

раком шейки матки превалировали мочевые инфекции, вызываемые "проблемными" (т.е. могущими вызывать госпитальные инфекции) микроорганизмами. Применение в качестве антибиотикопрофилактики комбинации цефоперазона и метронидазола было эффективным и снижало частоту послеоперационных инфекций мочевых путей по сравнению с полусинтетическим пенициллином карбенициллином.

Повышение температуры в послеоперационном периоде как при наличии, так и при отсутствии других видимых признаков гнойно-воспалительного осложнения может быть связано с наличием анаэробной микрофлоры в оперируемой зоне, что подтверждает необходимость включения в схемы профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений препаратов с антианаэробной активностью.

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

© Коллектив авторов, 1992

УДК 616.346.2-006.04

*Е.В.Поддубская, Д.В.Комов, В.А.Хайленко,  
А.М.Нечипай, Г.Р.Цихисели, М.И.Нечушкин,  
М.Л.Суцкихина, С.Ю.Морозова*

**Рак червеобразного отростка. Вопросы диагностики и лечения**

*НИИ клинической онкологии*

Опухоли червеобразного отростка встречаются редко. Злокачественное поражение червеобразного отростка наблюдается еще реже. Максимальное число наблюдений опухолей червеобразного отростка описано П.Ф.Калитиевским [10]: на 18 000 аппендэктомий обнаружено 48 опухолей аппендикса (0,25%), в том числе 38 карциноидов, 3 случая рака, 5 метастазов рака в червеобразный отросток, 4 полипа, 1 фиброма, 2 ретикулобластомы. Опухоли червеобразного отростка составляют 0,5% от всех опухолей толстой кишки.

Впервые рак червеобразного отростка описал А.В.Веггер [33]. В 1963 г. М.Кюречи [39] дал обзор 87 случаев первичного рака червеобразного отростка (без ссылки на отечественные источники). В 1963 г. В.М.Перельман [20] дал обзор 16 случаев первичного рака червеобразного отростка по данным отечественной литературы. По данным [35, 42, 46] и др. относительная частота рака червеобразного отростка не превышает сотых долей процента, по данным П.Ф.Калитиевского — 0,02% [10].

Вопрос об оценке первичности опухоли червеобразного отростка осложняется тем, что по морфологической структуре рак червеобразного отростка не отличается от рака слепой кишки, в то же время опухоль чер-

both in the presence and absence of their signs of suppurative inflammations may be due to anaerobic microflora in the operation region, which proves necessary administration of antiaerobic drugs for prevention of post-operative suppurative inflammations.

## *Литература / References*

1. Crombleholme W.R. // Clin. Obstet. Gynec. — 1988. — Vol. 31, № 2. — P. 466-472.
2. Finegold S.M. Anaerobic Bacteria in Human Disease. — New York, 1977.

Поступила 20.08.91. / Submitted 20.08.91.

## REVIEWS

*E.V.Poddubskaya, D.V.Komov, V.A.Khailenko,  
A.M.Nechipay, G.R.Cihisely, M.I.Nechushkin,  
M.L.Suschikhina, S.Yu.Morozova*

**Cancer of Vermiform Process. Diagnosis and Treatment Problems**

*Research Institute of Clinical Oncology*

Tumors of the vermiform process are rare. Malignant lesions in the appendix are still rarer. The maximum number of appendix tumor cases is described by P.F.Kalitievsky [10]: per 18 000 appendectomies there were 48 appendix tumors (0.25%), including 38 carcinoids, 3 cancers, 5 appendix metastases of cancer, 4 polyps, 1 fibroma, 2 reticuloblastomas. Appendix tumors are 0.5% of all colonic tumors.

A.Berger [33] was the first to describe cancer of the appendix. In 1963 M.Qurechi [39] published a review of 87 cases of primary cancer of the appendix (with no reference to Soviet sources). In 1963 V.M.Perelman [20] described 16 cases of primary appendix cancer by data of the Soviet literature. By [35, 42, 46] and others the relative incidence of appendix cancer does not exceed hundredths percent, by P.F.Kalitievsky — 0.02% [10].

