

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ Մ.ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԱՎԱԳՑԱՆ ՌՈՒՋԱՆՆԱ ՎՅԱՉԵՍԼԱՎԻ

ԼԻՄՖՈՄՍԱՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ
ԸՆԹԱՑՔԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ
ՈՒԼՏՐԱԶԱՅՆԱՑԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԺԴ.00.03 - «Ներքին հիվանդություններ»
մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՄԵՂՍԱԳԻՐ

Երևան 2015

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М.ГЕРАЦИ

АВАКЯН РУЗАННА ВЯЧЕСЛАВОВНА

ЗНАЧИМОСТЬ УЗИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ
КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИМФОМ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.03 – «Внутренние болезни»

Ереван-2015


Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Արյունաբանական կենտրոնի գիտական խորհրդի նիստում:

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆեսոր Ս.Ս. Դադբաշյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Պ., պրոֆեսոր Ս.Դ. Սաֆարյան
Բ.Գ.Թ., դոցենտ Ա.Ռ. Երեմյանց

Առաջատար կազմակերպություն՝ Վ.Ա. Ֆանարջյանի անվան
Ուռուցքաբանության Ազգային Կենտրոն

Ատենախոսության պաշտպանությունը կկայանա 2015թ. դեկտեմբերի 17-ին, ժ.14.⁰⁰-ին ՀՀ ԿԳՆ Երևանի Մ.Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանում գործող ԲՈՀ-ի 028 «Ներքին հիվանդություններ» մասնագիտական խորհրդի նիստում /0025,Երևան,Կորյունի 2/:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ՀՀ ԿԳՆ Երևանի Մ.Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանի գրադարանում:
Սեղմագիրն առաքված է 2015թ. նոյեմբերի 12-ին:

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝  Բ.Գ.Թ. Լ.Գ.Թունյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Гематологического центра МЗ РА.

Научный руководитель: д.м.н. профессор С.С. Дагбашян


Официальные оппоненты: д.м.н. профессор М.Д. Сафарян
к.м.н. доцент А.Р. Еремянц

Ведущая организация: Национальный Центр Онкологии им. В.А. Фанарджяна

Защита диссертации состоится 17 декабря 2015г. в 14⁰⁰ часов на заседании Специализированного совета ВАК 028 «Внутренние болезни» при Ереванском Государственном Медицинском Университете им. М. Гераци (0025,Ереван, Корюна2)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци

Автореферат разослан 12 ноября 2015 г.

Ученый секретарь Специализированного совета  к.м.н. Л.Г. Тунян

ԱՇՆԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Թեմայի արդիականությունը: Լիմֆոպրոլիֆերատիվ հիվանդությունները բնակչության հաշմանդամության և հիվանդացության հիմնական պատճառներից են: Վիճակագրությունը գրանցում է ԼՊՀ-ի մակարդակի կայուն աճ ԱՊՀ երկրներում [Мерабишвили В.М., 2009; Чиссов В.И. и др., 2012; Давыдов М.И. и др., 2014] և աշխարհում [American Cancer Society., 2011; Ferley J. et al., 2012; Eichenauer D. et al., 2014]: Հիվանդացության հաճախականությունն աճում է տարիքի հետ և գագաթնակետին հասնում 60-65 տարեկանում [Riccabona M., 2000; Stephens N. et al., 2007]: Ըստ ՀՀ-ում 1966-1971թթ. և 1998-2004-2010թթ. կատարված հետազոտությունների գրանցվել է ԼՊՀ-ի հավաստի աճ ի հաշիվ Ոչհոջլինյան և Նոջլինյան լիմֆոմանների [Ամիրխանյան Ե.Ս., Մելքիկյան Ն.Ս., 1991; Дарбашян С.С., 2008; Дарбашян С.С., 2010]: Հայաստանում այս հիվանդությունների աճման պատճառներից է նաև ախտորոշման մակարդակի բարձրացումը:

Չարորակ նորագոյացությունների կառուցվածքում լիմֆոմաները կազմում են 3.1% [Давыдов М.И. и др., 2014]: ՈՆՀ-ի և ՀԼ-ի ախտորոշումը կատարվում է Cotswald (1989թ.) լրացումներով Ann Arbor (1971թ.) դասակարգման համաձայն, որը պայմանավորում է ստանդարտ ախտորոշիչ հետազոտություններ պրոցեսի տարածման աստիճանը ճշգրիտ գնահատելու և փուլը հաստատելու համար, ինչպես նաև հաշվի են առնվում կանխատեսման մի շարք լրացուցիչ գործոններ՝ միջնորմի գոյացության չափեր, ախտահարման այլ մեծ օջախների առկայություն և ստոծանուց ցած տեղակայված ախտահարման տարածվածության աստիճան:

Լիմֆոմաների ախտորոշումը կատարվում է հյուսվածքների, օրգանների բիոպսիայի արդյունքում ստացված ուռուցքային բջիջների ձևաբանական հետազոտությամբ և իմունոֆենոտիպավորմամբ, որը լիմֆոմաների ախտորոշման հիմքն է: Իմունոֆենոտիպավորման նպատակն է որոշել ուռուցքի B- կամ T-բջջային ծագումը, բջջային տարբերակման ընթացքի խաթարման մակարդակը, որը ՀԼ-ի և ՈՆՀ-ի համալիր ախտորոշման կարևորագույն բաղադրիչ է: Լիմֆոմաների ժամանակին և ճշգրիտ ախտորոշումը կարևորագույն խնդիր է ժամանակակից բժշկության մեջ և արդյունավետ բուժման գրավական է [Поддубная И.В., и др., 2013; Guastafierro S, et al., 2008]:

Լիմֆոմաների դեպքում կլինիկա-լաբորատոր քննությամբ հնարավոր չէ բացահայտել ներքին օրգանների օջախային և դիֆուզ փոփոխությունները և ըստ այնմ որոշել հիվանդության փուլն, ուստի անհրաժեշտ է կիրառել գործիքային հետազոտություններ՝ ՈւՁՁ-ն, համակարգչային (ՀՇ), մագնիտա-ռեզոնանսային (ՄՌՇ), բազմապարույրային (ԲՊՇ) շերտագրումներ:

Այդ առումով անգնահատելի է ՈւՁՁ-ն դերը, որպես մատչելի, ոչ ինվազիվ, ճառագայթային ծանրաբեռնվածություն չկրող մեթոդ, որը կարելի է կիրառել բազմիցս: ՈւՁՁ-ը մատչելի գործիքային քննություն է, և հնարավորություն է տալիս առաջին իսկ քայլով հայտնաբերել ստոծանու երկու կողմի ախտահարումները, ճշգրիտ փուլավորման նպատակով: ՈւՁՁ-ը մեծ դեր ու նշանակություն ունի ախտաբանական գործընթացներում ծայրամասային ավշային հանգույցների ներգրավումը գնահատելու համար, ինչպես նաև ախտահարված ավշային հանգույցների հյուսվածաբանական հետազոտությունների համար ամենատեղեկատվական ա/հ-ը հայտնաբերելու գործում: Այնինչ տարբեր պատճառներով, հետազոտող բժիշկը, հիմնվելով շոշափման արդյունքների վրա, անտեսում է ծայրամասային ա/հ-ի ՈւՁՁ-ը բիոպսիայից առաջ, որը կարող է բերել ոչ ճշգրիտ ախտորոշման և անցանկալի կրկնակի վիրաբուժական միջամտությունների: Բիոպսիայի համար միայն շոշափման մեթոդով ընտրված ա/հ-ը կարող է ինֆորմատիվ չլինել, քանի որ շոշափման մեթոդը չի կարող գնահատել հեռացվող ա/հ-ի ներքին կառուցվածքը:

Շոշափման զգայնությունը և ճշգրտությունն ըստ որոշ հեղինակների [Mazo M. J., 2008; Van Overhagen H. et al., 2004; Saiag P. et al. 2005] կազմում է 47 - 78 %: Այդ իսկ պատճառով ճշգրիտ ախտորոշման գործընթացը կարող է ձգձգվել ամիսներ, անգամ տարիներ: Կրծքավանդակի ուղիղ դիրքով ռենտգեն հետազոտությամբ հաճախ չեն հայտնաբերվում հետկրծոսկրային գոյացությունները, այնինչ հետազոտված հիվանդների մոտ ՈՇԼ-ի դեպքում 12.9%, ՀԼ-ի դեպքում 43.5% գրանցվել է միջնորմի ա/հ-ի ախտահարում, ուստի կարևորվում է առաջնային դիտարկման ընթացքում միջնորմի ՈւՁ-ին հետազոտությունը, մանավանդ որ վերին առաջային միջնորմը շատ լավ վիզուալիզացվում է ՈւՁ-մբ [Annessi V. et al., 2003]: ՈւՁ-ը, ոչ ինվազիվ մեթոդներից է, որ հնարավորություն է ընձեռում տալ առաջնային ճշգրիտ ախտորոշում, ի հայտ բերել ախտահարման տարածվածության աստիճանը ավշային և այլ օրգան-համակարգերում, գնահատել բուժման արդյունավետությունը: Այն նաև մեծ դեր ունի ռեցիդիվների հայտնաբերման գործում [Piscaglia F. et al., 2011]: Մի շարք աշխատանքներում բերվում են տվյալներ ՈւՁ-ին և դոպպլեր հետազոտություններով Ոչհոջկինյան և Հոջկինյան լիմֆոմաների տարբերակիչ ախտորոշման վերաբերյալ [Bazemore A. et al. 2002; Nakase K. et al. 2006]:

Վերոհիշյալից ելնելով տվյալ **աշխատանքի նպատակն է** Պարզաբանել ուլտրաձայնային հետազոտության նշանակությունը Ոչհոջկինյան և Հոջկինյան լիմֆոմաների դեպքում օրգան-համակարգերի առաջնակի ախտահարումների հայտնաբերման, ստույգ փուլավորման, ճշգրիտ ախտորոշման և կլինիկական ընթացքի գնահատման գործում:

