

времени введения химиотерапевтических препаратов, а ее исчезновение или обратное развитие настолько связаны с отменой химиотерапевтического лечения, что не приходится ставить под сомнение значение токсического фактора в возникновении неврологических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурнов Л. А., Ермаков Е. С., Семенцова К. В. Злокачественные лимфомы у детей. — М.: Медицина, 1979. — 213 с.
2. Гершианович М. Л. Осложнения при химио- и гормонотерапии злокачественных опухолей. — М.: Медицина, 1982. — 221 с.
3. Ивановская Т. Е. // Патологическая анатомия. — М.: Медицина, 1976. — С. 105—123.
4. Кисляк Н. С., Махонова Л. А., Ивановская Т. Е. Клиническое течение и лечение острого лейкоза у детей. — М.: Медицина, 1972. — 206 с.
5. Маякова С. А., Бульчева Т. И., Кисляк Н. С., Махонова Л. А. // Педиатрия. — 1979. — № 12. — С. 27—32.
6. Махонова Л. А. Материалы к клинике и лечению (химиотерапия и иммунотерапия) острого лейкоза у детей: Дисс. докт. — М., 1973. — 312 с.
7. Сетдинов Р. А. Опухолевые поражения нервной системы при лимфосаркомах (клиника, диагностика, лечение): Дисс. канд. — М., 1986. — 174 с.
8. Сыркин А. Б., Зайцева Л. А. // Побочное действие лекарственных средств. — М. — 1974. — С. 81—134.
9. Bodey G. P. // Cancer Treat. Rep. — 1975. — Vol. 59. — N 2. — P. 89—128.
10. Cline M. I., Haskell Ch. M. Cancer chemotherapy. — Philadelphia, 1980.
11. Herman T. S., Hasumond N., Jones S. E. et al. // Cancer. — 1973. — Vol. 4. — P. 390—397.

Поступила 23.02.93

© Коллектив авторов, 1994
УДК 616-006.444-053.2-072.1

А. Н. Губин, А. М. Нечитай, Б. К. Поддубный,
Н. В. Белоусова, Б. К. Винокуров, А. В. Киселев,
Г. А. Гордина, И. С. Петерсон

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКСТРАНОДАЛЬНОЙ ФОРМЫ ЛИМФОСАРКОМЫ У ДЕТЕЙ

НИИ клинической онкологии, НИИ детской онкологии

Лимфосаркома составляет 8—13% от общего числа злокачественных опухолей у детей [3]. Агрессивность течения лимфосаркомы у детей является причиной запоздалой диагностики, когда специальное лечение оказывается, как правило, малоэффективным, а прогноз — неблагоприятным. Выделяют два основных типа заболевания: нодальный и экстранодальный [4]. Органные поражения встречаются довольно часто, «излюбленная» локализация таких поражений — глоточное кольцо Вальдейера—Пирогова и органы желудочно-кишечного тракта [1, 2]. Довольно часто дети, заболевшие лимфосаркомой, длительно получают лечение по поводу ошибочно установленного диагноза разнообразных неспецифических заболеваний, тем самым упускается возможность своевременного начала адекватной тера-

Таблица 1. Локализация поражения при лимфосаркоме глоточного кольца у детей (n=58)

Миндалины	Частота поражения
Небные миндалины	18 (31%)
— одна	14 (77,8%)
— обе	4 (22,2%)
Носоглотка	27 (46,6%)
— носоглоточная миндалина	24 (88,9%)
— носоглоточная и трубные миндалины	3 (11,1%)
Небные и носоглоточная миндалины	13 (22,4%)
— носоглоточная и одна из небных миндалин	7 (53,8%)
— носоглоточная и обе небные миндалины	6 (46,2%)

пии [4]. Качественно улучшить диагностику таких форм лимфосаркомы можно лишь с помощью объективных методов исследования, позволяющих визуализировать недоступные для рутинных методов органы, исследовать морфологическую картину измененных тканей; эти методы должны отличаться неинвазивностью или малой травматичностью, безопасностью для детей. Широкое внедрение обладающих такими достоинствами эндоскопических методов исследования позволяет сделать диагностику лимфосаркомы у детей более своевременной и улучшить результаты лечения.

