ном бассейне.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует характерную в большинстве случаев запоздалую диагностику системного васкулита, динамику развития заболевания, а также тактические трудности ведения в условиях реальной клинической практики.

LONG-TERM SUPERVISION OF THE PATIENT WITH NONSPECIFIC AORTOARTERIITIS

E.N. Skvortsova, T.I. Zlobina, A.N. Kalyagin, O.V. Antipova, N.Ju. Kazatseva, M.S. Treskova, S.Ju. Chernikh
(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1, Irkutsk Municipal Rheumatological Center)

Clinical supervision over the patient with system vasculitis vascular of large calibre - Takayasu's disease is presented. Problems of epidemiology, a choice of tactics of conducting and the forecast of patients in conditions of real medical practice are discussed.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гринштейн Ю.И.* Васкулиты. – Красноярск: Платина, 2001. – С.81-92.
2. *Баранов А.А., Насонов Е.Л., Сугралиев А.Б.* Артериит Такаясу (неспецифический аортоартериит) // Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. – Ярославль: Верхняя Волга, 1999. – С.388-419.
3. *Кунцевич Г.И., Покровский А.В., Зотиков А.Е. и др.* Ультразвуковые особенности неспецифического аортоартериита // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2004. – № 3. – С.98-105.
4. *Негрей В.Ф., Серкина А.В., Таевский Б.В. и др.* Диагностика и лечение неспецифического аорто-артериита в условиях регионального сосудистого центра // Проблемы клинической ангиологии и сосудистой хирургии: Сб. научных работ / Под ред. В.В. Чернявского. – Вып. 1. – Иркутск, 1998. – С.63-68.
5. *Скрябина Е.Н., Логвин Е.В., Попова М.А.* Анализ причин тяжелого поражения сосудов у больных неспецифическим аортоартериитом // Сборник материалов VII Сибирской научно-практ. конф. по акт. вопросам кардиологии. – Красноярск, 2002. – С.166-167.
6. *Шардина Л.А., Шубникова Е.А., Шардин С.А.* Атерогенные дислипопротеидемии и перекисное окисление липидов как неиммунные факторы прогрессирования неспецифического аортоартериита у женщин // Уральский кардиологический журнал. – 2001. – № 2. – С.35-36.
7. *Hong C.Y., Yun Y.S., Chio J.Y., et al.* Takayasu arteritis in Korean children: clinical report of seventy cases // Heart. Vassels. – 1992. – Vol. 7. – P.91-96.
8. *Flores-Dominguez C., Hernandez-Pacheco G., et al.* Alleles of the major histocompatibility system associated with susceptibility to the development of Takayasu's arteritis // Gac. Med. Mex. – 2002. – Vol. 138, № 2. – P.177-183.
9. *Sebnem K.S., Bostan Ц., Зil E.* Takayasu arteritis // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2002. – Vol. 61. – P.92-93.
10. *Zheng D.Y., Liu L.S., Fan D.J.* Clinical studies in 500 patients with aortoarteritis // Chin. Med. J. (Engl). – 1990. – Vol. 103, № 7. – P.536-540.

© КУЗНЕЦОВ С.М., ГОРДЕЕНОК Ф.Д., КРАЙНЮКОВ П.Е., ЛОГИНОВ О.С., НЕТЕСИНЕ.С. – 2006

КЛИНИЧЕСКИЕ КАЗУСЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

С.М. Кузнецов, Ф.Д. Гордеенок, П.Е. Крайнюков, О.С. Логинов, Е.С. Нетесин
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской хирургии, зав. – д.м.н., проф. А.В. Щербатых; В/ч 67657, командир – п-к МС В.В. Лобач)

Резюме. *Приводится два наблюдения пациентов, оперированных с предварительным диагнозом острый аппендицит. Интраоперационно выявлены опухолевые поражения толстой кишки и забрюшинного пространства. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия в обоих случаях, гистологически в первом наблюдении туберкулезный мезоаденит, во втором псевдотуберкулез.*
Ключевые слова. *Аппендицит, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.*

Если 1,5-2 десятилетия назад диагностические ошибки при остром аппендиците чаще всего сводились к неверифицированной патологии почек и мочевыводящей системы (15%), патологии гениталий (8-10%), реже болезни Крона и других заболеваний, то в настоящее время в связи с ростом заболеваемости туберкулезом, псевдотуберкулезом и другими специфическими заболеваниями с абдоминальным синдромом, возникают диагностические ошибки, приводящие к обширным хирургическим вмешательствам. При этом пациент страдает не только физически, но и в социальном и психическом плане. В течение последних 5 лет мы неоднократно встречались с казуистическими случаями острого аппендицита, чаще после аппендэктомии диагностировался иерсиниоз, псевдотуберкулез, которые санировались консервативными мероприятиями. Но в двух наблюдениях аппендэктомия была прелюдией к расширенным органоуносящим операциям.

Первое наблюдение: Пациент Т., 51 г., 14 января 2002 года доставлен автомашиной скорой помощи в Бичурскую ЦРБ с жалобами на сильные боли внизу живота больше справа. Болен в течение суток, когда среди полного благополучия появились постепенно усиливающиеся боли внизу живота. Интенсивность их нарастала, появилась тошнота общее недомогание. При объективном обследовании состояние ближе к удовлетворительному. Правильного телосложения, кожные покровы и слизистые бледнорозовой окраски чистые. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пуль 84 в минуту. Язык подсушен, слегка обложен серым налетом. Живот симметричный, несколько вздут. При глубоком дыхании нижние отделы отстают от верхних. При пальпации болезненность, защитное напряжение в нижних отделах живота больше справа. Симптомы раздражения брюшины выражены умеренно, перистальтика сохранена.

