

ОБМЕН ОПЫТОМ

© Д.Е. Кузьмичев, И.М. Вильцев, Р.В. Скребов, 2014
УДК 616-001.33

Д.Е. Кузьмичев, И.М. Вильцев, Р.В. Скребов

СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМА И ЗАБОЛЕВАНИЕ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

ГКУЗ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник – С.В. Чирков)

В статье описан случай сочетанной травмы и заболевания. Указана трудность диагностики нарушений свертываемости крови. Установлен разрыв селезенки.

Ключевые слова: сочетанные травма и заболевание, разрыв селезенки, цирроз печени.

COMBINED INJURY AND DISEASE. CASE FROM PRACTICE

D.E. Kuzmichev, I.M. Viltsev, R.V. Skrebov

The article describes the case of combined trauma and disease. Specify the difficulty of diagnostics of disorders of blood clotting. Installed rupture of the spleen.

Key words: combined injury and disease, rupture of the spleen, liver cirrhosis.

Как известно, основное заболевание или повреждение (по МКБ-10 – первоначальная причина смерти) – это: а) болезнь или травма, вызвавшая последовательный ряд болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти, или б) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму. По определению ВОЗ причины смерти, которые должны регистрироваться в медицинском свидетельстве о причине смерти это “все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы”.

В связи со сложностью и многообразием этиологии, патогенеза, развития, течения заболеваний, их сочетаний и комбинаций, понятие основное заболевание или повреждение, может включать в себя несколько нозологий. В таких случаях речь идет о комбинированном основном заболевании (повреждении), которое в свою очередь включает в себя:

- конкурирующие заболевания (повреждения);
- сочетанные заболевания (повреждения);
- фоновые заболевания (повреждения).

Для сочетанных заболеваний (повреждений) характерно, то, что каждое из них не является смертельным, однако развиваясь одновременно, они в совокупности вызывают смертельный исход. В нашем практическом случае, мы обнаружили сочетание травмы и заболевания. На секционное исследование из хирургического стационара, была доставлена женщина, 54 лет. Из анамнеза известно, что последнее несколько лет систематически злоупотребляла спиртными напитками. Поступила с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, травма в быту, вчера упала дома. Доставлена, бригадой скорой помощи на носилках. Объективный статус: Общее состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 36,6°С.

Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Язык чистый, влажный. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не увеличены. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Локальный статус: Припухлость, болезненность при пальпации и нагрузке на остистые отростки 10-11-х грудных позвонков. Чувствительных расстройств нет. На рентгенограмме грудного отдела позвоночника в двух проекциях, выполненных на палатном аппарате (лежа) – перелом остистого отростка 12-го грудного позвонка. С учётом анамнеза, клиники и рентгенограмм был установлен диагноз «Закрытый неосложненный компрессионный перелом тела 10-го грудного позвонка». Рекомендовано КТ грудного отдела позвоночника. Протокол компьютерной томографии: компрессионный перелом тела 1-го поясничного позвонка I степени. В дальнейшем прибавились жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника. Состояние оставалось удовлетворительным. По органам и системам без особенностей. Симптомов повреждения спинного мозга нет. Консультирована психиатром-наркологом. Со слов злоупотребляла алкоголем в течение нескольких последних лет. События при поступлении амнезированы. Частично дезориентирована в месте и времени. Считает, что находится в терапии, лечит бронхит. Бредовых идей активно не высказывает. Фон настроения снижен. Суицидальные мысли отрицает. Диагноз «Психоповеденческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя, периодическое употребление, средняя стадия, абстинентный синдром». Угрожаема по развитию делирия. Неврологический статус. Сознание на уровне умеренного оглушения,

