

Из Хирургической клиники Гос. Института для усов. врачей в Казани.
(Зав. проф. В. Л. Боголюбов).

К распознаванию и патологии поддиафрагмальных нагноившихся эхинококков¹⁾.

Асс. И. Л. Цимхеса.

Эхинококковые заболевания за последние годы служили программными темами на краевых съездах русских хирургов (1 Северо-Кавказский и Закавказский съезды 1925 г.). Школа проф. Н. И. Напалкова целым рядом крайне интересных работ экспериментального и клинического характера оживила интерес к этому заболеванию, и этой школе обязаны мы богатыми достижениями в распознавании эхинококкоза у человека и патологии его.

Локализуясь чаще всего в печени (в 74,1% по Тер-Нерсесову), эхинококковые кисты могут располагаться в любой части ее—ближе к выпуклой или нижней поверхности печени, под брюшинным покровом, или глубоко в паренхиме органа. Соответственно местоположению паразита образуется выпячивание, и тем больше, чем ближе к поверхности органа расположен пузырь. На общее состояние человеческого организма наличие паразита не влияет, что в значительной мере затрудняет его распознавание. Если сравнительно легко нащупать кисту на передней поверхности печени, то почти невозможно обнаружить ее в поддиафрагмальном пространстве, в т. наз. „молчаливой зоне“ („zone silencieuse“ Dévé).

В зависимости от расположения эхинококка в печени находится и клиническая его картина. Чаще всего эхинококковая киста располагается под правым куполом диафрагмы. При положении эхинококкового пузыря близко к выпуклой поверхности печени, соответствующий участок диафрагмы легко оттесняется кверху, появляются одышка и чувство стеснения в правом боку. Обыкновенно начало заболевания просматривается большими, и они обращаются за помощью к врачу при опухании области правого подреберья, или же при наступлении осложнений в течении эхинококка печени. В последнем случае клиническая картина значительно изменяется: вследствие умирания паразита развивается картина внутреннего нагноения с повышением температуры, ознобами. Вместе с тем местно появляются болевые ощущения, краснота покровов. Нередко следует затем прорыв пузыря, и вовлекаются при этом в процесс прилежащие анатомические образования. Весьма частым осложнением при поддиафрагмальной локализации кисты является нагноение вследствие умирания эхинококковой глисты с прорывом пузыря в поддиафрагмальное пространство. Такие нагноившиеся эхинококковые кисты трудно отличить от поддиафрагмальных нарывов.

¹⁾ Сообщено 21/V 1927 г. на 95 Научном Собрании врачей Института.

Поддиафрагмальный нарыв является вторичным страданием и представляет собой, по данным целого ряда авторов (Senator, Magdl, Ланг и Финкельштейн) осумкованную полость с гнойным или гнилостным содержимым, иногда содержащим даже газ, и располагающуюся под куполом диафрагмы, между последней и прилежащими органами. Нарыв этот, как показывает огромный материал вскрытий, возникает, обычно, как следствие болезненного поражения (воспалительного и новообразовательного характера) органов живота и груди. Наиболее частой причиной возникновения поддиафрагмальных нарывов служат болезни желудка, сопровождающиеся изъязвлением или прободением его стенок, как рак и язва желудка; затем в нисходящем порядке идут заболевания червеобразного отростка слепой кишки, болезни печени и желчных путей, язвенный катарр кишек, болезни селезенки и женских половых органов, почек и околопочечной клетчатки, а также заболевания грудных органов. В некоторых случаях причина страдания остается неясной. Видную роль в таких случаях играет травма в анамнезе и прорыв нагноившейся эхинококковой кисты печени в поддиафрагмальное пространство.

В нашей клинике наблюдались два случая нагноившихся поддиафрагмальных эхинококков, представляющие некоторый интерес в смысле распознавания и патолого-анатомической картины.

