

холь подковообразной почки. Местное обезбоживание по А. В. Вишневскому применено у 29 больных, эфирно-кислородный масочный наркоз — у 25. У 8 больных местная анестезия была дополнена эфирно-кислородным наркозом. В единичных случаях давали гексеналовый и эвипановый наркоз. Нефрэктомия через поясничный доступ по С. П. Федорову произведена у 50 больных, причем у 7 — с резекцией 12-го ребра. У 5 больных пораженная почка удалена через лапаротомный разрез. У 30 больных операцию затрудняли расширенные сосуды околопочечной клетчатки. Один раз при операции была повреждена нижняя полая вена, был наложен зажим и оставлен в ране на 14 дней. У 9 больных при удалении почки через поясничный доступ была вскрыта брюшная полость. У одной больной при резекции 12 ребра произошел прокол плевры.

Послеоперационный период протекал без осложнений у 39 больных, ухудшение наступило у 11 с запущенными стадиями заболевания. Всего умерло в клинике 7 больных (6,8%) с опухолями почек, из них 6 (8,9%) — после операции от кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности, послеоперационного шока, гнойного перитонита, кровоизлияния в мозг. Если учесть, что 30 лет назад послеоперационная летальность составляла 20% (Фелькер, 1927), то улучшение непосредственных результатов хирургического лечения очевидно. Из послеоперационных осложнений необходимо отметить воспаление легких (у 5) и лигатурные свищи (у 3).

Гистологическое исследование удаленных опухолей или частей их обнаружило гипернефроидный рак у 37, опухоль Вильмса — у 7, саркому — у 6, рак — у 5, кистаденому — у 1. Из 56 радикально оперированных в нашей клинике отдаленные результаты прослежены у 37 больных. Жив 21 человек. Это в большинстве недавно (1—2 года назад) оперированные больные, и только 8 из них прожили 5 лет, а 3 — свыше 10 лет после операции. Чувствуют себя здоровыми 13 больных, недомогают 5, у 1 больного появились метастазы, у 2 имеются дизурические расстройства. Умерли на разных сроках 16 человек, из них 13 — на первом году после операции; в основном это дети.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пытель А. Я. Хирургия, 1959, 11. — 2. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников. Л., 1923.

УДК 616.62—006

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А. А. Айдаров и Р. Г. Альбекова

*Кафедра урологии (зав. — доктор мед. наук В. Е. Кузьмина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы
(главврач — Н. И. Полозова)*

В основу настоящего сообщения положены результаты лечения 224 больных с опухолями мочевого пузыря, находившихся в нашей урологической клинике в 1952—1963 гг. Мужчин было 181, женщин — 43. К общему числу урологических больных нашей клиники больные с новообразованиями мочевого пузыря составили 4,4%. Больные были в возрасте от 25 до 76 лет; две трети — от 50 до 70 лет.

В наших наблюдениях в 24% опухоли располагались в области устьев мочеточников, в 41% — в тригональной зоне, в 23% — в боковых стенках пузыря и в 12% — на верхушке мочевого пузыря. Таким образом, паратригональная зона мочевого пузыря оказалась пораженной бластоматозным процессом в 65%.

Основным методом лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря является оперативный. Применяют: 1) эндовезикальную электрокоагуляцию или эндовезикальное иссечение опухоли; 2) надлобковую трансвезикальную электрокоагуляцию опухоли; 3) сегментарную резекцию пузыря с уретероцистостомией или без нее; 4) цистэктомия с пересадкой мочеточников в кишку; 5) цистэктомия с образованием нового мочевого пузыря — эндопротеза из полиэтиленовой пленки по методу кубинских врачей (1958). Эта операция в нашей стране усовершенствована коллективом Института урологии АН Грузинской ССР под руководством проф. А. П. Цулукидзе.

Эндовезикальная электрокоагуляция показана большей частью при единичных типичных папиллярных фиброэпителиомах. До 1960 г. у отдельных больных мы производили эндовезикальную электрокоагуляцию и атипичных папиллярных фиброэпителиом без признаков инфильтрирующего роста. В табл. 1 приведены результаты этих операций.

Таблица 1

Всего больных	Результаты эндовезикальной электрокоагуляции			Повторно оперированы
	здоровы	рецидив	судьба неизвестна	
87	59	16	12	16

Рецидивы опухолей мочевого пузыря отличаются своеобразной специфичностью: обычно рецидивирующая опухоль по гистологическому строению более злокачественна, чем удаленная ранее. Рецидивы опухолей мочевого пузыря наблюдаются довольно часто, по нашим данным в 18,4%. Как и другие авторы (В. А. Гораш и др.) мы могли бы привести наблюдения рецидивов опухолей мочевого пузыря у отдельных больных, подвергшихся 100-кратной электрокоагуляции.

Надлобковую трансвезикальную эксцизию или электрокоагуляцию опухоли мы производили при больших и множественных опухолях, без клинически определяемого инфильтрирующего роста. За последние 3 года в послеоперационном периоде больные подвергаются телегамматерапии на установке ГУТ-Со-400. В зависимости от локализации опухоли в мочевом пузыре и морфологического строения ее мочевой пузырь облучается с 2 надлобковых полей; при инфильтрации дна пузыря добавляется третье поле — промежностное. Суммарная доза на опухоль — 6—7 тысяч рад.

Электрохирургическая сегментарная резекция мочевого пузыря нами произведена у 11 больных, причем у одного имелся имплантационный метастаз опухоли почечной лоханки в мочевой пузырь; была удалена также культя левого мочеточника. При гистологическом исследовании удаленных опухолей были обнаружены: у 7 больных — папиллярный рак; у 2 — аденокарцинома; у одной — слизистый рак и у одного — плоскоклеточный неороговевающий рак.

