

К вопросу о пресакральных смешанных опухолях.

Д-ра М. С. Венециановой.

Вопрос о врожденных опухолях крестцово-копчиковой области—вопрос далеко не новый. О подобной опухоли, которая была вдвое больше головки новорожденного и затрудняла роды, писал еще в 1694 г. известный французский акушер Philippe Reu. Но все прежние сообщения ограничивались только макроскопическим описанием величины, формы и местоположения опухоли. Когда же на помощь клинике пришел микроскоп, интересная структура этих опухолей привлекла к себе внимание исследователей, которые пытались выработать их классификацию и выявить их патогенез. Несмотря на многочисленные работы в этом направлении, данный вопрос, однако, и до настоящего времени полностью не решен. Он будет решен, как говорит Пожариский, только тогда, когда мы сможем прочесть последние страницы учения об опухолях.

Классификаций для врожденных крестцово-копчиковых опухолей было предложено много (Borst, Marchand, Tillmans, Bergmann и др.). Не вдаваясь в подробный разбор их, отметим лишь тот факт, что в основе большинства классификаций лежит принцип деления всех врожденных опухолей сакрально-копчиковой области на две группы: 1) наиболее часто встречающиеся опухоли, развивающиеся вследствие дефекта в позвоночнике (spina bifida),—myelocoele, meningocele и пр.; 2) опухоли, которые являются настоящими новообразованиями, имеющие порою более простое (миомы, фибромы, саркомы), порою более сложное строение, включающие различные органы и ткани (тератоидные опухоли, дермоиды, тератомы). Каждая из этих групп в свою очередь имеет массу подразделений, причем каждый автор делит их по своему усмотрению.

Что касается, далее, патогенеза,—главным образом, конечно, опухолей сложного строения,—то мы, опять-таки не вдаваясь в подробности, приведем здесь лишь основные положения по данному вопросу. Sappey считает тератоидные опухоли за результат порочного развития. Многочисленные исследования, при которых были обнаружены в этих опухолях эмбриональные зачатки, и факт нахождения подобных новообразований у новорожденных или у детей в первые годы жизни—убеждают в правильности этой гипотезы, и тот взгляд, что образования эти имеют эмбриональное происхождение, в настоящее время можно считать общепризнанным.

Однако, если наличность эмбриональных остатков в подобных опухолях не подлежит сомнению, то взгляды на механизм их происхождения являются крайне различными. На этот счет существует 3 теории:

1) бигерминальная монистическая, 2) дуалистическая, 3) моногерминальная монистическая.

Бигерминальная теория, приверженцами которой являются Calbet, Stolper и др., сводится к тому взгляду, что каждая такая опухоль представляет собою по каким-либо причинам не развившегося двойничного зародыша (т. наз. *foetus in foetu*), причем от большего или меньшего развития этого зародыша зависит более или менее сложное строение опухоли. В пользу этой теории говорит локализация тератом, которые располагаются обычно на местах, где чаще всего встречаются т. наз. приросшие двойни, а именно, на головном и хвостовом концах туловища и на передней поверхности живота. Но то обстоятельство, что число тератом может быть очень большим (так, напр., Hofmeister наблюдал в одном яичнике женщины 4 дермоида, а в другом, у той же женщины, — 7, между тем как число плодов у человека обычно не превышает пяти), говорит против этой теории.

Сторонники дуалистической теории (Borst, Tillmans, Bergmann и др.) проводят взгляд, согласно которому часть описываемых опухолей происходит моногерминально, часть же бигерминально. Это последнее происхождение они приписывают тем опухолям крестцово-копчиковой области, которые имеют наиболее сложное строение, именно, сюда относятся опухоли, содержащие в себе органы, или, по крайней мере, определенные остатки таких органов, которые образовались не из заднего конца туловища зародыша, и происхождение которых не может быть сведено к зародышевому стигнуированию или неправильному развитию частей таких органов, которые при нормальных условиях роста зародыша претерпевают обратное развитие и исчезают. Другие же, более простые по строению, опухоли крестцово-копчиковой области происходят, по мнению сторонников этой теории, насчет неправильного развития некоторых органов и образований, существующих в известные периоды эмбриональной жизни в нижнем, хвостовом конце эмбриона (Боголюбов). Но невозможность провести грань между более и менее сложными опухолями затрудняет такое деление, а факт, что уроды с тремя ногами бывают лишены собственного амниона, также опровергает взгляд на бигерминальное происхождение опухолей, в которых находятся зачатки органов.

