

Редкий случай энтерокистомы.

М. В. Елкина,

старшего ассистента Акушерской клиники Гос. Института для усовершенствования врачей в Ленинграде.

30 IV 1925 г. в заведываемое мною гинекологическое отделение больницы имени Мечникова поступила больная А. А., 27 лет, с жалобами на быстрый рост опухоли в животе и на затрудненное дыхание. Больная—финка, плохо говорит по-русски, почему подробный анамнез собрать было невозможно.

А.—выше среднего роста, пониженного питания. Кожа и слизистые оболочки у ней бледноваты. Менструирует с 19-ти лет, по 3 дня, через 4 недели, без болей. На 21-м году, т. е. 6 лет тому назад, месячные прекратились, и с этого времени больная стала замечать, что у нее увеличивается живот. Год тому назад в уездной больнице больной пункцией живота была выпущена жидкость. Больная—незамужняя, но половой жизнью жила.

Наружное исследование: живот громадных размеров, повсюду равномерно выпяченный; окружность его равна 105 см., расстояние от лона до мечевидного отростка—54 см.; при ощупывании стенки его повсюду представляются равномерно напряженными, и повсюду определяется отчетливая флюктуация; перкуссия живота везде дает тупой звук за исключением задних его отделов, по бокам от позвоночника, где имеется тимпанит; при боковом положении больной смещения перкуторных тонов почти не отмечается.

Бимануальное исследование показало, что шейка матки оттеснена к лону, тело матки не определяется, внутренними пальцами через задний свод ощупывается нижний сегмент эластической опухоли, с неровной, бугристой поверхностью, распространяющейся вправо и влево: флюктуация с верхних частей опухоли в нижний отрезок ее, прощупываемый в заднем своде, не передается.

Предположительный диагноз—пролиферирующая киста яичника. 3/V консультация с терапевтом. Пульс—120, слабого напряжения; верхняя граница сердца по нижнему краю III ребра (сердце оттеснено вверх), правая граница—по *lin. sternalis sin.*, левая заходит за сосковую линию; систолический шум на верхушке и у основания. На верхушках легких небольшой выдох, сзади и слева внизу небольшое количество влажных хрипов (повидимому, застойного характера). Моча без особых отклонений. Реакция оседания эритроцитов 30 минут.

4/V операция под смешанным хлороформно-эфирным наркозом. Разрез по средней линии от лона до пупка, увеличенный впоследствии на 2 пальца выше пупка. Вскрыты кожа и апоневроз. Брюшины, как таковой, не оказалось,—предположено, что она тесно спаяна с кистой. Сделав по опухоли надраз предполагаемой брюшины и отделив ее на некотором расстоянии от стенки кисты, я выпустил троакаром из кисты около 7—8 литров слегка голубоватой, опалесцирующей жидкости, после чего уменьшенная в объеме киста без труда была выделена по всей ее периферии от прилежащих к ней тканей. Ножки кисты нигде не обнаружены, только слева, на палец от разреза и пальца на 2—3 ниже пупка, в том пласте, который был принят за брюшину, со стороны брюшной стенки подходила питающая кисту сосуды. Это место перевязано. По выделении кисты оказалось, что брюшинная полость нигде не вскрыта. Опухоль, лежавшая между брюшной стенкой и брюшиной, располагалась симметрично, отделив брюшину на одинаковое расстояние как вправо, так и влево. Под утолщенной, резко гиперемизированной, отслоенной от брюшной стенки брюшиной наглад видны были движения кишечных петель и желудка, а рукой ощущивались все брюшные органы. Через ту же брюшину в полости малого таза определялась небольшая матка, а позади ее—эластической консистенции образование значительной величины, напоминавшее сактосальпинкс. В толще брюшной стенки слева от разреза, на расстоянии 3—4 попе-

речных пальцев книзу от пупка, находилась опухоль величиной с небольшое куриное яйцо. При выделении ее из подлежащих тканей опухоль эта вскрылась, и из нее вытекла густая гноевидная жидкость. В виду того, что часть последней попала в бывшее вместилище кисты, я, во избежание инфекции брюшины, не решился вскрыть брюшную полость для удаления придатковой опухоли. Во вмещающую кисту полость, в целях профилактики возможной ее инфекции попавшим гноем, влило 100 кб. см. эфиру, затем избыток кожи и апоневроза был резецирован вместе с пупком от лона до мечевидного отростка, и апоневроз шит катgutовым непрерывным швом, поверх которого шиты шелковыми узловатыми швами края разошедшихся прямых мышц, без вскрытия их влагалищ. На кожу наложены серфины. Через верхний и нижний углы раны в полость введены стеклянные дренажи, и наложена брюшная повязка с большим количеством ваты. После того больная была переведена в положение для влагалищного удаления придаткового образования, и сделана задняя кольпотомия. Позади матки, справа и слева, оказались сплошь запаивающие двухсторонние тубоовариальные кисты. По выделении опухолей из спаек и удалении их оказалось, что при этом была вскрыта полость, где располагалась удаленная через брюшной разрез большая киста, полость же живота, отграниченная от полости малого таза складками между кишечными петлями, оказалась не вскрытой. Через заднее кольпотомическое отверстие в полость, где была большая киста, выведен стеклянный дренаж, и отверстие заднего свода зашито с боков. Влагалище затампонировано. По окончании операции дренаж из нижнего угла раны, как потерявший уже свое значение в виду введения дренажа через влагалище, был удален. В полости удаленной большой кисты оказалось еще около 4 литров жидкости.

