

ЛИТЕРАТУРА

1. Березнеговский Н. И. Изв. Томск. ун-та, 1911, 43.— 2. Коренкова З. Я. Нов. хир. арх., 1961, 9.— 3. Миротворцев С. Р. Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. Дисс., СПб, 1909.— 4. Надейн А. П., Крымгольц М. Л. Нов. хир. арх., 1929, 3.— 5. Погожева Л. Н. Новообразования мочевого пузыря. Медицина, М., 1967.— 6. Пытель А. Я. Мат. V Всесоюз. конф. урологов, М., 1967.— 7. Федоров С. П. Медицинское обозрение, 1892, 22; Вестн. хир., 1928, 14.— 8. Пулукидзе А. П., Мурванидзе Д. Д. Пересадка мочеточников в кишечник. Тбилиси, 1955.— 9. Челнокова А. А., Комарова В. С. Вестн. рентгенол. и радиол., 1958, 3.— 10. Kötzsche G. H., Siehe E. Z. Urol., 1956, 49, 4, 213—220.

УДК 618.146—006—616.617—616—007.271

О СТЕНОЗЕ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Т. М. Пушкина и Л. И. Доценко

Кафедра урологии (зав.— проф. М. Н. Жукова) Ленинградского ГИДУВа

Урологические осложнения при раке шейки матки резко ухудшают прогноз этого заболевания и затрудняют выбор метода лечения. Наиболее частым и серьезным из них является стеноз мочеточников. При различных видах лечения рака шейки матки, особенно лучевом, стеноз чаще всего бывает двусторонним. В результате нарушается отток мочи, наступает расширение мочеточника и полостей почки, т. е. гидронефроз с атрофией почечной ткани и последующей почечной недостаточностью. В этих условиях легко развивается и пиелонефрит, который также ведет к утрате почечной паренхимы и уросепсису.

Развитие стеноза мочеточников при раке шейки матки зависит от нескольких причин. Во-первых, расположение дистальных отделов мочеточников таково, что они проходят в непосредственной близости от гениталий, и распространение опухоли на параметрий несет в себе угрозу сдавления самим опухолевым инфильтратом. Происходит сдавление юкстовезикальных, а при прорастании опухоли в пузырь — и интрамуральных отделов мочеточников. Во-вторых, стеноз может быть обусловлен склеротическим процессом, развивающимся в клетчатке таза, в параметрии, в околопузырном пространстве, в стенке мочевого пузыря. Процессы склероза приводят к постепенному сужению просвета мочеточника, ухудшению его моторной функции.

Склерозирование тазовой клетчатки зависит от разных причин. Оно может быть обусловлено воспалительными изменениями. Известно, что на распадающейся раковой опухоли вегетирует большое количество микробов [4]. В околораспадающейся, околопузырной и околوماتочной клетчатке раковому прорастанию предшествует «воспалительный вал», который подвергается склерозу и фиброзу. При этом в процесс вовлекается как сосудисто-нервный аппарат, так и околопузырный отдел мочеточников.

Склероз тазовой клетчатки может быть связан и с различными видами лечения рака шейки матки. Лучевая терапия, направленная на ликвидацию опухоли в шейке матки, даже при самом продуманном и тщательном ее применении неизбежно поражает побочно и окружающие органы и ткани.

Больных со стенозом мочеточников после лучевого лечения наблюдают обычно урологи. Им приходится предпринимать оперативные вмешательства по поводу осложнений со стороны почек. Стенозы выявляются также на аутопсиях. Гинекологи встречаются с этими осложнениями, по-видимому, реже. Некоторые из них даже выражают сомнение в возможности такого склероза [2].

Имеются сообщения [8], что пострadiационные изменения в тканях начинаются с облитерирующего эндартериита, который обуславливает ишемию и последующий склероз (фиброз). Облучение вызывает патологические изменения и в самом мочеточнике. При гистологическом исследовании слизистая оказывается гладкой и неповрежденной, а в мышечной оболочке и адвентиции отмечаются отек, некроз и фиброз [9]. Склероз тазовой клетчатки и стенозирование мочеточников происходят медленно, постепенно и проявляются в поздние сроки после облучения. В результате лучевого цистита также может наступить стеноз мочеточников и вовлечение в склеротический процесс их интрамуральных отделов.

Оперативное вмешательство, предпринимаемое по поводу рака шейки матки, может, хотя и в меньшей степени, вызвать склероз околочеточниковой клетчатки. Отрицательно могут сказаться на функции мочеточников чрезмерная их препаровка, повреждение пузырной стенки, перегиб мочеточника при перитонизации раны. Особенно тяжелые осложнения возникают при перевязке и перерезке мочеточников.

