СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Диссертационная работа выполнена на кафедре факультетской хирургии (зав. кафедрой и научный консультант по клинической части — проф. В. Ф. КОЛОСОВСКАЯ) Свердловского Государственного медицинского института (ректор — доцент В. Н. КЛИМОВ).

Научный консультант по морфологической части — зав. лабораторией экспериментальной морфологии института онкологии АМН СССР, доктор медицинских наук М. П. ПТОХОВ (директор — действительный член АМН СССР проф. А. И. СЕРЕБРОВ).

Доцент В. М. БЛИЗНЮК

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Свердловск
1964

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	I
ЧАСТЬ ПЕРВАЯ	
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
ГЛАВА I. КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	I
I. Строение нормального мочевого пузыря	I
2. Кровоснабжение мочевого пузыря....	I7
3. Венозная система	20
4. Лимфатическая система мочевого пузыря	23
а/ Внутриорганные лимфатические сосуды	24
б/ Экстраорганные лимфатические сосуды	3I
в/ Классификация лимфатических узлов забрюшинного пространства.....	37
5. Иннервация мочевого пузыря	42
6. Физиология мочевого пузыря.....	50
ГЛАВА П. ВОПРОСЫ РОСТА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ	53
I. К истории учения об опухолях мочевого пузыря	56
2. Классификация опухолей мочевого пузыря.....	58
3. О "пределах" внутристеночного роста эпителиальных опухолей мочевого пузыря	7I
4. Механизм распространения опухолевых клеток и роль лимфатической и кровеносной систем при раке мочевого пузыря	75
а/ Метастазирование рака по лимфатической системе	78
б/ Распространение рака по кровеносной системе	86
5. Сочетанное метастазирование рака.....	88

Стр.

6. Имплантационный путь метастазирования рака 89

7. Распространение опухолей мочевого пузыря на соседние органы 89

ГЛАВА Ш. ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

I. К истории хирургического лечения опухолей мочевого пузыря 98

2. Операбильность и возможности расширения объема хирургического вмешательства при опухолях мочевого пузыря ... II2

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

РОСТ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ /собственное исследование/

ГЛАВА IУ. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ..... II8

ГЛАВА У. ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ /Анатомо-экспериментальное исследование/ I37

I. Внутриорганная лимфатическая система мочевого пузыря человека /анатомическое исследование/ I38

2. Внеорганная лимфатическая система.. I49

3. Топография регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря..... I54

4. Внутриорганная и внеорганная лимфатическая система мочевого пузыря собаки и пути оттока лимфы от различных сегментов его /экспериментальное исследование/..... I60

ГЛАВА УI. ХАРАКТЕР РОСТА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ /патологическая анатомия/ I7I

а/ Пределы внутристеночного распространения опухолей мочевого пузыря I72

б/ Реакция лимфатической системы на опухолевый рост в зависимости от анатомического типа опухоли..... I9I

Стр.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ГЛАВА УП. ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА 206

I. Клиническая характеристика материала 206

А. Пол 206

Б. Возраст 208

В. Профессия 209

Г. Направительный диагноз из района. 2I3

2. Длительность болезни и частота отдельных симптомов 2I5

а/ Длительность болезни 2I6

б/ Жалобы 2I8

3. Данные объективного исследования.... 223

а/ Цистоскопия 224

б/ Бимануальное исследование 23I

в/ Биопсия 233

4. Специальные рентгенологические методы исследования 234

а. Цистография 234

б. Экскреторная урография 384

5. Лабораторные данные 295

I. Анализ мочи 295

а. Характер мочи 295

б. Микроскопия осадка мочи..... 298

в. Удельный вес мочи 300

2. Остаточный азот в плазме крови.... 303

3. Общий анализ крови 309

4. Белковые фракции крови 3I4

Стр.

ГЛАВА УШ. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 323

I. Собственный клинический материал..... 325

2. Радикальные хирургические операции... 328

а. Предоперационная подготовка больного 329

б. Резекция мочевого пузыря 33I

в. Цистэктомия 346

3. Паллиативные хирургические операции.. 352

а. Электроэксцизия опухоли на вскрытом пузыре 352

б. Электрокоагуляция опухоли трансвезикально 353

в. Демукозация 356

г. Эндовезикальная электрокоагуляция. 358

д. Прочие хирургические операции..... 362

4. Послеоперационный период 364

5. Непосредственные исходы у неподвергавшихся больных хирургическому лечению... 439

6. Непосредственные исходы лечения в зависимости от вида хирургического вмешательства 450

ГЛАВА IX. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ 46I

I. Отдаленные результаты после паллиативных операций 465

2. Отдаленные результаты после радикальных операций 473

3. Сравнительная оценка терапии рака мочевого пузыря в зависимости от некоторых факторов, влияющих на отдаленные исходы 555

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 573

ВЫВОДЫ 590

УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ:

а. Отечественной

б. Иностранной

В В Е Д Е Н И Е

Борьба со злокачественными новообразованиями – одна из сложных проблем современной медицины и биологии. Важность решения этой проблемы подчеркнута в Программе Коммунистической партии Советского Союза, принятой XXII съездом, а также в январском /1960/ Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР "О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР".

Научный и практический интерес изучения злокачественных новообразований опредеяется самой жизнью, поскольку они занимают одно из первых мест по частоте среди других хирургических заболеваний. Несмотря на некоторые успехи в изучении рака и организации противораковой борьбы, онкологические заболевания являются одной из наиболее частых причин смерти. Рак мочевого пузыря составляет около 4% по отношению к другим локализациям злокачественных новообразований /А.П.Фрумкин, 1960/.

Рак мочевого пузыря-тяжелое заболевание, часто встречающееся в практической урологии и имеющее весьма серьезные последствия. Лечение его до настоящего времени остается одним из наиболее сложных вопросов хирургии мочевого пузыря. Несмотря на достигнутые за последние годы успехи в оперативном лечении этого заболевания, многое еще остается неразрешенным. Окончательно не решены вопросы раннего выявления, правильной диагностики и классификации рака

мочевого пузыря, выбора методов оперативного лечения, снижения послеоперационной летальности, улучшения отдаленных результатов, прогноза послеоперационного лечения, а также профилактики и путей снижения числа больных запущенными формами рака.

Вопросу о лечении рака мочевого пузыря за последнее десятилетие было уделено особое внимание. Достаточно сказать, что проблемы диагностики и лечения его обсуждались как программные на 2, 3-й Всесоюзных конференциях урологов /Москва,1951; Тбилиси,1958/ и на 1-й конференции урологов Грузинской ССР /Тбилиси,1961/. Эта проблема получила также должное освещение на 4-й Всесоюзной конференции урологов при обсуждении вопроса о восстановительных операциях в урологии /Москва, 1961/ и на страницах журнала "Урология" в 1962-1964 гг., проводившего дискуссию по вопросам диагностики и лечения опухолей мочевого пузыря. За рубежом вопросы лечения рака мочевого пузыря обсуждались на симпозиуме американских урологов /1956/, на Конгрессе французских урологов /1956/, на X Конгрессе урологов латинских стран побережья Средиземного моря /1959/, на XXXIУ Конгрессе Итальянского общества урологов /1961/. Дискуссия на эту тему была проведена в 1955-1956 гг. на страницах итальянского журнала "Urologia" /являющимся одновременно органом Международного урологического обозрения/.

Несмотря на большое число работ отечественных и зару-

бежных хирургов и урологов /С.П.Федоров, В.И.Добротворский, А.М.Гаспарян, М.Н.Жукова, Б.Л.Полонский, А.Я.Пытель, А.П.Фрумкин, А.П.Цулукидзе, И.Н.Шапиро, С.Петкович, Я.Кучера, Мостофи, Дин, Джуитт и Стронг, Маршалл, Витмор, Лидбетер и др./, посвященных раку мочевого пузыря, до сих пор не существует единого мнения о целесообразности применения того или иного метода оперативного вмешательства. Спорными остаются вопросы о возможности показаний к расширенной резекции и экстирпации мочевого пузыря. Сейчас эти вопросы решаются преимущественно на основании клинических наблюдений, опыта и взглядов хирургов и урологов. Лечение больных с иноперабильными формами рака мочевого пузыря фактически сводится к симптоматической терапии.

В настоящее время большинство урологов уже не сомневается в том, что возведенные в стандарт эндо- и чрезпузырная электрокоагуляция и эксцизия не являются радикальными хирургическими методами лечения рака мочевого пузыря. После применения их в ранние сроки /до 3 лет/ рецидивы опухоли возникают в 53-74% случаев /А.П.Цулукидзе, А.Я. Пытель/. Это обстоятельство дало толчок для расширения показаний к резекции и экстирпации мочевого пузыря, дополняя хирургическое лечение лучевой терапией /Б.Л.Полонский/, хотя показания к этим операциям наметились уже давно /конец XIX и начало XX веков/.

Наблюдения последних лет показывают, что отдаленные результаты после рационально и своевременно выполненных

резекций не уступают отдаленным результатам трансвезикальной электроэксцизии и эндоэлектрокоагуляции, несмотря на то, что эти операции обычно производятся при небольших опухолях на ранних стациях развития болезни /I стация, реже П/. Послеоперационная летальность при резекции мочевого пузыря в прежние годы составляла 24% /сб.статистика, Б.Н.Хольцов,I937/, теперь она снизилась до 4% /Б.Л.Полонский,I963/. Однако вопрос о резекции еще далеко не решен. Во-первых, вопрос о пределе продольного и перпендикулярного внутристеночного распространения опухолевых элементов пока остается недостаточно изученным. Ряд авторов /В.И.Добротворский,I92I; Г.А.Рихтер,I958; Б.Л.Полонский, I96I и др./ отмечает, что резекцию мочевого пузыря при ворсинчатых опухолях надо производить возможно шире или она зависит в основном от локализации опухоли и ее распространенности. Во-вторых, недостаточно изученными являются и другие вопросы, имеющие важное практическое значение, в частности: а/ взаимосвязи внутриорганных лимфатических сосудов различных сегментов мочевого пузыря; б/ частота их связей с экстраорганными лимфатическими сосудами своей и противоположной стороны; в/ пути оттока лимфы, а следовательно, и распространение раковых клеток по ним; г/ характер реактивных изменений внутриорганной лимфатической системы мочевого пузыря при разных анатомических формах рака.

В этой связи появилась необходимость подвести под

клиническую базу патологоанатомические данные путем изучения непосредственных и отдаленных результатов резекции пузыря в зависимости от протяженности внутристеночного распространения опухолевых элементов, стадии развития новообразований и объема удаляемой части органа.

Для обоснования показаний к резекции мочевого пузыря, в особенности к расширенной вплоть до субтотальной с уретероцистонеостомией, мы поставили своей задачей изучить протяженность прямого /внутриорганного/ и внеорганного /транспортного/ распространения раковых клеток в стенке мочевого пузыря и за его пределами при различном анатомическом типе и стации развития опухоли.

Изучение внутриорганной лимфатической системы и путей оттока лимфы от различных отделов /сегментов/ мочевого пузыря провоцилось методом интерстициальной наливки синей массой Герота на мочевых пузырях, взятых у трупов людей, умерших не от урологических заболеваний, на мочевых пузырях и его частях, взятых на аутопсии, цистэктомии и резекции, при опухолевых заболеваниях; для этой цели были проделаны также эксперименты на собаках прижизненно. Мы стремились содействовать пониманию путей распространения опухолевых клеток по лимфатическим сосудам в стенке мочевого пузыря и вне его. Другой задачей в нашем исследовании являлось выяснить, подвергается ли изменениям внутриорганная лимфатическая система мочевого пузыря при раковом поражении, каков характер этих изменений при раз-

личных анатомических типах, стадиях развития опухоли и гистологическом строении, как часто наблюдается прорастание лимфатических и кровеносных сосудов и часто ли метастазирует рак в регионарные лимфатические узлы и как он влияет на отдаленные результаты лечения резекцией и цистэктомией.

Третьей задачей являлось - при помощи микроскопического исследования аутопсийных и операционных препаратов, пораженных опухолью, изучить пределы внутристеночного распространения раковых элементов на различных стадиях развития в зависимости от анатомической формы опухоли.

Наконец, последней задачей в нашей работе было - проанализировать непосредственные исходы и отдаленные результаты лечения рака мочевого пузыря в зависимости от степени и протяженности внутристеночного распространения раковых элементов, частоты прорастания лимфатических и кровеносных сосудов опухолевыми клетками, анатомической формы опухоли, стадии развития, вида и объема оперативного вмешательства и обосновать наиболее целесообразные методы операций, в частности, показания к расширенной резекции мочевого пузыря /геми- и субтотальной резекции с уретероцистонеостомией и без нее/, а также показать целесообразность применения цистэктомии.

Разработка или усовершенствование способов сберегательных операций, при которых на практике претворялась бы в показанных случаях идея о сохранении сфинктера моче-

вого пузыря и, следовательно, сохранение естественного мочеиспускания, является практически важной и прогрессивной.

Однако мы полностью отдаем себе отчет в том, что настоящее исследование не является исчерпывающим. Осветить такие вопросы, как пределы продольного и перпендикулярного внутристеночного распространения раковых клеток в зависимости от фазы опухолевого роста, морфологические изменения лимфатической системы мочевого пузыря при раке, частоту прорастания лимфатических капилляров и вен, пути метастазирования рака в регионарные лимфатические узлы и в отдаленные органы – это слишком обширная задача. Поэтому мы касаемся лишь некоторых сторон, имеющих важное практическое значение.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ГЛАВА ПЕРВАЯ

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Прежде чем излагать вопросы роста и распространения злокачественных опухолей мочевого пузыря, мы считаем целесообразным изложить клиническую анатомию интересующего нас органа с позиций, удовлетворяющих запросы клиники. Чтобы понять закономерности опухолевого роста, пределы протяженности продольного и перпендикулярного внутристеночного распространения злокачественных новообразований, пути и механизм лимфогенного метастазирования раковых клеток, хирургу и урологу необходимо точно знать анатомию и функциональное состояние мочевого пузыря, а также строение его лимфатической и кровеносной систем.

Известно, что структура мочевого пузыря при различных его состояниях весьма изменчива. Мочевой пузырь анатомически и функционально тесно связан с соседними органами и тканями /предстательной железой и семенными пузырьками у мужчин, маткой и ее шейкой – у женщин и околопузырной клетчаткой/.

I. Строение нормального мочевого пузыря

Мочевой пузырь, как орган, был известен еще в древние времена. Древнеиндийский писатель Шушрута /за 1000 лет до н.э./ описал высокое сечение мочевого пузыря. Гиппократ /472 г. до н.э./ ранения и заболевания мочевого пузыря от-

носил к смертельным. А.Н.Шумлянский /1782/ первый описал анатомическое строение стенок мочевого пузыря и его кровоснабжение. Развитие хирургии мочевого пузыря в XIX столетии вызвало необходимость точных знаний его анатомии. Большинство работ в этой области принадлежит хирургам /Н.И.Пирогов,1861; Дельфо,1881; Н.А.Батуев,1887; Вальдейер-Waldeyer W.,1898 и др./.

Более двух веков многие исследователи ограничивались лишь поверхностным описанием анатомии мочевого пузыря и его кровоснабжения /Краузе - Krause,1842; Вальтер, 1855; Генле - Henle, 1868; Гиртль, 1879; Панш, 1888 и др./. Однако многие авторы /А.А.Введенский, 1893; И.П.Мошлинский, 1899; М.А.Тихомиров, 1899; В.А.Оппель, 1911; А.В.Мельников, 1922; А.С.Золотухин, 1934; И.Н.Шапиро, 1938; О.А. Петрова, 1955; А.В.Краев, 1957, 1959, 1961 и др./ показали, что строение мочевого пузыря, архитектонику его кровеносной и лимфатической систем нужно исследовать в связи с функцией и развитием органа как целого.

Мочевой пузырь - непарный мышечный орган, представляет собой эластический резервуар для мочи, в полость которого открываются два мочеточниковые отверстия /устья/ и начинается мочеиспускательный канал; залегает он в переднем отделе малого таза /Р.Д.Синельников/ между верхними мочевыми путями и мочеиспускательным каналом. Положение мочевого пузыря весьма изменчиво; согласно В.Н.Шевкуненко, он может располагаться с наклоном к симфизу -

симфизиопетальное положение, или к крестцу – сакропетальное положение. Это имеет важное практическое значение; в первом случае – оперативный доступ осуществим легче со стороны брюшной стенки, во втором – со стороны промежности.

Форма, величина и взаиморасположение мочевого пузыря с соседними органами и тканями различны и зависят от возраста, функционального состояния и патологического процесса. У новорожденных и у детей на первом году жизни мочевой пузырь имеет веретенообразную форму и находится почти целиком в брюшной полости, поднимаясь на 2–3 см выше лонного сочленения. В малом тазу находится лишь нижняя часть пузыря – шейка с внутренним отверстием мочеиспускательного канала. В возрасте от I года до I2 лет дно мочевого пузыря располагается на уровне нижней трети лонного сращения /А.Н.Габузов/. Смещение мочевого пузыря в малый таз заметно выражено между I4 и I6 годами жизни /Г.Ф.Иванов/.

У взрослого человека пустой мочевой пузырь имеет шаровидную форму; наполненный пузырь напоминает яйцевидную форму. Размеры его также различны: у женщин передне-задний размер меньше, а поперечный больше; у мужчин, напротив, передне-задний размер больше, поперечный меньше. При наполненном пузыре передняя стенка его обращена к симфизу и внутренней поверхности передней брюшной стенки; задняя стенка обращена отчасти в брюшную полость, отчасти расположена на дне малого таза. Пустой пузырь лежит целиком на

диафрагме таза. Мочевой пузырь непосредственно связан с мочеиспускательным каналом, предстательной железой и семенными пузырьками у мужчин, с влагалищем и шейкой матки - у женщин.

В практической работе анатомическим определением формы мочевого пузыря не всегда приходится пользоваться. При клиническом исследовании больного чаще пользуются рентгенологическим методом; применяется цистография либо с контрастными веществами /10-15% раствор сергозина, 25% - бромистый натрий, 15% раствор серно-кислого бария/, либо с воздухом /пневмоцистография/. Они дополняют доинструментальные и инструментальные методы исследования больного, дают возможность получить ценные сведения о состоянии мочевого пузыря, в частности при злокачественных опухолях.

Нормальный мочевой пузырь на цистограмме чаще имеет овальную /яйцевидную/ форму /рис.1/; контуры мочевого пузыря хорошо выражены, однако наблюдаются нередко и другие его очертания.

При патологических состояниях мочевого пузыря форма и контуры его стенок меняются, в особенности при опухолях /рис.2/.

В наполненном мочевом пузыре различают три отдела. Верхушку, обращенную вперед и вверх /у новорожденных она соответствует урахусу, у взрослых - средней пупочной связке/; основание /дно/ - нижне-задний отдел - обращено у мужчин к прямой кишке и лежит на дне малого таза, а у



Рис.I. Мочевой пузырь яйцевидной формы

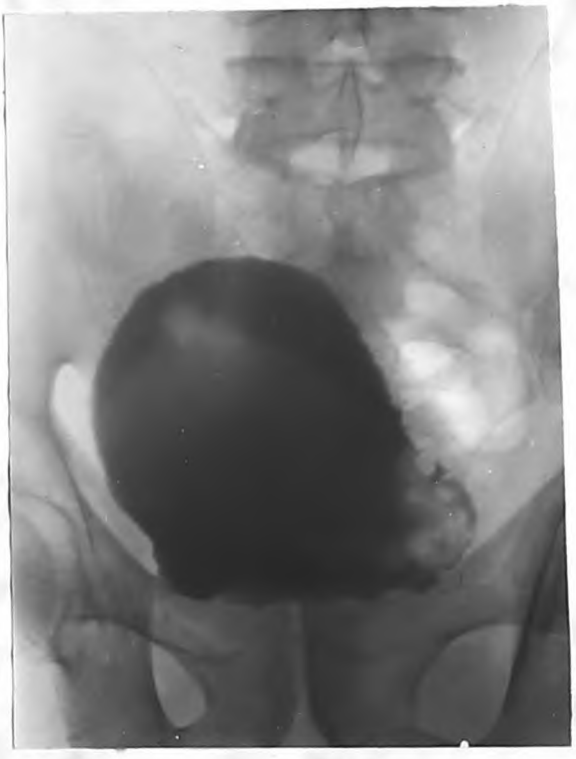


Рис.2. Мочевой пузырь деформирован при поражении его раковой опухолью

женщин – к влагалищу и шейке матки; тело – участок между основанием и верхушкой. Выделяют отдельно шейку пузыря /передне-нижняя часть/, переходящую во внутреннее отверстие мочеиспускательного канала. Это деление пузыря на отделы условное: границы между ними провести не удается.

Из практических соображений целесообразнее различать переднюю, заднюю и боковые стенки мочевого пузыря, а также шейку, т.к. в связи с соответствующей локализацией опухоли приходится производить резекцию той или иной стенки.

Емкость мочевого пузыря у здорового человека индивидуально различна и зависит от ряда обстоятельств: пола, возраста, психического состояния, индивидуальной чувствительности мочевого пузыря /у женщин она больше, чем у мужчин/. Различают физиологическую и анатомическую емкость мочевого пузыря. Нормальная физиологическая емкость у взрослого человека по данным Н.А.Батуева /1887, 1890/ для обоих полов составляет в среднем 350 мл /от 200 до 500 мл/. По данным Р.М.Фронштейна – 250 – 300 мл. И.Н.Шапиро указывает цифры 150–300 мл. Дальнейшее скопление мочи в пузыре вызывает чувство полноты, затем переходит в позыв к мочеиспусканию. Анатомическая емкость мочевого пузыря может доходить до 800–1000 мл /И.Н.Шапиро/. При заболеваниях мочевого пузыря емкость его резко колеблется: начиная от микроцистис при туберкулезе, она достигает 1000–2000 мл и

больше при атонии мочевого пузыря.

По отношению к брюшине мочевой пузырь расположен мезоперитонеально. Сзади, к наиболее сложному отцелу /основанию/ пузыря у мужчин прилегают семенные пузырьки, кнутри от них - семявыносящие протоки, а ниже, охватывая отцел мочеиспускательного канала,- предстательная железа /рис.3/.

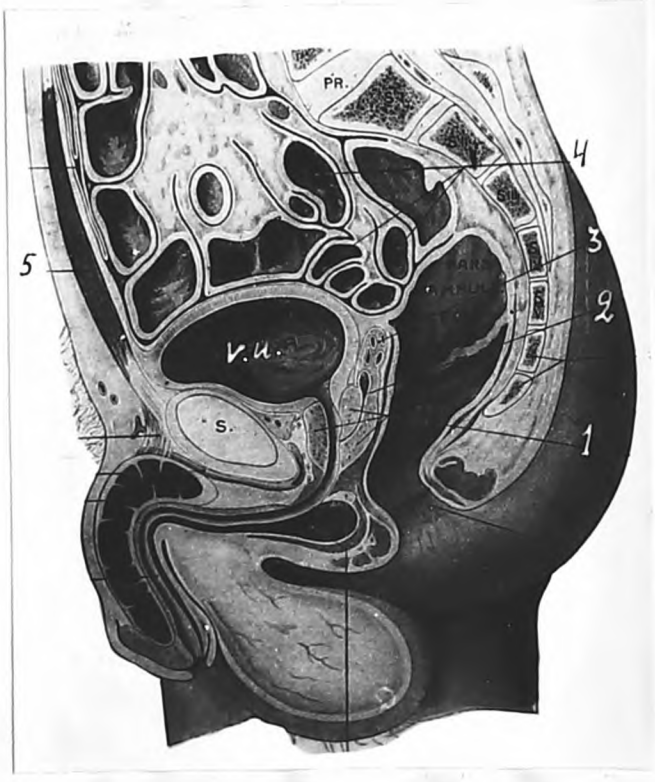


Рис.3. Взаимоотношение мочевого пузыря с окружающими органами у мужчин /из Корнинга/

- мочевой пузырь. I- предстательная железа; 2 - семявыносящий проток; 3 - семенные пузырьки; 4- петли тонких кишок; 5- прямая мышца живота. - лобковая кость.

У женщин основание /дно/ мочевого пузыря прилегает к передней стенке влагалища и к шейке матки /рис.4/. Дно

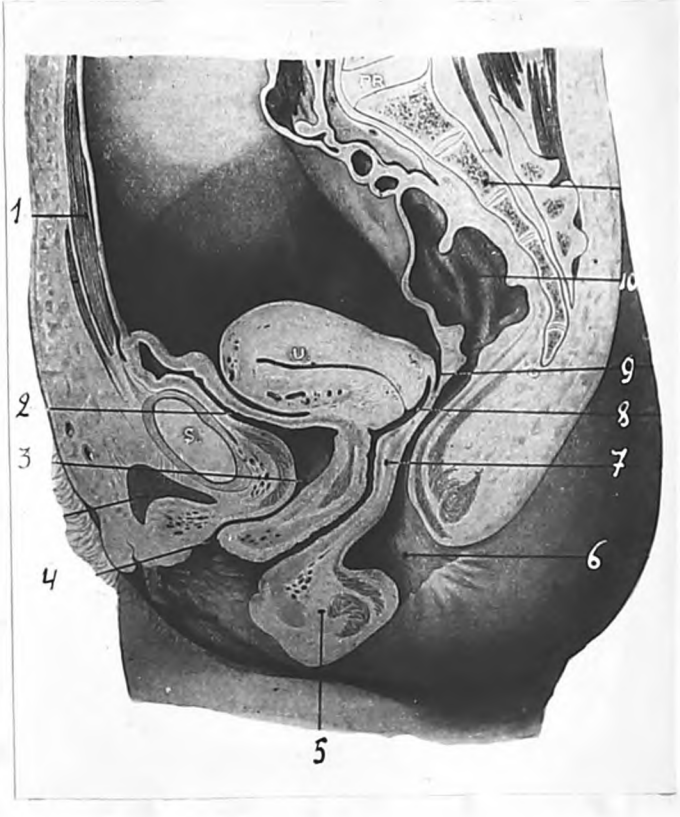


Рис.4. Взаимоотношение мочевого пузыря с окружающими органами у женщин /из Корнинга/

I – прямая мышца живота; 2– мочевой пузырь; 3– внутреннее отверстие уретры; 4– наружное отверстие уретры; 5– промежность; 6– анальное отверстие; 7– задняя стенка влагалища; 8– свод влагалища; 9– задний Дугласов карман; I0– ампула прямой кишки. S. – лобковая кость; U. – матка.

мочевого пузыря окружено рыхлой соединительной клетчаткой, сзади и с боков – мочеполовым венозным сплетением.

Передняя стенка покрыта тонкой фасцией и прилежит к поперечной фасции живота. Верхушка, задняя и отчасти боковые стенки мочевого пузыря покрыты брюшиной; она образует в этих отделах его серозный покров. У мужчин брюшина сзади переходит на прямую кишку, а у женщин – на матку. С верхушки и боковых стенок пузыря брюшина переходит в пристеночный листок; по верхнему краю его она образует поперечную пузырную складку /переходную/. При наполнении пузыря жидкостью эта складка свободно смещается кверху, мочевой пузырь продвигается между брюшиной и передней стенкой живота, растягивая вместе с тем заложенную здесь рыхлую клетчатку, поскольку пузырная складка не фиксирована в какой-либо плоскости. По исследованиям Н.И.Пирогова и Тейло /Tillaux /, смещение пузырной складки от верхнего края симфиза возможно на протяжении 4–5 см. Это имеет важное практическое значение, так как здесь можно обнажить мочевой пузырь, не рискуя поранить брюшину; доступ к пузырю становится внебрюшинным. Между передней стенкой пустого пузыря и задней поверхностью лонного сочленения имеется превезикальное пространство /Cavum Retzii/, выполненное жировой клетчаткой.

При многих операциях /резекция при раке, дивертикуле и т.д./ для создания более удобного оперативного доступа прибегают к экстраперитонизации пузыря, так как брюшина, за исключением вершины, повсюду соединена с мочевым пузырем рыхлой клетчаткой. Однако необходимо помнить, что он

наиболее подвижен только в пределах передне-верхней, верхне-задней и верхне-боковой стенок. Основание мочевого пузыря фиксировано к тазовой диафрагме посредством предстательной железы, а также задним отделом уретры у мужчин; у женщин оно фиксировано к влагалищу и к шейке матки. Кроме того, фиксация мочевого пузыря осуществляется пузырнолонными связками, начинающимися на задней стороне лонного сочленения и прикрепляющимися на Spinae ischiadicae ; на своем пути они тесно срастаются с мочевым пузырем и передним краем предстательной железы. Вершина мочевого пузыря также фиксирована к задней поверхности передней брюшной стенке посредством средней пузырно-пупочной связки /урахус/ и двумя боковыми пузырно-пупочными связками /заросшие пупочные артерии/. Однако соединение их с мочевым пузырем настолько ничтожное, что едва ли они могут играть роль в его укреплении, так как при экстраперитонизации пузыря он легко отделяется от брюшины.

Стенка мочевого пузыря состоит из трех слоев: наружного - соединительной и серозной ткани /брюшина/, среднего - мышечной ткани и внутреннего - слизистой оболочки. Стенка пузыря неравномерна по толщине, поэтому она неодинаково растяжима. В сокращенном состоянии толщина ее достигает I,5 см, в растянутом - не более 2-3 мм /Г.Ф.Иванов, В.Н.Тонков/.

По отношению к мышечному слою слизистая оболочка

очень подвижна, чему способствует наличие между ними рыхлого клетчаточного слоя. При наполнении мочевого пузыря жидкостью слизистая оболочка становится гладкой /рис.5/,

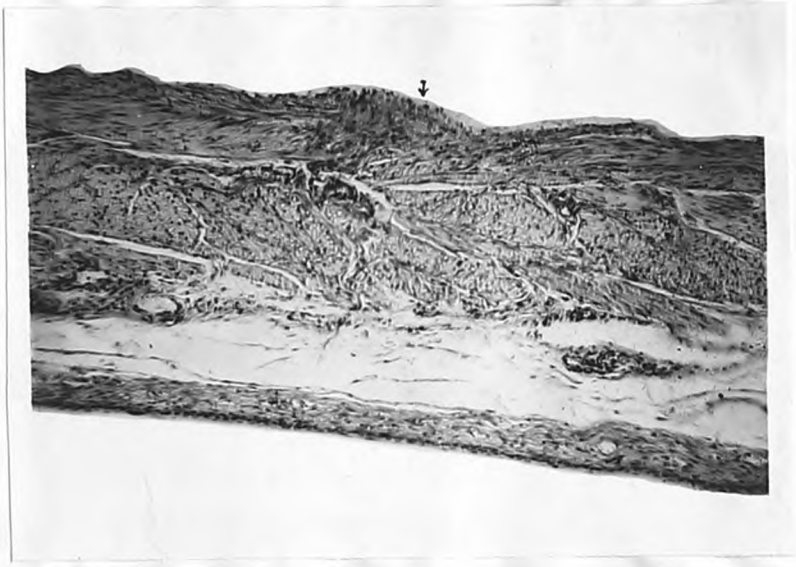


Рис.5. При растянутой стенке мочевого пузыря слизистая оболочка его гладкая, эпителиальный пласт утончен /показано стрелкой/.
Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 5 х об.8.

при пустом или умеренно наполненном - она собирается в многочисленные складки /рис.6/, за исключением пузырного треугольника Льётo, расположенного на задней стенке дна мочевого пузыря. Слизистая оболочка не растягивается и всегда бывает гладкой. Между нею и мышечным слоем на протяжении всего треугольника рыхлая подслизистая клетчатка отсутствует, поэтому эти слои сращены между собой непосред-

ственно.



Рис.6. При умеренном наполнении мочевого пузыря появляются складки на слизистой оболочке /I /. Эпителиальный пласт выражен лучше /2 /. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 5 х об.I0.

Основанием пузырного треугольника является межмочеточниковая складка, вершину его составляет внутреннее отверстие мочеиспускательного канала. У мужчин треугольник выражен рельефнее, чем у женщин. К задней поверхности его у мужчин прилежит предстательная железа, а у женщин - влагалище.

Мышечный слой стенки мочевого пузыря состоит из трех нерезко разграниченных пучков гладких мышечных волокон, расположенных слоями в различных направлениях. Наружный и

внутренний мышечные слои имеют продольное направление пучков; они выражены одинаково на передней и задней стенках пузыря. На боковых стенках, в особенности в нижнем отделе, эти слои почти отсутствуют. Пучки наружного мышечного слоя начинаются от лобка, прямой кишки и предстательной железы у мужчин и передней стенки влагалища у женщин. Они идут по задней и передней поверхности мочевого пузыря, достигают его верхушки, где уже выражены нечетко. Передняя стенка шейки пузыря посредством мышечных пучков наружного мышечного слоя соединяется с задней поверхностью лобковой кости у мужчин. У женщин эти мышечные пучки начинаются около внутреннего отверстия уретры. Сзади этот слой мышечных волокон у мужчин продолжается в прямокишечно-пузырную мышцу и вплетается в мышечный слой прямой кишки. У женщин они идут справа и слева от пузыря к шейке матки, часть мышечных волокон образует вокруг влагалища петлю.

Средний мышечный слой более развит и имеет циркулярное направление волокон. Пучки мышечных волокон начинаются у верхушки и идут вокруг оси до середины основания мочевого пузыря /рис.7/. Наибольшее скопление мышечных пучков этого слоя расположено между мочеточниковыми отверстиями, образующих мочеточниковый валик, который составляет основание треугольника Льёто. Этот валик служит ориентиром при осмотре полости пузыря и отыскивании мочеточниковых отверстий. Вокруг отверстий мочеточников имеют-

ся образования, напоминающие сфинктер /В.Н.Тонков/. Часть мышечных пучков этого слоя кольцеобразно группируется около шейки пузыря; охватывая внутреннее отверстие мочеиспускательного канала, они участвуют в образовании внутреннего сфинктера мочевого пузыря /глацкий сфинктер/.

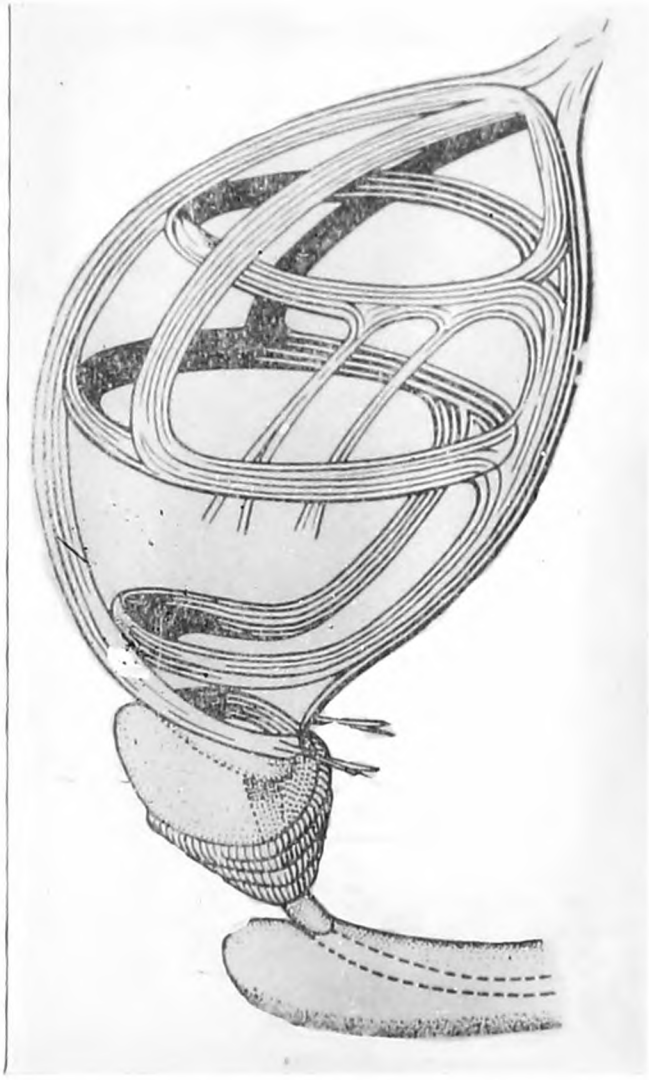


Рис.7. Направление хода мышечного слоя /продольное и циркулярное/ мочевого пузыря /из Г.Ф.Иванова/.

Деление мышечной стенки пузыря на слои условно, так как мышцы его не везде одинаково развиты. Более слабые места отмечаются на боковых и задней стенках; этим и объясняется более частый разрыв при травме /А.П.Цулукидзе/.

Некоторые авторы считают, что мышечная оболочка мочевого пузыря имеет сетчатое строение. П.Платонов /I858/, Гиртль /I882/, А.В.Краев /I957/ различают два слоя мышечных пучков на том основании, что третий, внутренний продольный слой представлен в виде редкой сетки, не образующей сплошного мышечного слоя.

Согласно М.П.Птохову /I953/, мышечные пучки мочевого пузыря соединены между собою многочисленными анастомозами. Поэтому они составляют как бы одну мышцу, одно целое. Этим обусловлено согласованное сокращение мышечных пучков.

Слизистая оболочка мочевого пузыря покрыта переходным эпителием. По своему строению он предствляется многослойно-многорядным эпителием. В нем различают клеточные зоны: базальную зону, состоящую из небольших клеток; промежуточную, клетки которой находятся на разных этапах дифференцировки, и покровную зону. Клетки покровной зоны имеют наибольшие размеры и нередко бывают многоядерными; они окрашиваются более интенсивно, чем клетки других зон. При растянутом пузыре базальные клетки расположены в один слой и один ряд /см.рис.5/, при среднем наполнении пузыря эпителиальный покров приближается к многорядному /рис.8/. В сокращенном пузыре поверхностный слой эпителия состоит



Рис.8. При умеренно растянутом мочевом пузыре базальные клетки расположены в несколько рядов /↑/. Окраска гемотоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.7 х об.I0.

из выпуклых клеток, которые как бы наползают друг на друга /рис.9/. Слизистая оболочка мочевого пузыря с мышечным



Рис.9. В сокращенном мочевом пузыре эпителиальный пласт более отчетливо выражен /I/, его элементы имеют многорядно-многослойное расположение. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 7 х об.20.

слоем соединена подслизистым клетчаточным слоем. Tunica propria его переходит без резкой границы в подслизистую оболочку, которая образована рыхлой тканью; в ней содержатся блуждающие клетки, иногда встречаются и солитарные лимфатические фолликулы /М.П.Птохов/.

У взрослых людей слизистая оболочка пузырного треугольника гладкая; в ней имеются железки ветвистого типа, напоминающие железистые элементы предстательной железы.

2. Кровоснабжение мочевого пузыря

Артериям, как источнику питания стенки мочевого пузыря, уделяется много внимания. Особенный практический интерес представляет кровоснабжение слизистой оболочки в связи с тем, что при любом заболевании пузыря, сопровождающемся кровотечением /опухоль, язва/, в первую очередь поражаются сосуды слизистой оболочки. Немаловажное значение оно имеет и при заживлении операционных ран.

Развитие хирургии вызвало необходимость точного изучения кровоснабжения стенки пузыря. Артерии мочевого пузыря впервые были описаны А.Н.Шумлянским в I782 г.

Многие авторы делили их по топографическому признаку: на верхние, нижние, передние и задние /Д.Вальтер, I855; И.Гиртль, I879; А.Панш, I888 и др./. Другие авторы /В.Краузе, I842; П.Платонов, I858; И.Генле, I868; Г.Корнинг, I923 и др./ их совсем не классифицировали. Д.Тасакис /Tasakhis, I920/ делил артерии пузыря на постоянные и непостоянные.

Отечественные авторы /А.А.Введенский, I893; И.П.Моц-

линский, I899/ впервые разделили артерии мочевого пузыря по функциональной их значимости на главные и добавочные. А.С.Золотухин /I934/ делит артерии пузыря на верхние, средние и нижние.

Довольно скудные сведения о топографии и архитектонике артериальной сети в стенке пузыря /внутриорганной/ существовали до последнего времени. В I95I г. Брайтвай /Braithwaite / привел более подробные данные. Ценные сведения по этому вопросу мы находим в работах О.А.Петровой /I955/ и А.В.Краева /I957/. На основании анатомических исследований 2I7 препаратов мочевых пузырей О.А.Петрова показала, что все отделы мочевого пузыря /верхушка, тело и основание/ следует рассматривать как единое целое. Так же как и А.С.Золотухин, О.А.Петрова установила наличие трех парных главных артериальных коллекторов, подходящих к мочевому пузырю: верхние, средние и нижние пузырные артерии. Верхний отдел пузыря /верхушка/ получает артериальные сосуды от среднего отдела пупочной артерии, прилегающей к верхней и средней частям пузыря. Нижний отдел - основание, пузырный треугольник, пузырная часть мочеточников - получают артерии из проходящих здесь запирательной, внутренней срамной, предстательной /у мужчин/ и маточной /у женщин/ артерий. К этому же отделу, как правило, подходят и нижние пузырные артерии, являющиеся ветвями подчревных артерий. К телу пузыря подходят тонкие веточки от средней прямокишечной артерии.

