

Е. Н. Нестеров (Симферополь). Нодозный панартериит в сочетании с феохромоцитомами надпочечников

В последнее время отмечается учащение случаев нодозного панартериита (периартериита). К 1959 г. в отечественной литературе было описано 230 случаев этого заболевания (О. М. Виноградова, 1962).

Приводим наше наблюдение нодозного панартериита в сочетании с первичными опухолями надпочечников (феохромоцитомами).

Е., 36 лет, поступил 9/XI 1959 г. с жалобами на общее недомогание, повышение температуры до 38°, кашель, боль в правом боку и в суставах. Заболел 24/X 1959 г. Была ангина, боли в суставах, лихорадка.

Кожа с землистым оттенком. Движения в суставах несколько болезненны, конфигурация суставов не изменена. Пульс 100, ритмичный. Границы сердца не изменены, тоны приглушены. АД 110/55. В легких слева отмечается коробообразный звук и ослабленное дыхание ниже 8-го ребра. Живот мягкий, болезнен при пальпации в правом подреберье. Печень плотная, с гладкой поверхностью, болезненная, выступает из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется. Гем.—95%, Э—4 610 000, Л—6 700, э—7%, п—5%, с—64%, л—19%, м—4%, РОЭ—35 мм/час. Моча в норме.

Слабость, адинамия, исхудание нарастали. К концу третьей недели заболевания появились желтуха, острая боль в эпигастрии, рвота. АД оставалось в пределах 110/70. 25/XI: Л—12 100, РОЭ—38 мм/час.

При повторной рентгенографии желудочно-кишечного тракта рентгенологом был заподозрен рак кардиального отдела желудка.

Через три недели после поступления в стационар больной умер.

Клинический диагноз. Рак кардиального отдела желудка с метастазами в печень.

Аутопсия. Кахексия. Кожные покровы буроватого цвета с желтушным оттенком. Кардиальный отдел желудка свободен, проходим, слизистая оболочка складчатая, серо-розового цвета. В просвете двенадцатиперстной и подвздошной кишок обнаружено несколько полипообразных выростов диаметром 1—3 см, покрытых слизистой оболочкой. В подвздошной кишке язва 4,5×2 см с грязно-серым, плотным дном. В обоих надпочечниках опухолевые узлы шаровидной формы серовато-белого цвета, исходящие из мозгового вещества и оттесняющие корковый слой надпочечников. Диаметр опухоли слева 3 см, справа—1 см. В печени—выраженные дистрофические изменения.

При гистологическом исследовании почти во всех органах обнаружены распространенные воспалительные изменения мелких артерий в виде инфильтрации сосудистой стенки лимфоидными клетками и гистиоцитами, отчасти лейкоцитами, гиалиноз и склероз с сужением просветов сосудов.

УДК 611.316.5—616—006

Н. Х. Нугаева (Казань). Первичный рак околоушной слюнной железы

С 1945 по 1961 г. мы наблюдали 112 больных опухолями околоушной железы, из них у 16 был первичный рак (14%).

В возрасте до 20 лет был 1, от 21 до 40 лет—2, от 41 до 60 лет—6 и старше—7 больных. Мужчин было 12, женщин—4. Превалирование мужчин отмечает и Н. Н. Петров.

Опухоль была слева—у 12 больных, справа—у 4.

Мы наблюдали у одной больной смешанную опухоль на одной стороне и первичный рак—на другой.

Сроки существования опухоли до поступления колебались от 2 месяцев до 5 лет.

Обычно опухоль не достигает больших размеров, но, прорастая окружающие ткани, вызывает поражение лицевого нерва. Поражение веточек лицевого нерва или основного ствола его нередко является довольно ранним осложнением при карциноме. У наших больных поражение лицевого нерва отмечено у 5.

Жалобы больных в основном сводились к боли в пораженной околоушной железе. Понижение слуха отмечалось у 2 больных. Почти у всех больных опухоль была плотной, малоподвижной и часто бугристой.

Метастазы в регионарные лимфоузлы чаще располагаются в области бифуркации общей сонной артерии. Позднее метастазы распространяются по ходу яремной вены на стороне поражения. Мы наблюдали метастазы в шейные лимфоузлы у 6. У одного был метастаз в кости черепа.

У 9 наших больных, подвергшихся оперативному вмешательству, при гистологическом исследовании выявлены: аденокарцинома—у 2, солидная форма—у 5, скirroзная форма—у 2. Цитологическому исследованию подверглись пунктаты у 5 боль-