

пневмонии, исследуют активность трансаминаз для дифференциальной диагностики вирусного гепатита и острого аппендицита, по показаниям делают неотложную экскреторную урографию, когда предполагают, что болевой синдром является проявлением уропатий и т. д. Диагностика острого аппендицита у детей должна предусматривать своевременное распознавание явных форм воспаления до развития осложнений и максимальное сокращение аппендэктомий. Когда воспалительные изменения в червеобразном отростке не определяются. Несомненное преимущество среди используемых для этой цели методов имеет лапароскопия. Диагностика острого аппендицита при этом исследовании строится на выявлении признаков аппендицита, а при их отсутствии — на установлении причины болевого синдрома.

Нами проведена лапароскопия у 802 детей, поступивших с подозрением на острый аппендицит. Оказалось, что этот метод обладает самой высокой диагностической информативностью. Так, у 131 (16,3%) ребенка был подтвержден диагноз деструктивного аппендицита, у 221 (27,6%) был выявлен первичный перитонит, у 187 (23,3%) — мезаденит, у 73 (9,1%) — апоплексия яичника, у 58 (7,2%) — воспалительные заболевания гениталий, у 38 (4,7%) — спайки в области илеоцекального угла, у 31 (3,9%) — терминальный илеит, у 26 (3,2%) — перекрут гидатид маточных труб, у 13 (1,6%) — тубулярный рефлюкс, у 24 (3,0%) детей изменения в брюшной полости отсутствовали.

Дальнейшее наблюдение за детьми, у которых воспалительные изменения в червеобразном отростке не обнаруживались или носили вторичный характер, показало, что развитие воспалительного процесса в отростке у них не наступало, и никто из них в дальнейшем не был оперирован. Последовательное клиническое обследо-

вание, применение объективных методов диагностики, правильная трактовка операционных находок позволяет в большинстве случаев разграничить острый аппендицит и другие, сходные с ним по клинической картине, заболевания и, следовательно, снизить частоту ошибочных диагнозов, избежать необоснованные аппендэктомии. При таком подходе за два года (1985 — 1986 гг.) количество операций, выполненных в клинике по поводу катарального аппендицита, снизилось до 8,7% от общего числа аппендэктомий при неструктивном аппендиците.

Принципиально сдержанная тактика отказа от операции при катаральном аппендиците не влечет за собой увеличения числа деструктивных форм острого аппендицита, однако она должна применяться при должной объективизации подозреваемого патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдовский И. В. // Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. — М., Медгиз, 1956.
2. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. // Острый аппендицит в детском возрасте. — М., Медицина, 1980.
3. Исаков Ю. Ф., Степанов Э. А., Дронов А. Ф. и др. // Хирургия. — 1986. — № 2. — С. 151—152.
4. Калитеевский П. Ф. // Болезни червеобразного отростка. — М., Медицина, 1970.
5. Лебедев С. Д. // Хирургия. — 1984. — № 12. — С. 32—34.
6. Портной Ю. М., Петрушенко А. М. // Клиническая хирургия. — 1986. — № 6. — С. 48—49.
7. Степанов Э. А., Гераськин В. И., Дронов А. Ф. и др. // Вестн. хир. — 1983. — № 6. — С. 85—89.
8. Bower R. J., Bell M. J., Ternberg J. L. // Arch. Surg. — 1981. — Vol. 116. — P. 885—887.
9. Harrison M. W., Linder D. J., Campbell T. B., Campbell T. J. // Amer. J. Surg. — 1984. — Vol. 47. — P. 605—610.

Поступила 09.02.88.

УДК 616.432—07

ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ СИНДРОМОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОКРАНИОЗА

М. К. Михайлов, Ф. З. Миндубаева

Кафедра рентгенологии (зав.— проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, Республиканский онкологический диспансер (главрач — Р. Ш. Хасанов) МЗ ТАССР

Большая частота нейроэндокринных нарушений в гинекологии требует выяснения их патогенетических механизмов для разработки эффективных методов лечения и дальнейшей реабилитации больных. При нейроэндокринных нарушениях у женщин часто выявляется эндокрраниоз в различных

проявлениях. Рентгенологическая картина эндокрраниоза весьма разнообразна и включает в себя различные виды гиперостозов костей свода и основания черепа, обызвествления твердой мозговой оболочки и отдельных участков мозга [1—4]. Наиболее выраженным проявлением эндокрраниоза

является гиперостоз внутренней пластинки костей свода черепа — лобной, теменных и затылочной.

