

Реакция с дихлорфенол-индофенолнатрием была поставлена у 42 оперированных женщин, из них у 14 были злокачественные опухоли (шейки матки — у 2, тела матки — у 5, яичников — у 7), у 28 — доброкачественные (тела матки — у 23, яичников — у 5).

У 13 оперированных больных со злокачественными опухолями реакция была положительной и только у 1 женщины — отрицательной; у всех больных с доброкачественными опухолями реакция была отрицательной.

Приведенный материал ограничен и поэтому не позволяет сделать достаточно объективную оценку, но гистохимические реакции привлекают своей доступностью и возможностью быстрой ориентировки онкогинеколога (экспрессдиагностика) в диагностике злокачественных новообразований, особенно в условиях массовых профилактических осмотров.

Реакции с применением восстановительных индикаторов не являются специфическими, они предполагают злокачественную природу заболевания, окончательный же диагноз базируется на выяснении морфологической структуры опухоли. Наблюдения продолжаются.

ЛИТЕРАТУРА

1. Железнов Б. И., Ежова Л. С. Акуш. и гинек., 1968, 8.—2. Пирс Э. Гистохимия. Медгиз, М., 1962.—3. Райхлин Н. Т. Арх. пат., 1963, 7; Вопр. онкол., 1965, 4.—4. Райхлин Н. Т. Староверова Н. С. Цитология, 1962, 3.—5. Струков А. И., Лущников Е. Ф. Арх. пат., 1962, 11.—6. Anderson J. *Am. Cancer (Philad.)*, 1967, 20, 10.—7. Becker I. *Arch. Geschwulstforsch.*, 1956, 10.—8. Ku Chien a. o. *Chinese Med. J.*, 1963, 82, 5.—9. Sirba P. a. o. *Oncol. si Rad.*, 1966, 5, 1 (Рум.).

УДК 616.62—616.423—616.14—616—073.75

РАСПОЗНАВАНИЕ МЕТАСТАЗОВ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков и С. М. Ахметова

Кафедра факультетской хирургии (зав.—проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и урологическое отделение Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Для выявления метастазов злокачественных новообразований мочевого пузыря в лимфатические узлы малого таза мы применяем прямую лимфографию, тазовую флебографию, полицистографию.

Прямая лимфография производится нами по Б. Я. Лукьянченко, но вместо рекомендуемой им синьки мы вводим 0,4% раствор индигокармина. Применяв его у 90 больных, мы ни разу не наблюдали осложнений.

Лимфографию мы делаем обязательно с двух сторон, так как нам случалось видеть перекрестные метастазы (в лимфатические узлы малого таза со стороны, противоположной стороне поражения мочевого пузыря). Снимки производим в прямой и косых проекциях. Для прямой лимфографии мы предпочитаем вводить контрастные вещества, в частности йодлипол, так как они длительно задерживаются в лимфатических узлах, что дает возможность изучать состояние лимфатических узлов в динамике без дополнительного введения контрастного вещества.

Динамическое наблюдение за состоянием лимфатических узлов необходимо при следующих обстоятельствах:

1) когда при первичном исследовании на лимфограммах нет возможности выявить природу дефектов наполнения;

2) для контроля радикальности оперативного вмешательства при поражении лимфатических узлов (скелетирующей цистэктомии и гемирезекции);

3) для проверки эффективности лучевой и химиотерапии.

Контрольные рентгенограммы, производимые в разные сроки после введения вещества, дают ценные сведения для прогноза. Так, Вейсслер и соавт. (1966) считают, что уменьшение объема лимфатического узла более чем на 15% свидетельствует об обратном развитии процесса. Напротив, увеличение объема лимфатических узлов по сравнению с установленным при первичной лимфографии, а также изменение распределения контрастного вещества указывают на прогрессирование процесса.

В лимфографической картине метастазирования в лимфатические узлы мы выделяем 3 стадии:

1) при начальной степени поражения лимфатического узла рентгенологически наблюдается дефект наполнения;

2) при поражении большей части лимфатического узла обращает на себя внимание серповидное заполнение оставшейся части лимфатического узла контрастным веществом;

3) при полном замещении узла опухолью отсутствует заполнение лимфатических узлов контрастным веществом, т. е. имеется блокада лимфатических узлов.