В ряде случаев нарушение моторно-эвакуаторной функции мочеточников, а затем и лоханок может наблюдаться при отсутствии признаков стенозирования, наоборот,

мочеточники на всем протяжении представляются расширенными, атоничными [5, 6]. Эти изменения объясняются дисфункцией нервно-мышечного аппарата в результате воспалительно-склеротического процесса в окружающей мочеточник клетчатке.

Несмотря на довольно частое сдавление мочеточников при раке шейки матки опухолевым инфильтратом и фиброзными тканями извне, прорастание опухоли в просвет мочеточника встречается крайне редко. В литературе приводятся лишь отдельные наблюдения. Мы также не видели ни разу прорастания опухоли в просвет мочеточника.

За период с 1956 по 1967 г. в нашей клинике лечилось 40 больных раком шейки матки с различными урологическими осложнениями. Стеноз мочеточников был выявлен у 27 (67,5%). Больные были в возрасте от 45 до 77 лет, причем больше половины — моложе 55 лет. Длительность заболевания раком шейки матки была менее года у 10 больных, от 1 до 5 лет — у 9 и свыше 5 лет — у 7. По поводу рака шейки матки ранее только лучевому лечению подверглось 14 женщин, оперативному лечению в сочетании с лучевым — 5; по различным причинам не лечилось 8.

Время появления стенозирования мочеточников у наших больных установить не удалось, так как ни у одной из них не было произведено урологическое обследование ни до, ни после лечения, ни даже после появления явных урологических жалоб. Правда, у 4 больных производилась цистоскопия без исследования функции почек, по-видимому, из-за подозрения на прорастание опухоли в пузырь. Естественно, что с помощью одной только цистоскопии составить представление о состоянии всех органов мочевой системы невозможно. Поэтому можно предположить, что нарушение функции мочеточников в результате сдавления их опухолевым инфильтратом было у некоторых наших больных еще до начала лечения.

Стеноз мочеточников у наблюдаемых нами больных определялся или в юкстовезикальном отделе на уровне 4—7 см, или в интрамуральном отделе. Степень сужения была различной. Чаще всего мочеточники оказывались непроходимыми для мочеточникового катетера № 4. У некоторых больных, поступивших по поводу анурии, катетер № 5 свободно проходил до лоханки, и по нему струйкой выделялась моча. У этих больных функция мочеточников была утрачена из-за атонии. Стеноз мочеточников у 22 больных был двусторонним, и лишь у 5 — односторонним. При одностороннем стенозе патологический процесс развивался в обеих почках. Пиелонефрит возникал вначале на стороне сужения мочеточника, а затем и в противоположной почке. Прогноз у этих больных существенно не отличался от прогноза у больных с двусторонним поражением.

Из 27 больных раком шейки матки и стенозом мочеточников в удовлетворительном состоянии для планового лечения поступило лишь 4. У этих больных отмечались тупые боли в поясничной области, повышение температуры, пиурия. Остальные были госпитализированы в срочном порядке. Состояние их было тяжелым из-за обострения хронической почечной недостаточности с олиго-анурией, высокой азотемией, а также из-за уросепсиса, некупирующихся почечных колик. Все больные получали консервативное лечение. Применялись антибактериальные средства, препараты, стимулирующие диурез, анаболические гормоны. Кроме того, у некоторых больных применялось оперативное лечение в виде пиело- или нефростомии. Но так как больные поступали слишком поздно, в почках имелись уже необратимые изменения. Умерло 18 больных. Из них лишь у одной после оперативного и лучевого лечения на вскрытии не было выявлено опухоли, а обнаружен выраженный склероз тазовой клетчатки.

У 17 женщин смерть наступила от урологических осложнений: почечной недостаточности и сепсиса. У 1 больной, не лечившейся по поводу рака шейки матки, причиной смерти оказалась раковая кахексия и интоксикация. Несмотря на наличие умеренно выраженного стеноза обоих мочеточников, двустороннего пиелонефрита со сморщиванием почек, суммарная их функция у этой больной была в пределах нормы. Тело матки, шейка, яичники, параметрий, прямая кишка представляли единый обширный конгломерат, в который были вовлечены мочеточники. Отмечена выраженная кахексия.

Из 18 умерших только 4 не лечились по поводу рака шейки матки. 14 женщин подвергались лучевому лечению, 4 из них произведена операция Вертгейма.

Среди 9 живых больных лишь у 1 относительно удовлетворительное состояние. У нее не обнаружено признаков опухоли, сужение обоих мочеточников относительное, функция почек существенно не нарушена, пиелонефрит протекает без обострений. Эта больная находится под нашим наблюдением. Состояние остальных больных тяжелое. У большинства из них констатировано прорастание опухоли в мочевой пузырь или в прямую кишку. У одной больной наложен надлобковый мочепузырный свищ. У 2 образовались пузырно-влагалищные свищи. 2 больные ранее уже была произведена нефрэктомия по поводу пионефроза. Остальным больным была показана нефростомия, но они не дали согласия на операцию. Применение каких-либо реконструктивных операций у наших больных оказалось невозможным.

