

А. Г. ХАЙРЕТДИНОВ

Случай множественной геморагической саркомы Капозии, излеченной лучами Рентгена

Из клиники кожных и венерических болезней (директор проф. И. Н. Олесов) и кафедры рентгенологии (зав. д-р мед. наук М. И. Гольдштейн) Казанского государственного медицинского института

В 1872 году Капозии описал особую форму кожного страдания, которое он назвал идиопатической множественной пигментной саркомой. Заболевание характеризуется появлением на кистях рук и стоп опухолей, величиной с дробинку, горошину и более, синевато-красного, буровато-красного цвета, кругловатой формы, плотно-эластической консистенции. Опухоли эти сидят глубоко в *corium*. Они располагаются или раздельно, или сливаются друг с другом. Помимо опухолей на тех же местах наблюдаются синеватые или красные пятна, которые быстро превращаются в твердые инфильтраты различной величины. Появление опухолей и инфильтратов сопровождается отеком соответствующих частей. По мере развития и дальнейшего роста опухолей, пораженные конечности теряют свои очертания; кисти и стопы делаются утолщенными, подушкообразно опухшими. С течением времени опухоли начинают появляться на предплечьях и голених, на ушных раковинах и т. д. Такие же опухоли нередко развиваются в большом числе на слизистых оболочках.

В этом же году Капозии убедился, что заболевание может распространяться и на внутренние органы. Дальнейшие наблюдения ряда авторов (De Amicis, Allaro, Cini и др.) показали, что локализация узлов во внутренних органах не представляет большой редкости.

Наблюдения Штольца, Бернгарда, Цумбуша и др. показали, что костная система не застрахована от идиопатической саркомы. Относительно участия в процессе лимфатических желез большинство авторов пришло к отрицательному выводу.

Наше наблюдение касается большого с идиопатической множественной геморагической саркомой Капозии, находившегося под наблюдением нашей клиники в течение двух лет.

Больной М-в И. И., колхозник из Мордовской АССР, 23 лет, поступил в клинику 15.IV.37 г. с жалобой на опухоли на обеих кистях, на теле и подошве стоп и ушных раковинах. Заболел осенью 1929 г. Сам он, до настоящего заболевания, и его родители никакими кожными болезнями не страдали.

Женат, имеет двоих детей, дети здоровые. Осенью 1929 г. промочил ноги, после чего у него отекали ноги. Отек был настолько сильным, что больной не мог ходить. По мнению больного этот момент послужил толчком к началу кожного заболевания. В последующие три года у больного неоднократно опухали ноги, и в 1933 году после незначительного отека на коже кистей рук и обеих ног стали появляться раз-

личной величины темно-красные пятна и опухоли. Лечился разными мазями. Болезнь прогрессировала.

В 1936 г. состояние больного резко ухудшилось. Опухоли достигли размеров лесного ореха, между пальцами ног они стали изъязвляться. Развилась слабость, больной не мог двигаться.

Изъязвившиеся опухоли издавали тяжелый гнилостный запах. По поводу этих опухолей в больнице были удалены пальцы левой ноги. В апреле 1937 года был направлен в нашу клинику с диагнозом — проказа.

Больной среднего роста, умеренного питания. Цвет видимых слизистых бледноватый. Кисти и пальцы обеих рук утолщены, отечны. На отечной коже расположены опухоли синевато-красного цвета, плотно-эластической консистенции. На ладонях опухоли сливаются и изъязвлены. Движение суставов кисти затруднено. На коже тыльной поверхности стоп также имеются опухоли буровато-красного цвета, неправильной формы, различной величины — от пшеничного зерна до лесного ореха. Обе стопы отечны, пальцы правой ноги обезображены изъязвившимися опухолями. На левой стопе на месте, где были ампутированы пальцы, имеется язва, неправильной формы, с обильным гнойным отделяемым, величиной приблизительно с ладонь. На коже подошвенной поверхности обеих ног имеются опухоли величиной с орех, бурокрасного цвета, местами они сливаются, местами изъязвляются.

Внутренние органы и нервная система по заключению специалистов не отклоняются от нормы.

Лабораторные исследования. В моче ничего патологического не обнаружено. Реакция Вассермана с кровью отрицательная. Кровь: Нб—88%, эр. 49-00,00, лейкоцитов—95%. Лейкоцитарная формула: сегм.—59%, пал.—4,5%, лимф.—24%, мон.—7,5%, эоз.—3%.

Гистологическое исследование. Был вырезан кусочек неизъязвившейся опухоли. После проведения через спирты восходящей крепости он был заключен в целлоидин и затем окрашен гематоксилин-эозином и по ван-Гизону. При малом увеличении обнаружено: эпидермис истончен, эпителиальные отростки сглажены; опухоль располагается собственно в коже; она состоит из однообразных веретенообразных клеточных элементов и резко отграничена от здоровой кожи; в самой опухоли имеется большое количество кровеносных сосудов, наполненных кровью. Среди клеток опухоли имеется значительное скопление пигмента.

При большом увеличении совершенно отчетливо видно, что опухоль состоит из гипертрофированных фибробластов, имеющих веретенообразную форму. В составе опухоли имеются также небольшие скопления клеток, приближающихся по своему виду к лимфоцитам, небольшое число полинуклеаров и единичные тучные клетки. При внимательном осмотре расширенных сосудов не трудно обнаружить набухание и пролиферацию эндотелия. В более крупных сосудах кое-где удается обнаружить утолщение средней оболочки и интимы. Местами легко обнаруживается истончение стенки сосудов и ее разрыв с последующими кровоизлияниями в окружающие ткани.

