

Из гинекологического отделения (зав. Б. Н. Васильев) Моск. узлов. б-цы жел. дор. им. Дзержинского (нач. б-цы Т. А. Баклан).

К клинике, диагностике и этиологии эндометриoidных гетеротопий.

Ф. Г. Столыпин.

Под эндометриoidными гетеротопиями или эндометриозов подразумеваются эндометриоподобные образования за пределами нормально развитого эндометрия (Лаухе). Эндометриoidные гетеротопии могут находиться: 1) в самой матке (*adenomyosis — endometriosis interna* (по Франклю, Ламу и Р. Мейеру, и 2) вне матки (*adenomyosis uteri externa sive extrauterina*): в трубах, яичниках, связках матки, стенке сигмовидной и прямой кишки, червеобразном отростке, области пупка, в послеоперационных рубцах передней брюшной стенки, в области паха, в стенке мочевого пузыря, во влагалище, паравагинальной клетчатке и вульве (Геллер, Гейдингер, Панков, Марк и др.).

С морфологической стороны эндометриoidные гетеротопии представляют ветвящиеся, неясно отграниченные от соседних тканей железистые разрастания, обладающие инфильтрирующим ростом и имеющие кистозный, губчатый вид; полости их нередко бывают выполнены коричневым („шоколадным“) или темно-коричневым содержимым.

Микроскопически эндометриoidные гетеротопии состоят из желез, выстланных изнутри цилиндрическим, а иногда мерцательным эпителием и окружены богатой клеточными элементами стромой. Иными словами, имеется картина, вполне сходная по своему строению со слизистой оболочкой матки.

Основными симптомами *endometriosis interna* являются усиленные и удлиненные менструации — менорагии, сопровождающиеся болями (дисменорея). Матка, как правило, увеличена и плотна. Гальбан и Яшке обращают внимание на резкое увеличение матки при *endometriosis interna* перед менструацией и значительное уменьшение ее после менструации.

Эндометриoidные гетеротопии в области послеоперационного рубца передней брюшной стенки набухают, увеличиваются, становятся болезненными, краснеют и иногда кровоточат в связи с менструацией, т. е. они реагируют на овариально-менструальный процесс.

Этиология и патогенез эндометриoidных гетеротопий до сих пор еще окончательно не выяснены.

Р. Мейер, выдвинувший воспалительную теорию, в последнее время признает воспалительно-инфекционную теорию лишь для случаев *endometriosis externa*. В то время как Френкель, Осякин, Мандельштам и другие авторы отрицают роль воспаления в этиологии эндометриoidных гетеротопий Улезко-Строганова считает воспаление основным фактором в этиологии эндометри-

озов. Наблюдения многих авторов устанавливают несомненную связь между эндометриозами и дисфункцией яичников.

Довольно большое распространение в литературе получила американская теория Сэмпсона о трансплантационном происхождении эндометриоза гетеротопии. Источником имплантации по Сэмпсону является эпителий слизистой матки, который транспортируется из матки через трубы во время ретроградной менструации, при которой выбрасываются в брюшную полость элементы эндометрия.

Широкой поддержкой у исследователей (Р. Мейер, Франке, Лаухе и друг.) пользуется теория метапластического происхождения эндометриозов. По этой теории эндометриозные гетеротопии могут образоваться из брюшного эпителия, которые как *colometheii*, имея эмбриологическое сродство с овариальным эпителием и Мюллеровыми ходами, может дать путем метаплазии сложное органоидное образование. В этом случае речь идет не о простой метаплазии брюшинного эпителия в цилиндрический или способности его давать децидуальную реакцию (такая возможность хорошо известна в патологии), а о построении из брюшинного эпителия образования, содержащего в себе все элементы эндометрия, или о тождественности с ним не только морфологически, но и функционально. Не вдаваясь в дальнейшие подробности изложения всех существующих в литературе взглядов и теорий о происхождении эндометриозных гетеротопий, мы перейдем к описанию наших случаев эндометриоза.

Случай 1 (ист. б-ни № 3200). Б-ая Ц., 30 лет, 17/VI 1935 г. поступила в гинекологическое отделение М. У. б-цы жел. дор. им. Дзержинского с жалобами на боли в появившейся у нее опухоли в области послеоперационного рубца брюшной стенки, усиливающиеся во время менструации. Б-я отмечает увеличение опухоли и усиление ее болезненности при каждой менструации. Начало своего заболевания она относит к 1930 году, когда ей была произведена операция искусственного аборта, осложненная прободением матки.

