

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 рентгенокпия 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

них была множественная локализация и при этом, как правило, одна из нескольких опухолей также располагалась в начальной части тонкой кишки. У одного больного четыре однотипных по характеру опухолевых узла (недифференцированный мелкоклеточный рак) находились в двенадцатиперстной (три) и начальном отделе тощей кишки (один). У другого пациента 6 узлов ретикулосаркомы локализовались на протяжении 1,5 м тощей кишки в среднем ее отделе и один — в 15 см каудальнее связи Трейца.

В связи с распространенностью опухолевого процесса 9 больным были произведены операции только паллиативного характера — обходные анастомозы, ограниченные резекции кишки, разгрузочные кишечные свищи, эксплоративная лапаротомия. У 17 больных удалось осуществить радикальные оперативные вмешательства, которые заключались в резекции кишки вместе с опухолью и иссечении части брыжейки с находящимися в ней регионарными лимфоузлами. Двум больным пришлось выполнить резекцию кишки на двух уровнях. У одного больного резекция некротизированной в результате инвагинации кишечной петли с опухолью дополнена при повторном оперативном вмешательстве удалением путем энтеро- и гастротомии трех полипов из тощей, одного — из подвздошной кишки и четырех — из желудка.

При гистологическом исследовании удаленных опухолей установлено, что у 4 больных они были доброкачественными, а у 19 имели злокачественный характер. Нет сведений о гистологическом характере трех удаленных опухолей. Из числа выписанных после перенесенной операции (18 чел.) более 3 лет живы 10 больных, причем 6 из них живут пять и более лет. Среди пациентов, оперированных в плановом порядке, исходы лечения существенно лучше.

Внимание врачей общего профиля при жалобах больного на боли в животе или иные нарушения нормальной функции внутрибрюшных органов не должно ограничиваться обследованием только желудка или (и) толстого кишечника. Нельзя выпускать из поля зрения и средний отдел желудочно-кишечного тракта — тонкий кишечник, где очаговые процессы (доброкачественные и злокачественные опухоли, язвы, рубцовые изменения, спайки или иная патология) являются столь же реальными, как и на любом ином уровне пищеварительной трубки.

УДК 616.3—006

Н. П. Силитрин, В. Ф. Диденко, А. М. Батраков (Саранск). Полинеоплазии желудочно-кишечного тракта

Первично-множественные опухоли могут развиваться как синхронно, так и метасинхронно, причем последние диагностируются чаще. Частота поражения органов и систем различна, но, как правило, первично-множественные опухоли локализуются в желудочно-кишечном тракте, затем в коже, молочной железе, легких.

В Мордовском республиканском онкологическом диспансере за два года (1979—1980) первично обратились и получили соответствующее лечение 370 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. У 9 из них обнаружены первично-множественные опухоли (не считая кожной локализации), что составило 2,4% (женщин — 6, мужчин — 3; в возрасте от 31 до 41 года — 3, от 51 до 61 — 5 и старше 61 года — 1 человек). Двойная локализация выявлена у 4 пациентов, тройная — у 3, опухоли четырех локализаций — у 1 и пяти — также у 1 больного. Синхронно опухоли развивались у 5, метасинхронно — у 4 человек.

Приводим краткие данные о некоторых больных.

Ф., 56 лет, поступила в клинику 13/VIII 1979 г. с диагнозом — рак слепой кишки III стадии, подтвержденный при ирригоскопии. Жалобы: общая слабость, тупые боли в правой половине живота, жидкий стул с примесью слизи.

После подготовки 16/VIII 1979 г. больная прооперирована. При ревизии брюшной полости в восходящем и нисходящем отделах толстой кишки найдены две опухоли. Произведена колэктомия с наложением анастомоза между подвздошной и дистальным отделом сигмовидной кишки. Гистологический диагноз: в обеих локализациях кишки — аденокарцинома. Осложнений после операции не было. Выписана домой. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно.

Р., 31 года, поступила в клинику с диагнозом — рак прямой кишки в III стадии, частичная кишечная непроходимость, опухоль яичников. После соответствующей подготовки 10/I 1980 г. больная прооперирована. Обнаружены раковая опухоль ампулярного отдела прямой кишки с инфильтрацией в параректальную клетчатку и диссеминацией тазовой брюшины, киста левого яичника на широкой ножке, рак правого яичника, метастазы в большой сальник. Произведены двусторонняя овариэктомия с резекцией большого сальника, двустольный противоестественный анус. Гистологический диагноз: низкодифференцированная аденокарцинома прямой кишки, аденокарцинома с ослизнением правого яичника, папиллярная цистоаденома левого яичника. После операции проведен курс полихимиотерапии: 5-фторурацилом и циклофосфаном. Выписана 15/II 1980 г. Умерла 15/V 1980 г.

Во всех случаях опухолевого процесса желудочно-кишечного тракта необходимо помнить о возможности первично-множественного процесса. Поэтому во время