Анализ крови: Нв – 115 г/л; Л. – 8 х 10^9, п/я – 5, с/я – 79, л – 10, м – 6, СОЭ – 20 мм/ч. Ан. мочи без особенностей. Учитывая нарастание болевого синдрома пациент взят на операцию с диагнозом острый аппендицит. При лапаротомии по Волковичу-Дьяконову червеобразный отросток практически не изменен, в области слепой кишки определяется опухолевидное плотное умеренно смещаемое новообразование. Выполнена аппендэктомия с учетом вторичных изменений от-

ростка. На фоне антибиотикотерапии послеоперационный период протекал относительно гладко. Швы сняты на 9 сутки, и пациент был направлен в онкологический диспансер, где находился на лечении с 14.02 по 12.03, выполнена операция лапаротомия, правосторонняя гемиколэктомия, послеоперационный период протекал гладко. Результаты гистологического исследования операционного материала – во всех взятых на исследование кусочках по всей толщине стенки кишок, брыжейке, лимфоузлах множество эпителиойдоклеточных гранулем с гиганскими клетками Пирогова-Ланганса. Гранулемы образуют конгломераты с центральным казеозом. Заключение: Туберкулез толстой и подвздошной кишок (воспалительная псевдоопухоль).

У пациента выявлено туберкулезное поражение легких. В последующем активно не лечился и на диспансерном учете не состоял. В декабре 2005 года пациент обратился за консультацией в факультетскую хирургическую клинику с болевым синдромом в грудной клетке и позвоночнике. При обследовании выявлено туберкулезное поражение нижнегрудных позвонков с деструкцией костной ткани. Пациент направлен и в областной противотуберкулезный диспансер, где получает специфическую терапию.

Второе наблюдение: Рядовой Т., 19 лет поступил в в/ч 03497 с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту однократную рвоту. Заболел 28.02.04, когда появились боли в эпигастральной области. К вечеру боли локализовались в правой подвздошной области, а на следующие день боли усилились, была однократная рвота. Осмотрен хирургом 02.03 в/ч 73934, диагноз острого аппендицита не вызывал сомнения. Пациент взят в операционную, при лапаротомии флегманозно измененный отросток – произведена типичная аппендэктомия. При ревизии в верхнем углу раны выявляется пакет лимфоузлов темно-вишневого цвета до 1-2 см спаянных между собой и задней стенкой брюшной полости. Рана расширена вверх, взяты два лимфоузла для гистологического исследования. Брюшная полость дренирована двумя силиконовыми трубками по правому боковому каналу и в малый таз. На фоне проводимой терапии – цефазолин 1,0х4 раза, каннамицин 1,0х 2 раза, метранидозол 100,0 2 раза в/в, инфузия кристалоидов до 2 литров у пациента через 24 часа отмечено нарастание температуры до 38є, а затем 39,5є. Со стороны послеоперационной раны изменений не обнаружено, перистальтика активная, отделяемого по дренажам нет. В связи с неясной причиной мезоаденита и нетипичным течением послеоперационного периода пациент переведен в гарнизонный госпиталь. Со 2.03 отмечается увеличение лейкоцитов с 13 до 18,6х10^9, СОЭ с 13 до 18 мм/ч. В гарнизонном госпитале с учетом признаков перитонита после предоперационной подготовки пациенту выполнена лапаротомия. При ревизии серозно-геморрагический перитонит больше в правых отделах и малом тазу, опухоль восходящей кишки до 6 см в диаметре с регионарным лимфоаденитом. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия, санация брюшной полости. 5.03.04 пациенту выполнена этапная санация брюшной полости. Послеоперационный период протекал гладко. Раны зажили первичным натяжением. Гистологическое заключение от 12.03 – изменения в тонкой и толстой кишке в виде катарально-язвенного процесса с гиперплазией лимфоидной ткани, изъязвления эпителиальной пластинки, микроабсцессы, мезентериальный лимфоаденит с микроабсцессами характерны для псевдотуберкулеза. Опухолевого роста не найдено.

Два приведенных наблюдения с атипической псевдоаппендикулярной симптоматикой показывают, что в связи с увеличением специфических патологических процессов с абдоминальным псевдоопухолевым синдромом, ошибки в диагностике острого аппендицита становятся значимыми для пациентов. Принятие решения в пользу обширного органоуносящего вмешательства должны базироваться на результатах предшествующего цитологического или гистологического исследования первичного процесса, или интраоперационного экспресс-исследования морфологического материала. Неоправданные расширенные операции ведут к инвалидизации пациентов. Необходимо как можно раньше верифицировать причину патологического процесса и избежать калечащих оперативных вмешательств.

CLINICAL INCIDENTS OF ACUTE APPENDICITIS

S.M. Kuznetsov, F.D. Gordeenok, P.E. Krajnjukov, O.S. Loginov, E.S. Netesin
(Irkutsk State Medical University)

It is resulted two supervision of patients, which was operated concerning acute appendicitis. There are tumor process of the large intstine and retroperitoneum spaces, which was tinded introduce the operation. It is executed right-hand hemycolectomy in both cases, on morfologic inwestigation was discovered tubercular mesadenitis in the first case, and pseudotuberculesis in the second case.