

графического исследования, которое осуществляли непосредственно перед эмболизацией и накануне предполагаемого оперативного вмешательства.

После анализа ангиограмм производили селективную почечную артериографию, чтобы иметь детальное представление о характере кровоснабжения опухоли; этот метод позволял также уточнить положение катетера в почечной артерии, что необходимо для безопасного проведения эмболизации. Блокирование почечного кровотока достигалось с помощью аутогемосгустков. С целью ускорения процесса свертывания и получения эмболов нужной консистенции кровь больного смешивали с гемостатической губкой. Полученные сгустки вводили по катетеру в почечную артерию отдельными порциями в количестве 8—10 мл. В момент наступления тромбоза почечной артерии больные ощущали боль в поясничной области, степень выраженности которой зависела от объема функционирующей паренхимы почки. Контрольная артериография с минимальным количеством контрастного вещества позволяла установить эффективность эмболизации.

Наш опыт показал, что эмболизация значительно облегчает осуществление нефрэктомии, так как в связи с уменьшением кровенаполнения опухоли и окружающей паренхимы почки объем ее становится меньше, а кровотечение из сосудов как самой почки, так и расширенных вен околопочечной клетчатки сокращается. Практически операция проводится на «сухой» почке. Мы убедились, что максимальный эффект эмболизации достигается через 24 ч, и нефрэктомия лучше осуществляться через сутки после эмболизации, а не через 3—4 ч, как рекомендуют некоторые авторы.

Проведенные нами исследования продемонстрировали весьма обнадеживающие результаты применяемой методики эмболизации почечных артерий. Простота выполнения, надежный гемостаз, а в последующем тромбоз артериальной системы почки дают возможность производить более радикальное оперативное вмешательство, причем кровопотеря и вероятность заноса опухолевых клеток в общий кровоток минимальны, что является основным достоинством эмболизации. Применение данного метода позволяет надеяться на улучшение как ближайших, так и отдаленных результатов оперативного лечения больных. Поиск новых методов дополнительного воздействия на опухоль тем более оправдан, что прогноз при раке почки остается неблагоприятным. Наибольшая смертность приходится на первые 3—5 лет после операции.

Дальнейшие поиски эффективных методов раннего распознавания рака почки, применение комбинированных способов терапии будут способствовать улучшению результатов лечения этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Урология, 1962, 1. — 2. Лопаткин Н. А. В кн.: Материалы II Всесоюз. съезда урологов. Киев, 1978. — 3. Пытель А. Я. В кн.: Руководство по клинической урологии, М., Медицина, 1969, т. 1. — 4. Bennington I., Laubscher F. Cancer, 1968, 21, 1069.

Поступила 9 января 1979 г.

УДК 616.65—006.6:616.643—089.87—079.4

ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОРЕЗЕКЦИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Проф. В. С. Рябинский, доц. М. Г. Чеченин,
К. К. Каримбаев*

*Урологическая клиника (зав.— проф. В. С. Рябинский) Центрального ордена
Ленина института усовершенствования врачей, Москва*

Реферат. Представлена сравнительная оценка пункционной биопсии и трансуретральной электрорезекции в диагностике рака предстательной железы. В результате пункционной биопсии рак предстательной железы выявлен у 81 из 125 больных (64,8%), посредством трансуретральной электрорезекции — у 118 из 137 (86,1%). После трансуретральной электрорезекции у всех больных восстановился удовлетворительный пассаж мочи из мочевого пузыря. Трансуретральная электрорезекция является ценным методом диагностики рака предстательной железы.

Ключевые слова: предстательная железа, рак, трансуретральная электрорезекция.

Библиография: 4 названия.

Трансуретральная электрорезекция (ТУР) применяется с лечебной целью при аденоме и раке предстательной железы. В вопросе об использовании ТУР для уточнения диагноза при подозрении на рак предстательной железы мнения специалистов расходятся: одни указывают, что при ТУР ткань предстательной железы может быть взята для гистологического исследования в большом количестве из любого ее участка [2, 4], другие считают, что так как электрорезекция нарушает структуру клеток, получаемая с ее помощью информация не является достоверной [1, 3]. Применяемые для диагностики рака предстательной железы способы биопсии (трансректальная, промежностная) дают иногда ложноотрицательные результаты. Поэтому только положительные заключения о наличии рака следует оценивать как достоверные. В связи с этим необходимы поиски эффективных методов биопсии для диагностики рака предстательной железы.

В нашу клинику за последние 10 лет поступило 217 больных с подозрением на рак предстательной железы (возраст — от 47 до 90 лет, длительность заболевания — от 1 мес. до 5 лет). Основанием для госпитализации служили наличие плотного узла в предстательной железе без клинических проявлений, болезненное, затрудненное мочеиспускание или острая задержка мочи. У 72 больных имелась остаточная моча в количестве от 100 до 800 мл.

По данным пальцевого ректального обследования, цитологического анализа секрета предстательной железы, рентгенологического исследования костей таза, позвоночника и легких, а также уретроцистографии, у 64 больных диагноз рака предстательной железы не вызывал сомнения, у остальных требовалось проведение более детальной дифференциальной диагностики с другими заболеваниями предстательной железы.

Так как для рационального лечения необходимо гистологическое подтверждение диагноза, нами выполнены различные виды биопсии (трансректальная, промежностная, трансвезикальная, трансуретральная). Для каждого метода биопсии были выработаны определенные показания: для трансректальной — небольшой участок, подозрительный на раковое поражение, при отсутствии остаточной мочи; для промежностной — диффузное и обширное поражение предстательной железы, когда в ближайшие дни после биопсии предполагалось оперативное вмешательство на предстательной железе; для трансвезикальной — подозрение на рак предстательной железы с нарушением мочеиспускания, требующего срочной цистостомии. ТУР применялась в сомнительных случаях, когда исследования, в том числе пункционная биопсия, не выявляли признаков рака предстательной железы, но имелись подозрения на данное заболевание и нарушение акта мочеиспускания с наличием остаточной мочи или острой задержки мочи.

