

УДК 616-073. 759:616-08-059:611.663-006.6

ЧРЕЗВЛАГАЛИЩНАЯ ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ФЛЕБОГРАФИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АУТОГЕМОХИМИОТЕРАПИИ РАКА КУЛЬТЫ ШЕЙКИ МАТКИ

© 2006 г. Г.А. Неродо, Н.П. Захарова, Ю.А. Порываев, Л.А. Росновская

The paper proves informative value of transvaginal visceral phlebography in diagnostics of cancer of cervical stump.

Рак культи шейки матки, развившийся после надвлагалищной ампутации, является чрезвычайно актуальной проблемой в онкогинекологии.

Частота возникновения рака в сохраненной культе шейки матки колеблется, по данным различных авторов, от 0,3 до 10 % из общего числа больных раком этой локализации. По отношению к количеству больных, подвергшихся ранее надвлагалищной ампутации матки, этот показатель колеблется в пределах от 0,14 до 1 % [1]. Заболеваемость раком культи шейки матки до настоящего времени не имеет тенденции к снижению. Опухолевый процесс при раке в культе, как правило, протекает более агрессивно и часто диагностируется в далеко зашедших стадиях.

У каждой третьей больной, перенесшей надвлагалищную ампутацию матки, рак культи выявляется в течение первого года после операции. У многих больных карциномой культи шейки матки уже к моменту первой операции имеется преинвазивный и преклинический рак [2].

Неудовлетворительные результаты лечения рака культи шейки матки говорят о том, что используемые в настоящее время местнорегионарные хирургические и лучевые воздействия не являются достаточными. В этой связи поиски системных и в первую очередь лекарственных методов лечения, позволяющих воздействовать на скрытые метастазы, является актуальной.

В 1980 г. в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте акад. Ю.С. Сидоренко была разработана и внедрена оригинальная методика введения химиопрепаратов на аутокрови больного, позволяющая вводить более высокие дозы цитостатиков без увеличения частоты и степени выраженности токсических эффектов. Методика аутогемохимиотерапии была использована в лечении злокачественных новообразований различных локализаций, высокая эффективность ее не вызывает сомнений.

В настоящем исследовании представлены результаты лечения 28 больных раком культи шейки матки. На момент поступления эти больные имели гистологическую верификацию процесса и подвергались предоперационной аутогемохимиотерапии, в дальнейшем оперативному лечению, после чего (в раннем послеоперационном периоде) получали курсы аутогемохимиотерапии. Для выработки оптимальной тактики лечения нам представлялось принципиально важным определение размеров, степени распространения и выраженности сосудистой сети опухоли, что в дальнейшем позволило бы правильно определить объем и доступ при хирургическом вмешательстве, профилактировать осложнения в ходе операции и, в случае проведения консервативной терапии в предоперационном периоде, оценить ее эффективность. Планируя исследование,

мы отдавали себе отчет в том, что и сохраненная культя шейки матки, и опухоль, из нее исходящая, должны иметь общую венозную сеть. Принимая во внимание то, что опухолевая ткань сама по себе аваскулярна, можно было предполагать, что контрастироваться будут одновременно венозная сеть культи и собственно сосудистая сеть опухоли.

В настоящем исследовании использовалась модификация основной методики, предусматривающая введение рентгенконтрастного водорастворимого препарата группы диатриазота в культю шейки матки, на 12 или 6 ч условного циферблата [3, 4].

Флебографическому исследованию подверглись все 28 больных изучаемой группы, находившиеся в отделении онкогинекологии Ростовского научно-исследовательского онкологического института. Информативность исследования оценивалась путем сравнения рентгенологических изменений с операционным материалом и заключениями гистологических исследований. Степень выраженности флебографической манифестации зависела от топографии, размеров и формы опухоли.

