

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-

трастирования пищеварительного тракта обнаружено наличие объемного процесса в среднем этаже брюшной полости, деформирующего прилежащие органы пищеварительного тракта. Контрастное исследование мочевыделительной системы не проводилось. С предварительным диагнозом — киста брыжейки тонкой кишки — больной взят на операцию.

16.01.84 выполнена срединная лапаротомия под наркозом с релаксантами. К ране предлежит большая киста размером  $20 \times 30$  см, расположенная забрюшинно. Вскрыт задний листок брыжины. Для удобства ревизии органов брюшной полости киста вскрыта. Эвакуировано 2,5 л прозрачной жидкости без запаха.

Лабораторное исследование удаленной жидкости: отн. пл. — 1,015, реакция кислая, реакция на белок отрицательная. Микроскопия: эпителий плоский — 2—4 в поле зрения, лейкоциты — 2—5 в поле зрения.

При дальнейшей ревизии установлено, что киста представляет собой расширенный мочеточник, исходящий из верхней лоханки удвоенной почки слева. Второй мочеточник левой почки располагается несколько кнаружи, не изменен. Удвоенная почка имеет размеры  $12 \times 5 \times 3$  см; между ее верхней и нижней половиной отчетливо определяется перешеек шириной 4 см. Произведена левосторонняя верхняя геминефроуретерэктомия с интубацией основного мочеточника полихлорвиниловым дренажем диаметром 0,3 см. Паранефральное пространство дренировано двумя резиновыми трубками, выведенными через отдельный прокол в поясничной области. Задний листок брыжины ушит непрерывным кетгутом. При ревизии правой почки (размеры  $8 \times 4$  см) внешних патологических изменений не выявлено. Лапаротомная рана по-прежнему ушита наглухо.

Макропрепарат. Мегауретер после операции заполнен прежним количеством жидкости, перевязан по полюсам. Проксимальная часть размером  $3 \times 1,5$  см, дистальная —  $11 \times 1,3$  см. На протяжении 4 см дистальный отдел мочеточника до мочевого пузыря полностью облитерирован. Выраженных признаков гидронефроза в удаленном препарате не выявлено. Гистологическое исследование: в стенке мочеточника отмечается истончение слоев, особенно мышечных. Между мышечными волокнами обнаруживается соединительная ткань.

Заключительный диагноз: полное удвоение почки, мегауретер.

Послеоперационное течение гладкое. Дренаж из мочеточника удален на 12-й день после операции. Выполнены изотопная и экскреторная урография. Рентгено-радионуклидные данные свидетельствуют об удовлетворительной секреции канальцев и выделении изотопа почкой справа, частичном угнетении функции почки слева (признаки гидронефроза). Общий анализ мочи по методу Зимницкого отклонений от нормы не выявил. На 23-й день после операции больной выписан с удовлетворительной функцией почек. Через 1,5 года обследован повторно. Практически здоров. Продолжает выполнять прежнюю работу.

Следовательно, при наличии кистоподобного образования брюшной полости необходимо помнить также о возможных пороках развития мочевыделительной системы. Проведение инструментального, радиоизотопного и экскреторного обследования почек позволяет избежать диагностических ошибок у хирургических больных.

УДК 616.34—003.6—089.878—053.36

### В. Г. Филичкин, Р. М. Мухаметзянов (Ленингорск, ТАССР). К казуистике инородных тел желудочно-кишечного тракта

Мы наблюдали спаечную кишечную непроходимость, вызванную инородным телом, у ребенка 9 мес.

Ш. поступила в детское хирургическое отделение 14.11.84 г. по поводу гнойной отделяемого из раны ниже пупка. По словам матери, 18.10.84 г. ниже пупка появились припухлость, гиперемия кожи, температура повысилась до  $38^\circ$ . 23 октября на том же месте открылась рана, выделились гной и стержень птичьего пера размером  $2,5 \times 0,3$  см. Девочка была госпитализирована в участковую больницу. Консервативное лечение оказалось безуспешным. На 27-е сутки от начала заболевания больная направлена в отделение детской хирургии.

При поступлении состояние удовлетворительное. На 0,5 см ниже пупка имелся инфильтрат размером  $2 \times 2$  см, в центре которого размещалась рана размером  $0,3 \times 0,3$  см и глубиной 2 см. При надавливании на инфильтрат из раны выделялось гнойное содержимое. Данное образование было расценено как свищ подкожной клетчатки в области пупка. 23.11.84 г. произведено иссечение свища. 26 ноября состояние ухудшилось, появились признаки механической кишечной непроходимости. В тот же день сделана повторная операция. Трансректальным доступом вскрыта брюшная полость. Ниже пупка к передней брюшной стенке припаяны петли тонкого кишечника в трех участках, выше которых петли раздутые, ниже — спавшиеся. При разделении спаек выделились элементы птичьего пера — стержень длиной 2 см и перья. В ходе ревизии брюшной полости между петлями тонкого кишечника был обнаружен свищевой ход диаметром 0,2 см, который сообщался с тощей кишкой на расстоянии 10 см от ее начала. На стенке тощей кишки имелся дефект разме-