ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

IX, № 6, 1969

Журн. экспер. и клинич. медицины

УДК 616.33—006.44

С. А. МАЗМАНЯН, Г. А. ДАНИЕЛЯН, Ш. А. ПАПАЗЯН, М. Г. БАГДАСАРЯН

СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКИ РАСПОЗНАННОГО ПЕРВИЧНОГО ИЗОЛИРОВАННОГО ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА ЖЕЛУДКА

В дифференциальной диагностике опухолей желудка определенное место должно принадлежать первично-изолированному лимфогранулематозу.

Учащение случаев заболевания и определенные трудности прижизненной диагностики требуют большего внимания к данной локализации, тем более что радикальное оперативное вмешательство, предпринятое на раннем этапе, является методом выбора, гарантирующим иногда долгие годы практического излечения.

С этой точки зрения публикуемый случай представляет определенный интерес.

Больная А. К., 53 года. Поступила в хирургическое отделение Армянского института рентгенологии и онкологии 3/XII 67 г. с жалобами на чувство тяжести, вздутие, постоянные тупые боли в эпигастральной области, усиливающиеся после еды, тошноту, рвоту, плохой аппетит, поносы, сменяющиеся запорами, дегтеобразный стул, высокую температуру, резкую потливость, общую слабость и похудание.

В течение года у больной отмечались суставные боли, периодическое повышение температуры, чувство тяжести в подложечной области после еды. В августе месяце появились боли в эпигастрии, ухудшился аппетит, температура стала постоянной и сопровождалась резкой потливостью, а еще через месяц началось желудочное кровотечение, стул стал дегтеобразным, появилась тошнота, рвота, прогрессировали общая слабость, похудание. В одной из хирургических клиник города, куда она была доставлена с диагнозом: кровоточащая язва желудка, повторные анализы крови выявили выраженную анемию, лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, лимфопению и высокое РОЭ, а рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта показало наличие дефекта наполнения, что дало основание предположить экзофитную бластому желудка. Многократные переливания крови, применение гемостатических средств и антибиотиков не изменили состояния больной: температура достигала 39,1°, желудочные кровотечения продолжались, анемия нарастала. С диагнозом рак желудка больная была переведена в онкологический стационар.

Объективно: резкая бледность кожи и видимых слизистых. Кожа чистая, несколько суховатая, питание удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не прощупываются, органы грудной клетки в пределах возрастных изменений. Артериальное давление—115/65, пульс—82 уд. в минуту. Живот мягкий, равномерно участвует в акте дыхания. Печень и селезенка не прощупываются. В эпигастральной области определяется болезненная подвижная опухоль без четких контуров. Стул дегтеобразный. Анализ крови: Нв—30 ед.—5 г%, эрит.—2 000 000, лейк.—8400, б.—1%, палочко-ядер.—7%, сегм.—67%, лимф.—16%, м.—9%, РОЭ—67 мм/ч, анизоцитоз, пойкилоцитоз, олигохромазия. Желудочный сок: 62—20—38. Клинически установлен лимфогранулематоз желудка. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: пищевод в норме; складки слизистой желудка в среднем отделе отсутствуют; там же

определяется большой дефект наполнения неправильно округлой формы. Подвижность желудка несколько ограничена; перистальтика ослаблена; эвакуация замедленная. Луковица 12-перстной кишки в норме. Через 24 ч. неравномерное заполнение толстой кишки. Заключение: рак желудка (злокачественный полип), не исключается лимфогранулематоз желудка (рис. 1).

Рис. 1. Большой дефект наполнения неправильно округлой формы в области тела желудка. Контуры его по малой и большой кривизнам неровные. Складки слизистой отсутствуют.

20/XII—67 г. произведена операция. При вскрытии брюшной полости в области тела желудка обнаружена опухоль; желудок слегка припаян к печени. Произведена резекция 3/4 желудка с большим сальником. Ревизия брюшной полости и других органов изменений не выявила. Послеоперационное течение гладкое. Уже на вторые сутки после операции температура спала. Больная выписана из стационара 5/I—1967 г. в удовлетворительном состоянии и находится под нашим наблюдением. Макропрепарат представлен резецированной частью желудка длиной 19 см по большой кривизне вместе с большим сальником. В сальнике обнаружены небольшие увеличенные лимфоузлы. В области тела желудка на задней стенке его располагается грибовидной формы опухоль диаметром 6 см с широким основанием и гладкой поверхностью плотноватой консистенции. Складки слизистой дистальнее опухоли совершенно отсутствуют (рис. 2).

