

pneumonia // *Respirology*. – 2004. – №9. – P.35-37.

6. Jurado R.L., Franco-Paredes C. Aspiration pneumonia: a

misnomer // *Clin. Infect. Dis.* – 2001. – Vol. 33. – P.1161-1162.

REFERENCES

1. Kotov A.S. Epilepsy abuse alcohol and drugs // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2015. – №10. – P.85-88. (in Russian)2. Yarmuhamedova M.R. *Course and prognosis in epilepsy* // *Nevrologicheskij Vestnik*. – 2012. – №3. – P.64-68. (in Russian)3. Bartlett J.G. Anaerobic bacterial infections of the lung and pleural space // *Clin Infect Dis*. – 1993. – №4. – P.248-250.4. Mattson R.H., Sturman J.K., Gronowski M.L. Effect of alcohol intake in nonalcoholic epileptic epileptics // *Neurology*. – 1975. – Vol. 25. – P.361-362.5. The committee for The Japanese Respiratory Society guidelines in management of respiratory infections. *Aspiration pneumonia* // *Respirology*. – 2004. – №9. – P.35-37.6. Jurado R.L., Franco-Paredes C. Aspiration pneumonia: a misnomer // *Clin. Infect. Dis.* – 2001. – Vol. 33. – P.1161-1162.

Информация об авторах:

Анкудинов Андрей Сергеевич – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, к.м.н., 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: andruhin-box@yandex.ru; Яковенко Анастасия Александровна – студент 303 группы лечебного факультета, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: med-nya@yandex.ru.

Information About the Authors:

Ankudinov A.S. – MD, PhD (Medicine), Assistant Professor of Internal Medicine propaedeutics, 664003, Krasnogo Vosstania st., 1, e-mail: andruhin-box@yandex.ru; Yakovenko A.A. – student of group 303 medical faculty, 664003, Irkutsk, red Revolt str., 1, e-mail: med-nya@yandex.ru

© НИКИТЕНКО П.С., МИКЛЯЕВА П. В., НИКИТЕНКО С.В., ТИМОШЕНКО Е.В., КАРНАУХ В.Н. – 2016
УДК 616.8-005

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У БОЛЬНОГО С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ЖЕЛУДКА

Павел Сергеевич Никитенко^{1,2}, Полина Владимировна Микляева², Сергей Владимирович Никитенко²,
Елизавета Викторовна Тимошенко², Валентина Николаевна Карнаух¹

(¹Амурская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. Т.В. Заболотских;

²Благоевещенская городская клиническая больница, гл. врач – С.В. Петрухин)

Резюме. Ишемический инсульт (ИИ) традиционно считается заболеванием людей пожилого возраста. Однако, его развитие возможно в молодом возрасте вследствие различных причин, в том числе – паранеопластического синдрома. В статье описывается клиническое наблюдение ИИ, ассоциированного с раком желудка.

Ключевые слова: рак желудка, ишемический инсульт, лица молодого возраста, аденокарцинома желудка, паранеопластический синдром.

ISCHEMIC STROKE IN PATIENT WITH GASTRIC'S ADENOCARCINOMA

P.S. Nikitenko^{1,2}, P.V. Miklyaeva², S.V. Nikitenko², E.V. Timoshenko², V.N. Karnaukh¹

(¹Amur State Medical Academy, Blagoveschensk, Russia; ²Blagoveschensk Municipal Clinical Hospital, Blagoveschensk, Russia)

Summary. Ischemic stroke is traditionally considered to be a disease of elderly people. However, ischemic stroke is possible in young ages as well because of the development of paraneoplastic syndrome. The article first illustrates a clinical case of ischemic strokes in young people associated with a stomach cancer.

Key words: a stomach cancer, ischemic strokes in young people, paraneoplastic syndrome.

Паранеопластические синдромы (ПС) – это группа синдромов, обусловленных опосредованным действием опухолевых клеток на метаболизм, иммунитет и регуляторные системы организма, и проявившиеся в отдалении от опухоли и ее метастазов. Впервые случай ПС был описан в 1865 году французским врачом Арманом Труссо на примере тромбоза верхних и нижних конечностей у больных со злокачественным раком желудка, матки и яичка [1]. По иронии судьбы, спустя 1,5 года первооткрыватель первого ПС сам стал жертвой своего открытия, обнаружив у себя тромбоз левой руки. 27 января 1867 года Арман Труссо умер от рака желудка. За вклад в науку, гемостатический ПС назван его именем, объединив не только тромбозы вен, но и артерий [2].