Из этого можно сделать вывод, что каждая пара артерий питает преимущественно тот отдел мочевого пузыря, к которому они подходят. Однако такое деление условное. О.А.Петрова указывает, что, хотя имеется соответствие между количеством главных артерий пузыря и его анатомическими отделами, на передних и задних поверхностях органа основные стволы главных артерий и их ветви между собой анастомозируют в широких пределах. Эти данные находятся в соответствии с результатами, полученными экспериментально еще В.А.Оппелем /I9II/, А.В.Мельниковым /I929/, которые первые разрабатывали вопрос о коллатеральном кровообращении.

Ход артерий в мышечной оболочке тела и верхушки мочевого пузыря соответствует направлению мышечных слоев. Мельчайшие артерии, сопровождая мышечные пучки, оплетаются лимфатическими капиллярами в верхнем отделе пузыря /верхушка, тело/ /А.В.Краев/. Диаметр и количество артериальных сосудов зависят от толщины мышечного слоя стенки пузыря: чем толще слой, тем большее число сосудов и тем шире их диаметр. Чем меньше развит мышечный слой, тем меньшее число артерий, тем нежнее артериальная сеть /О.А. Петрова/.

Капиллярная сеть артерий располагается подэпителиально, между эпителием и tunica propria. Слизистая оболочка мочевого пузыря на всем протяжении представлена тонкой артериальной сетью. Она состоит из мелких извилистых со-

сосудов, которые располагаются в различных направлениях. Обилие артериальных сосудов придает слизистой оболочке ярко красный цвет.

Некоторые авторы /В.Вальцейер, 1898; Н.И.Чижов, 1926; Н.В.Грудынский, 1927; В.Н.Тонков, 1945/ считают, что основание мочевого пузыря обеспечено кровоснабжением лучше, чем верхушка. Напротив, О.А.Петрова указывает, что все отделы пузыря получают одинаковое питание кровью, что подтверждается наличием большого количества анастомозов между всеми артериями, и, чем старше возраст, тем рельефнее развиты анастомозы. В возрасте старше 60 лет картина артериального русла становится уже беднее.

Таким образом, артериальная система мочевого пузыря претерпевает в жизни человека существенные изменения, соответствующие возрастной изменчивости.

3. Венозная система

Венам мочевого пузыря в руководствах по нормальной анатомии отводится скромное место. Между тем венозная система участвует в обмене веществ, по венам происходит распространение инфекции, токсинов и метастазирование опухолевых клеток.

Вены мочевого пузыря многочисленны, они не сопровождают одноименные артерии. Вены анастомозируют между собой в широких пределах и образуют густую венозную сеть. Исследованиями Г.З.Инасаридзе /1939/, А.П.Надеина /1939/ уста-

новлено, что венозная система мочевого пузыря превышает артериальную в 15-20 раз. Поэтому при патологических состояниях мочевого пузыря легко наступают застойные явления в нем, неизбежно распространяющиеся и на венозные сплетения органов малого таза.

Вены мочевого пузыря непосредственно связаны с венами предстательной железы, семенных пузырьков и семявыносящих протоков, начального отдела мочеиспускательного канала у мужчин и венозными сплетениями параметрия у женщин. На наружной поверхности указанных органов из слияния венозных сосудов образуются венозные сплетения. Последние образуют на задней поверхности предстательной железы и в зоне основания мочевого пузыря общее венозное сплетение, названное А.Н.Максименковым /1949/ мочеполовым. Наиболее мощная сеть его располагается на задней стенке основания мочевого пузыря и вдоль семенных пузырьков. Менее выражено оно в предпузырной клетчатке между пузырем и симфизом /санториневое сплетение/.

Отток венозной крови от мочевого пузыря осуществляется различными путями. Преобладание того или другого пути оттока крови зависит от различия строения мочеполового венозного сплетения.

А.Н.Максименков делит мочеполовое венозное сплетение, в зависимости от его строения, на сетевидное и разобщенное. В первом случае оно имеет большое количество связей с париетальными венами таза при условии, когда достаточно раз-

виты средние геморроидальные вены. В этом случае мочеполовое венозное сплетение всегда анастомозирует со средними геморроидальными венами. При разобщенном типе мочеполовое венозное сплетение выражено слабо, венозные сосуды идут раздельно, анастомозы между ними почти отсутствуют. Среднегеморроидальные вены либо развиты слабо, либо совсем отсутствуют.

При сетевидном строении мочеполового венозного сплетения отток крови осуществляется в нижнюю полую вену и через средние геморроидальные вены в воротную /порта-кавальная система/. Кроме того, мочеполовое венозное сплетение непосредственно анастомозирует с запирательными и наружными подвздошными венами. При разобщенном строении венозных стволов мочеполового сплетения отток крови осуществляется лишь в подчревные вены, в которые впадают вены сплетения. Порта-кавальные анастомозы либо отсутствуют, либо развиты настолько слабо, что отток крови в портальную систему почти не происходит.

Отток крови от органов малого таза может осуществляться и по восходящим поясничным венам и позвоночному венозному сплетению.

Следует отметить, что главный и основной путь оттока венозной крови из мочеполового сплетения и от органов малого таза в целом осуществляется в систему нижней полой вены.

4. Лимфатическая система мочевого пузыря

Лимфатическая система играет большую роль в физиологической функции организма, она участвует в обмене веществ, по ней происходит распространение инфекции, токсинов и метастазирование опухолевых клеток. Регуляция лимфатической системы находится под непосредственным влиянием гуморальной и нервной систем.

О существовании лимфатических сосудов мочевого пузыря и предстательной железы, связях их между собой, упоминает Воск /Vosk , I828/. Саппей / Sappey ,I884/ и Герота /Gerota , I896, I897/ анатомическими исследованиями подтвердили его данные. Герота описал сплетение отводящих лимфатических сосудов, расположенное на наружной поверхности мышечного слоя мочевого пузыря у человека, а также наличие связей между лимфатическими сосудами последнего с лимфатическими сосудами прямой кишки. О наличии лимфатических сосудов в мышечном слое мочевого пузыря человека упоминают супруги Хогган /Z.A.F. Hoggan, I88I/, Альбарран /I892/, Пасто / Pasteau , I898/, Лендорф / Lendorf, I90I/, Пауэль /Powell, I944/. О наличии лимфатических сосудов в мышечном слое мочевого пузыря у млекопитающих упоминают Фоманн / Fhomann , I840/, Крювелье / Cruveilhier , I843/, Тесто / Testut,I90I/.

По данным Р.Л.Герценберга и К.Д.Балясова /I927/, И.Н. Шапиро /I933/, Аргуэлло-Сервантеса /Arguello - Cervantes, I929/, Рувьера /Rouvier , I932/, мышечный слой мочевого пузыря человека содержит богатую сеть лимфатических капил-

ляров, вливающихся в поверхностное лимфатическое сплетение, которое образовано более крупными лимфатическими сосудами.

Хогган, Саппей, Альбарран, Герота, Пасто, Баум /Baum , 1923/, А.П.Надеин /1931/, Г.Ф.Иванов /1949/, И.А.Солдатченков /1954/ не видели лимфатических капилляров в слизистой оболочке мочевого пузыря человека; Р.А.Герценберг и К.Д. Балясов обнаружили их при микроскопическом исследовании. Они отметили, что наиболее богато лимфатические капилляры представлены в пузырном треугольнике и шейке мочевого пузыря.

М.П.Батунин /1940/, Р.А.Курбская /1942/ видели анастомозы лимфатических сосудов между треугольником Льёто и простатической частью мочеиспускательного канала.

Тесто отрицает наличие лимфатических капилляров в серозной оболочке, покрывающей мочевой пузырь. Напротив, Кромер /1904/ и Р.А.Курбская показали, что в брюшине /серозной оболочке/ над мочевым пузырем имеются лимфатические капилляры в виде однослойной тонкопетлистой сети.

а/ Внутриорганные лимфатические сосуды

В последнее время А.В.Краев /1956,1957/, пользуясь методом полихромной интерстициальной инъекции, на 124 препаратах мочевого пузыря мужчин, взятых на секции, изучил архитектонику и гистотопографию внутриорганной лимфатической системы и взаимоотношение ее с кровеносными сосудами всех слоев пузыря в связи с возрастом и функцией органа.

С целью изучения локальных особенностей строения внутриорганной части лимфатической системы, А.В.Краев разделил мочевой пузырь на ряд областей: на верхушку, тело, район пузырного треугольника и внутреннее отверстие мочеиспускательного канала. При микроскопическом исследовании окрашенных и просветленных препаратов мочевых пузырей он обнаружил и описал лимфатические капилляры в слоях стенок во всех отделах мочевого пузыря и показал, что слизистая оболочка на всем протяжении пузыря имеет лимфатические капилляры в виде сетей, по своему строению и топографии не одинаковых в различных отделах мочевого пузыря.

Согласно А.В.Краеву, слизистая оболочка внутреннего отверстия мочеиспускательного канала представлена однослойно^и сетью лимфатических капилляров в виде замкнутых, овальной формы, петель с ориентацией их в сагитальном направлении уретры; они непосредственно переходят в лимфатические капилляры слизистой оболочки простатической части мочеиспускательного канала. На расстоянии I- I,5 см от внутреннего отверстия уретры, направляясь вверх пузыря, однослойная сеть лимфатических капилляров слизистой оболочки приобретает двухслойное строение и на протяжении пузырного треугольника имеет поверхностную и глубокую сети. Поверхностная сеть лимфатических капилляров располагается в поверхностном слое слизистой оболочки, а глубокая сеть - в глубоком слое ее. Обе эти сети идут параллельно слизистой оболочке в сагитальном направлении, снизу вверх, а на

границе тела, выше межмочеточникового валика, поверхностная лимфатическая сеть как бы исчезает и становится однослойной; в этой форме она продолжается на протяжении тела и верхушки мочевого пузыря.

Таким образом, слизистая оболочка шейки, тела и верхушки мочевого пузыря имеет однослойную сеть лимфатических капилляров, слизистая оболочка треугольника пузыря представлена двухслойной сетью лимфатических капилляров.

Поверхностная и глубокая сети лимфатических капилляров слизистой оболочки треугольника прямыми и косыми анастомозами соединяются между собой. Из них возникают отводящие лимфатические сосуды I порядка; соединившись с лимфатическими сосудами мышечного слоя, они создают отводящие лимфатические сосуды II порядка. Последние в мышечном слое идут к боковым краям треугольника; пройдя мышечный слой, они вступают в сплетение отводящих лимфатических сосудов, расположенное на наружной поверхности мышечного слоя в районе треугольника.

Лимфатические сосуды основания треугольника идут параллельно межмочеточниковому валику и соединяются с кольцевидными лимфатическими капиллярами в области устьев мочеточников

В толще межмочеточникового валика лимфатические капилляры идут вдоль мышечных пучков. Лимфатические капилляры мышечного слоя треугольника широко анастомозируют с лимфатическими капиллярами предстательной железы.

Отводящие лимфатические сосуды слизистой оболочки всех сегментов мочевого пузыря располагаются в рыхлой клетчатке между слизистым и мышечным слоями /в подслизистом слое/ и идут на протяжении 2-3 см параллельно слизистой оболочки вдоль кровеносных сосудов, потом вступают в сплетение лимфатических капилляров мышечного слоя.

Лимфатические капилляры слизистой оболочки треугольника направляются и к лимфатическим капиллярам слизистой оболочки района устьев мочеточников, к которым подходят также и лимфатические капилляры от боковых сторон треугольника; соединившись между собой анастомозами, они образуют вокруг мочеточниковых отверстий кольцевидные лимфатические капилляры. От последних отходят лимфатические сосуды и идут в слизистой оболочке вдоль кровеносных сосудов к верхушке мочевого пузыря.

Лимфатические капилляры внутреннего и наружного продольного мышечных слоев идут параллельно ходу мышечных волокон в каждом слое самостоятельной лимфатической сетью. Лимфатические капилляры циркулярного /внутреннего/ мышечного слоя большей частью не идут вдоль мышечных волокон, петли их неопределенной формы.

В области верхушки мочевого пузыря лимфатические капилляры не распределяются по слоям; здесь они имеют единую сеть, располагаясь в толще мышечного слоя. Это связано с тем, что в области верхушки пузыря происходит перекрещивание всех мышечных слоев. Мышечные пучки и соединительная

ткань переплетаются между собой в единую сетку.

В каждом слое мочевого пузыря образуются отводящие лимфатические сосуды I,II и III порядков, слившись прямыми и косыми анастамозами, из них возникает лимфатическое сплетение на наружной поверхности мышечного слоя, а из последнего возникают внеорганные отводящие лимфатические сосуды мочевого пузыря.

А.В.Краев указывает, что в одних случаях внеорганные лимфатические сосуды во всех возрастных группах начинаются в нижней части передней стенки мочевого пузыря, затем они могут подниматься вверх до середины его тела, потом уходят вправо или влево. У боковых стенок пузыря эти лимфатические сосуды соединяются с отводящими лимфатическими сосудами задней стенки или с лимфатическими сосудами брюшины, покрывающей мочевой пузырь. В других же случаях внеорганные отводящие лимфатические сосуды нижней и средней частей передней стенки сразу же направляются к боковым краям мочевого пузыря и соединяются здесь только с отводящими лимфатическими сосудами задней стенки пузыря.

От передней и задней стенок верхушки мочевого пузыря отводящие лимфатические сосуды спускаются вниз, чаще всего по боковым стенкам и идут до места впадения в мочевой пузырь мочеточников. Тут они соединяются с отводящими лимфатическими сосудами дна пузыря и с лимфатическими сосудами нижней трети мочеточника.

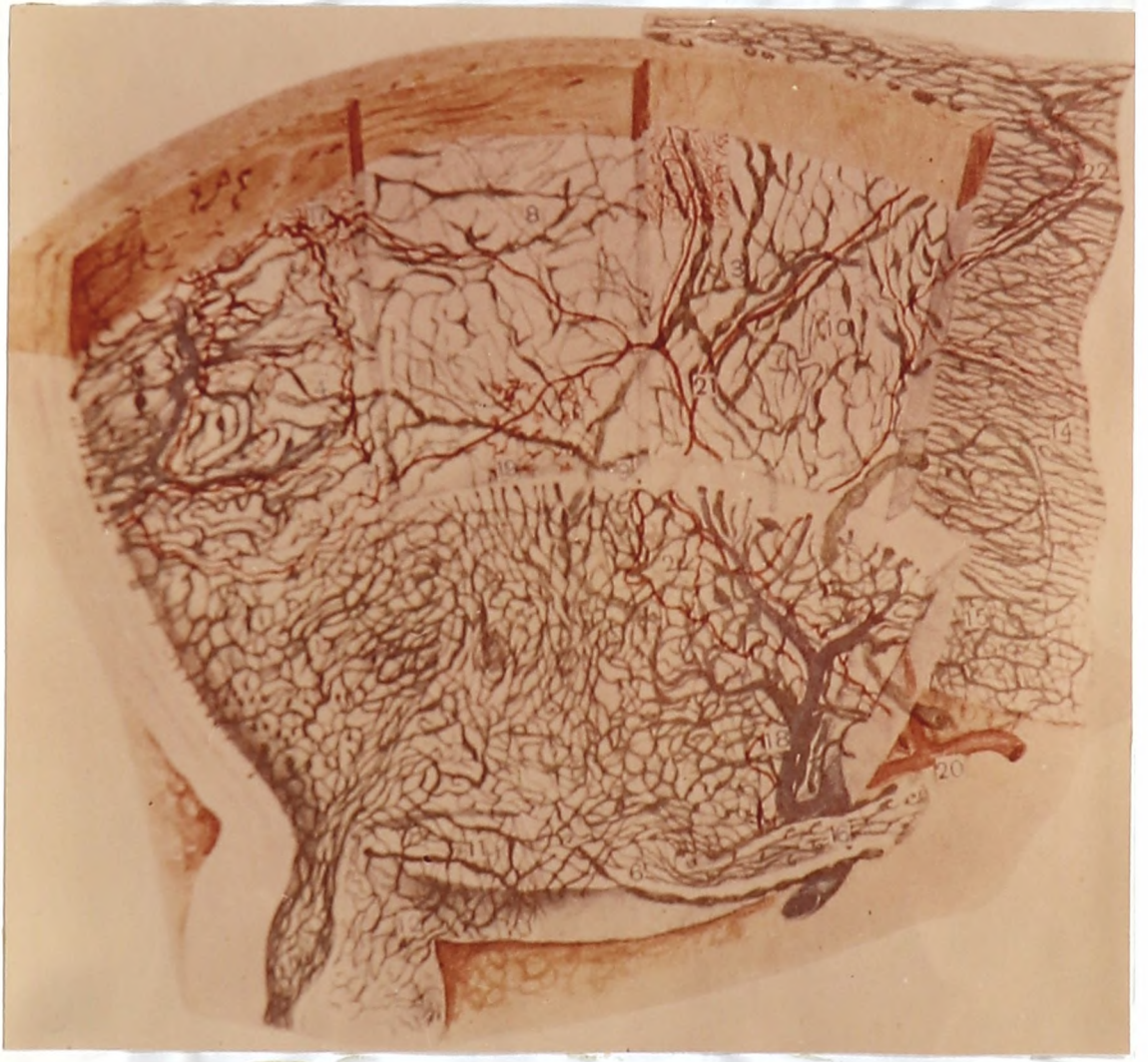


Рис.10. Мочевой пузырь. Схема взаимоотношений кровеносной и лимфатической системы мужского мочевого пузыря /по А.В.Краеву, 1956/.

От задней стенки тела и пузырного треугольника внеорганные отводящие лимфатические сосуды, как правило, идут к боковым сторонам мочевого пузыря, где они сливаются с отводящими лимфатическими сосудами брюшины; к верхушке пузыря эти лимфатические сосуды не направляются. В серозной оболочке А.В.Краев описал две сети лимфатических капилляров: поверхностную и глубокую. Капилляры поверхностной лимфатической сети часто анастомозируют с капиллярами глубокой сети, из которой возникают отводящие лимфатические сосуды I порядка, идущие,как правило, в поперечном направлении к оси мочевого пузыря вправо и влево от средней линии рядом с кровеносными сосудами. Сосуды I порядка образуют отводящие лимфатические сосуды П и Ш порядков; последние соединяются анастамозами и идут рядом с кровеносными сосудами или на свою или на противоположную сторону. У боковых стенок пузыря из отводящих сосудов Ш порядка образуются отводящие сосуды IУ порядка, которые сливаются с отводящими лимфатическими сосудами всех слоев стенки мочевого пузыря.

Таким образом, на основании анатомических исследований А.В.Краев изучил форму, строение, локальные особенности и топографию внутриорганной лимфатической системы всех слоев стенки мочевого пузыря; тем самым разрешил ряд спорных вопросов, в частности, описал наличие лимфатических капилляров в слизистой оболочке и в брюшине, покрывающей верхушку пузыря, и тесную их связь между лимфатическими капиллярами всех слоев стенки, как единое целое в связи с

возрастом и функцией органа. Его данные дополняют учение о лимфатической системе мочевого пузыря у человека и имеют большое практическое значение для клиники.

Однако Реньи-Вамош /1960/ при гистологическом исследовании не нашел в слизистой оболочке и подслизистом слое лимфатических сосудов. Первые лимфатические капилляры в небольшом количестве, по его мнению, расположены в соединительной ткани мышечного слоя. Отводящие лимфатические сосуды проникают из мышечного в субсерозный слой. Автор утверждает, что опухоли, исходящие из слизистой оболочки и подслизистого слоя мочевого пузыря, как правило, метастазов не дают, тогда как опухоли, расположенные в мышечном слое, быстро метастазируют.

б/ Экстраорганные лимфатические сосуды

Внеорганной части лимфатической системы – отводящим лимфатическим сосудам и регионарным лимфатическим узлам органов брюшной полости и забрюшинного пространства – посвящена обширная литература /П.Фридолин, 1872; Ф.А.Стефанис, 1904; Д.Зернов, 1906; Г.М.Иосифов, 1914,1930; А.Н. Сызганов, 1926, 1929, 1932, 1940; Е.В.Огнев, 1929,1936; Ф.И.Пожарийский, 1929,1931,1934; Д.А.Жданов, 1937,1940, 1945,1957; М.П.Батунин, 1939; А.В.Борисов, 1953; И.А.Великоречин, 1953; И.С.Кудрин, 1953; Краузе, 1842; Крувельье-Cruvielhier.,1843; Арнольд – Arnold ,1876; Догель – Dogiel A.1880; Саппей,1885; Герота,1885,1896,1897,1902 и др./

Специальному изучению топографии отводящих лимфатиче-

ских сосудов и регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря, связей его лимфатической системы с лимфатическими сосудами смежных с пузырем органов посвящено небольшое количество работ /Р.А.Курбская, 1942; Е.Н.Григорьева, 1949; И.А.Солдатченков, 1954; Е.П.Спиридонова, 1956; Е.Н.Оленева, 1959; Герота, Кромер – Kroemer P , 1904; Бартельс – Bartels P. , 1909; Аргуэлло –Сервантес, 1928; Рувьер – Rouvieire H. ,1932; Пауэлл, 1944 и др./.

Согласно работам указанных авторов, лимфатическая система мочевого пузыря тесно связана с лимфатической системой предстательной железы, семенных пузырьков, семенных канатиков, прямой кишки у мужчин, матки и ее придатков и прямой кишки – у женщин.

Герота, Кромер, Бартельс делят отводящие лимфатические сосуды мочевого пузыря на сосуды передней и задней стенок, которые берут свое начало от мелкой лимфатической сети наружного мышечного слоя, затем сливаются в более крупные стволы, идущие по боковой стенке пузыря параллельно ходу пупочной артерии, проходя лимфатические узелки, лежащие непосредственно у боковых стенок органа. Эти лимфатические узелки названы Вальдейером limphoglandule vesicales laterales. . Дальше лимфатические сосуды вступают в лимфатические узелки, лежащие в жировой клетчатке между мочевым пузырем и симфизом, затем покидают их. Эти мелкие лимфатические узелки обнаружены и названы Герота /1902/ limphoglandule vesicales anteriores.. Французские авторы

называют эти лимфатические узелки паравезикальными /" Ganglions Paravesicales "/.

Рувьер паравезикальные лимфатические узелки делит на три группы: передние, задние и латеральные. Группа задних лимфоузлов располагается на задней стенке, передних - на передней, латеральные - располагаются по боковым стенкам мочевого пузыря.

Согласно описанию Герота, отводящие лимфатические сосуды, покинув стенку пузыря, вступают в паравезикальные лимфатические узелки; отсюда они идут к соответствующей стенке таза, где вливаются в лимфатические узлы, лежащие под наружной подвздошной артерией и у начала главного ствола подчревной артерии.

Немного нового об отводящих лимфатических сосудах мочевого пузыря мы находим у Ургуэлло-Сервантес и Рувьера. Они делят мочевой пузырь на три зоны: переднюю и заднюю, соответствующие передней и задней стенкам пузыря, и выделяют отдельно пузырный треугольник. Главные отводящие лимфатические коллекторы идут вдоль маточной артерии у женщин и пузырно-канатиковой артерии - у мужчин, затем вступают в лимфатические узлы внутренней и средней цепи лимфоузлов /limphoglandule iliaci inferiores/, лежащие под бифуркацией общей подвздошной артерии. Встречаются иногда добавочные отводящие лимфатические сосуды, впадающие в верхнюю цепь лимфатических узлов /limphoglandule iliaci superiores/, лежащие по ходу общей подвздошной артерии, а также в узлах

по ходу подчревной артерии / limphoglandule hypogastrici /.

От задней стенки мочевого пузыря отводящие лимфатические сосуды самостоятельными коллекторами направляются к внутренней и средней цепи лимфоузлов / limphoglandule iliaci inferiores. /, реже - они соединяются с основными лимфатическими сосудами пузырного треугольника и также впадают в эти лимфатические узлы.

От передней стенки мочевого пузыря лимфатические сосуды чаще всего идут вдоль средней пузырной артерии, на боковой стороне пузыря они соединяются с лимфатическими сосудами задней стенки и вместе с ними впадают в подвздошные лимфатические узлы.

Р.А.Курбская /1942/ методом полихромной внутритканевой инъекции красок с предельной полнотой изучила строение и топографию главных лимфатических узлов органов малого таза. В ее работе большое место отведено изучению лимфатической системы мочевого пузыря. Она описала сплетения лимфатических сетей на наружной поверхности этого органа, взаимосвязи лимфатических сплетений между собой на самом мочевом пузыре, а также формирование из них отводящих лимфатических сосудов.

Согласно данным Р.А.Курбской, на передней и задней стенках мочевого пузыря форма лимфатических петель имеет продольное направление, а в нижнем сегменте тела и основания мочевого пузыря - косое направление. Отводящие лимфатические сосуды мочевого пузыря, согласно Р.А.Курбской,

начинаются от сплетений, расположенных в подсерозном слое передней и задней стенок органа.

Отводящие лимфатические сосуды от верхушки и тела мочевого пузыря в большинстве случаев /27 и 31/ начинаются из лимфатической сети, расположенной в подсерозном слое пузыря; отсюда они идут в адвентициальном слое вниз и кнаружи, вдоль хода верхней и средней пузырных артерий. На боковой поверхности пузыря, в жировой клетчатке, они в большинстве случаев сливаются в один-два ствола, после чего в виде общих коллекторов покидают боковые стенки мочевого пузыря и вступают в латерально пузырные лимфатические узлы / limphoglandule vesicales laterales /. Покинув последние, отводящие лимфатические сосуды направляются к боковой стенке таза, где вливаются в нижние подвздошные лимфатические узлы нижней цепи /31 раз/ и в верхние подвздошные узлы /18 раз/. В других случаях отводящие лимфатические сосуды от верхушки, тела и основания мочевого пузыря на боковых стенках его сливаются в один-два ствола и также вступают в латерально пузырные лимфатические узлы.

Отводящие лимфатические сосуды от передней стенки мочевого пузыря нередко /в 10 из 31 случая/ прерываются во вставочных лимфатических узлах / limphoglandule vesicales anteriores/. В одних случаях они располагаются ближе к верхушке, в других – ближе к шейке пузыря.

Отводящие лимфатические сосуды основания и шейки мочевого пузыря чаще всего впадают в среднюю цепь нижне-под-

вздошных лимфатических узлов /I3 раз/, реже - в подчревные /6 раз/.

Лимфатические сосуды правой и левой сторон передней и задней стенок пузыря, согласно Р.А.Курбской, широко анастомозируют между собой и могут переходить с одной стороны пузыря на противоположную его сторону. В некоторых случаях /I6 раз/ имели место подобные анастомозы через подсерозные лимфатические сплетения.

По данным Р.А.Курбской, главным регионарным лимфатическим узлом мочевого пузыря является узел, лежащий на наружной поверхности общей подвздошной артерии около ее деления. Главными регионарными лимфатическими узлами для отводящих лимфатических сосудов передней стенки пузыря являются подчревные лимфатические узлы и внутренняя цепь нижних подвздошных лимфатических узлов.

Схема отводящих лимфатических сосудов не совпадает с картиной ветвления кровеносных сосудов пузыря, но топографически они держатся их направления. Р.А.Курбская показала, что лимфатическая система мочевого пузыря широко анастомозирует с лимфатической системой матки, влагалища и прямой кишки у женщин, предстательной железы и прямой кишки - у мужчин.

Таким образом, из исследований указанных авторов видно, что цель их изысканий сводилась в основном к изучению анатомии лимфатической системы, установлению путей оттока лимфы, связей лимфатических сосудов между органами брюшной

полости, топографии лимфатических узлов разных этапов без учета индивидуальных особенностей.

Прежние классификации лимфатических узлов органов брюшной полости и таза были основаны на топографических признаках: на отношении лимфатических узлов к крупным кровеносным сосудам, к органам или серозному покрову. Не учитывалось развитие органов и лимфатической системы в единой связи с кровеносной и нервной системами. Поэтому на основании указанных классификаций невозможно ответить на вопрос, почему именно здесь, а не в другом месте лежат лимфатические узлы того или иного органа. Это обстоятельство долго не могло удовлетворить запросы клиники.

в/ Классификация лимфатических узлов забрюшинного пространства

Началом изучения типовой анатомии лимфатической системы органов брюшной полости и таза явились работы Б.В.Огнева, А.Н.Сызганова и Ф.И.Пожарийского. В основу учения о лимфатической системе они положили варианты формы лимфатических сосудов и лимфоузлов, их топографию, гистологическое строение в зависимости от области человеческого тела или группы органов, связанных эмбриологически.

Б.В.Огнев /1936/, изучая пути оттока лимфы от яичника и червеобразного отростка, установил, что "кровоснабжение, лимфоотток и иннервация данных органов всегда связаны с определенным фрагментом /отделом/, соответствующим месту расположения зачатков органов в эмбриологической стадии".

Место начала кровеносных сосудов соответствующего органа указывает исходный пункт расположения его. Согласно Б.В. Огневу, топография лимфатических узлов какого-либо органа может широко варьировать, однако центральная группа лимфоузлов всегда лежит в пределах того фрагмента, где происходит закладка данного органа. Лимфатические узлы располагаются обычно на уровне корня артерии, снабжающей кровью органы соответствующего фрагмента, а также по ходу ствола и ее ветвей. Это положение целиком относится и к тем органам, которые меняют свое положение в процессе своего развития /кишечник, яичники, яички и др./. С этой точки зрения Б.В.Огнев разделил всю брюшную полость на 5 фрагмен - тов /отделов/, соответственно отхождению от аорты крупных артериальных стволов и нервных сплетений, идущих к органам.

I фрагмент соответствует месту отхождения чревной артерии;

П - место отхождения верхней брыжеечной артерии;

Ш- район отхождения почечных, надпочечных и внутренних семенных артерий;

IУ - место отхождения нижней брыжеечной артерии;

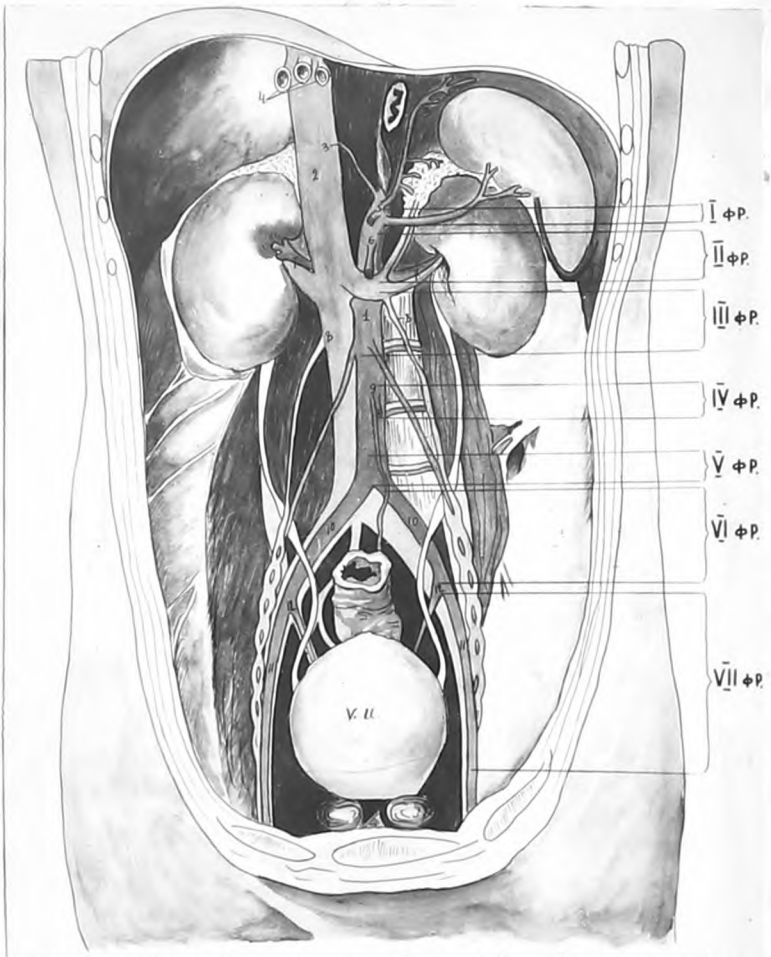
У - фрагмент соответствует уровню деления аорты.

Эта классификация лимфатической системы была дополнена Е.Я.Выренковым /1948/. Он выделил еще два фрагмента /отдела/ полости таза /УI, УП/:

УI фрагмент занимает район общих подвздошных артерий;

УП фрагмент соответствует району наружных подвздошных

и подчревных артерий /рис.II/.



1. Aorta abdominalis. 2. V. cava inferior. 3. A.a. phrenicae infer. 4. Vv. hepaticae. 5. A. coeliaca. 6. A. mesenterica superior. 7. A. et V. renalis dext. et sin. 8. A. et V. spermatica inferior. dext. et sin. 9. A. mesenterica infer. 10. A. et V. iliaca comm. 11. A. et V. iliaca externa. 12. A. et V. hypogastrica.

Рис.II. Деление брюшной полости и таза на фрагменты /отделы/ по Б.В. Огневу и Е.Я.Выренкову /схема/.

Таким образом, в основу классификации Б.В.Огнев и Е.Я.Выренков положили топографо-анатомический критерий и принцип эмбриологического развития органов, кровеносных сосудов, лимфатической системы и нервных сплетений в "общих" фрагментах тела. Этого же взгляда придерживаются Д.А.Жданов, М.С.Спиров и др.

Несмотря на условное понятие фрагментов, поскольку расстояние между ними в каждом отдельном случае будет различным в связи с непостоянством отхождения от аорты артерий и места ее деления, эта классификация лимфатической системы брюшной полости и таза проста и понятна клиницисту и вместе с тем важна и в практическом отношении, так как она помогает решить вопрос о том, где нужно искать регионарные лимфатические узлы мочевого пузыря и где можно ожидать в первую очередь появления метастазов; она позволяет решить вопрос о плане оперативного вмешательства на мочевом пузыре при злокачественном новообразовании и правильно оценить прогноз в конкретном случае.

Е.Н.Григорьева /1949/, И.А.Солдатченков /1954/, Е.П. Спиридонова /1956/ и др. использовали классификацию Б.В. Огнева и Е.Я.Выренкова в своих работах при изучении путей оттока лимфы от мочевого пузыря, мочеточников, предстательной железы и пр., и установили определенные закономерности взаимосвязей лимфатической системы мочевого пузыря с лимфатическими сосудами соседних с ними органов.

Согласно Е.Н.Григорьевой, лимфатические узлы первого

порядка чаще располагаются по ходу наружных подвздошных и подчревных артерий /УП фрагмент/, реже - медиально и латерально, еще реже на передней поверхности их. Под местом деления общей подвздошной артерии регионарные лимфатические узлы первого порядка справа лежали в 87,8% случаев, слева - в 87,6%. К этим лимфатическим узлам подходили отводящие лимфатические сосуды от мочевого пузыря одним или двумя-тремя короткими стволами.

Лимфатические узлы от мочевого пузыря второго порядка большей частью лежали в районе общих подвздошных артерий /УI фрагмент/, реже на уровне деления аорты /У фрагмент/, справа и слева от аорты, или на передней поверхности ее деления.

Лимфатические узлы третьего и последующих этапов преимущественно располагаются цепочками или группами на передней поверхности аорты и нижней полой вены, а также по латеральным сторонам последних на протяжении от бифуркации аорты до почечных сосудов /в пределах У,IУ и Ш фрагментов/.

Наиболее постоянно лимфатический узел располагался под делением общей подвздошной артерии и назван Е.Н.Григорьевой "центральным".

Прямые слияния отводящих лимфатических сосудов правой и левой сторон мочевого пузыря в общих лимфатических узлах наблюдались в 42,6% случаев.

Слияние лимфатических сосудов мочевого пузыря и прямой

кишки в общих для них лимфатических узлах, по данным Е.Н. Григорьевой, имело место в 96% случаев. Количество общих лимфатических узлов широко варьирует – от I до 7. Они лежат цепочками или группами обычно на аорте, нижней полой вене и по обе стороны от них.

Е.П.Спиридонова получила приблизительно те же данные о топографии регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря, какие получены Е.Н.Григорьевой и др.

В заключение следует отметить, что знание анатомии лимфатической системы мочевого пузыря, топографии лимфатических узлов, путей слияния лимфатических сосудов, весьма огромно и имеет большое значение для клиники, тем более, что урологи с этими вопросами знакомы мало.

5. Иннервация мочевого пузыря

Иннервацией мочевого пузыря подробно занимались Р.Д. Синельников, В.В.Бобин, З.Л.Лурье и др. Они установили, что пузырь иннервируется тремя парами нервов: nn. hypogastrici, nn. Pelvici u nn. Pudenti, а центры, регулирующие функцию мочевого пузыря, расположены в коре больших полушарий, в стволовой части и в спинном мозгу.

Согласно Р.Д.Синельникову /I948/, мочевой пузырь получает нервы от околопузырных сплетений, расположенных по бокам органа / Plexus paravesicales dexter et sinister /. Эти сплетения образуются из нервных стволов подчревного сплетения, ветвей пограничных стволов и некоторых стволиков nn. Splanchici Saccrales.

Наиболее крупные нервные стволы располагаются на боковых стенках мочевого пузыря; их ветви образуют нервные сплетения в адвентициальном, мышечном, подслизистом и в слизистом слоях органа. В составе этих сплетений имеются многочисленные нервные узлы разной величины. Кроме того, Р.Д.Синельников установил, что от околопузырного сплетения 2-3 нервных стволика идут вдоль мочеточника до места пересечения его семенным канатиком. Отсюда ряд нервных веточек вступает в plexus deferentialis, другие же идут к нервному сплетению семенных пузырьков, а третьи входят в стенку мочевого пузыря - в plexus vesicalis.

В.В.Бобиным /1948/ изучены и описаны нервные пути, идущие к мочевому пузырю от солнечного сплетения и от верхних и нижних брыжеечных нервных узлов. Между последними на передней поверхности аорты образуется межбрыжеечное сплетение, к которому подходят ветви из трех поясничных узлов симпатического /пограничного/ ствола. Из этого нервного сплетения возникают два нервных стволика по бокам аорты, названные автором "тазовыми нервами внутренностей".

От нижнебрыжеечного нервного узла отходят нервные стволы, которые, спускаясь ниже бифуркации аорты, образуют здесь нервное сплетение, названное В.В.Бобиным "предпоясничнo-крестцовым сплетением". От него отходят два парных сплетения: правое и левое нижнеподчревные нервные сплетения, входящие в контакт с тазовыми нервами. К ним подходят веточки от верхнего крестцового симпатического узла погра-

ничного ствола. Из этих нервных компонентов: нижнего подчревного сплетения /симпатического происхождения/, симпатических веточек пограничного ствола и ветвей тазового нерва /парасимпатического происхождения - от S - 3-4/ образуется тазовое сплетение. Последнее, по мнению В.В. Бобина, образует околопузырное /паравезикальное/ нервное сплетение. Нервные веточки от этого сплетения проникают в пузырь около мочеточника и около шейки, направляясь на заднюю поверхность мочевого пузыря, где образуется адвентициальное нервное сплетение. Нервные веточки проникают в мышечную стенку, образуют межмышечное нервное сплетение, от которого нервные волокна проникают в подслизистый слой, где также образуется нервное сплетение на всем протяжении стенки мочевого пузыря. Артерии пузыря сопровождаются также нервными сплетениями.

Изучению чувствительной иннервации мочевого пузыря посвящено много работ. Ретциус /Retzius, 1892/, Тимофеев /1895/, Грюнштейн /Grunstein, 1900/, Михайлов /1908/, Б.И.Лаврентьев, /1913/ и др. наблюдали различной формы чувствительные окончания в серозной и слизистой оболочках и в эпителии мочевого пузыря, а также в мускулатуре его /Грюнштейн/ и в мочеиспускательном канале /Б.И.Лаврентьев/. Наиболее подробно чувствительную иннервацию мочевого пузыря описывают отечественные ученые /Михайлов, Тимофеев, Б.И.Лаврентьев/. Много позднее Клейнтьен и Ленгуорси /Kleyntjens и Lengworthy, 1937/, затем Ленгуорси и Мэрфи

/Murphy, I939/ описали чувствительные нервные окончания в мышцах пузыря и уретры, тем самым подтвердили данные Грюнштейна и Лаврентьева. Указанные авторы, на основании своих опытов с перерезкой нервов, установили, что чувствительная иннервация мочевого пузыря и мочеиспускательного канала идет в симпатических и парасимпатических нервах, причем в основном они исходят от сакральных спинномозговых узлов.

