

1. Ананьев Я. М. Комбинированная и сочетанная лучевая терапия рака шейки матки. Дисс., 1957. — 2. Багурова В. Л. и Широкова А. С. Тр. 2-й юбил. онкол. конф. санит. службы С.-К. ж. д., 1958. — 3. Беляев Е. И. Сб. тр. каф. акуш. и гинек. Иркутского мед. ин-та, 1956. — 4. Бобик Ю. Ю. и Бакшеева А. А. Докл. и сообщ. Ужгородского ун-та, 1957. — 5. Тимоксаева Э. С. Сов. здравоохр. Киргизии, 1960, 2. — 6. Breitner J. u. Adler. Geburtsh. u. Frauenkr., 1955, 15. — 7. Hessltine H., Smith L. Am. J. Obst. a. gyn., 1956, 6. — 8. Stoll P. Rev. franc. gynéc. et obst., 1960, 1. — 9. Schrimpf H. Zbl. gyn., 1957, 20.

Поступила 30 сентября 1961 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

САРКОМА КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Ст. научн. сотр. Г. С. Кнirik

Отделение нейрохирургии Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — проф. Л. И. Шулуко)

Поскольку своевременное распознавание сарком свода черепа является необходимым условием успешного лечения, мы считаем целесообразным поделиться имеющимися у нас четырьмя наблюдениями, относящимися к 1959 г.

Ш., 47 лет, поступила 6/V-59 г. с жалобами на периодические головные боли и опухоль в затылочной области, которая появилась в 1957 г., довольно быстро увеличивалась и достигла размеров большого гусиного яйца.

Больная бледная, упитанность понижена. В затылочной области, больше справа, определяется опухоль величиной с гусиное яйцо, костной консистенции. Кожа над опухолью подвижна, не изменена. В области затылка и верхней части шеи сзади и сбоку определяются увеличенные, плотные, подвижные, множественные, одиночные железы. Опухоль и железы безболезненны.

Тремор век и пальцев вытянутых рук, небольшая асимметрия сухожильных рефлексов.

Внутренние органы — без патологии. РОЭ — 20 мм/час. Моча нормальна.

Рентгенограмма черепа от 7/V-59 г. Чешуя затылочной кости деформирована, резко неравномерно утолщена и значительно склерозирована с довольно ровными контурами.

19/V-59 г. — удаление опухоли затылочной области под местной новокаиновой анестезией. Острым и тупым путем целиком вылушена опухоль (9 × 6,5 × 2 см). Через тот же разрез слева и справа удалены (3 × 3 и 2 × 2 см) железы. Гемостаз. Гистологически — круглоклеточковая (периостальная) саркома.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Назначено лучевое лечение.

10/III-60 г. состояние больной хорошее, жалоб не предъявляет, периодически облучается.

З., 50 лет, поступил 17/VII-59 г. с жалобами на периодические головные боли, быстро растущую опухоль в затылочной области с сентября 1958 г. после травмы этой области.

Больной бледен, упитанность понижена.

В затылочной области, больше слева, опухоль эластической консистенции с большой мужской кулак. По окружности пальпируется неровный край узурированной кости.

Опухоль безболезненна. Кожа над ней не изменена.

Сглаженность правой носогубной складки. Сужение сосудов сетчатки обоих глаз.

АД — 140/85, границы сердца слегка расширены влево, тоны на верхушке усилены, дыхание везикулярное. Болезненность печени.

21/VII-59 г. РОЭ — 46 мм/час; Л. — 7600. В моче белок — 1,65‰.

Рентгенограмма 17/VII-59 г. В затылочно-теменной кости большой дефект с неровными краями. Чешуя затылочной кости деформирована, неравномерно утолщена с неровными контурами сзади, с деструктивно разреженной костной структурой (остеолитический процесс).

23/VII-59 г. удаление опухоли затылочной области под местной новокаиновой анестезией.

Опухоль отслоена от неровных краев костного дефекта и отделена от твердой мозговой оболочки, с которой она была плотно спаяна, а местами срасталась. Дефект кости черепа — 12×10 см.

