

Случай аденометрита, симулировавшего злокачественное новообразование матки.

Ординатора Е. Н. Заболотской.

Одним из интереснейших вопросов в учении об опухолях является вопрос об атипических разращениях эпителия. Матка как раз является таким органом, в котором разращения подобного рода встречаются в самых разнообразных формах. К числу таких форм должны быть отнесены т. наз. диффузные аденомы миометрия—*adenoma myometrii diffusum*. Не будучи достаточно изученными во всех отношениях,—в литературе описано до сих пор не более 30 таких случаев,—они представляют не только научный, но и большой практический интерес, т. е. нередко протекают под видом злокачественного новообразования. Эти соображения и побуждают нас опубликовать случай подобного рода, наблюдавшийся в Гинекологическом отделении Казанского Клинического Института. История этого случая такова:

Больная А. Е., 45 л., поступила в отделение с жалобами на кровотечение из половых органов, продолжавшееся почти без перерыва в течение 5 месяцев. Больная замужняя, менструировала всегда правильно, имела 13 срочных родов, из коих последние были 10 лет назад. Последняя менструация пришла 5 месяцев назад, и с тех пор все время больная страдала кровотечениями с небольшими перерывами на 1—2 дня. Больная сильно похудела, побледнела и заметно ослабла.

При объективном исследовании были обнаружены резкие признаки анемии. Со стороны половой сферы найдено: *portio vaginalis* цилиндрической формы, наружный зев открыт, и цервикальный канал проходим для пальца до внутреннего зева, тоже несколько открытого; матка увеличена до размеров 3-месячной беременности, консистенция ее плотная, конфигурация—шаровидная, поверхность везде представляется гладкою. Матка подвижна. Придатки несколько увеличены.

На основании этих данных анамнеза и объективного исследования (возраст больной, предшествовавшие 13 беременности и родов, увеличение тела матки, упорные кровотечения, приоткрытый зев) у Е. была заподозрена наличие рака маточного тела, причем, так как пробное выскабливание дало большое количество крошкова-

тых кусочков, макроскопически определенных, как раковые разrostания, то у больной была произведена полная абдоминальная экстирпация матки вместе с придатками. Как операция, так и послеоперационный период протекли гладко.

Удаленная матка была величиной с матку около 3 месяцев беременности, форму имела правильную, грушевидную. Длина полости ее равнялась 10 см. Миометрий на разрезе представлялся значительно утолщенным, особенно в области дна и задней стенки, доходя здесь до 4,5 см. в толщину. В стенке шейки имелось несколько мелких кистовидных полостей и одна большая полость, с большуюю горошину величиной. Слизистая оболочка тела матки были утолщена, особенно в дне (до $\frac{1}{2}$ см.) и на задней стенке (1,2 см.), состояла из рыхлой, мягкой, легко рвущейся ткани, которая образовывала неправильные полипообразные выросты в маточную полость. Во многих участках ткань этих разrostаний была пронизана кровоизлияниями. Трубы оказались без изменений. Оба яичника, несколько увеличенные, были мелкокистовидно перерождены и ни желтых тел, ни остатков их не содержали.

Микроскопическое исследование как соскобленных кусочков, так и различных участков вырезанной уже матки впервые показало, что клинический диагноз карциномы был ошибочен. Срезы из соскоба дали картину чрезвычайно резко выраженного гипертрофически-гиперпластического процесса в эндометрии, как со стороны желез, так и со стороны стромы, без каких-либо признаков злокачественного разrostания эндотелия.

В частности гистологическое изучение удаленной матки обнаружило следующее: там, где целость мукозы после бывшего выскабливания сохранилась, эпителий, ее покрывавший, имел обычный вид; как на всем протяжении слизистой оболочка, так особенно в местах, где она представлялась наиболее разросшейся, можно было обнаружить значительную гипертрофию и гиперплазию желез, причем в процесс этот вовлечены были главным образом донные отделы желез; эпителий всех железистых трубок заметных отклонений от нормы не обнаруживал, как, равно не обнаруживал он и атипических разrostаний. В нижних отделах матки микроскопическая граница между слизистой оболочкой и миометрием представлялась довольно резкой, так как заметного внедрения желез в мышечный слой здесь не наблюдалось; напротив, в верхних отделах матки, особенно по задней ее стенке, граница между отдельными слоями маточной стенки была затуманена, так как со стороны эндометрия имело место ясно выраженное вrostание элементов его в слой миометрия: отдельные железистые трубки, окруженные большим или меньшим количеством цитогенной ткани, в значительных количествах попадались здесь в прослойках соединительной ткани миометрия, местами же целые участки мукозы, в виде широких клиньев, оказывались втянутыми в глубь мышечного слоя, не проникал, одиноко, глубже, чем на $\frac{1}{3}$ его толщины. Что касается железистых просветов в этих участках, то местами они ничем не отличались от таковых же в слое эндометрия, местами же начинали принимать вид, напоминающий настоящие аденоматозные разrostания.

