

Э. С. ГАЗАРЯН

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПОРАЖЕНИЯ
ПРИ ЛИМФОГРУНУЛЕМАТОЗЕ

Лечение 350 больных с различными стадиями, формами и течением лимфогранулематоза показало, что кожные проявления и поражения заболевания наблюдаются редко. Это дало основание описать наблюдаемые нами 9 случаев как явно нозологические формы кожного проявления и поражения заболевания.

Лимфогранулематоз—системное заболевание лимфатического аппарата. При лимфогранулематозе поражаются не только периферические и глублежащие лимфатические узлы, но и внутренние органы—селезенка, печень, желудок, тонкий кишечник и др. Описаны редкие случаи поражения лимфогранулематозом грудного протока, предстательной железы, грыжевого мешка, мышц, семенного канатика, мочеточника, мочевого пузыря и др. [8, 10, 13—15, 17, 18]. Следовательно, в патологический процесс при лимфогранулематозе вовлекаются почти все органы и ткани, однако с различной частотой.

Лимфогранулематозом поражается также и кожа, как первично, так и вторично, с вовлечением в лимфогранулематозный процесс *Per Continuetatem*. В отечественной и зарубежной литературе описаны случаи поражения кожи и слизистых оболочек [1, 3, 5, 6, 9, 19].

Первичное поражение кожи лимфогранулематозом у детей редкое явление. По данным Э. П. Чижова и В. А. Архиреева [11], в мировой литературе описано лишь 100 таких наблюдений.

Из кожных проявлений лимфогранулематоза следует отметить нередко наблюдающийся у больных зуд различной интенсивности. Зуд кожи является одним из основных и ранних признаков, который в течение 1—3, а иногда и более месяцев предшествует заболеванию. Этот признак часто приписывается нервному фактору, особенно в старческом или пожилом возрасте.

В литературе описаны различные поражения кожи при лимфогранулематозе [4, 7, 19, 20].

Из 350 больных с различными стадиями, формами и течением лимфогранулематоза, леченных и наблюдаемых нами, кожные поражения (специфические и неспецифические) были выявлены у 55. Зуд кожи наблюдался у 36 во второй гистологической стадии заболевания, когда преобладают явления пролиферации, полиморфизма клеток.

На нашем материале зуд кожи наблюдался значительно реже (10,2%), чем указывается в литературе. Этот признак сопровождал за-

болевание до появления других первичных признаков (у 19), либо наблюдался в разгаре заболевания (у 17). Следует отметить, что все наши больные страдали хронической формой лимфогранулематоза с медленным, умеренным и быстрым течением заболевания. Зуд кожи является результатом лимфогранулематозной интоксикации и точно указывает на непосредственную связь с основным заболеванием, а также является прогностическим признаком. После успешного специфического лечения зуд кожи устраняется, а при рецидивах вновь появляется. У 10 из 55 больных наблюдался отрубевидный лишай.

Повышенное потовыделение, также наблюдаемое при лимфогранулематозе, в наших наблюдениях выявлено редко. Гипергидроз наблюдается в основном во второй гистологической стадии заболевания, когда в лимфатической системе превалирует картина воспаления, сопровождающаяся клинически температурной реакцией, умеренно выраженным нейтрофильным лейкоцитозом, лимфоцитопенией, ускоренной РОЭ и др. На влажной коже быстро размножаются грибки *microspuria phurphur*. После проведенного лечения на коже остается коричневая пигментация. Такое явление наблюдается не только при лимфогранулематозе, но и при туберкулезе, лейкозах и других заболеваниях, сопровождающихся повышенным потовыделением.

Помимо зуда кожи и отрубевидного лишая, явно нозологические формы кожных проявлений мы наблюдали у 9 из 350 больных (2,5%). Кореподобная, розеолезная сыпь наблюдалась у трех больных в возрасте 12—14 лет, находящихся во второй и второй с переходом в третью стадиях заболевания. Эта сыпь наблюдалась у больных до начала специфического лечения и является, очевидно, результатом капилляротоксикоза лимфогранулематозного происхождения. После специфического лечения сыпь прошла бесследно путем обильного шелушения.

Петехиальная сыпь наблюдалась у трех больных, из них у двух в возрасте 10 и 12 лет. Сыпью покрывалось все тело, кроме кожи лица.

Наличие петехиальной сыпи у этих трех больных до начала специфического лечения следует объяснить понижением свертываемости крови, протромбинового индекса, тромбоцитопенией. После специфического лечения у двух больных петехиальная сыпь прошла, а один ребенок экзистировал после второго поступления по поводу рецидива заболевания. Ограниченная эксеродермия наблюдалась у двух больных в возрасте 56 и 67 лет, у одного на ладони, а у другого на обеих кистях. Буллезную сыпь в виде пемфигуса наблюдали у одного ребенка 4 лет.

