

II.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

Къ дифференціальному распознаванію эхинококка и другихъ мѣшеччатыхъ образованій женской половой сферы.

Г. П. Серезникова.

Кистовидныя опухоли брюшной полости, развившіяся въ томъ или другомъ отдѣлѣ полового аппарата женщины, даютъ иногда настолько своеобразныя топографическія отношенія къ окружающимъ сосѣднимъ органамъ и представляютъ такія патолого-анатомическія, физическія и химическія свойства, которыя серьезно затрудняютъ правильную постановку діагноза. Не останавливаясь на общеизвѣстныхъ признакахъ мѣшеччатыхъ опухолей брюшной полости вообще, и въ частности, на отличительныхъ признакахъ однокамерныхъ и многополостныхъ кистъ, яичниковыхъ, пароваріальныхъ и интралигаментарныхъ, я позволю себѣ прямо перейти къ интересующему насъ вопросу.

Какъ извѣстно, эхинококкъ чаще всего развивается въ печени, но нерѣдко онъ наблюдается также и въ другихъ органахъ брюшной полости: въ селезенкѣ, въ почкахъ, сальникѣ, брыжжейкѣ, брюшинѣ, свободно въ брюшной полости, и, наконецъ, въ тазовой клѣтчаткѣ. Естественная исторія и общая патологія эхинококка настолько общеизвѣстны, что было бы совершенно излишне распространяться о нихъ. Патолого-анатомическая же и клиническая картина эхинококка различныхъ

органовъ обработана далеко не одинаково, а эхинококка женской половой сфѣры меньше всего. Разбросанный въ литературѣ казуистическій матеріалъ еще ждетъ своихъ собирателей.

Одну изъ первыхъ попытокъ въ этомъ направленіи сдѣлалъ *Freund* ¹⁾. Описывая различныя заболѣванія соединительной ткани въ женскомъ тазу, *Freund* приводитъ, между прочимъ, 17 случаевъ эхинококка брюшной полости, которые такъ или иначе симулировали мѣшеччатыя опухоли женской половой сфѣры. Два раза эхинококкъ залегалъ въ брюшной стѣнкѣ, въ пловдошной области; одинъ разъ внѣдрился изъ большаго сальника въ лопнувшую оваріальную кисту; два раза, развившись первично въ печени, глубоко спускался въ тазъ; одинъ разъ наблюдался въ глубоко-лежащей почкѣ; одинъ разъ — въ блуждающей селезенкѣ; 7 разъ въ тазовой клѣтчаткѣ; одинъ разъ въ брыжжейкѣ тонкой кишки и два раза въ тазовыхъ костяхъ. Изложивъ вкратцѣ исторію болѣзней этихъ случаевъ и, кромѣ того, двухъ изъ практики *Martin*'а и трехъ случаевъ *Schröder*'а, *Freund* даетъ приблизительно слѣдующую патолого-анатомическую и клиническую картину этого заболѣванія въ клѣтчаткѣ женскаго таза. Въ тазовой клѣтчаткѣ эхинококкъ можетъ развиваться и первично и вторично. Въ первомъ случаѣ онъ обыкновенно начинается развиваться въ задней окружности таза, вблизи кишки или въ костяхъ; отсюда проникаетъ въ клѣтчатку, лежащую по сторонамъ таза, въ параметрій, парацистій, достигаетъ матки, мочеваго пузыря; далѣе, можетъ разрастаться въ подбрюшинную клѣтчатку fossae iliacaе и оттуда проникать подъ пупартовую связку чрезъ l. musculorum et vasorum и даже подъ паріетальный листокъ брюшины передней стѣнки живота; внизъ можетъ достигать тазоваго дна. Первичное развитіе эхинококка въ яичникѣ ни разу не наблюдалось, вторично же эхинококкъ можетъ въ него внѣдряться или изъ болѣе или менѣе отдаленныхъ мѣстъ, или же изъ соединительной ткани ligamenti lati чрезъ hylus яичника. Изъ разновидностей эхинококка наблюдались echinoc. hydatidosus и echin. granulosus; многокамерный же эхинококкъ, по *Virchow*'у альвеолярный, до сихъ поръ еще ни разу не на-

¹⁾ *Freund*. Gynaekologische Klinik., т. 1, стр. 299 и слѣд., изд. 1885 г.

