

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

**Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

**А.Г. ХАСАНОВ, Ш.Х. ГАНЦЕВ, Р.А. НИГМАТУЛЛИН,
М.М. МУРЗАНОВ, К.Ш. ГАНЦЕВ**

Редкие заболевания в абдоминальной хирургии

Уфа – 2005

УДК 616.3-089

ББК 54.574-3

Редкие заболевания в абдоминальной хирургии. /А.Г. Хасанов, Ш.Х. Ганцев, Р.А. Нигматуллин, М.М. Мурзанов, К.Ш. Ганцев. – Уфа: Издательский дом ООО «Вилли Окслер», 2005. –180 с.

В монографии рассматриваются вопросы частоты, диагностики, хирургической тактики редко встречающихся заболеваний органов брюшной полости и стенки. Представлены отдельные синдромы в абдоминальной хирургии. Монография написана на основании данных современной литературы, использования собственных клинических наблюдений, а также других авторов. В определенных разделах, где авторы располагают личными клиническими наблюдениями, даны обобщения и высказаны суждения по данной проблеме.

Книга предназначена для хирургов, онкологов, клинических ординаторов, студентов старших курсов медицинских вузов.

Рецензенты:

Галеев М.А. – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор

Пухов А.Г. – заслуженный врач РФ, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГОУ ВПО «БГМУ»

ISBN 5-903061-03-6

© А.Г. Хасанов, Ш.Х. Ганцев, Р.А. Нигматуллин,
М.М. Мурзанов, К.Ш. Ганцев, 2005.

© Оформление: Издательский дом «Oxler»,
ООО «Вилли Окслер», 2005.

I. ВВЕДЕНИЕ

II. СИНДРОМЫ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

III. РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

1. Заворот желудка
2. Инвагинация желудка и двенадцатиперстной кишки
3. Желчнокаменная непроходимость желудка и двенадцатиперстной кишки
4. Доброкачественные новообразования и редкие злокачественные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
 - 4.1. Лейомиома желудка
 - 4.2. Лейомиома двенадцатиперстной кишки
 - 4.3. Невринома желудка
 - 4.4. Доброкачественная сосудистая опухоль желудка
 - 4.5. Гигантский гипертрофический гастрит Менетрие
 - 4.6. Карциноид желудка
 - 4.7. Саркома двенадцатиперстной кишки
 - 4.8. Рак двенадцатиперстной кишки
5. Инфекционно-воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки неспецифического и специфического характера
 - 5.1. Флегмона желудка
 - 5.2. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки
 - 5.3. Сифилис желудка и двенадцатиперстной кишки
6. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки
7. Эозинофильная гранулема желудка
8. bezoar желудка
9. Болезнь Крона

IV. РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Непаразитарная киста печени
2. Абсцесс печени
3. Заворот желчного пузыря
4. Водянка добавочного желчного пузыря
5. Редкая аномалия желчных путей
6. Врожденное расширение внутрипеченочных желчных путей (Болезнь Кароли)

7. Муциноз желчных протоков
8. Врожденная киста общего желчного протока
9. Добавочная поджелудочная железа

V. РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ТОНКОЙ, ТОЛСТОЙ КИШКИ, ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

1. Кисты брыжейки кишечника
2. Гемангиома брыжейки подвздошной кишки
3. Болезнь Уиппла
4. Эозинофильная гранулема тонкой кишки
5. Редкие виды обтурационной кишечной непроходимости
 - 5.1. Желчнокаменная кишечная непроходимость (билиарный илеус)
 - 5.2. Безоар как причина кишечной непроходимости
6. Редкие опухоли кишечника
 - 6.1. Нейрофиброма тонкой кишки
 - 6.2. Лейомиосаркома тонкой кишки
 - 6.3. Меланома тонкой кишки
 - 6.4. Нейрофиброматоз толстой кишки
 - 6.5. Меланома слепой кишки
 - 6.6. Меланома и лейомиосаркома прямой кишки
7. Пневматоз кишечника
8. Редкие болезни червеобразного отростка
 - 8.1. Варианты положения и пороки развития червеобразного отростка
 - 8.2. Заворот червеобразного отростка
 - 8.3. Опухоли червеобразного отростка
 - 8.4. Дивертикулы, кисты червеобразного отростка
 - 8.5. Прочие редкие болезни червеобразного отростка

VI. РЕДКАЯ ПАТОЛОГИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА, БРЮШИНЫ, БРЮШНОЙ СТЕНКИ

1. Спайки, сращения большого сальника
2. Заворот большого сальника
3. Кисты большого сальника
4. Кистозная лимфангиома большого сальника
5. Грыжи живота редкой локализации

VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

VIII. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ВВЕДЕНИЕ

Медицине известно большое количество различных заболеваний, синдромов, их сочетаний, связанных с органами брюшной полости. Однако в повседневной практической деятельности врачам приходится сталкиваться с определенным кругом болезней. Если брать неотложную хирургию, то это острый аппендицит, холецистит, панкреатит и другие. В условиях плановой хирургии часто встречаются грыжи живота различной локализации, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь. У практикующих врачей образуется своего рода диагностический комплекс-минимум, рассчитанный на общеизвестные и часто встречающиеся заболевания.

Несмотря на это, каждому хирургу в своей практической работе приходится встречаться с так называемыми редкими хирургическими заболеваниями. Что касается редких заболеваний в абдоминальной хирургии, их сочетаний, то в их диагностике возникают определенные трудности, которые влекут за собой ошибки в определении хирургической тактики. Знание и умение решать диагностические и тактические вопросы при редких заболеваниях показывает клинический опыт врача-хирурга.

В настоящее время не существует общепринятого определения редких заболеваний. По мнению В.И.Шубина (1969), к ним относятся те заболевания, описания которых в мировой литературе существуют от нескольких десятков до нескольких сотен. И.Н.Григорович (1980) понимает под редким заболеванием патологическое состояние при частоте последних не менее 5% от всех заболеваний определенного органа.

В разные годы написано огромное число работ, основанных в большинстве своем на отдельных наблюдениях, а также ряд монографий, которые затрагивают вопросы диагностики и лечения редких хирургических заболеваний органов брюшной полости. Они в основном посвящены отдельной редкой патологии или отдельному органу. За последнее время меняются взгляды на патогенез некоторых заболеваний органов брюшной полости, совершенствуются методы диагностики, лечебная тактика, техника опе-

ративного вмешательства, внедряются новые хирургические технологии.

Вышесказанное свидетельствует о назревшей необходимости издания работы, в которой более полно и на современном уровне были бы освещены синдромы и редкие заболевания в абдоминальной хирургии. Насколько удалось достичь этой цели, то справедливо судить читателям.

Монография написана на основании данных современной литературы, использования клинических историй болезни, наблюдений других авторов. В определенных разделах, где авторы располагают личными наблюдениями, даны обобщения и высказаны суждения по данной проблеме.

Авторы не претендуют на абсолютно полное описание всех синдромов и редких заболеваний, встречающихся в абдоминальной хирургии, но надеются на интерес хирургов, онкологов, полезность этой работы, на критические замечания.

II. СИНДРОМЫ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Андросова синдром (абдоминальный синдром) – клиническая картина прирастания дистального отдела большого сальника в подчревьё: неопределенного характера боль в животе, усиливающаяся при транспортных вибрациях и исчезающая в горизонтальном положении; иногда тошнота, рвота, слабость. Признаки могут симулировать другие острые и хронические заболевания брюшной полости. Данный синдром имеет разные названия: абдоминальный симптомокомплекс (Lapinski Z., 1961), синдром сращения большого сальника (Кнош Н., 1963), спаечный синдром или синдром Кнош' а (Бондаренко В.А., 1979), спаечный синдром большого сальника (Ганцев Ш.Х., Гатауллин Н.Г., 1982) и др.

Балла-Киари синдром – симптомокомплекс закупорки печеночных вен: в острых случаях – внезапная тошнота, рвота с кровью, развитие печеночной комы. В хронических случаях – нарастающая боль в верхней части живота, увеличение печени; интермиттирующая желтушность; иногда – гипогликемическое состояние, гипохолестеринемия. Клинические варианты зависят от локализации пораженных сосудов.

Бара – Пика синдром – симптомокомплекс, развивающийся при сдавлении желчных протоков увеличенной поджелудочной железой: обычные симптомы опухоли поджелудочной железы – увеличение печени и желчного пузыря, которое обычно хорошо прощупывается; хроническая прогрессирующая желтуха; ахолия; в поздних стадиях кахексия.

Бина синдром – врожденная ангиопатия (аутосомно-доминантное наследование): синюшные кавернозные гемангиомы кожи; кровоточащие гемангиомы желудочно-кишечного тракта.

Борхардта синдром – мучительная рвота (наличие рвотных движений без выделения рвотных масс при переполненном желудке), срыгивание при приеме нескольких глотков воды, невозможность провести зонд в желудок. Данное состояние встречается при остром завороте желудка.

Бувере синдром – сужение привратника, вызванное крупным желчным камнем, попавшим через спонтанный внутренний свищ внепеченочных желчных путей.

Вальтера-Бомана синдром – относительно редко встречающийся симптомокомплекс у больных после холецистэктомии или холедодуоденостомии: тахикардия, гипотермия, одышка, бледность, холодный пот, летальный исход. Причиной является сдавление нижней полой вены в результате чрезмерного скопления желчи и крови под капсулой печени.

Вербрика синдром – симптомокомплекс у больных со спайками между правым изгибом ободочной кишки и желчным пузырем: чувство натяжения, тупая боль в подложечной области, тошнота, иногда умеренное мышечное напряжение в правой верхней части живота. Симптомы появляются при натяжении желчного пузыря, вызванном наполненной ободочной кишкой.

Вермера синдром – наследственное сочетание эндокринного аденоматоза пептических язв тонкой кишки (аутосомнодоминантное наследование), доброкачественная опухоль аденогипофиза, аденоматозная гиперплазия паращитовидных желез, множественные доброкачественные или злокачественные опухоли островков поджелудочной железы, гипертрофия слизистой желудка, пептические язвы тонкой кишки. Нередко наблюдается также аденоматозная струма, множественные доброкачественные или злокачественные опухоли коры надпочечников, бронхокарцинома и множественный липоматоз.

Вестфalia-Бернхарда синдром – триада симптомов, характерная для первичного стенозирующего воспаления фатерова сосочка: рецидивирующая лихорадка, желчные колики, перемежающаяся желтуха. Желчные камни не выявляются, диагноз подтверждается только при операциях, позже развивается холестатический цирроз печени.

Виленского синдром – проявление неспецифического воспаления брюшных лимфатических узлов: приступообразная боль в животе с рвотой, которая длится несколько дней и рецидивирует; выраженная пальпаторная болезненность в правой подвздошной области, в эпигастрии, реже – в левой подвздошной области. Лейкоцитоз с относительным лимфоцитозом. В лимфатических узлах – неспецифическое воспаление с гиперплазией элементов ретикулоэндотелиальной системы.

Ганцева синдром 1 – при абсцессах брюшной полости определяется локальный шум плеска в проекции гнойника за счет сегментарного пареза кишечника, температурная асимметрия передней брюшной стенки, местный лейкоцитоз.

Ганцева синдром 2 (синдром площадки) – определяется при распространенном раке органов нижнего этажа брюшной полости (гинекологический, ректальный, урологический раки), и проявляется наличием площадки различных размеров в проекции аортокавального сегмента за счет метастазов в забрюшинные, парааортальные лимфатические узлы с выраженным отеком и лимфостазом окружающих тканей.

Гарднера синдром – наследственная мезенхимальная дисплазия с аномалиями развития соединительной ткани (аутосомно-доминантное наследование): множественный полипоз толстой кишки, остеомы черепа, опухоли кожи (атеромы, дермоидные кисты или фибромы).

Дадли–Клингенштейна синдром – боль и чувство давления в подложечной области, тошнота, черный кал без наличия кровавой рвоты, чередование поносов с запорами. Описанный абдоминальный симптомокомплекс встречается у больных с опухолью тощей кишки. При рентгенологическом исследовании тощей кишки обнаруживается опухоль.

Дего–Делора–Трико синдром – редкое заболевание, которое начинается кожными симптомами и заканчивается летально при явлениях острого живота: рецидивирующие светло-розовые, слегка отечные папулезные высыпания, которые через несколько дней видоизменяется – центр втягивается, окраска становится фарфорово-белой, измененная ткань на месте высыпания отделяется и образуется резко ограниченная язвочка с гиперемированной каймой. Нередки поражения глаз: конъюнктивальные микроаневризмы, отек зрительного нерва и паралич глазодвигательного нерва. Через несколько недель или месяцев внезапно появляются симптомы острого живота с болями в эпигастральной области, кровавой рвотой и лихорадкой. В течение нескольких дней – летальный исход. На вскрытии – тромбоз вен кишечника и некроз без перфорации.

Демпинг синдром – комплекс желудочно-кишечных и циркуляторных расстройств после еды, появляющийся в основном у боль-

ных после резекции желудка, особенно при высокой или тотальной резекции, с исключением пассажа по двенадцатиперстной кишке. Он характеризуется появлением чувства тяжести и полноты в эпигастриальной области в течение 15 минут после еды (особенно углеводной), тошноты, рвоты с примесью желчи, урчания в животе, потливости, чувства жара, усталости, сонливости, недомогания, дрожания конечностей, сердцебиения, головной боли. Больные вынуждены прилечь после еды или принимать пищу лежа, часто посещать врача. Механизм развития синдрома объясняется раздражением баро-, химиорецепторов отводящей петли тонкой кишки несвойственной для данного отдела пищеварительного тракта и ускоренно поступившей пищей, в результате которого происходит развитие гиповолемии вплоть до коллапса.

Дъелафуа синдром – массивное желудочное кровотечение, вызванное повреждением (аррозией) крупной артерии подслизистого слоя. Поверхностные эрозии слизистой оболочки, на дне которых обнаруживается крупный аррозированный артериальный сосуд, обычно располагаются в кардиальной части желудка параллельно малой кривизне, отступая от неё 3-4 см. Эрозия Дъелафуа имеет круглую, овальную или звездчатую форму. Слизистая оболочка в области эрозии как бы приподнимается аррозированным артериальным сосудом в виде мягкого блестящего полиповидного образования диаметром 2-5 мм. Преимущественно наблюдается у мужчин всех возрастных групп без так называемого желудочного анамнеза. Массивная кровавая рвота наступает внезапно.

Золлингера – Эллисона синдром – характерны пептические язвы (иногда множественные поражения желудка, 12-перстной кишки и тонкой кишки, пищевода), высокая кислотность желудочного сока, аденома поджелудочной железы. Кроме того, у больных довольно часто отмечаются диарея или энтерит. Наиболее часто данное заболевание встречается в возрасте 40-50 лет. Выделяются три клинические формы синдрома:

- 1) гиперсекреторную, характеризующиеся наличием язвы желудочно-кишечного тракта;
- 2) кишечную, проявляющуюся диареей, гипокалиемией, ахлоргидрией;
- 3) полигландулярную, при которой кроме аденомы поджелудочной железы, имеются аденомы других эндокринных желез.

Карвера синдром – сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с гастродуоденальной язвой.

Кенинга синдром – проявление илеоцекального стеноза: болезненные приступообразные кишечные колики с чередованием запоров и поносов, постоянный метеоризм, урчание в правой подвздошной области. Наблюдается у больных туберкулезом илеоцекальной области кишечника.

Кессили–Шольте синдром – метастазирующий гормонально-активный карциноид тонкой кишки, способный продуцировать в повышенном количестве серотонин. Абдоминальные симптомы - признаки частичного или полного илеуса, реже кишечное кровотечение или перфорация, увеличенная бугристая печень, иногда прощупывается опухоль. Сердечно-сосудистые симптомы - переполненные шейные вены, умеренный цианоз, тахикардия, пульмональный стеноз, нередко в сочетании с трикуспидальной недостаточностью, отеки. Кожные симптомы - красная сыпь с чувством жара (особенно после физической нагрузки), обычно локализуется на лице, груди и плечах, пеллагроидные изменения на предплечьях; множество телеангиэктазий. Кардиальные симптомы - фиброзное воспаление стенки правого сердца, трехстворчатого клапана и клапана легочной артерии. Метаболические симптомы - приступы мучительного голода с гипогликемией, нарушение обмена триптофана, увеличение количества серотонина в крови, в моче - увеличенное содержание оксииндолуксусной кислоты. Встречается как у мужчин, так и у женщин в возрасте 40-70 лет.

Кея синдром – сочетание хиатальной грыжи, гастрита и язвы пролабирующего отдела желудка.

Кошута-Эппингепа-Фругони – хронический рецидивирующий тромбоз воротной вены: периодическая лихорадка с асцитом; кровотечения из желудочно-кишечного тракта, кровоизлияния в кожу и слизистые оболочки; гепато-, спленомегалия. В крови анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

Кронкайта-Канала синдром – комплекс врожденных аномалий (аутосомно-доминантное наследование): генерализованный желудочно-кишечный полипоз, атрофия ногтей, алопеция, диффузная кожная гиперпигментация. Иногда наблюдается экссудативная

энтеропатия, мальабсорбция, снижение уровня кальция, калия и магния в крови.

Крювелье-Баумгартена синдром – цирроз печени, портальная гипертензия с асцитом, спленомегалия с отеками, расширенные и извитые подкожные вены вокруг пупка (голова медузы); в области пупка хорошо выслушиваются венозные шумы.

Курвуазье-Терье синдром – симптомокомплекс опухоли фатерова соска, головки поджелудочной железы: увеличенный желчный пузырь, желтуха, ахолический кал.

Ламблена синдром – комплекс симптомов после гастрэктомии, обусловленный мальабсорбцией: исхудание, анемия, гипопротеинемия, отеки, понос.

Лорта-Жакоба синдром – сочетание хиатальной грыжи, холелитиаза и дивертикула пищевода.

Меллори-Вейсса синдром – состоит в образовании острых линейных разрывов слизистой оболочки и подслизистого слоя пищевода-кардиальной области, сопровождающихся кровотечением различной тяжести. Синдром встречается в основном у мужчин от 30 до 50 лет. Основной и наиболее частой причиной острых разрывов является внезапное повышение внутрижелудочного давления вследствие дискоординации замыкательной функции кардиального и пилорического жома. Возникновение кровотечения обычно следует за рвотой, которая ведет к повышению внутрижелудочного давления, изменению кровообращения в растянутом желудке за счет обескровливания слизистого слоя при сохраненном кровообращении в мышечном слое и возникновению разрывов слизистой. Различают 3 стадии синдрома (H.Bellmann et al., 1974). При первой стадии происходит разрыв слизистой оболочки, возможно самоизлечение или образование субкардиальной язвы. При разрыве слизистой и подслизистого слоя (вторая стадия) возникает кровотечение. Третья стадия характеризуется разрывом всех слоев стенки пищевода или желудка, кровотечением, пневмотораксом, медиастинитом или перитонитом.

Мидиши синдром – обозначение клинической картины закупорки общего желчного протока различной этиологии (спазм, воспаление, опухоль, камни). Характерна неопределенная боль в правом

подреберье и эпигастрии, тошнота, желтуха, гипербилирубинемия. Часто прощупывается увеличенный болезненный желчный пузырь, нередко - картина острого живота.

Обринского синдром – наследственная аплазия мышц передней брюшной стенки: частичная или полная аплазия мускулатуры живота (чаще всего поперечной, наружной и внутренней мышцы); увеличенный живот; через тонкую вялую брюшную стенку хорошо прощупываются все органы брюшной полости; щелевидный пупок; увеличение и расширение мочевого пузыря в связи с закрытием его шейки; гидроуретер, и гидронефроз; крипторхизм; часто также деформация грудной клетки, позвоночника, стоп; реже – олигофрения.

Огилви синдром – картина ложной закупорки толстой кишки в результате расстройства симпатической иннервации: увеличенный живот, расширенная толстая кишка, исхудание, запоры. Патологические изменения в толстой кишке не обнаруживаются. Обычно наблюдается при злокачественных опухолях другой локализации, дающих метастазы в симпатические ганглии.

Опица синдром – проявление различных нарушений кровообращения в селезенке: в начале заболевания обычны кровотечения из желудочно-кишечного тракта, кровоизлияния в кожу и слизистые; увеличение печени и селезенки. В крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения. Рентгенологически - иногда выявляются варикозно расширенные вены пищевода. Основными причинами синдрома являются опухоль и ее метастазы, травмы, воспаление и другие факторы, затрудняющие отток крови по селезеночным венам.

Ортнера синдром – интермиттирующая ишемия органов брюшной полости у больных старческого возраста с облитерирующим атеросклерозом или (реже) тромбозом мезентеральных сосудов: приступообразная боль в животе, преимущественно в области пупка или подложечной области, появляющаяся после еды или физической нагрузки; чувство полноты, отрыжка, метеоризм, запоры, пароксизмальная одышка.

Пейтца-Джигерса синдром – наследственный интестинальный полипоз с пигментацией губ и лица (аутосомно-доминантное наследование): различной величины веснушки, пятна «кофе с моло-

ком» на коже лица, губах, конъюнктивах и слизистой полости рта, нередко также на конечностях. Ребенок уже рождается с пигментными пятнами или же они образуются в раннем детском возрасте. Выраженный полипоз желудочно-кишечного тракта (главным образом тонкой кишки) с умеренной склонностью к малигнизации; вторичная анемия и кахексия, иногда картина обтурации кишечника.

Пиулакса-Эдерика синдром – острое паралитическое расширение толстой кишки без механической закупорки ее: доминирует метеоризм, боль вплоть до картины острого живота. При рентгенологическом обследовании обнаруживается долихо- и мегаколон. Возможно, непосредственной причиной данного состояния является накопление газов в толстой кишке.

Псевдо-Марфана синдром (III) – комплекс наследственных аномалий (вероятно, аутосомно-доминантное наследование): множественные дивертикулы толстой кишки и мочевого пузыря, рецидивирующие паховые и бедренные грыжи, марфаноподобный внешний вид (высокий рост, ненормально длинные конечности, куриная грудь, отсутствие ресниц, большой нос, невыраженный подбородок и т.д.).

Рейхмана синдром – пароксизмальные первичные или вторичные нарушения секреции желудка: гиперсекреция с рвотой прозрачным секретом в большом количестве; частые судорожные боли в желудке (особенно вечером и по ночам), повторные потери желудочного сока могут привести к дефициту электролитов и гипохлоремическую азотемию.

Ромберга-Песслера синдром – симптомокомплекс в случаях внезапного расширения сосудов брюшной полости: низкое АД, тахикардия, шум в ушах, часто бессознательное состояние.

Ротора синдром – наследственная гипербилирубинемия (вероятно, аутосомно-доминантное наследование): хроническая желтуха или желтушность кожи слизистых оболочек. Печень и селезенка не увеличены; гипербилирубинемия (реакция прямая) с билирубинурией, печеночные пробы нормальные. Рентгенологически - при холецистограмме часто желчный пузырь не контрастируется.

Семба-Гьена-Розенталя – симптомокомплекс у некоторых боль-

ных с опухолью поджелудочной железы: интермиттирующая боль в животе, водянистый, частый стул; ахлоргидрия; гипокалиемия. Вытяжки из опухолевой ткани содержат вещество, угнетающее желудочную секрецию.

Сейнта синдром – сочетание трех видов патологии: дивертикулеза толстой кишки, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, и воспалительного процесса или камней желчных путей (желчного пузыря). Заболевание часто остается латентным до старости, обнаруживается на вскрытии.

Стюарта-Браса синдром – закупорка вен печени, вызванная, вероятнее всего, токсинами тропических растений *Senecio* и *Crotalaria retusa*, из которых в Западной Индии приготавливается напиток, известный под названием “чай кустов” (bush tea). Характеризуется появлением острых болей в области печени и вздутием живота, увеличением печени, асцитом. При этом желтуха отсутствует, отмечаются выраженные запоры. Причина этих явлений - закупорка мелких печеночных вен, которая обусловлена субэндотелиальным отеком или же пролиферацией соединительной ткани в стенке вены. В ряде случаев в течение 4-6 недель наступает улучшение и нормализация печеночной функции, в других же случаях в острой стадии появляются симптомы печеночной недостаточности, которые ведут к смерти или к развитию цирроза печени.

Тюрко синдром – сочетание наследственных аномалий (возможно, аутосомно-рецессивное наследование): злокачественные опухоли (например, глиосаркомы) центральной нервной системы, полипоз толстой кишки.

Уилки синдром – функциональная непроходимость дистальной трети двенадцатиперстной кишки: интермиттирующая рвота с примесью желчи; исхудание, слабость, вынуждающая больного соблюдать постельный режим; рвота прекращается и общее самочувствие улучшается, если больной лежит на спине. Рентгенологически - расширение желудка и проксимального отдела 12-ти перстной кишки; резкая граница бариевой взвеси в начале дистальной трети двенадцатиперстной кишки, на месте, где последняя перекрещивается с верхней брыжеечной артерией.

Хилайдити синдром – топографическая аномалия толстой и тонкой кишки: правый изгиб ободочной кишки расположен между

диафрагмой и печенью. Клинические симптомы - боли в верхней части живота, нарастающие днем и прекращающиеся ночью, реже - анорексия, запоры, скопление газов.

Швекмана синдром – симптомокомплекс у больных с наследственной недостаточностью внешнесекреторной функции поджелудочной железы (аутосомно-рецессивное наследование): болезнь обычно проявляется в грудном возрасте - хронические рецидивирующие поносы, задержка общего развития, в том числе роста; гипогликемия натошак, метаболический ацидоз, недостаточное нарастание содержания глюкозы в крови после инъекции адреналина или глюкагона, сниженная толерантность к галактозе. Кровь - нейтрофилопения. Отмечается метафизарный дизостоз, низкий рост. Морфологически - липоматоз поджелудочной железы, при котором железистая ткань и протоки замещаются жировой тканью. Островки Лангерганса, как правило, не поражаются.

Шмидена синдром – приступообразная боль и чувство полноты в эпигастральной области, вздутие живота, изжога, рвота (иногда кровью). Наблюдается при выпадении слизистой желудка в двенадцатиперстную кишку. Перечисленные симптомы обычно появляются внезапно и так же неожиданно исчезают, что объясняется ущемлением выпавшей слизистой оболочки желудка в канале привратника. При продолжительном наблюдении данного состояния больные худеют, у них развивается анемия в результате небольших частых кровотечений из изъязвленной выпадающей слизистой оболочки желудка.

Штиллера синдром – разновидность аномалии конституции: слабость соединительной ткани (особенно связок и суставов) с плоскостопием, варикозным расширением вен, грыжами живота; высокий рост, узкая грудная клетка, длинная шея, флюктуирующее X ребро, гипотоническая мускулатура, бледная кожа, «капельное» сердце, опущение внутренних органов.

Эдельмана синдром – сочетание хронического панкреатита с кожными, неврологическими, психическими симптомами: симптомы хронического панкреатита, кахексия, атрофия кожи, диффузная сероватая пигментация, фолликулярный гиперкератоз, петехиальные кровоизлияния, паралич глазных мышц, вестибуляр-

ные расстройства, часто полиневриты, различные расстройства психики.

III. РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Среди различных заболеваний органов брюшной полости патология желудка и двенадцатиперстной кишки встречается довольно часто. В хирургической клинике значителен удельный вес язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, рака, полипов, инородных тел, повреждения этих органов. Что касается редких заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, то их условно можно разделить на следующие группы:

1. Приобретенные заболевания, вызывающие непроходимость желудка и двенадцатиперстной кишки (заворот желудка, инвагинация желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная непроходимость и др.).

2. Доброкачественные новообразования и редкие злокачественные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (лейомиома, невринома, болезнь Менетрие, карциноид, саркома и др.).

3. Инфекционно-воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки неспецифического и специфического характера (флегмона, туберкулез, сифилис и др.).

4. Пороки развития желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Прочие редкие заболевания.

Подобное разделение на группы условно, но, на наш взгляд, облегчает изложение материала и его восприятие.

1. Заворот желудка

Заворот желудка относится к числу редко встречающихся заболеваний органов брюшной полости, еще реже он правильно диагностируется до операции.

Впервые заворот желудка описал в 1866 году А. Berthi, который обнаружил эту патологию во время вскрытия трупа больной 60 лет. В 1897 году J. Berg сообщил о первой успешной операции, выполненной по поводу заворота желудка.

По данным С.Queralt Solari и соавторов, к началу 80-годов XX-го столетия описано около 500 наблюдений. К этому же времени в отечественной литературе имеются сообщения о более чем 150 подобных больных. Большинство публикаций содержит единичные клинические наблюдения.

А.Е.Норенберг-Чарквиани, по сводным данным, охватывающим 4506 наблюдений заворота различных отделов желудочно-кишечного тракта, отметил заворот желудка у 8 больных (0,2%).

Классификация заворота желудка предложена Н.Haberer, модифицирована А.Singleton. Она предусматривает деление заболелания по происхождению (первичные и вторичные), анатомическому типу (продольные, поперечные и смешанные), степени обструкции просвета желудка (частичные и полные), по клиническому течению (острые и хронические).

Продольный, органо-аксиальный, заворот происходит по оси, идущей от кардии к привратнику. Принято различать 2 варианта этого вида заворота.

При первом варианте продольного заворота большая кривизна желудка поворачивается на переднюю поверхность его к малой кривизне, увлекая за собой поперечно-ободочную кишку и большой сальник. При дальнейшем повороте в этом направлении может возникнуть разрыв малого сальника, и большая кривизна оказывается у задней стенки желудка, создавая заворот на 180° с полной обтурацией входа и выхода из желудка.

При втором варианте продольного заворота, который встречается чаще, большая кривизна желудка заворачивается кзади и кверху, попадает в сальниковую сумку и предлежит к малому сальнику. Туда же увлекаются поперечно – ободочная кишка и большой сальник (А.Р.Грушкин).

Поперечный, мезентерико-аксиальный, заворот происходит в результате поворота желудка по оси, проходящей через середины большой и малой кривизны вокруг печеночно-желудочной

связки. Он встречается в 3-4 раза чаще продольного заворота и имеет 2 варианта.

При первом, заворот происходит по ходу часовой стрелки. При этом пилорический отдел поворачивается вверх, справа налево, а кардиальный отдел - вниз и направо. Этот вариант называется изоперистальтическим. При втором, антиперистальтическом варианте, встречающемся реже, заворот происходит при движении желудка против часовой стрелки. Соответствующее положение при этом занимает поперечно-ободочная кишка, располагаясь над или под желудком.

Говоря о возможных вариантах патологического движения желудка, следует отметить, что желудок и норме в период пищеварения совершает поворот вокруг продольной и поперечной осей. Динамически изменяющиеся параметры желудка создают значительные вариации его положения и формы. Изучение крайних вариантов формы и положения желудка в норме имеет определенное значение для выяснения патогенеза заворота желудка. Клиницистам давно ясно, что для возникновения заворота желудка необходимы особые условия. Еще Weisinger, Dujon, Borchardt в опытах на трупах показали, что при нормальном связочном аппарате желудка, нормальных взаимоотношениях и состоянии органов брюшной полости заворот желудка не удастся вызвать.

Считают, что в патогенезе заворота желудка имеют значение предрасполагающие и производящие факторы. К предрасполагающим факторам большинство авторов относят пороки эмбриогенеза с измененным направлением оси, отсутствие, расслабление и удлинение связочного аппарата желудка, большого сальника и птоз (Я. З. Шварц; В.М. Кудиш; Lasky и соавторы), перигастрит (Д.И.Фейертаг; Г.А.Дудкевич), деформация желудка, опухоли внутри и вне него (К.В.Померт; В.В.Слесарев и соавторы; Е.Д.Червина; Ф.Л.Валиев; Scheider и соавторы; Dalgoord, Cohn и соавторы; Dick; Creedon и соавторы); избыточную мобильность двенадцатиперстной кишки (Bergh; Aschermap и соавторы), отсутствие желудочно-ободочной связки и чрезмерно подвижную селезенку (В.Л.Теплиц; С.Н.Жданович), аномалии печени и ротации желудка (Mares и соавторы, Jhieso и соавторы), грыжи при коло-

стомии (Cohn и соавторы), резкое исхудание (Г.А.Виноградов) и другие.

В ряду предрасполагающих факторов важную роль принадлежит заболеваниям диафрагмы. Среди заболеваний диафрагмы наиболее частым является параэзофагеальная грыжа. Описано возникновение заворота желудка после оперативных вмешательств: гатростомии, селективной ваготомии, фундопликации по Ниссену, операции Льюиса. Разрешающим фактором в развитии заворота может стать повышение внутрибрюшного давления вследствие обильной еды, рвоты, травмы живота, физической нагрузки и т.д. (О.П.Кургузов, 1998).

Значительно меньше освещена роль функциональных факторов. Э.Н.Огнева указывает на нарушения вегетативной иннервации, ведущих к спазмам, судорогам или дилатации желудка. Buchanon придает значение усиленным волнам перистальтики, а Camblos – нескоординированным сокращениям желудка при поспешном приеме пищи.

Заворот желудка одинаково часто встречается у мужчин и женщин, чаще всего в молодом и среднем возрасте. Отдельные наблюдения описаны у детей, и даже новорожденных (В.М.Баль; Е.Н.Наличаева; А.Д.Зергелиди; В.Ф.Шемитов и соавторы; Kopesky и соавторы), у лиц пожилого и старческого возраста (З.В.Ровнова; И.И.Константинова; Legimier и соавторы; Joueux и соавторы).

По характеру клинических проявлений принято различать острый и хронический завороты желудка. Эти две основные формы различаются по своему течению и требуют различной тактики.

В случаях с хроническим течением заболевания перекручивание до 180° не достигает и имеется возможность спонтанного восстановления нормальных анатомических взаимоотношений желудка (Г. Мондор; Л. С. Розенштраух). Клиническая картина хронического заворота желудка не имеет характерных черт и патомоничных симптомов, чаще всего проявляется приступообразными болями в животе, преимущественно в эпигастральной области и левом подреберье, связанными с приемом пищи. Отмечаются вздутие живота, отрыжка, чувство давления и переполнения в подложечной области. Иногда больные в период таких приступов

принимают коленно-локтевое положение или положение на левом боку. У некоторых больных наблюдается дисфагия. В распознавании хронических заворотов решающая роль принадлежит рентгенологическому исследованию (А.М.Барский; М.Д.Ермоленко; К.Т.Овнатаян и соавторы; Сосина Б.И. и соавт.; В.С.Иоффе и др.). Некоторые авторы изучили рентгенологическую картину хронического заворота у значительного числа больных (В.Ю.Арюнгазыев; И.И.Шаков и др.). При обзорной рентгеноскопии можно не найти никаких признаков или увидеть горизонтальный уровень жидкости в желудке при наличии дополнительного газового пузыря, имеющий отношение к смещенной вверх и подвернутой пилорической части, высоко стоящий левый купол диафрагмы.

При рентгенологической картине продольного заворота желудок кажется коротким, обычно имеет форму чаши, расположенной высоко в подреберье, так что кардиальный отдел пищевода и желудка прослеживается ниже верхней границы бариевой массы, а последняя поступает в эту чашу снизу. Нижний контур чаши зазубрен вследствие перегиба складок слизистой оболочки. Через некоторое время контрастное вещество начинает заполнять высоко расположенный антральный отдел, передвигаясь при этом слева направо. Довольно часто можно видеть перекрест верхнего отдела желудка и абдоминального отдела пищевода со складками слизистой оболочки антрального отдела.

Большой практический интерес имеют поперечные формы, так как они встречаются в 7 раз чаще (И.И.Шаков). Желудок так же стоит высоко, верхние его отделы расположены нормально или опущены и повернуты. Выходной отдел также повернут, не смещен вверх и влево, пересекая верхнюю треть желудка или кардию. Желудок напоминает форму вытянутого узкого кольца, контрастная масса в котором продвигается влево и вверх. Иногда складки верхних и нижних отделов желудка перекрещиваются. Луковицы 12-ти перстной кишки удлиняются. В некоторых случаях кардиальная часть пищевода оказывается сдавленной смещенным вверх пилорическим отделом и на экране виден дефект наполнения.

При дифференциальной диагностике заворотов необходимо иметь в виду улиткообразный и каскадный желудки. При пер-

вом большая кривизна растягивается и свисает вниз, при перекручивании большая кривизна приподнята вверх, барий не спускается от кардии, а поднимается вверх и поворачивается направо. При каскадном желудке нет зазубрин на нижнем контуре чаши, которые бывают при завороте вследствие перегиба складок слизистой оболочки. При наличии диафрагмальной грыжи и спаек в брюшной полости, рентгенологическая картина часто атипична, и в деталях разобраться трудно (Ю.В.Арунгазиев).

Консервативное лечение хронического заворота желудка возможно при фиксированных формах, если не нарушена эвакуаторная функция. Перемежающиеся формы заболевания являются прогностически неблагоприятными, так как могут переходить в острые, особенно если имеется продольный заворот (Г.М.Сагателян).

Острый заворот желудка чаще всего начинается внезапно, среди полного здоровья, после обильной еды и сопровождается сильными схваткообразными болями в эпигастральной области и левом подреберье, рвотой. В некоторых случаях явления нарастают постепенно, в течение 1-4 суток и только потом клиника приобретает грозный характер. Вначале живот не вздут, мягкий. Затем в верхней половине его нарастает вздутие. Напряжение мышц и болезненность становятся настолько резкими, что больные не позволяют прикоснуться к животу. При перкуссии над вздутием определяется тимпанит, шум плеска. Стул и газы в первые минуты могут отходить. Это первая фаза заболевания, когда поворот менее 180° . В желудок еще можно ввести зонд, так как вход и выход его проходимы. Затем состояние больных ухудшается, развивается картина высокой кишечной непроходимости. Резко нарастает вздутие живота за счет увеличения желудка. Перистальтика отсутствует. Чрезвычайно резкое вздутие бывает в случаях, когда присоединяется вторичная острая гастроплегия. В этих условиях может наступить разрыв желудка, а при наличии язвы - перфорация (Н.К.Старшинина; Ю.М.Мадиевский). При органо-аксиальной ротации даже на 180° наступает окклюзия кардии и привратника с последующей гангреной желудка (Wilson). В этой фазе болезни ответственно меняется клиническая картина. Больные стараются

принять сидячее положение или лежать на левом боку с приведенными к животу ногами. Рвота прекращается, больных мучит икота, жажда. После приема нескольких глотков вода срыгивается обратно, усиливая боль и мучительные бесплодные позывы на рвоту. В этот период ввести зонд в желудок уже не удастся. Сердечная деятельность прогрессивно падает, нарастают расстройства дыхания. Боли настолько сильные, что если в ближайшее время больного не оперировать, то может наступить смерть от шока (Я.Э.Шварц; Ф.А.Савостоев). При заворотах более 180° , когда в процесс вовлекаются и другие органы, картина еще тяжелее и развязка наступает очень скоро.

