

Рентгенологическое исследование показало, что поперечно-ободочная кишка, нисходящий отдел толстого кишечника и сигмовидная кишка смещены вверх и вправо. В мочеполовой системе патологических изменений не определяется.

Поставлен диагноз: рецидивирующая, забрюшинная, внеорганный фибролипома. 21/XI-56 г. произведена операция (П. Н. Булатов).

Под местной инфильтрационной анестезией 1/4% раствором новокаина произведен послойный разрез тканей в левой поясничной области и левой половине живота — от позвоночника до пупка, с иссечением послеоперационного рубца. Опухоль располагалась внебрюшинно, под толстым кишечником, под его селезеночным углом, нисходящей и сигмовидной частью. С дорзальной стороны опухоль на всем протяжении была интимно связана рубцовыми сращениями с мочеточником, хвостом поджелудочной железы, сводом диафрагмы. Толстый кишечник (левая его половина) распластан над опухолью и плотно с ней сращен, а в области селезеночного угла имел участки склероза и гиалиноза. В области селезеночного угла стенка толстого кишечника плотно спаяна с сальником, на протяжении четырех сантиметров, где предполагалась малигнизация.

Опухоль имела обширную венозную сеть, интимно спаяна с общей подвздошной веной.

Выяснилось, что из существующего разреза и под местным обезболиванием удалить опухоль, ввиду ее больших размеров, массивных сращений с окружающими органами, тканями и богатства ее кровоснабжения, не представляется возможным. Поэтому больному был дан эфирный наркоз (200,0), операционная рана расширена разрезом от пупка до мечевидного отростка. Одновременно предпринято капельное переливание одногруппной крови (500,0).

Произведены иссечение фибролипомы и резекция половины поперечно-ободочной, нисходящей и сигмовидной кишок, с последующим анастомозом поперечно-ободочной с прямой кишкой, конец в конец. Операционная рана орошена раствором стрептомицина, в ее углы введены резиновые дренажные трубки, марлевый тампон, и она послойно ушита.

Операция продолжалась 6 часов.

Вес удаленной опухоли — 7,3 кг.

Патологогистологический диагноз опухоли: ганглионеврома; мышечный слой кишечника пророс опухолью.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

30/XI, то есть на 10-й день, сняты швы, кроме двух ситуационных в центре раны. 2/XII во время кашля рана между оставшимися ситуационными швами разошлась на протяжении четырех сантиметров и произошла эвентрация петли тонкого кишечника.

Большой был взят в операционную. Под местным обезболиванием разведены края послеоперационной раны и кишечная петля, после соответствующего туалета, вправлена в брюшную полость. Рана послойно зашита наглухо.

10/XII сняты швы, заживление раны первичным натяжением. 26/XII больной в хорошем состоянии выписан.

Больной был осмотрен 15/V и 10/XI-57 г., 15/I 1958 г. Общее состояние удовлетворительное. Функциональных расстройств нет. Симптомы рецидива опухоли отсутствуют.

Каким должен быть оперативный подход к позадибрюшинным опухолям?

Клиника проф. Спасокукоцкого пользовалась вентральным разрезом. Проф. Федоров рекомендует дорзальный разрез.

Нам представляется целесообразным люмбовентральный подход, особенно для левосторонних локализаций опухолей.

Поступила 10 апреля 1958 г.

К ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ СОСУДОВ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

Доц. М. Е. Демко

Из кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.— проф. П. Я. Ильченко) Днепропетровского медицинского института

Успех хирургических вмешательств на подковообразной почке во многом зависит от знания топографии ее сосудов. Однако, в каждом отдельном случае подобного рода аномалий сосудистой системы почек имеет ряд морфологических и топографических особенностей. Они касаются не только начала, хода и числа почечных сосудов, но и взаимоотношения их с соседними органами. Так как в литературе установилось мнение о непостоянстве и изменчивости сосудов подковообразной почки, то значительное число работ посвящено лишь описанию наблюдаемых нарушений, прикладное же значение подобных сообщений довольно скромное.

Исследования из школы В. Н. Шевкуненко показали, что кровеносная система почек, отражая процесс дифференциации мочевой системы, характеризуется задержанной редукцией. Поэтому следует ожидать, что в зависимости от стадии и степени нарушения эмбриогенеза уrogenитальной системы, соответственно должна изменяться и ее сосудистая система.

