

К вопросу о десмоидных опухолях передней брюшной стенки.

А. И. Сагловой.

Под десмоидными опухолями передней брюшной стенки по Sän-ger'u надо понимать все опухоли соединительнотканного типа, исходящие из мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки, без различия их гистологического строения и клинических свойств. В иностранной литературе по этому вопросу имеется обширный материал, причем особенно заслуживают внимания работа Pfeiffer'a, обнимающая 400 случаев, и Klot'a, обнимающая 500 случаев подобного рода опухолей. Из русских авторов наиболее обширную статистику десмоидов дал проф. Г. Ф. Писемский, собравший из иностранной и русской литературы 550 случаев десмоидов, включая сюда и свои 9. Сравнительная редкость данного заболевания и бедность русской литературы по этому вопросу дают мне право сообщить о случаях десмоидов передней брюшной стенки, наблюдавшихся в Казанской Акушерско-Гинекологической клинике, среди стационарного материала гинекологического отделения, с 1903 года по 1927 г., и оперированных проф. В. С. Груздевым.

По примеру проф. Писемского приведу эти случаи, в дальнейшем, в виде таблицы, предварительно же сделаю краткий общий очерк данного заболевания.

Все авторы согласны в том, что десмоиды брюшной стенки встречаются довольно редко и преимущественно у женщин. Так, напр., у Писемского на 40.000 больных за 10 лет было 9 случаев десмоидов. В Акушерско-Гинекологической клинике Каз. Университета за последние 24 года на 6.155 стационарных больных гинекологического отделения десмоидные опухоли брюшной стенки были встречены 4 раза.

По Pfeiffer'u из всего количества десмоидных опухолей передней брюшной стенки на женщин падает 87,1%, а на мужчин—только 12,9%. Тот же автор отмечает, что десмоиды неодинаково часты в различные возрасты жизни женщины,—чаще всего они встречаются в период от 25 до 30 лет—в 60,3%, тогда как позднее 45 лет они наблюдаются только в 6,2%, причем 94,3% их приходится на рожавших и только 5,7%—на девиц. Частота опухолей этого рода у женщин, притом в расцвете половой деятельности, по мнению Писемского, объясняется значением беременности и родов в этиологии данного новообразования. Хотя непосредственная причина развития десмоидов, как и вообще всяких новообразований, нам и неизвестна, тем не менее всеми авторами признается, в качестве одного из главных предрасполагающих моментов, травма, а этой-то травме и подвергается брюшная стенка во время беременности: последняя ведет, как известно, к надрывам и разрывам в мышцах и апоневрозах передней брюшной стенки, на этой почве здесь возникают рубцы, и эти рубцы потом развиваются в десмоидные опухоли.

Pfeiffer, отдавая должное значению травмы, предполагает, однако, что для развития десмоидов необходимо еще присутствие в брюшной стенке эмбриональных остатков соединительной ткани; ранее дремавшие остатки эти под влиянием травмы начинают расти, и в результате получаются опухоли.

Исходными пунктами десмоидных опухолей передней брюшной стенки чаще всего являются передний и задний листки влагалища прямых мышц и сухожильные перемычки последних. При этом задний листок влагалища т. гесті поражается чаще переднего. Реже десмоиды исходят из наружного или внутреннего косых и поперечного брюшных мускулов и их фасций. Правая сторона брюшной стенки поражается чаще левой. Развитие десмоидов из белой линии живота наблюдается редко. Лишь в единичных случаях является местом происхождения их и паховая область. В литературе описаны, затем, 29 случаев, где разбираемые опухоли охватывали всю переднюю брюшную стенку. Nelaton, часто встречая десмоидные опухоли у fossa или crista ossis ilei, считал их производным периоста, а тяжи, соединяющие в таких случаях опухоль с периостом, принимал за сосудистую ножку опухолей. Позднее, однако, это мнение подверглось критике, и теперь подобные тяжи считаются вторичными образованиями, исходящими из периоста вследствие раздражения,—подобно тому, как вообще часто имеются крепкие соединения десмоидных опухолей с различными частями брюшных стенок. В большинстве случаев, однако, десмоиды не имеют связи с периостом тазовых костей.