Инструментальные способы исследования в диагностике острого заворота не получили большого распространения, так как бурная клиническая картина заставляет скорее прибегнуть к операции. Имеющиеся в литературе сведения о рентгенологическом исследовании имеют отрывочный характер. Суммируя эти данные, можно указать на высокое стояние диафрагмы, большой газовый пузырь в левом подреберье, резкое расширение и горизонтальный уровень жидкости в желудке, иногда смещение средостения вправо, барий прослеживается до входа в желудок (С. С. Гирголав и В. С. Левит; Б. И. Белоусов; Жоуеих и соавторы). В анализах крови отмечают высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево (Л.И.Вынар и соавторы).

Поставить диагноз острого заворота желудка трудно. Считают, что классическая триада Борхардта (отсутствие рвоты, срыгивание после нескольких глотков воды, невозможность провести зонд в желудок) должна навести на мысль о завороте желудка. Однако только немногим авторам удалось поставить правильный диагноз до операции (В.П.Витюк, 1985; С.А.Гешелин, 1975; А.А.Пономарев, А.А.Курыгин, 1987). Это обусловлено несколькими причинами:

- 1) редкостью данной патологии, а, следовательно, и малой информированностью широкого круга практических врачей об особенностях его течения;

- 2) сходством клинической картины с таковой при острой кишечной непроходимости, панкреатите, ущемленной диафрагмальной грыже, остром расширении желудка, перфоративной язве и др.;
- 3) невозможностью изучения пассажа контрастного вещества, принятого через рот из-за непроходимости кардии при полном завороте желудка (О.П.Кургузов, 1998).

Наиболее часто острый заворот желудка осложняется некрозом и перфорацией стенки органа с дальнейшим развитием перитонита (В.Н.Лепорский, В.М.Безруков, 1975; A.Cavalca и соавт., 1994). Некроз стенки желудка R.Carter и соавторы наблюдали у 7 (28%) из 25 больных с заворотом. Сообщается об осложнениях, вызванных тракцией желудком соседних органов и структур, например, разрыве селезенки (A.Hudspeth), холедоха (N.Tanigawa и соавт.).

Дифференцировать заболевание приходится с острым расширением желудка, артериомезентериальной непроходимостью, острым панкреатитом, ущемленной диафрагмальной грыжей и др. В этих обстоятельствах намного важнее не столько заниматься уточнением диагноза, сколько тактически правильно решить вопрос в пользу немедленной операции.

Оперативным доступом чаще всего используется срединная лапаротомия, позволяющая произвести операцию на адекватном уровне. Показанием к переходу на торакотомию L.P.Doutre и соавт. считают странгуляцию и некроз стенки желудка, завернувшегося в грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

При завороте желудка рекомендуется введение толстого желудочного зонда под наркозом, эвакуация содержимого и деторзия. Первоначальное расправление желудка без декомпрессии может привести к разрыву желудка, аспирации с синдромом Мендельсона и даже смерти (И.М.Перельман; К.К.Форкампф). После деторзии нужно убедиться в целостности стенки желудка и его связок и попытаться выяснить причину заворота, что далеко не всегда удается (Л.А.Касаткин и соавт.; А.А.Пономарев и др.). При наличии стеноза пилоро-дуоденальной области (язва, опухоль и др.) Н.Г.Поляков и соавт., Beranbaum и соавт., Rosse рекомендуют гастростомостомию или резекцию желудка в зависимости от со-

стояния больного. По мнению К.Л.Ляшко и соавторов, производство этих вмешательств только с целью лечения заворота не оправдано, лишь увеличивает и без того высокую летальность. Резекция желудка, сальника, поджелудочной железы, спленэктомия могут оказаться вынужденными при некрозе этих органов, что бывает при заворотах более 180° (А.Г.Бржозовский; П.Т.Иванченков; Н.Г.Зуев; А.А.Пономарев).

С целью предупреждения рецидива заворота желудка одни авторы заканчивают операцию гастропексией (С.Н.Чапанов, В.А.Кисляков, 1992; G.A.Matta и соавт., 1993), другие – гастростомией (Э.П.Рудин и соавт., 1990; С. McIntyre и соавт., 1994), третьи – сочетают оба эти вмешательства (J.A.Wasselle, J. Norman, 1993).

С этой же целью N.Tanner впервые выполнил операцию гастропексии с поддиафрагмальной транспозицией толстой кишки. Желудок тщательно отделяется от поперечно-ободочной кишки пересечением желудочно-ободочной связки на всем протяжении. Мобилизованные поперечно-ободочная кишка и большой сальник фиксируются в левом поддиафрагмальном пространстве. Малая кривизна желудка подшивается к свободному краю печени и круглой связке. Теперь, когда поддиафрагмальное пространство занято поперечно-ободочной кишкой, тянущая кверху сила и прямая тяга за большую кривизну желудка ликвидированы, уменьшается возможность рецидива. При операции исходят из того, что завороту способствуют пространственные несоответствия в брюшной полости. Автор оперировал 15 больных, из которых 12 удовлетворены результатами операции. Ни у одного не было рецидива заворота желудка.

При сочетанном завороте желудка и толстой кишки, особенно при нормальной желудочно-ободочной связке, Jones и соавт. произвели деторзию толстой кишки, что привело к ликвидации заворота. Печеночный и селезеночный изгибы были фиксированы к передней брюшной стенке по Mc.Goha и соавторы. Stremple у больного при сочетании синдрома “селезеночного угла” и заворота желудка произвел резекцию дилатированного участка поперечно-ободочной кишки и селезеночного угла с анастомозом конец в ко-

нец, большую кривизну желудка фиксировали к брыжейке толстой кишки и к задней париетальной брюшине.

Oppolzer предложил создавать короткий круг циркуляции желудочного содержимого с помощью анастомоза между глубоко опустившимся дном и антральным отделом желудка - операция фундоантральной гастростомии.

В случаях диафрагмальной грыжи Cosin и соавторы производят герниопластику и гастропексию, Silverstein, Sawyer и соавторы - пликацию желудочно-печеночной и желудочно-толстокишечной связок, другие авторы (А.Е.Норенберг-Черквиани) рекомендуют эти вмешательства отложить до момента, когда больной окрепнет.

В последние годы появились сообщения об успешном использовании лапароскопической техники в хирургическом лечении больных с хроническим заворотом желудка. M.J.Eckhauser, J.P.Fegton (1985) впервые сообщили о выполнении при завороте желудка двойной чрескожной эндоскопической гастростомии, а J.Ghosh, K.Palmer (1993) произвели чрескожную эндоскопическую фиксацию желудка двумя гастростомическими трубками, одна из которых была установлена в антральном отделе, другая - в проксимальном. L.Dornier и соавторы (1994) предпочитают эндоскопическую гастропексию. При остром завороте желудка K.E.Koger, J.M.Stone (1993) выполнили лапароскопическую деторзию желудка, устранение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с подкожной эндоскопической гастростомией.

Перспективы использования лапароскопического метода в диагностике и лечении заворота желудка обнадеживающие (J.A.Wasselle, J. Norman, 1993).

Послеоперационный период при остром завороте желудка всегда тяжелый. Лечебные мероприятия должны быть направлены на борьбу с атонией желудка путем постоянного назогастрального зондирования, частого промывания желудка, производства паранефральных блокад, коррекций водно-электролитных нарушений и др.

Наиболее частыми осложнениями после операции являются шок, тромбоз мезентериальных сосудов, кишечная непроходи-

мость, разрыв желудка, перитонит, пневмония (С.В.Сусол; С.В.Ткаченко; Д.Н.Балащенко и др.).

Летальность при этом заболевании велика, часто она обусловлена запоздалой диагностикой. Послеоперационная летальность при остром завороте желудка составляет 20-50%. Kocher сообщал, что на 28 больных, из которых оперировано 17, умерло 13. У Naberg из 10 оперированных больных все умерли. По наблюдениям А.Р.Грушкина умерли 6 из 116 больных. Чаще всего больные умирают при тяжелых формах заворота желудка с некрозом органов при завороте на 270° и 360° (П.Т.Иванченков; Н. Г.Зуев и др.).

2. Инвагинация желудка и двенадцатиперстной кишки

Она является редкой разновидностью высокой кишечной непроходимости, возникает чаще всего после операций на желудке, реже - у неоперированных больных. Выделяют следующие виды инвагинаций желудка и двенадцатиперстной кишки при операции на желудке: внедрение одного отдела желудка в другой, внедрение желудка в двенадцатиперстную кишку, инвагинация тощей кишки в двенадцатиперстную кишку и желудок; ретроградное внедрение тощей кишки в желудок через желудочно-кишечное соустье после резекции, желудочно-кишечная инвагинация после гастроэнтеростомии и внедрение тощей кишки через брауновский межкишечный анастомоз (А.А.Пономарев, А.А.Курыгин, 1987).

Инвагинация тощей кишки в желудок может произойти в ближайшее время после операции, однако чаще – через несколько лет. Чаще всего в желудок внедряется приводящая петля, реже – отводящая. Причиной инвагинации могут быть: широкий анастомоз, неадекватная фиксация гастроэнтероанастомоза в окошке поперечной ободочной кишки, атония желудка, внезапное повышение внутрибрюшного давления.

У неоперированных больных инвагинация наступает при наличии врожденной или приобретенной слабости связочного аппарата желудка и двенадцатиперстной кишки, расширения и деформации желудка, гипертрофированной слизистой выходного

отдела желудка, полипов, опухолей, а также при резком сокращении желудка во время рвоты.

Клиническая картина инвагинации кишки в желудок начинается остро с сильных схваткообразных болей и частой рвоты. Быстро ухудшается общее состояние больного. При осмотре определяется вздутие живота в эпигастрии. Пальпация позволяет определить мягкоэластическое образование. При аускультации выслушивается урчание и шум плеска. При введении желудка в кишку клиническая картина характеризуется признаками высокой кишечной непроходимости за счет полной закупорки ее просвета.

Диагностике инвагинации способствует рентгенологическое и эндоскопическое исследование желудка

Лечение инвагинации хирургическое, которое предусматривает дезинвагинацию по известным правилам путем легкого надавливания на инвагинат через желудочную стенку и осторожного потягивания за кишку. При безуспешности этого приема производится дезинвагинация после вскрытия просвета желудка. Дальнейшая хирургическая тактика зависит от жизнеспособности освобожденных органов и причины, вызвавшей инвагинацию, может предполагать резекцию органа.

3. Желчнокаменная непроходимость желудка и двенадцатиперстной кишки

Непроходимость желудка и двенадцатиперстной кишки желчными камнями встречается значительно реже, чем желчнокаменная непроходимость кишечника. Желчные камни попадают в желудок и двенадцатиперстную кишку через спонтанные внутренние свищи между указанными органами и внепеченочными желчными путями, образовавшимися в результате пролежня в стенке. Гораздо реже такие свищи образуются в результате перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в желчный пузырь и протоки. Желчнокаменная непроходимость чаще всего встречается у женщин пожилого возраста.

Клиническая картина характеризуется внезапной сильной болью в области пупка, правого подреберья, повторной рвотой. При развитии непроходимости на фоне острого калькулезного холецистита боли в правом подреберье и эпигастрии приобретают схваткообразный характер и сопровождаются интенсивной рвотой. В отдельных случаях в результате передвижения камня клиника заболевания отличается непостоянством, приступы болей повторяются, меняется локализация болей, наступает временное улучшение состояния больного, что может привести к поздней диагностике и оперативному вмешательству. Иногда к картине непроходимости присоединяется картина гастродуоденального кровотечения (Зиневич В.П.; Сахаутдинов В.Г., Мурзанов М.М.).

В диагностике непроходимости большое значение имеет анамнез развития заболевания, рентгенологическое, ультразвуковое и эндоскопическое исследование. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости отмечается газ в желчном пузыре и протоках (аэроколия), тени желчных камней в желудке и двенадцатиперстной кишке. Ультразвуковое и эндоскопическое исследование позволяют определить наличие желчных свищей, содержание камней вне желчных протоков. Гастродуоденоскопия позволяет выявить наличие гастродуоденального кровотечения.

Лечение желчнокаменной непроходимости желудка и двенадцатиперстной кишки оперативное, и только в редких случаях возможно эндоскопическое удаление камней (K.Schwamberger и соавт.). Оперативное пособие по ликвидации непроходимости заключается в удалении камней через разрезы желудка или кишки. Затем проводится тщательная ревизия других отделов кишечника на предмет наличия желчных камней. Хирургическая тактика в отношении желчного свища и желчных путей решается индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от тяжести состояния, изменений в желчном пузыре и протоках. При тяжелом состоянии больного, отсутствии деструктивных изменений в желчном пузыре и механической желтухи оперативное вмешательство на желчной системе откладывается на поздний срок. При наличии деструкции желчного пузыря, холедохолитиаза, механической желтухи оперативное вмешательство расширяется: прово-

дится разделение свища, холецистэктомия, удаление камней из желчных протоков, фиброхоледохоскопия, ушивание дефекта двенадцатиперстной кишки, наружное дренирование холедоха или наложение холедоходуоденоанастомоза при сужении терминального отдела холедоха или большого дуоденального соска.

Приводим клиническое наблюдение (Сахаутдинов В.Г., Мурзанов М.М.).

Больная С., 84 лет, доставлена в клинику с клиникой профузного гастродуоденального кровотечения. Страдает желчнокаменной болезнью несколько лет. При поступлении в клинику желтуха уменьшилась, усилились боли в животе, наблюдалась неоднократная рвота.

Общее состояние тяжелое. АД 80/50 мм рт.ст., пульс – 130 в 1 мин. Произведена экстренная фиброгастродуоденоскопия. Источник кровотечения обнаружен не был.

Живот мягкий, в эпигастральной области и правом подреберье определяется малоподвижный, болезненный инфильтрат. По жизненным показаниям предпринята операция. Верхняя срединная лапаротомия. Желудок расширен, в нем и в кишечнике содержится большое количество сгустков крови. Произведена продольная гастротомия. Извлечен камень размерами 3х4 см с несколькими шиповидными острыми наростами. Кровотечение продолжалось. Обнаружен внутренний желчнопузырно-двенадцатиперстный свищ, стенка его некротизирована. Из полости желчного пузыря через свищ извлечен второй камень в просвет двенадцатиперстной кишки.

Кровотечение из сосудов некротизированной двенадцатиперстной кишки по ходу свища остановлено гемостатическими швами. Холецистэктомия, ушивание стенки двенадцатиперстной кишки, наружное дренирование общего желчного протока по Вишневскому.

В послеоперационном периоде у больной развилась двусторонняя пневмония. Через 7 дней она умерла от дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

4. Доброкачественные новообразования и редкие злокачественные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

Среди опухолевых заболеваний желудка в подавляющем большинстве случаев встречается рак. К редким формам опухолей желудка относятся доброкачественные опухоли, карциноид, гастрит Менетрие, симулирующий опухоль. Неэпителиальные опухоли желудка встречаются относительно редко, составляя 0,5-4%.

В двенадцатиперстной кишке опухолевые заболевания встречаются ещё реже. Среди доброкачественных опухолей кишки преобладают полипы, затем лейомиомы, невриномы, липомы, карциноид. Злокачественные опухоли кишки встречаются крайне редко, и они представлены в основном саркомой, затем - раком.

4.1. Лейомиома желудка

Лейомиома (рис. 1) занимает первое место, составляя 30-65%, среди доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка (Камардин Л.Н.; Петров Ю.В.; Pavlovsky H.J. et al.).

По данным Баженовой А.П., Камилова Х., лейомиома составляет 0,5-8,4% от всех опухолей желудка.

Чаще всего заболевание встречается у женщин в возрасте 30-70 лет.

Диагностика их затруднена, зависит от локализации опухоли и типа роста опухоли (в просвет желудка или наружу). Клинические проявления скудны и длительное время расцениваются как гастрит. Лишь при проявлении грозных осложнений в виде непроходимости или профузного желудочного кровотечения. Наличие опухоли устанавливается рентгенологическим и эндоскопическим методами.

При эндогастральном росте опухоли рентгеноскопически обычно определяется дефект наполнения округлой формы, эндоскопически - сама опухоль. Диагностика экзогастрально растущей

опухоли еще более трудна. Двойное контрастирование желудка и эндоскопия могут помочь в постановке диагноза.

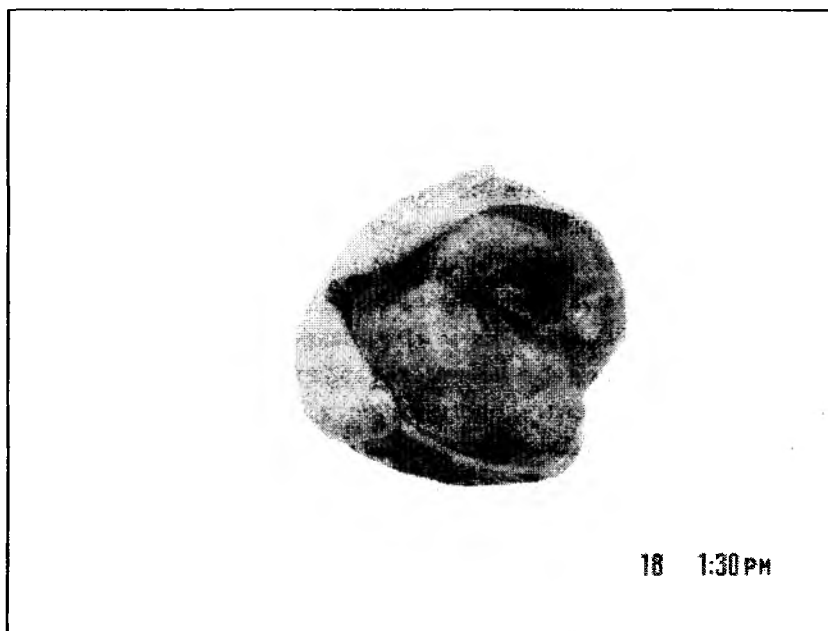


Рис. 1. Лейомиома желудка.

Смирнов В.А., Колосс О.Е. приводят клиническое наблюдение, особенностью которого является гигантская (весом 1,5кг) лейомиома, недиагностированная до операции. Недостатком обследования в приведенном случае явилось отсутствие гастроскопии, несмотря на проведение ультразвукового исследования, рентгеноскопии желудка.

Известны случаи и бессимптомного течения заболевания, когда опухоль выявляется случайно или она является причиной тяжелого желудочного кровотечения.

Приводим наблюдения П.Е.Кульчинского и соавторов.

Больной Б., 53 лет, поступил в клинику с жалобами на обильную рвоту с примесью крови, слабость, головокружение, с диагнозом: желудочное кровотечение. Ранее ничем не болел. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, боль-

ной пониженного питания. В легких дыхание жесткое, ЧД 26 в мин, АД 110/80 мм рт. ст., пульс 92 уд. в мин. Эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, содержание гемоглобина 80 г/л, гематокрит 30 %, СОЭ 16 мм/ч. Живот правильной формы, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии. При ректальном исследовании - дегтеобразный кал.

В клинике повторная рвота со сгустками крови. Больной переведен в реанимационное отделение, проведена интенсивная гемостатическая терапия. Затем выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия. В средней трети тела желудка по задней стенке округлая опухоль диаметром до 10 см. Поверхность ее ярко красная, кровоточащая, с участками некроза и изъязвления. Взят биоптат, в котором гистологически обнаружена лишь некротизированная ткань. Рентгенологическое исследование не проводилось из-за крайне тяжелого состояния больного.

В связи с продолжающимся кровотечением, неподдающимся консервативной терапии, больной в этот же день оперирован. При ревизии обнаружена опухоль округлой формы диаметром до 10 см, расположенная выше угла желудка, малоподвижная, исходящая из малой кривизны и тела желудка, плотной консистенции, припаянная к передней поверхности тела поджелудочной железы. Гастротомия - на задней стенке, ближе к малой кривизне, слизистая ярко-красная, с множеством некротизированных и кровоточащих участков. Регионарные и отдаленные метастазы не обнаружены. Произведена субтотальная резекция желудка в модификации Гофмейстера- Финстерера.

Макропрепарат: часть желудка размером 10x12 см, в стенке четко ограниченный узел размером 8 см; в центре его крупные очаги некроза и кровоизлияний, по периферии ткань розовато-белая, плотная, тяжистая; слизистая над опухолью изъязвлена. Гистологически опухоль желудка состоит из гладкомышечных клеток веретенообразной формы, которые собираются в пучки, идущие в различных направлениях. Коллагеновые волокна встречаются в небольшом количестве. В субмукозных отделах опухоли очаги некроза и кровоизлияний, лейкоцитарная инфильтрация. Заключение: лейомиома желудка.

Послеоперационный период протекал гладко, на 10-й день больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Через 6 мес. обследован клинически, рентгенологически, эндоскопически. Самочувствие хорошее.

Интерес данного наблюдения состоит в редкости заболевания, проявившимся профузным желудочным кровотечением, которое потребовало экстренного оперативного вмешательства на высоте кровотечения.

Нами в клинике за 3 года наблюдалось 4 больных с лейомиомой желудка. Анализируя эти истории болезни, мы можем констатировать сложность дооперационной диагностики этого заболевания, так все 4 больных были оперированы с предоперационным диагнозом рака желудка, и только интраоперационное исследование и гистологическая верификация позволили установить правильный диагноз.

Приводим наблюдение.

Больная Ш., 65 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту с примесью крови, жидкий черный стул. Считает себя больной около 1 мес., когда впервые почувствовала боли в животе, которые непременно были связаны с приемом пищи. Рвота с кровью впервые, в течение суток.

Она госпитализирована в отделение реанимации. АД-90/60 мм рт. ст.; пульс-120 уд. в мин, аритмичен. Эр.- $2,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-88%, СОЭ-18 мм/ч. Во время фиброгастроскопии обнаружена распадающаяся опухоль по малой кривизне желудка. Отмечается выбухание слизистой, зона изъязвления 4×5 см, с умеренным кровотечением.

Консервативная терапия привела к остановке кровотечения, стабилизации состояния больной. Через 3 недели после госпитализации больной выполнена операция.

Верхнесрединным разрезом вскрыта брюшная полость. Желудок крючковидной формы, по малой кривизне гладкое опухолевидное образование 6×5 см, подвижное, серозная оболочка желудка в процесс не вовлечена. Лимфатические узлы не увеличены. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Операци-

онная находка расценена как доброкачественная опухоль желудка. Выполнена субтотальная резекция желудка с анастомозом по Бальфуру. Экспресс гистологическое исследование - лейомиома желудка с изъязвлением. Послеоперационное течение без осложнений. Выздоровление.

4.2. Лейомиома двенадцатиперстной кишки

В отечественной литературе Б.С Розанов и В.И.Якушин нашли описание 6 наблюдений лейомиомы двенадцатиперстной кишки и сообщили об первом собственном наблюдении. Лейомиомы двенадцатиперстной кишки, как, впрочем, и другие опухоли этой локализации, редко диагностируются до операции.

Приводим наблюдение.

Больная Г., 34 лет, которая поступила в хирургическое отделение с диагнозом: язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Желудочно-кишечные кровотечения повторились в 1972, 1974, 1978 гг. и трижды в 1979г. Лечение повторных кровотечений проводилось консервативно. В 1979г. больная дважды находилась в хирургическом отделении в связи с сильными болями в правом подреберье, резкой слабостью, повышением температуры до $39,3^{\circ}\text{C}$. При первом поступлении в правом подреберье прощупывалось плотное, резко болезненное опухолевидное образование диаметром 8 см. После противовоспалительной терапии состояние улучшилось, температура нормализовалась. При рентгенологическом обследовании была вновь выявлена пенетрирующая язва начального отдела 12-ти перстной кишки в виде узкого хода длиной 3,5 см с депо бария на дне диаметром около 1-1,2 см. При гастродуоденоскопии выявлена язва округлой формы, диаметром до 0,8 см с инфильтрованными, легко ранимыми краями. От операции больная отказалась. 28.12.1979 г. у больной вновь появились резкие боли в эпигастральной области, слабость, дегтеобразный стул. При поступлении состояние средней тяжести. Больная анемизирована: эр. $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 67 г/л.

При гастродуоденоскопии отмечена деформация луковицы 12-ти перстной кишки. Привратник зияет. В луковице на большой кривизне глубокая язва диаметром 1 см с высоким инфильтративным валом. Края язвы обрывистые, на дне налет фибрина. 31.03.1980 г. больная оперирована. В области луковицы 12-ти перстной кишки обнаружена опухоль диаметром 8 см, спаянная с большим сальником. Выполнена ваготомия с резекцией антрального отдела желудка и начального отдела 12-ти перстной кишки единым блоком с опухолью и наложен гастродуоденальный анастомоз. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль располагается в мышечной оболочке, имеет строение лейомиомы, состоящей из гладкомышечных клеток веретенообразной формы, которые собираются в пучки, идущие в различных направлениях. Клетки обнаружены аргирофильными волокнами.

4.3. Невринома желудка

В отечественной литературе рядом авторов описано 85 наблюдений невриномы желудка (Ю.В.Хорин; Ф.П.Нечипоренко; А.П.Мирзаев и И.В.Азарова; В.В.Двойрин; М.П.Абакумов; Н.У.Хайновский; Х.Камилов; Р.И.Шмурин; И.И.Кальченко и соавт.; С.Д.Хохлов; А.В.Коршунов; Б.И.Гринберг и С.А.Ревякин; Е.А.Котык).

До настоящего времени среди хирургов нет единого мнения об объеме оперативного вмешательства у таких больных. Одни хирурги рекомендуют производить резекцию желудка, другие - органосохраняющие операции.

По данным госпитальной хирургии ВМА им. С.М. Кирова в клинике находилось на лечении 72 человека с доброкачественными опухолями желудка. У 4 (5,5 %) из них была невринома желудка.

Приводим наблюдения Г.А.Макиенко и Р.И.Житнюк.

1. Больной М., 39 лет, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, снижение аппетита. Болеет в течение 5 месяцев. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Живот

симметричен, безболезненный при пальпации во всех отделах. При рентгенологическом исследовании желудка обнаружено полиповидное образование на его стенке.

Через 12 суток с момента поступления выполнена операция, во время которой на задней стенке желудка обнаружены плотная опухоль округлой формы, размером 5х5 см и плотные увеличенные лимфатические узлы в корне брыжейки тонкой кишки. Заподозрена злокачественная опухоль, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Гистологическое исследование: невринома желудка; в лимфатическом узле картина хронического воспаления с образованием мелких рубцов. Выписан в удовлетворительном состоянии.

2. Больная Д., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, рвоту кровью, черный стул, боль в подложечной области. Больной себя считает в течение 2 лет. Дважды лечилась консервативно по поводу желудочных кровотечений. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не изменены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. При рентгенологическом исследовании желудка установлен гипертрофический гастрит. При гастроскопии в средней трети малой кривизны желудка обнаружен полип 6х6 см с широким основанием, на верхней и боковой поверхностях которого видны два изъязвления.

После подготовки больная оперирована. При обследовании желудка по малой кривизне обнаружена умеренной плотности опухоль округлой формы, размером 6х7 см. До операции был диагностирован полип желудка, биопсию при гастроскопии и срочное гистологическое исследование во время операции не производили, поэтому выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Гистологическое исследование: невринома желудка. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

3. Больной Х., 54 лет, поступил в клинику с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, которые связывает с приемом пищи. Болен около 2 месяцев. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигаст-

ральной области. При рентгенологическом исследовании в области тела желудка определяется подвижное образование размером 4х5 см. Высказано предположение о наличии полипа на длинной ножке. После подготовки больному произведена операция. В области тела желудка, на задней стенке, обнаружена гладкая, плотной консистенции опухоль, которая удалена через гастротомический разрез. Экспресс-биопсия: невринома желудка. Послеоперационное течение гладкое.

4.4. Доброкачественная сосудистая опухоль желудка

К числу наиболее редких доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка относятся опухоли, составляющие 5,1-9,9 % всех доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка (Камардин Л.Н.; Сипухин Я.М.; Palmer).

Клиническая картина при доброкачественных сосудистых опухолях желудка может быть разнообразной - от бессимптомного течения до общих расстройств в виде слабости и похудания, могут наблюдаться желудочные кровотечения.

Являясь производными различных клеточных элементов артерий, вен и капилляров, доброкачественные сосудистые опухоли желудка обычно образуются на малой или большой кривизне по ходу магистральных сосудов, локализуясь чаще субмукозно эндогастрально. Характерным, хотя и редким рентгенологическим признаком, могут быть мелкоточечные обызвествления в толще дефекта наполнения (флеболиты).

Приводим наблюдение Ю.С. Хомякова, Р.Н.Голонозко, И.Н.Власова.

Больной С., 17 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи с подозрением на прободную язву желудка. Жалобы на острые боли в эпигастральной области, изжогу, слабость, которые появились после физической нагрузки и нарушения диеты. В анамнезе периодические боли в эпигастральной области на протяжении 1,5-2 лет, которые обострились в последние 3 дня. При поступлении состояние больного средней тяжести, дыхание поверх-

ностное. Живот не вздут, болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Перитонеальных явлений нет. Анализ крови: гемоглобин - 110 г/л; лейкоциты - 8×10^9 /л; СОЭ-54 мм/ч. Рентгенологическое исследование: пищевод и кардия свободно проходимы. Складки слизистой оболочки в теле желудка утолщены, в антральном отделе не прослеживаются. При тугом наполнении, без компрессии антральный отдел сужен, большая и малая кривизна его укорочена, стенки ригидные, перистальтика не прослеживается и после фармакодинамической пробы. Опорожнение желудка не нарушено. Заключение: рак желудка.

Выполнена операция - субтотальная резекция желудка по Финстереру. Макропрепарат: в пилорическом отделе имеется распадающаяся опухоль сероватого цвета диаметром 11 см. Слизистая оболочка вокруг опухоли сглажена. Гистологическое исследование: доброкачественная опухоль глиомического типа.

Выписан больной домой в удовлетворительном состоянии. При обследовании через 1 год и 4 месяца больной жалоб не предъявлял, самочувствие хорошее.

Особенность данного случая заключалась в том, что доброкачественная сосудистая опухоль желудка была у больного молодого возраста (17 лет), имела большие размеры, располагалась по середине, а не вблизи сосудистого коллектора по большой или малой кривизне, и, наконец, отсутствовала перистальтика даже после фармакодинамической пробы, что не характерно для доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка.

Приводим другое наблюдение гигантской гемангиомы желудка (Б.А. Григорьев и соавт.).

Больная К., 51 года, поступила с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастриальной области, усиливающиеся при физической нагрузке и не связанные с приемом пищи. Болеет 3 года. Больная начала сама прощупывать опухолевидное образование в брюшной полости 5 месяцев назад. Состояние удовлетворительное. В левом подреберье пальпируется опухолевидное образование размером 20х20 см, малоподвижное, с гладкой поверхностью. Печень и селезенка не увеличены. Анализы крови и мочи в норме. Диагноз: рак желудка.

В настоящее время у больной появились симптомы острой кишечной непроходимости, она срочно оперирована. Обнаружено опухолевидное образование размером 20х20х25 см, располагающееся под желудочно-ободочной связкой, спаянное с ней и брыжейкой тонкой кишки; опухоль ножкой длиной 5 см и диаметром 2,5 см соединена в средней трети желудка с его задней поверхностью. Произведено иссечение опухоли вместе со стенкой желудка на расстоянии 1,5 см от ножки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Макропрепарат: опухоль размером 20х20х25 см, массой 1400 г, с гладкой поверхностью, эластической консистенции и участками размягчения. На разрезе цвет ее темно-вишневый, имеются множественные, различных размеров полости, заполненные геморрагическим детритом, между которыми располагаются тяжи белой эластической ткани с кровоизлияниями. Гистологическое исследование: опухоль представлена тонкостенными сосудами капиллярного типа, заполненными кровью и располагающимися в многоклеточной строме с примесью лимфоидных клеток и макрофагов, нагруженных гемосидерином. Встречаются обширные участки некроза с кровоизлияниями, которые макроскопически выглядели как полости. Через 2 года после операции больная чувствует себя хорошо.

Особенностью данного наблюдения являются гигантские размеры капиллярной гемангиомы, экзогастральный характер ее роста на тонкой ножке и скудность клинической симптоматики.

4.5. Гигантский гипертрофический гастрит Менетрие

Для гастрита Менетрие характерно многообразие проявлений. Преобладающим клиническим вариантом болезни является «опухолестимулирующий» вариант, а реже встречаются «диспепсический» и «дискинетический» варианты. Данной патологии свойственны значительное понижение кислото- и пепсинообразующей функции желудка, повышение первичной щелочности и

буферной способности и повышение содержания белка в желудочном содержимом.

Клинически заболевание проявляется болями и чувством распирания в подложечной области после приема пищи. Боли носят острый характер и напоминают таковые при язвенной болезни, иногда отмечаются тупые, давящие, реже ноющие боли. Большинство больных жалуются на отрыжку кислым, тошноту, изжогу, отсутствие или снижение аппетита. Нередко клиническая картина стимулирует опухолевый процесс в желудке: общая резкая слабость, прогрессирующее похудание, вплоть до кахексии, давящие боли в подложечной области после приема пищи, частая рвота. Длительность болезни от 3 до 19 лет, течение медленное, прогрессирующее.

Показатели поджелудочной секреции не всегда резко снижены, иногда умеренно снижены или в норме.

Диагностика гастрита Менетрие крайне трудна. Применение обычного рентгенологического метода позволяет выявить заболевание в 37,2% случаев. Точность диагностики значительно повышается при целенаправленном рентгенологическом исследовании (87,8%) и использовании эндоскопии с помощью гибких гастрофиброскопов с дозированным раздуванием полости желудка воздухом (91,1%). Дифференциальная диагностика гастрита Менетрие должна производиться с полиповидным раком, хроническим атрофическим гастритом, полипозом, язвенной болезнью желудка, изолированной формой ретикулосаркомы, гемангиомой желудка, а также семейным полипозом (синдром Пейтц-Турена-Джигерса), синдромом Кронкхите-Канада и другими формами гипертрофических состояний.

При условии систематического диспансерного наблюдения больные могут находиться на консервативном лечении. В лечебных мероприятиях основное значение имеет соблюдение щадящей диеты и периодическое применение внутрь препаратов, оказывающих вяжущее и обволакивающее действие, метаболических средств, заместительной терапии.

4.6. Карциноид желудка

По данным литературы, карциноид желудка составляет 0,3% всех злокачественных опухолей желудка и 2,3% всех карциноидов желудочно-кишечного тракта.

Клинически карциноид может протекать бессимптомно и выявляться случайно во время рентгенологического исследования желудка, проводимого по другому поводу или в процессе поисков причины острого желудочного кровотечения. При карциноиде желудка могут развиваться эндокринные симптомы, связанные с гиперпродукцией опухолевыми клетками серотонина и других тканевых гормонов (Sander et al.). В развитии карциноидного синдрома большую роль отводят развивающимся метастазам, однако при карциноиде желудка синдром развивается редко.

Макроскопически карциноид представляет собой полиповидную опухоль, размеры которой варьируют от 2-3 мм до 13-14 см. Опухоль располагается в подслизистом слое, слизистая оболочка над опухолью может быть неизменной. В других случаях (до 40%) наблюдаются большие язвы. Все карциноиды злокачественные, но низким потенциалом злокачественности (Меньшиков В.В. и др.).

Карциноид локализуется главным образом на малой кривизне желудка. Рентгенологически он характеризуется дефектом наполнения, напоминающим полип, однако расположенным в подслизистом слое, нередко с изъязвленной поверхностью может наблюдаться также инфильтрация стенки. В отдельных случаях, кроме эндогастрального растущего компонента, может наблюдаться также экзогастральный экзофитный компонент с оссификацией. Иногда карциноид напоминает синдром Крукенберга, может проявляться большой желудочной язвой, окруженной валом инфильтрации, при расположении ее в антральном отделе и пилорическом канале может развиваться стеноз привратника.

Метастатически процесс наиболее часто поражает позвоночник и кости таза, затем ребра, бедро, плечевые кости. При отсутствии карциноидного синдрома диагноз можно установить

только на основании результатов исследования гистологического материала, полученного при биопсии.

4.7. Саркома двенадцатиперстной кишки

Саркома двенадцатиперстной кишки - исключительно редкая опухоль. В литературе описано не более 100 случаев заболевания (М. Weinstein и др.). Заболевание чаще наблюдается в молодом возрасте, преимущественно у мужчин. Наблюдаются различные типы сарком: лейомиосаркома (относительно чаще всего - Т.Е. Starzl и др.), лимфосаркома, не дифференцированные саркомы.

Клинически саркома двенадцатиперстной кишки протекает крайне нехарактерно - с неопределенными проявлениями высокой кишечной непроходимости, прогрессирующими диспепсическими симптомами, частыми и тяжелыми кровоизлияниями и пр. Обычно заболевание длится несколько лет. Больные чаще всего умирают не от новообразования, а от его осложнений - кровоизлияния, прободения.

Распознавание саркомы 12-ти перстной кишки почти невозможно без гистологического исследования. При рентгенологическом исследовании обнаруживается сужение 12-ти перстной кишки, причем установить его происхождение невозможно.

Лечение только хирургическое - обширное иссечение кишки с прилежащими к ней лимфатическими структурами.

4.8. Рак двенадцатиперстной кишки

Рак двенадцатиперстной кишки относится к числу крайне редких опухолей данной локализации, диагностируется чаще всего во время операции или патологоанатомического вскрытия.

По данным различных авторов (Атанасян Л.А.; Штерн Р.Д., Шарошникова Ю.Г.; Куланбаева М., Рудниченко И.), локализация опухоли в двенадцатиперстной кишке отмечалась в 0,01-

0,4% всех вскрытий, что составляет примерно 0,3% летальных исходов от рака органов желудочно-кишечного тракта.

Мун Н.В., Сосновский Д.Г. (1989) приводит клиническое наблюдение рака нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки, осложненной кишечной непроходимостью.

5. Инфекционно-воспалительные заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки неспецифического и специфического характера

5.1. Флегмона желудка

Флегмона желудка, характеризующаяся острым гнойным воспалением желудочной стенки, встречается редко, но является самым тяжелым его воспалительным заболеванием. Термин «флегмона желудка» впервые ввел в 1888 году П.Коновалов. В отечественной литературе описано более 700 случаев заболевания (Гуща А.Л. и соавт.). Она развивается чаще всего у мужчин 40-60 лет. Флегмона желудка по происхождению различается на первичную и вторичную формы, по клиническому течению - острый, подострый и хронический, по распространенности – отграниченный, тотальный (Минков С.И.). Первичная форма заболевания развивается при механическом повреждении слизистой оболочки желудка инородным телом, гастроскопом или при хирургических вмешательствах. Вторичная флегмона развивается при язве, раке желудка, как осложнение сепсиса, фурункулеза, брюшного тифа и других инфекционных заболеваний.

