

операции рекомендуется резекция кисты с последующей термокоагуляцией и тампонадой (Федоров, Марион). При кистах, сидящих на полюсах почки, рекомендуется клиновидная резекция почки с последующим глухим швом на почечную рану. Горячим сторонником этого метода является Брин. Чаще всего, судя по литературным данным, по поводу кисты почки производилась нефрэктомия. По Брину нефрэктомия была произведена 21 раз из 55 случаев, из них 12 per laparotomiam. Портнер полагает, что во всех случаях доброкачественных опухолей почек показана нефрэктомия и только изредка удается экстирпировать опухоль, не удаляя почки.

Трудно делать какие-нибудь выводы на основании двух случаев. Знакомство с литературой и анализ наших случаев позволяют нам подчеркнуть лишний раз, что диагностика солитарных кист почек весьма трудна, точнее сказать почти невозможна до операции и даже на операционном столе. При невозможности получить гистологический ответ во время самой операции в сомнительных случаях лучше пожертвовать почкой, чем производить консервативную операцию, когда не исключена злокачественная опухоль.

Поступила в ред. 29/XI 38 г.

Из 1-й хирургич. кл-ки Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (дир. проф. Ю. А. Ратнер).

О папиллярном раке почки и лоханки.

Н. И. Комаров.

Злокачественные новообразования почек встречаются сравнительно редко. По Герлату на 16637 больных отмечено лишь 13 случаев опухоли почек. По материалу Спизарного на 1362 больных — 10 случаев. У Гораша на 600 почечных операций было 35 случаев опухоли почек. Ровазэн нашел новообразования почек в 22 случаях на 10034 аутопсии. По данным Федорова, Любарша и Давыдовского опухоли почек составляют 1,1% всех злокачественных новообразований. Федоров за 23 года наблюдал 70 случаев злокачественных новообразований почек, Готлиб за три года — 29 сл., Соловов за 7 лет — 39 сл. У Майо за 17 лет было 318 нефрэктомий по поводу опухоли почек.

Среди злокачественных опухолей почек чаще всего встречаются гипернеформы (по Федорову 90%). Рак почки и лоханки встречается редко. Так, у Федорова на 70 случаев новообразования почек рак был в 3 случаях; у Соловова на 30—6 раз; у Израэля на 126—4 раза; у Маянца за 3 года из 26 случаев опухоли почек рак встретился 3 раза.

В особенности редко встречается папиллярный рак почки. Федоров имел всего 2 случая папиллярного рака, Липень — 2, Соловов — 1 случай. Бальш описал папиллярный рак и гипернефрому в одной почке.

Опухоли почечных лоханок составляют 7—9% новообразований почек (Гаспарян).

Среди опухолей лоханок чаще встречаются папилломы. Гораш на 4133 случая опухоли почек нашел 258 папиллом лоханки.

Папиллярный рак лоханки описывается редко. Мокк описал 25 случаев папиллярного рака лоханки (кл. Майо). Штуссер на 57 опухолей лоханки встретил папиллярный рак лоханки 2 раза. Деревенко собрал в иностранной литературе 26 случаев папиллярного рака лоханки. Гаспарян на 10 случаев опухолей лоханок имел 3 сл. папиллярного рака лоханки. В нашей клинике мы наблюдали 2 сл. папиллярного рака лоханки.

Рак почки и лоханки развивается из эпителия мочевых канальцев или из слизистой лоханки и чашечек. Макроскопически рак почки и лоханки отличается от гипернефром тем, что не имеет собственной капсулы, вследствие чего быстро прорастает и инфильтрирует почечную ткань. Микроскопически рак почки отличается атипическим разрастанием эпителиальных клеток. Для папиллярного рака почки характерно, что мочевые канальцы местами расширены и образуют кистозные полости или кровяные кисты. Стенки последних выстланы папиллярными или ворсинчатыми разрастаниями.

