

Больной М., 16 лет, доставлен в терапевтическое отделение 2-го апреля 1957 г. в тяжелом состоянии с жалобами на боли в суставах, озноб, жар, боли в груди, одышку. Болен около недели, заболевание началось остро с болей в суставах и повышения температуры. Раньше ничем не болел.

При поступлении состояние тяжелое, вынужденное сидячее положение, сознание ясное, резкая одышка. Лицо бледное, слегка синюшное, одутловато, умеренно набухшие вены шеи. В нижних отделах обеих легких, больше справа, мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердечный толчок пальпировать не удается, границы сердца равномерно расширены, как и границы сосудистого пучка. В пятой точке грубый шум трения перикарда. Пульс — 120, слабого наполнения и напряжения; артериальное давление — 160/40. Живот мягкий, печень выступает из подреберья на 3 поперечных пальца, болезненна; селезенку пальпировать не удается.

РОЭ — 45 мм/час, Л. — 10 000.

На ЭКГ синусовая тахикардия, низкий вольтаж основных зубцов.

При рентгеноскопии грудной клетки в легких очаговых изменений не определяется, сердце равномерно расширено во всех отделах, пульсация невидима.

Назначены салициловый натрий до 10,0 в сутки, адренокортикотропный гормон по 5 единиц внутримышечно 4 раза в сутки, пенициллин — 800 000 МЕ в сутки внутримышечно; подкожно камфара, кофеин каждые три часа; вдыхание кислорода.

За время нахождения в отделении состояние больного ухудшалось, и 5/IV 1957 г. больной умер при явлениях нарастающей сердечной недостаточности.

Клинический диагноз: Ревматизм, активная фаза. Панкардит. Недостаточность кровообращения II А.

На секции: в сердечной сорочке сгусток крови, равномерно охватывающий сердце со всех сторон. Поверхность сгустка гладкая, серовато-красного цвета. Верхушка сердца спаива с наружным листком перикарда. Внутренняя поверхность сердечной сорочки сращена со сгустком в перикарде тонкими, легко разъединяющимися рукой спайками. Сердечная мышца бледно-коричневого цвета, толщина мышечной стенки левого желудочка — 1,1 см, правого желудочка — 0,4 см. Левое венозное отверстие пропускает два пальца, правое — 2,5 пальца.

Эндокард гладкий, блестящий, клапаны гладкие, тонкие, блестящие. Венечные артерии сердца без видимых изменений.

Плевральные полости свободные, плевральные листки гладкие, блестящие; легкие застойные, полнокровные.

Патогистологическое заключение: ревматическое поражение сердца с гистологическим и анатомическим компонентом — эндокардит, обширный миокардит, фиброзно-геморрагический перикардит (прозектор Я. Н. Кантор).

Анамнестические данные, отсутствие сформировавшегося порока сердца позволяют думать, что в данном случае был первый приступ ревматизма с развитием массивного геморрагического выпота в перикарде, который привел к тампонаде сердца.

Поступила 3 октября 1957 г.

О ЛИПОМЕ ЖЕЛУДКА¹

Канд. мед. наук М. А. Цукерман

(Ростов на Дону)

В последние годы доброкачественные опухоли желудка стали диагностироваться лучше.

Среди доброкачественных опухолей желудка липомы встречаются редко. По Н. С. Тимофееву (А. В. Мельников²), всего опубликовано 34 случая липом желудка, в том числе один случай в русской литературе и 33 в иностранной.

М. Г. Трахтенберг³ описал еще один случай липомы кардиального

¹ Доложено на заседании Ростовского на Дону общества рентгенологов 29/VI 1957 г. и на заседании хирургического общества 28/II 1958 г.

² А. В. Мельников. Клиника предопухолевых заболеваний желудка, Медгиз, 1954, стр. 257—258.

³ М. Г. Трахтенберг. Хирургия, 1957, 6, стр. 34.

отдела желудка, таким образом, всего в отечественной литературе нам удалось найти сведения о двух случаях липом желудка.

Значительная редкость описаний данного заболевания побудила нас опубликовать следующее наблюдение:

Б-ной У. поступил в хирургическое отделение 23 мая 1957 г. с жалобами на общую слабость и дегтеобразный стул, который наблюдался больным с 18 мая 1957 г. До 22 мая он за врачебной помощью не обращался. В 6 часов утра 22 мая появились резкая боль в правой подвздошной области, головокружение (больной упал со стула), наступила кратковременная потеря сознания. Больной был стационарирован, а 23 мая переведен к нам.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Температура — 36,2°, пульс 74, АД — 130/70. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не прощупываются. При пальпации отмечается болезненность в подложечной области. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Кровь: гем. — 44%, э. — 2 070 000; Л. — 5800; ц. п. — 1,1; РОЭ — 11 мм в 1 час; л. — 46%; м. — 4%; п. — 1%; с. — 49%, анизопойкилоцитоз макроцитарный, полихроматофилия.

Реакция Грегерсена резко положительная.

Рентгенокопия желудка 3/VI 1957 г. (В. П. Паламарчук): бариевая взвесь, переходя из субкардального отдела в нижний отдел желудка, обтекает препятствие, располагающееся на задне-наружной стенке тела желудка. На этом же уровне отсутствие нормального рельефа слизистой и обрыв складок вышележащего отдела. Перистальтика желудка в области дефекта отсутствует, в остальных отделах сохранена. Ригидности складок не определяется. При исследовании в горизонтальном положении на животе определяется ясный дефект наполнения тела желудка по всей его ширине, длиной около 10 см.

Заключение: злокачественное новообразование желудка.

12/VI 1957 г. под интратрахеальным эфирно-кислородным наркозом верхняя лапаротомия (М. А. Цукерман). По середине желудка, на передней стенке, ближе к большой кривизне, субсерозно расположена мягкая, эластичная, подвижная опухоль величиною с куриное яйцо. Увеличенных лимфатических желез не обнаружено. Произведена резекция 2/3 желудка по Финстереру.

Гистологическое исследование (Д. Н. Руновский): часть желудка с мягкой опухолью размером 6 × 5 × 3 см. В центре опухоли звездчатый рубец. Опухоль расположена между слизистой и мышечной оболочками стенки желудка. По строению опухоль представляет типичную липому с несколько увеличенным количеством фиброзных прослоек.

28/VI 1957 г. б-ной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Через 8 месяцев самочувствие хорошее, жалоб нет.

Кровотечение, которое привело больного в стационар, произошло вследствие изъязвления слизистой оболочки желудка над опухолью. Факт изъязвления подтверждается звездчатым рубцом.

В отношении дооперационной диагностики мы полагаем, что окончательно решить вопрос о природе опухоли на основании рентгеновского исследования невозможно.

В смысле объема вмешательства мы придерживаемся того мнения, что оно должно быть по возможности радикальным — резекция желудка.

Поступила 15 июня 1958 г.

К ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА ЖЕЛУДКА¹

А. М. Королев

Главный терапевт Кировского облздравотдела

Первый случай лимфогрануломатоза желудка описал Штейндль в 1924 году; оперируя больного, он произвел резекцию желудка, подо-

¹ Доложено на выездной научной конференции Пермского медицинского института в г. Кирове 7—9 мая 1958 г.