

седствующей с лживостью и бахвальством, панибратством и алкогольным юмором.

Выявленные нами формы социальной гиперкомпенсации больных алкоголизмом в период ремиссии отражают новую адаптацию в обществе новой дефектной личности, ибо «вновь приобретаемая адаптация никогда не бывает простым возвращением к прошлому» [1].

Зависимость проявлений гиперкомпенсации от многих социальных факторов указывает на то, что явление это скорее психологическое, нежели органическое. Речь идет в большей степени об индивидуальной, субъективно переживаемой малопенности и в меньшей степени — о социальной дефектности как таковой, несмотря на их взаимозависимость. Таким образом, социальная гиперкомпенсация превращается в форму спонтанной реабилитации. Она приспосабливает, хотя и своеобразно, больного алкоголизмом к новой трезвой жизни.

Окрашенная в псевдоальтруистические тона, гиперкомпенсация по сути своей положительное явление, несмотря на то, что эта форма самореализации не устраняет внутриспсихического конфликта [4].

Среди различных форм социальной адаптации во время длительных ремиссий при алкоголизме гиперкомпенсация встречается наиболее часто, что необходимо учитывать при лечении и реабилитации этой группы больных. Следует также помнить, что социальная гиперкомпенсация — этот рубец на месте глубоких застаревших алкогольных ран — приковывает к себе внимание окружающих, и это подчас вторично ранит больного. В таких случаях необходима психотерапевтическая работа не только с пациентом, но и с его окружением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. В кн.: Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М., Медицина, 1976. — 2. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л., Медицина, 1978. — 3. Менделевич Д. М., Никольская Л. Д., Муравьев А. А. Оценка социальной адаптации больных алкоголизмом (методические рекомендации). Казань, 1979. — 4. Свердлов Л. С. В кн.: Проблемы системного подхода в психиатрии. Рига, 1977.

Поступила 29 апреля 1980 г.

УДК 616.351—006.6:616.428—073.75

ДИНАМИЧЕСКИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА КОНТРАСТИРОВАННЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

А. М. Файзуллин

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. М. Ф. Мусин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и отделение ангио-лимфографии (руководитель — проф. А. Ф. Цыб) НИИ медицинской радиологии АМН СССР

Реферат. С целью изучения диагностической ценности динамического рентгенологического контроля и наблюдения было обследовано с помощью лимфографии 126 больных, страдающих раком прямой кишки. Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов после первичного лимфографического исследования было установлено у 20 (15,9%) больных. После динамического рентгенологического наблюдения, включающего и повторную лимфографию, метастазы в регионарных лимфатических узлах выявлены у 24 (19%) обследованных. Определены наиболее целесообразные сроки для производства контрольных снимков и повторной лимфографии.

Ключевые слова: прямая кишка, рак, регионарные лимфоузлы, лимфография. 1 иллюстрация. 1 таблица. Библиография: 3 названия.

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в хирургическом лечении рака прямой кишки, пятилетняя выживаемость больных остается еще достаточно низкой — от 35,8% до 60%. Одной из основных причин неудовлетворительных результатов лечения больных являются метастазы в регионарные лимфатические узлы [3]. Между тем лимфатические узлы, кроме паховых, недоступны пальпации. Значительно расширяет диагностические возможности метод прямой лимфографии, который позволяет получить изображение паховых, подвздошных и поясничных лимфатических узлов. Частота лимфографически выявленных метастазов составляет 42,8% [2].

В литературе мы не нашли работ, посвященных динамическому рентгенологическому наблюдению.

Перед нами стояли следующие задачи: 1) определить частоту метастазирования в регионарные лимфатические узлы в зависимости от степени распространенности первичного очага опухоли; 2) изучить возможности динамического рентгенологического наблюдения как для выявления метастатического поражения лимфатических узлов, так и для изучения динамики метастазов под влиянием лечения; 3) изучить рентгенодиагностику патологических изменений на контрольных рентгенограммах, позволяющих выявить рецидив или прогрессирование первичной опухоли; 4) определить наиболее целесообразные интервалы для производства контрольных снимков и повторного лимфографического исследования.

Чтобы ответить на поставленные вопросы, нами были изучены истории болезни 126 больных, страдающих раком прямой кишки (57 мужчин и 69 женщин). Большинство пациентов (103) были в возрасте от 41 до 70 лет. У 116 больных от появления первых симптомов заболевания до лимфографического обследования прошло не более 12 мес.

Лимфографическое исследование регионарных лимфатических узлов позволило внести некоторые коррективы в категорию N международной классификации [1]. Характеристики распространения опухоли по системе TNM, формы опухолевого роста, морфологические варианты рака представлены в таблице.

