

К. В. ФАНАРДЖЯН

## К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ЛИМФОГРАФИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ МЕЛАНОМЫ

Меланома является одной из наиболее злокачественных опухолей с довольно ранним метастазированием. Последнее происходит как гематогенным, так и лимфогенным путем, обширно захватывая кожу и многочисленные органы, в том числе центральную нервную систему, опорно-двигательный аппарат. При любом вовлечении в процесс органов и систем, особенно в терминальной фазе болезни, заболевание охватывает и лимфатическую систему. В ряде случаев увеличение регионарных лимфоузлов является одним из первых истораживающих моментов, указывающих на возможность озлокачествления меланомы. С другой стороны, известно, что меланомы часто возникают на почве воспаленных невусов, при которых в какой-то мере также закономерно вовлечение лимфатического аппарата. Следовательно, точное определение характера поражения регионарных лимфоузлов в ранних стадиях заболевания является необходимым в целях более радикального лечения.

По данным А. П. Шанина [2], оперативное удаление пораженных регионарных узлов одновременно с первичным очагом опухоли дает благоприятный исход с большим процентом выживаемости (5 и более лет).

В поздних фазах прогрессирующего роста определение состояния лимфатической системы имеет не только познавательное значение, но и в какой-то мере является важным дополнением в изменении плана лечения и последующего его контроля. В этом отношении нельзя не переоценить значения лимфографии, которая является объективным методом, довольно точно определяющим не только степень, но также характер поражения вовлеченного лимфатического аппарата.

В связи с расширением круга практического применения лимфографии делаются попытки использовать указанный метод диагностики также и при невогенных злокачественных опухолях. Однако следует оговориться, что опыт специалистов небольшой. В основном исследователи оперируют малыми цифрами, нет специальных сообщений, освещающих этот вопрос более подробно. В известных монографиях, посвященных изучению лимфографии, приводится несколько иллюстраций по единичным наблюдениям меланом. Наибольшим числом случаев располагает Вильясало [9], который в своей монографии приводит 10 случаев меланомы.

В 1965 г. опубликован фундаментальный труд Фукса [6] с соавторами, в котором описывается всего семь наблюдений меланомы. Виант наблюдает также 7 случаев (цит. по [9]). В монографии Б. Я. Лукьянченко [1], обобщающей большой и разнообразный материал, описывается всего 6 больных с меланомой. Дана (цит. по [9]) в 1964 г. описал 5 случаев, Долан (цит. по [9])—4, Аббе с соавторами, Пюжюль и Лямарк [5, 7] в том же году—по 3 случая. В 1963 г. Арвей и Пикард [4] привели 2 случая меланомы, в 1962 г. Валасе, Галли (цит. по [6]) и др.—по одному случаю.

Несмотря на немногочисленность наблюдений можно отметить большую разрешающую способность рентгенологического исследования при определении метастазов меланомы в лимфатической системе. Так, из 10 случаев гистологически доказанных меланом Вильясало [9] обнаружил метастазы в лимфоузлах в 6 случаях, Фукс [6] из 7 случаев — в 3.

Практическое значение этого метода становится особенно понятным, если иметь в виду то обстоятельство, что врожденные и внеутробные невусы на конечностях имеют большую склонность к малигнизации, чем возникшие на коже других частей организма. По данным А. П. Шанина [2], располагающего солидным исследовательским материалом (337 наблюдений), меланомы на нижних конечностях составляют 36,6%, на верхних—17,8%.

Мы располагаем 5 наблюдениями меланом (3 мужчины, 2 женщины). Один больной 28 лет, остальные свыше 40, из них у 2 имелись врожденные невусы, у 3 они появились во внеутробном периоде жизни.

По данным А. П. Шанина, значительное число меланом, возникших из врожденных невусов, проявилось в сравнительно молодом возрасте, и прогноз их значительно лучше, чем прогноз меланом, образовавшихся из невусов, возникающих в последующем периоде жизни.

У всех наших больных первичная опухоль располагалась на нижних конечностях, у одного она была на коже бедра, у 2—на голени, у 2—на стопе. В последних двух случаях поражения стопы возникновению опухоли предшествовала травма. В остальных случаях в анамнезе больных о факторе травмы в появлении опухоли не отмечалось.

Всего произведено 9 лимфографий (у 4 больных—двухсторонняя, у 1—односторонняя) с введением контрастного вещества (преимущественно майодила) в лимфатический сосуд тыльной поверхности стопы. Из 5 больных у 3 отмечено метастатическое поражение лимфоузлов.

Изучение наших наблюдений приводит к заключению, что лимфография является ценным методом исследования для выявления метастазов меланомы в лимфатическую систему. При этом в ранней стадии в патологический процесс в основном вовлекаются паховые и подвздошные группы, а в последующем — более обширно тазовые, парааортальные группы с охватом также узлов лимфатической цепочки противоположной стороны. Рентгенологически определяется симптом дефекта наполнения, охватывающий большой участок патологи-



Рис. 1. Лимфограмма в прямой проекции. Определяются большие дефекты наполнения, особенно в узлах внутренней подвздошной группы слева.



Рис. 2. Тот же больной. Лимфограмма в косой проекции. Виден центральный дефект наполнения лимфоузла подвздошной группы слева.



Рис. 3. Лимфограмма в косой проекции. Виден округлый дефект центрально расположенного подвздошного узла с больной стороны (↑), фигура полумесяца—с противоположной (↑↑).

