

терапии. В анализе коагулограммы — снижение АТ III до 46,4%. После проведения заместительной терапии свежезамороженной плазмой и гепарином был назначен антикоагулянт непрямого действия (варфарин).

Оценивая представленный нами клинический случай, можно сделать следующие выводы относительно своевременной диагностики и лечения тромбофилии, обусловленной дефицитом АТ III, а также профилактики ее осложнений:

— тромбофилические состояния, обусловленные дефицитом АТ III, являются распространенной патологией. Это следует учитывать при диагностике и лечении тромбозов;

— тромбозы вен нижних конечностей, тромбоэмболии ветвей легочной артерии у лиц молодого возраста являются основанием для полного исследования гемостазиологического профиля в

целях выявления тромбофилического состояния, обусловленного дефицитом АТ III;

— своевременная диагностика дефицита АТ III способствует проведению адекватной заместительной и профилактической терапии, предупреждению развития тромбоэмболических осложнений.

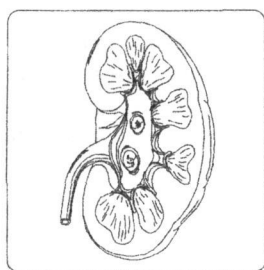
Л и т е р а т у р а

1. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. М.: Ньюдиамед, 2001. 296 с.

2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Т.2. М.: Медицина, 1985. 368 с.

3. Иванов Е.П. Руководство по гемостазиологии. Минск: Беларусь, 1991. 302 с.

4. Шиффман Ф. Дж. Патифизиология крови: / Пер. с англ. СПб.: Изд-во Бином "Невский Диалект", 2000. 448 с.



УДК 616.61 - 007.274 - 006.6 - 053.88 (571.620)

Н.П. Леонов, С.Б. Федорчук, В.М. Алешин, В.С. Шумилов

РАК ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

Краевой клинический центр онкологии, г. Хабаровск

Подковообразная почка относится к аномалиям взаимоотношения (сращение) почек. При этом сращение почек характеризуется слиянием двух почек в один орган, мочеточники которого заканчиваются в мочевом пузыре на обычном месте. Сращение может происходить симметрично — верхними или нижними полюсами (подковообразная почка), а также средними частями или асимметрично (S-образная почка или L-образная почка). Иногда обе почки сращены полностью и имеют галетообразную форму. Сращенные почки составляют 14% всех аномалий почек. Наиболее часто встречается подковообразная почка.

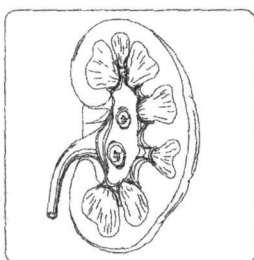
По данным литературы, сращение нижних полюсов отмечается больше чем в 90% всех наблюдений. Перешеек, которым соединяются полюса обеих почек, состоит из почечной паренхимы или плотной фиброзной ткани. Подковообразная почка обнаруживается в соотношении 1:425 вскрытий [2]. Опухоли подковообразной почки наблюдаются крайне редко и встречаются у 2% с этой аномалией. Впервые описал данную патологию Wolff в 1913 г. Buntley в 1976 г. собрал в литературе, относящейся к периоду с 1989 по 1975 г., 111 наблюдений злокачественных опухолей в подковообразных почках [3]. Основными симптомами опухоли под-

ковообразной почки являются пальпируемая опухоль, гематурия и боль. Чаще опухоль подковообразной почки принимают за опухоль брюшной полости [1]. Учитывая редкость данной патологии, мы приводим наше наблюдение.

Больной С., 68 лет, поступил в плановом порядке в урологическое отделение ККЦО 27.08.2004 г. с жалобами на наличие цистостомического дренажа и умеренные боли в области операционной раны. Со слов больного, 07.08.04 г., когда среди полного здоровья отмечалась безболевая макрогематурия с тампонадой мочевого пузыря. Больному в районной больнице выполнена цистотомия с удалением сгустков крови в мочевом пузыре. Диагностирована опухоль нижнего полюса левой почки, и он направлен в урологическое отделение ККЦО. При обследовании: УЗИ почек, мочевого пузыря, обзорной и экскреторной урографии, КТ почек — выявлена опухоль левой половины подковообразной почки.

