

Из Акушерско-гинекологической клиники Белмединститута (дир. проф. М. Л. Выдрин).

К казуистике сакральных тератом.

Л. И. Канторович.

Врача-акушера сакральные тератомы интересуют с различных точек зрения. Одни случаи представляют чисто научный интерес, другие обращают внимание тем, что они вскоре после рождения нуждаются в хирургическом вмешательстве. Третий вид тератом представляет большой интерес ввиду того, что они ведут к ошибочной диагностике и, являясь иногда препятствием для родов, требуют оперативного вмешательства. Именно с последней точки зрения, мы считаем необходимым опубликовать случай, имевший место в нашей клинике и представляющий большой практический интерес.

Роженица Д., крестьянка, 40 лет, нормального телосложения. Таз правильный. Рожала 12 раз. Двое родов—двойнями. Все роды нормальные. Дети рождались живыми и нормально развитыми, из них некоторые умерли в возрасте 2—5 лет, по невыясненным причинам. Сифилис отрицается. Со стороны родственников уродов нет. 24/X, в 18 часов больная прибыла в районную больницу. По дороге отходили воды. Роды начались нормально, а затем остановились: родилась головка и верхняя часть туловища, и в таком положении плод застрял. Принимавшая роды акушерка, не справившись сама, пригласила на помощь другую, но и соединенными усилиями (гащили сильно) извлечь плод не удалось. Приглашенный врач обнаружил при внутреннем исследовании сильно натянутую пуповину, которую, перевязав, перезал, предполагая в короткости ее причину остановки продвижения плода. Последующие сильнейшие тракции успеха не имели. Не справившись с данным случаем, он направил больную в клинику, куда она прибыла спустя 7 часов. По дороге в клинику было несколько обморочных припадков.

St. praesens. Лицо мертвенно-бледное, нос заостренный, глаза впавшие, зрачки расширены, губы цианотичны. Температура—35,8°. Пульс слабый, с трудом прощупывается. Дыхание учащенное, поверхностное. Живот слегка напряжен. Матка плотно облегает содержимое, сильно растянута в поперечном направлении, дно ее на уровне пупка. Из половой щели торчит мертвый плод, вытянутый до подвздошных костей, спинкой к симфизу. Наружные половые органы большой отечны. При пробной тракции получается впечатление, будто бы туловище плода где-то сильно прикреплено. Вагинальным исследованием полной рукой обнаружена в области ягодиц гигантская опухоль, которая находится над входом в таз. Сразу же приступлено к внутриматочному измельчению опухоли. Внезапно наступившая смерть больной приостановило вмешательство. 25/XII, в 12 часов—секция (д-р Татаринчик). Патолого-анатомический диагноз: Embolia aetrogenes cordis dextr., Haematoma retroperitoneale, Ruptura colli uteri. Сердце вскрыто под водой. В полости правого желудка оказалось большое количество воздуха.

Освобожденный при патолого-анатомическом вскрытии плод женского пола, вполне доношенный, вес 4000 г, длина—52 см. Окружность головки 33, окружность груди 34, окружность живота 28 см. При первом взгляде на плод бросается в глаза огромная опухоль, которая по объему больше одной трети плода и исходит

из крестцовой кости и ягодиц. Половая щель нормальна, лежит в одной плоскости с животом. Промежность и анус так отодвинуты опухолью, что анус находится на ее передней поверхности на 2,5 см ниже половой щели. Ножки согнуты в тазобедренном и коленном суставах, ступни их лежат на боковых поверхностях опухоли. Таким образом весь плод как бы сидит на опухоли верхом. Опухоль имеет овоидную форму, нижний полюс ее бугристый, неравномерной консистенции, от плотной до флюктуирующей. Окружность ее 52 см. Снаружи она покрыта кожей нормального белого цвета. Анатомическая препаровка трупика плода никаких отклонений от нормы не обнаружила. Строение костной системы (рентген) уклонений от нормы не представляет. Опухоль имеет ячеистое строение. *Микроскопическое исследование опухоли.* (Препараты окрашены гематоксилин-эозином). Основу образования составляет различной степени зрелости соединительная ткань, богатая клетками. Главная масса соединительной ткани представлена в виде плазматических клеток и группы лимфоцитоподобных скоплений. Местами среди зрелой соединительной ткани попадаются участки, похожие на жировую ткань. Очень часто попадаются различной величины участки хрящевой ткани, изредка полосы остеонной ткани и мышечные пучки. Исчерченность поперечно-полосатых мышц достаточно выражена. Местами можно наблюдать очень ранние стадии развития поперечно-исчерченных мышечных волокон. Значительная часть тератомы состоит из кистозных полостей, различной величины, выстланных разнообразным эпителием. В клетках, выстилающих мелкие полости, имеется резко выраженная ацидофильная зернистость. Крупные полости содержат серозную жид-

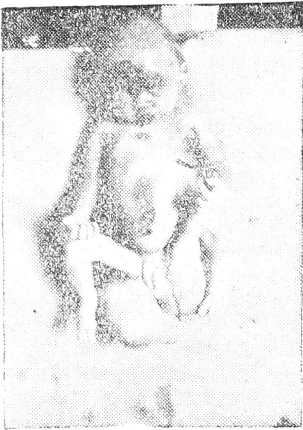


Рис. 1.



