

### Ш. Х. Ганцев, В. М. Тимербулатов (Уфа). Перекрут большого сальника

Хирургическая патология большого сальника многообразна. В практической деятельности часто допускаются диагностические и, вследствие этого, тактические ошибки, которые ведут к непоправимым исходам (летальность — 4 %).

Изолированный перекрут большого сальника встречается редко: описано не более 100 наблюдений. В происхождении перекрутов ведущее значение придается спайкам большого сальника с послеоперационными рубцами и гипогастрии (гинекологические операции, грыжесечение), а также его сращению с органами малого таза. Игруют роль и анатомические варианты большого сальника. Большой сальник треугольной формы, спускаясь вниз и постепенно суживаясь, принимает вид тяжа, который может свободно перемещаться в брюшной полости, припаиваться к различным участкам брюшины. Это, в свою очередь, может вызвать перекрут большого сальника. Приводим наше наблюдение.

Г., 32 лет, врач, поступил в хирургическое отделение через 12 ч от начала заболевания с жалобами на постоянные боли в животе, больше в правой его половине. Заболел остро после поднятия тяжести. 4 года назад перенес операцию по поводу правосторонней паховой грыжи.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, питание повышено. Кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 17,3/12 кПа. Язык суховатый, чистый. Живот округло-овальной формы, в акте дыхания участвует, мягкий, при пальпации — болезненность в правой подвздошной и мезогастральной областях. Симптомы раздражения брюшины слабо выражены. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. Температура тела — 36,6°. Лейкоцитов в крови —  $6,75 \cdot 10^9$  в 1 л. Госпитализирован с предположительным диагнозом: острый аппендицит?

При дальнейшем наблюдении боли в правой подвздошной области сохранялись. Поставлен диагноз «острый аппендицит». Больной оперирован под местной инфильтрационной анестезией, доступом Волковича—Дьяконова вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено, что участок большого сальника треугольной формы размерами 6×4 см перекручен на 720° вокруг своей оси, темно-багрового цвета. Произведена резекция в пределах здоровых тканей с перитонизацией линии разреза, и удален гиперемированный, утолщенный червеобразный отросток. Послеоперационный период — без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки.

### Ю. А. Башков, И. А. Тангина, С. В. Батов (Ижевск). Опухоли тонкой кишки в онкологической практике и неотложной хирургии

В структуре болезней тонкого кишечника опухолевые поражения имеют небольшой удельный вес, но по своей тяжести и неудовлетворительным результатам лечения заслуживают особого внимания.

Мы располагаем наблюдениями за 26 больными с опухолями тонкой кишки. 14 человек поступили в неотложном порядке, 12 госпитализированы для обследования в связи с предположением внутриабдоминальной опухоли. Женщин было — 14, мужчин — 12; возраст больных — от 17 до 68 лет, из них почти половина (12 чел.) — не старше 40 лет. Если учесть, что  $\frac{2}{3}$  и даже более больных со злокачественными опухолями толстой кишки в возрасте старше 40 лет, то становится заметной существенная разница в контингенте этих двух групп больных.

Основанием для госпитализации послужили следующие клинические симптомы: острая (или нарастающая хроническая) кишечная непроходимость (у 10), симптомы перитонита (у 3), пальпируемая опухоль (у 9), профузное кишечное кровотечение (у 4).

Нередко больные еще задолго до поступления в больницу отмечали слабость, понижение или утрату аппетита, урчание в животе, периодическое его вздутие.

При рентгенологическом обследовании в связи с острой кишечной непроходимостью, возникшей в результате инвагинации или obturации кишки, были обнаружены раздутые петли тонких кишок с наличием в них уровней жидкости (чаши Клойбера), а у 2 больных — и сами инвагинаты. При массивном кишечном кровотечении рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта в неотложном порядке не выполнялась.

Все 26 больных оперированы, из них 5 — в ближайшие часы после госпитализации, то есть не по поводу самой опухоли тонкой кишки (у большинства больных она и не предполагалась), а в связи с развившейся абдоминальной катастрофой. Лишь 4 больных положены на операционный стол с установленным диагнозом — опухолевым поражением тонкой кишки.

При операции обнаружены опухоли в двенадцатиперстной кишке у 2 больных, в начальном отделе тощей — у 6, в терминальном отделе подвздошной — у 7. У 11 человек констатирована опухоль в среднем отделе тонкого кишечника, причём у 3 из