

Е. А. Арустамян, М. М. Миракян, Н. В. Карапетян, Р. А. Карапетян

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В 1968 г. разработан и внедрен в ОНЦ им. В. А. Фанарджяна и ряде других лечебных учреждений метод комплексного полифлюорографического исследования (ПФИ) органов грудной и брюшной полостей и молочных желез (МЖ). Метод ПФИ проводится при однократном посещении больного, при этом одновременно исследуются органы грудной и брюшной полостей с одномоментным выявлением патологии ряда органов и систем с применением при необходимости контрастных веществ с учетом клинических и анамнестических данных.

Нами проведено клиническое и ПФИ больных с лимфогранулематозом (ЛГМ) периферических и лимфатических узлов медиастинальной и абдоминальной формы. За последние 8 лет под наблюдением находилось 511 больных ЛГМ (подростков 177, детей—334). Выявлено увеличение удельного веса мальчиков в возрасте от года до 15 лет. Нарастание частоты поражения периферических лимфатических узлов установлено у 201, распространение на новые группы узлов (медиастинальная форма ЛГМ)—у 141, прорастание опухолевого процесса в легкие и плевру—у 39, ЛГМ изменения в МЖ, сочетающиеся с поражением подмышечных лимфатических узлов,—у 3, абдоминальная форма—у 79. Поражение печени и селезенки установлено у 48 человек.

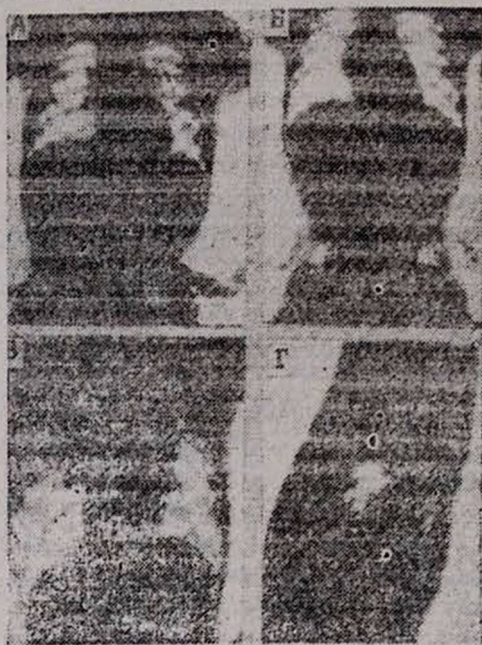
Клиническая картина при ЛГМ разнообразна в разные периоды заболевания. В начале болезни она стерта, в ряде случаев отсутствует. У 47 больных ЛГМ отмечены боли в груди, вызванные давлением увеличенных лимфоузлов на нервные сплетения средостения, различной локализации: в области сердца—19, за грудиной—17, с иррадиацией под лопатку на стороне большего поражения лимфоузлов—13.

Как показывают результаты ПФИ, общим рентгенополифлюорографическим симптомом для ЛГМ средостения является асимметричное и симметричное увеличение пораженных лимфоузлов в верхнем, среднем и нижнем квадрантах средостения с интенсивным гомогенным затемнением с четким волнистым полициклическим контуром.

По данным В. А. Фанарджяна [8] и нашим наблюдениям [1], ЛГМ у детей и подростков начинается большей частью местно с гиперплазии лимфатических узлов шеи и в дальнейшем поражает другие группы лимфатических узлов [3, 4, 6--8]. По данным Н. А. Панова и соавт. [5], ЛГМ у детей как изолированная форма встречается редко. Обычно заболевание начинается исподволь и сопровождается системным увеличением лимфатических узлов. Чаше отмечается асимметричное или симметричное увеличение шейных, затем подмышечных, паховых, а при генерализации процесса и других групп лимфатических узлов. Поражение внутрибронхиальных и ретроперитонеальных узлов сопровождается высокой температурой,

нарушаются сон и аппетит, отмечается слабость, постепенно развивается кахексия.