Основным флебографическим признаком рака культи шейки матки было наличие над сосудистой тенью культи шейки матки участка неоваскуляризации, представленного разнокалиберными, разнонаправленными венами, образующими петли, или линейно расположенные [5, 6]. Участок неоваскуляризации не имел четких контуров и границ, за пределы наиболее компактно расположенной сосудистой сети выходили единичные, различного диаметра и длины, сосуды, которые образовывали рисунок «оборванных» нитей. Parietalные сосуды, как правило, контрастировались очень слабо и нечетко.

Из 28 больных, обследованных в предоперационном периоде с помощью метода чрезвлагалищной висцеральной флебографии, изображение участка неоваскуляризации было получено у 24. Отсутствие изображения в четырех случаях было обусловлено очень небольшими размерами опухоли, которая практически не выходила за пределы абдоминальной части культи. Во всех остальных 24 наблюдениях размеры, форма и топография определяемого при флебографическом исследовании участка неоваскуляризации совпадали с размерами, формой и топографией образования, исходящего из культи. Необходимо подчеркнуть, что гистологический тип опухоли не имел флебографического отображения.

Проведенные исследования доказали высокую информативность чрезвлагалищной висцеральной флебографии в диагностике рака культи шейки матки у больных, перенесших надвлагалищную ампутацию [7].

Можно было предполагать, что выполнение чрезвлагалищной висцеральной флебографии больным раком культи шейки матки перед проведением курсов консервативной терапии, планируемой в предоперационном периоде, и после нее может быть достоверным оценочным критерием эффективности лечения.

На момент публикации мы располагали 6 клиникорентгенологическими наблюдениями. У всех шестерых больных процесс был гистологически верифицирован; у трех был доказан плоскоклеточный рак, у одного – высокодифференцированная аденокарцинома, у двух – низкодифференцированная аденокарцинома.

Все шестеро ранее были прооперированы по месту жительства: четырем больным выполнялась надвлагалищная ампутация матки с придатками по поводу быстрорастущей симптомной миомы, у двух больных имели место сочетания миомы матки и доброкачественных опухолей яичников (согласно представленной документации – гладкостенных кист). Объем операции в данных случаях включал надвлагалищную ампутацию матки и придатки с одной стороны; непораженные яичники сохранялись, но не фиксировались.

У всех шестерых больных процесс в культе был выявлен в течение первого года после проведения оперативного пособия.

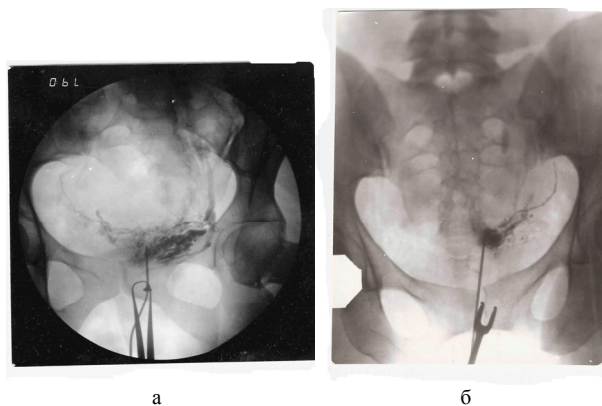
В предоперационном периоде всем больным этой группы проводилось по три курса аутогемохимиотерапии по предложенным схемам и в заранее оговоренных дозах. Всем больным этой группы чрезвлагалищная висцеральная флебография проводилась до начала лечения и после его завершения (примерно за сутки до выполнения операции).

Из шести обследованных патологическая васкуляризация, интимно связанная с культей, была обнаружена у пяти. У одной больной над культей определялись единичные, выходящие за контур сосудистой тени, культи, тонкие разнонаправленные сосуды. В дальнейшем было установлено, что так манифестировала опухоль очень малых размеров, практически не выходящая за пределы культи и представленная единичными и сосочковыми разрастаниями. После проведения аутогемохимиотерапии у трех больных отмечалось значительное уменьшение размеров участка неоваскуляризации, что характеризовало остаточный процесс в культе. У двух больных контуры сосудистой тени абдоминальной части культи были четкими, неоваскуляризация исчезла полностью.

