

К казуистике доброкачественных опухолей фаллопиевых труб.

Проф. Г. Эдельберга.

Злокачественные заболевания фаллопиевых труб встречаются, повидимому, значительно чаще доброкачественных. Что касается первых, то до 1910 года было опубликовано 120 случаев их, каковая статистика была дополнена С. Ruge в 1917 г., а затем Küstner'ом в 1922 г., причем последний сообщает уже о 176 случаях первичных злокачественных новообразований труб. Случаев же доброкачественных новообразований яйцеводов Parre до 1923 года мог собрать всего 77. В виду редкости таких опухолей публикация каждого случая представляет несомненный интерес, что и побуждает меня сообщить в печати следующее наблюдение:

Большая Анна И., 38 лет, замужем 15 лет, бездетна. Месячные носила всегда правильно. В 1919 г. И. обратилась к врачу по поводу своего бесплодия, и ей было сделано выскабливание матки, в связи с которым она заболела воспалением маточных придатков и лежала почти 3 месяца с повышенной t° . При поступлении в Клинику, 16/I 1923 г., она жаловалась на незначительные боли внизу живота, главным образом слева, и на бели. На вид она—крепко сложенная, хорошо упитанная женщина, с нормально окрашенными видимыми слизистыми оболочками. Со стороны легких и сердца ничего патологического констатировать не удастся; тоже и со стороны пищеварительного тракта и мочеполовой системы. Двухручное исследование дало следующее: узкое влагалище, коническая шейка, матка в anteflexio-versio, незначительно увеличена; слева и позади матки прощупывается опухоль величиною в маленькое яблоко, довольно плотной консистенции и со слегка бугристой поверхностью. Из наружного маточного зева выделяются довольно обильные стекловидно-прозрачные выделения, в которых повторными исследованиями гонококков обнаружить не удалось.

Во время операции (лапаротомия с поперечным разрезом по Pfannenstiel'ю) выяснилось, что опухоль лежала у боковой стенки таза и при более детальном осмотре оказалась исходящею из левой трубы. Вся труба, опухоль и яичник с этой стороны были в тесных сращениях. Справа придатки были нормальны, без сращений. После разделения сращений левые придатки были удалены

целиком, после чего произведено послойное закрытие брюшной полости. Заживление per primam. На 15-й день р. о. больная выписалась.

На удаленном при операции препарате можно было видеть, что труба, примерно на расстоянии 1 сант. от маточного конца, утолщается, образуя опухоль величиною в маленькое яблоко (размеры ее—5:3:3 сант.), а дальше к фимбриальному концу опять принимает свою нормальную форму. Ближе к маточному концу трубы лежит нормальный и по величине, и по консистенции яичник. На его поверхности, как и на поверхности трубы и опухоли, видны остатки брюшинных сращений. Сама опухоль просвечивает желтовато, резко отграничена от окружающей ее ткани и слегка подвижна по отношению к трубе. Зонд, проведенный через просвет трубы, свободно проходит до абдоминального ее конца, который зарослен. При разрезе оказалось, что опухоль доходит до слизистой оболочки трубы и связана как-бы ножками с ее мышечным слоем. Сама опухоль представляется на срезе разделенной на отдельные дольки проходящими через нее бледноватыми полосками. Дольки ясно содержат жировую ткань.

Под микроскопом опухоль оказалась покрытою снаружи однослойным высоким цилиндрическим эпителием. Тяжи, разделявшие ее на дольки, состояли из тонких соединительнотканых волокон, которые в одних местах были более плотны и в виде довольно солидных тяжей разделяли жировую клетчатку, в других же местах проходили только в виде тоненьких полосок. Сами дольки состояли из жировой клетчатки, пронизанной тонкими соединительноткаными волокнами на подобие сетки. Ближе к основанию опухоли было видно, как отдельные пучки гладких мышечных волокон обхватывают основание опухоли, указывая на связь ее с мышечным слоем трубы. Рядом с мышечными волокнами видны были довольно солидные тяжики соединительной ткани.

Таким образом, по своему строению опухоль должна быть признана за фибролиому.

