

ная боль прекращалась через 12—24 ч от начала лечения. Функциональное состояние носа улучшалось быстрее, чем у больных 1-й группы. Слизистое отделяемое вместо гноя появлялось в среднем через 2,5 дня, и средние сроки клинического выздоровления были на 3,3 дня короче, чем в 1-й группе. Клиническое выздоровление у больных с полисинуситом констатировано через 10,6 дня, с гнойным фронтитом и гайморитом — через 8,1, с острым гнойным фронтитом — через 7,5 дня. 2 больным из этой группы была произведена трепанация лобной пазухи, одному — фронтотомия.

Таким образом, при включении в комплекс лечения целенаправленного воздействия сосудосуживающими средствами

на соустья передних параназальных пазух наблюдается улучшение результатов консервативного лечения больных с изолированными и сочетанными формами гнойного фронтита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костышин А. Т. К вопросу о шадающих методах лечения больных фронтитом // Журн. ушн., нос. и горл. бол.— 1987.— № 6.— С. 15—17.
2. Мальцев А. Г. // В кн.: Тезисы IX съезда оториноларингологов СССР.— Кишинев, Штиинца, 1988.
3. Пальчун В. Т., Устьянов Ю. А., Дмитриев Н. С. // Параназальные синуситы.— М., Медицина, 1982.

Поступила 13.06.89.

УДК 616.313—006.03—07

ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯЗЫКА

И. Г. Ямашев

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.— доц. И. Г. Ямашев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

В публикациях, посвященных заболеваниям языка, не анализируются ошибки клинической диагностики его доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований. Вместе с тем данный вопрос представляет несомненный практический интерес. Мы проанализировали частоту клинических ошибок при диагностике доброкачественных новообразований языка в условиях специализированного стационара.

Располагая сведениями о 212 больных (мужчин — 76, женщин — 136), мы разделили их на 2 группы. В 1-ю группу были включены сведения о лицах (137 чел.), у которых клинический и патогистологический диагнозы совпадали, во 2-ю — о 75 пациентах с ошибочным клиническим диагнозом, у которых такого совпадения не было. Кроме того, мы выделили 6 морфологических групп. В 1-ю вошли больные (78 чел.) с гемангиомами, во 2-ю (21) — с лимфангиомами, в 3-ю (31) — с папилломами, в 4-ю (32) — с фибромами, в 5-ю (36) — с кистами и в 6-ю (14) — с редкими новообразованиями языка, а именно: с зернистоклеточной опухолью, травматической невромой, ботриомикомой (по одному больному), липомой, неврилеммой, лейомиомой, зобом языка (по 2) и опухолями малых слюнных желез (3).

Больные были распределены по 5 возрастным группам: 1-ю группу составили больные до 15 лет (49 чел.), 2-ю — с 15 до 30 (42), 3-ю — с 30 до 45 (34), 4-ю — с 45 до 60 (46), 5-ю — с 60 лет и старше

(41); одновременно мы сформировали 5 групп с учетом давности заболевания (установливали анамнестически) и одну группу — с врожденными опухолями. 1-я группа объединила лиц с давностью заболевания до 3 мес (81 чел.), 2-я — с давностью до одного года (33), 3-я — с одного года до 3 лет (23), 4-я — с 3 до 5 лет (14), 5-я — больше 5 лет (28), 6-я — со дня рождения (33). И, наконец, распределение по 6 группам было произведено в зависимости от локализации новообразования. В 1-ю группу вошли больные (26 чел.) с опухолью на кончике языка (при положении языка за зубным рядом — в зоне нижних резцов), во 2-ю (33) — на передней трети (в зоне клыков и премоляров), в 3-ю (42) — на средней трети (в зоне моляров), в 4-ю (45) — на задней трети, в том числе на корне языка (за зубом мудрости), в 5-ю (35) — на нижней поверхности языка, в 6-ю (31) — при распространении новообразования на два и более отделов органа.

Цифровой материал обработан статистически по методу Фишера. При анализе частоты ошибочных диагнозов в зависимости от пола не обнаружено существенного различия как в выделенных морфологических группах, так и в целом при всех новообразованиях языка. Вместе с тем как у мужчин, так и у женщин неправильный диагноз значительно чаще имел место при гемангиомах, чем при кистах и фибромах (соответственно у мужчин — $P < 0,001$ и $P < 0,05$, у женщин — $P < 0,05$ и $P < 0,01$). Так, у мужчин соотношение числа лиц с правильным

и ошибочным диагнозами составляло при гемангиомах 10:12, при фибромах — 10:2, при кистах — 20:0, у женщин — соответственно 30:26, 17:3, 13:3. Кроме того, анализ показал, что у мужчин ошибочный диагноз чаще ставился при папилломах (9:4), чем при кистах ($P=0,01$), а у женщин — при гемангиомах, чем при папилломах (14:4; $P<0,05$). При редких новообразованиях языка как у мужчин (у 4), так и у женщин (у 10) не было ни одного случая верно поставленного диагноза. При сопоставлении больных этой группы с другими морфологическими группами выявлено различие в частоте ошибок диагностики ($P<0,05$).