блюдался. Само собой разумѣется, что окружающіе сосѣдніе органы вначалѣ смѣщаются растущимъ эхинококкомъ въ сторону наименьшаго сопротивленія, затѣмъ, испытывая давленіе, удлиняются, уплощаются и истончаются; выше и ниже лежащія части утолщаются и находятся въ состояніи хронической воспалительной гипертрофіи и венознаго застоя; однимъ словомъ, можно наблюдать всѣ явленія прижатія, начиная отъ легкой ишеміи и кончая узурой и перфوراціей. Тазовая клѣтчатка въ окружности паразита всегда находится въ состояніи хроническаго воспаленія съ сильно развитыми кровеносными сосудами; брюшина утолщена и очень часто даетъ сращения тазовыхъ органовъ. Небольшія эхинококковыя кисты могутъ оставаться очень долгое время безъ всякаго вліянія на общее здоровье и не вызывать никакихъ мѣстныхъ явленій. Большія-же вызываютъ главнымъ образомъ мѣстныя разстройства, нарушая отправление тазовыхъ органовъ: мочеваго пузыря, матки и прямой кишки.

Діагнозъ эхинококка въ женскомъ тазу вначалѣ болѣзни основывается главнымъ образомъ на присутствіи болѣе или менѣе круглой, гладкой, напряженно эластической опухоли въ задне-боковой окружности таза, вблизи кишки; опухоль обыкновенно лежитъ въ соединительной ткани таза и тѣсно связана со стѣнками послѣдняго, мало подвижна, нечувствительна и не находится въ связи съ маткой. Растетъ опухоль, какъ интралигаментарная киста, но отличается отъ послѣдней, по заявленію всѣхъ авторовъ, тѣмъ, что, не смотря на значительную величину, не вызываетъ замѣтныхъ разстройствъ.

Отношеніе шейки матки къ опухоли весьма характерно: шейка погружается въ опухоль, какъ въ воздушную подушку. Это обстоятельство, между прочимъ, *Freund* считаетъ за одинъ изъ отличительныхъ признаковъ эхинококковыхъ кистъ отъ другихъ мѣшечатыхъ образованій широкихъ связокъ. Діагнозъ становится болѣе вѣроятнымъ, если удастся констатировать неизмѣненные яичники, дрожаніе гидатидъ и присутствіе эхинококка въ другихъ органахъ. Распознаваніе становится несомнѣннымъ, если въ содержимомъ кисты будутъ найдены принадлежности эхинококка: крючья, cuticula и характерный составъ жидкости. Жидкость эхинококковыхъ кистъ, какъ

извѣстно, прозрачна, безцвѣтна или желтовата, нейтральной реакціи, содержитъ янтарную кислоту и не содержитъ бѣлка.

Описанная *Freund*омъ патолого-анатомическая и клиническая картина эхинококка въ клѣтчаткѣ женскаго таза не представляетъ ничего характернаго, ничего типическаго. Діагнозъ эхинококка въ женскомъ тазу, какъ и въ другихъ органахъ, становится несомнѣннымъ лишь послѣ микроскопическаго и химическаго изслѣдованія содержимаго кисты. Въ этомъ отношеніи нахожденіе крючьевъ и частей оболочекъ съ характернымъ ламеллярнымъ строеніемъ составляетъ главную суть дѣла; химическій же составъ жидкости самъ по себѣ занимаетъ второстепенное мѣсто и, на основаніи его одного, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ правильности діагноза. Въ литературѣ описано немалое число случаевъ, гдѣ жидкость, полученная несомнѣнно изъ кистовидныхъ опухолей половой сферы, не содержала бѣлка ¹⁾. Всѣ же физическіе признаки эхинококка, не исключая и болѣе или менѣе характернаго шума гидатидъ и дрожанія, могутъ наблюдаться и при другихъ кистовидныхъ опухоляхъ половой сферы. Въ этомъ отношеніи представляетъ большой интересъ случай интралигаментарной кисты, оперированной недавно въ Повивальномъ Институтѣ.

