

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 ПОЛОСТИ¹

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.

¹ Доложено на заседании Общества хирургов ТАССР 12/XI-59 г.

Симптогонимы развиваются чаще всего до 5 лет, а у детей старше 10 лет — редко, что, по-видимому, связано с тем, что к 10 годам заканчивается образование как ганглиозных, так и хромаффинных клеток (Полль).

Приводим наше наблюдение.

Л., 12 лет, поступил 23/II 1960 г. Болен 3 года. Периодически, чаще в зимнее время, повышалась температура до субфебрильных цифр, появлялись слабость, незначительная желтушность кожных покровов. Эти явления связывали с воздействием специфических препаратов, которыми ребенка лечили по поводу туберкулезного бронхаденита. В декабре 1959 г. в тубдиспансере обнаружили увеличение печени и направили на обследование в детское отделение.

Жалуются на ноющие боли в правом подреберье. Активен, кожные покровы и склеры с незначительным желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Пульс — 78, ритмичный, АД — 120/75. Тоны сердца приглушены. Живот несколько увеличен, печень выступает на 11 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная, поверхность ее ровная. Селезенка прощупывается у края реберной дуги.

24/II-60 г. Нб — 15 г% (90 ед.), Э. — 3 990 000, ц. п. — 1,0, Л. — 6 800, э. — 9%, п. — 3%, с. — 53%, л. — 26%, м. — 9%, РОЭ — 3 мм/час.

Яйца глист и лямблии в кале не обнаружены.

Реакция Ван-ден-Берга слабо выражена, непрямая, замедленная. Количество билирубина по Бокальчуку — 0,64 мг%. При дуоденальном зондировании получены все порции желчи, патологии не выявлено, лямблии не обнаружены.

При рентгеноскопии органы грудной клетки без патологии.

Ввиду подозрения на опухолевый процесс в печени наложено диагностический пневмоперитонеум (500 мл кислорода). При исследовании в латеропозиции на левом боку отчетливо определяется тень полуовальной опухоли, исходящей из передне-нижнего отдела правой доли печени. При поворотах мальчика тень опухоли отводится вперед. Опухоль имеет четкие и ровные контуры.

На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней конкрементов не обнаружено. На внутривенной пиелограмме тень контраста справа не определяется через 10 и 20 мин. Слева контраст туго заполняет нерасширенную лоханку. Положение левой почки обычное. Явной тени почки справа не видно.

С диагнозом «эхинококк печени» (?) ребенок назначен на операцию.

11/III-60 г. операция (проф. И. Е. Мацуев) под эфирно-кислородным наркозом (эндотрахеальный метод). По вскрытии брюшной полости обнаружены неизменная печень и большая опухоль (20 × 15 × 17 см) ниже ее правой доли, расположенная забрюшинно.

По передней поверхности опухоли распластана толстая кишка, а по внутренней — нижняя полая вена, которые отделены от опухоли тупым и острым путем. После рассечения спаек, фиксирующих капсулу опухоли, последняя удалена. Сосуды лигированы. Правая почка располагалась ниже и кзади от опухоли, она уложена в свое ложе и фиксирована двумя шелковыми швами. Брюшная полость зашита наглухо. К ложу опухоли подведены два тампона. Во время операции перелито 200 мл крови.

Послеоперационное течение гладкое, выписан на 12 сутки после операции.

Описание препарата: опухоль округло-овальной формы, в капсуле, с довольно гладкой поверхностью, вес — 1270,0. На разрезе опухоль в основном представлена однородной отечной тканью серого цвета с слегка желтоватым оттенком. По периферии ткань опухоли мясистая, серовато-розовая с кровоизлиянием, пестрая. На поверхности капсулы — небольшие обрывки ткани с желтой окраской, по внешнему виду напоминающие надпочечник.

Опухоль состоит из круглых клеток с гиперхромными ядрами, между клетками определяются тончайшие фибриллы. Клетки образуют крупные альвеолярные комплексы, разделяющиеся тяжами волокнистой ткани. В опухоли встречается обилие фигур деления, отмечается образование розеток. В других участках опухоль имеет более зрелый вид, среди волокнистой субстанции определяются хорошо развитые нервные клетки. При импрегнации серебром отчетливо обнаруживаются нервные клетки и их отростки. В обнаруженных мелких обрывках ткани на поверхности капсулы опухоли гистологически определяется структура ткани коркового слоя надпочечника.

Заключение: опухоль следует квалифицировать как симпатобластому с участками меньшей дифференциации — характера симптогонимы (проф. В. К. Белецкий).

Из мозгового слоя надпочечников могут развиваться опухоли с различной степенью дифференцировки: а) «незрелые» (нейробластомы) — бластоматозный рост симптогоний, б) «зрелые» (ганглионевромы), когда симптогонии дифференцируются до степени зрелых ганглиозных клеток и нервных волокон, и в) «созревающие» (ганглионейробластомы), когда в опухоли встречаются участки и незрелых симптогоний, и симпатобластов, и, наконец, зрелые ганглиозные клетки.

Данные микроскопического исследования позволяют отнести описываемую опухоль к так называемым «созревающим» (робертсоновским) опухолям, которые исходят из симпатического ствола и сплетений (Н. Н. Аничков). В нашем случае опухоль исходила из мозгового слоя надпочечника, что свидетельствует об отсутствии трудно объяснимого резкого различия в топографическом распределении «незрелых»

и «созревающих» бластом симпатического нерва, которое отмечал Н. Н. Аничков. По его данным, в $\frac{4}{5}$ всех случаев «незрелые» бластомы исходят из мозгового слоя надпочечников, а «созревающие» ни в одном случае не возникли 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 повышенный 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 состоянии оставалось хорошим. Отеки на ногах прошли.