Анализируя данные вскрытий, мы пришли к убеждению, что у больных, подвергавшихся облучению, склероз тазовой клетчатки выражен сильнее и на большем протяжении от опухолевого узла, чем у больных, не подвергавшихся облучению. Из этого, конечно, не следует, что лучевая терапия должна быть отвергнута. Но, применяя ее, надо обязательно помнить о возможности урологических осложнений. Для их

своевременного выявления необходимо иметь ясное представление о состоянии верхних мочевых путей до лечения и в различные сроки после него. При систематическом наблюдении можно выявить стеноз мочеточников в такой фазе, когда еще возможна эффективная консервативная и оперативная терапия. В настоящее время у таких больных, страдающих лучевыми стенозами мочеточников, при отсутствии признаков раковой опухоли делают попытки пластического замещения суженного отдела мочеточника лоскутом, выкроенным из мочевого пузыря [3, 9].

Изучение развития урологических осложнений, сопоставление клинических данных и аутопсий показывают, что у подавляющего большинства больных сужение мочеточников длительное время протекает бессимптомно. Оно привлекает к себе внимание лишь тогда, когда появляются признаки уросепсиса, анурия.

Мы присоединяемся к точке зрения авторов, которые считают необходимым совместную работу гинеколога, радиолога и уролога при лечении больных раком шейки матки [7].

Для своевременного выявления стеноза мочеточников надо каждую больную подвергать систематическому и подробному урологическому обследованию до и после лечения. Нельзя назначать дополнительное, повторное облучение до получения сведений о состоянии верхних мочевых путей.

Урологическое обследование должно заключаться в осмотре, исследовании мочи, хромоцистоскопии, рентгеновском исследовании верхних мочевых путей (обзорный снимок органов мочевой системы, экскреторная урография, при необходимости ретроградная пиелография). Обследование должно производиться урологом, знающим особенности патологии мочевых путей при раке шейки матки и различных видах его лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евсеенко Л. С. Изменения в мочевой системе при раке шейки матки. Медгиз, М., 1961.—2. Иваницкая Е. П. и Павлова Л. И. Вестн. рентгенол. и радиол., 1960, 1.—3. Кан Д. В. Восстановление тазового отдела мочеточника. Медицина, М., 1965.—4. Мамиконов М. Г. Анатомо-функциональные изменения в мочевых путях при раке шейки матки. Автореф. канд. дисс., Баку, 1956.—5. Свечникова Е. В. Функциональные и морфологические изменения в почках и мочеточниках при раке шейки матки. Автореф. канд. дисс., Киев, 1954.—6. Цецулеску А. И. и Ногачевский А. А. Актуальные проблемы нефрологии и урологии. Кишинев, 1967, т. 2.—7. Drahovský V. e. a. Z. Urol., 1965, 58, 6, 369—372.—8. Everett H. S. a. o. Am. J. Obst. Gyn., 1949, 58. 5.—9. Rhamy M. D., Stander R. W. Surg. Gyn. Obst., 1961 113, 5, 615—622.

УДК 616.33—002—616.33—005.1

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ

И. Л. Певцов

*Центральная больница им. Н. А. Семашко Кировского района г. Куйбышева
(главврач — М. В. Терентьев)*

Геморрагический гастрит, по-видимому, объединяет несколько заболеваний, сопровождающихся кровотечением из желудка. Увеличение проницаемости капилляров в желудке может быть следствием действия гастрина, аллергии, недостаточности витамина К, нарушений трофической регуляции со стороны нервной системы.

В период с 1959 по 1967 г. в центральной больнице Кировского района г. Куйбышева находилось 386 больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта, из них с геморрагическим гастритом — 61 (15,5%). Старше 50 лет было 24 больных (39,3%), моложе — 37.

Заболевание началось среди полного здоровья у 26 больных, 35 ранее болели хроническим гастритом или страдали от изжоги. Во время проводившихся ранее рентгенологических обследований язву желудка или двенадцатиперстной кишки ни у кого из них не обнаруживали. У 8 больных кровотечению предшествовало обострение гастрита, продолжавшееся от 2 до 30 дней. Это совпадает с мнением В. Д. Братусь, что кровотечением чаще осложняются бессимптомные гастриты, в то время как гастриты с клиническим проявлением обычно кровотечением не осложняются. Кровотечение было связано с отравлением алкоголем у 9 больных, возникло после еды у 8, после физической нагрузки — у 7, после посещения бани — у 1. Инфаркт миокарда осложнился геморрагическим гастритом у 2 больных, гипертоническая болезнь — у 3, травма и операция на черепе — у 2, рентгенотерапия, острый панкреатит, нефрит были причиной кровотечения однократно. Этиология кровотечения осталась невыясненной