

Из Терапевтической клиники Гос. Института для усов. врачей в Казани. (Директор проф. Р. А. Лурия).

## К вопросу о самопроизвольном излечении эхинококка легкого.

Ассистентов М. И. Гольдштейна и М. И. Ойфебаха.

Среди эхинококковых заболеваний внутренних органов эхинококк легкого, хотя и представляет собою сравнительно нечастое заболевание, но все же по частоте занимает второе место после эхинококка печени. По Алексинскому на 1950 случаев эхинококка последний был обнаружен в печени в 53%, а в легких—в 6,3%, по Frey'ю и Madelung'у % эхинококков в легких равен 11,9, по Neisser'у—от 7,4 до 10,6, по Frangenheim'у—7, из 22 случаев Palyguay'a эхинококк в легком был обнаружен один раз; в нашей клинике на 20 случаев эхинококка внутренних органов эхинококк легкого был найден лишь 2 раза.

Большой интерес представляет судьба больных с изолированным эхинококком легкого. Как известно, больные эти, если они вовремя не будут оперированы, либо погибают от перфорации эхинококка в свободную полость плевры или другой орган, либо излечиваются с выхождением эхинококкового пузыря *per vias naturalis*. По предложению нашего учителя проф. Р. А. Лурия, мы остановимся в дальнейшем на двух случаях такого самоизлечения эхинококка, наблюдавшихся в нашей клинике.

*Случай I.* Больной 10., 24 лет, татарин, служащий, поступил в клинику 12/IX 1924 г. Считает себя больным с середины зимы 1923 г. когда у него внезапно появились колющие боли в груди справа, сухой кашель, головные боли, временами повышение температуры по вечерам,очные поты, знобы, плохой аппетит и изредка небольшие кровохаркания. В течение года лечится в различных больницах и диспансере, как исход больной. В прошлом—сыпной тиф и малярия. Венерические болезни, алкоголизм—отрицает. Большой рос крепким ребенком, жил в удовлетворительных условиях деревенской обстановки.

Больной среднего роста, подкожная клетчатка развита умеренно, слизистые и кожные покровы бледны. Задание над—и подключичных ямок резче справа; правое плечо несколько опущено. Под ключицей до III ребра справа и сзади от spina scapulae до середины лопатки—притупление перкуторного звука; дыхание и fremitus pectoralis на месте притупления ослаблены; подвижность легочных краев сохранена с обеих сторон. В мокроте палочки Koch'a не обнаружены; реакция Maitoux 1:2000, 1:3000 отрицательная. Со стороны сердца и органов пищеварения отклонений от нормы нет. Печень перкуторно не увеличена, не прощупывается; пальпация правого подреберья неболезненна. Селезенка не прощупывается. Моча и желудочный сок уклонений от нормы не представляют. Исследование крови: L—7000, Er—3.070.000, Нae—60%, лейкоцитарная формула по Schilling'у: St—2%, Seg—62,5%, Mon—2,5%, L—33%, Eos—0 (при шестикратном исследовании крови эозинофилы ни разу не были обнаружены). Реакции Wassermann'a и S. Georg'i отрицательны. При исследовании рентгеном обнаружена в верхней трети правого легкого круглая однородная тень величиною с большое яблоко, хорошо ограниченная от остальной легочной ткани; сзади тень рельефнее и меньших размеров.

Диагноз: эхинококк в верхней трети правого легкого. В виду споров в отношении больного, трактовавшегося многими специалистами, как тbc больной, и отсутствия эозинофилии, проф. Р. А. Лурия 24/IX была сделана пробная пункция в межлопаточной области справа, при перекрещенных на груди руках; добыто при проколе 10 к. с. совершенно прозрачной жидкости, не оставлявшей сомнения, что это—содержимое эхинококкового цистыря. После пункции небольшое повышение температуры до 37,7°, сухой кашель несколько усилился, но общее самочувствие больного хорошее. Ему предложена операция, от которой он, однако, отказался и 30/IX выписан.