Рак лоханки дает метастазы. Обычно рак лоханки растет в сторону гилюса почки, захватывая жировую и ретроперитонеальную клетчатку, и дает быстро метастазы по ходу крупных сосудов. В одном из наших случаев небольшая по величине опухоль проросла в *v. cava inferior*. Главным путем метастазирования при раках является лимфатический путь (лимфатическая система ворот почки, аорты и др.).

Папилломы клинически протекают тоже недоброкачественно, так как они дают прививки путем имплантации в мочеточники и мочевой пузырь, главным образом, на стороне поражения почки. По сборной статистике Штриккера метастазы наблюдаются в 47% сл. Деревенко собрал в литературе 27 опухолей папиллярного характера и из них в 15 сл. дело шло о раковом перерождении. Папилломы лоханки, удаленные оперативным путем, дают рецидивы. Шмидт в 5 случ. нефрэктомии наблюдал последующий папиллематоз во всех случаях. Гринчак отмечает, что рецидивы папиллематоза наступают после операций у большинства больных и ведут к смерти.

Папиллярные раки лоханки клинически протекают особенно злокачественно.

В настоящее время большинство авторов считает, что все опухоли почек и лоханок клинически протекают злокачественно, так как в различные сроки от начала своего появления ведут к смерти больных или в результате сильных и упорных гематурий, или на почве метастазов и кахексии.

Симптоматология злокачественных опухолей почек и лоханок в основном одинакова. Одним из главных симптомов новообразований почек и лоханок является профузная гематурия со сгустками, напоминающими по своей форме слепок мочеточника. При этом кровотечения при раке почек и в особенности лоханки бывают чаще и сильнее, чем при гипернефроме. Кровотечение длится от несколь-

ких часов до нескольких дней и доводит иногда больных до сильной анемии. Злокачественные опухоли лоханки чаще и раньше дают кровотечения, чем опухоли почек, так как распад ткани в первых опухолях происходит значительно быстрее. Проф. Фронштейн считает что „гематурия не зависит от гистологического строения опухоли, а является прямым результатом локализации опухоли по отношению к лоханке; причем кровоточащее место должно сообщаться с лоханкой. Чем дальше опухоль от лоханки, тем больше времени должно пройти от начала появления опухоли до гематурии“. Исходя из этого, можно считать, что большинство злокачественных опухолей лоханок почки дает раньше кровотечение, по сравнению с опухолью паренхимы. Почечное кровотечение, по Федорову, встречается в 85%, по Альбарану и Израэлю — в 50—80%, по Липеню в 66% сл. Обычно, дизурических явлений при кровотечении не бывает. В некоторых случаях у больных с кровотечением появляются почечные колики, как результат повышения внутрпочечного давления вследствие закупорки просвета мочеточника сгустком крови. Боли при новообразованиях почек не имеют ничего характерного и зависят от повышения внутрпочечного давления. В поздних стадиях боли могут быть от прорастания опухоли или при метастазах. Сгусток крови, препятствуя нормальному оттоку мочи в нижележащие отделы мочевых путей, ведет к образованию гидронефротической опухоли. Федоров отмечает, что при пальпации опухолей почек имеется неровная крупнобугристая поверхность, тогда как у гидронефротической опухоли поверхность гладкая, ровная и представляется мягко-упругой консистенции. При раке почки, а в особенности при раке лоханки гидронефротические явления наступают быстрее, так как нередко опухоль лоханки препятствует оттоку мочи.

Рак почки и лоханки трудно диагностируется. Раковую опухоль и лоханки редко удается пальпировать. Диагностика рака почек и лоханки базируется на лабораторном, инструментальном и рентгенологическом обследовании больных. Одним из важных признаков опухоли почки является пониженная ее функциональная способность. При хромоцистоскопии почки, пораженной опухолью, обнаруживается значительное понижение функции. При раке почки и в особенности лоханки функция почки страдает раньше и больше, чем при гипернефромах.

