ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՌ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

IV, № 5, 1964

Журн. экспер. и клинич. медицины

Э. И. ГАСПАРЯН

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛОКАЛИЗОВАННОГО СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗОМ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА

Редкие формы локализованного лимфогрануломатоза клинически мало известны, чрезвычайно трудны для прижизненной дифференциальной диагностики, а также представляют значительный теоретический интерес в вопросе трактовки лимфогрануломатоза как отдельной нозологической формы. Эти обстоятельства и явились поводом для опубликования данного наблюдения.

Больной П. О., 37 лет, (история болезни № 2402/7753). Поступил в госпитальную терапевтическую клинику Ереванского медицинского института 9. IX. 1961 г. с жалобами на боль в обоих подреберьях, на тошноту, рвоту, общее недомогание, потерю аппетита и поносы с примесью крови и слизи. Заболевание началось 9 лет назад. Больной лечился под различными диагнозами амбулаторно и в стационарах, но состояние не менялось. Об опухолевом процессе предположения ни разу сделано не было.

Больной низкого роста, астенической конституции, истощенный. Кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Периферические лимфоузлы не прощупываются. Пальпация живота болезненна. Печень и селезенка слегка увеличены, болезненны при пальпации. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем при объективном обследовании отклонений от нормы не отмечено. Со стороны центральной нервной системы отмечалась общая подавленность. Температура при поступлении и в последующие 10—12 дней нормальная, затем иногда поднималась до 37°, а на 16—17 день пребывания в клинике не снижалась с указанной цифры. Дважды произведенный в этот промежуток времени анализ крови показал некоторую анемию (эритроцитов—3 620 000—4 170 000, лейкоцитов—3620—4700, РОЭ—10—12 мм/ч. Сдвигов в формуле нет.

В клинике был поставлен диагноз туберкулезного полисерозита и проводилось противотуберкулезное лечение (ПАСК, фтивазид, стрептомицин), а также общеукрепляющее лечение в виде комплекса витаминов, метионин, переливание крови дробными дозами. Длительное лечение антибиотиками осложнилось на общем фоне страдания кандидомикозом в виде грибкового глоссита, стоматита. Диагноз кандидомикоза был подтвержден бактериологически. Предпринятое лечение нистатином значительно приостановило дальнейшее прогрессирование грибкового поражения слизистых оболочек. 29. IX. 1961 г. сделана рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта. Однако заключения рентгенолог не сделал, мотивируя недоброкачественной подготовкой больного.

На 25-й день пребывания больного в клинике отмечено увеличение размеров живота и учащение пульса. В последующие 10 дней состояние больного медленно, но продолжало ухудшаться: нарастала боль в животе, пульс оставался постоянно частым (100—120 ударов в мин.), язык сухой, обложенный белым налетом. Появилась жидкость в брюшной полости. Анализ крови: лейкоциты—37 400, РОЭ—23 мм/ч., токсическая зернистость лейкоцитов. Поставлен диагноз непроходимости кишечника. Больной переведен в хирургическую клинику и произведена лапаротомия. Обнаружено, что одна из петель начального отдела тощей кишки резко отечна, растянута и рыхло припаяна к другой. У места спаяния—гнойно-фибринозный налет. На указанном участке обнару-

жено перфоративное отверстие, из которого выделялось кишечное содержимое. Края перфоративного отверстия рыхлые и расподзаются под пальцами. По брыжеечному краю кишки и в брыжейке—плотные, бугристые узлы. Измененная петля кишечника иссечена, и наложен кишечный анастомоз конец в конец. Послеоперационный период протекал тяжело, а на 15-й день после операции появились боли в области операционной раны, а еще через 8 дней рана в области пупка раскрылась, и стали выделяться каловые массы. При тяжелых явлениях разлитого перитонита больной умер на 28 день после операции.

Резицированный кусок тонкого кишечника был прислан на патогистологическое исследование с диагнозом — туберкулез тонкого кишечника или опухоль кишечника.

Резицированный кусок тонкой кишки имеет длину около 25 см. На участке длиной 8—9 см стенка кишки циркулярно утолщена до 0,6—0,8 см, уплотнена на ощупь, легко рвется под пальцами, серо-розового цвета. Просвет кишечной трубки на указанном участке расширен, слизистая оболочка лишена складчатости и покрыта грязно-серым налетом (рис. 1). В одной из точек указанного участка кишки имелось небольшое перфоративное отверстие, прикрытое фибринозными пленками.

