

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 склерокистозом. При сравнении результатов данного лечения больных с эндокраниозом и яичниковой формой склерокистоза 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 склерокистозом 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 различение 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 клиничко-рентгенологическом анализе данных, позволяющих проводить дифференциальную диагностику нелимфогранулематозных лим-

фом и лимфогранулематоза. В основу ее могут быть положены следующие положения. Во-первых, согласно данным патологоанатомов [4], наиболее важным свойством нелимфогранулематозных лимфом, кроме типичного клеточного состава, является быстрый инфильтративный рост. Во-вторых, при них гематогенное метастазирование преобладает над лимфогенным, поэтому последовательного вовлечения отдельных групп лимфатических узлов в патологический процесс, как это бывает при лимфогранулематозе, не наблюдается; напротив, отмечается довольно быстрое поражение отдельных органов и систем. В-третьих, имеется отличие в развитии процесса во времени, то есть скорость злокачественного роста у нелимфогранулематозных лимфом значительно выше. Эти качества не могут не влиять на проявления заболевания, поэтому в процессе своих исследований мы исходили именно из данных предпосылок.

Обследованы 126 больных (мужчин — 84, женщин — 42) с нелимфогранулематозными лимфомами (у 58,5% из них были лимфосаркомы, у 41,5% — ретикулосаркомы) и 239 больных (мужчин — 118, женщин — 121) с лимфогранулематозом, подтвержденным гистологически.

На наш взгляд, большое значение имеет сравнение сроков от начала заболевания с выраженностью клинических симптомов. Если больной отмечает острое начало заболевания и сроки до обращения в онкологическое учреждение составляют от нескольких недель до 1—1,5 мес, то при таких симптомах, как потеря голоса, сдавление верхней полой вены, наличие экссудативного плеврита, можно предполагать нелимфогранулематозные лимфомы. Среди обследованных нами больных острое начало заболевания при этих опухолях имело место у 66,6% пациентов, а при лимфогранулематозе — только у 19,8%. Значит, развитие одинаковых симптомов заболевания во времени протекает по-разному: чем короче срок до обращения к врачу и сложнее клиническая картина, тем больше данных за нелимфогранулематозные лимфомы средостения.

При анализе частоты заболевания в возрастных группах мы не смогли выявить большой разницы, так как и то и другое заболевание встречается в любом возрасте, однако лимфогранулематоз чаще поражает лиц в возрасте от 20 до 40 лет, а нелимфогранулематозные лимфомы имеют в своем развитии два подъема: первый приходится на 10-летний возраст, затем отмечается спад заболевания, начиная с 20 лет процесс постепенно снова начинает набирать силу и достигает максимума выраженности к 80 годам [1]. Что касается половых различий, то лимфогранулематоз средостения одина-

ково часто развивается как у мужчин, так и у женщин. Поэтому большую частоту нелимфогранулематозных лимфом у мужчин [5] необходимо учитывать в дифференциальной диагностике злокачественных лимфом.

Клинические симптомы, характеризующие локализацию процесса (кашель, боли в груди, одышка), встречались при нелимфогранулематозных лимфомах почти в 2 раза чаще и были более выраженными. Заслуживает внимания также тот факт, что увеличение периферических лимфатических узлов наиболее часто обнаруживалось при лимфогранулематозе (79,2%), чем при нелимфогранулематозных лимфомах (34,8%) [6]. Эти данные свидетельствуют о том, что поражения средостения при лимфогранулематозе бывают вторичными чаще, чем при нелимфогранулематозных лимфомах.

Дифференциальной диагностике двух групп злокачественных лимфом также помогают анализы крови. Если при сравнении красной крови большой разницы при этих заболеваниях не было, то в белой крови различия выявлялись. У больных лимфогранулематозом чаще (у 53,6%) обнаруживались лимфопения (при нелимфогранулематозных лимфомах — у 23%) и ускорение СОЭ (соответственно у 72,6% и 55,5%).

Таким образом, нелимфогранулематозные лимфомы в отличие от лимфогранулематоза характеризуются следующими клиническими признаками: 1) быстрым развитием заболевания; 2) выраженностью симптомов поражения органов средостения и легких; 3) они чаще поражают мужчин в возрасте старше 50 лет; 4) меньшей частотой увеличения периферических лимфатических узлов; 5) более редкими изменениями формулы белой крови.

На основании указанных клинических признаков у большинства больных удалось правильно провести дифференциальную диагностику этих двух групп злокачественных лимфом с поражением средостения.