Наиболее точным методом ранней диагностики рака почки и лоханки является контрастный снимок. Чаще всего применяется ретроградная пиелография. Пневморен при раке почки, растущем обычно в сторону лоханки, без увеличения органа не дает ясной картины, в особенности при опухолях лоханок. Исходя из этого, мы в наших случаях не прибегали к данному методу. Кроме указанного, нам кажется, что этот метод и не безопасен, так как имеется большая возможность воздушной эмболии. Брааш, Хейгер, Герцен считают положительную пиелограмму достаточной для постановки диагноза опухоли почки. Марион высказывает противоположное мнение, говоря, что даже при сравнительно больших опухолях пиелограмма может быть нормальной. Блюм считает, что при определении диаг-

ноза обязательна триада: опухоль, кровотечение и положительная рентгенограмма. Ранний диагноз возможен только при помощи пиелорентгенограммы. По данным Гаспаряна, диагноз опухоли почки, не проявляющей себя никакими симптомами, при помощи пиелогаммы можно установить в 20% случаев. При чтении пиелогамм необходимо помнить о возможности наличия камня и кровяного сгустка, которые так же, как и раки лоханки и почки, могут дать дефекты при заполнении контрастной массой. Соловов говорит, что „все морфологические тонкости рисунка пиелогаммы при подозрении на опухоли почки приходится все время сопоставлять со всей суммой клинических фактов и наблюдений, относящихся к данному больному, чтобы таким только путем прийти к правильному заключению“.

Во всех наших случаях рака почки и лоханки диагноз был поставлен на основании рентгенограмм. Картина пиелогаммы при раке почки и лоханки приводится в историях болезни. Дифференциальный диагноз чаще всего приходится проводить с другими злокачественными опухолями, напр. гипернеформа, кистозная дегенерация почки, но в этих случаях возможно прощупать большей частью бугристую, увеличенную почку, чего при раке почки и лоханки не бывает. Привожу краткие истории болезни наших больных.

1. Б-й А., 43 л., поступил в клинику 31/X 1937 г. с бессимптомной гематурией, червеобразными сгустками. Впервые заметил кровь в моче 3 месяца тому назад. За 3 мес. гематурия повторялась 2 раза, продолжительностью до 3 суток. Объективно: почки не пальпируются. Анализ мочи при поступлении: удельный вес 1,018, реакция кислая, насыщенно-красного цвета, мутная, белка 1,32⁰/₀₀. Эритроциты в моче в большом количестве. Кровь: эритроцитов 4800000, гемоглобина 86⁰/₀; лейкоцитов 4700, пал. 9⁰/₀, сегм. 40¹/₂⁰/₀, эоз. 12¹/₂⁰/₀, баз. 1⁰/₀, мон. 8⁰/₀, лимф. 29⁰/₀. РОЭ 24 мм в час. Хромоцистоскопия: выпущенная моча с кровяными сгустками. Устье и слизистая пузыря — без изменений. Из левого устья мочеточника струей выбрасывается кровь. Синька из обоих мочеточников появилась через 4 минуты, слева — смешанная с кровью. Ретроградная пиелогамма: дефекты заполнения средней и нижней чашечек с неровными контурами. Анализ мочи из левой лоханки: реакция кислая, белка 0,66⁰/₀₀. Микроскопически-выделенные эритроциты до 20 в поле зрения и единичные свежие. Плоские эпителиальные клетки 3—5 в поле зрения. Туберкулезные палочки не найдены. 5/XI 1937 г. операция под местной анестезией ¹/₄⁰/₀ раствором новокаина. Разрез по Федорову. Почка выделена из жировой капсулы свободно. Произведена нефректомия. В рану вставлена дренажная трубка и тампон. Рана сужена. Послеоперационное течение без осложнений. Больной принял курс рентгенотерапии. В течение года рецидивов нет. Макроскопически в области лоханки средней и нижней чашечек разрастание тканей в виде сосочков, с наличием кистозных полостей. Заключение патолого-анатома — папиллярный рак почки (проф. И. П. Васильев). Таким образом, мы имели типичную макро-и микроскопическую картину папиллярного рака почки.

