

лимфатических узлов 5-летняя выживаемость составляет не более 50%, а при правосторонней локализации опухоли ободочной кишки – не более 20%. Отдаленные результаты операций по поводу рака прямой кишки несколько хуже. В среднем 5-летняя выживаемость пациентов, перенесших радикальные операции, составляет 50%, при этом также прослеживается зависимость отдаленных результатов от стадии процесса.

УДК 616.37

**Е.Н. Слабкова**

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

### СЛУЧАИ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

*Осы жұмыста соқыр ішектің құрт тәрізді өсіндісі қарастырылған. Жеке тәжірибелер жүйеленіп, ұсынымдар берілген. Нәтижелер салыстырылып, қорытынды жасалған.*

*In article authors describe cases sparse disease appendices. Personal experience is systematized. References on simplification of preparation are made. Results are compared and conclusions are drawn.*

Мукоцеле – киста червеобразного отростка, содержащая слизь различной консистенции – от желеподобной массы до водянистой жидкости, которую в этом случае расценивают как водянку отростка, является своеобразным редким новообразованием червеобразного отростка и, по данным разных авторов, встречается в 0,02-0,5% всех аппендэктомий.

Патогенез развития мукоцеле до настоящего времени неясен. Большинство авторов полагают, что причиной формирования мукоидной кисты является хроническое воспаление отростка с рубцовым сужением основания аппендикса, облитерацией, сдавлением или закупоркой его просвета. При этом происходит нарушение оттока слизи при сохраненной секреторной функции эпителия слизистой оболочки отростка.

Другие полагают, что кисты и дивертикулы могут быть врожденными или приобретенными, при этом последние обычно представляют собой грыжеподобное выпячивание слизистой оболочки через отверстие между мышечными волокнами в результате разрушения стенки отростка при остром аппендиците. И, наконец, согласно номенклатуре опухолей Международного противоракового союза мукоцеле развивается из остатков примитивной мезенхимы и относится к доброкачественным опухолям, иногда склонным к озлокачествлению.

Различают полные кисты, которые занимают весь просвет отростка, за исключением основания, где облитерирован просвет, и неполные, при этом киста располагается интрамурально или занимает часть просвета. Кисты размером до 3 см считаются малыми, до 6 см – средними и более 9 см – гигантскими. В литературе встречаются следующие названия данного патологического состояния:

миксома червеобразного отростка, слизистая киста, мукоцеле, миксоглобулёз.

Осложнения мукоидных кист – воспалительные (перитонит), механического характера (заворот или перекручивание отростка, непроходимость кишечника), озлокачествление, прорыв слизистых масс в брюшную полость с имплантацией и распространением слизеобразующих клеток по брюшине, массивным обсеменением брюшной полости и образованием псевдомиксоматоза, имеющего злокачественное течение.

Больные с псевдомиксоматозом погибают в течение 1-2 лет. При ретроцекальном расположении червеобразного отростка с развитием мукоцеле возможно распространение процесса по типу псевдомиксоматоза в забрюшинное пространство с образованием наружных свищей. Описаны случаи грибкового поражения (криптококкоза) мукоцеле аппендикса.

Клинически мукоцеле обычно протекает под видом хронического аппендицита или неопределенного желудочно-кишечного дискомфорта, иногда имитирует кисты яичников, опухоли брюшной полости или прямой кишки. В литературе имеются единичные сообщения о дооперационной диагностике мукоцеле аппендикса.

Исходя из вышеизложенного целью исследования явилась клиническая характеристика редких заболеваний червеобразного отростка по данным работы КГКП «Больница скорой медицинской помощи» – БСМП.

Результаты и их обсуждение. Приводим собственные наблюдения гигантской миксома червеобразного отростка. В динамике 4-х лет с 2006 года по 2010 год в БСМП прооперировано 3-е больных с диагнозом мукоцеле червеобразного отростка. Двое из них поступили с диагнозом острый аппендицит. Больные доставлены в операционную, где операционной находкой явилась миксома червеобразного отростка, подтвержденная гистологически (рисунок).



Рисунок – Мукоцеле червеобразного отростка (макропрепарат)  
Примечание: а – слизистое содержимое кисты; б – стенка кисты

Третий случай. Больная Ц., 70-ти лет поступила в экстренном порядке через 1 сутки с момента начала заболевания. Больная доставлена скорой помощью. При поступлении жалобы на боли в правом подреберье, правом мезогастрии, тошноту, рвоту 3-хкратно. Боли появились после приема пищи, затем присоединилась рвота. Из анамнеза подобные боли были неоднократно.

Общее состояние средней степени тяжести, больная стонет от болей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС): тоны приглушены, артериальное давление – АД – 140/90 мм рт. ст. Температура тела 36,6°C. Стул, диурез не нарушены.

Локально: язык суховат, живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, участвует в акте дыхания. При пальпации живота наблюдается болезненность в правом подреберье и правом мезогастрии, умеренное напряжение. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомов раздражения нет.

Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин Нв 145г/л, эритроциты  $4.4 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $7,7 \times 10^9$ , скорость оседания эритроцитов – СОЭ 31 мм/час. Биохимический анализ крови: белок 65,1 ммоль/л, мочевины 5,92 ммоль/л, билирубин 15 ммоль/л. Больная госпитализирована в хирургическое отделение с предварительным диагнозом острый холецистит.