Микроскопическое исследование: полипозное образование расположено в слизистой (рис. 3). Последняя сохранилась лишь у основания ножки, на остальном протяжении слизистая разрушена. Соединительнотканная основа инфильтрирована грануляционной тканью, состоящей из ретикуло-эндотелиальных клеток с наличием единичных гигантских клеток, а также из эозинофилов, лимфоцитов, плазмоцитов, эпите-

Рис. 2. Грибовидной формы опухоль, расположенная на задней стенке тела желудка.

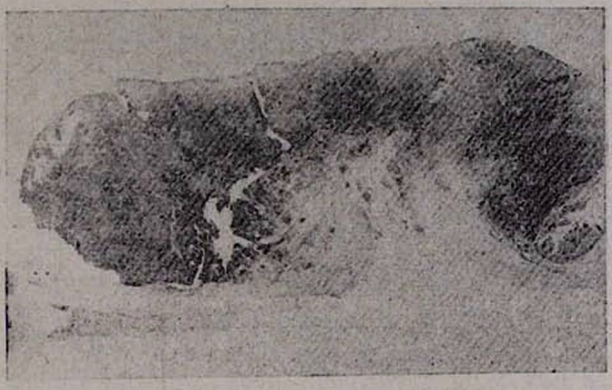

Рис. 3. Полипозное образование в слизистой желудка (лупное увеличение).

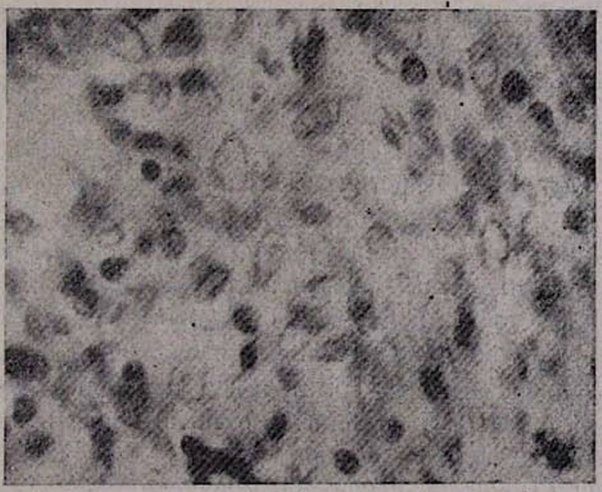

Рис. 4. Полиморфный клеточный состав лимфогранулемы, включающий в себя большое количество плазматических, лимфоидных, эпителиоидных и ретикуло-эндотелиальных клеток.

лиодиных клеток и фибробластов (рис. 4). Заключение: грануломатозный полип; гиперплазия лимфоузла. Не исключается лимфогранулематоз.

Клинико-рентгенологически дифференциальная диагностика в данном наблюдении прежде всего должна была проводиться в направлении исключения рака и полипа. Местные признаки—боли в эпигастрии, тошнота, рвота, упорные желудочные кровотечения, прощупываемая опухоль, вполне укладывались в симптоматику рака. Совокупность же общих признаков—высокая с большими колебаниями температура, приближающаяся к волнообразной, профузные поты, резкая общая слабость, изменения картины крови в динамическом исследовании, оказалась решающей для исключения рака, ибо в подобном комплексе они совершенно не характеризуют данное заболевание. Лихорадку мы считаем одним из характерных симптомов при лимфогранулематозе желудочно-кишечного тракта (рис. 5). Как по литературным данным, так и

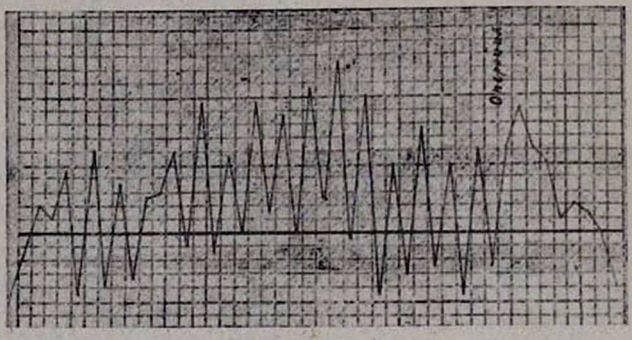

Рис. 5. Температурная кривая больной А. К.

собственным наблюдениям, это третий по частоте признак в симптоматической таблице. Температурная реакция по типу самая разнообразная, может наблюдаться на самой ранней или терминальной стадиях заболевания, совпадает с обострениями или манифестирует осложнения. В наблюдениях с острым началом озноб, повышение температуры и проливные поты могут явиться первыми симптомами болезни. Лихорадке и характеру ее мы придаем чрезвычайно большое значение в дифференциальной диагностике и, в первую очередь, со злокачественными новообразованиями.