Диагностика заболевания трудна, правильный предоперационный диагноз ставится редко. Приходится дифференцировать заболевание с острым панкреатитом, холециститом, перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клиника флегмоны желудка разнообразна, зависит от формы заболевания.

Для острой первичной флегмоны характерны боли в эпигастриальной области интенсивного характера, рвота, высокая температура тела. Характерно усиление болей в горизонтальном положении, многократная, мучительная рвота, отрыжка, жажда, слюноотечение, зловонный запах изо рта. В эпигастриальной области иногда прощупывается тестоватой консистенции опухолевидное образование. При неоказании медицинской помощи на 3-4-е сутки наступает инфекционно-токсический шок, перитонит. Могут возникнуть такие осложнения, как перфорация, гангрена, кровотечение, острое расширение желудка.

Для острой вторичной флегмоне желудка характерно преобладание вначале заболевания общих симптомов: высокой температуры, озноба, многократной рвоты, головной боли. В дальнейшем присоединяются боли в животе.

Вторичные формы заболевания протекают подостро, иногда могут принять хроническое течение. Основные клинические симптомы те же, но они развиваются медленно, первоначально с преобладанием местных симптомов.

Для диагностики используют рентгенографию желудка, гастроскопию, ультразвуковое исследование.

Лечебная тактика флегмоне желудка строго индивидуальна в зависимости от локализации, распространенности, течения процесса, наличия осложнений и тяжести общего состояния больного. При отсутствии признаков перитонита возможно проведение консервативной терапии, включающей назначение адекватной антибактериальной терапии, переливание компонентов крови, белковых препаратов, ингибиторов протеолитических ферментов, сердечных гликозидов и др. При отсутствии эффекта, развитии перитонита показано хирургическое вмешательство. Объем операции может быть различной. При диффузном поражении желудка, тяжелом общем состоянии больного проводится введение антибиотиков в большой и малый сальник, оментогастропексия, санация и дренирование брюшной полости. При ограниченной флегмоне выполняется резекция желудка (А.А.Пономарев, А.А.Курыгин).

5.2. Туберкулез желудка и двенадцатиперстной кишки

Процесс обычно развивается вторично, при непосредственном внедрении инфекции в слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, проникновении ее лимфогенным путем, непосредственном переходе процесса с соседних органов, присоединении туберкулезной инфекции к неспецифическому заболеванию указанных органов.

Наиболее часто туберкулез желудка возникает при распространении микобактерий гематогенным путем, а также контактным при заглатывании мокроты в условиях пониженной сопротивляемости слизистой оболочки желудка. Первичное развитие туберкулеза в желудке при отсутствии поражения туберкулезом других органов наблюдается очень редко.

Заболевание обычно протекает как хронический язвенный гастрит. Язвенные поражения отмечаются в 80% случаев, их особенностью является редкое проникновение до мышечного слоя. Могут развиваться милиарные поражения и солитарные поражения. Заболевание может протекать бессимптомно или проявляться неспецифическими симптомами.

При рентгенологическом исследовании туберкулезные язвы не отличаются от язв, образующихся при язвенной болезни, симптоматических язв и их осложнений. При опухолевидной форме выявляются симптомы, наблюдающиеся при карциноме и злокачественной лимфоме. Окончательный диагноз можно установить лишь на основании результатов гистологического исследования материала, полученного при биопсии.

Следует помнить, что в 9-10% случаев туберкулез желудка может малигнизировать.

Лечение туберкулеза желудка и двенадцатиперстной кишки консервативное, специфическое, направленное на борьбу с туберкулезной инфекцией. При развитии стойкого стеноза привратника, подозрении на рак проводится резекция желудка. В послеоперационном периоде проводится противорецидивное противотуберкулезное лечение, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение.

5.3. Сифилис желудка и двенадцатиперстной кишки

Приобретенный сифилис желудка и двенадцатиперстной кишки у взрослых встречается очень редко. По данным В.А.Фанарджяна, в литературе описано около 400 случаев заболевания. Наряду с этим, по материалам W. Teschendorf, W. Wenz, сифилис желудка наблюдается у 0,25% больных сифилисом. Сифилитические поражения желудка при врожденном сифилисе встречаются нередко. Сифилис желудка чаще развивается на фоне специфического поражения других органов.

Первое сообщение о сифилисе желудка принадлежит Andral (1834), и двенадцатиперстной кишки – Mortimer (1917).

Принято считать, что у больных в ранних стадиях сифилиса чаще наблюдаются функциональные расстройства желудка, чем органические изменения. Р.А.Лурия и те, и другие объединяет в единое понятие “gastrolues”.

Различают язвенную, инфильтративную и опухолевидную формы поражения. Клиническая картина заболевания неспецифична и может проявляться симптомами желудочного дискомфорта. Язвенная форма поражения является следствием изъязвления гуммы и рентгенологически представляется в виде дефекта с изъязвлением.

Инфильтративная форма характеризуется развитием соединительной ткани в антральном отделе или теле желудка. В некоторых случаях желудок поражается сифилисом диффузно, отмечается соответствующая трубкообразная деформация выходного отдела по типу песочных часов и микрогастрии. Рентгенологически указанные деформации неотличимы от таковых при раке.

При опухолевидной форме в желудке развиваются гуммы, которые по внешнему виду напоминают доброкачественные опухоли. При рентгенологическом исследовании они выявляются в виде дефекта наполнения и дополнительной тени с ровными и четкими контурами. Дифференциальная диагностика основывается на данных анамнеза, результатах серологических реакций, гастробииопсии и гистологического исследования, положительной динамики изменений в желудке под действием специфического лечения.

6. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки

По М.Gulzow и соавторы, дивертикулы желудка находят у 0,04-0,06% пациентов, подвергшихся рентгенологическому обследованию.

Частота дивертикулов желудка приблизительно у мужчин и женщин одинакова. Встречаются они преимущественно у лиц среднего, пожилого и старческого возраста и только в редких случаях - у людей моложе 20 лет (всего в 7% случаев - по данным, приводимым В.Н.Ивановым и Д.Ф. Чеботаревым).

В образовании истинных дивертикулов желудка принимают участие все слои желудочной стенки. Форма их грушевидная или удлинённая ("палец перчатки"), размеры – от ореха до куриного яйца, редко больше. Примерно 60-70% всех дивертикулов желудка располагаются под кардией на задней стенке желудка у малой кривизны. Далее (по частоте локализации) следуют области привратника, большой кривизны, малой кривизны и передней стенке.

Слизистая оболочка дивертикулов может быть нормальной и воспалённой, иногда с изъязвлениями (дивертикулит). Воспалительные изменения могут распространяться на серозную оболочку (перидивертикулит). Дивертикулит обычно приводит к развитию регионарного или распространённого гастрита.

Дивертикулы желудка разделяются на врождённые и приобретённые. Последние, в свою очередь, делятся на пульсионные и тракционные. Врождёнными являются прекардиальные дивертикулы и большинство дивертикулов, расположенных в пилорической области. Речь может идти не только о врождённом сформированном дивертикуле, но и о врождённой слабости определённого участка желудочной стенки, создающей условия для развития пульсионного выпячивания.

Дивертикулы желудка могут не давать никаких симптомов и являться случайной рентгенологической находкой. Клинические проявления заболевания обычно связаны с возникновением дивертикулита гастрита и других осложнений (Н.Feske; К.Knoch). Воспалительное набухание шейки дивертикула, ведущее к перегибу

ее, затрудняет опорожнение самого дивертикула, что, в свою очередь усиливает интенсивность воспалительного процесса.

Клиническая картина весьма разнообразна. Она может напоминать картину хронического гастрита, язвенную болезнь или рак желудка. В.Н. Иванов и Д.Ф. Чеботарев предложили различать следующие клинические формы дивертикулов желудка:

- 1) бессимптомную;
- 2) диспепсическую (гастритическую), при которой на первый план выступают диспепсические жалобы, наблюдается снижение кислотности;
- 3) псевдоязвенную форму с типичными периодическими болями, повышением секреции и кислотности желудочного сока;
- 4) псевдокарциноматозную форму, сопровождающимся общим истощением, адинамией, диспепсией, иногда дисфагией или рвотами, болями разной интенсивности, которые в основном локализуются в подложечной области, но иногда бывают и более распространенными, отдают в область правого и левого подреберья, за грудину. При этой форме нередко наблюдается снижение кислотности, вплоть до ахлогидрии.

При дивертикулах пилорического отдела клиническая картина иногда напоминает язву пилорического канала. При пальпации может отмечаться резистентность в эпигастральной области. Наиболее часто встречается бессимптомная форма, реже - гастритическая, еще реже - псевдоязвенная (около 20% всех случаев) и наиболее редко - псевдокарциноматозная. В.Н. Иванов и Д.Ф. Чеботарев наблюдали ее лишь в одном из 12 личных наблюдений.

Заподозрить рак желудка можно при появлении дисфагии, которая при дивертикулах желудка, особенно прикардиальных, наблюдается не так уж редко. Большей частью дисфагические явления – это результат интермитирующего кардиоспазма. Стойкий кардиоспазм с расширением пищевода наблюдается редко. В литературе встречается с описанием всего несколько подобных случаев. Дивертикулы желудка сравнительно редко сочетаются с дивертикулами других отделов пищеварительного тракта; более часто встречается сочетание их с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина в последнем случае определяется

наличием язвенной болезни. Следует указать, что кровотечение при дивертикулах желудка может наблюдаться как на фоне болей, напоминающих язвенные, так и без них.

Течение и исход заболевания зависят, главным образом, от присоединившихся осложнений. Особенно серьезными осложнениями являются кровотечения, перфорация стенки дивертикула, развитие стойкого кардиоспазма.

Дивертикулы желудка, протекающие бессимптомно, лечения не требуют. В остальных случаях консервативное лечение назначается в зависимости от характера клинических проявлений. Рекомендуются диета типа противоязвенной (стол № 1 по Певзнеру) с последующим переходом (при наступлении улучшения) на стол № 2, медикаменты, действующие антиспастически (атропин, белладонна, метацин и другие). Проводится периодическое промывание желудка, причем в зависимости от локализации дивертикула пациент принимает соответствующее положение. Кроме того, больным рекомендуют после каждого приема пищи, а также на ночь, на некоторое время принимать положение, при котором дивертикул лучше всего опорожняется (проверив это предварительно рентгеноконтрастным способом), и советуют спать в таком же положении. При безуспешности консервативного лечения и при осложнении кровотечением показано оперативное лечение (удаление дивертикула).

7. Эозинофильная гранулема желудка

Эозинофильная гранулема - сравнительно мало изученное заболевание, недостаточно известное широкому кругу врачей, а поэтому редко диагностируемое. Впервые это заболевание с локализацией в костях черепа описано в 1913 году Н.И. Таратыновым. В дальнейшем было установлено, что процесс может локализоваться в лимфоузлах, печени, легких, органах желудочно-кишечного тракта, мочевом пузыре, коже, мягких тканях.

Эозинофильную гранулему желудка впервые описал в 1937 г. Кайзер. До настоящего времени этиология и патогенез заболева-

ния недостаточно выяснены. Одни авторы рассматривают его как очаговые воспалительные разрастания, другие – как доброкачественные опухоли или лейкоз типа алейкемического ретикулеза. В патогенезе определенную роль могут играть аутоиммунные механизмы, аллергизация организма. Эозинофильная гранулема желудка не малигнизируется, в некоторых случаях может наступить изъязвление слизистой оболочки, покрывающей гранулему. Клинически и рентгенологически нередко ставят диагноз рак желудка или полипоз. В клинической картине заболевания преобладают боли в подложечной области, понижение аппетита, похудание, слабость. При локализации узла в пилорическом отделе желудка могут возникать симптомы стеноза привратника.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту после приема пищи, похудание. Больна около 2 лет, когда появились периодически возникающие боли в подложечной области, тошнота. Лечилась амбулаторно по поводу гипоацидного гастрита. Общее состояние больной удовлетворительное. Живот мягкий, болезненный в эпигастриальной области, где пальпируется подвижное образование диаметром около 5 см.

Анализ крови: гемоглобин-70 ед.; эритроциты- 4×10^{12} /л; лейкоциты- $9,3 \times 10^9$ /л; э.1%; п.2%; с.60%; лимф.33%; мон.4%; РОЭ 24 мм/ч. При рентгенологическом исследовании в желудке обнаружено умеренное количество жидкости, перистальтика усилена, пилорический отдел деформирован. Через 6 часов эвакуации контрастной массы из желудка не отмечено. Заключение: органический стеноз привратника, вероятнее всего, опухолевой природы.

Произведена оперативное вмешательство - резекция 2/3 желудка. На задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка в подслизистом слое расположено образование плотноэластической консистенции размером 6х4 см, ущемленное в пилорическом канале с наличием странгуляционной борозды шириной около 1 см.

При гистологическом исследовании обнаружено много сосудов и клеточных элементов-фибробластов, плазматических кле-

ток и особенно эозинофилов. Слизистая оболочка над опухолью местами изъязвлена. Заключение: эозинофильная гранулема желудка.

Послеоперационное течение без осложнений. Через 10 лет после операции жалоб нет. Особенностью наблюдения является развитие ущемления эозинофильной гранулемы желудка в пилорическом канале.

8. Бесоар желудка

Бесоарные камни представляют собой инородные тела желудочно-кишечного тракта, и они у человека встречаются очень редко. В.А.Арабаджян указывает, что в литературе описано около 400 случаев безоара. Бесоары чаще локализуются в желудке, реже в пищеводе и тонкой кишке (А.А.Беляев; Г.А.Булгаков; М.С.Кувшинников и соавторы; С.И.Шевченко и соавторы). Различают много видов безоаров: фитобесоары (состоят из растительной клетчатки), трихобесоары (из клубка волос, шерсти), себобесоары (из животного жира), пиксобесоары (из смолистых веществ клея БФ, суррогатов алкоголя, политуры), шеллакобесоары (из битума, смолы), антракобесоары (из угля, медикаментов).

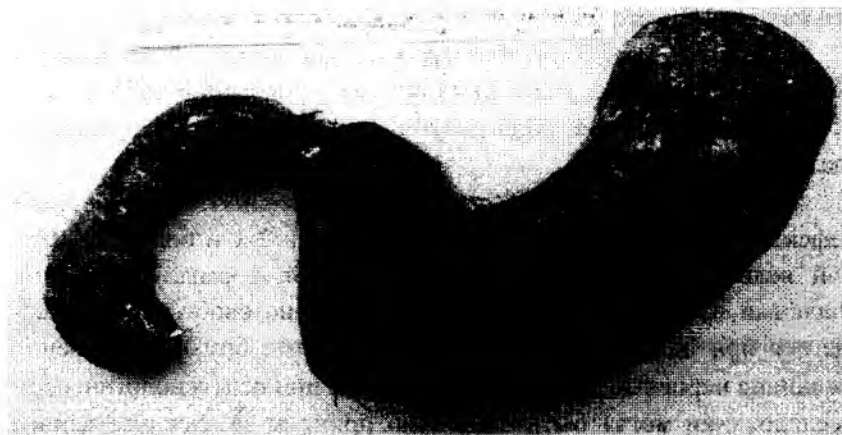


Рис. 2. Гигантский трихобесоар желудка, двенадцатиперстной кишки.

Размер и форма безоаров могут быть различными (рис.2). С.А.Миронов описал случай 2 гигантских битумных безоара массой 1,5 кг.

Фитобезоары желудочно-кишечного тракта (особого рода инородные тела растительного происхождения) можно отнести к тем заболеваниям органов пищеварения, с которыми многим врачам не приходится встречаться, несмотря на многолетнюю практическую деятельность.

Среди различных инородных тел желудка особое место занимают так называемые фитобезоары, образующиеся из растительной клетчатки плодов, кавказкой хурмы. Смолистые вещества, содержащиеся в плодах хурмы, способствуют склеиванию непереваривающихся косточек в одну компактную массу, которая со временем приобретает консистенцию камня.

Фитобезоары желудка клинически обычно проявляются через несколько дней и даже часов после приема плодов хурмы, иногда первые симптомы заболевания проявляются спустя несколько недель, а порой месяцев. Наиболее частые жалобы на тупые боли, чувство распирания, тяжести в подложечной области, изжогу и рвоту. При пальпации живота определяется плотное образование в подложечной области. Клиника зависит от величины и локализации образовавшегося инородного тела, продолжительности нахождения его в желудке и развившихся осложнений.

В диагностике фитобезоаров желудка кроме тщательного собранного анамнеза и учета клинических проявлений заболевания исключительно велика роль рентгенологического исследования и гастроскопии.

Рентгенологическая картина характеризуется наличием дефекта наполнения (обычно одного, иногда 2-х и более) различной величины, преимущественно овальной формы, с четкими, гладкими или неровными контурами, обычно свободно смещающегося при пальпации. Однако неподвижные безоары, особенно имеющие неровные бугристые очертания, при рентгенологическом исследовании могут быть ошибочно приняты за злокачественное новообразование желудка.

Полезным дополнением к обычной методике контрастного рентгенологического исследования в трудных для дифференциальной диагностики случаях является раздувание желудка воздухом через дуоденальный зонд в положении больного на левом боку. Это позволяет очертить все контуры инородного тела расположенного в полости желудка, а также наблюдать его постепенное смещение в сторону кардии по мере нагнетания воздуха.

Эффективным методом диагностики следует признать также эндоскопию, позволяющую увидеть инородное тело с его характерной зеленовато-бурой окраской. При гастроскопии можно удалить менее плотные безоары, иногда в несколько этапов (А.И.Брегель, А.А.Альперт; И.А.Гиленко и соавторы; Н.П.Чернобровый и соавторы).

Лечение больных фитобезоаром желудка при отсутствии осложнений следует начинать с консервативных мероприятий. Больным назначают 10% раствор соды или «Боржом» в теплом виде; полезны также промывания желудка раствором соды, слабительные.

При безуспешном консервативном лечении показана операция. При определении хирургической тактики следует считаться с характером морфологических изменений стенки желудка, наличием осложнений (кровооточающих многочисленных эрозий, каллезных и пенетрирующих язв, перфорации стенки желудка и стеноза безоаром выходного отдела желудка), а также общим состоянием больных. В подавляющем большинстве случаев даже при наличии поверхностных изъязвлений вполне достаточна гастротомия с удалением инородного тела. Однако необходимо учитывать, что декубитальные язвы могут быть различных размеров и глубины, способны пенетрировать в соседние органы и даже перфорировать в брюшную полость. Если к сказанному добавить, что в некоторых случаях характер язвы не может быть с уверенностью истолкован даже при вскрытой брюшной полости, станет понятной настоятельная необходимость в резекции желудка у ряда больных фитобезоарами.

9. Болезнь Крона

Болезнь Крона раньше считалась редким заболеванием. По данным В.Куртц с соавторами, в университетской клинике Фюбингена было обследовано 318 больных с болезнью Крона верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная и тонкая кишка). При поражении желудка процесс чаще всего локализуется в антральном отделе, реже - в теле, при этом часто одновременно поражается двенадцатиперстная кишка (Marshak R. et.al.). Макроскопически определяются одиночные или множественные язвы, изменения слизистой оболочки, хронические эрозии, грануляции, афтозоподобные поражения, пятнистые покраснения, отек. При рентгенологическом исследовании выявляются аналогичные изменения в желудке, тонкой и толстой кишке. Частым симптомом является стеноз.

Marshak R. с соавторами в клиническом течении заболевания выделяют спастическую и неспастическую фазы. По их мнению, в ранней стадии отмечаются незначительные афтозные изъязвления, которые, как предполагают, в дальнейшем приводят к утолщению и сглаживанию складок. Затем изъязвления увеличиваются, рисунок складок приобретает вид булыжной мостовой, а далее вследствие развивающегося фиброза возникает стриктура. При одновременном поражении пилорического канала процесс переходит на луковицу двенадцатиперстной кишки, часто отмечается ее сужение и ригидность. Эту картину J.Farman называет «рогом барана». Несмотря на сужение, выраженная обтурация развивается нечасто. Редко в желудке и двенадцатиперстной кишке образуются свищи. При одновременном поражении других отделов пищеварительного тракта устанавливают правильный диагноз.

IV. РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ, ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Патология печени, поджелудочной железы, желчевыводящей системы в настоящее время приобрела широкую распространенность. Благодаря современным методам диагностики, таким как эндоскопия, ультразвуковое исследование, радиоизотопный метод исследования, компьютерная томография и др., удастся своевременно выявить болезни гепатобилиарной системы, поджелудочной железы, что создает предпосылки для своевременного и успешного лечения тяжелой категории больных. Диагностика редко встречающейся патологии печени, желчного пузыря, поджелудочной железы сложна, а порой неосуществима до операции. Сложности испытывают хирурги и при определении хирургической тактики. Целью настоящей главы является обобщение данных по редким заболеваниям гепатопанкреатобилиарной системы, с которыми практические врачи недостаточно знакомы.

1. Непаразитарная киста печени

Первое описание непаразитарной кисты печени было сделано Clotzem в 1864 году. Заболевание это встречается редко и мало известно широким врачебным кругам. Так, Elison, Smith на 20000 аутопсий, произведенных в главном госпитале Филадельфии, обнаружил непаразитарную кисту печени в 28 случаях. За 48 лет Henson и соавт. в клинике Мейо обнаружили кисты печени лишь в 38 случаях.

По данным В.П.Зиневич, в период с 1962 по 1988 годы в отечественной литературе сообщается о 42 наблюдениях непаразитарных кист. М.А.Нартайлаков сообщает о результатах хирургического лечения 153 больных с солитарными непаразитарными кистами печени, 52 больных поликистозами печени.

Наиболее рациональной и удобной для клинической практики является классификация кист печени, предложенная Б.В.Петровским (1972). В большинстве наблюдений кисты печени являются врожденными, истинными, возникают в ходе эмбрионального развития из добавочных ходов, выстланных эпителием, не связанных с общей системой желчных протоков. При этом скопление секреторной жидкости приводит к формированию кистозной полости. Ложные кисты воспалительного и посттравматического характера встречаются реже. Стенка ложных кист представлена фиброзно-измененной или грануляционной тканью.

Основным симптомом заболевания является прощупываемая самим больным или обнаруженная врачом эластическая опухоль, имеющая связь с печенью. Жалобы незначительны, чаще всего на диспепсию. В редких случаях при больших опухолях происходит сдавление соседних органов, вследствие чего могут развиваться явления кишечной непроходимости, механической желтухи, цирроз печени. В литературе описаны и другие редкие осложнения кист печени: перфорация, нагноение, кровоизлияние, малигнизация; а при поликистозе, кроме вышеперечисленных осложнений, наблюдаются холангиты, синдром Бадда-Киари.

Диагностировать непаразитарную кисту печени до операции трудно из-за скудности клинических проявлений или их отсутствия даже при больших ее размерах (Альперович Б.И., Митасов В.Я.; А.Г.Абдуллаев; Мовчун А.А. и соавт.). Для эффективной диагностики кист печени используют ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Непаразитарные кисты нужно дифференцировать от паразитарной кисты, кавернозной гемангиомы, абсцесса печени.

Показаниями к операции при непаразитарных кистах печени являются выявление кист диаметром 5 и более см, быстрый ее рост в динамике, присоединение осложнений. Методы лечения кист бывают радикальные (резекция пораженной части органа), органосохраняющие (вскрытие кист, иссечение оболочек, цистостероанастомоз), пункционные. Наиболее оптимальным методом является органосохраняющие операции, при которых остаточную полость ликвидируют в зависимости от размера либо путем про-

стого ушивания, либо тампонады прядью большого сальника, заполнения аллогенным биоматериалом «аллоплант», «биоплант» (Нартайлаков М.А.).

Приводим наблюдение, описанное А.Ф.Усовым.

Больной Н., 70 лет, поступил в клинику с диагнозом опухоль желудка. При поступлении предъявлял жалобы на ноющие боли в подложечной области, плохой аппетит, тошноту, общую слабость, запоры. Больным себя считает около года, когда впервые почувствовал тупые боли в эпигастральной области. В прошлом перенес сыпной и возвратный тиф, малярию и дизентерию. Больной пониженного питания (рост-176см, вес 67 кг). Анализ крови: гемоглобина-82%, эритроцитов- $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоцитов- $6,5 \times 10^9/л$, РОЭ-25мм в час. Анализ мочи: удельный вес-1007, белок отсутствует, осадок без патологических изменений. Ночная секреция желудочного содержимого: общая кислотность- 20,5 мэкв, свободная соляная кислотность-0; базальная кислотность-0, после гистаминовой стимуляции 2%-0. Диастаза мочи - 16 ед. Реакция Грегерсена отрицательная. Рентгенологическое исследование почек не выявило патологии. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: желудок и двенадцатиперстная кишка без видимых изменений; в области печеночного изгиба печеночной ободочной кишки выявлена опухоль с возможным прорастанием в печень.

Произведена верхняя срединная лапаротомия. При этом в правой доле печени по ее переднебоковому краю обнаружена напряженная киста размером 5х5 см с прозрачным содержимым, не спаянная с прилежащими органами. Другой патологии при ревизии органов желудочно-кишечного тракта не выявлено. Выполнена краевая резекция печени. Послеоперационное течение гладкое. Через 3 месяца после Выписки состояние больного выписки удовлетворительное.

Гистологическое исследование: в препаратах кисты фиброзная ткань с воспалительными инфильтратами, в подлежащей печеночной ткани выражены дистрофические изменения и лимфоидная инфильтрация в портальных прослойках.

Приводим наше наблюдение.

Больная П., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на бо-

ли в правой половине живота, тошноту, периодическую рвоту, возникающую после приема пищи, резкую слабость, отсутствие аппетита, увеличение живота. Боли в правом подреберье П. отмечает в течение 15 лет, неоднократно была госпитализирована по поводу хронического холецистита. Живот увеличился в последние 8 мес. постепенно появились тупые и распирающие боли в верхней половине живота.

Положение больной вынужденное - лёжа на спине. Телосложение правильное. Упитанность умеренная. Кожа бледная, сухая. Границы сердца увеличены влево, тоны приглушены, ритм правильный. На верхушке выслушивается систолический шум. АД 150/100 мм. рт.ст. (20/13 КПа), пульс 78 в I мин. слабого наполнения и ребра выше нормы. Дыхание слева жестковатое, справа на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные хрипы. Язык обложен серым налетом. Живот значительно увеличен в объеме за счет опухолевидного образования, ассиметричен. Пальпаторно выявляется болезненность в правой половине живота. Опухолевидное образование плотноэластической консистенции, занимает почти всю правую половину живота, определить четко, его границы не представляется возможным. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон, мочеиспускание свободное. Больная страдает запорами. Температура в течение недели 37,5-38°. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости определяется значительных размеров затенение, занимающее почти всю правую половину живота. При рентгеноскопии с помощью контрастной взвеси отмечено смещение желудка сзади и влево. Печеночный угол толстой кишки смещен книзу и располагается на уровне гребня подвздошной кости. Пассаж бария по кишечнику замедлен (10-12 ч).

В анализах крови определялся лейкоцитоз - $15,6 \times 10^9/\text{л}$; увеличение СОЭ - 61 мм/ч; содержание билирубина составляло 24 ммоль/л; в т.ч. прямого - 5,3, непрямого - 18,7.

С предположительным диагнозом опухоли печени больная была оперирована. Средне-срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено опухолевидное образование, исходящее из левой доли печени, размером 30x25x15 см. Ткань

левой доли печени атрофирована. При пункции и электроотсосом удалено более 10 мутной жидкости со сгустками темно-серого цвета. Через полость основной кисты вскрыто несколько других полостей меньшего размера, причем в некоторых содержался гной, в других – бесцветная жидкость. Сделана атипичная резекция левой доли печени с наложением швов по Оппелю и перитонизацией участка резекции прядью большого сальника. Желчный пузырь содержит много конкрементов различных размеров, стенка желчного пузыря утолщена. Произведена типичная холецистэктомия от дна. Брюшная полость дренирована из отдельного разреза в правом подреберье резиновой трубкой, а также через верхний угол раны. Дренажи подведены в подпеченочное пространство. Раны послойно ушиты. В послеоперационном периоде наблюдалось частичное нагноение раны. Пациентка выписана из клиники на 57-й день после операции.

Гистологическое заключение: многокамерная аденоматозная киста с выраженным воспалительным процессом, дезинтеграцией печеночной ткани, местами пролиферация многоядерных клеток.

Больная осмотрена через 6 лет. Жалуется на грыжевое выпячивание, других жалоб нет. Занимается физическим трудом, диету не соблюдает. Произведена цветная контактная томография жидкими кристаллами. Горячие зоны располагались на термограмме в правом подреберье на небольшой площади, в проекции послеоперационной вентральной грыжи и всего рубца. От предложенной операции больная решила воздержаться.

2. Абсцесс печени

Абсцессы печени относятся к редким, но тяжелым по течению и трудным для диагностики хирургическим заболеваниям. Они составляют до 0,16% заболеваний, с которым госпитализируются больные, требуют, как правило, хирургической агрессии и сопровождаются послеоперационной летальностью от 16,9% до 55,0% (Ф.И. Тодиа и соавт.; А.Д. Тимошин и соавт.).

Под нашим наблюдением находилось 24 больных (25% мужчин, 75 % женщин) с абсцессами печени различной этиологии, поступившие в ГКБ № 8 за 10 лет (1993–2003 гг.). По этиологии больные распределились следующим образом: посттравматические – 6, после деструктивных холециститов – 4, после эхинококтомии (остаточная полость) – 4, нагноившаяся непаразитарная киста – 2, холангиогенного характера – 8. Возраст больных составлял от 40 до 85 лет.

Диагноз абсцессов печени во всех наблюдениях был поставлен на основании анамнестических и клинических данных, результатов ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии. Применение современного аппарата УЗИ (например, «SSD-630» фирмы «ALOKA») позволяет с достаточно высокой точностью установить локализацию, размер гнойной полости, провести дифференциальный диагноз.

Всем больным применена чрескожная чреспеченочная аспирация содержимого абсцессов печени под контролем УЗИ, что во всех случаях позволяло обеспечить точность и безопасность пункции.

Для пункции обычно использовались иглы с наружным диаметром 1,5 мм, длиной 15 – 20 см. Пункцию выполняли в наиболее доступных местах под местной анестезией, преимущественно по заднеподмышечной линии. При пункции стремились максимально удалить гнойное содержимое, после чего полость абсцесса промывалась раствором антисептика (хлоргексидин, диоксидин) и в остаточную полость вводили антибиотик широкого спектра действия. Наряду с антибиотикотерапией, проводили дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию.

Добиться выздоровления путем пункционной аспирации удалось у 23 больных. При этом в 12 случаях оказалась достаточной однократной пункции, в 8 – двукратной, в 3 – трехкратной пункции для ликвидации внутрипеченочного гнойника. В 1 случае при выявленной гигантской непаразитарной кисты после безуспешной пункционно-проточного дренирования была произведена кистэктомия лапаротомным доступом.

В настоящее время большинство хирургов признают целесообразность применения пункционного аспирационного метода лечения полостных образований печени под контролем УЗИ. Накопленный опыт пункционного аспирационного лечения позволяет считать этот метод, ввиду его эффективности и безопасности, альтернативой оперативному вмешательству.

3. Заворот желчного пузыря.

Заворот желчного пузыря (ЗЖП) — редкое и малоизвестное широкому кругу врачей заболевание, которое, будучи нераспознанным, обычно заканчивается летальным исходом. ЗЖП встречается у 0,04—0,33% больных, перенесших холецистэктомию по поводу острого холецистита.

Впервые ЗЖП, имеющего собственную брыжейку, описал анатом Soemmering в 1827г. Чешский врач Л. Wendel в 1898г. сообщил о больной, которой по поводу ЗЖП, осложненного образованием подпеченочного абсцесса, были произведены холецистэктомия и дренирование брюшной полости. В нашей стране первое описание данного заболевания и успешного его лечения относится к 1930 г. и принадлежит перу П.М Ковалевского.

По данным О.П.Кургузова, С.В.Козлова, общее количество опубликованных наблюдений ЗЖП в отечественной литературе не превышает 70, за рубежом к началу 2003 г. составляет около 430.

Все авторы единодушны во мнении, что основным условием возникновения заворота является способность желчного пузыря совершать вращательные движения вокруг своей оси. Это может происходить при одном из вариантов врожденной аномалии развития желчного пузыря, когда он не фиксирован к нижней поверхности печени, а свободно свисает с нее на брыжейке, образованной дубликатурой брюшины, покрывающей его со всех сторон.

Основной причиной заворота желчного пузыря является наличие брыжейки желчного пузыря, что встречается в 4-5% наблюдений (И.М. Тальман).

Заворот желчного пузыря - заболевание преимущественно-

го пожилого возраста, “болезнь старых и дряхлых женщин” (А.Г. Ец и В.А. Григорьева). По данным А.Г. Ец и В.А.Григорьева на 1213 операций по поводу воспалительных заболеваний желчных путей заворот желчного пузыря встретился в 4 наблюдениях (0,33%). Все больные были женщины в возрасте от 74 до 84 лет, пониженного питания. У всех больных заболевание началось остро и развивалось бурно. Боли локализовались в правом подреберье или во всей правой половине живота, были стойкими и не снимались спазмолитиками. Отмечалась болезненность правой половины живота с умеренным напряжением мышц.

У двух больных в правом подреберье определялось болезненное опухолевидное образование. Несмотря на проводимое консервативное лечение, клиническое заболевание у всех больных прогрессировало.

Все больные были оперированы в срочном порядке. Во время операции у всех больных установлены наличие брыжейки желчного пузыря, заворот желчного пузыря на 180-360° и его гангрена. Лишь у одной больной найдены камни в желчном пузыре. Холецистэктомия привела к выздоровлению всех 4 больных.

Приводим их наблюдения.

1. Больная Б., 78 лет, поступила с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Заболевание началось остро за сутки до поступления. Состояние средней тяжести, пульс 98 в минуту, живот мягкий, болезненный в правой половине. Симптом Щеткина-Блюмберга умеренно выражен. Диагноз: острый аппендицит. Операция начата параректальным разрезом справа, который затем продлен параллельно правой реберной дуге. В брюшной полости обнаружена мутная жидкость. Желчный пузырь на брыжейке завернут на 180°, черного цвета. Произведена холецистэктомия. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

2. Больная Е., 80 лет, поступила с жалобами на острые боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту. Заболевание началось остро за 10 ч. до поступления. Состояние средней тяжести; пульс 100 в минуту, живот болезненный в правом подреберье и умеренно напряжен, в остальных отделах мягкий, безболезненный. При наблюдении в течение 12 ч боли не стихают, болезненность, и

напряжение мышц живота нарастают, общее состояние ухудшается. Выполнена срочная операция. В брюшной полости 250 мл, жидкости желтого цвета. Желчный пузырь на брыжейке, перекручен на 180°, черного цвета, просвете камни. Произведены холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

3. Больная Ц., 74 лет, поступила с жалобами на острые боли в правом подреберье, тошноту. Заболевание началось остро за поступления до поступления. Состояние средней тяжести; пульс 96 в минуту, ритмичный, живот болезненный в правом подреберье; в проекции желчного пузыря пальпируется эластичное образование. При наблюдении в течение суток состояние больной ухудшается, боли не стихают, болезненность, и напряжение мышц живота нарастают. Выполнена срочная операция. Желчный пузырь на брыжейке, черного цвета, завернут на 460°. Произведена холецистэктомия. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

4. Больная Ш., 84 лет, поступила с жалобами на острые боли в правом подреберье, тошноту. Заболевание началось остро за 4 часа до поступления. Состояние удовлетворительное, пульс 92 в минуту, ритмичный. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где пальпируется подвижное опухолевидное образование. Несмотря на проводимое лечение, состояние больной ухудшалось боли не стихали появились напряжение мышц правой половины живота и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выполнена операция, на которой желчный пузырь на брыжейке, темно-вишневого цвета, перекручен на 360°. Произведена холецистэктомия. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Желчный пузырь темно-багрового цвета, стенки неравномерно утолщены, хрящевой плотности, в полости имеется камень размером 3х2 см.

В данном наблюдении трудно было исключить опухоль толстой кишки в области сращения с желчным пузырем.

4. Волянка добавочного желчного пузыря

Удвоение желчного пузыря - редкая анатомия желчных путей. По данным Н.И.Ищенко, в литературе опубликовано 72 подобных наблюдения. Воспалительный процесс может локализоваться в двух пузырях или в одном из пузырей, другой же остается интактным (И.М. Тальман; Н.И.Ищенко).

При операции чаще удаляют оба пузыря, реже – пораженный пузырь, оставляя неизменный.

И. А. Барбашин, В.Т. Макаров наблюдали больную М., 34 лет, поступившую с жалобами на боли и наличие опухолевидного образования в правом подреберье. Она страдает длительно холециститом, в связи с чем многократно находилась на стационарном лечении в хирургических и терапевтических отделениях. Под действием консервативной терапии наступало улучшение. Оперативное лечение не предлагалось, так, как при холецистографии обнаруживали хорошие выделительную, концентрационную и сократительную функции желчного пузыря.

За последний год состояние ухудшилось, усилились боли, присоединилось чувство тяжести в правом подреберье.

При поступлении в правом подреберье желчного пузыря пальпируется неподвижное опухолевидное образование тугоэластической консистенции, умеренно болезненное округлой формы, диаметром 5 см. При внутривенной холецистографии контрастирован желчный пузырь, объем его нормальный. Выделительная, концентрационная и сократительная функции не нарушены. Контрастированный желчный пузырь не связан опухолевидным образованием, располагающимся между ним и двенадцатиперстной кишкой.

С предположительным диагнозом кисты печени больная оперирована. На нижней поверхностях левой доли печени, медиальнее желчного пузыря выше печеночно-дуоденальной связки обнаружено тонкостенное, флюктуирующее, тугоэластической консистенции образование овоидной формы, размером 20х10. Образование субсерозно тупо и остро отделено вначале от стенки желчного пузыря, затем от нижней поверхности печени и пече-

ночно-дуоденальной связки. Произведена перитонизация ложа. Подведен тампон. Брюшная полость послойно ушита до тампона.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При гистологическом исследовании обнаружен добавочный пузырь с хроническим воспалением. Больная осмотрена через 6 мес. после операции, состояние удовлетворительное, выполняет прежнюю работу.