Через 2<sup>1/2</sup> года, т. е. в марте 1927 г., больной вновь обратился в клинику с жалобами на слабость, утомляемость и головокружение, причем выяснилось, что в течение года после выписки из клиники он чувствовал себя удовлетворительно. В ноябре 1925 года, после „простуды“, пролежал 2<sup>1/2</sup> месяца в кровати. За время этого заболевания больной отмечает 4 приступа судорожного кашля,—первые три длились по 2—3 часа, а последний (в начале января 1926 г.) с 6 часов веч. до 1 ч. ночи и закончился выделением большого количества вонючего желтоватого гноя, в котором больной заметил прожилки крови и какие-то пленки. После этого кашель сразу исчез и больше уже не беспокоит больного до настоящего времени. Обективные данные в марте 1927 года: со стороны легких на месте бывшего притупления нормальный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, подвижность легочных краев сохранена, исследование крови: L—5400, Ег—3.420.000, Нас—65%, лейкоцитарная формула: St—2%, Seg—67,5%, Mo—6%, L—28,5%, Eos—2%. Рентгеновским исследованием отклонений от нормы со стороны легких не обнаружено; тени под правой ключицей обнаружить не удается.

**Случай II.** Больной К., 29 лет, служащий, поступил в клинику в марте 1927 г. Считает себя больным 4 года (с 1923 г.), когда у него появились ноющие боли в груди справа, знообы, поты по ночам. В 1926 г. перенес „воспаление легких“, после которого боли усилились и стали постоянными. В феврале 1927 г. больной поступил в Алматырскую больницу с жалобами на повышение  $t^0$  до 38—39°, знообы, поты, одышку и мучительный кашель; во время сильного приступа кашля ночью у него выделялось около 2 литров вонючей мокроты, желтоватого цвета, с примесью крови и серовато-белых пленками; температура после этого пала, одышка прекратилась, кашель уменьшился, и больной стал поправляться. В настоящее время жалуется на тупые боли в правом боку, небольшой кашель, общую слабость, одышку и сердцебиение. В прошлом малярия. Венерические болезни отрицают.

Больной среднего роста, удовлетворительного питания, небольшой subicterus склер; правая половина грудной клетки несколько отстает. Легкие: на 2 пальца ниже угла правой лопатки—притупление, fremitus pectoralis усилен, бронхопония и мелкие звучные хрипы; дыхание в нижней доле правого легкого ослаблено, подвижность легочного края ограничена. В других органах отклонений от нормы не обнаружено. Бацилл Koch'a в мокроте нет. Из данных истории болезни Алматырской больницы выяснилось, что под микроскопом при исследовании обильно выделяемой больным мокроты были обнаружены крючья эхинококка. Моча и желудочный сок нормальны. При исследовании крови L—7650, Ег—4.600.000, Нас—88%, Ind—0,9%, лейкоцитарная формула: Seg—48,5%, Mon—4%, L—32,5%, Eos—15%. RW отрицательная, внутрикожная реакция с эхинококковой жидкостью резко-положительная. Рентген: над правым куполом диафрагмы диффузная тень, контуры диафрагмы смазаны, sinus frenico-costalis срошен.

Таким образом, мы имели два случая самопроизвольного излечения изолированного эхинококка легкого. Характерны для обоих этих случаев внезапное начало заболевания, хроническое течение его с периодическими обострениями (в особенности во II случае), кашель, поты, знообы и повышение температуры. Частые и небольшие кровохаркания, похудание—давали основание заподозрить у первого больного тbc легких, и лишь рентгеновское исследование, а затем пункция, предпринятая в виду разногласий в диагнозе, указали на истинную природу заболевания.

Дальнейшее развитие болезни у обоих больных привело к опорожнению содержимого гидатид через бронхи, после чего наступило улучшение общего самочувствия и у первого больного полное исчезновение всех клинических симптомов болезни.