9/х 1893 г. въ гинекологическое отдѣленіе Повивальнаго Института была принята больная съ слѣдующими явленіями: больная средняго роста и сложенія, костякъ и мышечная система развиты достаточно, худа, видимыя слизистыя оболочки бѣлыны; больная жалуется главнымъ образомъ на быстро растущую опухоль въ животѣ, сильное напряженіе и чувство распиранія внизу живота и въ тазу, учащенные позывы къ мочеиспусканію, упорные запоры, отсутствіе аппетита, постоянное ощущеніе тошноты, плохой сонъ, общую слабость и общую нервозность. Въ дѣтствѣ больная была здорова; первыя мѣсячныя пришли на 16 году и типъ ихъ установился сразу: ходили по 3--4 дня, въ небольшомъ количествѣ, безъ боли, чрезъ 25 дней. На 20 году вышла замужъ и два раза родила въ срокъ; послѣдніе роды были 14 лѣтъ назадъ. Беременность, роды и послѣродовое состояніе протекли совершенно правильно; типъ менструацій ни послѣ замужества, ни послѣ родовъ не измѣнился. Втеченіе десяти лѣтъ со времени послѣднихъ родовъ больная чувствовала себя сравнительно здоровой, страдала лишь упорными запорами, не могла похвалиться аппетитомъ и не беременѣла. Три года назадъ, безъ видимыхъ причинъ, у больной появились боли въ крестцѣ и поясницѣ; боли въ названныхъ мѣстахъ по временамъ были настолько

¹⁾ *Westphalen*. Beiträge zur Lehre von der Probepunction. Archiv f. Gynäkologie, т. 8.

сильны, что заставляли больную по нѣскольку дней проводить въ постели. Лѣчилась отъ нихъ, по совѣту врачей, горячими влагалитчными душами и сградала, какъ говорили пользовавшіе больную врачи, хроническимъ воспаленіемъ матки.

Страдая постоянными запорами, вздутіемъ живота, больная мало обращала вниманія на объемъ послѣдняго и, только случайно, въ іюлѣ мѣсяцѣ прошлаго года, послѣ обильнаго стула, замѣтила упругую эластическую опухоль въ лѣвой подвздошной впадинѣ и обратилась за совѣтомъ къ гинекологамъ.

Больная, какъ уже сказано, блѣдна, худа, анемична; страдаетъ запорами и метеоризмомъ, плохимъ аппетитомъ и постоянной тошнотой. Языкъ обложенъ и сухъ, глотаніе не нарушено, въ подложечной области легкая чувствительность и напряженіе, стулъ вызывается различными laxantia и промывательными. Животъ значительно увеличенъ въ объемѣ и по величинѣ соотвѣтствуетъ 8 мѣсячной беременности; кожа живота гладка, блестяща, напряжена. При перкуссии по всей передней поверхности живота получается тупой звукъ, тимпаническій же лишь въ боковыхъ поясничныхъ областяхъ; въ полости живота прощупывается гладкая, эластичная, напряженная и безболѣзненная опухоль, лежащая немного больше въ лѣвой половинѣ живота; опухоль спускается въ полость малаго таза и не можетъ быть ни приподнята изъ него руками, ни отходить при положеніи больной на наклонной плоскости. Наружные половые органы развиты правильно и никакихъ уклоненій не представляютъ; матка прижата къ передней стѣнкѣ таза, приподнята, смѣщена въ правую половину таза и находится въ положеніи *lateroversi'i dextrae*; дво и тѣло ея прощупываются, даже при одномъ наружномъ изслѣдованіи, надъ правой пупартовой связкой въ формѣ небольшого плотнаго придатка на опухоли; матка почти неподвижна, длина полости ея равна 8,5—9 см. Въ заднемъ сводѣ прощупывается объемистый эластичный, гладкій сегментъ опухоли; сегментъ безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ опухоль живота, плотно залегаетъ въ заднемъ отдѣлѣ таза и выполняетъ собою верхнюю часть полости малаго таза. Въ общемъ опухоль имѣетъ неправильную яйцевидную форму съ тремя небольшими выстоящими сегментами: однимъ спускающимся въ малый тазъ, другимъ — находящимся въ лѣвой половинѣ живота и третьимъ — въ правой.

