

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-

ваются многочисленными сухие свистящие хрипы, местами влажные и мелкопузырчатые. Дыхание 36. Границы сердца несколько расширены в поперечнике, тоны глухие, на верхушке систолический шум. Пульс 94. АД — 120/50 мм.

При рентгенологическом исследовании в 1961 г. обнаружен интерлобит справа, в 1963 г. рентгенологически изменений не найдено. При рентгеноскопии в апреле 1964 г. во всех легочных полях — густые тени фиброза в виде «сеток». В верхних и нижних легочных полях мелкие, нечеткие, средней плотности очаги. В среднем легочном поле несколько сливных очагов, местами в виде плотных затемнений, главным образом на уровне III—IV ребер с обеих сторон. Рентгенологическое заключение: силикоз или лимфоподобный карциноз обоих легких.

Со стороны крови и мочи патологических изменений не отмечено.

Высказано предположение о злокачественном метастазирующем новообразовании в легких.

На 9-й день пребывания в больнице наступила смерть при явлениях сердечно-легочной недостаточности.

Клинический диагноз: силикотуберкулез (?), карциноматоз обоих легких, легочно-сердечная недостаточность III ст.

Патологоанатомический диагноз: аденоматоз легких, метастазы в бронхопульмональные, бифуркационные и верхние желудочные лимфоузлы, двухсторонняя абсцедирующая пневмония, гипертрофия правого желудочка сердца, расширение полостей.

Существует мнение, что аденоматоз возникает на фоне хронического воспалительного процесса в легких. Другие же считают воспаление параспецифическим процессом бластоматозного характера аденоматоза, к чему присоединяемся и мы.

## ОБЗОРЫ

УДК 616.22—006—616.211—006

### РАЗВИТИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ БОРЬБЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*В. Н. Акимов*

Кафедра болезней уха, горла и носа (зав. — проф. Н. Н. Лозанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Проблема злокачественных новообразований — одна из актуальнейших в современной медицине. Заболеваемость опухолями и смертность от них не снижаются, а даже растут. Существующие методы лечения эффективны лишь при условии применения их в ранних стадиях заболевания. Своевременная же диагностика затруднена из-за малосимптомности и безболезненности начальных стадий злокачественных новообразований.

В оториноларингологии систематическое изучение опухолей и предопухолевых заболеваний началось лишь в последние десятилетия, когда были организованы специальные оториноларингологические и онкологические институты и ЛОР-отделения онкологических диспансеров.

Злокачественные опухоли носа составляют 0,3—1,1% [70], 0,14—1,12% [42], а злокачественные опухоли глотки — 1,3% [62] от злокачественных новообразований всех локализаций. Среди опухолей носа и глотки встречаются эпителиальные, соединительнотканые и смешанные. В отличие от этого среди злокачественных новообразований гортани до 98% занимает рак [59], частота которого по различным статистикам колеблется от 1 до 4,8% раковых поражений всех других локализаций [59, 64]. По Казани на долю злокачественных опухолей ЛОР-органов приходится около 3% от общего количества зарегистрированных злокачественных новообразований.

Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей встречаются чаще у мужчин [64, 72], что отмечалось и в конце прошлого и в начале текущего столетия [8, 12]. Особенно разительно преобладание у мужчин рака гортани. Так, в сводных данных по Советскому Союзу рак гортани встречается у мужчин в 2,9%, а у женщин в 0,2% по отношению к раковым поражениям всех локализаций<sup>1</sup>. Зарубежные авторы также указывают на гораздо большую заболеваемость мужчин (94,2 [85] — 96,57% [90] всех больных раком гортани).

В подавляющем большинстве случаев злокачественными опухолями верхних дыхательных путей поражаются люди в 50—60-летнем возрасте, хотя в последние годы

<sup>1</sup> «Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований», Медгиз, 1962.