Унигерминальная монистическая теория предполагает, что все сложные опухоли происходят из элементов самого носителя. К сторонникам такого взгляда относится Marchand, который в 1897 году предложил теорию, что данные опухоли развиваются из оплодотворенных полярных, или направительных, телец. Однако возможная множественность тератом говорит против этой теории. Позже тот же Marchand предложил более вероятную и теперь принятую многими теорию (т. наз. теорию Marchand'a-Bonnet), согласно которой тератоидные опухоли образуются из бластомер, отделившихся вследствие невыясненных еще пока условий.

Кроме этих главных теорий есть еще и другие, но такой теории, которая была-бы всеми принята и получила-бы права гражданства в науке, пока нет, и только накопление большого количества наблюдений и исследований над подобными опухолями, как говорит проф. Боголюбов в своей работе об них (Русский Хир. Архив, 1907, кн. 2), может помочь всестороннему изучению данного вопроса. В виду этого мы, по

предложению проф. Боголюбова, исследовали случай такой опухоли, оперированный им в Хирургической клинике Казанского Гос. Института для усов. врачей. Исследование было произведено в Патолого-анатомическом кабинете Казанского Университета, под руководством проф. И. П. Васильева, которому мы здесь и приносим сердечную признательность.

Н. Р., 1 г. 3 мес., сын рабочего, поступил в клинику 27/I 1925 г. с опухолью в левой ягодичной области. По словам матери опухоль эта существует у ребенка от рождения, причем сначала она не превышала величины грецкого ореха, но по мере роста ребенка стала постепенно увеличиваться. Опухоль безболезненна, ребенку не мешает, тазовых растройств, по словам матери, у него не наблюдается. 2½ месяца тому назад ребенок перенес корь, которая осложнилась воспалением легких. Поправившись от пневмонии, ребенок заболел ветреной оспой.

Объективное исследование больного дало следующую картину: мальчик сложен правильно, подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, кожные покровы и слизистые нормально окрашены, в области левой ягодицы, не заходя выше края m. glutei, имеется плотная, упругая, местами флюктуирующая опухоль величиною с головку новорожденного; упругость опухоли при крике ребенка несколько увеличивается, форма опухоли приблизительно круглая, в нижней части ее, у основания опухоли, замечается незначительной величины участок с более плотной консистенцией; опухоль сидит на широком основании, несколько подвижна в боковом направлении; покрывающая ее кожа не изменена и легко сдвигается в складку; опухоль безболезненна, все позвонки крестца ясно прощупываются, копчик несколько смещен вправо; пункция опухоли дала прозрачную, слегка опалесцирующую жидкость слабо-щелочной реакции, содержащую белок.

4/II 1925 г., под хлороформным наркозом, проф. Боголюбовым была произведена экстирпация опухоли: сначала были проведены два эллиптических разреза вокруг основания последней, длиною в 10—12 сант., затем, по рассечении кожных покровов, опухоль была вылучена большей частью ножом и ножницами, а местами тупым путем, причем оказалось, что основание опухоли вдается глубоко в малый таз, располагаясь между передней поверхностью крестца и прямой кишкой. Вылущение опухоли в глубине таза представляло некоторые затруднения, в виду ее тесных отношений к брюшине и прямой кишке; тем не менее ее удалось успешно вылущить без повреждения этих органов. Рана была закрыта при помощи кожных швов, а в нижний край ее введен небольшой тампон. Послеоперационное течение не представляло ничего особенного, и 22/II ребенок выписался с хорошо гранулирующей раной.

Макроскопическое исследование вылученной опухоли дало следующие результаты: опухоль подходила по размерам к головке новорожденного; форма ее была округло-овальная, консистенция неодинаковая—местами плотная, местами же можно было обнаружить флюктуацию. При разрезе опухоли из нее вытекло приблизительно 100 куб. сант. слегка опалесцирующей жидкости. Цвет ткани опухоли на разрезе представлялся серовато-белым. В разрезе опухоль оказалась состоящей из нескольких полостей, большей частью с гладкими, местами же слегка волнисто возвышающимися стенками. В некоторых полостях на стенках наблюдались нежные, тонкие, длиною в 2 сант., светло-рыжеватые волоски. Величина полостей была различна,—от куриного яйца до лесного ореха. В некоторых полостях находилось небольшое количество опалесцирующей жидкости. Стенки полостей имели различную толщину,—от 1 до 2½ поперечных пальцев. В толще стенок местами прощупывались как-бы костные образования, которые выступали в виде небольших возвышений на стенках полостей. Снаружи вся опухоль была окружена тонким слоем белой фиброзной ткани, образовавшей капсулу.