Характерный вид узлов, их локализация и характерная для данного заболевания гистологическая картина явственно свидетельствовали, что перед нами случай идиопатической множественной геморагической саркомы Капозы.

В клинике больному было сделано два раза переливание пуповинной крови по 150 см³, 15 вливаний новарсенола и были испробованы другие методы медикаментозного лечения. Все они не дали никаких результатов. После этого мы приступили к рентгенотерапии. Первый сеанс рентгенотерапии произведен 17.IX. 37 г. на обе подошвы, 2^a.IX—на обе ладони, 29.IX—на обе стопы, 4.X—на обе подошвы, 5.X—на обе кисти, 7.X—на обе стопы, 10.X—на обе подошвы, 11.X—на обе кисти и 13.X—на обе подошвы.

Техника применяемой нами рентгенотерапии: напряжение 150 К. В., 4 м А, расстояние от антиматода 30 см, фильтр 0,5 Си+2 мм Аl. Разовая доза на стопы и подошвы 450% НЕД, на кисти 330% НЕД. Сеансы рентгенотерапии производились с таким расчетом, что однажды освещенный участок тела получал повторное облучение через 5 дней.

После первых же освещений отчетливо выявилось начало обратного развития узлов на стопах и кистях. Узлы стали плоскими, цвет их стал буроватым.

29.X больной выписался. Все узлы на кистях и стопах полностью развились обратно, оставив после себя лишь пигментацию без всяких следов инфильтрата. Кроме того осталась незажившая язва на тыльной стороне левой стопы. За время пребывания в клинике больной прибавился в весе на 6,4 кг, начал ходить без помощи костылей.

4.XII.37 г. больной явился в клинику и вновь был оставлен для дальнейшего лечения. С 13.XII по 31.XII больной получил дополнительно по два освещения на кисти, подошвы и стопы.

14.1.38 больной выписался. С тех пор и до настоящего времени новых узлов не появлялось. Больной чувствует себя хорошо и работает в колхозе.

9.11.39 г. при повторном исследовании нигде никаких следов бывших узлов и инфильтратий не обнаружено.

На основании этого наблюдения мы приходим к заключению, что рентгенотерапия идиопатической множественной гемморрагической саркомы Капозы даже в тяжелых случаях дает прекрасные результаты, способствуя обратному развитию узлов. Лечение рентгеновскими лучами может не только спасти больного от смерти, но и сделать его трудоспособным.

Поступила 29.V. 1939.

Г. А. ЖАРКОВСКИЙ и А. И. БИТОНКИНА

К клинике актиномикоза шеи

Из клиники болезней носа, горла и ушей Казанского государственного мединститута (и. о. директора доц. З. И. Вольфсон)

В нашей клинике наблюдался случай актиномикоза верхних дыхательных путей и шеи, представляющий собой несомненный интерес.

Больной К., 38 лет, колхозник, работает несколько месяцев плотником, обратился 3/XII 38 г. в амбулаторию клиники с жалобами на небольшие боли при глотании. Больной был положен в стационар для подробного обследования. По его словам заболевание началось только несколько недель тому назад, причем появлялось почти исключительно ощущением „чего-то постороннего в горле“. На шею, с левой стороны, отмечается уплотнение тканей и небольшая болезненность при надавливании.

Общее самочувствие хорошее, затруднения дыхания не отмечает. Ранее перенес суставной ревматизм, воспаление легких; туберкулез, сифилис, нервные и душевные болезни отрицает. Status praesens: больной выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, видимые слизистые несколько бледны.

Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. На нижней челюсти слева имеется 2 кариозных зуба. ЛОР органы: слизистая носа в пределах нормы, носовая перегородка отклонена вправо. В зева и носоглотке особых изменений нет; можно отметить только некоторую неровность слизистой задней стенки глотки и инфильтративный тяж, спускающийся вниз позади левого миндалика. При осмотре гортани определяется резкий отек надгортанника, особенно слева, вся гортань как бы повернута в правую сторону. Левый черпаловидный хрящ резко отечен. Слизистая, покрывающая отечные места, имеет сероватый оттенок. Правый черпаловидный хрящ и межчерпаловидное пространство тоже отечны, но в меньшей степени.

Голосовые связки слегка гиперемированы, набухли, голосовая щель проходима, дыхание свободное. В области левой половины шеи имеется незначительная припухлость, плотная, слегка болезненная при пальпации. Уши — без изменений.

Больному были назначены ингаляции, стрептоцид, раствор салицилового натрия в нос.

В ближайшие дни после поступления в стационар — субъективное улучшение, объективно — без перемен. 7/XII припухлость левой половины ш и значительно увеличилась, она почти безболезненна, плотна наощупь. Через 10 дней образовался плотный инфильтрат в области левой половины шеи, спускающийся вниз по грудинно-ключично-сосковой мышце и захватывающий спереди область щитовидного и щерстневидного хрящей. Одновременно несколько уменьшился отек гортани. Самочувствие хорошее. Дыхание свободное.

Реакция Вассермана отрицательная. При обследовании легкие — здоровы. Исследование крови: л.—1-80), сегмент—62%, палочкоядерных—9%, лимфоцитов—2), 5%, моноцитов—5%, эозинофилов—3,5%. РОЭ—44 в 1 ч. по Панченкову.

2/1 39 года в области припухлости сделана пункция. Обнаружено небольшое количество кровянистой жидкости, содержащей отдельные беловатые крупинки.