

Заключительный диагноз: стеноз почечной артерии единственной левой почки. Нарушение секреторно-экскреторной функции почки. Вторичная артериальная гипертензия. Вторичная кардиомиопатия. Нейроретинопатия.

Выводы

Несмотря на невысокую частоту, СПА является крайне важной проблемой современной педиатрии и сосудистой хирургии, что связано с достаточно тяжелыми проявлениями и последствиями данного заболевания, а также с определенными трудностями диагностики. После оптимальной тактики лечения требуется проведение рандомизированных исследований, на современном этапе развития сосудистой хирургии наиболее применимым и патогенетически обоснованным методом является чрескожная ангиопластика со стентированием почечной артерии [5]. При этом, учитывая высокую вероятность рестеноза в артериях малого диаметра, рекомендуется установка стентов с антипролиферативным лекарственным покрытием.

Л и т е р а т у р а

1. Бектяшянц Е.Г., Петракова В.А. Особенности вазоренальной гипертензии у детей // Вопросы охраны материнства и детства. - 2002. - Т. 32, №4. - С. 19-21.
2. Катанадова К.В., Бутылкина А.Л. Усиленная почечная ангиопластика при пострезекционном стенозе почечной артерии (клинический случай) // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2006. - №2. - С. 50-51.
3. Михальчикова Н.А. Случай верификации врожденной аномалии строения почек и артериальных почечных сосудов с последующей усиленной коррекцией гемодинамически значимого стеноза левой почечной артерии // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2006. - №4. - С. 100-104.
4. Мартин И. Резник, Эндрю К. Новик. Секреты урологии [под ред. С.Х. Аль-Шукри]. - М.: Изд-во «Бином», 1997. - С. 352.

Координаты для связи с авторами: Батаева Е.П. тел. 8-924-384-00-05



УДК 616.346.2 - 006.66

М.Г. Сидоренко, И.Н. Лазарева

СЛУЧАЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

301-й Округовой военной клинической больницы, г. Хабаровск

Первичные опухоли червеобразного отростка - большая редкость. Истинная частота их неизвестна, поскольку рассчитывается на основании исследования оперативно удаленных отростков [1]. Аутопсийный же материал не позволяет это сделать, так как во время рутинных вскрытий отростки детально не исследуются, и многие мелкие опухоли ускользают от внимания вскрывающего. Частота доброкачественных и злокачественных опухолей эпителиального и неэпителиального происхождения среди всех оперативно удаленных отростков оценивается менее чем в 1% [1].

Первичный рак червеобразного отростка встречается в сотых долях процента ко всем удаленным отросткам, или в 0,5% ко всем формам рака толстой кишки [2]. Чаще всего обнаруживают аденокарциному, строение и свойства которой совпадают с таковыми при аналогичном раке толстой кишки. Первичный рак отростка чаще располагается в проксимальной его части и нередко переходит на стенку слепой кишки. В таких случаях нельзя достоверно установить локализацию первичной опухоли. И ее следует квалифицировать как рак аппендикулярной области, возможно, исходящий из червеобразного отростка.

Резюме

В данной статье приводится пример редкого случая аденокарциномы червеобразного отростка, описывается тактика, признанная на сегодняшний день наиболее целесообразной.

Ключевые слова: аденокарцинома червеобразного отростка.

M.G. Sidorenko, I.N. Lasareva

A CASE OF ADENOCARCINOID OF APPENDIX

*Federal State Institution 301 District Military
Clinical Hospital, Khabarovsk*

Summary

In this article we demonstrated a rare case of adenocarcinoid of appendix, describe tactics, which recognized as expedient now.

Key words: adenocarcinoid of appendix.

Первичный рак отростка обнаруживают случайно, после аппендэктомии по поводу острого аппендицита. Это обусловлено тем, что опухоль, локализуемая в проксимальном отделе отростка, нередко obturates его просвет, создавая благоприятные условия для развития воспаления. Обнаружение рака в удаленном червеобразном отростке диктует необходимость повторной операции гемиколэктомии. Прогноз в этих случаях обычно благоприятный. Лишь в стадии начального рака, локализованного в дистальных отделах отростка, можно ограничиться аппендэктомией, но с обязательным иссечением брыжейки отростка и регионарных лимфатических узлов.

Приводим наше наблюдение.

