

УДК 616.155.194.9—07

М. Х. АИРАПЕТЯН, Г. В. ДАБАЕВА

ДЛИТЕЛЬНЫЕ РЕМИССИИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ

Результаты наблюдений над 131 больным показали, что именно комплексная диагностика локальных форм лимфогранулематоза с применением современных методов исследований позволяет выявить заболевание в ранней стадии.

Выработан определенная схема лечения больных локальной лимфогранулемой. В ранних стадиях заболевания рекомендуется хирургическое вмешательство в сочетании с химио- и лучевой терапией. В дальнейшем проводится диспансерное наблюдение и поддерживающее, противорецидивное лечение, которое нередко обеспечивает длительные ремиссии до 10—15 и более лет с восстановлением трудоспособности.

Рост заболеваемости лимфогранулематозом указывает на особую важность этой патологии для практической медицины. За последние годы как в отечественной, так и зарубежной литературе появляются новые воззрения на этиопатогенез лимфогранулематоза, разрабатываются и внедряются в практику комплексные диагностические методы обследования.

Применяемые комплексные исследования, в частности, специальные рентгенологические исследования (ангиография, лимфография, лимфаденография), радиоизотопные и другие методы изменили имеющиеся представления о закономерностях возникновения и распространения как лимфогранулематоза, так и гемобластозов. Исследования ряда авторов, в том числе и наши наблюдения, показывают, что в большинстве случаев лимфогранулематоз первоначально возникает в узлах шейного лимфатического аппарата [3, 5, 7—12]. Локальное шейное поражение с длительной динамикой заболевания протекает относительно благоприятно. Отдаленные результаты при применении комплексного лечения весьма обнадеживающие. Больные живут 6—8, а иногда и 17—18 лет.

Наши наблюдения позволяют считать лимфогранулематоз злокачественным опухолевым процессом. С клинической точки зрения, между лимфогранулематозом и истинно злокачественными опухолевыми образованиями много общего. Учет местного проявления патологического процесса на фоне отсутствия общих симптомов заболевания вынуждает пересмотреть и методы лечения лимфогранулематоза [1—4, 8, 10]. Технический прогресс лечебных методов, четкая диспансеризация и регистр злокачественных опухолей за последние десятилетия намного улучшили показатели отдаленных результатов лече-

ния. В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить результаты комплексного лечения лимфогранулематоза в свете длительной диспансеризации и реабилитации.

За период с 1966 по 1976 г. в Институт рентгенологии и онкологии, а также на клиническую базу кафедры онкологии ЕрМИ были направлены 996 больных с подозрением на лимфогранулематоз. Диагноз был подтвержден у 346 (34,15%), у остальных 650 больных были установлены различные патологические процессы в лимфатических узлах и других анатомических образованиях шеи.

Из 346 больных лимфогранулематозом у 131 (37,8%) имело место локальное поражение шейных, подчелюстных, надключичных и других лимфатических узлов. Среди больных было 74 женщины и 57 мужчин в возрасте от 3 до 70 лет. Сугубо локальные формы лимфогранулемы встречались преимущественно в молодом возрасте, причем из общего числа больных в возрасте до 20 лет было 88 человек.

Величина опухолевых конгломератов колебалась в значительных пределах: от 1 до 15—20 см в диаметре. Хотя у некоторых больных отдельные лимфатические узлы или конгломераты на шее достигали внушительных размеров, тем не менее патологический конгломерат оставался местным, изолированным. Подтверждением этому могут служить длительно локально протекающие формы заболевания от нескольких месяцев до года и более. Исходя из этого, большие размеры увеличенных лимфатических узлов или конгломерата нельзя расценивать как признак тяжелого, неблагоприятного течения заболевания. Локальную форму лимфогранулематоза в ранних стадиях этого заболевания с 1962 г. мы называли лимфогранулемой.

Для выявления и уточнения локального процесса нами широко применялось рентгенологическое исследование в виде двойного контрастирования (пневмолимфаденография), позволяющее установить, с одной стороны, характер патологического процесса и, с другой, взаимоотношение опухоли с соседними анатомическими структурами. Подобное исследование позволяет уточнить также объем и возможности футлярного удаления опухоли с окружающей клетчаткой. Значительную ценность имеет также диагностическая пункция. Изучение макроскопических признаков и цитологический характер окрашенных мазков пунктатов позволил в 89,5% случаев установить точный характер патологического процесса.

При составлении рационального плана лечения больных с локальной шейной лимфогранулемой учитывалась стадия заболевания, размеры опухоли, взаимоотношение опухоли с жизненно важными анатомическими структурами шеи. В 1 клинической стадии (по нашей классификации), когда отсутствуют перифокальные реакции, конгломерат подвижен, не превышает 4—5 см в диаметре и общее состояние больного хорошее, рекомендуется хирургическое футлярное удаление опухоли. При локализации патологического очага в подчелюстной области показана операция Ванаха, если же процесс локализован по боко-

вой поверхности шеи—футлярная эксцизия опухоли с клетчаткой в один блок.