Для микроскопического исследования препараты, после предварительной фиксации, были окрашены частью гематоксилином Böhm e r'a с эозином, частью же по Van-Gieson'y; содержащаяся в опухоли кость была предварительно декальцинирована. Просмотрев ряд срезов из разных участков опухоли, мы нашли следующее: главная полость опухоли была выстлана плоским, многослойным, на поверхности ороговевающим эпителием, который бухтообразно вдавался в полость кисты; под эпителием находились дериваты кожи, как-то сальные железы, волосы, а местами под эпителием группами лежали железы с невысоким цилиндрическим эпителием; другие полости были выстланы эпителием, в котором, как правило, были

включены бокаловидные клетки, выделявшие слизь. Основной тканью опухоли была ткань соединительная, местами гиалинизированная, местами богатая клетками, местами же волокнистая. Ткань эта была пронизана взаимно анастомозирующими между собою полосками глины. Ядра глиозной ткани группировались местами более рыхло, местами более плотно. Величина ядер тоже резко колебалась: местами ядра были большие, разбухшие, местами мелкие, интенсивно красящиеся. Изредка попадались гладкие мышечные волокна. В нескольких препаратах мы находили пластинки кости, которые представляли из себя компактное костное вещество с костными телцами. Местами встречалась жировая ткань.

Решение вопроса о том, к какой группе относится исследованная нами опухоль, не представляется трудным. В данной опухоли мы нашли дериваты всех трех зародышевых листков: эктодермы, энтодермы и мезодермы. Из эктодермальных образований мы нашли в данном случае эпителий с ороговевающими на поверхности клетками и нервную ткань — глию, которая обильно пронизывала анастомозирующими между собою полосками решительно все срезы нашего препарата. Полости, выстланные местами многослойным, местами однослойным эпителием с включением бокаловидных клеток, выделяющих слизь, мы можем отнести к дериватам энтодермы. Конечно, трудно решить вопрос, что имело развиться из данных образований, — внутренний-ли покров кишек, или дыхательных путей; но принадлежность их к энтодерме неоспорима. Что же касается дериватов мезодермы, то к ним мы можем отнести разнородную соединительную ткань, которая являлась во всех срезах основой; кроме того к мезодерме же относятся костная ткань, жировая ткань и гладкие мышечные волокна, которые мы также находили в некоторых срезах. Найдя т. о. в опухоли дериваты всех трех зародышевых листков, мы имеем полное право отнести ее к типу тератом, а именно, считать ее тридермной, т. е. состоящей из дериватов всех трех зародышевых листков.

Мы хотели-бы сказать еще несколько слов о локализации нашей опухоли. Как известно, тератомы, располагающиеся в крестцово-копчиковой области, могут лежать на задней (дорзальной) поверхности крестца или копчика и быть более или менее плотно сросшимися с этими органами. В других случаях подобные опухоли располагаются между rectum (или anus) и передней поверхностью крестца или копчика, причем могут глубоко западать в таз. В нашем случае имелось именно такое расположение опухоли: как было обнаружено при операции, основание последней глубоко вдавалось между передней поверхностью крестца и прямой кишкой, будучи в весьма тесной связи как с этой последней, так и с тазовой брюшиной.

Отметим, что в то время, как удаление подобных опухолей, расположенных на задней поверхности крестца, не представляет никакой опасности и технически является легким, вылушение пресакральных опухолей, развивающихся между крестцом и прямой кишкой, может быть весьма затруднительным и опасным в виду тесной связи с прямой кишкой и брюшиной, как это и было в нашем случае. Несмотря на подобные отношения, операция в нашем случае протекла гладко, и наш маленький пациент весьма хорошо перенес ее.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Bergmann. Berl. klin. Woch., 1884, №№ 48—49.—2) Боголюбов. Рус. Хир. Арх., 1907.—3) Borst. Cent. f. allg. Path. u. path. An., 1898.—4) Добросмыслов. Рус. Хир. Арх., 1902, кн. 3.—5) Engelmann. Arch. f. klin. Chir., Bd. 72.—6) Гаген-Торн. Лер. Рус. Хир., 1899.—7) Hagen. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 42.—8) Hagenbach. Arch. f. klin. Chir., Bd. 66.—9) Hennig. Beitr. z. path. Anat., 1900, Bd. 28.—10) Hoppe. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 66.—11) Качковский. Хир., 1902.—12) Kiderlen. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 52.—13) Linser. Beitr. z. klin. Chir., Bd. 29.—14) Парин. Beitr. zur Ren. der angeborenen präsakral sitzende Geschwülste.—15) Марков. Хир., 1912.—16) Молчанов. Хир., 1909.—17) Петров. Изв. В.-Мед. Акад., 1903.—18) Розанов. Мед. Об., 1906.—19) Tillmans. Die Verletzungen u. chir. Krank. des Beckens. Stuttg. 1905.—20) Чернов. Хир., 1906.
-