Нами изучены возможности эндоскопического метода в диагностике лимфосаркомы глоточного лимфоэпителиального кольца и абдоминальной локализации — наиболее частых локализаций экстранодальной формы заболевания.

В основу исследования положены 202 клинических наблюдения (117 — экстранодальная лимфосаркома с различной локализацией первичного поражения и 85 — гипертрофия миндалин глоточного кольца), где в ряду диагностических мероприятий были широко представлены эндоскопические методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия, фиброскопия верхних дыхательных путей, колоноскопия с осмотром терминального отдела подвздошной кишки, лапароскопия. Наблюдения гипертрофии миндалин глоточного кольца включены в анализ в связи с часто возникающими затруднениями дифференциально-диагностического характера с лимфосаркомой миндалин для изучения эндоскопической семиотики и выработки дифференциально-диагностических критериев. Гипертрофия миндалин во всех случаях установлена в результате обследования детей, направленных в НИИДО ОНЦ РАМН с подозрением на лимфосаркому глоточного кольца.

Группа из 117 больных с установленной в результате эндоскопической диагностики лимфосаркомой была неоднородной по первичной локализации экстранодального поражения: миндалины глоточного кольца, желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая и толстая кишка, печень, брюшная стенка и др. Работа проводилась по четырем основным направлениям.

1. Оценены возможности фиброскопии верхних дыхательных путей в диагностике лимфосаркомы глоточного кольца. Эта локализация экстранодального поражения установлена у 58 (49,6%) детей (табл. 1).

Т а б л и ц а 2. Эндоскопическая характеристика лимфосаркомы и гипертрофии миндалин глоточного кольца

Макроскопические признаки поражения	Лимфосаркома (n=84)		Гипертрофия (n=136)	
	абс. число	%	абс. число	%
Поверхность миндалин				
Неровная	12	14,3	—	—
Мелкобугристая	—	—	66	48,5
Крупнобугристая	30	35,7	—	—
Гладкая	42	50,0	70	51,5
Блеск сохранен	74	88,1	136	100
Блеск утрачен	10	11,9	—	—
Изъязвления отсутствуют	78	92,9	136	100
Изъязвления имеются	6	7,1	—	—
Окраска миндалин				
Бледно-розовая	—	—	92	67,6
Розовая	10	11,9	40	29,5
Ярко-красная	—	—	4	2,9
Серо-розовая	59	70,2	—	—
Серая	15	17,9	—	—
Консистенция миндалин				
Мягкоэластичная	74	88,1	76	55,9
Эластичная	8	9,5	56	41,2
Тугоэластичная	2	2,4	4	2,9
Плотная	—	—	—	—
Кровоточивость при биопсии				
Незначительная	80	95,2	63	46,3
Умеренная	4	4,8	71	52,2
Выраженная	—	—	2	1,5

В ряде наблюдений был установлен диагноз лимфосаркомы с поражением более чем одной миндалины глоточного кольца, такое сочетанное поражение миндалин проявлялось одновременными изменениями как различных, так и парных миндалин. В связи с этим количество миндалин, пораженных лимфосаркомой (84), превышало количество больных детей с установленным диагнозом лимфосаркомы миндалин глоточного кольца (58).

Эндоскопическая картина поражения миндалин лимфосаркомой была довольно разнообразной, основные признаки патологического состояния, обнаруженные эндоскопическим исследованием, представлены в табл. 2.

Локализация банальных изменений у пациентов с гипертрофией миндалин глоточного кольца представлена в табл. 3.

Изолированной гипертрофией одной из небных миндалин, равно как и гипертрофии трубных миндалин, а также изолированной гипертрофии язычной миндалины не было обнаружено ни в одном наблюдении. Имели место лишь редкие случаи изолированной гипертро-

Т а б л и ц а 3. Локализация изменений при гипертрофии миндалин глоточного кольца у детей (n=85)

Миндалины	Частота
Небные миндалины	22 (25,8%)
Носоглоточная миндалина	19 (22,4%)
Небные и носоглоточная миндалины	37 (43,5%)
Небные, носоглоточная и язычная миндалины	7 (8,3%)
Трубные миндалины	0
Язычковая миндалина	0

фии носоглоточной миндалины (22,4%). Однако в подавляющем большинстве наблюдений (77,6%) гипертрофия миндалин глоточного кольца была сочетанной (гипертрофия 2 и более миндалин): у 85 пациентов суммарно были гипертрофированы 136 миндалин.