В послеоперационном периоде не обнаружилось никаких явлений со стороны кишечника и брюшины. В течение первых 6 дней были, правда, повышения t° , зависевшие от незначительного экссудативного процесса у придатковых культией, но закрытие громадной полости между брюшной стенкой и брюшиной произошло совершенно гладко. 28/V, т. е. на 24-й день после операции, больная выписалась в хорошем состоянии, значительно поправившейся в смысле упитанности, без наличия экссудатов в малом тазу.

Описываемая нами киста располагалась, как оказалось при операции, в брюшной стенке, между мускулатурой и брюшиной и занимала срединное положение, т. е. распространение ее в стороны от белой линии было одинаково. Подобное положение могут занимать или кисты *urachus'a*, или же одна из редчайших форм энтерокистом.

В 1862 году известный анатом *Luschka*, на основании подробного изучения строения *urachus'a*, найдя во многих случаях просвет последнего незакрытым и дающим самой разнообразной формы выпячивания, высказал предположение, что из этих мелких выпячиваний зародышевого мочевого протока могут развиваться более крупные кисты, прилегающие к передней брюшной стенке. Вскоре после этого в печати были описаны кисты, которые авторы считали исходящими из мочевого протока (*Hoffman, Heinecke, Roser, Wolff, Schatz*). Все эти случаи в 1883 г. были подвергнуты строгой критике *Wutz'em*, хотя последний и присоединился к мнению *Luschka* о возможности образования в *urachus'e* больших кист, представляющих хирургический интерес. В 1886 г. *Lawson-Tait*ом было описано 12 случаев оперированных им кист *urachus'a*. Впоследствии, в 1906 г., английский автор *Weiser* опубликовал сводную статистику кист *urachus'a* в количестве 86 случаев (*Ann. of surgery*, 1906, octob.). Из русских авторов один случай описан проф. Ф. К. Вебером в „Хирургическом Архиве Вельяминова“ за 1911 г., кн. 5.

Не имея намерения исчерпывающим образом приводить всю литературу по кистам *urachus'a*, ибо это не входит в мою задачу, я остановлюсь вкратце на характерных признаках этих опухолей. Величина

кист *urachus*'а колеблется от голубиного яйца до головы новорожденного. Располагаются они между пупком и верхушкой мочевого пузыря. Содержимое их бывает различное: серозное, серозно-кровянистое, коллоидное и гнойное; в случаях, где кисты развились из нижнего отдела *urachus*'а и сообщались с пузырем, содержимое это имело характер более или менее измененной мочи. Кисты *urachus*'а связаны с верхушкой мочевого пузыря остатком пузырного конца *urachus*'а. Микроскопическое строение: внутренняя поверхность выстлана полиморфным многослойным эпителием, напоминающим собой эпителий мочевого пузыря, затем следуют *membrana basilaris* и наружный волокнисто-мышечный слой. Бывают кисты *urachus*'а, отпнуровавшиеся от мочевого протока; в таких случаях их диагноз может быть установлен только на основании микроскопического исследования.

Энтерокистомы представляют из себя также зародышевые опухоли, исходным пунктом для которых является т. наз. *ductus omphalo-mesentericus*. Происхождение этих опухолей следующее: нормально уже вначале 2-го месяца у зародыша *ductus omphalo-mesentericus* облитерируется на всем своем протяжении; в редких случаях канал его облитерируется не по всему протяжении, в протоке остается полость, слизистая оболочка которой продолжает выделять секрет; секрет этот, растягивая полость, и дает начало образованию кистовидных опухолей, носящих название энтерокистом.

По заключению F. Colmers'a (Arch. für klin. Chirurgie, 1906, Bd. 79) в зависимости от того, в какой части проток отпнуровывается, кисты его могут быть расположены: 1) в брюшной стенке между мускулатурой и брюшиной, 2) на выпуклости кишки субсерозно и 3) при атипическом прохождении протока — интрамезентериально.

W. Schildhaus (Virchow's Arch. für path. Anatomie, 1923, Bd. 244) дает следующую схему всех уродств, происходящих из желточного протока: I. Желточный проток остается открытым на всем своем протяжении, — фистула желточного протока. II. Остается внутренний кишечный конец его, — дивертикул Мескел'я. III. Остается средний отрезок желточного хода, — энтерокистомы; последние могут оставаться в соединении: а) с кишечником и пупком, б) с одной кишкой и в) с одним пупком. IV. Остается наружный пупочный конец желточного хода, — пупочные полипы: а) с центральным каналом и б) с пролябирующей наружу слизистой. V. Кисты в брюшной стенке, выстланные слизистой кишки.