Е.К.Плечкова /I947/ при изучении чувствительной иннервации мышечной оболочки и артерий мочевого пузыря у кошек /опыты проводились у одной группы с удалением двух нижних поясничных межпозвоночных узлов и у второй - крестцовых/ установила, что чувствительная иннервация всех слоев стенки пузыря очень богата и что имеются рецепторы в слизистой оболочке, оканчивающиеся в эпителии, в соединительной ткани и в мускулатуре. Е.К.Плечкова особое место отводит рецепторам, расположенным в подслизистом слое мочевого пузыря, идущих параллельно ходу соединительнотканных волокон.

По аналогии с рецепторами других органов, богатыми соединительнотканными волокнами /например, склеры/, Б.И. Лаврентьев предложил называть их тензорецепторами - "рецепторами натяжения". Е.К.Плечкова считает, что в этих рецепторах, приспособленных к ходу и переплетению соединительнотканных волокон, возникают импульсы при взаимных перемещениях систем соединительнотканных волокон. Она обнаружила также взаимную связь чувствительной и моторной иннервации мочевого пузыря и объясняет это контролем це-

реброспинальной нервной системы над вегетативной.

Все авторы, изучавшие чувствительную иннервацию мочевого пузыря, указывают, что нервные окончания вступают в пузырь в области основания его, в районе мочеточниковых отверстий и мочеиспускательного канала.

Таким образом, чувствительные рецепторы стенки мочевого пузыря располагаются в адвентициальном, мышечном, подслизистом слоях и в слизистой оболочке с окончаниями в эпителии, а также в кровеносных сосудах разного калибра. Функция рецепторов мышечного слоя связана непосредственно с деятельностью мускулатуры мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Ряд авторов, изучая моторную функцию мочевого пузыря, установил взаимную связь между моторной и чувствительной иннервацией его.

Ю.М.Иргер /1935/ экспериментальными исследованиями на кошках и собаках установил, что раздражение подчревного нерва электрическим током приводит к замыканию сфинктера мочевого пузыря, а раздражение тазового нерва - к сокращению детрузора и открытию сфинктера. Раздражение тазового нерва пилокарпином и физиостигмином действует аналогично электрическому раздражению.

В.Р.Сонин /1945/, А.М.Гринштейн /1946/ указывают, что моторная функция мочевого пузыря регулируется в основном тазовым нервом. А.М.Гринштейн утверждает, что внутренняя поверхность мочевого пузыря почти на всем протяжении не

восприимчива к тактильным, болевым и температурным раздражениям. С утверждением А.М.Гринштейна мы не можем согласиться. Опыт показывает, что при цистоскопии наполнение пузыря горячей промывной жидкостью вызывает чувство жжения, при обильном наполнении его жидкостью /300-400 мл/ наступает сильный позыв к мочеиспусканию. Электрокоагуляция даже небольших папиллом мочевого пузыря сопровождается болевыми ощущениями.

Относительно моторной и чувствительной функции мочевого пузыря З.Л.Лурье /1949/ пишет: "... мочевой пузырь, подобно коже, обладает тактильной, термической и болевой чувствительностью к уколу или разрезу... он обладает чувством наполнения, растяжения и болевого сокращения. Аффе-рентные чувствительные волокна обнаруживаются во всех трех нервах мочевого пузыря ...Чувство растяжения, играющее основную роль в акте мочеиспускания, передается по т а з о-в о м у н е р в у. Основную роль в проведении б о л е-в ы х и м п у л ь с о в из пузыря играет п о д ч р е в-н ы й н е р в. Однако при перерезке этого нерва при пузырных болях, последние уменьшаются, но не исчезают полностью. Из этого следует, что тазовый нерв также проводит болевые импульсы".

Таким образом, роль основного рецептора в восприятии болевых ощущений, возникающих в мочевом пузыре при его растяжении и ряде патологических состояний /рак, язва, воспаление, инородные тела и т.д./, связан с растяжением

и сокращением мускулатуры и остальных слоев стенки мочевого пузыря, в которых располагаются сети соответствующих нервных сплетений. Болевые импульсы проводятся по висцеральным афферентным волокнам подчревных и тазовых нервов. Эти данные находятся в соответствии с мнением Б.И.Лаврентьева, который в возникновении болевых ощущений в мочевом пузыре большое значение придает тензиорецепторам /"рецепторы натяжения"/, находящимися в подслизистом слое стенки пузыря.

Вопрос о кортикальной регуляции функции мочевого пузыря изучался еще во второй половине XIX столетия. Однако наблюдения авторов были немногочисленными, а мнения разноречивы /Будге, Афанасьев, 1859; Соковнин, 1877; Нассбаум-Nassbaum, 1879; Бошефонтен - Bochefonten, 1876; Франсуа-Франк - Frensois-Franck, 1887 /цит. по В.М.Бехтереву и Н.А. Мисловскому/.

В.М.Бехтерев и Н.А.Миславский /1888/, экспериментируя на кошках, локализовали центр движения мочевого пузыря в глубине передней части зрительного бугра. "Этот центр,- указывают авторы, при помощи особого пучка связан, с одной стороны, с корковыми центрами, с другой стороны, проводники, проходящие от него к внутренней капсуле и в верхнем этаже мозговых ножек, соединяют его с нижележащими мозговыми центрами". В.М.Бехтерев и Н.А.Миславский высказали мнение, что открытый ими центр регуляции мочевого пузыря в зрительном бугре подчинен корковым центрам и реф-

лекторно возбуждает сокращение мочевого пузыря под влиянием слабых кожных раздражений. При сильных внешних раздражениях наступает рефлекторное сокращение мочевого пузыря при посредстве спинномозговых центров. Раздражение электрическим током гипоталамической и мезоцефалической областей приводит к сокращению мочевого пузыря.

Г.П.Корнянский /1940/ на основании литературных данных и своих клинических наблюдений над больными опухолями головного мозга /нейрохирургический институт/ приходит к выводам, что клинические данные подтверждают мнение В.М. Бехтерева и его школы о корковой регуляции функций мочевого пузыря и указывает, что имеются два центра: один – в парацентральной дольке, второй – в верхнесредней трети центральных извилин между центрами руки и ноги.

Чувствительные центры мочевого пузыря, по мнению Е.П. Корнянского, находятся, скорее всего, в gyrus fornicatus и в верхнесредней трети задней центральной извилины. Кортикальная иннервация мочевого пузыря – двусторонняя, но нарушения могут быть и при односторонних поражениях. Расстройство мочеиспускания при поражении указанных выше зон сопровождается двигательными нарушениями конечностей /нижняя параплегия/.

Нарушение функций тазовых органов при поражении лобных долей мозга Г.П.Корнянский объясняет как одно из проявлений общего расстройства поведения больного. Кроме того,

он указывает, что корковые центры мочевого пузыря связаны с подкорковыми, пути которых идут через пирамиды и полосатое тело.

6. Физиология мочевого пузыря

Мочевой пузырь является рефлекторным органом и служит резервуаром для мочи. В полость его открываются два мочеточниковых отверстия и начинается мочеиспускательный канал. Поступление в пузырь мочи происходит в результате перистальтических сокращений мочеточников. Моча удерживается благодаря тоническому сокращению внутреннего /пузырного/ и наружного /уретрального/ сфинктеров. Однако внутренний сфинктер не имеет большого значения, так как мочеиспускание сохраняется и при удалении его /например, после аденомэктомии/.

Опорожнение пузыря совершается по мере его наполнения. Мочеиспускание является рефлекторным актом. Осуществлению этой функции способствует анатомическое строение нервно-мышечного аппарата стенок мочевого пузыря, работа которого происходит согласованно и находится под регулирующим влиянием коры головного мозга /А.П.Цулукидзе/.

Здоровый человек в сутки мочится до 6-8 раз. Суточное количество мочи обычно составляет около I,5 -2,5 литра. Позыв к мочеиспусканию возникает при одном и том же внутрипузырном давлении, но при различных количествах мочи и зависит от тонуса детрузора /И.М.Эпштейн/. Когда человек по-

давляет позыв к мочеиспусканию, происходит расслабление тонуса детрузора, понижается внутрипузырное давление, затем наступает пауза до следующего повышения тонуса. "Позыв на мочу,- говорит И.П.Эпштейн,- есть восприятие сознанием сокращения детрузора, доводящего мышцу до определенного тонуса; позыв не зависит от количества мочи в мочевом пузыре". Напротив, З.Л.Лурье указывает, что внутрипузырное давление является основным физиологическим стимулом опорожнения мочевого пузыря. При цистометрии субъективное ощущение наполнения мочевого пузыря у здорового человека появляется после введения через катетер I50 мл жидкости; позыв к мочеиспусканию наступает после введения в него 250 мл жидкости и становится сильным при 350-500 мл. Внутрипузырное давление при этом достигает I0-I5 см водного столба и держится 2-3 минуты, затем оно постепенно падает.

Согласно З.Л.Лурье, акт мочеиспускания совершается тогда, когда давление в пузыре достигает порога возбудимости, детрузор сильно сокращается, сфинктеры раскрываются и пузырь опорожняется. Это происходит потому, что между мышцами пузыря /детрузором/ и внутренним сфинктером существуют реципрокные отношения. Мочеиспускание происходит в результате рефлекторного сокращения детрузора, сопровождаясь реципрокным расслаблением пузырного сфинктера, затем следует рефлекторное расслабление наружного /уретрального/ сфинктера.

В заключение следует сказать, что в строении мочевого

пузыря находят отражение те функции, которые он несет, как орган. Входящие в его состав ткани и системы связаны воедино как анатомически, так и функционально.

Одна из основных функций мочевого пузыря состоит в том, чтобы в промежутке между актами мочеиспускания накапливать и содержать мочу. Моча обладает токсическим свойством, поэтому она изолируется от внутренней среды биологическим барьером, функция которого выполняется слизистой оболочкой, покрывающей изнутри мочевой пузырь, ее эпителиальным покровом.

Характерной особенностью мускулатуры мочевого пузыря является то, что мышечные волокна ее тесно переплетаются между собой и составляют как бы одну мышцу, одно целое. В этом состоит ее важное функциональное значение. Поэтому сокращение мышечных пучков происходит согласованно.

Гуморальная связь со всем организмом осуществляется в мочевом пузыре через кровеносную и лимфатическую системы. Об этом свидетельствует тот факт, что все слои стенки пузыря богато представлены сетью капилляров кровеносных и лимфатических сосудов.

Нервная система мочевого пузыря представлена в каждом слое его тканей, а также кровеносными и лимфатическими сосудами; она все объединяет, в этом доминирующее ее значение. Все функции мочевого пузыря осуществляются через вегетативную нервную систему, контролируемую корой больших полушарий головного мозга.

ГЛАВА ВТОРАЯ

ВОПРОСЫ РОСТА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Проблема злокачественных новообразований, в особенности рака, представляет большой интерес как с биологической, так и с медицинской точек зрения.

Определяя понятие об истинном опухолевом росте, один из основоположников научной онкологии Вирхов /Virchow R. , I858/ писал: "Я не думаю, чтобы нашелся человек, который мог бы дать ответ на вопрос о том, что такое, собственно, опухоль". Приблизительно та же мысль повторена в I902 г. Борстом /Borst M. /, который говорил: "... Что такое истинная опухоль - этого никто не может ясно сказать". Н.Н.Петров /I958/ указывал, что исчерпывающего ответа на этот вопрос пока дать нельзя, так как имеется немало патологических процессов, которые не удается детально разграничить для отличия их от истинных опухолей.

Согласно Н.Н.Петрову под истинным опухолевым ростом принято понимать: "...способность расти за счет размножения своих собственных клеток и тканей". С точки зрения биологической /и медицинской/ истинный опухолевый рост в настоящее время рассматривается независимо от того, из какой ткани он происходит /эпителиальной, соединительнотканной и пр./, "... как результат дистрофической пролиферативной

реакции организма на различные вредные факторы – внешние и внутренние, врожденные и приобретенные, стойко изменившие обмен веществ в тканях и клетках, вследствие чего возникает очаг роста без опредеденного заканчивания" /Н.Н.Петров/.

Признаки всех форм злокачественных и доброкачественных опухолей общие. У них обнаруживается различной степени атипичность гистологического строения и неограниченная возможность роста. В опухолевом росте могут принимать участие не только клетки и ткани низкодифференцированные /мезенхима и строма/, но и высокодифференцированные /ткани и клетки паренхимы желез внутренней и внешней секреции, органов движения, нервной, кроветворной и др.систем/.

С приобретением опухолевых свойств под влиянием физических, химических или биологических агентов в тканях и клетках нарушается обмен веществ; раковые клетки приобретают новые свойства роста и размножаются, в связи с чем меняются закономерности их роста по сравнению с нормальными клетками и тканями. Опухолевые клетки отличаются от нормальных формой, величиной, количеством, составом жидкой тканевой среды и т.д., в которой они живут. "Физические и химические изменения этой среды могут быть кратковременными или длительными, они могут развиваться быстро или медленно; эти изменения могут быть результатом влияния различных агентов, действующих на организм извне или образующихся внутри организма" /Е.Каудри, 1958/.

В злокачественных опухолях на первый план выступает избыточный рост тканей и клеток, отличительным признаком которых по сравнению с доброкачественными опухолями является деструктивный рост; опухолевые элементы прорастают в продольном и перпендикулярном направлениях ту ткань органа или системы тканей, где они возникли, затем разрушают их, целиком замещая этот участок органа или системы тканей, и растут безгранично.

Закономерности опухолевого роста, степень внутристеночного распространения опухолевых клеток и метастазирование их являются актуальными вопросами современной онкологии.

Практика показывает, что большое значение в деле выбора метода и объема оперативного вмешательства, а также определения прогноза, имеет значение протяженность и глубина роста опухоли в стенке мочевого пузыря и механизм метастазирования раковых клеток. Многие хирурги и молодые урологи мало знакомы с этими вопросами, и поэтому весьма широко и необоснованно применяют для лечения опухолей мочевого пузыря электрокоагуляцию, не считаясь со степенью их злокачественности.

В этой связи в настоящей главе мы остановимся на тех вопросах, которые позволят лучше понять закономерности опухолевого роста, протяженность внутристеночного распространения опухолевых элементов при раке мочевого пузыря в зависимости от анатомической формы опухоли и стадии болез-

ни. Знакомство с этими вопросами, разумеется, имеет важное практическое значение. Однако, прежде чем приступить к освещению этих вопросов, мы полагаем, что целесообразно вначале, хотя бы кратко, осветить историю учения об опухолях мочевого пузыря.

I. К истории учения об опухолях мочевого пузыря

Опухоли мочевого пузыря известны человечеству с глубокой древности. Первые печатные работы, посвященные опухолям мочевого пузыря, относятся к XVI и XVII столетиям и принадлежат Лакуне /Lacuna, 1951/, Ферри /Ferri, 1553/; Хильдену /Hilden, 1606/, Морганьи /Morgagni, 1674, Бланкарду /Blancard, 1688/, Руйшу /Ruysch, 1691/.

Вальтер /Walter, 1709/, Иземан /Isemans, 1763/, Поль /Pole, 1781/, Бинген /Bingen, 1789/, Шопар /Chopart, 1791/, первые сделали попытку осветить патологоанатомическую картину опухолей мочевого пузыря. Они различали два вида опухолей этого органа: 1/ "Губчатые опухоли" /"Fungi"/. Микроскопически - имели ворсинчатый вид. 2/ "Мясистые опухоли" /"Polypi"/ - плотные опухоли. Как свидетельствуют историки, этим было положено начало учения об опухолях мочевого пузыря.

В первой четверти XIX столетия в учение об опухолях мочевого пузыря мало было внесено нового. Фогтель /Voigtel, 1805/ и Семмеринг /Semmering, 1809/ утверждали, что раки мочевого пузыря встречаются чрезвычайно редко; более того,

они считали сомнительным даже их существование. В противоположность этому взгляду, Рокитанский /Rokitansky, I852/ говорил о ворсинчатом раке пузыря, растущем на ножке в виде полипа.

Цивиль /Civile, I843/ на основании анатомических исследований установил, что опухоли могут исходить из самого мочевого пузыря и из предстательной железы, и делил их на доброкачественные и злокачественные. Вместе с тем Цивиль указывал, что доброкачественные полипозные опухоли мочевого пузыря могут превращаться в злокачественные.

Рокитанский, Вирхов /I86I, I87I/, Ферстер /Forster, I873/, Крувельер /Kruwielher , I884/, Корнил /Kornil ,I884/ и др. изучили морфологию и гистологическое строение опухолей мочевого пузыря, тем самым внесли много новых данных в учение об опухолях этого органа.

С развитием хирургии мочевого пузыря вырабатывалась и классификация опухолей. С точки зрения клинической, отвечающей практическим целям, исследователи различали доброкачественные и злокачественные опухоли, первичные и метастатические, одиночные и множественные.

Кюстер /Kuster , I886/ делил опухоли мочевого пузыря на папилломы, полипы и саркомы, причем автор указывал, что первые две формы опухолей по своему внешнему виду и гистологическому строению близки друг к другу, различие заключается лишь в том, что полипы имеют короткую толстую ножку или она может отсутствовать у них, а папилломы растут на

тонкой длинной ножке.

Большой вклад в учение об опухолях мочевого пузыря внесли Томпсон /Thompson , I857,I867,I870,I874,I880/, Бильрот /Billroht I868/, Гюйон /Goyon , I884,I885/, Фолькман /Volkmann , I875/, Кюстер, Албарран, Кладо /Klado , I895/ и др. Они разработали симптоматологию и клинику этого заболевания, сделали попытку классифицировать опухоли по клиническому течению в зависимости от макроскопической формы и гистологического строения их.

2. Классификация опухолей мочевого пузыря

На протяжении всей истории учения о строении и свойствах опухолей исследователи отмечали трудности в создании единой, общеприемлемой классификации опухолей мочевого пузыря. Предложено много различных классификаций, разумеется, пока мало способствующих ясности вопросов о механизме развития опухоли.

Ватсон /Watson , I909/ предложил классифицировать опухоли мочевого пузыря сообразно тому, из какой ткани они возникают: из эпителиальной, соединительнотканной или мышечной. Согласно его классификации, к опухолям, возникающим из эпителиальной ткани, относятся папилломы, аденомы, карциномы и простые кисты. К опухолям, возникающим из соединительной ткани, относятся саркомы, миксомы, фибромы, ангиомы. Из мышечной ткани развиваются миомы. Из тканей эмбрионального происхождения, анатомически не

принадлежащих мочевому пузырю, возникают гетеротипические опухоли.

Альбарран и Кладо классифицируют опухоли на основании генетических принципов, но их классификация мало чем отличается от классификации Ватсона. Так, Кладо делит опухоли мочевого пузыря на доброкачественные и злокачественные. К доброкачественным Кладо относит: I/ папилломы, 2/ аденомы, 3/ фибромы, 4/ миомы и кисты. К злокачественным: I/ эпителиомы, 2/ миксомы, 3/ саркомы, 4/ смешанные, гетеротипические опухоли и 5/ дегенеративные опухоли.

Таким образом, в мочевом пузыре возникают опухоли из тканей, составляющих его стенку. Классификация Ватсона и Кладо в патологоанатомическом отношении сохраняет все черты понятий, которые известны в литературе и в настоящее время. Так, под папилломой понимают ворсинчатую /сосочковую/ опухоль, растущую из слизистой оболочки мочевого пузыря на тонкой длинной или толстой короткой ножке. При цистоскопии и макроскопическом осмотре можно наблюдать, что опухоль имеет то длинные, легко колышущиеся в жидкости ворсины, то низкие более грубые на вид мясистые ворсины. Ворсины выходят из ножки /основания/ опухоли, древовидно разветвляются вне ножки, каждая из которых на конце /вершине/ имеет колбообразное утолщение. Ворсина состоит из соединительнотканной стромы, покрытой многослойным плоским эпителием, т.е. таким же эпителием, которым выстлана слизистая оболочка мочевого пузыря. Слой эпителиальных клеток,

выстилающий ворсины, не прорастает подлежащую ткань. Соединительнотканная строма ворсин папилломы является продолжением соединительнотканной стромы ножки опухоли, находящейся в непосредственной связи со стромой слизистой оболочки мочевого пузыря. В ножке папилломы проходят кровеносные сосуды, которые проникают сюда из подслизистого слоя; разветвляясь, они питают каждую ворсину опухоли отдельно.

Форма ворсинчатой опухоли зависит от количественного состава стромы. Ворсинчатые опухоли с тонкой длинной ножкой имеют больше паренхимы, чем стромы. Поэтому они нежны и легко подвижны в жидкости. Ворсины опухоли, имеющей большое количество соединительнотканной стромы, бывают низкими, более грубыми, мясистыми, а ножка /основание/, как правило, толстой, низкой или совсем отсутствует. Опухоль исходит /растет/ непосредственно из слизистой оболочки на широком основании. По внешнему виду она похожа на цветную капусту. Эпителий, покрывающий этот тип опухоли, также ничем не отличается от эпителия, покрывающего слизистую оболочку мочевого пузыря.

Злокачественные эпителиальные опухоли /рак/ мочевого пузыря отличаются от папиллом, согласно Кладо, тем, что у них паренхима, строма и покровный эпителий не находятся в правильном соотношении между собой. Здесь на первый план выступает атипическое расположение эпителия, покрывающего опухоль, который всегда врастает в строму опухоли в виде

тяжей или отдельных гнезд. Исходным пунктом роста опухоли является эпителий слизистой оболочки мочевого пузыря.

Цукеркандль и Фриш /Zuckerkandl u Frisch, I905/ в руководстве по урологии писали, что рак мочевого пузыря может развиваться либо в виде ворсинчатой опухоли, либо в форме цветной капусты, либо шарообразной, выдающейся в полость пузыря опухоли, либо в форме бляшки, внедрившейся в слизистую оболочку пузыря /солидный рак/, и, наконец, в форме инфильтрирующей опухоли. По мнению указанных авторов, первые четыре формы обладают экзофитным ростом, пятая форма всегда инфильтрирует стенку мочевого пузыря на большом протяжении и не обладает экзофитным ростом.

В настоящее время установлено, что независимо от анатомической формы, опухоли мочевого пузыря в той или иной степени обладают способностью к инфильтрирующему росту.

Барлингом / Barling /, Кладо, Гюйоном, Альбарраном, Кюммелем и др. было установлено, что наиболее частой формой рака мочевого пузыря являются ворсинчатые новообразования, а по гистологическому строению - чаще бывают плоскоклеточные /П.И.Модлинский, Н.Н.Быстров/.

Предложенное Ватсоном, Альбарраном и Кладо простое патологоанатомическое деление опухолей мочевого пузыря вошло во всеобщее употребление у патолого-анатомов. Клинициста такая классификация не могла удовлетворить только по тем соображениям, что опухоли, на вид и по гистологи-

ческому строению доброкачественные, с течением времени могут превращаться в злокачественные. Еще С.П.Федоров /1903/ отмечал, что после удаления доброкачественных папиллом мочевого пузыря через различное время возникает рецидив опухоли явно злокачественного характера. Это дало основание С.П.Федорову /1917/, Касперу /Casper ,1914/ и др. рассматривать все эпителиальные опухоли пузыря как злокачественные.

Цукеркандль и Бергер / Buerger , 1910/ первые обнаружили в эпителиальных опухолях мочевого пузыря клеточные и ядерные атипии, не свойственные эпителию, покрывающему слизистую оболочку его в норме. И, несмотря на цельность базальной мембраны, это дало им основание говорить о подозрении на злокачественность ворсинчатых опухолей мочевого пузыря.

Стениус / Stenius , 1922/, изучая гистологическое строение эпителиальных опухолей мочевого пузыря, обнаружил, что, наряду с ядерной атипией клеток, отмеченных еще Цукеркандлем и Бергером, в строме этих опухолей имеется круглоклеточная инфильтрация. Исходя из этого Стениус предложил новую классификацию, согласно которой он делит опухоли мочевого пузыря на доброкачественные и злокачественные; преобладающее место среди них занимают опухоли эпителиального характера /папилломы, папиллярные и солидные раки/.

Бродерс / Broders , 1922/, в зависимости от количест-

ва дифференцированных клеток в опухоли, предложил делить эпителиальные опухоли мочевого пузыря на четыре группы по возрастающей степени их злокачественности. Классификация Стениуса и Бродерса основана на гистологическом строении опухоли и не отражает клинических признаков и течения опухолевой болезни, и поэтому она не могла удовлетворить клинику.

Кристеллер /Christeller , 1925/ в классификации Стениуса-Бродерса изменил терминологию и назвал папиллому фиброэпителиомой на том основании, что каждая опухоль, даже саркома, может иметь ворсины /сосочки/, а опухоли мочевого пузыря преимущественно имеют ворсинчатое строение. Придерживаясь строго анатомо-гистологического принципа, Кристеллер предложил делить эпителиальные опухоли мочевого пузыря в рамках четырех групп: I/ - типичные папиллярные фиброэпителиомы; П - атипичные папиллярные фиброэпителиомы; Ш - папиллярные раки и IУ- солидные раки.

И.Н.Шапиро /1938/ патологоанатомическую классификацию эпителиальных опухолей мочевого пузыря Кристеллера перенес в клинику. Он указывает, что каждая из четырех групп опухолей имеет свои биологические особенности и цистоскопические признаки. Согласно И.Н.Шапиро /1938, 1950, 1959/, типичные фиброэпителиомы макроскопически представляют собой опухоли ворсинчатого строения, растущие на тонкой длинной ножке, внешне волокнистые с длинными ворсинами и легко колышущиеся в жидкости при цистоскопии. Эти опухоли

на ощупь мягки, легко кровоточат и в большинстве случаев бывают одиночными. Но встречаются и такие ворсинчатые опухоли, которые растут на толстой короткой ножке, иногда они исходят непосредственно из слизистой оболочки на широком основании /травовидные/.

Гистологическое строение этих опухолей характеризуется тем, что их ворсины покрыты многослойным плоским эпителием; эпителиальный пласт равномерен, без изменения формы и величины покровных клеток и их ядерного состава.

Типичные фиброэпителиомы растут в просвет мочевого пузыря без признаков инфильтрации пузырной стенки, но в строме их иногда отмечается круглоклеточная инфильтрация.

Атипичные папиллярные фиброэпителиомы, согласно И.Н. Шапиро, отличаются от первых тем, что они чаще бывают множественными /папилломатоз/. Опухоли этой группы имеют более толстую и плотную ножку, часто короткую; иногда у них ножка отсутствует вовсе, тогда опухоль исходит непосредственно из слизистой оболочки. Макроскопически атипичные фиброэпителиомы грубые, ворсины у них низкие, мясистые, напоминающие тутовую ягоду. Гистологически- атипичность формы клеток, ядер и ядрышек; имеет место нарушение расположения клеточных рядов. По мнению И.Н.Шапиро, эпителиальные клетки не проникают в подслизистый и мышечные слои; они не дают метастазов. В строме опухоли круглоклеточная инфильтрация носит массовый очаговый характер, значительно выраженней, чем при типичных фиброэпителиомах.

Папиллярные раки являются наиболее частой формой заболевания мочевого пузыря. Макроскопически – они похожи на фиброэпителиомы I и II групп. Эти опухоли больших размеров, растут непосредственно из слизистой оболочки мочевого пузыря, склонны к изъязвлению и распаду, что не характерно для фиброэпителиом I и II групп. Ворсинчатые раки чаще всего располагаются в паратригональной области, в пузырном треугольнике и в шейке мочевого пузыря. При гистологическом исследовании обнаруживаются деструктивные изменения и глубокий рост опухолевых элементов в стенку пузыря. Покрывающий опухоль эпителий имеет выраженный атипизм /полиморфизм клеточных элементов/, особенно в поверхностной зоне эпителиального пласта. Круглоклеточная инфильтрация основания и стромы опухоли выражена интенсивнее, чем при атипичных фиброэпителиомах.

И.Н.Шапиро пишет, что эти три группы ворсинчатых опухолей мочевого пузыря являются различными стациями развития одного и того же пролиферативного опухолевого процесса, весьма часто заканчивающегося злокачественным ростом, т.е. первые две группы носят в себе все черты злокачественной опухоли.

Солидный рак. Отличительной особенностью солидного рака от папиллярного, по макроскопическому виду, является то, что в начальной стадии опухоль состоит из нескольких плотных, выступающих в полость пузыря узлов. Слизистая оболочка, покрывающая эти узлы, утолщена, с течением времени она прорастается опухолью и склонна к распаду. В дру-

гих случаях развитие солидного рака протекает по типу инфильтрирующего роста; он прорастает пузырную стенку в продольном и перпендикулярном направлениях, не выступая в полость мочевого пузыря. Этот тип солидного рака быстро склонен к изъязвлению и распаду: места распада нередко покрываются фибрином и сгустками крови. Вокруг опухолевого очага всегда бывает воспалительная реакция.

Р.М.Фронштейн /1934/, А.П.Фрумкин /1954/, А.П.Цулукидзе /1955/, И.М.Эпштейн /1959/, Делатье /Delatte ,1958/ и др. делят эпителиальные опухоли мочевого пузыря на папилломы, папиллярные и инфильтрирующие /плотные/ раки, которым присущи свои внешние макроскопические, биологические и гистологические свойства. Авторы указывают, что доброкачественная папиллома нередко может оказаться злокачественной. Делатье рекомендует сохранить название "папиллома" для клинически доброкачественных эпителиом, растущих на длинной ножке, и предлагает подразделять их на четыре вида: 1/ простые доброкачественные папилломы, 2/ папилломы со злокачественным перерождением, 3/ множественный папилломатоз, 4/ травянистые папилломы.

Согласно взглядам советских урологов, папилломы всех форм являются потенциально злокачественными. Весьма убедительно об этом свидетельствуют данные С.П.Федорова: из 100 удаленных им на вид доброкачественных папиллом, при гистологическом исследовании 47 оказались злокачественными.

В настоящее время в зарубежной литературе эпителиаль-

ные опухоли мочевого пузыря делят на папилломы и рак различной степени злокачественности и разной глубины прорастания стенок пузыря. Ряд авторов указывает, что папиллома может давать метастазы, а ворсинчатый рак в одних случаях может протекать доброкачественно и развивается годами, в других же - несмотря на радикальную терапию, быстро приводит к смерти больных. В связи с этим иностранные исследователи за последние I5 лет предложили ряд классификаций эпителиальных опухолей мочевого пузыря с учетом степени их злокачественности и глубины внутристеночной инфильтрации /Джуитт и Стронг - Jewett , Strong , I946; Колби - Kolby, , I947; Сниффен - Sniffen, , I947; Дин - Dean., I948; Дьюкс - Dukes, I949; Масина- Masina , I949;Маршалл - Marschall., I952,I956 и др./. Предложенные авторами классификации основаны, главным образом, на гистологической структуре опухолей мочевого пузыря, но они громоздки и не могут полностью удовлетворить клинициста.

Приводим одну из классификаций, предложенную американскими авторами /классификация Джуитта-Маршалла/: 0- абсолютно доброкачественная опухоль, растущая только из слизистой оболочки мочевого пузыря, без признаков инфильтрации; А - I стадия рака, при которой имеется инфильтрация опухолевых клеток в подслизистый слой /злокачественная папиллома/; В - II стадия рака, когда опухоль инфильтрирует, наряду с подслизистым, мышечный слой /B_I - инфильтрация меньше половины мышечного слоя; B_2- инфильтрация опухолью

больше половины мышечного слоя стенки пузыря/; С- раковая инфильтрация достигает паравезикальной клетчатки.

Таким образом, эта классификация эпителиальных опухолей мочевого пузыря построена на патогистологическом принципе. До оперативного вмешательства ту или иную опухоль втиснуть в рамки перечня классификации Джуитта-Маршалла невозможно.

Из чисто практических соображений, по цистоскопической картине, А.М.Гаспарян /1954/ делит опухоли мочевого пузыря на три группы: I/ опухоли, сидящие на тонкой ножке, 2/ опухоли, растущие на широком основании, 3/ инфильтрирующие опухоли. Последние бывают чаще диффузные, больших размеров, нередко множественные. Хотя эти признаки не отражают стадии развития опухолевого процесса и степени их злокачественности, но с этим нельзя не считаться.

Таким образом, из всех существующих классификаций эпителиальных опухолей мочевого пузыря, предложенных патологоанатомами и клиницистами, ни одна не может в полной мере удовлетворить практического врача.

Министерством здравоохранения СССР /1950/ была предложена классификация первичных опухолей мочевого пузыря с учетом глубины внутристеночного роста опухоли и степени злокачественности. Эта классификация устанавливает 4 стадии: I стадия - опухоли ограничены только слизистой оболочкой; II - опухоли прорастают подслизистый слой мочевого пузыря; III - опухоли прорастают мышечный слой, но не выхо-

дят за пределы мышечного слоя; IУ- опухоли прорастают все слои стенки мочевого пузыря, а также околопузырную клетчатку и дают метастазы в регионарные лимфатические узлы, в ближайшие и отдаленные органы.

Эта классификация эпителиальных опухолей мочевого пузыря, хотя и не лишена недостатков, рекомендована как рабочая схема третьей Всесоюзной конференцией урологов в I958 г.

В.И.Хрущев /I959/ считает, что деление эпителиальных опухолей мочевого пузыря на типичные и атипичные фиброэпителиомы не соответствует характеру их гистологического строения. Исходя из данных М.П.Птохова и личных наблюдений, В.И.Хрущев указывает, что эпителиальный пласт типичных и атипичных фиброэпителиом, хотя и является нормальным переходным эпителием, в то же время носит в себе элементы атипичности, причем резче в атипичных фиброэпителиомах.

Сопоставляя характер клинического течения опухолей, данные цистоскопии и цистографии, результаты гистологического исследования I06 случаев опухолей, полученных на операциях, В.И.Хрущев сделал попытку применить классификацию Министерства здравоохранения СССР на практике, т.е. перенес ее в клинику в рамках 4 стадий развития эпителиальных опухолей мочевого пузыря.

Сравнивая процент совпадений и ошибок при определении клинической стадии и степени злокачественности опухо-

лей мочевого пузыря с заключениями патологоанатома, В.И. Хрущев указывает, что клинический диагноз совпал с патологоанатомическим в 78,8% случаев; в 21,2% - отмечено расхождение диагноза в ту или другую сторону.

М.Т.Таукенов /1960/ I и IУ стадии подразделяет на две подгруппы - А и Б. При I стадии А означает, что опухоль не больше одного поля зрения цистоскопа и доступна для эндоэлектрокоагуляции; Б - опухоль больше одного поля зрения цистоскопа, чаще недоступна для эндоэлектрокоагуляции. При IУ стадии в подгруппу А относятся опухоли без метастазов при удовлетворительном состоянии больного и в группу Б - опухоли с метастазами и выраженной кахексией.

Международная классификация предусматривает также 4 стадии и обозначается системой TNM . Согласно этой классификации, степень инфильтрации стенки мочевого пузыря обозначается $T_I - T_4$, поражение опухолью лимфатических узлов $N_I - N_4$, а наличие метастазов в отдаленных участках и органах - $M_I - M_4$.

Витмор и Маршалл применили международную классификацию мочевого пузыря и пришли к выводу, что она также несовершенна.

В заключение следует сказать, что все существующие в настоящее время классификации опухолей мочевого пузыря, в том числе и международная, не лишены недостатков. Практическому врачу при составлении плана операции и объема хирургического вмешательства на основании субъективных и

объективных методов исследования больных трудно решить вопросы о протяженности прорастания опухолью стенки пузыря. Весьма часто не представляется возможным определить степень злокачественности опухоли и еще труднее обнаружить ближайшие и отдаленные метастазы. Однако классификация Минздрава СССР и система международной классификации опухолей мочевого пузыря наиболее просты и на данном этапе наших знаний являются наиболее практически ценными.

3. О "пределах" внутристеночного роста эпителиальных опухолей мочевого пузыря

Клинические и экспериментальные наблюдения свидетельствуют о том, что наиболее характерными признаками злокачественных опухолей являются их инфильтрирующий рост и отдаленные метастазы, хотя существуют и переходные формы от доброкачественных к злокачественным опухолям /Н.Н.Петров, 1958/.

Значение пределов и особенностей местного распространения злокачественных опухолей играет большую роль для правильного хирургического лечения новообразований различных органов, в особенности полых органов. Н.Н.Петров пишет: "Все, даже самые прочные ткани организма, включая апоневрозы и кости, уступают прогрессирующему росту злокачественных опухолей и подвергаются прорастанию опухолевыми клетками, что и заставляет хирургов стремиться при оперативном удалении злокачественных опухолей к широкому иссечению одним блоком с ними здоровых на вид мышц, клетчатки,

лимфатических путей и узлов, и других тканей вокруг удаляемой опухоли по возможности в более широких пределах, совместимых с физиологическими потребностями организма". Поэтому весьма важным является определение роста опухоли в стенке пораженного органа.

Из трех направлений роста /инвазии/ опухолевых клеток наибольшее значение имеет протяженность продольного и перпендикулярного внутристеночного распространения опухоли от ее макроскопически видимого края, ибо от этого зависит объем оперативного вмешательства. Так, И.Т.Шевченко /1949/ при изучении внутристеночного распространения раковых клеток пищевода на секционном материале установил, что опухолевые клетки распространяются в продольном направлении стенки от 4 до 14 см вверх и вниз от внешнего края опухоли. Е.М.Масюкова /1948,1950/ при изучении операционных препаратов рака кардиального отдела желудка установила, что раковые клетки не распространяются дальше 2 см от внешнего края опухоли. В.А.Головинчиц и Н.В.Баланина /1952/ при раках желудка рекомендуют удалять орган не ближе 6-8 см от края опухоли с обеих сторон. Таким образом, важность вопроса о внутристеночном распространении опухолевых клеток для клиники очевидна.

Все, что было изложено выше, приложимо и к вопросам опухолевого роста и внутристеночного распространения опухолевых клеток при раке мочевого пузыря. Поэтому одним из важных звеньев в цепи исследований опухолей мочевого пузы-

ря является изучение протяженности внутристеночного распространения опухолевых клеток за пределы макроскопически видимых границ ракового очага, в зависимости от макроформы и стадии болезни.

Существующие в настоящее время объяснения механизма внутристеночного распространения опухолевых клеток при раке мочевого пузыря недостаточно убедительны. Ряд авторов /А.Л.Фенелонов, I928; Р.М.Фронштейн, I934; И.Н.Шапиро, I934, I938, I950, I952, I959; Мейо-Мауо, I908 и др./ полагает, что эпителиальные опухоли мочевого пузыря, в противоположность злокачественным опухолям другой локализации, относятся к опухолям, развивающимся сравнительно медленно, а опухолевый очаг остается местным, в связи с чем метастазы наступают редко и поздно. Это объясняется, по их мнению, тем, что слизистая оболочка мочевого пузыря якобы лишена лимфатических сосудов или она своеобразно распределяется в стенке мочевого пузыря.

Р.М.Фронштейн и И.Н.Шапиро /I952/ пишут, что "Малое развитие их /лимфатических сосудов/ в слизистом слое является причиной того, что генерализации новообразований необходимо прорастание опухоли в подслизистую и мышечную ткани пузыря". И.Н.Шапиро /I959/ объясняет опухолевый рост следующим образом: "... распространение опухоли внутри стенки пузыря влечет за собой постепенно усиливающееся раковое прорастание его тканей и заполнение опухолевыми массами его просвета. Стенка пузыря резко утолщается и

теряет эластичность". "Распространение рака мочевого пузыря на соседние ткани и органы в основном касается клетчатки малого таза".

Мы указывали выше, что Д.А.Ждановым, А.В.Краевым и др. с предельной полнотой описана анатомия и физиология внутриорганной лимфатической системы во всех слоях стенки мочевого пузыря. Какого-либо своеобразия строения или распределения ее в слоях пузырной стенки авторы не наблюдали. Поэтому утверждения Р.М.Фронштейна и И.Н.Шапиро нужно считать необоснованными.

Несмотря на довольно обширную отечественную и зарубежную литературу, относящуюся к изучению проблемы биологии опухолей мочевого пузыря, вопросы о протяженности роста раковых клеток в стенке мочевого пузыря в зависимости от макроформы, стадии болезни и возраста больного остаются еще не освещенными. Эти вопросы требуют освещения, ибо определение протяженности и глубины прорастания опухолевыми клетками стенок мочевого пузыря позволит правильно подойти к решению основной задачи - выбор метода операции и объема хирургического вмешательства в каждом случае индивидуально. Изучение этих вопросов и является нашей задачей.

