

К ВОПРОСУ О ЗАБРЮШИННЫХ ОПУХОЛЯХ

Доцент И. А. ПЕТУХОВ и кандидат медицинских наук
Н. П. БАТЯН

Из кафедры факультетской хирургии (зав. —
проф. Н. М. Янчур)

Забрюшинные опухоли относятся к редкой хирургической патологии. Это опухоли, исходящие из тканей забрюшинного пространства, но не из забрюшинно расположенных органов. К забрюшинным опухолям относятся липомы, фибромы, миксомы, саркомы, смешанные опухоли, дермоидные кисты, тератомы, невриномы, ганглионевромы, параганглиомы и т. д. Наиболее часто встречаются забрюшинные опухоли, исходящие из околопочечной жировой клетчатки.

В факультетской хирургической клинике с 1951 по 1959 год находилось на лечении 15 больных с забрюшинными опухолями. Из них женщин было 12, мужчин — 3. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 2 больных, 21—30 лет — 6, 31—40 лет — 4, старше 40 лет — 3. Диагностические затруднения при выявлении забрюшинных опухолей встречаются, главным образом, в начальном периоде их развития. Растущая опухоль даже малых размеров, если она располагается вблизи крупных сосудов, нервных стволов, вокруг почки может уже в раннем периоде вызвать значительные расстройства функции почки, иррадиирующие боли, расстройство кровообращения определенной области. При больших опухолях больные жалуются на увеличение живота, чувство переполнения в животе. Иногда может наблюдаться картина динамической кишечной непроходимости. Нередко обнаруживается асцит. Могут быть запоры, а иногда поносы. Забрюшинные опухоли не смещаются при дыхании. При сдавлении крупных вен развивается отек нижних конечностей. В случае сдавления нервов боли отдают в крестец, бедро, половые органы.

При больших забрюшинных опухолях может быть асимметрия живота, и опухоль видна выбухающей из живота при простом осмотре. Кахексия развивается только при очень больших опухолях, а также при злокачественных опухолях, исходящих из забрюшинного пространства, или в случае превращения доброкачественных опухолей в злокачественные. По нашим данным, длительность заболевания до 1 года была у 7 больных, 2—3 лет — у 4, 4—5 лет — у 1, больше 5 лет — у 3 больных. Из 15 больных только у 4 диагноз направившего лечебного учреждения совпал с клиническим диагнозом. Четыре больных были присланы без диагноза. У 7 больных первичный диагноз не совпал с клиническим.

Для диагностики забрюшинных опухолей, кроме общепринятых исследований, применялось раздувание кишечника, хромоцистоскопия, пиелография, рентгеноскопия желудка, ирригоскопия, пневморетроперитонеум. Смещение почки или мочеточника при пиелографии являются важными признаками в диагностике. Иногда помогают неврологические данные. У исследованных больных опухоли располагались в околопочечной области — у 5, в поясничной — у 4, в подвздошной области — у 4, в околокрестцовой области опухоли обнаружены у 2 больных. Все 15 больных оперированы, произведено удаление опухоли, без одновременного удаления какого-либо органа. Разрезы и подходы к опухолям были различными, в зависимости от места расположения последних. Удаленные опухоли подвергались гистологическому исследованию. Липомы обнаружены у 8 больных, фибромы — у 4, воспалительного происхождения опухоли — у 2, невринома выявлена у 1 больного. Все больные после операции выздоровели.

В Ы В О Д Ы

1. Диагностика забрюшинных опухолей трудна, однако при полном обследовании вполне возможна.

2. Успех оперативного лечения забрюшинных опухолей обеспечивается правильным предоперационным диагнозом.