ческого узла. Дефект заполнения преимущественно округлой или овальной формы, часто центрально расположенный. Контуры его слабо очерчены. Иногда на этом фоне отмечаются мелкие вкрапления контрастного вещества. В отдельных случаях из-за отсутствия четкости контуров и больших размеров патологической ткани отмечается картина диффузного поражения узла. Наблюдается неравномерное прорастание лимфатической ткани опухолевой. Нередко встречается серповидная фигура дефекта, обусловленная частичным краевым контрастированием узла с ростом опухоли, происходящим в одном направлении. В большинстве случаев пораженные узлы заметно увеличены, в связи с чем серповидные фигуры и центральные дефекты заполнения становятся более наглядными и довольно легко распознаются.

Справедливо высказывание Фукса [6] о том, что при меланоме редко наблюдаются мелкие краевые дефекты заполнения боковых синусов, часто наблюдаемых при раковом поражении органов таза.

Сопоставляя лимфографическую картину у больных с меланомой с данными наших исследований, совместно проведенных с Ф. А. Херобрян [3] по поводу опухолей Юинга, можно отметить, что в рентгенологической картине метастатического поражения этих двух заболеваний имеется нечто общее. Центральные и краевые дефекты, больше с образованием фигур серпа или полумесяца, наблюдаются и в одном и в другом случае опухолевого поражения. В этом отношении нас приятно удивляет прозорливое восприятие Вильяса [9], который, не имея собственных наблюдений по патологии опухолей Юинга, ссылаясь только на иллюстрацию одного лишь случая, приведенного Рутиманом [8], также указывает на подобное сходство.

В подтверждение изложенного приводим рентгенограммы двух больных с краткими данными из историй болезни.

Больной Б. В., 49 лет. Поступил с диагнозом: меланома внутренней поверхности верхней трети левой голени. Меланома образовалась на месте родимого пятна врожденного характера, имеет размеры с 5-копеечную монету. При дотрагивании кровит. Диагноз подтвержден гистологически.

Объективно: определялось увеличение паховых лимфатических узлов диаметром в 3 см, подвижных и болезненных при пальпации.

Произведена двухсторонняя лимфография иодолиполом по 8,0. На снимках в прямой проекции, произведенных через 24 ч. после исследования, обнаружены метастатические изменения почти во всех узлах подвздошной группы слева, а также в некоторых узлах справа. Большие дефекты заполнения определяются, в особенности, в узлах внутренней подвздошной группы слева (рис. 1).

На одном из снимков в косой проекции отчетливо виден центральный дефект заполнения больших размеров, почти полностью охватывающий объем пораженного лимфатического узла слева (рис. 2).

Больной В. А., 71 год. Поступил с диагнозом: меланома нижней трети левого бедра. Опухоль образовалась на месте появившегося невогенного пятна в 50-летнем возрасте и достигла величины с грецкий орех. При дотрагивании кровотоцит.

Объективно: определяется увеличение паховых лимфатических узлов только с больной стороны, размером 2×3 см. Они подвижные при пальпации и несколько болезненны.

Произведена двухсторонняя лимфография майодилом по 7,0. Выявлены метастатические изменения подвздошной группы лимфоузлов как с больной, так и здоровой стороны. Особенно интересна одна из рентгенограмм, на которой отчетливо виден большой дефект наполнения с образованием фигуры полумесяца с противоположной меланоме стороны (рис. 3).

Немногочисленность наших наблюдений и приведенных в литературе материалов, конечно, не дает оснований сделать более или менее конкретные выводы, однако убеждает нас в том, что лимфография является весьма ценным методом исследования, рамки практического применения которой следует расширить, особенно за счет стности ранних фаз заболевания. По нашему представлению, каждый случай невогеного образования, вызывающий подозрение на злокачественное его перерождение, подлежит рентгенолимфографическому исследованию.

Армянский институт  
рентгенологии и онкологии

Поступило 11/XI 1968 г.

#### Կ. Վ. ՖԱՆԱՐԺՅԱՆ

### ԼԻՄՖՆՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ ՄԵԼԱՆՈՄԱՅԻ ՄԵՏԱՍՏԱԶՆԵՐԻ ԱԽՏԱՀԱՆԱԶՄՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ

#### Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մելանոմաների ժամանակ լիմֆատիկ հանգույցների ախտաճանաչման բնույթի ճիշտ որոշումը հիվանդության վաղ շրջանում անհրաժեշտ է ռադիկալ բուժման տեսանկյունով:

Լիմֆոգրաֆիայի միջոցով ճշտորեն որոշվում է ոչ միայն բնույթը, այլև լիմֆատիկ ապարատի ախտահարման աստիճանը:

Հետազոտությունները (5 դիտողություն) ցույց տվեցին, որ մետաստազների տարածման ավելի վաղ շրջանում ախտահարվում են աճուկային և զստային լիմֆանոնների հանգույցները, իսկ ուշ շրջանում՝ ախտահարումը ընդգրկում է ավելի վեր գետեղված, ինչպես նաև հատուկ լիմֆատիկ հանգույցները:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Лукьянченко Б. Я. Лимфография. М., 1966.
2. Шанин А. П. Пигментные опухоли. Л., 1959.
3. Хоробян Ф. А., Фанарджян К. В. Вопросы рентгенологии и онкологии, т. IX. Ереван, 1966.
4. Arvay N., Picard D. La Lymphographie. Paris, 1963.
5. Abbes M., Martin E., Pellegrino A., Paschetta V., Prat P. La lymphographie en cancerologie, Paris, 1964.

6. *Fuchs W. A.* Lymphographie und Tumordiagnostik. Berlin, 1965.
7. *Pujol H., Lamarque J. L.* Ilio-cavographie et lymphographie. Paris, 1964.
8. *Ruttimann A. del Buono.* Die Lymphographie Ergebnisse der medizinischen Strahlentorschung, I. Stuttgart, 1964.
9. *Wiljusalo M.* Lumphographie differential diagnosis of neoplastic diseases. Stockholm, 1965.