Այդ նպատակի իրականացման համար առաջադրվել են հետևյալ խնդիրները

1. Բացահայտել Ոչհոջկինյան լիմֆոմայի դեպքում ՈւՁ-ով հայտնաբերված օրգան-համակարգերի ախտահարման տարածվածության, հաճախականության ռանձնահատկությունները, կլինիկական ընթացքը:
2. Պարզաբանել Հոջկինի լիմֆոմայի դեպքում ՈւՁ-ով հայտնաբերված օրգան-համակարգերի ախտահարումների տարածվածության, հաճախականության ռանձնահատկությունները, կլինիկական ընթացքը :
3. Ընդգծել միջնորմի ՈւՁ-ն նշանակությունը լիմֆոմայի կասկածով հետազոտվողների առաջնակի ախտորոշման գործում:
4. Գնահատել ՈւՁ-ին հետազոտության անհրաժեշտությունն ախտահարված ավշային հանգույցներից բիոպսիայի նպատակով առավել ինֆորմատիվ ընտրության գործում:
5. Կատարել ՈՇԼ-ով և ՀԼ-ով հիվանդների հետազոտվող խմբերում ՈւՁ-մբ ստացված արդյունքների համեմատական վերլուծություն:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

Առաջին անգամ ուլտրաձայնային հետազոտությամբ (ՈւՁ) ճշգրտվել է ավշային համակարգի ախտահարումների հաճախականությունը ՈՇԼ-ի և ՀԼ-ի դեպքում:

Առաջին անգամ ՈՇԼ-ի և ՀԼ-ի դեպքում ընդգծվել է ուլտրաձայնային հետազոտության նշանակությունը բիոպսիայի ենթարկվող ավշային հանգույցի ախտահարումն և ինֆորմատիվությունը գնահատելիս:

Առաջին անգամ առաջարկվել է լիմֆոմա կասկածով հիվանդների համալիր և ամբողջական հետազոտման ալգորիթմ, հիմնավորվել է միջնորմի առաջնային հետազոտության անհրաժեշտությունը:

Գործնական նշանակությունը

Լիմֆոպրոլիֆերատիվ հիվանդությունը հաստատելու կամ ժխտելու նպատակով համալիր ուլտրաձայնային հետազոտումը պարտադիր ցուցված է, ցանկացած տեղակայման անգամ մեկ ավշային հանգույցի ախտահարման առկայության դեպքում:

Լիմֆոմայի կասկածով հետազոտվողների առաջնակի ախտորոշման դեպքում ճշգրիտ ախտորոշում ստանալու և կրկնակի բիոպսիան բացառելու նպատակով պարտադիր է բիոպսիայի ենթարկվող ավշային հանգույցի ախտահարման աստիճանը գնահատել և ընտրություն կատարել ուլտրաձայնային հետազոտության տվյալներով:

Հիվանդների առաջնակի հետազոտման ընթացքում պրոցեսի տարածվածությունը ճշգրտելու նպատակով պարտադիր է առաջային միջնորմի ՈւՋ-ին հետազոտությունը, որով ի սկզբանե հայտնաբերվում են ախտահարումները ստոծանուց վեր և վար, ստույգ փուլավորում ստանալու համար:

Ատենախոսության փորձարկումը. Աշխատանքի նախնական պաշտպանությունը կայացել է ՀՀ պրոֆ. Ռ.Յոլյանի անվ. Արյունաբանական կենտրոնի գիտական խորհրդի /թիվ 1/15 20.03.15թ./ նիստում: Աշխատանքի հիմնական դրույթները ներկայացվել և զեկուցվել են՝

- *«Соврем. аспекты реабилитации в медицине» խորագրով V միջազգային գիտագործնական կոնֆերանսին, նվիրված Կուրորտաբանության ԳՀԻ 80-ամյակին (Երևան, 2008):*
- *Ալերգաբանանների և իմունաբանների միջազգային գիտաժողովին (Ղուբայ, 2009):*
- *«Արյունաբանության և փոխներարկաբանության արդի խնդիրները» խորագրով միջազգային գիտագործնական կոնֆերանսին, (Երևան-Ստեփանակերտ, 2010):*
- *Лучевая диагностика и научно-технический прогресс в неотложной абдоминальной хирургии» խորագրով IX միջազգային գիտագործնական կոնֆերանսին, (Մոսկվա, 2013):*
- *«Злокачественные лимфомы» խորագրով X միջազգային գիտագործնական կոնֆերանսին, (Մոսկվա, 2013):*

Հրատարակումները. Աշխատանքի թեմայով ՀՀ-ի և արտասահմանյան բժշկական մամուլում լույս են տեսել 5 գիտական աշխատություններ:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է համակարգչային տեսքով 129 էջերում և բաղկացած է ներածությունից, 4 գլուխներից (գրական ակնարկ, հետազոտության նյութի և մեթոդների նկարագրություն, սեփական հետազոտությունների արդյունքներ, քննարկում), եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից և օգտագործված գրականության ցանկից:

Աշխատանքը լուսաբանված է 23 աղյուսակներով և 21 նկարներով: Գրականության ցանկը բաղկացած է 203 սկզբնաղբյուրից:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԵՐԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ. Հետազոտության մեջ ընդգրկվել են ՀՀ ԱՆ պրոֆ. Ռ.Յոլյանի անվան Արյունաբանական կենտրոնի 2006-2009թթ. լիմֆոմաներով 193 առաջնակի հիվանդ: Հետազոտության մեջ ընդգրկված 193 հիվանդները

բաժանվել են 2 խմբի և ստուգիչ խումբը կազմել են 100 պրակտիկ առողջ անհատներ՝ ԱԿ դիմած դոնորներ և զինակոչիկներ, առանց ԼՊՀ կլինիկական ախտանշանների, (56 տղամարդ, 44 կին), 18-60 տարեկան (միջին տարիքը՝ 37.9±1.8): ՈւՋՀ-մբ ստուգիչ խմբում ծայրամասային ա/հ-ի, լյարդի, փայծաղի կողմից ախտահարում չի հայտնաբերվել: Լյարդի և փայծաղի եզրագծերը եղել են հարթ, էխոգրաֆությունը նորմալ: Որովայնի խոռոչի օրգանների և հետորովայնազային տարածության ավշային հանգույցների մեծացում չի գրանցվել: Ընտրանքի մեջ ներառվել են նաև 2012թ. դիմած լիմֆոմա կասկածով առաջնակի հետազոտվողների բիոպսիայի նպատակով ՈւՋՀ-մբ ընտրված քսան ա/հ-ի ձևաբանական հետազոտության արդյունքները և համեմատվել 2006-2009թ. դիմած հիվանդների շոշափամբ ընտրված ա/հ-ի ձևաբանական հետազոտության արդյունքների հետ:

I խմբում ընդգրկվել են **Հռջկիկյան լիմֆոմայով 85** հիվանդ (44%), **II** խմբում ընդգրկվել են **Ոչհռջկիկյան լիմֆոմայով 108** հիվանդ (56%): Խմբերը բաժանվել են ենթախմբերի ըստ ձևաբանական ախտորոշման: Հետազոտվող հիվանդների տարիքային սահմաններն էին 18-78, իսկ միջին տարիքը՝ 44.9±17.4, այդ թվում ՀԼ-ով հիվանդների միջին տարիքը կազմել է 35.3±1.3, իսկ ՈՂՀ-ի՝ 54.6±1.2: Ըստ սեռի հիվանդները բաժանվել են հետյալ կերպ՝ 193 հիվանդից 54.9% (106 դեպք) տղամարդիկ են, իսկ 45.1% (87 դեպք)՝ կանայք, այսինքն տղամարդիկ կանանց համեմատ ավելի հաճախ են հիվանդանում :

Այդ օրինաչությունը պահպանվում է և ՀԼ-ի (57.64%), և ՈՂՀ-ի (52.78%) դեպքում, ինչը նաև հաստատվում է գրականության տվյալներով [Давыдов М.И. и др., 2014]:

ՀԼ-ով հիվանդների տարիքային խմբերի հիվանդացության պատկերը հետևյալն է. մինչև 20 տարեկան ունեցել ենք 9 (10.5%) հիվանդ, 21-30 տարեկան – 31 (36%) հիվանդ, 16 (18.8%)՝ 31-40 տարեկան, 13 (15.2%)՝ 41-50, 12 (14.3%)՝ 51-60, 61-70 տարեկան 3 (3.5%) հիվանդ և 70 տարեկանից բարձր 1(1.1%) հիվանդ:

ՈՂՀ-ով 108 հետազոտված հիվանդներից 57 (52.8%) տղամարդ էին, 51 (47.2%) կին, տարիքային խմբերի հիվանդացության պատկերը հետևյալն է. մինչև 20 տարեկան ունեցել ենք 2 (1.8%) հիվանդ, 21-30 տարեկան – 3 (2.8%) հիվանդ, 15 (13.9%)՝ 31-40 տարեկան, 21 (19.4%)՝ 41-50, 19 (17.6%)՝ 51-60, 61-70 տարեկան 33 (30.6%) հիվանդ և 70 տարեկանից բարձր 15 (13.9%) հիվանդ:

Հիվանդների հետազոտությունը կատարվել է ՈւՋ-ին հետևյալ սարքերով. Aloka SSD 500 օգտագործելով 3.5 և 5.0 ՄՀց հաճախականությամբ ուռուցիկ տվիչներ, Medison SA 6000 գծային C3-7ED 7.0 ՄՀց և կոնվեքս HL5 -9ED 3.5 ՄՀց և Acuson գծային 7.0 ՄՀց և 3.5 ՄՀց կոնվեքս տվիչներով: Կիրառվել է իրական ժամանակում մոխրագույն սանդղակային, բազմադիրքային (B-ռեժիմ) և գունավոր Doppler քարտեզագրմամբ ուլտրաձայնային մեթոդ:

Հետազոտության արդյունքները, մշակվել են պարամետրիկ և ոչպարամետրիկ վիճակագրության մեթոդներով, ստանդարտ վիճակագրական վերլուծության փաթեթների, մաթեմատիկական միջին արժեքի, միջին արժեքի շեղումների, Ստյուդենտի (t) գնահատման չափանիշի կիրառմամբ, կորելացիոն վերլուծությունը իրականացվել է Պիրսոնի մեթոդով:

Մեկնական հետազոտությունների արդյունքները. Հետազոտության մեջ ներառված 193 հիվանդների խմբերում՝ Հռջկիկյան (85) և Ոչ հռջկիկյան (108) և ենթախմբերում կատարվել է ՈւՋՀ-մբ հայտնաբերված ախտահարումների գնահատում, համեմատական

