

ние крайне тяжелое, больной без сознания. Выраженный цианоз кожных покровов и слизистых. Дыхание учащенное, поверхностное, ослабленное. Границы сердца равномерно расширены, тоны не прослушиваются. Пульс на лучевых артериях отсутствует, на сонной — ослаблен и аритмичный; АД не определяется.

По левой парастернальной линии, в проекции VI межреберья, имеется колотая рана  $1,5 \times 0,3$  см, кровотечения нет.

Диагноз: проникающее ранение сердца, тампонада сердца.

Операция через 30 мин после поступления (Агеев). Перед операцией произведена левосторонняя шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневному. Отпрепарирована левая лучевая артерия на случай необходимости внутриартериального переливания крови.

Под местной инфльтрационной анестезией разрезом Кохера с иссечением кожной раны, пересечением хрящей IV—V—VI ребер слева, обнажена передняя стенка перикарда, на которой имеется рана длиной около 1 см, затампонирующая стужком крови. При расширении операционной раны вскрылась левая плевральная полость, легкое спалось, при осмотре признаков ранения легкого не обнаружено. Перикард вскрыт через раневой канал. Полость перикарда содержит примерно 400 мл стужков и жидкой крови. По удалении их работа сердца улучшилась. На передней стенке правого желудочка колотая рана  $0,7 \times 0,2$  см. С каждой систолой из раны фонтанирует кровь. Наложены два узловых шелковых шва, кровотечение остановлено. При наложении второго шва сердечная деятельность резко замедлилась, возникла опасность ее остановки. Немедленно начато внутривенное переливание оксигенизированной крови 250 мл — 01 группы (игла для переливания крови была введена до операции), внутривенно введено 0,5 мл строфанта и 0,5 мл адреналина 1:1000 в 20 мл 40% раствора глюкозы. Работа сердца улучшилась, пульс на лучевых артериях стал определяться отчетливо. Полость перикарда осушена, орошена раствором пенициллина 300 000 ед. На перикард наложены редкие узловые шелковые швы. Операционная рана ушита наглухо.

Сознание к больному вернулось на второй день после операции. Назначения: инъекции пенициллина по 150 000 ед. 4 раза в день, стрептомицина — по 250 000 ед. 2 раза в день, дикумарин по 0,1 3 раза в день в течение трех дней, постоянная дача увлажненного кислорода через носовые катетеры, полусидячее положение.

ЭКГ (на второй день): выраженная синусовая тахикардия; незначительное отклонение электрической оси вправо; замедлены атриовентрикулярная проводимость и систола желудочков, симптомы нарушения метаболических процессов в миокарде.

На третьи сутки после операции присоединилась двусторонняя нижнедолевая пневмония, развился левосторонний экссудативный плеврит. Увеличены дозы антибиотиков, дважды производилась разгрузочная пункция плевральной полости с введением антибиотиков. Улучшение общего состояния наступило к 5-му дню, на 10-й день после операции состояние удовлетворительное, температура нормальная, швы сняты, заживление первичным натяжением. ЭКГ на 14-й день: синусовый ритм; замедлены атриовентрикулярная проводимость и систола желудочков, свидетельствующие об образовании рубца.

Ходить разрешено на 25-й день после операции. Выписан на 34-й день в удовлетворительном состоянии, отмечает только общую слабость. Гемодинамические показатели хорошие.

Наконец, важен вопрос о трудоспособности больных. Через полтора года после операции больной чувствует себя хорошо, жалоб никаких не предъявляет, через 3 месяца после операции приступил к своей работе шофера, теперь работает шахтером.

Описанный случай заслуживает внимания в том отношении, что экстренные операции на органах грудной клетки вполне выполнимы в условиях периферийных больниц. В подобных случаях решающее значение в прогнозе и исходе заболевания имеют срок госпитализации и готовность операционного блока к срочному оперативному вмешательству.

Наложение редких швов на перикард, по-видимому, следует считать целесообразным, так как это способствует лучшему оттоку выпота перикарда и предупреждению возможного развития перикардита.

Поступила 3 декабря 1958 г.

## К СИМПТОМАТИКЕ РАКА НОСОГЛОТКИ, ПРОРАСТАЮЩЕГО В ПОЛОСТЬ ЧЕРЕПА

*Р. Л. Гизатуллина*

Из кафедры нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)  
Казанского медицинского института, на базе Республиканской клинической больницы  
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Злокачественные новообразования, исходящие из носоглотки, часто разрушая кости основания черепа, прорастают в его полость. При этом они протекают как

базиллярные опухоли, вовлекая в процесс черепно-мозговые нервы и порой отличаясь богатством местных фокальных и общемозговых гипертензионно-гидроцефальных симптомов, заслуживающих изучения.

