

Из 1 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-

ми X и β нафтиламина на 16 опытных животных получил папиллому в одном случае и в другом случае рак мочевого пузыря. Перельман и Штеллер наблюдали у экспериментальных животных развитие фиброэпителиальной опухоли в мочевом пузыре под действием анилина. Таким образом, клинические наблюдения относительно значения анилина в этиологии опухолей мочевого пузыря находят известное подтверждение в экспериментах.

Большинство авторов полагает, что ядовитые вещества проникают в организм через дыхательные пути. Этот взгляд подтверждается тем фактом, что наибольшее число заболеваний отмечено у рабочих анилиновой промышленности, работающих в закрытых помещениях, где они подвергались непосредственному воздействию ядовитых испарений. Улучшение условий труда и введение ряда предосторожностей резко понизили заболеваемость среди этой категории рабочих.

Кроме химических раздражителей в этиологии опухолей мочевого пузыря, можно считать общепризнанным значение бильгарциоза. Как известно, бильгарциоз вызывается паразитом *distoma haematobium* из класса *Trematodes*. Это заболевание весьма часто встречается в Африке. Однако необходимо отметить, что новообразования мочевого пузыря, где причиной возникновения их являются химические раздражители и бильгарциоз представляют ничтожный процент.

Носители папиллом, помимо угрозы злокачественного перерождения опухоли, всегда находятся под угрозой опасных для жизни кровотечений. Так, например, Хольцов наблюдал больного с небольшой папилломой мочевого пузыря, который погиб от пузырного кровотечения. Мы на своем материале также наблюдали в двух случаях профузное кровотечение из опухоли. Один из этих больных погиб.

Случай относится к больному Т., 35 лет, доставленному в ночь с 31/X на 1/XI 1936 года по поводу профузной гематурии. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Кожные покровы и слизистые губ резко бледны. Пульс слабого наполнения, мягкий, учащенный, с трудом прощупывается. Больной вяло реагирует на окружающее, с трудом отвечает на вопросы. Болен 4 месяца. Вначале отмечал затрудненное мочеиспускание. В последующем присоединились учащенное мочеиспускание и тупые боли в поясничной области. Через 1 месяц после заболевания на протяжении двух недель гематурия со сгустками, по поводу чего в течение трех недель находился в стационаре терапевтического отделения одной из больниц гор. Казани. 30/X гематурия повторилась вновь. 31/X наступила острая задержка мочи. При катетеризации пузыря добыто 600 см³ мочи, интенсивно окрашенной кровью. Срочное переливание 200 см³ консервированной крови от донора 1 (0) группы. Консервативные методы не остановили кровотечения. 2/XI больному под местной анестезией произведена *sectio alta*. При операции обнаружена ворсинчатая опухоль, сидящая на довольно широком основании на задней стенке у переходной складки. В мочевом пузыре большое количество кровяных сгустков. Опухоль удалена электрокоагуляцией ножки. Пузырь зашит наглухо. Тампон в сав. Retzi. Повторное переливание 200 см³ консервированной крови. В ночь с 2 на 3/XI смерть при явлениях упадка сердечной деятельности. На аутопсии, кроме папилломы мочевого пузыря, найден двусторонний гидронефроз. Гидронефроз нами не был установлен прижизненно, так как состояние больного не дало возможности произвести полное урологическое исследование. В данном случае, надо полагать, гидронефроз развился вследствие нарушения нормального опорожнения мочевого пузыря, что в свою очередь было вызвано опухолью.

Ранняя диагностика папиллом мочевого пузыря является одним из условий для успешного и радикального излечения. Раннее распознавание, очевидно, возможно только при знакомстве широкой врачебной массы с симптоматологией данного заболевания. Разбирая наш материал, мы могли отметить, что в первые месяцы после заболевания к нам обратилось всего лишь 15% больных, тогда как 85% этих больных на протяжении от 1 года до 12 лет лечились у врачей других специальностей внутренними средствами.

Одним из ведущих, иногда единственным симптомом новообразования мочевого пузыря является гематурия, чаще всего со сгустками. Обычно гематурия наступает среди кажущегося полного благополучия без каких-либо видимых причин. Такая гематурия чаще всего держится непродолжительное время. В одних случаях кровь в моче показывается только во время одного или нескольких актов мочеиспускания. В других случаях гематурия наблюдается на протяжении нескольких дней. Умеренная гематурия обычно протекает без всяких пузырных симптомов. При значительных гематуриях с образованием большого количества сгустков может присоединиться учащенное и болезненное мочеиспускание вследствие раздражения слизистой пузыря сгустками крови. Сгустки крови могут закрыть выход из пузыря и вызвать острую задержку мочи. При расположении папилломы в области шейки пузыря гематурия может носить терминальный характер.

