

Н. М. Блинничев, А. В. Андрианов (Куйбышев-обл.). Случай сочетания рака прямой кишки, аномалии почек и неполного обратного расположения внутренних органов

Ш., 63 лет, поступила в клинику в плановом порядке 18/IV 1979 г. с направительным диагнозом: постхолецистэктомический синдром. Жалуется на боли постоянного характера в области правого подреберья, усиливающиеся при приеме пищи, запоры, периодически примесь крови в кале, частые позывы на стул.

Боли в области правого подреберья появились у Ш. в 1975 г. Получала лечение по поводу хронического холецистита. В 1977 г. подверглась холецистэктомии. Через полгода у нее появились запоры, частые позывы на стул, примесь крови в каловых массах; к врачам не обращалась. В сентябре 1978 г. возник острый приступ болей в правом подреберье. В стационаре диагностирован постхолецистэктомический синдром, исследование толстой кишки не проводилось. В течение 20 лет Ш. страдает гипертонической болезнью.

Данные объективного исследования: избыточно развит подкожный жировой слой, АД 32/21,3 кПа, легкая болезненность в области правого подреберья. При ректороманоскопии на высоте 11 см обнаружена плотная бугристая легко кровоточащая циркулярно расположенная неподвижная опухоль (гистологически — аденокарцинома). Диагноз: рак прямой кишки T4NXMX; постхолецистэктомический синдром; гипертоническая болезнь 2—3 ст.

25/IV — операция Гартмана. Сигмовидная кишка короткая, расположена справа, тип строения сосудов брыжейки рассыпной, в ней два плотных лимфатических узла. Слепая кишка больших размеров, имеет длинную брыжейку, подвижна, расположена в левой подвздошной ямке. Левая почка отсутствует, правая несколько увеличена, расположение и форма ее обычны. Сердце и печень на обычном месте. Опухоль размером 6×8 см, малоподвижная, прорастает тазовую брюшину. Единственный мочеточник выделен и взят на турникеты. Перевязаны внутренние подвздошные артерии. Перевязана и пересечена верхняя прямокишечная артерия. Прямая кишка мобилизована, выполнена внутрибрюшная резекция пораженного участка кишки. Дистальный конец кишки ушит в три этажа и оставлен под брюшиной малого таза, проксимальный выведен на брюшную стенку в виде противостоического одноствольного заднего прохода. Выполнена цекопексия. Послеоперационное течение гладкое.

Наше наблюдение подтверждает необходимость повышения онкологической настороженности по отношению к больным пожилого возраста и указывает на возможность аномалии расположения толстой кишки в сочетании с аномалией числа почек. Отсутствие второй почки, пожилой возраст больных и сопутствующие заболевания должны ориентировать хирурга на выполнение наименее травматичной, но достаточно радикальной операции, какой, по нашему мнению, является операция Гартмана.

УДК 614.8

Ф. Ф. Сафин, З. Х. Хатыпова, В. С. Колпаков (Казань). Травматизм и травматологическая помощь на заводе фотоматериалов

Нами изучен травматизм с потерей трудоспособности и его связь с социально-гигиеническими факторами на заводе, выпускающем кинофотоматериалы. На специальные карты были выкопированы сведения о возрасте, стаже, времени и обстоятельствах травмы и оказанной помощи и др. из амбулаторных карт травмпункта при поликлинике медсанчасти завода, из больничных листов и актов о несчастном случае. Все 202 рабочих и служащих, получивших травму, вызваны для изучения отдаленных результатов.

47,5% пострадавших от травм — мужчины, хотя удельный вес их в коллективе намного меньше — 33%. Чаще травмы регистрируются у рабочих старших возрастных групп (от 50 до 59 лет), что можно объяснить некоторым пренебрежением к соблюдению правил безопасности.

Сроки лечения, нетрудоспособности, а также исходы травмы зависят в основном от характера повреждения, своевременности и качества медицинской помощи. У основной массы пострадавших — 99 человек — были ушибы и растяжения связок, при которых сроки нетрудоспособности составили соответственно 7,2 и 6,6 дня. У 30 больных были различные переломы с потерей трудоспособности в среднем на 50,3 дня. Раны наблюдались у 23 больных (потеря трудоспособности на 2,5 дня). Ожоги, вывихи, множественные и сочетанные повреждения встречались значительно реже. Средний срок потери трудоспособности составил: при сочетанных или множественных повреждениях — 59,7 дня, при всех повреждениях — 19,9 дня.

Чаще других травмируется нижняя конечность (44,1%, из них 18,8 — стопа). У 16,9% больных были повреждения кисти, у 14,9% — плеча, предплечья и суставов верхней конечности, у 6,5% — грудной клетки или позвоночника. Множественные и сочетанные повреждения были у 1,5% больных, травма головы — у 3,5%.

Только 78,3% пострадавших явились в лечебные учреждения в течение первых