

некоторых особенностей функционального состояния организма перед выпиской.

Несомненно, что накопление в организме больного недоокисленных продуктов обмена является одной из причин интоксикации, поэтому применение средств, усиливающих интенсивность окисления и выведения недоокисленных продуктов из организма почками, может служить мерами борьбы с интоксикацией. С этой целью при дизентерии можно рекомендовать, наряду с антибактериальной терапией, такие средства, как кислород, витамины, глютаминовая кислота, гормоны (небольшие дозы инсулина, тиреоидина, стероидных гормонов), а также введение в организм больших количеств жидкости с применением диуретических средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманов М. И. и Логвинов И. А. Казанский мед. ж. 1957, 2—3.—
2. Бовцадзе Э. Ш. Функциональное состояние печени при дизентерии. Автореф. канд. дисс. Тбилиси, 1958.—
3. Брин Б. М. Вакантный кислород и коэффициент недоокисления мочи. Автореф. докт. дисс. Дзауджикау, 1947.—
4. Векслер Р. И. Вopr. мед. химии. 1955, 6.—
5. Леенсон Р. Е. и Генкина Б. Л. Казанский мед. ж. 1938, 4.—
6. Нейштадт М. И. Педиатрия, 1938, 12.—
7. Островская И. М. и Ярцева Е. В. Белковый обмен при дизентерии у детей раннего возраста. Изд-во АМН СССР, М., 1952.—
8. Офицера В. Н. и Кац Р. А. Вopr. педиатрии, 1951, 2.—
9. Спивак М. Я. О поражении печени при бактериальной дизентерии. Автореф. канд. дисс. Душанбе, 1949.—
10. Черникова А. П. и Подрабинник Г. М. Педиатрия, 1951, 3.—
11. Bickel A. Bioch. Zeitschr. 1928, 199, 1—3, 195—200.—
12. Müller H. Bioch. Zeitschr. 1927, 186, 5—6. 451—460.

УДК 611.81—616—00

К ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ

С. А. Гринберг

Нейрохирургическое отделение (руководитель — ст. науч. сотр. Г. С. Книрик)
Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Диагностика опухолей желудочков мозга — одна из самых сложных глав нейроонкологии. Эти опухоли встречаются редко. По данным Московского нейрохирургического института им. Н. Н. Бурденко (О. С. Успенская), опухоли боковых желудочков составляют 0,64% всех опухолей головного мозга, опухоли третьего желудочка — 1,8%, опухоли четвертого желудочка — 4,5—6%.

Опухоли желудочков могут быть первичными и вторичными. Первичные развиваются из хорионидного сплетения, элементов эпендимы и субэпендимального слоя желудочков, вторичные прорастают в желудочки из окружающих участков головного мозга.

Встречаются как доброкачественные (эпендимомы, папилломы, хорионидпапилломы и др.), так и злокачественные опухоли (эпендимобластомы, хорионидкарциномы и др.), редко — паразиты, туберкулемы, холестеомы и пр.

Изменения, возникающие при опухолях желудочков, зависят от ряда моментов: локализации, характера и быстроты роста опухолей, нарушения ликворных коммуникаций, явлений сопутствующего перивентрикулярного энцефалита и др.

Опухоли этой локализации могут долгое время протекать латентно, и первые симптомы заболевания появляются только при нарушении ликворных коммуникаций. Характерно ремиттирующее течение заболевания, часто с приступообразно протекающими гипертензионно-гидроцефальными кризами; нередки нарушения со стороны психики, менингеальные симптомы. Очаговые симптомы могут быть слабо выражены, изменчивы и разнообразны, иногда отмечаются только во время или непосредственно после кризов.

Под нашим наблюдением находились 15 больных с опухолями желудочков. В возрасте до 10 лет — 1, до 20 — 4, до 30 — 5, до 40 — 4, до 50 — 1.

Давность заболевания менее 3 месяцев была у 4, от 3 до 6 месяцев — у 1, от 6 месяцев до года — у 6 и от 1 до 1,5 лет — у 4 больных.

У 3 больных были опухоли боковых желудочков, у 5 — опухоли третьего желудочка и у 7 — опухоли четвертого. При опухолях боковых желудочков были головные боли, оболочечные симптомы. Симптомы со стороны больших полушарий были выражены нерезко.

Диагноз опухолей боковых желудочков у 2 больных установлен на секции, а у одного — при жизни, благодаря пневмовентрикулографии. Приводим краткую выписку из истории болезни.