Больной проводилась инфузионная терапия, вводились спазмолитики. Пациентка осмотрена кардиологом, выставлен диагноз: Артериальная гипертензия 2 степени, риск II. После наблюдения в динамике у больной боли переместились в правую подвздошную область. С диагнозом острый аппендицит больная взята в операционную.

На операционном столе: разрезом Волковича-Дьяконова послойно вскрыта брюшная полость, из брюшной полости выделяется обильная желеобразная масса, студенистая, желтого цвета. Полость осушена. В рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком, последний напряжен, утолщен, гиперимирован, с налетом фибрина, длиной до 5 см. На верхушке отростка опухолевидное жидкостное образование с капсулой размером 10х8см, где имеется разрыв 4х2см, С разрыва капсулы поступает желеобразная масса желтоватого цвета. Основание отростка лигировано. Брыжейка отростка взята на зажим, пересечена, прошита, перевязана. Выполнена типичная аппендэктомия с погружением культи в кисетный и зетобразные швы. В малый таз поставлена дренажная трубка. Рана послойно ушита. Послеоперационный диагноз: Миксома червеобразного отростка. Результаты гистологического исследования: миксома червеобразного отростка с участками воспаления и кальцинозом стенки.

Больной проводилась антибактериальная терапия, анальгезия, физиолечение. Дренажная трубка удалена на 3-е сутки с момента оперативного вмешательства. На 10-е сутки пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, заживление раны первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки.

Заключение. Таким образом, отсутствие патогномичных клинических признаков, свойственных исключительно мукоцеле аппендикса, затрудняет точное дооперационное распознавание этого редкого заболевания. Диагноз устанавливается или уточняется лишь во время оперативного вмешательства.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Владимирцева А.Л., Чатталос М.Г., Полетаев В.А. Псевдомиксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка с прорастанием в забрюшинное пространство и наружными свищами // Архив патологии. – 1999. – Т. 51. – N 9. – С. 74-76.
- 2 Дмитриевский В.Н. Киста червеобразного отростка, имитировавшая забрюшинную опухоль // Вестник хирургии. – 1981. – N 2. – С. 83-84.
- 3 Имнаишвили Б.Е., Коркелия А.А., Джвобенана А.Г. Гигантское мукоцеле червеобразного отростка // Хирургия. – 1993. – N 1. – С. 133-138.
- 4 Коренев Н.Н., Кашеренков В.Ф. Миксома червеобразного отростка // Хирургия. – 1995. – N 7. – С. 105-106.
- 5 Кохнюк В.Т. Мукоцеле червеобразного отростка // Вопросы онкологии. – 1988. – N 1. – С. 87-88.
- 6 Кузьмин В.И., Яшин Н.П., Егорова Т.М. Миксома ретроцекально расположенного червеобразного отростка // Хирургия. – 1985. – N 3. – С. 117-118.
- 7 Марков С.Н. Мукоцеле червеобразного отростка в связи с его перекрутом // Хирургия. – 1980. – N 7. – С. 92.
- 8 Тажимаметов Б.Т., Ибрагимов Р.И., Утаев Б.А. Ущемление миксомы червеобразного отростка в пупочной грыже // Хирургия. – 1989. – N 2. – С. 124-125.
- 9 Чекарева Г.А., Горбунова В.В. Криптококкоз мукоцеле аппендикса // Архив патологии. – 1996. – Т. 38. – N 11. – С. 71-73.
- 10 Athey R.A., Hacken J.B., Estrada R. Sonographic appearance of mucocele of the appendix // J. Clin. Ultrasound. – 1984. – Vol. 12. – N 6. – P. 333-337.
- 11 Horgan J.G., Chow P.P., Richter J.O. etc. CT and sonography in the recognition of mucocele of the appendix // Amer. J. Roentgenol. – 1984. – Vol. 143. – N 5. – P. 959-962.

УДК 617.089.5

### Е.Н. Слабкова

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Усть-Каменогорск

#### ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ГЕМОРРОЯ I-III СТАДИИ ЛАТЕКСНЫМИ ЛИГАТУРАМИ

*Мақалада I-III деңгейдегі ішкі геморройды латексті лигатурамен емдеу келтірілген. Геморрой ауруының таралуы бойынша кешенді бағалау жүргізілді. Анағұрлым тиімді емдеу шараларына, оперативті терапия әдістеріне талдау жүргізілген.*

*In article are given treatment of internal hemorrhoid I-III stage latex ligature. The full estimation of spreading of the hemorrhoid. The analysis of the indices of effective treatments consideration – operation of methods of therapy.*

В структуре колопроктологических заболеваний геморроидальная болезнь занимает одно из первых мест. Основным методом лечения геморроидальной болезни является оперативное вмешательство, которое направлено на ликвидацию трех геморроидальных узлов. Данную операцию внедрили в XX веке Е. Milligan и G. Morgan.

Основным недостатком оперативного вмешательства при геморроидальной болезни является выраженный болевой синдром и длительное заживление ран,

---

**Шығыстың аймақтық хабаршысы**

---