It is difficult to judge whether the appendix cancer is primary, because it is morphologically similar to cancer of the cecum, is most often localized in the proximal segment of the appendix and involves the cecum wall. In some cases the patients are examined when the disease has involved abdominal organs and the peritoneum, which also makes difficult determination of the primary tumor site [4, 17, 31, 35]. In-

веобразного отростка, располагаясь чаще в проксимальной части отростка, распространяясь на стенку слепой кишки, затрудняет уточнение первично пораженного органа. Иногда к моменту обследования таких больных уже обнаруживаются обширные метастазы в органах брюшной полости и по брюшине, что также затрудняет уточнение локализации первичной опухоли [4, 17, 31, 35]. Распространенность заболевания среди мужчин и женщин одинакова. Средний возраст больных значительно выше, чем больных с карциномой, и составляет 48-58 лет (как и для толстой кишки) [11, 12]. Самый молодой больной (14 лет) был описан А. Thomas [43].

Локализация опухоли может быть в любом отделе аппендикса, но чаще в проксимальных 2/3 отростка, иногда весь отросток поражен диффузно. Макроскопически аденокарцинома отростка представляет из себя полиповидное образование, растущее в просвет аппендикса. Отросток утолщен за счет опухоли, а также за счет реактивных и воспалительных изменений стенки отростка. В 36-42% случаев наблюдается перфорация опухоли, что ухудшает прогноз заболевания.

Гистологическое исследование чаще всего выявляет аденокарциному с резкими колебаниями в продукции слизи. В некоторых случаях можно наблюдать дискомплексацию: опухолевые элементы проникают в глубокие слои стенки как одиночными клетками, так и комплексами клеток [22]. Может иметь место резко выраженное внутриклеточное скопление слизи с образованием перстневидных клеток. Количество ослизненных и неослизненных аденокарцином приблизительно одинаковое. Описаны случаи скirroзного [40] и плоскоклеточного рака червеобразного отростка.

Метастазирование встречается нечасто: 5 случаев из 45 [42]. Это может быть связано с ранним выявлением опухоли: опухоль растет в просвет аппендикса, вызывает его обтурацию, присоединение воспалительных явлений, развитие типичной клиники острого аппендицита [36, 37, 41]. Наихудшим является прогноз при перфорации и абсцедировании [1-3, 5, 7, 14, 15, 18, 23-25, 29, 32, 33].

При обнаружении рака червеобразного отростка рекомендуется правосторонняя гемиколэктомия [9, 10, 31, 44]. Лишь в неосложненных случаях, при отсутствии прорастания в глубокие слои стенки отростка, возможно ограничиться аппендэктомией. Это оправдано в тех случаях, когда опухоль расположена в дистальной 1/3 отростка и возможно метастазирование в регионарные лимфоузлы, располагающиеся в брыжеечке отростка. Регионарными для проксимальных 2/3 отростка являются лимфоузлы, расположенные у основания отростка и по ходу слепой и восходящей ободочной кишки; в этих случаях показана правосторонняя гемиколэктомия. Дальнейший путь метастазирования — вдоль брыжеечных лимфоузлов в коллектор на уровне передней поверхности нижнегоризонтального отдела двенадцатиперстной кишки.

циденте заболевания в males and females is the same. The mean age is 48-58 years (the same as in colonic cancer) which is much more than in carcinoid [11, 12]. The youngest patient (14 years of age) was described by A. Thomas [43].

The tumor may be localized in any part of the process, more frequently in the proximal 2/3, in some cases the entire appendix is affected diffusely. Macroscopically adenocarcinoma of the appendix is a polypoid growing into the process lumen. The process gets thick due to the tumor, as well as to reactive and inflammatory changes in the wall. Tumor perforation is observed in 36-42% of the cases, which makes the prognosis poorer.