Рис. 2.

кость с примесью слизи, в некоторых ясно заметна коллоидная субстанция. В некоторых кистозных полостях наблюдаются островки из плоского многослойного эпителия, связанные узкой соединительнотканной перемычкой со стенкой полости. В окружающей соединительной ткани также имеются очаги из плоского многослойного эпителия. Кроме того, имеются участки неправильно развившегося многослойного плоского эпителия, в котором можно различить: герминативный слой, ряд атипических клеток пиловидного слоя, ряд клеток зернистого слоя и ороговевший слой, образующий местами концентрически свернутые ластки, напоминающие волосную луковицу. Вблизи наблюдаются трубки, выстланные плоским двуслойным эпителием, соответствующие выводящему протоку потовых желез, а также кучки эпителиальных клеток (зачатки потовых желез). Среди вышеозначенных тканевых элементов встречается обширные участки, состоящие из нервной ткани. Главная масса последней состоит из звездчатых клеток, подобных молодым астроцитам нейроглии. Наблюдаются и менее дифференцированные клетки с рудиментарными отростками, частью вовсе без отростков. Попадают также и более высоко дифе-

ренцированные многополярные клетки с характерным бледным ядром и крупным ядрышком. Имеются участки, где ясно выражены большие и малые пирамидные клетки с дендритами. Среди нейроглии попадаются лучистообразные фигуры, напоминающие розетки, находимые иногда в глиосаркомах. Невдалеке от вышеописанных образований встречаются полости, то узкие, то кистознорасширенные, выстланные высоким цилиндрическим эпителием с образованием бокаловидных форм с круглыми, резко-окрашенными ядрами, расположенными у базального конца клеток с нежно-сетчатой полупрозрачной протоплазмой. В одном из кусков найдены включенные в общую массу участки, с отдельно расположенными группами эпителиальных клеток, по структуре напоминающих ткань поджелудочной железы. Микроскопическое исследование опухолевой массы позволяет установить, что мы имеем перед собой тератому, состоящую из элементов трех зародышевых листков.

Описываемый вид уродства представляет большой интерес, как ведущий часто к ошибочной диагностике, требующий иногда оперативного вмешательства при родах. Самое худшее, что акушер может сделать в подобном случае — это форсировать извлечение, несмотря на препятствие. В нашем случае такое форсированное извлечение в райбольнице вызвало разрыв шейки с образованием подбрюшинной гематомы.

Способы оперативного вмешательства различны и должны быть индивидуализированы в каждом отдельном случае. При наличии кистовидной формы нужно попытаться произвести прокол. При плотных формах приходится прибегнуть к операции внутриматочного иссечения или измельчения опухоли. Не приходится останавливаться также перед другими способами оперативного вмешательства, вплоть до эмбриотомии. В нашем случае, убедившись в невозможности извлечения плода, мы тотчас же приступили к внутриматочному иссечению опухоли, но быстрая смерть матери приостановила вмешательство.

Гигантский камень мочевого пузыря.

П. С. Баженов.

Симптомы, сопровождающие камень мочевого пузыря, настолько неприятны, что больные не медлят обращаться за врачебной помощью; они имеют возможность, подвергнувшись довольно легкой операции, освободиться от камня мочевого пузыря. Благодаря этому теперь очень редко можно встретить крупные камни. Мне пришлось удалить исключительный по величине камень.

22/VIII 1935 г. в Ливенскую больницу поступил крестьянин 48 лет (№ по приемному журналу 2400) с жалобами на мучительные и частые мочеиспускания. Уже с тех пор, как 6-ной помнит себя мальчиком, он страдал от болезненных и учащенных мочеиспусканий, особенно после езды на телеге; нередко показывалась и кровь в моче. В 1912 году 6-ной обратился к участковому врачу, который заподозрил камень и порекомендовал ехать на операцию; 6-ной, однако, этого не сделал; симптомы болезни то затихали, то обострялись. За последние 1/2 года состояние больного сделалось чрезвычайно мучительным, часто наблюдалась задержка мочи. По истечении 35 лет от начала заболевания больной обратился за врачебной помощью.