2. Б-й Ш., 64 лет, поступил 31/X 1937 г. по поводу бессимптомной гематурии сгустками, в виде червячков, и болей в правой поясничной области. Впервые кровь в моче заметил 4 года тому назад. Лечился медикаментозными средствами. Объективно: большой анемичен, почки не пальпируются. Анализ мочи при поступлении: удельный вес 1,009, реакция кислая, моча насыщенно-красная, белка 3,3⁰/₀₀. Микроскопически: эпителиальные круглые клетки 1—3 в поле зрения. Туберкулезные палочки не обнаружены. Кровь: эритроцитов 2900000, гемоглобина 46⁰/₀; лейкоцитов 9150, пал. 17⁰/₀, сегм. 51⁰/₀, эоз. 31¹/₂⁰/₀, баз. 1⁰/₀, мон. 61¹/₂⁰/₀, лимф. 21⁰/₀. РОЭ 67 мм в час. Хромоцистоскопия: выпущенная моча кровянистая. У правого устья мочеточника небольшая гиперемия, из устья выбрасывается интенсивной струей кровь. Синька из левого мочеточника появилась через 31¹/₂ минуты; справа — функции нет. Ретроградная пиелогамма: отсутствие чашечек

в лоханке. Контуры лоханки неясные, как бы изъеденные. Лоханочная моча справа: реакция кислая, насыщенно-красного цвета, белок 4,95⁰/₀₀. Микроскопически — сплошь эритроциты, круглые и хвостатые клетки до 10 в поле зрения. Бактериальной флоры не обнаружено. Операция 5/XI 1937 г. под местной инфильтрационной анестезией. Разрез поясничный по Федорову. Выраженные явления перинефрита, почка выделена из окружающих ее сращений. Произведена нефрэктомия. В рану введена дренажная трубка, наложены суживающие швы на рану. Выписан в хорошем состоянии. Патолого-гистологический диагноз — папиллярный рак лоханки (проф. И. П. Васильев).

3. Б-й В., 40 л., поступил 2/X 1937 г. с жалобами на беспричинное кровотечение без сгустков и на боли в пояснице. Первое кровотечение заметил с год тому назад, вскоре появились боли в пояснице. Лечился в участковой больнице, улучшения не получал. Объективно: почки не пальпируются. Анализ мочи: удельный вес 1,010, реакция кислая, насыщенно-красного цвета, белка 0,65⁰/₀₀. Эритроциты сплошь в поле зрения, свежие. Кровь: эритроциты 4590000, гемоглобина 68⁰/₀, лейкоцитов 12600, пал. 21¹/₂⁰/₀, сегм. 54⁰/₀, эоз. 8¹/₂⁰/₀, мон. 6⁰/₀, лимф. 29⁰/₀. РОЭ 17 мм в час. Хромоцистоскопия: выпущенная моча кровянистая. В области правого устья мочеточника гиперемия слизистой пузыря. Энергично и длительно из правого устья выбрасывается кровь. Функция справа отстает. Анализ лоханочной мочи справа: моча кофейного цвета, мутная, реакция кислая, белок 0,66⁰/₀₀; микроскопически — сплошь эритроциты, плоский эпителий до 10 в поле зрения. Операция 14/X 1937 г. под эфирным наркозом. Люмботомия по Федорову. Обнажена правая почка. В области нижнего полюса и гиллуса располагается плотная опухоль, растущая по направлению к v. cava inferior, интимно спаянная с последней. Случай оказался неоперабельным. Послеоперационное течение с небольшим натгноением. Больной выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Единственным методом лечения рака почки и лоханки является радикальное оперативное вмешательство. Рак почки и лоханки, как мы уже говорили, дает метастазы по мочеточнику в мочевой пузырь и прорастает другие близлежащие органы. Майо и Марион рекомендуют при установленном до операции диагнозе производить операцию нефрэктомии с резекцией мочевого пузыря вместе с устьем мочеточника, для чего они пользуются ретроперитонеальным разрезом для удаления почки и лапаротомией для удаления мочеточника и устья мочевого пузыря. Другие применяют нефрэктомию с удалением части мочеточника. Послеоперационная смертность остается высокой. Федоров приводит данные русских и иностранных авторов, где на 959 операций умерло 196 человек, что составляет 20,3⁰/₀. Аналогичные цифры дают Альбаран, Израэль. Что же касается рецидивов, то, по данным Мариона, рецидивы наступают приблизительно в 75⁰/₀ случаев, а в 50⁰/₀ они наступают в первом же году. Только в 10⁰/₀ случаев можно говорить о длительном излечении. Из двух оперированных нами больных мы имели возможность наблюдать только одного в течение года — рецидива не отмечалось.