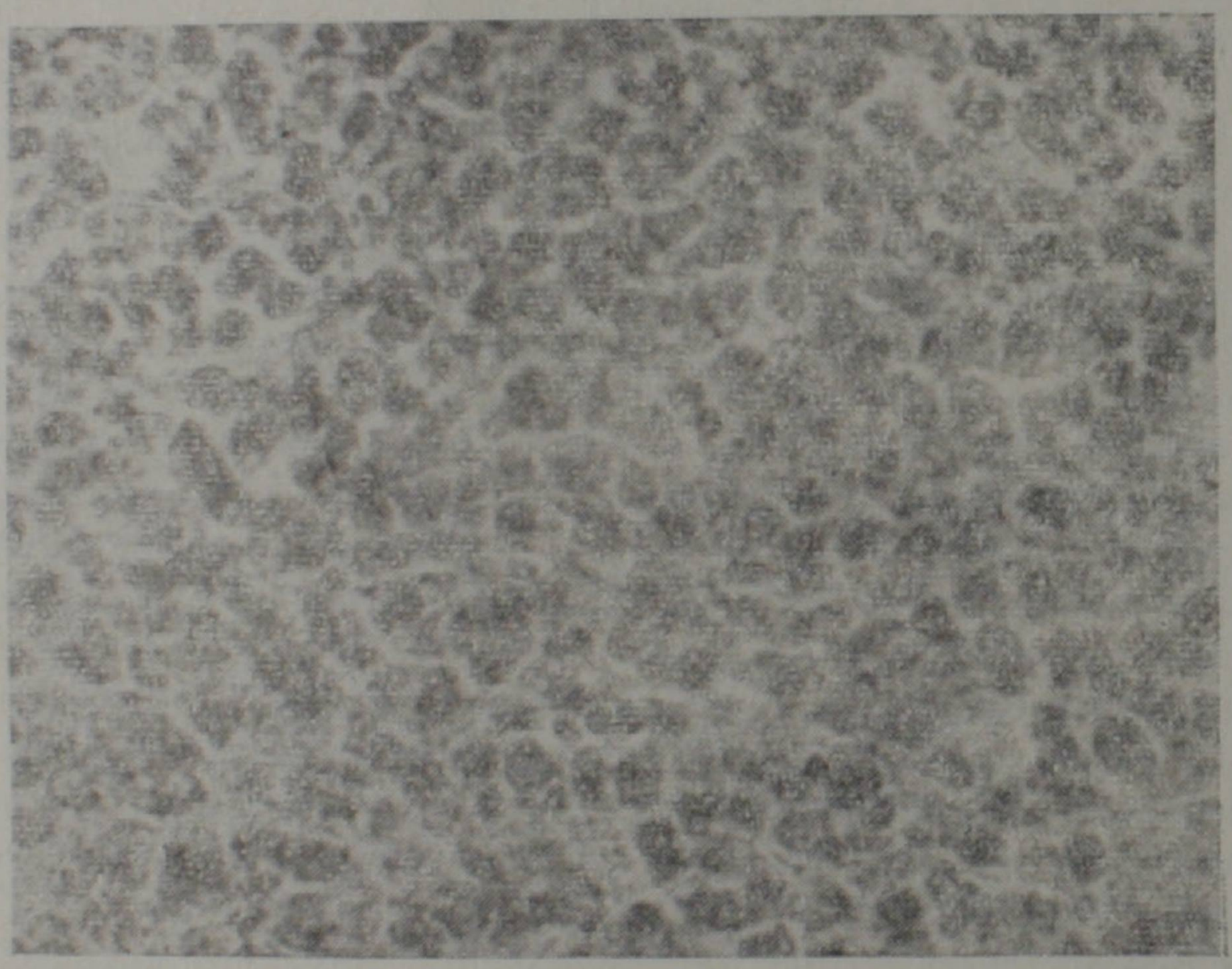

Рис. 1. Резицированный участок тонкой кишки. Видно место роста опухоли.

Гистологически: в кусочках из измененного участка кишки имеется разрастание ткани, состоящей из круглых крупных и мелких и эпителиоидных клеток с большой примесью эозинофилов. Во многих клетках имеются митозы. Встречаются участки некроза. Указанная ткань диффузно инфильтрирует толщу стенки кишки вплоть до серозного слоя. На основании гистологического изучения поставлен диагноз лимфогранулематоза (рис. 2).