После радикальной шейной эксцизии или операции Ванаха показано лучевое лечение на область удаленной опухоли, что обеспечивает длительную ремиссию. Примером может служить следующее наблюдение.

Больной А. А., 11 лет, поступил в хирургическое отделение Института рентгенологии 11/X 1959 г. с диагнозом: лимфогранулема шеи слева. До поступления в течение одного года лечился безуспешно по поводу предполагаемого туберкулезного лимфаденита. Цитологическое исследование пунктата опухоли установило лимфогранулему. Клинико-лабораторно других патологических отклонений от нормы не выявлено.

Объективно: на шее слева прощупывается конгломерат лимфатических узлов размером 5×3 см. Образование состоит из трех больших и нескольких мелких узлов. Кожа над ними не изменена. В других областях увеличенных лимфатических узлов не обнаружено.

16/X 1959 г. произведено удаление опухолевого конгломерата с сохранением грудно-ключично-сосцевидной мышцы и внутренней яремной вены. Гистологическое исследование подтвердило диагноз. После операции больной получил курс лучевого лечения, суммарно 8000 р. Выписан 20/XI 1959 г.

По прошествии 17 лет у больного рецидивов не зарегистрировано, практически здоров, трудоспособен.

Во II стадии (величина опухолевого конгломерата до 7 см в диаметре) также приемлемо хирургическое удаление опухоли с последующей лучевой терапией: в случаях, когда имеются тугоподвижные конгломераты, проводится предоперационная химиотерапия (винбластин в общей дозе 50—60 мг).

При больших опухолевых конгломератах (III стадия) у 14 больных, когда выполнение радикальных шейных диссекций было связано со значительными трудностями, нами проводилась предоперационная химиотерапия, с помощью которой размеры опухолевого конгломерата сокращались в среднем на 40—60%, улучшалось общее состояние больных. Это давало возможность применения в дальнейшем радикальных оперативных вмешательств.

Предоперационное лучевое лечение обычно не применялось, так как послелучевой фиброз и склероз тканей в значительной мере затрудняли проведение операции. Основная группа больных получала послеоперационную лучевую или химиотерапию. 10 больных после операции отказались от дальнейшего лечения. Отдаленные результаты комплексного лечения локальных лимфогранулем шеи представлены в таблице.

Чтобы удлинить ремиссию после полного курса химиотерапевтического лечения, мы стали применять поддерживающее дробное лечение. Препарат для поддерживающего противорецидивного лечения выбирался с учетом его эффективности при курсовом лечении. Наилучшие результаты нами отмечены при применении винбластина, дегранола. Приводим наше наблюдение.

Таблица

Продолжительность ремиссии до	Варианты комплексного лечения				Число больных
	хирургич. и лучевое	хирургич. и химиотерапевтическое	химиотерап. хирургич. и лучевое	хирургическое	
1 года	7	7	6	—	20
2 лет	10	6	9	1	26
3 лет	8	12	7	1	28
4 лет	7	6	4	11	28
5 лет	8	4	2	2	16
6 лет	6	2	2	2	12
10 лет и более	5	2	1	3	11

Больная Б. Г., 22 лет, поступила в онкодиспансер 4/VI 1974 г. с диагнозом: опухоль в брюшной полости. Лапаротомией был установлен забрюшинный конгломерат лимфатических узлов. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании подтвердился диагноз: лимфогранулематоз. Получила после операции 3500 рад. Состояние больной улучшилось. 28/X 1974 г. вновь поступила в клинику с жалобами на боли в животе. Получила химиотерапевтическое лечение: винбластин 60 мг, преднизолон по 30 мг в сутки. Выписана с улучшением 20/XII. 16/V 1976 г. больная вновь поступила с жалобами на тошноту, рвоту, похудание. Диагностирован органический стеноз привратника (№ 353). При повторной лапаротомии и ревизии было установлено всасывание пораженных лимфатических узлов, наличие тяжелей, суживающих начальную часть 12-перстной кишки. Наложена гастростомия. Послеоперационное течение гладкое, больная получила 50 мг винбластина в общей дозе. Выписана с улучшением 14/VII. Через два месяца у больной появились неприятные ощущения, общая слабость, некоторое похудание, быстрая утомляемость и т. д. Диагностирован начинающийся рецидив лимфогранулематоза. Назначено противорецидивное лечение винбластином по 10 мг через каждые 15 дней. В состоянии больной наступило улучшение. За год больная прибавила в весе 6 кг. Наблюдение и поддерживающее лечение продолжают.

В ряде случаев только хирургическое удаление локальной лимфогранулемы может обеспечить длительный лечебный эффект. Подтверждением этого может служить следующее наблюдение.

Больной Т. С., 33 лет, поступил 5/X 1960 г. с диагнозом: опухоль подчелюстной области, с жалобами на наличие солитарного опухолевого узла в левой подчелюстной области. Болеет около года.