Эхинококк легких чаще располагается в нижней доле правого легкого, гораздо реже, как это имело место в I нашем случае,—в верхней доле. Зародыши при изолированном эхинококке попадают в легкие различными путями: либо он непосредственно проникает в дыхательные пути путем аспирации, либо заносится пищей из кишечника через v. portae—печень—v. cava—сердце—легкое. По Dieulafoy возможно также проникновение зародыша через v.v. haemorrhoidales в v.v. pudicae et hystericæ, v. cava infer., затем, минуя печень, через сердце в легкое. Описаны также случаи, когда эхинококк печени давал вторично образование эхинококка в легком, благодаря непосредственному прорыву через диафрагму.

Эхинококковая гидатида легкого по своей структуре в общем мало чем отличается от таковой же других органов, но характерно для эхинококка легкого является необычайно тонкая, окружающая пузырь, наружная оболочка, чем и обясняется нередкий разрыв пузыря с выделением его содержимого в соседние органы.

Что касается клинической картины, то эхинококк легкого, отличаясь хроническим течением, не дает каких-либо патогномоничных симптомов, в особенности вначале своего развития. К наиболее характерным симптомам, как это видно из историй наших больных, следует отнести внезапное начало заболевания, сопровождающееся приступами лихорадки, колотьем в боку, сухим кашлем, одышкой и иногда небольшими, часто повторяющимися кровохарканиями. В других случаях мы в этом начальном периоде не имеем никаких жалоб со стороны больных. В дальнейшем развитии болезни, когда пузырь достигает больших размеров и ближе подходит к грудной стенке, удается иногда обнаружить притупление перкуторного звука, ослабление дыхания и голосового дрожания. Но эти симптомы крайне непостоянны и неясно выражены, чем и обясняется трудность распознавания болезни в этом периоде.

Ясная клиническая картина заболевания вырисовывается тогда, когда в пузыре, достигшем больших размеров, под влиянием ряда неблагоприятных моментов (травма, омертвение гидатиды, ее нагноение), происходит разрыв его оболочки с выделением содержимого через бровх наружу.

Наступающее сразу полное опорожнение пузыря с излиянием огромного количества гнойного содержимого может представить большую опасность, ввиду возможности асфиксии больного, а также осложнения аспирационной пневмонией и диссеминацией процесса, ведущих к роковому исходу. Чаще, впрочем, опорожнение пузыря принимает более затяжной характер, в особенности, когда образуется небольшое отверстие, и пролиферирующие дочерние пузыри, подобно пробке, закрывают его, причем жидкость просачивается медленно. За одной кистой опораживается другая, и больные месяцами выделяют маленькие гидатиды и части оболочек пузыря.

Микроскопически в отходящем содержимом нетрудно бывает обнаружить крючья эхинококка и оболочки с их характерной структурой.

Обычно разрыву пузыря предшествуют продромальные явления, выразившиеся у наших больных в резких приступах кашля, одышки, сердцебиения, сильных потах и иногда крапивница (выражение анафилаксии). Возможные при разрывах оболочек эхинококка диффузные кровохаркания, возникающие вследствие разрыва крупных сосудов, отлича-

ются от мелких кровохарканий начального периода своим обилием и упорством. Опорожнение пузыря может, далее, сопровождаться еще целым рядом легочных явлений, появлением симптомов каверны, измененным дыханием, появлением хрипов и т. п. В дальнейшем, когда процесс опорожнения закончится, происходит спадение стенок полости с образованием рубца и исчезновением всех легочных симптомов, в чем мы могли с достаточной ясностью убедиться в нашем I случае.

Сравнительно редко местом прорыва пузыря служит плевральная полость с последующим образованием гнойного плеврита, к которому может присоединиться и пневмоторакс, или пиопневмоторакс,—при наличии сообщения с бронхом. Такой исход чрезвычайно опасен и в огромном большинстве ведет к летальному исходу. Участие плевры, легочной и диафрагмальной, мы видим у нашего II больного, у которого, несмотря на самопроизвольный прорыв эхинококка в бронх, имелись также явления плеврита, к счастью для больного—слипчивого. Описаны, наконец, случаи прорыва эхинококка легкого через диафрагму в желудок и кишечник.