В качестве примера приводим клиникорентгенологическое наблюдение больной Ав-ой, 55 лет. Из анамнеза: 7 мес. назад была прооперирована в Неклиновской ЦРБ по поводу быстрорастущей симптомной миомы матки и кисты правого яичника. Левый яичник сохранен, но не фиксирован. В течение полугода чувствовала себя хорошо, жалоб не предъявляла. В течение последнего месяца появились тянущие боли внизу живота и пояснице, спонтанно появляющиеся и купирующиеся. Периодически возникали кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, откуда с подозрением на патологический процесс в культе была направлена в Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, где рак культи шейки матки был дока-

зан морфологически. Больной было рекомендовано проведение аутогемохимиотерапии в условиях стационара онкоинститута.

Перед началом лечения, согласно протоколу, была выполнена чрезвлагалищная висцеральная флебография. На флебограмме, выполненной до лечения (рисунк а), четко визуализировалась умеренно васкуляризованная тень культи шейки матки, над которой располагался участок патологической васкуляризации, представленный разнокалиберными, разнонаправленными сосудами как линейно расположенными, так и образующими перекрывающиеся друг друга петли. Слева и справа контрастировались нижние ветви маточных вен. Слева хорошо просматривалась яичниковая вена, несколько расширенная в области дуги. После проведения 3 курсов аутогемохимиотерапии, сопровождавшейся хорошим клиническим эффектом (полное прекращение выделений из половых путей, болей внизу живота и в пояснице), чрезвлагалищная висцеральная флебография была проведена повторно (рисунк б).



Чрезвлагалищные флебограммы: а – до лечения; б – после лечения

На флебограмме культя шейки матки в абдоминальном отделе имеет четкие контуры. Участок патологической васкуляризации, определяемый при первом исследовании, отсутствует. С обеих сторон, несколько более слева, определяются контрастированные нижние ветви маточных вен, слабо визуализируется яичниковая вена слева. Признаков венозного застоя и делатации сосудов не выявлено.

В последующем, при экстирпации культи шейки матки, было установлено, что остаточная опухоль была представлена слабо выраженными, единичными сосочковыми элементами. Таким образом, данные чрезвлагалищной висцеральной флебографии, свидетельствующие в пользу практически полной регрессии злокачественной опухоли культи шейки матки, полностью совпали с операционным материалом.

Приведенные данные позволяют характеризовать чрезвлагалищную висцеральную флебографию как высокоинформативный диагностический метод, позволяющий не только определить степень распространения процесса при раке культи шейки матки, но и оценить регрессию опухоли, происходящую под действием аутогемохимиотерапии.

Простота технического исполнения и доступность позволяют рекомендовать чрезвлагалищную висцеральную флебографию для широкого внедрения в клиническую практику.

Литература

1. Киселева Е.С. Сочетано-лучевое лечение больных раком культи шейки матки: Метод. рекомендации. М., 1990.
2. Усманова Л.Ш. Рак культи шейки матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005.
3. Грязнова И.М. Рентгеноконтрастная пельвеография и эндоскопия в гинекологии. М., 1972.
4. Цыб А.Ф., Крауз В.А. Руководство по тазовой ангиографии. М., 1988. С. 259–270.
5. Сидоренко Ю.С., Штейн Ф.М., Калинина Э.А. Способ введения контрастных веществ в матку: Авт. свид. № 1148398. 1982.
6. Сидоренко Ю.С., Захарова Н.П., Неродо Г.А. Нетрадиционные методы в онкологии. М., 1991.
7. Захарова Н.П. // Первичная и уточняющая диагностика злокачественных новообразований. М., 1989. С. 54–58.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт

2 ноября 2006 г.