Несмотря на появление новых методов исследования средостения, классическая рентгенография грудной клетки и томография — наиболее распространенные, простые и доступные методы, позволяющие клиницисту правильно поставить предварительный диагноз. В последнее время ряд авторов пытаются судить о гистологической структуре с помощью рентгенологического метода исследования. В некоторых случаях, особенно с учетом клиники заболевания, следует проводить дифференциальную диагностику лимфогранулематоза и нелимфогранулематозных лимфом. При анализе рентгенологических симптомов поражения средостения мы исходили из таких критериев, как частота поражения отдельных групп лимфатических узлов, характер контуров, поражение легких, наличие экссу-

днативного плеврита. Двустороннее симметричное поражение при нелимфогранулематозных лимфомах было обнаружено у 102 больных из 126; при лимфогранулематозе в начале заболевания чаще встречался односторонний процесс. Что касается увеличения различных групп лимфатических узлов, то при нелимфогранулематозных лимфомах в отличие от лимфогранулематоза наблюдалось сочетание из поражения лимфатических узлов перитрахеобронхиальной группы с передне- и заднемедиастинальными узлами. Наиболее частым (52,2%) было сочетание поражений паратрахеальных, трахеобронхиальных и переднемедиастинальных лимфатических узлов (при лимфогранулематозе — в 32,3% случаев). Обращал на себя внимание тот факт, что при нелимфогранулематозных лимфомах не было одностороннего изолированного поражения одной группы узлов. Как правило, более распространенный процесс в средостении мы находили при нелимфогранулематозных лимфомах, чем при лимфогранулематозах. При сравнении с данными клиники становится понятно, почему при этом более выражена симптоматика поражения органов средостения.

При анализе характера контуров нами было отмечено, что их нечеткость более характерна для нелимфогранулематозных лимфом, чем для лимфогранулематоза. Что касается бугристости, полицикличности, симптома кулис, характеризующих множественность вовлечения в процесс лимфатических узлов, то этим симптомам как дифференциально-диагностическим признакам мы не придавали большого значения, так как они встречались одинаково часто при обоих заболеваниях.

Итак, к отличительным рентгенологическим признакам нелимфогранулематозных лимфом по сравнению с лимфогранулематозом можно отнести следующие: 1) больший объем поражения групп лимфатических узлов средостения; 2) нечеткость контуров лимфатических узлов; 3) более частое (примерно в 3 раза) вовлечение в процесс плевры с явлениями экссудативного плеврита и бронхиального дерева с развитием ателектазов, а также парез диафрагмального и возвратного нервов.

Таким образом, мы можем утверждать, что, несмотря на большие трудности диагностики злокачественных лимфом, объясняемые сходством признаков у большинства больных, врач может отличить нелимфогранулематозные лимфомы от лимфогранулематоза. При этом большое значение имеет совокупность клинических и рентгенологических признаков заболевания. Наиболее трудными для диагностики остаются изолированные формы поражения средостения в начальных стадиях развития заболевания, которые требуют специальных методов исследования.

Провести дифференциальную диагностику лимфо- и ретикулосарком в группе нелимфогранулематозных лимфом на основании клинко-рентгенологических данных нам не удалось. Однако утверждение о том, что эти заболевания совсем не отличаются друг от друга клинически, является неверным, так как каждый из этих вариантов имеет некоторые особенности.

Из-за быстрого инфильтративного роста опухолей большинство больных поступают уже с распространенными формами заболевания. Поскольку медицинские учреждения оснащены в основном обычной рентгенодиагностической аппаратурой, основу диагностики составляют общедоступные клинко-рентгенологические методы исследования, а биопсия подтверждает клинический диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотков А. Г., Беякова И. А., Переслегин О. И. // Вест. рентгенол. — 1984. — № 6. — С. 64—69.
2. Лукьянченко Б. Я., Переслегин И. А. // Вопр. онкол. — 1963. — № 3. — С. 83—87.
3. Симбирцева Л. П., Шейдаков А. А., Шуст В. Ф., Давыдова С. Б. // В кн.: Тезисы докладов V Всероссийского съезда рентгенологов и радиологов. — Смоленск, 1986.
4. Штерн Р. Д. // Арх. патол. — 1985. — № 1. — С. 94.
5. Elias L. // Cancer. — 1979. — Vol. 43. — P. 2540—2546.
6. Ho F.C.S., Todd D. et al. // Int. Cancer. — 1984. — Vol. 34. — P. 143—148.
7. Sako M., Kano M. // Lymfology. — 1979. — Vol. 12. — P. 23—25.

Поступила 20.10.87.