

Таблица 2

Частота встречаемости диагностических критериев среди исследуемых при раннем ревматоидном артрите (n = 48)

| Критерии                                       | Частота встречаемости критериев у больных |                            |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|
|                                                | n                                         | % (доверительный интервал) |
| 1. Утренняя скованность $\geq 60$ минут        | 34                                        | 70,8<br>(57,8-83,8)        |
| 2. Артрит 3-х и более суставов $> 6$ недель    | 43                                        | 89,6<br>(80,8-98,4)        |
| 3. Артрит суставов кистей $> 6$ недель         | 45                                        | 93,7<br>(86,7-100,7)       |
| 4. Симметричный артрит $> 6$ недель            | 47                                        | 97,9<br>(93,9-101,9)       |
| 5. Наличие ревматических узелков               | 3                                         | 6,2<br>(0,7-13,1)          |
| 6. Наличие ревматоидного фактора в сыв. крови  | 30                                        | 62,5<br>(48,6-76,4)        |
| 7. Рентгенологические выявления костных эрозий | 2                                         | 4,1<br>(1,6-9,8)           |
| 8. Ускоренная СОЭ                              | 48                                        | 100,0                      |
| 9. Высокий уровень СРБ                         | 48                                        | 100,0                      |

агноза? Ревматоидный фактор не определялся у 63 (55,7%) больных, СОЭ была в пределах нормы — у 18 (15,9%), утренняя скованность была менее 60 мин. — у 49 (43,3%), не было симметричного артрита — у 32 (28,3%).

Таким образом, ретроспективный анализ 119 больных с «вероятным» РА показал, что почти у половины из них уже при первой госпитализации можно было поставить диагноз раннего РА и соответственно начать базисную терапию. Однако, эта возможность была упущена и диагноз РА был выставлен через 1-3 года.

## A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF POSSIBILITY OF AN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS DIAGNOSIS

N.Yu. Kazantseva, O.A. Bolshedvorskaya, E.M. Belkova, N.S. Boldareva  
(Irkutsk State Medical University)

119 case histories with the probable diagnosis of rheumatoid arthritis treated in Irkutsk Municipal Rheumatological Center in 1999–2003 years have been analysed. The retrospective analysis has shown that in half of patients already at the first hospitalization it was possible to put the diagnosis of an early rheumatoid arthritis and to start the treatment with disease-modifying anti-rheumatic drugs.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. — М.: Медицина, 1988. — С.27-45.
2. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. — М.: Медицина, 1997. — С.257-304.
3. Насонов Е.Л. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям // Русс. мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.3.
4. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение РА? // Русс. мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.1009-1012.
5. Сальникова Т.С., Балабанова Р.М. К вопросу о ранней диагностике ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С.7-10.
6. Gordon D.A. Complicating factor in the diagnosis and management of rheumatoid arthritis // I. Rheumatolog. — 1999. — Vol. 28, № 112. — P.12-14.
7. Hulsemann I.L., Zeidler H. Diagnostic evaluation of classification criteria for rheumatoid arthritis and reactive arthritis in an early synovitis outpatient clinic // Ann. Rheum. Dis. — 1999. — № 58. — P.278-280.
8. Kaarela K. Prognostic factors and diagnostic criteria in early rheumatoid arthritis // I Rheumatolog. — 1985. — № 57. — P.1-54.
9. Kim I.M., Weisman M.N. When does rheumatoid arthritis begin and why do we need to know? // Arhr. Rheum. — 2000. — Vol. 43, № 3. — P.473-484.

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БЕЛОБОРОДОВ В.А. —

### «ДВУХФАЗНЫЙ» РАЗРЫВ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА

В.А. Белобородов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов; кафедра общей хирургии, зав. — проф. С.Б. Пинский)

**Резюме.** Описано редкое клиническое наблюдение «двухфазного» разрыва опухоли надпочечника.

**Ключевые слова.** Опухоль, надпочечник, разрыв, кровотечение.

Заболевания надпочечников занимают незначительное место в структуре эндокринной патологии. Неоплазии этих желез встречаются еще реже, а в части случаев могут развиваться в клинически «немых» вариантах. Особое место среди них занимают гигантские опухоли надпочечников. Частота их встречаемости едва ли достигает 0,1% от всех опухолей надпочечников [1]. Ургентные ситуации, связанные с такой патологией, встречаются казуистически редко. Но, при травме такой опухоли, особенно достигшей больших размеров, может возникнуть ее разрыв с развитием кровотечения и геморрагического шока разной степени выраженности. В доступной литературе можно обнаружить лишь несколько таких случаев.

