

При гистологическом исследовании основных узлов опухоли в некоторых иррадиациях 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 наблюдававшихся 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 Палеес 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. Князев 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. Fogshell I., Malm P. Acta med. Scand., 1959, 163, 1.—13. Harrison I. a oth. Урология. реф., 1959, 1, 89.—14. Herde M. u. Wichels. 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.

Послеоперационный период протекал гладко. 14/XI-57 г. большая выписана.

Препарат. В толще тела матки два интрамуральных фиброматозных узла диаметром до 3—6 см и несколько выступающих из-под серозы мелких узелков 0,5—1 см в диаметре. Левые придатки на вид не изменены. Справа яичник имеет вид однокамерной кисты. В полости опухоли большое количество псевдомуцинозной жидкости. Внутренняя поверхность кисты гладкая. На одной стороне в стенке кисты имеется довольно массивное утолщение в виде неправильной формы бугристого узла. На разрезе это образование состоит из массы полостей, то очень мелких, то более крупных, диаметром в 3—5 мм и более, заполненных бурой, золотисто-желтой или коричневой прозрачной коллоидной массой. Группы полостей разделены между собой фиброзными прослойками. Строение ткани весьма напоминает щитовидную железу. На некотором расстоянии от узла на внутренней поверхности стенки кисты обнаружен узелок диаметром в 1 см, мягкий, содержащий жироподобную желтую массу. Рядом с ним имеется другой, мягкий белый узелок, на разрезе состоящий из сосочковой мягкой ткани с эксцентрично расположенным просветом. Там, где узел «щитовидной железы», истончаясь, постепенно исчезает в стенке кисты, в толще видно несколько маленьких полостей, заполненных прозрачной жидкостью или слизеподобной массой.

Микроскопическое исследование. Ячеистая ткань в толще стенки кисты имеет строение щитовидной железы. Она состоит из железистых пузырьков, то мелких, с еле заметными просветами, то более крупных, то кистозно расширенных. Эпителий, выстилающий их, низкий, кубический, иногда очень уплощен, растянут. Полости заполнены то бледно, то более ярко окрашенным коллоидом. К нему местами примешиваются клетки слущенного эпителия и эритроциты. Группы фолликулов разделены и сдвинуты тяжами гиалинизированной фиброзной ткани. Эпителий, выстилающий основную кисту, не сохранился. Непосредственно к ткани щитовидной железы снаружи примыкает атрофичная, растянутая по опухоли ткань яичника, состоящая из рыхлой стромы, то менее, то более богатой клетками, с гиалинизированными сосудами и белыми телами. На границе узла — опухоль, состоящая из ткани щитовидной железы, суживается в тяж, который без резкой границы теряется в разрастании грубоволокнистой соединительной ткани, переслоенном пучками гладких мышц.

Мышечные пучки, делаясь компактными, окружают полость неправильной формы с глубокими «лакунами». Полость выстлана частью очень низким кубическим, частью высоким цилиндрическим эпителием, похожим на мерцательный, с базально расположенными ядрами. На протяжении нескольких миллиметров стенку полости образует сформировавшаяся слизистая оболочка, имеющая вид полипа на широком основании, выдающегося в просвет описанной полости. Строма «полипа» рыхлая, богатая клетками и сосудами, с пучками гладких мышц в глубине и сформированными лимфоидными фолликулами. В строме заложены многочисленные трубчатые железистые просветы, выстланные высоким цилиндрическим эпителием без бокаловидных клеток. Общий вид «полипа» напоминает стенку кишечника.

Проведенные исследования позволяют поставить диагноз коллоидной струмы яичника. Опухоль можно отнести к созревающим тератомам, так как, кроме ткани щитовидной железы, которая занимает основную массу опухоли, имеются включения других эктодермальных и мезодермальных образований.

Опухоль, по-видимому, возникла в глубине яичника, постепенно увеличивалась и оттесняла ткань яичника к периферии, вызывая атрофические явления.

Поступила 25 июля 1961 г.

## СЛУЧАЙ АРРЕНОБЛАСТОМЫ ЯИЧНИКА<sup>1</sup>

*Доц. А. Я. Марков и прозектор Е. М. Гредитор*

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доктор мед. наук Р. И. Малыхина)  
Украинского института усовершенствования врачей и прозекторское отделение  
12-й клинической больницы Харькова (главрач — А. И. Кириченко)

Опухоли яичников, проявляющие омужествляющие свойства и названные Р. Мейером арренобластомами, чрезвычайно редки и отличаются большим полиморфизмом. Это разнообразие строения приводило к тому, что раньше арренобластомы не дифференцировались как специфические омужествляющие опухоли, а относились либо к саркомам, либо к опухолям типа Крукенберга.

<sup>1</sup> Демонстрация в Харьковском обществе акушеров-гинекологов 9/XII-60 г. и обществе патологоанатомов 26/XII-60 г.