

Моча и кал без патологических изменений. Консультация отоларинголога — левосторонний средний отит.

У матери кровь без патологических изменений. Группа крови В (III), Rh+. RW отрицательная.

Диагноз: врожденный лейкоз (острый гемоцитобластоз); болезнь Дауна; левосторонний средний отит; пиодермия; гипотрофия I степени; врожденная аномалия развития (сращение пальцев рук).

5/X 1965 г. ребенок умер.

Патологоанатомический диагноз: костномозговая форма острого лейкоза с геморрагическим синдромом (кровоизлияние в кожу, под эпикардом, в тонкий кишечник, легкие, лимфоузлы, костный мозг диафиза бедра); некрозы слизистой пищевода, языка и кишечника; выраженная анемия; дистрофические изменения во внутренних органах.

УДК 616.99

Л. И. Каменева (Жданов). Гепато-церебральная форма врожденной генерализованной цитомегалии

Младенец мужского пола, вес 2300,0, длина тела 44 см. Роды протекали нормально. Роженце 25 лет, работает штукатуром. Первые роды у нее были в 1960 г., ребенок здоров. В последующие годы было несколько самопроизвольных выкидышей, причину которых установить не удалось. В течение данной беременности женщина дважды лежала в родильном отделении по поводу угрозы выкидыша.

Ребенок родился резко цианотичным. Дыхание поверхностное, прерывистое. Тоны сердца глухие. Живот резко вздут. На коже передней брюшной стенки и на сгибательных поверхностях рук множественные точечные кровоизлияния. Несмотря на принятые меры, состояние ребенка не улучшилось, и через 4 часа после рождения он умер.

Патологоанатомические данные. Ребенок правильного телосложения. Кожные покровы синюшные. Множественные точечные кровоизлияния на коже живота и на сгибательных поверхностях рук. Объем живота резко увеличен. В брюшной полости до 50 мл прозрачной жидкости желтого цвета. В плевральной полости около 10 мл такой же жидкости. В полости сердечной сорочки 3 мл темно-желтой прозрачной жидкости. На эпикарде и висцеральной плевре множество точечных кровоизлияний. Окружность головы 28 см. Полушария увеличены в объеме, извилины не определяются, при ощупывании ощущается флюктуация. На разрезе: огромная полость, заполненная желтой прозрачной жидкостью. Толщина оставшейся ткани головного мозга, являющейся как бы стенкой этой полости, 0,5 см. Мозжечок в виде фаселевидных долек размерами 1×0,5 см. В стволовом отделе образование, отдаленно напоминающее продолговатый мозг. Спинной мозг истончен, диаметр его 0,5 см. На разрезе обычный рисунок не определяется. Печень необычно большая — 12×9×8 см, вес 250 г. Ткань печени очень плотная на ощупь. На разрезе структурный рисунок смазан, ткань пропитана темно-зеленой желчью. Селезенка увеличена, 8×6×3 см, вес 130 г. Ткань селезенки темно-вишневого цвета, соскоба не дает.

При гистологическом исследовании препаратов из головного мозга, печени, почек, легких найдены гигантские цитомегалические клетки.

Патологоанатомический диагноз: врожденная генерализованная цитомегалия, интерстициальная цитомегалическая пневмония, выраженная гипоплазия вещества головного мозга, гидроцефалия, интерстициальный гепатит с исходом в цирроз, гепатомегалия, спленомегалия, интерстициальный нефрит, гидроторакс, асцит, кровоизлияния в кожные покровы.

УДК 616—006.325.03—611.12

И. А. Стешенко и В. М. Юрченко (г. Кривой Рог). Миксома сердца

Ввиду исключительной редкости миксом сердца приводим два наших наблюдения.

1. Н., 23 лет, поступила в терапевтическое отделение в ноябре 1962 г. с жалобами на трудно отделяемую мокроту при резко выраженном кашле, колющие боли в области сердца и слабость. Больна с марта 1962 г., когда впервые появилась одышка и колотье в сердце. Неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре.

Грудная клетка обычной формы. Отмечается укорочение перкуторного звука ниже лопаток. В нижних отделах легких мелкопузырчатые хрипы. Сердце несколько расширено влево. Систолический и диастолический шумы на верхушке. Пульс 108, ритмичный, малого наполнения. АД 100/60. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Селезенка не прощупывается. Гем. — 60 ед., Э. — 3 050 000, Л. — 12 000, РОЭ — 15 мм/час. Прокта не прощупывается. В моче 0,039% белка. В плевральном содержимом белка 1,36%. Свежие эритроциты, а также единичные лейкоциты. На ЭКГ выявляется диффузное поражение миокарда.

Рентгенокопия. Сердце увеличено в размерах, форма митральная, сужение левого венозного отверстия. Пульсация поверхностная, вялая.

В течении болезни периоды относительно удовлетворительного состояния сменялись периодами ухудшения.

Был поставлен диагноз: ревматизм (активная фаза), возвратный эндокардит с септическим компонентом; митральный порок сердца с преобладанием стеноза; недостаточность кровообращения III ст.