4. Механизм распространения опухолевых клеток и роль лимфатической и кровеносной систем при раке мочевого пузыря

Внутристеночное распространение раковых клеток нельзя рассматривать как один из путей метастазирования, ибо истинное метастазирование опухоли происходит различными путями.

Известно, что не только некоторые нормальные клетки /клетки ворсинчатой оболочки плаценты, лейкоциты, макрофаги/ обладают способностью проникать в толщу окружающих тканей и органов. Этой способностью обладают и клетки злокачественных опухолей, о чем указывали Каамелт/Carmalt W. I872/ и А.В.Мельников /I940/.

Согласно предположению Комэна /Coman, I953/, способностью к проникновению в ткани обладают клетки, отличающиеся слабо выраженной связью друг с другом и амёбовидной подвижностью. Комэн микрофотографическим способом установил наличие амёбовидной подвижности у раковых клеток, скорость движения их достигала около 4,4 микрон/минут, а саркомные клетки мышей передвигались со скоростью до 6,2 микрон/минут. Небольшие комплексы кроличьего рака передвигались вместе как единое целое /цит. по Н.Н.Петрову/. Предполагают, что пониженное содержание кальция в поверхностных слоях в некоторых злокачественных клетках ведет к разрыхлению межклеточных связей, в связи с чем наступает изоляция между раковыми клетками, а это в свою очередь

приводит к тому, что раковые клетки приобретают подвижность и способность к метастазированию. Разумеется, что только этих условий еще недостаточно для самостоятельного передвижения раковых клеток; для их передвижения нужен еще и ток жидкости.

Для возникновения и развития метастазов необходимы определенные условия размножения раковых клеток в тканях и органах, где они оседают. М.Г.Зайцев /I94I/ такими условиями считает частое попадание опухолевых клеток в тот или иной орган; И.Ф.Пожарийский /I9I6/ полагает, что в развитии метастазов играют роль местные и общие предрасполагающие моменты и "химизм тканей"; Н.М.Сорокин, Л.И.Черепниченко и В.И.Дмитриенко /I949/ под местными предрасполагающими моментами подразумевают "...внутренние взаимоотношения клеток опухоли и данного органа"; Б.В.Огнев /I953/ считает, что в процессе метастазирования и возникновения метастаза участвуют особые иммунно-биологические свойства организма, а согласно И.П.Майскому /I954/ - угнетение защитных реакций организма.

Сложность опухолевого процесса в организме - это самое яркое проявление нарушенной регуляции роста и размножения клеток. Н.Н.Петров пишет: "Опухолевый рост возникает всегда не в спокойных, а только в пролиферирующих клетках". Это привело некоторых исследователей к мысли о том, что на опухолевый рост и метастазирование оказывает влияние нервная система. Н.Н.Петров /I953/ указывает, что "...та-

кая первостепенная проблема медицины, как учение об опухолевом росте, не может в настоящее время быть освещена сколько-нибудь удовлетворительно без... выявления роли нервной системы в возникновении и течении опухолевого роста". Хотя механизмы влияния нервной системы на опухолевый рост и метастазирование раковых клеток остаются еще не ясными, однако установлено, что "...эндогенные и экзогенные влияния действуют через посредство нервной системы, нарушая ее нормально регулирующую работу" /Н.Н.Петров, 1958/.

Пути метастазирования злокачественных опухолей многообразны. Согласно Н.Н.Петрову /1947/, в растущей злокачественной опухоли зачастую имеют место очаги клеточного распада. Раковые клетки прорастают, затем расплавляют соседние нормальные ткани. При этих условиях опухолевые клетки проникают по межмышечным щелям и клетчаточным пространствам дальше, попадают в лимфатические сосуды и вены, и по ним распространяются внутри органа и, наконец, по организму.

Метастазирование раковых клеток происходит преимущественно по лимфатическому и кровеносному руслам, но не исключается смешанный путь метастазирования – лимфогенно-гематогенный путь /В.Х.Фраучи, 1948/. Описаны и другие пути – имплантационный путь и метастазирование вдоль нервных стволов.

Для возникновения опухоли, ее роста и метастазирования раковых клеток необходимы различные факторы. Соглас-

но данным М.П.Горюновой /1939/, факторов, влияющих на рост и метастазирование рака, может быть одновременно несколько, из которых первостепенными являются следующие: 1/ гистологическое строение опухоли; 2/ материнская почва, из которой исходит опухоль; 3/ экзогенные моменты – неполное оперативное лечение, травма, рентгенотерапия и прочее; 4/ особенности расположения лимфатических и кровеносных сосудов в данной области; 5/ толщина стенки органа, в котором развилась опухоль. Ф.И.Пожарийский /1940/ к таким факторам относит: возраст больного; локализацию опухоли; гистологическое строение опухоли; состояние ретикуло-эндотелиальной системы; конституцию больного; эндокринное равновесие в организме; питание. Л.М.Нисневич /1940/ этими факторами считает: возраст больного; локализацию опухоли в органе; гистологическое строение опухоли; общее состояние больного; иммунно-биологические свойства организма.

Таким образом, для возникновения опухоли, ее роста и метастазирования раковых клеток необходимо много разнообразных условий, заложенных в организме человека.

а/ Метастазирование рака по лимфатической системе

Как указывалось выше, раковые клетки обладают свойством к самостоятельному передвижению. А.В.Мельников /1940/ указывает, что "способность раковых клеток самостоятельно передвигаться нужно считать твердо доказанной". Н.Н.Петров /1947/ пишет: "метастазы злокачественных опухолей обра-

зуются, как правило, за счет злокачественных клеток". Метастазирование первичных эпителиальных злокачественных опухолей /раков/ происходит по лимфатической системе чаще, чем по кровеносной /Каудри, 1958/. Более или менее удовлетворительного объяснения этого вопроса в литературе мы не нашли.

Известный советский специалист по лимфатической системе Д.А.Жданов /1952,1957,1959/ и сотрудники с предельной полнотой изучили анатомию и физиологию внутриорганной лимфатической системы полых органов в норме и патологии. Ряд работ посвящен вопросу о реакции лимфатической системы желудка, толстого кишечника и серозных оболочек. Д.А.Жданов показал, что функция лимфатической системы тесно связана со специфической жизнедеятельностью органов. Строение внутриорганной лимфатической и кровеносной систем, взаимоотношение их между собой, а также конструкция органов, в которых они находятся, имеют огромное значение в развитии патологического процесса, в том числе и в развитии опухоли. Кровеносные и лимфатические сосуды находятся не только в тесных анатомотопографических взаимоотношениях. Кровеносные капилляры проникают и в те структуры органов, где нет лимфатических капилляров. Согласно Д.А.Жданову, "Кровеносные капилляры окружают отдельные мышечные волокна, а лимфатические капилляры проходят между мышечными пучками" полых органов.

Следовательно, при злокачественных опухолях необходимо

учитывать особенности конструкции органа и строение внутриорганной лимфатической системы, а также учитывать степень их участия в опухолевом процессе. Установлено, что строение и функция внутриорганной лимфатической и кровеносной систем меняются в зависимости от возраста человека, строения и функции органа /Д.А.Жданов и сотрудники/. Рост опухоли и метастазирование раковых клеток во многом зависят от строения и функции лимфатической и кровеносной систем. Вместе с тем предполагают, что благоприятным моментом для переноса раковых клеток по лимфатической системе является медленный ток лимфы и низкое давление в капиллярах лимфатического русла.

Важное практическое значение имеет вопрос - есть ли лимфатические сосуды в злокачественных опухолях? Этот вопрос окончательно еще не решен.

Б.А.Рогальский /1926/ пишет, что "Каждое гнездо раковых клеток или каждая новообразованная трубка /в аденокарциномах/ окружены лимфатическим пространством". По его мнению, это пространство имеет своего рода париетальную и висцеральную стенки. Он полагает, что для начала метастазирования раковых клеток нужно повреждение висцеральной стенки лимфатического пространства. Последнее может произойти только тогда, когда быстро размножающиеся раковые клетки "разорвут" висцеральную стенку лимфатического пространства. Вот почему, указывает Б.А.Рогальский, "травма и биопсия являются как бы толчком к появлению метаста-

зов". В.О.Гузь /1935/ сообщила, что в паренхиме опухолей она не находила лимфатических сосудов.

Д.А.Жданов /1959/, изучая изменения лимфатических сосудов внутренностей, пораженных злокачественными опухолями, обнаружил в зоне опухолевого роста /при аденокарциноме желудка и солидном раке шейки матки/ деформацию и расширение имеющихся здесь лимфатических сосудов и возникновение новых лимфатических капилляров.

Строение лимфатических сетей изменяется весьма демонстративно. Согласно Д.А.Жданову, "Они становятся гуще, теряют обычную ориентацию петель, резорбционная поверхность их увеличивается". По мнению Д.А.Жданова, это связано с изменениями обмена веществ в тканях, окружающих зону опухолевого очага, где особенно заметно происходят процессы распада тканей и обмена белков. Картина лимфатических капилляров в зоне очага неодинакова: "...Она зависит в первую очередь от специфических взаимоотношений паренхимы и стромы злокачественного новообразования. При аденокарциноме желудка и солидном раке шейки матки отдельные лимфатические капилляры имеются лишь в периферической зоне опухоли. В самой опухоли лимфатических сосудов не имеется". Д.А.Жданов полагает, что лимфатические сосуды разрушаются растущей раковой опухолью.

Согласно данным В.Н.Балашева /1958,1960/, который изучал морфологически реакцию лимфатической системы желудка человека, пораженного аденокарциномой, и желудка кроли-

ка после прививки им опухоли Браун-Пирса, центральные участки опухоли лишены лимфатических капилляров и сосудов. Вместе с тем В.Н.Балашев отмечает, что в периферических районах вокруг аденокарциномы во всех слоях стенки желудка человека имеются лимфатические капилляры в виде густых сетей. Так же, как и при раках желудка человека, в препаратах желудка кролика, пораженных опухолью Браун-Пирса, лимфатические сосуды не обнаруживаются. Более того, в эксперименте автор установил наличие в районе опухоли четырех зон реакции лимфатической системы. Первая зона соответствует центральной части опухоли; эта зона лишена лимфатических капилляров и сосудов. Вторая зона расположена по периферии опухоли; здесь встречаются деформированные лимфатические капилляры и сосуды. Третья зона располагается между первой и второй; лимфатические капилляры здесь образуют густую сеть вокруг опухоли в виде "футляра". Лимфатические сосуды этих зон анастомозируют между собой. Четвертая – "зона первичной реакции лимфатической системы" – располагается на расстоянии I–2 см от опухоли.

В.Н.Балашев полагает, что по мере роста опухоли эти зоны непрерывно перемещаются. Кроме того, по мнению автора, раковые клетки, размножаясь, проникают в просвет лимфатических капилляров и сосудов; наличие густой сети лимфатических капилляров вокруг опухоли способствует быстрому распространению раковых клеток в слизистом и подслизистом слоях. В подтверждение этих данных В.Н.Балашев ука –

зывает, что вокруг опухолевого очага архитектоника лимфатической системы резко меняется. Он приводит следующее наблюдение: "...калибр отводящих лимфатических сосудов в разных местах одного и того же сосуда меняется от 0,I до I мм, что вызывается различной степенью заполнения лимфатических сосудов раковыми клетками. Иногда просвет лимфатических сосудов полностью забит раковыми клетками; в таких случаях инъекционная масса не проникала через раковые "пробки" просвета сосуда. В тех случаях, где просвет лимфатических сосудов заполнен раковыми клетками частично, лимфатические сосуды имеют большое количество слепых "выростов".

М.С.Игнашкина и В.Н.Балашев /I960/ и А.В.Борисов /I960/ изучали реакцию лимфатической системы прививной опухоли в диафрагме и брюшине; они получили приблизительно те же данные, которые получили ранее Д.А.Жданов и В.Н. Балашев при изучении лимфатической системы компактных и полых органов человека.

Таким образом, согласно данным Д.А.Жданова и сотрудников /В.Н.Балашев, А.В.Борисов, И.А.Великоречин, В.Я.Бочаров и др./ лимфатическая система вокруг опухолей имеет густую сеть капилляров.

А.В.Мельников /I945/ и П.Е.Кульчицкий отмечают большую злокачественность и бурный рост опухоли, когда она располагается в слизистом и подслизистом слоях желудка. А.В.Мельников указывает на большое число рецидивов рака

желудка в культе, когда опухоль локализуется в подслизистом слое. Более того, П.Е.Кульчицкий при исследовании желудка установил распространение раковых клеток по просвету лимфатических сосудов /раковый инфаркт/ или по адвентиции их /раковый лимфангоит/ на расстоянии до 6 см в сторону от наружного края опухоли.

Таким образом, подавляющее большинство авторов считает, что метастазирование раковых клеток осуществляется преимущественно лимфогенным путем. Процесс метастазирования по внутриорганным лимфатическим сосудам происходит либо по типу ракового инфаркта /эндокарциноз/, либо рако-вого лимфангоита. Метастазы в лимфатических узлах носят эмболический характер. Об этом писали Я.А.Шкотт /I879/, Джилкрист / Gilchrist R. , I940/, Н.Н.Петров /I947/, А.И. Абрикосов /I947/. Однако Н.Н.Петров и А.И.Абрикосов полагают, что метастазы в лимфатических узлах могут возникнуть и путем прямого или непосредственного прорастания раковых клеток, на что указывали М.П.Горюнова /I937/, Льюкс / Dukes A., I940/ и др.

Итак, одна из главных функций внутриорганной лимфатической системы является резорбция из тканей различных веществ; она обеспечивает поддержание в организме необходимых для активного обмена веществ и физико-химических взаимоотношений между кровью и клеточным и межклеточным живым веществом тканей.

Почти всеми признается, что только подчеркиванием

большой роли лимфатической системы при злокачественных опухолях мочевого пузыря и можно объяснить значительное количество литературных источников, посвященных анатомии и физиологии мочевого пузыря и его лимфатической системы. Выше мы указывали, что наиболее полно описал внутриорганную часть лимфатической системы пузыря А.В.Краев /1957/, однако практическое использование его данных в клинике почти не проводилось. В литературе лишь указывается, что метастазирование рака мочевого пузыря происходит преимущественно лимфогенным путем, но не исключается гематогенный, имплантационный и другие пути.

Между тем частоту лимфогенного и гематогенного метастазирования опухолевых клеток определить практически невозможно. Поэтому исследователи говорят лишь о частоте обнаружения раковых клеток в лимфатических и кровеносных сосудах /венах/. Так, Мак Дональд и Томпсон / Mac Donald S. and Thompson G. , 1948/ у 102 /37,2%/ из 274 больных, страдавших злокачественными опухолями мочевого пузыря, обнаружили раковые клетки в просветах лимфатических сосудов и венах, причем в 64 случаях они поражали только лимфатические сосуды, в 23 - вены и в 15 случаях одновременно были поражены и те и другие сосуды. Указанные авторы говорят, что раковые клетки обнаруживались одновременно в лимфатических сосудах и венах только в тех случаях, когда опухоль прорастала все слои стенки пузыря и околопузырную клетчатку.

Джуитт /1946/, изучавший глубину инфильтрации пузырной стенки опухолевыми клетками, не находил их в лимфатических сосудах и в венах в группе опухолей, которые не прорастали глубже подслизистого слоя. В тех случаях, когда опухоль прорастала мышечный слой, но не всю стенку, лимфатические сосуды были поражены в одном из 15 случаев, отдаленный метастаз имел место также в одном случае. В третьей группе - опухоли инфильтрировали все слои пузырной стенки и околопузырную клетчатку, в 52 из 89 случаев были обнаружены метастазы, причем в 6 случаях из них в перивезикальной клетчатке были найдены фиксированные опухоли.

Резюмируя вышеизложенное, мы полагаем, что протяженность и глубина прорастания пузырной стенки опухолью, частота поражения лимфатических сосудов и вен находятся в прямой зависимости от степени злокачественности опухолевого процесса и стадии заболевания. Реактивные изменения лимфатической системы при опухолевом росте зависят от степени инфильтрации стенки мочевого пузыря, независимо от возраста больного.

б/ Распространение рака по кровеносной системе

Как уже было сказано, процесс метастазирования рака чаще происходит лимфогенным путем, но тесная связь между кровеносной и лимфатической системами создает благоприятные условия для одновременного попадания опухолевых кле-

ток в обе эти системы, или первоначально в одну из них. О тесных топографических взаимоотношениях обеих систем указывает П.А.Жданов. Согласно его данным, кровеносные капилляры проникают в те структуры органов, где нет лимфатических капилляров. Так, например, в полых и компактных органых кровеносные капилляры окружают отдельные мышечные волокна, а лимфатические проходят межцу мышечными пучками. Кровеносные капилляры проникают внутрь долек печени, а лимфатические располагаются только вокруг долек в междольковой соединительной ткани.

Гематогенное метастазирование раковых клеток объясняется в литературе по-разному. По общепринятой трактовке в кровеносное русло раковые клетки попадают после того, как они пройдут все этапы лимфатического пути, т.е. пройдя внутриорганную и экстраорганную лимфатическую систему, раковые клетки попадают в грудной лимфатический проток, отсюда они проникают в подключичные вены, затем клетки имплантируются в тканях различных органов. Однако ряд авторов /Н.Н.Петров, Я.М.Брускин и др./ считает, что метастазирование по току крови чаще происходит посредством прямого прорастания опухоли в венозные капилляры и сосуды. Прорастание вен при раке наблюдается довольно часто, особенно в таких органах, которые имеют наиболее развитые капиллярные сети /легкие, печень, почки, костный мозг/.

В.Н.Лемин /1958/ полагает, что вены наиболее уязвимы

для опухолевого роста потому, что в стенке их, в отличие от стенки артерий, имеются преимущественно коллагеновые волокна, а мышечные волокна лежат только отдельными пучками, тогда как стенка артерий состоит из эластиновых волокон и из сплошной мышечной системы.

Я.М.Брускин указывает, что гематогенный путь, независимо от того, совершается ли процесс по типу непосредственного прорыва опухоли в просвет кровеносного сосуда или путем эмболии его опухолевыми тромбами, при общем карциноматозе играет основную роль.

Н.Н.Петров справедливо замечает, что сущность метастазирования раковых клеток в кровеносное русло далеко не полностью разгадана. Прорастание опухолью вен свидетельствует о далеко зашедшем опухолевом процессе и значительно ухудшает прогноз раковой болезни.

5. Сочетанное метастазирование рака

Б.В.Огнев /1953,1959/ выделяет еще смешанный путь метастазирования раковых клеток – лимфогематогенный и гематогенно-лимфогенный путь. В.Х.Фраучи /1936,1947,1948/ доказаны многочисленные места впадения лимфатических сосудов в венозную систему в забрюшинном и медиастинальном пространствах. Он считает, что когда лимфа, а вместе с нею и опухолевые клетки вливаются в венозный угол, тогда этот путь метастазирования является главным, а если лимфа вливается в кровь в поясничной области грудного лимфатического протока – этот путь вспомогательный.

В.Х.Фраучи анатомическими исследованиями доказал, что на протяжении от II грудного до III поясничного позвонков имеют место лимфо-венозные анастомозы. О возможности соединения лимфатических сосудов с венами без перерыва их в лимфатических узлах сообщает и И.И.Косицин /1946/. Д.А. Жданов отрицает существование лимфо-венозных анастомозов. Ни ему, ни его сотрудникам ни разу не удавалось установить прямых макроскопических соединений лимфатических сосудов с венами.

6. Имплантационный путь метастазирования рака

Прямой перенос раковых клеток или их групп чаще имеет место в серозных полостях и в некоторые полые органы /мочевой пузырь/, хотя очень трудно исключить распространение раковых клеток по внутриорганным лимфатическим сосудам.

7. Распространение опухолей мочевого пузыря на соседние органы

Развитие и внедрение органосохраняющих операций при опухолях мочевого пузыря может быть осуществимо при знании не только анатомии органа, но и взаиморасположения его со смежными тканями /паравезикальная клетчатка/ и органами /с простатой, семенными пузырьками, прямой кишкой- у мужчин, маткой и ее шейкой - у женщин/, а также связей между этими органами посредством лимфатических и кровеносных сосудов. Форма опухолевого роста /экзофитная

или инфильтрирующая/ также имеет немаловажное значение. Инфильтрирующий тип опухоли очень рано прорастает все слои пузырной стенки, быстро инфильтрирует перивезикальную клетчатку и чаще дает метастазы в регионарные лимфатические узлы, в ближайшие и отдаленные органы.

Поражение соседних органов при злокачественных опухолях мочевого пузыря может происходить двояким образом: либо вследствие непосредственного прорастания, либо вследствие метастазирования по анастомозам между лимфатическими сосудами мочевого пузыря и лимфатическими сосудами смежных с ним органов.

Р.А.Курбская /I94I,I949/ показала, что непосредственное соединение лимфатических сосудов мочевого пузыря с лимфатическими сосудами соседних органов /прямой кишкой, влагалищем и маткой, уретрой, простатой и др./ имеет место в редких случаях. Слияние лимфатических сосудов органов малого таза происходит либо на путях к регионарным лимфатическим узлам /редко/, либо в регионарных лимфатических узлах /чаще/.

У Е.Н.Григорьевой /I949,I950/ мы находим указания, что 4% случаев имеются непосредственные лимфатические анастомозы между мочевым пузырем и прямой кишкой. Метастазы в стенку прямой кишки являются сравнительно редкостью, почти не имеют практического значения. Чаще прорастание бывает непосредственное. Редкие случаи метастазирования злокачественных опухолей мочевого пузыря в соседние орга-

ны, по-видимому, объясняются тем, что лимфатические сосуды компактных и полых органов на своем пути имеют клапаны, которые выполняют функцию преграды в ретроградном направлении тока лимфы, а, следовательно, это является препятствием к переносу раковых клеток в соседние с пузырем органы. Наличие клапанов в лимфатических сосудах доказано в работах Д.А.Жданова и сотрудников. Однако ретроградное метастазирование рака допускается некоторыми авторами /Б.В. Огнев и др./.

Частота метастазирования рака мочевого пузыря в регионарные лимфатические узлы и в отдаленные органы, согласно данным ряда авторов, не велика. Так, И.Н.Шапиро обнаружил метастазы у I4 /7%/ из I99 больных, страдавших ворсинчатым и солидным раками, первичная опухоль у которых ограничивалась только внутренней поверхностью мочевого пузыря. Е.М.Шварцберг /I958/ обнаружила метастазы у 7 /3,I%/ из 20I больного, страдавших преимущественно раками мочевого пузыря Ш и IУ стадий.

Альбарран нашел метастазы в подвздошных лимфатических узлах у II из I7 вскрытий трупов людей, умерших от рака мочевого пузыря; у 6 из них опухоли не прорастали все слои пузырной стенки.

И.В.Шкловская и К.А.Горнак /I955/ сообщили о метастазах в половой член у II из 39 больных, возникших из рака мочевого пузыря.

Стениус, Кауфманн /Kaufmann., I922/ и др. указывают,

что ворсинчатые опухоли мочевого пузыря дают метастазы редко, а инфильтрирующие – часто, причем преимущественно в забрюшинные лимфатические узлы. Хукель /Huckel , I934/ и др. не делают большой разницы между инфильтрирующим и ворсинчатым раком на том основании, что первая форма весьма часто происходит из ворсинчатой формы рака. Большинство описанных в литературе метастазов от мочевого пузыря в другие органы относится к первичным ворсинчатым ракам, которые в поздних стадиях болезни инфильтрируют пузырную стенку и дают ближайшие и отдаленные метастазы.

Согласно данным Мостофи /Mostofi F. , I956/, ворсинчатый рак встречается в 80% случаев, причем в 39% он обладает инфильтрирующим ростом; в 20% случаев бывает инфильтрирующая форма рака, но не папиллярного вида. Из этих данных видно, что наблюдается в большинстве случаев инфильтрирующая форма рака /59%/.

Бакер /Baker R. , I955/ из I8 больных, которым удалялись тотально мочевой пузырь и регионарные лимфатические узлы, у 8 нашел поражение лимфатических узлов.

В литературе описаны метастазы рака мочевого пузыря в различные органы и ткани человеческого тела. Первое место по частоте поражения занимают кости скелета, затем поражаются илиакальные и параортальные лимфатические узлы, печень, почки, надпочечники и пищевод.

Клиницисты полагают, что частота метастазирования рака мочевого пузыря бывает намного реже, чем метастази-

рование опухолей другой локализации. Они объясняют это тем, что опухоли мочевого пузыря чаще всего локализуются в районе мочеточниковых отверстий, которые хотя и не прорастаются опухолью, но их просветы очень рано сдавливаются. Это, в свою очередь, приводит к нарушению оттока мочи из почечных лоханок, моча задерживается, способствует расширению лоханок и ведет к гибели паренхимы почечной ткани. В этих условиях моча легко инфицируется, развивается уросепсис, и, наконец, наступает недостаточность функции почек, которые и приводят больных к гибели раньше, чем возникнут и разовьются метастазы.

Известно, что метастаз в лимфатическом узле является новым очагомзлокачественной опухоли и может стать источником последующего распространения раковых клеток в отдаленные органы. Однако Н.Н.Петров указывает, что "...лимфатические узлы надолго задерживают в себе, а иногда даже разрушают раковые клетки". "Не будь лимфатических узлов, где сравнительно медленно растут метастазы, надо думать, что множественное распространение рака по кровеносным путям наступало бы чаще и протекало бы более бурными темпами".

Представляет практический интерес вопрос- всегда ли метастазы по своему гистологическому строению повторяют гистологическую картину первичной опухоли? Одни исследователи говорят, что гистологическое строение метастазов повторяет строение первичной опухоли /А.Н.Федоров, 1935/. В противоположность этому взгляду, Н.Н.Петров /1947/ и

другие указывают, что гистоструктура метастазов представлена эпителиальными клетками менее дифференцированными, и ставят это в связь с тем, что течение метастазов бывает более злокачественным, чем первичной опухоли. Однако наибольшее практическое значение имеет вопрос - всегда ли увеличенные лимфатические узлы имеют в себе раковые клетки и на основании каких признаков во время операции возможно решить вопрос об их специфическом поражении? Б.В.Огнев /1959/ указывает, что "Подозрительными на наличие метастазов являются те лимфатические узлы, которые не содержат хилёзной массы и не имеют молочно-белого цвета".

Ряд исследователей /А.Н.Федоров, Н.Н.Петров, А.И.Абрикосов, А.С.Брумберг, Юинг - Ewing, 1928 и др./ говорят, что увеличенные в размерах лимфатические узлы, обнаруженные хирургом на операции или патологоанатомом на секции, не всегда могут быть поражены раковыми клетками.

Увеличение лимфатических узлов, согласно Борсту, Н.Н. Петрову, Я.Н.Брускину и др. обусловлено "преметастатическими" изменениями в них. М.В.Нечаев /1912/, Риберт, М.И. Лифшиц /1927/, А.С.Брумберг, Юинг и др. в своих исследованиях показали, что увеличение регионарных лимфатических узлов при раковой болезни обусловлено разлитой гиперплазией их клеточных элементов и размножением фолликулов. Вместе с тем А.С.Брумберг обнаружил в синусах лимфатических узлов раковых больных дегенеративные изменения клеточных элементов, причем гиперпластические процессы в лимфа-

тических узлах выражены более резко при солидных раках и при тех злокачественных опухолях, которые протекают с распадом и изъязвлением опухолевого очага.

А.С.Брускин, Юинг рекомендуют эту неспецифическую гиперплазию лимфатических узлов рассматривать как начальные изменения, предшествующие появлению в лимфоузлах метастазов. Истинные опухолевые клетки, по их мнению, чаще обнаруживаются в расширенных синусах лимфатических узлов, реже - во всей ткани.

Таким образом, всеми единодушно признается, что метастазирование рака происходит преимущественно лимфогенным путем, но не исключается - гематогенный, лимфо-гематогенный и гематогенно-лимфогенный, имплантационный и другие пути. Раковые клетки способны к инвазии /прорастанию/ и распространению между мышечными пучками, коллагеновыми волокнами, вдоль лимфатических и кровеносных сосудов, по периневральным пространствам вдоль нервных стволов в двух направлениях - продольном и перпендикулярном /по отношению к плоскости полого органа/. При развитии опухоли раковые клетки не только прорастают, но и разрушают ткани, сосуды и нервы. Хотя механизм инвазии пока неясен, но известно, что раковые клетки разрушают стенку лимфатических сосудов, легко проникают в их просвет, возникает эндокарциноз. Чем менее дифференцированы раковые клетки, тем выше их злокачественность. Рост и развитие злокачественных опухолей у людей разных возрастов неодинаковы. "Одна и та

же разновидность раковой опухоли у молодых людей приводит к гибели быстрее, чем у старых" /Каудри/. Это объясняется возрастными особенностями органа, в котором развивается опухоль, т.е. его строением и функцией, а также характером строения лимфатической и кровеносной систем. Лимфатическая система с увеличением возраста человека подвергается заметным изменениям; у пожилых людей она резко изменяется в анатомическом и функциональном отношениях. На рост опухоли оказывает влияние ряд факторов, из которых, по мнению К.П.Балицкого /1950/, И.П.Майского, Н.А.Троицкой /1951/, А.С.Брумберга /1955/ и др., главную роль играет фермент гиалуронидаза, содержащаяся в злокачественных опухолях. Этот фермент /"фактор распространения"/ разрыхляет связи между окружающими опухоль клетками соединительной ткани и расплавляет межуточное вещество стенок лимфатических сосудов; содержащееся большое количество гиалуронидазы в лимфе обусловливает повышенную проницаемость сосудистых стенок. Это, в свою очередь, способствует процессу распространения раковых клеток и образованию метастазов, особенно в регионарных лимфатических узлах, развитие которых протекает по тем же законам, что и первичная опухоль.

ГЛАВА ТРЕТЬЯ

ЭВОЛЮЦИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Изучение значительного количества литературных источников показывает, что переход хирургов к производству радикальных методов хирургического лечения опухолей мочевого пузыря, преследующий отдаленный благоприятный исход, наметился совсем недавно.

Очень важными для хирургии опухолей мочевого пузыря явились работы С.П.Федорова /1917, 1927/, в которых сформулированы принципы, не потерявшие своего значения и теперь. В 1927 г. С.П.Федоров писал: "Не имея пока верного средства для лечения рака, нужно поступать с мочевым пузырем так же, как поступают при лечении других пораженных раком органов, например, грудной железы, желчного пузыря, почки и т.д., т.е. удаляют весь орган и по возможности в начальных стадиях его заболевания".

Совершенно очевидно, что чем быстрее больной будет избавлен от злокачественной опухоли мочевого пузыря и в более ранней стадии заболевания, тем больше шансов у него на благоприятный отдаленный результат.

Прежде чем подойти к изложению современных установок по проблеме лечения опухолей мочевого пузыря, мы полагаем, что не лишним будет ознакомиться с историей этого вопроса.

I. К истории хирургического лечения опухолей мочевого пузыря

Уже в трудах Лакуна, Ферри, Хильдена, Морганьи, Бланкарда, Руйша и других /XVI и XVII вв/ имеются сведения о хирургическом лечении опухолей мочевого пузыря. Указанные авторы с помощью бужа вводили лекарственные вещества непосредственно к опухоли.

В 1639 г. Кувелляр / Cuvillar / первый удалил опухоль мочевого пузыря через промежностный разрез.

Врачи XVIII столетия большое внимание уделяли лечению опухолей мочевого пузыря, осложнившихся кровотечением или задержкой мочеиспускания. Для остановки кровотечения они применяли промывание горячей водой, а задержку мочи устраняли катетеризацией. Отдельными врачами делались попытки удалять опухоли оперативным путем. Так, Кало /Calo, 1727/ удалял фунгозные и полипозные опухоли мочевого пузыря через мочеиспускательный канал. Шопар рекомендовал удалять полипы, располагающиеся в шейке пузыря, через промежностное сечение. При наличии в мочевом пузыре сгустков крови он прибегал к отсасыванию их специально сконструированным насосом. При неэффективности этого приема Шопар рекомендовал производить надлобковую пункцию мочевого пузыря.

Хирургия опухолей мочевого пузыря стала развиваться после того, как Листоном /Liston , 1862/ впервые была удалена киста мочевого пузыря надлобковым доступом. Удач-

но выполненные операции на вскрытом пузыре Бильротом /1875/, Фолькманом, Костером /1886/, Кюммелем / Kummel., 1887/ привлекли внимание других хирургов, и интерес к хирургии мочевого пузыря заметно возрос. Если до 70-х годов прошлого столетия на мочевом пузыре было выполнено не более 11 операций, то к 1885 году их было произведено через надлобковый разрез уже 98. Чрезпузырный метод удаления опухолей завоевал себе сторонников и получил всеобщее признание. Промежностное, влагалищное и сакральное сечение мочевого пузыря были вытеснены чрезпузырным методом.

Первым пропагандистом удаления опухолей мочевого пузыря надлобковым чрезпузырным доступом в 70-х годах XIX столетия был Томпсон: с 1800 по 1884 год он произвел 20 операций этим методом. Томпсон рекомендовал производить эту операцию особенно начинающим хирургам. Но диагностические приемы, которыми пользовались в то время, были настолько необъективны, что не каждый хирург решался вскрывать мочевой пузырь.

Смит Грей / Smith Greig / был одним из сторонников высокого сечения мочевого пузыря; он указывал, что этот доступ позволяет произвести не только эксцизию опухоли, но и резекцию стенки мочевого пузыря вместе с опухолью в пределах здоровых тканей. Смит Грей рекомендовал даже зашивать пузырную рану наглухо. Однако наблюдения ряда авторов над больными показали, что после удаления опухолей путем высокого сечения, операция осложнялась длительно

незаживающим мочепузырным свищем и мочевыми затеками, что, естественно, не могло не отразиться на развитии хирургии мочевого пузыря.

Хирурги сразу же стали изыскивать средства борьбы с этими осложнениями; на первый план был поставлен вопрос о пузырном шве. В этой проблеме большая заслуга принадлежит отечественным ученым. На основании экспериментальных данных В.В.Максимов /1876/ первый обратил внимание на тот факт, что "... при наложении пузырного шва не следует захватывать слизистую оболочку", так как она обладает свойством заворачиваться, мешает нормальному заживлению раны, а швы, обращенные в просвет пузыря, подвергаются инкрустации солями.

Вопросу о пузырном шве были посвящены также работы П.Т.Склифасовского, С.А.Александрова, П.И.Молдинского и др. Соблюдение правил наложения пузырного шва явилось основой в борьбе с мочевыми затеками и мочепузырными свищами. С.А.Александров на клиническом материале получил в 83% случаев первичное заживление пузырной раны после камнесечения.

Сторонниками глухого пузырного шва были В.В.Максимов /1903/, Хоше /Hoche , 1888/, Диец /Dietz., 1890/, Альбаран /1892/ и др. Они рекомендовали зашивать мочевой пузырь, но при условии достаточно хорошего обеспечения оттока мочи, применяя для этой цели постоянный катетер или дренаж-сифон по Гюйону.

Нартон /Narton , 1879/, Кальтенбах / Kaltenbach ,1883/, Кладо /1894/, Анталь /Antal , 1885/, Зонненбург / Sonnenburg , 1885/, Н.А.Вельяминов /1896/, Камерер / Kamerer ,1897/ и др. внедрили в практику резекцию мочевого пузыря при опухолях. Эта операция нашла сторонников и стала методом выбора. Однако резекция мочевого пузыря могла быть выполнена только в случаях, когда опухоль локализуется в пределах возможной экстраперитонизации мочевого пузыря. При расположении опухоли в области устьев мочеточников сразу же возникал ряд вопросов: во-первых, как поступить с мочеточником при резекции пузыря, куда его пересадить? Во-вторых, каковы пределы возможной резекции и возможно ли полное удаление мочевого пузыря, пораженного опухолью? Были выполнены экспериментальные работы на животных, позволившие производить резекцию мочевого пузыря вместе с устьем мочеточника с последующей его пересадкой в оставшуюся часть пузыря. О четырех резекциях пузыря сообщил Кюстер /1896/ - о двух случаях собственных и двух - Израэлевых.

В России П.И.Модлинский /1896/ первый произвел гемирезекцию мочевого пузыря с уретеровезиконеостомией у 2 больных; исход операций был благоприятный.

Глюк и Целлер / Gluch u Zeller. , 1881/ сообщили свои результаты о полном удалении мочевого пузыря у экспериментальных животных. П.И.Модлинский /1896/, М.А.Васильев /1895/, С.П.Федоров /1903/, Кюстер /1891/, Тюфе /Tuffier., 1897/, Коммель, Альбарран и др. произвели полную экстирпацию мочевого пузыря у человека. Для отведения мочи ими

была использована прямая кишка и влагалище, куда пересаживались мочеточники. Уже к концу XIX столетия экстирпация мочевого пузыря при опухолях была произведена у I5 больных; непосредственно после операции умерло II человек, 4 - оставались долгое время с мочевыми свищами. Естественно, что этот казуистический материал и неблагоприятные исходы операций не могли не отразиться на развитии радикального хирургического лечения опухолей мочевого пузыря.

Новая эра в клинике рака мочевого пузыря начинается с изобретения Нитце / Nitze , I884/ цистоскопа и применения его в практику. В I886 г. Нитце сообщил о 8 больных, у которых опухоль мочевого пузыря была распознана при цистоскопическом исследовании. В I889 г. Фенвик сообщил о 20 больных, у которых за I5 месяцев применения цистоскопа он диагносцировал опухоль мочевого пузыря. Через I0 лет, в I896 г., Нитце представил материал о I22 случаях опухолей мочевого пузыря, распознанных им при цистоскопическом исследовании.

Цистоскопия как метод объективного исследования больных, в том числе и с опухолями мочевого пузыря, очень быстро нашла многих сторонников. С течением времени цистоскоп был усовершенствован; кроме диагностического назначения он приобрел и лечебные свойства. Наряду с развитием хирургических методов лечения опухолей мочевого пузыря /иссечение опухолей на вскрытом пузыре, резекция стенки, экстирпация пузыря/, стали разрабатывать эндовезикальный способ лечения их с помощью операционного цистоскопа. В

1896 г. Нитце сообщил о 31 больном, которым он удалил опухоли мочевого пузыря трансуретрально. Однако всеобщее признание этот метод получил после того, как Каспер /1898/ усовершенствовал операционный цистоскоп; последний очень скоро нашел широкое применение в практике лечения опухолей мочевого пузыря. Некоторые хирурги даже предпочитали эндовезикальный метод надлобковому вскрытию и резекции мочевого пузыря.

Накопился достаточный клинический материал, позволивший сделать сравнительные данные о результатах лечения опухолей мочевого пузыря. Каспер /1898/ обратил внимание на тот факт, что после эндовезикальной и трансвезикальной эксцизии, а также при резекции пузыря очень быстро наступают рецидивы опухолей. С.П.Федоров /1903/, Оберлендер / Oberlander, 1998/ и др. на основании клинических наблюдений указывали, что на вид доброкачественная папиллома с течением времени может превращаться в злокачественную, а рецидивы, возникшие после удаления их, большей частью встречаются в форме рака. Причину возникновения рецидива опухоли объяснить было трудно, однако уже П.И.Мошлинский /1896/ считал, что в этом явлении ..."немаловажную роль играет гистологическое отношение основания опухоли к лимфатическим сосудам и к кровообращению в пузыре".

Альбарран /1892/, оценивая внутрипузырный метод лечения опухолей указывал, что, если он и получит распространение, то не будет являться прогрессивным, наоборот, он

станет шагом назад. "Я не стал бы применять этот способ,- говорил Альбарран,- даже при самых маленьких опухолях, самых доброкачественных на вид, так как при радикальном их удалении больше шансов против рецидива опухоли". Такого же мнения придерживался и Кладо /1895/. Он считал, что внутрипузырный метод Нитце должен быть отвергнут ввиду того, что он ведет к инфекции и пузырному кровотечению, а главное - не достигается полная экстирпация не только злокачественной, но и доброкачественной опухоли. Прибегать к этой операции,- говорил Кладо,- означает возвратиться к устарелым приемам Лакуна, Шопара и Цивиля.

Коммель писал, что "...полное излечение возможно гораздо чаще, чем принято полагать, если только новообразование рано распознано и правильно удалено". П.И.Модлинский в своей монографии "Хирургия новообразований мочевого пузыря /1899/" пишет: "Если мы не можем ничем влиять на самый рост опухоли, то чем раньше мы ее удалим, тем лучше. Операция должна быть произведена, как только распознавание опухоли окончательно выяснено, и больной дал свое согласие на нее".

Таким образом, к началу XX столетия многие авторы /П.И.Модлинский, Коммель, Оберлендер, Альбарран, Кладо и др./ стояли на точке зрения раннего распознавания опухолей мочевого пузыря и своевременного радикального хирургического лечения их.