Вскрытие. Труп резко истощенного мужчины с очень бледными кожными покровами и видимыми слизистыми оболочками. Периферические лимфоузлы не прощупываются. Мышечная система в состоянии резко выраженной атрофии. Подкожный жировой слой отсутствует. Со стороны органов дыхательной и сердечно-сосудистой систем особенностей не отмечено. В брюшной полости картина разлитого фибринозно-калового перитонита по причине расхождения швов анастомоза. Желудочно-кишечный тракт: слизистая оболочка десен бледна и покрыта в отдельных участках белесоватым налетом из грибков. Таким же налетом покрыт язык и слизистая оболочка неба, а также слизистая оболочка пищевода, где помимо этого имелись неглубокие язвенные дефекты с неправильными контурами. Желудок небольшой, стенка его толстая (1,6—2 см). Слизи-

стая оболочка лишена обычной складчатости. Здесь видны множественные бугры различных размеров и в разной степени выступающие над уровнем слизистой оболочки. Местами имеются поверхностные изъязвления. Описанные бугры без четких границ, сливающиеся между собой (рис. 3). В брыжейке тонкого кишечника имеется несколько увеличенных лимфоузлов. Самый большой из них размерами 3×3×2,5 см. На разрезе указанные лимфоузлы серо-розового цвета, сочные. Другие лимфоузлы (парааортальные, ворот печени, ворот легких, по малой и большой кривизне желудка) не увеличены. Селезенка размерами 12×8×5 см, весом 150 г. Пульпа вишнево-красного цвета, дает небольшой соскоб. Печень размерами 26×14×9×7, весом 1400 г, серо-коричневого цвета на разрезе. Рисунок строения стертый. Со стороны органов моче-половой системы изменений не отмечено.