Противоревматическое лечение эффекта не дало, состояние больной прогрессивно ухудшалось, и при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности она умерла.

Сердце $12 \times 11 \times 7$ см, весит 350 г. Резко увеличено и выбухает влево ушко. Полость левого предсердия расширена, заполнена опухолевым узлом $5 \times 5 \times 3$ см, бледно-желтого цвета, грибовидной формы, эластичной консистенции. Опухоль неравномерно бугристая с поверхности. Узел расположен на ножке, исходящей из задней стенки левого предсердия отступя 2 см от створки митрального клапана. Опухоль прикрывает левое венозное устье и своей верхушкой опускается в полость левого желудочка. На разрезе, проведенном по длиннику опухоли, видна белесовато-желтая плотная ткань, являющаяся продолжением ножки опухоли. Вокруг нее ослизнившаяся желто-серая масса с участками ржаво-красного цвета. Толщина левого желудочка местами достигает 1,5 см, правого — 0,6 см. Створки митрального клапана тонкие, полупрозрачные, гладкие, блестящие, серого цвета. Аналогичный вид имеют полулуния аортального и парусы трехстворчатого клапанов. Мышца сердца на разрезе серо-коричневая, однородная, блестящая. У устья аорты большое количество мелких желтоватых атеросклеротических бляшек.

Основа опухоли — соединительная ткань, которая представлена пучками коллагеновых и эластических волокон, расходящихся во все стороны, и крупными клетками — фибробластами. Местами они резко увеличены, достигают гигантских размеров.

Патологоанатомический диагноз: миксома левого предсердия; множественные инфаркты легких с абсцедированием; правосторонний гнойно-фибринозный плеврит; ателектаз нижней доли правого легкого.

2. П., 60 лет, поступил в терапевтическое отделение в крайне тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кашель с большим количеством мокроты, а также с болями в области сердца. Цианоз кожных покровов и слизистых оболочек. Грудная клетка правбильной формы. Перкуторно — коробочный звук, выслушиваются обильные разнокалиберные хрипы. Тоны сердца не прослушиваются, пульс не определяется. Через 10 мин. после поступления больной умер при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

Сердце $13 \times 11 \times 7$ см, весит 460 г. Полость левого предсердия расширена. Толщина мышцы левого предсердия 1,8, желудочка — 2,2 см. Толщина мышцы правого желудочка — 0,8 см. В левом предсердии над створками клапанов — два грибовидных плотных образования размером 0,5 и 0,7 см, находящихся на расстоянии 1 и 1,5 см от створок митрального клапана. На разрезе ткань опухоли представляет собой желто-серую слизеподобную массу. Створки митрального клапана диффузно утолщены. Трехстворчатый клапан тонкий, эластичный, прозрачный, блестящий. Аорта бледно-желтая, на интима атероматозные бляшки различной величины.

Патологоанатомический диагноз: фибромиксома левого предсердия; диффузные бронхоэктазы с перифокальным пневмосклерозом; гипертрофия мышцы правого желудочка; дистрофия печени, почек и миокарда; правосторонняя нижнедолевая пневмония; умеренно выраженный атероматоз аорты.

УДК 616—006—325.03—616.346.2

О. С. Шемякин и В. Г. Осипов (г. Свердловск).
Миксоглобулез червеобразного отростка

И., 20 лет, поступил 26/VII 1967 г. с явлениями острого аппендицита. В декабре 1966 г. у больного наблюдались кратковременные (несколько часов) сильные боли в животе, однако за медицинской помощью он тогда не обращался. 24/VII 1967 г. после обеда появились боли в нижней части живота. Вечером больной был вынужден обратиться к врачу. Были назначены таблетки. 25/VII боли беспокоили несколько меньше, однако 26/VII вновь усилились; к вечеру того же дня появилась рвота. При поступлении температура $37,5^\circ$, лейкоцитов 8600, пульс 80, хорошего наполнения. АД 120/70. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной конфигурации, при глубоком вдохе, кашле и пальпации отмечаются боли в правой подвздошной области. Выражены симптомы раздражения брюшины. Мочеиспускание не изменено, стула не было.

Произведена лапаротомия под местной анестезией. В брюшной полости выпот. Брюшина несколько гиперемирована. Червеобразный отросток буровато-синюшного цвета, размером $6 \times 1,8$ см с некоторым утолщением в средней части, припаян к нижней части слепой кишки, покрыт фибринозно-гнойными пленками. Ближе к периферии отростка перфорационное отверстие $0,2 \times 0,3$ см, из которого выделяется гнойная жидкость. Брыжейка отростка короткая, инфильтрирована.

Отросток с частью брыжейки удален. Брюшная полость промыта раствором фурациллина, внутрибрюшинно введены антибиотики. Оставлен резиновый дренаж для орошения брюшной полости антибиотиками. На брюшную стенку наложены послойно швы до дренажа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажная трубка извлечена на 4-й день, швы сняты через 9 дней.