

дении от 2 до 4 лет после вульвэктомии рецидив заболевания выявлен у 5 больных ( $23,8 \pm 9,52\%$ ). У больных краурозом, которым тотальная вульвэктомия была дополнена паравульварной денервацией (10), рецидива заболевания не последовало, что как нам кажется, свидетельствует о целесообразности дополнения тотальной вульвэктомии паравульварной денервацией.

При сравнении отдаленных результатов лечения различными методами мы видим, что при каждом из них возникает определенное число рецидивов зуда и лейкоплакии. Это свидетельствует о необходимости изыскания новых методов терапии дистрофических предраковых заболеваний наружных гениталий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Медгиз, М., 1956.—2. Гиллерсон А. Б. В кн.: Неоперативная гинекология. Медгиз, М., 1957.—3. Декстер Л. И. Акуш. и гинек., 1962, 3.—4. Ефимов К. Е. Сов. врач. журн., 1934, 14.—5. Шимановский Р. Н. Акуш. и гинек., 1967, 4.—6. Darier I. Основы дерматологии. М.—Л., 1930.—7. Dieront M. Pol. Tyg. lek. 1960, 15, 49, 1917—1918.—8. Horn A. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1947, 4, 504—506.—9. Kremling H. Münch. med. Wschr., 1956, 98, 40, 1367—1368.—10. Meringl H. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 64, 3, 619—627.

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.13—002—031.63

Н. А. Романова и В. М. Андреев (Казань). Узелковый периартрит

Ш., 37 лет, 5/IX 1957 г. был доставлен в урологическое отделение службой скорой помощи по поводу остро возникшей боли в левой половине живота и над лобком с распространением в левую поясничную область, болезненного мочеиспускания, высокой температуры, головной боли и общей слабости. Сильнейшие боли в животе отмечались в течение 3 дней и прошли после окологломеральной новокаиновой блокады. Выявлен лейкоцитоз (14 600) с нейтрофилезом. В моче белок (0,033%), свежие и выделенные эритроциты 9—20 в поле зрения. Высокая температура (38—39°) держалась 10 дней, затем постепенно снизилась до субфебрильных цифр (37,4—37,6°). Хирургические урологические заболевания были исключены.

20/IX появились сильнейшие боли в мышцах конечностей, резкая мышечная слабость (не мог вставать, сидеть, плохо держал ложку). Еще через неделю температура вновь повысилась до 39°.

Больной был переведен в инфекционное отделение с подозрением на паратиф или геморрагическую лихорадку. Инфекционные заболевания были исключены, и больной снова переведен в урологическое отделение, где после многократных осмотров врачами различных специальностей было высказано предположение о наличии какого-то заболевания из группы коллагенозов. После назначения преднизолона (по 30 мг в день) совместно с антибиотиками боли в конечностях несколько ослабли, и больной 16/X был переведен в терапевтическую клинику.

Жалуется на резкие боли в мышцах рук и ног, слабость, жажду (выпивал за день до 4—5 л воды), похудание (за месяц убавил в весе на 6 кг), плохой аппетит и сон, ухудшение зрения. Сознание ясное, упитанность понижена, значительная атрофия мышц конечностей. Пальпация вызывает сильнейшие боли в области мышц плеча. Движения в суставах несколько скованы. Периферические лимфоузлы с горошину, плотные, безболезненные. Пульс 112, напряжен. Височные артерии плотные, извилистые. АД 190/110. Левая граница сердца — на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные. Дыхание 20. Со стороны легких, органов брюшной полости изменений не обнаружено. Кровь: Э.—4310 000 в 1 мм<sup>3</sup>, Гем.—13 г%, Л.—14 000 (в дальнейшем — 18 200, 24 600) в 1 мм<sup>3</sup>, п.—5,5%, с.—74,5%, э.—1,5%, м.—4,5%, л.—14%; РОЭ—26 мм/час. Общий белок—7 г%, альбумины—45,1%, глобулины:  $\alpha_1$ —6,6%,  $\alpha_2$ —15,7%,  $\beta$ —9,5%,  $\gamma$ —23,1%. Сналовые кислоты—0,355 ед. опт. пл. СРБ +++, остаточный азот крови—28 мг% (в дальнейшем—58,8 мг%), сахар крови—102 мг%. RW отрицательна. Моча: уд. вес—1006—1015, белок—0,033—16,5/100, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Рентгеноскопия грудной клетки не выявила особых изменений. Краниограмма: некоторая подчеркнутость рисунка сосудов в теменной области. ЭКГ: диффузные изменения в миокарде.

Осмотр окулиста: соски зрительного нерва розовые, контуры стушеваны, выраженный отек по ходу сосудистого пучка и мелкие кровоизлияния вблизи вен. Артерии вторичного порядка сужены. Скорость распространения пульсовой волны увеличена по сосудам и эластического типа (1025 см/сек.), и мышечного (1235 см/сек.). Со стороны нервной системы отклонений от нормы не обнаружено.

