

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.

Приводим наше наблюдение.

Больной Ж., 16 лет, поступил в больницу № 2 скорой медицинской помощи 27.01.01 в крайне тяжелом состоянии (за 10 мин доставлен машиной скорой помощи с места происшествия). Обстоятельства травмы: в состоянии алкогольного опьянения упал с высоты восьмого этажа; приземлился на капот стоящего внизу автомобиля, который смягчил силу удара при приземлении.

Из анамнеза известно, что больной страдает врожденной патологией легких. Около 4 лет назад была произведена лобэктомия справа по поводу бронхоэктатической болезни.

Диагноз: тяжелая закрытая черепно-мозговая травма — ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние, линейный перелом свода и основания черепа; закрытая травма брюшной полости — разрыв печени, разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение, резаные раны брюшной стенки; закрытый перелом левого надколенника, перелом V ребра слева; травматический шок в стадии декомпенсации.

Объективно: состояние крайне тяжелое, кожные покровы бледно-серые, периферические вены труднодоступны, в ротоглотке кровь, дыхание резко ослаблено, поверхностное, хрипы во всех отделах легких, АД 70/40 мм рт. ст., пульс 120 в минуту, тоны сердца глухие, живот вздут, перистальтика не выслушивается. Глубокая мозговая кома. Мышечный тонус резко снижен. Зрачки: d=s, узкие, фотореакция вялая. Анализ крови при поступлении: Hb 106 г/л, эр. $3,5 \cdot 10^{12}/л$. Анестезиологический риск оценен как крайне высокий. В приемном покое выполнена катетеризация подключичной вены справа и периферической вены. Продолжена инфузия коллоидных и кристаллоидных растворов в две вены. Больной срочно доставлен в операционную.

Операция: экстренная лапаротомия, спленэктомия, ушивание ран печени, санация, дренирование брюшной полости, первичная хирургическая обработка ран брюшной стенки. Анестезия: сбалансированная, кетамин, арду-

ан, дитилин. Искусственная вентиляция легких в режиме умеренной гипервентиляции аппаратом РО-6. Проводилась высокообъемная инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды, бикарбонат натрия, эритроцитная масса, плазма). Мониторинг: ЭКГ, контроль сатурации кислорода, АД, ЦВД, пульс, диурез, клиническое наблюдение. Общий объем инфузии в операционной составил 5 л. Приблизительный объем кровопотери около 2 л (до 50% ОЦК).

После операции больной переведен в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, где продолжены интенсивная терапия и мониторинг. Искусственная вентиляция легких в течение 5 сут аппаратом «Bird» в режиме «Assist—control» и «Simv». Инфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды, декстроза). Парентеральное питание в течение 6 сут (аминоглютаматы, растворы глюкозы), затем энтеральное зондовое (изокал). Антибактериальная терапия (оксациллин, гентамицин), противоотечная (дексаметазон, глицерин per os, лазикс), сердечно-сосудистая (допмин в дозе 5–7 мкг/(кг·мин), коргликон, рибоксин), анальгетики, витамины, иммуностимуляторы, гемостатики, ноотропы, антикоагулянты (клексан), седативные средства; переливалась эритроцитная масса и плазма.

Состояние больного постепенно стабилизировалось. На 11-е сутки он был переведен в травматологическое отделение, где продолжен комплекс лечебных мероприятий. На 35-е сутки пациент в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное долечивание.

В данном случае активное противошоковое лечение и хирургическая коррекция были выполнены в максимально короткое время с момента получения травмы, что, вероятно, существенно повлияло на благоприятный исход. Выбранная тактика лечения позволила предупредить развитие синдрома шокового легкого, а также избежать других грозных осложнений.

РЕЦЕНЗИИ



Ю.О. Новиков. ДОРСАЛГИИ.

Издательство «Медицина», Москва, 2001. 160 с.

Вышла в свет монография профессора Ю.О. Новикова «Дорсалгии», посвященная одной из актуальных проблем практического здравоохранения — диагностике и лечению боли в спине. В книге отражены представления современных исследователей о данной проблеме, освещены вопросы этиологии, патогенеза и классификации, влияния неблагоприятных факторов на течение заболевания. Издание иллюстрировано 68 рисунками и 25 таблицами, что значительно облегчает восприятие материала.

В 1-й главе «Этиология и патогенез дорсалгий» рассматриваются причины формирования болевых синдромов в спине. Автор справедливо отмечает, что среди этиологических факторов дорсалгий основное место

занимают не столько дистрофические поражения опорно-двигательной системы, широко освещенные отечественными и зарубежными исследователями, сколько неспецифическая миофасциальная патология, которая в нашей стране стала предметом изучения лишь в последние годы. В этой главе анализируются механизмы формирования спондилогенных и неспондилогенных дорсалгий, подчеркивается важная роль в их реализации вегетативной нервной системы.

Во 2-й главе «Классификация дорсалгий» дается краткая историческая справка об эволюции взглядов на синдромологию данной патологии. Очень ценно то, что автор приводит классификацию болей в спине по Международной классификации болезней (МКБ-10).

В 3-й главе «Клинические проявления дорсалгий» рассматривается влияние неблагоприятных производственных факторов на формирование заболевания. Прослежены причинно-следственные отношения между характером труда и особенностями функциональных изменений локомоторной системы с учетом выраженности и характера вегетативных нарушений. Последние, по данным автора, встречаются у большинства пациентов и оказывают неблагоприятное влияние на течение процесса. Это требует особого