Р., 23 лет, заболела в сентябре 1948 г. Появилась вялость, сонливость и странности в поведении. В последующем присоединились головные боли с тошнотой и

рвотой и падение остроты зрения. Отмечались нарушения психики (дезориентация, снижение критики). Была слабо выраженная и колеблющаяся симптоматология с наметавшимся синдромом правосторонней пирамидной недостаточности с последующим резким угнетением сухожильных рефлексов. Обнаружены застойные соски зрительных нервов.

РСО 25 мм/час, Л—7900. В спинномозговой жидкости белок 0,35%, цитоз 5. На обзорных рентгенограммах черепа четкое усиление рисунка пальцевидных вдавлений, порозность спинки турецкого седла. Пневмовентрикулография выявила расширение боковых желудочков. На фоне правого заднего рога видна тень (опухоль заднего рога).

Больная умерла. На вскрытии обнаружена опухоль заднего рога правого бокового желудочка из сосудистого сплетения — хореоидэпителиома.

Для опухолей 3-го желудочка считают характерными нарушения водного, углеводного и других видов обмена веществ, нарушение терморегуляции, мышечного тонуса, иногда в виде каталептоидных приступов, нарушение сознания, выраженные вегетативные нарушения, эндокринные расстройства и др.

Благодаря нарушению ликворных коммуникаций, опухоли 3-го желудочка дают иногда клиническую картину, схожую с опухолями задней черепной ямки, что мы наблюдали у 2 больных, у которых имелись выраженная атаксия и менингеальные симптомы. Эта атаксия, по мнению Ю. В. Коновалова, относится не к истинным мозжечковым, а к стволовым симптомам.

Опухоли 3-го желудочка часто сопровождаются длительным повышением температуры, что затрудняет дифференциальный диагноз с воспалительным процессом.

У 4 наблюдавшихся нами больных (у 2 при опухолях 3-го и у 2 с опухолями 4-го желудочков) отмечалось острое развитие заболевания, сопровождавшееся повышением температуры, что симулировало воспалительный процесс.

Для опухолей 4-го желудочка характерны вынужденная поза головы, синдром Брунса, длительное ремиттирующее течение, симптомы раздражения образований дна 4 желудочка, нерезко выраженные мозжечковые симптомы. Выделены симптомы поражения дна, крыши и боковых выворотов 4-го желудочка.

Мы наблюдали 7 больных с опухолями 4 желудочка (из них 2 паразитарные). У 3 из них имело место вынужденное положение головы и синдром Брунса, что дало основание поставить правильный диагноз.

Вынужденная поза головы отмечалась нами и у больных с опухолями 3-го и бокового желудочков. Например, больной Х. с опухолью переднего рога правого бокового желудочка с длительным ремиттирующим течением заболевания во время приступа головных болей принимал вынужденную позу — ложился поперек кровати, опуская голову вниз.

По-видимому, как указывают Ю. В. Коновалов и Гебольд, вынужденная поза головы не может служить достоверным признаком для топической диагностики, а говорит лишь о нарушении ликворных коммуникаций.

Для диагностики опухолей желудочков большое значение имеют данные дополнительных исследований, главным образом вентрикулография, которая дает возможность иногда выявить дефект наполнения или тень опухоли, и электроэнцефалография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коновалов Ю. В. *Вопр. нейрохир.* 1959, 5.—2. Попов Н. А., Чалисова К. П. *Сб. тр. Ленингр. науч. общ. невропат. и псих.* 1958, вып. 3.—3. Успенская О. С. *Неврологическая клиника и диагностика опухолей боковых желудочков.* Автореф. канд. дисс. Москва, 1953.

УДК 611.133—616—089.814—611.92—616—006

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕВЯЗКИ НАРУЖНЫХ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛУЧЕВОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

А. В. Ваккер

Оториноларингологическое отделение (зав.—проф. Н. А. Карпов)
Института онкологии АМН СССР, Ленинград

Как известно, перевязка артерий, повышая чувствительность опухоли и понижая чувствительность кожи к лучистой энергии, позволяет добиться лучших результатов лучевого лечения опухоли. Однако мнения различных исследователей о целесообразности перевязки приводящих сосудов при лучевом лечении распространенных опухолей до настоящего времени расходятся.

Так, А. В. Козлова при лучевом лечении распространенных опухолей кожи лица, нижней губы, языка и полости рта, нижней и верхней челюсти, черепа и конеч-