P. Sapienza et M. Tedesco в 1997 г. наблюдали спонтанный разрыв клинически «немой» феохромоцитомы. Больную 63 лет госпитализировали по поводу внезапных острых болей в левом подреберье с иррадиацией в поясницу. При компьютерной томографии обнаружили забрюшинную гиподенсную опухоль 12х7 см, медленно увеличивающуюся по данным повторных исследований. В условиях экстренной операции в забрюшинном пространстве слева обнаружили опухоль, распространявшуюся от диафрагмы до подвздошных сосудов, с разрывом и кровоизлияниями. С учетом выявленных изменений была выполнена левосторонняя адренал-нефрэктомия и спленэктомия одним блоком с целью достижения адекватного гемостаза. Левый надпочечник был полностью замещен круглой рыхлой опухолью диаметром 6,5 см, которая продолжалась в геморрагическую псевдокистозную опухоль 15 см диаметром. Гистологическое заключение: злокачественная феохромоцитома надпочечника с некрозом и геморрагией. A. Quinones et al. в 1997 году описывал случай феохромоцитомы правого надпочечника осложнившейся спонтанным разрывом и массивным кровотечением в забрюшинное пространство. S-G. F. Machuca et al. в 2000 г. привели клиническое наблюдение забрюшинной гематомы вследствие разрыва редкой опухоли надпочечника (миелолипомы).

Приводим собственное редкое клиническое наблюдение.

Больная К. 60 лет поступила в клинику общей хирургии Иркутского государственного медицинского университета 24.05.2003 г. с направительным диагнозом: острый панкреатит. Из анамнестических данных: в течение последнего года отмечала тяжесть в левой половине туловища, эпизодами повышение артериального давления до 160-180/100-110 мм рт.ст., головные боли. За 10 дней до поступления в клинику при падении на улице больная получила травму — ушиб мягких тканей левой половины туловища. Отмечала кратковременную потерю сознания. Через 7 дней амбулаторного наблюдения и лечения больная приступила к труду. 23.05.03 г. среди относительного благополучия, находясь на улице, больная вновь потеряла сознание. Была доставлена домой. Через несколько часов при ухудшении общего состояния была доставлена в клинику.

При обследовании больная предъявляла жалобы на умеренную болезненность в левой половине живота, слабость, недомогание, головокружение. Общее состояние тяжелое. Патологических отклонений со стороны органов грудной клетки не выявлено. Артериальное давление 90/40 мм рт.ст. Пульс 100 уд. в мин. Данные

лабораторных исследований: гемоглобин — 55 г%/л, эритроциты —  $1,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты —  $12,5 \times 10^9$ /л. Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1021, мутная, кол-во белка — 0,165 г/л, эритроциты — 8-15 в поле зрения, лейкоциты — 6-8 в поле зрения. При ультразвуковом исследовании во всех отделах брюшной полости (больше по левому боковому каналу) обнаружена свободная жидкость; врожденная аномалия — единственная L-образная почка слева. Установлен предварительный диагноз: «двухфазный» разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение.

Установлены показания к экстренной операции. Выполнена срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости большое количество темной крови со сгустками. По левому флангу живота отмечено подтекание алой крови. Внутренние органы бледной окраски (анемичны). На уровне гребня левой подвздошной кости определяется единственная подковообразная почка. Правая почка отсутствует. Мягкие ткани верхнего и среднего этажей брюшной полости, забрюшинного пространства слева, брыжейка левой половины ободочной и тонкой кишки пропитаны кровью. Анатомические структуры дифференцируются плохо. В левой половине забрюшинного пространства с выпячиванием в брюшную полость определяется опухолевидное образование до 20 см в диаметре, из проекции которого через разрыв (2,0х3,0 см) брыжейки поперечно-ободочной кишки просачивается алая кровь. Опухолевидное образование оттесняет желудок, селезенку и поджелудочную железу к диафрагме, левую почку книзу до уровня подвздошной кости, аорту вправо от позвоночника. Указанные анатомические образования «интимно» прилежат к опухолевидному образованию. Общий объем крови со сгустками в брюшной полости до 3000 мл.

Рассечена париетальная брюшина в параколярной зоне слева и низведен левый изгиб ободочной кишки. В левом забрюшинном пространстве обнаружена опухоль (вероятнее всего исходящая из левого надпочечника) с разрывом, которая ограничена рыхлой соединительнотканной капсулой со сгустками. Установлено «прорастание» опухоли в кардиальный отдел желудка по его задней стенке до его мышечного слоя и магистральные сосуды селезенки в области ее «ворот». По периферии опухолевидного образования распластаны единичные сохранившиеся структуры левого надпочечника.

Ситуация интерпретирована как «двухфазный» разрыв опухоли левого надпочечника, осложненный формированием забрюшинной гематомы (первая «фаза») с прорывом в свободную брюшную полость и внутрибрюшным кровотечением (вторая «фаза»).

