

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, спаян 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.

Микроскопически опухоль селезенки представляла типичную кавернозную гемангиому с отложением амилоида типа саго в стенках полостей и в просвете отдельных полостей. В сохранившемся участке нормальной селезенки также видны отложения амилоидных масс. В почках — выраженный амилоидоз с отложением амилоида под эндотелий капилляров клубочков, по ходу основной мембраны канальцев и под эндотелий артериол. Пневмония, отек легких.

Патологоанатомический диагноз. Общий амилоидоз с преимущественным поражением почек и селезенки. Уремия, пневмония, отек легких, отек головного мозга. Гигантская кавернозная гемангиома селезенки.

Вопрос о сочетании кавернозной гемангиомы селезенки с общим амилоидозом не вполне ясен.

Если исходить из положения, что амилоидоз развивается при парентеральной перегрузке белками, то громадная кавернозная гемангиома селезенки у нашей больной, являясь постоянным источником белка при распаде тканей и лейкоцитов, могла способствовать развитию общего амилоидоза, тем более что других источников для развития амилоидоза обнаружено не было.

УДК 616—006.82—617.559—611.99

В. Ф. Наумов и В. В. Кузнецов (Альметьевск). Крестцово-копчиковая хордома

Хордомы относятся к редким опухолям скелета. Они развиваются из остатков спинной струны и могут образоваться в любом месте позвоночника. Однако чаще встречаются каудальные хордомы. Впервые крестцово-копчиковую, хордому описал Фельдман в 1910 г. Хордомы встречаются чаще у мужчин старше 40 лет. Они могут распространяться от крестца кпереди и при этом сдавливать прямую кишку, сосуды и нервы, вызывая сильные боли и нарушение акта дефекации и мочеиспускания. Распространяясь кзади, они могут достигать больших размеров, при этом они вздуваются и узурируют крестец.

Течение хордом длительное — до 10—20 лет. После операции, как правило, хордомы рецидивируют. При своем росте они разрушают прилежащие ткани и довольно часто дают метастазы в печень и лимфатические узлы.

Окончательный диагноз хордомы может быть поставлен только гистологически. Хордомы плохо поддаются лечению. К ионизирующему излучению они нечувствительны, операция редко бывает радикальной.

Приводим наше наблюдение.

М., 70 лет, поступил 2/IX 1963 г. с жалобами на опухолевидное образование в области крестца, боли в крестце с иррадиацией в правую ногу, затрудненное мочеиспускание, запоры и похудание. Опухоль впервые заметил год назад. Сильные боли появились 2 месяца назад.

Упитанность больного понижена. Со стороны органов грудной клетки патологии нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание самопроизвольное. Стул один раз в 4—5 дней. На задней поверхности крестца, больше справа, опухолевидное образование с мужской кулак, интимно спаянное с крестцом, тугоэластической консистенции, состоящее из конгломерата узлов. Кожа над опухолью не изменена. Паховые лимфатические узлы увеличены.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника определяется деформация крестцовых позвонков, а также изъеденность контуров крестца справа. Костная структура имеет крупноячеистый рисунок. В боковой проекции определяется патологическое образование, выступающее по задней поверхности крестца. Оно несколько плотнее мягких тканей и имеет ячеистую структуру.

При ректороманоскопии и пальцевом исследовании прямой кишки патологии не обнаружено.

12/IX 1963 г. у больного вылущена одна долька из общего конгломерата опухоли. Гистологически rozpoзнана хордома (В. В. Кузнецов).

УДК 616—006.55—616.24

В. М. Юрченко и И. А. Стешенко (Кривой Рог). Аденоматоз легких с метастазами

М., 70 лет, поступил 26/V 1964 г. в тяжелом состоянии, с температурой 37,6°, с жалобами на одышку, усиливающуюся при малейшем движении, кашель с выделением большого количества мокроты. Больным себя считает с конца 1963 г., когда впервые появилась одышка; ухудшение состояния наступило в апреле 1964 г. В течение нескольких лет работал в шахтах Криворожья. Неоднократно болел воспалением легких.

Телосложение правильное, упитанность понижена. Цианоз губ, языка и пальцев рук. Грудная клетка правильной формы. При дыхании наблюдается втягивание межреберных промежутков. В легких на всем протяжении притупление перкуторного звука, больше справа. Дыхание жесткое, справа в нижних отделах ослаблено. Выслуши-