В начале XX века многие клиницисты проделали колос-

сальную работу по усовершенствованию методов выключения мочевого пузыря и отведения мочи в кишечник. Для резервуара мочи была использована прямая кишка, а для ее удержания – использовался жом прямой кишки. В проблеме пересадки мочеточников в кишечник и выключения мочевого пузыря ведущая роль принадлежит отечественным ученым: П.И. Тихову, А.В.Мартынову, С.Р.Миротворцеву, А.П.Яхонтову, А.Г.Смиттену, Н.В.Маркову, Г.А.Рихтеру и др. Они в первоначальную методику Симона / Simon , 1851/ внесли много деталей, усовершенствовали технику пересадки мочеточников в толстую кишку, а это в свою очередь подготовило почву к экстирпации мочевого пузыря и пересадке мочеточников в кишку одномоментно /А.П.Цулукидзе, Б.Л.Полонский/.

В первой четверти XX столетия вопросы цистоскопической диагностики и методы радикального лечения опухолей мочевого пузыря получили дальнейшее развитие. Так, С.П. Федоров, П.И.Мондинский, Альбарран, Каспер и др. указывали, что всякое новообразование, хотя оно и невелико, подлежит радикальному хирургическому лечению, и чем раньше, тем лучше для больного. Но были противоположные мнения. На IX конгрессе французских урологов в 1905 г.,в парижском обществе хирургов в 1909г. и на УП съезде немецких урологов в 1926 г. Рафен / Rafin /, Мальгерб /Malherbe /, Шателин / Cathelin /, Женьювиль / Genouville /, Фриш /Frisch /, Хирт / Hirt / и др. высказывались против применения операций при злокачественных опухолях мочевого

пузыря. Призывы к воздержанию от операций явились реакцией на плохие ее исходы.

Школа С.П.Федорова еще в I9I2 г. /Н.Н.Быстров/ стояла на позициях ранней диагностики и своевременного применения радикального хирургического лечения опухолей мочевого пузыря. В пользу подобной точки зрения говорили как собственные клинические наблюдения, так и литературные данные. Вайнрих / Weinrich , I905/ после эндовезикального лечения папиллом в ранние сроки наблюдал появление рецидивов в 20% случаев; у Страуса / Straus , I909/ они имели место в I5,4%, у Мариона – в I6,6%. Эти данные согласуются с наблюдениями Альбаррана, Каспера, Кладо и др. По их статистикам в ранние сроки после эндовезикального лечения папиллом возникновение рецидивов было в I4–I9% случаев. В I9I2 г. А.А.Быстров /клиника С.П.Федорова/ подчеркивал, что, применяя паллиативные методы хирургического лечения опухолей мочевого пузыря, мы теряем время для радикальной терапии. Поэтому, говорит А.А.Быстров, "мы не можем согласиться с доводами противников" против оперативного вмешательства как при раках, так и при папилломах мочевого пузыря и "считаем, что всякое новообразование пузыря подлежит радикальному хирургическому лечению".

Возврат опухолей на рубце или на новых местах при эндовезикальном их лечении ряд авторов /С.П.Федоров; Ровзинг; Каспер; Альбарран; Боме – Bohme , I909; Легве –

Legueu , 1909; Десно и др./ объясняли тем, что при этом методе опухоль не иссекается, а грубо отрывается, и поэтому думать о радикализме лечения не приходится.

Поиски улучшить методы лечения опухолей мочевого пузыря не прекращались. В 1910 г. Е.Беер /Beer E. / и Кейз /Keyes / для эндовезикального лечения опухолей этого органа использовали однополюсный ток /Беер/ и двуполюсный ток высокой частоты /Кейз/. Эндовезикальная электрокоагуляция, как метод лечения, быстро получила широкое применение в урологической практике.

В 1915 г. Б.Н.Хольцов первый стал применять электрокоагуляцию опухолей на вскрытом мочевом пузыре. Этот метод был усовершенствован: опухоли мочевого пузыря стали не только подвергать электрокоагуляции, но и иссекать их в пределах здоровой слизистой оболочки на широкой площади.

В 1924 г. Беер предложил электродиатермический нож, который стал применяться при эксцизии опухолей и резекции мочевого пузыря. Было установлено, что электродиатермический нож легко рассекает стенку пузыря, свертывает кровеносные и лимфатические сосуды, тем самым, как полагали хирурги, предупреждается отщепление раковых клеток и имплантация их в слизистую оболочку пузыря.

За последние 40 лет применению эндовезикальной и трансвезикальной электрокоагуляции опухолей мочевого пузыря посвящено большое число работ. Наблюдения многочисленных авторов и статистические данные позволяют сделать

сравнительную оценку различных методов лечения.

И.Н.Шапиро /1938/ после эндовезикальной электрокоагуляции доброкачественных папиллом наблюдал рецидивы в 16,5% случаев, причем они возникали как на рубце, так на новых местах, нередко уже в форме рака. По данным И.П.Карпунькина /1957/ рецидивы имели место в 16,9% случаев; у М.В.Пиневич /1957/ - 22,6%; у М.Г.Купершляк /1958/ - 18,4%; у Г.А.Рихтера /1959/ - 20%; Биолль / Beall, 1956/ наблюдал рецидивы в 17% случаев.

А.П.Цулукидзе /1957/, оценивая результаты лечения опухолей мочевого пузыря эндовезикальной электрокоагуляцией на личном материале /352 случая/, указывает, что длительное выздоровление было у 26% больных. В ранние сроки рецидивы наступили в 53% случаев; у 21% больных вообще не удавалось электрокоагулировать опухоль в связи с невыгодной их локализацией /шейка пузыря и треугольник Льётo/. Среди больных, у которых предполагалось, что опухоль электрокоагулирована полностью, в течение года наступил рецидив в 74% случаев.

После электрокоагуляции и электроэксцизии опухолей с цемукозацией на вскрытом мочевом пузыре результаты лечения были не лучше, чем после эндовезикальной электрокоагуляции.

Резекции мочевого пузыря, как операции выбора, до настоящего времени посвящено немного работ. А.П.Цулукидзе указывает, что резекция мочевого пузыря при опухолях

может быть выполнена лишь в 22% случаев, а согласно Хиггинс – в 27,5%. Эти цифры безусловно премуньшены только потому, что невыгодная локализация опухолей для резекции мочевого пузыря по данным других авторов /И.С.Темкин, А.И.Васильев и др./ составляет приблизительно 37–49%. Следовательно, почти в половине случаев возможна резекция мочевого пузыря.

По сборной статистике Б.Н.Хольцова /I937/ резекции мочевого пузыря давали 24% смертности непосредственно и 30% рецидивов вскоре после операции. Стало очевидным, что не имеется никакого резона производить эту операцию. Между тем за последние годы после резекции мочевого пузыря получены намного лучшие результаты, чем прежде. Так, по данным С.Петковича /I956/ непосредственная летальность составила 9%, у Д.Е.Леванта/I960/ – 5,4%, у Б.Л.Полонского – 4%.

И.Н.Хожаинов /I955/ на основании личного опыта делает вывод, что резекция мочевого пузыря является целесообразной и эффективным методом лечения рака мочевого пузыря. Функция мочевого пузыря даже после обширной резекции восстанавливается в ближайшие 2–3 месяца. Сравнивая различные методы лечения опухолей мочевого пузыря /рака/ на значительном материале, Мостофи /Mostofi F. K. , I956/ указывает, что лучшие результаты в смысле продолжительности жизни больных были получены после резекции мочевого пузыря.

На 3-й Всесоюзной конференции урологов /I958/ при

обсуждении вопроса о лечении злокачественных опухолей мочевого пузыря явно наметилась тенденция к применению обширных резекций мочевого пузыря вместо тотальной цистэктомии /А.П.Фрумкин, А.Я.Пытель, Д.Е.Левант, И.Н.Шапиро, С.Д.Голигорский и др./. А.Я.Пытель, Д.Е.Левант, Б.Л.Полонский, С.Д.Голигорский стали шире применять гемирезекцию мочевого пузыря с пересадкой соответствующего мочеточника в оставшуюся часть пузыря.

Таким образом, полувековое применение щадящих хирургических методов лечения опухолей мочевого пузыря /трансуретральная и трансвезикальная электрокоагуляция, электроэксцизия и демукозация/, на которые возлагалась большая надежда, не оправдались, и показания к их применению за последние 15 лет заметно стали суживаться. В настоящее время ставится вопрос об искании новых путей радикального лечения опухолей мочевого пузыря. Борьба со злокачественными опухолями является одной из важнейших проблем советского здравоохранения. Советская онкология сейчас стоит на позициях раннего оперирования опухолей. Анатомические исследования путей оттока лимфы и изучение топографии лимфатических узлов послужили основанием для разработки обширных оперативных вмешательств при злокачественных опухолях на желудке, пищеводе и легком.

За последние годы среди урологов и хирургов наметилась тенденция к выполнению радикальной хирургической терапии при злокачественных опухолях мочевого пузыря, приме-

нение цистэктомии, в особенности в ранние периоды заболевания.

Сторонниками тотальной цистэктомии с пересадкой мочеточников в толстый кишечник в СССР являются Б.Л.Полонский, А.Я.Пытель, А.П.Цулукидзе, Д.Д.Мурванидзе, В.С.Комарова. Эти авторы считают целесообразным применять экстирпацию мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в прямую кишку одномоментно. И.Н.Шапиро, Г.А.Рихтер и др. рекомендуют производить цистэктомию с пересадкой мочеточников в сигму в два этапа. Из зарубежных авторов в защиту тотальной цистэктомии в один этап выступают Кувелер /Couvelaire /, Дюфур /Dufour /, Неделек /Nedelec /, Равазини /Ravasini /, Кэрр /Kerr /, Колби /Colby /, С.Петкович /Petcovic/ и др.

Несмотря на целенаправленные усилия клиницистов, патологов, морфологов, биохимиков и биологов многих поколений, проблема лечения злокачественных опухолей вообще, и в частности опухолей мочевого пузыря, пока еще не разрешена. Не разрешила проблему лечения опухолей мочевого пузыря и тотальная цистэктомия с пересадкой мочеточников в толстый кишечник, которая за последние 15–20 лет усиленно применяется зарубежными урологами /Витмор, Маршалл и др./. Не разрешен также вопрос и о месте, которое должна занять резекция мочевого пузыря в лечении этого заболевания.

При изучении литературы нам не удалось найти работ, обосновывающих объем удаляемой части мочевого пузыря в за-

висимости от анатомического типа /формы/ опухоли, пределов внутристеночного распространения опухолевых элементов, реакции внутриорганной лимфатической системы на опухолевый рост, стадии развития болезни и возраста больного. Исследователи фиксировали свое внимание преимущественно на клинике, диагностике и оценке результатов различных хирургических методов лечения без учета значения протяженности внутристеночной инфильтрации опухолевым процессом.

По мере накопления клинического и патологоанатомического материала такие методы хирургического лечения опухолей мочевого пузыря, как резекция и экстирпация пузыря, станут более совершенными, тогда и показания к их применению, естественно, будут расширены.

2. Операбильность и возможности расширения объема хирургического вмешательства при опухолях мочевого пузыря

Операбильность и радикальность – не одно и то же. Можно удалить мочевой пузырь, опухоль которого проросла паравезикальную клетчатку, а иногда она проникает и на соседний с ним орган. Этот случай также можно считать операбильным, однако радикализм подобного вмешательства остается под большим сомнением. К операбильным случаям относят и небольшие, легко удаляемые опухоли мочевого пузыря, но давшие уже отдаленные метастазы, которые в момент операции не были обнаружены. Понятие об операбильности важно, ибо мы получаем определенное представление о числе

больных, которым возможно провести хирургическое лечение, пусть даже и не всегда оказывающееся радикальным. Вычисление процента операбильности при опухолях мочевого пузыря является необходимым для сопоставления результатов исхода различных методов операций, применяемых сейчас в урологической практике.

Невыполнимость резекции мочевого пузыря обусловлена следующими факторами: I/ Невыгодная локализация опухоли /пузырный треугольник, паратригональная зона и шейка мочевого пузыря/. Согласно А.П.Цулукидзе, опухоли локализуются в нижнем отделе пузыря в 72% случаев, по данным А.И. Васильева – в 60%, по И.С.Темкину – 63,6%, по Хиггинсу – в 72,5% случаев; 2/ Значительное внутристеночное распространение опухолевых элементов как по протяжению, так и в глубину, когда опухоль инфильтрирует больше половины стенки мочевого пузыря; 3/ Прорастание опухоли в паравезикальную клетчатку, поражение регионарных лимфатических узлов и наличие отдаленных метастазов. Особенно быстрым ростом и распространением опухолевых клеток обладают инфильтрирующие формы рака, составляющие по данным Мостофи около 60% случаев.

Выход опухоли за пределы органа является плохим прогностическим признаком, тогда и тотальная цистэктомия, даже с лимфадэктомией, окажется неэффективной операцией, не говоря уже об эндовезикальной или трансвезикальной электрокоагуляции. И.Н.Шапиро /I950/ пишет: "В тех слу-

чаях, когда при исследованиях цистоскопическом или гистологическом подтверждалось или наметилось наличие папиллярного или солидного рака пузыря, всякие эндовезикальные методы лечения, как правило, теряют свое значение".

Определить глубину и протяженность прорастания подслизистого и мышечного слоев опухолью не только при цистоскопии, но даже и на операции почти невозможно. Это возможно обнаружить лишь при гистологическом исследовании на серийных гистотопографических срезах операционных или секционных препаратов. Так, Бекер / Baker, I955/ гистологически изучил I8 тотально удаленных мочевых пузырей и регионарные лимфатические узлы. Он установил, что в случаях, где имелась опухолевая инфильтрация мышечного слоя, внутриорганные лимфатические сосуды были поражены по всей окружности мочевого пузыря. В этих случаях опухолевые клетки обнаруживались и в регионарных лимфатических узлах. У другой группы больных опухолевая инфильтрация занимала меньше 50% толщины пузырной стенки, опухолевые клетки обнаруживались в лимфатических сосудах мышечного слоя на расстоянии, в два раза превышающем размеры опухоли от ее основания. У 2 из 8 больных этой группы имелись метастазы в регионарных лимфатических узлах. У третьей группы больных опухоль не выходила за пределы слизистого и подслизистого слоев, опухолевых клеток в лимфатических сосудах стенки мочевого пузыря у них не было обнаружено.

Таким образом, создается впечатление, что резекция мочевого пузыря и тотальная цистэктомия без удаления илиа-

кальных и парааортальных лимфатических узлов, окажутся не радикальными методами лечения опухолей мочевого пузыря. В том то и трагедия, что эти операции производятся при запущенных формах рака, отсюда и отдаленный результат операции зачастую неблагоприятен. Разумеется, не без основания многие авторы /Бакер, Витмор, Джуитт, Керр, Колби, Маршалл и др./ говорят, что длительность жизни оперированных больных при запущенных стадиях рака обычно невелика. У большинства из них развиваются пиэлонефрит, рецидивы опухоли, отдаленные метастазы, от которых больные и погибают.

В заключение следует подчеркнуть, что в хирургии злокачественных опухолей мочевого пузыря имеется еще много важных вопросов, требующих углубленного изучения и своего разрешения. Во-первых, выбор метода операции нередко определяется без учета возраста больного, давности течения заболевания; во-вторых, в должной мере не принимается во внимание макроскопическая форма опухоли при выборе метода операции, степень ее злокачественности; в-третьих, забывается о возможном внутристеночном распространении опухоли в продольном и перпендикулярном направлениях, упускается из виду возможная степень инфильтрации пузырной стенки опухолью; в-четвертых, не придается должное значение роли лимфатической системе в распространении опухолей мочевого пузыря, и, наконец, в-пятых, не используются данные анатомов о возможных /а они существуют/ лимфогенных

путях распространения рака, а также не используется в практических целях топография регионарных лимфатических узлов в рамках классификации Б.В.Огнева – Е.Я.Выренкова.

Благоприятный отдаленный результат можно достигнуть не столько техникой операции, сколько знанием и использованием особенностей опухолевого роста и метастазирования злокачественных опухолей. Достаточно напомнить работы последнего времени, свидетельствующие о том, что в процессе развития эпителиальных опухолей наблюдаются все стадии перехода от простой папилломы до инфильтрирующего рака у одного и того же больного /Маршалл, I956; Делатье, I958; Крупп – Krupp , I958 и др./. Так, Маршалл наблюдал больных с папилломами мочевого пузыря, подтвержденных гистологически при первой биопсии, а через 6 месяцев у 20% этих же больных при повторной биопсии был обнаружен гистологически рак. Вот почему при ранних стадиях развития опухолей резекция мочевого пузыря является показанной и целесообразной.

В случаях, когда опухоль локализуется в нижнем отделе пузыря, особенно при множественных опухолях, показана тотальная цистэктомия, ибо эндовезикальные и трансвезикальные методы лечения /электрокоагуляция, электроэксцизия/ не могут считаться надежными. Вместе с тем мы полагаем, что тотальная цистэктомия с удалением илиакальных лимфатических узлов должна применяться урологом и хирургом, имеющим большой опыт; при этом необходима индиви-

дуальная оценка показаний и противопоказаний, осмотрительность и убежденность в неэффективности других методов лечения, но при обязательном учете особенностей опухолевого роста, макроформы опухоли, степени ее злокачественности, путей метастазирования опухолевых клеток и роли лимфатической системы мочевого пузыря в переносе раковых клеток. К изучению этих вопросов на собственном материале мы теперь и переходим.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ

РОСТ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

/собственные исследования/

ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Одной из основных задач нашего исследования явилось обоснование некоторых методов хирургического лечения /резекции и экстирпации/ эпителиальных опухолей /рака/ мочевого пузыря в зависимости от особенностей роста /анатомической формы опухоли/ и степени внутристеночного распространения процесса. В связи с этим появилась необходимость четко обозначить анатомическое деление мочевого пузыря на отделы.

С хирургической точки зрения наиболее приемлемым является деление мочевого пузыря на переднюю, заднюю, боковые стенки и шейку.

С точки зрения изучения взаимосвязей внутриорганной лимфатической системы между различными отделами мочевого пузыря и направлении внеорганного тока лимфы от органа целесообразно делить пузырь на сегменты /отделы/. В соответствии с этим мы условно разделили мочевой пузырь по продольной оси на правую и левую половины, а поперечной линией через тело пузыря на четыре сегмента каждую половину: переднениижний и передневерхний, заднениижний и задневерхний сегменты /рис.I2/.

Наша работа построена в следующей последовательности. Вначале обсуждаются данные, полученные при анатомическом и экспериментальном исследовании внутриорганной и экстра-

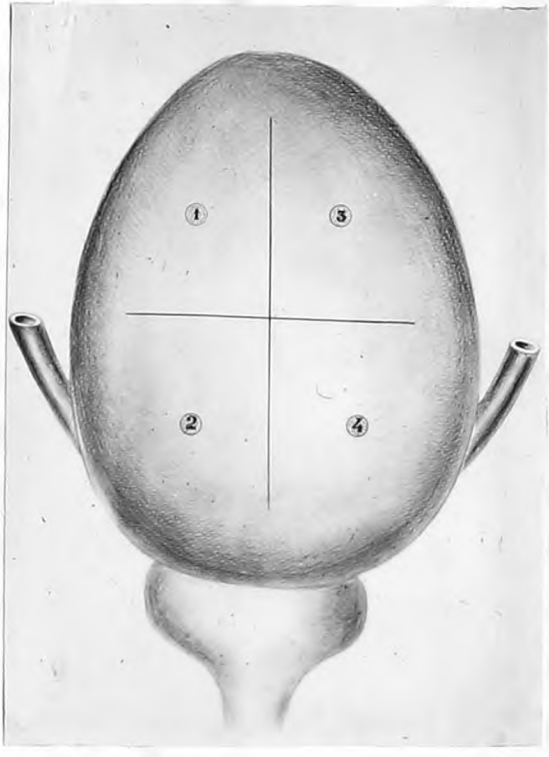


Рис.I2. Мочевой пузырь.Передняя стенка пузыря разделена на четыре сегмента /показано линиями/. Соответственно передней разделена на четыре сегмента и задняя стенка. Цифры в кружках - места инъекции туши /схема/.

органной лимфатической системы нормального мочевого пузыря человека и животных. Это вызвано тем, что даже в последнее время одни авторы /Г.Ф.Иванов, И.А.Солдатченков, Г.И.Гольдин, Реньи-Вамош и др./ отрицают наличие лимфатических сосудов в слизистой оболочке мочевого пузыря, а другие /А.В.Краев/ находили их в слизистой оболочке и полагают, что внутриорганные лимфатические сосуды являются

и путями внутристеночного распространения ракового лимфангоита и инфаркта /П.Е.Кульчицкий и др./. Затем обсуждается вопрос о лимфатических связях между различными сегментами мочевого пузыря как внутристеночно, так и на его поверхности, переход лимфатических сосудов одной стороны пузыря на противоположную его сторону, а также направление внеорганного тока лимфы от мочевого пузыря в регионарные лимфатические сосуды, о чем необходимо помнить практическому хирургу и урологу. Затем обсуждаются особенности опухолевого роста и распространения раковых элементов, реактивные изменения лимфатических сосудов в опухолевом очаге и вне его в зависимости от формы опухоли, стадии болезни /степени злокачественности/ и протяженности внутристеночной инфильтрации; выясняются факторы, влияющие на успех оперативного лечения. После этого дается анализ собственных результатов применения различных способов хирургического лечения эпителиальных опухолей /рака/ мочевого пузыря.

Работа заканчивается клинико-морфологическим обоснованием методов хирургического лечения опухолей мочевого пузыря /отдаленные результаты лечения/, в частности, обоснованием резекции и отчасти экстирпации его в зависимости от локализации, анатомической формы опухоли, стадии, степени злокачественности, протяженности внутристеночной инфильтрации и объема удаляемой части органа.

Материалом для нашего исследования послужили: I/ком-

плексы и изолированные мочевые пузыри, взятые у трупов, умерших не от урологических заболеваний; 2/ комплексы мочевых пузырей животных /собаки/, взятые после прижизненных экспериментов; 3/ операционные препараты - мочевые пузыри и их части,- взятые при цистэктомии и резекции мочевого пузыря, пораженные раком; 4/ комплексы раковых пузырей, взятые при аутопсии у умерших людей; 5/ истории болезни больных, лечившихся по поводу опухолей мочевого пузыря в урологическом отделении факультетской хирургической клиники за период с I95I по I963 гг.

Для изучения лимфатической системы нормального мочевого пузыря мы применили метод интерстициальной инъекции синей массы Герота. При изучении внутриорганной части лимфатической системы использовано 54 удачно налитых изолированных препарата мочевых пузырей. Мужчин в возрасте от 25 до 86 лет было 36, женщин от 2I года до 80 лет - I8. Внеорганная часть лимфатической системы /внеорганные лимфатические сосуды и регионарные лимфатические узлы/ изучена на 28 трупах взрослых людей /от I7 до 52 лет/.

Инъекция массы Герота производилась одноразовым шприцем "Рекорд" в слизистую оболочку и мышечный слой различных отделов мочевого пузыря. Наливка лимфатических капилляров слизистой оболочки была очень трудна и получалась на одном из 3-5 препаратов. Об этой трудности указывали и другие исследователи, которые наливали лимфатическую систему слоистых полых органов /Р.А.Курбская, А.В.Краев/.

Взятые изолированно и комплексом мочевые пузыри фиксировались I0% раствором формалина, после чего для изучения внутриорганной лимфатической системы из препаратов вырезались полосы в сагитальных и фронтальных плоскостях, потом из них изготовлялись гистотопографические срезы, которые окрашивались гематоксили-эозином и по Ван-Гизон. Часть вырезанных кусков размером от 2 до 6 см мы подвергли просветлению по методу Шпальтегольца - Д.А.Жданова по следующей схеме:

I/ фиксация в I0% растворе формалина в течение I-5 дней; 2/ отбеливание в 3% растворе перекиси водорода; 3/ промывание в проточной воде до отсутствия на тканях пузырьков воздуха; 4/ обезвоживание в 70% спирте в течение 2-3 суток; 5/ то же самое в 96% спирте - 3-5 суток; 6/ обезвоживание в I00% спирте в течение 3-I0 суток /в зависимости от толщины препарата/; 7/ просветление препарата в орто-ксилоле в течение 5-I0-20 суток /в зависимости от толщины препарата/; 8/ заливка препарата в полистирол.

Макропрепараты изучали под лупой, зарисовывали и фотографировали. Окрашенные гистотопографические срезы изучались под бинокулярным микроскопом "Лумипан", просветленные - под бинокулярным микроскопом МБС-2, затем фотографировались на микрофотоустановке МФН-2.

Целью этой части исследования являлось: I/ убедиться в наличии лимфатических капилляров в слизистой оболочке мочевого пузыря, а также изучить строение и гисто-топогра-

фию лимфатических сосудов в слоях стенки его; 2/ изучить взаимосвязи внутриорганных лимфатических сосудов между различными отделами /сегментами/ пузыря; 3/ изучить топографию экстраорганных лимфатических сосудов и регионарных лимфатических узлов в плане классификации Б.В.Огнева – Е.Я.Выренкова /см.рис.II/.

Для изучения взаимосвязей внутриорганных лимфатических сосудов, их связей с экстраорганными лимфатическими сосудами мочевого пузыря своей и противоположной стороны, частоты перехода лимфатических сосудов на противоположную сторону органа, а также путей оттока лимфы мы провели эксперименты на 63 собаках прижизненно. Под морфинно-эвипалевым наркозом вскрывалась брюшная полость, обнажался мочевой пузырь и в подслизистый слой инъецировалась разведенная тушь в количестве 0,I мл в различные сегменты пузыря /рис.I2/. Рана брюшной стенки зашивалась наглухо.

Через 3 часа после инъекции собаки забивались. Препарат мочевого пузыря брался комплексно /вместе с соседними органами, мочеточниками и почками, с сосудами таза и забрюшинного пространства и с окружающей их клетчаткой до места отхождения чревной артерии/. Препараты фиксировались в течение I2 дней в I0% растворе формалина. После препаровки их макроскопически изучались внеорганные лимфатические сосуды и регионарные лимфатические узлы мочевого пузыря, потом зарисовывались и фотографировались.

Для микроскопического исследования внутриорганных лимфатических сосудов и лимфатических узлов из мочевых пузырей и лимфоузлов в разных плоскостях вырезались полосы, которые после гистологической проводки окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон. Препараты изучались под бинокулярным микроскопом "Лумипан". В трех группах опытов удачную инъекцию лимфатических сосудов мы получили на 60 препаратах.

Для изучения морфологии эпителиальных опухолей мочевого пузыря, степени их злокачественности и протяженности внутристеночного распространения раковых элементов, в зависимости от анатомического типа и гистологического строения, частоты поражения лимфатических и кровеносных сосудов и регионарных лимфатических узлов раковыми клетками от мочевого пузыря были исследованы I05 анатомических препаратов мочевого пузыря и его частей, взятые на аутопсии /3/, цистэктомии /20/ и резекции /82/. Для изучения характера лимфатических сосудов мочевого пузыря при раке, отношения их в слоях пузырной стенки при различных анатомических типах и гистологического строения опухолей, было использовано 78 анатомических препаратов.

Анатомические препараты измерялись, затем согревались до 37^0, после чего лимфатические сосуды наполнялись методом внутритканевой инъекции синей массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина /от 3 до 5 дней/ часть полос, вырезанных из препаратов, подвергалась гистологи-

ческой проводке, затем окрашивалась гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон. Другая часть препаратов обезвоживалась в спиртах и просветлялась в ксилол-орто и заливалась в чашках Петри полистиролом. Препараты изучались под бинокулярными микроскопами "Лумипан" и МБС-2.

Лимфатические узлы, взятые на операции /от I до 3 и больше/ и на аутопсии также подвергались гистологической обработке и окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон, затем они исследовались под микроскопом. При изучении лимфатических узлов, взятых у больных, страдающих раком мочевого пузыря, мы стремились выяснить наличие и этапы поражения их метастазами рака, а также стремились проследить, имеются ли отличия в структуре метастазов от структуры первичной опухоли в зависимости от анатомической формы опухолевого роста. Дифференцировка опухолевых клеток бывает настолько необычной, что морфологический вид клеток, в одних случаях, приближается к строению нормальных клеток, а в других - резко отличается от вида клеток первичного очага. Повторение в метастазе строения первичной опухоли наблюдается далеко не всегда, на что указывают Н.Н.Петров, Б.Г.Гольдина /I949/, В.Н.Демин /I958/ и др.

Статистической обработке подверглось 384 истории болезни за I3 лет. Опухоли эпителиального происхождения /рак/ на нашем материале составили 98%, неэпителиального характера /саркома, гемангиома/ - 2%. По отношению к ос-

тальным урологическим больным, лечившимся за тот же период у нас в клинике, опухоли составили 8,2%, занимая, таким образом, третье место после почечнокаменной болезни и аденомы предстательной железы. Следовательно, наибольшее практическое значение имеют опухоли эпителиального происхождения, т.к. клиническое течение и сроки метастазирования их отличаются некоторыми особенностями по сравнению с опухолями другой локализации.

Вместе с тем следует отметить, что по материалам Страсбургского института патологической анатомии за 30 лет /I927-I957/ эпителиальные опухоли мочевого пузыря составили 97,8% /Batzenschlager A., Blum E.,/, по данным Лондонского института урологии они имели место в 90% случаев /I958/. Поэтому при обсуждении собственного клинического материала мы будем говорить преимущественно о раке мочевого пузыря.

Несколько слов относительно определения стадии заболевания. Согласно литературным данным существует несколько классификаций эпителиальных опухолей мочевого пузыря /см.гл.2/; одни из них основаны на клинических и патогистологических признаках, другие - с учетом стадии заболевания, степени инфильтрации пузырной стенки, гистологического ее строения, а третьи - с учетом внешнего вида опухоли при цистоскопическом исследовании и макроскопическом осмотре /на операции или аутопсии/.

В нашей работе мы приняли за основу деление, сформу-

лированное в инструкции Министерства здравоохранения СССР /I956/ в рамках международной классификации по системе TNM /использовались и дополнения, сделанные А.М.Гаспаряном, А.Я. Пытелем, В.И.Хрущевым и И.Н.Шапиро/.

Классификация Минздрава предусматривает 4 стадии течения опухолевого процесса. Стадии по этой классификации определяются на основании совокупности клинических данных, операционной находки и результатов гистологического изучения препаратов.

I стадия /T_I/ характеризуется следующими признаками: небольшая ограниченная, нежноворсинчатая, серо-красноватая опухоль, растущая большей частью на тонкой ножке; исходит она из слизистой оболочки и не выходит за ее пределы, о чем свидетельствует легкая смещаемость опухоли. Разрастание опухоли строго ограничено слизистой оболочкой, она всегда обращена в просвет мочевого пузыря /рис.I3/. Эпителиальный пласт, покрывающий ворсины опухоли, неравномерен, находится в состоянии пролиферации /рис.I4/. Встречаются многоядерные клетки с ядрами различной величины. В строме опухоли видны тонкостенные кровеносные сосуды и всегда имеются воспалительные инфильтраты в виде лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток.

При II стадии опухоли бывают либо одиночные, либо множественные. Макроскопически- они грубоворсинчатого вида, имеют короткую толстую ножку или растут непосредственно из слизистой оболочки /плоские травовидной формы опухоли/.



Рис.13. Разновидности эпителиальных опухолей мочевого пузыря I стадии. Схема.

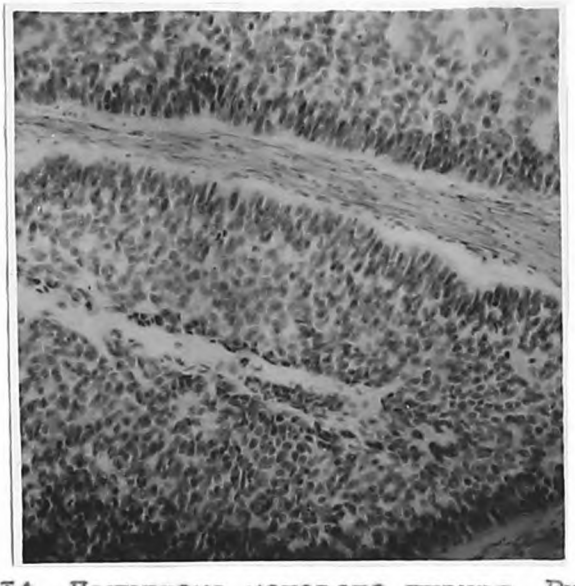


Рис.14. Папиллома мочевого пузыря. Выстлана переходным эпителием. Умеренно выражены пролиферация и атипизм клеток без признаков инфильтрирующего роста /I стадия, T_I/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об. 20.

Величина и форма их различны. Характер роста более быстрый, чем при первой стадии. Вокруг ножки нередко наблюдается небольшая зона воспаления, иногда имеют место папиллярные выросты или буллёзный отек. Смещаемость опухоли несколько ограничена в связи с тем, что она уже инфильтрирует подслизистый слой мочевого пузыря /рис.I5/. При гистологическом

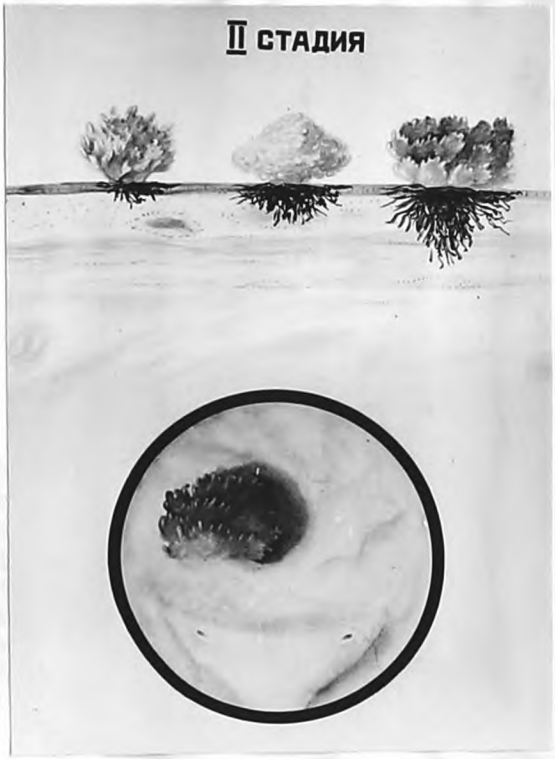


Рис.I5. Разновидности экзофитной анатомической формы рака мочевого пузыря II стадии. Схема

исследовании обнаруживается атипия формы и расположения эпителиальных клеток, покрывающих опухоль. Выражен полиморфизм ядер: наряду с ядрами обычной величины встречаются

отдельные гигантские формы /рис.16/. В строме опухоли наблюдается круглоклеточная воспалительная инфильтрация в виде гнезд, состоит она преимущественно из плазматических клеток.

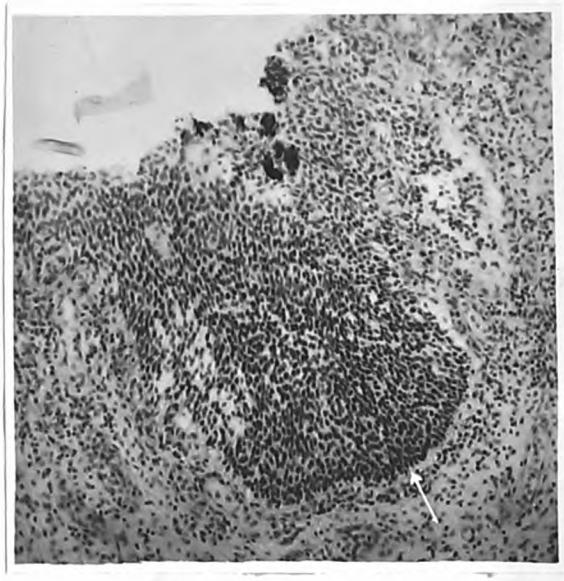


Рис.16. Переходноклеточный рак. Опухоль представлена чаще круглыми светлыми клетками, местами- гигантскими клетками; много митозов. Опухолевые клетки прорастают базальную мембрану и инфильтрируют подслизистый слой /→/ /II стадия, T_2/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 7 х об. 10.

Опухоли III стадии чаще распространенные, обычно больших размеров, грубоструктурного вида, мясистые, растут из слизистой оболочки на широком основании. Весьма часто ворсины опухоли находятся в состоянии распада. В этой стадии опухоли склонны к изъязвлению. Вокруг опухолей часто наблюдаются очаги воспалительной реакции на слизистой оболочке

и буллёзный отек. Основание опухоли, как правило, неподвижно; опухолевые клетки прорастают все слои стенки мочевого пузыря, но не проникают за пределы мышечной оболочки /рис.17/.

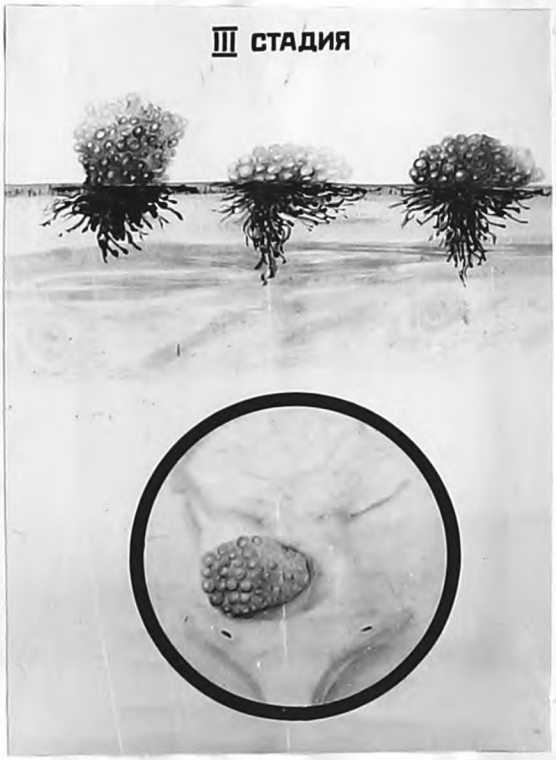


Рис.17. Разновидности экзофитной анатомической формы рака мочевого пузыря III стадии. Схема.

Микроскопически: покрывающий опухоль эпителий обычно атипичен; это проявляется в виде выраженного полиморфизма клеточных элементов эпителиального пласта. Довольно часто обнаруживаются одноядерные гигантские клетки. Некоторые клетки имеют уродливую форму и располагаются беспорядоч-

но /рис.I8/. Но встречаются участки, где над опухолью эпителий не изменен. В этой стадии основной признак раковой опухоли - погружной инфильтративный рост раковых клеток. Деструкция представляется в виде некротического распада тканей опухоли и ожирения эпителия. Воспалительная круглоклеточная инфильтрация стромы основания опухоли выражены четко и интенсивнее, чем в I и П стадиях заболевания.

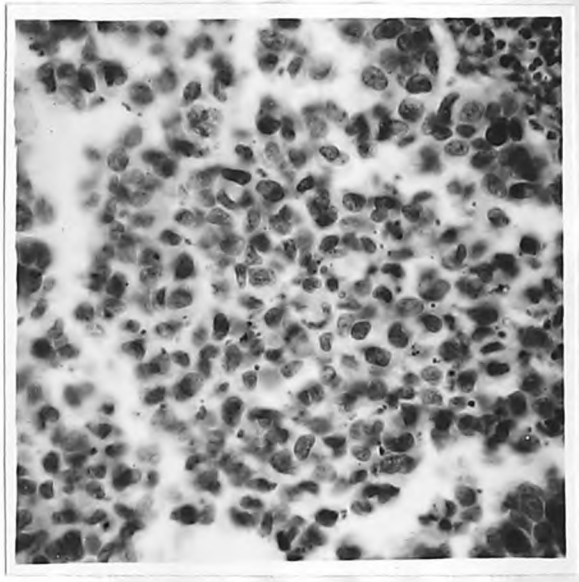


Рис.I8. Переходноклеточный рак мочевого пузыря. Полиморфизм эпителиальных клеток. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 8 об. 40.

