

Значение хромоцистоскопии для установления показаний к хирургическому лечению рака матки.

Прив.-доц. А. В. Хохлова.

Предупредить себя от неожиданных технических трудностей при операции, а больную—от неприятных осложнений в послеоперационном периоде и рецидивов в последующем—вот основные задачи, которые предъявляются хирургу при лечении рака матки.

Естественно поэтому стремление доминирующего большинства современных гинекологов усовершенствовать клиническую и лабораторную диагностику рака матки и уточнить показания к возможно раннему оперативному вмешательству при нем.

Своеобразные анатомо-топографические особенности расположения матки в малом тазу представляют иногда непреодолимые затруднения в вопросах выяснения степени операбельности случая, т. е. установления границ распространения ракового процесса на ткани окружающих органов.

Вряд ли можно утверждать о запущенности рака на основании обнаружения инфильтрации параметральной клетчатки, области lgg. sacrouter., так как провести дифференциальное различие неопластической и воспалительной инфильтрации иногда не представляется возможным.

Мочевой пузырь, параметральная клетчатка вместе с проходящими в ней мочеточниками, в силу интимной связи их с влагалищем и маткой, относительно нередко вовлекаются в раковый процесс при первичной локализации его, напр., в шейке матки.

Самым ответственным моментом при panhysterectomy по поводу карциномы матки и, в особенности, ее запущенных форм является сохранение анатомо-физиологической целостности мочевого пузыря и мочеточников.

Понятна поэтому ценность цистоскопии, как одного из методов установления состояния этих органов, имеющих своей задачей гарантировать техническую легкость оперативного вмешательства.

Просмотр литературного материала, посвященного интересующему нас вопросу, убеждает в том, что не все гинекологи единодушно склонны придавать особенное диагностическое значение этому методу исследования.

Zangemeister, Hannes, Fromme, Попов, Давыдов, проверившие результаты цистоскопии при вскрытии брюшной полости, считают ее неоспоримо ценным методом для выяснения операбельности рака матки.

Все эти исследователи приходят к одному и тому же заключению— нормальное состояние мочевого пузыря, определяемое цистоскопией, га-

рантирует вполне легкую отслойку его от шейки матки и свободное выделение мочеточников. Буллезный и в особенности диффузный, т. наз. подушкообразный отек слизистой указывает на предстоящие затруднения во время операции.

Французские авторы—Pouchet, Luys, Murard придают цистоскопии одинаково решающее значение, как в диагностике рака, так и прогноза его.

P. Werner, помимо цистоскопии, выдвигает также катетеризацию мочеточников.

Симптомы Hydroureteris, т. е. застойного скопления мочи в мочеточнике он считает характерными для иноперабельного рака. Из новейших авторов Cruet указывает, что образование складчатости слизистой оболочки говорит о воспалительных спайках, затрудняющих операцию, а отек всегда свидетельствует о прочных сращениях, большей частью ракового происхождения.

В противоположность мнению перечисленных авторов, Krönig, Stoeckel, Schauta относятся несколько скептически к цистоскопии, как решающему фактору для установления степени операбельности рака.

Stoeckel'я в этом мнении убедило непостоянство параллелизма обнаруживаемой цистоскопической картиной и фактическими данными, получаемыми при операции. Также и результаты катетеризации мочеточников нуждаются в осторожной прогностической оценке.

Schauta утверждает, что отрицательные цистоскопические данные не дают еще решающего права заключать о легкости случая в оперативном отношении.

Также Scheib указывает, что при совершенно нормальной цистоскопической картине—во время операции хирург может неожиданно столкнуться с трудностями со стороны мочевого пузыря и мочеточников. Клиника проф. Н. М. Какушкина принципиально подвергает каждый случай рака матки всестороннему изучению, включая сюда физикохимическую структуру крови, мочи, а также и хромоцистоскопию.

Критический разбор наших случаев (всего 106) позволяет нам подчеркнуть значение цистоскопии в практическом отношении, предупреждающее о могущих встретиться при операции затруднениях.

Разнообразные варианты цистоскопической картины разбиты нами на 3 группы.

