

В. ГРОМОВ

К лечению ангин стрептоцидом

Из клиники болезней носа, горла и уха Казанского мединститута (директор доктор мед. наук З. О. Вольфсон)

Ангины относятся к частым и тяжелым заболеваниям, между тем достаточно надежного средства в борьбе с ними в настоящее время у нас нет. Приходится ограничиваться по преимуществу мероприятиями симптоматического характера.

Проф. Воячек пишет, что „средства, которым должно быть присуще специфическое действие на гнойную инфекцию, например противострептококковая или поливалентная сыворотки, в большинстве случаев не оказывают заметного купирующего влияния на ангины и потому кредита еще не имеют. Другие общеупотребительные лечебные меры при фолликулярных и прочих разновидностях ангин по существу мало отражаются на ходе процесса и служат скорее для успокоения больного и совести врача. Стронников смазывания горла теперь мало“.

Проф. Малютин советует всячески помочь организму побороть захватившую его инфекцию, подкреплять организм пищей, от которой обыкновенно такие больные отказываются и тем уменьшают в борьбе микробов с организмом шансы последнего.

Проф. Цытович рекомендует при лечении острого амигдалита направлять внимание на возможную профилактику организма от проникновения в него инфекции. При лакунарной форме пробки тушируются иодом, внутрь назначается салициловый натр. При фолликулярной форме применяются полоскания теплыми растворами, внутрь — наркотики.

Проф. Бондаренко при лечении острого амигдалита отдает предпочтение гальванокаустике. Брюнингс, наоборот, говорит, что при остром тонзиллите не может быть никакого оперативного лечения.

Шмидт подчеркивает, что при ангине местное лечение полосканиями и смазываниями излишне, в особенности нужно предостерегать от употребления вяжущих средств. Необходимо стремиться к тому, чтобы воспаленный орган мог находиться в покое, между тем как мышечная деятельность при полоскании способна только содействовать дальнейшему распространению болезни.

Как видно из изложенного лечение ангин проводится по самым разнообразным методам, разобраться в которых начинающему специалисту до получения собственного опыта бывает нелегко. Еще труднее разобраться в этом участковому врачу, в сфере постоянной деятельности которого заболевания глотки являются лишь небольшим звеном его обширной работы. Отсутствие достаточно эффективных средств, с одной стороны, и горячее желание избавиться от

из рангеас множественные метастазы в сердце, кожу, почки, реберные дуги не дали у больной ни кахексии, ни выраженной анемии. Что касается специально сердца, то последнее было почти сплошь пронизано раковыми метастазами с преимущественным, однако, поражением мышцы правого и левого желудочков. Межжелудочковая перегородка и основания капиллярных мышц также оказались вовлеченными в процесс. Клапанный аппарат, сосуды и перикард были свободны от новообразований.

Приведенный нами случай совпадает, за исключением некоторых деталей, с наблюдением Мартина и Мейера (Нью Йорк, 1926 г.), которые описали как казуистическую редкость первичный рак поджелудочной железы с метастазами в сердце и кожу. Течение заболевания у нашей больной, сопровождавшееся тяжелой хронической сердечно-сосудистой недостаточностью, находится в полном противоречии с утверждениями Ромберга и др. о „поразительной нечувствительности“ сердечной мышцы к злокачественным новообразованиям. Очевидно, все дело в размерах поражения миокарда.

Как показало вскрытие и гистологическое исследование в нашем случае, сердечная мышца между раковыми узлами оказалась измененной, дряблой, с потерей продольной и поперечной исчерченности и отеком мышечной ткани. Очевидно, аутолитические процессы в раковых узлах не остались безразличными для окружающей ткани. Никаких признаков гипертрофии даже патолого-анатомически установить не удалось.

В связи с приведенными наблюдениями интересен вопрос о частоте и локализации злокачественных новообразований сердца. Поля и Гогол из Лос-Анжелоса нашли в мировой литературе с 1911 г. по 1934 г. на 46072 аутопсии 154 случая первичной и 220 случаев вторичной опухоли сердца.

Эти данные нельзя однако признать полными, так как в них отсутствует ряд работ русских и иностранных авторов и не исключается приведение одних и тех же случаев разными авторами.

Что касается специально метастатических раков в сердце, то Нусбаум и Гейер помимо своего случая приводят 96 случаев на 24554 сл. рака—0,40%.

После опубликования этой статистики 1935 г. мы могли найти еще в американской литературе 1 случай Мартина и Мейера в 1936 г. и наш случай (статистика относится только к метастатическим ракам сердца).

Наиболее частым первичным источником по статистике Поля и Гогола являются почки, а наиболее частым спутником — метастазы в легкие. В нашем случае легкие были совершенно свободны от новообразований. По данным других авторов (Мейер, Нусбаум и др.) раковые метастазы в сердце часто сочетаются с раковыми метастазами в коже. Наш случай является подтверждением такого рода наблюдений.

Что касается клинической характеристики новообразований сердца, то она, по мнению большинства авторов (Ромберг, Лешке, Вакес, Мандельштам, Гейерд и др.) ничего типичного в себе не заключает. Диагноз всецело зависит от локализации опухоли и вообще представляет большие трудности. Приводимые различными авторами якобы характерные симптомы являются делом случайности. По остроумному выражению Вакеса „настаивавшие на значении этих симптомов авторы сообщали про них лишь после того, как анатомическое исследование обнаруживало существование опухоли“. В частности, мы не могли бы привести у нашей больной ни одного из описанных различными авторами симптомов. Даже перикардит, который по Линку является почти обязательным для сколько-нибудь значительного новообразования сердца, в нашем случае отсутствовал, хотя сердечная мышца была буквально напигована раковыми узлами. Другой симптом Линка — частичная гипертрофия сердца — также отсутствовал.

Ретроспективно оценивая наш случай, мы должны отметить, что отправным пунктом для подозрения злокачественного новообразования сердца должно было бы явиться наличие у нашей больной множественных метастазов в коже, частых спутников рака и саркомы сердца. Подспорьем в диагнозе могла служить и резкая одышка, при совершенно свободных от новообразования легких и при отсутствии других токсических факторов, какие мы могли бы привлечь для объяснения одышки.

Что касается течения заболевания, то, судя по литературным данным (Ромберг, Лешке, Мандельштам, Гейерд, Мейер, Агрийский, Легенченко и др.), смертный исход у таких больных наступает либо внезапно, либо при явлениях постепенного „упадка сердечной деятельности“, продолжающихся несколько дней. Последнее, однако, отнюдь не характерно для собственно заболеваний сердца, а связано скорее с общей интоксикацией организма на почве злокачественного новообразования. Наш случай не соответствует в смысле течения большинству литературных описаний, так как больная погибла в результате типичной хронической сердечно-сосудистой декомпенсации.

В ы в о д ы

1. Новообразование сердца может протекать под картиной типичной хронической сердечно-сосудистой недостаточности.

2. В нашем случае множественными мелкими метастазами оказались захвачены решительно все участки сердечной мышцы, включая межжелудочковую перегородку и основания папиллярных мышц. При этом не затронутое новообразованием мышечные волокна были также морфологически изменены.

3. Ни одного из описанных различными авторами симптомов новообразования сердца мы в нашем случае констатировать не могли. Единственным указанием могло служить сочетание множественных метастазов в кожу с хронической декомпенсацией сердца.

Поступила 2. III. 1939.