

Из 52 больных со злокачественными кортикостеромами метастазы в легкие обнаружены у 11. Рентгенологически легочные метастазы были выявлены у 6 больных. По данным Н. И. Рыбаковой (на материале Института экспериментальной и клинической онкологии), при рентгенологическом исследовании грудной клетки 4793 больных, страдавших злокачественными опухолями различных органов, метастазы в легкие обнаружены у 576 (12%).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных кортикостеромами по возрасту, полу, локализации и характеру опухоли

Новообразования	Лица мужского пола	Лица женского пола	Дети (от 7 мес. до 15 лет)	Взрослые (от 16 до 52 лет)	Локализация опухоли	
					справа	слева
Доброкачественные .	5	28	11	22	12	21
Злокачественные . .	7	45	10	42	24	28

У большинства наших больных метастазы развиваются на 1—3-м году болезни, хотя могут наблюдаться и в более отдаленные сроки (1 больная). Метастазирование опухоли может иногда сопровождаться подъемом температуры, резкой общей слабостью, падением веса больных, а изредка и кровохарканием. Смерть в таких случаях обычно наступает от кахексии. Анализ клинической симптоматики при легочных метастазах подтверждает высказанное в литературе положение, что в большинстве случаев метастазы длительно протекают бессимптомно. Поэтому основным методом диагностики является рентгенологическое исследование (рентгеноскопия, рентгенография, томография).

Изучение рентгенограмм у больных со злокачественными кортикостеромами показало, что легочные метастазы дают обычно округлые гомогенные тени различной формы и величины. Распространение метастазов происходит главным образом гематогенным путем, при этом можно наблюдать солитарные метастатические узлы и множественные метастазы (средние и крупные). Очертания отдельных метастатических узлов ровные, но не четкие, распад в них наступает редко. Метастатические узлы неправильной формы встречаются нечасто. Для диагностики решающее значение имеет быстрый рост узелков и их множественность, часто сочетающаяся с полициклическими очертаниями корней легких, обусловленными увеличением лимфоузлов.

Результаты, полученные при сопоставлении клинических данных до и после радикальной операции удаления опухоли коры надпочечника, позволяют с определенной долей осторожности говорить о наличии или отсутствии метастазов, что важно для прогноза. При этом наибольшее значение имеет сравнение данных АД, а также содержания в моче 17-кето- и оксикортикостероидов. Значительное и стойкое падение АД, уменьшение экскреции 17-кето- и оксикортикостероидов указывают на отсутствие метастазов опухоли и позволяют высказать предположение о благоприятном прогнозе заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев О. В., Тараканов Е. И. Гормонально-активные опухоли коры надпочечника. Медгиз, М., 1963. — 2. Рыбакова Н. И. Рентгенодиагностика метастатических опухолей легких. Автореф. докт. дисс., М., 1964.

УДК 616—073.75—616—006.442—616.24—616.27

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ
ПРИ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗЕ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ¹**

А. Я. Логинова

Из кафедр рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольдштейн) и кафедры хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Лимфогрануломатоз, как известно, характеризуется системным поражением лимфатических узлов. Однако встречаются и изолированные (атипичные) формы лимфогрануломатоза, к которым И. Д. Давыдовский относит все случаи поражения отдельных лимфоузлов или лимфоузлов отдельных органов и областей.

Из 198 больных лимфогрануломатозом, наблюдавшихся нами за последние 10 лет, у 99 (84 взрослых и 15 детей) определялись увеличение лимфоузлов средостения и изменения в легких.

¹ Доложено на заседании Научного общества рентгенологов и радиологов ТАССР 28/1 1965 г.

У 79 взрослых больных были изменения в лимфоузлах средостения, а у 38 из них — также в легких и плевре. У остальных 5 взрослых лимфогрануломатозные изменения определялись в легких и в периферических лимфоузлах; лимфоузлы средостения не были увеличены.

49 больных поступили в стадии генерализованного лимфогрануломатоза.

У 15 больных было изолированное поражение лимфоузлов средостения, причем у 6 из них периферические лимфоузлы не были увеличены весь период болезни — от 2 до 5 лет. Однако у других 6 больных периферические лимфатические узлы увеличились через 1,5—2 года после увеличения лимфоузлов средостения, у 3 — через 4—7 месяцев. Биопсия увеличенных периферических лимфоузлов гистологически подтвердила диагноз лимфогрануломатоза у этих больных.

