

урологической семиотики и диагностики. Кишинев, 1965.— 5. Джанелидзе Ю. Ю. Собр. соч., 1954, т. 4.— 6. Кесслер В. Ю. Вестн. хир., 1960, 5.— 7. Маврин М. И. К механизму нервной регуляции моторной функции мочеточников. Автореф. канд. дисс., Казань, 1964.— 8. Мамиш М. Г. Сб. научн. раб. Казанского мед. ин-та, 1957, вып. 4, Казань.— 9. Мурадян К. М. Журн. эксп. и клин. мед., 1965, 3.— 10. Надежина И. М. Мед. журн. Узбекистана, 1962, 6.— 11. Павлов А. И. Казанский мед. ж., 1961, 5.— 12. Протопопов С. А. Материалы по анатомии и физиологии мочеточников. Дисс., Казань, 1896.— 13. Пытель А. Я. В кн.: Лоханочно-почечные рефлюксы и их клиническое значение. Медгиз, М., 1959.— 14. Пытель А. Я., Джавад-Заде М. Д. Клин. хир., 1964, 1.— 15. Пытель Ю. А. Урология, 1955, 3.— 16. Романенко А. Г. Сов. здравоохран. Киргизии, 1963, 1.— 17. Рыбинник М. И. В кн.: Аппендицит. Киев, 1966.— 18. Фронштейн Р. М. Избранные труды. Медгиз, М., 1953.— 19. Харитонов И. Ф. Казанский мед. ж., 1964, 6.— 20. Школьников Л. Г., Селиванов В. П. Вестн. хир., 1955, 5.— 21. Шорох Г. П. Журн. здравоохран. Белоруссии, 1960, 5.— 22. Ярославцев С. А. Урология, 1957, 4.— 23. Мондор Г. Неотложная диагностика. Медгиз, 1939, т. 1.— 24. Piereg A. Z. Urol., 1953, 46, 6, 375.

УДК 616.62 — 006 — 616 — 089

ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков, С. М. Ахметова и студ. Т. А. Каримова

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В нашей клинике за 12 лет (1955—1967) был госпитализирован 221 больной с эпителиальными новообразованиями мочевого пузыря. 164 больных прооперированы, 42 отказались от операции и 15 признаны неоперабельными. Исходы хирургического вмешательства прослежены у 152 больных.

Эндовезикальная электрокоагуляция производилась преимущественно больным с типичной папиллярной фиброэпителиомой, реже при атипичной.

Рецидив опухоли нами выявлен в сроки от 8 месяцев до 3,5 лет у 16 из 35 больных, без рецидива жизни от 3 до 10 лет 19. При гистологическом исследовании рецидивировавших опухолей обнаружена типичная фиброэпителиома у 2 больных, атипичная — у 9, папиллярный рак — у 5. Малигнизация рецидивной опухоли наблюдалась преимущественно после электрокоагуляции атипичных папиллярных фиброэпителиом (у 4 из 6 больных). Раковое перерождение опухоли отмечено у 1 из 10 больных, которым была произведена электрокоагуляция по поводу типичной фиброэпителиомы.

При типичных и атипичных папиллярных фиброэпителиомах, недоступных эндовезикальной электрокоагуляции, мы применяли электрокоагуляцию на вскрытом мочевом пузыре. После трансвезикальной электрокоагуляции жизни без рецидива в течение 3—6 лет 5 из 9 обследованных больных с типичной и 1 из 4 с атипичной фиброэпителиомой. У остальных 7 из 13 больных возник рецидив опухоли. Малигнизация опухоли установлена в сроки от 3 месяцев до 2,5 лет у 3 больных, подвергнутых электрокоагуляции по поводу атипичной фиброэпителиомы. Появление раковой опухоли в том месте, где первоначально была доброкачественная папиллома, нами обнаружено у 15,3%.

Мы считаем показанной электрокоагуляцию, как эндовезикальную, так и трансвезикальную, лишь у тех больных, у которых на основании комплексного исследования определяется типичная папиллярная фиброэпителиома. При атипичной фиброэпителиоме методом выбора, как нам кажется, должна служить резекция мочевого пузыря, однако опухоли, расположенные в трудно доступных для резекции местах (область льеотдиева треугольника, шейка пузыря), необходимо удалять локальной эксцизией с последующей электрокоагуляцией.

После локальной эксцизии жизни без рецидива на протяжении 4—9 лет 8 из 17 больных. У остальных 9 больных возник рецидив в сроки от 1 до 2,5 лет, у 3 из 9 больных отмечена малигнизация опухоли через 9 месяцев, 1,5 и 2 года.

Локальная эксцизия (плоскостная резекция) при папиллярном раке мочевого пузыря в настоящее время не применяется, так как она дает частые рецидивы. У всех наших 6 больных с папиллярным раком мочевого пузыря, которым произведена плоскостная резекция, отмечен рецидив рака в течение 6—12 месяцев. 3 из этих больных умерли от почечной недостаточности и метастазов, остальным произведена резекция мочевого пузыря.

Отдаленные результаты резекций мочевого пузыря при раке по данным ряда авторов [2—4] вполне удовлетворительны, другие указывают на малоутешительные исхо-

ды. С. П. Федоров (1917) писал, что даже расширенная резекция мочевого пузыря при раке не дает обнадеживающих результатов. Отрицательно относится к резекции мочевого пузыря при раке Вебермут (1955), который наблюдал 90% рецидивов. В нашей клинике рецидивы отмечены у 15 больных. Резекция мочевого пузыря выполнена нами у 24 больных с раковым процессом в стадии T_2 — T_4 , из них у 8 определена стадия T_2 , у 12— T_3 и у 4— T_4 . У 8 больных операция выполнена с неоимплантацией мочеточника, трем произведена операция по методу, описанному Ю. А. Пытелем (1959). Без рецидива живы на протяжении 3—8 лет 9 больных. Это преимущественно больные, оперированные в стадии T_2 — T_3 . Наши наблюдения позволяют считать, что резекция мочевого пузыря показана в тех случаях, когда опухоль легко доступна и находится в стадии T_2 — T_3 по международной классификации. У всех больных с опухолью в стадии T_4 и у 7 больных с T_3 отмечен рецидив в сроки от 8 месяцев до 2,5 лет. У 4 больных, оперированных в стадии T_2 , возник рецидив в более поздний срок (3—3,5 года).

Таким образом, рецидив опухоли после резекции мочевого пузыря отмечен у 15 больных (62%), из них умерли от почечной недостаточности и метастазов 6.

Во всех случаях, когда резекция мочевого пузыря была невыполнима, мы производили цистэктомии. Ее результаты прослежены у 57 больных. 22 из них деривация мочи была осуществлена в сигмовидную, 6— в прямую кишку, 29— в искусственный мочевой пузырь, созданный из изолированного сегмента сигмы (у 27) и подвздошной кишки (у 2).

Из 28 больных, которым моча отводилась в сигмовидную и прямую кишку, живы в течение 3—6 лет 3; 21 больной умер от восходящего пиелонефрита и почечной недостаточности в сроки от 1 недели до 1,5 лет, у 4 непосредственной причиной смерти явился перитонит.

Из 29 больных, которым моча отводилась в искусственный мочевой пузырь, живы в течение 6 месяцев—3,5 лет 20, умерло 9. Непосредственной причиной летальности явились осложнения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой системы (пневмония, инфаркт миокарда). Только 1 больной умер от двухстороннего пиелонефрита, возникшего вследствие забрасывания содержимого прямой кишки через свищ между прямой кишкой и искусственным мочевым пузырем, образовавшийся на 8-й день после операции.

Сопоставляя данные цистэктомии в зависимости от метода деривации мочи, мы видим, что результат операций находится в прямой зависимости от способа отведения мочи. При пересадке мочеточников в сигмовидную или прямую кишку значительное количество больных (75,3%) погибло вскоре после операции от пиелонефрита и почечной недостаточности. Л. Н. Погожева сообщает о 16 больных, которым была произведена такая же операция. Все они погибли в первые 6 месяцев после операции от пиелонефрита и почечной недостаточности.

При отведении мочи в изолированный сегмент кишечной трубки опасность развития пиелонефрита резко уменьшается. Так, из 29 больных, оперированных подобным методом, пиелонефрит развился лишь у одного. Результат операций у 20 обследованных больных вполне удовлетворительный. Мы не обнаружили значительных нарушений со стороны функции почек и печени. Изменения в соотношении электролитов сыворотки крови оказались недостоверными ($t < 3$). Содержание калия составляло $19,54 \pm 1,5$ $me\%$ ($t = 1,98$), кальция — $11,06 \pm 0,45$ $me\%$ ($t = 0,10$), натрия — $408 \pm 11,5$ $me\%$ ($t = 0,72$).

Таким образом, деривация мочи в изолированный сегмент кишечной трубки (искусственный мочевой пузырь) не вызывает заметных нарушений в организме больного.

ВЫВОДЫ

1. Эндовезикальные и трансвезикальные электрокоагуляции эффективны при типичных папиллярных фиброэпителиомах.
2. Резекция мочевого пузыря дает удовлетворительные отдаленные результаты при выполнении ее в ранних стадиях ракового процесса.
3. Лучшим методом отведения мочи при цистэктомии является деривация ее в искусственный мочевой пузырь, созданный из изолированного сегмента кишечной трубки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Погожева Л. Н. Тр. III Всесоюз. конф. урологов, М., 1960.— 2. Погожева Л. Н. Урология, 1963, 5; Новообразования мочевого пузыря. Медицина, М., 1967.— 3. Полонский Б. Л. Тр. II Всесоюз. конф. урологов. Медгиз, 1954; Урология, 1963, 5.— 4. Пытель А. Я. Урология, 1959, 1; 1964, 3; Вестн. хир., 1959, 11.— 5. Тр. V Всесоюз. конф. урологов. Л., 1967.— 6. Федоров С. П. Русский врач, 1917, 14.— 7. Цулукидзе А. П. и Мурванидзе Д. Д. Урология, 1955, 3.— 8. Uebermuth H. Chirurg, 1955, 3, 135.