

Кистовидная печень.

Прив.-доц. Н. В. Копылова.

Насколько часто приходится имѣть дѣло съ кистами печени паразитарнаго происхожденія, столь же рѣдко встрѣчаются въ печени кисты, въ коихъ паразитовъ не находится. Это страданіе столь рѣдко, что въ литературѣ описано не болѣе 20 случаевъ кистъ печени непаразитарнаго происхожденія, при коихъ примѣнялось хирургическое леченіе.

Различаютъ нѣсколько видовъ такихъ кистъ:

1) Ретенціонныя кисты, происходящія отъ задержки желчи въ ходахъ, описаны еще Virchow'ымъ.

2) Лимфатическія, описанныя впервые Ziegler'омъ, встрѣчаются крайне рѣдко.

3) Кисты, представляющія собою настоящія новообразованія, развивающіяся изъ желчныхъ ходовъ.

Такого рода страданіе печени, какъ уже указано мною, наблюдается очень рѣдко, и въ доступной мнѣ литературѣ удалось собрать лишь слѣдующіе случаи:

1) Sabourin описалъ два случая у женщинъ 55 и 40 лѣтъ, въ одномъ наблюдалось въ то же время кистовидное перерожденіе почекъ.

2) v. Kahlden—у 50 и 40 мужчины, у одного изъ нихъ также было пораженіе почекъ.

3) Sigmund—у 64 л. женщины.

4) Dmochowsky и Janowsky—у 48 лѣтней женщины.

5) Borst—у 7 мѣсячнаго ребенка.

6) Müller—у 20 мѣсячнаго ребенка.

7) Borrmann—у 48 лѣтняго мужчины.

8) Иконниковъ—у 44 лѣтней женщины. Исслѣдованія Иконникова, какъ и нѣкоторыхъ другихъ, не могутъ быть названы

точными, такъ какъ основаны на изслѣдованіи очень маленькихъ кусочковъ, вырѣзанныхъ во время операціи.

Исторія подобнаго случая, наблюдавшагося мною слѣдующая.

Наталя Н., крестьянка, 47 лѣтъ, чувствуетъ себя больной около 12 лѣтъ. Stpr. Питаніе ниже средняго, подкожный жирный слой атрофированъ, жалуется на тяжесть въ животѣ и боли въ правомъ подреберьѣ.

Печень представляется увеличенной, спускается на 3 поп. пальца ниже реберъ, по средней линіи достигаетъ пупка, около мечевиднаго отростка ощупывается флюктуирующая опухоль въ апельсинъ.

Со стороны грудныхъ органовъ и почекъ отклоненій не наблюдается.

10/VI 04 г. Лапаротомія съ разрѣзомъ по средней линіи отъ мечевиднаго отростка до пупка. При этомъ оказалось, что печень увеличена, на верхней поверхности ея нѣсколько выступовъ, на нижней—пузырь въ яблоко и нѣсколько пузырей по орѣху.

Большой пузырь вскрытъ, причемъ вышла слегка буроватая жидкость, стѣнки пузыря вшиты въ рану, и пузырь затампонированъ, остальная рана закрыта 2-хъ этажнымъ швомъ.

12/VI. Больная оправилась отъ операціи, отдѣленіе изъ пузыря незначительное.

14/VI. Т-ра нормальна, самочувствіе плохое вслѣдствіе слабости.

18/VI. Слабость увеличивается, больная отказывается отъ пищи.

20/VI. Скончалась при явленіяхъ истощенія и крайней слабости.

Вскрытіе: Трупъ средняго роста; плохаго питанія, слизистыя оболочки блѣдны, кожа буро-желтаго цвѣта.

Въ грудной полости: небольшія плевритическія сращенія праваго легкаго, сердце меньше средняго, стѣнки его тонки, вены и блѣдны.

Въ брюшной полости: печень доходитъ до пупка, правая доля ея на 2 поп. пальца ниже реберъ, края ея тупы, какъ бы закруглены, въ общемъ печень представляется больше, массивнѣе, на нижней поверхности ея киста, стѣнки которой сшиты съ наружной раной, кромѣ того тамъ же нѣсколько кистъ отъ кедроваго до волошкаго орѣха, наполненныхъ буроватой жидкостью.

Въ другихъ органахъ ничего особеннаго не замѣчено.

Печень по извлеченіи представляется болѣе массивной, толстой длина ея 24 сант., ширина правой доли 17 с., лѣвой 15 с.,

толщина правой доли 11 с., лѣвой 7 с. Края ея тупы, какъ бы закруглены. Верхняя поверхность ея представляется гладкой, какъ бы нормальной, нижняя—кромѣ вскрытой при операціи кисты, имѣетъ еще нѣсколько кистъ отъ кедроваго до волошскаго орѣха, наполненныхъ буроватою жидкостью. Капсула утолщена.