Первичного поражения кожи лимфогранулематозом нами не наблюдалось. Изъязвление кожи при лимфогранулематозе было вторичного порядка, т. е. с переходом на кожу при лимфогранулематозе лимфатических узлов груди, подмышечной впадины, и то только у одного ребенка в возрасте 14 лет.

Приводим наблюдаемые нами у больных лимфогранулематозом отдельные нозологические формы кожных проявлений и поражений.

Больной Б. П. К., 4 лет (и. б. 655/64). Жалобы на наличие опухолевых образований на шее слева и в левой подмышечной впадине. Год тому назад родители заметили узелок на шее слева, медленно увеличивающийся в размерах и не причиняющий боль. Спустя три месяца возле основного узла и в левой подмышечной впадине появились новые узелки, увеличивающиеся в размерах и безболезненные (рис. 1а).

Объективно: на шее слева и в левой подмышечной впадине имеются большие конгломераты лимфатических узлов размером $8 \times 6 \times 3$, $6 \times 5 \times 4$ см, плотной консистенции, тугоподвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. Увеличены лимфатические узлы и в паховых областях. Температура нормальная.

Больной подвергся хирургическому удалению шейного пакета лимфатических узлов. На второй день после операции по всему телу распространилась сплошная сыпь петехиального характера, на фоне которой появилось множество мелких булл. Отекли нижние конечности, мошонка, кожа лица, губ. Дерматолог установил вульгарный пемфигус (рис. 1б).

Начато лечение допаном суммарной дозой 20 мг. Остальные лимфатические узлы подверглись полной регрессии. Наступило обильное шелушение кожи. Отшел отек, и состояние больного резко улучшилось. Больной встал на ноги (рис. 1в). Ремиссия длилась год и 2 месяца.

Больной К. Г. Т., 10 лет (и. б. 296/60). Жалобы на наличие опухолевого образования на шее слева. За 4 месяца до поступления в стационар заметил маленький безболезненный узелок на шее, постепенно увеличивающийся в размерах. Лечился антибиотиками без результата.

Объективно: на шее слева пакет лимфатических узлов размером 6×4 см, состоящий из мелких узелков, неспаивающихся между собой, подвижных, безболезненных, эластической консистенции. Кожа над ним не изменена. Температура нормальная. Кровь: умеренно выраженная эозинофилия (8%), РОЭ—26 мм.

Лечение: хирургическое удаление шейного пакета лимфатических узлов с последующим пероральным введением допана суммарной дозой 36 мг. К концу лечения количество эозинофилов достигло 15%. Несмотря на это ремиссия длилась 3 г. и 4 месяца. Вторично больной поступил с жалобами на наличие обильной сыпи на теле и появление новых узелков на шее и в подмышечных впадинах, затрудненное дыхание и боль в груди.

Заключение: рецидив с генерализацией лимфогранулематозного процесса (с поражением периферических, медиастинальных лимфатических узлов и обильной петехиальной сыпью по всему телу (рис. 1 г, д).

Больной получил второй курс лечения также допаном (40 мг). Сыпь прошла. Периферические лимфатические узлы подверглись регрессии, а медиастинальные уменьшились частично, что привело к необходимости прибегнуть к последующей лучевой терапии. Ремиссия длилась год.

Цитология: лимфогранулематоз II стадии с наличием клеток Березовского—Штернберга (рис. 1е).

Больной С. С. В., 14 лет (и. б. 61/58). Жалобы на наличие опухолевых образований на шее с обеих сторон и язвенные поверхности на груди. Болеет 2 г. Начало заболевания связано с появлением на шее узелков сначала справа, а затем слева, медленно увеличивающихся в размерах и причиняющих боль. В течение первого года заболевания лечился по поводу туберкулезного лимфаденита, но заметного улучшения не наблюдал. Изъязвления на указанных опухолевых образованиях появились на груди и в подмышечной области справа спустя еще 6 месяцев. Больной поступил с подозрением на саркому лимфатических узлов.

Объективно: температура нормальная, покровы бледные. На шее с обеих сторон конгломераты лимфатических узлов размером $8 \times 6 \times 3$ см, плотной консистенции, тугоподвижные, чувствительные на ощупь. На груди и в подмышечной впадине справа опухоль размером 20×15 см, изъязвленные поверхности кожи красновато-синеватого оттенка со скудными желтовато-красноватыми выделениями (рис. 1з).