В большинстве случаев разбираемые опухоли имеют вид небольших, плотных опухолей с гладкой поверхностью, чаще всего овальной формы, резко ограниченных, благодаря чему при расслаблении брюшных стенок их можно бывает легко захватить пальцами. Направление продольной оси десмоида соответствует обычно ходу того мускула, из которого опухоль берет начало. Ножка у десмоидов отсутствует, они сидят обычно на широком основании. При пальпации опухоль обнаруживает заметную подвижность, менее всего выраженную по ходу волокон мускула, а больше всего—поперечно к ходу того мускула, из которого десмоид исходит; таким образом по движению опухоли можно судить об исходном ее пункте. Болевых ощущений при ощупывании десмоидных опухолей чаще всего не бывает; иногда впрочем при таких опухолях их носительницы отмечают в области опухолей произвольные незначительные боли тянущего характера. Как правило, десмоидные опухоли растут медленно, и только при злокачественном их перерождении, а также иногда при наступлении беременности, их долголетний медленный рост сменяется бурным.

Распознать десмоидную опухоль передней брюшной стенки на основании клинических симптомов и анамнеза, особенно при поверхностной локализации опухоли, обычно нетрудно. При этом надо исключить хронические воспалительные опухоли (туберкулез, сифилис, актиномикоз) и в особенности повреждения брюшных стенок с образованием гематом. Труднее отличить десмоид брюшной стенки при более глубоком положении его, дающем повод к смешению его с интраабдоминальными—как доброкачественными, так и злокачественными—опухолями. Для дифференциального диагноза можно воспользоваться признаком, указанным Bouchecaourte'ом: при напряжении брюшных мышц опухоль брюшной

стенки не пропадает и является неподвижной, тогда как опухоль брюшных органов смещается. Далее, при дыхании десмоидная опухоль движется спереди назад, а не сверху вниз, как то бывает с интраабдоминальными опухолями.

Патолого-анатомически большинство десмоидов представляют собой резко ограниченные, величиной с кулак, сидящие на широком основании опухоли, имеющие овальную форму и гладкую поверхность. Капсула опухоли бывает неполне выражена. Обыкновенно в какой-нибудь точке опухоль непосредственно переходит в соседние ткани, инфильтрируя фиброзными элементами поперечно-полосатую мускулатуру и прогрессивно ее замещая. Микроскопически, по большинству авторов (Pfeiffer, Sontag и др.), десмоиды представляют собой богатые клетками фибромы с соединительнотканными тяжами, врастающими в мускулатуру, которая остается в виде единичных волокон внутри этих тяжей. Ludwig, подвергая микроскопическому исследованию десмоиды в своих случаях, нашел в них остатки мышечной ткани с разрождениями, характерными, по его мнению, для гипертрофических мышечных рубцов.

Несмотря на гистологическую доброкачественность десмоидов, прогноз при этих опухолях, вследствие большой склонности их к рецидивам и возможности злокачественного перерождения, не является благоприятным; при прочих равных условиях прогноз является более благоприятным в случаях небольших опухолей, инкапсулированных, без сращений с брюшиной и салником. Отсюда наличие десмоидной опухоли требует возможно более раннего удаления ее, так как своевременная операция значительно улучшает предсказание.

При оперативном лечении десмоидов рекомендуются наиболее радикальные оперативные способы. Так, Писемский на основании своего материала приходит к заключению, что для удаления даже чистых фибром простая энуклеация опухоли часто бывает недостаточна, и необходимо делать иссечение и тех мест, где предполагается переход фибромы в соседние ткани. В случаях, когда при удалении десмоидов остаются значительные дефекты в передней брюшной стенке, их предлагается закрывать путем мышечной и апоневротической пластики. Из последних проф. Коллюбакин рекомендует способ Спизарного — с лоскутом из наружной большой косой мышцы живота.

Приводимые нами случаи подтверждают ту характеристику десмоидных опухолей, которая изложена выше. У всех наших больных опухоли возникали в возрасте чадо родия; у трех они были обнаружены во время беременности и у одной — вскоре после родов, причем отмечалось усиление роста опухолей во время беременности. Субъективных ощущений опухоли почти не вызывали; в частности наша больная № 1 не жаловалась ни на что, имея к концу беременности опухоль в 8 $\frac{1}{4}$ фунт.; только больная № 4 отмечала по временам ломоту в опухоли. Исходным пунктом в трех случаях служило влагалище *m. recti* и лишь в одном — апоневроз поперечной мышцы; кроме того, в одном случае к апоневрозу *m. recti* присоединялся еще *m. obliquus abdominis ext.* У одной больной местом локализации опухоли была паховая область, — место, где десмоидные опухоли по статистике встречаются редко. Опухоли во всех случаях сидели на широком основании, ножка у них отсутствовала. В трех случаях имелась подвижность опухолей, особенно поперечно к ходу пучков того мускула, из которого они исходили.