При разрѣзѣ печени въ продольномъ направленіи поверхность разрѣза представляется своеобразной. Верхняя часть имѣетъ видъ сплошной обычной ткани печени, пронизанной мелкими отверстиями отъ едва видимой величины до чечевицы. Приблизительно въ средней части печени подъ капсулой, что соответствуетъ правой долѣ, въ этой массѣ находятся двѣ полости съ куриный желтокъ и лѣсной орѣхъ. Полости лежатъ непосредственно подъ капсулой, причемъ послѣдняя надъ этимъ мѣстомъ представляется утолщенной, шероховатой съ ключьями фиброзной ткани.

Въ полости находится мягкая, студенистая, напоминающая свернувшійся бѣлокъ, масса сѣровато-бураго цвѣта; стѣнки внутри полости представляются равными и гладкими; меньшая полость имѣетъ бухтообразныя стѣнки, съ выступами на нѣкоторыхъ мѣстахъ. Въ болѣе глубокихъ мѣстахъ правой доли, подъ описанными кистами, находятся еще кисты большей величины, такого же характера, окруженные по периферіи болѣе мелкими, особенно съ правой стороны, далѣе вправо идутъ двѣ большія полости, изъ коихъ одна достигаетъ величины яблока.

Въ лѣвой, долѣ ближе къ нижней и верхней поверхности, находится по кистѣ значительной величины, причемъ верхняя достигаетъ самой капсулы.

Стѣнки кистъ мѣстами гладкія, мѣстами въ видѣ гребешковъ; промежутки между кистами различной толщины отъ нѣсколькихъ сантиметровъ до листа бумаги; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, какъ онѣ продырявливаются, и тогда кисты сливаются между собою. Стѣнки также различной толщины; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онѣ настолько тонки, что непосредственно соприкасаются съ тканью печени, въ другихъ же представляютъ фиброзныя утолщенія, пронизанныя мелкими отверстиями, принадлежащими мелкимъ сосудамъ и кистамъ.

Микроскопическое изслѣдованіе: въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ кисты развиты слабо, замѣчается большое количество желчныхъ ходовъ въ видѣ узкихъ или болѣе широкихъ трубокъ различной формы или лишь кружковъ, выстланныхъ низкимъ эпителиемъ. Они окружены соединительной тканью въ видѣ полосъ, расположенныхъ концентрически, причемъ наружные слои богаче кѣлками, по окружности видна мелкокѣлочковая инфильтрація. Въ общемъ картина напоминаетъ ф и б р о - а д е н о м у.

На нѣкоторыхъ мѣстахъ, большею частію на границахъ долекъ, наблюдаются круглыя или полукруглыя образованія изъ соединительной ткани, которыя вдаются въ дольки печени, отдѣляя печеночныя клѣтки въ сторону; среди соединительной ткани видны разрывы мелкихъ каналовъ, а по периферіи этихъ образованій замѣчается небольшая клѣточковая инфильтрація.

Сосуды имѣютъ нормальный видъ или расширены, стѣнки ихъ утолщены и окружены толстымъ слоемъ соединительной ткани.

На другихъ мѣстахъ вся ткань пронизана большими и маленькими кистами. Большія имѣютъ рѣже круглую, большею частію неправильную, со многими бухтами, форму, то съ прозрачнымъ содержимымъ, то наполненныя свернувшееся массою.

Стѣнки такихъ кистъ состоятъ изъ рѣзко ограниченной соединительной ткани, бѣдной клѣтками, безъ эпителиальнаго покрова. Стѣнки, какъ видно, часто прорываются, зачѣмъ слѣдуетъ снѣзаніе кистъ въ большія.

Болѣе мелкія кисты въ видѣ ходовъ, иногда расширенныхъ съ нѣсколькими бухтами и выступами, большею частію покрыты однослойнымъ, низкимъ, цилиндрическимъ эпителиемъ, часто эпителиальныя клѣтки совершенно отдѣлены отъ стѣнокъ и лежатъ въ просвѣтѣ канала въ видѣ извивающейся полосы. Между отдѣльными кистами иногда остаются лишь тонкія соединительнотканныя перегородки, иногда же довольно широкія промежутки заполнены соединительной тканью въ видѣ тонкихъ длинныхъ волоконъ.

Стѣнки кистъ среди печеночной ткани имѣютъ концентрическое строеніе изъ нѣсколькихъ слоевъ соединительной ткани, которая по периферіи содержитъ болѣе овальныхъ и круглыхъ клѣтокъ.

Что касается характера разсматриваемаго страданія, то почти всѣ изслѣдователи, занимавшіеся изученіемъ этого вопроса, Borst, Siegmund, Kahlden, Borrmann и друг. относятъ его къ разряду опухолей и считаютъ врожденнымъ.