Случай I. Больная С., 42 л., доставлена из Терапевтической клиники Института 9/IV 1927 г. с жалобами на кашель и боль в правом боку, в области правого подреберья. Считает себя больной семь недель. Заболела сразу: внезапно начались зноб и жар, появились затруднение дыхания, боль в правом боку, отдававшая в плечо, и кашель. При положении больной на спине, а также и при давлении рукой на левый бок, боли уменьшались. Кашель редкий, с мокротой. Все эти болезненные симптомы держались все время до поступления в клинику. За последние 2 года больная перенесла еще два подобных приступа болей в правом подреберье; приступы эти продолжались по 2 недели и сопровождались припуханием правого подреберья с иррадиацией болей в правое плечо.

Больная ниже среднего роста, правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледны и сухи. Лимфатические железы не прощупываются. Сердце: границы абсолютной тупости слева—на палец вправо от соска, справа—lin. sternal. dex., сверху—нижний край IV ребра. Пульс частый, малый. Межреберные промежутки справа сглажены, и правая половина грудной клетки несколько выпячена. У угла правой лопатки тупость и ослабленное дыхание; при положении больной на спине тупость проявляется, выше—тимпанит; спереди и справа, книзу от IV ребра, притупление, переходящее в тупость, выше—также тимпанит. Язык слегка оооложен, живот напряжен, defence musculaire правой половины его; здесь же легкая болезненность при пальпации. В области нормальной печеночной тупости—тимпанит, сменяющийся тупостью при вертикальном положении больной. Поверхность печени гладкая. Печень опущена, и нижний ее край находится ниже пупка. Исследование крови дало лимфоцитоз и отсутствие эозинофилов. В моче ничего патологического не обнаружено. Больная температурит.

9/IV под местной инфильтрационной анестезией произведены резекция X ребра справа и трансплевральная эхинококкотомия. Сначала резецировано ребро по средней и задней подмышечным линиям. В плевральной полости оказалось небольшое количество серозной жидкости. Листки реберной и диафрагмальной плевры вшиты в рану непрерывным швом. Пункция диафрагмы дала гнойную жидкость. По вскрытии гнойной полости в ней оказалось громадное количество сильно пахнущего гноя и десятка три различной величины эхинококковых пузырей. Хитиновая оболочка последних удалена, полость кисты промыта теплым физиологическим раствором. Тампон. Частично рана зашита отдельными шелковыми швами. Повязка. Послеоперационное течение осложнилось правосторонней пневмонией. Обильные гнойные выделения из раны, наблюдавшиеся в течение первых дней, потом постепенно прекратились, и больная выписалась из клиники с заживающей поверхностной раной.

Случай II. Больной У., 15 лет, доставлен 5 V 1927 г. из Терапевтической клиники Института с жалобами на боль в правом подреберье, кашель с мокротой

и общую слабость. Из распроса оказалось, что 2½ месяца тому назад у него внезапно появились боли в правом подреберье и затруднение дыхания; приступ болей продолжался около суток и сопровождался рвотой. С тех пор больной отмечает постоянные боли, временами обостряющиеся, в правой половине грудной клетки. Раньше никаких заболеваний, кроме кори, не переносил.

Больной среднего роста, правильного телосложения. Кожа бледная, губы и концы пальцев слегка цианотичны. Питание понижено. Правая половина грудной клетки несколько выпячена. Смещения сердца не отмечается, тоны чисты. Ослабленное дыхание справа. Печень неясно контурируется из-за напряжения в верхней части живота. Болезненность на 2 пальца ниже правого подреберья. Селезенка не прощупывается. Картина крови: лейкоцитов—8.900, палочкояд.—11%, сегментояд.—53%, эозинофилов—2,5%. Рентгеновское исследование: верхняя граница диафрагмы приподнята в виде полукруга выпуклостью кверху, движения правой диафрагмы незаметно.

