

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-

ных. Во всех случаях цитологическая картина указывала на злокачественность процесса, что подтвердилось в последующем гистологическом исследовании.

В настоящее время основным и единственным методом лечения при злокачественных новообразованиях околоушных желез является радикальное оперативное вмешательство в сочетании с лучевой терапией.

Восьмь наших больных лечены операцией с последующей лучевой терапией. Из них 4 сделана расширенная операция Дюнет-Крейсселя — радикальное удаление опухоли и регионарных лимфоузлов (с перевязкой сонной артерии) в одном блоке с кивательной мышцей. Лучевую терапию больные получили перед операцией и в послеоперационном периоде. Четверем больным была сделана экстирпация опухоли с окружающей железистой тканью. Они получили лучевую терапию в послеоперационном периоде.

Четверо больных получили только облучение.

У 2 из этих больных был неоперабельный рак (у одного — метастаз в кости черепа, у другого — гемипарез).

Двое больных отказались от операции, хотя у одной из них гистологически был установлен рак околоушной железы.

Две больные отказались от лечения.

Два получили облучение методом аппликации.

Из 8 сперированных нами больных у 2 рецидив был обнаружен в течение первого года после нерадикальной операции. Живы до 3 лет 4, до 4 лет — 3, свыше 4 лет — один больной. После лучевой терапии до одного года прожили двое, до 2 лет — один. Умерло 2 больных, подвергшихся только лучевой терапии. Остальные больные переменили место жительства, и мы не имеем о них сведений.

УДК 611.383—616—006

В. Ф. Жупан и Д. В. Помосов (Ленинград). Трехкратный рецидив опухоли брыжейки тонкой кишки

Сообщений о рецидивах опухолей брыжейки тонкого кишечника в доступной нам литературе найти не удалось. Приводим наше наблюдение.

И., 33 лет, поступила 7/XI-61 г. с жалобами на наличие опухоли в брюшной полости, которая «мешает» при физической работе.

В марте 1958 г. впервые обнаружила безболезненное плотное образование в брюшной полости размером с кулак. Образование медленно увеличивалось, не причиняя болей и других расстройств. 2/VI 1958 г. в районной больнице удалена округлая плотная опухоль величиной с голову новорожденного, располагавшаяся в толще брыжейки тонкого кишечника. Лимфатические узлы в брыжейке не пальпировались. Гистологическое исследование опухоли: мягкая фиброма.

Через 1,5 г. после операции вновь появилась опухоль в брюшной полости размером с кулак. Образование ничем не беспокоило, но постепенно увеличивалось в своих размерах. 5/IV-60 г. в областной больнице произведено удаление опухоли брыжейки тонкой кишки с резекцией прилежащего участка ее и наложением анастомоза «бок в бок».

Гистологически: «стечная швансма своеобразного строения».

В течение 11 месяцев чувствовала себя здоровой.

В марте 1961 г. больная вновь обнаружила в брюшной полости плотное округлое образование величиной с куриное яйцо, располагавшееся в том же месте, где и предыдущее. Болей и других неудобств вначале оно не вызывало, но, медленно увеличиваясь, стало мешать при физической работе.

Общее состояние удовлетворительное. Органы грудной клетки без особенностей. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Язык влажный, чистый. По средней линии живота послеоперационный рубец, слева от которого и на 5 см выше пупка определяется округлое, плотное, гладкое, безболезненное, слегка подвижное, смещающееся при дыхании образование величиной с большой мужской кулак. Перкуторно над образованием — притупление. Печень, селезенка и почки не пальпируются. При исследовании через влагалище патологии со стороны половой сферы не выявлено. Кровь и моча — без патологических изменений.

При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта установлена деформация выходного отдела желудка и верхнего колена двенадцатиперстной кишки. Эти отделы как бы распластаны за счет сдавления извне.

Предположительный диагноз: рецидив опухоли брыжейки тонкой кишки.

20/XII-61 г. под потенцированным интратрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия с иссечением старого рубца (В. Ф. Жупан). В толще брыжейки тонкой кишки соответственно анастомозу тонкой кишки «бок в бок» имеется плотная опухоль округлой формы, с гладкой поверхностью, размером $20 \times 15 \times 12$ см, идущая от корня брыжейки к кишке, не доходя до последней на 3 см. Других патологических образований в брюшной полости не выявлено. Лимфатические узлы бры-