

НАШ ОПЫТ ЛИМФОГРАФИИ

Э. Н. Ситдыков и С. М. Ахметова

Клиника 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)

Рентгеноморфологический метод исследования лимфатической системы находит все более широкое применение в современной уроонкологии. Внедрение его в практику вызвано настоятельной необходимостью выявления метастазов в регионарных лимфатических узлах в связи с расширением показаний к радикальным операциям, в частности, при раке мочевого пузыря.

Главным признаком наличия метастазов на лимфограмме является дефект наполнения, обусловленный опухолевым поражением определенного участка лимфатического узла. Дефект наполнения может быть краевым и центральным. Меняется также структура лимфатических узлов, они теряют свою гомогенность, приобретая пенистость в виде пчелиных сот. Полностью замещенные опухолью узлы совсем не выявляются, в результате чего цепочка лимфатических узлов прерывается (симптом блокады лимфоузлов). Сообщений о ценности лимфографии в диагностике опухолей мочеполовых органов не так много [1, 2].

Наши, хотя и немногочисленные (60) наблюдения также свидетельствуют, что лимфография дает возможность правильно устанавливать показания и противопоказания к радикальному хирургическому методу лечения новообразований мочевого пузыря.

Прямая лимфография нами производится методом, описанным Б. Я. Лукьянченко. Однако вместо патентованной синьки и синьки Эванса мы применяем для окрашивания лимфатического сосуда 0,4% раствор индигокармина по 2—2,5 мл. Ввиду резкой болезненности подкожной инъекции индигокармина место введения его предварительно анестезируем 0,25% раствором новокаина. Удалось установить зависимость хорошего окрашивания лимфатического сосуда и сохранения им тонуса от количества введенного красящего вещества. Так, при введении 1 мл наблюдалось быстрое падение стенок отсепарованного сосуда, что делало невозможной пункцию. При введении же 2—2,5 мл лимфатический сосуд не спадается, тонус его хорошо сохраняется на всем протяжении введения контрастного вещества и по извлечении иглы из просвета сосуда.

Мы считаем целесообразным фиксировать сосуд при его пункции в дистальном отделе лигатурой или пинцетом, так как это вызывает падение сосуда ввиду нарушения тока лимфы из-за пережатия в дистальном отделе. Мы подтягиваем лимфатический сосуд лигатурой в проксимальном отделе, вызывая стаз лимфы, окрашенной индигокармином, и, лишь слегка поддерживая за дистальную лигатуру, пунктируем лимфатический сосуд. В качестве контрастного вещества применяем йодолипол (по 8 мл на каждую сторону).

Учитывая проекционные возможности для уточнения данных лимфографии, мы предлагаем во всех случаях производить снимки в прямой и двух боковых проекциях с поворотом под углом в 45°. При передне-задней проекции определяются не все лимфатические узлы малого таза, и может создаться ошибочное впечатление блокады отдельных лимфоузлов. Боковые же проекции дают дополнительную информацию о состоянии лимфатической системы. В некоторых случаях для лучшего выявления отдельных лимфоузлов лимфографию можно сочетать с томографией.

Мы считаем, что лимфография является ценным дополнительным методом диагностики. Изучение ее следует продолжать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балог Ф., Госфай С. Урология и нефрология, 1967, 2.—2. Берич М., Янча К., Еремич Д., Попович Л., Терзич Дж. Там же, 1966, 3.—3. Лукьянченко Б. Я. Лимфография. Медицина, М., 1966.—4. Матвеев Б. П. Урология и нефрология, 1965, 4.—5. Пытель А. Я., Пытель Ю. А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. Медицина, М., 1966.