6/V под местной инфильтрационной анестезией произведены резекция IX ребра справа и трансплевральная эхинококкотомия. Сначала резецировано ребро по средней подмышечной линии, затем вскрыта плевральная полость, и края реберного листка плевры подшиты к диафрагмальной плевре, причем особенно выпячивающийся участок диафрагмы оказался ближе к медиальной ее части. Пункция здесь дала мутную жидкость. При вскрытии полости вышли эхинококковые пузыри с гнойной, сильно пахнувшей жидкостью. Полость кисты была спаяна с диафрагмой только на незначительном участке. Хитиновая оболочка удалена, полость промыта теплым физиологическим раствором, вставлен тампон, рана сужена швами. Послеоперационное течение было гладкое, и больной выписался в хорошем общем состоянии, с почти вполне зажившей раной.

Приведенные случаи поддиафрагмальных нагноившихся эхинококков представляют большой клинический интерес в виду трудности их распознавания. По мнению Lescène'a и Mondor'a диагноз здесь не может быть поставлен до оперативного вмешательства. Langenbuch полагает, что дифференциальная диагностика между эхинококком верхней поверхности печени и поддиафрагмальными абсцессами в некоторых случаях бывает настолько затруднительна, что истинный диагноз может быть установлен лишь при операции или на секционном столе.

В обоих приведенных нами случаях внезапно появились боли в правом подреберье, отдававшиеся в правое плечо, затруднение дыхания и лихорадка послабляющего характера, наблюдались выпячивание правой наружной грудной стенки и сглаживание межреберных промежутков. Данные перкуссии и аускультации говорили за локализацию процесса в поддиафрагмальном пространстве. Печень была опущена. Рентгеновское исследование показало, что диафрагма в правой стороне высоко приподнята вверх и представляется в виде дуги, обращенной выпуклостью в направлении к грудной полости. Дыхательные движения отсутствовали. Отмеченный в анамнезе наших больных кашель, по мнению Троянова и Senator'a, указывает на поддиафрагмальную локализацию процесса и зависит от поражения п. phrenici. Шилтов считает характерным отсутствие эозинофилии при нагноившихся эхинококковых кистах. Вся совокупность этих симптомов вполне соответствует представлению о поддиафрагмальном нарыве, как вторичном страдании. Однако, из анамнеза обоих наших больных не удалось установить предшествовавшего заболевания, которое могло бы дать поддиафрагмальный нарыв. В таких случаях следует подумать, как указывает Добросмыслов, о нагноившемся эхинококке печени, развившемся под диафрагмой на выпуклой и верхней поверхности этого органа. Таким образом клиническая картина поддиафрагмального нагноившегося эхинококка складывается из симпто-

мов поддиафрагмальных нарывов и осложненного эхинококкоза. Большею частью эти заболевания распознаются во время операций.

В наших случаях оба больных страдали эхинококком печени, который мало их беспокоил. Затем наступило осложнение—умирание паразита с нагноением и прорывом пузыря в поддиафрагмальное пространство. С патолого-анатомической стороны здесь имела место следующая картина: в то время, как в I случае верхняя стенка кисты была спаяна на всем своем протяжении с диафрагмальной брюшиной, во II—наблюдался прорыв кисты в одном небольшом участке в поддиафрагмальное пространство. Обычно брюшина, выстилающая с одной стороны диафрагму, а с другой—печень, при воспалении дает сращения раньше, чем гной успевает пробить себе дорогу в поддиафрагмальное пространство. Так было в I нашем случае, где нагноившаяся киста быстро спаялась с брюшиной, покрывающей печень и диафрагму. Во II же случае мы имеем типичный поддиафрагмальный нарыв—осумкованный местный перитонит, где гной пробил себе дорогу в поддиафрагмальное пространство. Вследствие этого и пункция здесь удавалась на небольшом участке, а рентгеновская картина указывала на ограниченную полосу выпячивания.

Настоящим сообщением я считал нелишним подчеркнуть возможность возникновения поддиафрагмального нарыва на почве существующего эхинококкового заболевания.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Ф. Ф. Добросмыслов. Харьк. Мед. Журнал, том XXII, № 6, 1916.—2) И. П. Ланг. Дисс. Москва. 1895.—3) Б. К. Финкельштейн. Дисс. СПб. 1897.—4) Труды Съезда Хирургов Северо-Кавказского Края. 1925.—5) Труды Съезда Хирургов Закавказья. 1925.