К 1-ой группе мы относим случаи нормальной слизистой оболочки мочевого пузыря или случаи, сопровождающиеся незначительными изменениями, как гиперемия в области дна и trigoni Lietaudii, впячивание стенок пузыря, ограниченные участки кровоизлияний в слизистую. Хромоцистоскопия в этих случаях всегда определяет нормальное функциональное состояние мочеточников.

Вторую группу составляют цистоскопические картины буллезного отека в области дна и других отделах пузыря, расположение отверстий мочеточников на отечном основании с изменением их контуров, принимающих нередко кратерообразную форму с вывороченными краями, сглаживание plicae interuretericae и деконтурирование trigonum Lietaudii.

Для 3-й группы весьма характерна диффузная, подушкообразная отечность слизистой, наличие поперечных или косых складок слизистой в области trig. Lietaudii, не позволяющих разобраться в топографии мо-

четочниковых отверстий, буллезный отек дна, более рельефно выраженные вывороченные края мочеочниковых отверстий и т. д.

Аневризматические расширения кровеносных сосудов слизистой—составляют обычную картину, характерную для последних групп.

К 1-ой группе относятся 48 случаев рака матки. У 2 больных расстройства мочеполовой системы сводились к pollakiuria и незначительным болевым ощущением при мочеиспускании.

При оперативном вмешательстве отслойка мочевого пузыря и изолирование мочеочников и сосудистого пучка не представляли каких-либо затруднений и операция была совершена типически.

Лишь в 1 случае, несмотря на отсутствие патологических изменений в мочевом пузыре, при операции пришлось отметить трудную отслойку мочеочников. Этот случай был осложнен в последующем fistula uretero-vaginalis. Один раз мочевой пузырь был поранен.

Просмотр протоколов патолого-анатомических описаний препаратов показывает, что в большинстве случаев раковый процесс локализовался в шейке матки с тенденцией к глубокому прорастанию в шейный канал, влагалищные своды и параметральную клетчатку.

Удаленная на широком протяжении параметральная клетчатка не редко содержала увеличенные лимфатические железы.

Вторая группа (26 случаев) соответствует клинической картине малоподвижности матки, инфильтрации параметральной клетчатки и резистентности lgg. sacro-uterin.

Анализ мочи в доминирующем большинстве случаев не представлял никаких отклонений от нормы. Жалобы со стороны мочеиспускания выражались глав. обр. pollakiuria.

Отслойка пузыря в зависимости от степени буллезной отечности была затрудненной.

Затруднительным было также изолирование мочеочников.

Чем сильнее были выражены отечность слизистой и деконтурирование trigoni Lietaudi, и в особенности, чем резче была выражена крапивообразная форма мочеочниковых устьев, тем технически операция представлялась более трудной.

Лишь в 2 случаях при указанной картине изменений операция со стороны мочевых органов прошла гладко, без затруднений.

В 2-х случаях мочевой пузырь при отслойке был поранен.

Патолого-анатомическое исследование полученных препаратов подтверждает данные цистоскопии, объясняя трудности при операции.

Помимо остатков хронического воспалительного процесса (residua), для этой группы типична инфильтрация параметральной клетчатки, деструктивный характер ракового процесса, распространение его на боковые влагалищные своды и обл. canalis cervicalis с реактивной инфильтрацией окружающих участков здоровой ткани.

Цистоскопическая картина изменений в случаях 3-й группы (32) клинически и патолого-анатомически соответствовала запущенному, далеко зашедшему раковому процессу, сопровождающемуся фиксированием матки, резкой инфильтрацией параметрии и lgg. sacrouterin.

Во всех этих случаях отслойка мочевого пузыря представляла большие затруднения. Истонченность стенок мочевого пузыря и хрупкость ткани—составляли характерные явления для таких случаев рака.

В 2 случаях пузырь был травмирован.

Не менее затруднительно было выделение мочеточников и изолирование сосудистого пучка.

Мочеточники казались как-бы замурованными на большем или меньшем протяжении в раково пораженную параметральную клетчатку.

Выше места сдавления мочеточники были расширены до толщины большого пальца.