Характеристика форм и морфологических вариантов рака прямой кишки

Распространенность опухоли	Число больных	Форма опухолевого роста			Морфологический вариант рака							
		экзофитная	эндофитная	смешанная	аденокарциномы	коллоидный	солидный	плоскоклеточный	ворсинчатая опухоль с озлокачествлением	меланома	железистый	прочие
T ₁	6	6	—	—	3	—	—	—	—	—	2	1
T ₂	15	12	3	—	14	—	—	—	1	—	—	—
	2	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
T ₃	40	6	5	29	36	2	—	2	—	—	—	1
	7	2	—	5	6	—	—	—	—	—	—	—
	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
	2	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—
T ₄	41	7	2	32	36	—	1	—	—	1	2	1
	2	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—
	4	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—
	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—
	3	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	1
Всего	126	37	11	78	110	2	1	2	1	2	4	4

Как видно из приведенных в таблице данных, метастатическое поражение лимфатических узлов было выявлено у 20 (15,9%) больных.

Больным была проведена противоопухолевая терапия различных видов. Большинство из них (74) получали комбинированное лечение с предоперационным облучением. При T₂ и T₃ обычно назначали «концентрированное» облучение на гамма-установке «Рокс». Разовая очаговая доза равнялась 6,5 грей, суммарная — 19,5 грей; облучение проводили в течение 3 дней. Оперативное вмешательство осуществляли в первые 3 дня после окончания облучения. У больных с местно распространенным неоперабельным раком (T₄) лучевую терапию проводили также на гамма-установке, но по другой методике: с разовой очаговой дозой 4 грей три раза в неделю. Суммарную очаговую дозу доводили до 40 грей. Оперативное лечение осуществляли через 3—4 нед после окончания облучения. Химиотерапия 5-фторурацилом была проведена 40 больным: двум как самостоятельное лечение и 38 как добавление к одному из радикальных методов. Только оперативное лечение предпринято у 5 лиц. 3 пациентам противоопухолевую терапию не назначали.

Все 126 больных до поступления в клинику не подвергались никакому лечению. Всем им было проведено лимфографическое исследование различными контрастными

веществами. Большинство больных были обследованы с применением йодипола с эфиром в разведении 4 : 1. Лимфатические узлы, заполненные этим контрастным веществом, хорошо визуализированы до 9 мес; к 11 мес 70% снимков также было пригодно для изучения.

Из 20 больных, у которых было выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов, у 18 процесс локализовался в наружных и общих подвздошных лимфатических узлах или имелось сочетанное поражение тех и других у одного и того же обследованного; у 1 больного патологический процесс был определен в поясничных лимфатических узлах справа и у 1 имелось злокачественное поражение наружных подвздошных и поясничных узлов слева.

При 12-месячном периодическом рентгенологическом наблюдении мы ни у одного из 126 больных не обнаружили вновь возникшего метастатического поражения лимфатических узлов.

Всем 20 больным, у которых при первом лимфографическом исследовании обнаружили метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов, была проведена противоопухолевая терапия. У 8 пациентов она заключалась в предоперационной гамма-терапии и радикальной операции, у 7 — в дистанционной гамма- и химиотерапии, у 3 — в дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе от 35 до 40 грей, у 1 — в химиотерапии 5-фторурацилом; одному больному противоопухолевое лечение не проводилось.

На повторных рентгенограммах, произведенных через 2 мес, у 13 больных не отмечено изменений в метастатическом поражении по сравнению с данными первой лимфографии, т. е. процесс стабилизировался. У 2 пациентов было констатировано прогрессирование злокачественного поражения лимфатических узлов, которое выражалось в увеличении лимфатического узла в целом и дефекта накопления в нем. У одного из них противоопухолевое лечение не проводилось, так как больной отказался от операции и лучевой терапии, у второго была проведена химиотерапия 5-фторурацилом, от оперативного лечения больной отказался.

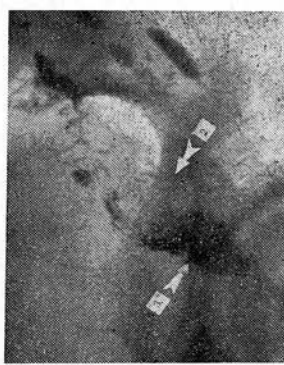
На снимках, выполненных через 3—6 мес, у 6 больных определена регрессия метастатического поражения. Через 7—12 мес регрессия метастатического поражения была отмечена у 13 больных. У 7 пациентов лимфатические узлы освобождались от контрастного вещества, и эти рентгенограммы были непригодны для интерпретации.