УДК 616-072.7:616-08-07:616-073.97:611.24-006.6

ВОЗМОЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРЫ ПО Р. ФОЛЛЮ

© 2006 г. Т.П. Протасова, Г.Я. Марьяновская, Л.П. Барсукова, Е.П. Коробейникова, С.А. Зинькович, С.Г. Чилингарица

We've got information about energetic and functional state of organs and systems of measuring profile using the method of R. Foll in patients with lung cancer. The results are indicative of the positive influence of intraoperative autochemotherapy and in particular superlow frequency magnetic field that appears both at the level of general measuring profile and the governing link of adaptation i.e. hypothalamus.

Перспективными методами комплексной оценки функционального состояния органов и систем человеческого организма являются методы электроakupнктурной диагностики. Наиболее распространенным и доступным в настоящее время является метод, разработанный немецким врачом Р. Фоллем [1]. Использование электроakupнктурной методики по Р. Фоллю (ЭАФ) дает возможность неинвазивно, быстро и безболезненно, без больших затрат получить информацию и составить общее представление о функционировании организма. Известно, что электроakupнктурное обследование по контрольно-измерительным точкам (КИТ) парных меридианов общего измерительного профиля ЭАФ позволяет судить о разбалансе подсистем организма при злокачественных опухолях различных локализаций [2]. Были получены результаты измерения электрических параметров ЭАФ и при раке легкого, однако в этой работе не анализируются состояние различных регуляторных звеньев и сбалансированность деятельности вегетативной нервной системы и ее высшего интегративного органа – гипоталамуса [3]. Определяющая роль гипоталамической области мозга в развитии адаптационных состояний хорошо известна.

В данной работе использование ЭАФ для оценки изменений функционального состояния органов и систем, в том числе и ЦНС больных раком легкого при хирургическом лечении с использованием интраоперационной аутогемохимиотерапии (ИО АГХТ) и сверхнизкочастотного магнитного поля (СНЧ МП), является оправданным и актуальным.

Материалы и методы

Были обследованы больные раком легкого (51 чел.) до оперативного вмешательства и через две недели после него. Тестируемые по ЭАФ пациенты были представлены тремя группами:

- 1) с интраоперационной аутогемохимиотерапией – 24 чел.;
- 2) с применением сверхнизкочастотного магнитного поля в раннем послеоперационном периоде – 13 чел.;

3) прооперированные стандартно, без применения вышеуказанных методик (контрольная группа) – 14 чел.

Метод Фолля состоит в том, что при обследовании происходит направленная стимуляция биологически активной точки. Результат взаимодействия «раздражитель – рецептор» регистрируется в условных единицах [2].

Обследование проводили пользуясь стандартным измерительным профилем для ЭАФ. Сегментарное измерение «рука-рука» используется для интегральной оценки общего состояния пациента, так как отражает суммарную энергетику и тип неспецифической реактивности организма, а также соотношение деятельности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. При этом измерительный уровень, лежащий в интервале 82–86 условных единиц (у.е.), соответствует нормоэргическому типу реактивности; выше 86 у.е. – гиперэргическому типу и симпатикотонии; ниже 82 у.е. – гипозэргическому типу реактивности и повышению тонуса парасимпатической нервной системы [4].

Разрегулированность функционирования систем организма проявляется в наличии высокой частоты встречаемости резких асимметрий (≥ 10 у.е.) парных КИТ. В наши измерения были включены симметричные (правые и левые) точки, расположенные на основных меридианах и сосудах (лимфатическом, легких, толстого и тонкого кишечника, нервной дегенерации, кровообращения, аллергии, паренхиматозно-эпителиальной дегенерации, эндокринной системы, сердца). Выраженность асимметрий свидетельствует о признаках дисрегуляции функции соответствующего органа или тканевой системы.

В измерительный профиль нами были включены также точки гипоталамуса (по две с каждой стороны) в качестве центрального регуляторного звена развивающегося адаптационного состояния и высшего звена вегетативной нервной системы. Разница показателей на парных КИТ гипоталамуса ≥ 5 у.е. расценивалась как резкая асимметрия. Установление степени