վերլուծություն: Մեր հետազոտության շրջանակներում նպատակ ենք ունեցել գնահատել ՈւՉՀ-ն դերն ու նշանակությունը լիմֆոմաների դեպքում ավշային և այլ օրգան-համակարգերում ախտահարումների առաջնակի հայտնաբերման, նրանց տարածվա ծության աստիճանի, տարբեր տեղակայման ախտահարումների համակցման, ձևաբանական ախտորոշում ստանալու նպատակով ամենաինֆորմատիվ ավշային հանգույցի հայտնաբերման, բուժման արդյունավետության և կլինիկական ընթացքի գնահատման գործում: Այդ նպատակի համար հետազոտել ենք 2 խմբերի հիվանդներին ՈւՉՀ-մբ հայտնաբերել ախտահարումները և կատարել համեմատական վերլուծություն: Լիմֆոմայի կասկածով հետազոտվողները մասնագիտական կլինիկա ընդունվելով կլինիկական քննությունից հետո անցել են նաև որովայնի խոռոչի օրգանների, ա/հ-ի, հետորովայնազային տարածության, ծայրամասային ա/հ-ի, միջնորմի, պլևրալ խոռոչի ուլտրաձայնային համալիր, ամբողջական հետազոտություն: Մեր աշխատանքի ընթացքում առանձին խմբերում հետազոտել ենք ՈՂԼ-ով և ՀԼ-ով կասկածով հետազոտվողների մոտ ՈւՉՀ-ին համալիր հետազոտությամբ հայտնաբերված ավշային և այլ օրգան համակարգերի ախտահարումների բնույթը, կատարել ենք հայտնաբերված ախտահարումների համեմատական վերլուծություն: Գնահատել ենք ՈւՉՀ-ն հնարավորությունները ճշգրիտ ախտորոշում ստանալու համար, բիոպսիայի նպատակով ինֆորմատիվ ա/հ-ի ընտրության գործում: Լիմֆոմաների ախտորոշման ժամանակ շատ կարևոր է հայտնաբերել ախտահարման առաջնային օջախները, ինչպես նաև օրգան-համակարգերում օջախների տարածվածությունն ու բաշխումը, նրանց առկայությունը ստոծանու երկու կողմերում, քանի որ այդ տվյալներով են որոշում Cotswald (1989թ.) լրացումներով Ann Arbor դասակարգմամբ հիվանդության փուլը, ծանրության աստիճանը, ըստ այդմ ընտրում բուժման արդյունավետ մեթոդը [Поддубная И.В. и др., 2004; Diehl V. et al., 2003]

Հիվանդացության բարձր հաճախականությունը ՀԼ-ով հիվանդների մոտ նկատվում է 18-40 տարիքային խմբում և կազմում է առաջնակի հայտնաբերված դեպքերի 65.8%-ը: Ըստ սեռի ունենք հետևյալ պատկերը՝ 49 (57.6%) տղամարդ և 36 (42.4%) կին: Ձևաբանական տարբերակից հիմնականում գերակշռել է նոդուլյար սկլերոզը - 61%, լիմֆոցիտար գերակշռումով տարբերակը - 17.6% և խառը-բջջայինը -14.1% (աղ.1):

Աղյուսակ 1

ՀԼ-ով հիվանդների ձևաբանական տարբերակների բաշխումն ըստ տարիքի և սեռի

Ձևաբանական տարբերակ n=85	n /%	Տարիքային սահման	Միջին տարիք (տարի)	Ար/իգ
Նոդուլյար սկլերոզ	52/61%	18-58	32,4 ±2.33	21/31
Լիմֆոցիտար գերակշռում	15/17.6%	18-57	30.7 ±3.02	12/3
Խառը-բջջային ձև	12/14.1%	23-70	46.0 ±4.35	10/2
Հյուսվ.տարբերակն անորոշ	6/7.3%	27-78	51.0 ±8.03	6/0

ՀԼ-ի դեպքում ըստ գրականության տվյալների ընդհանուր հիվանդացության տղամարդ/կին հարաբերակցությունը կազմում է 1,4:1 [Hoffbrand V. et al., 2011], բոլոր ենթատիպերի համար բացի նոդուլյար սկլերոզից, որի դեպքում ավելի հաճախ հիվանդանում են երիտասարդ կանայք [Thomas R., 2002]:

ՈՂԼ-ի ըստ տարիքի զարգացման հետազոտությունն ի հայտ է բերել հիվանդության մանիֆեստացիայի պիկ 40 – 78 տարեկան և կազմել է ընտրված հիվանդների 81.5 %: ՈՂԼ-ի ձևաբանական ենթատեսակների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ գերակշռում է Բ-բջջային լիմֆոման 101(93.5%) հիվանդ: Բ-բջջային լիմֆոմաններից ավելի շատ հանդիպում է

դիֆֆուզ B-բջջային լիմֆոնան 32(29.7%) դեպք, իսկ 24(22.2%) հիվանդի մոտ - լիմֆոցիտար լիմֆոնա, փայծաղի լիմֆոնա՝ 13(12.0%), ֆոլիկուլյար լիմֆոնա 9 (8.3%) դեպք, դիֆֆուզ մանրբջջային լիմֆոնա՝ 8 (7.4%), մարգինալ գոտու նոդալ լիմֆոնա՝ 7(6.5 %), միջնորմի խոշորբջջային լիմֆոնա՝ 8(7.4 %)։ Հազվադեպ հանդիպում են T-բջջային լիմֆոնաները 4 (3.7%) հիվանդ T-լիմֆոբլաստ լիմֆոնայալ և 3(2.8%) հիվանդ՝ անապլաստիկ խոշորբջջային լիմֆոնայով (աղյ. 2):

Աղյուսակ 2

ՈՂԼ-ով հիվանդների ձևաբանական տարբերակների բաշխումն ըստ տարիքի և սեռի

Ձևաբանական տարբերակ n=108	n /%	Տարիքային սահման	Միջին տարիք	Ար/իգ
B-բջջային լիմֆոնաներ				
B-լիմֆոցիտար լիմֆոնա	24/22.2%	40-78	57.1±2.96	13/11
Փայծաղի լիմֆոնա	13/12.0%	54-70	64.0±1.38	3/10
Ֆոլիկուլյար լիմֆոնա	9/8.3%	20-70	52.5±6.07	6/3
Մարգինալ գոտու նոդալ լիմֆոնա (MALT)	7/6.5%	33-70	53.0±5.59	3/4
Դիֆֆուզ B-խոշորբջջային լիմֆոնա	32/29.7%	34-77	56.1±3.15	20/12
Միջնորմի խոշորբջջային լիմֆոնա	8/7.4 %	22-53	37.5 ±5.15	1/7
Դիֆֆուզ մանրբջջային լիմֆոնա	8 /7.4%	26-69	48.0 ±5.7	7/1
T- բջջային լիմֆոնաներ				
T-լիմֆոբլաստ լիմֆոնա	4/3.7%	19-71	45.7 ±14.57	1/3
Անապլաստիկ խոշորբջջային լիմֆոնա	3/2.8%	17-48	36.3 ±12.97	3/0

Լիմֆոնաների նախնական փուլերում ՈւՂԶ-մբ որովայնի խոռոչում ավելի հաճախ դիտարկվում են եզակի ավշային հանգույցներ կլոր, հստակ, հարթ եզրագծերով, հիպոէխոգեն, որոնք չեն ճնշում, տեղաշարժում հարևան հյուսվածքները:

Մեր դիտարկումներով ախտահարված ավշային հանգույցների նվազագույն չափը, որ բացահայտվել է ՈւՂԶ-մբ 0.5x0.4x0.7 սմ է, լյարդի և փայծաղի դրունքում հստակ տարբերակվել են 0.5-0.7 սմ տրամագծով ա/հ-ներ, որոնք հիմնականում եղել են հիպոէխոգեն՝ 94.3%: ՇԼ-ի դեպքում որովայնի խոռոչի, հետորովայնամզային տարածության ա/հ-ի ախտահարումն 23.5% էր, որոնք եղել են եզակի, և նրանց չափերը չի անցել 2.5 սմ-ից, բայց ա/հ-ի կառուցվածքը եղել է փոփոխված: ՈՂԼ-ի դեպքում որովայնի խոռոչի ա/հ-ի ախտահարումը կազմել է 37.9 % (41 դեպք) Հատկապես հիվանդության ուշ փուլերի ընթացքում էխոգրամայով դիտվում են բազմաթիվ ավշային հանգույցներ և/կամ տարբեր չափի կոնգլոմերատներ, որոնք կարող են գրավել որովայնի խոռոչի մեծ մասը ճնշելով հարակից օրգանների, նյարդային հյուսակների, անոթների վրա, առաջացնելով օրգանների ֆունկցիաների խանգարում, տարբեր տեղակայման ցավ, այտուց: Հետազոտության ընթացքում հիմնականում հայտնաբերվել են 1.5-3.0 սմ չափերով ա/հ - 47%, 3.0 սմ-ից ավել

չափ ունեցող հանգույցները կազմել են 36.3%: Ավշային հանգույցների կոնգլոմերատներ նկատվել է 34.8% հիվանդների մոտ, որոնցից 77.6% մոտ եզրագծերը եղել են հստակ:

Աղյուսակ 3

Չոջիկյան և Ոչոջիկյան լիմֆոմայով հիվանդների կլինիկա - ձևաբանական բնութագիրը

		ՀԼ-ով հիվանդները	ՈՀԼ հիվանդները
Դեպքերի թիվը		85	108
Միջին տարիք (տարի)		35.3±0,7	54.6±0,5
Տղամարդ		58% (n=49)	52.8% (n=57)
Կանայք		42% (n=36)	47.2% (n=51)
հիվանդության փուլն ըստ AnnArbor դասակարգման	I	2.3% (n= 2)	1.8% (n=2)
	II	42.4% (n=36)	16.7% (n=18)
	III	31.8% (n=27)	31.5% (n=34)
	IV	23.5% (n=20)	50 % (n=54)
Ավշահանգույցների խմբերի քանակը	≤ 2	36.4% (n=31)	13.9% (n=15)
	≥ 2	18.8% (n=16)	37 % (n=40)
Փայծաղ	մեծացում	10.6% (n=9)	45.4% (n=49)
	օջախային փոփոխ .	5.9% (n=5)	6.5% (n=7)
Միջնորմի ախտահարում		43.5% (n=37)	12.9% (n=14)
Աճուկային ա/հ		34.1% (n=29)	42.6% (n=45)
Անոթային ա/հ		35.3% (n=30)	39.8% (n=43)
Պարանոցային ա/հ		52.9% (n=45)	43.5% (n=47)
Վերանրակային		31.8 % (n=27)	22.2% (n=24)
Որովայնի խոռոչի և հետորովայնաձգային ա/հ		23.5% (n=20)	37.9% (n=41)
Ոսկրածուծի ախտահարում		1.2% (n=1)	13.9% (n=15)
Սերոզիտներ		2.3% (n=2)	13.9% (n=15)
Պնևմոթորաքս		1.2% (n=1)	-
Վահանաձև գեղձի ախտահարում		7.1% (n=6)	9.2% (n=10)
Լյարդի ախտահարում		12.9% (n=11)	36.1% (n=39)
Օջախային փոփոխություններ լյարդում		-	8.3% (n=9)
Ստամոքսի ախտահարում		-	0.9% (n=1)

