

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 рубцоволокнистой 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 дозревающим 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.

Арренобластомы — односторонние доброкачественные опухоли, имеют плотную капсулу, на разрезе дольчатое строение, желтоватой либо желтовато-оранжевой окраски. Встречаются они в возрасте 15—60 лет.

Арренобластомы вызывают дефеминизацию и маскулинизацию, что сказывается отсутствием менструации, потерей полового чувства, появлением чрезмерной растительности по всему телу: на бедрах, голенях, животе (гирсутизм); приобретает мужской облик лица с волосатостью на лице (усы и борода), увеличивается гортань, понижается тембр голоса, гипертрофируется клитор. При гинекологическом исследовании обнаруживается плотная, шаровидная, безболезненная, подвижная опухоль яичника, редко достигающая больших размеров (максимально — до величины головки ребенка). Здоровый яичник нередко атрофируется. Тело матки уменьшается в размерах, становится плотным. Лечение сводится к удалению опухоли, что приводит к пробуждению функции оставшегося яичника, появлению менструации и постепенному исчезновению, через 2—5 месяцев, растительности на теле и лице.

Омужествление проявляется более резко при малодифференцированных опухолях (менее зрелых).

Диагноз арренобластомы — клинико-гистологический, но решающее значение принадлежит клинике. Отмечается высокое содержание в моче 17-кетостероидов. Дифференцировать надо с липоидоклеточными омужествляющими опухолями (гипернефромами яичника).

Приводим наше наблюдение.

Ш., 26 лет, поступила 1/X-60 г. в клинику с жалобами на боли в низу живота справа и в поясничной области. В 1957 г. после первого самопроизвольного выкидыша сроком в 4,5 мес. врачи нашли опухоль внутренних половых органов. Через полгода вновь забеременела и тоже произошел самопроизвольный аборт в сроке 3,5 мес., после чего предохранялась от беременности в течение года.

Месячные с 12 лет по 3 дня через 26 дней безболезненные; за последние 2 года отмечает задержки менструаций до 2—2,5 месяцев; в этот же период месячные были скудными, мажущимися в течение 2—3 дней. Последние месячные 15—18/IX. Замужем с 18,5 лет (8 лет). Детей нет. Libido сохранилось, но понижено.

Телосложение правильное, упитанность хорошая. Резко выраженная волосатость на бедрах, голенях, животе, ягодицах, на груди и задней поверхности шеи. Усы и намеки на бороду. Молочные железы обычного вида. Голос не изменен.

Растительность на лобке и животе по мужскому типу. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей, пропускает два пальца. В зеркалах шейка цилиндрическая, эпителий ее цел. Матка слегка увеличена, плотная, отклонена вправо, подвижна. Справа пальпируется образование величиной больше куриного яйца, безболезненное, плотное, подвижное.

АД — 130/60. Со стороны внутренних органов патологических отклонений нет.

Дооперационный диагноз — субсерозная фибромиома матки (?), опухоль правого яичника (?).

3/X-60 г. — операция под тиопенталовым наркозом. В брюшной полости небольшое количество свободной и осумкованной серозной жидкости. Из правого яичника исходит плотное образование величиной с утиное яйцо. Левый яичник значительно увеличен (7 × 3 × 1,5 см), плотноват. Правая труба воспалительно изменена. Левая труба нормальна. Тело матки небольших размеров с гладкой поверхностью, подвижное. Произведено удаление правых придатков матки.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписана на 10-й день.

Описание препарата. Опухоль 10 × 6 × 3 см, плотной консистенции, поверхность ее гладкая, блестящая; на разрезе желтоватого цвета, местами узловатого строения.

Гистологически опухоль имеет однородную структуру: массивные тяжи из плотноволокнистой, местами гиалинизированной ткани, среди которых дольки из эпителиальных клеток в виде трубок, образованные разной высоты призматическими клетками; местами просвет трубок только намечается или отсутствует; в таких случаях клетки располагаются в несколько рядов, и участок имеет трабекулярно-солидное строение. Местами трубки выстланы высоким эпителием с пенисто-сетчатой протоплазмой.

Диагноз — арренобластома типа тубулярной аденомы.

Через 2 мес. после операции пациентка чувствует себя хорошо, настроение улучшилось, половое чувство повысилось. Голос стал «звонче». Месячные пришли 10/XI более обильные, безболезненные, в течение 4 дней. При вагинальном исследовании существенных изменений нет, матка как будто увеличилась в размерах, сочная. Волосатость постепенно исчезает.

3/III-61 г. осмотрена вторично, констатирована нормально протекающая беременность 10 недель.

Поступила 23 июня 1961 г.