

грофия миокарда, печени и почек; эмфизема, полнокровие и отек легких; гиперплазия селезенки, геморрагический асцит.

При микроскопическом исследовании препаратов оказалось, что опухоль представляет круглоклеточную саркому, исходящую из подслизистого слоя стенки желудка. В месте соединения опухоли со стенкой большое количество тонкостенных сосудов, содержащих элементы опухоли. В поджелудочной железе и брюшине метастазы круглоклеточной саркомы (препараты консультированы проф. Г. Л. Дерман).

Данное наблюдение представляет интерес тем, что существовавшая, по-видимому, давно опухоль протекала почти бессимптомно. Кроме того, большие размеры опухоли являются особенностью данного случая. Локализация опухоли по передней стенке так же не характерна, ибо в большинстве случаев саркомы локализуются на задней стенке. Отсутствие симптомов связано скорее всего с тем, что опухоль росла экзогастрически и не нарушала проходимости желудка. Цитологическое исследование асцитической жидкости могло оказать помощь в диагностике.

III. Б-ная Т., 44 лет, поступила в терапевтическое отделение 24/XII-57 г. с жалобами на приступообразные боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту, горечь во рту. Больна полтора года. Лечилась амбулаторно по поводу хронического гастрита. С этим же диагнозом поступила в отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Со стороны сердца и легких изменений не обнаружено. Пульс — 80, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление — 100/80.

Живот овальной формы, болезнен в эпигастриальной области, несколько напряжен. Печень и селезенка не пальпируются, физиологические отправления в норме.

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта от 7/I-58 г.: Желудок удлиннен, несколько опущен, тонус его понижен. Рельеф слизистой сглажен. Перистальтика вялая. По задней стенке, выше угла желудка, имеется крупный дефект наполнения. Поставлен диагноз: опухоль желудка.

В моче отклонений от нормы нет. В крови, за исключением ускоренной РОЭ (63 мм/час), отклонений нет.

27/I-58 г. сделана резекция желудка, с наложением гастроэнтероанастомоза, по Гофмейстеру — Финстереру. В резецированной части желудка обнаружена опухоль, прикрепленная к слизистой толстой короткой ножкой. Размеры опухоли — $6 \times 6 \times 3,5$ см. Опухоль растет в просвете желудка. Плотная на ощупь, с трудом режется ножом. На разрезе ткань опухоли белого цвета, тяжистая, местами с желтоватым оттенком. Микроскопически опухоль представляет фибросаркому (препарат консультирован проф. Г. Л. Дерман).

Послеоперационное течение протекало гладко, и 13/II-58 г. больная выписана для амбулаторного наблюдения.

Во всех представленных нами случаях было довольно длительное течение заболевания, не дающее клинической симптоматики. Несмотря на трудности клинической диагностики сарком желудка, диагноз все же возможен, но только при обязательном цитологическом исследовании промывных вод желудка и асцитической жидкости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карташев З. И. Саркома желудка, Ростов на Дону, 1938. — 2. Кричевский С. А. Харьковский медицинский журнал, 1913. — 3. Холдин С. А. Злокачественные опухоли, 1952.

Поступила 22 декабря 1958 г.

ЭНДОКРИННООБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ СПИННОГО МОЗГА

Канд. мед. наук С. А. Гринберг

Из нейрохирургической клиники Казанского научно-исследовательского института восстановительной хирургии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулушко)

При опухолях спинного мозга, кроме местных изменений, обусловленных локальным воздействием опухоли, отмечаются так называемые симптомы на расстоянии, в виде изменений черепно-мозговых нервов, чувствительности, рефлексов и т. д.

