

Гистологически: метастазы меланомы в лимфатические узлы (Т. Г. Грицких). 17/VIII-60 г. произведена прямоугольная резекция нижней губы. Дефект замещен пластическим путем. Удален полностью облученный очаг на губе.  
Гистологически: меланома.  
С 15/VIII по 13/IX-60 г. производилась глубокая рентгенотерапия на подчелюстную и подбородочную области (суммарно дозой 1500 р на поле).  
При осмотре больного 29/IX-61 г. данных за рецидив и метастазы нет.  
В клинике на 1576 случаев рака нижней губы мы впервые встретили злокачественную меланому губы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арешева В. Г. Русск. вестн. дермат. 1929, 6.—2. Васильева Б. Клин. мед., 1924, 2.—3. Шанин А. П. Пигментные опухоли, Л., 1959.—4. Moersch F. P., Zovea J. G., Kohnan J. W. J. A. M. A., 1940.

Поступила 11 октября 1961 г.

## ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО БРЫЖЕЙКИ<sup>1</sup>

*Студ. С. И. Воложин*

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. М. Г. Рудицкий)  
Курского медицинского института

Первичные опухоли тонкого кишечника и его брыжейки редки.

Диагноз в большинстве случаев ставится на операционном столе, или эти опухоли обнаруживаются лишь при вскрытиях (в среднем — 1 на 2000 вскрытий).

Среди опухолей тонкого кишечника и его брыжейки преобладают саркомы (около 40%), первичный рак встречается значительно реже (около 15%). Наиболее частая локализация сарком тонкого кишечника — дистальный участок подвздошной кишки.

За последние 10 лет в нашей клинике наблюдалось 6 больных с опухолями тонкого кишечника и его брыжейки. За это же время (1950—1959 гг.) в архиве прозекуры Курской областной клинической больницы на 2028 вскрытий зарегистрирован лишь 1 случай опухоли тонкого кишечника (аденокарцинома среднего отдела тонкого кишечника у женщины 48 лет).

Из шести наблюдавшихся в клинике больных в одном случае опухоль тонкого кишечника обнаружена случайно у больного Б., 37 лет, во время резекции желудка по поводу язвенного стеноза (проф. М. Г. Рудицкий). На расстоянии 20 см от связки Трейца в стенке тощей кишки обнаружено опухолевидное образование 0,5 × 0,5 см, округлой формы, белесоватого цвета, плотное на ощупь. Произведена клиновидная резекция участка кишки вместе с опухолью (гистологически — лейомиома).

Остальные 5 больных поступили в тяжелом состоянии ввиду запущенности опухолевого процесса, двое из них с явлениями частичной кишечной непроходимости.

У 4 больных предположительный диагноз опухоли тонкого кишечника или его брыжейки поставлен до операции.

Приводим краткие сведения об этих больных.

И. К., 13 лет, поступил 13/X-59 г. с жалобами на опухоль в животе, постоянные ноющие боли, похудание и общую слабость, жидкий стул, периодически появляющиеся тошноту и рвоту. Болен 7 месяцев.

Живот несколько болезнен при глубокой пальпации, слева от пупка — уплотнение без ясной границы и формы, подвижное, с передней брюшной стенкой не связанное.

Реакция Грегерсена положительная.

При иригоскопии контрастная масса свободно заполняет все отделы толстого кишечника.

Диагноз: опухоль (саркома?) тонкого кишечника или его брыжейки.

17/X-59 г. операция (проф. М. Г. Рудицкий). На расстоянии 30 см от связки Трейца обнаружена опухоль, циркулярно охватывающая стенку кишки на протяжении 10—15 см, просвет кишки не сужен. Опухоль бугристая, хрящевидной плотности, распространяется по брыжейке почти до самого ее корня, где обнаружено большое количество различной плотности и величины лимфоузлов.

<sup>1</sup> Доложено на XIII конференции НСО, посвященной 40-летию Смоленского медицинского института.

Произведена резекция тонкого кишечника, пораженного опухолью, наложен анастомоз «конец в конец».

Гистологически: лимфосаркома.

После операции больной получил курс рентгенотерапии. Через полгода самочувствие хорошее. Данных за рецидив нет.

