

СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ СОЧЕТАННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Г. И. Володина, Д. А. Абдулхакова, В. П. Нефедов, Р. А. Абдулхаков

Кафедра рентгенологии и радиологии (зав.— проф. Г. И. Володина), кафедра клинической лабораторной диагностики с общей клинической патологией (зав.— проф. А. П. Цибулькин)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Резюме. Обследованы 64 женщины на сроках от одного года до 15 лет после сочетанной лучевой терапии рака шейки матки I—III стадий. Выявлены функциональные и морфологические изменения тонкой и толстой кишок даже при отсутствии жалоб.

Ключевые слова: рак шейки матки, лучевая терапия, кишечник, рентгенодиагностика, морфологическое исследование.

4 иллюстрации. Библиография: 10 названий.

Сочетанная лучевая терапия рака шейки матки нередко сопровождается развитием различных по характеру и тяжести лучевых повреждений кишечника [2, 4, 6]. Сообщения о рентгенологических исследованиях кишечника после лучевой терапии рака шейки матки немногочисленны [4, 9] и посвящены в основном поздним лучевым повреждениям прямой кишки и дистального отдела сигмовидной [3, 7]. Данные морфологического исследования биоптата, взятого при эндоскопии толстой кишки у больных, получивших сочетанную лучевую терапию рака шейки матки, приведены лишь в единичных работах [3, 8, 10]. В то же время результаты подобных исследований имеют большое практическое значение для своевременного выявления и адекватной терапии поздних лучевых повреждений кишечника.

Нами проведены клинико-рентгенологические наблюдения 64 больных через 1—15 лет после окончания сочетанной лучевой терапии рака шейки матки I—III стадий. Через 1—5 лет после окончания сочетанной лучевой терапии были обследованы 42 женщины, через 5—10 лет — 19, 10—15 лет — 3. У 24 женщин кишечник рентгенологически был исследован на всем протяжении.

Сочетанная лучевая терапия рака шейки матки включала внутриполостную гамма-терапию по принципу ручного введения эндостатов и источников излучения и в последние годы — по принципу автоматизированного последовательного введения эндостатов и источников излучения на аппарате

АГАТ-В и статическую дистанционную гамма-терапию на аппарате ЛУЧ-1. На I этапе дистанционное облучение (5—7 сеансов в зависимости от стадии заболевания и гистологической формы опухоли) проводили с 2 полей. Размеры поля соответствовали 14×15—16×18 см в зависимости от размеров таза больной и степени распространенности опухолевого процесса. Разовая очаговая доза составляла 2 Гй [4, 5]. На II этапе дистанционную гамма-терапию сочетали с внутриполостным методом. Дистанционное облучение осуществляли с 4 полей: 2 подвздошных и 2 крестцовых (с 2 параллельных полей ежедневно) размерами 6×16—6×18 см (в зависимости от объема облучаемых тканей) на обе половины малого таза, за исключением тех дней, когда проводили внутриполостную гамма-терапию. Разовая очаговая доза составляла 2 Гй, суммарная — 36—42 Гй в зависимости от стадии заболевания.

Внутриполостную терапию на аппарате АГАТ-В назначали в следующем режиме фракционирования — 6 фракций по 8 Гй один раз в неделю.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 25 больных, не имевших жалоб на расстройство функции кишечника до начала лучевой терапии. 2-ю группу составили 39 женщин, в анамнезе которых были жалобы на периодические расстройства стула и операции на органах брюшной полости или малого таза. Перечисленные факторы способствуют развитию радиационных повреждений кишечника [1, 2, 4].

Рентгенологическое исследование тонкой кишки было выполнено 37 больным методом фракционного приема внутрь бария комнатной температуры.

У больных 1-й группы выраженных жалоб на расстройство стула и боли в животе не было. Однако при целенаправленном опросе они отмечали чувство дискомфорта и периодически воз-

никающий неустойчивый стул, сопровождающийся непродолжительными болями ноющего характера внизу живота. При рентгенологическом исследовании у них были выявлены изменения в подвздошной кишке: умеренно выраженная гипермотильность и неравномерная сегментация петель. Преобладала картина смешанной формы дискинезии. Описанные функциональные нарушения у 7 больных сочетались с утолщением складок слизистой подвздошной кишки. У ряда больных, кроме того, наблюдалось смещение и фиксация петель тонкой кишки спайками брюшной полости.

Больные 2-й группы жаловались на неустойчивый стул и боли в животе. Рентгенологическое исследование кишечника показало более выраженные, чем у женщин 1-й группы, функциональные и морфологические изменения. Определялись значительная дискинезия и патологическая сегментация. Спазм местами был шнуровидным. В гипотоничных участках кишки длительно задерживалась бариевая взвесь (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма тонкой кишки больной Л., 64 лет. Илеит. Спайки брюшной полости.