Цитология лимфатического узла: лимфогранулематоз II стадии (рис. 1и).

Клинический диагноз: хронический лимфогранулематоз с медленным течением с поражением шейных, подмышечных, грудных лимфатических узлов с переходом на кожу с последующим изъязвлением.

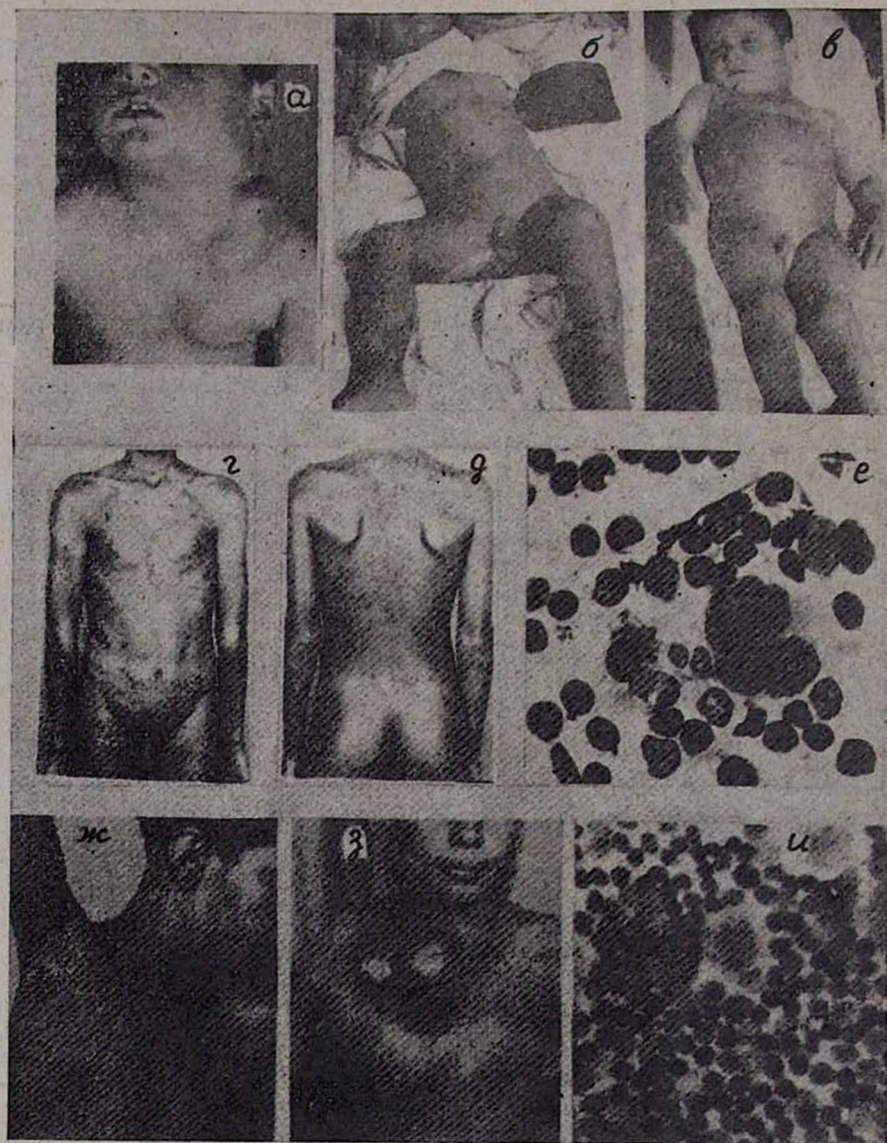


Рис. 1.

В связи с обширностью поражения начато лечение новоэмбихином (118 мг). Лечебный эффект оказался частичным. Перешли непосредственно к тримитану (эмбихин-4). Начиная со второго введения по 5 мг, лимфатические узлы на шее стали быстро уменьшаться в размерах, а язвенные поверхности—по периферии. Появилась грануляционная ткань, и наступила эпителизация. После введения 35 мг тримитана язвенные поверхности на груди и в подмышечной области справа зажили и осталась только коричневая пигментация (рис. 1 ж).

Из описанного следует, что редкие и единичные по отдельным формам кожные проявления при различных стадиях и течениях лимфогранулематоза следует признать совпадением, а не закономерным явлением, возможно, не имеющим тесной связи с заболеванием.

Следует учесть также, что в связи с резким улушением благосостояния народа значительно меняется внутренняя ореды организма. Повышается функция защитных приспособлений организма, реагирующих на экзогенные и эндогенные вредные агенты. В связи с этим меняется также и облик заболевания. Кроме того, имеет немаловажное значение также повышение онкологической настороженности в результате систематически проводимой широкой санитарно-просветительной работы ореды населения.

