

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

М. И. Маврин

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе
Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)*

В настоящее время накоплен большой опыт в лечении больных с новообразованиями мочевого пузыря. Однако неполноценность существующих методов лечения нуждается клиницистов изыскивать более рациональные способы лечения.

Основным способом лечения при раке мочевого пузыря пока остается оперативный или оперативный в сочетании с лучевой терапией (Сезиа и Шиаудано, 1963; Ч. А. Синкевичус и А. А. Тулаба, 1963; Л. Н. Погожева, 1963; Томсон, 1960, и др.).

Мы проанализировали результаты лечения 106 больных с опухолью мочевого пузыря за 5-летний период (1959—1963 гг.). Мужчин было 78, женщин — 22. Больные были в возрасте от 29 до 83 лет; две трети из них — в возрасте от 50 до 70 лет.

У 65% больных наблюдалась гематурия, у 32% — учащенное и болезненное мочеиспускание, связанное с сопутствующим воспалительным процессом.

Рак диагностирован в основном при цистоскопии, которая дополнялась в ряде случаев биопсией, при цистографии, полицисто- и пневмоцистографии с применением различных рентгеноконтрастных препаратов и кислорода. У больных с профузной гематурией, недостаточной емкостью мочевого пузыря, со стриктурами уретры цистоскопии произвести не удавалось; у таких больных цитологическое исследование осадка мочи было одним из основных методов, подтверждающих наличие ракового процесса. Цитологический диагноз уточняли гистологическим исследованием удаленной опухоли или биопсического материала, полученного на вскрытом мочевом пузыре.

Эндовезикальная электрокоагуляция осуществлена у 14 больных с типичной фиброэпителиомой мочевого пузыря, надлобковая трансвезикальная электрокоагуляция — у 5 больных. Коагуляцию опухоли проводили до мышечного слоя и достаточно широко вокруг ножки опухоли. Рецидивы наступили у 10 больных: трем произведена коагуляция опухоли 2 раза, четверем — 4 раза и трем — 5 раз.

При ограниченных папиллярных раках, расположенных на передней, боковых и задней стенках, а также в области верхушки пузыря, мы применили у 17 больных сегментарную резекцию мочевого пузыря и у 7 — резекцию одновременно с уретероэцистостомией. Реимплантацию мочеточника в мочевой пузырь осуществляли преимущественно по Боари. Резекцию стенки пузыря производили в пределах неизмененных тканей, отступая от внешней границы опухоли на 2—2,5 см. Операции успешно проводили под местной инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневному с предварительной пресакральной и ишиоректальной блокадами и введением в мочевой пузырь 150—180 мл 5% раствора новокаина. Послеоперационный период после резекции у большинства больных протекал благоприятно, лишь у одного потребовалась нефрэктомия, так как образовался мочевой свищ в результате отхождения мочеточника от мочевого пузыря.

Отдаленные результаты после резекции мочевого пузыря мы смогли проследить только у 19 чел. Спустя 3 года после операции живы и находятся во вполне удовлетворительном состоянии (без рецидивов опухоли) 9 чел., спустя 4 года — 5 чел., 5 лет — 2; умер в течение года 1 чел., 3 лет — 2 чел.

Показаниями к тотальной цистэктомии являлись спухоли, расположенные в области задней стенки и распространяющиеся на треугольник Льюто и шейку или занимающие треугольник и оба устья. Цистэктомии проводили в основном под интубационным наркозом с применением мышечных релаксантов. Таз дренировали через запирательное отверстие, а надлобковую рану закрывали наглухо. Мочеточники при этой операции пересаживали в прямую или сигмовидную кишку по методу Коффи. Одномоментная цист-простат-везикулоэктомия с уретеросигмостомией произведена у 4 больных с хорошим общим состоянием и с операбельной опухолью мочевого пузыря. Из этих больных 3 прожило 5 лет. У 1 больного через 2 года после операции из-за развившегося пиелонефроза произведена нефрэктомия. 1 больной умер на 8-й день после операции от пиелонефрита и пневмонии.

У пожилых больных с выраженными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, анемией, тяжелыми дизурическими явлениями цистэктомии делали в два этапа: вначале — уретеросигмостомию обоих мочеточников по Коффи, а через 4—5 недель — цистэктомии с удалением простаты и семенных пузырьков. Уретеросигмостомия произведена у 21 больного, из них умерло после операции 9: 4 — от пиелонефрита и пневмонии, 1 — от эмболии легочной артерии, 2 — от перитонита, 1 — от инфаркта миокарда и 1 — от острого расширения желудка. Цистэктомии подверглись 12 больных, из них 2 погибли после операции от пиелонефрита и азотемии. Среди 10 больных, перенесших двухмоментную цистэктомии, прожили 5 лет 3 чел., 4, 3 и 2 года по 2 чел. Один больной умер через 1,5 года от пиелонефрита.

