

и «созревающих» blastом симпатического нерва, которое отмечал Н. Н. Аничков. По его данным, в $\frac{4}{5}$ всех случаев «незрелые» blastомы исходят из мозгового слоя надпочечников, а «созревающие» ни в одном случае не возникали из мозгового слоя.

Ранняя диагностика злокачественных опухолей симпатического ствола трудна, и чаще всего больных оперируют с предположительными диагнозами: опухоль почки, опухоль брюшной полости и пр. Нередко, несмотря на злокачественную природу опухоли, она не прорастает в соседние органы (Н. Н. Аничков, В. Н. Шамов, С. Р. Слуцкая и др.). Даже такая большая опухоль, как у данного больного, довольно легко была удалена, а хорошие отдаленные результаты, отмеченные рядом авторов, говорят в пользу оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничков Н. Н. Нов. хир. арх., 1924, 22 — 23. — 2. Волков М. В. и Бржезовский М. М. Педиатрия, 1959, 11. — 3. Ивановская Т. Е. Арх. патол., 1948, 3. — 4. Крылов А. А. Казанский мед. журн., 1929, 6. — 5. Москачев К. А. Злокачественные опухоли почек у детей. М., 1953. — 6. Ордина О. М. Педиатрия, 1959, 11. — 7. Пырлина Н. П. Арх. патол., 1958, 2. — 8. Рассадина З. А. и Потапова И. Н. Педиатрия, 1959, 7. — 9. Юдин Ю. Г. Педиатрия, 1958, 6.

Поступила 1 июня 1960 г.

ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

Проф. А. Г. Варшавский и П. С. Гуревич

Ульяновская областная больница (главврач — А. П. Иванов)

Долгие годы феохромоцитомы являлась исключительно редкой находкой на вскрытии, но в настоящее время описано около 750 случаев, из них примерно 70 в отечественной литературе.

Исключительно разнообразна клиническая картина феохромоцитомы, имитирующей самые различные заболевания. Все же наиболее частым ее симптомом являются различные формы гипертонии. Однако встречаются феохромоцитомы и без повышения АД.

Для феохромоцитомы типична пароксизмальная гипертония, что и наблюдалось у одной нашей больной.

Л., 37 лет, поступила с диагнозом гипертоническая болезнь II ст. В течение 4 лет страдает головными болями, ощущением удушья, сжимающими болями в области сердца, длящимися 30—40 мин.

В день поступления у больной был такой приступ, во время которого АД было равно 210/110 (вне приступа — 110/60).

Все клинические анализы, рентгенологическое исследование черепа, области почек, грудной клетки отклонений от нормы не показали. Температура в первые дни была нормальной, позже — субфебрильной. Было сужение артерий глазного дна.

В течение десятидневного пребывания больной в стационаре приступы повторялись ежедневно 1—2 раза в день. Возникали они неожиданно и сопровождались, кроме описанных выше симптомов, чувством жажды, сухостью во рту. Пульс в это время учащался до 100—140. Тоны сердца становились маятниковобразными, расщепленными. Во время одного из таких приступов больная скончалась.

На основании сопоставления клинической картины у больной с другим случаем феохромоцитомы, установленным только на вскрытии, врачом Р. Ф. Кузнецовой поставлен клинический диагноз — феохромоцитомы надпочечника, подтвердившийся на вскрытии и при гистологическом исследовании (Е. А. Эткин). На месте правого надпочечника найдена опухоль размером с гусиное яйцо и весом 45,0.

У другого больного гипертония проявлялась в виде периодически повторяющихся повышений АД (170/100). Кроме того, сахара в крови натощак было 163 мг%.

Интересно следующее наблюдение.

В., 27 лет, поступила в родильное отделение по поводу нефропатии при беременности 37—38 недель и АД 160/100.

Беременность третья. Первая закончилась нормальными родами, вторая — медицинским абортom.

Первая половина беременности прошла без осложнений. Позже появились отеки на ногах, временами приступы головокружения.

Больной назначены магнезиальная терапия по Бровкину, резерпин, люминал и другие препараты.

За месяц пребывания в стационаре у больной раз в 2—3 дня возникали приступы головной боли и головокружения, сопровождавшиеся повышением АД до 150/100. Приступы эти длились 1—2 ч. В остальном состояние оставалось хорошим. Отеки на ногах прошли.

Роды наступили в срок, родила доношенную девочку и после родов чувствовала себя хорошо. Через 3 ч. 45 мин после родов внезапно наступило резкое ухудшение состояния: бледность кожи, цианоз губ, носа и век, экспираторная одышка, чувство удушья и стеснения в груди, страх смерти. Пульс слабый, 110; АД — 150/120, рвота «кофейной гущей». Головной боли нет. Видит хорошо. Первый тон на верхушке раздвоенный. Ритм галопа. Через 30—40 мин наступило улучшение. Пульс — 90. АД — 140/100. Одышка исчезла.