5. Редкая аномалия желчных путей

Холецистэктомия является распространенным оперативным вмешательством при заболеваниях внепеченочных путей, поэтому знание аномалий желчного пузыря и внепеченочных протоков необходимо для хирурга.

Наиболее полно данные о взаимоотношениях пузырного протока с элементами печечно-двенадцатиперстной связки изучены Б.Д. Амеличевым и соавт. Отсутствие желчного пузыря (агенезия) описано Л.Л. Гугушвили.

Аномалии развития пузырного протока, согласно данным литературы, касаются только аномалий положения – высокое впадение пузырного протока и низкое впадение длинного протока (П.А.Иванов и соавт.).

В доступной литературе нет описания агенезии пузырного протока, с которой встретились во время холецистэктомии по поводу хронического холецистита. Приводится наблюдение Ю.И.Киселева.

Больной К., 47 лет, поступил с жалобами на боли правом подреберье постоянного характера, усиливающиеся через 10-12 мин. после еды, изжогу, запоры по 2-3 дня, снижение трудоспособности. Болен несколько лет.

Пальпация живота умеренно болезненна в правом подреберье. Границы печени в пределах нормы. Рентгенологически и гастроскопически выявляется рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, язва на задней стенке диаметром 0,5см. При холецистографии картина "отключенного" желчного

пузыря. Диагноз: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хронический: холецистит.

Больному произведена селективная проксимальная ваготомия без дренирования с интраоперационной рН-метрией.

В ходе операции обнаружено, что желчный пузырь размером 6х3х3 см, плотный на ощупь, конкрементов не содержит. Общий желчный проток, шириной 0,6 см. При ревизии печечно-двенадцатиперстной связки пузырный проток не обнаружен, пузырная артерия выделена, перевязана и пересечена. Произведена холецистэктомия "от дна" пузырный проток также не обнаружен.

Стенка желчного пузыря резко утолщена (до 1,5 см.), в просвете пузыря желчи нет, имеется незначительное количество слизи. Устье пузырного протока не найдено.

При гистологическом исследовании стенка желчного пузыря утолщена, гиалинизирована. Слизистая оболочка утолщена, с полипозными разрастаниями, покрытыми цилиндрическим эпителием. Во всех слоях стенки обнаружено множество крупных, неправильной формы протоков, покрытых цилиндрическим эпителием. В просвете протоков желчь большим количеством клеточных элементов — встречаются лимфоидные, плазматические клетки, слущенный эпителий. Между протоками мышечные пучки и соединительная ткань инфильтрированы лимфогистиоцитарными элементами.

Послеоперационный период без осложнений. Через 2 года после операции жалоб не предъявляет, работает на прежнем месте, оценивает эффект операции как, отличный.

Таким образом, в результате аномалии пузырного протока желчь из печени частично поступала во внутристеночные протоки желчного пузыря, не попадая в его просвет, а затем собиралась во внутрипеченочные и внепеченочные протоки.

Особенностью приведенного наблюдения является наличие агенезии пузырного протока. Обнаружение грубых изменений желчного пузыря во время операции по поводу язвенной болезни явилось показанием к холецистэктомии.

6. Врожденное расширение внутрипеченочных желчных путей **(Болезнь Кароли)**

Среди разнообразных аномалий билиарного тракта одной из наиболее редких является врожденное расширение внутрипеченочных желчных путей. Впервые подобное наблюдение было описано в 1953 году Caroli. В 1964 г. им же был проведен тщательный анализ (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, морфологические изменения) известных к тому времени наблюдений расширения внутрипеченочных желчных протоков.

По данным Barros и соавт., в мировой литературе описано 46 наблюдений данной аномалии. Как правило, каждый автор располагает единичными наблюдениями (К.А.Солов; Zer и соавт.; Barros;) и только несколько авторов (Caroli и Corcos, Egbarts и соавт.; Semens) имеют 2-3 наблюдения.

Данная нозологическая форма является врожденным заболеванием, наследуется рецессивным геном (Caroli и Corcos). На врожденный характер заболевания указывает также и то, что у многих больных патология внутрипеченочных желчных путей сочетается с аномалиями внепеченочных желчных путей, а у 60% пациентов (Zer) - с кистозными аномалиями почек.

Этиологическая концепция образования кистозных расширений представляется следующим образом: в эмбриональном периоде, когда желчный тракт представляет собой компактный шнур пролиферирующих клеток, подвергающихся вакуолизации с образованием просвета билиарного тракта, часть клеток дает чрезмерный рост, пролиферацию вакуолизацию, создавая места наименьшего сопротивления (Caroli и соавт.).

Caroli, Corcos подразделяют данную аномалию на 1) чистую форму и 2) сочетающуюся с фиброангиоматозом печени. Чистая форма характеризуется мешковидными, пальцевидными или четкообразными расширениями крупных внутрипеченочных протоков, может быть в виде как изолированного расширения протоков только левой или правой доли, так и расширения желчных путей обеих долей. Ведущим в клинической картине является восходящий холангит.

Форма, сочетающаяся с фиброангиоматозом, характеризуется выраженным фиброзом печени, преобладанием расширения мелких внутрипеченочных желчных путей. Ведущей в клинической картине является портальная гипертензия. Возможны и сочетания обеих этих форм.

Заболевание проявляется обычно в молодом возрасте, чаще всего картиной восходящего холангита, лихорадкой неясной этиологии. Диагностика его крайне трудна, так как контрастные методы исследования желчных путей (внутривенная холангиография, ретроградная холангиография) далеко не всегда позволяют установить правильный диагноз. Из современных методов исследования можно отметить ультразвуковое и радиоизотопное сканирование печени, которое позволяет выявить множественные полостные образования в печени. Чаще всего истинный характер патологии устанавливается лишь во время вмешательства у больных, которых оперируют по поводу желчнокаменной болезни.

Лечение данного заболевания только хирургическое. Характер оперативного вмешательства зависит от формы и распространенности процесса. При изолированном поражении левой или правой доли может быть выполнена радикальная операция - гемигепактомия, при более распространенном поражении или локализации процесса в обеих долях операция, как правило, носит паллиативный характер и направлена на улучшение оттока желчи. С этой целью может быть использовано как внутреннее дренирование билиарной системы (предпочтительнее билиодигестивный анастомоз с петлей тощей кишки, выключенной по Ру), так и наружное дренирование желчных протоков; возможно сочетание обеих способов дренирования. В связи с холангитом, вызванным чаще всего колибациллярной инфекцией, показано применение антибиотиков широкого спектра действия. Прогноз при данном заболевании желчных путей часто неблагоприятен в связи с развитием осложнений: внутрипеченочного литиаза, гнойного холангита, нагноения изолированных билиарных кист, абсцессов печени, злокачественного перерождения (Caroli и Corcos; Egbarts и соавт.).

В связи с редкостью этого вида аномалии приводим наблюдение О.Б.Милонова и соавторов.

Больная Д., 32 лет, поступила в отделение хирургии печени и желчных путей: ВНЦХ с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, наличие наружного желчного свища. Больной себя считает с 16-летнего возраста, когда впервые у нее появились приступообразные боли в правом подреберье. Иногда у больной отмечалась высокая температура, что не было связано с болями. В 1977 г. у нее был выявлен холедохолитиаз, от операции она тогда отказалась. В августе 1980 г. после родов у больной возникла механическая желтуха, в связи с которой оперирована в другом лечебном учреждении. Выполнены холецистостомия и дренирование абсцесса подпеченочного пространства. После операции желтуха ликвидировалась. Через 1 мес. больная оперирована по поводу наружного желчного свища, произведены холецистэктомия, холедохолитомия дренирование холедоха по Вишневскому. Во время операции выявлена и вскрыта киста правой доли печени, из которой удалено несколько конкрементов, и выполнено наружное дренирование ее. В послеоперационном порядке сформировался наружный свищ, по которому выделялось до 1,5 л. желчи в сутки, периодически отходили конкременты диаметром до 1 см. Для продолжения лечения поступила в отделение. При фистулографии у больной выявлены множественные кислотоподобные расширения внутрипеченочных желчных путей обеих долей с множественными дефектами наполнения, при сканировании печени - множественные дефекты наполнения изотопного вещества в обеих долях.

Выполнена операция. Иссечен послеоперационный рубец. В подпеченочном и надпеченочном пространстве резко выраженный спасчный процесс. Печень увеличена, темно- багрового цвета, с участками тестоватой консистенции. Взят биопсийный материал печени. Нижняя поверхность печени и гепатикохоледох выделены из сращений. При пункционной рентгенотелевизионной холангиоскопии обнаружено, что холедох расширен до 12 мм, в общем печеночном протоке дефекты наполнения, контрастное вещество сразу поступает в двенадцатиперстную кишку. При дальнейшем введении контрастного вещества заполнились множественные кисты внутрипеченочных желчных протоков с дефектами наполнения, отмечается сужение левого печеночного протока на грани-

це II и III сегментов. После холедохотомии из желчных путей стала выделяться зеленоватая, смесью фибрина и слизи желчь, множественные мелкие конкременты и замазкообразная масса. При ревизии желчных протоков установлено, что эластический зонд диаметра 5 мм свободно проходит в правый печеночный проток и двенадцатиперстную кишку, а при прохождении в левый печеночный проток отмечается определенное сопротивление, после преодоления которого из левого печеночного протока начала выделяться под давлением застойная желчь и замазкообразная масса.

В связи с выявленным диффузным характером патологических изменений внутрипеченочных желчных протоков для более адекватного дренирования обеих долей печени выполнены холангиоцистоеюноанастомоз и гепатикоеюноанастомоз. С этой целью после рассечения ткани печени на границе II и III сегментов на протяжении 4 см вскрыт кистознорасширенный желчный проток и удален конкремент диаметром 10 мм. После этого двухрядными узловыми швами на атравматической игле наложен холангиоцистоеюноанастомоз диаметром 4 см и однорядными узловыми швами на атравматической игле гепатикоеюноанастомоз диаметром 3 см. Подведенная петля тощей кишки выключенная с помощью межкишечного анастомоза по Брауну. Брюшная полость дренирована двумя дренажами: один подведен к гепатикоеюноанастомозу, другой к задней стенке холангиоцистоеюноанастомоза. Послеоперационный период на 2 сутки осложнился частичной несостоятельностью холангиоцистоеюноанастомоза. Выполнены релапаротомия и дополнительное дренирование брюшной полости. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений. Проводились массивная антибиотикотерапия, переливания плазмы, альбумина, крови. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Биопсия печени: дисконфлексация печеночных балок, интерстициальный отек, дистрофические изменения гепатоцитов.

Через 3 недели больная поступила повторно в связи с лихорадкой (до 39°) сопровождавшейся ознобом. При осмотре обращала на себя внимания умеренная желтушность кожных покровов. Билирубин крови 2,3 мг%, щелочная фосфатаза 135 ед. В связи с холангитом проводилась антибактериальная и дезинтоксикацион-

ная терапия (морфоциклин, диоксидин, гемодез, плазма, альбумин). Отмечено кратковременное улучшение, после чего состояние больной вновь ухудшилось: температура повысилась до 39°, появилось чувство тяжести в правом подреберье. При термографии выявлен очаг яркого свечения в проекции IV-V сегментов печени. Заподозрено нагноение изолированной кисты внутрипеченочных желчных протоков.

В связи с безуспешностью консервативной терапии больная оперирована повторно. Из сращений выделена большая часть печени. При пункции правой доли печени (в области предполагаемой отключенной кисты) получено 40 мл. мутной желчи с хлопьями и нитями фибрина. При контрастном исследовании через пункционную иглу обнаружено, что киста размером 4x10 см протоками не сообщается. Выполнено наружное дренирование кисты. Затем произведена пункционная холангиография протоков левой доли, при которой отмечено быстрое их опорожнение через холангиостомеоанастомоз. Произведено наружное дренирование протоков левой доли для последующего введения антибиотиков.

Сразу после операции отмечено снижение температуры до нормальной. По дренажу из протоков левой доли выделялось до 700 мл желчи, в которой при бактериологическом исследовании выявлен рост кишечной палочки. В послеоперационном периоде проводились антибиотикотерапия (сизомицин, диоксидин, морфоциклин), переливание плазмы, альбумина, крови, промывание через дренажи, что сопровождалось улучшением состояния, нормализацией температуры. При пробном пережатии дренажей состояние больной вновь ухудшалось: появились боли в правом подреберье, повышалась до 39°C.

В удовлетворительном состоянии больная выписана с рекомендациями периодически открывать дренажи на 8-10 ч и промывать протоки диоксином.

Интерес сообщения заключается в редкости данного заболевания, трудности его диагностики и лечения. Врожденное расширение внутрипеченочных желчных путей может являться причиной холангита, септического состояния. При поражении обеих долей печени целесообразно сочетать внутреннее и наружное дре-

нирование билиарной системы, используя наружный дренаж для введения антибиотиков.

7. Муциноз желчных протоков

В.М.Ситенко и К.В.Новиков наблюдали необычное заболевание, выразившееся в скоплении в желчных протоках огромного количества слизи, которая периодически вызывала задержку желчи и вспышки холангита. Ниже приводится этот пример.

Женщина, 41 года, поступила в клинику с жалобами на повторяющиеся по несколько раз в месяц, типичные приступы печеночной колики с явлениями холангита. Пять таких приступов сопровождалась желтухой, продолжавшейся каждый раз по неделе и до месяца. Заболевание началось, 6 лет назад и его проявления на протяжении всего минувшего времени не претерпели существенных изменений.

При поступлении в клинику имела место желтуха, продолжавшаяся около месяца. Температура тела повышалась, до 39-40° и сопровождалась ознобами. Печень и желчный пузырь не пальпировались. В красной и белой крови изменений не было. Билирубин - 7,6 мг% (прямой - 5,9 мг%). Трансаминазы незначительно увеличены. В желудочном содержимом отсутствовала свободная соляная кислота. Постепенно уровень билирубина сыворотки крови снизился до 1,1 мг%, исчезли явления холангита и была проведена внутривенная холеграфия. На холеграммах видно, что холедох расширен до 15 мм в диаметре, в нем определялся крупный дефект наполнения. Тень желчного пузыря отсутствовала. Поставлен диагноз хронического калькулезного холецистита с холедохолитиазом.

Больная оперирована. На операции установлено, что желчный пузырь значительно увеличен, умеренно напряжен, окружен спайками. Камни в нем не определились. Ширина холедоха - 18 мм. Стенка его утолщена. Холангиоманометрия, холангиодебитометрия и операционная холангиография через пузырный проток показали нормальную проходимость терминального отдела холе-

доха, но контрастное вещество в желчные протоки выше места впадения пузырного протока не проникало. Произведена холедохотомия. Камней в протоках выявлено не было, в них содержалось большое количество желеобразной слизи, которая образовывала светлые, прозрачные комки, напоминающие обрывки студня. Эти массы слизи удалялись ложкой, а затем отсосом, но и после этого слизь продолжала поступать из внутривенечных протоков. Через большой дуоденальный сосок легко проходили зонды диаметром до 9 мм. Операция ограничилась холецистэктомией и наружным дренированием холедоха с помощью Т-образного дренажа.

На протяжении 40 дней после операции по дренажу отходило большое количество густой прозрачной нормально окрашенной желчью в количестве от 100 до 1000 мл в сутки. В банке, куда через дренаж изливалось содержимое протоков, оно имело вид настоящего студня. Несмотря на хорошую функцию дренажа, у больной было несколько приступов холангита с повышением температуры до 40°. Слизь в протоках и дренаже затрудняла манометрические и дебитометрические исследования проходимости терминального отдела холедоха. Однако после промывания протоков физиологическим раствором каждый раз убеждались в хорошей проходимости большого дуоденального соска. Т-образный дренаж был удален на 41-й день после операции. После этого еще в течение 30 дней по ходу канала на месте стояния дренажа продолжала в больших количествах отходить слизь.

На холангиограммах, производившихся несколько раз через дренаж, определялась неоднородность тени протоков с включениями неправильной формы, несомненно, обусловленными скоплениями слизи. Многократные микроскопические исследования ее какой-либо особенности не выявили. В частности, многократно производился целенаправленный поиск раковых клеток для исключения слизистого рака протоков.

Больная выписана из стационара через 71 день после операции в хорошем состоянии. К этому времени приступы холангита прекратились, и свищ в правом подреберье закрылся. Однако через 3 месяца возобновились приступы холангита с желтухой длительностью от нескольких дней до 2 недель. В связи с этим дважды

помещали больную в клинику и подробно обследовали. На холангиограммах продолжала определяться неоднородность тени потоков, но в разное время исследования она была неодинаковой, что указывало на перемещение в протоках слизистых масс. Несколько раз больной амбулаторно проводилась внутривенная холангиография, которая давала аналогичные данные. Проведенное сканирование показало нормальную картину печени. Изменений со стороны других органов и систем не выявлялось. В течение последних 2,5 лет у больной было пять приступов холангита с желтухой, аналогичных описанным ранее.

Все изложенное с несомненностью показывало, что наблюдавшиеся у больной приступы вызывались скоплением в желчных протоках огромных количеств очень густой, желеобразной слизи. Также такие приступы были связаны как с задержкой слизи во внутривенных протоках, так как они неоднократно возникали в период стояния Т-образного дренажа, через который отходили слизь и желчь, так и с ее задержкой в терминальном отделе холедоха, о чем свидетельствовало расширение внепеченочных желчных протоков.

Оперирующие хирурги не обнаружили, какой-либо кисты или других образований в печени, которые могли бы быть источником продукции слизи и поэтому полагали, что она вырабатывалась в самих протоках.

Удаленный желчный пузырь подвергся гистологическому исследованию. Стенка его оказалась утолщенной (до 3 мм.) и склерозированной. Слизистая с явлениями холестероза. Микроскопически в ней обнаруживались папилломатозные разрастания, образованные высокопризматическим эпителием. В области верхушек сосковых разрастаний - скопление светлых клеток. В толще стенки пузыря и пузырного протока - обилие слизистых желез, образованных вакуолизированным эпителием. Краевая биопсия печени обнаруживала очаговые расширения перипортальных прослоек без явления воспаления.

В литературе описано несколько наблюдений, в которых огромные количества слизи образовывались в желчных протоках при их полипозе.

Впервые двух таких больных описал Caroli в 1959 г. В монографии, посвященной заболеваниям внепеченочных желчных путей, написанной совместно с Soccos, он сообщил еще о 3 таких наблюдениях, принадлежащих другим авторам. Отдельные примеры аналогичного характера публиковались и в дальнейшем. Однако, у больной В. каких-либо признаков полипоза ни во время операции, ни при внутривенной холангиографии и фистулохолангиографии получено не было. Следовательно, для образования слизи в протоках нужно было искать другие объяснения.

Coinard с соавторами из Алжира сообщил о больном, у которого в протоках образовывалась в огромном количестве слизь в результате, как предполагали авторы, воспалительного процесса. Мужчина, 40 лет, в течение 1,5 лет перенес три приступа холангита с желтухой, продолжавшихся в среднем по 3 недели. С диагнозом желчнокаменной болезни и холедохолитиаза был оперирован. Расширенные протоки содержали большое количество светлой (жидкости) слизи. Во внутривенных протоках на холангиограмме были видны многочисленные, неправильной формы просветления, обусловленные скоплениями слизи. Произведена холецистэктомия и сфинктеропластика. В течение годичного наблюдения состояние больного оставалось хорошим. Гистологическое исследование стенки желчного пузыря, который также содержал слизь, обнаружило трансформацию эпителиального покрова, который был покрыт каймой слизи, собиравшейся в криптах. Кроме того, обнаруживалась воспалительная инфильтрация с преобладанием полинуклеаров во всех слоях стенки пузыря. Такая же трансформация эпителия наблюдалась и в пузырном протоке. В слизистой гепатохоледоха выявлена воспалительная альтерация с муцинозной метаплазией. В печени слизистой трансформации желчных протоков не оказалось, и выявлялась картина глиссонита.

Авторы обозначили заболевание как муциноз желчных путей и предположили, что оно имеет воспалительную природу. Хотя причина страдания остается все же недоказанной, что указанное название болезни хорошо отображает ее сущность.

В прениях по докладу Coinard выступил Welti, который сообщил об оперированной больной, у которой протоки были заку-

порены огромным количеством слизи. Был применен широкий Т-образный дренаж. В течение 10 лет после операции состояние больной оставалось хорошим.

Хотя данные гистологического исследования желчного пузыря у больной не совпадали с теми, которые были сообщены Coinard, ее заболевание следует рассматривать как муциноз желчных протоков, природу которого установить не удалось. Разбираемое заболевание встречается, по-видимому, очень редко, и кроме указанных двух случаев в литературе других сообщений о нем найти не удалось. При таком положении трудно выработать надежные способы лечения.

Coinard получил положительные результаты после холецистэктомии и сфинктеротомии, однако малая продолжительность наблюдения не позволяет говорить о стойком извлечении. После наружного дренирования, примененного Welti, больная не предъявляла жалоб в течение 10 лет.

В случае, предложенном Э.Я. Друкиным и В.А.Савиным, наружное дренирование протоков было малоэффективным. На положительные результаты сфинктеротомии вряд ли можно было рассчитывать, так как появление приступов холангита в период стояния Т-образного дренажа показывает, что препятствие для оттока желчи создавалось скоплениями слизи и во внутрипеченочных протоках.

Несомненно, что и после временного наружного дренирования протоков продукция густой слизи продолжалась, вызывала периодически задержку желчи.

8. Врожденная киста общего желчного протока

Врожденная киста общего желчного протока - одна из редких аномалий желчных путей, в основе которой лежит недоразвитие мышечных элементов его стенки с образованием выпячивания. Кисты возникают в супрадуоденальной и интрамуральной частях холедоха, могут постепенно увеличиться в объеме до 300-400 мл, иногда даже 4 л, вызывая дуоденальную непроходимость.

Впервые заболевание описано за рубежом в 1723 году А. Vater, в России – в 1898 году М.И. Ростовцевым. В.В. Виноградов в литературе отметил описание всего 530 таких наблюдений. Отечественные авторы опубликовали 60 таких сообщений (Б.М. Красюк, М.Я. Пекерман). Киста чаще всего встречается у молодых женщин, хотя наблюдается у мужчин, детей.

Заболевание характеризуется триадой симптомов: боль, желтуха и пальпируемая опухоль в правом подреберье. Но первоначально больные ощущают тяжесть после еды, беспокоит тошнота, иногда рвота. Позже присоединяется боль, напоминающая печеночную колику, желтуха. При появлении желтухи пальпируется опухолевидное образование эластической консистенции, часто меняющее свои размеры. Для диагностики широко используется ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиография, компьютерная томография, одновременное рентгенконтрастное исследование желчных путей и желудочно-кишечного тракта.

А.З. Магометов, Б.О. Алиев наблюдали 3 больных с врожденными кистами холедоха. В их числе было двое детей 10 и 15 лет и больной 62 лет. Длительность заболевания - от 2 до 10 лет. Правильный диагноз установлен во время операции. У всех больных обнаружен стеноз дистального отдела холедоха, а у 2-х камни в кистах. Умер один больной, у двоих отдаленные результаты хорошие.

Приводим наблюдение.

Больной Г., 15 лет, поступил в клинику с диагнозом: калькулезный холецистит. Болеет 10 лет. Периодически лечился в хирургическом отделении. Боли сопровождалась желтухой и высокой температурой тела. Последний приступ протекал с сильными болями в правом подреберье, иррадиировавшими в правое плечо, тошнотой, рвотой, высокой температурой тела, лейкоцитозом (15×10^9 /л). Выраженная желтуха. Моча темная, кал белый. Состояние средней тяжести. Живот резко болезнен и напряжен в правом подреберье, симптомы Кера, Ортнера, Мюсси, Сквирского положительные, симптом Щеткина-Блюберга не выражен. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 5-6 см. Селе-

зенка не прощупывается. Анализ крови: Нв 72%, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, СОЭ 47 мм/ч. Билирубин крови-10 мг%, холестерин-245 мг%, протромбиновый индекс-72%, анализ мочи: уд. вес-1017, белок-следы, реакция на желчные пигменты положительная.

Клинический диагноз: холелитиаз, острый холецистит. После проведенных консервативных мероприятий боли стихли, желтуха резко уменьшилась.

Произведена операция разрезом по Федорову. Желчный пузырь расположен большей частью внутрипеченочно, компонентов не содержит. Пузырный проток длиной 6 см. и низко впадает в кисту холедоха. Весь гепатикохоледох резко расширен, в виде огромной кисты. Холецистэктомия от дна. Через пузырный проток из желчных путей удалено более 400 мл темной густой желчи с большим количеством слизи и песка. Субоперационная холеграфия: камней нет, резкий стеноз сфинктера Одди, который с трудом пропускает катетер. Наложен дуктодуаденоанастомоз, т. е. пузырный проток имплантирован в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки. Желчные протоки и киста промыты раствором антибиотиков. Подведены к анастомозу тампон и трубка. Швы на рану брюшной стенки. Через 20 дней после операции больной выписан по выздоровлении. Через год он жалоб не предъявляет, учится.

Двум другим больным выполнен цистодуоденоанастомоз (одному холецистэктомия).

Лечение кист холедоха, вызывающих дуоденальную непроходимость, предусматривает оперативное вмешательство. Оптимальным вариантом оперативного вмешательства при врожденной кисте холедоха является наложение различных видов билиодигестивных анастомозов, а чаще всего холедоходуоденостомия, холецистодуоденостомия, цистоеюностомия и цистодуоденостомия. При кистах большого размера стенка её частично иссекается и накладывается анастомоз с двенадцатиперстной кишкой. При этом необходимо избегать повреждения печеночной артерии и воротной вены.

Дивертикулы холедоха встречаются очень редко. Больным, у которых они обнаружены, показана дивертикулэктомия.

9. Добавочная поджелудочная железа

По данным Н.И.Лепорского, добавочная поджелудочная железа встречается в 31,83% наблюдений в стенке двенадцатиперстной кишки, в 31,41% - желудке, в 21,7% - тощей кишки, в 9,3% - подвздошной кишки, в 3,37% - в брыжейке кишки и желчных путях, в 6,74% - в селезенке.

Диагностика данной аномалии представляет большие трудности. Истинная природа ее в основном устанавливается лишь при гистологическом исследовании. Дистопия поджелудочной железы, не имея специфической клинической картины, зачастую проявляется в виде панкреатита, рака желудка, язвенной болезни, стеноза привратника, холецистита, иногда служит причиной желудочно-кишечных кровотечений и перфораций полых органов (Б.А. Берданских и С.Э.Клейцкин; А.И. Огородников и соавт.; С.Б.Пинский и соавт.; А.К. Баоблич и соавт.).

Приводим наблюдения (Г.И.Иванов).

Больная, 49 лет, поступила с клинической картиной субкомпенсированного пилородуоденального стеноза язвенного происхождения. Диагноз подтвержден рентгенологическим и фиброгастроскопическим исследованием. Во время операции в луковице двенадцатиперстной кишки обнаружена язва (размером 2х1,5 см) с большим инфильтратом вокруг, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. При гистологическом исследовании обнаружена аденома желудка с железистопротоковой формой дистопии поджелудочной железы, желудочных желез, с пролиферацией железистого эпителия, на грани перехода в высокодифференцированный железистый рак.

Больной Г., 49 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастриальной области, иррадирующие в поясницу, общую слабость, похудание. До поступления в клинику был диагностирован рак желудка. Больной истощен. Отмечается выраженная анемия.

Рентгенологически антральный отдел желудка сужен в виде трубки, стенки его ригидны. Под дозированной компрессией канал несколько расширяется, область поражения болезненная.

Эвакуация не нарушена. Заключение: опухоль антрального отдела желудка, не исключается возможность антрумгастрита и перигастрита. Во время операции обнаружена каллезная язва малой кривизны пилорического отдела желудка. Произведена резекция желудка по способу Бильрот 1.

При гистологическом исследовании обнаружена аденомиома пилорического отдела желудка, железисто-протоковая форма дистопии поджелудочной железы с дистопией желудочных желез, с их кистозной перестройкой на одних участках и пролиферацией на других.

Приведенное наблюдение свидетельствует о трудности диагностики данной аномалии не только в предоперационном периоде, но и во время операции.

Особый интерес представляет наблюдение, в котором аденомиома желчного пузыря, содержавшего камень, явилась причиной пузырно-толстокишечного свища.

Больной Д., 48 лет, поступил с жалобами на сильные боли в эпигастральной области, повышение температуры. Заболел накануне, когда появились сильные боли в эпигастральной области. В течение длительного времени лечился по поводу хронического гастрита. Живот напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга резко выражен по всему животу. Печеночная тупость не определяются. Рентгенологически под куполом диафрагмы справа обнаружен свободный газ. С диагнозом "перфоративной язвы желудка" произведена верхнесрединная лапаротомия. Антральный отдел желудка охвачен большим воспалительным инфильтратом, в состав которого входят двенадцатиперстная кишка и желчный пузырь, правый изгиб толстой кишки, большой сальник. После разъединения сращений обнаружен свищ между желчным пузырем, толстой кишкой и гнойной полостью, расположенной под печенью. Произведена резекция правого угла толстой кишки с наложением анастомоза конец в конец, холецистэктомия, цекостомия. Макропрепарат: часть толстой кишки с плотноватой консистенции инфильтратом, расположенным по свободному краю кишки.

Приводим наблюдения З.А.Бронникова, Я.И.Покора.

Больной Б., 42 лет, поступил в хирургическое отделение с

жалобами на боли в эпигастральной области (больше по ночам), тошноту, изжогу, потерю аппетита, которые появились 27 лет назад (поставлен диагноз язвенной болезни желудка). Наблюдались ежегодные сезонные обострения, в связи с чем неоднократно лечился.

При рентгенологическом исследовании в области желудка обнаружена язва размером 1,5х1 см. Диагноз: хроническая язва желудка.

Произведена операция. Установлены рубцовое утолщение стенки тела желудка по малой кривизне размером 3х4 см и улиткообразная деформация. В брыжейке тощей кишки на расстоянии 15 см от связки Трейтца у края кишки округлое образование диаметром 5 см плотноватой консистенции, серо-розового цвета, с дольчатой поверхностью. Диагноз: злокачественная опухоль кишки. При срочном исследовании отпечатков с опухоли обнаружены клетки, принадлежащие поджелудочной железе. В цитоплазме клеток гранулы зимогена. Заключение: добавочная долька поджелудочной железы в брыжейке тощей кишки.

Учитывая секреторную активность дистопированной поджелудочной железы, решили ее не удалять. Произведена резекция 2/3 желудка. Послеоперационный период без осложнений.

V. РЕДКИЕ БОЛЕЗНИ ТОНКОЙ, ТОЛСТОЙ КИШКИ, ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

1. Кисты брыжейки кишечника

К настоящему времени в литературе описаны немногим более 800 наблюдений кист брыжейки кишечника, что свидетельствует об относительной редкости заболевания.

Подавляющее большинство авторов располагают лишь единичными наблюдениями заболевания: С.И.Бабичев и В.М. Цукерман сообщают о 5-ти наблюдениях, В.М.Портной и Н.И.Царев – о 6-ти, Л.В.Успенский и соавторы – 12-ти.

Кисты брыжейки могут быть истинными и ложными. Истинные доброкачественные кисты брыжейки по находящемуся в них содержимому одни авторы (И.В.Казанский) делят на сывороточные, млечные (образовавшиеся из лимфатических сосудов), кровянистые и эпителиальные, а другие (С.П.Шиловцев) – на хилезные или млечные, с серозным содержимым, кровяные, дермоидные и паразитарные (эхинококкоз брыжейки).

По данным Л.В.Успенского и соавторов, кисты располагались в брыжейке тонкой кишки у 6 больных, брыжейке поперечноободочной кишки – у 3, брыжейке сигмовидной кишки – у 3.

Кисты могут локализоваться у корня брыжейки, между ее листками или близко прилегать к стенке кишки. Иногда киста занимает всю ширину брыжейки и проникает в забрюшинное пространство. Следует помнить о возможности сращения с сосудами брыжейки и окружающими органами.

Киста брыжейки может быть небольшого размера или достигать такого объема, когда она занимает большую часть брюшной полости и содержит до 8-10 литров жидкости.

Наиболее частой локализацией кисты тонкой кишки является околопупочная область, кисты брыжейки поперечноободочной кишки – левая подреберная область, брыжейки сигмовидной кишки – левая подвздошно-паховая область. В большинстве наблюдений киста брыжейки кишечника бывает однокамерной, реже

многокамерной, еще реже сочетаются кисты брыжейки тонкой и толстой кишок (Л.В.Успенский и соавторы; В.Н.Долишный и соавторы).

Клиническая картина при кистах брыжейки кишечника многообразна. Она обусловлена, прежде всего, локализацией и размером кисты, а также наличием или отсутствием осложнений. Если кисты брыжейки не сдавливают соседние органы и отсутствуют осложнения, то состояние больных, как правило, не страдает и заболевание протекает чаще бессимптомно. Нередко больные сами обнаруживают опухолевидное образование в животе или во время врачебных осмотров выявляют эластической консистенции, довольно подвижное, легко меняющее положение безболезненное опухолевидное образование. При выраженном спаечном процессе вокруг кисты или проникновении ее в забрюшинное пространство она становится малоподвижной. Иногда продолжительность болезни исчисляется годами.

Диагноз кисты брыжейки кишечника может быть поставлен иногда только на основании клинических данных. Случайное обнаружение опухолевидного образования в брюшной полости чаще в мезогастральной области, медленно увеличивающегося в размерах, безболезненного, но нарушающего общего состояния больного, и отсутствие диспепсических расстройств дают возможность заподозрить кисту брыжейки. В процессе обследования и проведения дифференциальной диагностики необходимо прибегнуть к специальным методам исследования: хромоцистоскопии, скреторной урографии, холецистохолангиографии, наложению невмоперитонеума с последующей рентгенографией, вагинальному исследованию и ирригографии. В ряде наблюдений показана лапароскопия. Однако все методы, в том числе лапароскопия, дают возможность лишь предположить наличие кисты брыжейки тонкой кишки, так как при лапароскопии можно довольно отчетливо видеть кистозное образование, но трудно выявить, откуда оно исходит.

Точный диагноз кисты брыжейки можно поставить только во время операции и последующего гистологического исследования.

Киста брыжейки кишечника может осложниться острой кишечной непроходимостью, перекрутом, нагноением, перфорацией, разрывом, сращением с ближайшим органом, приводящим к нарушению его функции.

По данным литературы рецидивы кисты брыжейки имеют место в клинической практике.

Лечение кисты брыжейки кишечника оперативное. У тех больных, которым не грозит нарушение кровообращения в стенке кишки, применяют вылущивание кисты. В противном случае радикальной операцией следует считать резекцию кишки вместе с кистой брыжейки. При невозможности энуклеации и иссечения кисты брыжейки выполняют марсупиализацию или операцию, предложенную В.М.Мыш. Сущность ее состоит в следующем: после опорожнения кисты полость ее осушают и протирают спиртом, а затем накладывают гофрирующие швы для предотвращения возможного скопления жидкости. Подобная методика может найти применение при неудалимых геморрагических кистах брыжейки тонкой кишки.

Приводим одно из клинических наблюдений (В.А.Аринин, Н.Д.Мошеев).

Больная Ш., 20 лет, поступила в стационар с диагнозом правосторонней блуждающей почки. Жалобы на боли ноющего характера в правой половине живота, иррадиирующие в поясницу. Считает себя больной 3 месяца, когда после поднятия тяжести появились боли в животе. При пальпации в правой половине живота, несколько выше пупка определяется опухолевидное образование округлой формы, эластичной консистенции, подвижное, диаметром около 10 см. Больной сделана ирригоскопия и экскреторная урография, патология со стороны толстой кишки и почек не найдено. Гинеколог при осмотре отверг диагноз кисты яичника.

Больная взята на операцию с предположительным диагнозом кисты брыжейки тонкой кишки. Больная оперирована. При ревизии брюшной полости в 1м от связки Трейтца в толще брыжейки тонкой кишки обнаружена киста размером 10х11 см. Произведено вылущивание кисты без нарушения кровообращения кишки. Дефект брыжейки зашит. Киста оказалась заполненной слив-

кообразной, белого цвета массой, толщина стенки капсулы-0,3 см. Гистологически стенка состоит из грубоволокнистой соединительной ткани с сосудами, лимфоидными инфильтратами и жиросо-держащими клетками типа ксантомных. Местами прослѣживается выстилка кисты из однородного эпителия, волосяные стержни. Заключение - дермоидная киста.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана домой по выздоровлении.

2. Гемангиома брыжейки подвздошной кишки

Гемангиома брыжейки тонкой кишки встречается чрезвычайно редко, протекает бессимптомно, и обычно является случайной находкой во время оперативных вмешательств или на секции (А.А. Русанов; Ф.Л. Гектин; Ю.А. Ратнер; Г.С. Шкловский; Ф.А.Кадыров; Grioss; Weyer и другие).

Описаны случаи кавернозной гемангиомы брыжейки тонкой кишки, имеющий большие размеры (Л.С.Родионов).

Описания разрыва гемангиомы с расстройством кровообращения в брыжейке и угрозой некроза кишки в доступной литературе Н.А.Баулин и В.С. Цыганов не наблюдали. Приводим их наблюдение.

Больной Т., 16 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на схваткообразную мигрирующую боль в животе, тошноту, склонность к запору, возникшую 5 дней назад. Он с шестилетнего возраста страдает ревматизмом, ревматическим эндокардитом, на почве которых сформировался комбинированный митрально-аортальный порок. По поводу этого заболевания в течение 2-х недель находился на стационарном лечении в участковой больнице. В связи с появлением указанных жалоб заподозрен ревматический васкулит брыжеечных сосудов, больной переведен в районную больницу. Больной ведет себя беспокойно, часто меняет положение тела, приводит согнутые ноги к животу, временами плачет от боли. Пульс 108 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца расширены вправо на 1

см, влево на 2 см. Тоны ритмичные, приглушены, систолический и диастолический шум на верхушке и аорте. Артериальное давление 160/120 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в дыхании, умеренно болезнен при ощупывании справа от пупка, где пальпируется плотноватое, ограниченно подвижное болезненное образование размером 10x4x3 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы редкие, тихие. Температура 38,8 С. Анализ крови: гемоглобин- 10,8 г/л; эритроциты- $3,8 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты- 21×10^9 /л; п.2%, с.74%, лимф.24%, СОЭ 54 мм в час. Реакция на С-реактивный белок - положительная.

Диагноз при поступлении: ревматизм, активная фаза, возвратный эндокардит. Ревмоваскулит. Комбинированный митрально-аортальный порок сердца. Мезаденит? Болезнь Крона? Аппендицит с брыжеечной локализацией отростка?