При новообразованиях языка (без деления на морфологические группы) диагностические ошибки чаще всего встречались у пациентов в возрасте старше 60 лет (16:25), чем в 1-й (39:10; $P<0,001$), 2-й (29:13; $P<0,01$), 3-й (26:8; $P<0,001$) и 4-й возрастных группах (27:19; $P<0,05$). Ошибочный диагноз чаще всего имел место в 4-й группе, чем в 1 и 3-й ($P<0,05$).

Если при папилломах, фибромах, кистах и редких опухолях частота диагностических ошибок не зависела от возраста пациентов ($P>0,05$), то при гемангиомах и лимфангиомах такая зависимость существовала. Так, при гемангиомах диагностические ошибки чаще наблюдались у лиц в 45—60 лет (10:11; $P<0,05$) и старше 60 лет (5:15; $P<0,001$), чем у пациентов 30—45 лет (12:2), у лиц старше 60 лет, чем у детей до 15 лет (8:6; $P<0,05$), при лимфангиомах — у больных в возрасте 15—30 (1:2; $P<0,05$) и 30—45 лет (2:3; $P<0,05$), чем среди лиц до 15 лет (11:0).

При статистическом сравнении различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных возрастных группах выявлено следующее. В возрасте до 15 лет ошибочный диагноз чаще выставлялся при гемангиомах, чем при лимфангиомах ($P<0,05$), в 15—30 лет — при редких новообразованиях языка (0:3), чем при его фибромах (7:2; $P<0,05$) и кистах (12:1; $P<0,01$), в 30—45 лет — при лимфангиомах, чем при кистах (7:0; $P<0,05$), в 45—60 лет — при редких новообразованиях языка (0:5), чем при его кистах (6:1; $P<0,01$), фибромах (2:0; $P<0,05$), папилломах (9:1; $P=0,002$), причем при папилломах точный диагноз был чаще, чем при гемангиомах ($P=0,025$). В возрасте старше 60 лет диагностические ошибки при фибромах отмечались реже (7:1), чем при гемангиомах ($P<0,001$) и редких новообразованиях языка (0:5; $P<0,01$).

Анализ частоты диагностических ошибок в зависимости от давности появления первых клинических признаков новообразова-

ния, а также у лиц с врожденными опухолевыми процессами, когда давность не учитывалась, позволил сделать следующее заключение. При новообразованиях языка (без учета морфологического варианта) неправильный диагноз чаще всего выставлялся у лиц 1-й группы, то есть при давности заболевания до 3 мес (39:42), чем у лиц 2-й (22:11; $P<0,05$), 3-й (18:5; $P<0,01$), 4-й (11:3; $P<0,05$), 5-й (19:9; $P<0,05$) и 6-й групп (28:5; $P<0,001$). При сопоставлении последних между собой существенного различия не обнаружено ($P>0,05$).

Если при папилломах, фибромах, кистах и редких опухолях частота диагностических ошибок не зависела от давности патологического процесса ($P>0,05$), то при гемангиомах и лимфангиомах такая зависимость обнаружена. Так, при гемангиомах чаще ошибались в диагнозе у лиц 1-й группы, то есть при давности заболевания до 3 мес (4:32), чем в 3-й (3:0; $P<0,01$), 4-й (4:2; $P<0,01$), 5-й (7:0; $P<0,001$) и 6-й группах (19:0; $P<0,001$). При сравнении 1-й и 2-й групп существенного различия в частоте ошибочных диагнозов не выявлено ($P>0,05$). Вместе с тем во 2-й группе диагностические ошибки были чаще (3:4), чем в 5-й ($P<0,05$) и 6-й группах ($P<0,01$) у больных с гемангиомами. При лимфангиомах различие ($P<0,05$) обнаружено лишь при сопоставлении 5-й (2:4) и 6-й групп (8:1).

При сравнении различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных группах давности патологического процесса оказалось, что при давности заболевания до 3 мес (1-я группа) ошибочный диагноз допускался чаще при гемангиомах, лимфангиомах (0:2) и редких новообразованиях языка (0:3), чем при папилломах — 12:4 (соответственно различие — $P<0,001$, $P<0,05$, $P<0,05$), фибромах (12:1; $P<0,001$, $P<0,05$, $P<0,01$) и кистах (11:0; $P<0,001$, $P<0,05$, $P<0,01$), при этом в 1-й группе мы не выявили достоверного различия ($P>0,05$) в частоте диагностических ошибок при сравнении между собой, с одной стороны, больных с гемангиомами, лимфангиомами и редкими новообразованиями языка, с другой — пациентов с папилломами, фибромами и кистами. При давности патологического процесса до одного года диагностические ошибки отмечались при редких новообразованиях языка чаще (0:4), чем при кистах (10:2; $P<0,01$) и фибромах (6:0; $P<0,01$). В свою очередь, в этой группе при фибромах правильный диагноз выставлялся чаще, чем при гемангиомах (3:4; $P<0,05$). При сроках опухолевого процесса с 1 до 3 лет существенные различия ($P<0,05$) в частоте диагностических ошибок были выявлены лишь при сопоставлении лиц с ред-

