

М. Х. АЙРАПЕТЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА

В настоящее время хирургический метод лечения лимфогрануломатоза применяется редко: имеющиеся об этом литературные данные чрезвычайно скудны [1—12 и др.]. Так, С. В. Гейнац успешное лечение местного лимфогрануломатоза наблюдал у 5 больных, Бернард и Осиповский (Bernard, Ossipovski) — у 9. П. А. Герцен из 16 оперированных больных у 10 наблюдал хорошие результаты. Противопоказанием оперативного лечения он считает только генерализованные формы. Ряд зарубежных авторов при локальных формах лимфогрануломатоза предпочитает хирургическое вмешательство с последующей рентгенотерапией.

Джексон и Паркер отмечают, что хорошие результаты получены после комбинированного хирургического и лучевого лечения. Они наблюдали 15 больных; стойкое выздоровление ими отмечено в среднем до 5 лет, а в отдельных случаях — до 12 лет. Ван-ден-верф (Van-der-wegf) отмечает, что в некоторых случаях ему удалось получить хорошие результаты. В одном случае после удаления лимфогрануломатозного очага из правой надключичной области только через 19 лет возник рецидив в средостении, в другом случае после удаления очага шейной области рецидив возник на том же месте только через 7 лет, больной был оперирован еще 4 раза и его жизнь была продлена на 19 лет.

Отечественные авторы (З. В. Манкин, А. Е. Успенский, Г. А. Писарева, Ф. В. Курдыбайло) в своих работах пишут относительно целесообразности хирургического вмешательства при локальных проявлениях лимфогрануломатоза. З. В. Манкин считает, что результаты хирургического лечения иногда оставляют далеко позади себя среднюю продолжительность жизни, обычно наблюдающуюся после лучевой терапии.

При классификации клинических форм лимфогрануломатоза принято говорить о двух стадиях, местной и генерализованной, при том первая характеризуется его началом.

Манкин, Негели (Neheli), Циглер (Ziegler) различают 5 местных форм: 1) шейную, 2) подключичную и подмышечную, 3) паховую, 4) медиастинальную, 5) забрюшинную и, редко, селезеночную. Средняя продолжительность жизни этих больных равна от нескольких недель до трех лет (Циглер, Умбер (Umber), С. В. Гейнац и др.). В редких наблюдениях течение болезни длится свыше 3 лет, а по Циглеру 4—7 лет, Риду (Reed) — 7½ лет, Мареш (Maresch) — 18 лет.

В отличие от истинных лейкемических заболеваний, лимфогрануломатоз начинается обычно в одном каком-нибудь участке тела и долгое время остается изолированным и не переходит за пределы той области, где он начал развиваться. Эта местная стадия длится наиболее долго, в среднем год и даже больше, и лишь потом начинается генерализация процесса.

По данным Востфалья (Westfall), процесс оставался местным 17 лет, после чего была генерализация. Мареш описывает местную стадию лимфогрануломатоза длительностью 15 лет, Циглер—7 лет, Кауфман—5 лет. Мы наблюдали двух больных с локальными формами лимфогрануломатоза 4-летней давности. У одной больной процесс оставался местным около десяти лет.

Как литературные данные, так и наш фактический материал доказывают тот факт, что лимфогрануломатоз в начальных стадиях является местным и локальным поражением лимфоузлов и подлежит хирургическому удалению патологического очага.

С 1956 г. в хирургическом отделении Института рентгенологии и онкологии АН АрмССР нами оперировано 52 больных лимфогрануломатозом. Из них женщин—16, мужчин—36. Возраст больных от 10—68 лет. По локализации проявления лимфогрануломатоза подразделялись: шейная форма—29, подмышечная—16, паховая—2, шейная и подчелюстная—5. В ранних стадиях болезни, когда в процесс захвачена одна или несколько лимфоузлов, обычно не бывает ни одного выраженного клинического симптома, который направил бы мысль в сторону лимфогрануломатоза. Роль ранней диагностики имеет большое значение, так как операции подлежат лишь ранние локальные формы лимфогрануломатоза, дающего наиболее благоприятные результаты.

Наряду с другими клиническими методами исследования, в клинике с 1958 г. пользовались методом пункционным и цитологическим. Пунктаты исследовались как макроскопически, так и микроскопически. Полученные данные почти всегда помогали правильной постановке диагноза. За последние годы нами применяется лимфография (контрастное рентгенисследование) опухолей лимфоузлов, имеющая определенное значение для дифференциальной диагностики в патологии лимфатической системы.

Лимфографией часто определялись границы опухолевого образования, которые необходимы для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Хирургическое вмешательство в некоторых случаях является радикальным. Это доказывается нашими данными (безрецидивное послеоперационное течение 4—5 и более лет).

