

Из Казанской Акушерско-Гинекологической клиники. проф. В. С.
Груздева.

Фибромиома матки с интраваскулярным ростом.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Проф. А. И. Тимофеева.

Как известно, в спорном вопросе о гистогенезе фибромиомы матки т. н. сосудистая теория занимает довольно видное место. Имя в ряду своих защитников таких видных представителей науки, как Borst, Orth, Lubarsch, Gottschalk и др., теория эта объясняет возникновение миоматозных узлов разрастанием элементов сосудистых стенок. Несмотря на большую вероятность такого именно гистогенеза миомы матки, следует отметить, что врастание опухолей в просвет сосудов наблюдается крайне редко, и в литературе описаны лишь единичные случаи подобного рода. Различные авторы, описывая опухоли, распространяющиеся в своем росте по предсуществующим полостям, дают им различные названия—миома plexiforme, Venenmiom, а R. Meyer предлагает называть их миома intravasculare.

За исключением случая Birch-Hirschfeld'a, где дело шло о развитии в сильно расширенной системе каналов большого количества узлов опухоли, связанных друг с другом сосудами и рыхлой соединительной тканью (миома plexiform), все известные случаи разбираемой опухоли повторяют с большим постоянством одно и то же строение, суть которого сводится к тому, что рядом с обычной миомой в преформированных полостях лежат мелкие миоматозные узелки и тяжи. Таково было строение опухоли, наблюдавшейся R. Meyer'ом. Особенно интересны описания Knauer'a и Sittenfrey'я. Knauer (Festschrift f. R. Chrobak, Wien, 1903) описал четыре таких опухоли.

1 случай. Рядом с интерстициальной миомой оказались тяжи и узелки, залеженные в расширенных венах параметрия, lig. latii и lig. ovarii и частью связанные со стенками сосудов.

2 случай. Кистовидно размягченная интралигаментарная мио-

ма. В расширенных венах правого ребра матки-миоматозные узелки, соединенные со стенкой сосудов.

3 случай. Множественные интралигаментарные миомы. Из просветов расширенных сосудов вытягиваются миоматозные тяжи.

4 случай. Множественные интерстициальные миомы. В расширенных венах лежат тяжи и узелки, соединенные со стенкой сосудов и покрытые эндотелием.

Sitzenfrey (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXVIII., 1911) описал три случая опухолей подобного рода.

1 случай. Интерстициальная миома с детскую головку величиною. Капсула содержит большое количество сильно расширенных вен, из просветов которых вытягиваются миоматозные тяжи до 8 сант. длиною.

2 случай. Интерстициальный узел прорывает капсулу, богатую сильно расширенными венами, и врастает в вены правого параметрия.

3 случай. В дне матки—интерстициальный узел в 9 сант. диаметром. На стенках сильно расширенных вен—миоматозные узелки, висящие как-бы на ножках.

История случая, оперированного проф. В. С. Груздевым, такова:

Больная 38 лет, нерожавшая, обратилась по поводу опухоли живота, обильных кривотечений и затруднения мочеиспускания. При исследовании оказалось, что тело матки, в виде узла с детскую головку величиною, смещено влево от средней линии, правая половина нижней части живота занята конгломератом более мелких узлов, тесно прилегающих к правому ребру матки, сильно выпячивающих правый свод влагалища и отгесняющих влагалищную часть матки влево и впереди настолько значительно, что при внутреннем исследовании достигь ее пальцем не представляется возможным.

При операции (чревосечение с продольным разрезом по I. alba) оказалось, что мелкие узлы справа лежат интралигаментарно, глубоко проникая в клетчатку. При удалении узлов, близко прилегавших к мочевому пузырю, стенка его была поранена и тут же зашита катгутотом. При вылущении узлов из клетчатки вместе с узлами вытягивались тяжи до нескольких сантиметров длиною. Во время извлечения одного из таких тяжей появилось сильное кровотечение из разорвавшейся вены крупного калибра. Кровотечение остановлено наложением шва. Немало затруднений представило освобождение правого мочеточника, так как узлы обростали его со всех сторон. Операция закончена закрытием брюшной полости наглухо и введением дренажа в параметральную клетчатку. Послеоперационный период протекал без особых осложнений.