Анализ результатов визуальной эндоскопической диагностики гипертрофии миндалин глоточного коль-

Т а б л и ц а 4. Дифференциально-диагностические критерии лимфосаркомы и гипертрофии лимфоидной ткани глоточного кольца

Эндоскопический признак	Лимфосаркома			Гипертрофия		
	1	2	3	1	2	3
Поражение одной из парных миндалин	*	—	—	—	—	*
Поражение обеих парных миндалин	—	—	*	*	—	—
Сочетанное поражение 2 и более миндалин	*	—	—	*	—	—
Равномерное изменение миндалин	—	—	*	*	—	—
Неравномерное изменение миндалин	*	—	—	—	—	*
Вовлечение соседних структур	*	—	—	—	—	*
Наличие изъязвления миндалины	*	—	—	—	—	*
Серо-розовая/серая окраска	*	—	—	—	—	*
Ярко-красная окраска	—	—	*	—	*	—
Блестящая поверхность миндалин	*	—	—	*	—	—
Тусклая поверхность миндалин	—	*	—	—	—	*
Бугристая поверхность миндалин	*	—	—	—	—	*
Гладкая поверхность миндалин	—	*	—	*	—	—
Сопутствующая лимфофолликулярная гиперплазия	—	—	*	*	—	—
Кровоточивость при биопсии	—	—	*	*	—	—
Фрагментация ткани при биопсии	*	—	—	—	—	*

П р и м е ч а н и я. 1 — характерно, 2 — менее характерно, 3 — не характерно.

ца позволил нам выделить ее характерные эндоскопические признаки (см. табл. 2).

Дифференциально-диагностические эндоскопические критерии лимфосаркомы и гипертрофии лимфоидной ткани глоточного кольца представлены в табл. 4.

2. Оценены возможности фиброгастродуоденоскопии в диагностике лимфосаркомы верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей. Лимфосаркома желудка и двенадцатиперстной кишки обнаружена у 10 (8,5%) из 117 детей: специфическое поражение желудка установлено у 9 (7,7%), двенадцатиперстной кишки — у 1 (0,9%) ребенка. Анализ эндоскопической картины верхних отделов желудочно-кишечного тракта при лимфосаркоме желудка и двенадцатиперстной кишки у детей продемонстрировал многообразие макроскопических проявлений заболевания. Определены эндоскопические признаки, обнаружение которых позволяет врачу-эндоскописту с большой степенью достоверности высказаться в пользу лимфосаркомы желудка. Для лимфосаркомы характерны: сохраненные эластичность и блеск поверхности опухоли, ее четкая отграниченность от окружающей слизистой оболочки, множественные, поверхностные, мелкие, четко ограниченные, разнообразной формы, плоские, рассеянные на поверхности опухолевого инфильтрата изъязвления, сохраненная, в различной степени выраженная моторика стенки желудка в зоне опухолевого поражения (отсутствие перистальтики наблюдается лишь в случаях массивного тотального поражения органа). Сочетание отдельных или нескольких из обсужденных выше признаков усиливает уверенность врача-эндоскописта в соответствии обнаруженных изменений лимфосаркоме.

3. Оценены возможности колоноскопии в диагностике лимфосаркомы кишечника у детей. Среди 117 детей с лимфосаркомой экстраанодальной локализации специфическое поражение кишечника было установлено у 12 (10,3%), в том числе: различных отделов толстой кишки — у 4, толстой и тонкой кишки — у 6, тонкой кишки — у 2 больных.