Որովայնի խոռոչի օրգանների ախտահարումների համեմատական վերլուծությունը թույլ է տվել եզրակացնել, որ առավել արտահայտված փոփոխություններ նկատում ենք ՈՀԼ-ի դեպքում (աղյ. 3): Մեր կողմից հետազոտվող ՈՀԼ-ով և ՀԼ-ով հիվանդների խմբում ավշային համակարգի ախտահարումների տեղակայումը և նրանց համակցումը տարբեր են ՈՀԼ-ի և ՀԼ-ի դեպքում: Օրինակ հետազոտվող խմբում ՀԼ-ի դեպքում միայն որովայնի խոռոչի ա/հ-ի ախտահարում (առանց այլ ախտահարումների) չի դիտարկվել (աղյ. 4): Հարկ է նշել, որ լիմֆոմաների դեպքում միևնույն հիվանդի մոտ տարբեր շրջանների ծայրամասային ա/հ-ի ախտահարման աստիճանը և էխտկառուցվածքը նույնը չէ: Այս երևույթը պայմանավորված է ախտաբանական պրոցեսի մեջ ա/հ-ի ընդգրկման տարբեր վաղեմությամբ: Ավելին՝ ավշային հոսքի ճանապարհին միևնույն շրջանի ա/հ-ը կարող են

գտնվել ախտահարման տարբեր փուլերում, իսկ ախտահարված ա/հ-ի շուրջ գտնվեն ռեակտիվ փոփոխություն կրածները:

Աղյուսակ 4

Ոչհոջլիկյան և Հոջլիկյան լիմֆոմայով հիվանդների մոտ ախտահարված ա/հ-ի տեղակայման հաճախականությունը և համակցումը

Ախտահարումներ	ՀԼ, n=85		ՈՀԼ, n=108	
	% ընդհանուրից	դեպք	% ընդհանուրից	դեպք
Միայն միջնորմ	6.0	5	3.6	4
Միջնորմի և վ/ա ա/հ	18.0	16	0.9	1
Միջնորմի, որովայնի և ծայրամասային ա/հ	11.8	10	1.8	2
Ծայրամասային ա/հ	18.0	16	10.2	11
Որովայնի խոռոչի և ծայրամասային ա/հ	9.4	8	58.3	63
Վերանրակային ա/հ	31.8	27	22.2	24
Միայն որովայնի խոռոչի	-	-	25.0	27
Առանց ծայրամասային ա/հ-ի ախտահարման	1.6	9	26.8	29
Վահանաձև գեղձի համակցված ախտահարում	7.0	6	9.2	10

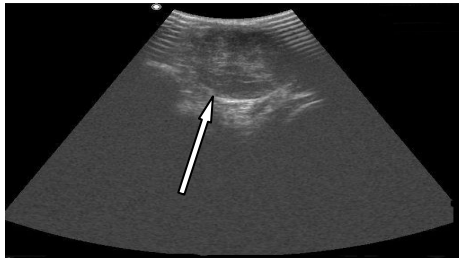
Նկատի ունենալով նշված իրավիճակն ավելի է կարևորվում բիոպսիայից առաջ ՈւՁՀ-ը: Բիոպսիայի համար միայն շոշափման մեթոդով ընտրված ա/հ-ը հնարավոր է ինֆորմատիվ չլինի, քանի որ շոշափումը չի բացահայտում ա/հ-ի ներքին կառուցվածքը: Կրկնակի վիրաբուժական միջամտությունները բացառելու համար բիոպսիայի նպատակով ա/հ-ի ընտրություն կատարելիս, շատ կարևոր է արյունաբանի, ՈւՁՀ-ն մասնագետի, վիրաբուժի համագործակցությունը:

Մեր կողմից հետազոտվող ՀԼ-ով հիվանդների ախտահարված ծայրամասային ա/հ-ում դրայլեր հետազոտությամբ հիմնականում դիտվել է 1-2 անոթ, իսկ ՈՀԼ-ի դեպքում ախտահարված ա/հ-ում նկատվել է ավելի հարուստ անոթավորում: Մինչ բուժումը լիմֆոմայով ախտահարված ավշային հանգույցներում 54.3% հիվանդների մոտ հայտնաբերվել է անոթավորում, իսկ 45.7% առանց անոթավորման: ՈՀԼ-ի դեպքում ախտահարված ավշային հանգույցների 60%-ն ունեցել են հարուստ անոթավորում ինչպես կենտրոնում, այնպես էլ ծայրամասերում, ՀԼ-ով ախտահարված ա/հ-ի 47.2% մոտ եզակի մեկ-երկու անոթ, անոթավորում չի դիտվել ՈՀԼ -ի դեպքում 40.0 %, ՀԼ-ի՝ 52.8%: Արդյունավետ բուժման ընթացքում անոթները պակասում են:Մեր կողմից դրայլեր հետազոտություններով հայտնաբերված փոփոխություններն ավելի քիչ են, քան գրականության մեջ գետեղված տվյալները, ինչը մեր կարծիքով, պայմանավորված է ՈւՁ-ին սարքերի տարբեր տեխնոլոգիական հնարավորություններով:

ՈՀԼ-ի և ՀԼ-ի դեբյուտում շատ է գրանցվում միջնորմի ա/հ-ի ախտահարում (ՀԼ-ի դեպքում 37, ՈՀԼ-ի՝ 14 դեպք):ՈւՁ-ին մեթոդի հնարավորությունները միջնորմի

գոյացությունների հետազոտման գործում առ այսօր հետազոտված են ոչ լիարժեք: Սովորաբար միջնորմի ՌԻՉ-ը համարվում է ոչ արդյունավետ, քանի որ թոքի հյուսվածքն անդրադարձնում է ուլտրաձայնը, ուստի ՌԻՉ-ը կիրառվում է հիմնականում պլերալ խոռոչի հեղուկի հայտնաբերման նպատակով: Այսօր անհարկի քիչ է օգտագործվում ՌԻՉ-ին մեթոդը միջնորմի հետազոտության գործում, այնինչ ՌԻՉ-ը հայտնաբերում է միջնորմի հատկապես հետկրծոսկրային գոյացությունները, որոնք չեն հայտնաբերվում ստանդարտ ռենտգեն հետազոտությամբ, ավելին բացահայտում են գոյացության ներքին կառուցվածքը:

Ուստի կարևորվում է առաջնային դիտարկման ընթացքում միջնորմի ՌԻՉ-ին հետազոտությունը, որ թույլ է տալիս ոչ միայն հայտնաբերել ուռուցքն, այլև գնահատել ուռուցքի չարորակության նշանների առկայություն/բացակայությունը և արդյունքում ստանալ ճշգրիտ ախտորոշում և փուլավորում (Նկ.1): Միջնորմի վերաորտալ և հարտախեղալ շրջանի ՌԻՉ-ներ կատարվում է վերկրծոսկրային պատուհանով, առաջային միջնորմի հետազոտման համար օգտագործում ենք հարկրծոսկրային պատուհանը, միջկողային տարածությունները: Վերաորտալ շրջանը ՌԻՉ-ն համար նպատակահարմար է, քանի որ այս շրջանն առատ է անոթներով, ինչը թույլ է տալիս անգամ փոքր գոյացությունների ստույգ տեղագրությունը ճշտել ցանկացած հարթության վրա:



Նկ. 1. Վերին առաջային միջնորմի ախտահարման պատկեր

Միջնորմի, բիֆուրկացիայից ստորև տեղակայված շրջանի ՌԻՉ-ը դժվար է՝ խորը տեղակայման և բարդ անատոմիական կառուցվածքի պատճառով:

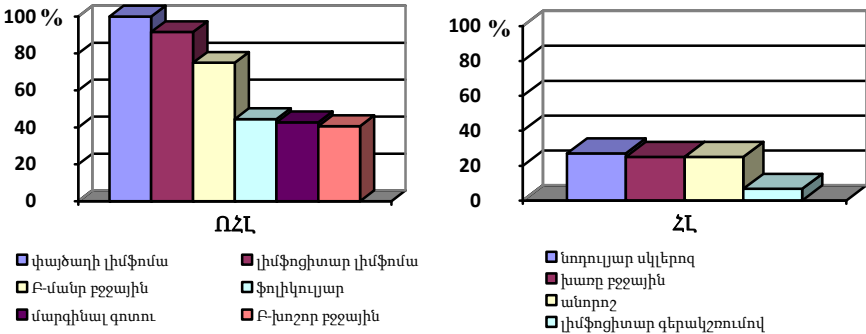
ՈՆՀ-ի դեպքում փայծաղի մեծացում 15.0 սմ մինչև 26.0 սմ (նորման 12.5–14.0 սմ) դիտվել է 45.3% (49) հիվանդի մոտ, որից 22 (20.4%) հիվանդի մոտ նկատվել է փայծաղի դիֆուզ փոփոխություն, 7 դեպքում օջախային փոփոխություններ: Հատկապես ՈՆՀ-ի դեպքում լյարդը և փայծաղը մեծանում են այնքան, որ գրավում են որովայնի խոռոչի մեծ մասը, շերտավորվելով մեկը մյուսի վրա (համբույրի սիմպտոմ): Մեծացած լյարդը և փայծաղը ճնշում են հարևան օրգանների վրա, խաթարելով նրանց նորմալ գործունեությունը:

Սպլենոմեգալիայի բոլոր դեպքերում փայծաղի եզրագծերը հարթ ու հստակ են, 69% դեպքում հիպոէխոգեն, 31% դեպքում՝ նորմալ էխոգայնությամբ: Քանի որ ըստ գրականության տվյալների արյունաբանական հիվանդությունների դեպքում փայծաղը մեծ է համարվում, երբ նրա երկարությունն անցնում է 15սմ-ից, հաշվարկել ենք մինչև 15սմ և 15սմ-ից մեծ փայծաղի դեպքերը ՈՆՀ-ի տարբեր ձևաբանական խմբերում և արդյունքները եղել են նույնը (աղ.5):