По нашим наблюдениям, злокачественные поражения лимфатических узлов средостения зачастую очень схожи, поскольку ЛГМ, ретикуло- и лимфосаркома, несмотря на морфологические различия, родственны по своему происхождению и могут трансформироваться друг в друга. Такого же мнения придерживаются и другие исследователи [9, 10]. Вместе с тем каждой нозологической форме поражения узлов свойственны некоторые рентгенологические особенности, позволяющие в ряде случаев диагностировать каждый из вышеуказанных процессов. Эти особенности выявляются при тщательном изучении лимфатических узлов, их количества, размера, отношения



к окружающим органам. При этом контуры тени волнистые, выпуклые, неровные, а порою и нечеткие, что объясняется распространением процесса через медиастинальную плевру на легкое. Приводим наше наблюдение.

Больная Г. А., 12 лет, жалуется на боли в груди, беспокойный сон, потерю аппетита, недомогание. Давность заболевания 2 года. Гемограмма—СОЭ ускоренная, лейкоциты—9500, других отклонений от нормы нет. Заднепередняя флюорограмма органов грудной и брюшной полостей—симметричное умеренное увеличение лимфатических узлов средостения в верхнем квадранте с выпуклыми контурами. Сердце—границы не изменены. Печень—форма и размеры обычные. Селезенка увеличена. Флюорографическое заключение: ЛГМ (рис. А). Диагноз подтвержден гистологически. Сонография и сканирование органов брюшной полости подтвердили диагноз—спленомегалия.

Больной К. Э., 9 лет, жалуется на боли в груди, одышку, нарушение сна, потерю аппетита (похудел на 5 кг), увеличенные лимфатические периферические узлы. Клиническое исследование крови выявило анемию, лимфопению, в лейкоцитарной формуле—нейтрофилез со сдвигом влево, СОЭ ускорена. Заднепередняя

флюорограмма органов грудной и брюшной полостей—справа отмечается асимметричное увеличение лимфатических узлов средостения в среднем квадранте с полициклическими контурами. Сердце—границы заметно не изменены. Печень и селезенка значительно увеличены—гепатоспленомегалия. Болезнь Ходжкина (рис. Б). Диагноз подтвержден гистологически. Сонография и сканирование органов брюшной полости диагноз подтвердили.

По данным И. Барта [2], иногда при заболеваниях ретикуло-эндотелиальной системы процесс исходит из лимфоузлов, расположенных в области корня легкого, или брюшинных лимфатических узлов и локализуется в брыжеечной и забрюшинной областях. При этом селезенка в большинстве случаев бывает увеличенной, но выявить спленомегалию удастся не всегда. Она обнаруживается приблизительно в 75% вскрытий. В отличие от однопросекционной грудной флюорографии методика ПФИ органов грудной и брюшной полостей дает возможность выявить увеличенные селезенку, печень и провести комплексное обследование современной лучевой диагностикой.

Наше следующее наблюдение—симметричная медиастинальная форма ЛГМ грудной полости.

Большая Г. Л., 7 лет. Жалуется на затрудненное дыхание, беспокойный сон, потерю аппетита, потливость, субфебрильную температуру, слабость, увеличенные периферические лимфатические узлы. Похудела на 7 кг. Гемограмма: СОЭ ускорена, лейкоциты—15700, других отклонений от нормы нет. Заднепередняя флюорограмма органов грудной полости: симметричное увеличение лимфоузлов средостения—тотальное гомогенное затемнение с полициклическими контурами, распространением ЛГМ процесса через медиастинальную плевру на легкое (рис. В). На боковой флюорограмме переднее и заднее средостения заполнены с симметричным переходом ЛГМ процесса на легкие (рис. Г). Диагноз подтвержден гистологически.