Анализ визуальной эндоскопической картины у этих пациентов обнаружил характерные для лимфосаркомы макроскопические проявления первичного поражения кишечника лимфосаркомой:

- экзофитный характер опухоли, характеризующейся признаками злокачественности, при отсутствии изъязвлений и распада;

- четкая отграниченность опухоли от неизменной окружающей слизистой оболочки даже при массивном местном поражении;

- частичное поражение окружности стенки кишки даже при большой линейной протяженности опухоли;

- плотноэластическая консистенция опухоли;

- поражение опухолью терминального отдела подвздошной кишки, илеоцекальной области и правой половины толстой кишки;

- большая местная распространенность опухоли, характеризующейся описанными выше признаками, обусловленная агрессивным течением заболевания в детском возрасте;

- сочетание опухоли, характеризующейся описанными выше признаками, с картиной тонко-, толстокишечной инвагинации при поражении терминального отдела подвздошной кишки и илеоцекальной области;

- сочетание опухолевого поражения с явлениями лимфофолликулярной гиперплазии слизистой оболочки прилежащих к опухоли отделов кишечника;

- поражение левой половины толстой кишки наблюдается значительно реже, однако обнаружение опухоли, характеризующейся описанными выше признаками, позволяет предполагать наличие лимфосаркомы.

4. Оценены возможности лапароскопии в диагностике лимфосаркомы абдоминальной локализации у детей. Исследование выполнено у 37 из 117 больных с установленной в результате комплексной диагностики лимфосаркомой экстраанодальной локализации.

Показаниями к исследованию служили: наличие идентифицированной эндоскопическим методом лимфосаркомы желудка или кишечника для объективной оценки распространенности поражения, клиническое подозрение на лимфосаркому брюшной полости при отсутствии данных гастродуоденоскопии и колоноскопии о поражении желудка и кишечника для идентификации опухоли и оценки ее распространенности, подозрение на диссеминацию лимфосаркомы в брюшной полости после ранее проведенного эффективного специального лечения. Решение этих вопросов влияло на оперативность начала специального лечения и выбор лечебной тактики.

В каждом конкретном случае задачи были решены: оценена распространенность опухоли в брюшной полости у 5 больных лимфосаркомой желудка, у 8 — лимфосаркомой толстой и терминального отдела подвздошной кишки, диагностированной в результате гастро- и колоноскопии, установлено неуточненное другими диагностическими методами первичное поражение лимфосаркомой тонкой кишки у 10 детей с клиническим подозрением на лимфосаркому брюшной полости, печени — у 2, передней брюшной стенки — у 1, забрюшинного пространства — у 9. В 2 наблюдениях лапароскопическая диагностика позволила снять клиническое подозрение на диссеминацию лимфосаркомы в брюшной полости после ранее проведенного эффективного специального лечения и подтвердить ремиссию заболевания.

Анализ результатов применения лапароскопии в диагностике лимфосаркомы абдоминальной локализации показал: лапароскопия является высокоинформативным методом, позволяющим идентифицировать первичную локализацию абдоминального поражения, уточнить распространенность процесса, обнаружить признаки диссеминации по брюшине и очаговые органические поражения, не улавливаемые другими диагностическими методами, верифицировать диагноз, когда другими методами невозможно получить адекватный субстрат для морфологического исследования, оценить эффективность ранее проведенного специального лечения и в зависимости от результатов диагностики решать вопросы медицинской тактики.

Несмотря на высокую эффективность эндоскопической визуальной диагностики лимфосаркомы экстра-

нодальной локализации, основным в идентификации заболевания является морфологический метод, суммарная диагностическая эффективность обоих видов которого (цитологического и гистологического) по эндоскопическому биопсийному материалу составила 100%. Поэтому получением материала для морфологического исследования при подозрении на лимфосаркому должно завершаться каждое эндоскопическое исследование, при необходимости такое исследование с прицельной биопсией должно повторяться до разрешения возникших сомнений в характере патологического поражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абишлява Д. И., Радулеску Г. Г., Машинин А. П. // Диагностика и лечение лимфом. — Л., 1981. — С. 187—188.
2. Гордина Г. А., Киселев А. В., Бухны А. Ф., Зак Э. В. // Актуальные вопросы клинической онкологии. — Томск, 1989. — Т. 1. — С. 45—47.
3. Гордина Г. А., Киселев А. В., Морозова О. В. // Матер. II Республиканской научно-практической конференции научного общества гематологов и трансфузиологов Лит. ССР. — 1987. — С. 110—113.
4. Ермаков Е. С. // Педиатрия. — 1986. — № 8. — С. 32—34.