У ряда больных нарушения секреторной и всасывательной функций тонкой кишки, рентгенологически в вертикальном положении проявлялись в виде мелких горизонтальных уровней жидкости с газом над ними. Складки слизистой из-за наличия в просвете кишки значитель-

ного количества слизи и жидкости определялись нечетко, при этом наблюдалась флоккуляция бариевой взвеси. В случаях выраженной клиники энтерита у единичных больных имела место фрагментация столба бариевой взвеси.

После эвакуации из кишки бариевой взвеси, жидкости и слизи неравномерно утолщенные складки слизистой создавали картину перестроенного рельефа. Дополнительным компонентом измененного рельефа слизистой были спайки, округлой формы четко очерченные дефекты на рельефе размером до 2—3 мм, отражавшие изменения в отдельных железистых комплексах и фолликулах.

Толстая кишка на поздних сроках после сочетанной лучевой терапии рака шейки матки была обследована у 51 больной. На расстройство стула и боли в животе женщины 1-й группы не жаловались и только при целенаправленном опросе отмечали чувство дискомфорта и периодически возникающий неустойчивый стул. Больные 2-й группы к моменту обследования жаловались на периодические расстройства стула (в течение 2—5 дней, жидкий стул), боли в животе, метеоризм.

При ирригоскопии у больных 1-й группы наблюдались умеренное повышение тонуса кишки, асимметрия гаустрации, в ряде случаев недостаточность илеоцекального клапана. Эти изменения у большинства женщин сочетались с резко выраженным утолщением складок слизистой прямой и сигмовидной кишок, а в ряде случаев — и слепой кишки. У некоторых больных изменения распространялись также на нисходящий отдел ободочной кишки. У 2 больных на фоне утолщенных складок слепой кишки определялось утолщение губ баугиниевой заслонки.

Рентгенологические проявления были более выражены у больных 2-й группы. Выявлены повышение тонуса кишки, гипермотильность, повышение тонуса сфинктеров левой половины кишки, недостаточность илеоцекального клапана. У большинства больных гаустры были неравномерными, узкими, глубокими и частыми. У ряда больных наблюдалась мелкая зубчатость контуров, иногда их сглаженность. Складки слизистой прямой кишки, сигмовидного и нисходящего отделов ободочной кишки, а также слепой кишки были неравномерно, мес-

тами подушкообразно утолщены, нечетко контурированы. В местах выраженного отека слизистой оболочки рельеф был сглажен. Подушкообразно утолщенные складки и скопления слизи создавали неровность контура кишки. По контуру кишки определялись остроконечные выступы за счет спаек. У отдельных больных имелись дивертикулы, осложненные дивертикулитом. У 7 больных выявлено утолщение губ баугиниевой заслонки (рис. 2) до 3—4 см.



Рис. 2. Рентгенограмма правой половины толстой кишки больной Н., 57 лет. Тифлит. Утолщение губ баугиниевой заслонки.

В прямой кишке, сигмовидной и дистальной части нисходящего отдела ободочной кишки у 4 больных на фоне лучевого колита были выявлены эрозии и язвы, подтвержденные эндоскопически. У 4 больных, перенесших лучевую терапию 1—4 года назад, на фоне лучевого колита видны рубцовые сужения толстой кишки (рис. 3); у одной женщины обнаружена радиоиндуцированная опухоль через 15 лет после лучевой терапии.

Результаты рентгенологического исследования толстой кишки у всех больных были подтверждены ректороманоскопией с морфологическим исследованием биоптатов.

Детальный анализ результатов морфологических исследований биоптатов 8 больных позволил выделить 2 группы



Рис. 3. Рентгенограмма толстой кишки больной С., 32 лет, в условиях двойного контрастирования. Нисходящий отдел на границе с сигмовидным неравномерно циркулярно сужен на протяжении 3—4 см. В центре определяется депо бария — язва.

изменений. В 1-й группе (у 4 больных) при морфологическом исследовании определялись неравномерное утолщение слизистой оболочки кишечника, деформация желез с увеличением количества бокаловидных клеток в них, очаговое огрубление и склероз собственной пластинки слизистой оболочки, отек межуточной стромы, эозинофильная и плазмоцитарная инфильтрация стромы слизистой оболочки. Это свидетельствовало об аллергической природе изменений, механизм которых, вероятно, связан с развитием гиперчувствительности немедленного типа.

Во 2-й группе (у 3) при морфологическом исследовании биоптатов преобладала атрофия слизистой оболочки с очаговой десквамацией поверхностного эпителия и вместе с тем отмечалась гиперпродукция слизи в сохранившихся эпителиальных клетках. В строме имели место склероз и очаговая лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация (рис. 4). Мононуклеарная клеточная реакция в слизистой оболочке свидетельствовала о местных иммуноморфологических изменениях, отражающих гиперчувствительность замедленного типа.