При гистологическом исследовании папиллярный рак обнаружен у 32 больных, плоскоклеточный — у 11, солидный — у 6.

4 больным сделаны лишь паллиативные операции (цистостомия, лапаротомия, нефростомия). 16 больным мы не смогли оказать радикального оперативного пособия, так как они поступили в клинику в IV ст. ракового процесса. Все эти больные погибли в разные сроки при явлениях нарастающей почечной недостаточности, пиелонефрита и раковой интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерухимов Л. С. Урология, 1963, 6. — 2. Погожева Л. Н. Там же, 1963, 5. — 3. Полонский Б. Л. Там же, 1963, 5. — 4. Пытель А. Я. Там же, 1964, 3. — 5. Синкевичус Ч. А. и Тулаба А. А. Там же, 1963, 3. — 6. Файнштейн З. В. Там же, 1963, 4. — 7. Цулукидзе А. П. Там же, 1963, 1. — 8. Кучера Ян. Там же, 1963, 4. — 9. Couvelaire R., Cukier J. J. Urol. et Nephrol., 1963, 69, 3. — 10. Salvini E. Urol. (Ireviso), 1963, 3. — 11. Sesia G., Chiaudano M. Urol., 1963, 30, 1. — 12. Thompson G. J. JAMA, 1960, 172, 1.

УДК 616.216.1—616—073.75

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ФАЗЫ ЭКССУДАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАЙМОРИТЕ

М. Х. Файзуллин и А. Х. Амирова

Кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав. — проф. М. Х. Файзуллин) и кафедра оториноларингологии (зав. — проф. В. В. Громов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Для уточнения количества выявляемого рентгенологически выпота в гайморовой пазухе одному из авторов (А. Х. Амировой) была сделана трехкратная пункция каждой пазухи с введением нарастающего количества физиологического раствора (1, 2, 3, 5, 10, 15 мл). Каждый раз производились снимки в носо-подбородочной проекции в вертикальном и горизонтальном положениях исследуемой.

Объем гайморовых пазух варьируется от 5 до 40 мл. Указанными опытами было установлено, что при средней величине пазух (15—25 мл) 1 и 2 мл жидкости не определяются на снимках. При наличии в пазухе 3 мл жидкости выявляется горизонтальный уровень жидкости на вертикальном снимке. Раствор в количестве 5, 10, 15 мл в вертикальном положении исследуемой также дает симптом уровня, причем высота жидкости с увеличением ее количества все более поднимается, а интенсивность тени увеличивается. При отсутствии пристеночных теневых наслоений за счет гиперплазии слизистой оболочки наружный край уровня доходит до костной границы пазухи.

При исследовании больного в горизонтальном положении введение раствора в количестве от 1 до 5 мл обычно не дает симптома затенения пазухи. Лишь с введением 10 мл и более жидкости отмечается равномерное затенение. Некоторое просветление верхнемедиального отдела при этом объясняется перемещением сюда воздуха, так как эта зона является приподнятой. В ряде случаев просветление может быть обусловлено проекцией переднего или заднего кармана гайморовой пазухи, задних клеток решетчатой кости или боковых бухт основной пазухи.

Таким образом экспериментальные исследования показали, что при средней величине пазухи по вертикальным рентгенограммам можно определить горизонтальный уровень жидкости начиная с 3 мл. При больших пазухах для этого требуется не менее 5 мл выпота. На горизонтальном снимке возникает подозрение на жидкость в пазухах при наличии 10 мл и более выпота.

Авторы наблюдали 10 больных с хроническим гайморитом, которых лечили внутривнутренним введением пеницилина по 30 000 ед. в разном количестве физиологического раствора. При этом производились снимки 11 пораженных пазух в вертикальном и горизонтальном положениях больных. В пазухах с незначительным изменением прозрачности получены те же данные, что и в описанном выше эксперименте. При больших морфологических изменениях слизистой оболочки и костных стенок пазух выявить симптомы свободной, а иногда и ограниченной (кистозной) жидкости порой бывает трудно. При смешанных формах хронического гайморита определение свободной жидкости также сложно. Однако путем сопоставления снимков, сделанных в вертикальном и горизонтальном положениях, нам все же удавалось выявить границу уровня жидкости на фоне участками затененного просвета пазухи.

Из 404 лиц, обследованных по поводу риносинуситов, у 278 в 494 пазухах найдены рентгенологические признаки хронического гайморита, причем в 151 пазухе рентгено-