дезориентирована в месте, времени, неадекватна к тяжести своего состояния, в связи с чем фиксирована в кровати. Очаговой неврологической симптоматики нет. На 5-й день пребывания в стационаре. Общее состояние больной ухудшилось, явления алкогольного делирия прогрессируют. Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено алкогольным делирием. Температура тела 37,0* С. Дыхание жесткое, единичные хрипы в нижних отделах справа. Частота дыхательных движений 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 77 в минуту. Артериальное давление 125/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пациентка дезориентирована в месте, времени и собственной личности, на вопросы отвечает медленно, с паузой. Неадекватна к тяжести своего состояния, попытки встать, дойти до окна. Учитывая отрицательную динамику, больная переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. На рентгенограммах грудной клетки признаки двухстороннего отека легких. Реаниматолог. Состояние тяжелое, обусловлено вынужденным положением, дыхательной недостаточностью, токсической интоксикацией, ДВС синдромом. Пациентка дезориентирована, вялая, адинамичная. Жалоб активно не предъявляет. Жажда. Язык сухой, бардовый. Частота дыхательных движений 30 в минуту. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отечность конечностей. Нормотермия. В дальнейшем состояние прогрессивно ухудшалось, обусловлено дыхательной недостаточностью, церебральной недостаточностью. Произведена интубация трахеи. Лабораторно отрицательная динамика: лейкоцитоз 17x10, палочкоядерные 13, эритроциты 3,86, гемоглобин 68 г/л. На 7-й день госпитализации совместно осмотрена с дежурным хирургом. Хирургическая патология исключена. Совместный осмотр травматолога и реаниматолога. Состояние тяжелое, обусловленное эндотоксикозом, полиорганной недостаточностью (церебральной, дыхательной, печеночной). Медикаментозная седация. Контакт недоступна. Зрачки равные, фотореакция, роговичные рефлексы ослаблены. Кожный покров бледноватый с желтушным оттенком. Подкожные кровоизлияния в местах инъекций. Нормотермия. Продолжается искусственная вентиляция легких. Дыхание проводится с обеих сторон, во всех отделах, ослабленное в верхних отделах справа и в нижних отделах с обеих сторон. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Ритм синусовый частота сердечных сокращений 110 в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий, на пальпацию не

реагирует. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см. Перистальтика кишечника выслушивается. Притупления по флангам нет. Мочеотделение по катетеру, диурез достаточный. В анализах крови анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, гипербилирубинемия. Продолжена гемотранфузионная терапия. Назначена консультация хирурга для исключения внутрибрюшного кровотечения. На 9-й день госпитализации УЗИ органов брюшной полости: свободная жидкость в печеночном, селезеночном углу, по флангам, в малом тазу, объемом до 1000 мл. Умеренная гепатомегалия. Дефекты латерального контура селезенки. Осмотр хирурга. Состояние тяжелое, больная в медикаментозном сне. Живот не вздут, в акте дыхания участвует. Пальпаторно доступна глубокой пальпации, перистальтика выслушивается, вялая. Перкуторно: тупости в отлогах местах не определяется. Выполнен лапароцентез, ревизия брюшной полости, из последней выделяется асцитическая жидкость, умеренно окрашенная кровью. Других патологических примесей нет. Полихлорвиниловая трубка для контроля оставлена в брюшной полости, фиксирована. В дальнейшем состоянии стабильно тяжелое. Выполнена верхне-средне-срединная лапаротомия, выявлен краевой отрыв селезеночной ножки, наличие мелкоузлового цирроза печени. Произведена мобилизация селезеночной ножки, спленэктомия, перевязка сосудов. В правом подпеченочном пространстве имеется свежая кровь до 550 мл. В малом тазу наличие крови, в общей сложности в брюшной полости 1000 мл. При дальнейшей ревизии других повреждений не выявлено. Брюшная полость осушена насухо. Взят узел из печени на гистологию. Послеоперационный диагноз. Основной «Тупая травма живота, надрыв селезеночной ножки, внутрибрюшное кровотечение». Сопутствующий диагноз «Цирроз печени, портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода. Асцит». В дальнейшем, несмотря на проводимую интенсивную терапию, реанимационное пособие, состояние прогрессивно ухудшалось, обусловленное продолжающимся кровотечением вследствие ДВС-синдрома и печеночной недостаточностью. Кровит изо рта, из носа, в повязку срединной лапаротомной раны и в дренажи и операционные раны дренажных разрезов. Результат патогистологического исследования узла печени: Активный портальный цирроз печени. Патогистологическое исследование удаленной селезенки: Селезенка примерно 15,0x7,0x4,0 см. Имеется разрыв длиной 4,0 см, глубиной до половины толщины с неровными краями. Заключение: Разрыв селезенки, кровоизлияния в пульпу с лизисом эритроцитов. На 15-й день пациентка скончалась. Заключительный клинический диагноз. Комбинированное основное заболевание. «1. Портальный цирроз печени, токсического генеза, активная стадия. 2. Политравма: Закрытый перелом первого поясничного позвонка. Разрыв селезенки. Состояние после спленэктомии». Осложнения. «Внутрибрюшное кровотечение. Полиорганная недостаточность. Печеночно-клеточная недостаточность. Энцефалопатия IV степени, декомпенсация. Синдром портальной гипертензии. Асцит. ДВС синдром, легочно-сердечная недостаточность, сосудистая недостаточность. Отек легких, отек головного мозга».