IУ стадия характеризуется тем, что в этот период наблюдаются больших размеров опухоли мочевого пузыря, занимающие нередко половину и больше его площади, захватывая в большинстве случаев одно из устьев мочеточника, а иногда и оба мочеточниковых отверстия. Опухоль прорастает все слои

пузырной стенки и околопузырную клетчатку, дает метастазы в регионарные лимфатические узлы и в отдаленные органы /рис.19/. При гистологическом исследовании эти опухоли

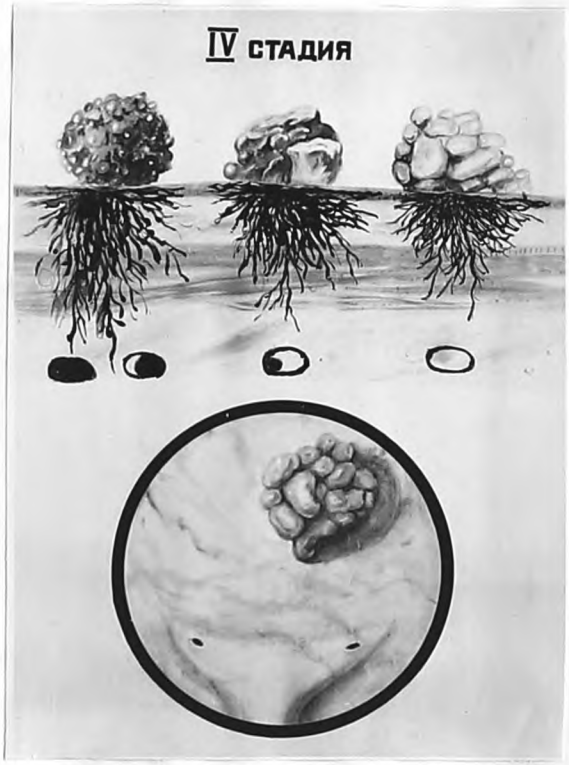


Рис.19. Разновидности экзофитной анатомической формы рака мочевого пузыря IУ стадии. Схема.

нередко представляют картину рака – мозговика с выраженной клеточной анаплазией и скудной стромой ; строма в виде нежных соединительнотканных прослоек располагается среди масс полиморфных клеточных элементов. Иногда встречаются гигантские недифференцированные, беспорядочно разбросанные

клетки /рис.20/. Кроме этой формы рака встречаются раки с дифференцированной опухолевой тканью. Среди них различают базальноклеточные, плоскоклеточные ороговевающие и неороговевающие раки /чаще/.

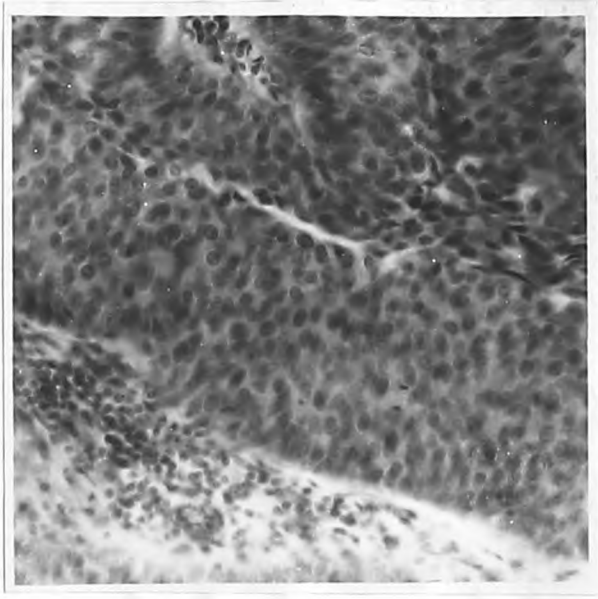


Рис.20. Плоскоклеточный неороговевающий рак мочевого пузыря. Опухоль представлена плоскими, круглыми и гигантскими клетками. Строма скудна. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.10 х об. 40.

Приведенная нами классификация опухолей мочевого пузыря, так же как и другие, не лишена недостатков. Однако она проще и в известной мере отражает степень развития первичной опухоли и метастазирование ее, что необходимо для правильного понимания врачом стадии заболевания в конкретном случае и правильного выбора метода лечения.

Гистологическое строение опухолей у наших больных определялось по классификации Фута.

Диагноз и стадия раковой болезни мочевого пузыря определялись применением различных методов исследования /цистоскопия, контрастная цистография, осадочная пневмоцистография, оксигеноперицистография, цистография с двойным контрастом, пельвио-флебография, экскреторная урография/, позволяющих обнаружить опухоль, определить ее локализацию, количество, анатомическую форму, величину и вид ножки опухоли, а также судить, в известной мере, о степени инфильтрации стенки пузыря новообразованием.

При анализе результатов лечения больных мы принимали во внимание следующие факторы: I/ пол, 2/ возраст, 3/ продолжительность заболевания, 4/ форму опухоли при цистоскопии, локализацию, стадию и степень ее злокачественности, 5/ анатомический тип опухоли на операции, 6/ гистологическое строение опухоли, 7/ непосредственные и отдаленные результаты операций в зависимости от морфологических групп и гистологического строения рака, степени внутристеночного распространения опухолевых элементов, инфильтрации раковых клеток в лимфатические сосуды и вены и объема операции - резекции и экстирпации мочевого пузыря.

За основу отдаленных результатов лечения опухолей мочевого пузыря мы взяли I3-летний срок наблюдения. При вычислении показателей эффективности лечения в зависимости от того или иного фактора мы пользовались стандартными таблицами по схеме, выработанной статистической секцией

Международного подкомитета по изучению раковых заболеваний, заимствованных в работах А.И.Ракова и А.Я.Пытеля.

Исходы лечения	Число наблюдений	%
Умерло в стационаре.....		
Живут более 10 лет		
Живут более 5 лет		
Живут менее 5 лет		
Умерли:		
от рака		
от других причин.....		
Итого		

Теперь переходим к обсуждению собственного клинического материала в том плане, который мы наметили в начале настоящей главы.

ГЛАВА ПЯТАЯ

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

/Анатомо-экспериментальное исследование/

Роль лимфатической системы в жизнедеятельности организма велика. Хорошее знание строения и функции нормальной лимфатической системы мочевого пузыря человека является необходимой предпосылкой правильного понимания физиологических отправлений и выяснения механизмов развития патологических процессов.

Оценка патологических изменений в лимфатической системе при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря может быть произведена при сравнении их со строением лимфатической системы этого органа у здоровых людей и животных. Правильное представление о строении лимфатической системы мочевого пузыря имеет практический и теоретический интерес. Однако авторы, исследовавшие анатомию и физиологию лимфатической системы мочевого пузыря, не всегда связывали полученные данные с запросами клиники. Вместе с тем клиницисты, в частности молодые урологи, с работами анатомов знакомы мало.

Учитывая повседневные запросы клиники, мы поставили своей задачей изучить лимфатическую систему нормального мочевого пузыря. Наше исследование в этой главе состоит из

трех частей. В первой части изучена анатомия, гистотопография внутриорганной лимфатической сети, чтобы убедиться в наличии лимфатических капилляров в слизистой оболочке, взаимосвязи лимфатических капилляров и сосудов между различными сегментами мочевого пузыря на изолированных препаратах. Во второй - изучались пути лимфооттока от мочевого пузыря и топография регионарных лимфатических узлов на трупах. В третьей части мы изучили внутриорганную и внеорганную лимфатическую систему мочевого пузыря и пути оттока лимфы от различных сегментов его у взрослых собак прижизненно /острые опыты/.

I. Внутриорганная лимфатическая система мочевого пузыря человека

/анатомическое исследование/

На гистотопографических срезах окрашенных препаратов лимфатические капилляры топографически располагаются в среднем и глубоком слое собственной слизистой оболочки мочевого пузыря, просветы капилляров пустые, вытянутые в сагитальном направлении /рис.2I/, они округлой формы, нередко замкнутые с пустыми просветами, стенки их выстланы эндотелием /рис.22/. В подслизистом слое располагаются лимфатические капилляры более крупного калибра, направление их параллельно ходу слизистой оболочки /рис.23/, нередко они попадают в срез в поперечном направлении, просветы их пустые /рис.24/. Особенно густая сеть лимфатиче-



Рис.21. Лимфатические капилляры среднего и глубокого слоя слизистой оболочки задней стенки мочевого пузыря мужчины 48 лет в продольном /а/ и поперечном /в/ сечениях. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 5 х об. 8.

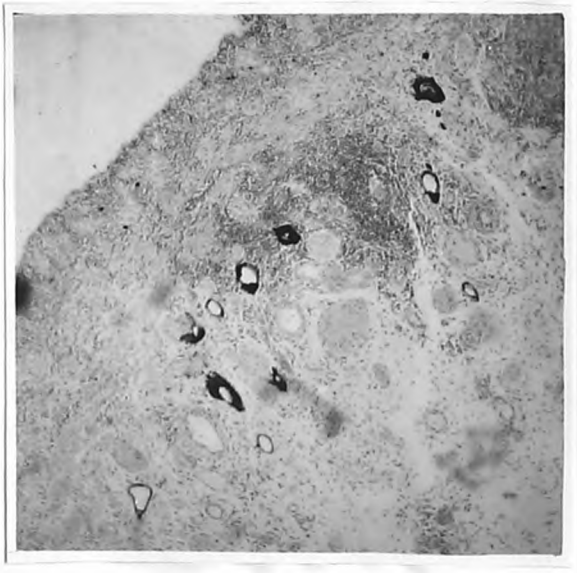


Рис.22. Лимфатические капилляры в поперечном сечении глубокого слоя слизистой оболочки соседнего участка препарата /см.рис.21/.



Рис.23. Лимфатический капилляр располагается в подслизистом слое задней стенки мочевого пузыря, идет параллельно ходу слизистой оболочки /а/. Мужчина 26 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.8 х об.8.

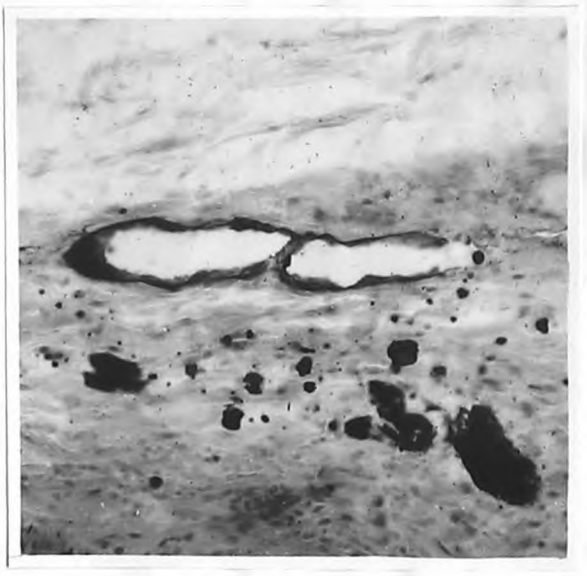


Рис.24. Лимфатические капилляры подслизистого слоя в поперечном сечении того же препарата, что и на рис.23. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об. 20.

ских капилляров в районе внутреннего отверстия мочеиспускательного канала, мочеточниковых отверстий и на всем протяжении пузырного треугольника /рис.25/. В поверхностном слое слизистой оболочки и в непосредственной близости от эпителиального пласта лимфатических капилляров мы не обнаружили.



Рис.25. Сеть лимфатических капилляров подслизистого слоя в области межмочеточникового валика около устья мочеточника и пузырного треугольника. Мочевой пузырь мужчины 54 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография.
Увел. ок.5 х об. 8.

Лимфатические капилляры слизистой оболочки шейки мочевого пузыря /масса Герота инъецировалась на I,5 см от внутреннего отверстия уретры/ имеют продольное направление кверху и в сторону простатического отдела мочеиспус-

кательного канала. Причем эти сосуды располагаются в подслизистом слое, образуя в нем за счет коротких лимфатических стволиков подслизистое лимфатическое сплетение /рис.26/.

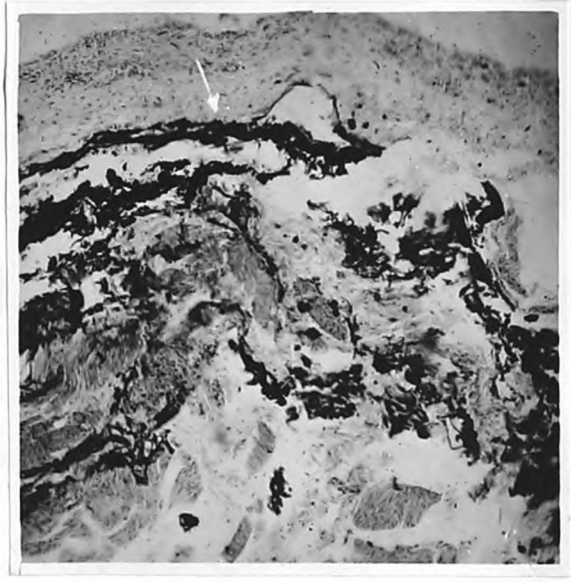


Рис.26. Лимфатическая сеть подслизистого слоя района внутреннего отверстия мочеиспускательного канала /→/ мужчины 41 года. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел.ок.8хоб.10.

На просветленных препаратах можно видеть мелкие лимфатические капилляры в слизистой оболочке, которые в виде коротких стволиков проникают вертикально в подслизистый слой /рис.27/. Из них образуются отводящие лимфатические сосуды подслизистого слоя, идущие вдоль пузырной стенки /рис.28.



Рис.27. Просветленный препарат нормального мочевого пузыря мужчины 52 лет. Густая лимфатическая сеть слизистой оболочки /1/ и подслизистого слоя /2/ района устья мочеточника. Увел.16.

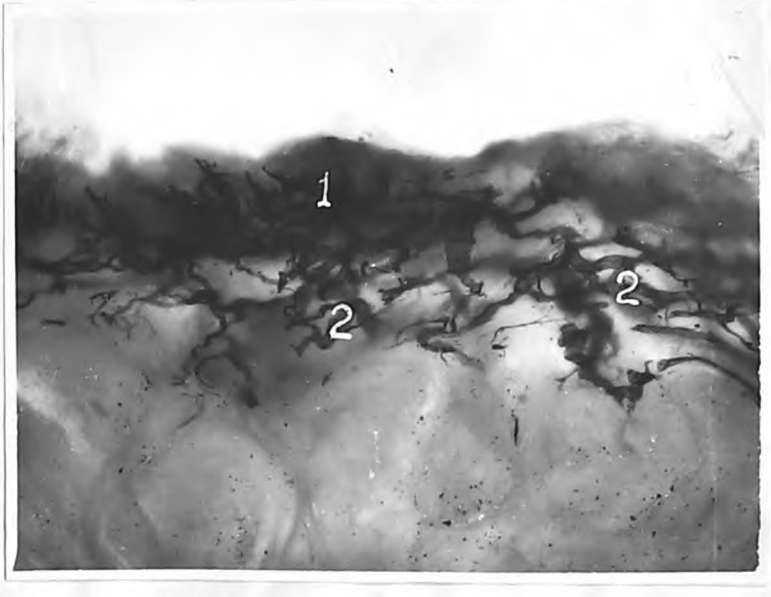


Рис.28. Просветленный препарат нормального мочевого пузыря- лимфатическая сеть слизистой оболочки /1/ и подслизистой оболочки /2/ района пузырного треугольника в непосредственной близости от мочеточникового отверстия. Увел.20.

У боковых стенок лимфатические капилляры образуют густую сеть; топографически они располагаются также в подслизистом слое. Около устьев мочеточников лимфатические капилляры соединяются с лимфатическими сосудами этого района, образуя вокруг мочеточниковых отверстий густое лимфатическое сплетение. От этих сплетений и от лимфатических сосудов боковых краев треугольника отходят короткие лимфатические стволики, которые сливаются вместе и направляются к боковым стенкам нижнего сегмента основания мочевого пузыря, где лимфатические сосуды задней и передней стенок соединяются между собой. Кроме того, от последних отходят короткие лимфатические сосуды, проникающие перпендикулярно в подслизистый слой передней и боковых стенок этого сегмента пузыря, а в районе пузырного треугольника – непосредственно в толщу мышечного слоя.

Ниже и выше межмочеточникового валика в слизистой оболочке имеется густая сеть лимфатических капилляров, одни из них идут вдоль межмочеточникового валика и на уровне мочеточниковых отверстий направляются к боковым стенкам. От задней и передней стенок лимфатические сосуды слизистой оболочки соединяются между собой; другие идут в сагитальном направлении, в сторону верхушки и треугольника мочевого пузыря.

Лимфатические сосуды подслизистого слоя на всем протяжении мочевого пузыря наливались синей массой Герота

наиболее отчетливо. При микроскопическом исследовании лимфатическая сеть имеет форму сплетений и отдельных стволов либо с пустыми, либо со спавшими просветами. Нередко лимфатические сосуды принимают волнообразную форму и располагаются параллельно поверхности слизистой оболочки /рис.29/.



Рис.29. Лимфатические сосуды подслизистого слоя задней стенки пузыря на уровне дна его волнообразной формы. Мужчина 54 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 8 х об. 8.

На гистотопографических срезах, сделанных в сагитальном направлении через верхний полюс предстательной железы, шейку и устья мочеточников до верхушки мочевого пузыря, видно, что лимфатические сосуды слизистой обо-

лочки и подслизистого слоя налились краской на протяжении всех отделов органа /рис.30/.

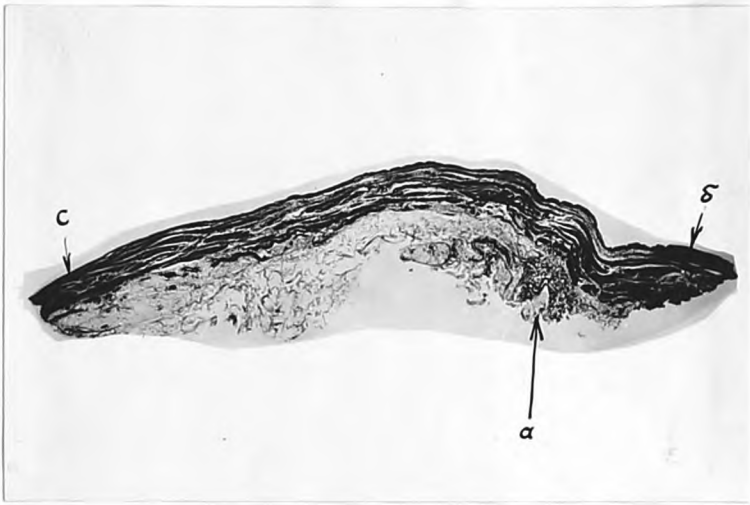


Рис.30. Поперечный срез стенки от шейки до верхушки мочевого пузыря через устье левого мочеточника/а/. Инъецированная тушь /б/ распространилась по лимфатическим сосудам вдоль подслизистого и мышечных слоев до верхушки /с/. Лупа. Фотография. Окраска гематоксилин-эозином.

Лимфатические капилляры слизистой оболочки и подслизистого слоя соединяются между собой вертикальными короткими анастомозами. От лимфатических капилляров подслизистого слоя отходят короткие лимфатические сосуды, которые проникают в мышечный слой соответственно ходу мышечных пучков и образуют лимфатическое сплетение.

Мышечные пучки, находящиеся в срезе в поперечном направлении, лимфатические сосуды оплетают циркулярно

/рис.31/, а продольные мышечные пучки сопровождаются лимфатическими сосудами параллельно их ходу /рис.32/. Из

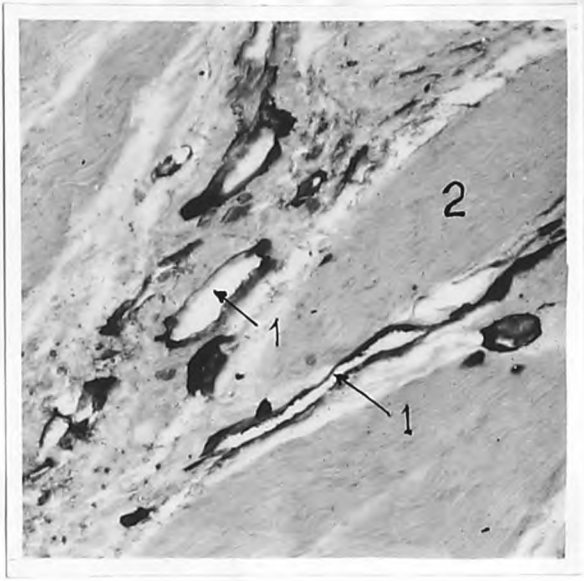


Рис.31. Лимфатические сосуды /1/ оплетают циркулярно мышечные пучки /2/. Мужчина 28 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об.8.

мышечного слоя лимфатические сосуды проникают в околопузырную клетчатку, где калибр их увеличивается, а число стволов уменьшается. Из этих стволиков возникают внеорганные отводящие лимфатические сосуды мочевого пузыря /рис.33/.

Следует подчеркнуть, что лимфатические сосуды мочевого пузыря имеют сплошную эндотелиальную стенку, в чем можно убедиться на наших препаратах. На это указывали



Рис.32. Лимфатические сосуды /1/ идут параллельно ходу мышечных пучков /2/. Мочевой пузырь мужчины 38 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел.ок.7 х об.8.

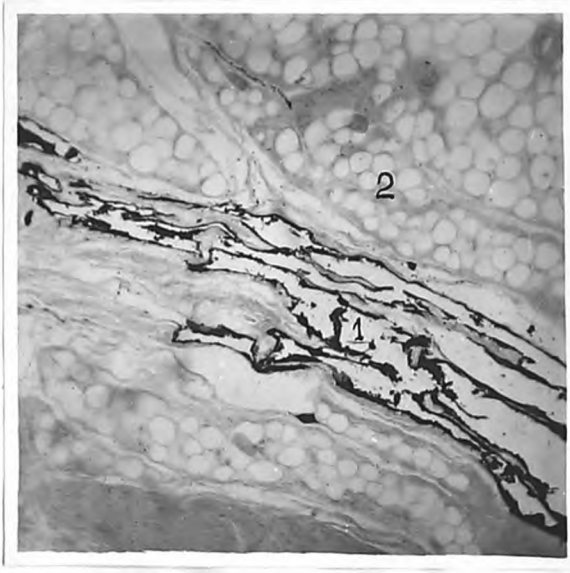


Рис.33. Внеорганные отводящие лимфатические сосуды мочевого пузыря /1/, расположенные в околопузырной клетчатке /2/. Мочевой пузырь мужчины 56 лет. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об.20.

Л.А.Жданов, А.В.Краев и другие, что свидетельствует об анатомической замкнутости начальных корней внутриорганной лимфатической системы.

2. Внеорганная лимфатическая система

При макроскопическом изучении экстраорганных лимфатических сосудов мочевого пузыря на 8 препаратах из 28 /синяя масса Герота инъецировалась в толщу мышечного слоя и в паравезикальную клетчатку передней и задней стенок верхушки пузыря/ внеорганные отводящие лимфатические сосуды /той и другой стенок/ располагались в подсерозном слое; они шли от верхушки к телу мочевого пузыря /рис.34/.



Рис.34. Поперечный срез стенки от верхушки до района межмочеточникового валика /→/. Синяя масса Герота содержится в экстраорганных лимфатических сосудах /I/, расположенных в жировой клетчатке /2/ около наружной поверхности мышечного слоя /3/. Окраска гематоксилин-эозином. Мотография. Лупа.

Причем часть лимфатических сосудов прерывалась или направлялась к боковым стенкам, где лимфатические сосуды сливались в единые стволы от передней и задней стенок верхушки пузыря. На одном из препаратов мы видели макроскопически переход лимфатических сосудов с левой стороны верхушки на правую сторону. На 6 препаратах лимфатические сосуды в количестве до трех стволов покидали боковые стенки мочевого пузыря на уровне его тела и вступали в регионарные лимфатические узлы первого порядка, лежащие под бифуркацией общих подвздошных артерий /УП фрагмент, рис.35/. На 2 препа-

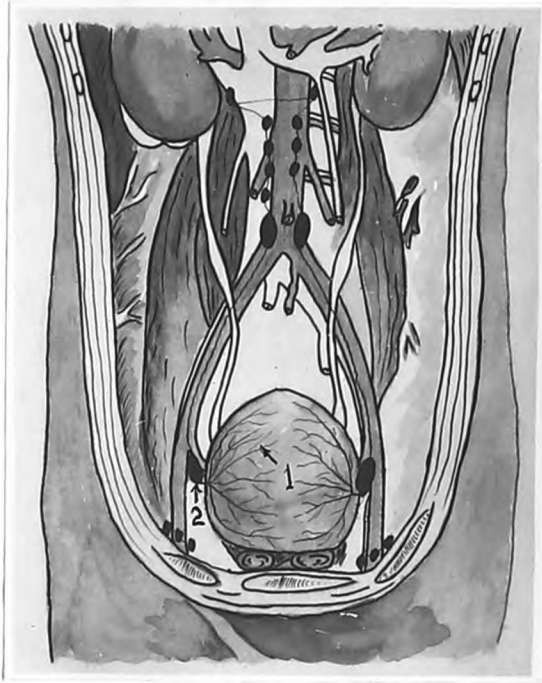


Рис.35. Экстраорганные лимфатические сосуды, покинувшие боковые стенки тела мочевого пузыря /I/ и вступившие в регионарные лимфатические узлы первого порядка, лежащие под делением общих подвздошных артерий /2/. Зарисовка с препарата. Фотография.

ратах отводящих лимфатических сосудов мы не наблюдали; краска не содержалась и в лимфатических узлах, которые тоже лежали под развилкой общих подвздошных артерий.

На 20 препаратах синяя масса Герота инъецировалась в переднюю и заднюю стенки по средней линии на уровне тела и основания мочевого пузыря, в 2 см от внутреннего отверстия уретры. Здесь мы обнаружили внеорганные отводящие лимфатические сосуды в околопузырной клетчатке непосредственно на наружной поверхности мышечного слоя мочевого пузыря. Лимфатические сосуды состояли из отдельных стволов или имели форму сплетений /рис.36/. Первые шли кверху и

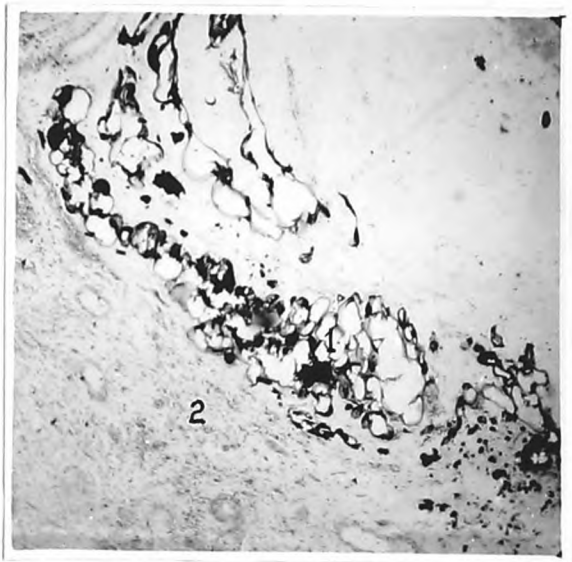


Рис.36. Сплетение внеорганных отводящих лимфатических сосудов /1/, расположенное непосредственно на наружной поверхности мышечного слоя мочевого пузыря /2/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об. 8.

книзу, вторые направлялись к боковым стенкам мочевого пузыря, где происходило соединение лимфатических сосудов от передней и задней стенок. Покидая соответствующую стенку органа то выше, то ниже места впадения в пузырь мочеточников, они направлялись в регионарные лимфатические узлы, лежавшие большей частью под бифуркацией общих подвздошных артерий /I5 раз/ /рис.37/, реже /2 раза/ - у медиального края подчревных артерий /в пределах УП фрагмента/.

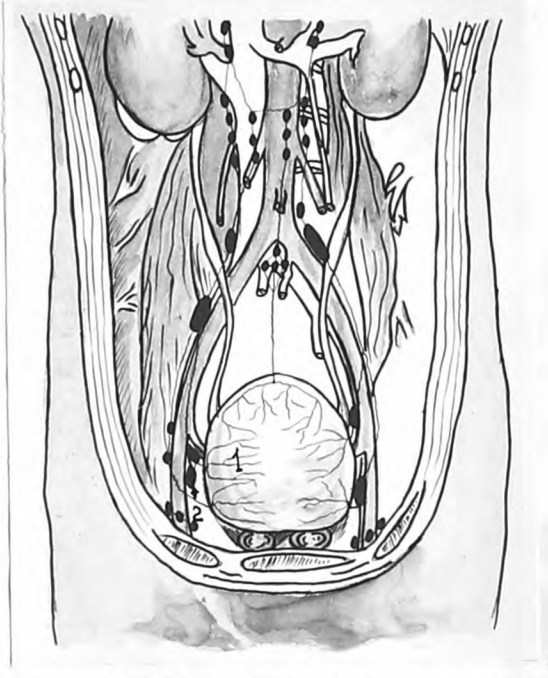


Рис.37. Отводящие лимфатические сосуды, покинув боковые стенки мочевого пузыря /I/, влились в регионарные лимфатические узлы, расположенные под бифуркацией общих подвздошных артерий /2/. Схема. Зарисовка с препарата.

На 3 препаратах регионарные лимфатические узлы первого порядка лежали латерально 2 раза и медиально - I раз

/на протяжении общих подвздошных артерий /УI фрагмент/. На 4 из 20 препаратов лимфатические сосуды отходили от задней стенки пузыря, направляясь вверх субсерозно; они вливались в лимфатические узлы, лежавшие группой от 3 до 6 под бифуркацией аорты. На одном препарате лимфатические сосуды прерывались в лимфатических узлах, лежавших в околопузырной клетчатке спереди, а также сзади, недалеко от боковых стенок мочевого пузыря /вставочные лимфатические узлы /рис.38/. Покидая стенки органа, они, числом до трех



Рис.38. Анатомический препарат мочевого пузыря. На наружной поверхности стенки в паравезикальной клетчатке располагаются вставочные лимфатические узлы /← /. Фотография.

стволов, направлялись вдоль подчревных артерий и вливались в регионарные лимфатические узлы, которые лежали под бифуркацией общих подвздошных артерий /УП фрагмент/.

Таким образом, на основании наших исследований мы можем отметить, что лимфатические капилляры и сосуды имеются в каждом слое пузырной стенки; мы не обнаружили их лишь в поверхностном слое собственной слизистой оболочки. Из внутриорганных сосудов формируются внеорганные отводящие лимфатические сосуды, которые обычно располагаются в паравезикальной клетчатке непосредственно на наружной поверхности мышечной оболочки. Эти сосуды можно проследить на препаратах всех отделов мочевого пузыря в виде единой лимфатической сети. Покидая пузырные стенки, они направляются к регионарным лимфатическим узлам первого порядка, лежащим чаще всего на уровне УП и УI фрагментов.

3. Топография регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря

Относительно топографии, количества и размеров лимфатических узлов тазового и забрюшинного пространств на изученных препаратах мы определенного постоянства не наблюдали. Так, на II из 28 препаратов лимфатические узлы были одиночными, крупных размеров /от 0,8 х I,2 до I,5 х I,8 см/; они располагались, как правило, под развилкой общих подвздошных артерий, по наружным краям или на передней поверхности бифуркации /рис.39/, не больше 2 узлов

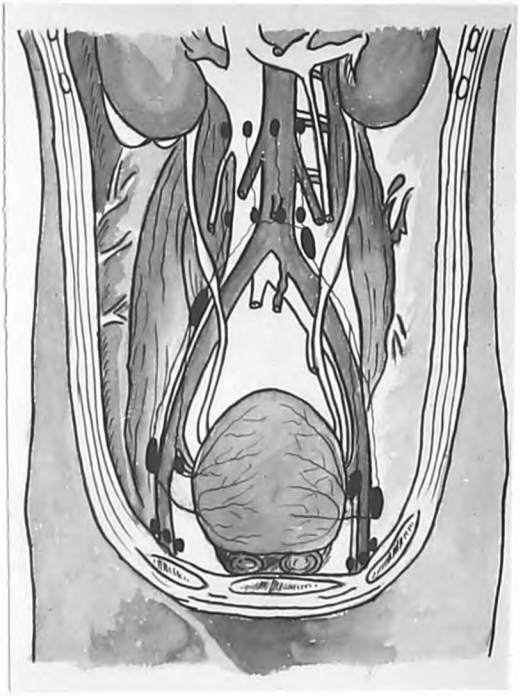


Рис.39. Наиболее частый вариант топографии регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря /УП и УI фрагменты/. Схема.

/в пределах УП и УI фрагментов/. Выше отхождения нижней брыжеечной артерии группа лимфоузлов небольшого размера /0,3 - 0,4 см/ лежала в форме цепочек или кучек на передней поверхности или по боковым краям аорты /рис.40/.

На 8 препаратах лимфатические узлы располагались в форме цепочек на протяжении наружной и общей подвздошной артерий справа и слева, по одному лимфоузлу лежало под бифуркацией последних, а также по наружным краям и на

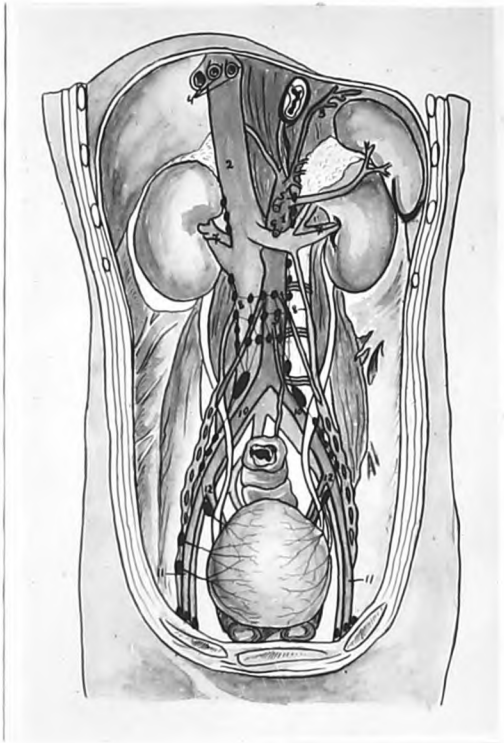


Рис.40. Регионарные лимфатические узлы первого и последующих порядков располагаются в форме цепочек на передней поверхности, по бокам аорты и нижней полой вены, общей подвздошной артерии и под ее бифуркацией. Схема.

передней поверхности аорты до чревной артерии /в пределах УП,УI,У,IУ,Ш,П и I фрагментов; рис.4I/. Лимфатические узлы были множественными, небольшого размера /от 0,I х 0,4 до 0,4 х 0,6 см/.

На 3 препаратах лимфатические узлы в форме цепочек лежали в клетчатке по ходу внутренней подчревной артерии,

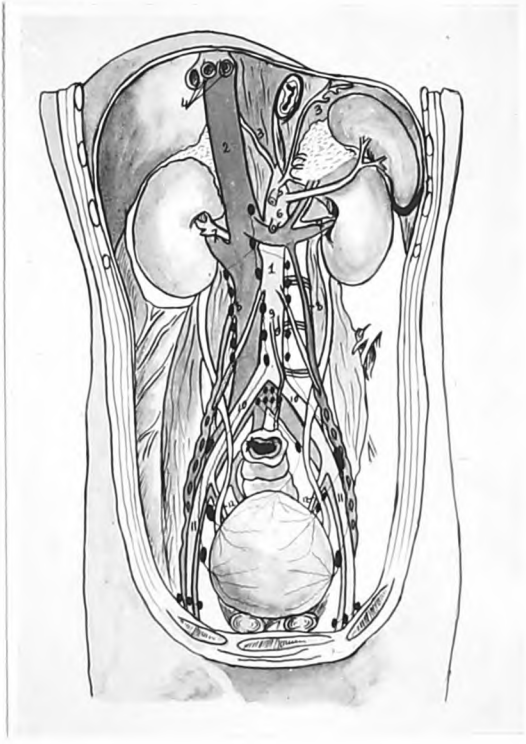


Рис.41. Регионарные лимфатические узлы мочевого пузыря рассыпного типа. Схема.

на одном из них – справа и слева, на другом – только справа, а на третьем – только слева /рис.42/. В двух последних случаях на противоположной стороне под бифуркацией общей подвздошной артерии лежало лишь по одному лимфатическому узлу крупного размера /0,5 х 1,5 см/.

На 6 препаратах были обнаружены, кроме указанных выше, лимфатические узлы под бифуркацией аорты /от одного до шести узлов/, размеры которых не превышали 0,2 х 0,6 см. На уровне бифуркации аорты на этих препаратах

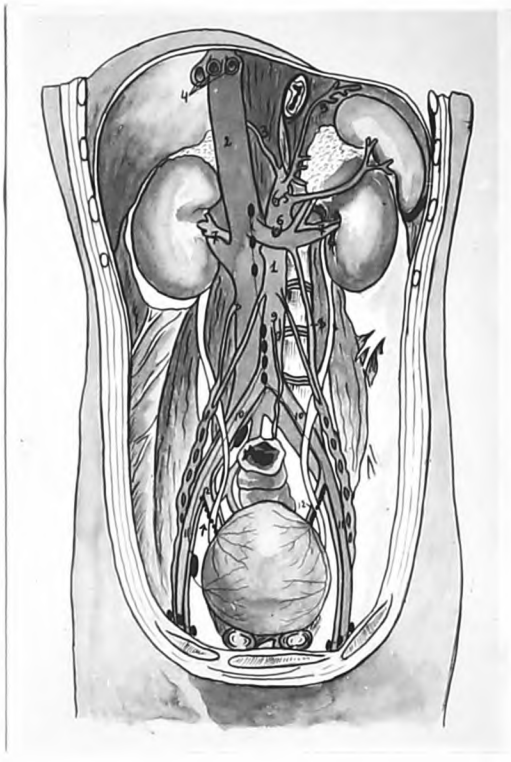


Рис.42. Мелкие регионарные лимфатические узлы первого порядка лежат вдоль латерального края внутренних подвздошных артерий /← /. Схема.

лимфатических узлов не имелось /рис.43/.

Таким образом, топография, количество и размеры регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря /забрюшинного пространства/ не являются постоянными, они широко варьируют: бывают одиночные крупных размеров, лежащие чаще /в 90% случаев/ в районе деления общих подвздошных артерий, или множественные, рассыпного типа. Это обстоя-

тельство следует учитывать при экстирпации или резекции мочевого пузыря, пораженного раком.

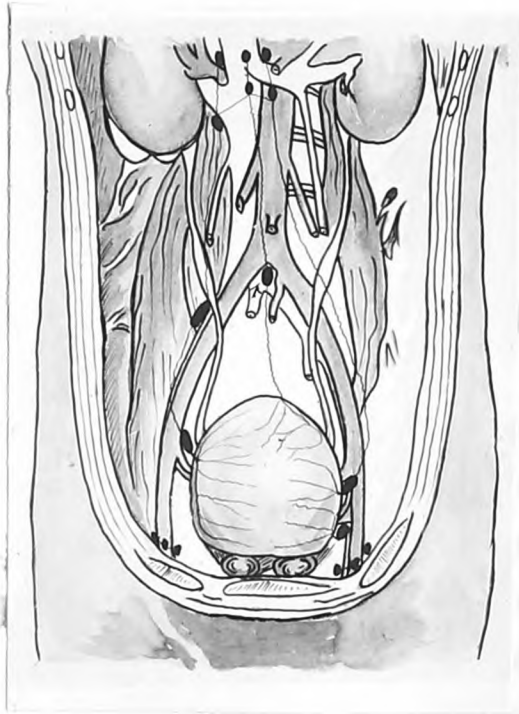


Рис.43. Редкий вариант топографии регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря; они лежат под делением аорты /← /. Схема.

4. Внутриорганная и внеорганная лимфатическая система мочевого пузыря собаки и пути оттока лимфы от различных сегментов его /экспериментальное исследование/

Современная литература обладает достаточно полными сведениями о внеорганной лимфатической системе мочевого пузыря, направлениях внеорганного тока лимфы от него и форме связей лимфатических сосудов соседних с пузырем органов.

По мнению Д.А.Жданова, Е.Я.Выренкова, А.А.Курбской, Е.И.Григорьевой, А.В.Краева и Пауэль, отводящие лимфатические сосуды компактных и полых органов, расположенные в адвентициальном их слое, формируются из капиллярных сетей внутриорганной части лимфатической системы; они могут соединяться и анастомозировать в самом органе. Однако до настоящего времени еще недостаточно изучены взаимосвязи внутриорганных лимфатических сосудов различных сегментов мочевого пузыря, их связи с экстраорганными лимфатическими сосудами своей и противоположной стороны, пути оттока лимфы.

Изучение этих вопросов, несомненно, имеет большой практический интерес. Целью этой части работы является попытка содействовать пониманию путей распространения опухолевых клеток по лимфатическим сосудам в стенке мочевого пузыря и за его пределами.

Для изучения этого вопроса были проведены эксперименты на 63 собаках. В трех группах опытов удачную инъекцию лимфатических сосудов мочевого пузыря тушью мы получили на 60 препаратах.