У всех больных с изолированным поражением лимфоузлов средостения течение болезни было относительно медленным. Начало заболевания почти у всех больных этой группы было постепенным и сопровождалось такими общими симптомами, как периодическое повышение температуры, недомогание, небольшой кашель, тяжесть или боли в груди. Эти симптомы, конечно, не могли служить определяющими признаками для предположения о наличии лимфогрануломатоза. Только рентгенологическое исследование органов грудной клетки устанавливало увеличение медиастинальных лимфоузлов средостения.

Следует отметить, что у одного больного этой группы было редкое сочетание изолированного медиастинального лимфогрануломатоза с кистой переднего средостения. Этот больной скончался на восьмом месяце от начала первых симптомов болезни. При патологоанатомическом вскрытии был обнаружен лимфогрануломатоз с обширным поражением лимфоузлов переднего средостения и отдельных паратрахеальных лимфоузлов с прорастанием в перикард, гидроперикардит. Кроме того, была обнаружена киста в области переднего средостения в глубине увеличенных пакетов лимфоузлов. В других органах и лимфоузлах признаков лимфогрануломатоза не было.

У больных другой группы, включающей 15 чел., лимфогрануломатоз первоначально локализовался в одном или в двух-трех конгломератах периферических лимфоузлов, чаще шейных, надключичных или подмышечных. Общее состояние этих больных было относительно удовлетворительным; у 3 из них отмечался только кожный зуд. У 7 больных через год, у других 7 — через 1,5—2,5 года и у одного — через 4 года от начала болезни была установлена генерализация лимфогрануломатоза с поражением лимфоузлов средостения. Одновременно с увеличением лимфоузлов средостения у этих больных был субфебрилитет, потливость, тяжесть за грудиной и небольшой сухой кашель.

Рентгенологическая характеристика медиастинальной формы лимфогрануломатоза отличалась разнообразием. Так, у 14 больных было одностороннее поражение лимфоузлов, у 27 — двухстороннее асимметричное, у 13 — увеличение лимфоузлов в виде «трубы» (срединная тень расширена в обе стороны, медиастинальная плевра выпрямлена, натянута, с четким, прямолинейным контуром), у 5 больных было двухстороннее симметричное, а у 10 — изолированное увеличение бронхопульмональных лимфоузлов, симулирующее опухолезный туберкулезный бронхоаденит, причем у 2 из них — двухстороннее. У 4 больных было одновременное увеличение бронхопульмональных лимфоузлов и лимфоузлов средостения. У 6 больных наблюдался так называемый паракардиальный тип, симулирующий картину сердечного заболевания, что бывает при распространении процесса на нижнюю группу передних медиастинальных лимфоузлов и перикард, когда срединная тень расширяется на всем протяжении с захватом и сердечной тени, а сердечные дуги сглажены, вследствие чего сердце принимает форму неправильного треугольника.

Однако чаще всего при лимфогрануломатозе поражаются верхние передние медиастинальные лимфоузлы. Контур тени увеличенных лимфоузлов бывает четкими до тех пор, пока сохранена капсула. При нарушении целостности капсулы четкость контуров стирается.

При диагностике медиастинального лимфогрануломатоза необходимо сопоставлять клинические и рентгенологические данные.

Поражение легочной ткани чаще встречается при генерализованной форме лимфогрануломатоза. Клиническая картина грануломатоза легких весьма разнообразна. Она зависит от степени поражения легкого, лимфоузлов средостения и других органов.

Из 198 наших больных поражение легких было у 32, поражение плевры — у 11. Причем у 14 из этих 32 больных наблюдалось поражение легочной ткани с одновременным увеличением лимфоузлов средостения и корня легких.

У 13 больных были легочные изменения без увеличения лимфоузлов средостения и корней легких. Это состояние было обнаружено у 8 больных через 1—1,5 года, а у 5 — через 2,5—4 года после ремиссии медиастинального лимфогрануломатоза.

У одной больной изменения в легочной ткани первоначально протекали без увеличения лимфоузлов средостения и без увеличения периферических лимфоузлов. Только через год у нее было отмечено увеличение надключичных лимфоузлов с этой же стороны, причем путем цитологического исследования был диагностирован лимфогрануломатоз.

