

После снятия швов найдены 2 полости с гладкими поверхностями, расположенные между листками брыжейки нисходящей и сигмовидной кишки. Киста, расположенная в брыжейке сигмовидной кишки с голову взрослого человека, а другая— вдвое меньше.

Брыжеечные кисты, судя по литературным данным, встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Брыжеечные кисты располагаются в преобладающем большинстве случаев в брыжейке среднего и нижнего отдела тонкого кишечника, хотя нередко встречаются и в брыжейке поперечно-ободочной кишки (Байдалов, Черепкин, Тартаковский). Зипунный описал случай эхинококковой кисты брыжейки аппендикса.

Наш случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки является редким по локализации. В отечественной литературе мы описания подобных случаев не нашли. Различное по характеру содержимое кисты, серозная жидкость в большой кисте и геморагическая жидкость в малой кисте, а также разность толщины стенок кист, вероятно, могут быть одним из признаков различной давности образования кист в нашем случае.

Дооперационный диагноз брыжеечных кист ставится чрезвычайно редко. Как видно из литературы, больные поступали на операцию с различными диагнозами: опухоль почки, киста яичника, болезнь Гиршпрунга, туберкулезный перитонит, илеус, аппендицит, а в ряде случаев брыжеечные кисты явились случайной находкой во время операций по другому поводу. По литературным данным рецидивов после удаления брыжеечных кист не бывает. Из осложнений следует отметить нагноение кисты, причем считается, что инфекция при нагноениях кист идет из просвета кишки. Давление кисты на стенку кишки может вызвать атрофию последней на месте давления и прорывание стенки кишки с последующим истечением содержимого кисты в просвет кишки.

В 1929 г. в госп. хир. клинике Смол. мединститута я имел больного, 47 лет, с подвижной опухолью в правой подвздошной области, которая периодически исчезала, и в момент ее исчезновения в кале больного появлялись эхинококковые пузыри. Больной положен в клинику с опухолью, которая на следующий день исчезла, а больной показал нам испражнения с большим количеством эхинококковых пузырей. Больной выписался без операции. Ушибы, давления, неосторожная пальпация живота могут повести к разрыву брыжеечной кисты.

Черепнин описал случай разрыва кисты брыжейки поперечно-ободочной кишки при пальпации ее во время рентгенографии почки. Нередко больные поступают на операционный стол с явлениями острого живота.

Лечение брыжеечных кист оперативное. Из оперативных способов следует отметить: а) удаление кисты с последующим зашиванием отверстия в брыжейке, б) вскрытие полости кисты, дренирование или тампонада ее с вшиванием стенки кисты в брюшную рану, так наз. марсупиализация; в) удаление кисты с резекцией кишки.

Вельяминов предлагает вскрывать кисту и опускать ее в брюшную полость. Большинство авторов считает наилучшим способом лечения удаление кисты с последующим зашиванием отверстия в брыжейке или способ марсупиализации, при которых наблюдается наименьший процент смертности (по Филиппову 15,8%, по Холмскому 13%). При удалении кисты с резекцией кишки смертность достигает по Филиппову 42%, по Холмскому—33%.

Благовещенск-на-Амуре, 2-я гор. больница.

**Б. Ф. СМЕТАНИН**

## **Киста брыжейки тонкого кишечника**

Из факультетской хир. клиники педиатрич. факультета (директор засл. деятель науки РСФСР проф. И. В. Домрачев) Казанского государственного медицинского института

Одним из интересных вопросов патологии брюшной полости является вопрос о брыжеечных кистах кишечника. Интерес к этому отделу патологии брюшной полости определяется: редкостью этого вида патологии, трудностью диагностики брыжеечных кист, неясностью их патогенеза в ряде случаев и значительной сложностью оперативных мероприятий при их лечении.

Из опухолей брыжейки кишок кистовидные являются самыми частыми. По статистике Ведин'a на кистовидные опухоли падает 78,8% и на плотные — 21,2%. Кисто-

видные опухоли чаще всего встречаются в брыжейке тонких кишок. Berger из 137 случаев кист брыжейки насчитывает 122 случая кист брыжейки тонких кишок и 15 случаев брыжейки толстых кишок. У женщин брыжеечные кисты встречаются значительно чаще, чем у мужчин.