Ввиду отсутствия признаков раздражения брюшины лапаротомия решено не производить. Назначены антибиотики, витамины, сердечные средства, инфузионная терапия, спазмолитики, паранефральная новокаиновая блокада и другие. Однако состояние больного продолжало ухудшаться. Беспокоила сильная схваткообразная боль в животе. Отмечалась задержка стула. Появились симптомы раздражения брюшины, особенно в мезогастральной области справа, где более отчетливой стало пальпироваться патологическое образование. Заподозрена тромбоэмболия мезентериальных сосудов, в связи с чем больной оперирован. Под наркозом произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости около 100 мл жидкой крови. В брыжейке терминального отдела подвздошной кишки, ближе к ее корню, имеется красно-вишневого цвета и мягко-эластичной консистенции образование размером 8x5x4 см, которое диффузно кровоточит, с одной стороны этого образования определяется флюктуация. Брыжейка вокруг этого образования на протяжении 25 см имбибирована кровью. Заподозрена аневризма или гемангиома корня брыжейки подвздошной кишки. «Аневризматический» мешок рассечен, вылилось около 70 мл алой крови. В полость предполагаемой аневризмы струей поступает кровь из крупного брыжеечного сосуда. Кровотечение ос-

тановлено путем перевязки сосуда на протяжении. Произведена резекция брыжейки вместе с «аневризмой» и 80 см пропитанной кровью подвздошной кишки с наложением анастомоза конец в конец. После введения АБ, брюшная полость ушита наглухо. Препарат: в удаленной брыжейке аневризмоподобный мешок размером 5х4х3 см, толщиной 0,8 см с резко увеличенными лимфатическими узлами вокруг него.

Заключение гистолога (Н.Г.Демме): кавернозная гемангиома. После операции назначены антибиотики, инфузионная терапия, спазмолитики, сердечные средства и другие. Послеоперационный период протекал без осложнений. Диспепсические расстройства отмечались лишь в первые дни. Самостоятельный стул был на 6 –е сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 1 год 7 мес. после операции. Жалоб не предъявляет. Аппетит хороший. Диспепсических явлений нет. Стул нормальный.

3. Болезнь Уиппла

Болезнь Уиппла - редко встречающееся системное заболевание, первично поражающее тонкую кишку, лимфатическую систему и синовиальные оболочки суставов. Синонимы болезни: липодистрофия кишечника, интестинальная липодистрофия.

Впервые болезнь описана в 1907 году патологами (Whipple G.H.), а первое клиническое наблюдение сделал Heni F. в 1940 году. Заболевание чаще наблюдается у мужчин в возрасте 30-60 лет, протекает от нескольких месяцев до ряда лет с ремиссиями.

Этиология и патогенез этой своеобразной обменно-дистрофической болезни до настоящего времени недостаточно изучен. По современным представлениям, один из основных патогенетических звеньев патологического процесса являются нарушения обмена мукополисахаридов, которые ведут к изменениям слизистой тонкой кишки и развитию синдрома мальабсорбции. Некоторые в основе патогенеза считают нарушения ресинтеза жира в тонкой кишке с образованием необычных для организма бел-

ково-липоидных комплексов, которые, накапливаясь в лимфатических сосудах, блокируют регионарные лимфоузлы. В последствии в процесс вовлекается вся ретикуло-эндотелиальная система. Существует мнение, что само заболевание и особенно пролиферация клеток ретикуло-эндотелиальной системы провоцируются специфическими микроорганизмами, обнаруженными под электронным микроскопом.

Болезнь Уиппла имеет определенную морфологическую картину изменения тонкой кишки, которая является важнейшим диагностическим тестом этого страдания.

При поступлении в клинику больные предъявляют жалобы на резкую общую слабость, ноющие боли в животе, частый, жидкий, блестящий стул до 10-15 раз в сутки, вздутие живота, резкое похудание (от 20 до 40 кг), боли в суставах. У всех больных в период обострения болезни отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр. В клинике основными симптомами бывают боли в животе, упорные поносы с большим количеством жира в кале. В поздней стадии отмечается истощение, увеличение лимфоузлов, особенно в брюшной полости, гипопроteinемия (5,2-6,4 % г) с нарушением белковых фракций (альбумин -54 % г). По существу у всех больных отмечается гипохромная анемия, гипотония. При копрологическом исследовании обнаруживается много нейтрального жира и в небольших количествах жирные кислоты и мыла. При исследовании всасывания в тонкой кишке этих больных с помощью пероральной нагрузки лизин-№15 и последующем масс-спектрометрическом анализе обнаружено резкое нарушение процесса всасывания аминокислоты и чрезвычайно быстрый обмен всосавшейся аминокислоты в организме больного. Методом тонкослойной хроматографии выявлено снижение экскреции восстановительных тетрагидрометаболитов кортизола и кортизона, что свидетельствует о нарушении процессов химического преобразования молекулы глюкокортикоидов в печени. При прижизненной аспирационной энтеробиопсии обнаруживается, что слизистая оболочка тонкой кишки инфильтрирована в основном плазматическими клетками, среди которых встречаются скопления макрофагов с РА - положительной зернистостью в протоплазме.

На секрeции макроскопически обнаруживается резкое увеличение лимфоузлов брыжейки, экссудация, грубые складки слизистой оболочки тонкой кишки, в отдельных местах с мелкими узелками на серозной оболочке. Лимфатические узлы серовато-желтого цвета, иногда с кистозными полостями, хилезный асцит, очаговый лимфостаз в капсуле селезенки.

При посмертном микроскопическом исследовании тонкой кишки выявляется, что собственный слой слизистой оболочки значительно утолщен, инфильтрирован в основном плазматическими клетками, среди которых встречаются то группы, то единичные крупные макрофаги с РА —позитивной слизью. Отмечается также круглоклеточная инфильтрация в мышечном слое и субсерозных отделах, отек стенки, расширение лимфатических узлов и сосудов. Структура мезентериальных узлов стерта, фолликулы не определяются, кое-где видны контуры краевых и мозговых сосудов, последние забиты макрофагами. В отдельных местах видны расширенные краевые синусы, содержащие лимфу и единичные РА —позитивные макрофаги. В капсуле и субкапсулярных отделах селезенки обнаруживаются группы резко расширенных лимфатических сосудов. Такая же структура и лимфатических узлов брюшной полости.

В целом своевременная диагностика болезни Уиппла сложна. Трудности возникают и при лечении этой категории больных. Применение антибиотиков (эритромицина до 6 г на курс), преднизолонa в течение двух месяцев может привести к уменьшению или исчезновению клинических симптомов заболевания. Описаны случаи резекции кишечника с благоприятным исходом. Хирургическое вмешательство ошибочно выполняется хирургами с подозрением на злокачественную опухоль брюшной полости.

Исходя из вышеуказанных моментов, процент неблагоприятных исходов при этой патологии довольно значительный.

4. Эозинофильная гранулема тонкой кишки

Эозинофильная гранулема желудочно-кишечного тракта в клинической практике встречается крайне редко, является малоизученным заболеванием, этиология и патогенез которого до сих пор не изучены. По клиническому течению, рентгенологической картине и часто гистологической характеристике их обычно принимают за истинные злокачественные новообразования, по поводу чего выполняют большие онкологические операции. Согласно гистологической и цитологической классификации опухолевых болезней кроветворной и лимфоидной тканей ВОЗ № 14, эозинофильная гранулема отнесена в группу гистиоцитозов X.

С.А.Калашников нашел в отечественной и зарубежной литературе 72 наблюдения ЭГ желудочно-кишечного тракта (из них 59 с локализацией в желудке) и описал одно свое.

В доступной отечественной литературе Ю.Б.Жвиташвили обнаружил всего 2 наблюдения ЭГ толстой кишки и 1 тонкой кишки, в зарубежной литературе - 1 толстой кишки и 2- тонкой кишки.

Приводим наблюдение Ю.Б.Жвиташвили.

Больная С., 60 лет, поступила в больницу в плановом порядке с жалобами на ноющие боли в правой подвздошной области, урчание в животе, жидкий стул, резкую слабость, снижение аппетита, похудание на 12 кг. Больна 4 месяца. Дважды в июне и июле обследована в больнице другого города, куда оба раза была доставлена с диагнозом «острый аппендицит». При обследовании (ректороманоскопия и ирригоскопия) патологии не выявлено, больная отпущена домой.

Объективно: общее состояние средней тяжести, пониженного питания. Пульс 96 в мин., АД 115/70 мм. рт. ст. Со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Язык влажный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется овальное опухолевидное малосмещаемое образование с четкими контурами, плотноэластической консистенции, размером 10×4 см. Печень не увеличена. Шум плеска и

свободная жидкость в животе не определяются. При влагалищном и ректальном исследовании патологии не выявлено.

Анализ крови: эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 70 г/л, лейкоциты $7,1 \times 10^9$ /л, э 2%, ю 1%, п 10%, с 53%, лимф. 31%, мон. 3%, СОЭ 68 мм/ч, анизоцитоз (++++), гипохромия эритроцитов (+++), пойкилоцитоз (++++), плазматические клетки 1:100. При инструментальном и рентгенологическом исследовании (ректороманоскопии, ирригоскопии желудка и двенадцатиперстной кишки, внутривенной урографии, пневмопельвиографии) патологических изменений не обнаружено.

Учитывая постоянные ноющие боли в животе, прогрессирующую слабость, нарастающую анемию и наличие пальпируемого в правой подвздошной области болезненного опухолевидного образования, больная с предположительным диагнозом «опухоль (рак) слепой кишки?, забрюшинная опухоль?» оперирована (проф. А.М. Ганичкин). При ревизии брюшной полости на расстоянии 15 см от илеоцекального угла обнаружен инвагинат подвздошной кишки размером 12×12, 12×8 см, в центре которого плотная бугристая опухоль размером 10×5 см, циркулярно охватывающая просвет кишки, с участками некроза. При осмотре печени, толстой кишки, желудка, поджелудочной железы и почек патологических изменений не выявлено. Произведена резекция 1 м подвздошной кишки с опухолью и клиновидное иссечение брыжейки тонкой кишки с наложением энтероанастомоза «бок в бок». Гистологический диагноз (проф. С.Ф.Серов): эозинофильная гранулема (воспалительный фиброзный полип) тонкой кишки. Диагноз поставлен в соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей ВОЗ № 15.

В удовлетворительном состоянии больная выписана из клиники. Она осмотрена через 7 лет, жалоб не предъявляет, физиологические отравления без особенностей, прибавила в массе тела 15 кг.

5. Редкие виды обтурационной кишечной непроходимости

5.1. Желчнокаменная кишечная непроходимость **(билиарный илеус)**

Кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки желчными камнями является редким заболеванием, не имеет типичного течения и ряда специфических признаков, что обуславливает позднюю обращаемость больных, трудности диагностики и высокую (12-70%) летальность.

Однако с 1970 года частота желчнокаменной болезни выросла и среди взрослого населения составляет в Западной Европе 18,5%, в США - до 32%, в Швеции - даже до 38-44%. Рост заболеваемости желчнокаменной болезни сопровождается увеличением количества ее осложнений, в частности, внутренних билиодигестивных свищей и желчнокаменной непроходимости.

Наличие билиодигестивного (пузырно-дуоденального) свища нами выявлено у 3 (1,1%) из 268 больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни.

Частота билиарного илеуса среди всех наблюдений кишечной непроходимости варьирует от 0,63 до 7% (Климинский И.В., Шаповальянц С.Г., 1975; Петровский Б.В. с соавт., 1980; Нидерле Б.И. с соавт., 1982; Кузнецов В.М. с соавт., 1991; Э.В.Луцевич и соавторы, 1993; Добровольский С.Р. с соавт., 2004).

Эти больные составляют, по данным С.Р.Добровольского с соавт., 0,2% от всех оперированных по поводу желчнокаменной болезни.

И.В.Климинский и С.Г.Шаповальянц считают, что кишечная непроходимость в результате обтурации просвета кишки желчными камнями встречается гораздо чаще, чем диагностируется, так как некоторые камни, продвигаясь по кишечнику, выводятся естественным путем, после чего у 30—45% больных наступает выздоровление.

Впервые билиарный илеус наблюдал датский анатом Th. Bartholini в 1645 г. при вскрытии трупа больного, умершего от кишечной непроходимости.

К.Л. Бохан, анализируя сведения, опубликованные за 100 лет (с 1893 по 1993 г.), обнаружил 750 наблюдений билиарного илеуса в нашей стране и установил, что первым в России больного с билиарным илеусом оперировал Н.В. Склифосовский в 1893 году.

Поскольку желчнокаменная болезнь чаще встречается у женщин, билиарный илеус в 9,82 раза чаще бывает у женщин преклонного возраста, чем у мужчин (Горбунов О.М., Шалагина С.И.; Бохан К.Л.). Однако описаны отдельные наблюдения билиарного илеуса у детей.

По мнению С.Н.Хунафина с соавт., обтурацию кишки могут вызвать только камни диаметром более 2,5 см, но независимо от размера конкремента обтурационная непроходимость всегда сопровождается спазмом кишки и отеком слизистой. Этим объясняется появление полной кишечной непроходимости при наличии камней небольшого диаметра.

Диагностика билиарного илеуса до операции довольно редкое явление из-за нечетких клинических симптомов кишечной непроходимости. Она возможна лишь при наличии достоверных признаков:

- 1) рентгенологические признаки острой кишечной непроходимости при наличии рентгеноконтрастной тени конкремента вне зоны проекции желчных путей, симптома обтекания контрастной массы при пассаже бария;

- 2) резкое исчезновение или быстрое уменьшение размеров определявшегося ранее инфильтрата в правом подреберье;

- 3) внезапное исчезновение болей, снижение температуры и желтухи;

- 4) интермиттирующая кишечная непроходимость у женщин в возрасте старше 60 лет;

- 5) отхождение камней диаметром более 1 см с калом или рвотными массами;

- 6) аэрохолия;

7) выявление билиодигестивного свища при эзофагогастродуодено-скопии.

Мы считаем, что заподозрить obturацию просвета кишечника желчным камнем позволяет тщательный анализ жалоб, скрупулезно собранный анамнез у больных, страдающих желчнокаменной болезнью. Своевременно диагностировать билиарный илеус способствует использование рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических методов исследования органов брюшной полости.

В экстренных ситуациях объем операции должен быть минимальным и направленным на адекватное устранение кишечной непроходимости. Операция заключается в энтеротомии и удалении желчного камня с ушиванием дефекта кишки двухрядным швом. Большинство хирургов считают целесообразным опорожнение вышележащих отделов кишки перед энтеротомией с помощью зонда. Резекция кишки показана в исключительных случаях (например, при некрозе кишки). Показания к одномоментной ликвидации билиодигестивного свища зависят от ряда факторов - тяжести состояния больного, сложившейся операционной ситуации, мастерства хирурга, возможностей ведения послеоперационного периода в конкретном лечебном учреждении. Эти факторы следует строго оценивать индивидуально в каждом отдельном случае.

Мы располагаем 36 наблюдениями желчнокаменной кишечной непроходимости. Приводим отдельные собственные наблюдения.

Больная Ч., 60 лет, поступила в клинику через 17 часов от начала заболевания в 12.00 час. 06.04.04г. с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту, рвоту, сухость во рту. Заболела остро, впервые.

При осмотре состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Тоны сердца ритмичные. АД 130/70 мм рт. ст. Пульс 88 в 1 минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не увеличен, мягкий, болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Сомнительные симптомы Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Образцова. Перитонеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: лейкоциты $10,1 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $5 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 134 г/л. Биохимический анализ: билирубин 13,2 мкмоль/л, общий белок 66,2 г/л, креатинин 78,7 мкмоль/л, мочеви-на 8,7 ммоль/л.

При эзофагогастродуоденоскопии отмечено, что пищевод, привратник проходимы, слизистая желудка и двенадцатиперстной кишки бледно-розового цвета. На УЗИ: признаков патологии гепа-тобилиарной области не выявлено.

Диагноз при поступлении: острый аппендицит.

В 15.10 час. под интубационным наркозом разрезом по Волковичу-Дьяконову произведена лапаротомия. В брюшной по-лости до 200 мл серозного выпота. Червеобразный отросток и ор-ганы малого таза не изменены. При дальнейшей ревизии на рас-стоянии 60 см от илеоцекального угла обнаружен плотной конси-стенции конкремент в подвздошной кишке размером 2,5х3 см. Произведена продольная энтеротомия, энтеролитотомия, ушива-ние стенки кишки двурядным швом в поперечном направлении. Проксимально от уровня обтурации желчным камнем петли тон-кой кишки раздутые, гиперемированы, паретичные. Желчный пу-зырь не напряжен, без конкрементов, тонкостенный, окружен спайками, без инфильтрата. Санация и дренирование брюшной полости трубчатым и полосочным дренажами через котрапертуру. Послойные швы на рану.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 19.04.04 г. в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: контрольное ультразвуковое исследование орга-нов брюшной полости, включая желчного пузыря.

Больная Ж., 62 лет, поступила в клинику через 14 часов от начала заболевания в 15.40 час. 03.02.05г. с жалобами на боли в животе, тошноту, многократную рвоту. С 2004 года установлен диагноз желчнокаменной болезни. Несколько лет назад перенесла инфаркт миокарда. Страдает гипертонической болезнью 2 стадии.

При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение на кресле. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Дыхание не нарушено. Тоны сердца ритмичные. АД 180/120 мм рт. ст. Пульс 90 в 1 минуту. Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот увеличен, вздут, мягкий, болезненный и напряженный во всех отделах. Перитонеальные симптомы сомнительные.

При ректальном исследовании ампула прямой кишки содержит кал обычного цвета, сфинктер не зияет, патологических образований не выявлено.

Общий анализ крови: лейкоциты $15,0 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $6 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 164 г/л. Биохимический анализ: билирубин 22,8 мкмоль/л, общий белок 82,6 г/л, креатинин 107,8 мкмоль/л, мочевины 5,1 ммоль/л.

На ультразвуковом исследовании: выраженный метеоризм, стенки желчного пузыря склерозированы, в просвете желчного пузыря множество конкрементов размером до 10 мм.

В 21.25 час. 03.02.05г. выполнена диагностическая лапароскопия, на которой выявлено, что в брюшной полости большое количество серозного выпота, подпеченочное пространство западено салником, брыжейкой поперечно-ободочной кишки, петли тонкой кишки раздутые, паретичные, гиперемированы, с наложениями фибрина.

Затем в 21.40 час. произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости содержится около 300 мл мутного серозного выпота с фибрином, который был эвакуирован. На расстоянии 110 см от связки Трейтца в просвете тонкой кишки определяется конкремент 5х3 см. Выше места обтурации кишка раздутая, гиперемирована, ниже – спавшаяся. В подпеченочном пространстве выявлен плотный инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, большого салника. Произведена энтеротомия, энтеролитотомия. Кишка ушита двурядным швом. Санация и дренирование брюшной полости. Послойные швы на рану.

Послеоперационный период протекал тяжело. Заживление ран первичное. Проводился динамически ультразвуковое исследование инфильтрата подпеченочного пространства. Признаков абсцедирования инфильтрата, повторной обтурации кишечника не наблюдалось. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендована в последующем плановая операция по поводу желчнокаменной болезни, билиодуоденального свища.

5.2. Безоар как причина кишечной непроходимости

Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная попаданием безоара в тонкую кишку, встречается относительно редко.

В.Т.Апоян и Л.А.Геворкян за 20 лет наблюдали 7 случаев с обтурационной тонкокишечной непроходимостью, вызванной фитобезоаром из виноградных листьев. Все больные оперированы.

Э.В.Луцевич и соавторы наблюдали 2 случая обтурационной тонкокишечной непроходимостью, вызванной фитобезоарами. Природа непроходимости выявлена лишь во время операции.

О.П.Кургузов наблюдал 12 случаев острой тонкокишечной непроходимости, обусловленной безоарами. Средний возраст больных составил 67,5 лет. У 9 больных безоар располагался в подвздошной кишке, у 3 – в тощей. Из 12 наблюдавшихся больных 8 в прошлом перенесли операции на желудке и двенадцатиперстной кишке.

Полагается, что нарушения физиологии пищеварения, обусловленные резекцией желудка (отсутствие привратника и др.), способствуют беспрепятственному и быстрому перемещению не переваренных продуктов в тонкую кишку с формированием безоара. Также известно, что после резекции желудка, ваготомии с дренирующими операциями, создаются благоприятные условия для формирования безоаров желудочно-кишечного тракта, что объясняется нарушением секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, процессов переваривания пищи, повышения вязкости вырабатываемой слизи.

Оперативное лечение при высокой обтурационной непроходимости кишечника предусматривает выполнение энтеротомии ниже места обтурации с удалением безоара и обязательную ревизию вышележащего отдела тонкой кишки и желудка.

При низкой непроходимости кишечника можно произвести разминание и фрагментацию безоара без энтеротомии с перемещением его в просвет слепой кишки. Такая тактика оправдана лишь при локализации безоара в дистальном отделе подвздошной кишки, при отсутствии хорошей фиксации и плотной консистенции

безоара. В противном случае возможно повреждение стенки кишки.

6. Редкие опухоли кишечника

Опухоли тонкой кишки наблюдаются относительно редко. В литературе часто описываются единичные наблюдения (Г.Смаков и соавторы). Кроме того, часть случаев не распознается вследствие трудности диагностики. Значительные трудности в диагностике обусловлены анатомическими особенностями тонкой кишки (ее длина, избыточная подвижность), отсутствием специфических патогномичных симптомов проявления новообразований тонкой кишки (К.Т.Овнатаян, А.М.Тарнопольский; В.Д.Федоров и соавторы; M.Naef et al.).

Встречаются доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой кишки. Доброкачественные опухоли тонкой кишки встречаются реже, чем злокачественные.

Среди злокачественных опухолей тонкой кишки наиболее чаще наблюдается саркома: в первую очередь - лимфосаркома, реже - миосаркома, фибросаркома. Саркома преобладает у лиц в возрасте 20-40 лет. Описаны случаи множественного поражения тонкой кишки саркомой. (К.Т.Овнатаян, А.М.Тарнопольский)

Рак тонкой кишки встречается еще реже, при этом ее частота составляет 0,06-4% от числа всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта (Г.Смаков и соавторы). Им страдают лица пожилого возраста, мужчины в 2 раза чаще. Гистологически выявляется чаще аденокарцинома, редко - солидный рак, полиморфноклеточный рак (Г.Я.Тугузбаев и соавторы).

Карциноидные опухоли (апудомы) тонкой кишки составляют от 4 до 23% от всех опухолей данной локализации (И.С.Дерижанова; Л.В.Успенский и соавторы). Тонкая кишка занимает второе место (после червеобразного отростка) по частоте локализации карциноидов среди органов желудочно-кишечного тракта (О.П.Кургузов и соавторы). В ней располагается до 30% этих новообразований. Карциноиды тонкой кишки преимущест-

венно встречаются у мужчин, в любом возрасте, характеризуются медленным ростом, длительное время находятся в латентном состоянии (Т.П.Макаренко, М.И.Брусиловский; В.В.Меньшиков и соавторы; J.C.Vox et al.). Описаны случаи первично-множественных карциноидов тонкой кишки (Ю.А.Краснокутский), гигантского карциноида подвздошной кишки, осложненной профузным кровотечением (А.Д.Фищенко, А.А.Жупанов).

При лимфогранулематозе поражается начальный отдел тонкой кишки (Г.И.Воробьев и соавторы), илеоцекальный отдел кишечника (В.Н.Шубин), что по частоте занимает второе место после поражения желудка.

Среди доброкачественных опухолей тонкой кишки преобладают лейомиомы и фибромы (В.Д.Федоров и соавторы), реже встречаются лимфома, гемангиома (А.В.Фарбер и соавторы; Е.Д.Бешлиева и соавторы; Л.С.Родионов). Гемангиомы и лейомиомы нередко осложняются кровотечением (В.И.Якушин), иногда рецидивирующим кровотечением (Н.М.Кузин и соавторы).

Частой локализацией опухолей тонкой кишки проксимальный отдел тощей кишки и дистальный отдел подвздошной кишки (Ю.А.Ратнер; А.В.Телиа, А.З.Кутелиа).

Караман Н.В. и соавторы в клиническом течении опухолей тонкой кишки различают 3 периода: латентный, период начальных симптомов, период выраженных клинических проявлений или осложнений.

В начальных стадиях опухолей тонкой кишки нет патогномичных симптомов, позволяющих заподозрить заболевание. Опухоли тонкой кишки длительное время протекают бессимптомно, и обычно больные госпитализируются в клинику в экстренном порядке уже с развившимся одним из осложнений заболевания (Н.Г.Гатауллин, М.А.Мустафин; К.Т.Овнатаян, А.М.Тарнопольский; Ю.А.Ратнер). Часто первыми, а иногда единственными признаками заболевания считаются слабость, потеря в массе тела, прогрессирующая анемия, периодические схваткообразные боли в животе, метеоризм, тошнота, рвота, понос. По данным Т.Я.Тугузбаева и М.М.Мурзанова, кровотечение из кишечни-

ка и анемизация больных являются частым, но не ранним признаком опухоли.

Опухоли, растущие внекишечно, могут достичь больших размеров, имитировать новообразование яичника, сальника, блуждающую почку и т.д. (В.А.Пенин и соавторы).

Среди осложнений опухолей тонкой кишки чаще всего встречаются кровотечения, кишечная непроходимость, реже перфорация опухоли, воспаление и некроз опухоли, перитонит. Например, из 38 больных с новообразованиями тонкой кишки поступили с признаками кишечной непроходимости - 13, кишечного кровотечения - 12, перфорации и перитонита - 4 больных (Г.И.Воробьев и соавторы).

Рентгенологическая диагностика опухолей тонкой кишки возможна с помощью широко распространенного метода пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке, метода энтерографии, эффективность которой повышается при использовании современных бариевых контрастных веществ низкомолекулярной плотности, в частности, вещества «Entero-VU» американской фирмы EZEM (Л.М.Портной и соавторы).

В последние годы более широкое распространение получает эндоскопический метод исследования тонкой кишки – энтероскопия, которая позволяет осмотреть тощую кишку на протяжении до 200см, получить биоптат для гистологического исследования (А.И.Парфенов и соавторы, 2001). Однако, данный метод широкого применения в практическом здравоохранении в настоящее время не получил.

Несмотря на использование рентгенологических методов, энтероскопии, ультразвукового исследования, ангиографии, компьютерной томографии, лапароскопии, диагноз новообразования тонкой кишки удается лишь у 37,9% больных (Г.И.Воробьев и соавторы, 2000). В связи с этим, вероятно, более полной диагностической картины можно добиться сочетанием нескольких диагностических методов исследования.

Радикальным методом лечения опухолей тонкой кишки является резекция пораженного отдела тонкой кишки вместе с сегментом брыжейки и регионарных лимфатических узлов. При

близком расположении опухоли к илеоцекальному отделу кишечника выполняется правосторонняя гемиколэктомия (Ю.Д.Торопов; O.Ciccerelli et al.). При распространенности опухолевого процесса и наличии метастазов рекомендуется выполнение паллиативной резекции тонкой кишки, предотвращающей в дальнейшем развитие осложнений заболевания (Г.И.Воробьев и соавторы).

6.1. Лейомиома тонкой кишки

Среди доброкачественных опухолей тонкой кишки чаще всего встречаются лейомиомы, которые нередко осложняются кровотечением (В.И.Якушин), иногда рецидивирующим кровотечением (Н.М.Кузин и соавторы).

Мы наблюдали 3 больных с лейомиомой тонкой кишки. Ни у одного больного диагноз опухоли тонкой кишки до операции не был установлен. В одном случае заболевание осложнилось развитием острой кишечной непроходимости, перитонита, в другом – воспалением и перитонитом. Особенностью третьего случая явилось множественное поражение кишки, развитие редкого осложнения - некроза опухоли и перитонита вследствие перекрута одной из опухолей на ножке.

Больной Ф., 53 года, поступил в клинику 23.01.05г. в 21.30 час. диагнозом острый панкреатит. Больной предъявлял жалобы на боли в мезогастрии, тошноту. Больным себя считает около 2,5 суток, когда появились боли в животе, повышение температуры тела до 39-40°C. В последующем боли усилились, и больной вызвал скорую помощь. При поступлении общее состояние тяжелое, сознание ясное, положение больного активное. Кожные покровы желтушной окраски. ЧД 18 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд. В 1 мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не увеличен, болезненный в мезо- и гипогастрии. Перитонеальные симптомы положительные. Диагноз при поступлении: острый панкреатит.

С целью уточнения диагноза 24.01.05г. в 01.05 час. выполнена диагностическая лапароскопия, на которой была выявлен ин-

фильтрат, состоящий из петель тонкой кишки, сигмовидной и слепой кишки, картина разлитого гнойно-фибринозного перитонита. В последующем произведена конверсия. При лапаротомии выявлен во всех отделах брюшной полости гнойно-фибринозный перитонит в количестве 1 литра. Выпот эвакуирован. Стенка тонкой кишки на всем протяжении инъецирована, местами покрыта плотным слоем фибрина, инфильтрирована. На расстоянии 1 м от илеоцекального отдела кишечника имеется подвижное опухолевидное образование 6х5см, исходящее от брыжеечного края подвздошной кишки, багрово-красного цвета, не сдавливающее просвет кишки. Вокруг имеется воспалительный инфильтрат, состоящий из петель подвздошной, сигмовидной, слепой кишок, стенок мочевого пузыря, париетальной брюшины. Произведена резекция участка тонкой кишки в пределах здоровых тканей с наложением двустольной илеостомы. Санация, дренирование брюшной полости. Провизорные швы на лапаротомную рану. 27.01.05г. произведена программированная санация брюшной полости и иссечение краев лапаротомной раны вследствие некупирующегося общего гнойного перитонита, нагноения послеоперационной раны. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия в отделении реанимации. Несмотря на комплексное лечение, наступила смерть. Причиной смерти явился некупирующийся общий гнойный перитонит. Гистологическое заключение макропрепарата: лейомиома тонкой кишки, признаки воспаления.

Больная Я., 27 лет., поступила в клинику в 14.10 час. 18.02.05г. через 17 часов от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота. В анамнезе имеется хронический сальпингоофорит, эрозия шейки матки, консервативная миомэктомия в 2001 году, лапаротомия в 2004 году по поводу пельвиоперитонита. При поступлении состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот не увеличен, болезненный в нижних отделах, где определяются положительные перитонеальные симптомы. При вагинальном исследовании позади матки определяется резко болезненное эластической консистенции образование

размером 6х7 см. Диагноз при поступлении: перекрут ножки кисты яичника.

В 17.00 час. 18.02.05г. больная взята на операцию. Лапаротомия выполнена гинекологом. В связи с наличием патологии кишечника дальнейший ход операции выполнен хирургом. При ревизии брюшной полости выявлено: в полости малого таза и боковых каналах имеется серозно-геморрагический выпот 200 мл, на расстоянии 15см от илеоцекального отдела кишечника по противобрыжеечному краю подвздошной кишки на узкой перекрученной ножке опухолевидное образование размером 15х15см, имеющее плотноэластическую консистенцию, участки некроза. На стенке кишки дистальнее на 1 см от первой ножки имеется вторая ножка на широком основании и с опухолевидным образованием размером 6х4 см без признаков перекрута и некроза. Стенка подвздошной кишки на данном участке отечная, инфильтрирована, с налетом фибрина. Произведена клиновидная резекция тонкой кишки. Дефект кишки ушит: первый ряд через все слои викрилом, второй ряд серо-серозный – капроном. Санация и дренирование брюшной полости. Послойные швы на рану.

Гистологическое заключение макропрепарата: лейомиомы тонкой кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

6.2. Нейрофиброма тонкой кишки

По данным литературы, число опубликованных наблюдателей доброкачественных опухолей тонкой кишки не превышает 500, при этом новообразования, исходящие из оболочек периферических нервов, наблюдали лишь немногие исследователи (В.К.Румянцев; А.П.Мирзаев; З.Н.Финкель; RochLin и Longmire и др.). Reaice и соавт. на 320 описанных доброкачественных опухолей этой локализации обнаружили только 5 нейрофибром. К.Т.Овнатаян, А.М.Тарнопольский, В.Н.Щубин упоминают о невrogenных опухолях тонкой кишки как чрезвычайно редких. Из-

вестно, что эти опухоли растут медленно, вызывая по мере увеличения тупые боли, неприятные ощущения в животе, иногда являются причиной кишечного кровотечения. Приводим наблюдения А.Г.Сутягина, М.А.Стаханова, Л.А.Алипченко.

Больной 37 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опухолевидное образование и боли внизу живота, повышение температуры, учащенное мочеиспускание, слабость. Указанные явления отмечал в течение последних 1,5 мес. В анамнезе ламинэктомия с удалением нейрофибромы спинного мозга на уровне D 8 – D 9 в 1967 г. После операции чувствовал себя хорошо, выполнял прежнюю работу.

При поступлении состояние было удовлетворительное. Имелось взбухание передней брюшной стенки над лоном, больше слева. На ощупь образование было гладкостенной, малоподвижной опухолью, плотной консистенции, размером 15×14 см. Больной отмечал склонность к запору, учащенному мочеиспусканию малыми порциями. Высказано предположение об опухоли брюшной полости или забрюшинного пространства скорее всего доброкачественного характера.

Произведено комплексное обследование. При ирригоскопии определялась развернутая сигмовидная кишка, которая была оттеснена вправо вверх; рельеф слизистой оболочки был представлен утолщенными складками; покрытыми слизью. Цистография выявила, что верхушка мочевого пузыря оттеснена книзу и впереди, при цистоскопии никаких особенностей не отмечено. При сканировании получено изображение несколько увеличенных почек, выделение контрастного вещества было замедленным (к 15-20-ой минуте препарат продолжал накапливаться в лоханке) мочеточники расширены. Ангиографическое исследование не выявило патологических изменений сосудистой системы этой зоны. На рентгенограммах позвоночника костных патологических изменений не обнаружено, за исключением места бывшей операции. Лапароскопия показала, что вход в малый таз занят большой опухолью с гладкой поверхностью, оттеснявшей петли тонкой кишки вправо и вниз. Результаты гистологического исследования биопсийного материала свидетельствовали о доброкачественном ха-

рактере образования (фиброма, нейрофиброма?). Ректороманоскопия: разрыхленность и гиперемия слизистой оболочки сигмовидной кишки, на расстоянии 25 см имелся ее перегиб с утолщением, ригидными складками, покрытыми слизью с примесью крови. Клинические и биохимические анализы крови за время обследования не выходили за границы нормы. В анализах мочи постоянно белок, свежие эритроциты до 15-20 в поле зрения, большое количество слизи, бактерий и солей. Температура до применения антибиотиков почти постоянно повышена до 38-39° С.

Проведенными исследованиями установлено наличие доброкачественной опухоли брюшной полости со сдавлением мочевого пузыря, оттеснением сигмовидной и петель тонкой кишки. Клинические проявления объяснились локализацией и размерами новообразования, вызвавшего сдавление мочевыводящих путей и толстой кишки с нарушением пассажа мочи и кала.

После соответствующей предоперационной подготовки произведена нижнесрединная лапаротомия. У входа в малый таз, больше слева обнаружена опухоль округлой формы, сероватого цвета, в соединительнотканной капсуле, плотная, размером 15×12 см. К опухоли были подпаяны петли кишечника с брыжейкой, большой сальник, мочевой пузырь. На передней поверхности образования была распластана петля тонкой кишки, серозная оболочка которой на расстоянии 5-6 см переходила в ткань опухоли. После разделения сращений произведена резекция тонкой кишки вместе с опухолью и наложен энтероанастомоз конец в конец. Послеоперационное течение гладкое.

Гистологическое исследование препарата: нейрофиброма.

После операции функция почек и кишечника полностью нормализовалась. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Приведенное наблюдение представляет интерес с нескольких точек зрения.

Во-первых, своевременное комплексное обследование позволило поставить дооперационный диагноз заболевания; во-вторых, оно чрезвычайно редко; в-третьих, нейрофиброма тонкой кишки и ранее опухоль спинного мозга имеет единый генез, что

свидетельствует о нейрофиброматозе с висцеральным проявлением. Можно предположить, что опухоли развивались параллельно, но одна вызвала сдавление спинного мозга с яркой симптоматикой, не достигнув больших размеров ($2 \times 1,5$), что послужило причиной первой операции, а вторая же росла медленно, не вызывая никаких ощущений, пока не начала сдавливать соседние органы, нарушая их функцию.

6.3. Лейомиосаркома тонкой кишки

Согласно данным Ю.А.Ратнера, К.Т.Овнатяна и А.М.Тарнопольского, среди злокачественных новообразований тонкой кишки наиболее часто встречаются саркомы. По свободной статистике Wilson, а также по Dodde, первое место по частоте среди злокачественных опухолей тонкой кишки занимают аденокарциномы, затем саркомы, которые встречаются в 2-3 раза реже аденокарцином. Значительно реже встречаются лейомиосаркомы – разновидность сарком со своеобразными патоморфологическими проявлениями, некоторыми особенностями симптоматики и клинического течения.

Sillerman сообщает о 66 больных с опухолями тонкой кишки, у 32 из которых были злокачественные опухоли, в основном аденокарциномы и злокачественные карциноиды; среди них лишь у 1 больного была лейомиосаркома. Из 77 первичных опухолей тонкой кишки, описанных Ebert и соавт., лейомиосаркома, встретилась лишь в 3 наблюдениях. Wilson приводит 96 наблюдений опухолей тонкой кишки, 11 них представляли лейомиосаркому.

Большинство авторов считают, что лейомиосаркомы возникают из гладких мышечных волокон слизистой оболочки тонкой кишки. Лейомиосаркомы располагаются чаще в начальном отделе тощей и конечном отделе подвздошной кишки (Ю.А.Ратнер). Опухоль обычно представляет собой один большой узел, иногда несколько узлов. Вначале, когда опухоль мала по размеру, она располагается интрамурально. В дальнейшем рост происходит в направлении либо слизистой, либо (чаще) серозной оболочки. Лейо-

миосаркомы, как правило, имеют хорошо выраженную капсулу, обильно снабжаются кровью, но по мере роста опухоли кровоснабжение центральных участков ухудшается. В результате в центре опухоли возникают участки некроза. На слизистой оболочке кишки образуются эрозии и язвы. В процесс вовлекаются соседние органы, в результате образуются фистулы с другими петлями тонкой, а иногда толстой кишки, большие воспалительные конгломераты, может происходить абсцедирование. Достигая больших размеров, такие опухоли могут сдавливать кишечник, вызывая явления частичной непроходимости. К редким осложнениям лейомиосарком относятся перфорации опухоли в брюшную полость. Распространение опухоли может проходить путем имплантации опухоли по брюшине и брыжейки, а также гематогенным путем в печень и значительно реже в легкие и кости. Лимфатические узлы в патологический процесс вовлекаются редко.