ния, —длинные железистые трубки очень тесно прилежали друг к другу, кое-где почти без раз'единяющей их стромы, которая здесь резко редуцировалась, эпителий же, —в виде ясно-цилиндрических клеток, —местами начинал обнаруживать признаки наслоения в несколько рядов.

Сам миометрий представлял заметную гипертрофию и гиперплазию мышечных пластов, а также значительное разрастание соединительной ткани; со стороны сосудов его местами ясно выступали явления гиалинового перерождения стенок.

Покровный эпителий слизистой оболочки шейки имел типическое строение. Железистый аппарат шейки тоже оказался заметно гиперплазированным, причем во многих местах железы были кистовидно расширены, что можно было заметить уже макроскопически.

Таким образом после тщательного патолого-гистологического исследования удаленной матки мы должны были отказаться от первоначального диагноза рака тела матки. Найденные нами изменения мы должны по существу формулировать, как гипертрофически-гиперпластические процессы всех составных частей эндометрия, преимущественно же его железистого аппарата, со стороны которого также обнаруживалось диффузное вrostание вглубь миометрия как отдельными железистыми трубками, так и целыми их комплексами. Подобные разрастания, сопровождающиеся определенной клинической картиной, наблюдались целым рядом авторов и определяются некоторыми, как *adenoma diffusum myometrii*, другими — как *adenometritis*, *adenomyometritis* (A s c h o f f), или *adenomyositis* (F r a n k l).

Главным патолого-анатомическим признаком этого страдания является более или менее глубокое вrostание желез слизистой оболочки матки, в сопровождении цитогенной ткани, в толщу миометрия, при отсутствии какого-либо злокачественного роста эпителия в самом эндометрии, где наблюдается главным образом гипертрофически-гиперпластический процесс преимущественно со стороны желез, но иногда также и со стороны стромы.

Что касается клинических признаков, свойственных глубокому вrostанию желез эндометрия, то в своей монографической работе по данному вопросу проф. Г о р и з о н т о в ¹⁾ в качестве таковых признает: 1) развитие заболевания в пожилом возрасте, 2) метроррагии, не уступающие никакой местной терапии, 3) отсутствие в свободные от кровотечений промежутки гнилостных выделений, 4) увеличение матки иногда до очень значительных размеров.

Если сопоставить данные гистологического исследования и клинического течения нашего случая с теми картинами, которые описывались авторами, имевшими случаи наблюдать разбираемое

¹⁾ Журн. Акушер. и Женск. Болезн. 1911, стр. 29.

заболевание, то сходство получится полное. Пользующийся большим авторитетом в данной области R. Meyer различает в зависимости от глубины врастания желез 4 степени аденометрита: в первой и второй он относит не очень глубокие врастания отдельных железистых трубок (первая степень) или более значительных участков мукозы (вторая степень), в третьей и четвертой—соответственным образом врастания на более значительную глубину. С этой точки зрения разрастания желез в нашем случае мы должны причислить ко второй степени, причем интересно, что по клиническим симптомам в виде упорных кровотечений, приведших больную в состояние резкой анемии, случай должен быть отнесен к тяжелым.

Не только с академической, но и с практической стороны крайне важным является вопрос о том, считать ли диффузные аденомы миометрия доброкачественным процессом, или злокачественным новообразованием. В этом отношении мнения авторов крайне противоположны: если одни, как, напр., R. Meyer, считают их вполне доброкачественными, другие, наоборот, признают за ними все клинические и патолого-анатомические свойства злокачественного новообразования (Schutze¹⁾, Горизонтов).

В частности, останавливаясь на клиническом течении, мы должны отметить, что, по общему признанию, клиническая картина диффузных аденом обычно вполне соответствует картине злокачественного новообразования. Разногласия относительно их патолого-анатомической классификации, по всему вероятно, зависят оттого, что отдельные авторы имели дело с процессом, неодинаково далеко зашедшим в своем развитии. Не подлежит сомнению, однако, что нераз по отношению к диффузным аденомам установлен был их деструктивный рост и переход в настоящую аденокарциному. Хотя в нашем случае аденоматозные разрастания были выражены не в такой эксквизитной форме, как это наблюдалось некоторыми авторами, все же местами мы могли установить наличие таких признаков, которые не присущи вполне доброкачественному росту эпителия, и которые можно рассматривать, как стадию, предшествующую настоящему злокачественному росту.

Размеры нашего сообщения не позволяют нам подробно остановиться на всех вопросах, связанных с учением об аденомах. К таким вопросам принадлежит, между прочим, вопрос о причинах столь упорных кровотечений, которыми обычно сопровождаются диффузные аденомы. Авторы дают различные объяснения этому

¹⁾ Ztschr. f. Geb. n. Gyn., Bd. 59.