Отдельно можно выделить метастазы, проявляющиеся на лимфограммах в виде нарушения структуры узла, стаза контрастного вещества при диффузном поражении лимфатических узлов.

Мы исследовали 75 больных. Лимфография была произведена в стадиях T_1 у 1, T_2 — у 20, T_3 — у 27, T_4 — у 27 больных. Обнаружены метастазы в лимфатических узлах малого таза у 48 больных (64%), причем при T_4 — у 24 из 27 (88,9%), при T_3 — у 13 из 27 (48,2%), при T_2 — у 5 из 20 (25%). Для раннего выявления метастазов в лимфатических узлах малого таза (N) мы предпочитаем лимфографию, так как флебография отражает наличие метастазов лишь косвенно и не всегда дает возможность сделать правильные выводы. Так, например, у 2 больных при наличии опухоли в стадии T_2N по данным флебографии метастазы не определялись, а при лимфографии у этих же больных обнаружены единичные метастазы, которые были удалены при оперативном вмешательстве. Рентгенологические данные подтверждались данными гистологического исследования.

Тазовая флебография (по методу, описанному Г. И. Мгалоблишвили (1960), причем у 5 — под закидным наркозом) выполнена нами у 17 больных с опухолями мочевого пузыря в стадиях T_2 — T_4 . Зарегистрированы метастазы у 7 больных (T_2N — у 1, T_3N — у 2, T_4N — у 4). У 8 тазовая флебография произведена в сочетании с лимфографией.

Иногда флебография дает возможность установить наличие метастазов и степень инфильтрации. Для выявления инфильтрации ценную информацию можно получить, применив полицистографию, которая, кроме того, дает возможность определить также распространенность ракового процесса в мочевом пузыре.

Флебографию мы производим в тех случаях, когда по каким-либо причинам не представляется возможным выполнить лимфографию (ампутированная нижняя конечность, трофическая язва ее) и когда ввиду технических погрешностей не удается констатировать наличие или отсутствие метастазов.

Как известно, не всегда поражение лимфоузлов идет параллельно раковой инфильтрации и прорастанию опухоли в окружающие ткани. Мы наблюдали 3 больных (T_4), у которых, несмотря на обширное прорастание опухоли в тазовую клетчатку и в одном случае — в тонкий кишечник, метастазы в лимфатических узлах при лимфографии не были обнаружены. Гистологическое исследование удаленных лимфоузлов подтвердило правильность данных лимфографии.

Мы пришли к убеждению, что лимфография является ценным методом в выявлении метастазов; в сочетании же с полицистографией она дает возможность установить не только наличие или отсутствие метастазов, но и степень инфильтрации и распространенность ракового процесса в мочевом пузыре, правильно определить характер оперативного вмешательства. Тазовую флебографию следует применять во всех случаях, когда по каким-либо причинам прямая лимфография невыполнима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянченко Б. Я. Лимфография. Медицина, М. 1966.—2. Мгалоблишвили Г. И. Урология, 1960, 4.—3. Sieber F. Радиология, диагностика, 1967, 4.—4. Weissleder H., Renemann H., Baummeister L. Fortschr. Röntgenstr., 1966, 104, 1.—5. Beltz L., Thurn P. Ibid.

УДК 616.14—002—616—073.75

ВЫБОР СПОСОБА ФЛЕБОГРАФИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Канд. мед. наук П. Г. Швальб, С. А. Пигин и В. Е. Пустовалов

Отделение сердечно-сосудистой хирургии (и. о. зав.—П. Г. Швальб) и рентгенологическое отделение (зав.—Б. Н. Лившиц) областной больницы № 3 (главврач—Т. В. Либусь) и госпитальная хирургическая клиника (зав.—проф. Б. П. Кириллов) Рязанского медицинского института

С 1965 г. нами выполнено более 200 флебографических исследований у больных с различными формами хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

Любой из методов флебографии имеет свои преимущества и недостатки. Так, чрезкожная флебография дает хорошее изображение глубокой венозной системы голени и нижней половины бедра, особенно при достаточном количестве (40 мл) контрастного вещества и с учетом скорости кровотока по Gottlob, но она всегда сопровождается более или менее выраженным болевым синдромом, а при склерозе пяточной кости скорость введения становится слишком медленной, чтобы успеть получить на