

© Коллектив авторов, 2002

МЕТАСТАЗ РАКА ЖЕЛУДКА В БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТА 17 ЛЕТ (ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ)

А.Н. Махсон, Т.В. Павленко, К.К. Пугачев

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Первичный рак желудка является чрезвычайно редкой находкой у людей молодого возраста. Это относится как к детской, так и к юношеской группе [7, 9] и справедливо даже для выборки пациентов вплоть до 40-летнего возраста. Согласно данным McGill и соавт. [8], рак желудка составляет лишь 0,05% от злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта у детей и подростков. Общепринято мнение, что проявления рака желудка у лиц молодого возраста практически не отличаются от таковых в старших возрастных группах. Обычно развивающаяся карцинома желудка протекает под маской язвенной болезни и правильный диагноз ставится лишь на поздних стадиях, что определяет крайне неблагоприятный прогноз этого заболевания. Гистологически рак желудка у таких пациентов чаще всего представляет собой недифференцированный аденогенный рак с диффузно-инфильтративным типом роста.

Мы располагаем необычным, с нашей точки зрения, наблюдением рака желудка у 17-летнего юноши. Основным проявлением болезни при поступлении пациента в клинику было метастатическое поражение бедренной кости, протекавшее под маской остеогенной саркомы.

Больной М., 17 лет. Заболевание началось с появления без видимой причины болей, припухлости, гиперемии в нижней трети правого бедра и правом коленном суставе; отмечалась субфебрильная температура. Первоначально по месту жительства проводилось лечение по поводу острого респираторного заболевания. Однако боли продолжали нарастать, стали беспокоить по ночам. В поликлинике было выполнено рентгенологическое исследование, при котором обнаружен периостит в нижней трети правой бедренной кости. Пациент был госпитализирован в одно из клинических учреждений Москвы, где проводилась дифференциальная диагностика между воспалительным процессом и злокачественной опухолью. Под контролем компьютерной томографии выполнена трепанобиопсия. По данным гистологического заключения поставлен предварительный диагноз «остеогенная саркома», с которым пациент был направлен в Московскую городскую клиническую онкологическую больницу № 62.

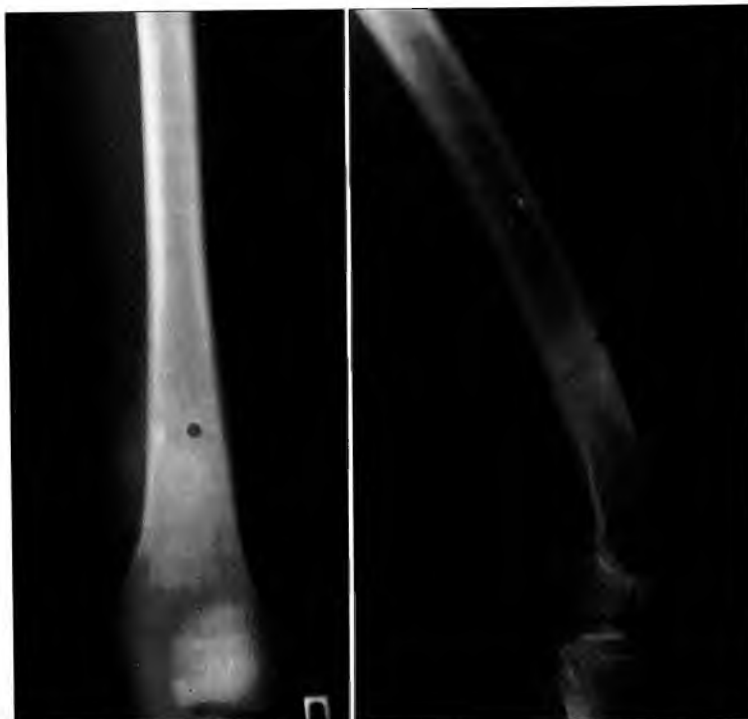
При поступлении: в нижней трети правого бедра пальпаторно определяется опухолевидное образование размером около 10×10 см, неподвижное по отношению к кости. Имеются интенсивные боли в области правого бедра и коленного сустава, усиливающиеся по ночам. Помимо этого, пациент жалуется на боли в эпигастрии. При более подробном выяснении анамнеза оказалось, что примерно за 2–3 мес

до появления болей в ноге пациент стал отмечать чувство тяжести, неприятные ощущения в верхней половине живота, отрыжку, боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи.

Рентгенологически в нижней трети диафиза и метадиафизе правой бедренной кости на протяжении 12,5 см определяются периостальные наслоения — бахромчатые, слоистые и спикурообразные, циркулярно охватывающие бедренную кость, но более выраженные по передней и внутренней поверхности. Контур коркового слоя нечеткий (см. рисунок). Рентгенологически изменения расценены как более характерны для периостальной остеогенной саркомы или саркомы Юинга [1, 2].

Пересмотр готовых стеклопрепаратов трепанобиопсии в больнице № 62 не позволил точно определить характер заболевания. С целью верификации диагноза была произведена повторная трепанобиопсия опухоли бедренной кости. При исследовании трепанобиоптата среди фрагментов губчатой кости обнаружены очаги клеток, более всего соответствующие метастазу аденогенного рака.