Через час вновь наступили описанные явления. Появились боль в подложечной области, резкая головная боль, рвота слюной. АД — 120/100, позже — 110/100.

Несмотря на применение сердечных средств, кровопускание, эфирный наркоз и другие мероприятия, через 2 ч. после второго приступа болевая скончалась.

Клинический диагноз: роды вторые, ягодичное предлежание, гипертония беременных, преэклампсия, нефропатия, послеродовая острая сердечно-сосудистая недостаточность.

На вскрытии — левый надпочечник без изменений, на месте правого расположена овальная опухоль весом 180,0, размером $9,5 \times 7 \times 8$ см, окруженная капсулой. Опухоль состоит из распадающейся бурой, пропитанной кровью ткани, содержит несколько полостей, а у верхнего полюса — остатки коркового вещества надпочечника. При гистологическом исследовании феохромоцитомы оказалась построенной из железисто-подобных структур с большим количеством сосудов между ними. Много отростчатых клеток. Попадаются и крупные клетки с 3—5 ядрами.

Нам кажется, что связь между феохромоцитомой и беременностью не случайна. Если учесть, что во время беременности эндокринный аппарат женщины испытывает сложную перестройку, не исключено ее влияние на хромаффиновую ткань путем стимуляции уже имеющейся опухоли или создания условий для ее возникновения.

В 1949 г. Смит и Гарднер с соавторами на линейных мышах, применив специальную диету, рентгеновы лучи и другие факторы, получили у некоторых животных феохромоцитомы. Мун с сотр. (1950, 1956) на крысах получили экспериментальные феохромоцитомы. Ряд интересных экспериментов приводит в своем обзоре Барбо (1957).

Большую редкость представляют двусторонние и особенно злокачественные феохромоцитомы. Мы располагаем тремя такими наблюдениями.

Ч., 42 лет, лежал в стационаре в течение 5 дней с диагнозом: гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, тромбоз сосудов головного мозга, гипостатическая пневмония.

АД — 190/110, на ЭКГ — инфаркт межжелудочковой перегородки.

На шестой день пребывания в стационаре больной скончался.

Вскрытие (прозектор Б. И. Погодин): в правой средней мозговой артерии свежий тромб; в области зрительных бугров кисты и свежие очаги размягчения; левый надпочечник — без изменений, на месте правого — опухоль $8 \times 7 \times 6$ см, прорастающая в правую долю печени.

При гистологическом исследовании найдена феохромоцитомы.

Д., 26 лет, 4 месяца тому назад родила здорового ребенка. Накануне родов у нее появились боли в правом подреберье. Боли вскоре прошли, но возобновились и послужили причиной госпитализации.

При исследовании найдена опухоль в области правой почки (гипернефрома?). Повышения АД не отмечалось. Умеренная анемия и РОЭ — 38 мм/час.

На операции найдена бугристая опухоль, спаянная с печенью и правой почкой. Опухоль удалена вместе с почкой. К концу операции у больной резко упало АД, и она скончалась.

Опухоль $20 \times 13 \times 9$ см, 1050 г. При гистологическом исследовании определена феохромоцитомы из полиморфных, иногда гигантских клеток, с участками некроза и скоплениями лимфоцитоподобных клеток.

М., 49 лет, в последние 6 месяцев жалуется на боли в области желудка, что и послужило причиной госпитализации. Позже появились боли в области шеи и пояницы. Рентгенологическое исследование показало разрушение I и дефекты тел 2, 3, 4, 5 поясничных позвонков. Крыло левой подвздошной кости также разрушено. В верхней трети левого бедра — округлый дефект. Позже было обнаружено разрушение 3 шейного и узла 7 позвонка. Заключение: опухоль костей с метастазами.

Больной слабел, впал в марантическое состояние и скончался, пробыв в стационаре немного более месяца. Необходимо подчеркнуть, что за время его пребывания в клинике не было указаний на повышение АД.

На вскрытии на месте правого и левого надпочечников опухоли неправильной овальной формы величиной с куриное яйцо, справа два узла — $6 \times 3,7 \times 4,4$ см и $3,3 \times 2,1 \times 2,2$ см весом 40 и 20,0; слева — также два узла размером $6,2 \times 4,8 \times 3,3$ см и $4,6 \times 3,5 \times 3,3$ см, весом 58 и 40,0.

На разрезе опухоли серо-красно-охряного цвета, содержат распад. Узел такой же опухоли величиной с голубиное яйцо над левой почкой. Узел с грецкий орех за брюшиной малого таза вблизи левой подчревной артерии. Тело 1 поясничного позвонка разрушено, и позвонки компрессированы. Поражены 2, 3, 4 поясничные позвонки и с 9 по 12 — грудные.