Невозможность цистоскопического обнаружения мочеточниковых отверстий, располагающихся в поперечно - или косо идущих складках слизистой, или в лучшем случае, вывороченная, воронкообразная форма отверстий их, окруженных отечным поясом кровоизлияний в слизистой, во всех случаях соответствовала техническим затруднениям изолирования мочеточников.

Обычно и индигокарминовая проба обнаруживала нарушение функции соответствующего мочеточника—ослабление силы выбрасываемой мочевой струи, большие паузы между отдельными вялыми сокращениями.

При изучении сводки патологических данных, касающихся каждого отдельного случая бросается в глаза почти полное отсутствие каких-либо характерных симптомов со стороны мочевого пузыря, даже в запущенных случаях рака матки.

Как показывает наш патолого-анатомический материал, нормальная цистоскопическая картина не исключает возможности при операции натолкнуться на разрушающие формы ракового процесса, локализующегося по близости мочевого пузыря, что противоречит данным французских авторов, считающих соответствующие цистоскопические изменения характерными для начинающегося процесса.

Необходимо поэтому с осторожностью относиться к нормальной цистоскопической картине.

Интересен случай Hannes'a, где при относительно нормальной картине при секции была обнаружена раковая опухоль, проросшая мускулатуру мочевого пузыря.

Буллезный отек слизистой пузыря в большинстве случаев соответствует случаям с затрудненной отслойкой пузыря.

Диффузный отек всей слизистой, свидетельствующий о распространении карциномы на паравезикальную клетчатку или мочевого пузырь, всегда затруднял ход операции.

В 2 случаях, где цистоскопия дала такую картину общего подушкообразного отека, нам пришлось отказаться от типичной радикальной операции, так как при laparotomia explorativa оба случая были признаны иноперабельными.

В 3-м случае отслойка пузыря не удалась и операция была ограничена двухсторонней salpingoophorectomией.

И, наконец, в одном случае мочеточник был замурован в раковый инфильтрат и не мог быть изолирован. Он был иссечен на протяжении 74 м., а расширенный почечный конец его перевязан.

Кратерообразные формы мочепузырных отверстий мочеточников по нашему материалу представляются характерными для запущенных случаев рака матки—метастазирование процесса в параметрии.

2 и 3 группа в послеоперационном периоде дала 5 случаев fistulae vesico-vaginalis и 11 сл. fist. uretero-vaginalis (из них 4 частичных).

Ценность хромоцистоскопии, для диагностики фистул—неоспоримо велика.

Выводы. 1. Хромоцистоскопия является ценным методом при установлении показаний к хирургическому лечению рака матки.

2. Она дает возможность заранее предвидеть затруднения при операции со стороны мочевого пузыря и мочеточников.

3. Нормальная цистоскопическая картина гарантирует отсутствие технических трудностей при операции.

4. Цистоскопические изменения по степени неблагоприятности в прогностическом отношении могут быть сгруппированы так—буллезный отек, подушкообразный отек с изменением контуров мочеточниковых отверстий. Кратерообразная форма их всегда указывает на метастазирование ракового процесса в параметрий resp. затруднения при изолировании соответствующего мочеточника.

Литература: 1) Cruet. Rev. mens. de Gyn. et d'obs. 1919, XIV. 1.—2) Gouveneur и Fabre. Реф. Z. f. Gyn. 1927.—3) Fromme. M. f. G. u. G. 27, 2.—4) Hannes. Monogr. Breslau 1907.—5) Köllischer. A. f. Gyn. 1901.—6) Luys. Rev. de gyn. et chir. abd. 21, 2.—7) Murard. Id. 20—2.—8) Попов и Давыдов. Monogr. СПб. 1910.—9) Stoeckel. Zystoscopie der Gynaekologen.—10) Schauta. Monogr. Wien, 1908.—11) Scheib. Arch. f. Gyn. 87, 1.—12) Pouchet. Реф. Z. f. Gyn. 1914, № 23.—13) Winter. Z. f. G. u. G. 36.—14) Zangemeister. A. f. Gyn. 63; Z. f. G. u. G. 45.—15) Werner. Z. f. gyn. Urolog. 1915.