У 2 больных изменения в легком выявлены одновременно с увеличением надклю-

чных и подмышечных лимфоузлов, после пункции которых цитологически был установлен лимфогрануломатоз.

У 2 больных изменения в легочной ткани были найдены через 9—10 месяцев после установления лимфогрануломатоза периферических лимфатических узлов.

У 11 больных поражение плевры определялось на фоне значительного поражения лимфоузлов средостения.

Изменения в легких и плевре у большинства наших больных (у 25) выявлялись в период генерализации лимфогрануломатоза, при наличии выраженного поражения лимфоузлов средостения и других органов. Все больные этой группы отмечали общую слабость, потливость, сильный сухой кашель, температуру до 38°, а у одной больной выделялась мокрота с прожилками крови. У всех больных была ускоренная РОЭ.

Рентгенологически при лимфогрануломатозе наблюдались следующие легочно-плевральные изменения.

а. Выпот в плевральной полости — у 11 больных, причем у 2 наряду с выпотом были инфильтративного характера изменения в легких.

б. Инфильтративный характер изменения в легких — у 8 человек. Инфильтрация легких была односторонней. В одних случаях она достигала больших размеров, занимая один или два сегмента, а иногда и долю, в других инфильтрат занимал небольшой участок. Контуры инфильтрата были неровными, во многих случаях граница его постепенно переходила в нормальную ткань легкого.

в. Прикорневая инфильтрация легких, обусловленная переходом процесса с лимфоузлов корня легкого на легочную ткань, — у 7 больных.

г. Очаговая форма, выраженная как мелкая двухсторонняя диссеминация, — у одного больного. С односторонними очагами средней величины, размером от 1 до 2 см в диаметре, было 2 больных; с двухсторонними, напоминающими метастатические узлы, — 5. Одиночные крупные, округлые, хорошо очерченные гомогенные узлы размером около 4×5 см были у 3 больных. Наблюдалась также и редкая форма лимфогрануломатоза, где наряду с большим медиастинальным железистым tumorом и увеличением периферических лимфоузлов определялся округлый, около 5 см в диаметре, участок уплотнения в легком с распадом и образованием полости с горизонтальным уровнем.

д. У одного больного был распространенный специфический лимфангоит. В этом случае легкое было груботяжистым, сетчатым — по типу интерстициальной пневмонии.

е. Наконец, наблюдался и массивный медиастинальный tumor со сдавлением или прорастанием бронхов и ателектазом всего легкого — у 3 больных, с ателектазом верхней доли — у одного, средней доли — также у одного.

У детей при рентгеновском исследовании определялись те же формы, что и у взрослых.

Таким образом как у взрослых, так и у детей рентгенологически не отмечалось ничего специфического, что характеризовало бы процесс как лимфогранулему легких, и, следовательно, диагноз лимфогрануломатоза легких может быть поставлен только на основании клинико-рентгенологических сопоставлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенцианова В. М., Туркина И. Г. Тез. докл. I Всеросс. съезда рентгенол. и радиол. (28—31/VIII 1961 г.), Куйбышев, 1961. — 2. Старичков М. С. *Вопр. онкол.*, 1963, 10.—3. Успенский А. Е. *Лимфогрануломатоз*. Медгиз, М., 1958.—4. Фанарджян В. А. *Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки*. Ереван, 1958.

УДК 616—089—611.35—006

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН

К. И. Антонова

Ульяновский обл. онкодиспансер (зав. — А. А. Быстрицкий)

Непосредственные и отдаленные результаты лечения рака прямой кишки зависят от своевременной диагностики. Из числа 236 больных, обратившихся в онкодиспансер за последние 15 лет, рак прямой кишки в запущенной стадии был обнаружен уже при первичном осмотре в 27,9%. (По данным Х. Дж. Бассей и Б. С. Морисона, рак прямой кишки признан иноперабельным в 27,5%.)

Хотя прямая кишка доступна для пальцевого исследования и ректороманоскопии, пальцевое исследование было проведено у 60% больных, а ректороманоскопия всего у 13%. В результате 140 больных до поступления к нам лечились по поводу самых