При ощупываніи опухоли было замѣчено, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, при быстрыхъ толкательныхъ движеніяхъ, ясно ощущаются дрожательныя явленія, напоминающія собою какъ бы баллотированіе свободныхъ небольшихъ тѣлъ, взвѣшенныхъ въ жидкости, словомъ, ощущеніе тождественное съ дрожаніемъ гидатитъ. Это ощущеніе получается въ трехъ мѣстахъ: въ нижнемъ отдѣлѣ опухоли слѣва, въ верхнемъ отдѣлѣ справа и въ сегментѣ опухоли, влающемъ въ малый тазъ.

Придатковъ матки опредѣлить не удалось. Верхняя и нижняя границы печени нормальны; селезенка немного увеличена въ объемѣ; со стороны легкихъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы нѣтъ; въ сердцѣ небольшой акцентъ на второмъ тонѣ аорты.

Мочиспусканіе учащено, мочи достаточное количество 1200—1800 к. с. въ сутки, ненормальныхъ примѣсей въ ней нѣтъ.

Оцѣнивая данныя, полученныя при объективномъ изслѣдованіи, необходимо придти къ заключенію, что мы имѣемъ дѣло съ мѣшечкатою опухолью полости живота, находящеюся въ тѣсныхъ анатомическихъ отношеніяхъ съ внутренними половыми органами. Что же касается свойства опухоли, то тутъ возможно два предположенія: или здѣсь интралигаментарная киста, или эхинококкъ широкой связки. Дольчатость опухоли и быстрый ростъ ея, по заявленію больной, говорятъ за многополостную кисту, а дрожательное ощущеніе—за эхинококкъ.

Этотъ признакъ, насколько мнѣ извѣстно изъ литературы, никѣмъ еще не описанъ при кистахъ половой сѣры и нотируется всѣми какъ патогномоническій признакъ эхинококка.

Съ цѣлію установки болѣе точнаго діагноза было сдѣлано въ различныхъ мѣстахъ опухоли и въ различное время 3 пункціи; первая пункція произведена Праватцовскимъ шприцомъ въ лѣвой половинѣ живота, при чемъ извлечена совершенно прозрачная нейтральной реакціи жидкость, несодержащая бѣлка, въ ней не найдено морфологическихъ элементовъ эхинококка; вторая пункція произведена черезъ задній сводъ влагалища аппаратомъ *Потена*, добыто около 200 граммъ прозрачной соломенно-желтаго цвѣта жидкости. Жидкость была подвергнута химическому и микроскопическому изслѣдованію проф. *А. В. Целемъ*. Жидкость оказалось прозрачной, цвѣта (по *Ю. Фогелю*) 1000:2 не обладаетъ флюоресценціей, реакція амфотерная, удѣльный вѣсъ 1,012; въ 1000 ч. жидкости содержится: мочевины 0,7^o/₁₀₀, бѣлка 8,28^o/₁₀₀, ClNa 7,08^o/₁₀₀, фосфорной кислоты 0,26^o/₁₀₀, янтарной кислоты слѣды, присутствія глюкозы не обнаружено, морфологическихъ признаковъ эхинококка не найдено. Третій проколъ былъ сдѣланъ также аппаратомъ *Потена* въ лѣвой верхней части опухоли, жидкость, по изслѣдованію проф. *А. В. Целя*, оказалась весьма близкой къ первой, но съ нею не тождественна; наиболѣе рѣзкая разница является въ содержаніи янтарной кислоты, присутствіе которой во второй жидкости не обнаружено совсѣмъ. Жидкость оказалась также прозрачной, цвѣта (по *Фогелю*) 1000:2, не обладаетъ флюоресценціей, реакція амфотерная, удѣльный вѣсъ 1,012. Въ 1000 ч. жидкости содержится: мочевины 0,25^o/₁₀₀, бѣлка 2,88^o/₁₀₀, ClNa 8,64^o/₁₀₀, фосфорной кислоты 0,12^o/₁₀₀, янтарной кислоты и глюкозы не оказалось, морфологическихъ признаковъ эхинококка не найдено.