кими новообразованиями языка (0:3) с лимфомами (3:0), папилломами (6:1) и кистами (5:1). При давности заболевания от 3 до 5 лет в выделенных морфологических группах существенных различий в частоте ошибок диагностики не установлено ($P > 0,05$). При сроках свыше 5 лет ошибки в диагнозе ($P < 0,05$) допускались при лимфангиомах (2:4) чаще, чем при гемангиомах (7:0) и кистах (6:0). У больных с врожденным характером опухоли ошибочный диагноз выставлялся при редких новообразованиях языка чаще (0:3), чем при гемангиомах (19:0; $P < 0,001$) и лимфангиомах (8:1; $P < 0,05$).

Диагностические ошибки при новообразованиях языка (без деления на морфологические группы) возникали чаще всего при локализации опухоли в области кончика (6:20), чем при расположении новообразования в передней (18:15; $P < 0,05$), средней (30:12; $P < 0,001$), задней трети (28:17; $P < 0,01$), нижней поверхности языка (25:10; $P < 0,001$) либо при распространении опухолевого процесса на два и более отделов органа (30:1; $P < 0,001$). Если новообразование занимало два или более отделов языка, то ошибались также реже, чем в случае локализации опухоли в передней ($P < 0,001$), средней ($P < 0,01$), задней трети ($P < 0,001$) либо нижней поверхности языка ($P < 0,01$). При сравнении последних существенных различий в частоте диагностических ошибок не выявлено.

При фибромах, кистах и редких опухолях языка частота диагностических ошибок не зависела ($P > 0,05$) от их локализации, в то время как при гемангиомах, лимфангиомах и папилломах такая зависимость существовала. Так, при гемангиомах неправильный диагноз ставился чаще при их локализации в области кончика (1:16), чем в передней (11:9; $P < 0,01$), средней трети (8:9; $P < 0,01$), нижней поверхности языка (3:3; $P < 0,05$) или при ее распространении на несколько отделов органа (16:0; $P < 0,001$). При локализации в двух или более отделах языка ошибки диагно-

стики отмечались реже, чем при их расположении в передней ($P < 0,01$), средней трети ($P < 0,001$), нижней поверхности органа ($P < 0,05$). Частота диагностических ошибок при гемангиомах, развившихся в передней, средней и задней трети языка, не зависела от их локализации ($P < 0,05$). При лимфангиомах правильный диагноз выставлялся достоверно чаще при их распространении на несколько отделов органа (11:1), чем при локализации в передней трети языка (0:2; $P < 0,05$) или на нижней его поверхности (0:2; $P < 0,05$). Сравнение ошибочных диагнозов при лимфангиомах других локализаций не выявило достоверных различий. При папилломах существенная разница ($P < 0,05$) в частоте ошибочных диагнозов установлена лишь при сравнении образований, возникших в передней (2:3) и средней трети языка (9:0).

Сравнение различных морфологических вариантов новообразований языка в выделенных отделах органа показало следующее. При локализации новообразования на кончике языка существенное различие ($P < 0,01$) в частоте диагностических ошибок было обнаружено лишь при сопоставлении гемангиом и фибром (5:1), в передней трети языка — различий не выявлено, в средней трети — различие ($P < 0,01$) определялось лишь при сопоставлении гемангиом (8:9) и папиллом, в задней трети — при сопоставлении редких новообразований языка (0:10), лимфангиом (2:1; $P < 0,05$), папиллом (5:2; $P < 0,01$), фибром (8:2; $P < 0,001$) и кист (12:1; $P < 0,001$), на нижней поверхности языка ($P < 0,05$) — при сопоставлении лимфангиом (0:2) и кист (12:1). Среди морфологических вариантов новообразований языка, распространяющихся на два и более его частей, различие в частоте диагностических ошибок было несущественным ($P > 0,05$).

Таким образом, при доброкачественных новообразованиях языка возникновение ошибочного диагноза может быть обусловлено возрастом пациентов, морфологическим вариантом, давностью и локализацией патологического процесса и др.

Поступила 22.02.89.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОСТАТИЧЕСКОЙ КИСЛОЙ ФОСФАТАЗЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И В КОНТРОЛЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е. В. Шахов, Н. Л. Светозарский, О. З. Клочихин, А. А. Салмин

Кафедра урологии (зав. — проф. Е. В. Шахов) Горьковского медицинского института
имени С. М. Кирова

Одним из многочисленных опухолевых маркеров, применяемых в клинике при диагностике рака предстательной железы, является определение активности простати-

ской кислой фосфатазы (АПКФ) в сыворотке крови [3, 6]. Этот показатель используется в клинике с 30-х годов, однако роль его в диагностике рака предстательной же-