Пятая группа есть наиболее редкая форма энтерокистом. Энтерокистом этой группы в литературе описано всего 6 случаев; привожу их краткое описание:

1) Случай Colmers'a. В пупочной области брюшной стенки имелась опухоль величиной с куриное яйцо, состоявшая из одной большой и двух маленьких кист. Содержимое кист — густая желтоватая жидкость с бесцветными слизеподобными массами. Большая киста была лишь местами выстлана эпителием в то время, как стенка маленьких кист была сплошь покрыта высоким цилиндрическим эпителием.

2) Случай Zunwinkler'a. В брюшной стенке 7-летнего ребенка была найдена круглая киста с вишневую косточку, голубоватого цвета, выстланная цилиндрическим эпителием, кишечными ворсинками и либеркюновыми железами. Кнаружи в два слоя располагалась мускулатура.

3) Случай Roser'a. Из пупочного отверстия вытекала слизистая, водянистая жидкость. В вытекающей жидкости находится цилиндрический эпителий. При

рассечении каллозного соединительнотканного участка, удаленного при операции, обнаружена слизистая полость. Под микроскопом обнаружены либеркюновы железы и кишечные ворсины.

4) Случай Dubs'a. Опухоль величиной с голубиное яйцо, располагавшаяся у пупка, между мышцами и брюшиной, с желтоватым, мутным, слизистым содержанием. Тонкая стенка опухоли была выстлана атрофичной мукозой, напоминавшей слизистую кишки.

5) Случай v. W y s's'a. При вскрытии обнаружена, несколько сбоку от пупка, киста величиной с боб, расположенная между мускулатурой и брюшиной, наполненная желтой студенистой слизью, содержащей большое количество гомогенных блестящих шаров с концентричной слоистостью и, кроме того, клетки мерцательного эпителия. Стенка кисты состояла из плотной соединительной ткани и покрыта была этим же эпителием. По мнению Schildhans'a этот случай неправильно отнесен к описываемой форме.

6) Случай Schaad'a. Ниже пупка имелась опухоль величиной с детскую головку, туго-эластической консистенции, хорошо ограниченная, относительно подвижная. При вскрытии была найдена киста величиной с яблоко, которая через маленькое отверстие соединялась с другой кистой. Содержимое большой кисты было шоколадного цвета, мутное, с холестеарином, детритом и жировыми каплями; такое же содержимое было и в меньшей кисте. Стенка большой кисты оказалась покрытой высоким цилиндрическим эпителием, в маленькой же кисте эпителий отсутствовал.

В русской литературе нам удалось найти только сообщение Блюменталь, из Госпитальной Хирургической клиники Московского Университета, опубликованное в „Новом Хирургическом Архиве“ за 1923 г., № 9. Автор описывает свой случай энтерокистомы величиной с кулак, располагавшейся за брюшиной в илеоцекальной области; внутренняя поверхность кисты была выстлана цилиндрическим эпителием, причем в некоторых местах имелись и железы. Блюменталь отмечает, что в литературе описано всего 41 случай энтерокистом; из этого числа в 20 случ. имелись опухоли в области типического отхождения желточно-кишечного протока, выше илеоцекальной заслонки, в 15 случаях энтерокистомы располагались интермезентериально, в 3 случаях они локализовались внебрюшинно и в 4—в предбрюшинной клетчатке, в области пупка, т. е. как и в нашем случае.

На основании всего сказанного описываемый нами случай мы должны дифференцировать между кистами urachus'a и энтерокистомами, располагающимися в брюшной стенке между брюшиной и мышцами. Содержимое кист не представляет чего-либо характерного как для тех, так и для других опухолей, почему натура опухоли может быть выяснена только путем микроскопического исследования ее стенок, причем характерным для энтерокистом является присутствие на внутренней поверхности цилиндрического эпителия и желез. Как видно из описания случаев, железы, однако, могут и отсутствовать, а типичный высокий цилиндрический эпителий кишечника может деформироваться в низкий и в больших опухолях может покрывать стенку лишь частично, или даже вовсе отсутствовать.

Стенка кисты в нашем случае состояла из соединительной ткани, в которой местами сохранились пучки гладких мышечных волокон. Внутренняя поверхность местами была выстлана низким цилиндрическим или высоким кубическим эпителием. Исследование гноевидного содержимого маленькой опухоли брюшной стенки под микроскопом обнаружило наличие детрита и жировых капель. К сожалению препарат этой маленькой опухоли был затерян, и стенка ее не могла быть исследована.

Расположение опухоли в нашем случае и данные микроскопического исследования дают нам право диагностировать в этом случае энтерокистому V группы по схеме Schildhans'a. По колоссальным размерам опухоли наш случай представляется единственным в литературе.

Описанный случай представляет больший интерес для хирурга, чем для гинеколога. Но и для гинекологов подобные опухоли представляются небезынтересными хотя бы уже потому, что они могут быть смешаны с кистами яичника. Как кисты uterulus'a, так и энтерокистомы описываемой формы с полным правом могут быть отнесены к хирургии пограничных с гинекологией областей, с каковой гинекологу необходимо иметь знакомство.