ՈՂԼ-ի դեպքում փայծաղի երկարությունը և լայնությունն ըստ ՈւՂԶ-ն

Ոչ հոջկինյան լիմֆոմա	Փայծաղի երկարություն		Փայծաղի լայնություն	
	M ± m	P ₁	M ± m	P ₂
Բ-խոշորբջջային լիմֆոմա	13.78 ± 0.94	ոչ/հ	5.04 ± 0.29	ոչ/հ
Փայծաղի լիմֆոմա	19.54 ± 0.95	<0.001	8.9 ± 0.48	<0.001
Ֆոլիկուլյար լիմֆոմա	14.1 ± 0.76	ոչ/հ	5.2 ± 0.68	ոչ/հ
Լիմֆոցիտար լիմֆոմա	17.28 ± 0.62	<0.001	7.3 ± 0.6	<0.001
Մարգինալ գոտու լիմֆոմա	12.73 ± 0.33	ոչ/հ	4.7 ± 0.51	ոչ/հ
Մանր բջջային լիմֆոմա	16.29 ± 1.36	<0.01	5.8 ± 1.07	<0.01
Միջնորմի լիմֆոմա	10.94 ± 0.8	ոչ/հ	3.0 ± 0.4	ոչ/հ

* փայծաղի երկարության- P₁ և լայնության- P₂ համեմատությունը ստուգիչ խմբի հետ ՈՂԼ-ի և ՇԼ-ի դեպքում, երբ փայծաղում հայտնաբերել ենք օջախներ, որպես կանոն նրանք եղել են բազմաթիվ, հիպոէխոգեն, անհարթ հստակ եզրագծերով, 0.5-2.5 սմ տրամագծով: ՈՂԼ-ի դեպքում բոլոր ձևաբանական խմբերում նկատվել է փայծաղի ախտահարման մեծ տոկոս՝ 40.6 - 100% (նկ.2):



Նկ. 2. ՈՂԼ-ի և ՇԼ-ի դեպքում տարբեր ձևաբանական խմբերում փայծաղի մեծացման համեմատական հաճախականությունը

Սպլենոմեգալիայի բոլոր դեպքերում փայծաղի եզրագծերը հարթ ու հստակ են, 69% դեպքում հիպոէխոգեն, 31% դեպքում՝ նորմալ էխոգայնությամբ, դիֆֆուզ փոփոխված 85% դեպքում, համասեռ կառուցվածքով՝ 15% դեպքում: ՇԼ-ի դեպքում փայծաղի և որովայնի ա/հ-ի ախտահարումը հազվադեպ է հանդիպում և համարվում է կանխատեսման

ոչ բարենպաստ գործոն: Մեր կողմից հետազոտվող ՀԼ-ով հիվանդների մոտ փայծաղի մեծացում նկատվել է 10.6 % դեպքում և երկարությունը չի անցել 16.0 սմ-ից:

Որովայնի խոռչի ա/հ-ի և փայծաղի համակցված ախտահարում նկատվել է ՈՀԼ-ի բոլոր ձևաբանական խմբերում ավելի հաճախ մարզինալ գոտու և լիմֆոցիտար լիմֆոմայի դեպքում համապատասխանաբար 42.8 և 54.1%: Ընդհանրապես առանց ծայրամասային ա/հ-ի ախտահարումներով հետազոտվող ունեցել ենք ՈՀԼ-ի դեպքում 29 հիվանդ (26.8 %), ՀԼ-ի դեպքում 9 (10.6%) այս դեպքում ախտորոշումը կատարվում է ավելի ինվազիվ մեթոդներով:

Աղյուսակ 6

Փայծաղի, ա/հ-ի ախտահարումների բնույթը և ա/հ-ի տեղակայումը ՈՀԼ-ի տարբեր ձևաբանական խմբերում

Նոզոլոգիա	Լիմֆոցիտար n=24 %	Բ-խոշոր բջջային n = 32 %	Մարզինալ գոտու n=7 %	Փայծաղի լիմֆոմա n=13 %	Բ-մանր բջջային n=8 %	Ֆոլիկուլյար n=9 %
ա/հ-ի և փայծաղի ախտահարում						
Որովայնի ա/հ	54.2	12.5	42.8	23.0	75.0	33.3
Որովայնի ա/հ-ի կոնգլոմ.	4.1	6.3	-	-	12.5	11.1
Վերանր. ա/հ	33.3	12.5	-	-	-	22.2
Փայծաղի ախտահարում	91.6	40.6	42.8	100	75.0	44.4
Կոնքի ա/հ	20.4	-	-	-	-	-
Փայծաղի, որով. ա/հ-ի ախտահ.	54.1	9.4	42.8	23.0	37.5	11.1

Որովայնի խոռչի ա/հ-ի ախտահարման բարձր տոկոս է նկատվել լիմֆոցիտար և մանր բջջային լիմֆոմաների խմբերում համապատասխանաբար 54.2% և 75.0% (աղ.6,7):

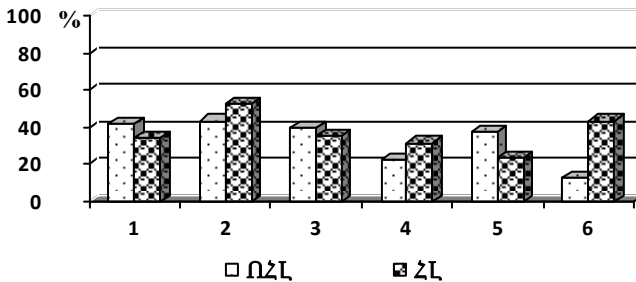
Աղյուսակ 7

Փայծաղի, ա/հ-ի ախտահարումների բնույթը և ա/հ-ի տեղակայումը ՀԼ-ի տարբեր ձևաբանական խմբերում

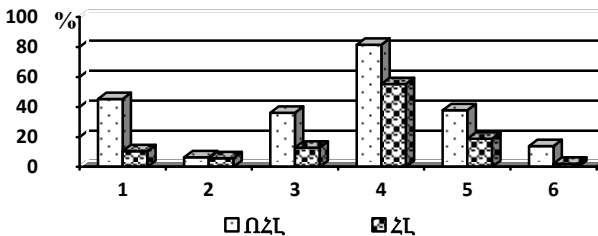
Նոզոլոգիա	Նոդալ սկլերոզ n=52 %	Լիֆոց.գեր. n=15 %	Խառը բջջային n=12 %	Անորոշ n=6 %
ա/հ-ի, փայծաղի ախտահարում				
Որովայնի ա/հ-ի ախտ.	21.2	26.7	33.3	33.3
Փայծաղի ախտահարում	27.0	6.7	25.0	25.0
Փայծաղի, որով. ա/հ-ի ախտահարում	19.2	6.7	16.7	16.7
Վերանրակ. ա/հ	40.4	46.7	16.7	16.7
Կոնքի ա/հ	1.9	20.0	--	--
Որովայնի կոնգլոմերատ	--	--	--	--

Վերանրակային ա/հ-ը պրոցեսի մեջ են ընդգրկվել ֆոլիկուլյար, Բ-խոշոր բջջային, լիմֆոցիտար լիմֆոմաների դեպքում 12.5-33.3%: Ընդդրում վերանրակային ա/հ-ի ախտահարում ավելի շատ՝ 33.3% դիտվել է լիֆոցիտար լիմֆոմայի դեպքում: Որովայնի խոռոչի ա/հ-ի կոնգլոմերատներ նկատվել են ֆոլիկուլյար, Բ-խոշոր բջջային, լիմֆոցիտար, Բ-մանր բջջային ձևաբանական խմբերում 4.1-12.5% դեպքում: Կոնքի խոռոչի ա/հ-ի ախտահարում նկատվել է միայն լիմֆոցիտար լիմֆոմայով հիվանդների մոտ 20.4% դեպքում, որը պատճառ է հանդիսացել կոնքի խոռոչի ցավերի և փոքր չափաբաժիններով հաճախամիզության: Պարզել ենք, որ ՀԼ-ի և ՈՀԼ-ի դեպքում միայն միջնորմի ախտահարում համապատասխանաբար կազմել է 6.0% և 3.6%, որը պայմանավորում է լիմֆոմաների ախտորոշման գործում ավելի ինվազիվ մեթոդների կիրառում, քանի որ չեն հայտնաբերվել մեծացած և ախտահարված ծայրամասային ա/հ-ներ:

Կատարված հետազոտությունները ցույց են տվել, որ միջնորմի ախտահարումն ուղեկցվել է պրոցեսի մեջ վերանրակային ա/հ-ի ընդգրկմամբ ՀԼ-ի դեպքում 43.2%, ՈՀԼ-ի դեպքում 7.1%:



Նկ. 3. ՈՀԼ-ի և ՀԼ-ի դեպքում ախտահարված ա/հ-ի տեղակայման համեմատական հաճախականությունը (1.աճուկային, 2.պարանոցային, 3.անոթային, 4.վ/ա, 5.որովայնի խոռոչ, 6.միջնորմ)



Նկ. 4. ՈՀԼ-ի և ՀԼ-ի դեպքում ախտահարումների համեմատական հաճախականությունը (1. փայծաղի մեծացում, 2. փայծաղի օջախային փոփոխություն, 3. Լյարդի մեծացում, 4. III, IV փուլով հիվանդներ, 5. ա/հ-ի 2-ից ավել խմբեր, 6. սերոզիտներ)

Միջնորմի ա/հ-ի ախտահարումն ՈՀԼ-ի դեպքում ավելի պակաս է 12.9%, քան ՀԼ-ի՝ 43.5%, փայծաղի ընդգրկման հաճախականությունը համապատասխանաբար 51.8% և 16.6 %, լյարդի ախտահարումը՝ 37.3% և 12.9%: Ըստ ստացված ՈւձՀ-ն տվյալների ՈՀԼ-ով հիվանդների 8.3%-ի մոտ (9 դեպք) լյարդի ախտահարումները եղել են օջախային բնույթի:

