

## К вопросу об опухолях брыжжейки<sup>\*</sup>).

Завед. отд. А. А. Георгиевского.

Мировая литература насчитывает не больше 4—5 сотен опухолей брыжжейки кишек различного характера, причем большинство приходится на опухоли кистозные и лишь около четвертой части—на плотные. По статистике Попова (из клиники проф. Федорова) последних опубликовано всего 134, в том числе злокачественные опухоли имелись в 75 случаях, а именно, саркомы—в 69 случаях и раки—в 6. Из доброкачественных опухолей здесь чаще встречаются фибромы (28 случаев), реже аденомы и нейромы (по 1 случаю).

Диагностика этих опухолей чрезвычайно трудна. Достаточно познаться с таблицами Хомского, дабы убедиться, что большинство хирургов, приступая к операции по поводу опухоли брыжжейки, не только не имели точного диагноза, но и никакого, если не считать за диагноз слова „опухоль брюшной полости“. На 82 случая кистозных опухолей брыжжейки правильный диагноз был поставлен всего 3 раза. предположительный—4, в остальных случаях кисты брыжжейки принимались за аппендицит, туберкулезный перитонит, хроническую кишечную непроходимость, чаще за кисту яичника, а еще чаще больные шли на операционный стол вовсе без диагноза. На 44 случая сарком правильный диагноз был поставлен лишь в 7 случаях и в таком же числе—предположительный.

Что касается симптомов опухолей брыжжейки, то наиболее характерными, такими симптомами, по которым с известной степенью вероятности до операции можно поставить диагноз опухоли брыжжейки, считаются: 1) подвижность опухоли, 2) тимпанит над нею, 3) отсутствие значительных расстройств функции кишечника и 4) срединное положение. Первый признак, однако, имеет слишком общий характер, так как он весьма часто встречается при всевозможных опухолях брюшной полости, обладающих меньшей подвижностью, напр., при опухолях яичников, саленника, при блуждающей почке и пр., а потому он совершенно ненадежен. Так же мало надежен и второй признак—тимпанит над опухолью, так как он наблюдается и при других опухолях. Если можно согласиться с заявлением Хомского, что при кистах яичника „нет зоны тимпанического звука между опухолью и лобком“, так как подобная зона иногда имеется при небольших подвижных опухолях яичника, сидящих на длинной ножке. Отсутствие значительных расстройств функ-

<sup>\*</sup>) Сообщено в заседании Научного Общества врачей г. Ульяновска 17/II 1927 г.

ции кишечника также не может считаться патогномичным признаком опухолей брыжжейки, ибо были описаны случаи весьма тяжелых расстройств кишечника как раз при этих опухолях. Наконец, и четвертый признак, — срединное положение опухоли, — столь же ненадежен, как и остальные.

Что касается других симптомов, каковы наличие болей, величина опухоли, быстрота ее роста и пр., то они также непостоянны, и в конце концов мы не имеем ни одного характерного признака описываемого заболевания, или, как остроумно говорит д-р Волков, „главный характерный признак болезни есть крайняя неопределенность и полиморфизм (или псевдоморфизм по кисте яичника, по блуждающей почке и пр.) ее очертаний. Все изменчиво, все подвижно“... Не без некоторого успеха в последнее время при разбираемых опухолях применяются подсобные диагностические методы в виде х-лучей с *pneumoperitoneum*'ом.

В недостаточной мере выяснена и этиология этих опухолей.

Прогноз данного заболевания всегда серьезный, — без оперативного лечения большинство больных погибает от различного рода осложнений, вызываемых основным страданием.

Хирургическое лечение кистовидных опухолей брыжжейки в прежнее время применялось в форме пункции кисты с высасыванием ее содержимого, иногда с последующей заменой его иодной настойкой. Этот способ современными хирургами, однако, оставлен, как с одной стороны рискованный, в виду возможности повредить при нем кишку или крупные сосуды, а с другой — ненадежный в смысле излечения. Правда, в одном случае *Reclus* повторял безнаказанно пункцию 5 раз; кроме того, известны 2 случая излечения болезни после пункции (у английских хирургов) и 2 — после впрыскивания в кисту иода (*Chavannes et Guyot*); но подобные случаи редки.