При гистологическом исследовании основных узлов опухоли в некоторых иррадиатах найдены остатки коры надпочечника. Клетки же феохромоцитомы резко полиморфны. Много крупных, отростчатых и лимфоцитоподобных клеток. Много очагов некроза. В позвонках имеются опухолевые метастазы с участками деструкции и рассасывания кости.

Из шести наблюдавшихся нами феохромоцитом опухоль диагностирована в одном наблюдении. Из 66 случаев этой опухоли, опубликованных в отечественной литературе, правильный клинический диагноз поставлен у 28 больных, из коих 27 оперированы. 2 больных умерли после операции. Барбо указывает, что послеоперационная смертность упала с 36% (1936 г.) до 19% (1953 г.). Если учесть, что единственным методом успешного лечения феохромоцитомы является операция, то можно признать деятельность советской хирургии в этой области вполне результативной. Основное внимание, как это следует из наших данных, должно быть обращено на правильную диагностику. Из 24 случаев феохромоцитом, опубликованных в отечественной литературе за 1958—59 гг., 17 были диагностированы правильно. Таким образом и в вопросе диагностики этих опухолей перспективы следует признать благоприятными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аблаев Д. Д. Сов. здрав. Киргиз., 1955, 6.—2. Айвазян А. В. Клин. мед., 1956, 34, 3.—3. Айвазян А. В. и Цветкова Г. М. Сов. мед., 1958, 9.—4. Берлянд Н. С. и Палеев Л. Я. Науч. тр. клин. 6-цы им. С. П. Боткина, М., 1956.—5. Горелик С. Л. и Лихтен М. Я. Хирургия, 1959, 7.—6. Горнак К. А. Арх. патол., 1951, 4.—7. Дорошенко В. В. Сб. научн. тр., Курск, 1955, 2.—8. Журавлева В. И. Сб. раб. Казанского мед. ин-та, 1931, 1.—9. Князева А. Н. Сб. научн. раб. Пермского мед. ин-та, 1955.—10. Barbeau A. L. Union Medicale Canada, 1957, 86, 10.—11. Eisenberg A., Wallerstein H. Arch. Pathol., 1932, 14.—12. Forsell I., Malm P. Acta med. Scand., 1959, 163, 1.—13. Harrison I. a oth. Урология. реф., 1959, 1, 89.—14. Herde M. u. Wichefs. Virch. Arch., 1925, 257.—15. Moon H. a. oth. Proc. Soc. Expt. Biol. a. Med., 1956, 93, 1, 74.—16. Ramsom C. J. Urol., 1958, 79, 3.—17. Smith, Gardner F. a. oth. Cancer Research., 1949, 9, 4.—18. Wallace L. McCrary J. J. Am. Med. Assoc., 1955, 157, 16.

Поступила 1 сентября 1960 г.

СТРУМА ЯИЧНИКА

Асс. Б. Л. Школьников и Н. Ф. Каньшина

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. С. В. Кисин)
Новокузнецкого института усовершенствования врачей

Редкость струмозных опухолей яичника дает нам основание описать наше наблюдение.

К., 52 лет, поступила 28/X-57 г. с жалобами на опухоль и боли в правой половине живота, похудание. Обратилась к гинекологу 5 лет тому назад по поводу болезненного коитуса. Диагностирована фибромиома матки, и дан совет находиться под наблюдением. Через 3 года после этого больная заметила у себя справа в низу живота подвижную опухоль величиной с небольшое куриное яйцо, которая медленно увеличивалась. За последний год отмечает быстрый рост опухоли. В течение последнего месяца заметно похудела.

Больная правильного телосложения, удовлетворительной упитанности, кожа и видимые слизистые нормальной окраски. На обеих голених небольшая пастозность. В легких изменений нет. Сердечно-сосудистая система — без отклонений от нормы. Живот мягкий, безболезненный. В нижней части живота по средней линии и несколько справа пальпируется подвижное образование округлой формы, местами туго-эластической консистенции, исходящее из малого таза и поднимающееся несколько выше пупка.

Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище рожавшей женщины, несколько сужено в верхнем отделе. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев — щелевидный. Тело матки плотной консистенции, с отдельными плотными узлами, малоподвижное, увеличено до размеров десятидневной беременности. Экскурсии матки болезненны. Над маткой определяется образование величиной с головку годовалого ребенка, располагающееся справа от средней линии. В области левых придатков матки — болезненность.

Диагноз: множественная фибромиома матки, кистама правого яичника.

31/X-57 г. больной под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом произведена (Б. Л. Школьников) экстирпация матки с удалением левых придатков, правой трубы и опухоли правого яичника.