

острый холецистит (4), первичный рак печени (3), холецистопанкреатит (3), рак головки поджелудочной железы (7), гипертрофический цирроз печени (2). В клинике диагноза рака желчного пузыря был установлен, и то предположительно, лишь у 2 больных.

Клиника рака желчного пузыря многообразна. По нашим и литературным данным, наиболее частыми симптомами этого заболевания являются желтуха и кожный зуд (мы наблюдали их у 31 чел.) и болевой синдром (у 28).

Увеличение и бугристость печени отмечены у 13 больных, напряженность, болезненность желчного пузыря — у 7, асцит — у 5.

Все 34 больных подверглись оперативному вмешательству: у 13 произведена холецистэктомия, у 1 — гепатикоеюностомия, у 20 вмешательство сводилось к пробной лапаротомии. В послеоперационном периоде погибло 7 больных: 2 — в результате разлитого желчного перитонита, 2 — от пневмонии и 3 — от печеночно-почечной недостаточности.

Продолжительность жизни радикально оперированных больных составила в среднем 9,5 месяца.

УДК 616.342—006.6

З. И. Левина, Б. Н. Бандалин, И. Н. Денисов (Куйбышев-обл.). Ангиосаркома двенадцатиперстной кишки

Саркомы двенадцатиперстной кишки встречаются очень редко. К 1953 г. в мировой литературе, по данным С. М. Фрейдлина, было опубликовано всего 80 наблюдений и в последующем — еще 3. Чаще это заболевание диагностируется во время операции или на вскрытии. Дооперационная диагностика исключительно редка. В клинической картине саркомы, как и других опухолей этой локализации, нет достаточно характерных симптомов.

Решающая роль в диагностике опухолей двенадцатиперстной кишки принадлежит рентгенологическому исследованию. Чаще опухоль располагается в верхней горизонтальной части кишки. Для рентгенодиагностики опухолей двенадцатиперстной кишки приходится прибегать к различным приемам: к тугому наполнению двенадцатиперстной кишки барием, исследованию рельефа слизистой оболочки, что лучше всего достигается в условиях искусственной гипотонии. Но даже при выявлении опухолевидного образования очень трудно с уверенностью утверждать, имеет ли место первичная опухоль двенадцатиперстной кишки или она переходит на двенадцатиперстную кишку из другого органа, и какова ее природа.

Большинство описанных в литературе наблюдений касается случаев иноперабельной опухоли ввиду обширного метастазирования саркомы в регионарные лимфатические узлы. Метастазы в печень, почки, поджелудочную железу встречаются очень редко.

Приводим наше наблюдение.

Г., 51 года, поступила в клинику 26/XII 1966 г. по поводу кишечного кровотечения. 18/XII у нее внезапно появилась слабость, головокружение, обильный дегтеобразный стул. Все последующие дни до поступления в клинику состояние больной не улучшалось.

Больная пониженной упитанности, резко бледна. Пульс 108, АД 150/70. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул 1 раз в день, оформленный, черного цвета. Гем. 4,3 г%, Э. 2 000 000, РОЭ 60 мм/час. Формула белой крови без особенностей. В моче изменений нет.

Была применена гемостатическая терапия: хлористый кальций и натрий, викасол, аскорбиновая кислота, витамины группы В. Проводились переливания крови (первые дни под гексаметоном). Затем были назначены препараты железа, камполон и др. Состояние больной улучшилось, кровотечение прекратилось. 6/I 1967 г. гем. 10 г%, Э. 3 350 000. С 10/I реакция на скрытую кровь в кале отрицательная.

6/I больной произведено рентгенологическое исследование. В вертикальной части двенадцатиперстной кишки, ближе к нижнему ее колену, выявляется овальной формы дефект наполнения размером 4×5 см, который обтекается контрастной массой. Рельеф оболочки в этом отделе атипичен. Проходимость двенадцатиперстной кишки не нарушена.

12/I — повторное рентгенологическое исследование с искусственной гипотонией двенадцатиперстной кишки. В центре обнаруженного ранее дефекта — продолговатое депо бария, рельеф внутренней поверхности кишки в области дефекта атипичен.

Заключение: можно предположить аномалию развития поджелудочной железы (абберантная железа) или опухоль, исходящую из забрюшинного пространства и прорастающую в двенадцатиперстную кишку. Клиническая картина не позволяла исключить злокачественное новообразование желудочно-кишечного тракта.

17/I 1967 г. больная оперирована. В вертикальной части двенадцатиперстной кишки — опухоль размером 4,5×4,5 см, исходящая из латеральной стенки кишки. Выделена вертикальная часть двенадцатиперстной кишки. Произведена дуоденотомия. Отступая от опухоли на 3 см произведена клиновидная резекция кишки в пределах здоровой ткани. Впадение общего желчного протока оказалось ниже области операции.