В последние годы в литературе встречаются указания на возможность существования так называемого «фебрильного» рака желудка [1, 2, 4, 5], при котором, по мнению большинства авторов, температура является результатом присоединившейся вторичной инфекции и распада опухоли. При лимфогранулематозе же лихорадка должна рассматриваться как первичный и основной симптом, связанный с самой сущностью патологического процесса.

Следующий признак, которым мы руководствовались в дифференциальной диагностике,— это изменение картины крови, отличающееся

большой типичностью для данной локализации лимфогранулематоза: анемия, умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до палочкоядерных, лимфопения и высокое РОЭ.

Определенные диагностические трудности представляла микроскопическая картина описанного случая в дифференциации с так называемым гранулематозным полипом. В отечественной литературе первое и, пожалуй, единственное сообщение относительно данной нозологической единицы относится к 1957 г. и принадлежит Н. М. Смирнову [3] (21 наблюдение по материалам Ленинградского онкологического института). Микроскопически гранулематозные полипы характеризуются полиморфным клеточным составом из лимфоцитов, плазматических клеток и особенно большого количества эозинофилов, а также наличием фибробластов и волокнистой соединительной ткани, типичным для воспалительной грануляционной ткани. Такого рода картина лишь приближенно напоминает гистоструктуру лимфогранулематоза с учетом одной весьма существенной детали—отсутствия ретикулярных (ретикуло-эндотелиальных) клеток, являющихся обязательным и существенным составным элементом специфической гранулемы. В динамике же сходство лимфогранулематозных разрастаний с грануляционной тканью гранулематозных полипов вовсе исчезает—последние вызревают в зрелые полипы с преобладанием фибробластов и волокнистой ткани. Таким образом, гистологическое сходство частностей не означает еще нозологической идентичности в целом [6].

Существенной отличительной чертой гранулематозных полипов является их свойство располагаться исключительно в непосредственной близости от пилорического жома. По форме они весьма разнообразны, располагаются на слизистой, чаще имеют широкое основание, сравнительно небольшие размеры (высота—от 0,4 до 2 см, диаметр головки—0,5—1,4 см), плотные, покрыты слизистой, иногда эрозированной или изъязвленной. Клинически гранулематозные полипы характеризуются болями в подложечной области, диспептическими расстройствами, анемией и отсутствием свободной соляной кислоты в желудочном соке у большинства больных, а патогенетически трактуются как своеобразная форма очагового воспаления слизистой желудка неустановленной природы. Указаний на возможность их малигнизации в литературе не имеется.

Клиническая картина в наблюдаемом нами случае характеризуется множеством тяжелых симптомов, несвойственных гранулематозным полипам, патогенетически рассматриваемым как очаговое воспаление.

Интерес приведенного наблюдения заключается, на наш взгляд, в том, что заболевание было правильно распознано клинически и на той стадии, когда радикальная операция оказалась вполне возможной.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 22/I 1968 г.

Ս. Ա. ՄԱԶՄԱՆՅԱՆ, Հ. Ա. ԴԱՆԻԵԼՅԱՆ, Շ. Հ. ՓԱՓԱԶՅԱՆ, Մ. Գ. ԲԱՂԴԱՍԱՐՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՄԵԿՈՒՍԱՑՎԱԾ ԼԻՄՖՈԳՐԱՆՈՒԼՈՄԱՏՈԶԻ ԿԼԻՆԻԿՈՐԵՆ ԱԽՏՈՐՈՇՎԱԾ ԴԵՊՔ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Հեղինակները նկարագրում են կլինիկորեն ախտորոշված, հեռացված պատրաստուկի միկրոսկոպիկ քննությամբ հաստատված, ստամոքսի առաջնային մեկուսացված լիմֆոգրանուլոմատոզի մեկ դեպք։ Նկարագրված հետազոտությունը հետաքրքրություն է ներկայացնում այն տեսակետից, որ հիվանդությունն ախտորոշվել է կլինիկորեն և ախտորոշվել է այն փուլում, երբ հնարավոր էր ռադիկալ վիրահատություն կատարել։

ЛИТЕРАТУРА

1. *Василенко В. Х.* Вестник АМН СССР, 1965, 12, стр. 7.
2. *Рейнберг С. А.* Рентгенологическое распознавание рака желудка. М., 1952.
3. *Смирнов Н. М.* Вопросы онкологии, 1957, III, 3, стр. 304.
4. *Скорбунова А. Н.* Злокачественные опухоли, т. II. М., 1952.
5. *Холодин С. А.* Злокачественные опухоли, т. II. М., 1952.
6. *Штерн Р. Д.* Архив патологии, 1960, XXII, 10, стр. 3.