

его, при описываемом осложнении дермоидных яичниковых кист, заслуживает полного внимания.

Поступила в ред. 5. IV. 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (дир. проф. П. В. Маненков, научный консультант заслуж. деятель науки проф. В. С. Груздев) Казанского мединститута.

К вопросу о саркомах широких связок.

Асс. И. В. Данилов.

Злокачественные новообразования, развивающиеся из соединительной ткани (саркомы), представляют собою быстро растущие опухоли различной величины, формы и консистенции. Подобно доброкачественным опухолям, саркомы могут развиваться во всех отделах женского полового аппарата, в частности и в широких связках матки. Большинство сарком широких связок представляет собою саркоматозно перерожденные фибромы матки и ее придатков или же исходит из стенок сосудов, либо фасций таза; располагаются они обычно интралигаментарно.

Саркомы, первично развивающиеся в широких связках матки, встречаются чрезвычайно редко. По мнению Пюсси в широких связках саркомы никогда не развиваются первично, а переходят сюда с соседних органов (брюшины, яичников, матки) или же представляют саркоматозно перерожденные фибромы.

В виду редкости сарком широких связок, недостаточности сведений относительно их патолого-анатомической картины и клинических симптомов, мы решили описать 5 случаев таких опухолей, наблюдавшихся с 1901 года в акушерско-гинекологической клинике Казанского мединститута.

1. Больная Д. (ист. б. 340/30, 1902), 48 л., крестьянка, русская. В детстве перенесла корь. Первые крови пришли на 13-м году, приходили через 4 нед. по 3 дня, безболезненные. Последние крови 1 год тому назад. Вышла замуж на 17-м году жизни. Беременна была 10 раз; 9 срочных родов и 1 естественный выкидыш.

Считает себя больной 2 года, когда она впервые заметила быстро растущую опухоль справа внизу живота. Живот у больной увеличен равномерно, соответственно 9 мес. беременности. При ощупывании в брюшной полости определяется неподвижная, плотноватой консистенции опухоль, исходящая из полости малого таза. Над опухолью везде тупой звук. Под общим хлороформным наркозом была произведена (проф. В. С. Груздев) coeliotomia, причем обнаружена плотная опухоль, занимавшая всю брюшную полость, исходящая из правой широкой связки; правая труба немного вытянута в длину, яичник несколько атрофирован. Левые придатки без особых изменений. Опухоль так интимно была спаяна с правым ребром матки, что вместе с опухолью была резецирована часть маточной ткани. Послеоперационный период—лихорадочный. Больная из клиники выписана на 33-й день после операции.

Микроскопический диагноз: Fibromyoma lig. lati dextr. cum degeneratione sarcomatosa (peritheliomatosa?).

2. Больная М. Н. (ист. б. № 173, 1903), 50 л., крестьянка, русская. Первые крови на 14-м году, через 4 нед., по 3—5 дней, без болей. Теперь после 10-летних пауз, менструирует через 4—5 нед., по 5—7 дней. Замужем с 20 лет. Беременностей не было. Считает себя больной 2 года 10 месяцев. Сначала пациентка испытывала боли в животе, а 7 месяцев тому назад появилась опухоль внизу живота. Одновременно с обнаружением опухоли боли усилились, появилась общая слабость и исхудание.

12/1 под хлороформным наркозом лапаротомия (проф. В. С. Груздев). Удалена большая опухоль, исходящая из *lig. latum sin.*, и произведена надвлагалищная ампутация тела матки. Тотчас после операции у больной наступил упадок сердечной деятельности, вскоре закончившийся, несмотря на применение возбуждающих средств, смертью. Опухоль весом 7 фунтов; ширина и длина ее—по 15 см, толщина—8 см. Поверхность опухоли бугристая. При разрезе в центре ее некротизированные участки, по периферии—плотные узелки. Строение опухоли ячеистое. Межлужочная ткань отечна. В стенке матки имеются узелки величиной с горошину. Под микроскопом узелки из толщи опухоли оказались саркоматозными.

Диагноз: *Fibrosarcoma lig. lati sin.*

3. Б-ная М. П. (ист. б. 1097/15, 1906), 35 л., крестьянка, русская, поступила в клинику 13/IX. *Menses* на 16-м году, через 10 дней, по 8 дней. С 29/VI крови отсутствуют. Замуж вышла на 19-м году. Беременная была 7 раз; срочных родов 6, выкидыш один на 3-м месяце беременности. Первые роды на 20-м году жизни, последние на 33-м. Считает себя больной 9 месяцев. Болезнь, по словам больной, началась лихорадкой и болью в левом паху.

