

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Г. Л. МИРЗА-АВАКЯН, Л. Л. АБРАМЯН

К ВОПРОСУ О ПОДСЛИЗИСТЫХ ЛИПОМАХ
ТОЛСТОЙ КИШКИ

Среди доброкачественных новообразований толстой кишки липомы встречаются чрезвычайно редко. Впервые это заболевание было описано в 1775 г. Бауером. По Б. К. Финкельштейну [5], к 1925 г. Дуглас собрал 104 случая липомы толстой кишки, а С. С. Пенькевич [4] в 1949 г. приводит всего лишь 172 наблюдения, описанных в мировой литературе. Вышеприведенные данные показывают, что подслизистые липомы толстых кишок являются казуистическими наблюдениями. Так, по данным Т. С. Шельновой [7], в Институте онкологии Академии медицинских наук СССР за 30 лет наблюдались всего четыре случая подслизистых липом толстой кишки. В 1949 г. Мэйо и Грисс (Mayo, Griss [8]) описали 19 случаев подслизистых липом толстой кишки. В этой же работе авторы приводят данные еще от 24 больных, наблюдаемых в тех же клиниках, которые были описаны Комфортом, Нембертоном и Мак Кормаком. Почти все авторы отмечают, что подслизистые липомы протекают бессимптомно и являются случайными находками при вскрытиях или оперативных вмешательствах. Поэтому все больные, описанные в литературе, были оперированы либо с неправильным диагнозом, либо при различных осложнениях этой патологии. Среди этих осложнений наиболее часто встречается острая или хроническая инвагинация (Д. М. Емельянов [1], А. А. Никищенко [3], Ф. Я. Цыбульский [6] и др.).

Т. С. Шельнова [7] считает, что при этом заболевании наблюдаются схваткообразные боли и перемежающиеся поносы. Мэйо и Грисс наличие болей считают результатом перемежающейся инвагинации. Согласно данным литературы (Т. С. Шельнова [7]), подслизистые липомы чаще встречаются у женщин и в основном локализируются в правой половине толстой кишки. Так, из 19 случаев, описанных Мэйо и Гриссом, в 12 липома была локализована в правой половине. Клиника этого заболевания почти не изучена. Описание отдельных наблюдений может пролить свет на вопросы диагностики доброкачественных новообразований толстой кишки и, в частности, подслизистых липом.

В этой связи позволим себе привести наше наблюдение:

Б-ая М. С., 39 лет. История болезни № 629. Поступила в Степанаванскую районную больницу с жалобами на схваткообразные боли в правой половине живота, вздутие и перемежающийся понос. Заболевание началось за 1½ месяца до поступления в больницу, незначительными болями в правой подвздошной области, приступообразного

характера. За последнее время появились явления частичной, перемежающейся кишечной непроходимости (вздутие живота, затрудненное отхождение газов). Общее состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Подкожная клетчатка хорошо развита. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений нет. Пульс—76 ударов в мин. Язык влажный, чистый. Живот овальной формы, активно участвует в акте дыхания. В эпигастральной области при дыхательных экскурсиях на глаз заметно опухолевидное, подвижное образование. При пальпации в эпигастральной области чуть правее средней линии прощупывается болезненная, мягко эластической консистенции, колбасовидное образование величиной с мужской кулак.

1.XI 60 г. произведена рентгеноскопия контрастной клизмой. Контрастная масса пройдя прямую, сигмовидную и часть нисходящей кишок, останавливается в средней $\frac{1}{3}$ поперечноободочной кишки, где образует дефект заполнения. Диагноз: илеоцекальная инвагинация.

2.XI 60 г.—Операция (Мирза-Авакян). Под эфирно-кислородным ингаляционным наркозом произведена срединная лапаротомия. Обнаружена илеоцекальная инвагинация. Головка инвагината доходит до половины поперечноободочной кишки. Дезинвагинация. В области дна слепой кишки прощупывается мягко-эластической консистенции опухоль величиной с куриное яйцо. Произведена резекция илеоцекального угла и илеотрансверсостомией бок о бок. Брюшная полость зашита наглухо. Удаленный препарат: на дне слепой кишки, на наружной стенке ее имеется шарообразная опухоль размерами $7 \times 6 \times 6,5$ см.

Покрывающая опухоль слизистая на участке $1 \times 0,8$ см некротизирована. На разрезе—жировая ткань. Гистологический диагноз: Подслизистая липома (О. А. Оганесян). Послеоперационное течение гладкое. Выписана на 14-й день после операции. Через год после операции здорова, никаких жалоб не предъявляет.



Рис. 1.

Интерес описанного наблюдения заключается в бессимптомном протекании подслизистой липомы слепой кишки, явившейся причиной хронической илеоцекальной инвагинации.

Клиника госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института,
Степанованское районное медобъединение

Поступило 9.II 1962 г.

Գ. Լ. ՄԻՐԶԱ-ԱՎԱԳՅԱՆ, Լ. Լ. ԱՅՐԱՀԱՄՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ԵՆԹԱԼՈՐՉԱՅԻՆ ԼԻՊՈՄԱՆԵՐԻ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոդվածում բերված դրական տվյալների համաձայն հաստ աղիքի ենթալորձային շերտում լիպոմաները հանդիպում են չափազանց հազվադեպ, ընթանում են հիմնականում անսիմպտոմ և, որոշ դեպքերում, կարող են հանդիսանալ չափազանց ծանր բարդությունների պատճառ: Այս հիվանդության կլինիկան գրեթե ուսումնասիրված չէ:

Բերվում է հեղինակների կողմից դիտված 39 տարեկան հիվանդի հիվանդության նկարագիրը, որի մոտ եղել է կույր աղիքի ենթալորձային լիպոմա և որպես բարդություն խրոնիկական իլեոցեկալ ինվագինացիա: Կատարված է իլեոցեկալ անկյան ռեզեկցիա: Հիվանդը դուրս է գրվել առողջացած՝ վիրահատումից 14 օր հետո:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Емельянов Д. М. К казуистике инвагинаций тонких кишок в связи с доброкачественными внутрикишечными опухолями. Новый хирургический архив, 1931, т. 22, 3, 344—353.
2. Мюллер Н. К. Редкий случай доброкачественной опухоли тонких кишок. Новый хирургический архив, 1924, т. 5, 1, 50—53.
3. Никишенко А. А. Инвагинация толстой кишки как следствие подслизистой липомы. Вестник хирургии, 1957, 3, 114.
4. Пенькевич С. С. Случай подслизистой липомы толстой кишки. Вестник хирургии, 1951, т. 71, 6, 60—62.
5. Финкельштейн Б. К. Хирургия толстой кишки (кроме прямой). Новый хирургический архив, 1929, т. 18, 1—3, 93—110.
6. Цыбульский Ф. Я. Два наблюдения доброкачественных опухолей толстой кишки. Вопросы онкологии, 1959, т. 5, 7, 91—93.
7. Шельнова Т. С. К клинике подслизистых липом толстой кишки. Вопросы онкологии, 1958, т. 4, 3, 324—328.
8. Mayo Ch. W., Griess D. Submucous lipoma of the colon Surg., gyn Obst. 1949 v. 88. n. 3, 309—316.