В связи со снижением иммунобиологических сил организма в отдельных случаях наступает анергическое состояние, а при повышенной реактивности нервной системы—аллергические реакции со стороны кожи.

Кожные проявления или поражения при лимфогранулематозе наблюдаются в основном у детей, у которых лимфатическая система обильно развита, лабильна и быстро реагирует на эндогенные раздражители.

Армянский институт
рентгенологии и онкологии

Поступила 17/VII 1973 г.

Է. Ս. ՂԱԶԱՐՅԱՆ

ՄԱՇԿԱՅԻՆ ԵՐԵՎՈՒՅՔՆԵՐԸ ՈՒ ԱՆՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԼԻՄՖՈԳՐԱՆՈՒԼԵՄԱՏՈԶԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Մեր ստացիրոնար ու դիսպանսեր հսկողության ու բուժման ներքո գտնվել են 350 հիվանդ, որոնք տառապել են լիմֆոգրանուլատոզի տարբեր ստադիաներով: Դրանցից միայն ինն հիվանդի մոտ դիտվել են մաշկային երևույթներ, և ախտահարում, որոնք համարվում են առանձին նոզոլոգիական միավորներ: Դեղքերի ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ լիմֆոգրանուլատոզի տարբեր ստադիաներում եզակի դիտվող մաշկային երևույթները և ախտահարումը պետք է համարել ավելի շուտ համընկնում, քան օրինաչափ երևույթ:

Կապված մեր հասարակության կենսական միջոցների լավացման հետ զգալիորեն փոխվում է օրգանիզմի ներքին միջավայրը, բարձրանում է ինքնապաշտպանության ուժերը, պաշտպանողական հարմարանքների ֆունկցիան, դրան զուգընթաց փոխվում է նաև հիվանդության դիմագիծը: Բացի այդ, պարբերաբար տարվում են սանիտարա-լուսավորական աշխատանքներ, որոնք բարձրացնում են ազգաբնակչության օնոլոգիական զգոնությունը ժամանակին դիմելու բժշկական օգնության: Լիմֆոգրանուլատոզի ժամանակ մաշկային երևույթները և ախտահարումը դիտվել են զլխավորապես երեխաների մոտ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Бережкова Р. В.* Сборник научн. работ Ярославского мед. института. Ярославль, 1957, стр. 41.
2. *Гвоздков А. В.* Клиническая медицина, 1962, 40, 6, стр. 79.
3. *Зильбергольц М. Л., Каплунова С. А.* Вестник венерологии и дерматологии, 1950, 4, стр. 45.
4. *Каламкярян А. А.* Советская медицина, 1970, 10, стр. 138.
5. *Капун М. С.* Вестник венерологии и дерматологии, 1939, 6, стр. 52.
6. *Кондратьев Г. Г., Виноградов С. А.* Вестник венерологии и дерматологии, 1955, 4, стр. 47.
7. *Крандель И. С.* Вестник венерологии и дерматологии, 1931, 6—7, стр. 64.
8. *Малова М. Н., Шалевич М. А.* Научные труды Московской гор. клинической б-цы. в. I. М., 1961, стр. 355.
9. *Махонина М. С.* Клиническая медицина, 1961, 39, 4, стр. 139.
10. *Нестеров Е. Н., Черняев Э. А.* Новый хирургический архив, 1957, 2, стр. 79.
11. *Чижова Э. П., Архиреева В. А.* Педиатрия, 1959, 11, стр. 64.
12. *Шейнбаум Э. Я.* Клиническая медицина, 32, 7, 1954, стр. 72.
13. *Benda.* Zbl. Pathol., 1904, VII, 131.
14. *Cattaneo A.* Minerva med., 1958, 49, 90, 4183.
15. *Fischer W. D.* Ztschr. f. chir., 1926, 12, 197, 242.
16. *Fasio M., Calciati A., Depaoli M.* Minerva dermatol., 1962, 37, 8, 259.
17. *Krabbe K. H.* In: Papers dedicated to dr. P. Iversen on his 60-th. birthday. Copenhagen, 1949, 20, 193.
18. *Markonis I. T.* Journ. Urology, 1959, 81, 2, 275.
19. *Müller E., Hilscher W. M.* Zbl. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anat., 1954, 92, 331.
20. *Nanta A.* Stranburg méd., 1935, 19, 20. Z. arg. f. d. g. chir., 37, 3.
21. *Planner.* Zbl. Hautkrankheit., 1935, 25, 64.