Поступила 16.06.94

© Л. В. Бондаренко, 1994
УДК 616-006.444-053.2:616.8

Л. В. Бондаренко

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОБОЛОЧЕК ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОМ ЛИМФОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ И ЛИМФОСАРКОМЕ У ДЕТЕЙ

НИИ детской онкологии

Поражение мозговых оболочек при остром лимфобластном лейкозе и лимфосаркомах является столь характерным признаком специфического поражения центральной нервной системы, что он находит свое отражение практически во всех без исключения классификациях, посвященных этому вопросу [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Следовательно, менингеальная форма является доминирующей среди специфических форм поражения нервной системы при остром лимфобластном лейкозе и лимфосаркоме.

В клинических условиях оценка частоты поражения оболочек головного мозга может вызывать определенные трудности в связи с тем, что далеко не всегда имеется параллелизм между менингеальным симптомокомплексом и изменением спинномозговой жидкости. В этой связи мы выделяем 3 возможных варианта течения менингитов у детей с острым лимфобластным лейкозом и лимфосаркомой. К первому варианту следует отнести те наблюдения, когда клинические симптомы и изменения в ликворе выявляются одновременно. Ко второму варианту мы относим ликвороположительные менингиты,

когда при полном отсутствии клинических симптомов поражения оболочек в ликворе определяется плеоцитоз с наличием бластных клеток. Третий вариант поражения оболочек характеризуется наличием менингеального симптомокомплекса и отсутствием бластных клеток в спинномозговой жидкости. Это так называемые ликворотрицательные формы менингитов при лимфобластных опухолях у детей, диагностика которых вызывает затруднения и требует динамического наблюдения за больными, а также применения таких дополнительных методов обследования, как компьютерная томография и радиоизотопная диагностика.

При обсуждении проблемы специфического поражения нервной системы при остром лимфобластном лейкозе и лимфосаркоме следует учитывать некоторые общие особенности.

Первой из них является то, что при многообразии проникновения бластных клеток в нервную систему, как показали исследования А. В. Васильева [1], специфическому поражению структур головного и спинного мозга предшествует поражение твердой и мягкой мозговых оболочек. Это ставит проблему специфических поражений оболочек головного и спинного мозга на первое место среди симптомов поражения центральной нервной системы.

Второй особенностью является клинко-морфологическая диссоциация, когда при безусловном специфическом поражении тех или иных неврологических структур клинические симптомы поражения выражены слабо или отсутствуют. Это полностью относится к оболочкам головного и спинного мозга. Отсюда вытекает необходимость выделения субклинических форм поражения, которые выявляются не клиническими методами, а методом исследования ликвора или же компьютерной томографией и радиоизотопными исследованиями.

Третьей особенностью является то, что наряду со специфическим поражением существуют неспецифические механизмы поражения нервной системы, относящиеся прежде всего к нарушению гемодинамики, повышению внутричерепного давления и возникновению менингеального симптомокомплекса, который клинически оценивается как явление менингизма.

Четвертая особенность заключается в том, что поражение нервной системы всегда является отягощающим фактором течения основного заболевания и в свою очередь может привести к развитию такого тяжелого осложнения, каким является отек головного мозга.

Менингеальные формы специфического поражения нервной системы указывают на возможность вовлечения в патологический процесс всех трех оболочек головного и спинного мозга, в связи с чем целесообразно выделить трех вариантов поражения оболочек: твердой (специфический пахименингит), паутинной (специфический арахноидит) и мягкой (специфический лептоменингит). Это деление не является абсолютным, однако оправдано с клинической точки зрения, так как соответствует общепринятому в клинике выделению менингитов и арахноидитов различной этиологии.

Специфический пахименингит является понятием не столько клиническим, сколько патоморфологическим, так как поражение твердой мозговой оболочки в этих случаях не имеет никакой убедительной неврологической симптоматики. Его наличие можно предполагать только во взаимосвязи с другими проявлениями