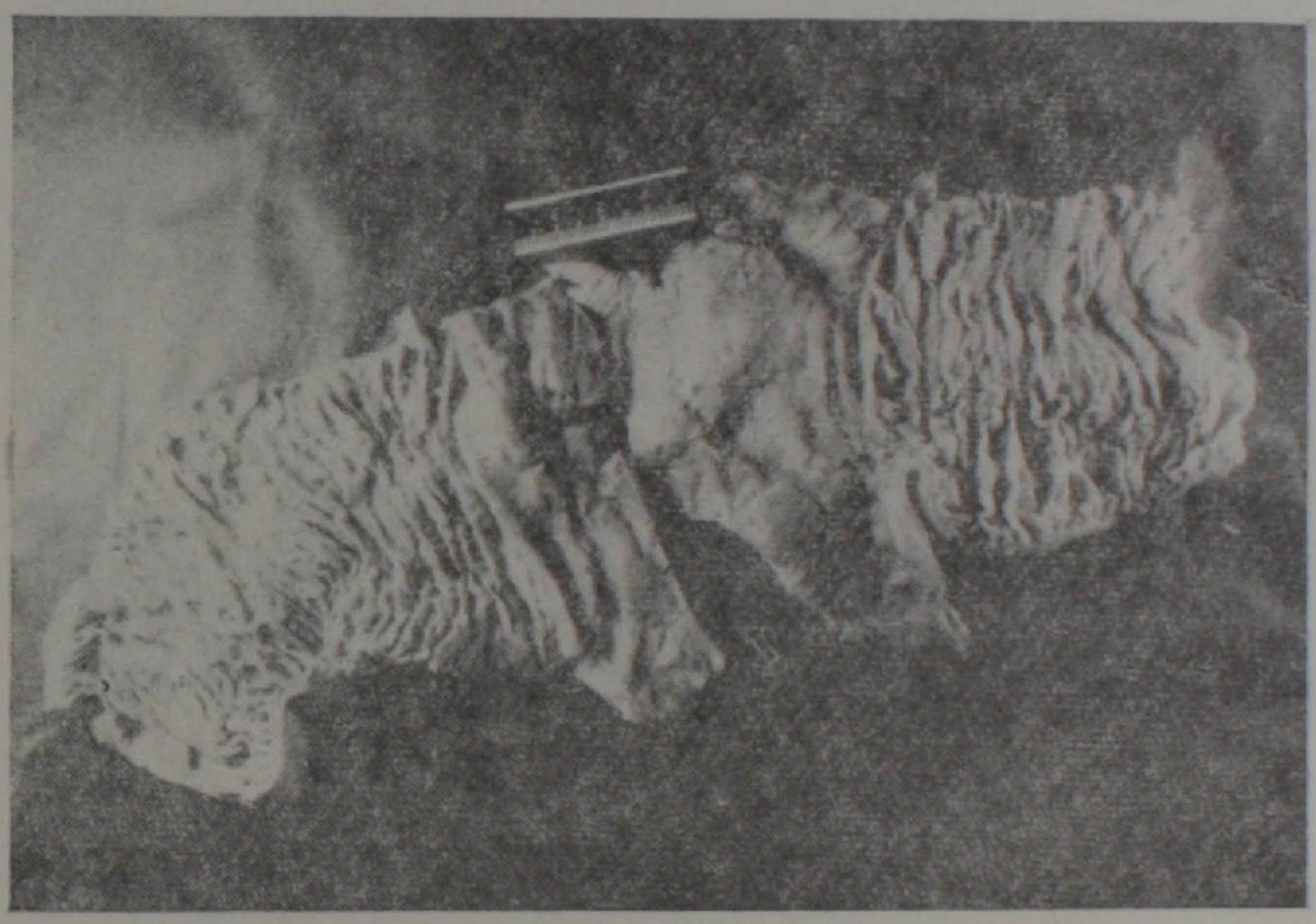

Рис. 2. Гистологически ткань опухоли состоит из полиморфных различных размеров клеток. Г—Э ок 20×об 20.

Гистологически: в опухолевых узлах слизистой оболочки желудка имеется картина, почти аналогичная описанной в опухолевом узле тонкого кишечника с некоторым преобладанием более крупных мононуклеаров и с меньшим количеством эозинофилов. Клеток Штернберга, как и в кишечнике, не отмечено. Аналогичная гистологическая картина имела место и в увеличенных лимфоузлах брыжейки. В печени, почках, миокарде отмечается картина паренхиматозной дистрофии. В селезенке—умеренное полнокровие и некоторая гиперплазия лимфоидных элементов фолликулов селезенки.

Прижизненное изучение опухоли в резицированном кишечнике и посмертное изучение желудка, лимфоузлов брыжейки и внутренних органов позволило поставить следующий патологоанатомический диагноз: лимфогранулематоз тощей кишки, желудка и лимфоузлов брыжейки. Расхождение швов анастомоза тонкого кишечника после резекции тонкого кишечника. Разлит фибринозно-каловый перитонит. Общее истощение — кахексия. Кандидомикоз слизистых оболочек полости рта и пищевода. Дистрофия паренхиматозных органов.

Известно, что изолированный лимфогранулематоз тонкого кишечника—редкое страдание. Согласно имеющимся сообщениям, в отечественной литературе до 1951 г. было опубликовано 13 достоверных случаев изолированного лимфогранулематоза тонкого кишечника. Все 13 наблюдений называют и подробно излагают в своем сообщении об аналогичных

двух случаях А. М. Вихерт и Л. А. Гулина [2]. К 1960 г. имелись описания 21 случая этой редкой патологии. Сюда дополнительно входят сообщения И. М. Кодоловой [7], Т. В. Рябцева [12], А. К. Лукиных и Л. И. Гончаренко [8], А. Б. Русакова и Н. М. Гомберга [11], С. Б. Закова [6], А. А. Остапенко [9].

Рис. 3. Множественные, нечетко выраженные, сливающиеся между собой бугристые образования на слизистой оболочке желудка.

В большинстве опубликованных сообщений речь идет о локализации процесса в тощей кишке, хотя имеются сообщения и о случаях с локализацией в двенадцатиперстной кишке [8] и в области илеоцекального угла [9].

Почти столь же редко встречается изолированный лимфогранулематоз желудка. Нам удалось ознакомиться лишь с 15 сообщениями об изолированном лимфогранулематозе желудка. Таким образом, изолированный лимфогранулематоз кишечника или желудка, безусловно, редкое заболевание, но не настолько, как об этом принято думать. Поэтому описание подобных наблюдений мобилизует внимание клиницистов (терапевтов, онкологов, хирургов) и способствует улучшению клинической диагностики этого страдания и его раннего хирургического лечения.