Объективно: живот равномерно увеличен; при пальпации обнаружена опухоль, исходящая из малого таза и поднимающаяся в брюшную полость до пупка; слева опухоль спускается по ходу пахового канала; консистенция ее эластическая.

30/IX. Лапаротомия. Опухоль исходила из клетчатки левой широкой связки, выполняла малый и отчасти и большой таз и сплошь была спаяна с кишками и брюшной стенкой. При отделении сращений капсула опухоли прорвалась, и вылилась ихорозная, хлопьевидная масса, в глубине определялся ход в кишку. Вычерпав распад опухоли и убедившись в невозможности вылущить целиком опухоль, оператор выполнил полость ее тампоном по Микуличу. Микроскопическое исследование распада опухоли обнаружило саркоматозную ткань.

Умерла пациентка в день операции, в 7 час. вечера. Диагноз: *Sarcoma lig. lati sin.*

4. Б-ная Ш. О. (ист. б. № 136, 1911), 55 л., крестьянка. *Menses* 10 лет отсутствовали, а последние 3 месяца опять появились. Замуж вышла на 24-м году, бесплодна. Считает себя больной 1 год, жалуется на одышку, тяжесть и увеличение живота; 3 месяца страдает маточным кровотечением.

Объективно: Слева от лобка в области левого паха заметно небольшое выпячивание брюшной стенки, в остальных частях контуры живота правильные. При пальпации—в левой подвздошной области определяется бугристая, мало смещаемая опухоль, при перкуссии дающая заглушенный тимпанит. 7/II *Exstirpatio uteri cum adnexis sin. per laparotomiam*. Удалена опухоль, в 3 кулака величиной, располагавшаяся интралигаментарно, мягкая, овоидной формы. В матке имелось несколько интерстициальных миоматозных узлов; в слизистой оболочке правого угла матки—разрастания величиной в лесной орех; левая труба превращена в *sactosalpinx*.

Микроскопический диагноз: *fibrosarcoma lig. lati sin. et polypus mucos. cavi uteri*. С 4-го дня после операции пневмония, свищ левого мочеточника. Смерть на 67-й день после операции.

5. Б-ная С. К. (ист. б. 3575/148, 1919 г.), 56 л. *Menses* на 16 году, через 4 нед. по 4 дня без болей, теперь слабее прежнего. Замужем с 21 г. Беременная была 2 раза; срочных родов 1, выкидыш—1. После выкидыша лихорадка. Считает себя больной 1 год.

Объективно: живот неравномерно увеличен; при пальпации его определяется тугоэластическая опухоль, исходящая из малого таза; при перкуссии тупость над опухолью. Справа тумор, величиной с большой арбуз, поднимается вверх на поперечный палец выше пупка, кнаружи достигает боковой стенки таза и книзу переходит в полость малого таза. У левой боковой стенки таза опреде-

ляется тело матки с отдельными плотными узлами, величиной с кулак. Тumor мало подвижен, поверхность его гладкая.

29/VII под хлороформным наркозом произведена лапаротомия с продольным разрезом (проф. В. С. Груздев). Опухоль расположена интралигаментарно, тесно связана с маткой (с надвлагалищной частью шейки) и мочевым пузырем. При вылушении опухоли оборвана art. uterina, давшая сильное кровотечение, и разорван мочевой пузырь, целост которого была восстановлена кетгутом. Матка ампутирована вместе с опухолью; ложе опухоли было закрыто погруженными швами с последующей перитонизацией. После операции—постоянный катетер. Сильное малокровие, температура лихорадочная. С 8-го дня примесь крови в моче и резкие явления цистита. На 15-й день сильное кровотечение в пузырь и вечером наступила смерть при явлениях острого малокровия.

Макроскопическое описание препарата. Стенка матки пронизана отдельными мелкими муоматозными узлами. Яичники и трубы нормальны. Правая круглая связка растянута в длину, но не изменена. В опухоли, располагавшейся межсвязочно, имеются отдельные круглые узлы, вкрапленные в общую основу; на разрезе новообразование плотное, кистовидных полостей нет. Новообразование в массе исходит из клетчатки широкой связки правой стороны. Микроскопический диагноз: *fibrosarcoma lig. lat. dextr., fibromyoma uteri interstitiale*.