Морфологическое исследование биоптата, взятого у больной со стрикту-

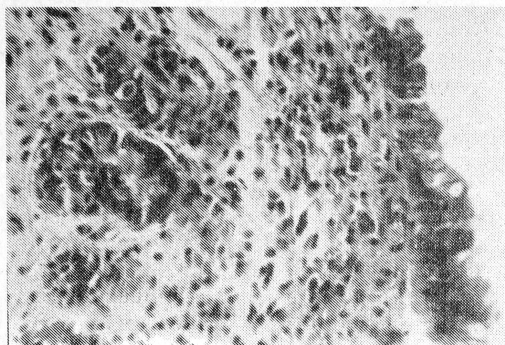


Рис. 4. Микрофото гистологического препарата больной М., 53 лет, из области стриктуры сигмовидной кишки. Деформация желез в склерозированной и атрофированной слизистой оболочке. Лимфогистiocитарная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозин.

рой ректосигмоидного отдела (из места сужения), показало деформацию слизистых желез, склероз собственной пластинки и стромы слизистой оболочки. Местами слизистая почти отсутствовала и поверхностный эпителий покрывал вновь образованную соединительную ткань. В сосудах микроциркуляторного русла рубцовой соединительной ткани имелись лейкоцитарные тромбы.

УДК 616.24—002.1+616.233—002.2]—072.7:612.135

О НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Д. А. Валимухаметова, А. Н. Копылов, В. А. Сергеев

Кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней № 3 (зав.— проф. Д. А. Валимухаметова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Реферат: Изучены показатели микроциркуляции бульбарной конъюнктивы, реологические свойства крови и некоторые показатели гемокоагуляции в динамике у 40 больных острой пневмонией и 34 больных хроническим бронхитом. Показано важное значение данных исследований для оценки степени тяжести и завершенности воспалительного процесса в бронхолегочной системе, а также эффективности проводимой терапии при этих заболеваниях.

Ключевые слова: острая пневмония, хронический бронхит, реологические свойства крови, микроциркуляция.

1 таблица, 2 иллюстрации. Библиография: 4 названия.

В настоящее время отчетливо проявляется тенденция к увеличению заболеваемости неспецифическими заболеваниями легких. В их патогенезе существенное место отводится изменениям в

Следовательно, при диспансерном наблюдении больных на поздних сроках после сочетанной лучевой терапии рака шейки матки необходимо проводить целенаправленное исследование кишечника с целью выявления лучевых изменений и оказания больным своевременной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бардычев М. С., Цыб А. Ф. // Местные лучевые повреждения.— М., Медицина, 1985.
2. Бардычев М. С., Курпешева А. К. // Вопр. онкол.— 1986.— № 8.— С. 73—77.
3. Бутвин Г. К., Молдован В. И., Кавкало Н. Н. // В кн.: Экспериментальная и клиническая радиология.— Киев, 1980.
4. Павлов А. С., Костромина К. Н. // Рак шейки матки.— М., Медицина, 1983.
5. Семко В. Ф. // Клиническая рентгенодиагностика.— 1985.— № 5.— С. 356—378.
6. Beer W. H., Fan A., Halsted C. H. // Amer. J. clin. Nutr.— 1985.— Vol. 41.— P. 85—91.
7. Billmann P., Neutard E., Koch H. K., Coutureau G. // Radiologie.— 1982.— Vol. 22.— P. 362—367.
8. Gardiner G. W., Mc Auliffe N., Murray D. // Hum. Pathol.— 1984.— Vol. 15.— P. 295—298.
9. Mason G. R., Dietrich P., Friedland G. W. et al. // Clin. Radiol.— 1970.— Vol. 21.— P. 232—247.
10. Valiulis A. P., Gardiner G. W., Nahney L. J. // Dis. Colon. Rectum.— 1985.— Vol. 28.— P. 128—131.

Поступила 20.09.90.

системе микроциркуляции и гемореологии [1—4]. При легочной патологии, как правило, усиливаются процессы коагуляции крови и угнетается фибринолиз. Это приводит к возникновению тромбоза в мельчайших сосудах малого круга кровообращения, который является одной из причин нарушений в системе микроциркуляции, а от ее состояния в значительной степени зависят течение и исход заболевания.

В задачу исследования входило комплексное изучение состояния микроциркуляции бульбарной конъюнктивы, реологических свойств крови и некоторых показателей гемостаза у больных острой пневмонией и хроническим бронхитом с целью оценки тяжести и завершенности воспалительного про-