

удалении матки с фаллопиевыми трубами, тщательной ревизии органов брюшной полости, санации, ее дренировании через дополнительные разрезы в подвздошных областях и через незашитую культю влагалища. Брюшную полость по белой линии живота мы ушивали наглухо, так как введение дренажей способствовало недостаточному оттоку воспалительного экссудата из брюшной полости. В первые 2—3 сут после операции проводили максимальное обезбоживание, оксигенацию на фоне продолжающейся интенсивной терапии. Для борьбы с парезом кишечника применяли 0,05% раствор прозерина 4 раза в сутки по 1 мл в сочетании с микроклизмами по Огневу при отсутствии гипокалиемии. Через постоянный зонд по показаниям промывали желудок 2—3% раствором бикарбоната натрия с последующим введением сорбита. Уделяли большое внимание тщательному гигиеническому уходу и лечебной гимнастике в зависимости от состояния больной.

Сочетание консервативной терапии с радикальной операцией позволило добиться у всех больных положительных результатов. Все женщины выписаны в удовлетворительном состоянии, средний койко-день составил 21,8. Отдаленные результаты лечения (от года до 10 лет) изучены у всех 23 больных. У 19 из них общее состояние было хорошим, трудоспособность восстановлена; 4 женщины отмечают периодически боли в животе из-за спаечного процесса в брюшной полости и порой теряют трудоспособность.

Следовательно, применение комплексной терапии в сочетании с радикальной операцией в первые 2—3 сут с момента заболевания спасает жизнь молодой матери. Оперативное лечение должно включать экстирпацию матки с удалением фаллопиевых труб и широким дренированием брюшной полости.

Для профилактики акушерского перитонита врачи женских консультаций должны более тщательно выявлять беременных группы повышенного риска развития послеродовых септических заболеваний; своевременно, качественно и неоднократно проводить санацию очагов инфекции до и во время беременности; более строго учитывать показания, противопоказания и условия для выполнения кесарева сечения. Немаловажное значение имеют правильная предоперационная подготовка и анестезиологическое пособие с обязательной достаточной инфузионно-трансфузионной терапией, квалифицированное выполнение операции и рациональное ведение послеоперационного периода. Особое внимание следует обращать на реабилитацию больных и придавать важное значение санитарно-просветительной работе.

УДК 616.3—006.04—089.8

Ю. А. Башков, С. В. Батов (Устинов). О метакронных полинеоплазиях с первичной локализацией в органах пищеварения

Одними из наиболее частых среди полинеоплазий являются двойные и множественные опухоли органов пищеварения. Более чем в половине наблюдаемых опухолей имеют синхронный характер. Вторично развивающиеся (метакронные) опухоли нередко рассматриваются как метастазы первого бластоматозного процесса, что приводит порой к отказу от активного специализированного лечения больных. Однако при своевременной диагностике результаты лечения метакронных опухолей мало отличаются от таковых при солитарных опухолях той же локализации.

Нами изучены особенности течения и результаты лечения метакронных первично-множественных злокачественных новообразований с локализацией первой опухоли в органах пищеварения; вторая и (или) третья опухоли находились как в них, так и в органах других систем. Проанализированы истории болезней 621 лица с первично-множественными злокачественными новообразованиями. У 329 из них хотя бы одна из опухолей располагалась в органах пищеварения, причем у 104 (16,7%) больных опухоли указанной локализации были первичными. У 100 больных диагностированы по 2 опухоли, у 4 — по 3. Среди больных было 69 мужчин и 35 женщин. Средний возраст больных в момент выявления первой опухоли составил 53,6, при выявлении второй — 62,9 года.

Всех больных мы разделили на три группы соответственно локализации первой опухоли. В 1-ю группу вошли 70 больных (60 мужчин и 10 женщин), имевших первую опухоль на нижней губе (65) или в органах орофарингеальной зоны (5). Локализация вторых и последующих опухолей была различной, но преобладание больных с локализацией первой опухоли на нижней губе, по-видимому, не является статистической случайностью, а определяет наибольшую вероятность развития второй опухоли в тех случаях, когда первая относительно легко может быть излечена.

Представляет интерес зависимость частоты появления вторых и третьих опухолей от методов лечения первичного очага. После использования только лучевого метода лечения (близкофокусная рентгенотерапия, гамматерапия на очаг или сочетанная лучевая терапия) метакронные опухоли возникли у 30 больных; при проведении комбинированной терапии (лучевая терапия и хирургическое лечение) — у 21; при чисто хирургическом лечении — у 5; при применении прочих методов лечения — у 9. Сроки развития вторых и последующих опухолей колебались от 1 до 31 года, причем у 40 (61,5%) больных вторые опухоли появились через 5 и более лет после излечения первых. Из 5 больных, также отнесенных нами к 1-й группе, с локализацией первич-

ной опухоли в орофарингеальном отделе пищеварительного тракта у 2 были опухоли глотки и у 3 — языка. Результаты лечения злокачественных опухолей слизистой рта, языка, глотки и на сегодня неутешительны, поэтому метатхронные опухоли у больных этой категории представлены лишь единичными наблюдениями.