Для выявления зависимости клинических проявлений нейроэндокринных синдромов от выраженности эндокраниоза проведено обследование 3 групп больных с нейроэндокринной патологией при наличии эндокраниоза. В 1-ю группу были включены больные (114 чел.) со склерокистозом яичников, во 2-ю (20) — со сложными нейроэндокринными синдромами, в большинстве случаев с клиникой склерокистоза яичников, постпубертатного аденогенитального синдрома или других нейроэндокринных синдромов в сочетании с гипоталамической симптоматикой, в 3-ю (32) — с галактореей-аменореей.

У всех больных 1-й группы были нарушения менструальной (у 80% — с периода менархе) и репродуктивной (у 87,7%) функций. У 36,8% больных наблюдалось ожирение, которое у 13% из них сопровождалось наличием стрий белого цвета на кожных покровах молочных желез, живота и бедер. На краниограмме у 57,9% больных были выявлены сочетанный эндокраниоз, у 76,3% — гиперостоз внутренней пластинки лобной кости. У большинства (57,9%) больных эндокраниоз сопровождался признаками повышения внутричерепного давления.

У больных 2-й группы были нарушения менструальной функции: преимущественно вторичная аменорея и гипоменструальный синдром, причем у половины больных — позднее менархе. Бесплодие выявлено у 75% больных. 75% больных страдали ожирением, имели стрии на кожных покровах молочных желез, живота и бедер; у них отмечались невыраженный гипертрихоз и небольшая лакторея. Гипоталамические нарушения проявлялись в виде вегетососудистой дистонии и астеноневротического состояния.

У большей части больных (85%) краниограммы показали гиперостоз внутренней пластинки лобной кости, у остальных — другие виды эндокраниоза. Сочетание различных видов эндокраниоза наблюдалось у 70% пациентов. У 55% больных эндокраниоз сопровождался признаками интракраниальной гипертензии.

У больных 3-й группы нарушение менструальной функции обнаруживалось в виде стойкой аменореи в сочетании с выраженной галактореей. У всех больных было бесплодие. Клиника заболевания протекала с выраженными обменно-эндокринными и неврологическими расстройствами.

При краниографическом исследовании у большинства больных (93,7%) был выявлен гиперостоз внутренней пластинки лобной кости в комбинации с другими видами эндокраниоза. В 68,2% случаев эндокраниоз со-

четался с признаками интракраниальной гипертензии.

Приведенные данные свидетельствуют о наличии зависимости тяжести нарушений нейроэндокринного гомеостаза от выраженности проявлений эндокраниоза.

Для выяснения патогенеза эндокраниоза и основного процесса мы изучали кальциевый обмен и состояние функциональной активности головного мозга и мозгового кровообращения. С учетом отсутствия в литературе данных исследования кальциевого обмена у больных с нейроэндокринной патологией при наличии эндокраниоза мы исследовали кальциевый обмен у больных со склерокистозом яичника как наиболее частым нейроэндокринным синдромом. При анализе результатов исследования были выявлены достоверные различия в содержании кальция, фосфора, паратиреоидного гормона и тиреокальцитонина в крови больных со склерокистозом яичника в сочетании с эндокраниозом и без него по сравнению с аналогичными показателями в группе здоровых женщин. У больных со склерокистозом при наличии эндокраниоза наблюдался определенный дисбаланс с нарушением коррелятивных взаимоотношений между гормонами и микроэлементами, что свидетельствовало о глубоких сдвигах кальциевого обмена. Некоторое отклонение указанных параметров при сохранении коррелятивных взаимоотношений между ними у больных со склерокистозом яичника без эндокраниоза, вероятно, было связано с нарушением общего эндокринного гомеостаза.

Для выяснения влияния эндокраниоза на состояние функциональной активности головного мозга и мозгового кровообращения были проведены электроэнцефалографические и реоэнцефалографические исследования у больных со склерокистозом яичника с эндокраниозом и без него. При анализе результатов исследований выявить различия в записях электроэнцефалограмм в зависимости от наличия эндокраниоза не представлялось возможным. Изменения в записях ЭЭГ у этих больных (изменение биологической активности с признаками ирритации, вспышки билатерально-синхронной активности и др.), свидетельствовавшие о снижении уровня функционального состояния центральной нервной системы, были связаны, вероятно, с нейроэндокринными нарушениями при склерокистозе.