ՈւՉԷ-մբ հայտնաբերված ախտահարումների համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ փայծաղի մեծացումը, փայծաղի օջախային փոփոխությունները, յարդի մեծացումը, III, IV փուլով հիվանդները, 2-ից ավել ա/հ-ի խմբերի քանակը, սերոգիտներն, աճուկային, անութային, որովայնի խոռոչի ա/հ-ի ախտահարումները գերակշռում են ՈՇԷ-ի դեպքում, իսկ պարանոցային, վ/ա-ին, միջնորմի ա/հ-ի ախտահարումը գերակշռում է ՇԷ-ի դեպքում (Նկ. 3,4) :

Շետագոտված 193 լիմֆոմաներով հիվանդների մոտ հայտնաբերել ենք 9 (4.7%) դեպք որովայնի խոռոչի, 8 (4.1%) դեպք պլևրայի խոռոչի հեղուկ, որը նույնպես խոսում է հիվանդության ծանրության աստիճանի մասին: Սերոգիտները հիմնականում դիտարկել ենք ՈՇԷ-ի դեպքում՝ 15(13.8%), ՇԷ -ի՝ 2 (2.4%), հիվանդ: Որովայնի խոռոչի հեղուկը հայտնաբերելու համար ՌԴՉԷ-ը կատարվում է տարբեր կտրվածքով և դիրքով հիվանդի կանգնած և պառկած դիրքով: Որովայնի խոռոչի ազատ հեղուկը ՌԴՉԷ-մբ հայտնաբերվում է սկսած 50 մլ ծավալով: Հորիզոնական դիրքով, անգամ չնչին քանակով հեղուկ, դիտվում է յարդի եզրագծով: Մեծ քանակի դեպքում հեղուկը տեղակայվում է որովայնի խոռոչի կողմնային տարածություններում և փոքր կոնքում: Ասցիտիկ հեղուկի արտահանման անհրաժեշտության դեպքում սոնոգրաֆիայով հնարավոր է նշել որովայնից հեղուկի արտահանման ամենարդյունավետ տեղագրությունը և իրագործել դինամիկ հսկողություն: ՈՇԷ-ի մեկ դեպքում ախտորոշումը հնարավոր է եղել միայն պլևրալ խոռոչի հեղուկի բջջաբանական հետազոտությամբ: Հարկ է նշել, որ քիչ քանակով հեղուկը ոչ միշտ է հաջողվում հայտնաբերել հիվանդների ռենտգեն հետազոտությամբ: Մինչդեռ սոնոգրաֆիկ մեթոդով պլևրայի խոռոչներում հեղուկի առկայությունը կարելի է հայտնաբերել մեծ հավաստիությամբ:

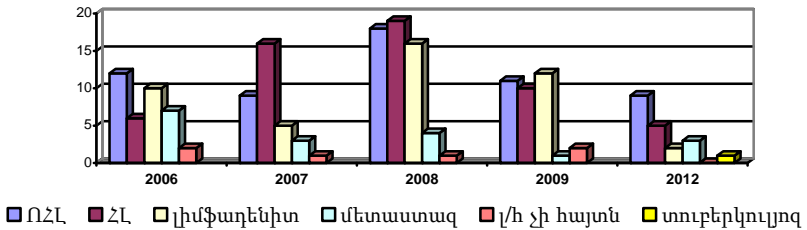
Արտահայտված հեպատոսպլենոմեգալիայով հիվանդների մոտ նկատվում է պորտալ համակարգի անոթների լայնացում: Նման հիվանդների մոտ փայծաղային երակի լայնությունը կազմում է 10-12 մմ (4.9±0.08 մմ), դռներակինը 14-16 մմ (10.8±0.5): Արդյունավետ բուժման դեպքում փայծաղի, յարդի, ա/հ-ի ախտահարումների փոփոխությունները նկատվում են քիմիաթերապիայի առաջին իսկ կուրսից հետո նրանց չափերի փոքրացմամբ, դիֆուզ և օջախային փոփոխությունների հետզարգացմամբ: Փայծաղի և յարդի օջախային ախտահարման դեպքում փոքրանում են օջախների չափերը և քանակը, հիպոէխոգեն օջախները դառնում են ավելի հիպերէխոգեն: Դիֆուզ փոփոխության դեպքում հյուսվածքը դառնում է ավելի համասեռ, փոքրանում է օրգանի չափերը: Նշված փոփոխությունները հիմնականում ընթանում են կլինիկական զանգատների հետ զուգահեռ:

Առաջին քիմիաթերապիայի արդյունքում մեծացած փայծաղի փոքրացում նկատվել է համապատասխանաբար ՈՇԷ-ի դեպքում 49 հիվանդից 16-ի (14.8 %) մոտ, ՇԷ-ի դեպքում 9 հիվանդից 4-ի (4.5 %) մոտ, օջախային փոփոխությունների դեպքում էխոկառուցվածքը վերականգնվել է ՈՇԷ-ի դեպքում՝ 7 հիվանդից 3-ի մոտ, ՇԷ-ի դեպքում՝ 5 հիվանդից 3 մոտ, դիֆուզ փոփոխությունները վերականգնվել են ՈՇԷ-ով 22 հիվանդից՝ 8-ի մոտ: ՈՇԷ-ի դեպքում մեծացած ա/հ-ի հետաճ նկատվել է աճուկային 45 դեպքից՝ 21, անութային 43 դեպքից՝ 17, պարանոցային՝ 47 դեպքից՝ 19 հիվանդի մոտ, ՇԷ-ի դեպքում համապատասխանաբար՝ 29 դեպքից՝ 13, 30 դեպքից՝ 17, 45 դեպքից՝ 20 հիվանդի մոտ:

ՈՇԷ-ով հիվանդների մոտ յարդի մեծացման 30 դեպքում, փոքրացում նկատվել է 11 հիվանդի մոտ, օջախային 9 փոփոխություններից 4 հիվանդի մոտ նկատվել է չափերի փոքրանցում և հիպերէխոգենության միտում: ՇԷ- ով հիվանդների մոտ յարդի մեծացման 11 դեպքում փոքրացում նկատվել է 6 հիվանդի մոտ: Որովայնի խոռոչի ա/հ-ի ախտահարման

41 դեպքից 18-ի մոտ նկատվել է փոքրացում ՈՀԼ-ով հիվանդների մոտ, իսկ ՀԼ-ի դեպքում՝ 20 հիվանդից 12-ի մոտ:

Համեմատելով 2006-2009թթ. միայն շոշափմամբ ընտրված և 2012թ. ՈւՁՀ-մբ գնահատված ա/հ-ի բիոպսիայի արդյունքները հանգում ենք այն եզրակացության, որ ներդրելով լիմֆոմա կասկածով հիվանդի մոտ մեր կողմից առաջարկված հետազոտման ալգորիթմը, 2012թ. բացառվել է լիմֆոիդ հյուսվածքի բացակայությունը բիոպսիոն նյութում, ի տարբերություն 2006-2009թթ., և գրեթե 30.0%-ով բարելավվել է բիոպսիայի նպատակով ա/հ-ի ընտրությունը (նկ.5):



Նկ.5. Բիոպսիայի արդյունքները՝ 2006-2009թթ., 2012թ.

Այսպիսով, մեր կողմից կատարված հետազոտությունները թույլ են տալիս հաստատել, որ ՈւՁՀ-ն ի հայտ է բերում ներքին օրգանների մեծացումը նրանց օջախային փոփոխությունները, որովայնի խոռոչի և հետորովայնազային տարածության մեծացած ա/հ-ը, հայտնաբերում է շոշափման համար անհասանելի, մեծացած, ախտահարված ծայրամասային ա/հ-ը, արդյունավետ է միջնորմի ա/հ-ի գնահատման համար: ՈւՁՀ-մբ գնահատվում է գոյացության ներքին կառուցվածքը, էխոգրաֆիայից, եզրագծերը, հարաբերակցությունը հարևան օրգանների հետ:

Մեր կողմից կատարված աշխատանքների արդյունքում առաջարկել ենք լիմֆոմայի կասկածով հիվանդի ՈւՁ-ին առաջնակի համալիր հետազոտման ալգորիթմ (ներդիր1): Ալգորիթմի ստեղծման նպատակն է հիմնավորել որովայնի խոռոչի օրգանների, միջնորմի, ծայրամասային ա/հ-ի ՈւՁ-ին համալիր հետազոտության անրաժեշտությունը, անգամ, եթե հիվանդը զանգատներ չի ներկայացնում, բայց նկատվում է ծայրամասային որևէ տեղակայման գեթ մեկ ա/հ-ի մեծացում: Քանի որ հնարավոր է չշոշափվեն, բայց ախտահարված լինեն որովայնի խոռոչի, միջնորմի ա/հ-ը, չմեծացած լյարդում և փայծաղում լինեն օջախային փոփոխություններ:

ՈւՁՀ-ն անգնահատելի է որպես բազմակի հետազոտության, դինամիկ հսկողության մեթոդ, քանի որ չի կրում ճառագայթային ծանրաբեռնվածություն, ինչպես նաև կարող է և պետք է կիրառվի սկրինինգի նպատակով: Առողջապահության առաջնային օղակում վերոհիշյալ գործնական առաջարկների ներդրումը ինչպես նաև նշված ալգորիթմի կիրառումը կբարելավի լիմֆոմաների ժամանակին ախտորոշումը, կբացատի ուշացած դեպքերը, ինչպես նաև կբարձրացնի բուժման արդյունավետությունը:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Առաջնային օղակում լիմֆոմայի կասկածով հետազոտվողների համալիր և ամբողջական հետազոտում չիրականացնելու պատճառով, մասնագիտական կլինիկաներ դիմած առաջնակի հիվանդների մոտ հիմնականում հաստատվում են լիմֆոմաների III և IV փուլերը, մասնավորապես հետազոտված խմբում Ոչհոջկինյան լիմֆոմայի դեպքում 81.5%, Չոջկինյան լիմֆոմայի՝ 55.2% :