Histologic assay finds the most often adenocarcinoma with a great variance in mucus production. Discomplexation may be observed in some cases, i.e. tumor elements penetrate deep into the wall both as single cells and as cell complexes [22]. Expressed intracellular accumulation of mucus with formation of cricoid cells may also be encountered. The incidence of mucinous and non-mucinous adenocarcinomas is about the same. There are reports of scirrhous [40] and squamous cell carcinoma of the appendix.

The metastasizing is rare: 5 cases of 45 [42]. Early detection may account for the low metastasizing, as the tumor grows into the process lumen, induces its obturation, inflammation to give symptoms typical of acute appendicitis [36, 37, 41]. The prognosis is the poorest in case of perforation and abscessing [1-3, 5, 7, 14, 15, 18, 23-25, 29, 32, 33].

On detecting cancer of the appendix right side hemicolectomy is recommended [9, 10, 31, 44]. Appendectomy is possible only in cases of no complications of the disease, when the tumor does not penetrate deep into the process wall. Appendectomy is reasonable, when the tumor is localized in the distal 1/3 of the process and metastases may occur in regional lymph nodes in the appendix mesenterium. Lymph nodes at the process basis and along the cecum and the ascending colon are regional for the proximal 2/3 of the process, right-side hemicolectomy is indicated in such cases. The metastases further develop along the mesenterial lymph nodes to the collector at the level of the front surface of the low horizontal segment of the duodenum.

As the appendix lymph ducts are directly connected with the adnexa of the womb, metastases may also occur in the internal genitalia in women [4]. Panhysterectomy is recommended in appendix cancer in women [4, 45].

Single metastases are observed in the liver, trachea, adrenals, brain, epiploon and other organs, pseudomyxomatosis occurs in cases of peritoneal metastases [10].

P.F. Kalitievsky has described a case of external fistula in the right iliac region in cancer of the appen-

Непосредственная связь между лимфатическими путями аппендикса и придатками матки может привести к метастазированию во внутренние половые органы женщин [4]. Рекомендуются пангистерэктомия при раке червеобразного отростка у женщин [4, 45].

Отдаленные метастазы встречаются в печени, трахее, надпочечниках, головном мозге, большом сальнике и др., псевдомиксоматоз — при метастазировании по брюшине [10].

П.Ф.Калитиевским описан случай наружного свища в правой подвздошной области при раке червеобразного отростка [10].

Метастатические поражения червеобразного отростка описаны при раке желудка, поджелудочной железы, яичников. Лимфатическая связь между аппендиксом и придатками матки создает условия для возникновения метастазов в червеобразном отростке. Лимфатическая связь между желудком (и другими органами) и придатками матки обеспечивает возникновение ретроградных метастазов рака в яичники и, может быть, в аппендикс [16, 25].

П.Ф.Калитиевским описаны 5 случаев метастатического поражения червеобразного отростка, из них 2 — из желудка, 1 — из поджелудочной железы, 1 — из яичника, в одном случае первичный источник установить не удалось (среди указанных наблюдений имели место метастазы аденокарциномы в 3 случаях, папиллярного рака — в 1, мелкоклеточный декомплексированный метастаз — в 1).

Среди доброкачественных опухолей червеобразного отростка встречаются миомы, ангиомы, липомы, фибромы, невриномы, полипы, ворсинчатые опухоли. Статистический анализ доброкачественных опухолей затруднен тем, что часто небольшие опухоли не выявляются при морфологическом исследовании или не регистрируются [6, 10, 31, 38].

В ВОИЦ АМН СССР с 1965 по 1990 г. наблюдали 5 больных раком червеобразного отростка: 3 с диссеминированным процессом (пациенты были прооперированы в других лечебных учреждениях), 1 с синхронным раком червеобразного отростка и прямой кишки [13] и 1 больной раком червеобразного отростка, осложненным миксоматозом забрюшинного пространства. Кроме того, у 1 пациента было обнаружено изолированное поражение лимфосаркомой червеобразного отростка [19, 21, 26, 28, 30].