В первой группе опытов /26 препаратов/, где тушь вводили в стенку сегментов правой половины мочевого пузыря, максимальное скопление краски отмечалось в пределах от 35 до 70% всей площади пузыря, дальше она по стволикам лимфатических сосудов проникала на соседние сегменты и в ряде случаев переходила по ним на противоположную сторону /рис.44, 45/. Больше всего туши сосредоточивалось у боковой стенки и она отчетливо видна в отводящих лимфати-

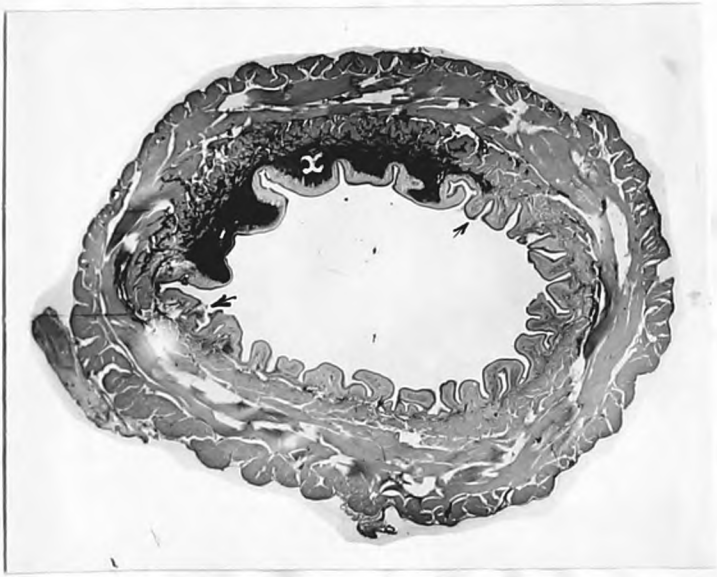


Рис.44. Поперечный срез мочевого пузыря на уровне тела. От места инъекции туши /х/ она распространилась по внутриорганным лимфатическим сосудам, представляющим тип густой сети в подслизистом слое пузыря, на площади до 35% /стрелками показаны границы туши/. Окраска гематоксилин - эозином. Лупа.



Рис.45. Поперечный срез мочевого пузыря на I см выше впадения в пузырь мочеточника. От места инъекции туши /х/ она распространилась по внутриорганным лимфатическим сосудам, представляющим тип густой сети во всех слоях стенки пузыря, на площади до 70% /стрелками показаны границы туши/. Окраска гематоксилин - эозином. Лупа.

ческих сосудах до их впадения в регионарные лимфатические узлы. На всех препаратах отводящие лимфатические сосуды мочевого пузыря покидали правую боковую стенку I-3 стволами то выше, то ниже места впадения в пузырь мочеточника и вливались в регионарные лимфатические узлы, лежащие у правого наружного края бифуркации аорты.

На II из 26 препаратов этой группы опытов тушь перешла с правой стороны мочевого пузыря на левую, причем в адвентициальном слое отчетливо видны лимфатические сосуды невооруженным глазом и при гистологическом исследо-

вании. Отводящие лимфатические сосуды покидали левую боковую стенку пузыря так же, как это имело место и на правой стороне; они направлялись вверх и вливались в регионарные лимфатические узлы своей стороны, т.е. в узлы, лежащие у левого наружного края в районе бифуркации аорты /рис.46/.

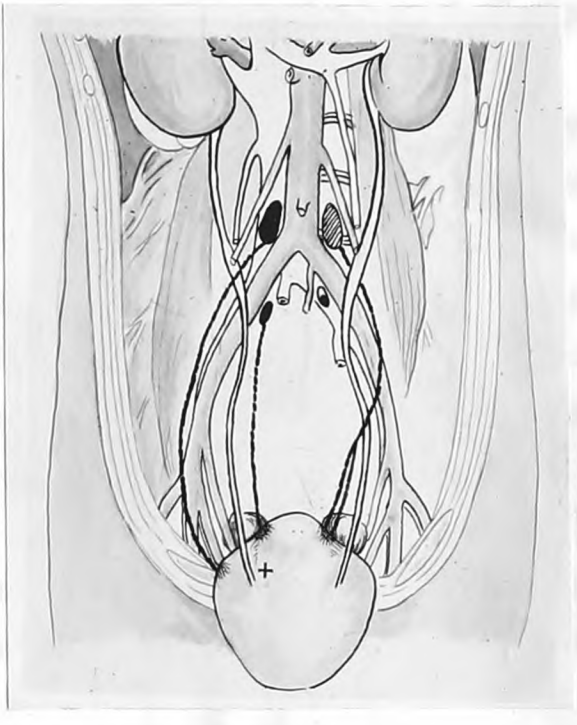


Рис.46. Мочевой пузырь с отводящими лимфатическими сосудами и регионарными лимфатическими узлами. Тушь инъецирована в правый задненижний сегмент /+/. Отводящие лимфатические сосуды покинули правую боковую стенку в районе тела и шейки пузыря; слева лимфатические сосуды отошли от шейки. Тушь содержится в лимфатических узлах на своей /жирная окраска/ и противоположной сторонах /умеренная окраска/. Схема. Фотография.

Кроме того, на I6 препаратах этой же группы опытов от тела и дна мочевого пузыря тушь распространилась к шейке. Отводящие лимфатические сосуды одним-двумя стволами покидали боковые стенки шейки мочевого пузыря и вливались в лимфатические узлы под бифуркацией аорты. Краска здесь обнаруживалась макроскопически и при гистологическом исследовании ткани узлов. На 7 препаратах лимфатических узлов под бифуркацией аорты не было.

Во второй группе опытов /26 препаратов/, когда тушь вводили в стенку сегментов левой половины мочевого пузыря, на 24 препаратах краска распространилась в слоях стенки и скапливалась преимущественно у боковой стенки, как это имело место и на правой стороне. Отводящие лимфатические сосуды покидали левую боковую стенку мочевого пузыря одним-тремя стволами, поднимаясь вверх и вливаясь в регионарные лимфатические узлы у левого края бифуркации аорты. На 2 препаратах регионарные лимфатические узлы лежали у медиального края левой общей и наружной подвздошной артерий.

На 20 из 26 препаратов второй группы опытов тушь перешла из левой стороны мочевого пузыря на правую сторону; наибольшее количество краски скапливалось также у боковой стенки. Отводящие лимфатические сосуды одним-тремя стволами направлялись вверх и вливались в регионарные лимфатические узлы у правого наружного края бифуркации аорты /рис.47/.

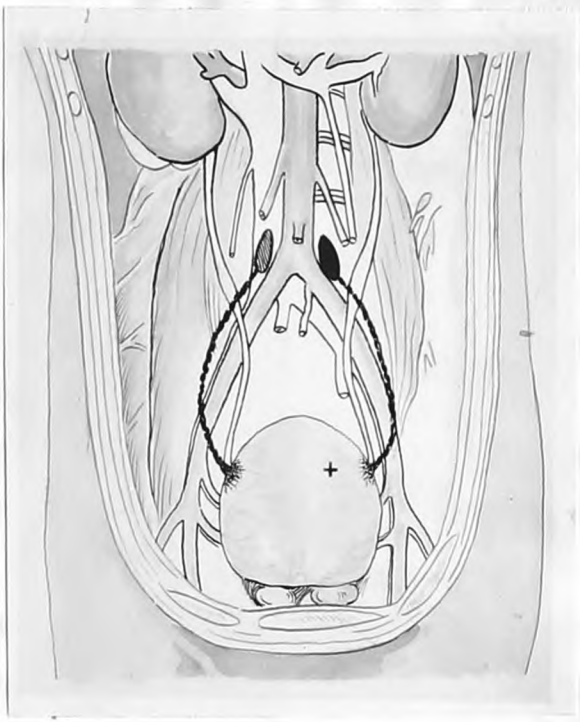


Рис.47. Мочевой пузырь с отводящими лимфатическими сосудами и регионарными лимфатическими узлами. Тушь инъецирована в левый передневерхний сегмент /+/. Отводящие лимфатические сосуды покинули левую боковую стенку пузыря на уровне верхней трети; тушь содержится в сосудах и лимфатическом узле, перешла на правую стенку и влилась в лимфатический узел своей /жирная окраска/ и противоположной сторон /умеренная окраска/. Схема. Лупа.

Кроме того, в этой группе на I4 препаратах отводящие лимфатические сосуды отходили от шейки мочевого пузыря. Поднимаясь вверх, они вливались в регионарные лимфатические узлы под бифуркацией аорты. На 8 препаратах

лимфатических узлов под ней не оказалось.

В третьей группе у 8 собак мы вводили тушь в разные отделы передней и задней стенки по средней продольной оси мочевого пузыря: 2 собакам в переднюю стенку дна на I,5 см выше внутреннего отверстия мочеиспускательного канала, 2 – на том же уровне в заднюю стенку, 2 – в переднюю и заднюю стенку тела и 2 собакам – в область верхушки мочевого пузыря.

Тушь, введенная в переднюю и заднюю стенки тела и дна мочевого пузыря, распространилась к его боковым краям; отсюда она проникла к верхушке и в район внутристеночной части мочеточников. Отводящие лимфатические сосуды на 5 препаратах – справа одним стволом, слева пятью стволами – покидали боковые стенки и вливались в лимфатические узлы по бокам бифуркации аорты. На одном препарате лимфатические сосуды, в форме сплетения, отходили от боковых стенок в районе тела, дна и шейки мочевого пузыря, затем разделились на три группы: одна /от шейки/ влилась в лимфатические узлы, лежащие под бифуркацией аорты, вторая /от дна/ – в узлы, справа на уровне бифуркации аорты, третья группа /от тела/ – влилась в лимфатический узел на передней поверхности у места отхождения от аорты верхней брыжеечной артерии.

Тушь, введенная в стенку верхушки мочевого пузыря, распространилась лишь на боковые стенки. Отводящие лимфатические сосуды двумя стволами покинули их, но скоро сли-

лись в один ствол более крупного калибра, и каждый из них влился в лимфатические узлы справа и слева в районе бифуркации аорты. Лимфатические узлы, которые лежали на этих препаратах под бифуркацией аорты и в районе отхождения нижней брыжеечной артерии, туши не содержали.

Таким образом, изучение препаратов мочевых пузырей собак позволило нам установить: общим для всех них являлось то, что тушь от места инъекции распространялась во всех слоях соответствующего сегмента пузыря на значительной площади /до 70%/ и, как правило, переходила из одного сегмента в другой. На гистотопографических срезах при микроскопическом исследовании обнаруживались лимфатические сосуды в подслизистом и мышечном слоях в форме сплетений и отдельных стволиков во взаимосвязи с лимфатическими сосудами между сегментами мочевого пузыря /см. рис.45/. В адвентициальном слое обнаруживались крупного калибра отводящие лимфатические сосуды, которые переходили с одной стороны мочевого пузыря на противоположную, а также от тела к его шейке. Во всех случаях отводящие лимфатические сосуды формировались у боковых стенок пузыря, покидали их и вливались в регионарные лимфатические узлы своей стороны. От передней и задней стенок мочевого пузыря, независимо от места введения туши, тушь устремлялась также к боковым стенкам. Это свидетельствует о том, что внутриорганная часть лимфатической системы всех сегментов

мочевого пузыря связана между собой; здесь формируются отводящие лимфатические сосуды, образующие в конечном итоге внеорганную часть лимфатической системы пузыря.

Как часто такие связи лимфатических сосудов могут иметь место – сделать окончательный вывод было бы преждевременным. Мы наблюдали переход туши из одной стороны мочевого пузыря на противоположную сторону на 31 из 52 препаратов, т.е. в 59,6% случаев.

В опытах на собаках, которым в различные отделы мочевого пузыря вводили эмульсию краски и затем через 24 часа забивали, Бейкер, Гован и Сойер /Baker, Govan, Sowjer/ обнаружили в лимфатических узлах противоположной стороны краску на 6 из 10 препаратах. Данные, полученные нами, согласуются с данными этих авторов.

Хотя перенесение на человека выводов, полученных у животных в эксперименте, требует критического отношения, но в литературе известно /супруги Хогган, Герота/, что лимфатическая система собаки в некоторой степени напоминает строение и гистотопографию лимфатической системы мочевого пузыря человека.

Наши исследования лимфатической системы мочевого пузыря взрослых людей, умерших не от урологических заболеваний, и опыты на собаках явились попыткой содействовать пониманию путей распространения опухолевых клеток по лимфатическим сосудам в стенке мочевого пузыря и за его пределами. При этом было установлено, что внутриорганные лим-

фатические капилляры имеются не только в подслизистом и мышечном слоях мочевого пузыря, но и в среднем и глубоком слое слизистой оболочки. Лимфатические капилляры всех слоев и отделов пузыря взаимно связаны между собой, представляют единую сеть. Они переходят из одной стороны органа на противоположную как внутри стенки, так и на его поверхности в адвентициальном слое. Внеорганные отводящие лимфатические сосуды образуются из внутриорганных лимфатических капилляров. Покидая стенку мочевого пузыря, лимфатические сосуды чаще идут к внутренним поверхностям таза вдоль подчревных артерий и вступают в регионарные лимфатические узлы.

Регионарные лимфатические узлы топографически располагаются у корней крупных артериальных стволов и по ходу их ветвей. Наиболее постоянно они лежат под делением общей подвздошной артерии /около 90% случаев/. В 2/3 случаев лимфатические узлы были крупных размеров /до I,5 x I,8 см/, числом не больше четырех. В I/3 случаев они имели небольшие размеры /до I,4 x 0,6 см/ и располагались в форме цепочек и кучек на протяжении подчревных артерий /aa. hypogastrica inf./, наружных и общих подвздошных артерий, а также на уровне бифуркации и на протяжении аорты до места отхождения от нее чревной артерии.

В практической работе клиницистом должны быть учтены пути оттока лимфы от мочевого пузыря, а следовательно, и перенос раковых клеток по лимфатическим сосудам. Важно

знать – в каких лимфатических узлах в первую очередь можно ожидать наличия метастазов рака, где искать регионарные лимфатические узлы при резекции или экстирпации мочевого пузыря, пораженного злокачественной опухолью. Раковые клетки даже при небольших опухолях, занимающих один сегмент мочевого пузыря, могут распространяться по лимфатическим сосудам внутри стенки, переноситься из стенки одной стороны пузыря в стенку противоположной стороны и дальше в регионарные лимфатические узлы.

При решении вопроса о хирургическом лечении рака мочевого пузыря необходимо учитывать пути метастазирования опухолевых клеток по лимфатическим сосудам и переход их на противоположную сторону и в регионарные лимфатические узлы. С учетом этого следует ставить показания к выбору метода хирургического вмешательства.

ГЛАВА ШЕСТАЯ

ХАРАКТЕР РОСТА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

/патологическая анатомия/

Знание пределов и особенностей внутристеночного распространения опухолевых клеток в зависимости от анатомической формы и степени злокачественности играет большую роль в деле правильного выбора метода хирургического лечения рака мочевого пузыря.

На основании тщательного гистологического исследования 105 случаев опухолей мочевого пузыря /3 случая аутопсии, 20 - цистэктомии, 82 - резекций пузыря/ мы пришли к выводу, что степень прорастания пузырной стенки опухолью в продольном и перпендикулярном направлениях имеет важное значение для выбора метода лечения и установления прогноза после операции.

Известно, что непосредственный рост злокачественной опухоли в стенке мочевого пузыря происходит в трех направлениях: в глубину стенки от слизистой оболочки, в просвет пузыря и внутристеночно вдоль стенки во все стороны от внешней границы опухоли. С хирургической точки зрения, наибольший интерес представляют особенности прямого внутристеночного распространения опухоли по плоскости стенки мо-

чевого пузыря /в продольном направлении/ и рост опухоли вглубь стенки /в перпендикулярном направлении/.

Говоря об особенностях внутристеночного распространения раковых клеток, мы имеем в виду тот рост опухоли и его пределы, которые имеют место наружнее макроскопически видимой границы новообразования. Пересечение стенки мочевого пузыря за макроскопически ощутимыми краями, но еще в зоне внутристеночного распространения опухолевых клеток чревато развитием рецидива. Наиболее часто рецидивы возникают после таких операций, как эндо- и чрезпузырная электрокоагуляция, эксцизия и демукозация /в 53-74% случаев/. Поэтому в последнее время при раке мочевого пузыря применяются чаще резекция мочевого пузыря и цистэктомия.

При изучении литературы мы не нашли работ, обосновывающих пределы иссечения мочевого пузыря при раке. А.П. Фрумкин /1958/ считает, что иссечение опухоли в пределах 1-2 см от наружного края не является радикальным, ибо по лимфатической системе возможно распространение опухолевых клеток в отдаленные участки стенки мочевого пузыря.

а/ Пределы внутристеночного распространения опухолей мочевого пузыря

Недостаточно изученным является вопрос о пределе продольного и перпендикулярного внутристеночного распространения раковых элементов при злокачественных эпителиальных новообразованиях мочевого пузыря. Лишь некоторые авторы

изучали результаты цистэктомии при раке в зависимости от глубины инфильтрации /Джуитт и Стронг,1946; Джуитт и Блекман -Blekman,1946; Керр и Колби, 1951; Витмор и Маршалл, 1962/ и результаты резекции в зависимости от протяженности внутристеночного распространения опухоли /Магри-Magri,1962/.

Располагая операционными и анатомическими препаратами мочевого пузыря, мы также провели изучение пределов внутристеночного распространения опухолевых клеток. Нами были изучены 102 операционных и 3 аутопсийных препарата. Препараты с опухолями измерялись после их сокращения, затем обогревались в ванне при температуре 37^0, внутриорганная лимфатическая система наливалась синей массой Герота. Интерстициальную наливку мы выполнили на 78 анатомических препаратах, из них 3 взято на аутопсии, 16 - при цистэктомии и 59 - при резекции. Целью этой части исследования являлось: наряду с изучением степени внутристеночного распространения рака, изучить реактивные изменения внутриорганной части лимфатической системы мочевого пузыря при злокачественных эпителиальных новообразованиях.

Для изучения пределов внутристеночного распространения опухолевых клеток с каждого препарата брались продольные и поперечные полоски стенки пузыря длиной до 8 см через центр опухоли /рис.48/ и циркулярные срезы /рис.49/ в зависимости от размеров препарата и опухоли. Полученный блок подвергался гистологической проводке, затем изготовлялись продольные и поперечные срезы в количестве от 8 до 34 штук. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином и по



Рис.48. Продольный срез стенки мочевого пузыря через основание опухоли /←/. Цистэктомия. Фотография. Лупа.



Рис.49. Циркулярный срез стенки мочевого пузыря через ножку опухоли. Цистэктомия. Фотография.

Ван Гизон. Из оставшихся препаратов изготовляли просветленные макро- и микроскопические препараты по способу Шпальтегольца - Д.А.Жданова. Препараты изучались под бинокулярными микроскопами "Лумипан" и МБС-2, затем фотографировались на микрофотоустановке МФН-2.

При микроскопическом исследовании определялось распространение опухолевых элементов в продольном направлении и распространение их в глубину стенки /перпендикулярно/. Пределы продольного распространения распознавались по обнаружению опухолевых клеток в слоях стенки пузыря, или по наличию папиллярных выростов на слизистой пузыря вокруг основания опухоли, а также по наличию их в просвете лимфатических капилляров и вен.

Для полноты суждений принимались во внимание анатомическая форма /макроформа/, стадия, локализация и гистологическая структура опухоли. Необходимость этого диктовалась тем, что, судя по литературным источникам, пределы внутристеночного распространения, в особенности в продольном направлении, пока не изучались в зависимости от формы роста /анатомического типа/, стадии клинического течения болезни, локализации и гистологического типа опухоли.

Распределение нашего материала по анатомическим типам рака мочевого пузыря предствлено на таблице I.

Таблица I

Анатомический тип опухоли /рака/	Число случаев	%
Экзофитный тип: а/ нежноструктурная на ножке	20	I9,I
б/ грубоструктурная на широком основании...	60	57,I
Эндофитный тип: плоские мелкоузловатые.	7	6,7
Инфильтрирующий тип – обширное поражение мочевого пузыря	I6	I5,2
Опухоли на ножке без указания типа.....	2	I,9
Всего	I05	

Из таблицы видно, что подавляющее большинство опухолей мочевого пузыря /76,2%/ относится к экзофитной анатомической форме, растущих в просвет пузыря на ножке различной длины и толщины /рис. 50, 5I/. К эндофитному типу отнесены плоские мелкоузловатые опухоли, размеры которых не превышали 2,5 – 3,5 см в диаметре /рис.52/. К диффузно-инфильтрирующим отнесены обширные опухоли /ворсинчатые и солидные раки/, чаще плоские маловыступающие в просвет пузыря /рис.53/.

Из I05 препаратов, исследованных микроскопически, вдоль стенки /по плоскости/ внутристеночное распространение рака на том или ином расстоянии от макроскопически видимых границ опухоли наблюдалось в 73 случаях /72,6%/,



Рис.50. Экзофитный тип опухоли /рака/, растущей на ножке в просвет пузыря. Циркулярное сечение мочевого пузыря через основание опухоли. Операционный препарат /цистэктомия/. Фотография.



Рис.51. Экзофитный тип, грубоструктурная опухоль /ворсинчатый рак/, растущая в просвет пузыря на широком основании. Операционный препарат /цистэктомия/. Фотография.

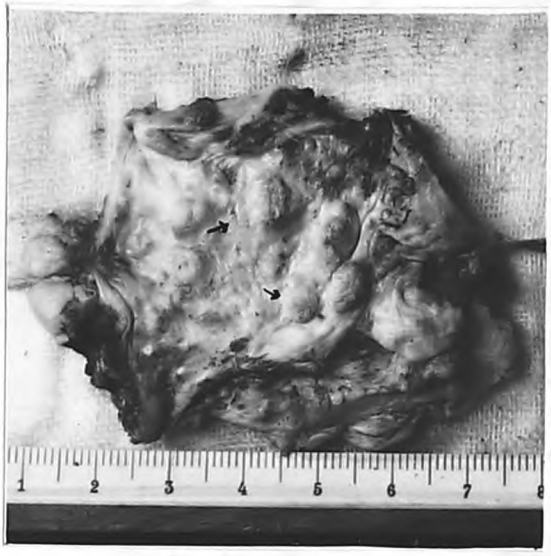


Рис.52. Мелкоузловатые эндофитного типа опухоли /солидный рак → /. Операционный препарат /цистэктомия/. Фотография.



Рис.53. Плоская диффузно-инфильтрирующая опухоль мочевого пузыря /ворсинчатый и солидный рак → /. Операционный препарат /цистэктомия/. Фотография.

а вглубь стенки – в 80 /77,6%/ /таблица 2/.

Таблица 2

Анатомический тип опухоли /рак/	Протяженность распространения опухолевых клеток вдоль стенки пузыря, мм	Число случаев	Степень внутристеночной инфильтрации				Саркома	Ангиома
			T_I	T_2	T_3	T_4		
Экзофитный тип рака	Ограничено ножкой опухоли	30	23	5	2	–	–	–
	2 – I5 мм	24	–	20	4	–	–	–
	I5– 25 мм	26	–	I8	8	–	–	–
	Итого	80	23	43	I4	–	–	–
Эндофитный тип рака	5 – I5 мм	6	–	–	4	2	–	–
	I5–30 мм	6	–	–	I	5	–	–
	35–60 мм	II	–	–	7	4	–	–
	Не указано	2	–	–	–	–	I	I
	Итого ..	25	–	–	I2	II	I	I
	Всего...	I05	23	43	26	II	I	I

Из таблицы 2 видно, что при экзофитном анатомическом типе в 23 случаях из 80 опухолевые клетки не выходили за пределы слизистой оболочки ножки опухоли /I ст., T_I/; в 43– прорастали подслизистый слой/II ст., T_2/; в I4 – инфильтрировали не больше половины толщины мышечного слоя /III ст., T_3/.

Среди эндофитных опухолей в I2 случаях из 23 раковые клетки инфильтрировали подслизистый и мышечный слои /III ст., T_3/, а в II – опухоль в виде тяжей прорастала все слои стенки мочевого пузыря и околопузырную клетчатку с поражением

паравезикальных /2 случая/ и илиакальных /5 случаев/ лимфатических узлов /IУ ст., T_4 N +-/. В двух случаях были обнаружены опухоли неэпителиального происхождения /саркома и гемангиома/, но они росли в просвет мочевого пузыря на ножке и до операции были приняты за рак.

По плоскости /продольно/ внутристеночное распространение раковых клеток происходило на различном протяжении от внешнего края основания опухоли. Так, при экзофитном анатомическом типе в 30 случаях раковые клетки ограничивались слизистой оболочкой ножки опухоли /рис.54/. Однако



Рис.54. Ворсинчатый рак /экзофитный тип/. Основная масса опухоли развивается на ножке, слизистая оболочка вокруг основания ее не изменена. Операционный препарат /резекция/. Лупа.

в ряде случаев на слизистой оболочке вокруг ножки опухоли обнаруживались папиллярные выросты, напоминающие начальную

стадию развития папиллом, отчетливо видна строма и эпителиальный пласт, местами с наличием пролиферации эпителия и митозом клеточных элементов /рис.55/. В других участках



Рис.55. Папиллярные выросты на слизистой оболочке мочевого пузыря, покрытые эпителиальным пластом с митозом клеточных элементов, расположенных вокруг основания опухоли на расстоянии до 20 мм от края ее. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел.ок.5 х об.20.

на слизистой недалеко от ножки опухоли /до 8 мм/ видны бугорки, состоящие из эпителиальных клеток, иногда с полиморфизмом их ядер /рис.56/. В некоторых случаях изменения на слизистой оболочке вокруг основания опухоли или вдали от нее /до 20 мм/ характеризуются развитием узлов, состоящих из массы эпителиальных клеток. Они располагаются,

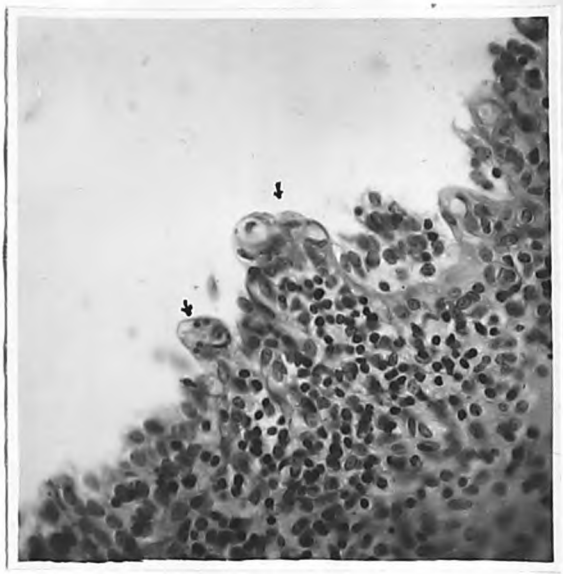


Рис.56. Бугорки из эпителиальных клеток /→/, с полиморфизмом ядер /→/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об. 40.

как правило, в толще слизистого слоя, частично погружаясь в подлежащие ткани /в подслизистый слой/ и выступают в просвет мочевого пузыря /рис.57/. В некоторых опухолевых узлах выражены пролиферация эпителия и полиморфизм ядер, эпителиальные клетки часто инфильтрируют в окружающие ткани /рис.58/. В 24 случаях раковые клетки распространялись вдоль стенки от 2 до I5 мм во все стороны от наружной границы опухоли /рис.59/, в 26 - прорастали на расстояние от I5 до 25 мм. При эндофитном анатомическом типе в 6 случаях раковые клетки росли вдоль стенки пузыря на протяжении от 5 до I5 мм, в 6 - на I5-30 мм и в II случаях они

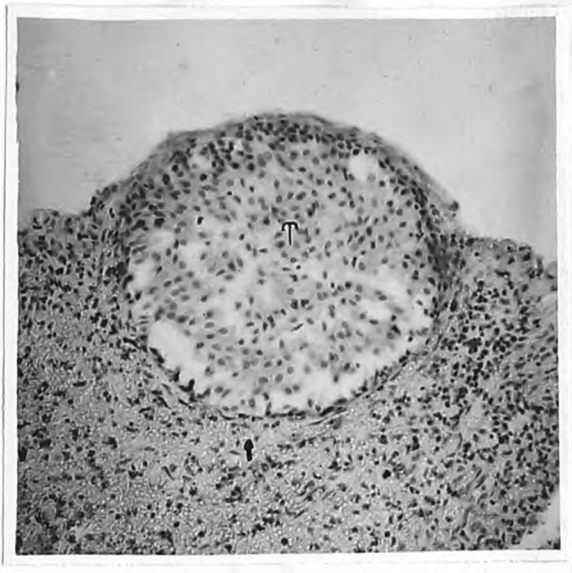


Рис.57. Опухолевый узел расположен в слизистой оболочке /Т/ с тенденцией погружения в подслизистый слой / /.Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об.20.

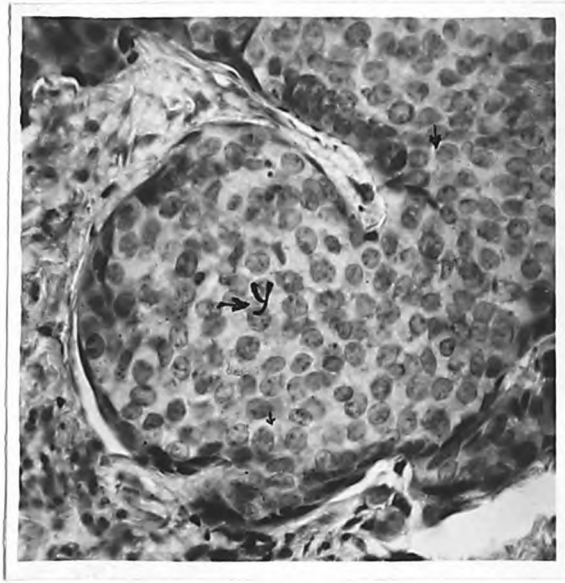


Рис.58. Опухолевый узел состоит из круглых и плоских эпителиальных клеток /→У/ с прорастанием в подлежащие ткани /→/. Полиморфизм ядер эпителия / → /.Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.5 х об. 40.



Рис.59. Опухолевые клетки распространяются по плоскости /вдоль/ стенки пузыря /в подслизистом слое/ на расстоянии от 2 до I5 мм от основания опухоли /Т/. Около ножки опухоли видны папиллярные выросты /⟶/. Операционный препарат /резекция/. Лупа.

инфильтрировали диффузно, либо в виде тяжей, на протяжении от 35 до 60 мм от внешнего края опухоли /рис.60 и 6I/; в 5 из них было почти тотальное поражение мочевого пузыря опухолью. При микроскопическом исследовании в просвете лимфатических капилляров в 5 случаях содержались раковые клетки /рис.62/, в 4 - они содержались только в просвете вен и в 4 случаях - были обнаружены одновременно в просвете лимфатических капилляров и вен.

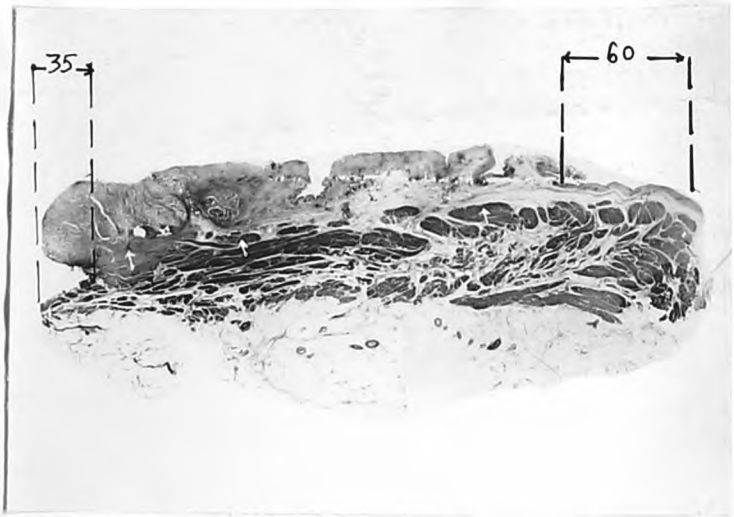


Рис.60. Солидный рак мочевого пузыря. Опухоль растет на широком основании /→/. Инфильтрация рака вдоль стенки на 35-60 мм./показано цифрами/. Операц.препарат /цистэктомия/. Лупа.

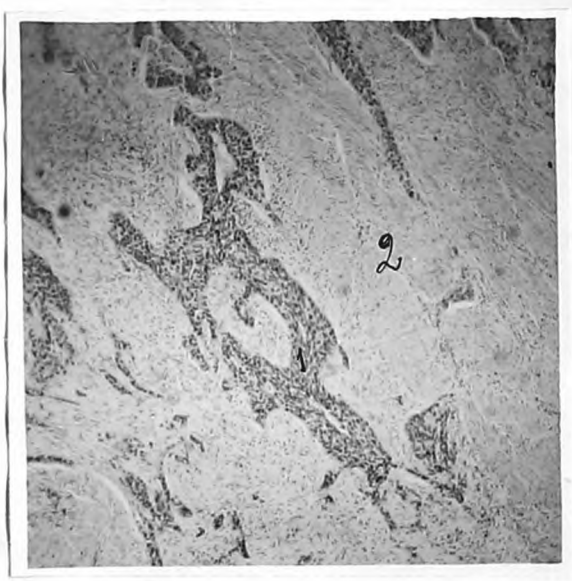


Рис.61. Раковые тяжи /1/ инфильтрируют мышечный слой /2/. Участок препарата, что на рис.59. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок. 8 х об.10.



Рис.62. Раковые клетки в просвете лимфатического капилляра в подслизистом слое / 1 /. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофтография. Увел.ок.I0 х об.I5.

Раковые тромбы чаще всего располагались в просвете пристеночно, иногда с тенденцией погружения раковых клеток в стенку капилляра, разрушая ее /рис.63/, а иногда они проникали за пределы стенки капилляра в окружающую ткань, либо закупоривали просвет лимфатических капилляров целиком /рис.64/.

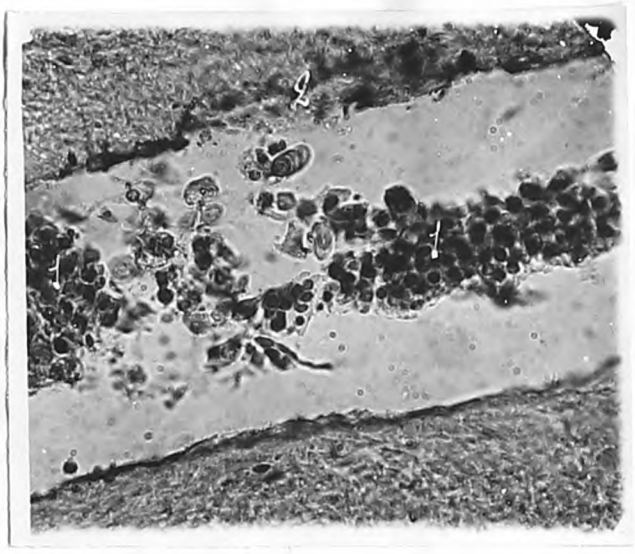


Рис.63. Раковые клетки заполняют просвет лимфатического капилляра /I/, часть стенки которого подверглась разрушению ими /2/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.I5 х об. 40.

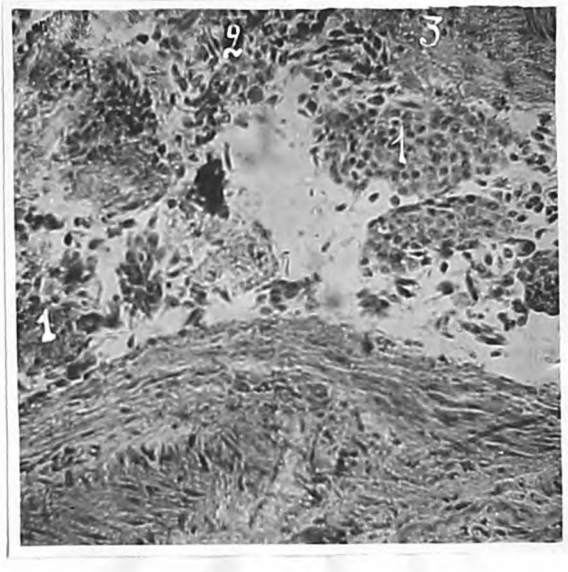


Рис.64. Раковые тромбы заполняют просвет лимфатического капилляра почти целиком /I/ с разрушением его стенки /2/ и погружением раковых клеток в подлежащие ткани стенки мочевого пузыря/3/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел.ок.7 х об. 40.

Обращает на себя внимание тот факт, что опухоли /ворсинчатый рак/ экзофитного типа обладают инфильтрирующим ростом в продольном /72,6%/ и перпендикулярном направлениях /77,6%/. Это обстоятельство имеет важное практическое значение. При составлении плана операции хирург-уролог должен помнить об этом, чтобы правильно избрать метод хирургического лечения /резекцию или экстирпацию пузыря/.

Тип распространения рака внутри стенки мочевого пузыря в зависимости от анатомической формы опухоли и ее гистологического строения на нашем материале /I03 случая/ указан в таблице 3.

Таблица 3

Число наблюдений	Анатомический тип опухоли /рака/	Гистологическое строение опухоли /рака/	Тип распространения	В каком слое стенки	Наличие раковых клеток в лимфатич. сосудах и венах, метастазы в регионарн. лимфатических узлах
20	I. Экзофитный а/ нежноструктурный на тонкой ножке	Плоскоклеточный неороговевающий рак-20		Ограничен слизистой оболочкой ножки опухоли	
60	б/грубоструктурные на широком основании	Плоскоклеточный неороговевающий - 38 случаев. Переходноклеточный-21, аденокарцинома-I.	Непрерывный -58 случаев, по типу эмболии - 2.	Инфильтрация подслизистого и местами мышечного слоев- 57 случаев, ограничено слизистой оболочкой ножки опухоли- 3 сл.	В лимфатических капиллярах в подслизистом слое в околоопухолевой зоне- 2 сл.
I2	2. Эндофитный: а/мелкоузловатые и плоские опухоли /солидный рак/	Плоскоклеточный неороговевающий рак - 8 сл., переходно-клеточный - 3, аденокарцинома- I случай.	Непрерывный в сочетании с эмболией лимфатических капилляров- 3 сл., вен + лимфатических капилляров - 3.	Прорастание всех слоев стенки пузыря.	В лимфатических капиллярах и венах - 3 сл., только в лимфатических капиллярах- 3 сл.
II	б/диффузно-инфильтрирующий рак /обширное поражение мочевого пузыря/	Плоскоклеточный неороговевающий рак- 6 сл., переходно-клеточный-5.	Непрерывный диффузно-инфильтрирующий с эмболией лимфатических капилляров и вен- 8 сл.	Инфильтрация всех слоев стенки пузыря и околопузырной клетчатки	В лимфатических капиллярах и венах-8 сл., в паравезикальных лимфоузлах- 2 сл. и тазовых- 5 случаев

Из таблицы 3 видно, что при эндофитном типе /раке/ /диффузно-инфильтрирующие II случаев и мелкоузловатые- I2/

внутристеночное распространение характеризуется наличием разлитой опухолевой инфильтрации за макроскопически видимые границы очага опухоли. В этих случаях чаще наблюдалось прорастание рака в лимфатические и кровеносные сосуды /вены/, о чем свидетельствуют данные таблицы 4.

Таблица 4

Прорастание рака в	Число наблюдений
лимфатические сосуды.....	5
вены	4
лимфатические сосуды и вены одновременно	7
Всего	I6

Таким образом, мы рассмотрели не только протяженность продольного /по плоскости/ распространения рака мочевого пузыря, но и коснулись о глубине внутристеночного прорастания раковых клеток в стенке пузыря над опухолью. Изучение этого вопроса нашло отражение в ряде классификаций, предложенных с целью определить влияние глубины инфильтрации в стенку мочевого пузыря на прогноз заболевания.

Американские и английские авторы Джуитт и Стронг /I946/, Мильнер - Milner /I946/, Маршалл /I952/, Уоллас - Wallace /I956/ и др. предложили классификацию, основанную на гистологическом строении опухоли и степени внутристеночной инфильтрации. Эта классификация не учитывает клинических признаков опухоли, поэтому использование ее в практических целях создает большие трудности при установлении диагноза и прогноза. Далеко не во всех случаях гистологическая структура совпадает с клиническим течением и внешним

видом опухоли /макроформа/. При гистологическом исследовании кусочков опухоли может быть обнаружена картина более правильного расположения покровного эпителия, в то время как в других участках опухоли может быть выраженная анаплазия эпителиального покрова с погружением его в подлежащую строму. Следовательно, если эпителиальные опухоли мочевого пузыря классифицировать только по клиническим признакам или гистологическому строению, то можно впасть в ошибку.