явлению. Мы на основании наших препаратов более склонны думать, что в основе кровотечений лежит изменение сосудистых стенок.

Относительно диагноза данного заболевания следует признать, что в настоящее время мы не имеем возможности ставить его на основании чисто-клинических данных,—и в нашем случае, и во всех, описанных до сих пор, диагноз был поставлен только после патолого-анатомического исследования удаленной матки. С известной степенью вероятности диагноз можно поставить разве в тех случаях, где у больной, при упорных, рецидивирующих кровотечениях, микроскопическое исследование соскоба слизистой оболочки всякий раз обнаруживает лишь простой гиперпластически-гипертрофический эндометрит. Это несовершенство в диагностике, впрочем, большого практического значения не имеет, так как в выраженных случаях аденометрита из-за жизненных показаний терапия должна быть радикальной.

Действительно, все авторы, имевшие дело с диффузной аденомой, признают, что терапия ее должна состоять в радикальной операции. Если даже оставить в стороне взгляд, по которому *adenoma diffusum* рассматривается, как процесс, близко стоящий к злокачественным новообразованиям, то все же радикализм в терапии его диктуется тем обстоятельством, что местное лечение не только не в состоянии устранить самого заболевания, но, как о том свидетельствуют все описанные в литературе случаи, обычно оказывается безрезультатным даже в смысле устранения самого главного симптома—кровотечения. В настоящее время даже такие авторы, как Frankl ¹⁾, считающий *adenomyosis* за процесс сам по себе доброкачественный, все-таки признают единственно-рациональной терапией его радикальную операцию. Существующие среди авторов некоторые разногласия относительно того, следует ли удалять всю матку, или можно ограничиться ампутацией ее тела, по нашему мнению, должны быть решены в пользу тотальной экстирпации, так как, с одной стороны, описаны случаи, где аденоматозные разrostания находились и в шейке (начальные стадии этого процесса были и в нашем случае), а с другой—не имеется никаких серьезных оснований к тому, чтобы оставлять в организме часть органа, наиболее подверженную развитию рака, оставлять притом в случаях, где эпителиально-железистый аппарат матки обнаруживает уже склонность к патологическим разrostаниям почти злокачественного типа. Что касается образа действий по отношению к придаткам, то, принимая во внимание, что дело идет здесь обычно о пожилых женщинах, а также имея в виду

¹⁾ Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1923.

возможность настоящей аденокарциномы тела матки, нам кажется правильным — принципиально вместе с маткой удалять и придатки.

Заключивая наше сообщение, мы хотели бы обратить внимание еще на один метод терапии, который, повидимому, еще никем специально при диффузных аденомах не применялся, но к применению которого имеется, кажется нам, достаточно научных обоснований. Мы имеем здесь в виду применение лучистой энергии в виде рентгено-, а может быть и радиотерапии. На основании современных исследований в области рентгенотерапии гинекологических кровотечений мы знаем, что непосредственным приложением кастрационной дозы х-лучей на яичники мы можем парализовать их деятельность. В методе Hofbauer'a ¹⁾, который носит название „гипофизарной кастрации“ и состоит в рентгенизации области гипофиза, мы имеем, повидимому, мощное средство, ведущее к полной атрофии матки. Наконец, опыты д-ра Козлова ²⁾ показали, что достаточной дозой лучей можно вызвать и непосредственно гибель эпителиального аппарата матки. Так как кровотечения при аденометрите бывают серьезны, и больные нередко поступают уже в значительных степенях анемии, необходимо добиваться довольно быстрого эффекта. В виду того, далее, что больные подобного рода находятся обычно уже в пожилом возрасте, мы можем не бояться явлений атрофии половой сферы, а потому можем применить рентгенотерапию в самой энергичной форме, а именно — в виде освещения гипофиза, освещения яичников до полной кастрационной дозы и, наконец, освещения самой матки. Указаний в литературе на подобный образ действий мы впрочем не встречали. Только Latzko ³⁾ априорно думает, что рентгенотерапия должна действовать на аденоматозные разrostания. Наконец, следует указать, что и радиотерапия, вероятно, в дальнейшем войдет в круг средств, направленных к лечению диффузных аденоматозных разrostаний. Уже в настоящее время радий все более начинает применяться в случаях т. наз. метростатических кровотечений, а часть их, весьма вероятно, анатомическою основою своей имеет именно глубокие вrostания желез в миометрий.

¹⁾ По Hirsch'y, Zentr. f. Gyn., 1922, № 449.

²⁾ Дисс. Казань, 1921.

³⁾ Monat. f. Geb. u. Gyn., 1923, Bd. 56, S. 356.