Все эти осложненные случаи должны обратить особое внимание врача на своевременное распознавание эхинококка легкого в начальной стадии, а потому вполне понятны многочисленные попытки найти вспомогательные методы диагностики этого заболевания. К ним следует отнести биологические реакции и рентгеновское исследование. Из биологических реакций при эхинококке заслуживают внимания эозинофilia, реакция связывания комплемента, предложенная Weinberg'ом, и внутрикожная реакция.

Эозинофilia при эхинококке была впервые описана в 1899 г. Sabrazès. Одно время некоторые авторы считали ее патогномоничной для данного заболевания, но Sahli нашел ее лишь в 57% случаев эхинококка, Seligmann и Dugayen—в 57%, Bloch—всего в 14,7%, Wagner—в 50%, Barling и Welsh, при неразорванных эхинококах,—в 50%.

Таким образом эозинофilia далеко не является постоянным и верным доказательством присутствия эхинококка, так как, во-первых, она встречается и при других заболеваниях, как симптом анафилаксии (респираторной аллергии), во-вторых, может отсутствовать при несомненном эхинококке, как мы видели в нашем случае I. Некоторые авторы указывают, что эозинофilia, являясь результатом интоксикации содержимым пузыря (главным образом эндоглобулинами), появляется лишь тогда, когда токсины выделяются через оболочку гидатиды; в тех же случаях, когда эхинококк осумкован, или гидатида погибла и подверглась нагноению, эозинофilia не бывает. Отмечено затем, что эозинофilia, отсутствовавшая ранее при эхинококке, появляется после операции или после опорожнения пузыря и может наблюдаться в течение многих лет, как то имело место и в нашем I случае, когда до опорожнения пузыря мы ни разу не обнаружили у больного эозинофилов в крови, в марте же 1927 г., т. е. через год после опорожнения пузыря, эозинофилов оказалось в крови 2%; во II случае эозинофilia доходила после опорожнения пузыря до 15%.

Предложенная Weinberg'ом реакция отклонения комплемента, в виду некоторых технических затруднений и непостоянства результатов, не получила при эхинококке широкого практического применения, внутрикожная же реакция, благодаря своей простоте и доступности, может

быть рекомендована, и работы многих русских и иностранных авторов подтверждают ценность этой реакции для дифференциальной диагностики эхинококковых заболеваний. На ряде случаев эхинококка внутренних органов в нашей клинике и мы имели возможность убедиться в ценности данной реакции.

Опыт учит, что все вышеуказанные биологические реакции являются ценным подспорьем для клинициста и доказательными лишь в положительных случаях, отрицательный же результат их далеко не исключает наличия эхинококка, и только с этой оговоркой клиника может их использовать для своих практических целей. Более ценным и надежным методом является, конечно, рентгеноскопия. Можно с определенностью сказать, что при эхинококке легкого ни один из существующих методов не в состоянии так точно указать наличие, форму, местоположение и количество пузырей, как рентген. Эта рентгеновская картина настолько характерна, что редко дает повод к смешению эхинококка с другими заболеваниями. Обычно имеется округленная гомогенная тень, резко ограниченная от светлого легочного поля (наш сл. I). В тех случаях, когда пузырь не достигает больших размеров, проф. Неменов рекомендует следить за изменением его размеров при вдохе и выдохе: обычно при вдохе об'ем пузыря уменьшается. Что касается его конфигурации, то даже тогда, когда эхинококк сообщается с бронхом, он не теряет своей шаровидной формы, что дает возможность отличить его от абсцесса легкого. Натрел и Lenk указывают, что диагноз может сделаться затруднительным при локализации пузыря в верхней доле легкого, так как, по их мнению, в подобных случаях бывает иногда трудно поставить дифференциальный диагноз между эхинококком и аневризмой аорты. С этим, однако, трудно согласиться, ибо при внимательной рентгеноскопии в различных положениях больного, с обращением внимания на пульсацию, можно избежать этой ошибки. Некоторые затруднения для рентгеновского диагноза могут представить лишь редкие случаи овальных каверн, резко ограниченных от нормальной ткани легкого фиброзной капсулой: при наполнении мокротой эти образования могут дать основание для подозрения на эхинококк легкого, в чем мы могли убедиться в нашей клинике на двух случаях кавернозного тbc. В общем же вполне прав Behrenroth, говоря, что ему неизвестны случаи неосложненного эхинококка легкого, где бы рентген не дал ясного и определенного ответа на поставленный вопрос.