2. Ոչհոջկինյան լիմֆոնայով հիվանդների մոտ առաջնակի ուլտրաձայնային հետազոտմամբ բացահայտվել է, որ փայծաղի և որովայնի խոռոչի ավշային հանգույցների մեծացումը եղել է փայծաղի լիմֆոնայի դեպքում համապատասխանաբար 100% և 23.0 %, լիմֆոցիտար լիմֆոնայի ` 91.6% և 54.2%, ֆոլիկուլյար լիմֆոնայի ` 44.4% և 33.3%: Բ-խոռոչի բջջային լիմֆոնայի ` 40.6% և 12.5%, մարգինալ գոտու և Բ-մանր բջջային լիմֆոնաների դեպքում մեծացում նկատվել է 42.8%, և 75%-ի մոտ :
3. Ոչհոջկինյան և Հոջկինյան լիմֆոնայով կասկածվող հիվանդների առաջնակի ախտորոշման ընթացքում մեր կողմից առաջարկված ուլտրաձայնային հետազոտման ավգորիթմը կիրառելով՝ կարելի է ժամանակին ախտորոշել լիմֆոնաները, կրճատել ուշացած դեպքերի թիվը:
4. Հոջկինյան լիմֆոնայի դեպքում առաջնակի ուլտրաձայնային հետազոտմամբ պարզաբանել ենք, որ փայծաղի և որովայնի խոռոչի ա/հ-ի ախտահարումը եղել է նոդալ սկլերոզի դեպքում համապատասխանաբար 27.0% և 21.2%, լիմֆոցիտար գերակշռման տարբերակում՝ 6.7% և 26,7 %, խառը բջջային և անորոշ տարբերակներում՝ 25.0% և 33.3%:
5. Քանի որ հետազոտված խմբում ըստ ուլտրաձայնային տվյալների միջնորմի համակցված ախտահարումները Ոչհոջկինյան և Հոջկինյան լիմֆոնաների դեպքում կազմել են 56.4%, ապա կարևորվում է միջնորմի առաջնային ՈւՁ-ին հետազոտությունը՝ ճշգրիտ փուլավորելու նպատակով ստոծանու երկու կողմում ախտահարումները հայտնաբերելու համար:
6. Լիմֆոնաներով հիվանդների առաջնակի հետազոտմամբ բացահայտել ենք, որ փայծաղի, լյարդի, որովայնի խոռոչի ա/հ-ի ուլտրաձայնային ախտահարումները գերակշռում են Ոչհոջկինյան լիմֆոնայի, իսկ միջնորմի ախտահարումները՝ Հոջկինյան լիմֆոնայի դեպքում: Ոչհոջկինյան լիմֆոնայի դեպքում 11.2 %-ով գերակշռել են ծայրամասային ավշային հանգույցների երկուսից ավել օջախների ախտահարումները:
7. Ուլտրաձայնային հետազոտմամբ կառուցվածքային փոփոխությունները գնահատված, բիոպսիայի նպատակով ընտրված ավշային հանգույցների ձևաբանական ախտորոշման ճշգրտությունը 30-35%-ով հավաստիորեն գերակշռում է շոշափմամբ ընտրված ավշային հանգույցների ձևաբանական ախտորոշման նկատմամբ:

ԳՈՐԾԱՎԱՆ ԱՈՍՁՄԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Լիմֆոնաների ախտորոշման արդյունավետությունը բարձրացնելու նպատակով հիվանդների ՈւՁՀ-ը, ըստ մեր կողմից մշակված ավգորիթմի, պետք է լինի համալիր և ամբողջական:
2. Հիվանդների առաջնակի հետազոտման ընթացքում ախտահարման տարածվածությունը ճշգրտելու նպատակով պարտադիր է առաջային միջնորմի ՈւՁ-ին հետազոտությունը, որով ի սկզբանե հայտնաբերվում են ախտահարումները ստոծանուց վեր և վար:
3. Լիմֆոնաների ստույգ ախտորոշում ստանալու, ինչպես նաև ավելի ինվազիվ մեթոդներն ու կրկնակի բիոպսիան բացառելու նպատակով, պարտադիր է ա/հ-ի ՈւՁ-ին հետազոտությունը բիոպսիայից առաջ:
4. Լիմֆոնաների ախտորոշման և բուժման ժամանակակից ուղեցույցներում ախտորոշիչ միջոցառումների շարքում, առաջարկում ենք ձևաբանական քննության նպատակով բիոպսիայի ենթակա ա/հ-ի ախտահարման աստիճանը գնահատել և ամենաինֆորմատիվն ընտրել ՈւՁՀ-մբ:
5. Լիմֆոնաների դեպքում ուռուցքաբանական, արյունաբանական կենտրոններում,

առողջապահության առաջնային օղակում ՈւՂ-ին համալիր հետազոտման առաջարկված հաջորդականությունը (ալգորիթմը) օգտագործելով հնարավորություն կստեղծվի կրճատել հիվանդների հետազոտման ժամկետները, բարելավել ախտորոշիչ նյութի ընտրությունը, կրճատել բարձրիթողի դեպքերի թիվը, ինչը կբարձրացնի բուժման արդյունավետությունը:

Ատենախոսության թեմայով տպագրված աշխատանքների ցանկ

1. Авакян Р. В. Значение УЗИ при диагностике лимфом. //Мед.наука Армении, 2012, N2, стр.89-94.
2. Авакян Р.В.Роль УЗИ при первичной диагностике лимфом. //Вестник Ренгенологии и радиологии, 2013, Москва N1, стр.34-38 .
3. Դաղբաշյան Ս.Ս., Ավազյան Ռ. ՈւՂ-ն դերը լիմֆոմայով հիվանդների մոտ ախտահարման օջախների հայտնաբերման և գնահատման գործում //Медицинский вестник Эребуни 2014, N4, 9-16 :
4. Ավազյան Ռ.Վ., Դաղբաշյան Ս.Ս. ՈւՂ-ն դերը լիմֆոմաների առաջնակի ախտորոշման գործում //Հայաստանի բժշկագիտություն, 2015, N1, էջ 95-102:
5. Ավազյան Ռ.Վ. ՈւՂ-ն տվյալներով ախտորոշված լիմֆոմայով հիվանդների գանգատների և ախտահարման տեղակայումների փոխկապակցվածությունը //Արյուն , 2015, N1, էջ 27-33:

АВАКЯН РУЗАННА ВЯЧЕСЛАВОВНА ЗНАЧИМОСТЬ УЗИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛИМФОМ РЕЗЮМЕ

Своевременная и точная диагностика лимфом является наиболее важной проблемой современной медицины. Важность проблемы обуславливает рост лимфом по всему миру, что имеет медицинское и социальное значение (0.5% при ЛХ и 3% при НХЛ из всех случаев впервые выявленных злокачественных опухолей).

Целью данного исследования служило определение диагностической значимости и оценка возможностей сонографии для определения вовлеченности в патологический процесс органов брюшной полости, периферических лимфатических узлов, средостения, а также обнаружения наиболее информативного лимфоузла для гистологических исследований.

Под нашим наблюдением находилось 193 пациентов с лимфомами, из них 85 (44%) с ЛХ и 108 (56%) с НХЛ, проходивших стационарное лечение в клинических отделениях Гематологического центра имени проф. Р.О.Еоляна МЗ РА за 2006–2009гг. Возраст пациентов колебался от 18 до 78 лет. Средний возраст манифестации заболевания составил 46,2±5.6 года. По полу больные распределялись следующим образом: 106 (54.9%) мужчин и 87 (46.1%) женщин Среди обследованных 108 пациентов с диагнозом НХЛ было 57 (52,8%) мужчин и 51 (47,2%) женщины. При исследовании развития НХЛ по возрасту выявлено, что пик манифестации заболевании отмечался у пациентов от 40 до 78 лет и составлял 81.5 % из всей выборки больных.

При анализе морфологических подтипов лимфом было выявлено, что среди НХЛ преобладали В-клеточные лимфомы – у 101 (93,5%) пациента. Наиболее часто встречающимся морфологическим вариантом была диффузная В-крупноклеточная лимфома 32 (31.6% случаев) пациента, а у 24 (23.7% случаев) пациентов – лимфоцитарная лимфома. Поражение нодальной системы следующее: увеличение селезенки от 15,0 см до 26,0 см (при норме 13,5–14,0) наблюдалось у 49 пациентов (45,3%), из которых у 7 – очаговые изменения, а у 4 – дополнительная селезенка до 4,0 см в диаметре. В брюшной полости регистрировалось увеличение лимфатических узлов от 1,5 см до 20,0 см, конгломераты лимфоузлов наблюдались в 38.0% случаев (41 пациент). Исследование периферических лимфатических узлов выявило

увеличение: в паховой области – 41,6% случаев, в подмышечной области – 39,8%, шеи и надключичной области в 43,5% случаев. При НХЛ поражение селезенки было в 40,6 - 100% случаев, поражение л/у брюшной полости до 75%, сочетанное поражение селезенки и л/у – в 54,1%.

Картина заболеваемости пациентов с ЛХ по возрастным группам была следующей: 9 (10,5%) пациентов до 20 лет, 31 (36%) – 21-30 лет, 16(18,8%) –31-40 лет; 13 (15,2%) – 41-50лет; 12(14,3%) – 51-60; 3(3,5%) пациента – 61-70 лет и 1(1,1%) пациент – старше 70 лет.

Наиболее частая заболеваемость при ЛХ наблюдается в возрастной группе 18-40 лет и составляет 65,8% среди первично выявленных случаев. По полу больные распределялись следующим образом: 49(57,6%) мужчин и 39(42,4%) женщины.

У пациентов с ЛХ увеличение печени наблюдалось в 12,9% случаев (11 пациентов). У одного больного была увеличена почка. У 6 (7,0%) больных наблюдались очаги в щитовидной железе. У одного больного обнаружен пневмоторакс после удаления конгломерата средостения. У 2 больных – жидкость в плевральной полости. При ЛХ поражение селезенки отмечалось в 6,7 - 27% случаев, поражение л/у брюшной полости до 26,7%, сочетанное поражение селезенки и л/у – в 19,2%.

Поражение нодальной системы было следующее: диффузные и очаговые изменения в основном гипозоногенного характера в неувеличенной селезенке наблюдалось в 5,9% случаев (5 пациентов). Увеличение селезенки наблюдалось в 10,6% случаев (9 пациентов), увеличение лимфатических узлов брюшной полости наблюдалось в 23,5% случаев (20 пациентов), в паховой области – в 34,1% (29 пациентов), в подмышечной области – в 35,2% (30 пациентов), шейной и надключичной области – в 52,9% случаев (45 пациентов). Поражение средостения наблюдалось в 43,5% случаев (37 пациентов).