№№ по пор.	Время наблюдения.	Анамнез.	Место возникновения и рост опухоли. Симптомы.	Объективные данные.
1	1909 г. 29/X.	Больная Е. Б., 27 лет, крестьянка, четырех лет от роду болела оспой. Месячные на 16 году, через 3 нед., по 3 дня, без болей, последний раз 14/X 1909 г. Замужем 11 лет. Было двое родов, — первые на 23 году, а вторые 6 мес. назад.	Считает себя больной 14 мес., — вначале второй беременности осматривавшая больную акушерка нашла у ней в животе опухоль. Сама больная опухоли не замечала. Ни во время беременности, ни во время родов опухоль не давала о себе знать, и, если бы не предупреждение, что опухоль будет расти и грозить ее жизни, то она не согласилась бы на операцию.	Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. Под кожей живота, слева от средней линии тела, — опухоль овальной формы, длиннее которой расположен параллельно lin. alba. Начинается опухоль на 2 поперечных пальца выше пупка и доходит до лобка. В одном месте, у пупка, на опухоли имеется выступ, остальная поверхность гладкая. Опухоль смещается свободно вбок, меньше вверх. С боков и сверху опухоль резко ограничена.
2	1914 г. 24/IX.	Больная Л. К., 37 лет, духовного звания. Дом. хоз. Месячные на 17-м году, через 4 нед. по 7 дн., без болей. Последний раз 1 г. 4 мес. назад. Замужем 13 лет. Было 7 нормальных родов и 1 выкидыш. Последние роды 7 мес. назад.	Считает себя больной 1½ г. Сначала почувствовала боль в области пупка, через 2 м. здесь появилась опухоль с горошину и, постепенно увеличиваясь, достигла размеров гусиного яйца. В течение первых 4 мес. своего существования опухоль была болезненна как при дотрагивании, так и без него. Впоследствии эта болезненность уменьшилась и даже совершенно исчезла.	Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. В области пупка, больше вправо от lin. alba, опухоль с большой кулак величиною, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная. Размеры живота: от sp. ant. sup. dex. до пупка 13 с., от sp. ant. sup. sin. до пупка 14 с. Со стороны гениталий отклонений от нормы не обнаружено.
3	1919 г. 17/X.	Больная П. Т., 27 лет, крестьянка. Месячные на 16-м году, через 3 нед. по 5—6 дней. Последн. 16 X. Замужем 9 лет. Было трое нормальных родов. Последние роды 3 года назад.	Считает себя больной 3 года: появились боли в правой половине живота, отдающие в спину. 2 года назад заметила опухоль справа от средней линии живота. Опухоль была величи-	Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Органы дыхания, кровообращения и пищеварения нормальны. В правой половине живота, по средине, имеется опухоль величиной с голову новорожденного, овальной формы, плотная, безболезненная, окру-