Достоверно известно, что рак может приводить к состоянию гиперкоагуляции. Это связано с повышенной выработкой прокоагулянтов, цитокинов, ингибированием противосвертывающей системы крови. В литературе имеются единичные случаи описания развития инсульта вследствие активности злокачественного но-

вообразования [3,4,5,6,7]. Нами представлено клиническое наблюдение развития инсульта при злокачественном течении аденокарциномы желудка.

Больной Т., 36 лет, поступил в приемное отделение городской клинической больницы с жалобами на слабость и онемение в левых конечностях, нарушение речи. Данное состояние развилось ночью. Лекарственные препараты не принимает, АД не контролировал. Вредные привычки: злоупотребление алкоголем, курение (стаж 10 лет по пачке в день).

Состояние тяжелое. Телосложение правильное, астеническое, пониженного питания. Сознание ясное, критично. Температура тела 36,4°C. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 76 в минуту. АД 160/100 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в зоне эпигастрия. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень по краю реберной дуги.

В неврологическом статусе: центральный парез лицевой мускулатуры и языка слева, легкая дизартрия, слева – гемипарез, центральная гемиплегия с оживлением рефлексов и патологическими стопными рефлексами.

По данным лабораторного исследования: клинический анализ крови – гемоглобин 72 г/л, E_r 4,25 x 10¹²/л, T_r 593 x 10⁹/л, L_e 13,44 x 10⁹/л, цветовой показатель 0,58, гематокрит 25%, лимфоциты 12,6%, нейтрофилы 77,7%, моноциты 9,4%, эозинофилы 0,2%, базофилы 0,1%, СОЭ 25 мм/ч. Коагулограмма: ПТИ 76%, ПТВ 15,2%, МНО 1,28, фибриноген 7,8 г/л, АЧТВ 48 с. Биохимический анализ крови – глюкоза 4,8 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л, АСТ 41 ЕД/л, АЛТ 30 ЕД/л. Общий анализ мочи – белок 0,3 г/л, ацетон ++, L_e 6-8, E_r 15-20 в поле зрения. Показатели ликвора в пределах нормы.

Офтальмоскопия: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменен, периферия без особенностей. ЭКГ: Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Диффузные изменения в миокарде. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА): тромбомассы в просвете внутренней сонной артерии справа со стенозированием до 65-70%, что свидетельствовало о движении тромба в дистальном направлении. Компьютерная томография (КТ) головного мозга: гиподенсивный участок с неровным нечетким контуром в теменной, лобной и височной долях правого полушария размерами 93 x 53 x 76 мм. УЗИ сердца: камеры сердца не расширены, клапанный аппарат не изменен, сократительная способность левого желудочка не нарушена, фракция выброса 55%.

Учитывая острое развитие заболевания, клиническую картину, данные инструментального обследования установлен диагноз: «Ишемический инсульт атеротромботического генеза в бассейне правой средней мозговой артерии. Левосторонняя гемиплегия. Дизартрия. Гипертоническая болезнь III. Артериальная гипертония 3 стадии, риск 4. Анемия тяжелой степени тяжести неустановленной этиологии».

В связи с анемией тяжелой степени тяжести по протоколу была проведена фиброгастродуоденоскопия – в области дна желудка по малой кривизне, средней и нижней 1/3 тела с переходом в антрум, имеет место опухоль размером 10x8 см в диаметре с неровными контурами, с участками некроза, изъязвлений, наличием тромбов плотно фиксированных к опухоли. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. ГПА. Взят материал на биопсию. По данным цитологического и гистологического исследования – аденокарцинома, участки инфильтрирующего недифференцированного железистого рака. Консультирован онкологом, установлен диагноз: Аденокарцинома тела желудка T4NxMx. Распад. Состояние желудочно-кишечного кровотечения. Анемия смешанного генеза, тяжелой степени тяжести.

В связи с развитием кровотечения переведен в хирургическое отделение, где проведена экстренная операция по жизненным показаниям – верхне-срединная лапаротомия с гастрэктомией и наложением эзофагоэноанастомоза по Гиляровичу. Получен препарат – желудок с опухолью на задней стенке в кардиальном отделе размерами до 8x10 см в диаметре с язвенным дефектом, прорастающий всю стенку до серозы, большой сальник и окружающими лимфоузлами. В послеоперационном периоде состояние больного усугубилось развитием нарастающей дыхательной недостаточности. По данным КТ органов грудной клетки выявлены КТ-признаки тромбоэмболии сегментарных и субсегментарных легочных артерий обоих легких. На УЗИ сосудов нижних конечностей обнаружен тромбоз медиальной суральной вены. В экстренном порядке оперирован, выполнена перевязка большой поверхностной вены слева. Несмотря на проводимую послеоперационную терапию больной скончался от развития полиорганной недостаточности, отека легких и мозга.