В случаях, где технически невозможно удаление кисты, пользуются методом вшивания ее стенки в брюшную рану (марсупиализация); но заживление при этом затягивается надолго (до года) и неизбежно заканчивается образованием грыжи. Вполне естественно отсюда стремление хирургов к более радикальному лечению, заключающемуся или в вылушении кист, — а тем более, конечно, плотных опухолей, — без резекции кишки, или в экстирпации опухоли с резекцией части кишки, интимно сросшейся с опухолью, а также той, питание которой нарушено вследствие перевязки сосудов.

Из 82 случаев килезных кист брыжжейки, собранных *Хомским*, удаление опухолей без резекции кишки было произведено в 15 случаях со смертностью в 33,3%, с резекцией — в 12 случаях с таким же % смертности и вылушение — в 11 случаях со смертностью в 18%. К этим случаям я позволю прибавить наблюдавший мною случай кровяной кисты брыжжейки поперечно-ободочной кишки.

Больная Ф., 17 лет, замужняя, крестьянка, русская, поступила в гинекологическое отделение Больницы 12/V, выписана 1/VI 1925 г. Больная среднего роста, астеника, питание ослаблено. Никаких заболеваний в детстве не помнит. Со стороны органов дыхания и кровообращения отклонения от нормы не отмечается, со стороны органов пищеварения — также. Менструирует с 14 лет по 4—6 дней, через 28 дней, безболезненно. Замуж вышла год назад и вскоре забеременела; беременность закончилась срочными нормальными родами живым плодом,

бывшими 4/V (8 дней назад). На втором месяце беременности больная упала с крыльца и после того ощущала боль внизу живота, скоро прекратившуюся. На пятом месяце беременности она подняла мешок пшена, после чего у нее появились боли в боках и затруднение дыхания. Одышка вскоре прошла, но живот начал быстро расти. После родов живот стал меньше, но незначительно. Больная сама отмечает у себя опухоль в животе, которая вызывает у нее незначительные боли.

При исследовании в брюшной полости больной определяется большая, яйцевидной формы, слегка флюктуирующая, с гладкими стенками опухоль. Опухоль расположена экстрамедиально, большей своей частью в правой половине брюшной полости; подвижность ее ограничена; верхний сегмент опухоли у мечевидного отростка, нижний спускается почти до безымянной линии; опухоль идет к правому предреберью; печень приподнята, между ней и опухолью перкуторно полоса тимпанита; над опухолью тупой звук. При бимануальном исследовании со стороны женских половых органов ничего патологического не найдено, связи опухоли с внутренними половыми органами не отмечается.

15/V под спинномозговой анестезией операция. Срединным разрезом, шедшим от мечевидного отростка к пупку, вскрыта брюшная полость. Опухоль оказалась кистой брыжейки поперечно-ободочной кишки, которая была ею отеснена книзу. Опухоль пунктирована, и из ее полости удалено 7½ кило жидкости шоколадного цвета (старая разложившаяся кровь). После того листок брыжейки вскрыт без повреждения крупных сосудов ее, шедших по нижней поверхности опухоли, и последняя сравнительно легко была целиком выделена. Вес ее 700,0. Избыток листка брыжейки, не содержащий сосудов, резецирован, полость расположения кисты ушита, листки брыжейки соединены узловыми швами. Питание поперечно-ободочной кишки, осмотренной тотчас после удаления кисты, нарушено не было. Брюшная стенка зашита наглухо. Послеоперационный период протекал нормально. На 8-й день сняты швы,—*prima intentio*. С 10-го дня больной разрешено ходить. а на 18-й день она была выписана домой.

Некоторые авторы кровяные кисты относят к лимфангиомам, кровянистое содержимое которых, по их мнению, является вторичным. Наuman собрал из литературы 35 случаев брыжеечных и забрюшинных кист с кровянистым содержимым, причем в 11 из них отмечена травма, что, по всей вероятности, является этиологическим моментом и в нашем случае.

Перехожу теперь к описанию второго нашего случая.

Больная С., 26 лет, русская, крестьянка, поступила 9/V, оперирована 11/V, выписана 25/V 1925 г. Поступила она в Гинекологическое отделение Больницы с жалобами на опухоль в животе. Опухоль эту С. заметила 9 месяцев назад, будучи беременной на 3-м месяце. Во все время беременности опухоль, бывшая величиной с куриное яйцо, помещалась в правой подвздошной области и была мало подвижна. До родов, бывших за 3 месяца до поступления больной, опухоль, по словам пациентки, почти не увеличивалась, лишь после родов начался быстрый ее рост, и опухоль достигла величины головки ребенка. Никаких болевых ощущений опухоль больной не причиняла и не причиняет.