В литературе описан случай миксомы червеобразного отростка с миксоматозом забрюшинного пространства, мы же не встречали сведений о раке червеобразного отростка, осложнившимся псевдомиксоматозом забрюшинного пространства [27].

Приводим наше наблюдение аденокарциномы атипично расположенного червеобразного отростка.

Больной К., 59 лет, поступил в ВОИЦ АМН СССР с жалобами на слабость, лихорадку, наличие опухолевого образования в правой поясничной области. Заболел остро в августе 1990 г., когда после физической на-

дix [10].

Appendix metastases are encountered in cancer of the stomach, pancreas, ovaries. The lymphatic communication between the appendix and the womb adnexa contributes to metastases occurrence in the appendix. The lymphatic communication between the stomach (and other organs) and the womb adnexa provides for development of retrogradal metastases in the ovaries and, maybe, in the appendix [16, 25].

P.F.Kalitievsy describes 5 cases of appendix metastases: 2 — from the stomach, 1 — from the pancreas, 1 — from an ovary, in one case the origin was undetermined (the cases included 3 adenocarcinoma, 1 papillary carcinoma and 1 small cell carcinoma metastases).

Benign tumors of the appendix include myomas, angiomas, lipomas, fibromas, neurinomas, polyps, villous tumors. Statistical analysis of the benign tumors is difficult, because small tumors fail to be detected by morphologic assay or to be recorded [6, 10, 31, 38].

From 1965 to 1990 5 patients with cancer of the appendix were managed at the AUCRC of the USSR AMS: 3 patients with disseminated disease (the patients had undergone surgery at other hospitals), 1 case of synchronous appendix and rectum cancers [13] and 1 case of appendix cancer with retroperitoneal myxomatosis. Besides, 1 patient had solitary lymphosarcoma of the appendix [19, 21, 26, 28, 30].

There is a report on myxoma of the appendix with retroperitoneal myxomatosis, however we have not encountered any mention of appendix cancer aggravated by retroperitoneal pseudomyxomatosis.

Consider a case of adenocarcinoma of atypically localized appendix.

Patient K., a 59-year old male, entered the AUCRC with complaints of weakness, fever, a tumor in the right lumbar region. Ill from August 1990, when after physical exercise he felt pain in the right hypochondriac and right lumbar regions, fever upto 38°C, blood in the urine, found a tumor in the right lumbar region.

He applied for consultation to the AUCRC, where on examination a tumor of about 5 cm in diameter was detected in the projection of the right lateral channel at the navel level. Cancer of the ascending colon with involvement of the retroperitoneal cellular tissue was suspected. An ultrasound scan of the abdomen and retroperitoneum found 2 round newgrowths of 2 cm in diameter each, most probably hemangiomas; an irregular tumor upto 5 cm in diameter was also detected in the mesogastral region under the front abdominal wall near the intestine. Conclusion: a soft tissue tumor? Hematoma? A colonoscopy of the entire intestine found no tumors. Computed tomography of the abdomen discovered 2 unclear-cut round low density foci of 1.5 and 2 cm in diameter in the right liver lobe. Solitary metastases or hepatic hemangiomas were suspected. During the examination the patient's performance status got better, the fever and weakness vanished, the tumor in the lumbar region got impalpable. The patient refused of hospitalization.