II. П., 57 лет, поступила 6/X-59 г. с жалобами на опухоль в животе, потерю аппетита, запоры, похудание, слабость. Болея 13 месяцев. Лишь 3 месяца тому назад впервые прощупала у себя опухоль.

Упитанность понижена, кожа и видимые слизистые бледны. Внутренние органы — без патологии. Живот неправильной конфигурации. Внизу, справа от белой линии, контурируется выпячивание. При пальпации здесь определяется подвижная опухоль размерами  $7 \times 15$  см, плотная, бугристая, с нечеткими контурами, безболезненная.

Рентгеноскопия. Через 6 ч. после проглатывания контрастной массы обнаружено расширение петли тонкого кишечника, ниже которого имеется сужение с неровными контурами.

Диагноз: опухоль (лимфосаркома?) тонкого кишечника или его брыжейки.

При операции 10/XI-59 г. (проф. М. Г. Рудицкий) в брыжейке подвздошной кишки обнаружена опухоль, прорастающая стенку тонкого кишечника, серозу слепой кишки и корень брыжейки поперечно-ободочной. Произведено удаление опухоли брыжейки вместе с тонкой кишкой на протяжении 150 см. Наложен анастомоз «конец в конец».

Гистологически полиморфноклеточная саркома.

Проведен курс рентгенотерапии.

Через 3 с половиной месяца — рецидив опухоли.

III. 14/X-52 г. из гинекологического отделения переведена С., 26 лет, с диагнозом «опухоль живота». Гинекологи вначале ставили диагноз острого воспалительного инфильтрата в области левых придатков. За неделю до поступления появились боли в животе, постепенно усиливавшиеся.

Слева от пупка — выпячивание. Здесь же пальпируется образование, плотное, подвижное, размером  $14 \times 10$  см. В крови — незначительный лейкоцитоз с некоторым сдвигом влево.

Диагноз: опухоль брыжейки или сальника.

На операции 15/X-52 г. (проф. М. Г. Рудицкий) обнаружена опухоль брыжейки тонкого кишечника в среднем отделе.

В центре опухоли определялось размягчение. Опухоль удалена. Гистологически — фиброма.

Выписана 23/X в удовлетворительном состоянии.

IV. С., 36 лет, поступил 6/II-59 г. с диагнозом врача заводского здравпункта «нагноившийся эхинококк». Болен с 7/I после поднятия тяжести, почувствовал боли в левом подреберье и обнаружил там опухоль.

Немного ниже левого подреберья определялась опухоль  $10 \times 9$  см, плотная, подвижная, с гладкой поверхностью, не связанная с передней брюшной стенкой. При ирригоскопии опухоль располагается вне тени толстого кишечника в проекции селезеночного угла.

Диагноз: опухоль тонкого кишечника или его брыжейки.

На операции 9/II-60 г. (проф. М. Г. Рудицкий) в начальном отделе брыжейки тонкого кишечника обнаружена кистовидная опухоль, которая и вылушена.

Гистологически: кавернозная лимфангиома. Интерес этого наблюдения заключается в исключительной редкости кавернозных лимфангиом брыжейки. Г. М. Попов смог найти в мировой литературе к 1925 г. только 18 случаев.

V. В., 10 лет, поступил 8/III-60 г. с жалобами на резкое увеличение живота, слабость. Живот начал увеличиваться с сентября 1959 г. Общее состояние удовлетворительное. На передней брюшной стенке просвечивают подкожные вены. При перкуссии — тупость на всем протяжении. Ясно выражен симптом ундуляции.

10/III-60 г. пункцией выпущено около литра темной кровяной жидкости, которая вытекала под давлением. В течение последующих суток из пункционного отверстия продолжала вытекать темная кровянистая жидкость.

На операции 11/III-60 г. (Г. А. Камардина) при вскрытии брюшной полости выделилось большое количество геморрагической жидкости. Обнаружена киста огромных размеров. Основание ее представляет собой опухолевидное образование синевато-багрового цвета, состоящее из варикозно расширенных сосудов и узлов в едином конгломерате. Произведено удаление кисты с резекцией тонкого кишечника на протяжении 25 см от илеоцекального угла вместе с правой половиной толстого кишечника. Еюно-трансверзоанастомоз — «бок в бок».

На разрезе удаленной опухоли видно множество полостей самых различных размеров — от 0,2 до 5 см.

Гистологически — венозная гемангиома.

