

УДК 616.348—006.6—07+616.35—006.6—0,7

А. А. АДАМЯН, А. М. ГАЛСТЯН

РАДИОИЗОТОПНАЯ ЛИМФОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШОК

С целью прижизненного изучения забрюшинных лимфатических узлов у больных раком ободочной и прямой кишок применяли непрямую радиоизотопную лимфографию с помощью коллоидного золота, меченного Au^{198} . Препарат вводили подкожно в первые межпальцевые промежутки обеих стоп с лидазой.

Результаты исследования показали, что при раке указанных локализаций вовлекаются в процесс лимфатические узлы забрюшинного пространства и что между стадией заболевания и поражением этих узлов имеется определенная закономерность.

Прижизненное изучение состояния лимфатической системы у онкологических больных имеет важное значение, так как от полученной информации зависит правильная оценка распространенности патологического процесса, следовательно, и решение плана лечения.

Известно, что изучение лимфатической системы осуществляется в основном путем прямой лимфографии с применением различных контрастных веществ. Однако указанный метод довольно сложен и порой неразличим для больного [5—7, 13].

За последние годы зарубежные и отечественные исследователи [1, 3, 4, 8—12 и др.] для исследования лимфатической системы стали применять непрямую радиоизотопную лимфографию. При этом методе техника проста, легко выполнима и не дает осложнений.

Учитывая анатомо-физиологические особенности толстого кишечника, включая и прямую кишку, в отношении метастазирования при их раковом поражении, мы задались целью изучить состояние лимфатической системы паховых, подвздошных и парааортальных зон путем не прямой радиоскеннолимфографии.

Следует подчеркнуть, что лимфатические узлы подвздошных и парааортальных зон недоступны осмотру, пункции, биопсии, а результаты пальпации неубедительны. Вот почему применение более новых и безвредных методов исследования лимфатической системы данной области весьма ценно. Целью данной работы является уточнение диагностических возможностей не прямой лимфоскенографии при раке ободочной и прямой кишок.

Радиоизотопная лимфография нами произведена у 35 больных. Из них у 20 опухоль была локализована в прямой кишке, у 15—в различных отделах ободочной кишки. По возрасту больные распределялись

следующим образом: от 35 до 45 лет—7 больных, от 46 до 55—16, от 56 до 65—9, 66 лет и старше—3. Женщин было 13, мужчин 22.

Из 20 больных с поражением прямой кишки раком у 6 опухоль была расположена в анальном канале и нижеампулярном отделе, у 8 в средне- и отчасти верхнеампулярном отделе, а у остальных 6 больных в верхнеампулярном и ректосигмоидном отделах прямой кишки. У 10 из 20 больных со злокачественными новообразованиями прямой кишки имелась II стадия развития опухоли, у 7—III, а у остальных 3 больных—IV стадия. 16 человек из 20, страдавших раком прямой кишки, подвергнуты оперативному вмешательству, причем 8 радикальному и 8 паллиативному.

Из 15 больных с поражением ободочной кишки у 5 опухоль располагалась в илеоцекальной области, у 2 в восходящей части, а у одного больного в нисходящей части ободочной кишки; у остальных 7 больных имелось раковое поражение сигмовидной кишки, у 9 из 15 больных, страдавших раком ободочной кишки, имелась II стадия, у 2—III, а у 4—IV стадия развития опухолевого процесса.

Все больные со II стадией опухоли (9 чел.) подвергнуты радикальной операции. У остальных больных (6 чел.) произведено паллиативное вмешательство.

Для уточнения диагноза были учтены данные клиники, эндоскопии, рентгенологического и морфологического исследований до операции и результаты хирургического вмешательства с последующим гистологическим исследованием удаленных кусочков из основного очага. Микроскопическая картина опухоли была изучена у 27 из 35 больных. При этом аденокарцинома обнаружена у 20, коллоидный рак у 4, солидный рак у 2 и недифференцированная форма рака установлена у 1 больного.

Основная часть исследователей, занимающихся изучением лимфатической системы методом скеннолимфографии, свои результаты сопоставляет с данными прямой контрастной лимфографии. Мы сочли целесообразным сопоставить наши результаты радиоизотопной диагностики с данными клиники и операций с последующим гистологическим исследованием удаленных узлов.

При изучении забрюшинных лимфатических узлов вышеуказанным больным вводили в подкожную клетчатку в первые межпальцевые промежутки обеих стоп радиоактивное коллоидное золото активностью 100—150 мккюри с лидазой по 96—128 ед, растворенной в 0,5%-ном новокаине. Больным предлагалась физическая нагрузка в виде прогулки в течение не менее 2 ч. после инъекции препарата.

Скенирование производилось в основном через 24 ч., а при необходимости и 48 ч. в лежачем положении на спине. Установка—гаммапограф «Сцинтикарт» венгерского производства. Технические условия: скорость движения самописца—30 см в 1 мин, шаг—3 мм, масштаб записи—1:1.

При оценке скеннолимфограмм забрюшинных лимфатических узлов у больных раком ободочной и прямой кишок критерием для нас слу-

жили: прерывность в цепи активности, пятнистость, резкое разряжение штриховки, значительная асимметрия, полное отсутствие активности в сторону оттока лимфы, наличие активности в печени. Полное отсутствие активности в сторону оттока лимфы бывает при метастатическом поражении. Однако не исключается возможность отсутствия активности и при склеротических изменениях лимфатических узлов. Безусловно, для дифференциации необходимо учитывать характер заболеваний.

Следует отметить, что качество скеннограмм и результаты исследования во многом зависят и от физико-химических свойств используемого коллоидного золота.