Поэтапно выделено опухолевидное образование из окружающих тканей. Осуществлен гемостаз. Перевязаны и отсечены магистральные сосуды селезенки и левого надпочечника, короткие сосуды желудка. Объемное образование надпочечника и селезенка удалены единым блоком. Место «прорастания» опухоли в кардиальный отдел желудка ушито двухрядными швами. В области «ложа» удаленного опухолевидного образования установлена промывная система из силиконовых трубок.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На фоне заместительной и антибактериальной те-

рации длительное время осуществляли промывание растворами антисептиков раны в левой поясничной области. 20.06.03 г. больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение: нейрофиброма левого надпочечника с признаками умеренно выраженного ядерного полиморфизма с обширными кровоизлияниями и разрывом. Отдаленные результаты через 7 месяцев удовлетворительные.

Таким образом, опухоли надпочечников больших размеров при повреждении или спонтанном разрыве сопровождаются массивной геморрагией. Особенности строения и расположения неоплазий надпочечников могут обусловить «двухфазное» развитие геморрагического синдрома. Знание редких клинических вариантов способствует правильной интерпретации симптоматики и установке верного диагноза в подобных случаях.

## «BIPHASE» BREAK OF THE TUMOR OF THE ADRENAL GLAND

V.A. Beloborodov  
(Irkutsk State Medical University)

Rare clinical supervision of «biphase» break of a tumor of an adrenal gland is described.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Щетинин В.В., Майстренко Н.А., Егив В.Н. Новообразования надпочечников / Под ред. В.Д. Федорова. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — 196 с.
2. Machuca S-G. F., Perez R.D. et al. Hematoma retroperitoneal espontaneo secundario a rotura de un mielipoma suprarenal // Arch. esp. urol. — 2000. — Vol. 8. — P.724-725.
3. Quinonero D.A., Hurschfeld J.G., Alonso D.J.M. et al. Rotura esponanea de feocromocitoma en paciente con rinones poliquisticos: A proposito de un caso // Arch. esp. urol. — 1997. — Vol. 10. — P.117-119.
4. Sapienza P., Tedesco M., Graziano P. et al. An unusual case of spontaneous rupture of a clinically «silent» phaeochromocytoma // Anticancer Res. — 1997. — Vol. 1b. — P.717-720.

# СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© НЕДЕЛЬКО Н.Ф. —

## МЕДИЦИНСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СМЕРТИ ПЕТРА ВЕЛИКОГО

Н.Ф. Неделько

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра судебной медицины, зав. — проф. Ю.С. Исаев)

**Резюме.** Отец Отечества, Император Всероссийский, Петр Великий — вечная загадка и притягательный магнит для отечественной мысли... В статье в историческом аспекте с учетом достижений современной медицины проводится анализ заболеваний, которыми страдал Петр I, а также танатологический анализ умирания и установления причины его смерти.

**Ключевые слова.** Петр Великий, болезнь, смерть, медицинские, судебно-медицинские аспекты.

Петр I унаследовал от родителей, второго царя дома Романовых Алексея Михайловича и Натальи Кирилловны Нарышкиной, отменное здоровье и природный ум. Детство его прошло в маленьких комнатках теремов первых государей Романовых и на свежем воздухе в селе Преображенском, где он жил в маленьком и стареньком домике. Он отличался выносливостью, необычной способностью к огромным физическим и психическим нагрузкам. Природа щедро наградила его, он был красив и умен. В юношеские годы Петр постоянно стремился к практической деятельности и знал 14 ремесел. Первоначальное образование его носило случайный и непоследовательный характер. Только к 16 годам он стал обучаться арифметике. Его успехи в орфографии были ужасающими. Используя принцип самообучения, Петр быстро переходил от арифметики к геометрии, от геометрии к баллистике.

Петр со временем становится полной противоположностью своему отцу, прозванного в народе «тишайшим». Добродушные шутки родителя превратились у сына в жестокие потехи, доверчивость обернулась подозрительностью, слабование превратилось в упрямство.

Стремление к знаниям, всепоглощающая тяга ко всему передовому, современному были переданы Петру от отца. Благодаря своему бурному темпераменту, жизнелюбию, необычайной любознательности, он в короткий срок становится одним из самых, образованных людей России. Петр лично был знаком с великими европейскими учеными, которые оставили о нем, о его личных качествах многочисленные мемуары.

В продолжение своего долгого правления Петру пришлось исколесить широкую Русь от Архангельска и Невы до Прута, Азова, Астрахани и Дербента. Скромный корабельщик и бомбардир, лоцман и капитан ста-