Изменения со стороны вышележащих отделов нервной системы при опухолях спинного мозга описаны рядом авторов в виде нистагма, отсутствия корнеальных рефлексов, слабости нижней ветви лицевого нерва, застойных сосков зрительных нервов и т. д. М. Б. Кроль относит эти симптомы к так называемым общим явлениям, связанным с повышением давления внутри позвоночного канала. Флатау объясняет их нарушениями кровообращения и возможным токсическим воздействием опухоли, Мари-Фуа допускает возможность восходящего миелимита. Барре, Тома, Эльсберг придают значение влиянию на вегетативные элементы на уровне локализации опухоли, другие авторы придают значение застою ликвора над областью сдавления.

Мы имели возможность наблюдать у ряда больных с опухолями спинного мозга эндокриннообменные нарушения в виде общего ожирения и адипозо-генитальной дистрофии, которые значительно уменьшались и полностью исчезали после удаления опухолей.

Приводим краткие выписки из их историй болезни.

I. Б-ная Г-на, 20 лет, поступила в клинику с жалобами на отсутствие движений в нижних конечностях, газовые нарушения в виде чередующихся недержания и задержки мочи и выраженное общее ожирение. Считает себя больной с декабря 1950 г., когда появилась слабость в ногах, вначале в правой, а затем в левой, и расстройства чувствительности, которые постепенно распространялись от дистальных отделов конечностей к проксимальным. Заболевание медленно и постепенно прогрессировало. В марте 1951 г. появились избыточные отложения жира, главным образом на груди и животе, и прекратились менструации. С мая 1951 г. больная совершенно перестала ходить, к этому времени присоединились расстройства функции тазовых органов.

Выраженное общее ожирение, отложения жира более значительны на груди, животе и лице. Болезненность при поколачивании в верхне-грудном отделе позвоночника. Нижняя спастическая параплегия с расстройством чувствительности спинального типа с уровня D₃—D₄-сегментов и тазовыми нарушениями. При исследовании ликвора обнаружены явления белково-клеточной диссоциации (количество белка — 0,99‰, цитоз — 9 в мм) и блок при пробе Квенкенштедта.

18/X-51 г. произведена операция удаления экстрадуральной экстрадуральной опухоли на уровне D₂—D₄-позвонков. При гистологическом исследовании опухоль оказалась арахноидэндотелиомой. Через 2 недели после операции началось восстановление функций спинного мозга с уменьшения интенсивности расстройства чувствительности, а через 2 месяца начали восстанавливаться движения. Параллельно с восстановлением функций спинного мозга уменьшались и явления ожирения. В последующем больная начала ходить, чувствует себя хорошо, менструации нормальные.

II. Б-ная Л-ва, 49 лет, связывает начало заболевания с травмой, полученной при падении с автомашины. В 1954 г. появились боли в области поясницы, в 1955 г. — парестезии и слабость в ногах, в последующем присоединилось недержание мочи и стула.

Выраженное общее ожирение, отложения жира особенно обильны на груди и животе. Болезненность при поколачивании остистых отростков в нижне-грудном отделе позвоночника. Нижняя спастическая параплегия с расстройством чувствительности спинального типа с уровня D₉-сегмента. В ликворе явления белково-клеточной диссоциации и блок при пробе Квенкенштедта.

26/X-57 г. произведена операция удаления субдуральной арахноидэндотелиомы на уровне D₆—D₈-позвонков. Восстановление функций спинного мозга началось через 10 дней после операции, через 3 месяца больная начала ходить, явления ожирения исчезли.

Явления выраженного общего ожирения отмечались еще у двух больных с псаммомами в грудном отделе спинного мозга. После удаления опухолей, параллельно с восстановлением функций спинного мозга, исчезали и явления ожирения. Синдром ожирелости, регрессировавший после удаления опухоли, отмечался и у больной с невриномой в нижне-шейном отделе спинного мозга, у двух больных с интрадуральными опухолями, у больной с нейрофиброматозом, а также в случае саркоматозной опухоли в форме «песочных часов». У трех из указанных больных во время заболевания прекращались менструации, после удаления опухолей менструальный цикл нормализовался.

