

А.В. ПАРУЛЬ, С.М. ЧУБРИК

ЗАБРЮШИННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

ЛПУ «Узловая больница на станции Полоцк Белорусской железной дороги»

Республика Беларусь

Опухолевидные образования забрюшинного пространства имеют различный гистогенез. С данной патологией встречаются врачи хирурги, урологи, онкологи. Нам хотелось поделиться тремя наблюдениями успешного лечения пациентов с различного рода образованиями забрюшинного пространства.

Больная Г., 75 лет, поступила в хирургическое отделение 06.12.02 г. с диагнозом «Образование забрюшинного пространства. Гидронефроз слева. МКБ». При поступлении состояние тяжелое. Выраженная кахексия. Живот резко увеличен в объеме за счет пальпируемого кистозного образования, занимающего практически всю брюшную полость. В анамнезе удаление камня правого мочеточника в 1997 году.

В результате проведенного обследования выявлено:

УЗИ - правая почка не лоцируется, левая с обычным расположением, контуры ровные. Размеры 132х55х62 см., объем – 235 см. куб. Кorkовый слой 8 мм. Эхогенность повышена. Уростаз. Мочеточник в верхней трети 17 мм. Всю брюшную полость и частично малый таз занимает гигантское объемное солидное образование, исходящее из забрюшинного пространства справа. Селезенка не лоцируется. Заключение: Гигантское объемное образование забрюшинного

пространства. Гидронефроз слева. Аплазия правой почки. Уростаз слева.

Экскреторная урограмма: на обзорной урограмме почки не контурируются. На уровне поперечного отростка L₅ слева интенсивная тень с четкими контурами 1х0,6 см. После введения 40 мл 60% урографина на 15-й минуте справа контраста нет, слева контрастируются резко расширенные чашки и лоханка. Через 30 минут слева контраст в расширенных чашках и лоханке, мочеточник не контрастируется. Заключение: Аплазия правой почки. Гидронефроз слева. Камень нижней трети левого мочеточника.

Выставлен диагноз – Гигантское кистозное забрюшинное образование неясного генеза. МКБ, камень левого мочеточника, уростаз, гидронефроз слева.

12.12.02 г. после проведенного обследования и предоперационной подготовки больная оперирована.

Протокол операции: Срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом. При ревизии выявлено кистозное образование, занимающее забрюшинное пространство от печени, корня брыжейки ободочной кишки вверху до крестца внизу. Учитывая характер, вид, консистенцию, форму, образование расценено как гидронефротическая трансформация правой почки 3 ст. По правому боковому каналу

широко вскрыто забрюшинное пространство. Выделено кистозное образование. Выделена, прошита, перевязана и пересечена сосудистая ножка правой почки. В нижней трети выделен и пересечен мочеточник. Из дистального отдела мочеточника удален гной. Мочеточник обработан йодом, перевязан. Забрюшинное пространство справа дренировано через контрапертуру в поясничной области. Брюшина по правому боковому каналу ушита. После удаления образования отчетливо виден резко расширенный левый мочеточник, в нижней трети которого пальпируется вклиненный треугольной формы камень. Вскрыто забрюшинное пространство по левому боковому каналу. Обнажены левая почка и мочеточник. Над камнем продольным разрезом мочеточник вскрыт, камень удален. Ретроградно проведен мочеточниковый катетер через проксимальный отдел мочеточника и в виде микро-нефростомы выведен через контрапертуру в поясничной области слева. Рана мочеточника ушита на катетере. Ушивание брюшины. Послойный шов операционной раны.

Макропрепарат: Кистозное образование размером 40х20х20 см. массой 3400 гр., заполненное гноем.

Гистологическое исследование: Гидронефроз почки. Атрофия, склероз паренхимы.

На 11 сутки сняты швы. Выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через два года – состояние удовлетворительное, прибавила в весе, активна.

Пациентка К., 66 лет, поступила 23.06.03 г. с диагнозом «Объемное образование хвоста поджелудочной железы». Жалоб не предъявляла. Образование выявлено при УЗИ почек. Консультирована в онкодиспансере. Заключение – объемное образование поджелудочной железы. Хронический калькулезный холецистит. Киста придатков матки слева. 30.06.03 г. про-

изведена симультанная операция – лапаротомия, удаление придатков матки слева, холецистэктомия, удаление забрюшинной опухоли.

Выдержка из протокола операции: в области хвоста поджелудочной железы обширное округлой формы опухолевидное забрюшинное образование, выходящее из-под ободочной кишки. Широко вскрыта сальниковая сумка, мобилизован селезеночный угол ободочной кишки. Рассечен верхний листок брыжейки ободочной кишки. Тупым и острым путем опухоль выделена из забрюшинного пространства и удалена.

Макропрепарат: шаровидной формы мягкотканое образование 86х63х79 мм, с плотным включением 3х2,5 см.

Гистологическое исследование: злокачественная опухоль неопределенного гистогенеза с массивным отложением амилоида в строме. Морфологическая картина близка к злокачественному карциноиду.

18.07.03 г. выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через три года – самочувствие хорошее, жалоб нет.

Пациентка Т., 54 лет, поступила в отделение 14.08.06 г. Диагноз: «Липома забрюшинного пространства с переходом на левое бедро».

До поступления в хирургическое отделение в течение двух лет находилась под наблюдением у гинеколога в связи с предполагаемым образованием органов малого таза.

27.07.06 г. при компьютерном исследовании выявлено слева забрюшинно в малом тазу дополнительное образование в виде восьмерки, вторая часть которого опускается по ходу сосудов на переднюю поверхность бедра. Сосуды расположены позади образования в малом тазу, затем переходят по медиальной поверхности образования на переднюю поверхность последнего на уровне бедра.

Заключение: жировая опухоль малого таза с распространением по ходу пахового канала на переднюю поверхность бедра.

15.08.06 г. операция: внебрюшинным доступом слева вскрыто забрюшинное пространство. При ревизии обнаружена опухоль жировой консистенции, достигающая до гребня крыла подвздошной кости, уходящая вниз и медиально в запирающий канал. На бедре образование не определяется. Тупым путем образование выделено из полости таза до запирающего отверстия и удалено. Дополнительным косопоперечным разрезом на переднебрюшной поверхности верхней трети левого бедра рассечена кожа, подкожная клетчатка, выделены бедренные сосуды. Разведены гребешковая и длинная приводящая мышцы. В глубине раны на бедренной кости обнаружено и удалено опухолевидное образование, достигающее до границы верхней и средней трети бедренной кости. Операционные раны ушиты послойно наглухо.

Макропрепарат: опухоль жировой консистенции 24x10x10 см.

Гистологическое исследование: липома.

28.08.06 г. в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Выводы

1. Представленные наблюдения показывают многообразие различной патологии забрюшинного пространства.

2. Образования забрюшинного пространства могут быть проявлением патологии забрюшинно расположенных органов или внеорганного генеза.

3. Диагностика данной патологии на современном уровне развития медицины не представляет трудностей.

4. Оперативные вмешательства требуют хороших знаний топографической анатомии забрюшинного пространства.

5. Важным моментом является правильный выбор операционного доступа.

Поступила 28.11.2006 г.