Общий анализ крови в динамике

Эритроциты	Гемоглобин	Цветной показатель	Гематокрит	Лейкоциты	Тромбоциты	Свертывание крови
4,05	79	0,58	25,5	11,6	58	
4,56	92	0,6	27,9	14,1	79	
4,26	77	0,54	25,2	21,7	71	
3,86	68	0,53	22,9	17,1	49	
4,14	84	0,61	26,2	17,5	41	
4,40	89	0,6	28,1	16,8	38	
4,04	87	0,64	25,9	9,8	34	
4,04	94	0,69	28,1	18,3	34	
3,26	76	0,70	22,6	18,8	26	
2,67	79	0,88	19,6	13,4	26	5,42
3,58	89	0,75	26,9	15,6	101	
3,56	92	0,77	30,1	19,2	103	3,50
3,57	93	0,78	29,0	25,5	46	
3,81	102	0,80	31,4	22,1	63	6,20
3,0	100	1,0	30	25,2	45	4,18

Таблица 1

Анализ крови на коагулограмму в динамике

ПТИ	МНО	АЧТВ	ФГ
60	1,8	34,9	
60	1,77	28,7	1,7
18	6,85	69,3	1,3
60	1,76	42,6	1,7

Таблица 2

На секции. Кожный покров бледно-желтый, сухой, практически по всем областям с множественными частично сливающимися кровоизлияниями красно-синюшного цвета по типу петехий. Верхние и нижние конечности отежные. Лицо одутловатое. При переворачивании трупа изо рта выделяется небольшое количество красно-коричневой слизистой жидкости. В полости рта небольшое количество красно-коричневой слизистой жидкости. На животе послеоперационные раны и дренажи. Следы инъекций в локтевых сгибах. В правой подключичной ямке катетер. Слизистая оболочка пищевода с множественными эрозиями в нижнем и среднем отделах. В просвете главных и долевого бронхов небольшое количество кровянистой слизистой жидкости. Слизистая оболочка дыхательных путей с множественными мелкоточечными и пылевидными кровоизлияниями. Легочная плеврова цела, с множественными мелкими кровоизлияниями. Желудок содержит жидкую темно-красную кровь (600 мл) со свертками (200 мл). В двенадцатиперстной кишке темная густоватая кровь. В просвете тонкого кишечника однородная масса с примесью крови на уровне 30 см от связки Трейца. Печень массой 1580 грамм, плотная, коричневато-желтая, в виде множественных желтоватых узелков, с заостренным передним краем, на разрезах коричневато-желтая, мелкоузловидная. Селезенка отсутствует, в области сосудистого пучка селезенки виден шовный материал, окружающая клетчатка неравномерно пропитана темно-красной кровью. Высота переднего отрезка тела 1-го поясничного позвонка несколько снижена в сравнении со смежными, на передней и боковых поверхностях тела в центре высоты позвонка имеется перелом в виде слабовыраженного валика красно-серого оттенка, при манипуляциях на сжатие тела с выделением крови по всей длине перелома, при растяжении видна волнистая щель. Все органы несколько малокровны. Микроскопическое исследование. Нарушения гемодинамики в органах в виде неравномерного кровенаполнения и малокровия.