Принимая во вниманіе данныя химическаго и микроскопическаго изслѣдованія, патолого-анатомическія отношенія и свойства мѣшечкатою опухоли, проф. *Д. О. Оттъ* высказался съ огромной вѣроятностью за интралигаментарную многополостную кисту, въ которой вѣроятно есть условія совершенно тождественныя съ эхинококковыми кистами. Дрожательныя явленія въ эхинококковыхъ кистахъ обуславливаются присут-

ствіемъ въ полости дочернихъ пузырей. Нѣтъ ничего невѣроятнаго, что и въ многополостныхъ кистахъ могутъ существовать отдѣльныя или множественныя выпячиванія небольшихъ кистъ, которыя дадутъ подобное же ощущеніе. Съ другой стороны, принимая во вниманіе низкій удѣльный вѣсъ жидкости (во всѣхъ 3-хъ случаяхъ), нейтральную реакцію ея, отсутствіе бѣлка (въ 1-й пробѣ), слѣды янтарной кислоты (въ 1-й пробѣ), дрожательныя явленія и тѣже патолого-анатомическія отношенія, — симптомы свойственные эхинококку, нельзя было вполне исключить послѣдній и мысль о совмѣстномъ существованіи кисты и эхинококка возникла сама собой. При такомъ діагнозѣ 22/х 93 г., больная была подвергнута лапороміи.

По вскрытіи живота, опухоль была уменьшена въ объемѣ труакаромъ, при чемъ было сдѣлано три прокола по различнымъ направленіямъ и выпущено довольно большое количество жидкости неодинаковаго цвѣта; при первыхъ двухъ уколахъ вытекала прозрачная слегка опалесцирующая жидкость, при третьемъ — желтовато-зеленоватая. По уменьшеніи, опухоль была извлечена изъ брюшной полости, на срощенія ея съ сальникомъ, съ мочевымъ пузыремъ и дномъ матки наложены лигатуры и она отдѣлена отъ этихъ органовъ. Сегментъ кисты, залегавшій въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, былъ извлеченъ оттуда свободно. Отношеніе опухоли къ тазовымъ органамъ было такое: она помѣщалась главной своей массой надъ маткой, отчасти прикрывая ее, нижній сегментъ чрезъ правую широкую связку спускался влѣво и назадъ въ Дугласово пространство. Обычной ножки киста совсѣмъ не имѣла; ножка состояла изъ пучка соединительной ткани, выходившаго изъ передней поверхности правой широкой связки, въ нижнемъ ея отдѣлѣ, на мѣстѣ перехода брюшины на пузырь, вблизи отъ матки. Ножка была перевязана и опухоль удалена изъ брюшной полости. Яичники, трубы и mesosalpinx представляли нормальныя соотношенія и не были измѣнены. (Въ правомъ яичникѣ было нѣсколько мелкихъ кистъ, которыя были опорожнены уколомъ иглы).

Брюшная рана зашита обычнымъ образомъ: кожно-серозными, мышечно-аноневротическими погружными и поверхностными швами. Послѣ-операционное состояніе протекло безъ реакціи, температура ни разу не поднималась выше 37,5°, брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ и больная черезъ 3 недѣли выписалась изъ заведенія здоровой.

Удаленная опухоль оказалась многополостной кистой, состоящей изъ трехъ большихъ полостей и изъ конгломерата мелкихъ кистовидныхъ образованій различной величины, спаянныхъ между собою болѣе или менѣе тѣсно. Нѣкоторыя изъ нихъ, въ свою очередь, имѣютъ многополостный характеръ; величина ихъ колеблется отъ небольшой горошины до куриного яйца и больше. При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ опухоли, яичниковой

ткани не найдено совѣмъ; стѣнки кистъ состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани и покрыты съ внутренней стороны низкимъ цилиндрическимъ однослойнымъ эпителиемъ, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попадаетъ, повидимому, измѣненный мерцательный.

