

Последнее наблюдение свидетельствует о неправильной оценке показаний к внебрюшинному методу. Целесообразнее было бы начинать с внутрибрюшинного метода.

Поступила 29 января 1958 г.

132p
0,12
К КАЗУИСТИКЕ КАРЦИНОИДОВ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО
ОТРОСТКА

И. о. асс. А. Б. ГАТАУЛЛИН

Из кафедры госпитальной хирургии (зав.— проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

Карциноиды червеобразного отростка являются редким заболеванием. По сборной статистике, приводимой Патлисом, на 38985 аппендэктомий карциноиды обнаружены в 0,28% случаев. Рогг считает, что карциноиды наблюдаются в 0,5% всех аппендэктомий. Партер и Пиллен сообщают (1939) о 72 случаях карциноидов отростка на 26 384 удаленных червеобразных отростков, что составляет 0,27% (цитировано по Н. И. Трутеню). По данным факультетской хирургической клиники Харьковского медицинского института, на 2 084 аппендэктомий карциноиды были обнаружены у трех больных, то есть в 0,13%.

На 3 046 аппендэктомий, произведенных в госпитальной клинике КГМИ за 5 лет, карциноиды отростка мы наблюдали у трех больных. Диагноз был установлен лишь после гистологического исследования удаленных отростков.

Все наши больные были в возрасте от 20 до 30 лет, что находится в соответствии с литературными данными.

Приводим краткие истории болезни наблюдавшихся больных.

1. П-ва, 23 лет, студентка, поступила в клинику 9/XI 1954 г. с жалобами на острые приступообразные боли в правой подвздошной области, тошноту и однократную рвоту. Заболела 7/XI-54 г. Подобные боли были в январе 1954 года, продолжались двое суток. Из перенесенных заболеваний отмечает желтуху, воспаление легких, страдает бронхиальной астмой. При объективном исследовании со стороны сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы не отмечается. В легких определяются сухие и влажные хрипы.

Живот участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области, здесь же слабо положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Анализ крови: Л.— 14 200, с.— 81%, п.— 4%, л.— 13%, м.— 1%, эоз.— 1%.

Диагноз: острый аппендицит.

9/XI-54 г. операция. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, верхушка его колбовидно вздута. Отросток удален обычным способом. Через 7 дней больная выписана в хорошем состоянии.

Обратила внимание уплотненность стенки дистального отдела червеобразного отростка. При разрезе его в подслизистом слое верхушки ясно определяется изолированное образование величиной с небольшую горошину; при гистологическом исследовании этого образования обнаружено строение, характерное для карциноида.

Отдаленный результат не проверен, так как больная выехала из гор. Казани.

П. С., 29 лет, инвалид II группы, доставлена в клинику машиной скорой помощи 17 мая 1955 г., с жалобами на боли в правой подвздошной области и на тошноту. Заболела утром 17 мая 1955 г. Подобных приступов у больной раньше не было. В 1947 г. она подвергалась ампутации правого бедра по поводу травмы. Из перенесенных заболеваний отмечает сыпной тиф, которым болела в 1952 г. При объективном исследовании со стороны сердечно-сосудистой системы и легких особых отклонений от нормы нет.

Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в правой подвздошной области, где имеется положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

Исследование крови: Л.— 10 300, с.— 73%, п.— 4%, л.— 13%, м.— 10%.

Клинический диагноз: острый аппендицит.

17 мая 1955 г. операция. Обнаружен утолщенный, колбовидно вздутый у вер-

хушки червеобразный отросток. Отросток удален обычным способом. Через 10 дней больная выписана в хорошем состоянии из клиники.

В области верхушки отростка после его вскрытия определяется небольшое с горошину уплотнение, расположенное в подслизистом слое. При гистологическом исследовании в нем обнаружено строение, присущее карциномам отростка.

Проверка через 3 года: Жалоб больная не предъявляет.

III. Б., 29 лет, рабочий, поступил в клинику 26 января 1956 г. с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой половине живота, которые возникли в феврале 1952 г. Боли в правой подвздошной области временами усиливались и носили приступообразный характер. Больной отмечает склонность к запорам. Перенес воспаление легких и контузию. При объективном исследовании со стороны сердечно-сосудистой системы и легких отклонений от нормы не найдено.

Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Положительный симптом Ситковского. Анализ крови: Л.—6 500, с.—67%, п.—1%, л.—25%, м.—4%, эоз.—2%.

Клинический диагноз: хронический аппендицит.

28 января 1957 г. операция. Обнаружен инъецированный несколько утолщенный отросток, он удален обычным способом.

На 8-й день больной в хорошем состоянии выписан из клиники.

В области верхушки определено уплотнение, расположенное в подслизистом слое и имевшее форму крупного просыаного зерна. При патогистологическом исследовании обнаружен карциноид. Состояние больного проверено через полтора года, болей в правой подвздошной области нет.

Следовательно, у одного больного клинически наблюдался хронический, у 2-х больных — острый аппендицит. Карциноид был определен лишь после гистологического исследования удаленных отростков.