В доступной мне литературе я нашел количество описанных брыжеечных кист превышающее 300 случаев. Из этого количества примерно половина падает на серозные и хилезные кисты. Диагностика брыжеечных кист трудна, что признается многими авторами. По статистике Холмского видно, что на 82 собранных им случая брыжеечных кист правильный диагноз до операции был поставлен 3 раза и предварительный 4 раза.

Поводом к настоящему описанию является случай редкой формы кисты, развившейся из расплавленной жировой дольки брыжейки тонкой кишки.

14/X-36 г. в хирургическую клинику поступила больная Д. (история болезни № 350), 39 лет, работница пошивочной фабрики, с жалобами на постоянные боли в левом подреберье, которые периодически обостряются, и на частые перемежающиеся запоры. Считает себя больной 5 месяцев. Заболела внезапно. При акте мочеиспускания почувствовала резкую боль в левом подреберье. Острые боли стихали после лежания в постели в течение 2 часов, но тупые боли держались до поступления в клинику. Больная в детстве развивалась нормально, менструации появились с 15 лет, 18 лет вышла замуж, имела одну беременность, которая закончилась нормальными родами. Перенесла брюшной тиф, острый аппендицит, по поводу чего была произведена аппендектомия.

Объективные данные: больная среднего роста, хорошо сложена и упитана. Легкие, сердечно-сосудистая система в пределах нормы. Живот мягкий, не вздут. При пальпации живота определяется опухоль, величиной с яблоко, круглой формы, равномерно плотной консистенции, свободно выводимая рукой из левого подреберья к средней линии живота, книзу и вверх, в косто-вертебральный угол.

Опухоль связи с genitalia не имеет. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: желудок нормотоничен, нижний полюс расположен на гребешковой линии, дефектов наполнения не обнаружено. Pylorus проходим. Bulbus duodeni без изменений, болевая точка в подложечной области. Через 24 часа после приема бариевой каши: контрастная масса выполняет тракт толстых кишок до flex. sigmoideus; отмечается опущение flex. hepatica. Секрция желудка нормальна. Моча: удельный вес 1,011, кислой реакции, следы белка, в осадке единичные эритроциты и лейкоциты. Хромоцистоскопия: устье левого мочеточника слегка гиперемировано, отечно, из устья левого мочеточника индигокармин появился через 10 мин., из устья правого мочеточника через 5 мин. после введения.

Ввиду неясности диагностических признаков был поставлен диагноз опухоли кишечника или опухоли подвижной почки типа гидронефроза; поэтому решено было при операции идти поясничным разрезом в расчете на одновременное обследование почки и брюшной полости. 23/X—операция (профессор И. В. Домрачев). Под местной инфильтрационной анестезией по способу проф. А. В. Вишневого разрезом Бергмана обнаружено, что левая почка в нормальном состоянии. Разрез несколько удлинен, вскрыта брюшная полость. В рану легко вывихнулась опухоль, величиной с яблоко, которая расположена между листками брыжейки тонкой кишки, у основания последней. После иссечения незначительных спаек на поверхности брыжейки, линейным разрезом от кишки к основанию брыжейки, вскрыт передний листок последней. Опухоль тщательно отпрепарована безкровным путем, т. е. ни один брыжеечный сосуд не был поврежден; удалена целиком без нарушения стенок кисты. На рану брыжейки наложен непрерывный кетгутовый шов, а потом все слои были зашиты наглухо. Удаленная опухоль была круглой формы, в 24 см по окружности, туго эластической консистенции, содержала жидкость молочного цвета в количестве 120 см<sup>3</sup>. При микроскопическом исследовании жидкости все поле зрения было занято мелкими жировыми каплями и единичными лимфоцитами. Жидкость кислой реакции, белка в ней нет. При микроскопическом исследовании (производителю закл. деятель науки профессор И. П. Васильев) стенка кисты толщиной 3—5 см состоит из нескольких слоев соединительной ткани, пронизанной кровеносными сосудами. Выстлана псевдоксантомными клетками, покрытыми эндотелием. На основании наличия в структуре стенки кисты псевдоксантомных клеток и физических свойств жидкости кисты можно считать, что киста развилась из расплавленной жировой дольки брыжейки.