У всех больных послеоперационный период протекал без осложнений. В последующем больные подвергались лучевой терапии. На отдаленных сроках (от 4 до 5 лет) у 6 из этой группы больных наблюдались рецидивы опухоли; 2 умерли в сроки от 1 до 2 лет; 4 прожили по 2—3 года. Такое значительное количество рецидивов после резекции пузыря, очевидно, объясняется недостаточным соблюдением онкологического принципа максимального радикализма. 5 больных после резекции пузыря находятся в хорошем состоянии без рецидива.

Таблица 2

Результаты трансвезикальных операций

Всего больных	Результаты вмешательств							Итого			
	эксцизия опухоли			резекция пузыря		цистэктомия		здоровы	рецидив	судьба неизвестна	умерло
	здоровы	рецидив	неизвестно	здоровы	рецидив	здоровы	умерло				
122	50	30	25	5	6	—	6	55	36	25	6

Таблица 3

Общие итоги лечения опухолей мочевого пузыря за 12 лет

Общее число больных	Здоровы 4—5 лет	Рецидив	Судьба неизвестна	Умерло
224	99	53	37	35

Из 224 больных 15 поступили в клинику в состоянии неоперабельности, все они умерли, не подвергаясь оперативному вмешательству. 209 больным произведена операция, из них 6 умерли в стационаре, а 14 — вне стационара в сроки от 1 до 5 лет либо от рецидива, либо от метастазов. Всего из 224 больных умерло 35 (15,6%); из 209 оперированных умерло 20 (9,5%). Судьба 37 больных неизвестна. Вероятно, и из этой группы больных многие умерли.

У 6 больных нами произведена цистэктомия с пересадкой мочеточников в кишку. У 4 больных цистэктомия производилась одномоментно, у 2 — двухмоментно. Все больные умерли в сроки от 2 мес. до 1 года 6 мес.: 2 — от метастазов, 4 — от уросепсиса и 1 (спустя 3 мес. после операции) — от двустороннего пиелонефроза.

2 больным раком мочевого пузыря имплантировали мочеточники в кишку по Мишотворцеву в качестве первого этапа операции. Ни один больной не дожил до второго этапа.

У 4 больных с иноперабельным раком мочевого пузыря нами применялись сарколизин и круцин по методике, предложенной Л. С. Ерухимовым, В. П. Золотцевым и С. В. Каграминовым. Сарколизин назначали перорально по 20 мг через день. Суммарная доза — 320 мг. Круцин вводили по 1500 ед. внутримышечно 2 раза в день в течение одного месяца. Суммарная доза — 90 000 ед. 3 из этих больных до применения химиопрепаратов подвергались лучевой терапии. После проведенного курса телегамматерапии улучшения у них не наступило. Спустя 2,5—3,5 мес. в стационарных условиях мы применили лечение сарколизином или круцином в сочетании с другими лечебными средствами — переливанием крови и витаминотерапией. По нашим наблюдениям, круцин дает клиническую ремиссию на 8—10 мес.: несколько улучшается самочувствие больных, прекращается гематурия, уменьшается количество мочеиспусканий, исчезают боли внизу живота, несколько уменьшаются опухолевые разрастания, исчезает перифокальный воспалительный процесс. Введение круцина больные переносят хорошо, он не вызывает таких побочных явлений, как сарколизин (тошноту, рвоту и лейкопению). Из 4 больных одна умерла через 6 мес. с момента лечения сарколизинотом от уросепсиса. 2 больных в течение 10 мес. периодически продолжают лечиться круцином, находясь в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

1. Терапия типичных папиллярных фиброэпителиом дает хорошие непосредственные результаты и удовлетворительный прогноз после эндовезикальной электрокоагуляции.

2. После трансвезикальной электрокоагуляции и эксцизии злокачественных опухолей мочевого пузыря наблюдается большой процент рецидивов. Эту операцию применять не следует.

3. Основными методами лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря являются резекция мочевого пузыря и цистэктомия. При резекции мочевого пузыря следует соблюдать принцип максимального радикализма. Цистэктомии же следует совершенствовать.

4. Химиопрепараты при раке мочевого пузыря дают ремиссию.

5. Все больные с опухолями мочевого пузыря должны находиться под диспансерным наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерухимов Л. С., Золотцев В. П. и Каграминов С. В. Урология, 1962, 3. — 2. Ерухимов Л. С. Там же, 1963, 6. — 3. Корин Д. Л. и Марусев Е. А. Там же, 1964, 1. — 4. Полонский Б. Л. Там же, 1962, 1; 1963, 5. — 5. Пытель А. Я. Там же, 1964, 3.

УДК 611.83—611.617—616.61

ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Н. М. Иванов

*Кафедра анатомии человека (зав. — проф. А. Г. Коротков) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Патологические изменения нервных элементов мочеточников при различных заболеваниях верхних мочевых путей пока еще мало изучены. Имеются лишь отдельные краткие описания нервного аппарата мочеточников при некоторых патологических процессах: при гидронефрозах (Х. Хеблер, 1923), атонии мочеточников (С. Н. Лисовская и С. Г. Симонсон, 1932), при туберкулезе почек, нефролитиазе, опухолях почек (Ю. А. Пытель, 1962).

Предметом настоящего сообщения являются результаты гистологического исследования различных отделов 27 мочеточников, удаленных во время операции у больных, страдавших гидронефрозом, туберкулезом почки и атонией мочеточников.

Материал фиксировали в 12% растворе нейтрального формалина и обрабатывали солями азотнокислого серебра по методу Бильшовского — Грос.