Макроскопически удаленный препарат представляется в следующем виде:

Из передне-гравой стенки матки исходит интерстициальный узел размерами 18X12 сант. Полость тела матки в виде узкой щели оттеснена кзади. Окружающая узел капсула из миометрия на границе с миомаатозной тканью представляется весьма богатой сильно расширенными сосудистыми полостями, придающими ей местами кавернозный характер. В участке, соответствующем границе с шейкой матки, капсула сильно истончается и, наконец, в одном месте как-бы прорывается, причем часть опухольного узла вростает в пузырно-маточную клетчатку. От этой части опухоли, как-бы проросшей маточную стенку, и исходят все те более мелкие узлы, которые прорастают клетчатку правой половины таза. Узлы эти частью связаны с главной опухолью при помощи ножек, частью соединены с нею, а равным образом и между собою, лишь слоем рыхлой клетчатки, богатой сосудами. От многих узлов отходят довольно длинные (до 5 сант.) тяжи, имеющие толщину от гусиного пера до карандаша. Во время операции тяжи эти вытягивались из просвета сильно расширенных вен. Некоторые тяжи имеют вид несколько уплощенных длинных цилиндров, другие на своем свободном конце несут колбообразные вздутия. На разрезе, как главный узел, так и мелкие имеют вид фиброматозной ткани, причем в главной опухоли можно отметить присутствие большого количества расширенных сосудов и полостей различной величины и формы, наполненных то слизистыми массами, то зернистым детритом. Придатки матки, кроме значительной гипертрофии яичников, ничего особенного не обнаруживают.

При микроскопическом исследовании ткань большого узла дает пеструю картину. Местами это—типичная фибромиома, местами преобладают участки, сплошь состоящие из плотной фиброзной гиалиново-перерожденной ткани, местами, наконец, опухоль обнаруживает преобладание мышечной ткани, которая образует целые поля, очень богатые ядерными элементами и сосудами. Отмеченные выше полости образваны частью за счет зернистого распада или слизистого перерождения опухоли, частью же представляют сосуды, особенностью которых, помимо значительного расширения их просвета, является то, что во многих местах стенка их редуцирована до одного слоя эндотелия, клетки которого непосредственно лежат на клетках опухоли. Более мелкие узлы, выполнявшие правый параметрий, имеют строение фибромиомы с преобладанием фиброзной ткани. Описанные выше тяжи тоже дают строение фибромиомы, отличаясь только большим содержанием гиалиново-перерожденных участков.

Наибольший интерес представляет капсула главного опухольного узла. Сосудистые щели и просветы, которыми богата капсула, представляют действительно преформированные полости, часть которых на основании строения их стенок и содержания в них крови следует признать за расширенные вены, относительно же характера других вопрос решить трудно, так как стенки их состоят из одного слоя эндотелия, прилегающего непосредственно к миометрию. Во многих из этих полостей можно встретить свободно лежащие тяжи, состоящие из фиброматозной ткани с гиалиново-перерожден-

ными участками. Следя за такими тяжами, попавшими в разрез продольно, можно убедиться, что они исходят из стенки сосудистой полости. Как правило, надо отметить, что в центре такого тяжа обычно пробегает сосуд довольно крупного калибра. Далее, изучая стенки сосудистых полостей, можно убедиться, что во многих местах даже от главной опухоли в этих стенках попадаются точки роста опухоли, бросающиеся в глаза по своей темной окраске вследствие чрезвычайного богатства ядрами. Эти точки роста представляют местное разрастание круговой мускулатуры сосуда и охватывают его на известном протяжении его длины в виде короткой муфты.