Гистологически — круглоклеточная саркома.

31/VII-59 г. больной внезапно скончался от инфаркта миокарда.

Ш., 32 лет, поступила 19/V-59 г. с жалобами на опухоль в затылочной области, появившуюся 6 лет тому назад без видимой причины и постепенно увеличивающуюся. За последний год усилились головные боли.

Большая бледная, упитанность понижена.

В затылочной области по средней линии, больше слева, опухоль с головку новорожденного, костной консистенции, неподвижна. Опухоль безболезненна, кожа над ней не изменена.

Систолический шум на верхушке сердца и акцент второго тона на а. pulmonalis.

РЭО — 36 мм/час.

Рентгенограмма 7/VI-59 г. Чешуя затылочной кости деформирована, утолщена, имеет неравномерно склерозированную структуру и неровный бахромчатый задний контур со спикулами.

25/VI-59 г. под местной новокаиновой анестезией удалены опухоль и пораженный участок затылочной кости. Костный дефект — $10 \times 9,5$ см. Твердая мозговая оболочка спаяна прорастающей опухолью с мозгом. В мозговом веществе опухоль инфильтрирована. Удалить ее из мозга не представлялось возможности.

Гистологически — круглоклеточная саркома.

4/VIII-59 г. больная выписалась.

16/III-60 г. состояние больной удовлетворительное, но беспокоят головные боли.

Ф., 38 лет, поступил 27/VII-59 г. с жалобами на головную боль, головокружение и опухоль в теменной области.

В 1943 г. были ранение и контузия, после чего были приступы головокружения с потерей сознания.

В марте 1956 г. соответственно бывшему ранению в лобно-теменной области образовалась опухоль, которая удалена 20/IV-56 г. Вскоре на этом же месте вновь образовалась опухоль, которая постепенно увеличивалась.

Больной бледен, упитанность понижена.

На границе лобно-теменной области, несколько влево от средней линии, опухоль с яблоко средних размеров, костной консистенции. Кожные покровы над ней несколько истончены. В центре опухоли — окрепший рубец от бывшей операции.

Понижен слух на правое ухо. Промаживание при координационных пробах с обеих сторон. Сухожильные рефлексы оживлены $s > d$. Брюшные рефлексы $d > s$. Выражены вегетативно-сосудистая лабильность, гипергидроз, стойкий красный дермографизм. Со стороны внутренних органов патологии нет.

Рентгенограмма 28/VII-59 г. Соответственно опухоли в лобно-теменной кости у места венозного шва — разрежение костной ткани $3 \times 2,5$ см.

11/VIII-59 г. удалена опухоль лобно-теменной области под местной новокаиновой анестезией.

После удаления опухоли и узурпированной ею кости образовался дефект 5×5 см.

Гистологически — круглоклеточная саркома.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Через 15 месяцев после операции — у больного колоссальных размеров неоперабельная опухоль этой же области.

Поступила 8 апреля 1960 г.

О РЕМИТТИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Канд. мед. наук С. А. Гринберг

Нейрохирургическое отделение (руководитель — проф. Н. И. Комаров) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулуток)

На возможность ремиссий при опухолях головного мозга указывал ряд авторов (Беленькая, Волкова-Павлова, Гаркави, Пуссеп, Раздольский и др.). Арайс и Блажко указывают, что ремиттирующее течение характерно для сосудистых опухолей типа ангиом и ангиоретикулем. По мнению Хохловой, ремиттирующее течение заболевания является типичным для кистозно перерожденных опухолей головного мозга у детей. Фидельгольц также считает, что ремиссии могут быть обусловлены образованием кист и изменением кровонаполнения опухолей. Нинидзе и Любарская наблюдали значительные ремиссии при опухолях желудочков.

По нашим наблюдениям над 80 больными с спухолями головного мозга у ряда из них отмечались периоды улучшения состояния, которые были обычно кратковременными и быстро сменялись прогрессирующим ухудшением. У 6 же больных отмечались длительные ремиссии — до года и больше.