Локализация опухолей у наблюдавшихся больных была в шейном и грудном отделах спинного мозга. У всех имелись явления белково-клеточной диссоциации в ликворе и блок субаракноидального пространства.

На возможную связь отдельных спинномозговых сегментов с деятельностью желез внутренней секреции указывали исследования школы Пинэ. Нам кажется наиболее вероятным предположение, что нарушения ликвородинамики и явления вторичной гидроцефалии могли обусловить появление эндокриннообменных нарушений.

Мы наблюдали одну больную с опухолью в грудном отделе спинного мозга с летальным исходом, где на операции были обнаружены явления гидроцефалии.

III. Б.-ная С.-ко, 61 года, считает себя больной с сентября 1948 г., когда появилась слабость в ногах, в октябре того же года присоединились боли в груди и очень быстро, в течение нескольких дней, развилась нижняя параплегия с задержкой мочи и стула. Предположительный диагноз клиника — тромбоз сосудов спинного мозга. Заболевание быстро прогрессировало, и 2/XII 1948 г. наступила смерть. На вскрытии обнаружена экстремедуллярная экстрадуральная опухоль спинного мозга на уровне D₃—D₄-позвонок. Спинной мозг в месте расположения опухоли несколько истончен, на поперечном разрезе макроскопических изменений не обнаружено. В головном мозгу выраженная внутренняя гидроцефалия — резкое расширение передних и задних рогов боковых желудочков.

Данные рентгенографии черепа так же подтверждают иногда краниальную гипертензию при спинальных поражениях, при этом отмечаются изменения на рентгенограммах в виде усиления пальцевидных вдавлений. Явления гидроцефалии при опухолях в грудном отделе спинного мозга были описаны Остертагом (1935 г.) и И. И. Русецким (1956 г.). Возможно, что у некоторых больных они могут обуславливать появление симптомов со стороны вышележащих отделов нервной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аствацатуров М. И. Вест. хир. и погран. областей, 1930, т. 19, кн. 5—6. — 2. Кроль М. Б. Невропатологические синдромы. Биомедгиз, 1936. — 4. Павлонский Я. М. Опухоли спинного мозга и позвоночника. Харьков, 1941. — 5. Русецкий И. И. Нарушения функций желез внутренней секреции. Таткнигоиздат, 1956.

Поступила 3 июля 1957 г.

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ СТОРОНЫ МЕСТНОГО ПОТЕНЦИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

*Кандидаты мед. наук Д. В. Помосов и Б. И. Филин,
врач К. К. Дзугев*

Из клиники общей хирургии (начальник — проф. В. И. Попов) Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

В настоящее время в лечебных учреждениях нашей страны большинство операций проводится под местным обезболиванием.

Огромная заслуга в развитии и внедрении современной местной инфильтрационной анестезии принадлежит создателю этого метода А. В. Вишневскому и казанской школе хирургов (А. А. Вишневский, С. М. Алексеев, И. В. Домрачев, Н. В. Соколов и др.). Под этим видом обезболивания производятся самые разнообразные оперативные вмешательства во всех областях человеческого тела.

Преимуществами этого метода являются: 1) надежность обезболивания; 2) отсутствие тяжелых осложнений и побочных явлений; 3) простота техники выполнения обезболивания; 4) несвязанность со сложной аппаратурой; 5) облегчение производства отдельных моментов оперативного вмешательства за счет гидравлической прaparовки тканей; 6) возможность производства операций без специального врача, отвечающего за обезболивание; 7) широкая возможность применения этого метода обезболивания в любых условиях, в частности, в сельской местности, а также в военно-полевой обстановке.

Однако, метод местного обезболивания имеет некоторые недостатки.

К числу их относятся:

1) сохранение сознания больного, в связи с чем не исключается возможность нанесения психической травмы больному, а также наступает более быстрое истощение центральной нервной системы при длительных операциях;

2) ограниченность применения в детской хирургии и у больных с повышенной возбудимостью нервной системы;