Б.-ной М., 48 лет, поступил в клинику 13/VIII-48 г. с жалобами на головные боли постоянного характера, общую слабость, двоение в глазах и затруднение речи. Со стороны семейного анамнеза отягощающих моментов не отмечается.

Начало настоящего заболевания большой связывает с резким охлаждением в марте 1948 г., после чего появились головные боли, которые вначале умеренно беспокоили больного, а через 3 месяца усилились и стали постоянными. В конце 4-го месяца заболевания стал отмечать двоение в глазах и понижение слуха на левое ухо, причем были дни, когда больной испытывал повышенную сонливость, засыпал на работе. В дальнейшем состояние с каждым днем стало ухудшаться, нарастали общая слабость, головная боль, присоединились птоз левого века, поперхивание при еде, затруднение глотания, рвоты, похудание; появилась апатичность.

Телосложение правильное. Общее истощение, бледность кожных покровов. Ввиду слабости походка несколько замедлена. Симптома Ромберга нет. Череп и позвоночник при поколачивании безболезненны. Легкая ригидность затылочных мышц. Гипосмия слева. Левое веко птозировано. Резкая анизокория  $S > D$ , реакция зрачков на свет слева отсутствует, справа вялая. Побледнение сосков зрительных нервов, сильнее выраженное в левом глазу. Застойных явлений не отмечается. Полная офтальмоплегия слева и ограничение движений правого глазного яблока снаружки. Диплопия. Имеется концентрическое сужение полей зрения обоих глаз. Со стороны тройничного нерва патологии не определяется. Легкая сглаженность правой носогубной складки центрального характера. Понижение слуха на левое ухо. Ринэ — положительный справа и слева. Вебер не латерализует. Высунуть язык дальше переднего края зубов не может; в полости рта язык находится по средней линии. Вкус сохранен. Речь дизартрична, голос гнусавый. Небные занавески с обеих сторон поднимаются слабо. Жидкую пищу глотает, твердой поперхивается (при рентгеноскопии пищевода патологических изменений не обнаружено). Объем движений, сила и координация в конечностях полные. Мышечный тонус без особенностей. Атрофия нет. Чувствительность не изменена. Сухожильные и кожные рефлексы живые, без разницы сторон. Патологических рефлексов нет.

Большой вялый, оглушен, безинициативен, сонлив.

Тоны сердца приглушены, пульс хорошего наполнения. АД — 105/60. Эмфизема легких. Брюшные органы без патологических изменений.

Запоры, мочеиспускание не нарушено.

Нв. — 87%, РОЭ — 15 мм/час, Л. — 10 500, п. — 6%, с. — 66%, л. — 27%, м. — 1%.

Моча без патологических изменений.

Спиналномозговая жидкость прозрачная, вытекает каплями, цитоз — 3/3. Реакции Нонне — Аппельта и Панди положительны. Реакции Вассермана в ликворе и в крови отрицательны.

На рентгенограмме черепа определяется значительно расширенная и увеличенная в объеме область турецкого седла. Деструкция всей костной ткани турецкого седла с разрушением ее. Processus clinoidae posterior изменен. Синусы frontalis и etmoidalis не расширены.

За время пребывания больного в клинике заболевание неуклонно прогрессировало. Нарастала резкая кахексия, появилась сухость кожных покровов с отрубевидным шелушением, особенно на лице, понижение зрения на правый глаз, атрофия левой половины языка, боли и онемение всей правой руки и субфебрильная температура. Общая слабость, головные боли, сонливость, понижение аппетита, ригидность затылочных мышц держались по-прежнему. При повторной люмбальной пункции жидкость оставалась прозрачная, давление резко повышено — вытекала струей, цитоз — 3/3. Белковые реакции положительные. При последующих исследованиях крови отмечалось падение Нв, нарастание лейкоцитов до 16 000, лимфопения и эозинофилия, повышение РОЭ до 44 мм/час. В моче 0,06% белка. Со стороны глазного дна — те же изменения.

Таким образом, вся картина заболевания свидетельствовала об опухоли, располагающейся на основании мозга, возможно, злокачественного характера, тем более, анализ последовательности очаговых симптомов и поздних присоединений гипертензионно-гидроцефальных явлений, быстро наслаивающихся друг на друга, явился показателем интенсивного злокачественного роста опухоли. Труднее было решить вопрос о первичной локализации опухоли, так как основной очаг опухоли в носоглотке не давал себя знать какими-либо симптомами локального характера. Нарушения же глотания, фонации, затруднение речи, атрофия языка и другие симптомы мы рассматривали как бульбарные явления.

