

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 инфильтраций 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. Вольфон)

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

Макроскопически друзы не обнаружены. Больной направлен на консультацию в кожно-венерологическую и хирургическую клиники. Заключение консультанта-венеролога: „клинически очень подозрительно в смысле актиномикоза. Вопрос может быть решен микроскопически (биопсия)“. Заключение консультанта-хирурга: „хроническая деревянистая флегмона шеи, но, конечно, без биопсии исключить актиномикоз нельзя“. При повторной консультации с хирургом это заключение подтверждено.

Через несколько дней кожа над инфильтратом приняла багрово-синеватый оттенок, в передних отделах стало намечаться некоторое размягчение, и вскоре в этом участке появилась флюктуация. 14/1 сделан разрез. Выпущено небольшое количество, кашецеобразного гноя. Для исследования взят мазок и грануляции в окружности разреза. Друзы актиномикоза не обнаружены. Самочувствие после разреза хорошее.

24/1 1939 года — жалобы на сильные боли при глотании. Зев, левый миндалик — резко гиперемированы. Сильный отек IV миндалика, межчерпаловидного пространства, левого черпала. Температура выше 39°. Назначена ингаляция и стрептоцид и через несколько дней картина стала прежней. 28/1 на передней поверхности шеи, ближе к яремной ямке, вскрылись два свища, из которых выделяется сливкообразный гной. 31/1 свищи закрылись, но 4/II образовались снова. Вскрытие свищей обычно сопровождалось потрясающим ознобом, повышением температуры до 39—40°. Исследования гноя и грануляций на актиномикоз — дали отрицательный результат. Отечность в гортани постепенно уменьшается, самочувствие удовлетворительное.

8/II под местной анестезией был взят из свища кусочек грануляций для патолого-анатомического исследования. В этот же день, в одном из кусочков грануляций, взятых 25/1 профессором И. П. Васильевым, найдены друзы актиномикоза. С 10/II больному была назначена рентгенотерапия. Всего он принял 5 сеансов (доц. Гольдштейн). Результаты быстро сказались. Припухлость стала уменьшаться в размерах, отек гортани быстро начал исчезать. После первого сеанса рентгенотерапии свищи более не вскрывались.

В настоящее время общее состояние больного хорошее, свищей нет, кожа на шее нормального цвета, определяется только легкое уплотнение тканей на месте бывшей припухлости и очень незначительный отек левого черпаловидного хряща. Назначенные прежде иодистые препараты были отменены, так как у больного появились явления иодизма; сильный насморк, слезотечение, гиперемия и набухлость слизистой, головные боли.

Настоящий случай представляет определенный интерес. Можно допустить, что заражение произошло актиномицетами, которые находились на злаках. Основное занятие больного — хлебопашество. Июль—октябрь 1938 года больной непрерывно работал на молотилке, в пыли, содержащей большое количество так называемых охвостьев злаков. Эта пыль попадала в дыхательные пути, оседая на слизистых оболочках рта и глотки. Вполне вероятно, что лучистый грибок находился на слизистой рта или глотки длительный промежуток времени и активировался при создании благоприятных условий, например, случайной царапины слизистой.

Интересно, что заболевание развилось в течение нескольких месяцев, тогда как обычно оно тянется годами. Очень эффективной оказалась рентгенотерапия. За несколько сеансов инфильтраты и отек подверглись обратному развитию.

Поступила 16.III 1939.