

Следует отметить, что во всех приведенных нами случаях опухолей тонкого кишечника и его брыжейки рентгенологическое исследование больных мало чем помогло постановке диагноза. Поэтому онкологическая осторожность 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, иррадирующими 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 абортми 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.

Хромочистоскопия — 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 ТАССР 12/XI-59 г.