In November 1990 after physical exercise the patient felt pain in

грузки появились боли в правом подреберье и в правой поясничной области, лихорадка до 38°C, кровь в моче, обнаружил опухолевое образование в правой поясничной области. Для консультации обратился в ВОИЦ АМН СССР, где при осмотре в проекции правого латерального канала на уровне пупка определялось опухолевое образование диаметром около 5 см. Заподозрен рак восходящего отдела ободочной кишки с распространением опухоли на клетчатку забрюшинного пространства. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства обнаружены 2 округлых образования диаметром до 2 см каждое, вероятнее всего, гемангиомы; в мезогастральной области под передней брюшной стенкой определялось опухолевое образование неправильной формы диаметром до 5 см, к образованию прилежит кишка. Заключение: опухоль мягких тканей? Гематома? При колоноскопии осмотрены все отделы толстой кишки, опухолевых образований не обнаружено. Произведена компьютерная томография органов брюшной полости: по правой доле печени определяются 2 очага сниженной плотности, диаметром 1,5 и 2 см, без четких контуров, округлой формы. Высказано предположение о наличии единичных метастазов либо гемангиом печени. За время обследования состояние больного спонтанно улучшилось, исчезли лихорадка, слабость, опухолевое образование в поясничной области перестало определяться. От предложенной госпитализации больной отказался.

В ноябре 1990 г. после физической нагрузки появились боли в правом подреберье и в правой поясничной области, лихорадка, слабость, вновь обнаружилось опухолевое образование в правой поясничной области. Не лечился. В январе 1991 г. состояние больного резко ухудшилось, лихорадка достигала 40°C. Обратился в поликлинику ВОИЦ, где при осмотре состояние больного расценено как тяжелое, температура до 40°C, гектического типа. В правой поясничной области пальпируется плотное опухолевидное образование, распространяющееся на подвздошную область, боковую стенку живота, кожа в этой области гиперемированная. Размеры образования 18×30 см. Отмечено повышение СОЭ до 35 мм/ч, лейкоциты 10,4 тыс./мл, палочкоядерные 2%. Заподозрена опухоль восходящего отдела ободочной кишки с пенетрацией и формированием забрюшинного гноя. По витальным показаниям больной госпитализирован в диагностическое отделение ВОИЦ. Начата дезинтоксикационная, антибактериальная и кардиотропная терапия. Произведена компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства: ниже уровня правой почки в проекции правого латерального канала определяется зона инфильтрации неомогенной структуры, мягкотканой и низкой плотности с четкими и нечеткими контурами, неправильной формы, размером 10×7,5×10 см, распространяющаяся на мягкие ткани передней брюшной

the right hypochondriac region, fever, weakness, the tumor in the right lumbar region appeared once again. The patient received no treatment. His performance status got worse, the fever reached 40°C. The patient applied to the AUCRC, where his condition was found grave, hectic fever upto 40°C. A dense tumor was palpated in the right lumbar region, involving the iliac region, lateral abdominal wall; skin hyperemia in the region. The tumor was 18×30 cm in size. The ESR reached 35 mm/h, leukocyte count 10 400 per ml, band leukocytes 2%. A penetrating tumor of the ascending colon and a retroperitoneal abscess were suspected. The patient was hospitalized to the diagnostic department of the AUCRC by vital indications. Desintoxication, antibacterial and cardiotropic therapy were undertaken. A computed tomography of the abdomen and retroperitoneum found soft tissue low density non-homogeneous infiltrations of irregular shape with clear- and unclear-cut outline 10×7, 5×10 cm in size, involving soft tissues of the front abdominal wall and the right lumbar muscle upto the level L<sub>IV</sub>, located below the right kidney in the projection of the right lateral channel. The newgrowths in the right liver lobe were of the same size and shape as on examination of 16.08.90.

22.01.91. A right lateral lumbotomy was performed under endotracheal narcosis, the opened retroperitoneal cavity was filled with jelly-like mass. The lumbar muscles looked infiltrated, edematous. The cavity revision discovered edemas spreading to the parietal peritoneum toward the navel and small pelvis to a distance of 10 cm. The tumor mass was removed, the adjacent muscles were partially excised. An emergency histologic assay determined mucous adenocarcinoma. The retroperitoneum was drained with two silicon drains, the wound was tamponed.

On day 3 intestinal drainage appeared in the wound, the discharge stopped on day 11. The post-operative period proceeded satisfactorily, the wound was actively granulating, the temperature got normal, the lumbar infiltration decreased considerably. A colonoscopy found an opening (fistula passage?) about 0.5 cm in diameter in the vicinity of the ascending colon. A laparoscopy discovered commissures in the right lateral segments; the appendix was not visualized in the abdomen. This confirmed our supposition about retroperitoneal position of the appendix and proved the clinical diagnosis of cancer of the retroperitoneal appendix complicated by retroperitoneal pseudomyxomatosis. We decided to perform a laparotomy and a right lateral hemicolectomy, if possible.

12.02.91. Laparotomy. No evidence of tumor disease in the abdomen. Commissures in the ascending colon. A right lateral hemicolectomy was performed with partial excision of soft tissues of the abdominal wall and lumbar region adjacent to the tumor. The removed segment of the colon was examined: the appendix located retroceally and retroperitoneally was represented by a dense uneven decaying tumor. The wall of the adjacent colon was not changed. The abdomen was drained with 2 drains. Morphologic assay: macropreparation — appendix destroyed by the tumor, microscopically — adenocarcinoma in the vermiform process, no change in the colonic mucosa.

The post-operative period proceeded as usual. The laparotomy wound healed by the first intention. Due to non-radicality of the surgery (uncertain absence of tumor microinvasion of the remaining tissue in the lumbar region and the retroperitoneum), distant  $\gamma$ -therapy was given to the right lateral lumbar and mesogastral region at a total dose of 44 Gy.

In July 1991, a check examination found an induration 4×6 cm in soft tissue of the right lumbar region in the vicinity of the post-operative cicatrix. A biopsy discovered metastasis of adenocarcinoma.

стенки и правую поясничную мышцу до уровня L<sub>IV</sub>. По сравнению с исследованием от 16.08.90 — образования в правой доле печени прежних размеров и формы.

22.01.91 под эндотрахеальным наркозом произведена лямботомия справа, вскрыта расположенная в забрюшинном пространстве полость, заполненная желеобразными массами. Поясничные мышцы резко инфильтрированы, отечны. При ревизии полости обнаружены затеки, распространяющиеся к париетальной брюшине по направлению к пупку и малому тазу на расстояние свыше 10 см. Опухолевые массы удалены с частичным иссечением прилежащих мышц. При срочном гистологическом исследовании: аденокарцинома со слизееобразованием. Забрюшинное пространство дренировано двумя силиконовыми дренажами, в рану введен тампон.

На 3-й день в ране появилось кишечное отделяемое, на 11-е сутки выделение кишечного содержимого прекратилось. Послеоперационный период протекал относительно удовлетворительно, рана активно гранулировалась, нормализовалась температура, значительно уменьшился инфильтрат в поясничной области. Проведено обследование: при колоноскопии в области восходящей ободочной кишки имеется отверстие (свищевой ход?) диаметром около 0,5 см. Произведена лапароскопия: визуально определяются спайки в правых латеральных отделах, аппендикс в брюшной полости не визуализируется. Тем самым подтверждено наше предположение о забрюшинном расположении червеобразного отростка и установлен клинический диагноз рака забрюшинно расположенного червеобразного отростка, осложнившегося псевдомиксоматозом забрюшинного пространства. Решено произвести лапаротомию и по возможности правостороннюю гемиколэктомию.

12.02.91 произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости признаков опухолевой патологии не обнаружено. Восходящий отдел ободочной кишки в спайках. Произведена правосторонняя гемиколэктомия с частичным иссечением мягких тканей брюшной стенки и поясничной области, прилежащих к опухоли. Удаленный участок кишки осмотрен: червеобразный отросток расположен ретроцекально и ретроперитонеально, представлен плотной, бугристой, распадающейся опухолью. Стенка прилежащих отделов толстой кишки не изменена. Брюшная полость дренирована 2 дренажами. При морфологическом исследовании: макропрепарат — разрушенный опухолью червеобразный отросток, микроскопически — в червеобразном отростке разрастания аденокарциномы, слизистая толстой кишки не изменена.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Учитывая нерадикальный характер выполненной операции (нет уверенности в отсутствии опухолевой микроинвазии сохранившихся тканей поясничной области и забрюшинного пространства), проведена