В сборной статистике Г. М. Попова мы находим лишь 3 случая гемангиом брыжейки тонкого кишечника (по одному случаю — у Жюйяра, Госсе и Берглетта).

Следует отметить, что во всех приведенных нами случаях опухолей тонкого кишечника и его брыжейки рентгенологическое исследование больных мало чем помогало постановке диагноза. Поэтому онкологическая настороженность диктует необходимость более широкого применения диагностических лапаротомий при подозрении на опухолевые заболевания органов брюшной полости. Использование специальных видов исследования оправдано лишь в той мере, в какой они могут служить интересам больного.

Поступила 23 мая 1960 г.

## ДЕРМОИДНАЯ КИСТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ<sup>1</sup>

Асс. Б. Ф. Сметанин

Госпитальная хирургическая клиника педиатрического факультета  
(зав. — проф. **И. В. Домрачев**) Казанского медицинского института

Из-за редкости и трудности диагностики дермоидные кисты брюшной полости распознаются лишь во время операции или на аутопсии.

По данным И. Ф. Пожарского, они встречаются в сальнике, в желудке, в толстых кишках, в брыжейке тонких кишок и червеобразного отростка, в стенке кишки — иногда в форме выступающего в просвет полипа, в печени, в фаллопиевых трубах, в мочевом пузыре.

Мы наблюдали один случай дермоидной кисты брюшной полости.

Г., 27 лет, поступила 1/X-59 г. с диагнозом — спленомегалия. Жалобы на опухоль в левом подреберье с постоянными легкими болями, иррадиирующими в поясничную область, ощущение тяжести, неловкости в левой половине живота (особенно при ходьбе и физической работе). За последние 6 месяцев опухоль стала быстро увеличиваться.

Ранее не болела. Замужем, было 3 беременности. Первая закончилась нормальными родами, 2 последние — искусственными абортами в связи с опухолью в левом подреберье.

Больная нормально сложена, упитанность хорошая. Легкие, сердце, желудочно-кишечный тракт без отклонений от нормы. Пульс — 72, ритмичен, хорошего наполнения. АД — 110/60.

Живот асимметричен, в левой половине определяется опухоль, выступающая из левого подреберья, нижний полюс доходит до крыла подвздошной кости, правый край — до средней линии, левый — до передней подмышечной линии. Поверхность опухоли гладкая, консистенция равномерно туго-эластичная. Опухоль безболезненна, почти неподвижна. Печень не увеличена.

Нб — 78%, Э. — 4 000 000. Л. — 7870, формула в пределах нормы, РОЭ — 12 мм/час, тромбоцитов — 210 000, продолжительность кровотечения 3 мин, минимальная резистентность эритроцитов — 0,5%, максимальная — 0,28%, реакция на билирубин непрямая.

Реакция Кацони — отрицательна. Моча нормальна.

Хромоцистоскопия — слизистая мочевого пузыря нормальной окраски, выделение краски из правого и левого мочеточников через 3—4 мин равными порциями.

30/X-59 г. операция (проф. И. В. Домрачев). По вскрытии под местной анестезией брюшной полости обнажена кистовидная опухоль размером с голову взрослого, на вершине ее плотно фиксирована левая половина желудочно-ободочной связки. Опухоль удалена.

Послеоперационный период протекал гладко.

Опухоль содержит спутанные рыжие волосы (соответственно цвету волос больной), растущие из толстой кожи с жировой клетчаткой, имеется участок костной ткани, от которой отходят 2 оформленных зуба-резца, выступающих над поверхностью кожи. Вес — 2800,0.

Патологоанатомическое заключение (Н. В. Лукашук): органоидная тератома.

Поступила 18 апреля 1960 г.

## ЗАБРЮШИННАЯ ОПУХОЛЬ СИМПАТИЧЕСКОГО СТВОЛА

В. Я. Орлов

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Е. Мацуев)  
Рязанского медицинского института им. И. П. Павлова

Симпатогониомы составляют 4,9% всех случаев злокачественных опухолей у детей (М. В. Волков и М. М. Бржезовский). По К. А. Москачевой, симпатогониомы установлены у 2 из 36 детей, перенесших нефрэктомия по поводу опухолей.

<sup>1</sup> Доложено на заседании Общества хирургов ТАСССР 12/XI-59 г.