

ма черепа в мае 1956 г., было бессознательное состояние, но в последующем чувствовал себя хорошо, продолжая работать и заниматься борьбой.

Во время соревнований в марте 1957 г. наступила внезапная кратковременная потеря сознания, были рвота, туман перед глазами, двоение в глазах.

Находился в клинике нервных болезней, где обнаружили застойные соски зрительных нервов. Заболевание трактовалось как менинго-энцефалит. После антивоспалительного лечения наступило улучшение, был выписан в удовлетворительном состоянии и до конца августа 1957 г. чувствовал себя хорошо. В августе 1957 г. вновь возникли частые приступы сильных головных болей, сопровождавшихся рвотой по типу гипертензионно-гидроцефальных кризов. Обращала на себя внимание вынужденная поза больного — во время криза ложился попереки кровати, опуская голову вниз.

Легкая анизокория, фотореакции удовлетворительные. Явления нерезко выраженной левосторонней пирамидной недостаточности и слабо выраженные менингеальные симптомы. Хватательный, хоботковый рефлекс и симптомы Маринеско — Радовича. Большой эйфоричен, по временам дезориентирован в окружающей обстановке, неопрятен.

Давление ликвора повышено (45 по манометру Клода), состав без патологии. Застойные соски зрительных нервов.

На рентгенограммах черепа — признаки интракраниальной гипертензии, более выраженные в лобных отделах.

Состояние больного оставалось тяжелым, и 6/Х-57 г. во время одного из кризов он скончался.

Клинический диагноз: опухоль головного мозга в желудочковой системе.

Патологоанатомический диагноз: опухоль переднего рога правого бокового желудочка с гидроцефалией. Гистологически — эпендимобластома.

Таким образом, у данного больного наблюдалась ремиссия при спухоли переднего рога правого бокового желудочка, ухудшения состояния, возможно, были связаны с переходящей окклюзией.

У остальных 3 больных ремиссии продолжительностью 3—5 месяцев наблюдались при опухолях типа арахноидэндотелиомы и астроцитомы с кровонзлияниями, локализирующихся в лобной и теменной областях.

В приведенных наблюдениях обращают на себя внимание длительные ремиссии продолжительностью более года, даже при злокачественных опухолях типа спонгиобластомы и ангиосаркомы. Имеющиеся ремиссии свидетельствуют о значительной пластичности и компенсаторных способностях нервной системы. По-видимому, в происхождении ремиссий при опухолях головного мозга могут быть различные моменты — изменение кровонаполнения при сосудистых опухолях, преходящая окклюзия при опухолях желудочковой системы, опорожнение кист, главным образом при астроцитомах, нарушения кровообращения, ликворообращения и пр.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арайс К. Г., Блажко И. И. и Вильде Я. Я. *Вопр. нейрохир.*, 1959, 5.
2. Беленькая Р. М. *Вопр. нейрохир.*, 1958, 1.
3. Волкова-Павлова В. Л. *Вопр. нейрохир.*, 1952, 2.
4. Лопоногов О. А. *Тр. конф. молодых нейрохирургов*, М., 1960.
5. Мурзалиев А. Там же.
6. Нинидзе Г. К., Любарская К. В. *Тр. Всеросс. конф. нейрохир.*, Л., 1958.
7. Раздольский И. Я. *Клиника опухоли головного мозга*. М., 1957.
8. Фем-за-Чеу. *Клиника и хирургическое лечение хориоидпапиллом 4-го желудочка головного мозга*. Автореф. дисс., М., 1959.
9. Фидельгольц И. Л. *Невропат. и псих.*, 1950, 4.
10. Шендеров Л. В. *Невропат. и псих.*, 1939, 9—10.
11. Хохлова В. В. *Тр. Всеросс. конф. нейрохир.*, 1956.

Поступила 2 апреля 1960 г.

## РАЗВИТИЕ РАКА НА МЕСТЕ ХРОНИЧЕСКОГО АКТИНОМИКОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ

*М. Д. Андросов*

Московская городская больница № 35

Случаев развития рака на месте актиномикоза описано очень мало, поэтому считаем интересным наше наблюдение.

Ч., 45 лет, в течение 15 лет страдал актиномикозом в левой височно-лицевой области. Свищи периодически открывались, и в выделениях из них обнаруживались друзы актиномикоза. Проводилось лечение антибиотиками, рентгеном, актинолизатами. Свищи закрывались, но по истечении одного — двух лет снова появлялись инфильтраты, которые вскрывались с выделением гноя, что вынуждало повторять лечение. Регионарные лимфатические узлы увеличены не были. Последняя ремиссия

продолжалась три года, чувствовал себя хорошо, свищи не открывались. Шесть месяцев тому назад появились боли в левой щеке и виске, стало трудно двигать челюстью. Участки бывших актиномикозных инфильтратов стали снова припухать, а затем и гноиться. Припухли и стали болезненными лимфатические узлы в левой половине шеи. Заложило ухо, чего раньше не отмечал. За последний месяц появились слабость, головокружение, потеря аппетита, резкое похудание, головные боли к вечеру.