17.01.91. A radio-surgical tumor excision. A tumor node 6x6x5 cm was found intra-operatively, which had grown throughout all layers of the abdominal wall upto the peritoneum. The tumor was excised within the limits of normal tissue. After the tumor excision and accurate hemostasis flexible endostates (5) were fixed on the tumor bed to perform interstitial radiotherapy, the wound was drained. After tomographic preparation and dosimetric planning interstitial radiotherapy was given using a Microselectron HDR unit at a total tumor dose of 20 Gy by isoeffect on day 6. The sutures were removed on day 16, the wound healed by the first intention. Histologic assay: metastases of adenocarcinoma.

The case is of interest as concerns the diagnostic tactics which allowed the diagnosis of rarely encountered cancer of the appendix to be made pre-operatively. All cancers of the appendix reported in the literature were just casual findings during surgery or autopsy.

### Литература / References

1. Ахадов М.К. // Сов. мед. — 1987. — № 4. — С. 117-119.
2. Богатырев Б.Н., Хворов А.И. // Вестн. хир. — 1972. — Т. 109. № 9. — С. 127-128.
3. Брагин В.В., Егоров В.П. // Клини. хир. — 1988. — № 5. — С. 63-64.
4. Бычков В.И., Ганзен С.И. // Акуш. и гин. — 1960. — № 3. — С. 111-112.
5. Врублевский В.А., Воронкин Г.В. // Хирургия. — 1965. — № 11. — С. 133-134.
6. Добров Д.Д. // Сов. мед. — 1967. — № 3. — С. 127-129.
7. Егоров Д.И. Перфоративный аппендицит, обусловленный метастазом рака желудка в червеобразный отросток // Уральская конференция хирургов 24-27.06.69: Труды. — Пермь, 1971. — С. 208-209.
8. Закржевский В.В. // Врач. дело. — 1963. — № 6. — С. 135.
9. Калитиевский П.Ф., Ривкин В.Л., Славин Ю.М. // Арх. пат. — 1967. — Т. 29, № 4. — С. 70-72.
10. Калитиевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка. — М., 1970.
11. Кальтер, И.С., Колонтарев Я.Ш. // Хирургия. — 1977. — № 10. — С. 129-130.
12. Киверина З.И. // Вестн. хир. — 1970. — Т. 84, № 3. — С. 116-117.
13. Кныш В.И., Ананьев В.С., Тимофеев Ю.М. // Хирургия. — 1986. — № 9. — С. 119-120.
14. Крикуновская Л.А. // Там же. — 1983. — № 9. — С. 122.
15. Кузнецов И.В. // Нов. хир. арх. — 1961. — № 2. — С. 69-70.
16. Левченко А.М., Васечко В.Н., Ерусалимский Е.Л. // Клини. хир. — 1985. — № 5. — С. 56-57.
17. Лямцев В.Т. // Вопр. онкол. — 1965. — Т. 11, № 6. — С. 110-111.
18. Нечипорук В.М. // Вестн. хир. — 1964. — Т. 42, № 6. — С. 122-123.
19. Никифорова В.С., Лисовицкая Л.Н. // Мед. журн. Узбекистана. — 1972. — № 7. — С. 75.
20. Перельман В.М. // Клини. мед. — 1961. — Т. 39, № 11. — С. 128-131.
21. Поддубная И.В., Васильев А.В., Васыгова Н.Ф. // Сов. мед. — 1987. — № 2. — С. 109.
22. Роттенберг А.Л. // Арх. анат. — 1962. — Т. 43, вып. 8. — С. 96-98.
23. Рюмшин Г.И. // Клини. хир. — 1973. — № 2. — С. 71-73.
24. Самсонов В.А. // Арх. пат. — 1966. — Т. 28, № 11. — С. 71-72.