02.09.04 г. под общей анестезией выполнена средне-срединная лапаротомия с ревизией органов брюшной полости с выделением забрюшинного пространства с левой стороны, при этом в области нижнего полюса левой половины подковообразной почки с внутренней стороны выявлено опухолевидное образование до 5,0 см в диаметре. Произведена геминефрэктомия

левой половины подковообразной почки с лимфаденопатией. Гистологическое исследование от 10.09.04 г. № 32205-18: почечно-клеточный рак из светлых клеток. Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. 14.09. 2004 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.



УДК 616.617 - 006.6 - 053.88 (571.620)

В.П. Леонов, С.Б. Федорчук, В.М. Алешин, В.В. Покорский

РАК ЛЕВОГО МОЧЕТОЧНИКА

Краевой клинический центр онкологии, г. Хабаровск

Впервые описание опухоли верхнего мочевого тракта сделано Рауер в 1841 г. Эти новообразования являются редкими и составляют всего лишь 6-7% первичных опухолей почек [1]. Подавляющее большинство из них (82-90%) являются переходно-клеточным раком, плоскоклеточный встречается в 10-17%, и аденокарцинома составляет менее чем 1%. Мужчины болеют в 2-3 раза чаще по сравнению с женщинами. Возрастной пик приходится на 60-70 лет [2]. Опухоли мочеточника регистрируются в 2 раза чаще, чем опухоли лоханки. Новообразования по расположению могут быть монофокальными, но чаще встречается мультифокальный рост. По данным различных авторов, от 10 до 25% больных опухолями верхних мочевых путей не имеют какой-либо симптоматики. Большинство же впервые отмечают выраженную гематурию [3]. Учитывая редкость данной патологии, приводим наше наблюдение.

Больной Г., 64 лет, госпитализирован в плановом порядке в урологическое отделение ККЦО 23.08. 2004 г. с жалобами на учащенное мочеиспускание и периодически возникающую безболевою макрогематурию. Считает себя больным с декабря 2002 г. Обращался к урологу, и в январе 2003 г. выявлена папиллома мочевого пузыря, и выполнена электрорезекция опухоли. Во время обследования: УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, обзорной и экскреторной урографии — выявлены ретенционные изменения в полостной системе левой поч-

Л и т е р а т у р а

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Крапивин А.А. Опухоль почки. М., 2002.
2. Айвазян А.В., Войно-Ясенецкий А.М. Пороки развития почек. М., 1988.
3. Лопаткин П.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. Киев, 1987.

ки. При фиброцистоскопии с катетеризацией левого мочеточника, в 5 см от устья левого мочеточника и не доходя до пиелoureтрального сегмента, в просвете мочеточника определяется опухолевидное образование ворсинчатого строения, обтурирующее просвет мочеточника.

10.09.04 г. под общей анестезией параректальным разрезом слева трансабдоминально выполнена операция — нефруретерэктомия с резекцией стенки мочевого пузыря левым устьем, отступив от него на 2 см, а также выполнена парциальная простатэктомия (выявлен простатосклероз). Мочевой пузырь ушит до цистостомического дренажа.

Гистологическое исследование № 34132-42 от 16.09.04 г.: высокодифференцированный переходноклеточный рак мочеточника.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. 28.09. 2004 г. больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение.

Л и т е р а т у р а

1. Матвеев Б.П., Фигурин К.Н. // Урология и нефрология. 1988. №6. С.41-44.
2. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. М., 2003. С.177-193.
3. Лопаткин Н.П., Мартов А.Г., Ергаков Д.В. Эндоскопические методы диагностики и лечения папиллярных опухолей верхних мочевых путей. Матлы X Рос. съезда урологов. М., 2002. С.747-748.