Одновременно, учитывая жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта, была выполнена рентгеноскопия пищевода и желудка. Выявлены стойкое циркулярное сужение абдоминального сегмента пищевода до 6 мм на протяжении 2,5 см с мелкими изъязвлениями, а также бугристый дефект наполнения в субкардиальном отделе и своде желудка. Рентгенологически заподозрен кардиоэзофагельный рак и рекомендована гастроскопия. При эзофагогастродуоденоскопии отмечается сужение просвета, инфильтрация и отек слизистой оболочки, кон-



Рентгенограммы бедра больного М., 17 лет. Диагноз: метастаз рака желудка.

тактная кровоточивость в области кардии желудка. Произведена биопсия. Гистологическое исследование полученного материала: фрагменты слизистой оболочки с разрастанием низкодифференцированного рака, местами покрытые многослойным плоским эпителием.

Таким образом, у больного был выявлен и морфологически верифицирован рак желудка, встречающийся в молодом возрасте крайне редко.

В связи с характером рентгенологических изменений в бедренной кости, а именно наличием периостоза, более характерного для первичной опухоли кости, а также с неоднозначным заключением морфолога по материалу трепанобиопсии перед клиницистами встал вопрос: имеет ли место редкий случай рака желудка с метастазированием в бедренную кость или пациент страдает одновременно двумя заболеваниями?

Для уточнения диагноза решено провести иммуногистохимическое исследование препаратов трепанобиопсии опухоли бедренной кости и эндоскопического материала из опухоли в области кардии желудка. При иммуногистохимическом исследовании подтверждена раковая природа метастаза в бедренной кости: в обоих препаратах обнаружены маркеры эпителиальной дифференцировки. Было проведено исследование фенотипа опухоли желудка и метастаза. Оказалось, что эти опухоли имеют аналогичное строение недифференцированного аденогенного рака с выраженными признаками онкофетальной кишечной дифференцировки [3–6]. Результаты серологического исследования опухолевых маркеров подтвердили наличие весьма распространенного ракового процесса и не противоречили первичному желудочному генезу опухоли.

Таким образом, проведенные исследования позволили отвергнуть вариант сочетания двух заболеваний. С помощью современных методов диагностики нам удалось подтвердить единый генез рака желудка и метастатической опухоли бедренной кости.

За время пребывания больного в стационаре отмечалось быстрое прогрессирование опухолевого процесса за счет появления метастазов в печени, забрюшинных лимфатических узлах, диссеминации по брюшине. Поскольку специальные методы лечения не были показаны, пациент был выписан для проведения симптоматической терапии по месту жительства.

Считаем возможным предположить, что агрессивное и весьма необычное течение рака желудка в описываемом наблюдении не в последнюю очередь было связано с эмбриональными характеристиками карциномы. Вероятнее всего, в данном случае мы столкнулись с дизонтогенетическим ново-

образованием. Таким образом, генез опухоли, подтверждаемый иммунофенотипическим анализом тканей первичной и метастатической опухоли, можно представить как малигнизацию зачатка первичной кишки (порок развития), локализовавшегося в области перехода пищевода в желудок.

Клинические особенности течения болезни не противоречат характеристике опухоли как эмбрионального рака (первичное обращение пациента было связано с метастатическим поражением). Рентгенологические особенности метастатической опухоли бедренной кости, которая выглядела как остеогенная саркома или опухоль Юинга, по нашему мнению, также можно трактовать как свидетельство в пользу крайне незрелого характера злокачественного новообразования.

В заключение считаем нужным еще раз подчеркнуть редкость описанного наблюдения рака желудка у юноши 17 лет с метастазированием в бедренную кость. Данный случай подтверждает необходимость полноценного клинического обследования больных, даже если диагноз при поступлении пациента кажется очевидным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лагунова И.Г. Опухоли скелета. — М., 1962.
2. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. — М., 1964.
3. Франк Г.А., Пугачев К.К. //Арх. пат. — 1990. — N 3. — С. 72–76.
4. Франк Г.А., Белоус Т.А., Пугачев К.К., Литвинова Л.В. Морфологическая диагностика диспластических изменений и раннего рака желудка: Информ. письмо. — М., 1993.
5. Франк Г.А., Белоус Т.А., Литвинова Л.В., Пугачев К.К. //Новое в онкологии: Сб. науч. трудов. — М., 1995. — Вып. 1. — С. 74–81.
6. Франк Г.А., Белоус Т.А., Пугачев К.К., Литвинова Л.В. //Арх. пат. — 1997. — N 2. — С. 22–27.
7. Goldthorn J.F., Canizaro P.C. //Surg. Clin. North. Am. — 1986. — Vol. 66, N 4. — P. 8845–8861.
8. McGill T.W., Downey E.C., Westbrook J. et al. //J. Pediat. Surg. — 1993. — Vol. 28, N 12. — P. 1620–1621.
9. Stone J.R., Vandergon K.G. //Lancet. — 1966. — Vol. 86, N 5. — P. 245.

© Э.А. Левичев, 2002

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛОЙ КАТАТРАВМОЙ

Э.А. Левичев

Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи

Краниоабдоминальная травма характеризуется одновременным расстройством высшей регуляторной (головной мозг) и исполнительной (органы брюшной полости) систем. Состояние больных при таких видах повреждений значительно тяжелее, чем при изолированной абдоминальной травме. Если при тяжелой изолированной абдо-

минальной травме травматический шок развивается у 61% пострадавших, то при сочетанной краниоабдоминальной травме — у 89%. Одновременное повреждение органов брюшной полости и черепа вносит свои особенности в диагностику и тактику лечения как абдоминальной, так и черепно-мозговой травмы.