Что касается трубы, то в ней были видны признаки легкого катаррального состояния: слизистая была немного утолщена, в покрывающем ее эпителии особых изменений, впрочем,—кроме разве частичного исчезновения мерцательных ресничек,—видно не было; в строме встречалось довольно значительное количество лейкоцитов; лимфатические и кровеносные сосуды были расширены; мышечный слой изменений не представлял.

Микроскопическое исследование яичника показало, что albuginea его значительно утолщена, паренхима богата соединительной тканью, причем ее характерное строение, однако, нигде не изменено. Там и сям в ней видно было значительное число рубцовых тел (corpora candidantia), но сравнительно мало как первичных фолликулов, так и Graafовых пузырьков. Соединительная ткань была бедна ядрами, фибриллярна. Вблизи сосудов встречалась местами круглоклеточная инфильтрация. Сосудов вообще было много, особенно в hilus'e. В стенках их ничего патологического не обнаруживалось.

Просматривая доступную мне литературу, я мог найти только два случая фибролипом трубы. Это, — во-первых, случай, который описан Rogano, где опухоль была прикреплена с одной стороны к трубе, большей же частью лежала в широкой связке. О втором случае сообщает Parre, который во время операции, предпринятой по поводу лопнувшей трубной беременности, в другой, небеременной трубе заметил опухоль величиною в грецкий орех, при микроскопическом исследовании оказавшейся фибролипомой, тесно связанной с трубой и с ее брыжжейкой. Из других органов женской половой сферы липомы чаще всего были находимы в матке. Merkel, Orth, Schanski и R. Meyer описали случаи чистых липом матки, Brünings, Chiari, Jacobsohn, Franque, Seeger, Smith — случаи липомиом и фибролипом матки*).

Об этиологии липом мы знаем не больше, чем о происхождении опухолей вообще. Parre признает, на основании своего случая, возможность происхождения липом трубы из субперитонеальной жировой ткани; мне лично, однако, никогда не приходилось видеть жировую клетчатку в такой близости к трубе. Kehrer указывает на возможность дегенеративного перерождения соединительнотканых клеток в жировые; такая возможность признается и другими авторами, но R. Meyer вполне правильно указывает, что дегенеративные клетки никогда не пролиферируют, и, если еще дегенерацией можно объяснить происхождение отдельных жировых клеток там, где они не должны встречаться, то этим уже никак не объяснишь образования организованной опухоли весом в 80 граммов (случай Rogano), или фибролипомы у коровы весом в 75 килограммов (случай описан Lundom); это — несомненно растущие, пролиферирующие новообразования. Нельзя липомы рассматривать, как продукт дегенеративного процесса, также и потому, что в последнем случае не имелось-бы характерного для липом дольковидного строения, так ясно выступающего в описанном мною случае. По мнению Auga причиной развития липом в половом аппарате женщины может служить выпадение функции яичника, напр., в постклимактерическом возрасте, и действительно, обусловленное выпадением внутренней секреции яичника нарушение общего обмена веществ может вести к более обильному отложению жира во всем теле; однако оно никогда не носит характера местного, ограниченного накопления жировой клетчатки. Theilhaber полагает, что наблюдаемая в климактерическом периоде облитерация

*) Два интересных случая таких опухолей, наблюдавшихся в Казанской Акушерско-Гинекологической Клинике, были описаны в русской литературе Л. Е. Кутасовым (Журн. Акуш., 1911).

сосудов женской половой сферы и связанные с этим дегенеративные процессы могут послужить поводом к образованию липом; аналогичные процессы наблюдались в миомах, где вследствие нарушения питания (перекручивание ножки подсерозной миомы) образовывалась жировая и даже хрящевая ткань, однако и при этом никогда не наблюдалось что-нибудь похожее на организованную опухоль. Кроме того в большинстве случаев, опубликованных в литературе, липомы женских половых органов встречались у женщин в периоде полной деятельности половых желез; только в одном случае, описанном Schanskij'm, больной было 44 года. Поэтому я был-бы скорее склонен искать объяснение образования липом в старой, — правда, слишком обобщающей и неопределенной, — теории Conheim'a, т.е. в том, что происхождение липом следует приписать зародышевой ткани, отделившейся от своего нормального места в периоде эмбрионального развития.
