

ственно месту сращения с желудком, инфильтрирована опухольными массами. Опухольные массы с ткани селезенки распространяются на стенку кишки селезеночной кривизны, доходя до слизистой и образуя в ней дефект, длиною 5 см, через который содержимое поступает в брюшную полость. Жировая и собственная капсула левой почки инфильтрированы белыми опухольными массами, окружающими и сдавливающими мочеточник. Вес селезенки—2,910 г, длина—23 см, ширина—18 см, толщина—12 см.

Гистологический диагноз. Опухоль селезенки, полиморфноклеточковая саркома. В метастазах: в лимфатических узлах, печени, поджелудочной железе и желудке—опухоль имеет такое же строение.

Литература. 1. Березов, О функциях селезенки, 1925.—2. Духинова. Вест. хир. и погран. областей, т. XV, 1928.—3. Кастанаян, Болезни селезенки, 1937.—4. Лифшиц и Мельников, Клиника злокачественн. опухолей.—5. Петров, Злокачественные опухоли, т. II, 1934.—6. Фаерман, Болезни селезенки, 1928.—7. Frank, Americ. Journ. of the Medical sciences № 183, 1 p. 77 k., 1932.—8. Henri Stevenin, Andre Bergeret, Gui Albot, Jean Zelourdy, La presse médicale № 20, 1935.—9. Birman, Wien. klin. Wschr. 1924, № 48, S. 1257.—10. Eilckenbusch, Frankfurt. Zeitschr. f. Pathologie B 35, S. 464 1927.—11. Köhler., Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H¹/₂ S. 194, 1925.—12. Terzian, Med. J. a. Rec. 128, 526, 1928.

Поступила в ред. 23. VI. 1938 г.

Из Омской железнодорожной больницы (нач. д-р А. Н. Лавыдов) и госпитальной хирургической клиники (зав. доц. А. П. Попов) Омского медицинского института имени М. И. Калинина.

Случай гемангиосаркомы тонкой кишки.

С. Г. Сафронов.

Из терапевтического отделения Омской ж. д. больницы 29/IX 37 г. доставлена больная А-ва Е. С. (ист. бол. № 1989) 30 лет; заболела 25/IX 37 г. Без видимой причины появились боли в эпигастральной области с рвотой и отвращением к пище, которые резко нарастали и 28/IX врачом помощи на дому она была направлена в больницу. Дома, по указанию врача, больной ставилась клизма, после которой она чувствовала некоторое облегчение. В детстве никаких заболеваний не имела. В 1921 г. болела каким-то тифом, а в 1933 г. перенесла сыпной тиф. Замужем 9 лет, имела 3 нормальных родов и один аборт. Послеродовые периоды во всех случаях протекали нормально.

St. praesens. Больная среднего роста, правильного телосложения, довольно хорошо упитана. Слизистые и кожные покровы нормально окрашены. Температура нормальная, пульс ритмичный, хорошего наполнения, 90 ударов в 1'. Со стороны легких и сердца отклонений от нормы нет. Живот слегка вздут, несколько напряжен, болезнен при пальпации в эпигастральной области и слева от пупка. Временами слышно урчание, совпадающее с усилением боли. Симптом Валя выражен ясно. Печень и селезенка не пальпируются. Дно матки прощупывается на 2 пальца ниже пупка (берем. на 5 м-це). Выделений из половых органов нет. За 1½ часа пребывания в хирургическом отделении рвота повторялась несколько раз.

Живот вздут, отчетливый симптом Валя. Прямая кишка пуста, баллонообразно вздута. При пальпации в правой половине живота определяется опухоль. На основании вздутия живота, периодически возникающих схваткообразных болей в животе, высказано предположение о непроходимости кишечника обтурационного характера. Решено больную подвергнуть оперативному вмешательству (консультация доцентов Н. Н. Высоцкого и А. П. Попова).