Некоторое значение имеет также рентгеновский метод и в деле распознавания дальнейшего течения болезни. В тех случаях, когда наступает перфорация пузыря, определяется постепенное спадение стенок его, а при дальнейшем его опорожнении рубцевание на месте бывшего эхинококка и полное излечение, как это было видно у нашего первого больного. Такие случаи самоизлечения изолированного эхинококка легкого, как уже выше указано, не представляют собой большой редкости. Еще старые авторы (Troussseau и Dieulafoy) указывали на опорожнение пузыря per vias naturales с благоприятным исходом.

Тем не менее вопрос о поведении врача и выборе метода лечения при эхинококке легкого до сих пор не может считаться окончательно разрешенным. Ряд авторов (Madelung, Perthes, Тихов, Спасоку́жопкий и др.) полагает, что во всех случаях эхинококка легкого наи-

более радикальным должен считаться хирургический метод лечения через широкую торакотомию. Однако статистические данные последнего времени все более и более убеждают нас, что % самопроизвольного выздоровления при выжидательном методе также весьма высок и не уступает результатам оперативного вмешательства. Так, Lehmann, сопоставляя Мекленбургскую статистику в 44 и Аргентинскую в 48 случаев, приходит к выводу, что результаты консервативного и хирургического лечения эхинококка легких равнозначны: 91% выздоровлений при консервативном и 89%—при хирургическом методе. Эти данные заставляют нас думать, что далеко не каждый случай изолированного эхинококка легкого подлежит оперативному вмешательству. Безусловно здесь требуется индивидуальный подход к больному, учет всей клинической картины, а в особенности—данные рентгеновского исследования, прежде чем передать больного в руки хирурга и подвергнуть его опасности операции. По Dévé операция является показанной, во-первых, тогда, когда под контролем рентгена процесс выздоровления значительно затягивается и осложняется повторными кровохарканиями, во вторых, при образовавшейся воздушной полости с постоянным гнойным выделением и ухудшением общего состояния больного. Выжидательный же метод Dévé рекомендует, во-первых, при небольших пузьрях, расположенных центрально, во-вторых, при неповрежденной кисте, протекающей без или с небольшим количеством выделения и расположенной глубоко в области hilus'a. Jeappe еще больше ограничивает показания к операции, полагая, что эхинококковая киста только тогда должна быть удалена хирургическим путем, когда она легко доступна и своими осложнениями непосредственно грозит жизни больного.

Только дальнейшее накопление материала интернистов и хирургов даст возможность уточнить поведение врача в каждом случае.

В заключение считаем нелишним подчеркнуть, что в настоящее время, когда широкая сеть противотуберкулезных учреждений пропускает большое количество легочных больных, необходимо помнить, что среди них имеется немало больных с новообразованиями, пневмокониозом, эхинококком и т. д. Эти заболевания могут ускользнуть от внимания врача и остаться нераспознанными в обычных условиях врачебной работы. Лишь тщательное изучение и длительное наблюдение больного, тонкий анализ всех клинических симптомов, рентген и интранадермальная реакция сделают возможным своевременное распознавание эхинококка легкого и тем самым освободят врача-интерниста от мысли о тbc там, где его нет.