

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%/₁₀₀.

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.



Рис. 1.

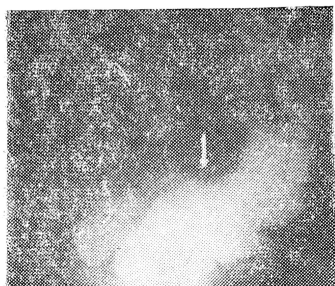


Рис. 3.

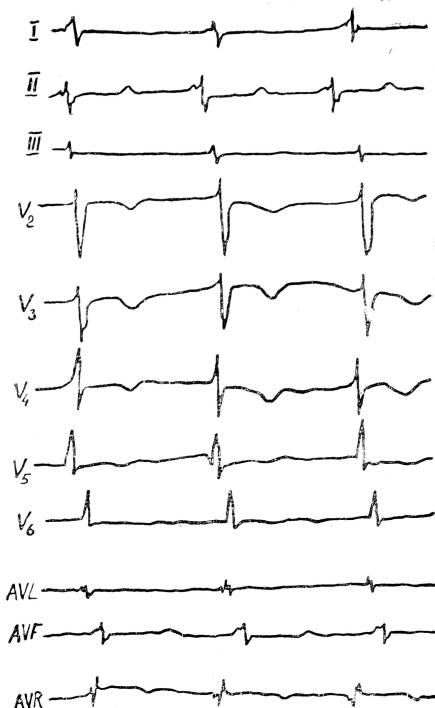


Рис. 2.

УДК 616.006.3.04—616.33

А. Н. Сорокин (Казань). Ретикулосаркома желудка

1. Я., 59 лет, поступила 3/I 1964 г. с жалобами на постоянные ноющие боли в области желудка, не связанные с приемом пищи. Больная с 1961 г., когда начала худеть. При исследовании желудочного сока была установлено понижение кислотности. В моче реакция на желчные пигменты положительная. При рентгенологическом исследовании в теле и синусе желудка выявлен злокачественный рельеф слизистой, образованный ригидными, местами прерывающимися складками. На большой кривизне плоский дефект наполнения. Смещаемость желудка не ограничена. Заключение: опухоль тела желудка.

После соответствующей подготовки больной была произведена высокая резекция желудка. Послеоперационный период протекал без осложнений, и 7/II 1967 г. больная в удовлетворительном состоянии была выписана под наблюдение амбулаторного хирурга.

При патогистологическом исследовании операционного препарата установлена ретикулосаркома желудка без поражения регионарных лимфатических узлов.

2. Ф., 25 лет, поступил 27/IV 1967 г. с жалобами на слабые боли в эпигастриальной области и подъем температуры к вечеру до 39,5°. До поступления лечился по месту жительства от септического эндокардита, хронического холецистита и антрального гастрита, однако улучшения не было.

При поступлении живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастриальной области.

Несмотря на лечение антибиотиками и гормонами, состояние больного не улучшилось. Вечерняя температура продолжала оставаться высокой. Реакция Грегерсена резко положительна.

При рентгенологическом исследовании желудка (проф. М. И. Гольдштейн) складки слизистой в препилорическом отделе не прослеживались. Привратник удлинён, деформирован. Луковица двенадцатиперстной кишки заполняется неравномерно, она расширена на всем протяжении, временами отмечалась глубокая крупноsegmentированная перистальтика. Заключение: малигнизированная язва препилорического отдела желудка.

1/VI 1967 г. у больного внезапно появилось головокружение, рвота с кровью (около 100 мл). После консультации хирурга больной был переведен в хирургическую клинику. Диагноз — язвенное кровотечение.