При интерпретации скеннограмм у вышеуказанных больных выяснилось, что при раке толстого кишечника, включая и прямую кишку, забрюшинные лимфатические узлы вовлекаются в патологический процесс, причем наблюдалась определенная закономерность между стадией заболевания и степенью поражения лимфатических узлов (рис. 1 А, Б).

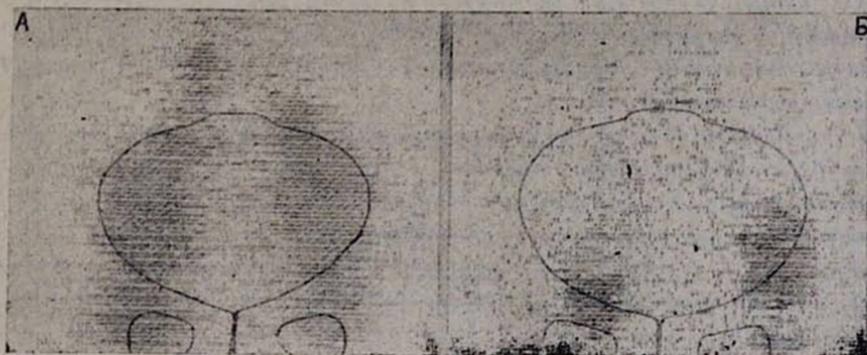


Рис. 1. А. Лимфоскеннограмма больного раком сигмовидной кишки (III ст.) Распределение препарата в паховых и подвздошных зонах равномерное. В области левой дорожки отмечается прерывистость в цепи активности, а в парааортальной—пятнистость. Б. Лимфоскеннограмма больной раком нижне-ампулярного отдела прямой кишки (IV ст.). Имеется резкая асимметрия и отсутствие активности в сторону оттока лимфы, начиная с подвздошных зон.

Таким образом, учитывая литературные и наши данные, можно сказать, что непрямая радиоскенолимфография является несложным, безвредным и объективным методом исследования при изучении забрюшинных лимфатических узлов. Указанным методом можно получить сведения о распространенности ракового процесса в забрюшинное пространство, что имеет немаловажное значение для решения плана лечения больных раком ободочной и прямой кишок (хирургическое, лучевое, химио-терапевтическое и их комбинации).

Безусловно, дальнейшие поиски в направлении улучшения качества используемого индикатора и усовершенствования клинической интерпретации полученных лимфоскеннограмм путем сопоставления с другими методами диагностики (прямая лимфография, клиника, операция, ауто-

сия, морфологические и рентгенологические исследования и т. д.) будут способствовать повышению диагностических возможностей этого метода.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступила 29/VI 1971 г.

Ա. Ա. ԱԳԱՄՅԱՆ, Հ. Մ. ԳԱՍՍՅԱՆ

**ՀԱՍՏ ԵՎ ՈՒՂԻՂ ԱՂԻՆՆԵՐԻ ՔԱՂՅԿԵՂԻ ՄԵՏԱՍԱՍԱԶՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ
ՌԱԴԻՈՒԶՈՏՈՊԱՅԻՆ ԼԻՄՖՈԳՐԱՖԻԱՅԻ ՄԻՋՈՑՈՎ**

Ա մ փ ո փ ու մ

Հաստ և ուղիղ աղիների քաղցկեղային ախտահարման ժամանակ հետորոշմանամբային շրջանի մետաստազների հայտնաբերման նպատակով կիրառվել է ռադիոիզոտոպային լիմֆոսքենոգրաֆիայի մեթոդը: Օգտագործվել է ռադիոակտիվ կրոտիդիլ ռակին, որը ենթամաշկային ճանապարհով լիդազա ֆերմենտի հետ միասին մտցվել է ստորին վերջույթների առաջին-երկրորդ միջմատային տարածությունը:

35 հիվանդների մոտ կատարված ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ վերոհիշյալ հիվանդության ժամանակ ախտահարվում են հետորոշմանամբային ավշային հանգույցները, և կա որոշակի օրինաչափություն հիվանդության ստադիայի և գեղձերի ախտահարման աստիճանի միջև:

Ելնելով գրականության և մեր ստացած տվյալներից, առաջարկում ենք այս անվնաս, օրյեկտիվ և հեշտ օգտագործելի մեթոդը կիրառել հետորոշմանամբային գեղձերի ուսումնասիրության ժամանակ՝ հաստ և ուղիղ աղիների քաղցկեղի տարածվածության աստիճանը որոշելու համար:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антипов С. Г. Урология и нефрология, 1970, 4, стр. 41.
2. Дубовый Е. Д., Антипов С. Г., Кадыр-Задэ Н. Д. Материалы IX Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. М., 1970, стр. 323.
3. Зубовский Г. А. Советская медицина, 1965, 8, стр. 68.
4. Киселева В. Н. В кн.: Функциональное исследование в клинической онкологии. М., 1970, стр. 96.
5. Лукьянченко Б. Я. Лимфография. М., 1966.
6. Матвеева Б. П. Автореферат канд. дисс. М., 1968.
7. Фанарджян К. В. Автореферат канд. дисс. Ереван, 1969.
8. Чупин И. Я., Габелов А. А., Белугина Э. Т., Игнатьева И. А. Вопросы онкологии, 1970, 2, стр. 33.
9. Alexander W., Pearlman M. D. The Amer. J. of Rentgenology, 1970, 109, 4, 780.
10. Kazem I., Antonlades J., Brady L. W., Faust D. S., Croll M. N., Lightfoot D. Radiology, 1968, 90, 5, 905.
11. Lofferer O., Mostbeck A. Radiol. Austriaca, 1968, 18, 2, 95.
12. Winkel K., Scheer K. E. Minerva Nucleare, 1965, 9, 390.
13. Voutilainen A., Wiljasalo M. Ann. Chir. Gynec. Fenn., 1965, 54, 268.