

шения. Синдром раннего полового и физического развития при опухолях этой локализации встречается редко и может послужить причиной диагностических ошибок.

Приводим наше наблюдение.

Ч., 10 лет, получил травму головы, протекавшую без потери сознания. Через несколько дней в лобной области появились боли периодического характера. С этого же времени усилился аппетит, ребенок стал прибавлять в весе, у него начал грубеть голос. В дальнейшем родители обратили внимание, что у мальчика значительно увеличился в размерах половой член. Головные боли усилились, появилась периодическая рвота и сонливость. Обратились к невропатологу. Было назначено внутривенное вливание глюкозы. Головные боли вскоре уменьшились, рвота прекратилась. Однако через 1,5 месяца после травмы состояние больного вновь резко ухудшилось: появились сильные головные боли и частая рвота. Через несколько дней присоединилось двоение в глазах и косоглазие левого глаза.

Сонливость. Анизокория: $s > d$. Реакция зрачков на свет живая. При конвергенции правый глаз отходит кнаружи. Легкое наружное косоглазие правого глаза. Паралич взора вверх. Симптом «кукольных глаз». На глазном дне застойные соски зрительных нервов. Болезненность в верхних точках выхода тройничного нерва. Асимметрии лица нет. Язык по средней линии. В позе Ромберга шатание. Походка с открытыми глазами шаткая. Пальце-носовая проба нарушена с обеих сторон. Рефлексы с брюшной стенки — $s < d$. Подошвенные рефлексы — $s < d$. Рефлексы с рук и ног — $s > d$.

Общий вид 15—16-летнего подростка. Подкожный жировой слой развит хорошо. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Голос грубый, небольшое оволосение на лобке. Половой член как у взрослого мужчины.

Краниограмма. Резко выраженные пальцевидные вдавления, расхождение швов между костями черепа. Участок обызвествления $0,3 \times 0,3$ см в проекции шишковидной железы.

Клинический диагноз: опухоль головного мозга, вероятнее всего пинеаломы.

Через 3,5 месяца после травмы больной умер.

Секция. Свободно смещаемая вентрикулярная опухоль III желудочка, исходящая из сосудистого сплетения, серо-красного цвета, бугристая, $3 \times 4,5 \times 1,5$ см, закрывает вход в сильвиев водопровод. Расширение боковых и III желудочков. Отек головного мозга.

Возникновение синдрома раннего полового и физического развития следует объяснить вторичным повреждением гипоталамического центра гонадотропной секреции.

УДК 616—006.363.03—616.006.3.04—616.33

Д. А. Наймарк (ст. Барнаул). Лейомиосаркома желудка

Лейомиосаркома желудка встречается очень редко — один раз на 1000 опухолей его (Масли, 1959). Даже достигая больших размеров, эта опухоль редко и поздно дает метастазы, поэтому результаты хирургического лечения ее благоприятнее, нежели рака (68—70% выживает пять лет после резекции). Мужчины и женщины поражаются этой опухолью одинаково часто. Средний возраст больных лейомиосаркомой желудка — 45 лет. Опухоль в большинстве случаев растет экзогастрально, реже — эндогастрально, очень редко инфильтрирует стенку желудка. Лейомиосаркома желудка долго развивается бессимптомно. Затем появляются боли, чувство распирания в эпигастральной области, профузные желудочные кровотечения с последующим развитием анемии. Нередко уже при первом осмотре больного удается прощупать крупную опухоль в брюшной полости. Больные долго не теряют в весе, самочувствие их вне периодов желудочных кровотечений остается удовлетворительным. У значительной части больных продолжительность заболевания колеблется от 2 до 10 лет. В этих случаях нельзя исключить озлокачествление предсуществовавших миом желудка.

При рентгенологическом исследовании в случае экзогастральной саркомы нередко отмечается смещение желудка опухолью, краевой дефект наполнения с ровными или волнистыми контурами (он значительно меньше прощупываемой опухоли). При эндогастральном росте обычно определяется лишенный складок одиночный дефект наполнения с ровными контурами. Создается впечатление, что отличить лейомиосаркому от рака желудка легче, чем от доброкачественных неэпителиальных опухолей его, которые также растут экспансивно, могут достигать больших размеров и быть причиной опасных для жизни кровотечений.

Необходимо отметить трудности, возникающие при гистологическом исследовании лейомиосаркомы желудка: в двух наблюдениях Масли и в одном А. П. Мирзоева (1962) гистологически была установлена доброкачественная миома, и лишь обнаружение метастазов в печени после резекции желудка заставляло изменить мнение о характере опухоли.

Приводим наше наблюдение.