Исследование мочи у больных с новообразованием мочевого пузыря иногда дает ценные диагностические указания. В ней могут быть обнаружены кусочки опухоли, постоянное содержание большого количества эпителия и свежих эритроцитов. Распознавание новообразования мочевого пузыря при характерной клинической картине не представляет трудности. Во всех случаях бессимптомной гематурии должна быть заподозрена опухоль пузыря. Такие больные подлежат обязательному урологическому исследованию.

Точным методом диагностики папиллом является цистоскопия. Цистоскопическая картина при папилломах довольно характерна. Опухоль сидит на длинной ножке и состоит из нежных, длинных ворсин. Слизистая вокруг опухоли нормальна. Инфекция пузыря может затемнить истинный характер опухоли. В этих случаях необходимо прежде всего излечить цистит. В тех случаях, когда цистоскопия невыполнима по тем или иным причинам диагноз может быть установлен методом рентгенографии. Производят пневмоцистографию или цистографию с контрастным раствором. При пневмоцистографии на снимке отчетливо видны контуры опухоли. При цистографии с контрастным раствором о наличии опухоли судят по дефекту заполнения.

Чрезвычайно важное значение для прогноза имеет определение характера опухоли в смысле его доброкачественности или злокачественности. В некоторых случаях цистоскопия не может выяснить истинную природу опухоли. Метод биопсии для выявления характера опухоли при папилломах не убедителен, т. к. злокачественное перерождение их чаще всего начинается в области ножки. В этом отношении ценные указания дает пневмоцистография по Розенштейну.

При данном методе исследования предварительно опорожняют мочевой пузырь. Пункционной иглой вводят в cav. Retzii 200—250 см³ кислорода, который, распространяясь в околопузырной клетчатке, окружает мочевой пузырь. В полость мочевого пузыря вводят 150—200 см³ воздуха или кислорода и производят рентгеновский снимок. При доброкачественных папилломах на снимке получают контуры мочевого пузыря в виде круга одинаковой толщины на всем своем протяжении. В случае наличия опухоли, инфильтрирующей стенку пузыря, на месте инфильтрации получается утолщение пузырьной стенки. Окруженная воздухом опухоль пузыря на снимке контурируется довольно хорошо.

Распознанная папиллома мочевого пузыря подлежит радикальной терапии. Новая эра как в терапии, так и в диагностике опухолей мочевого пузыря начинается с 1877 г., когда Нитце изобрел цистоскоп. Первый опыт эндовезикальной операции принадлежит Грюнфельду, который в 1885 году удалил в 4 случаях опухоль мочевого пузыря. В 1891 году Нитце и Каспер также применили для удаления опухоли пузыря операционный цистоскоп. Эндовезикальная терапия нашла широкое применение с 1895 года, когда Нитце предложил усовершенствованный цистоскоп.

Цукеркандиль на II конгрессе немецких урологов в 1909 году выступил в защиту хирургического метода лечения новообразования мочевого пузыря. При кровавом методе он имел 72% излечения и 8% смертности. Сторонник эндовезикальной операции Каспер на 75 случаев не имел ни одной смерти. Успех эндовезикального метода был очевидным. Так, например, ярый сторонник хирургического метода, Фриш, имевший материал в 300 операций, после конгресса стал принципиальным сторонником нового метода.

Одним из ценных приобретений в лечении папиллом мочевого пузыря является электрокоагуляция, предложенная в 1910 году американцами Беером и Кейс. Авторы применили токи высокой частоты для разрушения опухолей мочевого пузыря. Операция производится электрокоагуляционным зондом, который вводится в мочевой пузырь при помощи катетеризационного цистоскопа. Разрушение опухоли происходит либо от непосредственного соприкосновения ее с электродом (электрокоагуляция) или действием электрода на некотором расстоянии при помощи искр (фульгурация).

На IV конгрессе немецких урологов (1913) А. Левин выступил с сообщением о прекрасных результатах, достигнутых им при папилломах мочевого пузыря с токами высокой частоты. Иозеф, Каспер и Франк сообщили о хороших результатах электрокоагуляции на XVIII конгрессе немецких хирургов. В 1917 году Хольцов сообщил об успешном излечении электрокоагуляцией через вскрытый пузырь больного с множественными рецидивными папилломами, заполнявшими весь пузырь, где было показано только удаление пузыря. На II Всероссийском съезде урологов в 1927 году метод электрокоагуляции нашел себе всеобщее признание.

Преимуществом метода электрокоагуляции перед оперативным является отсутствие смертности, меньший процент рецидивов.

Федоров считает, что с введением метода электрокоагуляции

кровоному методу должны подлежать только те случаи, в которых имеет место прорастание эпителиальных элементов в ножку опухоли.

Абрамян, Гомбер и Маянц считают, что оперативное вмешательство при опухолях мочевого пузыря противопоказано. Они считают допустимым оперативное вмешательство только в тех случаях, где электрокоагуляция невозможна по техническим условиям. В этих случаях они рекомендуют электрокоагуляцию на вскрытом пузыре по Хольцову.