После патологоанатомического вскрытия установлено следующее заключение:

Основной диагноз: Рак желудка с распадом (гистологическая низкодифференцированная аденокарцинома).

Осложнения: Раковая интоксикация. Раковая кахек-

сия. Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Паранеопластический двусторонний плеврит. Анемия смешанного генеза (миелотоксическая, постгеморрагическая). Паранеопластический мигрирующий флелотромбоз: флотирующий тромб медиальной суральной вены слева, тромбоз ВСА справа. Тромбоэмболия сегментарных и субсегментарных ветвей лёгочной артерии, двусторонняя полисегментарная инфаркт-пневмония. Ишемический инфаркт в лобно-теменно-височной доле правого полушария головного мозга. Дистрофические изменения паренхиматозных органов с развитием полиорганной недостаточности. Отёк лёгких и головного мозга.

Отсутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь (масса сердца – 420 г, толщина левого желудочка – 1,6 см).

Расхождения окончательного клинического и патологоанатомического диагнозов нет.

В приведенном случае клиническая картина, стеноз ВСА до 70% тромб-массами ипсилатерально пораженному полушарию, обширность инфаркта мозга по данным нейровизуализации, отсутствие потенциальных источников кардиоэмболии и наличие признаков ИИ (развитие во сне, преобладание очаговой симптоматики над общемозговой) свидетельствовало в пользу атеротромботического варианта. Однако, молодой возраст, отсутствие классических факторов риска (гиперхолестеринемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия), стенозирование просвета артериального русла при отсутствии выраженного атеросклеротического поражения и отсутствие кардиального источника эмболии создает вопрос о генезе развития тромбообразования.

Аденокарцинома составляет 95% всех злокачественных опухолей желудка и стоит на 2 месте по встречаемости у мужчин после рака легкого. Клиническая картина рака часто имеет бессимптомное течение вплоть до поздней стадии, а развитие и рост опухоли осложняются развитием ПС [8].

В основе механизма формирования тромб-масс при ПС лежит триада Вирхова – повышенная свертываемость крови, снижение кровотока, нарушенная целостность сосудистой стенки [9,10]. Синтез раковых прокоагулянтов и цитокиновое повреждение интимы сосуда вследствие активности опухоли, нестенозирующее атеросклеротическое поражение брахиоцефального русла создали благоприятные условия для образования тромб-масс.

Кроме того, типичным гематологическим ПС считается тромбоцитоз (количество тромбоцитов в анализах крови более 450x10⁹/л), который может встречаться при опухолях любой локализации и является фактором риска развития ишемических нарушений [11], что наблюдалось и у нашего больного.

Подтверждением склонности к тромбообразованию является развитие в послеоперационном периоде ТЭЛА на фоне тромбоза медиальной суральной вены. Таким образом, гемостатический ПС стал не только причиной развития инфаркта мозга, но и, преследуя больного на всем течении заболевания, привел к развитию тяжелых осложнений в послеоперационном периоде, явившихся причиной смерти больного.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 01.10.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Trousseau A. Phlegmasia alba dolens // Clinique Medicale de l'Hotel-Dieu de Paris. – 1865. – №3. – P.654-712.*
2. *Sack G.H. Jr., Levin J., Bell W.R. Trousseau's syndrome and other manifestations of chronic disseminated coagulopathy in patients with neoplasms: clinical, pathophysiologic, and therapeutic features // Medicine (Baltimore). – 1977. – Vol. 56. – P.1-37.*
3. *Gokce M., Benli E.M., Dinc A. Arterial Ischemic Stroke as a First Manifestation of Trousseau's Syndrome // International Journal of Clinical Medicine. – 2012. – Vol. 3. – P.43-45.*
4. *Giray S., Sarica F.B., Arlier Z., Bal N. Recurrent ischemic stroke as an initial manifestation of an concealed pancreatic adenocarcinoma: Trousseau's syndrome // Chinese Medical Journal (English). – 2011. – Vol. 124. №4. – P.637-640.*
5. *Taccone F.S., Jeangette S.M., Blecic S.A. First-ever stroke as initial presentation of systemic cancer // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – 2008. – Vol. 17. – P.169-174.*
6. *Borowski A., Ghodsizad A., Gams E. Stroke as a first manifestation of ovarian cancer // Journal of Neuro-Oncology. – 2005. – Vol. 71. – P.267-269.*
7. *Cornuz J., Bogousslavsky J., Schapira M., et al. Ischemic stroke as the presenting manifestation of localized systemic cancer // Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie. – 1988. – Vol. 139. – P.5-11.*
8. *Varki A. Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms // Blood. – 2007. – Vol. 110. №6. – P. 1723-1729.*
9. *Воробьев А.В., Макацария А.Д., Чабров А.М., Савченко А.А. Синдром Труссо: современный взгляд на проблему // Журнал акушерства и женских болезней. – 2015. – №4. – С.85-93.*
10. *Воробьев А.В., Чабров А.М., Савченко А.А. и др. Вопросы патогенеза синдрома Труссо // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015. – №2. – С.99-109.*
11. *Schafer A.I. Thrombocytosis // The New England Journal of Medicine. – 2004. – Vol. 350. – P.1211-1219.*