(Из ист. б-ни № 3456 1930 г.). Б-ая Ц-а поступила в гинекологическое отделение МУВ 13/XI 30 г. для производства искусственного аборта при наличии 11-недельной беременности. Мenses с 15 лет, установились сразу, по 4 дня, умеренно, через 25 дней, без болей. Последние крови месяца 3 тому назад. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 3. Закончились они нормальными родами.

Наружные половые органы без особенностей, влагалище рожавшей женщины, матка в *anteversio*, увеличена соответственно 11 неделям беременности, придатки матки нормальные.

14/XI после соответствующей подготовки и расширения цервикального канала до № 12 по Гегару начато выскабливание полости матки. Кюретка ушла глубоко сквозь стенку матки. Выскабливание прекращено, и 6-ой под общим эфирным наркозом произведена лапаротомия: брюшная полость вскрыта по средней линии, матка выведена руками в рану и осмотрена. На передней стенке — перфоративное отверстие расширено и ручным способом выделено плодное яйцо. Полость матки выскаблена кюреткой, рана зашита наглухо и прикрыта брюшиной мочевого пузыря. Произведена стерилизация. Осмотрены все тонкие кишки путем выведения их из раны. Повреждения на кишках не обнаружены. Брюшная рана зашита послойно наглухо. Наложена коллодийная повязка. После операции болезненность в нижней части рубца и инфильтрация, повышение температуры тела до $39,2^{\circ}$. 23/XI — инфильтрат в области нижней части послеоперационного рубца раскрыт — много гноя. Дальнейшее заживление раны удовлетворительное, и 6-ая 3/XII 30 г. выписана.

в удовлетворительном состоянии для амбулаторного наблюдения. Менструация наступила через 25 дней; протекала, как обычно до операции. Через 4 месяца после операции у б-ной, в области нижней части послеоперационного рубца, появилась небольшая опухоль в виде узелка, которая становилась болезненной и увеличивалась при менструации. С течением времени опухоль стала увеличиваться, а болезненность ее во время менструации стала настолько резкой, что б-ная 17/VI 35 года вынуждена была обратиться за помощью в б-цу.

Б-ая выше среднего роста, удовлетворительного питания, кожа и слизистые розовые. Со стороны наследственности ничего особенного не отмечается.

Легкие, сердце, пищеварительные органы, печень и селезенка без отклонений от нормы. Мочеиспускание свободное, за последнее время учащено. Наружные половые органы без особенностей, влагалище рожавшей женщины, матки в retroversio, подвижна, не увеличена. Придатки матки без особых изменений. Каких-либо изменений в стенках мочевого пузыря при исследовании через передний свод не отмечается.

На передней брюшной стенке между пупком и лобком по средней линии имеется послеоперационный рубец, в нижней части которого, во всей толще тканей, прощупывается плотной консистенции в своем основании, размером 6×5 см, слегка синюшная „опухоль“. При наблюдении за этой „опухолью“ отмечалось ее увеличение, появление резкой болезненности и ее покраснение при менструации. По окончании менструации она становилась немного меньше, болезненность резко снижалась, и краснота переходила в синюшность.

Результаты общего анализа крови ничего особенного собой не представляют. Моча соломенно-желтого цвета, мутная, уд. вес 1,021, кислой реакции, белок 0,66%, лейкоциты 100—150 в п. зр, плоский эпителий — умеренное к-во. Цистоскопия: пузырь большой вместимости, отверстия мочеточников нормальны, передняя стенка пузыря нерезко гиперемирована.

Имея в данном случае опухолевидное разрастание в нижней части послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, занимающее, повидимому, все слои тканей последней, изменяющееся в связи с менструацией, мы пришли к заключению о наличии эндометриоидной гетеротопии.