При реоэнцефалографических исследованиях больных со склерокистозом обнаружены изменения сосудистого тонуса (высокое периферическое сосудистое сопротивление, низкий тонус вен и др.) по сравнению с показателями здорового контингента. У больных со склерокистозом в сочетании с эндокраниозом изменения отдельных параметров, в частности скорости объемного

кровотока и венозного тонуса в сторону снижения, были более выраженными, чем у больных без эндокраниоза, что указывало на более глубокие нейроэндокринные нарушения и подтверждалось клиническим течением процесса.

Для выявления зависимости результатов корригирующей терапии от наличия эндокраниоза был проведен анализ отдаленных результатов после хирургического лечения больных со склероктиозом. При сравнении результатов лечения больных с эндокраниозом и яичниковой формой склероктиоза нами получены менее благоприятные результаты у больных с эндокраниозом. Так, восстановление менструальной и репродуктивной функций было достоверно ниже — соответственно 59% против 96% ($P < 0,001$) и 37,3% против 72% ($P < 0,001$). Поэтому с целью улучшения результатов хирургического лечения больных со склероктиозом в сочетании с эндокраниозом мы проводили предоперационную подготовку, включавшую в себя дегидратационную терапию и методы, воздействующие на гипоталамо-гипофизарные отношения (микроволновую терапию, иглорефлексотерапию, эндоназальный электрофорез витамина В₁ и др.). Подобная предоперационная подготовка положительно повлияла на результаты хирургического лечения данного контингента больных. Так, восстановление двухфаз-

ного менструального цикла и репродуктивной функции у подготовленных больных было выше, чем у неподготовленных — соответственно 74% против 36,4% ($P < 0,001$) и 44% против 27,3% (хотя достоверности не получено).

Таким образом, выраженность рентгенологических изменений костей черепа при эндокраниозе соответствовала более глубоким нейроэндокринным нарушениям. Клинико-лабораторные исследования больных с отдельными синдромами позволили выявить зависимость изменений кальциевого обмена и функционального состояния головного мозга и мозгового кровообращения от наличия эндокраниоза, что подтверждается клиническими проявлениями нейроэндокринных синдромов и результатами соответствующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брейтман М. Я. // Семиотика и диагностика эндокринных заболеваний. — Л., Медгиз, 1949.
2. Бухман А. И., Харитонов Е. И. // Пробл. эндокринологии. — 1979. — № 2. — С. 38—43.
3. Дьяченко В. А. // Рентгенодиагностика обызвествлений и гетерогенных окостенений. — М., Медгиз, 1960.
4. Копылов М. Б. // Основы рентгенодиагностики заболеваний головного мозга. — М., Медицина, 1968.

Поступила 06.01.88

УДК 616.27—006.44—079.4

ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ ЛИМФОМ И ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА СРЕДОСТЕНИЯ

Н. А. Терентьева, С. В. Пенин

Кафедра рентгенологии, медицинской радиологии с курсом онкологии (зав. — проф. Н. Е. Яхонтов) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Несмотря на значительное количество работ, посвященных злокачественным лимфомам, ранняя дифференциальная диагностика этих опухолей и злокачественных новообразований вообще средостения, а также различие вариантов в самой группе злокачественных лимфом остаются неразработанными. Особенно это относится к изолированным поражениям средостения. Рентгенологическая картина поражения средостения и легких при злокачественных лимфомах чрезвычайно многообразна. Она зависит от сочетания поражения различных групп лимфатических узлов средостения, их величины, локализации, а также от стадии развития заболевания. Можно ли выделить

в этой полиморфной картине черты, присущие только лимфогранулематозу, нелимфогранулематозным лимфомам (этим термином объединены лимфосаркомы и ретикулосаркомы по классификации ВОЗ 1976 г.) или эти заболевания нельзя отличить рентгенологически друг от друга? На этот вопрос одни авторы отвечают, что зависимости рентгенологической картины от гистологического варианта злокачественных лимфом не установлено [7], другие же [2, 3] указывают на некоторые отличия. Поэтому мы хотели бы остановиться на клинико-рентгенологический данных, позволяющих проводить дифференциальную диагностику нелимфогранулематозных лим-