дистанционная гамма-терапия на поясничную и мезо-гастральную области справа в суммарной дозе 44 Гр.

В июле 1991 г. при контрольном обследовании в мягких тканях правой поясничной области в зоне послеоперационного рубца выявлено уплотнение размером 46 см. Выполнена биопсия, при гистологическом исследовании биопсийного материала — метастаз аденокарциномы. 17.07.91 произведена операция — иссечение опухоли в радиохирургическом варианте. Во время операции выявлен опухолевый узел размером 6х6х5 см, прораставший все слои брюшной стенки до брюшины. Выполнено иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. После удаления опухоли и тщательного гемостаза на ложе опухоли фиксированы гибкие эндостаты (5) для проведения внутритканевой лучевой терапии, рана дренирована. На 6-е сутки после операции, после томографической подготовки и дозиметрического планирования проведена внутритканевая лучевая терапия на аппарате "Микроселектрон" HDR в суммарной очаговой дозе 20 Гр по изоэффекту. Швы сняты на 16-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением. Гистологическое заключение: метастазы аденокарциномы.

Клиническое наблюдение представляет интерес с точки зрения особенностей диагностической тактики, позволившей установить клинический диагноз крайне редко встречающегося рака червеобразного отростка на дооперационном этапе. Известные нам из литературы наблюдения рака червеобразного отростка у всех пациентов были случайной находкой во время хирургического вмешательства либо на аутопсии.

25. Смотров И.А. и др. // Там же. — 1979. — Т. 41, № 11. — С. 71-73.
26. Сосновик И.И. // Вестн. хир. — 1972. — Т. 109, № 9. — С. 127-128.
27. Уринов А.Я., Базаров А.Х., Саидкамалов Р.С. // Клин. хир. — 1973. — № 2. — С. 71-73.
28. Хасанов Ш.П., Хутиев И.С. // Хирургия. — 1980. — № 4. — С. 106-107.
29. Чуланов Б.И. // Там же. — 1966. — № 1. — С. 63-66.
30. Чумаков В.К. // Там же. — 1961. — № 2. — С. 132-134.
31. Чупрына В.В. // Вестн. хир. — 1984. — Т. 133, № 10. — С. 78-79.
32. Шехвиц Г.А., Зыбин В.М. // Клин. хир. — 1967. — № 11. — С. 6.
33. Berger A. // Berl. klin. Wschr., — 1882. — Bd. 19, — S. 616.
34. Cohen S.A., Wolfman E.F. // J.A.M.A. — 1974. — Vol. 127, № 6. — P. 704-706.
35. Collins D.C. // Arch. Surg. — 1951. — Vol. 63. — P. 617-619.
36. Elbim A., Chevrel B. // Nouv. Presse med. — 1972. — Vol. 1, № 22. — P. 1511-1512.
37. Herczeg E. et al. // J.A.M.A. — 1977. — Vol. 238, № 1. — P. 51-52.
38. Keller A. et al. // Zbl. Chir. — 1974. — Bd. 99, № 44. — S. 1402-1405.
39. Qurechi M.A., Foley W.T. // Arch. Surg. — 1963. — Vol. 87. — P. 453.
40. Rabinovitch J., Rabinovitch P., Rosenblatt P., Zisk H. // Ibid. — 1957. — Vol. 75. — P. 122.
41. Stiehm W.D., Seeman W.B. // Radiology. — 1973. — Vol. 108, № 2. — P. 275-278.
42. Straus R. // Amer. J. Proctol. — 1964. — Vol. 15. — P. 117.
43. Thomas A.O. // Brit. Med. J. — 1923. — Vol. 1. — P. 680.
44. Uakill C. // Amer. J. Surg. — 1976. — Vol. 131, № 3. — P. 312-314.
45. Willson R. // Ibid. — 1962. — Vol. 104. — P. 238.

Поступила 14.11.91. / Submitted 14.11.91.