В 8 часов вечера 29/IX 37 г, больная мною оперирована. Наркоз эфирный. Разрез по средней линии, начиная несколько выше пупка и до лобка. При

вскрытии брюшной полости обнаружены вздутые петли тонких кишок, серозно-кровоянистый выпот и колбасовидный инвагинат. Находящаяся в стенке тонкой кишки опухоль, выросшая в просвет кишки в виде полипа величиною с небольшое куриное яйцо, продвинулась на 15—20 см по ходу кишечника, увлекла за собою сначала стенку кишки у своего основания, а затем и всю кишку, инвагинировав ее. Осторожным сдвиганием влагалища и потягиванием за инвагинат кишка расправилась. Опухоль оказалась сидящей на толстой ножке и висящей в просвете кишки. Над основанием опухоли на серозной оболочке виден темный (некротический) участок величиною с 2-копеечную медную монету. Участок кишки с опухолью длиной около 20 см резецирован. Отрезки кишки соединены бок о бок по правилам кишечного шва. Брюшная полость закрыта плотными рядами швов наглухо.

Опухоль располагалась на полюсе тонкой кишки, противоположном прикреплению брыжейки; имела сероватый цвет, плотную консистенцию и мелко-бугристую поверхность. Размеры $6 \times 4,5 \times 3,3$ см. Ни распада, ни изъязвления на ее поверхности не было. Основание опухоли в виде слегка раздвоенной ножки занимало примерно $\frac{1}{3}$ окружности кишки, причем просвет кишки значительно сужен (пропускает лишь конец мизинца).

В 8 час. утра 30/IX, т. е. через 12 часов после операции, произошел самопроизвольный выкидыш плода женского пола с длиной тела около 25 см. Послед отошел через 1 час 15 мин.; кровотечение в пределах нормы.

9/X 37 г., т. е. на 9-й день, сняты швы. Небольшое нагноение в поверхностных лигатурах рубца.

Больная чувствует себя хорошо, свободно ходит и 15/X выписана в хорошем общем состоянии с нормальными кишечными отправлениями.

Патолого-анатомическое исследование. Опухоль располагается под слизистой оболочкой кишки, имеет ножку и выступает в просвет кишки. Микроскопически; опухоль состоит из рыхлой, богатой клеточными элементами ткани, пронизанной большим количеством тонкостенных сосудов, состоящих из одного слоя эндотелия. В просветах сосудов местами видна кровь. Между сосудами большое количество крупных клеток эндотелиального типа с сочными ядрами. Гиперемированная ткань опухоли обильно инфильтрирована гематогенными эозинофилами. Поверхность опухоли лишена эпителиального покрова.

Патолого-анатомический диагноз—гемангиосаркома тонкой кишки (проф. Г. С. Махулько-Горбачевич).

Опухоль, в данном случае исходящая из подслизистого слоя тонкой кишки, выросшая в виде полипа и оказавшаяся гемангиосаркомой, вначале могла быть врожденной гемангиомой. Под влиянием нарушенного питания и раздражения кишечным содержимым могла дать злокачественный рост. Нарушение питания могло быть обусловлено перегибом опухоли, висящей в просвет кишки. Кроме того, надо учесть, что наша больная в момент болезни имела беременность. Последняя, по Петрову, может ускорять рост гемангиом. Этот момент вместе с другими, описанными выше, мог быть стимулом для возникновения злокачественного роста.

Саркома кишечника не частое заболевание. Верещинский приводит статистику, по которой 33 саркомы кишечника встретились на 54.000 вскрытий. По данным Нотнагеля саркома кишечника встречается в 20 раз реже рака. По данным проф. Ратнера за 17 лет (1907—1925) в литературе было описано 39 сарком тонких кишок, 9—илеоцекальной области, 5—червеобразного отростка, 15—толстой кишки и больше 9) случаев сарком желудка. На основании этих данных он пришел к выводу (вопреки существовавшей ранее статистике Корнер и Фэрбенк), что саркомы желудка занимают первое место, а саркомы тонких кишок стоят на втором месте.

Саркомы тонких кишок, кроме Ратнера, описаны Фисановичем—1 случай, Прибытковым—1 случай, Смирновым—2 случая.