23/XI — после соответствующей подготовки, под спинномозговой анестезией (Sol. stovaini 5%—1,5 + Sol. coffeini natr.—benz. 10%—1,0) произведена лапаротомия с иссечением опухолевидного разрастания, захватывавшего все слои передней брюшной стенки. Брюшина мочевого пузыря, матки и придатков, сама матка и яичники без особых изменений. Брюшина полости послоню закрыта наглухо. Послеоперационное течение гладкое, с 28/VI по 30/VI пришла менструация без боли, а на 12-й день после операции б-ая выписана в хорошем состоянии.

Удаленное опухолевидное разрастание имеет очень большую плотность, его слои, располагающийся в коже, напоминает хрящеватость, макроскопически представляет собой узловатое образование инфильтрирующего роста на разрезе железистого строения с небольшими полостями, наполненными темно-коричневой жидкостью. В прилегающих тканях образования довольно большое количество сосудов. При микроскопическом исследовании образования обнаружена типичная картина эндометриоидной гетеротопии.

Случай 2 (истор. б-ни № 2172). Б-ая Ж., 39 лет, поступила в гинекологическое отделение МУБ 13/X 1937 г. с жалобами на маточное кровотечение, начавшееся 6/X, общую слабость и головокружение. В анамнезе со стороны наследственности ничего особенного не отмечается. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3 дня, через 28 дней, без болей, умеренно до 1927 года, а с этого времени они стали обильнее и болезненны, последние — 19/IX.

Половая жизнь с 25 лет. Родов не было, первая беременность в 1926 году закончилась искусственным абортom у врача на квартире. По словам б-ой операция продолжалась долго и сопровождалась сильной болью. После операции врач сообщил б-ой и ее мужу, что им была произведена перфорация матки. После этой операции б-ая лежала в б-це с „воспалением брюшины“. Кроме этой беременности у б-ой потом были еще три беременности, закончившиеся непроизвольными выкидышами на 3-м месяце. Последний из них был в 1933 году. Больной себя считает с 1927 года, после „неудачного искусственного аборта“. С этого времени менструации стали ходить сильнее и с болью внизу живота и пояснице. За последние 3 года резко усилились боли, а менструации стали настолько обильными, что у б-ой развилось резкое малокровие, по поводу ко-

торого ей было произведено 6 раз переливание крови в течение двух последних лет. Через 1/2 дней после бывшей последней менструации 6/X — появилось кровотечение, постепенно усиливающееся. Не прекращающееся кровотечение от применения кровоостанавливающих средств и нарастающие явления малокровия заставили 6-ую обратиться за помощью в 6-цу.

Б-ая среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Дыхание везикулярное, сзади в области лопаток сухие хрипы. Шум волчка на *v. jugularis*. Со стороны сердца особых отклонений от нормы нет. Брюшные органы без особенностей. Мочевыделение свободное. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки чиста. Матка увеличена, плотная в стенках ее тела, особенно спереди, прощупывается увеличенная плотной консистенции. Кровотечение умеренное. Анализ крови: Hb 47%, эр. — 3920000, лейкоц. — 8000, п. п. 0,6; эоз. — 2%, пал. — 4%; сегм. — 64%, лимф. — 24%, мон. — 6%. РОЭ — 35 мм в 1 час.; анизоцитоз, лейкоцитоз и полихромазия.

Диагноз: фибромиома матки.

15/X под спинномозговой анестезией произведена *amputatio uteri supravaginalis et appendectomia per laparotomiam*. Послеоперационное течение гладкое, а на 13-й день после операции 6-ая выписана для амбулаторного наблюдения по поводу имевшегося у нее вторичного малокровия.

В удаленном теле матки прощупывается как бы несколько узлов, но на разрезе эта плотная узловатость не имеет резких границ, а как бы сплошь прорастает матку. Местами видны небольшие полости.

При гистологическом исследовании — типичный эндометриоз матки.

