорожнению кист, удалению хитиновой оболочки и заливанию наглухо.

Из 44-х случаев эхинококка печени киста располагалась в правой доле 13 раз, в левой 8, на куполе печени под диафрагмой 5 раз, на краю печени 2 раза, центральное положение было 1 раз, множественные кисты печени были 4 раза и в 11 случаях местоположение кист не было указано. Величина кист сильно варьировала. Громадных размеров кист печени было 5, больших 15, средних 20 и малых 4.

В громадном большинстве мы оперировали по закрытому методу. Причем таким образом оперировали как чистые случаи, так и нагноившиеся. Техника операции существенно от обычной не отличалась. По вскрытии брюшной полости под общим наркозом, или под местной анестезией, по большей части косым разрезом по краю ребер, брюшная полость отгораживалась салфетками и эхинококковая киста опорожнялась через троакар. Затем киста вскрывалась, удалялась хитиновая оболочка и дочерние пузыри, если таковые имелись, с остатками жидкости; полость кисты смазывалась формалин-глицерином, а в последнее время, в виду отсутствия глицерина, водным раствором формалина. Затем киста зашивалась двухрярусным погружным швом и линия разреза кисты подшивалась к передней стенке брюшной полости. Дальше брюшная рана зашивалась наглухо.

Всего неосложненных нагноением эхинококковых кист печени было прооперировано по закрытому методу 35 случаев. Из них только в 3-х случаях, в виду последующего нагноения, пришлось в дальнейшем раскрыть и лечить открытым способом. В одном из этих 3-х случаев нагноение полости кисты осложнилось еще прорывом гноя через диафрагму и гнойным плевритом. Больной пролежал в больнице больше полгода и выписался совершенно выздоровевшим. Все остальные случаи неосложненного эхинококка печени зажили первичным натяжением. Обычно продолжительность лечения от дня операции до выписки из больницы в неосложненных случаях была 9—12 дней. Полное удаление кист печени с соединительнотканной оболочкой нами было произведено 3 раза. Этот способ применялся только в случаях краевого расположения кист и притом небольшой величины, в виду его большой травматичности. Хотя, конечно, нет спора, что этот способ наиболее радикальный, гарантирующий наверняка от рецидива. Из трех больных, оперированных по этому способу, одна больная погибла от кровотечения в первые сутки после операции.

Нагноившиеся кисты, как печени так и других органов, нам встретились в 10 случаях, при чем открытым способом лечилось из них три случая. Остальные 7 случаев нагноившихся кист, после обработки формалином, зашивались наглухо. Из этих 7 случаев 3 пришлось всетаки потом раскрыть и лечить открыто. Средняя продолжительность лечения нагноившихся эхинококков, леченных закрытым способом, была 12 суток, а леченных открыто 34 дня. Из леченных открыто представлял интерес случай нагноившегося эхинококка стенки мочевого пузыря. У этого больного над лобком прощупывалась круглая, величиной с детскую головку, опухоль. Моча была сильно гнойная. При чем, при попытке цистоскопии, через промывную систему цистоскопа стали отходить куски хитиновой оболочки. Этот случай лечился открытым способом в виду того, что гной из кисты проложил себе дорогу в мочевой пузырь через верхне-заднюю его стенку и был с сильным запахом мочи. Случай закончился вполне благополучно. В другом случае, при нагноившемся эхинококке печени, пришлось прибегнуть к открытому методу в виду того, что гной уже готов был самостоятельно прорваться через брюшную стенку. В этом случае за год раньше, в другом лечебном заведении, была сделана попытка операции, но почему то рана была зашита и киста очевидно не вскрывалась. Нами была найдена совершенно обезызвестившаяся хитиновая оболочка в виде твердого шара, плавающая в гное. Третий случай, леченный открыто, был рецидив эхинококка печени с незаживающим свищем. В этом случае не пришлось зашивать в виду присутствия вторичной инфекции.

Как видно из вышесказанного, мы везде, где это было возможно, старались принять закрытый метод лечения и он нас удовлетворял вполне, позволяя значительно сократить послеоперационное лечение. Этот метод применялся нами также и на легких. Эхинококк легкого нам встретился три раза. Два раза был эхинококк нижней доли левого легкого и 1 раз нижней доли правого. Все три случая были диагностированы при помощи рентгена. Рентгеновская картина была настолько характерна, что позволяла сразу поставить диагноз. На всех снимках была отчетливо видна шаровидная тень. Оперировались больные в двух случаях под общим

наркозом, а в одном под местной анестезией. Предварительно резецировалось ребро и вскрывалась плевра. В двух случаях спаяк париетальной и висцеральной плевры совсем не было, в третьем были только частичные. Поэтому во всех случаях при операции получался пневмоторакс. Висцеральный листок подшивался к париетальному непрерывным катгутным швом. Затем киста опорожнялась троакаром и т. д. по обычному закрытому методу. В двух случаях рана зажила первичным натяжением, а в одном течение осложнилось гнойным плевритом, от которого больная погибла. Операционный пневмоторакс в случаях, закончившихся благополучно, вредного действия на течение послеоперационного периода не оказал: воздух быстро рассосался. Некоторое время только наблюдались явления бронхита, которые быстро прошли.

Эхинококк селезенки нам встретился 2 раза, при чем в обоих случаях были одиночные кисты довольно крупных размеров, интимно связанные с тканью селезенки. В одном случае были спайки с париетальной брюшиной. Этот случай лечился по обычному закрытому методу. Во втором, случае в виду того, что киста одним только краем была связана с селезенкой и не имела других сращений, она была удалена целиком; рана же селезенки была зашита. Оба случая прошли совершенно гладко. Эхинококк почки был оперирован два раза. В одном случае были множественные кисты в правой почке, в другом одна большая киста исходила из верхнего полюса левой почки. В обоих случаях была произведена нефрэктомия. Случаи окончились выздоровлением.

На своем материале я имел 3 случая рецидивного эхинококка, при чем один из них был оперирован за 5 лет до второй операции моим предшественником по работе в г. Семипалатинске д-ром Озолингом. Второй больной был оперирован другим моим предшественником д-ром Воробьевским за 2 года до второй операции и третий больной был оперирован уже мной за год перед второй операцией. Все трое больных оперировались по закрытому методу. Судя по этому, рецидивы после закрытого способа лечения бываюи уже не так редко, и в этом кроется темная сторона метода.

Выводы: 1) Одномоментный закрытый метод лечения эхинококка является методом выбора благодаря своей меньшей травматичности и легкости по технике в сравнении с полным удалением эхинококковых кист. Слабой стороной этого метода является его меньший радикализм и возможность появления рецидивов.

2) Метод полного удаления кист с соединительнотканной капсулой более радикален, но применим только в подходящих случаях.

3) При нагноившихся эхинококках почти всегда возможно зашивать наглухо, т. к. в худшем случае это может повести к переходу в дальнейшем на открытый метод, а в лучшем значительно сократит срок лечения.

4) Случаи обширных диссеминаций эхинококка брюшной полости обычно неоперабельны, но оперировать все же иногда приходится, чтобы хотя несколько облегчить тяжелое положение таких больных.

5) При эхинококке легкого вполне возможно применение одномоментного закрытого способа, хотя нужно учитывать меньшую сопротивляемость плевры к инфекции по сравнению с брюшиной.