

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.Н. Габышев, А.Ю. Грызлов, В.В. Сивцев

ГИПЕРНЕФРОМА У БОЛЬНОГО С ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКОЙ

Известно, что врожденная патология почек занимает первое ранговое место среди таковой внутренних органов. При этом в структуре врожденных патологий подковообразная почка встречается редко, а гипернефрома в ней – еще реже. Нами представляется редчайший случай гипернефроидного рака подковообразной почки.

Больной П., 35 лет, поступил в урологическое отделение РБ №1-НЦМ 25 сентября 2006 г. с жалобами на периодические ноющие боли в поясничной области слева.

В течение года больной отмечал макрогематурию, за медицинской помощью обратился лишь в августе 2006 г.

ГАБЫШЕВ Адольф Николаевич – отличник здравоохранения РС(Я), врач хирург-уролог высшей квалиф. категории РБ №1-НЦМ; **ГРЫЗЛОВ** Александр Юрьевич – хирург-уролог РБ №1-НЦМ; **СИВЦЕВ** Василий Васильевич – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

По данным рентгенокомпьютерной томографии органов брюшной полости у больного выявлена подковообразная почка, левая половина почки деформирована в передневерхних отделах за счет патологического образования неоднородной солидной структуры размерами 10,5х9,0х10,5 см, с неровными контурами. После болюсного контрастирования в артериальную фазу определяется патологическая сосудистая сеть. Образование деформирует ЧЛС, доходит до ворот. Перешеек почки в нижнем полюсе диаметром 1,3 см, в каждой половине почки выявляются по две артерии, отходящих отдельным устьем от аорты в нижний и верхний полюсы. Лоханки внепочечного типа, гипотоничны, паренхима правой половины почки однородная. Лимфоузлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены.

Лабораторные показатели в пределах нормы. Данных, свидетельствующих об отдаленных метастазах, не выявлено.

Больному выполнена плановая операция в объеме лапаротомии, резекция левой подковообразной почки с опухолью.

Послеоперационный диагноз: гипернефрома левой половины подковообразной почки, T2N0M0, 2-я стадия, 2 кл. группа.

Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Самочувствие удовлетворительное, жалоб нет. По данным контрольного УЗИ в ложе левой половины почки патологических структур не определяется.

Выписан на амбулаторное лечение на 10-е сутки после операции.

Специализированным ВКК ЯРОД больному рекомендовано динамическое наблюдение.

Н.А. Васильева, И.И. Прокопьева

СЛУЧАЙ ЛЕЙКЕМИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С УСПЕШНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

Нейролейкоз – состояние, представляющее специфическое, вызванное лейкозной инфильтрацией, поражение анатомических образований ЦНС – клетчатки эпидурального пространства, оболочек, тканей головного и спинного мозга и периферических нервов. Нейролейкоз чаще развивается при лимфобластном цитоморфологическом варианте острого лейкоза. У мальчиков он встречается в 2 раза чаще, чем у девочек. По литературным данным, в большинстве случаев нейролейкоз диагностируется в период полной костномозговой ремиссии. В 30–35% случаев сочетается с генерализованным рецидивом. Однако случаи развития нейролейкоза в период манифестации клинко-гематологи-

ческих проявлений острого лейкоза не являются редкостью – они составляют 7,2% (Е.Б. Владимирская, 1985).

Диагноз «нейролейкоз» ставится при обнаружении в ликворе бластного цитоза более 10:3 или при появлении менингеальной симптоматики.

Клиническая картина нейролейкоза весьма разнообразна. Складывается из синдромов, отражающих: степень повышения внутричерепного давления; характер и распространенность инфильтративных процессов, вызванных лейкозными клетками (очаговый или диффузный) мозговых оболочек; вовлечение собственно вещества головного и спинного мозга в патологический процесс; поражение гипоталамо-гипофизарной области и турецкого седла (первичного или вторичного характера); вовлечение черепномозговых нервов и крупных нервных стволов в патологический процесс.

По данным Гематологического научного центра различают:

1. Нейролейкоз с преимущественным повышением внутричерепного давления (гипертензионный синдром) – 26% случаев.

2. Нейролейкоз с преимущественным поражением мозговых оболочек (менингеальный синдром) – 18% случаев.

3. Смешанные варианты нейролейкоза (гипертензионно-менингеально-энцефалический синдром) – 16,2% случаев.

4. Нейролейкоз с преимущественным поражением гипоталамо-гипофизарной области (диэнцефальный синдром) – 9% случаев.

5. Доклинические варианты нейролейкоза (клиническая картина полностью отсутствует, как и неврологическая, отмечается только повышение плеоцитоза спинномозговой жидкости за счет бластных клеток) – 29,8% случаев.

Лечение нейролейкемии проводится путем введения в спинномозговую

ВАСИЛЬЕВА Нина Афанасьевна – к.м.н., врач-невролог 1-й квалиф. категории РБ №1-НЦМ, м.н.с. ЯНЦ РАМН и Правительства РС(Я); **ПРОКОПЬЕВА** Ирина Ивановна – врач-гематолог 2-й квалиф. категории РБ №1-НЦМ.