Дифференциальная диагностика этой болезни чрезвычайно трудна как клинически, так и рентгенологически, и еще никому не удалось диагностировать это заболевание до операции и до гистологического исследования удаленного операционного материала. П. П. Движков [4], указывая на чрезвычайную трудность распознавания изолированного лимфогранулематоза кишечника или желудка, пишет, что этот диагноз ошибочен в 100% случаев. Большинство имеющихся сообщений в литературе по этому вопросу сделано хирургами и касается случаев, когда больных

с лимфогранулематозом кишечника или желудка оперировали по поводу рака желудка, туберкулеза кишечника или просто опухоли желудка или кишечника, и лишь гистологическое исследование проливало свет на истинную природу патологического процесса, послужившего (чаще всего своими осложнениями) поводом для хирургического вмешательства.

Опубликование подобных наблюдений тем более важно, что независимо от того, приводят ли авторы описания случаев изолированного лимфогранулематоза кишечника или желудка, почти все отмечают сравнительно «доброкачественное» течение этого страдания по сравнению с раковыми поражениями этих же органов. О «доброкачественном» течении этой формы лимфогранулематоза говорит длительный анамнез (2 года—в случае И. М. Кодоловой, 6 лет—в случае Е. И. Дерябина, 7 лет—в случае Е. Л. Тарлова, 9 лет—наш случай), а также довольно длительное даже в случаях относительно позднего вмешательства благоприятное течение послеоперационного периода.

Наш случай в этом смысле несколько иной, ибо здесь речь идет о сочетанном поражении желудка и кишечника. В доступной нам литературе описаний подобного изолированного сочетанного поражения лимфогранулематозом желудка и кишечника найти не удалось, имеется ссылка лишь на подобное сочетание в случае Дудитса [14].

Однако наше наблюдение интересно не только как редкое, но и с точки зрения общебиологического анализа лимфогранулематоза как общепатологического процесса, дискуссии о сущности которого все еще продолжаются.

Анализируя случай изолированного лимфогранулематоза желудка, А. А. Биркун и Ю. Г. Целлариус [1] высказывают мысль о том, что окончательное мнение об истинно изолированном поражении желудка или кишечника лимфогранулематозом можно составить лишь на секции. Описанные хирургами наблюдения действительно были случаями «изолированного» лимфогранулематоза, но с точки зрения современного представления о лимфогранулематозе, как о системном заболевании, понятие изолированности должно приниматься с осторожностью и условно.

Анализ нашего наблюдения свидетельствует о том, что лимфогранулематоз является системным заболеванием с различными этапами развития болезненного процесса, особенно при поражении желудка или кишечника. На определенном этапе своего течения эта болезнь, действительно, может при названной локализации носить характер как бы местного, «изолированного» процесса. Однако прав В. К. Поленко [10], который, говоря о так называемых изолированных формах лимфогранулематоза, расценивает их как ретикулосаркомы или их варианты. В одних случаях процесс начинается с периферических лимфоузлов с возможным вовлечением в последующем в процесс внутренних органов, а в других—в лимфатических образованиях стенки желудочно-кишечной трубки с последующим вовлечением в процесс лимфоузлов и, в первую очередь, регионарных. Таким образом, речь идет лишь о преимущественной локализации процесса. Клинически «изолированный» период течения лимфо-

грануломатоза в желудке или в кишечнике — это лишь этап развертывания болезни, и именно здесь ценно хирургическое вмешательство. Этот этап в разные долгие сроки может сменяться поражением других отделов желудочно-кишечного тракта, или довольно часто уже в послеоперационном периоде заканчивается генерализацией, диссеминацией процесса и смертью.

Наш случай занимает как бы промежуточное положение между формами, которые расцениваются практически как «изолированный» лимфогранулематоз, и диссеминированными формами. Трудно с уверенностью говорить о первичности поражения кишечника или желудка, но 9-летний анамнез говорит о возможных довольно продолжительных сроках последовательного вовлечения в процесс новых участков желудочно-кишечного тракта, а также лимфоузлов брыжейки. Именно эта длительность сроков развертывания болезни в случаях подобной первичной атипичной локализации лимфогранулематоза и ратует за необходимость лучшего практического ознакомления с подобного рода случаями, что обеспечит своевременное и довольно рациональное хирургическое лечение.

Кафедра патологической анатомии
Ереванского медицинского института

Поступило 2.IV 1962 г.