Натура опухоли, на основаніи всего сказаннаго, является довольно темной. Связь кисты съ широкой связкой естественно наводитъ на мысль, что мы имѣемъ дѣло съ тою или другою разновидностью кистъ широкихъ связокъ. Кисты широкихъ связокъ, какъ извѣстно, развиваются изъ сохранившихся остатковъ эмбриональныхъ эпителиальныхъ органовъ—Вольфовыхъ и Мюллеровыхъ ходовъ. Кисты, развившіяся изъ остатковъ Вольфовыхъ ходовъ, пароваріальныя кисты, характеризуются прежде всего своимъ анатомическимъ отношеніемъ къ сосѣднимъ органамъ. Залегая въ отдѣлѣ широкой связки, извѣстномъ подъ именемъ *mesosalpinx*, пароваріальная киста ведетъ прежде всего къ уничтоженію этого отдѣла и труба или лежитъ на самой опухоли, или внутри ея. Въ нашемъ случаѣ ничего подобнаго не наблюдается. На основаніи анатомическаго положенія ножки въ нижнемъ отдѣлѣ широкой связки, вблизи матки, скорѣе всего можно допустить, что киста развилась изъ остатковъ порочноразвитыхъ Мюллеровыхъ ходовъ. Такія кисты могутъ наблюдаться въ стѣнкахъ влагалища и въ широкихъ связкахъ, вблизи тѣхъ органовъ, которые нормально развиваются изъ Мюллеровыхъ нитей. Это предположеніе подтверждается еще болѣе анатомическимъ строеніемъ кисты; стѣнки кисты съ внутренней стороны представляются совершенно гладкими и покрыты мерцательнымъ эпителиемъ, правда, переродившимся, но послѣднее обстоятельство встрѣчается при кистахъ нерѣдко. Множественность кистовидныхъ образованій и ихъ многополостность точно также указываютъ на атипичность развитія; наконецъ, низкій удѣльный вѣсъ содержимаго кисты, небольшое количество бѣлка и прозрачный цвѣтъ не только не противорѣчатъ высказываемому предположенію, но скорѣе подтверждаютъ его. Данныхъ же за яичниковое происхожденіе кисты почти нѣтъ. Мы видѣли, что оба яичника находятся на своихъ мѣстахъ и почти не измѣнены, слѣдовательно, предполагать отщепленіе части яичника и полное кистовидное перерожденіе ея было бы неосновательно. О развитіи же кисты изъ порочноразвитаго третьяго яичника

не можетъ быть рѣчи уже потому, что эта аномалія встрѣчается очень рѣдко и, кромѣ этого, мы не имѣемъ достаточныхъ данныхъ за яичниковое происхожденіе кисты вообще. Яичниковой ткани въ стѣнкахъ кисты, какъ уже сказано, не найдено совсѣмъ; удѣльный вѣсъ жидкости малъ, жидкость водяниста, прозрачна и бѣдна бѣлкомъ. Такое содержимое характерно для интралигаментарныхъ кистъ, но не яичниковыхъ.

Описанный случай интересенъ и въ клиническомъ отношеніи; при немъ мы имѣли не только всѣ физическіе признаки эхинококка, но и многіе изъ признаковъ, свойственныхъ жидкому содержимому эхинококковыхъ кистъ. Дифференціальный діагнозъ въ нашемъ случаѣ былъ установленъ лишь послѣ трехъ пробныхъ проколовъ, химическаго изслѣдованія добытой жидкости и тщательныхъ, повторныхъ поисковъ за морфологическими признаками эхинококка.

Итакъ, если при кистахъ половой сферы могутъ встрѣчаться всѣ физическіе признаки эхинококка и составъ жидкости можетъ быть почти тождественъ съ содержимымъ эхинококковыхъ кистъ, то естественно, что дифференціальный діагнозъ между мѣшеччатыми образованіями можетъ быть поставленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія содержимаго. Присутствіе крючьевъ и cuticul'ы говоритъ за эхинококкъ, отсутствіе ихъ, при тщательныхъ повторныхъ изслѣдованіяхъ, за кисту половой сферы.