С 14/X состояние больного резко ухудшилось. Появились рвоты, резкая заторможенность, оглушенность, сонливость, резкие головные боли, резкое затруднение глотания и тазовые нарушения.

18/X больной скончался при нарастающей сердечной слабости и остановке дыхания.

Диагноз: опухоль головного мозга злокачественного характера, не исключена

возможность метастаза из внутренних органов. Патологоанатомическое вскрытие: на основании мозга располагается большое новообразование величиной с апельсин. Опухоль бугристая, плотна на ощупь, хрящевой консистенции. Гистологически установлен рак (простой). Кости основания черепа в области турецкого седла истончены. В области носоглотки имеется неровная бугристая поверхность. Опухолью резко сдавлены полюсы височных долей, мост, верхние ножки мозжечка. Хиазма уплощена, *tuber cinereum* резко вдавлен. Мягкая мозговая оболочка на *convexa* белесоватого цвета, плотная, с обильным количеством пахионовых грануляций, утолщена, легко снимается с коры, не увлекая за собой подлежащего мозгового вещества.

При разрезе через мост, продолговатый мозг и мозжечок видимых макроскопических изменений не определяется. Метастазов в других органах не обнаружено. Резюмируя, можно отметить следующее:

1. Раковая опухоль имела экстракраниальное расположение в носоглотке, разрушив кости основания черепа, проросла в его полость и протекала в дальнейшем как интракраниальная опухоль. Одновременно оказывая токсическое, механическое воздействие на мозг в виде компрессии, сдавливая полюсы височных долей, мост, верхние ножки мозжечка, уплощая хиазму, непосредственно воздействуя на 2, 3, 4, 6 пары черепномозговых нервов, также нарушила функцию остальных черепномозговых нервов, что стоит в связи с повышением внутричерепного давления, нарушением кровообращения и отдаленными воздействиями на них компрессии.

2. Несмотря на значительную величину опухоли, занимавшую всю среднюю черепную ямку, у больного до конца жизни не было застойных сосков зрительных нервов, а имеющиеся явления: побледнение сосков, по-видимому, стояли главным образом в связи с токсичностью процесса.

3. Имеющиеся у больного значительные нарушения психики — подавленность, оглушенность, сонливость, — по всей вероятности, стоят в связи с раковой интоксикацией, нарушением кровообращения, которые воздействовали на функциональное состояние, а возможно и вызвали морфологические нарушения клеток коры головного мозга.

Поступила 24 июля 1957 г.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ ТРЕПАНАЦИИ ЧЕРЕПА У БОЛЬНОЙ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

*Канд. мед. наук Е. С. Станкевич*

Из кафедры психиатрии (зав. — проф. М. П. Андреев)  
Казанского медицинского института

Б-ная М., 1925 года рождения, в 16-летнем возрасте имела травму головы с потерей сознания, после чего в течение месяца лечилась в больнице. Одновременно с физической травмой имелась и психическая; в тот день она была сильно расстроена известием о гибели отца. Через четыре месяца у больной появились припадки, а вскоре присоединились странности в поведении, неадекватные и агрессивные поступки. С 1941 г. по 1948 г. многократно находилась в Ижевской, Сарданской, Ашланской психиатрических больницах с диагнозом шизофрении. В Казанскую психиатрическую больницу б-ная была доставлена 14/IX-48 г. в спутанном состоянии сознания. 18/XI зрительные и слуховые галлюцинации исчезли, поведение упорядочилось, однако при выяснении анамнеза она еще была не собрана.

С 1/X у больной начались частые эпилептические припадки, которые в начале месяца протекали без тонической фазы и были легкими и кратковременными (не более полминуты). Частота припадков в течение часа варьировала от 8 до 20, а к 19/X достигала 200. Больная постоянно находилась под действием наркотиков: хлоралгидрат, гексенал. Эпилептические статусы обрывались введением сернокислой магнезии, иногда хлористого кальция и, наконец, спинномозговыми пункциями. С 27/X характер припадков изменился: появилась выраженная тоническая фаза, после которой наступала клоническая. Припадок длился одну минуту. Суточное количество припадков, несмотря на применение медикаментозных средств, нарастало от 54 до 460.

16/XI производилась энцефалография, после которой больная отмечала уменьшение головных болей, но имелось ослабление памяти и осмысления. На следующий день присоединилось сумеречное состояние сознания, а через сутки наступил эпилептический статус. Начиная с 28-го ноября, суточное количество припадков стало достигать неизмеримо высокой цифры: 1149, 1255. Иногда после купирования статуса она приходила в сознание.

После осмотра невропатологом 30/XI-48 г. рекомендовалось, в случае дальнейшего учащения эпилептических припадков, направить больную на операцию вскрытия черепа в левой височно-теменной области.