Реактивный аденит после первичной лимфографии был выявлен у 14 больных. На контрольных рентгенограммах, произведенных через 0—1 мес, у 6 пациентов реактивная гиперплазия сохранилась в таком же виде, как и при первом лимфографическом исследовании. При дальнейшем динамическом рентгенологическом контроле на сроках 1—4 мес у 6 больных аденит уменьшился в последующем через 5—12 мес, у 13 он исчез и наблюдалась нормальная лимфографическая картина.

У 2 больных было заподозрено метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. У 1 из них в пораженном подвздошном лимфатическом узле слева



а



б



в

С-а, 30 лет. Рак прямой кишки, $T_4N_0M_0$.

а — первая лимфография. В узловую фазу патологических изменений не определяется. 1 — нормальный лимфатический узел, б — вторая лимфография через 17 мес. Определяется вздутие верхнего полюса наружного подвздошного узла с разрывом контура и обширным дефектом накопления. 2 — метастатическое поражение. 3 — остаточная паренхима лимфатического узла, в — пораженный узел, удален. Гистологически — железистый рак.

определялся дефект накопления, занимающий почти $\frac{2}{3}$ узла. Возникло предположение о разрыве медиального контура. На повторной рентгенограмме через 20 дней — такая же картина, как и при первом лимфографическом исследовании. Была произведена пункция узла и при изучении микропрепарата обнаружены липоматозные клетки. Таким образом, подозрение на метастатическое поражение у этого больного было отвергнуто. У второго больного контрольные снимки были сделаны через 3 мес. Контрастное вещество в лимфатических узлах не определялось. Для первичного лимфографического исследования у него был применен майодил. Как известно, это контрастное вещество покидает лимфатическую систему через 2—4 мес.

С целью удлинения срока динамического рентгенологического наблюдения за регионарными лимфатическими узлами 24 больным была произведена повторная лимфография. При повторном лимфографическом исследовании у 4 больных в пределах 2 лет было обнаружено вновь возникшее метастатическое поражение (см. рис., а, б, в). Таким образом, в результате первичной и повторной лимфографии злокачественное поражение регионарных лимфатических узлов было установлено у 24 (19%) больных.

При повторной лимфографии у 3 пациентов определено появление реактивного аденита, у двух из них он был обусловлен прогрессированием злокачественного процесса в параметрии. У одного больного с установленной при первой лимфографии реактивной гиперплазией отмечалось увеличение последней на лимфограммах, произведенных после второго исследования. У этого же больного при инструментальном обследовании мочевого пузыря был обнаружен рецидив первичной опухоли.

Мы считаем, что за всеми больными, у которых выявлен реактивный аденит, целесообразно установить рентгенологический динамический контроль, так как аденит может быть обусловлен микрометастазами в лимфатические узлы. Часто вновь возникшему или увеличивающемуся по данным динамического наблюдения адениту сопутствует прогрессирование или рецидив злокачественного процесса в параметрии. При диагностировании рентгенологом реактивной гиперплазии он должен нацелить клинициста на тщательное обследование такого больного.

Показания к проведению повторного рентгенологического наблюдения

Динамическое рентгенологическое наблюдение необходимо проводить:

- 1) через каждые 2 мес у больных, на лимфограммах которых определялось метастатическое поражение лимфатических узлов. Цель наблюдения — проверка данных первичной лимфографии о злокачественности поражения лимфатических узлов и оценка эффективности лечения;
- 2) через каждые 2—3 мес у больных с реактивным аденитом, так как в реактивно измененных узлах нередко развивается метастатическое поражение;
- 3) через 1—2 мес у пациентов, на лимфограммах которых предполагалось метастатическое поражение. В этих случаях контрольные рентгенограммы производятся с целью подтвердить или отвергнуть злокачественное поражение лимфатических узлов;
- 4) всем больным, у которых при первой лимфографии была нормальная лимфографическая картина, — через 9—11 мес. Цель рентгенологического контроля — проверка данных первичной лимфографии, выявление могущего вновь возникнуть метастатического поражения или реактивного аденита.

Всем больным через год после первого лимфографического исследования или окончания курса противоопухолевой терапии показана повторная лимфография.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бердов Б. А., Цыб А. Ф., Гапанюк О. Н. и др. *Вопр. онкол.*, 1977, 1. — 2. Рыжих А. Н., Файн С. Н. В кн.: *Труды I Всеросс. конф. по проктологии*. М., 1965. — 3. Холдин С. А. *Злокачественные новообразования прямой кишки*. Л., 1955.

Поступила 17 июня 1980 г.