Объективно: со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализ крови и мочи в норме. Органы грудной клетки рентгенологически без изменений. В левой подчелюстной области по проекции слюнной железы определяется плотно-эластическое с гладкой поверхностью и четкими контурами, ограниченно подвижное образование величиной 3,5×2,5 см.

Пункционно-цитологическое исследование выявило лимфогранулематоз. 3/XI 1960 г. произведена операция Ванаха слева. Гистологическое исследование подтвердило диагноз. От последующего лечения больной отказался. Больной находится под динамическим наблюдением более 16 лет.

Таким образом, своевременная диагностика в ранних и локальных стадиях лимфогранулемы является залогом успешного радикального лечения этого тяжелого заболевания. В комплексе диагностических тестов основная роль принадлежит аспирационной пункции с цитологическим исследованием.

Анализ отдаленных результатов лечения свидетельствует о том, что применяемая нами схема лечения является эффективной и нередко обеспечивает длительные ремиссии с восстановлением трудоспособности. Следует отметить, что хирургическое вмешательство в сочетании с химио- и лучевой терапией является методом выбора при лечении ранних и локальных форм лимфогранулем. Каких-либо серьезных осложнений, связанных с применением указанных вариантов оперативных вмешательств, не наблюдалось. В ряде случаев отмечалась лимфорея, которая самостоятельно прекращалась в течение 7—10 дней. Следует отметить, что техническое выполнение операции Ванаха и Крайля при лимфогранулеме значительно легче, чем при метастазах рака в шейные лимфатические узлы. Причина, видимо, кроется в том, что при лимфогранулеме, как правило, не наблюдается инфильтративного роста опухоли, в частности, в крупные магистральные сосуды и другие анатомические образования шеи.

Выводы

1. Комплексная диагностика локальных форм лимфогранулематоза с применением современных методов исследования в большинстве случаев позволяет выявить заболевание в ранней стадии, когда возможно проведение онкорадикальных операций.
2. Применение хирургического метода в комплексе лечения локальных лимфогранулем обеспечивает в ряде случаев длительную ремиссию в течение 8—10 и более лет.
3. В I стадии заболевания показано футлярное иссечение опухолевого конгломерата.
4. У радикально излеченных больных при подозрении на рецидив противорецидивное поддерживающее лечение улучшало общее состояние, способствуя поддержанию трудоспособности.

Кафедра онкологии

Ереванского медицинского института

Поступила 22/IV 1977 г.

Մ. Խ. ԱՅՐԱՊԵՏՅԱՆ, Գ. Վ. ԴԱԲԱԵՎԱ

ԼԻՄՖՈԳՐԱՆՈՒԼԵՄԱՏՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴԵՐԻ ԵՐԿԱՐԱՏԵՎ
ԱՌՈՂՋԱՑՈՒՄԸ ԵՎ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ
ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա. մ. փ. ռ. փ. ռ. մ.

Հեղինակները ռևիզորների և լիմֆոգրանուլեմատոզով 131 հիվանդների հիվանդության պատմությունը, Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել,

որ համակցված եղանակների կիրառումը նպաստավոր պայմաններ է ստեղծում հիվանդության վաղ հայտնաբերման համար: Նրանք գտնում են, որ լիմֆոգրանուլեմատոզը շարորակ ուռուցքային հիվանդություն է և տարածվում է մետաստազների օրինաչափությամբ:

Հիվանդության վաղ շրջանում կիրառվել է համակցված բուժում վիրաբուժական միջամտության հետ միասին: Բուժումից հետո 10—15 և ավելի տարիներ պահպանվել է աշխատունակությունը: Հիվանդության կրկնության վաղ շրջաններում, երբ առկա են միայն փոքր ախտանիշները, հեղինակներն իրենց առաջարկված սխեմայով կանխել են կրկնությունները, և հիվանդներն պահպանել են իրենց աշխատունակությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айрапетян М. Х. В кн.: Лимфогранулематоз. М., 1968, стр. 41.
2. Айрапетян М. Х. Материалы конференции Института онкологии АМН СССР Л., 1964, стр. 5.
3. Айрапетян М. Х. В кн.: Новости онкологии. Л., 1970, стр. 56.
4. Айрапетян М. Х. Хирургия, 1968, 1, стр. 111.
5. Гейнац С. В. Вестн. хир. и пограничных областей, 1930, т. XXI, стр. 27.
6. Кассирский И. А. Клинич. гематология. М., 1970.
7. Манкин З. В. Лимфогранулематоз. М., 1938.
8. Переслегин И. А., Филькова Е. М. Лимфогранулематоз. М., 1975.
9. Писарева Т. И. Нов. хир. архив, 1, 1928, стр. 57.
10. Bernard J. Therapeutique, 1969, 45, 55.
11. Kaplan H. S. JAMA, 1973, 223, 50.
12. Molander D., Pack G. Hodgkin's disease. Illinois, 1968.