Больная, 38 лет, поступила в хирургическое отделение 30/III 1964 г. с жалобами на слабость, головокружение, дегтеобразный стул, боли в правом подреберье. Заболела три года назад, когда внезапно появилась кровавая рвота и вскоре развилась картина

острого малокровия. Во время операции, срочно произведенной в одной из больниц г. Барнаула, обнаружена больших размеров опухоль желудка, признанная неоперабельной. Гистологически опухоль не была исследована. В последующем желудочные кровотечения повторялись через каждые 4—5 месяцев. Через год после начала заболевания больная находилась на обследовании в нашей больнице, где на основании клинических и рентгенологических данных было высказано мнение об экзогастральной саркоме желудка и предложена повторная операция, на которую больная не согласилась.

Общее состояние больной удовлетворительное. Кожа чистая, упитанность хорошая. Температура тела по вечерам субфебрильная. Пульс 120, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 95/70. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в области правого подреберья. Печень и селезенка не прощупываются.

Гем. — 40 ед., Э — 2 000 000, Л. — 5400; формула не изменена. РОЭ — 40 мм/час. Анализ желудочного сока: общая кислотность 26, свободная HCl — 10.

Рентгенологическое исследование: желудок оттеснен влево прощупываемой при просвечивании опухолью; в центре образованного ею дугообразного вдавления малой кривизны — крупная контурная «ниша» с узким перешейком. Рельеф слизистой продольный, складки прослеживаются во всех отделах желудка. Желудок ограничен в подвижности.

13/IV 1964 г. произведена операция. В области малой кривизны желудка сзади обнаружена крупная опухоль с гладкой поверхностью, растущая в просвет брюшной полости, спаянная с печенью. Поверхность печени гладкая; лимфатические узлы брюшной полости не увеличены. Плоскостные спайки, связывающие опухоль с печенью, рассечены. Произведена клиновидная резекция желудка.

Макропрепарат: опухоль 9×9×8 см, плотная, с гладкой поверхностью, на разрезе белого цвета, полость распада у малой кривизны заполнена крошковидной коричневой массой. Со стороны слизистой желудка воронкообразный кратер, ведущий в полость распада.

Гистологическое исследование опухоли: лейомиосаркома.

Выписана в удовлетворительном состоянии. При повторном поступлении 10/IX 1964 г. обнаружены метастазы в печень.

УДК 616—006 311—616.411—616—003.821

Ю. Г. Пигарев (Минск). Гигантская тотальная гемангиома селезенки и общий амилоидоз

Первичные опухоли селезенки представляют казуистическую редкость. Из доброкачественных опухолей селезенки наиболее часто встречаются ангиомы. Любарш нашел 4 гемангиомы селезенки на 1900 вскрытий (0,2%), Н. М. Шинкерман (1939) — одну на 8048 вскрытий (0,012%). Отдельными авторами в разное время описаны единичные случаи этих опухолей. В 1951 г. Н. Н. Калашникова наблюдала крупную гемангиому селезенки у женщины 40 лет.

В доступной нам литературе мы не нашли сообщений о такой большой ангиоме, как встреченная нами, равно как и упоминаний о сочетании гемангиомы с амилоидозом.

К., 42 лет, поступила с жалобами на тупые боли в подложечной области. Считает себя больной около полугода, когда обнаружила припухлость в левом подреберье.

Телосложение правильное, упитанность хорошая, кожа и видимые слизистые бледны. В левом подреберье пальпируется крупная малоподвижная безболезненная опухоль. Температура нормальная.

Гем. — 60 ед., Л. — 19 650, РОЭ — 53 мм/час. В моче белок (1,62‰), лейкоциты (20—40 в поле зрения).

Диагностирована опухоль левой почки. Произведена лямботомия, опухоли почки не обнаружено. Предположена большая опухоль левой доли печени. Операция прекращена.

В послеоперационном периоде количество мочевины в крови нарастало (до 437 мг%), началось нагноение операционной раны. Через месяц после операции больная умерла.

Данные аутопсии. Селезенка в виде почти круглого образования диаметром до 20 см, весит 2200,0, опухоль окружена плотной капсулой, сосудистая ножка обычная, спаяна с окружающими тканями нет. На разрезе выявляется множество полостей различной величины, наполненных губчатой массой темно-красного цвета и разделенных тонкими прослойками. Отдельные полости содержат гиалиноподобную массу сероватого цвета, плотную на ощупь. Нормальная ткань селезенки в виде участка 4×3 см распластана на верхнем полюсе опухоли. Почки 13×8×5 см, весом 300,0 каждая, очень плотные, на разрезе сального вида, почти белые, граница слоев неразличима. Капсула снимается легко, поверхность почек гладкая. Сердце увеличено, вес его 350,0. Остальные органы и головной мозг — без видимой патологии. Воспалительных очагов нигде не обнаружено.