Дефект кишки зашит трехрядным швом. Рана ушита послойно с тампсом и микроиригатором.

Удаленная опухоль размером $4,5 \times 4,5 \times 5$ см занимает всю толщу стенки кишки от серозы до слизистой. Опухоль плотной консистенции. В центре ее — кратерообразное углубление $2,5 \times 2 \times 1,5$ см. На разрезе опухоль неоднородная, слоистая, белесоватого цвета. Гистологический диагноз (доц. Е. А. Донецкая): ангиосаркома двенадцатиперстной кишки.

Послеоперационный период больная перенесла удовлетворительно. Возникший небольшой кишечный свищ самостоятельно закрылся на 10-й день. Г. выписана из клиники на 22-й день после операции.

При обследовании через 3 года жалоб не предъявляет. Кишечных кровотечений не отмечала. Прибавила в весе на 12 кг. Работает на заводе товароведом. Гем. 13,6 г%, Э. 4 072 000, РОЭ 11 мм/час. Рентгенологически определяется умеренная деформация нисходящей части двенадцатиперстной кишки, обусловленная периодическим.

УДК 616.33—006.6

В. А. Вишневский, Б. И. Зак, С. В. Каграманов, Б. Э. Волохов (Москва). **Метастазы в яичке при раке желудка**

Метастазирование рака желудка в яички, в отличие от метастазирования в яичники, встречается крайне редко. Важно знать, что метастазы в яичках могут развиваться еще в период латентного протекания раковой болезни желудка. Полагаем, что наши наблюдения могут представить некоторый интерес.

1. А., 53 лет, поступил 6/V 1970 г. с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, боли в эпигастрии. Считает себя больным с 1965 г., когда появилось ощущение тяжести в подложечной области, отрыжка, изжога. При обследовании у него обнаружили ахилеский гастрит. Постоянно находился под наблюдением участкового терапевта. За последние 3 месяца состояние его значительно ухудшилось, усилились боли в подложечной области, он резко похудел. 3 недели назад заметил, что правое яичко увеличилось, стало более плотным.

Больной бледен, упитанность резко понижена. Лимфатические узлы не увеличены. Органы грудной клетки в пределах нормы. Живот нормальной формы, мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Паховый монорхизм слева. Правое яичко увеличено в объеме, плотное, бугристое. Правый семенной канатик плотный, определяется четко.

При рентгеноскопии установлен рак средней трети желудка (инфильтративная форма с подозрением на распад) с переходом на верхнюю треть по большой кривизне. В пункате, взятом из пораженного яичка, элементов новообразования не обнаружено. Данные биопсии — тератобластома яичка.

При лапаротомии случай признан неоперабельным. Произведена высокая орхидэктомия справа. Ввиду распространенности опухолевого процесса химиотерапевтическое лечение не проводили. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

2. Л., 57 лет, поступил 19/V 1970 г. с жалобами на общее недомогание, плохой аппетит, отрыжку, изжогу, постоянные боли в животе. За последние 4 месяца похудел на 2 кг, тогда же обнаружил, что левое яичко увеличилось, стало плотным. Считает себя больным с мая 1969 г., когда появилась общая слабость, боли в эпигастрии, пропал аппетит. При рентгенологическом обследовании была диагностирована опухоль желудка, по поводу чего 30/VII 1969 г. произведена резекция желудка. Гистологически установлен светлоклеточный рак солидного строения со значительной анаплазией опухолевых клеток. Опухоль врастает в толщу мышечного слоя.

При поступлении пальпируются увеличенные подвижные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфоузлы размерами от 0,5 до 2,0 см. В левой половине живота определяется плотное бугристое относительно подвижное опухолевидное образование 12×5 см. Со стороны органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. Функция почек сохранена. Простата без особенностей. Левое яичко несколько увеличено, слегка болезненно, плотное. Семенной канатик слева каменной плотности, определяется четко на протяжении до внутреннего отверстия пахового канала.

11/VI 1970 г. произведена высокая орхидэктомия слева. В удаленном яичке гистологическая картина метастаза рака типа солидного. Больному назначена химиотерапия (5-фторурацил).

УДК 618.13

Н. И. Пушкарев (Белебей). **О перекручивании придатков матки**

Учитывая редкость сообщений о перекручивании придатков матки при гидросальпинксе, мы решили поделиться собственным наблюдением.

Ц., 47 лет, поступила 6/X 1970 г. с жалобами на боли внизу живота, отдающие в правое бедро, и учащенное мочеиспускание. Заболела 14 часов назад после дефекации.