Пациент Л., 55 лет, болен около 2 нед., когда возникли неприятные болевые ощущения в нижних отделах живота, больше справа. В течение трех суток боли усилились, появилась тошнота. Обратился в поликлинику 22.03.06 г., откуда направлен на стационарное лечение с диагнозом «острый аппендицит». Поступил в 301-й ОВКГ 22 марта 2006 г. в 15.50 с жалобами на постоянную ноющую боль в правой подвздошной области, без иррадиации, тошноту. При осмотре в приемном отделении общее состояние удовлетворительное. В легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧДД 15 в/мин. Сердечные тоны ритмичные, 76 уд/мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд./мин; артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот правильной формы, нормальной конфигурации, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации защитного напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. При глубокой пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области, здесь же определяются симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского. Перистальтика кишечника выслушивается отчетливо. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз до $10,2 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом до 5%. Учитывая жалобы пациента, анамнез заболевания, а также объективные данные: локальную болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины, гиперлейкоцитоз в анализе крови — выставлен диагноз «острый аппендицит».

22.03.06 г. в 20.00 пациент был прооперирован. Разрезом по Волковичу-Дьяконову вскрыта брюшная полость, купол слепой кишки из-за спаек с париетальной брюшиной в рану не выводится. Найдено основание отростка, он в рану также не выводится, располагается ретропариетально в правой подвздошной ямке, в связи с чем выполнена ретроградная аппендэктомия. При удалении отростка выявлено, что он спаян с окружающими тканями в виде рыхлого инфильтрата, в состав которого входят участок брыжейки тонкой кишки, париетальная брюшина. Тупым и острым путем отросток выделен и произведена аппендэктомия. Из правой подвздошной ямки удалено около 10 мл экссудата желеобразной консистенции, прозрачного, без запаха, взят посев. Червеобразный отросток изменен, начиная с границы средней и проксимальной трети, белесоватого оттенка, утолщен, достигая максимального размера в поперечнике до 3 см,

к верхушке вновь сужаясь до 0,5 см. На разрезе червеобразный отросток желеобразной консистенции, просвет целевидный, заполнен прозрачным содержимым. Отправлен на гистологическое исследование. В связи с тем, что заподозрена опухоль червеобразного отростка, из участка брыжейки тонкой кишки, входившего в состав инфильтрата, был взят материал для гистологического исследования.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Швы удалены на 7 сут. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. С целью послеоперационной реабилитации пациент выписан на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники до получения гистологического заключения. Заключение патогистологического исследования от 29.03.06 г. — карциноид червеобразного отростка, однако не исключена слизистая аденокарцинома червеобразного отростка. Препарат консультирован у онкоморфологов Краевого консультационного центра онкологии (г. Хабаровск), высказано мнение о слизистой аденокарциноме червеобразного отростка. В связи с этим пациент был госпитализирован 11.04.06 г. в онкологическое отделение 301-го ОВКГ с диагнозом: рак червеобразного отростка, II стадия, pT3, Nx, M0 для проведения дообследования и выполнения радикального оперативного лечения. 17.04.06 г. выполнена срединная лапаротомия. Правосторонняя гемиколэктомия. Дренаж брюшной полости. При ревизии органов брюшной полости отмечается выраженный спаечный процесс в правой подвздошной области с вовлечением в него купола слепой кишки, пряди большого сальника, терминального отдела подвздошной кишки. Парааортальные лимфоузлы не увеличены, печень обычной консистенции, эластичная, край острый. Послеоперационный диагноз: рак червеобразного отростка, II стадия, pT3, N0, M0.

При гистологическом исследовании от 25.04.06 г. № 2608-22 в срезах культуры червеобразного отростка и брыжейки — хроническое гранулирующее воспаление, гранулемы инородных тел на шовный материал. В лимфатических узлах — картина фолликулярной гиперплазии. Гистологическое исследование резецированной толстой кишки: метастазов рака в удаленном препарате не выявлено. Результаты посева от 24.03.06 г. — роста микрофлоры не обнаружено.

Данное наблюдение свидетельствует о необходимости тщательного гистологического исследования препарата в целях исключения возможного злокачественного процесса и при получении результата гистологического исследования — своевременного проведения правосторонней гемиколэктомии.

Л и т е р а т у р а

1. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека: рук-во для врачей. Т. 2. [под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова]. - М.: Медицина, 1993. - С. 350.

2. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка. - М.: Медицина, 1970. - 120 с.

Координаты для связи с авторами: Сидоренко М.Г. e-mail: mike_sidorenko@mail.ru