REFERENCES

1. *Trousseau A. Phlegmasia alba dolens // Clinique Medicale de l'Hotel-Dieu de Paris. – 1865. – №3. – P.654-712.*
2. *Sack G.H. Jr., Levin J., Bell W.R. Trousseau's syndrome and other manifestations of chronic disseminated coagulopathy in patients with neoplasms: clinical, pathophysiologic, and therapeutic features // Medicine (Baltimore). – 1977. – Vol. 56. – P.1-37.*
3. *Gokce M., Benli E.M., Dinc A. Arterial Ischemic Stroke as a First Manifestation of Trousseau's Syndrome // International Journal of Clinical Medicine. – 2012. – Vol. 3. – P.43-45.*
4. *Giray S., Sarica F.B., Arlier Z., Bal N. Recurrent ischemic stroke as an initial manifestation of an concealed pancreatic adenocarcinoma: Trousseau's syndrome // Chinese Medical Journal (English). – 2011. – Vol. 124. №4. – P.637-640.*
5. *Taccone F.S., Jeangette S.M., Blecic S.A. First-ever stroke as initial presentation of systemic cancer // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – 2008. – Vol. 17. – P.169-174.*
6. *Borowski A., Ghodsizad A., Gams E. Stroke as a first manifestation of ovarian cancer // Journal of Neuro-Oncology. – 2005. – Vol. 71. – P.267-269.*
7. *Cornuz J., Bogousslavsky J., Schapira M., et al. Ischemic stroke as the presenting manifestation of localized systemic cancer // Schweizer Archiv Fur Neurologie Und Psychiatrie. – 1988. – Vol. 139. – P.5-11.*
8. *Varki A. Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms // Blood. – 2007. – Vol. 110. №6. – P. 1723-1729.*
9. *Vorobev A.V., Makatsaria A.D., Chabrov A.M., Savchenko A.A. Trousseau's syndrome: a modern view on the problem // Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej. – 2015. – Vol. 4. – P.85-93. (in Russian)*
10. *Vorobev A.V., Chabrov A.M., Savchenko A.A., et al. Pathogenesis questions of Trousseau's syndrome // Akusherstvo, ginekologija i reprodukcija. – 2015. – №2. – P.99-109. (in Russian)*
11. *Schafer A.I. Thrombocytosis // The New England Journal of Medicine. – 2004. – Vol. 350. – P.1211-1219.*

Информация об авторах:

Никитенко Павел Сергеевич – аспирант кафедры нервных болезней, психиатрии и наркологии Амурской государственной медицинской академии, 675000 г. Благовещенск, ул. Горького, д. 95, e-mail: amurdoctor1690@gmail.com; Микляева Полина Владимировна – врач-невролог, заведующий неврологическим отделением для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Благовещенской городской клинической больницы; Никитенко Сергей Владимирович – врач-реаниматолог неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Благовещенской городской клинической больницы; Тимошенко Елизавета Викторовна – врач-невролог неврологического отделения для больных с острым нарушением мозгового кровообращения Благовещенской городской клинической больницы; Карнаух Валентина Николаевна – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней, психиатрии и наркологии Амурской государственной медицинской академии.

Information About the Authors:

Nikitenko Pavel S. – the graduate student of the department of neurological diseases, psychiatry and addiction, 675000, Blagoveschensk, st. Gorkogo, 95, e-mail: amurdoctor1690@gmail.com; Miklyaeva Polina V. – neurologist, the Head of the primary vascular neurology department the Blagoveschensk municipal clinical hospital; Nikitenko Sergey V. – doctor-resuscitator of the primary vascular neurology department; Timoshenko Elizaveta V. – neurologist of the primary vascular neurology department; Karnauch Valentina N. – MD, PhD, DSc, professor of the department of neurological diseases, psychiatry and addiction.