

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.

1/XII-48 г. с утра у больной начались непрерывные припадки, с 7 часов до 10 часов утра их было более 2 тысяч. На протяжении дня они купировались гексенолом и 25% раствором сернистой магнезии.

Больная была переведена в нейрохирургический госпиталь для оперативного вмешательства. В госпитале у больной вскоре начались припадки, следующие непрерывно один за другим. Несмотря на применение наркотиков, за сутки их было 938.

2/XII произведена широкая декомпрессивная трепанация левой височно-теменной области. Была рассечена крестообразно твердая мозговая оболочка, новообразований не найдено. Затем в различных направлениях и на различной глубине произведены мозговые пункции, патологических образований не отмечалось, но пульсация мозгового вещества отсутствовала. Операция прошла без осложнений, послеоперационное течение было средней тяжести. Рана зажила первичным натяжением.

Припадки после операции резко уменьшились, наступали больше в ночное время и первые 2 дня после операции совершенно отсутствовали. В последующие дни припадков было 15—20—30. Припадки по своему характеру были аналогичными наблюдаемым в психиатрической больнице.

С 14/XII больная стала самостоятельно ходить, со стороны глазного дна особых изменений не отмечено.

17/XII больная была обратно переведена в психоневрологическую больницу, где припадки наступали не каждую ночь, с частотой от 19 до 23. С 24/XII-48 г. больная начала ходить на работу в мастерскую. На вопросы отвечала правильно, но замедленно, жаловалась на головные боли непостоянного характера.

С 26/XII припадки стали учащаться до 100 за 1 час и купировались медикаментозно. С начала же 1949 г. их не было в течение четырех месяцев. В апреле припадков было 10, в мае — 4, в июне — около 428 (причем во время одного из припадков больная сломала ключицу), в июле — 12, в августе около 200, в сентябре — 232. С 26/IX припадков не было. С 13 по 15/IX у больной отмечалось кровотечение из носа, с 16/IX по 7/X наблюдалось сумеречное расстройство сознания, и 16/X-49 г. больная была выписана домой.

По катamnестическим сведениям, со слов матери от 2/IV-58 г., припадки все это время после выписки были нечастыми: один раз в 1—2 месяца, сопровождалась потерей сознания, судорогами, прикусами языка, последующим сном. Во время припадков сильно ушибается, однажды выбила себе передние зубы. Сумеречные расстройства сознания, странности поведения по шизоформному типу, а также дистимии у больной продолжались, как и ранее, вследствие чего она не один раз находилась на лечении в различных психиатрических больницах. Последний раз она лежала в 1-й Республиканской психоневрологической больнице Удмуртской АССР с 12/VIII-57 г. по 5/III-58 г. с диагнозом: шизофрения, простая форма.

Ближайшие и отдаленные последствия перенесенной декомпрессивной трепанации черепа показывают целесообразность ее проведения, тем более, что все терапевтические средства приостановить эпилептический статус оказывались бессильными. Помимо тяжелейшего состояния больной из-за непрерывного эпилептического статуса, показанием для операции являлось подозрение на новообразование в левой височно-теменной области и, возможно, дистигеркоз мозга.

При операции новообразований не было найдено, но отсутствие пульсации головного мозга показывало на имеющуюся гипертензию, которая при декомпрессивной трепанации снизилась, в результате чего количество припадков значительно уменьшилось.

Катamnестические данные спустя 10 лет после операции показывают, что после оперативного вмешательства припадки стали редкими, хотя характер их не изменился, и вся психопатологическая симптоматика осталась прежней.

Поступила 12 апреля 1958 г.

## СЕМЕЙНАЯ ФОРМА ЭКСФОЛИАТИВНОГО ДЕРМАТИТА РИТТЕРА<sup>1</sup>

*Канд. мед. наук И. М. Лифшиц*

Из городского кожно-венерологического диспансера Казани  
(главврач — М. Н. Петухов, научный руководитель — проф. Я. Д. Печников)

Эксфолиативный дерматит новорожденных, впервые описанный Риттером в 1878 г., встречается довольно редко.

Заболевание начинается в первые дни или недели после рождения с покраснения кожи в окружности рта, быстро распространяется по всему телу и сопровождается

<sup>1</sup> Доложено с демонстрацией больной на заседании Казанского общества дермато-венерологов 25/XII 1957 г.