В случае Фисановича была лимфосаркома, а в случаях Ратнера, Прибыткова и Смирнова были круглоклеточковые саркомы.

Верещинский, приводя статистику Штемлера в 152 случая сарком тонких кишок, ангиосаркому отметил 1 раз. Кадьян, распределяя данные Либмана в 51 случ. в отношении возраста, отметил один случай ангиосаркомы тощей кишки врожденного характера.

Более частыми гистологическими разновидностями сарком тонких кишок, по

Ратнеру, являются: круглоклеточковая саркома, лимфосаркома и веретенообразноклеточковая саркома. Из всех сарком тонких кишок, по Верещинскому круглоклеточковые саркомы составляют 46,4%, лимфосаркомы 25% и веретенообразноклеточковые 13%. Наиболее редкими являются миксосаркома, ангиосаркома и меланосаркома (Ратнер, Верещинский). Саркомы кишечника обычно протекают злокачественно.

Исходят саркомы чаще всего из слизистого или подслизистого слоев, реже из серозной оболочки.

Кишечный просвет в области расположения опухоли при саркомах тонких кишок в большинстве случаев находят расширенным. В меньшем ряде случаев кишечный просвет оказывается суженным. Некоторые авторы такие сужения находили в 50 и даже в 75% случаев (Смирнов).

Диагносцировать саркому тонких кишок чрезвычайно трудно и ранняя диагностика почти невозможна. Мысль о саркоматозном заболевании тонкой кишки может возникнуть только тогда, когда при пальпации живота прощупывается опухоль. По материалу Бондарева на 84 случ. лишь в одном случае был поставлен правильный диагноз. По материалу Ратнера один правильный диагноз был на 39 случаев.

Смирнов в первом из своих 2-х случаев сарком тощей кишки, когда прощупывалась плотная подвижная опухоль с головку новорожденного, до операции поставил диагноз злокачественной опухоли тонких кишок, а во втором, когда опухоль пальпаторно не прощупывалась, предположил язву 12-перстной кишки. Гистологически же в обоих случаях оказалась круглоклеточковая саркома тощей кишки и величина опухоли во втором случае была с грецкий орех.

Не все разновидности сарком тонкой кишки быстро распадаются и изъязвляются, а если это так, то не всегда можно рассчитывать на наличие крови в испражнениях.

Более надежным, казалось бы, должен быть симптом резкого и быстрого похудения. Это, повидимому, бывает тоже не при всяких разновидностях сарком. Примером этого может быть наш случай: наша больная хорошо упитана и если имелось некоторое ослабление питания, то это надлежит поставить в связь с развившейся у нее в течение 4 дней подострой формой кишечной непроходимости, которая выразилась в инвагинации тонкой кишки. Инвагинация при саркомах тонких кишок является наиболее частым осложнением и по сравнению с раковым заболеванием является характерным отличительным признаком саркомы кишечника. Она легче происходит в тех случаях, где небольшая саркома кишки имеет полипообразную форму—сидит на ножке. Наш случай кишечной инвагинации и был именно вызван такой опухолью.

Лучшим методом лечения сарком тонких кишок является ранняя радикальная операция в виде резекции пораженного участка кишки. К сожалению, ввиду несвоевременной диагностики, она применяется не часто. По данным Рейнвальд (по Верещинскому) из 45 случаев оперировано лишь 18 (40%). Немилов собрал 61 случ., оперированных в различных лечущих учреждениях, причем радикально оперированы 48, а в 15 случ. была произведена лишь пробная лапаротомия. В 30 случ. отмечено непосредственное клиническое выздоровление, а последующая продолжительность жизни после пробного чревосечения определена в 2 месяца.

Наша больная наблюдалась в течение 6 месяцев. Не смотря на то, что за этот период времени она перенесла пневмонию, остается клинически здоровой и прибыла в весе. Продолжает находиться под наблюдением.

Поступила в ред. 16. X. 1938 г.