Помимо тяжей описанного происхождения встречаются внутрисосудистые образования другого рода. Местами, вследствие резко выраженной эктазии сосудистой полости, очертания ее принимают такую причудливую форму, что часть миометрия в виде более или менее длинного мыса вдается в просвет полости. При более значительной длине такого участка он принимает вид тяжей, но сразу же может быть отличен от тяжа миоматозного, ибо не содержит такого количества мышечных ядер, а имеет точно такое же строение, как окружающий миометрий. Наконец, в одном месте удалось встретить такой участок, где точка роста миоматозной ткани в окружности сосуда помещалась как раз в таком внутрисосудистом тяже из миометрия.

Что касается более крупных тяжей, которые вросли в параметрий, то по отношению к некоторым из них можно было доказать связь их со стенками крупных вен.

Установить, что все узлы, вросшие в клетчатку, начали свое развитие интраваскулярно, не представлялось возможным, но относительно некоторых, самых мелких, удалось доказать, что на поверхности их имеются остатки эндотелия.

Приступая теперь к разбору изученной нами опухоли, а равно и описанных в литературе, прежде всего необходимо отметить, что всем им присущи некоторые общие анатомические особенности. Так, во всех случаях дело идет об интерстициальных миоматозных узлах, имеющих обычное строение. Ближайшая к узлу зона миометрия крайне богата расширенными сосудами, в некоторых случаях такое варикозное расширение сосудов наблюдалось и в самой опухоли. Благодаря такому расширению сосудов с образованием причудливой формы эктазий, дается возможность развития интраваскулярно лежащих тяжей из миометрия—resp. из миоматозной ткани, если процесс развития венных эктазий имеет место в самой миоме. Наравне с образованием внутрисосудистых тяжей подобного рода, обычно наблюдается развитие миом в стенках маточных вен. Особенностью этих интраваскулярно растущих миоматозных тяжей является резко выраженное гиалиновое перерождение их ткани.

Прежде всего является вопросом, имеем-ли мы в изучаемой опухоли обычную фибромиому только с необычным интраваскулярным ростом, или же это опухоль *sui generis* со своеобразным гистогенезом. На основании своих наблюдений и данных литературы мы скорее склонны высказаться в пользу второго предположения. Изучение точек роста опухоли в различных местах миометрия наводит на мысль, не есть-ли это результат системного поражения, как это мы наблюдаем при развитии аденомном согласно учения *Resklinghausen'a*. В виду того, что не все интраваскулярно растущие части опухоли берут свое начало из стенок вен, опухоль эту правильнее было-бы, по нашему мнению, определять, как *myoma intravasculare* (*R. Meyer*), а не как *Venenmyom* (*Knauer*).

Другим интересным вопросом является вопрос о добро или злокачественности этих опухолей. Ни в одном из описанных случаев гистологически не было отмечено признаков злокачественности. В случаях, хорошо прослеженных *Sitzenfrey'em*, рецидивов не последовало. В этом отношении интересен случай *Dürk'a* (цит. по *Sitzenfrey'ю*), где миома матки рецидивировала 4 раза. При вскрытии оказалось, что миоматозный тяж через *v. hypogastrica* и *v. cava inferior* достиг до правого предсердия. Все же и в этом случае *Dürk* утверждает, что гистологически была простая фибромиома. Для суждения о злокачественности важно иметь в виду и то обстоятельство, что интраваскулярные части опухоли не только не обнаруживают гистологических признаков злокачественности, но, как правило, дают картину резко выраженного гиалинового перерождения. Таким образом следует признать что интересующие нас опухоли к типу злокачественных в общепринятом смысле отнесены быть не могут.

Рассуждая а priori, можно думать, что опухоли эти по сравнению с обычными миомами должны быть более опасными для их носительниц уже потому, что, благодаря внутрисосудистому росту опухоли, им. ется большое предрасположение к образованию тромбов и эмболов.

Наконец, эти опухоли оказываются более серьезными с точки зрения их оперативного лечения. Прорастая в параметрий, вставая в сильно расширенные вены, интраваскулярные миомы при удалении их представляют большие технические затруднения, причем могут встретиться серьезные побочные повреждения в виде ранения сосудов, мочеочника и мочевого пузыря, как это и наблюдалось в случаях *Sitzenfrey'я*, а также и нашем.