Итак, комплексное одномоментное полифлюорографическое исследование органов грудной и брюшной полостей с интегральной диагностикой способствует одновременному выявлению ЛГМ в обеих полостях—грудной и брюшной, способствуя повышению дифференциально-диагностической информативности.

ОНЦ им. В. А. Фанарджяна

Поступила 16/X 1991 г.

Ս. Ա. Առաքաճյան, Մ. Մ. Միրախյան, Ն. Վ. Կառապետյան, Ռ. Ա. Կառապետյան

ՀԱՌԱԳԱՅՔԱՅԻՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԼԻՄՖՈԳՐԱՆՈՒԼԻՄԵՏՈՋԻ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ
ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ԵՎ ԴԵՌԱՏԻՆԵՐԻ ՄՈՏ

Կրծքի և որովայնի խոռոչի օրգանների միաժամանակյա բազմաֆլյուորոգրաֆիկական հետազոտության համալիր մեթոդով ուսումնասիրվել են 24.664 խոշորկազրային ֆլյուորոգրամ, 511 հիվանդների մոտ (2%) հայտնաբերվել է լիմֆոգրանուկոմատոզ:

Վերջնական արտորոշումը կատարվել է հյուսվածաբանական մեթոդով: Նշված մեթոդը ղգալիորեն մեծացնում է տարբերակիչ արտորոշման տեղեկատվականությունը:

Clinical and Radial Diagnosis in Lymphogranulematosis in Children and Teenagers

A polyfluorographic single examination of patients was carried out with simultaneous investigation of the organs of thoracic and abdominal cavities with revealence of pathologies of the organs and systems. High diagnostic Informativily of this method is shown.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арустамян С. А. Ж. exper. и клин. мед. АН АрмССР, 1984, 2, с. 58.
2. Барта И. Селезенка (анатомия, физиология, патология и клиника). Будапешт, 1976.
3. Асеев Д. Д. В кн.: Саркоидоз (мат. симп.). М., 1967, с. 17.
4. Волков В. И. Клиническая медицина. М., 1939.
5. Панов Н. А., Москачева К. А., Гангольд А. З. Руководство по детской рентгенологии. М., 1965.
6. Петровский Б. В. Хирургия средостения. М., 1950.
7. Рейнберг С. А. Клин. мед., 1962, 4, с. 14.
8. Фарджен В. А. Рентгенодиагностика заболеваний грудной клетки Ереван, 1957.
9. Vitmann J. Cancer, 1. 65, 19, 297.
10. Rakoczy N. Pathologie und Therapie de Lymphogranulomatose. Budapest, 1978.

УДК 613.646:623.8

Г. Г. Никогосян, А. К. Айрапетян

К ВОПРОСУ ПРИОРИТЕТНОСТИ МИКРОКЛИМАТ-ОБРАЗУЮЩИХ ФАКТОРОВ В ГРУППОВОЙ ЯЧЕЙКЕ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В профилактике заболеваний детей, воспитывающихся в детских дошкольных учреждениях (ДУ), существенную роль играют условия внутренней среды групповых ячеек. С одной стороны, это диктует необходимость пристального внимания к вопросам изучения влияния различных микроклиматических условий на состояние здоровья и заболеваемость воспитанников ДУ, с другой — к различным состояниям микроклимата в зависимости от факторов, его образующих в том числе конструктивных, архитектурно-планировочных решений зданий, санитарно-технических систем.

В настоящей работе методом однофакторного дисперсионного анализа выявлена достоверность влияния типа ограждающих конструкций, характера и площади остекления, объемно-планировочного решения и ориентации групповых ячеек, а также определена приоритетность указанных факторов на формирование микроклимата (для зимнего сезона) в групповых помещениях ДУ.

Были обследованы 144 групповые ячейки, размещенные в различных по проектированию ДУ (по типу ограждающих конструкций, характеру и площади остекления, объемно-планировочным решениям и ориентации) с радиаторным типом отопления и равномерным их распределением (температура подогрева 50°). В каждой из