Нет сомнения, что ранняя диагностика должна уменьшить операционную смертность и увеличить процент длительного выздоровления.

Литература. 1. Гаспарян, Сов. хирургия, № 2, 1936. — 2. Гораш, Вестн. хирург. и погр. обл., т. XX, кн. 58—60, 1930. — 3. Деревенко, Русск. хир. арх., 1908, кн. 5. — 4. Заркевич, Сов. хир., т. VII, вып. I, 1934. — 5. Макашев и Соколов, Московский мед. журнал, № 11—12, 1929. — 6. Маянц, Сов. хир., т. VII, вып. I, 1934. — 7. Соколов, Вестн. хир. и погр. обл., т. XXX, 1938.

Поступила в ред. 28/XI 1938 г.

Из I хирургической клиники (директор проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Ранняя диагностика и современная терапия папиллом мочевого пузыря.

Доц. Н. Х. Ситдыков.

Папилломы мочевого пузыря являются относительно частым заболеванием. По Мариону 2⁰/₀ всех стационарных больных с заболеванием мочевых органов страдают папилломой. Патолого-анатомически папиллома является доброкачественной опухолью эпителиального происхождения, однако дает метастазы и рецидивы и, таким образом, проявляет все признаки злокачественности. Несоответствие клинического течения папилломы с ее патолого-анатомической сущностью побудило многих авторов считать эту форму новообразования мочевого пузыря злокачественной (Федоров, Хольцов, Фронштейн и др.). Папилломы, с точки зрения современной онкологии, рассматриваются, как предраковое состояние. Такой взгляд на папиллому имеет большое практическое значение в профилактике злокачественных опухолей мочевого пузыря. Папиллома, в отличие от папиллярного рака, имеет нежные, длинные ворсины и тонкую ножку, основание которой не уходит глубже слизистой пузыря.

Излюбленной локализацией ворсинчатых опухолей являются дно пузыря и область мочеточниковых устьев. Множественность папиллом не представляет большой редкости. Величина их колеблется от едва заметных до размеров кулака.

Папилломы, как и другие новообразования мочевого пузыря, чаще встречаются в пожилом возрасте (40—60 лет). Мужчины более подвержены этому заболеванию, чем женщины. По Хольцову мужчины заболевают в четыре раза чаще женщин, а по Мариону две трети случаев папиллом падает на мужчин.

На нашем материале из 20 больных с папилломой мочевого пузыря было 17 мужчин. 15 случаев папиллом падает на возраст выше сорока лет.

Этиология папиллом мочевого пузыря так же темна, как и рака вообще. Но здесь как бы более отчетливо выявляется значение раздражения как причинного момента. Большое значение приписывают химическим раздражителям, в особенности анилину. Обще-признано образование опухолей в мочевом пузыре при длительном воздействии анилина на организм. Рэн впервые отметил этот факт в 1895 году. Он обратил свое внимание на то, что рабочие, занятые выработкой фуксинной краски, чаще других заболевают папилломой мочевого пузыря. По данным Лейенбергера, среди рабочих анилиновых фабрик в Базеле опухоли мочевого пузыря встречаются в 33 раза чаще, чем у прочего населения. Нассауер нашел 8 случаев опухолей мочевого пузыря у лиц, живущих вблизи анилиновых заводов. Бауер и Липшиц путем непосредственного воздействия анилиновых красок на слизистую пузыря получили атипическое разрастание эпителия. Шер, экспериментируя на кроликах с пара-