Большинство наших больных в начальных стадиях заболевания лечилось у поликлинических врачей, часто от туберкулезного лимфаденита и после безуспешного лечения было направлено к нам.

Мы наблюдали одного больного, который около одного года лечился в детском противотуберкулезном санатории от туберкулезного лимфо-

аденита. Только безрезультатное лечение заставило врачей направить больного в институт с диагнозом «опухоль шеи». Операция со срочной биопсией подтвердила диагноз локальной формы лимфогранулематоза.

В настоящее время основным методом лечения лимфогранулематоза является рентгенотерапия и химиотерапия. По данным Ф. В. Курдыбайло, после рентгенотерапии из 20 больных свыше 3 лет жили только двое и то при локальной форме. Подобные данные получены и от химиотерапии.

Исходя из вышеизложенного, мы считаем необходимым при локальных формах проводить рентгенотерапию и химиотерапию после удаления локального очага. В некоторых случаях не бывает необходимости для рентгенотерапии, так как после радикальной операции местных рецидивов не бывает.

Обобщая наши данные, мы считаем, что при локальных формах лимфогранулематоза более эффективно хирургическое вмешательство; только рентгенотерапия или химиотерапия даже в лучшем случае дают поллиативный эффект.

К такому же выводу пришли и клиницисты Куфнау (Küfnau), П. А. Герцен, Г. А. Рейнберг, С. В. Гейнац, Митон (Miton), Рафаел (Rafael). Локализация процесса и степень его распространения решают вопрос возможности и целесообразности хирургического лечения, как и при злокачественных новообразованиях.

С. В. Гейнац отмечает, что в настоящее время операция при лимфогранулематозе не является стимулом к генерализации и ухудшению процесса.

Наш оперативный материал и многочисленные расширенные биопсии также доказывают, что хирургическое вмешательство при лимфогранулематозе не является стимулом к генерализации процесса, как высказывались некоторые авторы (Билорт и Винивартер).

Есть авторы, предлагающие оперативное вмешательство даже при генерализованных формах лимфогранулематоза, когда противопоказаны рентгено- и химиотерапия (М. И. Литкин).

Иетс (Iates) считает, что удалением пораженных лимфоузлов при лимфогранулематозе в организме вызывается компенсаторная лимфоидная гиперплазия и улучшается общее состояние организма. Если вспомним, что местная стадия в дальнейшем распространяется на другие участки тела, причем всякая терапия является паллиативной, операция начальных стадий напрашивается сама собой (З. В. Манкин). Наиболее целесообразно оперировать на шее и в подмышечной области, где и часто встречается этот процесс; здесь он бывает более ограниченным, чем в других областях тела. Нельзя согласиться с С. В. Гейнацем, что на шее и подмышечной области нельзя оперировать радикально. Из 52 наших больных у 47 радикальные операции были произведены по поводу шейного и подмышечного лимфогранулематоза.

Некоторым больным, у которых конгломераты лимфоузлов были неподвижные или ограниченно подвижные, были назначены химиотера-

певтические препараты, с помощью которых образования уменьшались и хирургическое удаление их сделалось возможным.

Предоперационная рентгенотерапия не желательна, поскольку она вызывает склероз и фиброз тканей. Об этом говорят два случая операции после рентгенотерапии, где мы встретились с затруднениями при удалении шейных и подключичных лимфоузлов.

Операции нами производились под местным обезболиванием, за исключением двух детей, которым был дан эфир-кислородный наркоз. Разрезы для удаления шейных лимфоузлов произведены по возможности с учетом косметики, а оставленный дренаж удалялся на второй день. Подмышечные лимфоузлы большей частью удалялись разрезом по наружному краю большой грудной мышцы. Этот разрез дает хороший доступ в подмышечную и в области большой и малой грудных мышц. Этим разрезом получили хороший доступ и легко удавалось удалять подмышечные лимфоузлы, расположенные под большой и малой грудными мышцами. Дренаж был оставлен в дополнительном разрезе по задней или средней подмышечной линии, создающем хороший отток из рановой полости. Заживление послеоперационных ран почти всегда было первичным натяжением, за исключением 2 больных, у которых имела лимфорея и частичное нагноение раны.

20 больных в послеоперационном периоде получали химиотерапию, а 19—рентгенотерапию.

Данные отдельных результатов приводятся в табл. 1.

Таблица 1

Р е м и с с и и					
до 1 года	до 2 лет	до 3 лет	до 5 лет	5 лет и выше	Всего
16	21	9	4	2	52

Все удаленные лимфоузлы исследованы гистологически, расхождение между гистологическими и клинико-пункционным диагнозом не отмечалось.