Больше чем в половине наблюдений лейомиосаркомы тонкой кишки отмечались у больных в возрасте 50-60 лет. Наиболее часто клинически лейомиосаркомы тонкой кишки проявляются кровотечениями и болями в животе. Кровотечения бывают в виде мелены и сопровождаются нарастающей общей слабостью, утомляемостью. Они могут быть и массивными, с резкими падением гемоглобина и коматозным состоянием (И.З.Козлов и соавт.). При таких массивных кровотечениях из прямой кишки может выделяться большое количество малоизмененной крови. Наиболее существенным симптомом является обнаружение опухоли в животе. Примерно половина больных отмечают боли в брюшной полости. С возникновением кровотечения боли прекращаются. Сопутствующими симптомами могут быть тошнота, рвота, потеря в весе, реже отрыжка и изжога.

Е.П.Панченко и В.П.Галанкин наблюдали больную, у которой характерное для данного заболевания течение осложнилось перфорацией опухоли.

Больная С., 62 лет, поступила в клинику с жалобами на общую слабость, периодически появляющийся черный дегтеобразный стул, тошноту. Заболела 5 лет назад, когда впервые появились вышеперечисленные симптомы. С этого времени наблюда-

лись рецидивы кишечных кровотечений, сопровождающихся общей слабостью, обморочным состоянием, анемией. Источником кровотечения считали язву двенадцатиперстной кишки, хотя рентгенологически язву обнаружили только дважды. По поводу вторичной анемии каждый раз переливали значительные количества крови – по 800-1000 мл.

При поступлении состояние удовлетворительное. Большая повышенного питания. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: Нв 10,2 г%, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. $8,6 \times 10^9$ /л, э 1,5%, п. 10,5%, с. 64%, лимф. 18%, мон. 6%, РОЭ 10 мм в час. Произведено рентгенологическое обследование – органических изменений в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке не обнаружено.

На 8 день пребывания в клинике у больной возникли острые боли внизу живота, больше справа. Боли постепенно нарастали по интенсивности, распространялись по всему животу. Тошноты, рвоты не было. Температура поднималась до 39°. Язык обложен. Живот вздут, отмечается разлитая болезненность внизу, больше справа, здесь же напряжение мышц. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга. Пульс 120 в минуту.

Лейкоциты $15,8 \times 10^9$ /л. Клиническая картина соответствовала острому перфоративному аппендициту. Однако наличие повторных кишечных кровотечений и бурное развитие осложнений позволили предположить, что причиной перитонита может быть перфорация Меккелева дивертикула.

Произведена операция. Под местной анестезией косым поперечным разрезом в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость. Отмечен гнойный мутный экссудат. В рану выведена слепая кишка с червеобразным отростком. Последний длиной 10 см. В средней части утолщен, в просвете каловые камни. Произведена аппендэктомия. Учитывая, что имеющиеся клинические данные не соответствовали операционной находке, решили произвести ревизию брюшной полости. Дан наркоз. При ревизии кишечника в правом подреберье обнаружена опухоль, исходящая из стенки тонкой кишки, размером 8х8х8 см с участками некроза

на поверхности. Произведена резекция 15 см тонкой кишки вместе с опухолью. Наложен межкишечный анастомоз.

Послеоперационное течение гладкое. Наступило выздоровление. Опухолевый узел располагался в стенке тонкой кишки. Снаружи он был покрыт брюшиной. В середине узла располагалась полость размером 2,5х3 см, сообщающаяся с просветом кишки посредством свищевого хода диаметром 0,8 см. Стенки полости представлены слоем некротизированной опухолевой ткани, находящейся в состоянии гнойного расплавления. В брюшине, покрывающей опухоль, обнаружено 3 точечных перфорационных отверстия. В полости, располагающейся в центре узла, находилось кишечное содержимое.

При гистологическом изучении обнаружено, что опухоль имеет полиморфное строение. По периферии узла со стороны стенки кишки опухоль по строению соответствовала лейомиоме; пучки гладких мышечных волокон располагались беспорядочно, однако выраженного полиморфизма здесь не отмечено. В некоторых периферических участках опухоли можно отметить лишь нечеткую границу между собственно мышечной оболочкой кишки и участками опухоли доброкачественного строения. В других участках опухоль состояла из пучков крупных волокон с резко выраженным полиморфизмом ядер, имелось большое количество митозов, в том числе патологических. В ряде участков пучковое строение опухоли терялось, в них опухолевая ткань была построена из массы беспорядочно располагающихся полиморфных гиперхромных крупных клеток. Митотическая активность этих клеток была еще выше, чем в предыдущих участках, количество патологических митозов больше, обнаруживались очаги некрозов с выраженной полиморфноклеточной инфильтрацией. Весь опухолевый узел был заключен в равномерной толщины капсулу, образованную фиброзной тканью с примесью гладкомышечных элементов и значительным количеством тонкостенных расширенных сосудов. Учитывая описанные морфологические признаки, опухоль расценили как лейомиосаркому с некрозом и распадом в центре. Наличие участков, соответствующих по строению лейомиоме, позволя-

ет считать, что опухоль вначале была доброкачественной и лишь в дальнейшем подверглась озлокачествлению.

В литературе имеется сообщение о возможности перерождения лейомиом в лейомиосаркому, хотя такое превращение удастся наблюдать редко (В.И.Фокеев и М.Д.Спирин; Cogen). Наблюдения К.П.Панченко и В.П.Галкин иллюстрируют подобную трансформацию опухоли, причем признаки злокачественного роста определяются не на периферии, а в центральных участках опухоли, где признаки распада, некроза появляются раньше и более выражены. Клинически и гистологически бывает трудно дифференцировать лейомиосаркому от лейкомы, так как доброкачественные на вид опухоли могут метастазировать. Кроме того, лейомиомы могут подвергаться кистозному перерождению и приобретать вид злокачественных новообразований. Лечение данного заболевания только хирургическое и заключается в резекции кишки вместе с опухолью. Операция в большинстве наблюдений бывает возможной, так как лимфатические узлы в процессе обычно не вовлекаются.

6.4. Меланома тонкой кишки.

В зарубежной литературе имеются сведения о 33 случаях меланом тонкой кишки. Наибольшим числом наблюдений располагают Cummel, Wittig -13 и Ainaaman – 9. В отечественной литературе имеются данные только о 2 наблюдениях (Л.Э.Замлер).

Вопрос, является ли меланома тонкой кишки первичной опухолью или метастатической, продолжает дискутироваться до настоящего времени. Ряд авторов (Willis, Herbut, Manges) считают меланому тонкой кишки метастатической опухолью по следующим причинам:

- 1) в тонкой кишке не встречаются меланобласты;
- 2) не всегда могут быть найдены первичные кожные поражения;

3) аутопсия не всегда позволяет обнаружить первичный очаг (цит. Quattiebaum). Cummel и Witting указывают, что висцерально расположенные родимые пятна могут метастазировать.

И все же в настоящее время большинство авторов допускают возможность развития первичной меланомы во многих органах и тканях, не содержащих меланоцитов, в том числе и тонкой кишке, считая, что пигментные опухоли возникают из клеток нервной системы. Это положение нашло подтверждение на 6-й Международной конференции, состоявшейся в Софии в 1965 г., где еще раз был подчеркнут общий генез нервных и пигментных клеток. При выявлении в тканях, не содержащих в норме меланоцитов, злокачественной меланомы принято считать, что последняя развивалась из гетеротопических пигментных клеток. (М.М.Нивинская).

Учитывая редкость первичной меланомы тонкой кишки, и полагая, что накопление коллективного опыта будет способствовать углублению знаний и разрешению ряда клинических вопросов, В.И.Якушин, А.А.Данилин наблюдали меланому тонкой кишки.

Приводим это наблюдение.

Больная Н., 52 лет, поступила в хирургическое отделение больницы им. С.П.Боткина с жалобами на схваткообразные боли в животе, слабость, тошноту, запор, похудание, периодическое вздутие живота. Больна 2 месяца. Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, бледная. Кожные покровы чистые. Патологии со стороны органов грудной клетки не выявлено. Язык обложен, влажный, живот умеренно, равномерно вздут, мягкий, безболезненный, определяется шум плеска. Кишечные шумы усилены. Влагалищное исследование и исследование прямой кишки патологии не выявили.

Анализ крови: Нв 77 ед., л.7, 2×10^9 /л, э.1%, п.1%, с.69%, лимф.16%, мон. 13%, РОЭ 14 мм в час. Билирубин 0,6 мг%, холестерин 150 мг%, мочевины 31%. Сахар крови 86%. Анализ мочи: удельный 1004, диастаза 32 ед. При обзорном рентгенологическом исследовании брюшной полости выявлены горизонтальные уровни жидкости в тонкой кишке — частичная кишечная непроходимость.

Произведена фиброгастроскопия – умеренный кардиоспазм, гастрит.

Несмотря на проводимую консервативную терапию, явления кишечной непроходимости нарастали, поэтому больная была оперирована.

Под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. В 1,5 мм от связки Трейтца обнаружен инвагинат размером 10х12 см. Выше инвагината кишка расширена до 8 см в диаметре, нижний отрезок кишки спавшийся. Произведена дезинвагинация. Выявлена опухоль размером 8х6 см в просвете кишки. В брыжейке множество плотных лимфатических узлов темно-коричневого цвета, распространяющихся до корня брыжейки. Произведена резекция 90 см кишки с наложением анастомоза «бок в бок».

Гистологическое исследование: первичная меланома тонкой кишки с большим количеством пигмента внутри – и внеклеточно. Опухоль инфильтрирует стенку кишки почти до серозной оболочки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Целенаправленно осмотрены кожные покровы и глаза, подозрительных участков не выявлено. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение онкологов. Через 6 месяцев чувствует себя хорошо, прибавила в весе 12 кг. Стул нормальный, регулярный. Выполняет прежнюю работу.

6.5. Нейрофиброматоз толстой кишки

Представление о нейрофиброматозе чаще всего связывают с локализацией опухолей в подкожной клетчатке. Развивающиеся в виде узлов, иногда сливающихся друг с другом, эти образования сравнительно редко становятся предметом хирургического вмешательства. Чаще всего поводом к операции является механическое влияние их на суставной аппарат или давление на крупные сосуды и нервные стволы. Сравнительно редко нейрофиброматоз поражает кишечник, вызывая его дисфункцию.

Приводим наблюдение В.С.Дюкова, Г.А. Орлова, С.А.Тимохова.

Больной К., 38 лет поступил с диагнозом: «Хроническая непроходимость кишечника».

Больной правильного телосложения, пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. В левой половине живота пальпируются плотные болезненные образования на фоне раздутых петель толстой кишки.

При пальцевом исследовании в ампуле прямой кишки каких-либо образований не найдено.

При ирригоскопии установлены множественные опухолевидные образования различной величины. Эти образования располагаются по ходу нисходящего отдела толстой кишки и в начальной части сигмовидной кишки.

Больному произведена операция. При ревизии органов брюшной полости обнаружено поражение нейрофиброматозом нисходящего отдела толстой кишки и начального отдела сигмовидной кишки. Кишка резко увеличена в объеме, просветы ее местами сужены за счет наличия узлов. Произведена левосторонняя гемиколэктомия. В проксимальном отделе удаленной части толстой кишки имеются два опухолевых узла размером 3х5 и 3х6 см, расположенных в стенке кишки и несколько выступающих в ее просвет. В дистальном отделе в стенке кишки плотный конгломерат размером 15х9х6 см, состоящий из отдельных опухолевых узлов, спаянных между собой. Просвет кишки в этой области резко сужен. Опухолевые узлы на разрезе белесоватого цвета, поверхность разрезе волокнистая. Слизистая оболочка, покрывающая узлы, на отдельных участках изъязвлена. При гистологическом исследовании обнаружено, что опухоль состоит из тонких волокон, соответствующих разрастанию шванновских клеток, которые в виде пучков и тяжей идут в различных направлениях. Ядра клеток овальной и продолговатой формы. Кое-где среди волокон видны скопления лимфоидных клеток.

Диагноз: нейрофиброматоз толстой кишки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Находится под наблюдением. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, работает.

6.6. Меланома слепой кишки

Среди злокачественных новообразований меланобластома занимает незначительное место.

Среди 132 больных со злокачественными опухолями слепой кишки у одного больного Н.Н.Соинов выявил злокачественную меланобластому этого органа.

Приводим его наблюдение.

Больная Ж., 57 лет, на пятые сутки от начала заболевания, была госпитализирована в хирургическое отделение. Предъявляла жалобы на тупые боли в правом нижнем отделе живота, усиливающиеся при движениях, задержку стула и газов, общую слабость и резкое похудание за последние 3 месяца.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Питание понижено. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс 82 в минуту, артериальное давление 160/80 мм. рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, правая половина его в дыхании не участвует. При пальпации напряжение и резкая болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. При глубокой пальпации, ректальном и вагинальном исследовании определяется опухолевидное образование в проекции слепой кишки, плотной консистенции, болезненное при пальпации, с нечеткими границами, почти не смещаемое.

Анализ крови: гемоглобин 12,6%, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, $л. 12 \times 10^9/л$, э.2%, п.12%, с.68%, лимф.19%, мон.5%, РОЭ 25 мм в час.

На основании анамнеза, данных объективного и лабораторного обследования был диагностирован аппендикулярный инфильтрат и назначено консервативное лечение. С третьего дня пребывания в отделении появились признаки острой кишечной

непроходимости (вздутие живота, задержка стула и неотхождение газов, отрыжка и периодическая рвота, усиление болей и повышение лейкоцитов до 17×10^9 /л с резким сдвигом формулы влево). При обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаружены чаши Клойбера по ходу тонкой кишки.

В связи с нарастанием явлений кишечной непроходимости и отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии произведена лапаротомия: обнаружена опухоль слепой кишки размером 8х6 см и кратерообразным дном по задней стенке, стенозирующая просвет в области илеоцекального угла. Обнаруженное образование было расценено, как рак слепой кишки и была выполнена правосторонняя гемиколэктомия.

Препарат: на задней стенке слепой кишки опухоль с распадом в центре, размером 9х6 см. Периферические отделы опухоли сероаспидного цвета с бурым оттенком.

Гистологическое исследование: опухоль состоит из сплошной массы клеток с незначительно развитой стромой.

Клетки округлой формы с крупными ядрами, окруженными малым ободком протоплазмы. Среди округлых клеток встречаются полиморфные клетки различной величины и формы. В отдельных группах и внеклеточно определяется пигмент меланин. Заключение: злокачественная меланообластома слепой кишки (препарат консультирован в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена).

В послеоперационном периоде больной проведен курс химиотерапии сарколизином по схеме. Через год и 4 мес. после выписки из стационара больная умерла от генерализации процесса.

Данное наблюдение заслуживает внимания в связи с редкой локализацией меланобластомы и трудностью в диагностике из-за отсутствия патогномоничных симптомов и своеобразия клинического течения.

6.7. Меланома и лейомиосаркома прямой кишки

Злокачественные неэпителиальные опухоли – меланома и лейомиосаркома – относятся к редким заболеваниям прямой кишки.

В литературе имеются сообщения различных авторов о единичных наблюдениях этого заболевания (А.П.Шанин – 4 наблюдения; З.М.Мамедов и Т.Г.Гусейн-Заде – 1; М.И.Горбатюк – 2; Nishi и Na Kajma -1). С.А.Холдин из 1427 больных раком прямой кишки диагностировал меланому у 13, Р.К.Харитонов и Т.Г.Грицких из 175 больных – у 5, Е.С.Смирнов и И.П.Гаспарян из 665 больных – у 7, С.И.Сергеев и соавт. из 2672 больных – у 56, Bakran и соавт. из 1328 больных у 2 выявили лейомиосаркому прямой кишки.

В ранних стадиях опухоль принимается за полип, геморрой, а по мере роста и изъязвления – за рак прямой кишки. В литературе описаны наблюдения, когда таких больных ошибочно оперировали по поводу геморроя (А.П.Шанин; М.И.Горбатюк; Р.К.Харитонов и Т.Г.Грицких; Jadoo и Kessier).

В НИИ проктологии МЗ РСФСР среди 1562 больных, находившихся на лечении по поводу новообразования прямой кишки, у 13 (0,8%) пациентов диагностированы злокачественные опухоли неэпителиального происхождения, в том числе беспигментная меланома у 9, лейомиосаркома у 4. Среди больных меланомой прямой кишки было 7 женщин и 2 мужчин, в группе больных лейомиосаркомой – 2 мужчин и 2 женщины.

Большинство авторов сообщают, что злокачественные неэпителиальные опухоли прямой кишки встречаются у лиц любого возраста, но чаще у пожилых людей. Самому молодому из пациентов было 19 лет, самому старшему – 69. В возрасте 40 лет было 2 больных, от 41 года до 59 лет – 6 больных, от 60 лет и старше – 5 больных.

Аноректальные меланомы обычно исходят из кожи периаанальной области или из слизистой оболочки анального канала. В некоторых случаях они возникают и выше аноректальной линии – в нижней части прямой кишки (С.А.Холдин).

У 4 больных меланомой, опухоль локализовалась в анальном канале, у 3 в зоне перехода промежностного отдела прямой кишки в нижеампулярный и у 2 – в самой кишке, на 6 и 8 см от анального кольца. Меланома располагалась на передней и задней стенке прямой кишки у 6 больных, на боковой стенке – у 2 и у 1 больного опухоль циркулярно охватывала кишку. Во всех наблюдениях опухоль была плотной консистенции, в том числе у 6 – бугристой и подвижной, у остальных – малоподвижной. Изъязвление опухоли отмечено у 2 больных.

Среди 4 больных лейомиосаркомой у 3 опухоль находилась на боковой стенке прямой кишки, у 1 – на передней. Во всех случаях она была плотной, подвижной, поверхность ее у 3 больных была гладкой, у 1 – бугристой с изъязвлением.

Диагностика злокачественных неэпителиальных опухолей кишки достаточно трудна. Среди 13 больных, направленных из различных учреждений, 12 поступили с диагнозом рак прямой кишки, 1- больная с рецидивом лейомиосаркомы.

При осмотре больных в поликлинике НИИ проктологии ни в одном случае диагноз не был изменен.

Характер опухоли устанавливается лишь в стационаре после гистологического исследования биопсийного материала или удаленной прямой кишки.

Больной С., 53 лет, поступил с жалобами на кровотечение из прямой кишки во время акта дефекации. Он обследован в одной из больниц Москвы. При биопсии опухоли прямой кишки обнаружена картина рака прямой кишки солидного строения. При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 2 см от края ануса в левой боковой стенке кишки пальпируется малоподвижное опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции, размером до 2 см в диаметре. Произведена биопсия опухоли, выжившая лейомиому. Опухоль иссечена трансанально, гистологически диагностирована лейомиосаркома. Больной оперирован повторно, произведена синхронная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Настоящее наблюдение показывает трудности диагностики злокачественных неэпителиальных опухолей прямой кишки даже при неоднократном гистологическом исследовании.

А.П.Шанин считает, что начальными симптомами злокачественных неэпителиальных новообразований являются расстройства функции кишечника. Последние проявляются ощущением тяжести в животе, стеснением в заднем проходе. Характерны также ложные позывы на стул, ощущение инородного тела в прямой кишке и боли с иррадиацией в промежность и крестец.

Наиболее частыми симптомами у наблюдавшихся М.И.Брусиловским и Х.Н.Акжигитовым больных были: кровь в кале (у 9 человек), боли в области заднего прохода (у 5), боли внизу живота (у 4), боли с иррадиацией в поясницу (у 1), запоры (у 6), тенезмы (у 4), похудание (у 2), общая слабость (у 1). У одной больной наряду с указанием выше проявлениями наблюдалось увеличение паховых лимфатических узлов.

Большинство авторов отмечают, что больные со злокачественными неэпителиальными опухолями прямой кишки поступают в хирургические отделения в поздние сроки.

По данным С.А.Холдина, эти сроки в среднем составили 10-11 мес. В онкологический институт им. Герцена больные поступили через 12-18 мес. после появления начальных симптомов заболевания (Е.С.Смирнова и И.И.Гаспарян).

Сроки поступления наблюдавшихся больных от начала первых признаков колебались от 17 дней до 4 лет. В среднем они составляли 12 мес.

А.П.Шанин, Р.К.Харитонов и Т.Г.Грицких, Е.С.Смирнова и И.П.Гаспарян рекомендуют при незапущенных случаях ампуэктомию прямой кишки, С.А.Халдин из 13 больных радикально оперировал только 3, остальным произведены паллиативные операции.

Среди наблюдавшихся больных 9 оперированы радикально, им была выполнена экстирпация прямой кишки, у 3 пациентов выявлены метастазы в печень, в связи с чем одному из них проведена предоперационная дистанционная гамматерапия (2000 рад) с последующим трансанальным иссечением опухоли, другому сформирована разгрузочная сигмостома, третьему выполнена пал-

лиативная экстирпация прямой кишки. Одна больная 69 лет с сопутствующими заболеваниями отказалась от радикального вмешательства и ей произведено трансанальное иссечение опухоли.

Меланома и лейомиосаркома прямой кишки протекают крайне злокачественно.

Р.К.Харитонов и Т.Г.Грицких сообщают, что больные погибли от метастазов в течение 1,5-2 лет после операции. Е.С.Смирнова и И.П.Гаспарян в поисках путей улучшения отдаленных результатов хирургического лечения больных со злокачественными неэпителиальными новообразованиями в предоперационном периоде применяли телегамматерапию в дозе от 5000 до 13000 рад, однако и этот метод не увеличил сроки выживаемости. Barkan и соавт. считают лейомиосаркомы резистентны к облучению.

7. Пневматоз кишечника

Пневматоз кишечника (*Pneumatosis cystoideus intestini*) представляет собой редкое малоизученное заболевание, и характеризуется образованием газовых пузырей в кишечной стенке.

Наблюдается преимущественно у взрослых и протекает бессимптомно, диагностируется при рентгенологическом исследовании, на операции или вскрытии.

Впервые пневматоз наблюдал при вскрытии трупа человека и описал в 1730 году J.Du Vernoy, затем в 1877 году B.Bangue. Впервые газовые кисты кишечника во время операции по поводу язвы желудка наблюдал и описал в 1899 году E.Hahn.

В литературе описываются единичные наблюдения пневматоза кишечника. В сводной статистике приводится также небольшое количество случаев заболевания: 172 случая (J.Jackson), 213 случаев (G.Koss).

Существует много разных теорий развития данного заболевания. Так, например, по механической теории газы проникают через слизистую оболочку при различных кишечных заболеваниях. По инфекционной теории заболевание обусловлено поступле-

нием в лимфатические пути кишечника сапрофитных бактерий, продуцирующих газы.

Обычно он сочетается с другими заболеваниями пищеварительного аппарата (язвенная болезнь, рак желудка, туберкулез кишечника, и др.) и, по мнению ряда авторов, находится во взаимосвязи с этими заболеваниями.

Пневматоз наблюдается у людей всех возрастных групп, особенно часто от 21 года до 50 лет. Но встречается у детей, даже у детей грудного возраста (И.Н.Мирончик). Мужчины страдают 3 раза чаще, чем женщины.

Газовые пузырьки располагаются единично и группами на противобрыжеечной стороне кишечника и достигают размеров от 1 мм до 20-30 мм. При надавливании крепетируют. Чаще всего поражается тонкая кишка, чем толстая. Однако встречается сочетанное поражение разных отделов кишечника, сочетанное поражение желудка.

Газовые пузырьки содержат азот, водород, кислород, углекислый газ и другие газообразные вещества в различных соотношениях. Микроскопически в подслизистом слое, мышечной оболочке, субсерозном слое располагаются округлые кистозные полости, выстланные уплощенным эндотелием. Экссудата в кистах обычно не содержится.

В начальной стадии заболевание протекает бессимптомно. В дальнейшем наблюдается боли в животе неопределенного характера без четкой локализации, рвота, вздутие живота, запор или понос. При пальпации удается прощупать опухолевую массу.

Иногда возникает спонтанный пневмоперитонеум без признаков перитонита, который длительное время не купируется. Однако, возможно развитие флегмоны, перфорации пораженного пневматозом органа с развитием перитонита, что характерно в основном для детей.

Газовые пузырьки могут вызвать сужение просвета кишки до полной ее непроходимости, развивается картина кишечной непроходимости; они могут вызвать и завороты кишечника и сдавление соответствующих соседних отделов кишечника.

Диагностике заболевания способствует обзорная рентгенография органов брюшной полости, ирриография, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, лапароскопия.

Лечение пневматоза кишечника при отсутствии осложнений, даже если поставлен диагноз во время оперативного вмешательства, предпринятого по поводу предполагаемого другого заболевания, не предусматривает выполнение каких-то специальных лечебных мероприятий. Диагностическая лапароскопия может оказать благоприятное воздействие на заболевание за счет повышения внутрибрюшного давления.

При развитии осложнений заболевания лечение хирургическое.

8. Редкие болезни червеобразного отростка

В клинической практике наиболее часто врачи встречаются с воспалительными заболеваниями червеобразного отростка – аппендицитами, в первую очередь, с острым аппендицитом. Однако органу присущи все болезни, встречающиеся в других отделах кишечника, хотя они являются редкими или казуистикой. Наряду с этим, незнание редких болезней отростка порождает ошибки в диагностике и тактике лечения. Редкие болезни отростка могут встречаться в самых разнообразных вариантах и в ряде случаев привести к развитию других патологических процессов и состояний, в том числе и острого аппендицита.

8.1. Варианты положения и пороки развития червеобразного отростка

В клинической хирургии варианты положения червеобразного отростка в брюшной полости имеют значение для топической диагностики его заболеваний и выбора оптимального операционного доступа.

Пороки развития червеобразного отростка (дисплазия, удвоение, аномальное отхождение от слепой и восходящей ободочной кишки, мембрана Джексона, спайки Лейна) встречаются крайне редко. Левостороннее расположение червеобразного отростка наблюдается в единичных случаях (Л.Б.Тё). Казуистикой является наличие двух червеобразных отростков. В литературе имеются единичные сообщения (Н.А.Григорян; Р.С.Мелькумов, А.П.Пулатов) о такой аномалии червеобразного отростка, при которой он отходит от купола слепой кишки двумя основаниями в виде «чемоданной ручки».

Приводим два собственных клинических наблюдения удвоения червеобразного отростка и аномалии отхождения его от слепой кишки.

Больная А., 32 лет, поступила через 6 часов от начала заболевания. При поступлении была типичная картина острого аппендицита. На операции оказался утолщенный, инъецированный червеобразный отросток. Начиная с уровня средней трети, имелось удвоение отростка. Макроскопические изменения расценены как острый катаральный аппендицит. На разрезе имеются два просвета со всеми характерными слоями. В просвете содержимого нет. При гистологическом исследовании в обоих концах отростка воспаление по типу обострения хронического. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выздоровление. При осмотре через 3 года пациентка практически здорова.

Больная Б., 43 лет, поступила через 12 часов от начала заболевания с жалобами на боли в животе: больше в правой подвздошной области, меньше в поясничной области справа, рези при мочеиспускании. Слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура тела 37° , лейкоциты в крови – $8,1 \times 10^9$. Был выставлен диагноз острого аппендицита. При лапаротомии доступом по Волковичу-Дьяконову выявлено, что червеобразный отросток располагается интрамурально под рыхлой спайкой и серозной оболочкой купола слепой кишки, имеет короткую инфильтрированную брыжейку. На расстоянии 3 см от основания отросток вновь соединен со слепой кишкой, образуя второе основание, выглядит в виде «чемоданной ручки». После рассечения

спаек и выделения из-под серозной оболочки отросток удален с обоих концов. Чтобы убедиться в том, что имеются два основания отростка, через обе культы проведен пуговчатый зонд – они проходимы. Обе культы погружены кисетным швом в стенку слепой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. При гистологическом исследовании явления острого флегмонозного аппендицита. При осмотре через 5 лет пациентка практически здорова.

8.2. Заворот червеобразного отростка

Заворот червеобразного отростка встречается редко. Среди 156 больных с заворотом кишок, данные о которых изучены по материалам хирургических клиник Дагестанского медицинского института с 1950 по 1978 гг., лишь у 1 (0,65%) наблюдался заворот червеобразного отростка (Абдуллаев М.Р.). По данным Н.В.Комарова, на 600 операций по поводу острого аппендицита встретился 1 случай заворота у ребенка 3 лет.

Заворот отростка встречался в возрасте от 3 до 31 года, в основном в детском возрасте, в 4 раза реже у лиц женского пола (Райз А.Л.; Шукурлаев Р.Ш., Эрматов Э.А.).

Причинами заворота червеобразного отростка могут быть длинный отросток (Семеняк М.М., Гавриленко Б.Г.), длинная его брыжейка (Еловой М.М.; Понамарев А.П.), усиленная перистальтика, спаечный процесс (Абдуллаев М.Р.), а также слизистая ретенционная киста червеобразного отростка (Дубинский М.Б., Фелдман Л.Э.).

Правильный диагноз при завороте червеобразного отростка устанавливается только во время операции. Клиническая картина этого заболевания почти не отличается от картины острого аппендицита, кроме схваткообразного характера болей в правой подвздошной области. Больные оперируются с диагнозом острый аппендицит в основном из разреза Волковича-Дьяконова, лишь при наличии перитонита – из срединного разреза. Заворот отростка был от 270 до 540°, иногда до двух полных оборота вокруг своей

оси (Саламов Л.А., Эльмурзаев Х.А.). Объем оперативного вмешательства заключается в аппендэктомии.

Мы наблюдали 3 случая заворота червеобразного отростка. В двух случаях аппендэктомия производилась из разреза Волковича-Дьяконова, а в одном – лапароскопическим способом.

Приводим последнее наблюдение.

Больной Щ., 16 лет, поступил в клинику в экстренном порядке с подозрением на почечную колику через 4 часа от начала заболевания с жалобами на схваткообразные, острые боли в правой подвздошной области. Проведенные обследования: ОАК - высокий лейкоцитоз до $14 \times 10^9/\text{л}$, в общем анализе мочи - единичные лейкоциты и эритроциты. По данным УЗИ отсутствует патология брюшной полости, также не наблюдается пиелозектазия.

В экстренном порядке больному выполнена диагностическая лапароскопия. При этом в правой подвздошной ямке выявлен червеобразный отросток в виде улитки. Отступя 1,5 см от купола слепой кишки имеется странгуляция червеобразного отростка его брыжейкой. Дистальный отдел червеобразного отростка резко расширен, увеличен в размерах до 1 см, стенки его инфильтрированы, гиперемированы. Установлены рабочие троакары в типичных точках для производства лапароскопической аппендэктомии. Брыжейка червеобразного отростка была обработана высокочастотным электрокоагулятором в биполярном режиме и пересечена. Червеобразный отросток после этого развернулся, объем дистального отдела значительно уменьшился. Была произведена обработка стенки червеобразного отростка в области основания коагулятором в биполярном режиме с последующим наложением на основание двух викриловых эндопетлей с узлом Редера. Червеобразный отросток был удален через троакар с диаметром 10мм.

Послеоперационное течение удовлетворительное. Раны зажили первичным натяжением. Больной выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии через 3 суток. Через год после выписки состояние удовлетворительное, практически здоров.

8.3. Опухоли червеобразного отростка

Опухоли червеобразного отростка в практической хирургии также встречаются редко. По данным П.Ф.Калитеевского, анализ литературных и собственных данных показал, что опухоли червеобразного отростка составляют 0,5% от всех опухолей кишечника, 0,25% по отношению ко всем удаленным отросткам, сотые и тысячные доли процента по отношению ко всем опухолям человека.

Карциноиды встречаются по ходу всего желудочно-кишечного тракта, верхнего отдела дыхательных путей. На долю желудочно-кишечного тракта приходится 75,5% всех случаев карциноида (J.Soga).

Первое гистологическое описание этой опухоли принадлежит O.Lubarsch), который называл его «маленьким раком».

Впервые термин «карциноид» предложен S.Obendorfer в 1907г. для обозначения некоторых морфологических сходств этих опухолей с аденокарциномой (типа солидного рака), хотя по клиническому течению опухоль является доброкачественной (Obendorfer S.). Но последующие исследования заболевания показали, что опухоль может иметь также злокачественное течение.

Предположение P.Masson о том, что карциноиды возникают вследствие автономной пролиферации энтерохромаффинных клеток Кульчицкого, расположенных в нервных сплетениях у основания либеркюновых желез желудочно-кишечного тракта, секретирующих серотонин, подтвердилось исследованиями целого ряда авторов. Но оказалось, что карциноиды возникают не только из клеток Кульчицкого, но и из различных родственных клеток диффузной эндокринной системы (И.С.Дерижанова), секретирующих гистамин, кинины, простагландины, полипептидные гормоны (гастрин, глюкагон, АКТГ, инсулин).

Абсолютное большинство карциноидов располагается в илеоцекальном отделе кишечника, в частности, в червеобразном отростке локализуются 50-60% случаев карциноидов желудочно-кишечного тракта (Г.В.Вышинская и соавторы; P.H.A.Gillen,

V.O'Higgins; A.Warembourg et al.). Чаще всего болеют лица молодого возраста.

Опухоль чаще представлена одиночным узлом в дистальном конце червеобразного отростка, иногда в самой его верхушке. Диаметр узла чаще 0,5-1,0см. Он имеет плотнотканчатую консистенцию, четкие границы, располагаются во внутренних слоях отростка, несколько выбухая в его просвет, а иногда наружу. На разрезе опухоль чаще желтого цвета, может быть сероватым, поверхность матовая.

Карциноид может быть доброкачественным и злокачественным, давать метастазы в печень и регионарные лимфатические узлы, легкие. Если карциноиды пищеварительного тракта является потенциально злокачественным, способными к метастазированию, клинически близко стоят к раку, то карциноиды червеобразного отростка составляют исключение, так как они, принципиально не отличаясь от карциноидов иной локализации, крайне редко метастазируют и обычно имеют благоприятный исход. В то время как в 1/3-1/4 случаев карциноида тонкой кишки имеются метастазы (Evans R.W.; Pearson C.M., Fitzgerald P.J.; Sanders R.J., Axtell H.R.), то метастазирование карциноидов червеобразного отростка наблюдается в 1,0-3,5% случаев (Григолиа Н.Г., Хутулашвили Н.В.; Bofsford T.W., et.al.; Anderson H.H. et.al.; Sanders R.J., Axtell H.R.). Метастазы при карциноиде червеобразного отростка редко распространяются за пределы регионарных лимфатических узлов, однако, в литературе описаны случаи отдаленного метастазирования с летальным исходом (Т.П.Макаренко, М.И.Брусиловский).

Заболевание не имеет патогномоничных симптомов и обычно протекает под маской острого или хронического аппендицита, выявляется случайно при гистологическом исследовании удаленного червеобразного отростка (Т.П.Макаренко, М.И.Брусиловский; L.F.Martinez de Haro et al.; L.Dawes et al.). Также затруднена интраоперационная диагностика карциноида вследствие отсутствия специфических макроскопических изменений. Заподозрить наличие карциноида червеобразного отростка позволяет обнаружение булавовидного или колбообразного утол-

щения в отростке (С.С.Аведисов, В.П.Стрельцов; А.Н.Соринов, О.Н.Платонова).

Карциноид иногда может сопровождаться синдромом Бьорка (карциноид-синдромом), который обусловлен высоким содержанием серотонина в крови, сопровождается необычным цианозом или покраснением лица, иногда в виде «приливов», астматическим приступом, поносом, пеллагроидными изменениями кожи, расстройством психики.

Данное заболевание может осложниться профузным кровотечением (С.Д.Орлов), кишечной непроходимостью, обусловленной инвагинацией червеобразного отростка в слепую кишку (Кулаев И.А. и соавторы), прорастанием опухоли в слепую и подвздошную кишку (D.C.Syracuse et al.).

Карциноид червеобразного отростка иногда сочетается с другими заболеваниями, например, с узловатой фибромиомой матки (Брагин В.В. с соавт.).

Лечение карциноида червеобразного отростка хирургическое. Большинство авторов считает, что аппендэктомия с удалением всей его брыжейки является радикальным оперативным вмешательством, обеспечивающим благоприятные отдаленные результаты (Л.А.Крикуновская; L.F.Martinez de Haro et al.).

Наличие метастазов в брыжеечных лимфатических узлах, прорастание опухоли в брыжейку, размер карциноида свыше 2см не является противопоказанием к операции, при этом выполняется – правосторонняя гемиколэктомия.

Лимфосаркома червеобразного отростка относится редким заболеваниям. Первое описание лимфосаркомы червеобразного отростка принадлежит Wagren (1898). М.Г.Бурлаков описал случай лимфосаркомы аппендикса у девочки 13 лет и считает его первым в русской литературе. М.М.Дитерихс собрал 22 описания сарком отростка (из них 3 лимфосаркомы). Из 23 случаев сарком аппендикса, обнаруженных Кнох в зарубежной литературе, 17 были диагностированы как лимфосаркомы. По этим сводным данным саркомы чаще локализуются в дистальном конце отростка, возни-

кают преимущественно у молодых мужчин до 35 лет и имеют размеры от лесного ореха и больше.

Приводим случай лимфосаркомы червеобразного отростка.

Больной С., 61 год, поступил в хирургическое отделение переводом из кардиологического отделения, где лечился по поводу анемии неизвестной этиологии. Жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, похудание, боли в правой подвздошной области живота. Больным себя считает полгода. Объективно: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 80 уд. в мин, АД 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно вздут, в правой подвздошной области локальная болезненность, пальпируется опухолевидное образование 3х5 см, не смещаемое, плотной консистенции. Температура тела нормальная. Стул ежедневный, оформленный. Анализ крови: лейкоциты- $4,0 \times 10^9$ /л; эритроциты- $2,1 \times 10^{12}$ /л; СОЭ-44 мм/ч; гемоглобин-83г/л; цв. пок.-1,0. Лейкоформула: э-18%;п-2%;с-42%;лимф.-37%;мон.-1%. Анизоцитоз+. Анализ мочи: с/ж; уд.вес-1010;белок-отрицательный.

Больному произведены специальные методы исследования: рентгеноскопия желудка, ФЭГДС, УЗИ, ирригоскопия. Патологии не выявлено. На основании клинических данных выставлен предварительный диагноз: опухоль слепой кишки.