Трансректальная биопсия предстательной железы осуществлена у 93 больных. При однократной биопсии рак железы установлен лишь у 48, при повторной — еще у 7, то есть суммарно у 55 из 93 больных. У 38 пациентов получен отрицательный результат. В последующем у 15 из 38 больных с отрицательными данными повторной трансректальной биопсии произведена ТУР, и у 9 из них выявлен рак предстательной железы.

При трансвезикальной биопсии рак предстательной железы обнаружен у 22 из 27 больных. В дальнейшем 25 больным с надлобковым мочепузырным свищем произведена ТУР и восстановлено самостоятельное мочеиспускание. У 22 больных диагноз рака предстательной железы подтвержден, а у 3 — установлен впервые.

Промежностная биопсия предстательной железы произведена 5 больным; рак выявлен у 4. Через неделю у больного с отрицательными данными промежностной биопсии была произведена ТУР и обнаружен рак простаты. Итак, после однократной трансректальной биопсии почти у половины больных (у 45 из 93) получен отрицательный результат. С помощью ТУР еще у 9 больных выявлен рак предстательной железы.

Трансуретральную электрорезекцию предстательной железы производили под общим обезболиванием. После введения резектоскопа оценивали состояние долей предстательной железы. При осмотре со стороны семенного бугорка они частично или полностью закрывали вход в мочевого пузырь.

Вначале резецировали наиболее выступающие узлы. Производили от 6 до 34 срезов ткани предстательной железы. Кровотечение останавливали коагуляцией сосудов. Операцию заканчивали установлением катетера Фолея по уретре. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию с учетом микрофлоры мочи и ее чувствительности к антибиотикам. Катетер Фолея удаляли на 5-й день. Последующее

лечение заключалось в промываниях мочевого пузыря и инстилляциях антисептических растворов.

У 92 больных ТУР применяли как самостоятельный метод диагностики, без предварительной пункционной биопсии (рак железы был выявлен у 79 из них), и у 45 — после повторной пункционной биопсии, не обнаружившей признаков злокачественного роста. В результате применения ТУР у 15 больных с отрицательными данными трансректальной биопсии и у 3 с отрицательными данными трансвезикальной биопсии рак предстательной железы найден впервые соответственно у 9 и 3 больных. ТУР, проведенная после промежуточной биопсии, подтвердила диагноз рака предстательной железы у всех 5 обследованных больных, в то время как промежуточная биопсия выявила рак у 4.

После ТУР наблюдались осложнения, которые удалось излечить консервативным путем: тромбозомболия легочной артерии — у 1, перфорация шейки мочевого пузыря — у 1, позднее кровотечение (на 8—10-й день) — у 8 больных. Летальных исходов не было. У всех больных с острой задержкой мочи или с остаточной мочой после ТУР восстановилось самостоятельное мочеиспускание без остаточной мочи, у 25 больных с мочепузырным надлобковым свищем наступило его заживление.

Таким образом, ТУР предстательной железы с диагностической и лечебной целью при подозрении на рак произведена у 137 больных. Рак предстательной железы обнаружен у 118 (86,1%). Следует отметить, что у 13 больных был выявлен рак предстательной железы, не распознанный методами пункционной биопсии. У 19 больных, у которых не обнаружено элементов рака при гистологическом исследовании после ТУР, при динамическом наблюдении в течение 5 лет рак предстательной железы не был выявлен. 6 из них в последующем подверглись аденомэктомии, при гистологическом исследовании рак простаты также не установлен.

ВЫВОДЫ

1. Сопоставительный анализ результатов применения различных методов биопсии предстательной железы с целью дифференциальной диагностики рака показал более высокую эффективность ТУР по сравнению с другими методами.
2. Гистологическое исследование срезов, полученных при ТУР, дает достоверные сведения о наличии злокачественного роста в ткани предстательной железы.
3. ТУР — ценный лечебный метод при раке предстательной железы с нарушением мочеиспускания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маринбах Е. Б. Злокачественные опухоли предстательной железы. М., Медицина, 1967.— 2. Рябинский В. С., Чеченин М. Г., Демьянова Л. А. Урол. и нефрол., 1973, 5.— 3. Balogh F., Szendroi Z. Cancer of the prostate. Budapest, 1963.— 4. Bissada N. K. J. Urol., 1977, 118, 1.

Поступила 30 января 1979 г.

УДК 616.62—003.7—089.879—036.65

О РЕЦИДИВАХ НЕФРОУРЕТЕРОЛИТИАЗА

Э. Н. Ситдыков, Р. Г. Альбекова

Кафедра урологии Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) и курс нефрологии при кафедре терапии № 1 (зав.— доц. Р. И. Хамидуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Установлено, что рецидивы нефроуретеролитиаза чаще возникают после комбинированных операций и пиелолитотомии. Предрасполагающими факторами являются хронический пиелонефрит и нарушение уродинамики. С удлинением сроков наблюдения (более 10 лет) увеличивается частота рецидивов заболевания. Рекомендуется длительная диспансеризация.

Ключевые слова: нефроуретеролитиаз, оперативное лечение, рецидивы.
1 таблица. Библиография: 5 названий.

Несмотря на большое число работ, посвященных мочекаменной болезни, вопрос об отдаленных исходах хирургического лечения ее в литературе освещен недостаточно, данные о рецидивах заболевания противоречивы.

Нами изучены отдаленные результаты на сроках от 4 до 20 лет у 231 из 792