Изучение материалов в таком направлении, вероятно, могло бы пролить свет на некоторые закономерности как в отношении сращения почек, так и их васкуляризации. С этой точки зрения вполне оправдано дальнейшее накопление фактического материала по данному вопросу.

Подковообразная почка, сращенная нижними полюсами, обнаружена нами при вскрытии плода мужского пола ростом в 31,5 см. Заметные дольчатые правая и левая половины располагались симметрично, на уровне 2—5 поясничных позвонков. Жировая капсула и предпочечная фасция выражены плохо. Дольчатый перешеек шириной в 1,2 см и толщиной в 0,15 см являлся как бы продолжением правой почки. Он покрывал спереди нижнюю полую вену и аорту на уровне 4—5 поясничных позвонков. Обе лоханки располагались внепочечно и спереди. От нижних их отделов отходили одиночные мочеточники, проксимальная часть которых, располагаясь спереди перешейка, была заметно сжуженной и по калибру значительно меньше дистальной части.

Правая почечная артерия диаметром в 0,15 см начиналась от правой стенки аорты на уровне 3 поясничного позвонка. В дальнейшем она направлялась к почке позади лоханки. Прежде чем проникнуть в ворота почки, от почечной артерии отделилась одна ветвь к верхнему ее полюсу, другая — к правой половине перешейка. В веществе почки от основного ствола почечной артерии к перешейку отходили три ветви.

Левая почечная артерия диаметром в 0,1 см начиналась от левой стенки аорты, на 0,1 см ниже правой. Вскоре она разделялась на две ветви, которые проникали в почку так же позади лоханки. Дополнительным источником артериального кровоснабжения перешейка являлся ствол диаметром в 0,1 см. Начавшись от раздвоения аорты, он круто заворачивал вверх и достигал середины задней поверхности перешейка. Здесь этот сосуд разделялся на одинакового калибра правую и левую ветви, которые затем разветвлялись в соответственной половине перешейка и почки.

Венозные сосуды соответствовали числу почечных артерий. Правая внутренняя семенная артерия начиналась от боковой стенки аорты ниже почечной артерии. Вследствие этого она на значительном протяжении была прикрыта правой почкой и перешейком. Левая внутренняя семенная артерия отходила от левой нижней надпочечниковой артерии. Направляясь к яичку, она пересекала спереди левую лоханку и перешеек.

Итак, в описываемом случае недостаточная дифференциация мочеполовой системы выразилась сращением почек нижними полюсами. Отсутствие резких границ между перешейком и почками, а также общность их сосудов свидетельствуют о том, что перешеек образовался из обеих почек. Учитывая развитие мочевых органов, это могло произойти на ранних стадиях формирования окончательной почки, то есть не позже второго месяца утробной жизни.

Наряду с подковообразной почкой, имелась и задержанная редукция кровеносной системы. Указанные изменения подтверждают взаимосвязь процесса дифференциации мочевой и кровеносной систем.

Вследствие заметного выступления перешейка над лоханкой, проксимальная часть мочеточников оказалось сильно изогнутой и распластанной. Это могло явиться одной из причин нарушения свободного оттока мочи и последующего развития гидронефроза. Отсюда совершенно ясно, что в подобных случаях рациональным способом лечения является резекция перешейка. Практически такая операция выполнима лишь после предварительной перевязки сосудов, идущих к перешейку почки.

Как выяснилось из нашего наблюдения, правая внутренняя семенная артерия располагалась под перешейком почки, левая — над ним. Следовательно, при операциях на перешейке нельзя недооценивать и топографии внутренних семенных артерий.

Таким образом, изучение сосудов подковообразной почки приобретает не только теоретическое, но и практическое значение. Поскольку, однако, сведения эти до сих пор не систематизированы, правильная оценка особенностей кровоснабжения разнообразных нарушений дифференциации мочеполовой системы возможна лишь при применении рентгенологического исследования сосудов. Учитывая сказанное, надо полагать, что в дальнейшем, наряду с общепринятыми методами исследования подковообразной почки, более широкое применение получит и ангиография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов Ф. А. Воен. мед. журнал, 1952, 12.— 2. Мовшович И. А. Сб. тр. Витебского мед. ин-та, вып. 5.— 3. Цулукидзе А. П. Хирургические заболевания мочевых и половых органов. Медгиз, 1955.— 4. Шевкуненко В. Н., Максименков А. Н. Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией. Медгиз, 1951.

Поступила 17 октября 1957 г.