Больному произведена срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. При ревизии органов брюшной полости обнаружена опухоль червеобразного отростка. Произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением анастомоза между подвздошной и поперечно-ободочной кишками. Послойно швы на рану, дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости. В послеоперационном периоде осложнение: несостоятельность анастомоза на 12-е сутки, разлитой перитонит. Наступил летальный исход.

Макропрепарат: в месте схождения тений на слепой кишке имеется опухолевидное бугристое образование грязно-серого цвета размерами 3,5х7 см, с прорастанием в стенку слепой кишки, определяется атрофичная брыжейка аппендикса.

Микропрепарат: на фоне атрофии слизистой и фиброза подслизистого и мышечного слоев встречаются фолликулоподобные структуры с анаплазированными клетками лимфоидного ряда.

Гистологическое заключение: злокачественная лимфома червеобразного отростка, лимфобластомный вариант.

Таким образом, лимфосаркома аппендикса практически не диагностируется до операции из-за отсутствия патогномоничных симптомов. Единственным характерным для нее клиническим симптомом является лейкопения. Особенностью описываемого случая является пожилой возраст больного.

Впервые аденокарциному червеобразного отростка описал Berger A. в 1882 году, а в отечественной литературе - Ф.К.Вебер в 1907 году. В мировой литературе описано около 200 случаев первичного рака отростка. Среди мужчин и женщин встречается одинаково часто. Средний возраст больных раком значительно выше, чем больных карциноидом, составляет 48-58 лет. Рак отростка чаще всего локализуется в его проксимальной трети, иногда может переходить на стенку слепой кишки, что затрудняет топическую диагностику.

Большинство больных раком червеобразного отростка оперируются с диагнозом острого аппендицита, так как опухоль длительное время не дает о себе знать и лишь при присоединении воспалительного процесса, осложнении перфорацией больные вынуждены обратиться к врачу. Иногда авторами (Брагин В.В., Егоров В.П.) описываются случаи выполнения неадекватного объема оперативного вмешательства (аппендэктомии) при раке. При подозрении на рак отростка во время операции выполняется экспресс-биопсия. При установленном диагнозе рака выполняется правосторонняя гемиколэктомия.

За последние три года мы наблюдали 4 случая рака червеобразного отростка. Мужчин было 3, женщин – 1. Возраст от 50 до 74 лет.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной З., 54 лет, поступил в хирургическую клинику 05.11.2004 г. С жалобами на появление опухолевидного образования в правой подвздошной области, повышение температуры тела.

Болевой синдром, диспепсические явления отсутствовали. Состояние средней тяжести. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется малоподвижное, плотноэластическое образование размером 6х8 см с нечеткими контурами. Стул, диурез не нарушены. Больной осмотрен колопроктологом, онкологом. Больному производились УЗИ органов брюшной полости, ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией. Гистологическое заключение – высокодифференцированная аденокарцинома.

После предоперационной подготовки 19.11.2004г. под наркозом параректальным доступом произведена лапаротомия. При ревизии выявлена опухоль червеобразного отростка размером 6х6 см, с прорастанием в стенку терминального отдела подвздошной кишки на протяжении 1,5 см, большой сальник. В илеоцекальной области выявлены множественные лимфоузлы до 1см в диаметре плотной консистенции. Больному выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза по типу «конец в конец». Брюшная полость дренирована трубчатыми двухпросветными дренажами.

Послеоперационный период протекал без осложнений, больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога.

Неэпителиальные опухоли червеобразного отростка встречаются реже, чем эпителиальные. Среди них встречаются лейомиомы, ангиомы, липомы, фибромы, саркомы, эндотелиомы, невромы, нейрофибромы (Белицкий Е.В.; Склиаревский В.В. с соавт.; Niceberg D.M. et.al.). При доброкачественных опухолях червеобразного отростка производится аппендэктомия, а при подозрении на злокачественную опухоль – правосторонняя гемиколэктомия (В.М.Тимербулатов и соавторы).

Эндометриоз впервые описал Rokitansky в 1860 году, представляет собой наличие островков ткани, имеющей строение эндометрия, но расположенных за пределами внутренней оболочки матки. Одним из вариантов экстрагенитальной локализации за-

болевания является эндометриоз червеобразного отростка, который встречается относительно редко. Collins D.S. (1951) собрал в мировой литературе 134 случая эндометриоза червеобразного отростка, представленных 64 авторами. Л.К.Савицкая описала 2 случая, П.Ф.Калитеевский описал также 2 случая эндометриоза в червеобразных отростках, удаленных по поводу аппендицита.

Эндометриоз отростка характеризуется наличием изолированных, нечетко ограниченных узелков синевато-багрового цвета, располагающихся чаще всего в субсерозном слое стенки органа. Набухание очагов и кровоизлияния в них в результате функциональной активности эндометриоза отростка вызывают приступ аппендикулярных болей.

8.4. Дивертикулы, кисты червеобразного отростка

Дивертикулы, кисты червеобразного отростка бывают врожденные (истинные) и приобретенные (ложные). Истинные дивертикулы характеризуются выпячиванием стенки на определенном участке, имеющей все слои отростка, встречаются гораздо реже, чем ложные. Частота ложных дивертикулов колеблется от 0,5 до 1,5% к общему числу удаленных отростков (П.Ф. Калитеевский). Они могут быть одиночными, множественными. Описан случай дивертикулёза, в котором отросток был весь покрыт сосочками. Большинство дивертикулов располагаются вдоль брыжейного края отростка.

По механизму образования дивертикулы близко стоят к кистам отростка. Ретенционная теория образования кист находит единодушное одобрение. Причиной обтурации просвета могут быть рубцовая облитерация вследствие перенесенного воспаления, различные опухоли, камни.



Рис. 3. Киста червеобразного отростка.

Впервые кисту отростка описал Rokitansky в 1842 г., а Fere и 1877 г. дал ей название «мукоцеле». Кисты отростка встречаются в 0,02-0,24% случаях, имеют размеры от мелкой горошины до гигантских образований – до 40см и более в окружности (Хмельницкий О.К.; Элькин М.А.; П.Ф. Калитеевский). Встречаются двух-, трехкамерные кисты. В настоящее время киста отростка классифицируются как абтурационная форма аппендикопатии (Ш.Х.Ганцев, А.Н.Серяк; В.М.Тимербулатов и соавторы).

Дооперационная диагностика дивертикулов и кист в подавляющем большинстве случаев невозможна. Больные с дивертикулами, кистой червеобразного отростка оперируются по поводу других заболеваний: хронического аппендицита, кисты правого яичника, хронического калькулезного холецистита (М.М.Мурзанов; Б.И.Руденко). При развитии дивертикулита больные оперируются с диагнозом острый деструктивный аппендицит (П.Ф. Калитеевский; А.Н.Серяк). К осложнениям дивертикулов и кист отростка относится перфорация (А.А.Никонов; А.П.Торгунаков с соавт.), муциноматоз (псевдомиксома) брюшины (В.И.Десятерик с соавт.). Муциноматоз брюшины может иметь

ограниченный или генерализованный (диффузный) характер (П.Ф. Калитеевский; Ш.Х.Ганцев, А.Н.Серяк; К.И.Плешко и соавт.).

8.5. Прочие редкие болезни червеобразного отростка

Заболевания сальникового отростка аппендикса представлены заворотом, воспалением, некрозом. Они практически не диагностируются до операции, а при их выявлении рекомендуется произвести аппендэктомию (В.М.Тимербулатов с соавт.).

По данным И.М.Абдулжавадова, все 15 наблюдавшихся ими больных с заболеваниями сальникового отростка в возрасте от 13 до 70 лет оперированы по поводу острого аппендицита. И только на операции выявлен заворот сальникового отростка у 10 больных, некроз – у 3, воспаление – у 2. Единичные сальниковые отростки располагались у верхушки червеобразного отростка, и лишь у одной больной выявлены 6 инфильтрированных сальниковых отростков на тонких частично перекрученных ножках. Размеры сальниковых отростков были от 1,5 до 3см. Всем больным проводилась аппендэктомия из доступа Волковича-Дьяконова. Из них 13 больных выздоровели, 2 - умерли из-за развития послеоперационного осложнения (сердечно-сосудистой, печеночно-почечной).

Инвагинация червеобразного отростка впервые описана в 1858г. McKidd. С тех пор опубликовано более сотни клинических наблюдений (П.Ф.Калитеевский; М.С.Дерюгина с соавт.).

По данным ряда авторов (Асфандияров Р.И., Бобров Д.Д.; Глушкова О.И. и др.), заболевание встречается чаще у детей. Лишь в единичных случаях отмечается у лиц пожилого возраста (М.С.Дерюгина с соавт.).

Различают четыре группы вариантов инвагинации червеобразного отростка:

- 1) инвагинация верхушки отростка в его проксимальный отдел;
- 2) основания отростка в слепую кишку;
- 3) проксимального отдела отростка в его дистальный отдел;

4) всего отростка в слепую кишку.

Инвагинация иногда продолжается дистально на очень большое расстояние: инвагинат достигает сигмовидной кишки, выпадает через анальное отверстие наружу.

Наиболее частой причиной инвагинации червеобразного отростка является его опухоли, кисты, повышенная перистальтика, диспропорция просвета отростка.

Изменения в червеобразном отростке могут наблюдаться при заболеваниях других органов и систем: неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, пневматозе кишечника, коллагенозах.

Дооперационная диагностика инвагинации отростка крайне затруднительна, что обусловлено отсутствием определенных этиологических факторов, характерной клиники, многообразием симптомов. Наряду с этим, врачи, имеющие небольшой практический опыт в диагностике заболеваний органов брюшной полости, могут не помнить о возможной инвагинации червеобразного отростка. К тому же у лиц пожилого и старческого возраста клиническая картина инвагинации принимает хронический характер, напоминая всевозможные другие заболевания.

Выявление инвагинации червеобразного отростка является показанием к оперативному лечению, которое заключается в попытке дезинвагинации отростка из слепой кишки и аппендэктомии. При безуспешности дезинвагинации червеобразный отросток удаляется через разрез в слепой кишке (В.М.Тимербулатов и соавторы;).

Вовлечение червеобразного отростка в патологический процесс при неспецифическом язвенном колите описано в 3 из 28 случаев (П.Ф.Калитеевский). В 65% случаев такие больные оперируются с диагнозом острого аппендицита, без последующей ликвидации симптомов, отмеченных до операции (А.А.Аскаров с соавт.).

Болезнь Крона, впервые описанная в 1932 году, может поражать все отделы пищеварительного тракта, однако поражение червеобразного отростка встречается крайне редко. В литературе

описаны единичные случаи изолированного или сочетанного со слепой кишкой поражения червеобразного отростка данной патологией (В.Д.Федоров, М.Х.Левитан; В.М.Тимербулатов с соавт.; С.Kosakowski et al.).

В.М.Тимербулатов и соавторы приводят клиническое наблюдение, особенностью которого является то, что редкое заболевание червеобразного отростка – болезнь Крона, симулирующее острый аппендицит, а во время лапаротомии визуально принятое за опухоль аппендикса, потребовало выполнения правосторонней гемиколэктомии.

Инородные тела червеобразного отростка бывают различного происхождения (каловые камни, желчные камни, проглоченные зубы, кусочки костей и другие предметы). Они становятся в одних случаях причиной развития острого аппендицита, в других – перфорации червеобразного отростка, перитонита (В.В.Бенедикт, Ковалевский Б.А.; Гиреев Г.И., Султанов А.С.; Янин Е.Л., Кессель М.И., требующих выполнения экстренного оперативного вмешательства.

VI. РЕДКАЯ ПАТОЛОГИЯ БОЛЬШОГО САЛЬНИКА, БРЮШИНЫ, БРЮШНОЙ СТЕНКИ

1. Спайки, сращения большого сальника

Большой сальник, имеющий выраженные пластические свойства, участвуя в отграничении острых воспалительных процессов органов брюшной полости, в некоторых случаях после стихания острых явлений остается фиксированным к этим органам и париетальной брюшине. Это явление отдельные авторы объясняли возникающей разностью потенциала между большим сальником и поврежденным участком брюшины (Cantamsons J., Lorg E.).

Впервые на возникновение приступообразных болей в животе при изолированном прирастании свободной части большого сальника к послеоперационному рубцу обратил внимание Z.Lapinski в 1961 году.

Н.Кнох подробно описал клинический симптомокомплекс, обусловленный сращением большого сальника с передней брюшной стенкой, у 2 больных. В первом случае у больного через 2 месяца после аппендэктомии возникли боли пульсирующего характера в области операционного доступа, которые усиливались при вытягивании ног в положении лежа. У второго больного также через несколько недель после аппендэктомии возникли боли в нижнем отделе живота. Они усиливались, когда больной вытягивал тело, и не давали ему полностью распрямиться. Общим в клинических проявлениях заболевания у этих больных было быстрое ослабление или прекращение болевого синдрома, когда пациент принимал коленно-локтевое положение.

Н.И.Блинов уточнил характер клинических проявлений приросшего сальника к послеоперационному рубцу. На примере описанных им 7 наблюдений он показал, что создание у таких больных гиперлордоза вызывает натяжение сальника между рубцом и местом его прикрепления у основания поперечно-ободочной кишки и, как следствие этого натяжения, усиление болевой реакции.

Н.С.Андросов наблюдал и оперировал 29 больных, у которых обнаружено сращение большого сальника в подчрестье. Он считал, что ведущим в клинике у этих больных является болевой симптом с локализацией чаще всего в эпигастрии и правом подреберье.

В.А. Лихачев и соавторы приводят 5 подобных наблюдений. В этой группе больных оказались и те, у которых большой сальник был сращен не только с париетальной брюшиной, но и с органами малого таза у женщин, а также куполом слепой кишки.

И.И. Шалаев и соавторы располагают 26 наблюдениями, причем они считают, что при сращении большого сальника с послеоперационным рубцом возникает болевая форма спаечной болезни брюшины.

Другие (Д.Г.Мамамтавршвили; В.А.Бондаренко, Ю.С.Ребров) наблюдали описанную выше болевую форму спаечной болезни брюшины после произведенных ранее нижних лапаротомий.

Согласно их данным, ведущим и постоянным субъективным симптомом у всех наблюдаемых больных была боль внизу живота или в области послеоперационного рубца. Характер и интенсивность болевой реакции были неоднородны. Иногда боль появлялась в области послеоперационного рубца внезапно и была настолько резкой, что заставляла больного остановиться, сесть или же согнуться. В согнутом положении болевая реакция значительно уменьшалась, но попытка больного быстро разогнуться приводила к резкому обострению боли. Только через 15-20 мин. пребывания в вынужденной позе больной мог постепенно разогнуться, не вызывая при этом появления или усиления болей. Эти приступы не сопровождались тошнотой, рвотой, вздутием живота, снижением аппетита.

До настоящего времени в литературе нет признанного наименования клинической картины, развивающейся при приращении большого сальника к париетальной брюшине в области операционного доступа. Lapinski именует ее абдоминальным симптомо-комплексом, Knoch - синдромом сращения большого сальника, Н.И.Блинов - синдромом натяжения большого сальника,

Н.С.Андросов - абдоминальным синдромом, В.А.Лихачев - синдромом Н.С.Андросова, В.А.Бондаренко - спаечным синдромом или синдромом Кноха, Ш.Х.Ганцев и Н.Г.Гатауллин - спаечным синдромом большого сальника.

Мы наблюдали 137 больных со спаечным синдромом большого сальника. В плановом порядке госпитализировано 85 % больных, в экстренном порядке - 15%. До поступления в клинику все больные перенесли по 2 и более оперативных вмешательств на органах брюшной полости. У большинства больных первой операцией, послужившей причиной возникновения синдрома Кноха, явились аппендэктомия или акушерско-гинекологические операции.

Приводим одно наблюдение:

Больная К. 39 лет, поступила в клинику. Жалобы при поступлении на тупые и ноющие боли в животе, больше в области послеоперационных рубцов. После приема даже небольшого количества пищи боли усиливались, а рвота, которую вызывала сама больная, несколько успокаивала их. В связи с этим больная резко ограничила свое питание, потеряла в весе более 15 кг; в настоящее время нетрудоспособна, инвалид II группы.

В анамнезе 3 операции на органах брюшной полости: - удаление инородного тела (швейной иглы) из желудка, - аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита, операция по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Спустя 6 месяцев после последней операции появились боли в животе, которые постепенно нарастали. Многократно лечилась у терапевтов по месту жительства с диагнозом спаечной болезни брюшины; наблюдалась хирургом, который в течение длительного времени проводил симптоматическую терапию.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, сухие. Пульс 84 уд. в мин, удовлетворительных свойств. Язык влажный, у корня обложен серым налетом. Живот втянут, симметричен; атрофический рубец по средней линии в эпигастрии и правой подвздошной области. При пальпации живота отмечается значительная болезненность в области рубцов, в положении гиперлордоза боли в животе усилива-

ются.

После проведенного клинического обследования больная оперирована. Во время операции обнаружено, что большой сальник припаян к париетальной брюшине в правой подвздошной области на участке 10x4 см и находится в натянутом состоянии; другой патологии в брюшной полости не обнаружено. Большой сальник выделен из сращений, десерозированные участки его перитонизированы. В брюшную полость введено 125 мг гидрокортизона, растворенного в 150 мл 0,25% раствора новокаина, 1000 см³ кислорода. Послеоперационное течение гладкое. Больная осмотрена через 3 года, особых жалоб не предъявляет.

Диагностика изолированного приращения большого сальника в гипогастрии сложна. Важными являются симптомы, описанные Кнош, Н.И.Блиновым, В.А.Бондаренко, В.А.Бондаренко.

Из дополнительных клинических методов исследования для диагностики сальниковых спаек применяются рентгенологические методы исследования органов брюшной полости, в том числе и на фоне искусственного пневмоперитонеума.

По рентгенограмме уточняется состояние передней брюшной стенки, наличие ее дефектов, топография внутренних органов, в частности, большого сальника, наличие висцеро-париетальных спаек, их протяженность. Опыт исследования больных спаечной болезнью брюшины показывает, что не всегда просто дифференцировать спайки большого сальника от спаек кишечника на фоне искусственного пневмоперитонеума. Вероятность рентгенологических ошибок значительно снижается при использовании двойного контрастирования.

При изолированном приращении большого сальника к париетальной брюшине большинство хирургов ограничивалось отсечением его от рубцов. Профилактика же рецидивов заболевания обычно не проводилась.

По данным Е.Д.Двужильной, изуродованный спайками и хронически воспаленный большой сальник частично теряет свои биологические свойства, и поэтому снижается его полезное значение для организма.

Мнение целесообразности щадящего отношения к сальни-

ку придерживаются многие авторы (Н.И.Блинов; Н.Г.Гатауллин; Ш.Х.Ганцев; S.Takita). Ими проводилась резекция только измененных, деформированных частей большого сальника с перитонизацией десерозированных его участков.

Суждение о том, что большой сальник является органом, приносящим только вред, придерживались P.Ehler, A.Vodice. Они рекомендовали удалять полностью большой сальник при каждой полостной операции, даже если сальник интактен.

Мы принципиальные сторонники органосохраняющих операций в тех случаях, когда больной впервые оперируется по поводу спаечной болезни брюшины с вовлечением большого сальника. Однако, когда больные подвергались многократным операциям, а при лапаротомии обнаруживаются резкие фиброзные изменения большого сальника, чередующиеся с очаговыми и тем более выраженными явлениями оментита, показана резекция сальника.

Объем резекции следует определять, исходя из анатомического варианта большого сальника, степени вышеперечисленных процессов; при этом должны удаляться все измененные и даже сомнительные участки большого сальника. Культи большого сальника должна быть тщательно перитонизирована и уложена в отдалении от шва передней брюшной стенки.

2. Заворот большого сальника

Общепринятого названия этого заболевания до настоящего времени нет. В литературе встречаются самые разнообразные определения этой патологии. Большинство авторов склонно считать это состояние как заворот большого сальника, проводя аналогию с общепринятыми понятиями как заворот тонкой кишки или желудка, желчного пузыря или сигмовидной кишки. Встречается и другое определение - перекрут или перекручивание большого сальника, аналогично, как и перекрут жировых подвесков толстой кишки.

Под заворотом большого сальника надо понимать поворот его более чем на 180° в области нижнего или среднего сегментов

при неподвижности основания.

Первое описание случая заворота большого сальника относится к 1851 году (Marchetti P.). В приведенном наблюдении был вторичный заворот сальника. В дальнейшем появилось сообщение о первичном завороте большого сальника в 1899 г. К настоящему времени в литературе описано более 200 наблюдений заворота большого сальника.

Деление заворота большого сальника на первичный и вторичный связано с механизмом развития этой патологии. При первичном завороте большого сальника он свободен от спаек, его заворот происходит в основном из-за изменения внутрибрюшного давления, повышенной моторной активности кишечника. При вторичном завороте - имеются спайки большого сальника с париетальной брюшиной, внутренними органами. При этом из-за влияния вышеуказанных факторов и происходит заворот этого органа между двумя точками фиксации.

В настоящее время общепризнанна полиэтиологичность заворота большого сальника. В этиопатогенезе различают predisposing и producing факторы. К завороту predisposing факторы анатомические формы сальника, образование второй точки его фиксации, возникновение воспалительных заболеваний или геморрагического инфаркта. Producing факторами служат усиление перистальтики кишечника, физическое напряжение и другие причины, вызывающие повышение внутрибрюшного давления. В патогенезе заболевания выделяются две фазы: собственно перекрут большого сальника и его некроз с развитием перитонита (Аюжигитов Г.Н. и соавторы).

А.С. Бондарчук, Т.А.Бондарчук на основании изучения 81 работы поделились опытом диагностики и лечения заворота большого сальника у 180 больных. Большинство авторов имело 1-2 наблюдения и редко от 10-20.

Основные заболевания, с которыми больные доставлялись в лечебные учреждения, были: острый аппендицит (у 97), ущемленная грыжа (у 16), острый холецистит (у 15), острая кишечная непроходимость (у 14), перитонит (у 6) и другие. Правильный дооперационный диагноз был поставлен только в 2 наблюдениях.

Некоторые авторы (Бендер Г.М., Никулин В.Г., Акиншин Ю.И.; Мазуровский Б.М.; Михальянц А.А.; Худайбергенов Ш.Х. и др.) наблюдали многократные завороты большого сальника по часовой стрелке и против стрелки, а также вертикальный и горизонтальный заворот.

Все больные с заворотом большого сальника были оперированы. Резекцию или ампутацию большого сальника выполнили 176 больным, двум - операцию закончили разворотом и погружением большого сальника в брюшную полость. Умерли 4. Причиной смерти 3 больных был острый гнойный перитонит, 1 больного - тромбоз вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии.

Под нашим наблюдением находилось 6 больных с заворотом большого сальника. Из них было 4 мужчин и 2 женщин в возрасте от 28 до 61 года. В анамнезе были операции по поводу паховых грыж у 4 больных, грыжесечение и аппендэктомия - у 1, не было операции на органах брюшной полости - у 1. Сроки предшествующих операций до возникновения заворота большого сальника от 1 до 4-х лет.

Основные заболевания, с которыми больные доставлялись в лечебные учреждения, были следующие: острый аппендицит у 4, печеночная колика, спасечная болезнь брюшины - у 1, острый холецистит - у 1.

Связь начала заболевания с физическим перенапряжением, течение заболевания с периодами улучшения приводили к поздней обращаемости больных в поликлиники и дежурные хирургические отделения больниц. Так, 4 пациентов было госпитализировано в отделения позже 24 часов с момента начала заболевания.

Характерных клинических признаков заворота большого сальника нет. Большинство пациентов жаловались на тупые, неопределенные боли в животе без четкой локализации, которые периодически усиливались, а в покое полностью прекращались. Со временем (9-12 часов) боли локализовались в области рубцов передней брюшной стенки. У двух больных наблюдалась тошнота и рвота, у четверых - умеренное вздутие живота. Температурная реакция отмечалась у всех больных и достигала иногда высоких

цифр (39⁰).

У 4 больных, оперированных с подозрением на острый аппендицит, обнаружен заворот большого сальника (вертикальный перекрут) с явлениями некроза. У одного больного обнаружен перекрут на 720⁰ по часовой стрелке, тогда как в наблюдении Михальянца А.А. сальник был перекручен 6 раз, а в наблюдении Худайбергенова Ш.Х - 11 раз.

Двое других больных оперированы с подозрением на острый холецистит. У них до операции в правом подреберье определялся инфильтрат, который был расценен, как увеличенный и напряженный желчный пузырь. При объективном исследовании выявились симптомы Ортнера, Мерфи. Во время операции были выявлены инфильтраты, состоявшие из перекрученного большого сальника, размерами 18x8 и 15x10см с некрозом ткани большого сальника.

Лечение заворота большого сальника в основном сводится к резекции измененных его участков и только при отсутствии выраженных последствий ишемии после раскручивания большой сальник может быть погружен в брюшную полость, как это производил В.М.Мартынов.

Мы производили при этой патологии резекцию большого сальника в пределах здоровой ткани, придавая оставшейся свободной части прямоугольную форму. Такая тактика исключает возможность возникновения оментита, абсцедирования, компрессии желудка и кишечника и спаячной болезни брюшины.

Приводим наши наблюдения.

Больной Г., 53 лет, поступил в клинику через трое суток от начала заболевания. Жалобы на боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, тошноту. Ранее подобных болей в животе не было. Он перенес в 1979 году грыжесечение по поводу правосторонней паховой грыжи, а в 1980 году - аппендэктомию по поводу гангренозного аппендицита.

Объективно: состояние удовлетворительное. Повышенного питания, правильного телосложения. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент второго тона на аорте. Язык чис-

тый, суховат. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации легкое напряжение и выраженная болезненность в правом подреберье, там же определяется «дно» желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера и Мерфи. Температура тела – $37,6^{\circ}\text{C}$. Лейкоциты в крови $8,4 \times 10^3/\text{л}$. Установлен диагноз: острый холецистит. Назначена консервативная терапия, которая оказалась неэффективной. Появились симптомы раздражения брюшины, ухудшилось общее состояние больного.

Больной оперирован. Разрезом Кохера в правом подреберье вскрыта брюшная полость. Выпота нет. Обнаружен перекрут большого сальника на участке 18×8 см, последний спаян с париетальной брюшиной в правом подреберье. Резекция некротизированного участка большого сальника – свободной его части (культе) придана прямоугольная форма. Больной выписан с выздоровлением на 12 сутки после операции.

Больная Г., 40 лет, поступила в хирургическую клинику через 24 часа от начала заболевания с жалобами на боли в животе, тошноту, общую слабость. В анамнезе оперативных вмешательств не производились.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. Положение активное. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 78 ударов в 1 мин. АД $150/90$ мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Положительный симптом Ситковского, Щеткина-Блюмберга. Температура $37,4^{\circ}\text{C}$. Лейкоциты в крови $8,3 \times 10^9$, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$, гемоглобин – 143 г/л. Установлен диагноз: острый аппендицит.

Через 2,5 часа от момента поступления под наркозом выполнена лапаротомия доступом Волковича-Дьяконова. При ревизии червеобразный отросток не изменен, выявлен перекрут пряди большого сальника на 360° , составляющий $\frac{1}{4}$ часть органа, с некрозом ее и развитием местного серозно-геморрагического перитонита. Лапаротомная рана расширена кверху. Произведена резекция некротизированного участка большого сальника, санация и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

3. Кисты большого сальника.

Кисты большого сальника встречаются редко, составляя 0,02% от всех его заболеваний (по данным Ю.Г.Кудинского и соавторов). Они подразделяются по характеру содержимого на серозные, геморрагические, хилезные, дермоидные и паразитарные кисты. Хилезные кисты нередко относятся к лимфангиомам. Серозные, геморрагические и хилезные кисты могут быть травматического происхождения.

По размерам кисты большого сальника могут быть малые, средние и большие или гигантские; по локализации – в фиксированной и свободной части большого сальника; по характеру возможных осложнений – с разрывом кисты, малигнизацией, перекрутом ее ножки, кровотечением, сдавлением соседних органов и пр.

Кисты большого сальника в большинстве случаев могут длительно оставаться бессимптомными, пока вследствие своего роста не вызывают увеличение размеров живота, причем часто такие кисты принимаются за асцит или туберкулезный перитонит. Возможно развитие и механической кишечной непроходимости вследствие сдавления кишечника. При локализации кист в желудочно-ободочной связке чаще на первый план выходят признаки желудочного дискомфорта (тошнота, отрыжка, возможна рвота, снижение аппетита).

Диагностика кист большого сальника основывается на обнаружении в брюшной полости эластического, подвижного образования с гладкой поверхностью. Диагноз подтверждается данными рентгенологического исследования на фоне искусственного пневмоперитонеума, ультразвукового исследования, компьютерной томографии, лапароскопии.

Дифференциальная диагностика проводится с кистами брыжейки, яичника, поджелудочной железы, подвижными опухолевидными образованиями, исходящими из органов забрюшинно-

го пространства.

Киста большого сальника, особенно когда она достигает больших размеров, является абсолютным показанием для оперативного лечения. Преклонный возраст больных, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний диктует динамическое наблюдение за этими пациентами. В случаях прогрессирующего увеличения объема кисты, появлении признаков осложненного течения заболевания и этим больным показано оперативное лечение.

Наилучшим методом операции является энуклеация кисты. При средних и больших кистах показана резекция большого сальника, а при тотальном его поражении - оментэктомия. Операция марсупиализация в настоящее время при кистах большого сальника не применяется. Недостатком последнего способа является длительное существование свища, особенно при хилезных кистах.

В качестве примера о хилезной кисте, представляется выписка из истории болезни, приведенной С.И.Беловым и соавторов.

Больная К., 47 лет, доставлена в стационар с жалобами на сильные боли постоянного характера по всему животу, его вздутие. Кратковременные приступообразные боли в животе периодически беспокоили около 5 лет, с чем-либо связать их не может. Неожиданно появились острые боли постоянного характера в области пупка, присоединилось вздутие живота. Поставила очистительную клизму, после которой был обильный стул, но вздутие живота оставалось, а боли распространились на весь живот и не стихали. Перенесла операцию: удаление кисты левого яичника.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, избыточного питания. АД 115/80 мм рт.ст. Пульс 80 в мин., удовлетворительных свойств. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, умеренно увеличен в объеме, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный справа и книзу от пупка, где определяется округлое эластическое образование 9х7 см, малоподвижное. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Естественные отправления не нарушены. Температура тела 37°C. Заподозрена перекрученная киста сальника или брыжейки кишки.

Экстренная операция - срединная лапаротомия под мест-

ной анестезией 0,25% раствором новокаина. Установлено, что сальник широко припаян к передней брюшной стенке. Сюда же подтянута спайками и поперечно-ободочная кишка. В сальнике - киста, размером 8х5 см, которая удалена после разделения спаек. Рана зашита послойно наглухо. Киста оказалась одновременной наполненной прозрачной жидкостью. Послеоперационный период протекал обычно.

4. Кистозная лимфангиома большого сальника.

Лимфангиома - доброкачественная опухоль из лимфатических сосудов наблюдается обычно у детей как врожденный порок развития. Различают капиллярную, кавернозную и кистозную формы. Преимущественная локализация - шея, слизистая оболочка полости рта, язык, забрюшинное пространство, брыжейка. Кистозная лимфангиома большого сальника встречается редко, возникает у детей до 6 лет, чаще у мальчиков, чем у девочек. Опухоль бывает одиночная и множественная, однокамерная и многокамерная, размером от 1 до 20 см, имеет хилусное, серозное или геморрагическое содержимое, может нагнаиваться. Обнаруживается обычно как случайная находка во время операции или на аутопсии.

Клиническая картина заболевания разнообразна, зависит от размера и количества кист, взаимоотношениями их с окружающими органами и тканями, а также от присоединения различных осложнений: разрыва оболочек, кровоизлияния в полость кисты, непроходимость кишечника, инфицирования. Однако наиболее частыми симптомами являются периодические боли в животе, чувство тяжести в эпигастральной области, рвота; выделяют также триаду признаков: поверхностное расположение, свободная подвижность опухолевидного образования, незначительные функциональные нарушения внутренних органов. При тщательном клинико-рентгенологическом обследовании возможна дооперационная диагностика заболевания, наибольшую же трудность в дифференциально-диагностическом плане представляют осложненные кистозные лимфангиомы, при которых развивается клиническая кар-

тина острого живота.

Б.А. Григорьев, Г.М. Горшков описали наблюдение, которое мы приводим.

Больной С., 3 лет 10 мес., поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на периодические боли в животе, повышение температуры до 38°C. Месяц назад была произведена аппендэктомия. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, в подвздошной области пальпируются эластичные малоподвижные опухолевидные образования. Перистальтика кишечника прослушивается хорошо. Анализ мочи и крови в норме. При экскреторной урографии и контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. Клинический диагноз: опухоль брюшной полости. При срединной лапаротомии в брюшной полости обнаружено около 100 мл прозрачной геморрагической жидкости. В подвздошных областях располагается 2 кистозных белесовато-синюшного цвета образования размером 7х6, 5х5, 5х4х3,5 см исходящих из большого сальника. Произведена резекция сальника с кистами, взяты на биопсийное исследование увеличенные до 1х1,5 см мезентеральные лимфатические узлы.

Макропрепарат: в сальнике располагаются 2 кисты размером 7х6, 5х5, 5х4х3,5 см и толщиной стенки до 0,2-0,3 см, заполненные молочно-белой полупрозрачной жидкостью. Сальник рядом с кистой слева на участке 2х4 см утолщен до 2,5 см, представлен «губчатой» белой отечной тканью с множеством мелких кист размером от 0,2 до 0,5 см, заполненных прозрачным содержимым. Гистологическое исследование: опухоль представлена множественными, неправильной формы полостями, выстланными эндотелиальными клетками, в просвете полостей базофильное мелкозернистое содержимое с единичными лимфоцитами. Стенка крупных кист образована плотной соединительной тканью, выстланной уплощенными эндотелиальными клетками.

Заключение: кавернозно-кистозная лимфангиома большого сальника, в лимфатических узлах гиперплазия лимфоидной ткани, десквамативное катаральное воспаление синусов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан на 12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 4 месяца жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное.

5. Грыжи живота редкой локализации

К редким формам грыж живота относятся грыжа мечевидного отростка, боковые, поясничные, запираательные, промежностные, седалищные грыжи, а также различные внутренние грыжи.

Грыжа мечевидного отростка образуется при наличии в нем дефекта, через который происходит выпячивание предбрюшинной жировой клетчатки, либо париетального листка брюшины (истинная грыжа). Диагностика основана на обнаружении уплотнения в области мечевидного отростка, дефекта по данным рентгенографии. Лечение грыжи хирургическое и заключается в резекции мечевидного отростка и сшивании краев влагалищ прямых мышц живота.

Боковая грыжа представлена в основном грыжей спигелиевой (полулунной) линии, которая встречается с частотой не более 0,48-1% (Ветшев П.С. и соавторы).

Грыжа спигелиевой линии образуется при наличии дефекта спигелиевой фасции. Чаще всего грыжа развивается по линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости в парамедиальной области на 0-6 см краниальнее линии, идущей между обеими передними верхними остями подвздошной кости и описываемой как «пояс спигелиевых грыж» (Artioukh D.Y., Walker S.J.). Подразделяют грыжу спигелиевой линии на грыжу подкожную, интерстициальную и предбрюшинную.

Трудности диагностики грыжи часто связаны с отсутствием типичной симптоматики, недостаточным опытом и настороженностью врача. Они особенно возникают при интерстициальной и предбрюшинной формах грыжи, покрытых сверху мышечно-

апоневротическим слоем. В 10-20% наблюдений происходит ущемление грыжи, что требует дифференциальной диагностики с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, гематомами и опухолями брюшной стенки.

Лечение грыжи хирургическое. При этом используются три вида операции: традиционный (открытый) способ с пластикой местными тканями, традиционный с применением синтетических протезов, лапароскопический.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Р., 79 лет, поступила в хирургическую клинику 04.02.2005 года с жалобами на общую слабость, тошноту, многократную рвоту, задержку стула в течение последних 8 суток. В анамнезе аппендэктомия. Состояние при поступлении тяжелое, положение лежащее. АД 110/80 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в 1 мин. При осмотре язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и мезогастррии. В области пупка грыжевое выпячивание размером 2х2см, содержимое свободно вправляется в брюшную полость. Перитонеальных знаков нет, выслушиваются вялые перистальтические шумы кишечника. При ректальном пальцевом исследовании патологии не выявлено. С подозрением на кишечную непроходимость больной под наркозом была выполнена экстренная диагностическая лапароскопия, на которой выявлены раздутые петли тонкой кишки. В связи с наличием кишечной непроходимости произведена конверсия - нижне-срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлено ущемление интерстициальной формы грыжи спигелиевой линии живота слева. Ущемляющее кольцо рассечено. Ущемилась петля тощей кишки, располагающаяся на расстоянии 120 см от связки Трейтца, на протяжении 8 см. На ней имеется четко выраженная странгуляционная линия, жизнеспособность кишки восстановлена. Грыжевой мешок диаметром 5 см, располагавшийся в толще мышц передней брюшной стенки, иссечен. Произведена пластика грыжевых ворот путем наложения узловых швов на апоневроз, париетальную брюшину со стороны брюшной полости. Брюшная полость дренирована двухпросветным трубчатым дренажом. Послойные швы на лапаротомную рану. Послеоперационный период

протекал без осложнений. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из клиники.

Поясничная грыжа возникает в двух «слабых местах» задней стенки живота: в треугольнике Пети и промежутке Грюнфельда-Лесгафта (Тоскин К.Д., Жебровский В.В.). Поясничная грыжа может быть врожденным или приобретенным, часто ущемляется, приходится дифференцировать ее от абсцессов и опухолей. Лечение только хирургическое, которое заключается в пластике грыжевых ворот поясничной фасцией сверху и ягодичной фасцией снизу, или с использованием синтетической сетки.

Запирательная грыжа выходит через запирательное отверстие и появляется на внутренней поверхности верхней трети бедра. Чаще всего встречается у женщин пожилого возраста при ослаблении мышц дна малого таза. Больные обычно жалуются на небольшое выпячивание, боли, нарушение чувствительности в верхней трети бедра, которые усиливаются при отведении и ротации конечности. Ошибочно можно принять за бедренную грыжу. Нередко диагноз устанавливается только при ущемлении грыжи (П.М.Лаврешин, В.К.Гобеджишвили).

Лечение грыжи хирургическое, которое заключается в лапаротомии, пластике грыжевых ворот местными тканями или синтетическим материалом. При некрозе ущемленной кишки выполняется резекция органа в пределах здоровых тканей. В некоторых случаях извлечение ущемленной кишки из запирательного отверстия невозможно, в связи с этим резецированная петля кишки удаляется через бедренный доступ.