Не существует твердо установленных взглядов, является ли карциноид первичным образованием или он развивается вследствие воспаления червеобразного отростка.

В двух из наших наблюдений, очевидно, воспаление червеобразного отростка носило более или менее длительный характер, что могло содействовать развитию карциноида. Но у одной больной приступ аппендицита был первичным и трудно установить связь между воспалением отростка и развитием карциноида.

Возникает другой вопрос: может ли карциноид содействовать развитию аппендицита? В случаях расположения карциноида в самом дистальном отделе отростка, то есть в области его верхушки, благоприятные для развития воспаления условия мало вероятны, но если карциноид располагается в начальной или в средней части отростка, то с его ростом в дистальной части создаются возможности для застоя содержимого и тем самым — для развития воспаления в этой части отростка (Патлис).

Третий вопрос — о гистогенезе карциноидов. В то время как А. И. Абрикосов высказывает взгляд, что гистологически карциноиды дают картину рака и исходят из люберкюневых желез, Ашоф полагает, что карциноиды представляют «родимые пятна» слизистых оболочек и в их основе лежит отшнуровка эпителиальных клеток из люберкюневых желез. Мильнер считает, что в основе карциноидных образований лежит разрастание эндотелия лимфатических сосудов, а Эрлих (1914) и Массон (1924) — что карциноиды исходят из нервных элементов и представляют из себя невромы.

И, наконец, последнее, — является ли карциноид злокачественным новообразованием?

По Абрикосову, карциноиды гистологически представляют настоящий солидный рак, но их медленное клиническое течение и отсутствие митозов не дают оснований считать их за рак в строгом смысле этого слова, почему он и считает оправданным название карциноидов для этих форм новообразований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрикосов А. И. Руководство по патологической анатомии. Медгиз, 1957, т. 4, кн. 2. 2. Беженуца В. И. Хирургия, 1956, 2, 76. 3. Котлярчук П. З. Вр. дело, 1927, 8. 4. Трутень Н. И. Вр. дело, 1945, 9—10, 467. 5. Патлис Г. Д. Вестн. хир., 1928, т. 12, кн. 35—36. 6. Певзнер И. Л. Журн. совр. хир., 1929, т. 4, 2. 7. Пребстинг В. Н. Русск. клин., 1925, 13. 8. Штенберг А. Е. и Любарская Б. И. Журн. сов. хир., 1929, т. 4, вып. 25—26. 9. Эрлих С. Л. Харьковск. мед. журн., 1914, т. 18, 7.

Поступила 10 января 1958 г.

О БОЛЕЗНИ ОТСУТСТВИЯ ПУЛЬСА (СИНДРОМ ТАКАЯСИ)¹

Э. А. КРАСНИЧ

Из кафедры терапии (зав.—проф. А. И. Франкфурт)
Саратовского медицинского института

За последнее время в отечественной медицинской литературе участились описания «болезни отсутствия пульса», которую различные авторы называют также синдромом дуги аорты, первичным артериитом аорты, инвертированной коарктацией аорты, синдромом Такаяси, по имени японского офтальмолога, впервые описавшего это заболевание в 1908 г.

К 1957 году в мировой литературе, по данным С. П. Абуговой, известно 89 случаев болезни отсутствия пульса (58 — в Японии, 31 — в Европе).

В СССР в 1955 г. впервые описал это заболевание Н. В. Антелава под названием синдрома дуги аорты. В 1957 г. С. П. Абугова, Д. Н. Джигладзе и С. Л. Фрадкина опубликовали по одному случаю болезни отсутствия пульса.

Синдромом Такаяси болеют почти исключительно женщины в молодом возрасте (от 15 до 30 лет), и только Д. Н. Джигладзе приводит историю болезни больного мужчины 53 лет.

Анатомически при этом заболевании обнаруживается панартериит крупных сосудов, отходящих от аорты, постепенно приводящий к полной их облитерации. Чаще всего поражаются сосуды, отходящие от дуги аорты: безымянная, подключичная и сонные артерии. Однако, описаны также отдельные случаи поражения и брюшной аорты. С прогрессированием заболевания развиваются коллатерали.

Клиническая картина заболевания зависит от локализации и степени облитерации сосудов. Кардинальными симптомами являются: отсутствие пульса и резкое снижение артериального давления на верхних конечностях.

Ввиду относительной редкости синдрома Такаяси приводим наше наблюдение.

Больная Т., 51 года, поступила в клинику 5/II 1957 г. с жалобами на головокружение, головную боль, слабость в левой руке, в особенности при поднятии ее вверх, покалывание в кончиках пальцев левой кисти, чувство «ползания мурашек» в ней, субфебрильную температуру тела, ноющую боль в области сердца, иррадирующую в левую лопатку, сердцебиение, удушье, наступающее приступами, кашель с трудноотделяемой мокротой, мучительную сухость во рту, «приливы» к голове. В 1945 и 1947 годах у больной дважды без видимой причины наблюдались приступы сильной головной боли, после чего долгое время беспокоила головная боль, но менее интен-

¹ Доложено на заседании Саратовского филиала Всероссийского общества терапевтов 10 декабря 1957 г.