Է. Ի. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ ԱՂԻՆԵՐԻ ՀԱՄԱՏԵՂՎԱԾ ԼՈԿԱԼ ԼԻՄՖՈԳՐԱՆՈՒԼՈՄԱՏՈԶԻ ՀԱԶՎԱԳՅՈՒՏ ԴԵՊՔ

Ա մ փ ո փ ո ւ մ

Լիմֆոգրանուլոմատոզի մեկուսացված ձևերը կլինիկորեն քիչ են հայտնի և մեծ դժվարություն են ներկայացնում դիֆերենցիալ դիագնոստիկայի տեսակետից։ Մինչդեռ այդ հարցն ունի մեծ տեսական և գործնական հետաքրքրություն հիվանդության բնութագրման համար։

Մեր կողմից ուսումնասիրված հազվադեպ դեպքը վերաբերվում է 37 տարեկան մի տղամարդու, որը 9 տարվա ընթացքում գանգատվել է ենթակողային շրջանի ցավերից, ախորժակի բացակայությունից, փսխումներից, լոր-ձաարյունային լուծից և ընդհանուր թուլությունից։

Կլինիկորեն դրվել է տուբերկուլյոզային պոլիսերոզիտ դիագնոզը։

Հիվանդի մոտ կլինիկայում զարգացել են աղիների անանցելիության երևույթները։ Կատարվել է օպերացիա, որը հայտնաբերել է աղիճ աղու սկըզբնական հատվածում պերֆորացիա։ Աղիքի այդ հատվածը հեռացվել է, որտեղ հիստոլոգիորեն հայտնագործվել է լիմֆոգրանուլոմատոզ։ Հիվանդը մահացել է 28-րդ օրը տարածված պերիտոնիտից։ Դիակի մոտ ստամոքսում և մեզենտերիալ ավշային հանգույցներում հիստոլոգիորեն հայտնաբերվել է լիմֆոգրանուլոմատոզ։

Գրականության տվյալները ցույց են տալիս, որ ստամոքսի և աղիների մեկուսացված լիմֆոգրանուլոմատոզը հազվադեպ երևույթ է (21 դեպք նկա-

դագրված է աղիների և 15 դեպք ստամոքսի լիմֆոգրանուլոմատոզ), ըստ որում դիագնոզը դրվում է միայն հերձման ժամանակ։

Մենք համարում ենք, որ լիմֆոգրանուլոմատոզը սիստեմային հիվանդություն է, սակայն նա երբեմն կարող է ունենալ փուլային զարգացում և սկզբում ընդգրկել օրգանիզմի այս կամ այն հատվածի լիմֆադենոիդ ապարատը։ Սկզբնական փուլերում, հատկապես աղիների կամ ստամոքսի ախտահարման ժամանակ, գործնականորեն նա իրոք որ մեկուսացված պրոցես է և ախտահարված հատվածի հեռացումը ունի պրակտիկ մեծ նշանակություն, քանի որ նա հիվանդի կյանքը երբեմն երկարացնում է բավականին մեծ ժամանակով։

ЛИТЕРАТУРА

1. **Биркун А. А., Целлариус Ю. Г.** Архив патологии, 1956, т. 18, 3, стр. 81.
2. **Вихерт А. М., Гулина Л. А.** Архив патологии, 1951, 6, стр. 77.
3. **Гавриленко В. А.** Врачебное дело, 1960, 5, стр. 517.
4. **Движков П. П.** Изолированный лимфогранулематоз тонких кишок. Сб. трудов Клинического института гематологии и переливания крови, 1948, стр. 24.
5. **Дерябина Е. И.** Хирургия, 1959, 2, стр. 105.
6. **Заков С. Б.** Клиническая медицина, 1960, т. 38, 5, стр. 94.
7. **Кодолова И. М.** Архив патологии, 1952, 5, стр. 76.
8. **Лукиных А. К., Гончаренко Л. И.** Хирургия, 1959, 2, стр. 102.
9. **Остапенко А. А.** Хирургия, 1960, 2, стр. 113.
10. **Поленко В. К.** Клиническая медицина, 1958, 7, стр. 31.
11. **Русаков А. Б., Гомберг Н. М.** Вестник хирургии, 1959, 4, стр. 121.
12. **Рябцева Т. В.** Вестник хирургии, 1956, т. 77, 4, стр. 111.
13. **Тарлов Е. Л.** Советская медицина, 1958, 7, стр. 136.
14. **Dudits A.** Цит. из «Руководства по патологической анатомии», 1957, т. IV, 2, стр. 124.