Случай 3 (ист. б-ни № 5445.) Б-ая А., 46 л. поступила в гинекологическое отделение МУБ с жалобами на сильное маточное кровотечение и боли внизу живота. В анамнезе туберкулез легких со стороны матери. Менструации с 18 лет, установились не сразу, по 3 дня, через 4 недели, умеренно. Последнее время менструации стали обильными и с сильными болями внизу живота. Половая жизнь с 19 лет. Беременность в 1910 году закончилась родами в срок, извлечение плода щипцами, после родов болела. Беременностей больше не было. В 1912 г. маточное кровотечение, по поводу которого было выскабливание полости матки. В 1917 году оперирована — *appendectomia*. Больной себя считает давно, но раньше не обращала на здоровье внимание и лишь теперь, когда после последней менструации 29/VIII пришли крови 19/IX —, а затем 6/X — и с этого времени продолжают 22 дня, несмотря на предпринятое лечение, 6-ая обратилась за помощью в 6-цу. Б-ая среднего роста, правильного телосложения. Со стороны сердца отмечаются глухие тоны, другие внутренние органы без отклонений от нормы. Мочевыделение свободное. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки чиста, матка в *anteversio*, подвижна, увеличена, плотная. На задней ее стенке прощупывается узловатость плотной консистенции. Придатки не прощупываются, своды свободны. Выделение крови в умеренном количестве. Моча и кровь без отклонений от нормы. Диагноз: фибромиома матки.

3/XI под спинномозговой анестезией произведена операция: *amputatio uteri supravaginalis per laparotomiam*. Послеоперационное течение гладкое, 6-ая на 13-й день после операции выписана в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое исследование: во всей толще матки среди мышечных волокон разбросаны островки с кистознорасширенными железами — *adenomyosis interna* (д-р А. М. Вахуркина).

Как видно из описания 1-го случая, эндометриоидная гетеротопия здесь произошла в результате прямой имплантации кусочков эндометрия при операционном вмешательстве — лапаротомия по поводу прободения матки во время искусственного аборта. При вскрытии брюшной полости, выведении в брюшную рану перфорированной матки, при выскабливании ее полости и были занесены кусочки эндометрия на ткани брюшной раны, а в результате — эндометриоидная гетеротопия в послеоперационном рубце. Течение этой эндометриоидной гетеротопии типичное: болезненность, набухание, увеличение и покраснение

с наступлением каждой менструации, что очень беспокоило б-ую. Диагностика в данном случае проста. Примененное оперативное вмешательство привело к излечению нашей больной, что подтверждается наблюдениями за отдаленными результатами.

В описании 2-го случая обращает на себя внимание наличие бывшего прободения матки при искусственном аборте, во время которого, надо полагать, и произошла прямая имплантация кусочков эндометрия в толщу стенки матки. Уже спустя год после этого неудачного искусственного аборта у б-ой появились дисменорея и менорагия, усилившиеся за последнее время. Менорагии послужили причиной вторичного малокровия. Оперативное пособие, примененное нами, является радикальным методом лечения в данном случае. Не поддававшееся лечению раньше вторичное малокровие, после операции при соответствующем лечении, стало быстро проходить.

Таким образом разобранные нами два случая с несомненностью подтверждают взгляд на происхождение эндометриoidных гетеротопий путем прямой имплантации кусочков эндометрия при операциях, связанных с вскрытием полости матки.

Что касается 3-го случая, приведенного нами, то здесь мы имеем эндометриoidную гетеротопию в результате нарушения биологического равновесия слизистой оболочки и мышечной стенки матки, обусловленного воспалительным процессом послеродового заболевания. Если мы отметили простоту диагностики в 1-м случае, то нельзя этого сказать про два последние случая. Мы в обоих этих случаях в диагнозе ошиблись, и одной из причин этой ошибки было то, что мы, имея выраженную узловатость при ощупывании матки, исключили эндометриоз и отнеслись без должного внимания к указаниям на бывшую перфорацию матки во втором случае. Диагностическое выскабливание полости матки не дает возможности диагностировать эндометриоза, так как соскобленная слизистая может гистологически ничем не отличаться от эндометрия при геморагической метропатии (Франкль).

Вопреки существующему мнению (Франкль), что при *endometrios interna* матка представляется равномерно увеличенной без выпячиваний (узлов), мы в двух последних наших случаях отмечали наличие неравномерного увеличения матки (узловатость), и эти данные бимануального исследования подтвердились при макроскопическом обследовании удаленных тел матки. Считаем необходимым обратить внимание на то обстоятельство, что эндометриoidные гетеротопии отличаются от фибром матки гораздо большей плотностью.

И, наконец, в случаях, где анамнестические данные указывают на бывшую перфорацию матки, необходимо при диагностике всегда помнить об эндометриoidных гетеротопиях.

Поступила в ред. 14.II.1937.