Как правило очаговые изменения селезенки и при НХЛ и при ЛХ множественные, гипозоногенные, размером 0,5-2,5 см. Контуры селезенка при всех случаях спленомегалии четкие, ровные, в 69% - гипозоногенные, в 31% - нормальной экзогенности. Диффузные изменения наблюдаются у 85% больных, однородность – у 15%. Только поражение средостения при ЛХ составило 6,0%, а при НХЛ - 3,6%, а сочетанное поражение средостения и органов брюшной полости составило 43,5% при ХЛ, и 12,9% при НХЛ. Поэтому для правильного определения стадии заболевания мы рекомендуем при первичном осмотре исследовать обе стороны диафрагмы.

Так как по месту жительства первичное УЗИ исследование пациентов с подозрением на лимфому не проводилось комплексно и полноценно, в Гематологическом центре в основном уже выявлялись пациенты на III и IV стадиях заболевания при НХЛ – в 81,5%, а при ЛХ – в 55,2. Возможности УЗИ как самостоятельного метода в лучевой диагностике злокачественных опухолей средостения на сегодняшний день изучены недостаточно полно, о чем свидетельствуют немногочисленные работы зарубежных и отечественных авторов, а сведения, содержащиеся в них, противоречивы. УЗИ средостения обычно считается малоэффективным вследствие отражения ультразвуковой волны от воздушной легочной ткани и невозможности получения информации. В силу этого ультразвуковая диагностика при заболеваниях органов средостения используется незаслуженно редко и применяется в основном для выявления плеврального выпота. Между тем сонография позволяет выявлять сравнительно небольшие образования средостения, не выявляемые при обычном рентгенологическом исследовании и визуализировать архитектуру патологического образования. Если поражение селезенки и внутрибрюшных л/у преобладает при НХЛ, то поражение средостения – при ЛХ. Мы выявили, что архитектура периферических л/у не только в разных регионах, но в пределах одного и того же региона не одинакова, поэтому биопсия л/у без УЗИ и доплерографии, может привести к ошибкам в диагностике. Благодаря УЗИ-выбору периферического л/у для биопсии статистически значимо, на 30,0-35%, улучшилась диагностика лимфом.

Внедрение предложенного нами алгоритма первичного УЗИ обследования пациентов с подозрением на лимфому, улучшит диагностику лимфом, сократит число запущенных случаев. При первичной диагностике лимфом ультразвуковое исследование является необходимым компонентом диагностического комплекса, важным как для выявления первичных очагов

поражения, так и определения распределения и распространенности очагов в нодальных и экстранодальных органах, средостении, так как по этим данным выявляется стадия и степень тяжести заболевания и назначается адекватное лечение.

Использование стандартной эхографии в сочетании с доплеровским картированием позволило выявить непальпируемые регионарные лимфатические узлы. Наш многолетний опыт показывает, что эхография должна быть методом выбора в оценке вовлечения в патологический процесс периферических лимфатических узлов, дабы предотвратить повторное хирургическое вмешательство для диагностической биопсии. УЗИ выявляет очаговое поражение паренхиматозных органов и обнаруживает не выявляемые при пальпации, но увеличенные лимфатические узлы, метод УЗИ эффективен и для оценки состояния переднего средостения. Велика значимость эхографии как метода первичной диагностики, так и динамического наблюдения за полученными данными при оценке эффективности проводимой терапии лимфом и при выявлении возможных рецидивов.

Таким образом, проведенное нами исследование позволяет утверждать, что эхография является высокоинформативным методом обследования при лимфомах. Метод бесценен для многократного динамического контроля, не носит радиационную нагрузку и, на наш взгляд, может и должен применяться с целью скрининга.

AVAKYAN RUZANNA
THE ROL OF ULTRASOUND EXAMINATION IN DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF
CLINICAL PROGRESSION OF LYMPHOMAS
SUMMARY

Early and accurate diagnosis of lymphoma is the most important problem of modern medicine. Significance of the problem is caused by the growth of lymphoma globally, which has medical and social impact (0.5% during HL and 3% during NHL from all the cases of newly diagnosed malignant tumors). The aim of this study is the determination of diagnostic value and assessment of potential of sonography for determining the involvement of the abdominal cavity organs, peripheral lymph nodes and mediastinum into pathological process, as well as detection of lymph node that is most informative for histological studies.

We observed 193 lymphoma patients, 85 (44%) of them with HL and 108 (56%) with NHL, that were undergoing in-patient treatment in the clinical departments of RA MoH Hematology center after Prof. R.Yeolyan during 2006-2009. The age of patients ranged from 18 to 78 years. The average age of manifestation was 46.2 ± 5.6 years. By gender patients were distributed as follows: 106 (54.9%) male and 87 (46.1%) female. Among 108 examined patients with NHL diagnosis 57 (52.8%) were male and 51 (47.2%) female. In the study of the development of NHL by age, the peak of disease onset was observed in patients from 40 to 78 years and made 81.5% of the total sample of patients.

The analysis of lymphoma morphological subtypes has revealed that B-cell lymphomas prevail among NHL in 101 (93.5%) patients. The most frequently seen morphological type was diffuse large B-cell lymphoma in 32 (31.6% of cases) patients and in 24 (23.7% of cases) patients - lymphocytic lymphoma. The nodal system was affected the following way: enlarged spleen from 15.0 cm to 26.0 cm (normal range 13.5-14.0) was observed in 49 patients (45.3%), of whom 7 had focal changes, and 4 had accessory spleen up to 4.0 cm in diameter. In abdominal cavity enlargement of lymph nodes from 1.5 cm to 20.0 cm was registered, conglomerates of lymph nodes were observed in 38.0% of cases (41 patients). Examination of peripheral lymph nodes revealed enlargement: in inguinal region - 41.6% of cases, in axillary region - 39.8%, in neck and supraclavicular area - 43.5% of cases. In NHL the splenic lesion was in 40.6 - 100% of the cases, lesion of abdominal lymph nodes up to 75%, combined lesion of the spleen and lymph nodes in 54.1%.

Morbidity of HL patients by age groups was as follows: 9 (10.5%) patients up to 20 years, 31 (36%) - 21-30 years old, 16 (18.8%) - 31-40 years; 13 (15.2%) - 41-50 years; 12 (14.3%) - 51-60; 3 (3.5%) patients - 61-70 years, and 1 (1.1%) patient - over 70 years old. The highest prevalence of HL is in the age group of 18-40 years old and makes 65.8% among primary detected cases. By gender patients were distributed in the following way: 49 (57.6%) male and 39 (42.4%) female. Liver increase in HL patients was observed in 12.9% of cases (11 patients).

One patient had an enlarged kidney. 6 (7.0%) patients had lesions in the thyroid gland. In one patient pneumothorax was revealed after removal of the conglomerate in mediastinum. In 2 patients there was liquid in the pleural cavity. Spleen lesion was noted in 6.7 - 27% of HL cases, lesions of lymph nodes in abdominal cavity in up to 26.7%, combined lesion of the spleen and lymph nodes in 19.2%. The involvement of the nodal system was as follows: mainly hypoechoic diffuse and focal changes in non-enlarged spleen were observed in 5.9% of cases (5 patients). Splenomegaly was observed in 10.6% of cases (9 patients), enlargement of abdominal lymph nodes was observed in 23.5% of cases (20 patients), in the groin - 34.1% (29 patients), in the axillary region - in 35.2% (30 patients), cervical and supraclavicular area - in 52.9% of cases (45 patients). Mediastinal lesion was observed in 43.5% of cases (37 patients).

Usually focal changes of the spleen are numerous both by NHL and HL, hypoechoic, 0.5-2.5cm in size. The outline of the spleen in all cases of splenomegaly was clear, smooth, in 69% - hypoechoic, in 31% - normal echogenicity. Diffuse changes were observed in 85% of patients, homogeneity - 15%. Only mediastinal lesion in HL was 6.0%, while in NHL - 3.6%, and combined lesion of mediastinum and abdominal organs was 43.5% in HL, and 12.9% in NHL. Therefore, to determine the correct stage of the disease, we recommend examining both sides of the diaphragm during the primary inspection. Since primary ultrasound examination of patients with suspected lymphoma in their place of residence has not been performed comprehensively and fully, mostly patients already at stages III and IV of the disease were revealed in the Hematology center with NHL - in 81.5%, and with HL - in 55.2%. The potential of ultrasound as an independent method in diagnostics of malignant tumors of mediastinum has not been thoroughly studied yet, which is evident from the very few materials of international and national authors, and even that information is contradictory. Ultrasound of mediastinum is generally considered ineffective due to the reflection of ultrasonic waves from the airy lung tissue and the inability to obtain information. For this reason, ultrasound diagnosis of the diseases of mediastinum is used unfairly rare and mainly for detection of pleural effusion. Meanwhile, sonography allows detecting relatively small lesions of mediastinum that are not detected by usual X-Ray examination, and visualize architectonics of pathological formation. If lesion of spleen and intra-abdominal lymph nodes prevails during NHL, then during HL mediastinum is affected. We found that the architectonics of peripheral lymph nodes is not the same not only in different regions, but also within the same region, thus a biopsy of lymph nodes without Sonography and Doppler Ultrasound can lead to errors in diagnostics. Due to the ultrasound-choice of peripheral lymph nodes for biopsy, the diagnostics of lymphoma has statistically significantly improved by 40.0%.

Implementation of our proposed algorithm of primary ultrasound examination of patients with suspected lymphoma will improve the diagnostics of lymphoma and reduce the number of severe cases. In primary diagnosis of lymphoma ultrasound examination is a necessary component of a diagnostic complex, which is important for identifying the primary lesions, as well as for determining the distribution and dissemination of lesions in nodal and extranodal organs, mediastinum, as these data reveal the stage and severity of the disease, and thus adequate treatment is assigned. Using standard ultrasound combined with Doppler mapping allowed to reveal non-palpable regional lymph nodes. Our experience shows that ultrasound should be the method of choice in the evaluation of involvement of peripheral lymph nodes in the pathological process, in order to prevent repeated surgery for diagnostic biopsy. Ultrasound reveals focal lesion of parenchymal organs and discovers not detected by palpation, but enlarged lymph nodes; the ultrasound method is effective also for the assessment of anterior mediastinum. Great is the importance of ultrasound as a method of primary diagnosis, as well as for dynamic observation of the obtained data in the evaluation of the effectiveness of the lymphoma therapy and revealing of possible relapse. Thus, our research suggests that sonography is a highly informative method of examination in lymphomas. The method is invaluable for multiple dynamic controlling, does not carry radiation-dose, and, in our opinion, can and should be used for the purpose of screening.