Слуховой проход выполнен распадающимся инфильтратом и сукровичной жидкостью, барабанная перепонка не видна. Кожа слухового прохода изъедена. Из свищей вокруг ушной раковины выделяется сукровично-гноевидная жидкость, кожа в области свищей мацерирована и распадается. Из глубины свищей выбухают бледные грануляции.

Hb — 40%, Л. — 28 000, РОЭ — 42 мм/час.

Сделана биопсия инфильтрата слухового прохода и свищей. Патологоанатомическое заключение: плоскоклеточный рак с участками ороговения. Проведена рентгенотерапия, не давшая положительных результатов. Больной умер от нарастающей кахексии.

Поступила 4 мая 1961 г.

## ЦЕЛОМИЧЕСКАЯ КИСТА ПЕРИКАРДА

Канд. мед. наук Ю. В. Астрожников и В. К. Смирнова

Хирургическое отделение (зав.— Ю. В. Астрожников) первой Владимирской городской больницы (главврач — И. А. Якуб)

Целомические кисты наблюдаются довольно редко. Они составляют от 3—4% (Рингерц и Линхольм) до 8% (Л. К. Ролик) всех опухолей и кист средостения.

Хотя киста перикарда как секционная находка была впервые описана еще Рокитанским в 1854 г., а ее гистологическое строение Эляшевичем — в 1929 г., в качестве отдельной нозологической формы целомические кисты впервые выделены лишь в 1940 г. Ламбертом. По его мнению, такие кисты — результат аномального развития, когда нарушается процесс слияния эмбриональных лагун в месте формирования перикардального целома, что признает большинство современных исследователей (Б. К. Осипов, Б. В. Петровский, Варе и Конрад и др.).

С. А. Колесниковым, В. М. Сергеевым и Е. В. Рыжковым в отечественной литературе до мая 1960 г. собрано описание 58 больных кистами перикарда, к которым авторы добавили 8 личных наблюдений.

Приводим наше наблюдение.

Р., 31 г., поступила 21/III-59 г. с диагнозом — эхинококк правого легкого.

Жалуется на головные боли, умеренную боль в правом боку, кашель со скудной вязкой мокротой, слабость. Больна несколько лет. В течение трех лет находилась под наблюдением противотуберкулезного диспансера.

Состояние больной удовлетворительное. Пульс — 80, ритмичный. АД — 130/65. Границы сердца не изменены, тоны чистые. ЭКГ — без отклонений от нормы. Перкуторно над легкими — легочной звук. Дыхание везикулярное, справа в нижнем отделе несколько ослабленное.

Рентгеноскопия. Справа от 5-го межреберья (счет сзади) и вниз, сливаясь с правым контуром сердечно-сосудистого пучка, — гомогенная, средней плотности тень, округлой формы, диаметром 9—10 см, смещаемая при дыхании. Симптом Неменова слабо выражен. Контуры ровные, четкие. Синусы — без выраженной патологии. Сердце обычных размеров, сокращения средней глубины. Рентгенологический диагноз — эхинококк правого легкого (А. А. Браун).

При исследовании мокроты, имеющей слизисто-гнойный характер, обнаружены единичные, местами в скоплениях эпителиальные клетки и значительное количество лейкоцитов. БК и эластических волокон не найдено.

Hb — 62%, Э — 5 млн., Л. — 11500, э. — 3%, п. — 5%, с. — 78%, л. — 9%, м. — 5%, РОЭ — 6 мм/час. Реакция Кациони не производилась.

27/III-59 г. оперирована под местным обезболиванием по Вишневскому — Осипову с предположительным диагнозом эхинококка нижней доли правого легкого (Ю. В. Астрожников). В области правого сердечно-диафрагмального синуса обнаружена относительно тонкостенная кистозная опухоль диаметром около 10 см, прикрытая сращенной с диафрагмой нижней долей легкого. Пневмолиз. Киста опорожнена электроотсосом, после чего ее оболочки отделены от перикарда и выделены из сращений с легким и корнем легкого и иссечены целиком.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 17 день. При наблюдении в течение двух лет здорова.

Гистологическое исследование препарата (О. Н. Мозговая): стенка кисты состоит из соединительной ткани, содержащей большое количество рыхлой жировой: