

лительного процесса в почках после родов, развитие поздних токсикозов беременных, невынашивание, перинатальную смертность и мертворождаемость.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Фой А. М., Парафейник Г. К. В кн.: Фурагин и солафур. Рига, Зинатне, 1968.— 2. Шульц Р. Л. Роль витаминов и нитрофуранов в профилактике и лечении заболеваний у матери и новорожденных. Рига, Зинатне, 1968.

Поступила 29 апреля 1974 г.

УДК 616.62—006

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ЕГО МЕТАСТАЗОВ

*Проф. Э. Н. Ситдыков, С. М. Ахметова*

*Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового  
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

По нашим данным, новообразования мочевого пузыря составляют 8% всех урологических заболеваний. Преобладающее большинство больных — лица старше 50 лет; мужчины болеют чаще, чем женщины (5 : 1).

Известно, что 95% опухолей мочевого пузыря — эпителиального происхождения, и все они — злокачественные или потенциально злокачественные. Нередко отмечается расхождение между клинической картиной и гистологическим строением опухоли, что создает значительные затруднения при решении вопроса о характере новообразования и выборе метода лечения.

Клиническое течение опухолей мочевого пузыря весьма разнообразно, зависит от типа бластного роста, величины и локализации.

Вначале новообразования мочевого пузыря протекают латентно. Опухоль может быть диагностирована случайно. Так, например, у одной больной 24 лет она была обнаружена при проведении хромоцистоскопии по поводу камня лоханки левой почки.

Первым признаком папиллярных опухолей мочевого пузыря является гематурия, которая возникает на фоне полного благополучия, без боли и расстройства мочеиспускания. Появившись раз, она может длительно не повторяться. Светлые промежутки иногда исчисляются годами. Безболевая гематурия нами установлена у 72 из 179 обследованных (40%). Гематурия может быть макроскопической (у 91%) и микроскопической (у 1,7%), тотальной (у 92,5%) и терминальной (у 7,5%). К сожалению, гематурия, если она протекает безболезненно и проходит быстро, не вызывает тревоги не только у больных, но иногда даже у врача.

В., 66 лет, по поводу гематурии обратился к врачу-терапевту, который назначил ему стрептоцид; с приемом последнего совпало прекращение гематурии. С тех пор каждый раз при появлении примеси крови в моче больной принимал стрептоцид. Лишь спустя 7 лет гематурия, длившаяся 2 месяца непрерывно, вынудила его обратиться к урологу. Установлен диагноз: рак мочевого пузыря с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

По мере инфильтрации пузырной стенки и присоединения инфекции появляются частые позывы с режью в конце мочеиспускания. В этом периоде (дизурическом) моча становится мутной, нередко имеет гнилостный запах. Частые позывы к мочеиспусканию изнуряют больных, приводят к развитию общей слабости, а при продолжающейся гематурии

способствуют прогрессированию анемизации. Как показали наши наблюдения, дизурия наиболее характерна для опухолей, расположенных в области шейки или мочепузырного треугольника. Весьма часто первым проявлением солидных форм рака мочевого пузыря также является дизурия. Лишь в последующем, в результате изъязвления опухоли, присоединяется гематурия. Длительная дизурия должна настоятельно радовать врача в отношении новообразования мочевого пузыря и служит поводом для диагностической цистоскопии.

М., 54 лет, в течение 5 лет страдал дизурией, с появлением терминальной гематурии обратился за специализированной медицинской помощью. При цистоскопии установлен диагноз: солидный рак мочевого пузыря с локализацией в шеечном отделе.

Симптоматика новообразований мочевого пузыря зависит и от локализации процесса. Так, при поражении шеечного отдела может возникнуть острая задержка мочи (0,6%); опухоли, локализованные вблизи устья мочеточника, нарушают отток из верхних мочевыводящих путей, что клинически проявляется болью в соответствующей половине поясничной области (9,6%); при блокаде обоих устьев мочеточников развивается уремия (3,1%).

Цистоскопия является основным методом диагностики новообразований мочевого пузыря. При интерпретации цистоскопической картины мы пользуемся классификациями Кристеллера — Шапиро и международной. Однако в ряде случаев при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря цистоскопия не удается или дает лишь ориентировочную информацию. Так, у 3,3% обследованных нами больных цистоскопия была невозможной ввиду развития вторичного микроцистита с мучительной дизурией, у 22,9% цистоскопическая картина была неясной ввиду гематурии или диффузного воспалительного процесса. Для установления характера и распространенности новообразования необходимо применение бимануальной пальпации, цитологического исследования осадка мочи, рентгенологических методов, в первую очередь экскреторной урографии, определяющей функциональное и морфологическое состояние почек, мочеточников и дающей возможность получить нисходящую цистограмму. Экскреторная урография позволяет определить отношение новообразования к мочеточниковому устью. В случае сдавления его опухолью нарушается пассаж мочи из верхних мочевых путей, возникает уретерогидронефроз, что указывает на наличие инфильтрации мышечного слоя. Экскреторную урографию мы производим во всех случаях, когда нет противопоказаний. У 94 из 146 больных (64,5%) по данным экскреторной урографии констатировано удовлетворительное состояние выделительной функции почек. Сдавление мочеточниковых устьев опухолью обнаружено у 52 больных (35,5%), причем блокада одного мочеточника возникла у 34 (23,2%), обоих — у 18 (12,3%). По нисходящей цистограмме наличие опухоли в мочевом пузыре установлено у 47 больных (32,2%).

Из цистографических методов исследования распространенным является восходящая цистография, позволяющая по дефекту наполнения диагностировать опухоль мочевого пузыря, ее размеры, локализацию. Однако при расположении новообразования на задней стенке, шеечном отделе, при опухолях малых размеров указанный метод не дает возможности выявить их.

По нашему мнению, основными способами рентгенологического исследования мочевого пузыря являются осадочная пневмоцистография по Тагеру — Сантоцкому — Берману, полицистография и лакунарная цистография по Кнейзе — Шоберу. Для распознавания экзофитных форм опухолей мы применяем осадочную цистографию, при локализации новообразования в шеечном отделе — лакунарную. С целью

выявления инфильтрации боковых стенок и верхушки производим полицистографию.

Для уменьшения лучевой нагрузки и сокращения предоперационного обследования осуществляем осадочную пневмополицистографию: в мочевой пузырь через катетер вводим 10% взвесь бария, частицы которой оседают в крипах опухоли. Для этого больному рекомендуем принимать в постели различное положение: сидеть, лежать на спине, на животе, на левом и правом боку. Через 15—20 мин. излишки взвеси бария выпускаем, мочевой пузырь промываем раствором фурациллина. Затем 150 мл кислорода вводим фракционно: после введения каждой 50 мл на одной и той же пленке в одном и том же положении больного производим снимок (в общей сложности 3 снимка). Указанный метод позволяет одновременно определить наличие опухоли, ее размеры, форму, инфильтрацию верхушки и боковой стенки мочевого пузыря.

Немаловажное значение для выбора характера и объема оперативного вмешательства имеет выявление метастазов в лимфатических узлах. Согласно данным литературы, при помощи тазовой флебографии метастазы в регионарных лимфатических узлах определяются в 7,4% случаев [1], при помощи прямой лимфографии — в 40% [2]. По нашим наблюдениям частота метастазирования рака мочевого пузыря, установленная с помощью прямой лимфографии, составляет 51%, причем при T<sub>1</sub> метастазы не обнаруживаются, при T<sub>2</sub> они выявляются у 17,8%, при T<sub>3</sub> — у 51,1%, при T<sub>4</sub> — у 92% больных. Лимфография является наиболее достоверным методом диагностики метастазов рака мочевого пузыря в регионарных лимфатических узлах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пытель А. Я., Мгалоблишвили Г. И. Тазовая флебография и ее диагностическое значение. Ташкент, 1965.— 2. Sieber. Радиология-диагностика, 1967, 8, 4.

Поступила 15 апреля 1974 г.

УДК 616.381—002

## ФОРСИРОВАННАЯ ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

О. С. Кочнев, И. А. Ким, Р. Ш. Шаймарданов

*Отделение неотложной хирургии (научный руководитель — проф. О. С. Кочнев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, 5-я горбольница (главврач — В. М. Айзенман) г. Казани*

Несмотря на внедрение в клиническую практику целого ряда новых методов в лечении перитонита (перитонеальный диализ, новые антибиотики, гипотермия и др.), летальность при этом широко распространенном в urgentной хирургии заболевании остается высокой — 35% и более.

Своевременное и правильное вскрытие, очищение, дренирование брюшной полости являются основой лечения перитонита (И. И. Греков). Применение антибиотиков дополняет результаты хирургической санации и способствует торможению воспалительного процесса. Срочное выведение продуктов воспалительной реакции, которые не только вызывают интоксикацию, но и поддерживают воспаление, обеспечивается системой активной дезинтоксикации, состоящей из следующих мер.

Форсированный диурез. Имеются данные, что факторы интоксикационной агрессии, такие, как калликреин, трипсин, а также компоненты кининовой системы проходят через почечный барьер и выделяются с мочой. Поэтому при быстром и обильном выделении мочи