Больная среднего роста, хорошего питания, нормального сложения. Никаких болезней ни в детстве, ни в последующей жизни не отмечает. Менструирует с 17 лет, через 21 день, по 3 дня, без болей. 18-ти лет вышла замуж, была беременна 4 раза; все беременности кончились срочными родами, дети родились живыми; первые роды были на 20-м году, последние—3 месяца назад. При исследовании органы дыхания, кровообращения и желудочно-кишечный тракт оказались нормальными. В брюшной полости определялась неболезненная, плотная, гладкая, не флюктуирующая опухоль яйцевидной формы, с голову взрослого человека. Опухоль сильно подвижна во всех направлениях, и лишь кверху подвижность ее несколько ограничена (нижним сегментом опухоль спускается в тазовую полость). При бимануальном исследовании матка в антефлексии, небольшая, через задний свод прощупывается нижний сегмент опухоли, легко поднимающийся кверху. Распознана плотная опухоль яичника.

Операция под спинномозговой анестезией. Срединным разрезом от пупка к лобку вскрыта брюшная полость, причем тотчас же стало ясно, что опухоль исхо-

дит из брыжжейки тонких кишек от самого ее корня. Внутренние половые органы нормальны. Тонкие кишки на значительном протяжении тесно срослись с опухолью, располагаясь с ее левой стороны. Листки брыжжейки также были интимно срослись с опухолью, почему думать о вылучении последней совершенно не пришлось. Брыжжейка была перевязана под опухолью несколькими лигатурами. При отсечении опухоли случайно была поранена передняя стенка горизонтальной ветви 12-перстной кишки на протяжении меньше сантиметра; кишка была закрыта 2-ярусным швом и листком брыжжейки. Участок кишек, сросшийся с опухолью, резецирован и удален вместе с последней. Непрерывность кишечника восстановлена боковым анастомозом, отстоявшим от соесим на 6 сант. Брыжжейка сшита. Брюшная полость закрыта наглухо. К концу операции больная начала реагировать, и ей было дано 20,0 эфира. В послеоперационном периоде наблюдались задержка мочи в течение 2 суток, прошедшая после внутривенного вливания уротропина (5,0 40% раствора), и поносы с 7-го по 10-й день. Первые дни для задержания перистальтики больной давались опий и висмут. Т<sup>о</sup> у больной все время была нормальна. На 8-й день сняты швы,—*prima intentio*. При пальпации в брюшной полости обнаружен продолговатой формы, подвижный, безболезненный инфильтрат на месте кишечного анастомоза. Больная выписана в хорошем состоянии.

Макроскопически опухоль была сплюсненной, яйцевидной формы, плотной консистенции; наибольший диаметр ее равнялся 23 сант., ширина—19 сант., толщина—10 сант. Длина удаленного участка кишки—220 сант. Вес опухоли с кишкой 1870,0. При микроскопическом исследовании опухоль оказалась фибромой с сильным развитием лимфатических пространств.

По повым собрано из литературы 28 случаев фибром. Из 24 больных, подвергшихся операции, 7 погибли от перитонита, шока и др. осложнений. В 10 случаях при операции была произведена резекция кишек на большем или меньшем протяжении (Weir—250 сант., Bernays—304, Storp—510 сант.) со смертностью 40%.

Заканчивая свое сообщение, позволю себе сделать следующие выводы: 1) мы не имеем ни одного симптома, характерного для новообразований брыжжейки, а вследствие этого диагностика этих новообразований чрезвычайно затруднительна; 2) хирургическое лечение, применяемое при них, является вмешательством весьма серьезным и дающим большой % смертности.

## ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Волков. Нов. Хир. Арх., 1924.—2) Попов. Нов. Хир. Арх., 1925.—3) Хомский. Хир. Архив Вельяминова, 1912.—4) Зыков. Повреждения и заболевания брюшины. Русская Хирургия.—5) Кадьян. Опухоли брыжжейки. Русская Хирургия.