Больная С. М., 22 года (ист. бол. № 592—1959 г.), поступила в хирургическое отделение Института рентгенологии и онкологии с диагнозом: опухоль правой подмышечной области с жалобами на наличие опухолевого образования в правой подмышечной области. Обнаружена опухоль в правой подмышечной области. Получила 130 г стрептомицина, но состояние оставалось без изменения. Опухолевое образование постепенно увеличивалось и превратилось в конгломерат, и через 4 года после начала заболевания больная направлена в Республиканский онкологический диспансер для консультации.

Со стороны внутренних органов изменений не выявлено, кровь и моча без особенностей, увеличенных лимфоузлов в других областях организма не обнаружено. В правой подмышечной области прощупывается опухоль величиной с кулак, границы которой спереди сливаются с молочной железой. Опухоль эластичной консистенции, ограничено подвижная. Кожа в этой области без изменений.

17/II—59 г. произведена операция под местной инфильтрационной анестезией разрезом по передней подмышечной линии длиной 7—8 см, вскрыта подмышечная область, удален конгломерат лимфоузлов вместе с окружающей жировой клетчаткой. Рана зажила первичным натяжением. Больная получила 40 мг допана после операции, а спустя год, еще один курс допана (30 мг) и рентгенотерапию. Больная по сей день здорова и работает.

В ы в о д ы

1. Лимфогранулематоз в начальных стадиях проявляется местным увеличением лимфоузлов, в частности в шейной, подчелюстной и подмышечной области, доступных для хирургического удаления.

2. Хирургическое вмешательство при локальных поражениях продлевает ремиссии, особенно тогда, когда оно сочетается с химиотерапией или рентгенотерапией.

3. Хирургическое вмешательство при лимфогранулематозе не ускоряет опухолевого роста, и послеоперационные раны заживают без осложнений.

4. Неподвижные конгломераты химиотерапия превращает в подвижные и удалимые.

5. Разрез по переднему краю большой грудной мышцы обеспечивает хороший доступ для удаления подмышечных и подключичных конгломератов лимфоузлов.

Хирургическое отделение
Института рентгенологии
и онкологии АрмССР

Поступило 13.X 1962 г.

Մ. Խ. ՀԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԼԻՄՖՈԳՐԱՆՈՒԼՈՄԱՏՈԶԻ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿ ԶԵՎԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակը զբաղվել է լիմֆոգրանուլոմատոզի սահմանափակ ձևերի վիրաբուժության հարցերով:

Լիմֆոգրանուլոմատոզի սկզբնական շրջանում վիրաբուժական միջամտությունը կարող է տալ արմատական բուժման հնարավորություններ, հատկապես պարանոցային և անոթային ախտահարումների ժամանակ:

Հեղինակը անոթային ավշահանգույցների հետ մեկտեղ իր առաջարկած կտրվածքով (առաջային աքսիլար գծով) հեշտությամբ հեռացնում է նաև ստորանրակային ավշահանգույցները, որն ավելի է մեծացնում արմատական բուժման հնարավորությունները: 52 հիվանդների վիրաբուժական բուժումից ստացած արդյունքները գոհացուցիչ են, ռեմիսիան տևել է 2—3, որոշ դեպքերում մինչև 5 տարի: Առաջարկվում է լիմֆոգրանուլոմատոզի սկզբնական շրջանում հեռացնել վիրաբուժական եղանակով և բուժումը շարունակել ռենտգեն կամ քիմիոթերապևտիկ միջոցներով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гейнац С. В. Лимфогрануломатоз Пальтауф-Штернберга и его хирургическое лечение. Вестник хирургии и погр. областей, 1930, XXI, 62—63.
2. Герцен П. А. Юбилейный сборник П. А. Герцена. 1924 г.
3. Курдыбайло Ф. В. Лимфогрануломатоз, М., 1961 г.
4. Литкин М. И. Об оперативном лечении больных лимфогрануломатозом желудка. Сов. мед., 1954 г., 2.
5. Манкин З. В. Лимфогрануломатоз, М., 1938 г.
6. Успенский А. Е. Лимфогрануломатоз, М., 1958 г.
7. Писарева Т. А. Лимфогрануломатоз Пальтауф-Штернберга и его значение в хирургической практике. Новый хирург. архив, 1928, т. 15, кн. 1, 57.
8. Рейнберг Г. А. Юбилейный сборник П. А. Герцена. 1924 г.
9. Рейнберг Г. А. О лимфогрануломатозе. В кн.: 1-й сборник работ пропед. хирург. клиники Московск. гос. ун-та и Института для лечения опухолей. М., 1924 г.
10. Bernard I., Ossipovski B. La traitement chirurgical de la maladie de Hodgkin (sem bör Paris, 1949), 25, 3503—3508.
11. Wan-der-Werf I. Hong Remissions in Hodgkins disease Acta radiol, 1950, 33, 1, 31—40.
12. Gilbert P. Radiotherapie de la granulomotose malige. Reflexions sur 155 Cases. (I. radiol. et electol. 1953, 34, 9—10, 688—692.