В случаях обширного папилломатоза, где электрокоагуляция бессильна, считают возможным рекомендовать экстирпацию мочевого пузыря.

При невозможности электрокоагуляции папилломой может быть применена хемокоагуляция, предложенная Йозефом в 1918 году. Он для этой цели рекомендует вводить в мочевой пузырь 40—50 см³ 1—3% раствора трихлоруксусной кислоты. Хемокоагуляция трихлоруксусной кислотой может быть произведена в концентрированном растворе через мочеточниковый катетер, под контролем зрения. Преториус с успехом применял для этой цели 10—20% раствор колларгола. Методы лучистой терапии при лечении новообразования мочевого пузыря не нашли широкого применения.

В нашей клинике мы стали применять электрокоагуляцию с конца 1935 года. За это время у нас прошло 20 больных с папилломой мочевого пузыря. В двух случаях были рецидивные и в 18 случаях первичные папилломы. В первом случае больной до нас подвергался двукратному оперативному удалению папилломы. Последний рецидив опухоли выявился через 9 лет после операции. В другом случае папилломы, удаленной оперативным путем, рецидив наступил через 5 лет. Во всех наших случаях клиника страдания была настолько характерна, что не представила никакого труда для распознавания. Наши больные связи с анилиновым производством не имели.

У двух больных мы обнаружили по две папилломы и у 18—одиночные. В двух случаях папилломы располагались на задней стенке у переходной складки и в 18 случаях вблизи мочеточниковых устьев. Во всех случаях при цистоскопии слизистая вокруг папилломы была нормальная, и опухоль отбрасывала от себя большую тень.

В одном случае нами было применено оперативное удаление опухоли, в 5 случаях трансвезикальная электрокоагуляция по Хольцову и в 8 случаях эндовезикальная электрокоагуляция. Шесть больных отказались как от электрокоагуляции, так и от оперативного вмешательства.

Из 5 больных, которым была произведена электрокоагуляция по Хольцову, на контроль через год явился один; рецидива нет. Из 8 больных после эндовезикальной электрокоагуляции на осмотр через 6 месяцев явились 5 человек. В одном случае—рецидив опухоли, потребовавший дополнительно двукратной электрокоагуляции. Двое больных из этой группы прошли повторный осмотр через год; рецидива нет.

Мы позволим себе, на основании нашего небольшого опыта лече-

ния папиллом токами высокой частоты, высказаться за эндовезикальную электрокоагуляцию во всех тех случаях, где этот метод выполним.

Поступила в ред. 29/XI 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков)
Казанского гос. мединститута.

Рак женских половых органов.

Проф. П. В. Маненков.

Среди вопросов, которые должны особо приковать внимание врачей и населения при проведении противораковой борьбы, видное место занимает вопрос о раке женских половых органов. Последний встречается наиболее часто. Так, в нашей клинике за 15 лет (с 1900—01 по 1914—15 уч. г.) на 2867 коечных гинекологических больных имелось 324 больных раком половых органов, т. е. около 11,6%. Владимиров (1897) обнаружил больных раком матки среди амбулаторных гинекологических больных 6,53% и среди коечных — 7,1%; Тимофеев среди амбулаторных — 3,5% и среди коечных — 7,6%, Монасыпова среди амбулаторных — 5,17%. По Петрову смертность от рака матки является наибольшей в сравнении с смертностью женщин от рака различных других органов. В Германии только от рака матки умирает ежегодно 23 тысячи больных, что составляет около $\frac{1}{3}$ всех страдающих раком женщин (Шредер). По Дюрсену¹⁾ каждой женщине в возрасте 46—50 лет грозит такая же опасность погибнуть от рака матки, какая грозит солдату на поле битвы.

Указанная частота рака женских половых органов обуславливает, по мнению ряда авторов, отмечаемую некоторыми статистиками большую заболеваемость раком и смертность от рака среди женщин по сравнению с мужчинами.

Далее, рак женских половых органов выделяется из других форм рака по трудности диагностики и тяжести течения. В клинике мы наблюдаем нередко случаи, когда рак половой сферы не диагностируется или, наоборот, при отсутствии его ставится врачом диагноз рака, и больная направляется в клинику порой издалека для оперативного лечения.

Приведу два недавних таких случая. В одном из них опытный, с большим стажем гинеколог, при амбулаторном приеме 48-летней женщины, страдавшей атипическими кровотечениями, ошибочно признал за рак шейки матки торчащее в маточном зеве распадающееся плодное яйцо. Во втором случае интеллигентная больная явилась в клинику с уже запущенным раком шейки матки через 3 недели после курортного лечения по женским болезням. Я не говорю о раке тела и придатков матки, где диагностика обычно бывает особенно трудной.

¹⁾ Груздев В. Радиотерапия рака матки. „Казанский медицинский журнал“, 1922 г.