Литература:

1. **Зайратьян О.В., Кактурский Л.В., Автандилов Г.Г.** Правила построения патологоанатомического диагноза, оформления медицинского свидетельства о смерти, сопоставления клинического и патологоанатомического диагнозов в соответствии с требованиями МКБ-10. Методические рекомендации. – М, 2001 – С. 1-3.
2. **Саркисян Б.А., Янковский В.Э., Зорькин А.И., Шадымов А.Б., Баскаков В.Г., Баишаков В.А., Лысенко О.В., Малинина Е.И., Цайтлер И.В.** Построение судебно-медицинского диагноза, клинко-анатомического эпикриза и алгоритмы экспертной диагностики повреждений. Методическое пособие. – Барнаул, 2003 - С. 4-8.

© А.А. Калашников, А.А. Миронов, О.М. Зороастров, 2014
УДК 340.6

А.А. Калашников¹, А.А. Миронов¹, О.М. Зороастров²

НЕЙРОЦИСТИЦЕРКОЗ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

¹ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы» (начальник – к.м.н. В.В. Мазуркевич);

²кафедра судебной медицины (зав. кафедрой – проф. О.М. Зороастров)

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Приводится описание макро- и микроскопической морфологической картины случая цистицеркоза.

Ключевые слова: нейроцистицеркоз.

NEYROCYSTICERCOSIS WITH THE LETHAL OUTCOME. THE CASE FROM PRACTICE

A.A. Kalashnikov, A.A. Mironov, O.M. Zoroastrov

To be resulted the description macro- and a microscopic morphological picture of a case cysticercosis.

Key words: cysticercosis.

В нашей практике встретился случай очень редко встречающегося цистицеркоза со смертельным исходом. Подробные описания клиники, эпидемиологии и морфологии этого заболевания имеются в медицинской литературе 70-80-х годов прошлого века [1, 2, 3, 4].

Отек головного мозга. В сердце умеренный склероз стенок интрамуральных артерий и незначительный стромальный кардиосклероз, дистрофия, волнообразная деформация, фрагментация мышечных волокон миокарда. В легких нарушения вентиляции, отек, кровоизлияния в альвеолы; гнойный бронхит, очаговая лейкоцитарная пневмония. Мелкоузловой портальный цирроз печени и неравномерная жировая дистрофия. В надпочечнике морфологическая картина функционального истощения.

Все вышеизложенное, позволило установить судебно-медицинский диагноз. Сочетанные травма и заболевание. Тупая закрытая травма живота с разрывом селезенки. Мелкоузловой портальный активный цирроз печени. Сочетанные травма и заболевание привели к следующим осложнениям. Нарушение свертываемости крови. Кровотечение из расширенных вен пищевода на фоне эрозивного эзофагита. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Множественные кровоизлияния тела. Массивная кровопотеря. Анемия. Асцит. Сопутствующий. Закрытый компрессионный неосложненный перелом тела 1-го поясничного позвонка. Разрыв селезенки произошел двухмоментно: первично образовалось подкапсульное повреждение ткани селезенки, в дальнейшем – разрыв капсулы селезенки с внутрибрюшным кровотечением. С момента образования подкапсульного повреждения до момента разрыва капсулы селезенки, вероятно, прошло несколько суток. Установлено, что при жизни женщина страдала заболеванием - мелкоузловым портальным активным циррозом печени, при котором в печени происходит нарушение образования нескольких кровяных субстанций, влияющих на нормальное свертывание крови в организме (факторов свертываемости).

Таким образом, в данном случае произошло сочетание во времени тяжелого заболевания печени, его осложнений и закрытой травмы живота с разрывом селезенки и кровотечением, что в совокупности и привело к летальному исходу.