2-ю группу составили 20 больных в возрасте от 36 до 67 лет (мужчин — 8, женщин — 12) с локализацией первой опухоли в желудке. Интервал между возникновением первой и второй опухоли — от 2 до 23 лет. У больных, которым было проведено радикальное лечение по поводу рака (или саркомы) желудка, метатхронные опухоли успевают развиваться довольно редко. У 11 больных вторая опухоль была обнаружена в органах пищеварения (4 — в толстой кишке, по 3 — в пищеводе и прямой кишке и 1 — на нижней губе); у 9 больных вторая опухоль локализовалась в других органах (5 — в шейке матки и по одной в коже, мочевом пузыре, легком, простате). Радикальное лечение по поводу второй опухоли удалось провести только 5 (25%) больным. Из них 3 человека пережили 5-летний срок. Паллиативное лечение получили 9 пациентов, симптоматическое — 6.

В 3-ю группу вошли 14 больных (1 мужчина и 13 женщин) с локализацией первой опухоли в толстом кишечнике (6 — в ободочной кишке и 8 — в прямой). Возраст больных в момент выявления второй опухоли — от 35 до 79 лет. Метатхронные опухоли локализовались в желудке (5), теле и шейке матки (5) и по одной опухоли в пищеводе, легком и яичнике. Сроки появления вторых опухолей — от 1 до 25 лет после обнаружения первой. Процесс I и II стадии при определении первичной опухоли был у 13 больных, и только у одного больного вторая опухоль (рак нижней трети пищевода) развилась через 13 лет после радикального лечения рака среднеампулярного отдела прямой кишки III б стадии.

Что касается первично-множественных злокачественных новообразований пищевода, поджелудочной железы, печени, двенадцатиперстной кишки, тонкой кишки, желчного пузыря, то у обследованных нами больных они не встречались. Это объясняется не столько сравнительно низким удельным весом опухолей данных локализаций среди всех злокачественных новообразований вообще, сколько неутешительными результатами их лечения. Вторые опухоли в названных органах выявлены у 12 человек (в пищеводе — 9, поджелудочной железе — 1, печени — 1, тонкой кишке — 1).

Еще раз обращаем внимание на тот факт, что у больных всех 3 групп метатхронные опухоли чаще всего развивались в органах пищеварения (56,8%) и заметно реже (43,2%) — в органах других систем, причем в половине случаев — в мочеполовой сфере.

Для успешного выявления и лечения метатхронных опухолей необходима полноценная диспансеризация больных, леченных радикально, особенно по поводу начальных стадий рака нижней губы, желудка, толстого кишечника, с обязательным обследованием органов пищеварения и мочеполовой сферы.

УДК 616.61—007.256+616.617—007.61]—079.4

И. Л. Федотов, В. В. Лебедев (Куйбышев). Мегауретер удвоенной почки, симулирующий опухоль брюшной полости

Удвоенная почка является нередкой аномалией, причем у женщин она наблюдается в 2 раза чаще, чем у мужчин, и в большинстве случаев слева. Измененная топография органа, наличие двух лоханок и мочеточников, аномальное развитие нервно-мышечного аппарата одного из них могут вызвать нарушение пассажа мочи и значительные анатомо-функциональные расстройства. Нередко в результате этого у больных с данной аномалией формируются мегауретер, гидроуретронефроз.

В хирургической литературе мы встретили единичные сообщения о том, что мегауретер может симулировать опухоль внутрибрюшного органа, представляя определенные трудности в диагностике. До настоящего времени методы и объем оперативного вмешательства при указанном пороке развития четко не определены. Поэтому считаем целесообразным поделиться наблюдением.

Ч., 24 лет, поступил в плановом порядке в хирургическое отделение клиники госпитальной хирургии 04.01.84 г. с диагнозом кисты брыжейки тонкой кишки. Жаловался на общую слабость, похудание, постепенно увеличивающийся в размерах объем живота и изменение его конфигурации. Из анамнеза известно, что в детстве перенес вирусный гепатит. Какие-либо заболевания сердца, легких, мочевыделительной системы отрицает. Работает инженером в аэропорту.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, живот увеличен в размерах, мягкий, безболезненный. В мезогастральной области отмечается полуовальное образование размером 20×25 см, мягкоэластической консистенции, нижний полюс которого достигает лонного сочленения. Печень, селезенку пальпировать не удается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен. Функция кишечника удовлетворительная.

Общий и биохимический анализ крови и мочи патологических изменений не выявил. Проба Зимницкого — колебания относительной плотности от 1,017 до 1,030.

При рентгенологическом исследовании методом одномоментного двойного кон-