Как видно из приведенных историй болезней и микроскопических исследований наших случаев, исходным пунктом развития опухоли в двух случаях №№ 1 и 5 являлась матка; остальные 3 случая, по всей вероятности, должны быть отнесены к первичным саркомам, развившимся из ткани широких связок.

Этиология сарком женской половой сферы вообще и сарком широких связок в частности до сих пор в точности неизвестна. В противоположность ракам матки, часто встречающимся у пожилых многорожавших женщин, саркомы сравнительно нередко встречаются у молодых женщин. По наблюдениям проф. В. С. Груздева, кривая заболеваемости саркомами яичников по возрастам дает одинаково высокие точки: одна соответствует 21—30 годам, другая—возрасту 41—50. В наших случаях саркомы широких связок встретились в большинстве в пожилом возрасте, а именно: в возрасте от 30 до 40 л.—1 сл., от 41 до 50 л.—2 сл., от 51 до 60 л.—2 сл.

Что касается родовой деятельности наших пациенток, страдавших саркомами широких связок, то наш материал представляет следующую картину: 2 женщины не рожали, одна имела 1 роды и две—свыше 5 родов.

Из 5 случаев сарком широких связок, наблюдавшихся в нашей клинике, в двух случаях после 10-летней паузы, в связи с заболеванием женской половой сферы, возобновилась менструация.

Диагностика сарком, локализирующихся в широких связках, очень затруднительна. Симптомы этих новообразований не представляют ничего специфического и встречаются при других опухолях, развивающихся в полости малого таза. Что касается течения заболевания, то саркомы широких связок, подобно другим злокачественным образованиям, обладая способностью к быстрому росту, по истечении уже нескольких месяцев после своего возникновения приводят к смертельному исходу. Опухоль, постепенно разрастаясь в параметральной клетчатке, обычно приподнимает половые органы из полости малого таза вверх; одновременно сдавливает соседние органы: мочевой пузырь и прямую кишку, причем функция последних часто нарушается, и развивается застой мочи в пузыре и кала в прямой кишке. Моча, разлагаясь в пузыре, может дать цистит, прогресси-

рующий до омертвления слизистой оболочки пузыря и восходящего пиело-нефрита.

Терапия сарком вообще и сарком *lig. lat.* в частности зависит в значительной степени от времени установления точного диагноза. В начале заболевания возможно радикальное удаление опухоли с благоприятным исходом; в запущенных случаях часто приходится ограничиваться частичной экстирпацией опухоли или совсем отказаться от операции. В подавляющем большинстве случаев экстирпация саркомы широких связок производится *per laparotomiam*, но не исключена возможность удаления *per vaginam* сарком, располагающихся глубоко в малом тазу. Этот последний способ лечения новообразований широких связок в силу интимной близости опухоли к жизненно важным органам (мочевой пузырь, прямая кишка, большие сосуды) не лишен опасности. Так, в одном из наших случаев (№ 5) имело место повреждение мочевого пузыря и обрыв *art. uterinae* со смертельным исходом, в другом (№ 3)—повреждение кишки тоже с летальным исходом.

Процент первичной смертности после удаления саркоматозных образований широких связок довольно велик. Так, по Срамеку этот процент колеблется в пределах от 30,5 до 37,2. Из 5 случаев сарком широких связок, наблюдавшихся в нашей клинике, во всех было применено оперативное лечение, причем 4 больных погибли в первые же дни после операции.

Вторым мощным способом лечения сарком широких связок считается лучистая терапия в виде рентгена и радиотерапии. Однако, мнения различных авторов в отношении результатов этого лечения расходятся. По данным Срамека, Ветерер, при остеосаркомах особого успеха от лечения лучистой энергией не видел, в то время, как Христиф, Мюллер, Зейтц и Винтц при этих же формах сарком, наоборот, получили хорошие результаты. О лечении лучистой энергией ангио-и меленосарком Ветерер отзывался положительно, Юнглинг—отрицательно. Срамак получил очень благоприятный эффект при комбинированном лечении саркомы широкой связки рентгеном и радием.

Прогноз для больных саркомами широких связок почти безнадежный, если заболевание запущено.

Выводы. На основании литературных данных и собственных случаев, мы осмеливаемся высказать следующие положения:

1. Саркомы широких связок клинически редко диагностируются.
2. Первичные саркомы широких связок встречаются чрезвычайно редко.
3. Оперативный способ лечения сарком широких связок дает большой процент осложнений и первичной смертности.

Поступил в ред. 19/V 1938.