Образованію опухоли предшествуютъ врожденные участки ея, состоящіе въ нарушеніи правильныхъ отношеній между эпителиемъ и соединительной тканью. При дальнѣйшемъ теченіи вслѣдствіе этой неправильности, является развитіе своеобразной опухоли, которая появляется на различныхъ мѣстахъ въ видѣ отдѣльных ограниченныхъ узелковъ, состоящихъ изъ эпителія, окруженнаго соединительной тканью.

Дальнѣйшее развитіе одни (Borst) приписываютъ эпителию и его выдѣленіямъ, а другіе (Borrmann) главную причину видятъ въ разрастаніи соединительной ткани, которой приписывается и дальнѣйшая роль въ измѣненіи характера новообразованія.

Съ разрастаніемъ эпителія и соединительной ткани новообразование приобрѣтаетъ видъ и характеръ фибро-аденомы.

Дальнѣйшія измѣненія состоятъ въ увеличеніи кистъ на счетъ ткани опухоли.

Увеличеніе это вызывается по мнѣнію однихъ (Janowsky) выдѣленіемъ и гибелью эпителія, по другимъ (Siegmund, Kahlden) вслѣдствіе задержки желчи; но преобладаетъ мнѣніе (Ribbert, Borrmann), которое главную роль приписываетъ разрастанію соединительной ткани и трансудаціи изъ сосудовъ, что и вызываетъ постепенное расширеніе кистъ, которыя иногда достигаютъ огромныхъ размѣровъ. Выстилающій стѣнки эпителій затѣмъ погибаетъ, и остается лишь очень тонкая стѣнка изъ соединительной ткани. Въ рѣдкихъ случаяхъ образуются одна или двѣ большихъ кисты, чаще же онѣ развиваются въ очень большомъ количествѣ и пронизываютъ всю печень.

И въ томъ и въ другомъ случаѣ образованіе кистъ совершается чрезвычайно медленно, и болѣзнь тянется нерѣдко десятки лѣтъ.

Благодаря рѣдкости страданія и столь медленному теченію, распознаваніе болѣзни представляетъ большія затрудненія; почти всегда истинный характеръ страданія распознается или во время операціи, или во время аутопсіи. Borrmann приводитъ случай, гдѣ больной страдалъ 18 лѣтъ, въ теченіи коихъ 10 разъ лежалъ въ терапевтической клиникѣ, а болѣзнь опредѣлена была лишь при вскрытіи.

Такъ какъ, по наружному изслѣдованію, болѣзнь подходит на эхинококкъ печени, то часто больнымъ совѣтуютъ подвергнуться операціи. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ образуется одна или двѣ кисты, болѣзнь даетъ довольно благопріятный результатъ.

Д-ръ Иконниковъ приводитъ таблицу изъ 21 случая оперированныхъ по поводу описаннаго страданія, и въ томъ числѣ 3 операціи произведено въ Россіи: 2 операціи проф. Бобровымъ и 1 операція проф. Федоровымъ.

Въ 15 случаяхъ операція дала благопріятный результатъ.

Примѣнялись 3 способа оперированія:

1) Проколъ кисты, приче́мъ во всѣхъ случаяхъ исходъ былъ неблагопріятный, такъ что этотъ способъ рекомендовать нельзя.

2) Удаленіе всей кисты съ оболочками возможно лишь при небольшихъ кистахъ въ особенно для этого удобныхъ случаяхъ.

3) Разрѣзъ кисты съ вшиваніемъ стѣночекъ въ брюшную рану. Этотъ способъ наиболѣе удобенъ. Онъ былъ примѣненъ и мною,

но такъ какъ въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло со множественными кистами, занимавшими большую часть печени, то разрѣзъ одной кисты, помѣщавшейся на нижней поверхности печени, не могъ дать благопріятнаго результата.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- Sabourin. Archiv de physiol. norm. et pathol. 1882 II.
v. Kahl den. Ziegl. Beiträge Bd. 13.
Sigmund. Virchow's Arch. Bd. 115.
Dmochowsky und I anowsky. Ziegl. Beiträge. Bd. 16.
Borst. Festschrift der med. Gesellschaft, Würzburg 1899. (Цитировано по Müller'у).
Müller. Virchow's Arch. Bd. 164.
Borrmann. Bibliotheca medic. C. Heft 13.
Lerpmann. Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 54.
Иконниковъ. Русск. Врачъ 1906 г. № 38.
Бобровъ. Большая киста печени. Хирургія 1898 № 19.
Дивавинъ. Къ симптоматологіи и діагн. кист. печени. Мед. Обозр. 1904 № 12.
Орловъ. Кисто-аденома печени. Хирургія 1903 № 11.
-