Клинический диагноз.	Особенности операции.	Патолого-анатомический диагноз.	Исход операции.	Примечания.
Tumor parietis abdomi- nis.	Разрез кожи от пупка до лобка по наружному краю <i>m. recti sin.</i> Передняя пластинка влагалища <i>m. recti</i> и сам <i>m. rectus sin.</i> при отделении опухоли нарушены вследствие интимного сращения их с опухолью. <i>M. rectus</i> перерезан близ места прикрепления его к лобку. Часть брюшины, ок. 50 кв. сант., была тоже сращена и удалена с опухоли, причем брюшина была вскрыта еще в нескольких местах. Недостаток брюшины закрыт сальником. Целость брюшной стенки восстановлена послойно.	Макроскопически: опухоль в 8½ фун. весом, большая ее окружность — 60 снт., меньшая — 52 снт., покрыта брюшиной в ¼ своей верхней части. В средней и нижней частях имеется ромбический лоскут апоневроза. Исходный пункт ее — задний листок влагалища. Микроскопически: чистая фиброма.	Выздоровление, выписалась на 21-й день. Заживление брюшной раны <i>per primam</i> .	
Tumor parietis abdomi- nis.	Поперечный разрез кожи на уровне пупка, второй разрез над ним, полукруглый. Кожный лоскут отсепарован. Опухоль вылучена из окружающей клетчатки и тесно вплетенных волокон листка влагалища <i>m. recti</i> . При вылучении вскрыта брюшина на пространстве величиной с 10-копеечную монету.	Макроскопически: опухоль величиною с кулак, слегка бугристая, плотная, исходный пункт ее — волокна апоневроза <i>m. recti dex.</i> Микроскопически: чистая фиброма.	Выздоровление, выписалась на 14-й день в хорошем состоянии. Заживление раны <i>per primam</i> .	
Tumor parietis abdomi- nis.	Разрез по <i>lin alba</i> от пупка и не доходя на 2 пальца до лобка. Передний листок влагалища наружной косой мышцы, приращенной к передней поверхности опухоли, был отделен частью ручным путем, частью скальпелем. Опухоль располагалась	Макроскопическое и микроскопическое описание препарата нет. Исходный пункт опухоли, повидимому, влагалище <i>m. recti det.</i> (задний его листок).	Смерть от септицемии на 5-й день после операции.	При вскрытии были найдены: <i>peritonitis acuta fibroso-purulenta exsudativa diff., septicæmia.</i>

№ № по пор.	Время наблюдения.	Анамнез.	Место возникновения и рост опухоли. Симптомы.	Объективные данные.
4	1926 г. 9 III.	Больная М. Ч., 21 г., крестьянка. В детстве болела корью. Менструации через 3 нед. по 4—6 дней, без болей, последний раз 14 мес. назад. Замужем 3 года. Было двое нормальных родов, последние роды 5 мес. назад. Ребенка кормит.	<p>ной с куриное яйцо, безболезненна, малоподвижна, постепенно увеличивалась.</p> <p>Считает себя больной 9 мес.: заметила справа внизу живота шишку, которая росла медленно и растроя не причиняла. После родов стала расти быстрее, и временами в ней появлялась ломота.</p>	<p>женная со всех сторон тимпанитом. Движение вверх и вниз ограничено, а в стороны свободно. Кожа над опухолью подвижна, исключая область пупка. Размеры живота: от sp. ant. sup. dex. до пупка 21 с., от sp. ant. sup. sin. до пупка 14 с. Наиб. окруж. живота 75 с., на уровне пупка—77 с.</p> <p>Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Над правой пупартовой связкой и параллельно ей располагается опухоль—плотная, неподвижная, яйцевидной формы, в 3 поперечных пальца шириной. Кожа над ней легко смещается. При внутреннем исследовании матка в retro-dextroversio. Придатки нормальные.</p>

Клини- ческий диагноз.	Особенности операции.	Патолого-анатоми- ческий диагноз.	Исход опе- рации.	Примечания.
Tumor (desmoid) parietis abdominis	<p>между m. rectus и задним листком влагалища и была плотно спаяна с пупком. M. rectus был смещен вправо и изменен мало. Опухоль с значительным трудом вылушена, причем в двух местах повреждена была брюшина, которая тотчас же и была зашита. Кровотечение было небольшое. Пульс во время операции 90, плохого наполнения.</p> <p>Разрез кожи над и параллельно пупартовой связкой. Вскрыты апоневрозы наружной и внутренней косых мышц. Тumor исходил из апоневроза m. transversi abdominis. Опухоль вылушена большей частью тупым путем, только у основания скальпелем. Брюшина не вскрыта. Непрерывными швами восстановлена целостность поперечной мышцы и апоневрозов внутренней и наружной косых мышц.</p>	<p>Макроскопически: опухоль эллипсоидной формы, длиною 11½ снт., шириною 5½ снт. Консистенция ее мягковатая, поверхности шероховатая. На разрезе на сером фоне волокнистой ткани — желтоватые и розоватые прослойки. Под микроскопом: строма местами рыхлая, состоит из молодых звездчатых клеток, заложенных в бесструктурном или слабо-волокнистом веществе. Местами попадаются участки плотные, состоящие из волокон соединит. ткани Fibroma molle.</p>	<p>Выздоровле- ние на 17-й день.</p>	<p>В нижней части раны было уплотнение. На 7-й день выделялась серо-красная жидкость. При выписке уплотнение в шве исчезло, а также и ход, через который выделялась жидкость.</p>