Установлен диагноз — узелковый периартериит. Больному назначен дексаметазон по 5 мг в день, резерпин, дибазол, гипотиазид, витамины.

14/XI внезапно наступило ухудшение состояния: появилась рвота «кофейной гущей», спутанность сознания. АД 240/140. В этот же день больной потерял сознание, появились тонические судороги в конечностях, ригидность затылочных мышц. Дегидратационная и гипотензивная терапия (гипертонические растворы NaCl и глюкозы, раствор сернокислой магнезии и эуфилина), кровопускание не привели к улучшению состояния больного, хотя АД снизилось до 140/90. При спинномозговой пункции жидкость вытекала редкими каплями, давление начальное — 6, конечное — 2 мм водяного столба, цитоз — 0, белок — 0,99%/<sub>100</sub>.

15/XI наступила смерть.

Клинический диагноз: распространенный артериит (типа Куссмауля — Майера) с преимущественным поражением сосудов верхних конечностей и образованием аневризм правой лучевой артерии, почек, сердца, мозга. Церебральный инсульт (разрыв аневризмы одной из мелких артерий?). Кома.

Патологоанатомические данные: распространенный узелковый периартериит (болезнь Куссмауля — Майера) с преимущественным поражением крупных артерий (левой локтевой и лучевой, правой лучевой, сосудов сердца, ветвей верхней брыжеечной артерии), образованием различной величины аневризм с закупоривающими организующимися тромбами в них; склероз, утолщение стенок и облитерация просвета в более мелких сосудах внутренних органов; интра- и экстракапиллярный гломерулонефрит; застойная гиперемия и склероз внутренних органов; отек головного мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие; мелкие очаги кровоизлияния в легких и головном мозгу; отек легких; большой очаг атрофии и инфаркта в левой почке.

Несмотря на довольно высокое АД, мы были вынуждены под защитой гипотензивной терапии назначить глюкокортикоиды в средних дозах, что способствовало некоторому улучшению общего состояния больного. Смерть наступила от гипертонического криза с отеком мозга, в чем могли играть роль и побочные действия дексаметазона. Необходимо всегда помнить, что эта терапия должна быть своевременной, оптимальной по дозировке, но в то же время достаточно гибкой в зависимости от состояния больного.

УДК 616.006.3.04—616.33

М. М. Кайзерман, Л. Н. Гейко и Ф. Н. Шамсутдинова (Казань). Первичная саркома желудка

С., 22 лет, болен с июня 1968 г., когда впервые появились неприятные ощущения в подложечной области, связанные с приемом пищи. За последние три месяца резко ослаб, сильно похудел. Поступил в стационар в октябре 1968 г.

Больной истощен, бледен. Лицо одутловато. Шейные, паховые, подмышечные лимфатические железы увеличены. На коже туловища и конечностей многочисленные узлы (рис. 1), кожа над ними с синюшным оттенком. С подлежащими тканями узлы не спаяны, безболезненны. Дыхание жесткое, в нижних отделах легких сухие хрипы. Тоны сердца чистые. Пульс аритмичен. АД 110/60. Живот несколько увеличен в объеме (асцит), безболезненный. Печень выступает из-под реберного края на 3 см. Край печени ровный, безболезненный. Слева от пупка прощупывается плотное образование. Пальпируется плотный край селезенки.

На ЭКГ (22/X 1968 г.) полная атриовентрикулярная блокада, снижение вольтажа зубца R во всех отведениях, отрицательный зубец T во 2—3—4-м грудных отведениях; диффузно-дистрофические изменения миокарда (см. рис. 2).

Рентгенологическое исследование (24/X). В нижних долях легких определяются облаковидные тени различных размеров, местами сливающиеся между собой. Корни широкие за счет увеличенных лимфоузлов. Рельеф слизистой в антральном отделе желудка не прослеживается. Контур малой кривизны в средней части антрального отдела нечеткий. Смещаемость желудка ограничена (рис. 3).

Биопсия лимфатического узла 10/X 1968 г.: полиморфноклеточная саркома.

Больной умер 5/XI 1968 г. На секции обнаружена опухоль малой кривизны антрального отдела желудка с прорастанием в печень, множественные метастазы в нижние доли легких, печень, селезенку, эпикард и эндокард, в подмышечные, шейные, паховые, перипортальные лимфоузлы.

Под эпикардом мелкие до горошины узелки (3—4) белой бесструктурной ткани. Тяжи такой же ткани прорастают в миокард в области верхушки и задней стенки левого желудочка. Под эндокардом желудочка узелок опухолевой ткани, выдающийся в виде горошины в его просвет.

Гистологический диагноз: полиморфноклеточная саркома.