Промежностная грыжа бывает передней и задней, чаще встречается у женщин. Передняя промежностная грыжа выходит в средней части большой половой губы, задняя – в подкожную клетчатку спереди или позади заднепроходного отверстия. Содержимым грыжевого мешка являются мочевого пузырь и внутренние половые органы. Герниопластика выполняется лапаротомным или промежностным доступом.

Впервые **седалищная грыжа** была описана в 1750 году Папеном. К 1965 году в мировой литературе было около 40 наблюдений этой грыжи (Т.Юсупов, 1965). В последующем публиковались единичные наблюдения (А.Я.Фищенко, С.И.Барило; И.А.Бураков; И.Д.Карев и соавторы).

Седалищные грыжи выходят через большое или малое седалищное отверстие, появляются под большой ягодичной мышцей или из под ее нижнего края. Содержимым грыжевого мешка являются петли тонкой кишки, большой сальник. Чаще всего встречается у женщин. Этиологическими факторами являются воспалительные или дистрофические процессы, особенности анатомического строения, травмы, деформации таза, опухоли. Больные жалуются на грыжевое выпячивание и боли в ягодичной области, иррадирующие по ходу седалищного нерва. Выполняется лапаротомия, герниопластика.

Внутренняя грыжа живота является редкой причиной острой кишечной непроходимости. Она обнаруживается у 1-4,2% больных с кишечной непроходимостью (Ю.Ю.Крамаренко).

В литературе описаны случаи внутреннего ущемления тонкой кишки в позадислепокишечном углублении (В.П.Гречаный и соавторы), серповидной связке печени (В.А.Шуляренко и соавторы), поперечной брюшинной перепонке (Ю.Ю.Крамаренко; Н.И.Казанцев, В.Л.Ганнота), дефекте брыжейки кишечника (А.С.Файн).

Приводим собственное клиническое наблюдение ущемления тонкой кишки в полости малого таза.

Больная 3., 72 лет, поступила в клинику года с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту, Заболела остро за 18 ч. до поступления в клинику. В анамнезе аппендэктомия, уретролитотомия, влагалищная экстирпация матки с придатками по поводу фибромиомы 20 лет назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД 17,3/10,6 кПа (130/80 мм рт. ст.), пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного на-

полнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, болезненный в мезогастральной и правой подвздошной областях. Печень у края реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Перитонеальных знаков нет. Перистальтические шумы выслушиваются. Задержки стула и отхождения газов нет. Мочеиспускание не нарушено. Анализ крови: эр, 3,9ХЮ¹²/л, Нв 150г/л, л. 11,5ХЮ 9/л, СОЭ 20 мм/ч, сахар 5,8 ммоль/л.

Анализ мочи: с/ж, реакция щелочная, белок отриц., л. 1—2—2 в поле зрения, диастаза 16 ед.

На обзорной рентгенографии брюшной полости чаш Клойбера не выявлено.

Диагноз при поступлении: спаечная болезнь брюшины, болевая форма. Хронический холецистопанкреатит.

В процессе динамического наблюдения и контроля пассажа контрастного вещества по кишечнику через 18 ч. от момента поступления у больной выявлена клиническая картина острой механической кишечной непроходимости и выставлены показания к экстренной операции. От операции больная категорически отказывалась. Через 31 ч. от момента поступления больная согласилась на операцию.

Под эндотрахеальным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости около 500 мл геморагического выпота без запаха. При ревизии установлено, что петля тонкой кишки на расстоянии 1,5 м от связки Трейтца ущемлена в полости малого таза, грыжевыми воротами является измененное за счет рубцово-спаечного процесса верхнее отверстие малого таза размерами 4х5 см. Произведено рассечение грыжевых ворот. Полость малого таза колбовидной формы размерами 10х12 см. Ущемленная петля тощей кишки длиной 30 см синюшно-багрового цвета, не перистальтирует, ее серозный покров тусклый. Некротизированный участок кишки резецирован в пределах здоровых тканей проксимально 35 см и дистально 20 см от границ некроза. Наложена анастомоз конец в конец, Грыжевые ворота ушиты отдельными капроновыми швами. Полость таза дренирована. Операционная рана ушита послой-

но наглухо. Гистологическое исследование: гангрена тонкой кишки.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. На 14-е сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии. Больная осмотрена через год после операции, жалоб не предъявляет, нарушения стула не наблюдается.

VIII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Научно-технический прогресс «перевооружил» классические методики обследования больных, усовершенствовал методы исследования и создал принципиально новую диагностическую и лечебную аппаратуру.

Вместе с тем современные достижения гастроэнтерологии с большими возможностями дополнительных методов исследования, в том числе инструментальных, лабораторных исследований, ни в коем случае не принижают значения физикальных методов исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). После анализа жалоб больного, истории развития заболевания физикальные методы исследования составляют основу диагностики и, прежде всего, дифференциальной диагностики в абдоминальной хирургии.

Это положение актуально в современной ситуации, когда отчетливо проявляется крен к утверждению главенствующей роли инструментария и недооценке в решении сложных диагностических задач классических пропедевтических методов исследования.

Глубокий подход к знанию и совершенствованию анализа данных, полученных при клиническом обследовании больного, позволяют получить всестороннее, полное представление о заболевании, представить неординарное решение с учетом имеющегося симптомокомплекса. Специалист должен оценивать каждый симптом в отдельности, а больного в целом. Простой набор фактов состояния больного без систематизированного, глубокого анализа их, не способствует развитию как врачебного мышления вообще, так диагностического в частности. А это приводит к поздней и, зачастую, неправильной диагностике, к невозможности обеспечения оптимальной лечебной тактики. «Изучайте, сопоставляйте, накапливайте факты... не превращайтесь в архивариусов фактов. Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения...» (И.П.Павлов).

Как указывал Вейль С.С. «...диагностическая машина облегчает, по-видимому, труд врача, но, чтобы успешно пользоваться

ся диагностической машиной, нужно быть хорошим клиницистом...». Одновременно ученый подчеркивает, что «в современных условиях, при неизмеримо возросших возможностях лечения многих болезней, поздно поставленный и неточный диагноз может принести гораздо больше вреда, чем раньше, когда лечебная помощь была менее эффективной и носила нередко лишь симптоматический характер».

Знание клиники редких болезней, синдромов и сочетаний тех и других в гастроэнтерологии способствует раннему распознаванию заболеваний системы пищеварения и определению рациональной тактики лечения, в том числе и хирургического.

IX. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулжавадов И. М. Заболевания сальникового отростка аппендикса. //Клиническая хирургия.- 1990.- № 4.- С.73-74.
2. Абдуллаев А.Г. Возможности современных методов диагностики и хирургического лечения кист печени //Хирургия.- 1990.-№8.-С.157-163.
3. Анализ отдаленных результатов холецистэктомии. /Хасанов А.Г., Нуртдинов М.А., Ибраев А.В. и др. // Научный прорыв /Сборник научных трудов.- Уфа, 2004.- С.89.
4. Андрианов А.В., Лебедев С.Ю. Синдром Огилви //Хирургия.- 1993.- №11.- С. 50-55.
5. Антипова Н.Б., Ржисков М.Ю. Туберкулез брюшной полости и внутренних гениталий на фоне аллергии к туберкулину //Пробл. туберкулеза.-1994. -№5.- С.54-55.
6. Апоян В.Т., Геворкян Л.А. Фитобезоары как причина острой тонкокишечной непроходимости //Хирургия.- 1988.- № 12.- С. 68-70.
7. Баскаков В.А., Сон В.Г. Острый аппендицит в ущемленной грыже. //Хирургия.- 1989.- № 4.- С. 135.
8. Безоары желудка./ В.А.Арабаджян, В.В.Легина, В.Ф. Громов и др. //Росс. мед. журн.-1996.-№4.- С.51-53.
9. Белослюдцева В., Чиркина М Сифилитические поражения желудка в первичном периоде. //Врач.-1997.-№2.- С.44.
10. Беляев А.А. Безоары желудка и их осложнения //Хирургия.- 1993.-№5.- С.44-47.

11. Бенедикт В.В., Ковалевский Б.А. Инородное тело червеобразного отростка - причина развития острого аппендицита. //Клин. хирургия.- 1988.- № 4.-С. 64.
12. Бохан К.Л. К 100-летию со дня первой в России операции по поводу билиарного илеуса. //Хирургия.- 1993.- №7.- с. 88.
13. Брагин В.В., Бурденко Б.В., Егоров В.П. Сочетание дивертикулита слепой кишки с мукоцеле червеобразного отростка. //Хирургия.- 1988.- №3.- с. 122-123.
14. Брагин В.В., Егоров В.П. Первичный рак червеобразного отростка. //Клин. Хирургия.- 1988.- № 5.- с. 63-64.
15. Брегель А.И. Альперт А.А. Удаление фитобезоара при гастроскопии. //Вестн. хирургии.-1985.-Т.135.-№7.- С.64.
16. Булгаков Г.А. Фитобезоар желудка. //Клин. мед.- 1987.- Т65, №2.-С.116-117.
17. Бухтияров И.Н., Костин А.Е. Невринома желудка, осложнившаяся кровотечением //Вестн. хир.-1998.- №1.- С.78.
18. Васильев А.В., Смирнова Е.А. Лейомиосаркома тонкой кишки.//Архив пат.-1998.- Т.50, вып.9.- С.79-81 .
19. Ветшев П.С., Бекшоков А.С., Гургенидзе Г.Р. Грыжи спигелиевой линии //Хирургия.- 2004.- №11.- С.54-55.
20. Власов В.И., Балдуев В.И., Глушко В.Я. Полиповидные карциноиды желудка и прямой кишки//Хирургия.-1995.-№5.- С.73-74.
21. Выбор метода оперативного вмешательства при сочетании язвенной болезни с дивертикулами желудка и двенадцати-

перстной кишки./Н.Н. Волобуев, Ю.В. Артемов, Чижов А.И.//Вестн. хир.-1986-т.137- №10-с.28-30.

22. Ганцев Ш.Х., Серяк А.Н. Современная классификация заболеваний червеобразного отростка. //Казанский мед. журнал.- 1991.- № 6.- с. 438-440.
23. Гатауллин Н.Г. Послеоперационная спаечная болезнь брюшины. - Уфа: Башк. кн. изд-во. - 1978.- 160 с.
24. Гатауллин Н.Г., Ганцев Ш.Х., Хунафин С.Н. Диагностика и лечение заболеваний большого сальника.- Уфа: Башк. кн. изд-во. - 1988.- 96 с.
25. Гемелин С.А., Грачев А.Н. Лейомиомы и лейомиосаркомы желудка //Вестн. хир.-1995.- Т.141, №4-6.- С.43-44.
26. Гиреев Г.И., Султанов А.С. Перфорация червеобразного отростка желчным камнем. //Хирургия.-1989.- №1.- с. 113.
27. Глушков Н.И., Земляной Ю.А. Туберкулез слепой кишки //Вестник хирургии.-1993.- Т.150, №3.- С.45.
28. Горбунов О.М., Шалагина С.Г. К хирургии острой желчно-каменной кишечной непроходимости. //Вестник хир.- 1990.- №3.- с. 40-41.
29. Гречаный В.П., Груминский В.С., Ярмыш А.С. Ущемленная грыжа у ребенка, осложнившаяся инвагинацией кишечника //Клиническая хирургия.- 1988.-№6.-С.68-69.
30. Григолия Н.Г., Хутулашвили Н.В. Малигнизированный карциноид червеобразного отростка. //Вестник хир.- 1991.- №1.- с. 50-51.

31. Григорян Р.С., Старков Ю.Г. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при папиллярных дивертикулах. //Хирургия.- 2001.-№7.- С.52-55.
32. Гуца А.Л., Пономарев А.А., Караваев Н.С. Флегмона желудка //Клин. медицина. – 1983.- №8. – С.12-15.
33. Дерижанова И.С. О гистологической классификации карциноидных опухолей. //Арх. пат.- 1979.- №3.- с. 18-24.
34. Дерюгина М.С., Дамбаев Г.Ц., Найденкин В.И., Баева И.Ю. Инвагинация червеобразного отростка. //Хирургия.- 1990.- №12.- с. 139-140.
35. Демирташева Н.Т., Фомичев А.А. Нейросаркома двенадцатиперстной кишки, как причина рецидивирующего кишечного кровотечения //Клин. хир.-1990.-№5.- С.44.
36. Десятерик В.И., Чабан А.П., Пескарский Л.Э. Миксома червеобразного отростка с развитием псевдомиксомы брюшной полости. Клин. хирургия, 1988, №4, с. 67.
37. Диагностика и лечение перегибов и заворотов желудка у детей /А.Э. Степанов, Н.Д. Шумов, Т.Э. Нецветаева и др.//Детская хирургия.- 1991.-№1.- С.4-5.
38. Диагностика и тактика лечения неконтрастных инородных тел желудка и кишечника /И.А. Гиленко, Д.Г. Демянюк, Г.И. Дихтенко и др.//Клин. хир.-1993.-№4.-С.39-41.
39. Диомидова В.Н., Лемешко З.А., Меркулова Л.М. Клинический случай лимфосаркомы желудка //Росс. журн. гастроэнт., гепатол., колопроктол.-1999.-№6.-С.74-76.

40. Дмитриева С.Д., Легостаев В.М., Попова Г.Н. Эндоскопическая дифференциальная диагностика редких заболеваний желудка //Росс.онкол.журн.-2001.-№3.-С.37-40.
41. Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой кишки /Г.Смаков, П.Эктов, Ю.Куницкий, В. Карпов //Врач.-2000.-№4.- С.23-24.
42. Долишный В.Н., Кривоножкин М.И., Штанько Ю.Г. Сочетание множественных тератомных многокамерных кист брыжейки тонкой и толстой кишки и тератомы левого яичка.//Вестник хирургии.-1995.- Т.154,№2.- С.112.
43. Жмудиков Ф.М., Фролов С.М. Гемангиома желудка //Здравоохран. Белорус.-1986.-№10.- С.75.
44. Заворот желудка в грыже пищеводного отверстия диафрагмы /Э.П.Рудин, О.И. Доброчаев, Н.М. Каленов, Д.Н. Курашвили //Вестник хирургии.-1990.-Т.144, №1.-С.53-54.
45. Заворотный А.В., Дышлюк В.Ф., Фатум Ю.М. Наблюдение хилезной кисты брыжейки тонкой кишки.//Кл. орд.-1988.- №2.- С.62-63.
46. Зиневич В.П. Непаразитарные кисты печени //Вестник хирургии. -1989.- Т.143, №10.- С. 46-48.
47. Кабанчук И.Н., Гречаный А.П., Скорик В.Т., Дудченко А.Г. Два червеобразных отростка у одного больного. //Клин. Хирургия.- 1990.- №4.- С. 63.
48. Казанцев Н.И., Ганнота В.Л. Непроходимость тонкой кишки, вызванная внутренней перепончато-сальниковой грыжей //Хирургия.- 1990.-№8.-С.129.
49. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка. – М.,

50. Караман Н.В., Зимовский В.Л., Кравчук А.Н. //Клиническая хирургия.- 1984.-№ 2.- С.23-26.
51. Кареев И.Д., Ефременко В.А., Ларин А.А. Сочетание седалищной грыжи и миксомы ягодичной области. // Хирургия, 1989.- №4.- С. 136-137.
52. Климанский И.В., Шаповальянц С.Г. Диагностика и лечение желчнокаменной кишечной непроходимости. //Вести хир.- 1975.- №8.- С. 34—35.
53. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка /В.А. Кубышкин, Г.Г. Кармазановский, И.П.Калганова и др.//Хирургия.-1999.-№2.-С.4-7.
54. Клиническое наблюдение гемангиомы тонкой кишки /Е.Д.Бешлиева, С.Д.Подымова, Н.Н.Напалкова и др. //Росс. журнал гастроэнт., гепат., колопрокт.-2003.-№4.- С.77-80.
55. Комаров Н.В. Заворот червеобразного отростка. - Хирургия, 1990, №12, с. 137.
56. Крамаренко Ю.Ю. Внутренние брюшные грыжи и кишечная непроходимость.- М., 1956.
57. Краснокутский Ю.А. Первично-множественные карциноиды тонкой кишки //Кл. мед.-1996.- Т.74.-№8.- С.68-69.
58. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Ованесян Э.Р., Берелавичус С.В. Вариант обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной желчными камнями. //Хирургия.- 2003.- №9.- С.51.

59. Кубышкин В.А., Ионкин Д.Л., Колганова И.П. Гигантская карциноидная опухоль желудка (клиническое наблюдение) //Хирургия.-2000.-№6.- С. 50-53.
60. Кувшинников М.С., Молев В.П., Лейзерович Д.Л. /Хирургическое лечение безоаров желудочно-кишечного тракта //Хирургия.-1991.-№5.- С.147-148.
61. Кузин Н.М., Егоров А.В., Баканов А.И. Гемангиомы тонкой кишки, осложненные рецидивирующим кровотечением //Хирургия.-1994.-№4.- С.58.
62. Кузнецов В.М., Цыбиков Е.Н., Даминов В. Ч. Тактика при желчнокаменной кишечной непроходимости. //Хирургия, 1991.- №2.- С. 45—48.
63. Кулаев И.А., Засецкий Э.Е., Гун Р.С. Карциноид червеобразного отростка, осложненный инвагинацией. // Хирургия.- 1986.- № 1.- С. 103.
64. Кулик П.П. Материалы к хирургической анатомии илеоцекального отдела кишечника. - Автореф. дис., 1956.
65. Куницкий Ю., Смаков Г., Карпов И. Осложнения со смертельным исходом при дивертикулах и двенадцатиперстной тонкой кишок //Врач.-2003.-№5.- С. 20-21.
66. Кургузов О.П. Дивертикулы желудка //Хирургия.-1996.-№3.- С.67-71.
67. Кургузов О.П. Заворот желудка//Хирургия.-1998.-№4.-С.62-67.
68. Кургузов О.П. Безоары как причина острой тонкокишечной непроходимости //Хирургия.-2004.-№11.-С.18-21.

69. Кургузов О.П., Козлов С.В. Заворот желчного пузыря. – Хирургия.- 2004.-№3.- С.80-85.
70. Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Татевосян А.С. Карциноидные опухоли желудочно-кишечного тракта //Хирургия.- 1989.- №12.- С.126-133.
71. Лаврешин П.М., Гобеджишвили В.К. Опыт лечения ущемленных запирательных грыж. //Вестн. хир.-1993.-Т.150,№ 5-6.- С.53-54.
72. Лазовскис И.Р. 2668 клинических симптомов и синдромов. Издание 3-е переработанное и дополненное. Врачебный практикум. - М.:Миклош,1995.- 300 с.
73. Лапароскопия в комплексной диагностике абдоминального и генитального туберкулеза. /А.В. Семеновский, В.С. Баринов, М.Н. Кочорова и др. // Пробл. туберкулеза.-1999.-№3.-С.36-39.
74. Лейомиома желудка/А.И. Дудин, К.М. Ахадов, Ю.В. Мичков, Ф.К. Смелянский //Клин. мед.-1989.- Т.67.-№10.- С.125-126.
75. Лейомиосаркома желудка и кишечника /Почебый Б.Ф., Берлов Г.А., Малахов Г.В. и др. //Здравоохр. Белорус.-1987.- №12.- С.8-10.
76. Лейомиосаркома тонкой кишки /Ю.Н.Тимофеев, А.В. Николаев, А.Г. Перевощиков, Г.Т. Миронова //Хирургия.-1992.- №3.- С.113-114.
77. Лимфома тонкой кишки /А.В.Фарбер, С.И.Рыбина, Н.Ш.Маглакелидзе и др.//Росс. журнал гастроэнт., гепат., колопрокт.-2001.-№5.- С.79-82.

78. Липатов В.И., Мисник В.И., Хохлов А.М. Хирургия.-1973.- №2.- С.41-45.
79. Майстренко Н.А., Казанский В.А., Калашников С.А. Диагностика и хирургическое лечение неэпителиальных опухолей желудка //Вестн. хирургии.-1997.-№3.- С.26-29.
80. Макаренко Т.П., Брусиловский М.И. Карциноидные опухоли желудочно-кишечного тракта.- М.,1966.
81. Малыгин В.Н. Кавернозная гемангиома червеобразного отростка.- Хирургия, 1990, №12, С. 138.
82. Меньшиков В.В., Бассалых Л.С., Шапиро Г.А. Карциноидный синдром.- М., 1972.
83. Мун Н.В., Сосновский Д.Г. Рак двенадцатиперстной кишки, осложненный кишечной непроходимостью //Хирургия.- 1989.- №12.- С. 116-117.
84. Мурзанов М.М. Миксоглобулез червеобразного отростка. //Хирургия.- 1982.- №10.- С. 110.
85. Мурзанов М.М., Тугузбаев Г.Я., Салахов Х.С. Кровотечения при доброкачественных опухолях желудка //Клин. хирургия.- 1981.- №5.- С.76.
86. Нартайлаков М.А. Хирургическое лечение кист печени.- Уфа, 1997.-52 с.
87. Невролейомиома желудка /В.Г.Рябцев, А.Ф. Григорьев, Н.А. Миндадзе и др.//Хирургия.-1992.-№3.- С. 103-104.
88. Нигматуллин Р.А., Каланов Р.Г., Гарипов Р.М., Казбулатов С.С. Редкий случай внутреннего ущемления тонкой кишки. – Здравсохранение Башкортостана.-1992.-№2.- с.52-53.

89. Нидерле Б.И. и др. Хирургия желчных путей. - Прага: Авиценум, 1982. - с. 408—412.
90. Новообразования тонкой кишки /Г.И. Воробьев, К.Н. Саламов, С.И. Акчасов и др. //Анналы хир.-2000. -№5.- С.21-25.
91. Новые возможности лучевой диагностики в выявлении патологии тонкой кишки. /Л.М. Портной, Н.Ю. Петухова, Г.А.Оташук, Л.Е.Таганов //Вестн. рентген. и радиол.-2002.- №6.-С. 4-16.
92. Носальчук Н.К.,Вервега М.С. Злокачественная нейрофиброма тонкой кишки.//Клин. хир.- 1989.-№2.- С.62-63.
93. О лейомиосаркоме двенадцатиперстной кишки./Егоров В.И., Митин Ю.Ф.,Коровин А.И. и др.//Воен.мед.журнал.-1986.- №11.- С.59-60.
94. Овнатаян К.Т., Тарнопольский А.М. Опухоли тонкой кишки и ее брыжейки. – Киев, 1966.
95. Овчинников В.А., Пузанов А.В. Гигантская экзогастрическая гломусная ангиома желудка //Вестн. хир.-1990.-Т.145,№9.- С.70-71.
96. Орлов С.Д. //Хирургия.- 1981.- №4.- С.98-99.
97. Панкреатодуоденальная резекция при карциноиде двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением./Лагода Л.Е., Дуденко Г.И., Бычков С.А., Дуденко В.Г.//Хирургия.- 1993.-№4.- С.67.
98. Пенин В.А., Игнатов С.В., Малинов О.А. Гломическая кавернозная опухоль тонкой кишки //Хирургия.- 1988.- № 12.-

99. Петельникова Е.С., Власов В.И., Попов В.Д. Злокачественная меланома тонкой кишки. //Хирургия.-1990.- №4.- С.128-129.
100. Петровский Б.В., Милонов О.Б. и др. Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных путей.- М: Медицина,1980.-с.246-253.
101. Плешко К.И., Яковлев С.И., Бондарев О.А. Псевдомиксома червеобразного отростка. //Хирургия.- 1990.-№ 12.- с.138-139.
102. Пономарев А.А., Курьгин А.А. Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.- Л.: Медицина, 1987.- 232 с.
103. Путятин С.В., Бостанов Х.А. Лейомиома и лейомиосаркома желудка и кишечника //Клин. хир.-1986.-№5.- С.60.
104. Ратнер Ю.А. Опухоли кишечника. Казань, 1962.
105. Родионов Л.С. Кавернозная гемангиома больших размеров брыжейки тонкой кишки.//Вестн.хир.-1990.-Т.145, №12.- С.53.
106. Рудаков С.Ю. Гигантская невринома желудка //Вестн. хир.-1995.-№4-6.- С.106.
107. Руденко Б.И. Киста червеобразного отростка. //Хирургия.- 1982.- №10.- С. 110.
108. Румянцев Е.М., Чернов В.М. Редкое осложнение врожденного дивертикула кардиального отдела желудка //Военно-мед. журн.- 1985.- №3.- С.55-66.

109. Савицкая Л.К. Наружный эндометриоз. Дисс. канд. М., 1960.
110. Саламов Л.А., Эльмурзаев Х.А. Заворот червеобразного отростка с частичным тромбозом брыжейки у ребенка. //Вестн. хирургии.- 1989.- №8.- с. 100.
111. Санютевич Р.В., Меленко А.С. Воспаление жировых подвесков толстой кишки, симулировавшее острый холецистит //Хирургия.- 1992.-№1.- С.98.
112. Сахаутдинов В.Г., Мурзанов М.М. Профузное гастродуоденальное кровотечение как осложнение спонтанного внутреннего свища внепеченочных желчных путей (Синдром Бувре) //Клин. хирургия.- 1981.- №9.- С.70.
113. Семенский В.А. Острый заворот желудка.//Хирургия.-1992.- №1.- С.99-100.
114. Серяк А.Н. Воспаление дивертикула червеобразного отростка. //Клин. Хирургия.- 1991.- № 2.- с. 57-58.
115. Серяк А.Н. Редкие заболевания червеобразного отростка по материалам мелеузовской ЦОБ. //Материалы V конференции хирургов южного региона Республики Башкортостан.- Мелеуз, 1993.- с. 1-14.
116. Силаев Н.К., Гвиниашвили Г.Г., Козлов С.Е. Редкие формы кишечной непроходимости. //Хирургия.- 2000.- № 5.- с. 44.
117. Складчиков В.В., Климов А.Е., Магомедов М.К. Нейрофиброма червеобразного отростка. //Хирургия.- 1990.- № 8.- С. 128-129.
118. Смирнов В.А., Колосс О.Е. Гигантская лейомиома желудка //Хирургия.- 1989.- №12.- С.117-118.

119. Сочетание карциноида желудка с дивертикулами двенадцатиперстной кишки. /В.П.Далавурак, В.В. Брагин, Б.В. Борзенко, В.П. Егоров //Клин. хир.-1987.-№10.- С.65.
120. Сочетание узловой фибромиомы матки с карциноидом червеобразного отростка. /Брагин В.В., Лазарев А.В., Ляшевич Л.М., Шарапанюк С.А. - Клин. Хирургия.- 1989.- № 5.- с. 63-64.
121. Специфические поражения желудка при сифилисе. /Б.Н. Кривошеев, А.Д. Куимов, А.Б. Кривошеев, Л.А. Хван //Рос. журнал кож. и венеролог. болезней. -2004.-№3.- С.35-40.
122. Способ диагностики и оперативного лечения дивертикула дна желудка /Горбашко А.И., Ботчаев О.Х., Рахманов Р.К., Ильина О.И.// Вестн. хир.-1991- т.146- №5/6-с.84-85.
123. Сравнительная диагностическая значимость данных, полученных при интестиноскопии с биопсией различных отделов тонкой кишки./А.И. Парфенов, Ю.В. Васильев, Б.З. Чикунова и др. // Терапевт. арх.-2001.-№8. - С.38-43.
124. Столяров В.И., Колосов А.Е., Довгалоук А.З. Диагностика и лечение муциноматоза брюшины. //Вест. Хирургии.- 1976.- № 7.- С. 35-38.
125. Субботин Н.К., Бусырев Ю.Б., Давыдов М.И. Радикальные операции при желчнокаменной кишечной непроходимости. //Анналы хирургии.- 2000.- №4.- с. 31.
126. Сукало А.В., Папко С.Б. Дивертикулы желудка у детей. //Педиатрия.-2001.- №1-с.50-51.
127. Сутягин А.Г., Порошин К.К. Иммунобластная лимфосаркома желудка (2 наблюдения) //Вопр.онкологии.-1987.- Т.33.-№2-С.107-109.

128. Тактика хирурга при инородных телах желудка и кишечника./Н.П. Чернобровый, Б.П. Шатамок, А.А.Ваколюк и др.//Клин. хир.- 1991.-№10.- С.68.
129. Телиа А.В., Кутелиа А.З. //Хирургия.- 1989.-№5.-С.34-39.
130. Тё Л.Б. Левостороннее расположение червеобразного отростка. //Клин. Хирургия.- 1990.- № 4.- С. 70.
131. Тимербулатов В.М., Хавкин А.Ю., Резбаев А.Н., Наседкин Г.Я. Болезнь Крона червеобразного отростка. //Хирургия.- 1989.- №4.- С. 63-64.
132. Тимербулатов В.М., Хасанов А.Г., Плечев В.В., Серяк А.Н. Заболевания червеобразного отростка.- Уфа: Изд-во БГМИ, 1995.- 100 с.
133. Толпинский А.П., Бахлаев И.Е., Вильдек А.Г. Актиномикоз тонкой кишки, имитировавший опухоль. //Вопросы онкологии.-1990.- Т.36.-№11.- С.1376-1377.
134. Торгунаков А.П., Крылев В.Д., Торгунаков С.А. Перфорация дивертикула червеобразного отростка. //Клин. хирургия.- 1988.- №4.- с. 63-64.
135. Торопов Ю.Д. //Клиническая хирургия.- 1988.-№5.-С.10-12.
136. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота.- М.: Медицина, 1983.- 240 с.
137. Тугузбаев Г.Я., Мурзанов М.М. Дуоденоободочный свищ как осложнение хронической язвы двенадцатиперстной кишки //Хирургия.- 1982.- №3.- С. 68.
138. Тугузбаев Г.Я., Мурзанов М.М. //Материалы по борьбе со

злокачественными опухолями.- Уфа, 1974.- С.155-158.

139. Тугузбаев Г.Я., Мурзанов М.М., Талипов А.К. Ошибки в диагностике опухолей тонкой кишки //Труды 1 съезда онкологов РСФСР.- Уфа, 1973.- С.182-183.
140. Урсол Г.Н., Холявко В.К., Чередниченко Ф.А. Фибросаркома двенадцатиперстной кишки //Клин. хир.-1990.-№8.- С.64.
141. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Аблицов Ю.Ф. Кисты брыжейки кишечника //Хирургия.- 1988.- №9.- С.121-124.
142. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Кузнецов Н.А. и др. //Хирургия.- 1990.- №1.- С.89-90.
143. Фассахова Л.С., Шаймарданов Р.Ш. Диагностика и лечение осложнений дивертикулов двенадцатиперстной кишки //Нижегород. мед. журнал: Спец. вып.-2003.-№1.-С.150-154.
144. Федоров А.В., Чернова Т.Г. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость. //Хирургия.- 1992.- №1.- с.37-41.
145. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Корняк Б.С. и др. //Хирургия.- 1999.- №8.- С.4-7.
146. Фищенко А.Я., Жупанов А.А. Гигантский карциноид подвздошной кишки как источник профузного кровотечения //Хирургия.- 1989.- №12.- С. 114-115.
147. Хирургическое лечение заболеваний тонкой кишки. /Э.В. Луцевич, Ю.И. Грибков, В.Г. Игнатьев и др. //Хирургия .- 1993.- №4. - С.30-36.
148. Хирургия туберкулеза лимфатической системы и органов брюшной полости./В.С. Баринов, Р.И. Шендерова, Н.А. Про-

- хорович, Л.И. Рогозов //Пробл. туберкулеза.-2001.-№9.- С.56-58.
149. Чапанов С.Н., Кисляков В.А. Заворот желудка. //Вестн. хирургии.-1992.-Т.148,№4/5/6.-С.49-50.
150. Чекунова Е.В., Нефедова В.О. Дивертикул кардиального отдела желудка //Вестник рентген. и радиол.- 2002.- №6.- С.54-55.
151. Шаймарданов Р.Ш., Фассахова Л.С. Диагностика и лечение осложнений дивертикулов двенадцатиперстной кишки //Казан. мед. журнал.-2003.-№2.- С.103-105.
152. Шевченко С.И., Сыкал А.С., Муравей Ж.В. Фитобезоары, как причина острой непроходимости пищевода //Клин. хир.-1990.-№10.- С.54-55.
153. Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни.- Изд-во Казан. ун-та, 1969.- С.179-260.
154. Шулутко А.М., Моисеев А.Ю. Опухоли двенадцатиперстной кишки //Хирургия.-1999.-№4.-С.59.
155. Шуляренко В.А., Аудулев В.К., Полищук В.С. / Капиллярная гемангиома желудка //Врач. дело-1988.-№11.-С.19-20.
156. Шуляренко В.А., Ковальчук А.З., Галанзовский А.М. Ущемленная грыжа серповидной связки печени //Клиническая хирургия.- 1991.-№11.-С.76-77.
157. Файн А.С., Вахабов У.Т., Усманов А. Внутреннее ущемление тонкой кишки //Хирургия.-1990.-№7.-С.143-144.
158. Фищенко А.Я., Барило С.И. //Клиническая хирургия.- 1967.- №11.- С. 44-46.

159. Хмельницкий О.К., Элькин М.А. //Сов. Здравоохранение Киргизии.- 1956.-№1.- С.39.
160. Хунафин С.Н., Гаттаров И.Х., Нурмухамедов А.А. Желчно-каменная кишечная непроходимость. //Хирургия.- 2002.- № 4.- с. 57—60.
161. Экзогастрическая лейомиосаркома желудка /В.Т.Егизарян, А.А.Еремин, Л.М. Сутягина, В.А. Федоров //Вестн. хир.- 1989.- Т.141, №12.- С.34-36.
162. Юсупов Т. Диагностика и оперативное лечение разных форм наружных брюшных грыж.- Ташкент, 1965.
163. Юхтин В.И. Хирургия ободочной кишки.- М., 1988.- 320 с.
164. Якушкин В.И. Опухоли и опухолевидные образования тонкой кишки: Автореф. дисс....к.м.н.- М., 1965.
165. Янин Е.Л., Кессель М.И. Инородные тела червеобразного отростка //Хирургия .- 1987.- №3. - С.115.
166. Artioukh D.Y., Walker S.J. Spigelian hernia: presentation, diagnosis and treatment. //J R Coll Surg (Edinburgh).- 1996; 41, 241-243.
167. Berg J. //Nord Med Arkiv.- 1897, 30, 1-6.
168. Berger A. //Berl. klin. Wschr.- 1882, 19, 616.
169. Berthi A. //Gazzmed. Ital. – 1866, 9, 139-141.
170. Beyer J., Vachayekhi S., Mattys M. et. al. //Biliaru ileus. Rev Med Brux- 1996, p. 336.

171. Borchardt H. //Arch. Klin. Chir.- 1904, 74, 243-254.
172. Botsford T. W., Jaques W. E., Claus R. //Am. J. Surg.- 1954, 20, 585.
173. Box J.C., Wathe A.L., Lucas G.W. //Surgery.-1996.-62,4, 280-286.
174. Carter R., Brewer L.A., Hinshaw D.B. //Am. J. Surg.- 1980, 140, 99-106.
175. Ciccereilli O., Welch J.P., Kent G.C. //Am. J. Surg.-1987, v.153, 4, 350-354.
176. Collins D. C. //Arch. Surg.- 1951, 63, 617.
177. Dawes L., Schulte W.J., Condon R.E. //Arch. Surg.- 1984.- 119,4,375-378.
178. Dornier L., Damammae A., Grataloup J. et al. //Presse Med.- 1994, 23, 909.
179. Doutre L.P., Perissal J., Gouffrant J.M. et al. //Ann. Chir., 1977, 31, 511-514.
180. Eckhauser M.J., Ferron J.P. //Gastrointest. Endosc.- 1985, 312, 121.
181. Fleming J. M. //Am. J. Surg.- 1953, 86, 188.
182. Fung K.P., Rubin S., Scott R.B. //Pediatr Surg.- 1990, 25, 1242-1243.
183. Haberer H. //Dtsch. Z.Chir, 1912.- 115, 497-532.

184. Heni F. //Kl. Woch. – 1940, 19, 56.
185. Hudspeth A.//Arch. Surg.-1971, 102, 232-233.
186. Gosh J., Palmer K. //Am. J.Gastroenterol.- 1993, 88, 1271-1272.
187. Gosset A., Masson P. //Presse med.- 1914, 22, 237.
188. Gillen P.H.A. , O'Higgins V. //Irish med. J.-1985.-78,6,160-162.
189. Koger K.E., Stone J.M. //Am. Surg.-1993, 59, 325-328.
190. Mallet-Gay P. Fistules biliaires internes spontanées.- 1951.- 581-585.
191. Marra G.A., Casalboni M., Magni E., Zaccaroni A. //Minerva Chir.- 1993, 48, 925-929.
192. Martinez de Haro L.F., Garca Marcilla J.A., Ortiz Eschandell M.A. et al. //Rev. Esp. Enferm. Appar. Dig.- 1987.- 72, 6, 695-699.
193. Masson P. //Am. J. Path.- 1928,4, 181; 1930,6,217.
194. McIntyre C., Bensord D., Karrier F.M. //J. Am. Coll Surg.- 1994, 178, 234-238.
195. Naef M., Buhlmann M., Baer H.U. //Arch. Surg.-1999, 384,2, 176-180.
196. Niceberg D. M., Feldman S., Mandelberg A. //Surgery.-1956, 40, 560.
197. Obendorfer S. //Frankfurt Z. Path.- 1907,1, 426.
198. Pearson C. M., Fitzgerald P. J. //Cancer.- 1949, 2, 1005.

199. Sanders R.J., Axtell H.R. //Surg. Gynec. Obstet. -1964.-119, 369.
200. Singleton A. //Radiology.- 1940, 34, 53-61.
201. Smith G. V. //Arch. Path..- 1933. 15, 78.
202. Soga J. //J. exp. Clin. Cancer Res.- 1985.- 4, 3, 233-244.
203. Syracuse D.C., Persin K.H., Price J.B. et al. //Ann. Surg.- 1979.- 190, 58-63.
204. Tanner N.C. //Am. J.Surg.- 1968, 115, 509-515.
205. Tanigawa N., Takahashi K., Shinomatsuya T. et al. //Arch.Jpn. Chir. -1989, 58, 527-534.
206. Warembourg A., Manouvryn J., Millair A. //LAPC med. -1986.-6, 1, 14-16.
207. Wasselle J.A., Norman J. //Am. J. Gastroenterol.- 1993, 88, 1780-1784.
208. Whipple G.H. //Bull. Johns Hopk. Hosp. – 1907, 18, 382.