Заканчивая эту часть исследования, можно сказать, что глубина прорастания стенки мочевого пузыря опухолевыми элементами и степень злокачественности клеток идут параллельно друг другу, однако между гистологической структурой рака и глубиной инвазии заметной зависимости обнаружить не удалось. Очевидно, это объясняется тем, что глубину и протяженность прорастания стенки пузыря скорее всего определяют продолжительность заболевания и степень развития процесса /злокачественность клеток/, а не гистологическая структура опухоли. Глубина прорастания заметно зависит от анатомического типа опухоли /эндофитный тип/, ее величины и давности болезни.

б/ Реакция лимфатической системы на опухолевый рост в зависимости от анатомического типа опухоли

Изучению лимфатической системы при злокачественных опухолях человека и животных уделяется большое внимание. Между тем среди авторов, изучавших архитектонику лимфатической системы в опухолях, по некоторым вопросам сложились противоречивые мнения. М.И.Лифшиц /I927/, Н.Н.Петров /I93I/, Я.И.Раппопорт /I932/, А.И.Абрикосов и А.И.Струков /I953/

полагают, что в злокачественных опухолях лимфатические сосуды развиты слабо и представляются в виде щелей без ясно определяемых стенок или имеют форму лимфатических пространств /Б.А.Рогальский,I926/. В.К.Высокович /I9II/, Борст /I922/, Джилбкрист /Gilchrist R. , I950/, Зайдман Ж. /Zeidman J. /, Копланд Б. / Copeland B./, Уоррен С. / Warren C. , I955/ и др. отрицают наличие лимфатических сосудов в злокачественных опухолях.

В.О.Гузь /I935/, Е.Г.Островерхов /I949/, В.Н.Балашев /I958/, А.В.Борисов /I958/, М.С.Игнашкина и В.Н.Балашев /I960/, Н.А.Короткова и Е.Н.Оленева /I960/, М.А.Долгова /I96I/, Л.М.Гольдштейн и Д.Л.Клейтман /I962/ и др., пользуясь различной методикой исследования лимфатической системы операционных препаратов при злокачественных опухолях полых и компактных органов человека и прививных опухолей животных, не находили в паренхиме опухоли лимфатических сосудов.

В.Н.Балашев, А.В.Борисов и М.А.Долгова изучали внутриорганную лимфатическую систему операционных препаратов при раке желудка, тонких кишек и печени методом интерстациальной инъекции синей массы Герота с последующим просветлением их. Они обнаружили неравномерное развитие густой сети лимфатических капилляров в строме по периферии опухолевого очага. В центральной зоне опухоли, т.е. в ее паренхиме лимфатических капилляров авторы не обнаружили.

По мнению Д.А.Жданова, развитие густой сети лимфати-

ческих капилляров вокруг очага злокачественной опухоли является компенсаторной реакцией на опухолевый рост и обусловлено тем, что в тканях, окружающих зону новообразования, и в самой опухоли происходит повышенный обмен веществ, особенно обмен белков.

В.Н.Балашев полагает, что наличие густой сети лимфатических капилляров вокруг злокачественной опухоли способствует быстрому распространению раковых клеток внутри стенки органа.

Научный и практический интерес представляет изучение путей распространения метастазов рака. В литературе уделено немало внимания изучению этого вопроса. Применялись краски и контрастные вещества, вводимые либо интерстициально /А.И. Сызганов, Б.В.Огнев, Е.Я.Выренков, Е.И.Григорьева, Е.А. Печатникова, А.В.Краев, В.М.Близнюк, М.Г.Привес, Т.Н.Черносвитова, А.В.Кантин, Л.М.Гольдштейн и Д.Л.Клейнман, Л.С. Беспалова, Уайнберг Ж. и Грини Е. /Weinberg J. and Greaney E./ и др.,либо в изолированный лимфатический сосуд или в лимфатический узел /Коллет Ж.- Collete J.; Фишер Х. и Циммерман Г.- Fischer H.A. Zimmerman G.; Ленг Е. - Lenge E.; Хрещишин М. и Шиен Р. - Hrechchyshyn M. A. Sheehen R. ; Шиен Р. и Гульд Р. - Gould R.; Виамонт М., Майерс М., Сейто М.,Кеньен Н. Порке Р. - Viamonte M. Myers M. Sato M. Kenyon N. and Porks R. Шаффер Б., Гульд Р.,Уоллас С., Джексон Л., Джукер М., Леберман П. и Феттер Т.- Schaffer B., Wallace C., Jackson L., Juker M., Leberman P., Fetter T., и др./.

Исследования М.Г.Привес и Т.Н.Черносвитовой, А.В.Кан-

тина и М.Г.Привес, Л.М.Гольдштейн и Д.Л.Клейнман, Шиена Р., Хрещинина, Лина Р. и Лессмана Ф., Виамонта М., Майерса М., Коллета Ж. и др. показали, что метод прямой лимфорентгенографии имеет большое клиническое значение; он дает возможность выявить метастатические поражения паховых, тазовых, парааортальных и подмышечных лимфатических узлов при раке шейки матки, предстательной железы, мочевого пузыря, полового члена, прямой кишки, грудной железы и определить характер и объем оперативного вмешательства или отказаться от последнего и назначить лучевую терапию или химиопрепараты.

Таким образом, изложенные выше литературные данные свидетельствуют о том, что в изучении морфологии лимфатической системы при злокачественных опухолях человека и прививной опухоли животных за последние 5–I0 лет достигнуты значительные успехи. Большинство авторов наблюдало заметную перестройку ее вокруг очага опухоли, которая выражается в развитии густой сети лимфатических капилляров. Центральная зона опухолевого узла, т.е. паренхима опухоли, по их мнению, лишена лимфатических капилляров.

В доступной нам литературе мы не могли найти работ, посвященных изучению внутриорганной лимфатической системы мочевого пузыря при злокачественных опухолях. Очевидно, она систематически не изучалась.

Учитывая важность этой проблемы, представляет определенный интерес выяснить следующие вопросы:

I/ каковы морфологические особенности лимфатической системы при злокачественных опухолях мочевого пузыря раз-

ного анатомического вида, стадии и гистологического строения?

2/ как часто наблюдаются микрометастазы в лимфатических и кровеносных сосудах в стенке пузыря, как часто метастазирует рак в регионарные лимфатические узлы?

Для выяснения этих вопросов были исследованы 78 анатомических препаратов мочевого пузыря и его частей /на утопсии комплексно взято – 3, при цистэктомии – 16 и при резекции – 59/.

Лимфатические сосуды наполнялись синей массой Герота по методике, изложенной в главе IУ.

Оценка морфологических изменений лимфатической системы мочевого пузыря при злокачественных опухолях может быть произведена при сравнении их со строением лимфатической системы здоровых людей и животных. Чтобы иметь возможность представить поведение ее при опухолях в разные фазы их развития, мы изложили выше результаты изучения внутриорганной лимфатической системы мочевого пузыря в норме /гл.У/.

Из 78 препаратов в 73,7% случаев наблюдался ворсинчатый рак с ростом в просвет мочевого пузыря на ножке. Среди этого типа рака наблюдалась различной степени опухолевая инфильтрация вдоль и в глубину стенки мочевого пузыря.

Плоские и узловатые опухоли /раки/ имели место в 26,3% случаев. При микроскопическом исследовании гистотопографических срезов обнаружено, что они носили характер инфильтрирующего роста /почти тотальное поражение пузыря было в

5 случаях/.

На гистологических срезах в 13 случаях при опухолях, растущих на ножке, когда раковые клетки ограничивались только слизистым слоем, лимфатические капилляры имели обычное строение. В этих случаях мы ни разу не наблюдали в их просвете раковых клеток. На просветленных препаратах лимфатические капилляры можно видеть в ножке и даже в отдельных ворсинах опухоли. Они сохраняют нормальное строение и имеют тесную связь с лимфатическими капиллярами подслизистого и мышечного слоев /рис.65/.

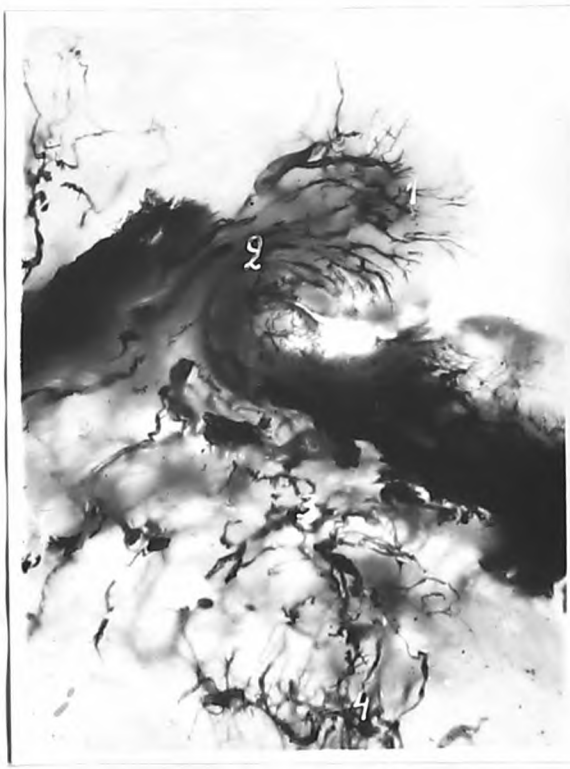


Рис.65. Просветленный препарат. Ворсинчатый рак. Лимфатические капилляры в ворсинах /1/ и в ножке опухоли /2/, проникающие в подслизистый /3/ и мышечный /4/ слои. Мужчина 29 лет /резекция пузыря/. Микрофотография. Увел. 8 х

При опухолях экзофитного типа /ворсинчатом раке/, когда раковые клетки прорастали вдоль и вглубь стенки мочевого пузыря, на 44 из 57 окрашенных и просветленных препаратах мы наблюдали значительные изменения в строении лимфатических капилляров: они располагались густой лимфатической сетью по периферии опухолевого очага, причем лимфатические капилляры располагались в строме непосредственно между раковыми тяжами /рис.66/ и около раковых ячеек /рис.67/. Эти капилляры всегда имеют связь с лимфатическими капиллярами подслизистого и мышечного слоев, в соседней, здоровой части стенки мочевого пузыря /рис.68/.



Рис.66. Ворсинчатый рак мочевого пузыря. Мужчина 57 лет /гемирезекция/. Лимфатические капилляры в строме подслизистого слоя /I/ расположены между раковыми тяжами /2/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.7 х об.I5.

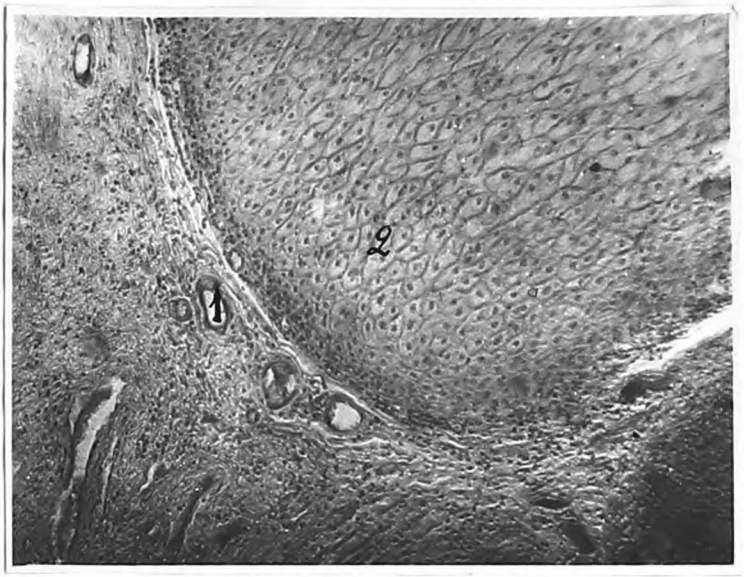


Рис.67. Лимфатические капилляры подслизистого и мышечного слоев мочевого пузыря, расположенные в строме /1/ около раковой ячейки /2/. Мужчина 29 лет /цистэктомия/. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел. ок.7 х об.20.

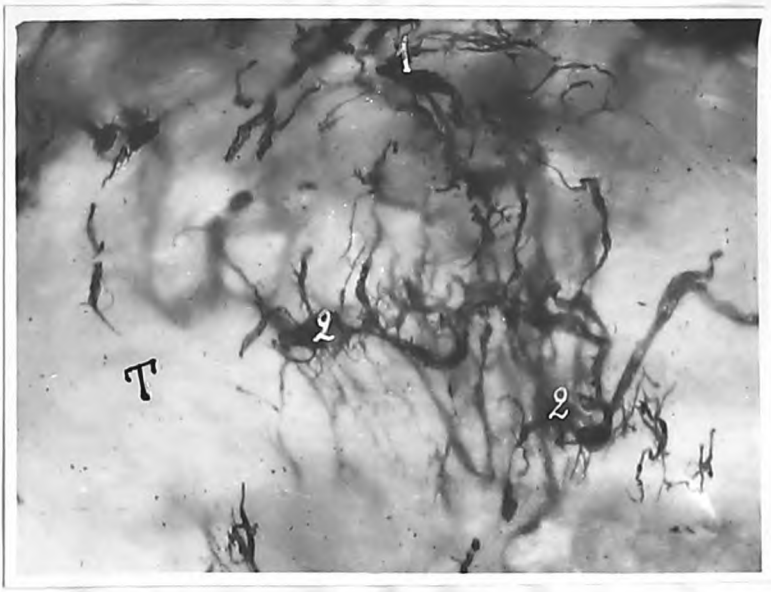


Рис.68. Сеть лимфатических капилляров подслизистого /1/ и мышечного /2/ слоев мочевого пузыря, расположенных около очага раковой опухоли / Т/. Мужчина 52 лет /резекция мочевого пузыря/. Микрофотография. Увел. 24 х

В 44 случаях, когда раковые клетки погружались в подслизистый и мышечный слои, можно было наблюдать лимфатические капилляры в виде густой сети в слизистой оболочке и в глубже лежащих слоях на протяжении до I5 мм от внешней границы опухоли. Эти лимфатические капилляры идут перпендикулярно слизистой оболочке и вливаются в отводящие лимфатические сосуды подслизистого слоя, которые располагаются около узла опухоли и находятся как бы в состоянии стаза. В самом узле опухоли лимфатических капилляров не видно /рис.69/.



Рис.69. Просветленный препарат диффузно-инфильтрирующего рака мочевого пузыря. Мужчина 63 лет /гемирезекция/. Микрофотография. Увел. 36 х. Лимфатические капилляры слизистого /I/ и подслизистого /2/ слоев с расширенными просветами, располагающимися около очага раковой опухоли, в которой нет лимфатических капилляров / Т/.

В 2 препаратах из этой группы в просвете лимфатических капилляров содержались раковые клетки /см.рис.62/.

В опухолях эндофитного типа /диффузно-инфильтрирующем и солидном раке/, где раковые клетки и тяжи инфильтрировали мышечный слой /16 случаев/ и проникали сквозь стенку пузыря и паравезикальную клетчатку /5 случаев/, характер лимфатических капилляров резко отличается от того, что имеет место в норме: лимфатические капилляры многочисленны, образуют густую сеть по периферии опухоли в зоне микроскопических невидимых раковых клеток. Калибр лимфатических капилляров не одинаков, просветы их часто пусты, находясь как бы в состоянии стаза. В самой паренхиме опухоли, в центральном ее участке, на просветленных и окрашенных препаратах лимфатических капилляров мы не обнаруживали. Особенно хорошо это наблюдалось в опухолях, растущих изолированно в виде узла /солидный рак/, когда в центральной зоне паренхимы опухоли лимфатические капилляры не выявлялись. Густая сеть лимфатических капилляров располагается по периферии опухолевого фокуса в соседней здоровой части стенки мочевого пузыря. Только немногочисленные мелкие лимфатические капилляры как бы внедряются в периферическую зону опухоли. По-видимому, это остатки лимфатических капилляров после разрушения их опухолью, имеющие поперечное направление по отношению к раковому узлу /рис.70/. На гистологических срезах в просвете лимфатических капилляров нередко содержались раковые микротромбы. Так, в 7 из 16 случаев были обнаружены



Рис.70. Просветленный препарат солидного рака мочевого пузыря. Мужчина 57 лет /резекция/. Микротофография. Увел. 24 х.
Густая сеть лимфатических капилляров располагается по периферии раковой опухоли /I/. Немногочисленные лимфатические капилляры как бы внедряются в периферическую зону узла опухоли /2/. В центре очага опухоли лимфатических капилляров не видно /Т/.

раковые клетки и раковые тромбы одновременно в просвете лимфатических капилляров и в венах. В 5 случаях они содержались только в просвете лимфатических капилляров. Обычно раковые тромбы располагались в просвете /см.рис.63/ или пристеночно, погружаясь в стенку и разрушая ее, а иногда они проникали за пределы стенки капилляра в окружающую ткань пузыря, либо целиком закупоривали просвет лимфатических капилляров /см.рис.64/.

При диффузно-инфильтрирующих опухолях /5 случаев/ лимфатическая система мочевого пузыря подвергается более значительным изменениям. В этих случаях было почти тотальное поражение мочевого пузыря; инъекция препаратов синей краской Герота проходила трудно, в тканях она часто расползалась. Получить отчетливую наливку лимфатических капилляров, когда опухоль поражала почти весь пузырь, было нелегко. Несмотря на это на просветленных препаратах и гистологических срезах было видно, что лимфатические капилляры немногочисленны, выражены не отчетливо, располагаясь между раковыми инфильтратами. Создавалось впечатление, что они как бы сдавлены ими. В подслизистом слое недалеко от ракового узла лимфатические капилляры имеют густую сеть с расширенными просветами. В основной массе опухоли лимфатических капилляров не видно /см.рис.69/. Кровеносные сосуды многочисленны и пронизывают всю опухолевую ткань.

Таким образом, при изучении лимфатической системы мочевого пузыря, мы убедились, что при злокачественных новообразованиях она подвержена перестройке, которая выражается в развитии густой сети лимфатических капилляров вокруг очага опухоли. Характер этих изменений зависит от анатомической формы опухоли и степени внутристеночной инфильтрации раковых элементов, но не находится в прямой зависимости от гистологического строения рака. Особенно рельефно эти изменения наблюдаются тогда, когда раковые клетки инфильтрируют подслизистый и мышечный слои. При инфильтрирующих фор-

мах рака довольно часто в просвете лимфатических капилляров, а иногда и в венах содержатся раковые тромбы; они разрушают стенку и погружаются в подлежащие ткани. При раках П, Ш и IУ стадии в паренхиме опухоли не видно лимфатических капилляров и сосудов. Очевидно, это связано с тем, что раковые клетки проникают в соседние, по отношению к первичному очагу, участки стенки мочевого пузыря, окружают лимфатические капилляры, сдавливают их, затем проникают в их просвет, и, наконец, облитерируют и разрушают их. Об этом свидетельствует тот факт, что еще на ранней стадии развития рака, когда опухолевый очаг не выходил за пределы подслизистого слоя, эпителиальные клетки содержались в просвете лимфатических капилляров; в поздней стадии раковые клетки разрушали стенку капилляра, внедрялись в окружающую ткань пузыря, а при инфильтрирующих раках с обширным поражением мочевого пузыря лимфатические капилляры располагались между раковыми инфильтратами. Они очень малочисленны. В плотных опухолях, развивающихся в виде узла /солидный рак/, по периферии его видны мелкие лимфатические капилляры, внедряющиеся в опухолевый узел со стороны здоровой ткани.

В 42 случаях при раке мочевого пузыря /П,Ш,IУ стадии/ мы исследовали тазовые лимфатические узлы /23 случая/ и паравезикальные /I9 сл./. Гистологическому изучению подверглось 76 лимфоузлов. В 6 случаях /5 операционные и I – аутопсийный/ из 23 и в 4 /3 операционных и I – аутопсийный/ из I9 – были обнаружены специфические изменения,

схожие со строением основной опухоли /плоскоклеточный неороговевающий рак/.

Во всех этих случаях в просвете лимфатических капилляров и в венах содержались раковые клетки и тромбы. Специфических для рака изменений в лимфоузлах, взятых у трупов из района бифуркации аорты /У фрагмент/, мы не обнаружили. Очевидно, метастазирование опухолевых клеток в регионарные лимфатические узлы при раке мочевого пузыря не частое явление. Это связано, по-видимому, с тем, что раковая опухоль /а она в 75% случаев локализуется именно в паратригональной и тригональной зонах/ очень рано сдавливает интрамуральную часть мочеточника /или оба/ или прорастает мочеточниковые отверстия, вследствие чего наступают глубокие изменения в почках /пиэлонефрит, пионефроз, апостематозный нефрит и пр./, и больные умирают раньше, чем возникнут метастазы в регионарных лимфатических узлах и в отдаленных органах.

В заключение следует сказать, что реактивные изменения лимфатической системы, а также внутристеночное распространение раковых клеток и закономерности метастазирования при злокачественных эпителиальных опухолях мочевого пузыря происходят по тем же законам, по которым этот процесс развивается и в других органах человеческого организма.

Данные, полученные при исследовании лимфатической системы мочевого пузыря при раке позволяют нам сделать следующие выводы.

I. В ранней стадии развития ворсинчатого рака /I ст./ лимфатические капилляры хорошо выражены в ножке опухоли и в отдельных ворсинах, по своему строению они ничем не отличаются от обычных лимфатических капилляров.

2. В поздних стадиях развития рака /II и III/, независимо от степени внутристеночной инфильтрации опухолевыми клетками, вокруг ракового очага, как правило, располагается густая сеть лимфатических капилляров, отдельные лимфатические сосуды видны в строме между раковыми ячейками и гнездами. В паренхиме опухоли –в толще ракового узла– лимфатические капилляры мы не обнаруживали.

3. При диффузно-инфильтрирующих раках /ворсинчатом и солидном/ четвертой стадии, поражающих обширные площади пузыря, лимфатические капилляры были малочисленны и располагались в мышечном слое между раковыми инфильтратами.

4. Развитие густой сети лимфатических капилляров по периферии очага раковой опухоли, согласно литературным данным, является компенсаторной реакцией на опухолевый рост вследствие повышенного обмена веществ в новообразовании и в тканях, окружающих его.

5. Поражение только лимфатических капилляров /эндокарциноз/ наблюдалось при II стадии, реже при III; прорастание лимфатических и кровеносных /вен/ сосудов одновременно чаще имело место при III и IУ стадиях. Эндокарциноз только вен наблюдался преимущественно в позднем развитии рака мочевого пузыря.

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ГЛАВА СЕДЬМАЯ

ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОГО КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Выбор метода лечения рака мочевого пузыря предопределяется правильной диагностикой, локализацией и размерами опухоли, анатомической формой и стадией процесса.

Целью нашего исследования является обоснование радикальных хирургических методов лечения рака мочевого пузыря в зависимости от анатомической формы опухоли, ее локализации, протяженности внутристеночного распространения и клинической стадии болезни. Обоснование некоторых радикальных операций на пузыре основывается, естественно, не только на клинических, но и,в большей мере, на патологоанатомических данных. В этой главе дается общее представление о клиническом материале.

I. Клиническая характеристика материала

Материалом для анализа послужили истории болезни 384 больных, лечившихся в урологическом отделении факультетской хирургической клиники за I3 лет /I95I-I963/.

А. Пол. Из 384 больных мужчин было 33I /86,2%/, женщин - 53 /I3,8%/. Из этих данных видно, что мужчины заболевают новообразованиями мочевого пузыря гораздо чаще, чем женщины. В среднем отношение это, по данным И.Н.Шапиро, равно 3,5:I.

Частоту заболевания раком мочевого пузыря по данным

некоторых авторов приводим в таблице 5.

Таблица 5

	Год опубликования	Частота опухолей пузыря у женщин, проценты
Хольцов Б.Н.	I927	25
Темкин И.С.	I927	I3
Федоров С.П.	I928	I0
Купершляк М.Г.	I958	24
Джапаридзе Ф.Ф.	I958	26,5
Фрумкин А.П.	I960	I7,5
Комарова В.С.	I960	2I
Пиневич М.В.	I960	I4,9
Александрович Г.А.	I960	I7,7
Алапин Г.Я.	I96I	24,7
Смоляк Л.А.	I96I	I9,6
Сабельников И.И.	I963	28,8
Корин Д.Л. и Марусев Е.А.	I964	I3,5
Пытель А.Я.	I964	24,9
Альбарран	I909	22
Кладо	I9II	25
Каспер	I932	25
Морин и Хеммингер	I962	27

Б. Возраст. Принято считать, что женщины и мужчины в одинаковой мере заболевают опухолями мочевого пузыря, главным образом в возрасте между 50–70 годами.

На нашем материале возраст больных распределяется следующим образом /таблица 6/:

Таблица 6

Возраст	Число больных	%
до 10 лет	2	0,4
от 11 до 20 лет	3	0,8
от 21 до 30 "	18	4,7
от 31 до 40 "	34	8,9
от 41 до 50 "	79	20,3
от 51 до 60 "	160	41,7
от 61 до 70 "	71	18,9
от 71 до 80 "	16	4,1
старше 81 года	1	0,2
Всего	384	100

Как видно из таблицы 6, 41,7% больных были в возрасте от 51 до 60 лет; 20,3% – от 41 до 50 лет; 18,9% – от 61 до 70 лет; 8,9% – от 31 до 40 лет; почти одинаковое количество /4,1 – 4,7%/ приходится на третий и восьмой десяток лет. Приблизительно такие же статистические данные о возрасте больных приводятся другими авторами /И.С.Темкин, 1958; Д.Д.Мурванидзе, 1956 и др./. По данным Мостофи /1956/ заболевание раком мочевого пузыря наиболее часто отмечалось в возрасте 40–69 лет и составляло 76% по отношению к другим

возрастным группам. У Д.Л.Корина и Е.А.Марусева /1964/ на этот возраст приходится 90% больных. По нашим данным 80,9% больных приходится на возраст 41-70 лет. В возрасте 2 лет было 2 больных и старше 81 года - 1.

В. Профессия. Состав наших больных по профессии представлен в таблице 7.

Таблица 7

Социальные группы	Число больных	%	Примечание /профессия/
Служащие	70	18,2	Бухгалтеры, инженеры, учителя, медицинские и ветеринарные работники, военнослужащие и пр.
Рабочие	134	34,9	Промышленные рабочие
Крестьяне	41	10,67	Сельскохозяйственные рабочие.
Прочие	33	8,6	Сторожа, пожарники, конюхи, лесники и пр.
Пенсионеры	44	11,46	Разные профессии - с/х и промышлен.рабочие, служащие.
Домохозяйки	27	7,3	
Не указана профессия	35	8,87	Сюда входят также дети и школьники
Всего	384	100	

Анализ клинического материала свидетельствует о том, что какой-либо зависимости частоты заболевания опухолями мочевого пузыря от профессии не отмечается. Хотя наибольший процент /34,9/ больных приходится на промышленных рабо-

чих, однако из них никто не был занят в анилинокрасочной промышленности. Значительный процент /I8,2/ больных составляют служащие /инженеры, бухгалтеры, медицинские и ветеринарные работники, военные/, I0,67% составляют сельскохозяйственные рабочие.

В настоящее время исследователи, занимавшиеся изучением этиологии рака мочевого пузыря отводят видное место роли канцерогенных химических факторов, их эндогенному и экзогенному влиянию на организм /И.С.Темкин, А.Л.Шабад, Туомбли, Бойленд – Twombli G., Boyland и др./.

Установлено, что анилиновый рак ни по клиническому течению, ни по анатомо-гистологическим признакам ничем не отличается от "спонтанных" ворсинчатых опухолей мочевого пузыря. Очевидно, что этиологические моменты при них сходны между собой.

Согласно взглядам А.Л.Шабада /I960/ один из многих этиологических факторов, вызывающих развитие рака мочевого пузыря, является повышенное содержание в моче конечных продуктов триптофана, разлагающегося под влиянием энзимов мочи на серные и глюкуроновые соединения. В моче появляются концерогенные вещества типа ортоаминофенолов. При задержке мочи в пузыре, происходит гидролиз серных и глюкуроновых эфиров, активность их в моче увеличивается, а контакт концерогенов с эпителием пузыря становится продолжительнее, под действием которых наступает метаплазия эпителия с последующим развитием рака. Уоллейс /I956/ указывает, что

у 20% мужчин с опухолями мочевого пузыря имеется в той или иной степени застой мочи. Автор высказывает предположение, что большая частота возникновения рака мочевого пузыря у мужчин по сравнению с женщинами /3:I/ связана с тенденцией к застою мочи в пузыре у мужчин пожилого возраста. Морин и Хеммингер /I962/ также указывают, что среди I04 больных опухолями мочевого пузыря сопутствующие урологические заболевания /аденома и рак простаты, стриктура уретры, контрактура шейки пузыря/ наблюдались у 49 больных /45 мужчин и 4 женщины/, которые сопровождались хроническим циститом. По их мнению хроническое воспаление является возможной причиной возникновения опухолей мочевого пузыря.

Нередки случаи развития рака в дивертикуле мочевого пузыря, в котором более вероятна возможность развития опухоли, чем в нормальном пузыре.

Эти данные подтверждаются исследованиями Моллера /Muller G. ,I954/ на патологоанатомическом материале. Из 4576 вскрытий рак мочевого пузыря был обнаружен в I7 случаях /0,4%/. В 59 случаях дивертикула мочевого пузыря из числа этого секционного материала, рак в дивертикуле был обнаружен в 2 случаях /3,4%/. Очевидно, более длительный контакт канцерогенных веществ мочи с эпителием в дивертикуле создает благоприятные условия для развития рака.

Известно и другое обстоятельство. Опухоли лоханки, мочеточника и мочеиспускательного канала встречаются значительно реже, чем опухоли мочевого пузыря. Можно предполо-

жить, что это обусловлено разной плительностью пребывания мочи в лоханке, мочеточнике и уретре, чем в мочевом пузыре. Это проливает свет и на описанные в литературе загадочные случаи, когда опухоль мочевого пузыря уменьшалась или совсем исчезала после выключения пузыря. Так, Дэвис / Davis E., I948/; Пирс и Мак Комб /Pearce R., Mc Combr., I950/; Форт, Харлин, Ачисон / Fort C., Harbin H., Atkison H., I95I/ и др. сообщили, что раковая опухоль мочевого пузыря, доказанная при биопсии, через несколько месяцев после пересадки мочеточников в кишечник, до экстирпации пузыря, не обнаруживалась или уменьшалась /Ян Кучера, I963/.

Мы также наблюдали подобный случай. 57-летнему мужчине /ист.болезни № 65II/ 2I/I-I952 года была чрезбрюшинно произведена пересадка мочеточников в сигму, как первый этап цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря /опухоль грубоструктурная, размерами примерно 3,5 х 4 см, локализовалась в зоне устья правого мочеточника/, а через 9 месяцев был удален мочевой пузырь. Опухоль, к нашему удивлению, оказалась размерами I,5 х I,5 см на ножке, гистологически - атипичная фиброэпителиома.

Уменьшение или исчезнование опухоли после выключения мочевого пузыря пытаются объяснить устранением действия на его эпителий канцерогенных веществ.

Нельзя не отметить и тот факт, что развитие опухолей мочевого пузыря возникает при действии некоторых канцерогенных вредностей, поступающих в организм извне /экзогенно/,

т.е. при курении и употреблении продуктов питания, к которым прибавляются красящие и консервирующие компоненты, являющиеся вредными раздражителями при выделении их с мочой /Уоллейс, 1958/. В опытах на животных Холсти и Ермала / Holsti L., Ermala P., 1955/ показали, что смазывание слизистой оболочки полости рта животным экстрактом табака, вызывало у них развитие опухоли мочевого пузыря в 10% случаев.

Подытоживая краткий обзор литературы, касающейся роли канцерогенных факторов в возникновении и развитии опухолей мочевого пузыря в связи с анализом профессионального состава наших больных, следует сказать, что помимо большого теоретического интереса, клинические и экспериментальные данные имеют непосредственное практическое значение. Так, в качестве простейших профилактических мер могут быть предложены усиление приема жидкости для уменьшения концентрации мочи и отказ от курения.

Г. Направительный диагноз из района. Из 384 больных 174 /45,3%/ поступили в клинику с диагнозом опухоль мочевого пузыря /первичная опухоль/ и с рецидивом опухоли – 20 /5,2%/. Остальные больные направлены были с другими урологическими диагнозами или вовсе без диагноза. С диагнозом гипертрофия предстательной железы поступило 30 человек, гематурия – 24, хронический цистит – 18, пиэлоцистит – 13, задержка мочи – 9, на обследование – 43, без диагноза – 26, с другими диагнозами – 27 человек /см.табл.8/.

Таблица 8

Направительный диагноз	Число больных	%
Опухоль мочевого пузыря	174	45,3
Рецидив опухоли мочевого пузыря....	20	5,2
Гипертрофия предстательной железы..	30	7,9
Хронический цистит	18	4,7
Панцистит	1	0,25
Пиэлоцистит	13	3,4
Хронический нефрит	4	1,0
Нефрозо-нефрит	1	0,25
Гематурический нефрит	1	0,25
Гидронефроз левосторонний	2	0,5
Почечнокаменная болезнь	5	1,3
Уросепсис	1	0,25
Туберкулез мочевой системы	4	1,0
Камень мочевого пузыря	2	0,5
Цистоуретрит	2	0,5
Простатит хронический	2	0,5
Рак простаты	1	0,25
Саркома простаты	1	0,25
Гематурия	24	6,25
Задержка мочи	9	2,3
На обследование	43	11,3
Диагноз не указан	26	6,85
Всего	384	

Большой процент /49,5/ неправильной диагностики в значительной степени следует объяснить недостаточным знакомством врачей общего профиля с клиникой, диагностикой опухолей мочевого пузыря и несвоевременное обращение боль-

ных к урологу. По материалам урологической клиники ГИДУВа Грузинской ССР только 26% больных поступило в клинику с правильным диагнозом – опухоль мочевого пузыря. Остальные больные направлялись с другими диагнозами: гематурия, почечнокаменная болезнь, нефрит, аденома простаты и прочие заболевания /Д.Д.Мурванидзе, 1958/. По данным Д.Л.Корина и Е.А.Марусева /1964/, в урологическое отделение Челябинской областной клинической больницы 47% больных были направлены с неправильными диагнозами.

2. Длительность болезни и частота отдельных симптомов

В клинические учреждения больные с опухолями мочевого пузыря вследствие латентного течения болезни и поздней обращаемости за врачебной помощью обычно поступают с далеко зашедшим патологическим процессом. Клинические наблюдения показывают, что нет полного параллелизма между длительностью симптомов и размерами, анатомической формой, степенью внутристеночной инфильтрации и гистологическим строением опухоли. Так, у больных с очень длительным анамнезом наблюдается вполне доброкачественно протекающая болезнь во всех стадиях и, наоборот, у некоторых больных клинические явления болезни развиваются в короткий период, от нескольких дней до месяца, причем болезнь нередко сопровождается массовой гематурией, приводящей иногда больного к резкой анемии, иногда заканчивается полной задержкой мочи.

а/ Длительность болезни.

У наблюдавшихся нами больных давность симптомов представлена в таблице 9.

Таблица 9

Давность симптомов болезни	Число больных	%
до I месяца	58	I5,I
до 3 месяцев	58	I5,I
до 6 месяцев	56	I4,6
до I года	66	I7,2
до 3 лет	66	I7,2
до 5 лет	29	7,7
до I0 лет	23	5,8
до I5 лет	II	2,8
до 20 лет	6	I,6
свыше 20 лет	3	0,8
не указано	8	2,I
Всего	384	

Из таблицы 9 видно, что у 62% больных длительность заболевания /от появления первых симптомов до госпитализации/ не превышала одного года. 38% больных госпитализировались в клинику в поздние сроки заболевания.

Клиническое течение болезни, независимо от давности проявления первых симптомов, начиналось обычно макроскопической гематурией, затем возникали дизурические явления, нередко имело место затрудненное мочеиспускание и задержка мочи.

Изучение истории болезни позволило установить, что 62%

больных обращалось к врачам общего профиля своевременно, т.е. после появления первой гематурии, но часто в момент светлого от гематурии промежутка. Эти врачи, не будучи знакомы с клиникой опухолей мочевого пузыря, как это видно из направительных диагнозов, просмотрели новообразование и, основываясь лишь на данных анализа мочи, в которой обнаруживался белок, принимали это заболевание за нефрит, пиелоцистит и пр. и назначали больным бессолевую диету, хлористый кальций внутрь и пенициллин. Только повторная гематурия /нередко массовая/, возникновение дизурических расстройств, задержка мочи и пр. заставляли врачей направлять больных на обследование к урологу часто без диагноза или с другими урологическими диагнозами /аденома простаты и т.д./.

38% больных обратились за врачебной помощью в позднем периоде течения рака мочевого пузыря. Больные пожилого возраста не знали коварности бессимптомной гематурии и поэтому не обращались за врачебной помощью. Вместе с тем следует отметить, что 23 из 146 больных длительное время /до 5 и более лет/ вовсе не обращались за врачебной помощью, 116 человек хотя и обращались к врачу по месту жительства, но упорно отказывались от урологического обследования. 7 больных лечились у знахарок и домашними немедицинскими средствами.

Таким образом, поздняя обращаемость больных за врачебной помощью обусловлена двумя причинами: отказ больных от урологического обследования и не знание ими коварности безболезненной гематурии.

Согласно данным Д.Л.Корина и Е.А.Марусева 72,4% /194 из 260/ больных обращались за врачебной помощью к врачам в течение 3 месяцев от начала заболевания, но лишь 50,5% из них были направлены на обследование к урологу. Морин и Хеммингер указывают, что 66% больных /из 144 человек/ обратились за врачебной помощью спустя 6 месяцев после появления первых симптомов заболевания. Авторы считают, что женщины обращаются к врачу в более позднем периоде, чем мужчины, принимая безболезненную гематурию за кровотечение из гениталий.

б/ Жалобы.

Большинство наших больных при поступлении в клинику жаловалось на пузырное кровотечение, наступавшее либо внезапно /однократно/ среди полного здоровья, либо после многократной гематурии без болевых ощущений. Характер жалоб приведен в таблице 10.

Основные жалобы у наших больных сводились преимущественно к пузырному кровотечению. У 353 больных /91,9%/ была тотальная и терминальная гематурия, у 31 /8,1%/ – отмечались дизурические расстройства и ряд других симптомов. У 180 больных /46,9%/ первыми симптомами заболевания была только безболезненная тотальная /однократная и периодическая/ и терминальная гематурия; у 173 больных /45%/ – тотальная и терминальная гематурия с дизурическими расстройствами, болями в животе, затрудненным мочеиспусканием и другими симптомами. У 93 больных /24,24%/ из них заболевание

Таблица I0

Характер жалоб	Число больных	%
Однократная и периодическая безболезненная макрогематурия.....	I73	45,I
в том числе: а/массовая с явлениями анемии ..... у 20		
Только терминальная гематурия	7	I,8
итого	I80	46,9
Дизурические расстройства, тотальная гематурия.....	93	24,24
в том числе: а/ массовая гематурия у I4		
б/ затрудненное мочеиспускание ..... у I9		
в/ боли в тазу и животе... у 8		
г/ боли в уретре ..... у 5		
д/ задержка мочеиспускания у 5		
е/ общая слабость и потеря аппетита ..... у 4		
ж/ боли в поясничной области у 4		
Дизурические расстройства на протяжении от I до I5 лет, затем- макрогематурия в течение 3 месяцев.....	6I	I5,9
в том числе:		
а/ затрудненное мочеиспускание, боли в животе, в поясничной и паховой областях..... у 25		
б/ задержка мочеиспускания у I		
Дизурические расстройства, терминальная гематурия	I0	2,56
Острые дизурические расстройства, боли в животе и поясничной области, отхождение мочевого песка, макрогематурия	9	2,3
в том числе: а/ массовая гематурия у I		
итого	I73	45,0
Дизурические расстройства	23	
в том числе:		
а/ затрудненное мочеиспускание у 6		
б/ задержка мочеиспускания... у 2		
в/ боли в животе и тазу..... у 4		
Острые дизурические расстройства, боли в животе и поясничной области	3	
Тупые боли в тазу, отхождение с мочей камней, дизурия, альбуминурия, пиурия.....	4	
Задержка мочеиспускания.....	I	
итого	3I	
Всего	384	I00

начиналось тотальной /периодической/ гематурией, впоследствии присоединялись дизурические явления, затрудненное мочеиспускание, боли в животе и в поясничной области, в уретре, а у 5 больных наступила полная задержка мочи. У 61 больного /15,9%/ первым симптомом заболевания были дизурические расстройства в течение длительного времени /от 1 года до 15 лет/, потом наступала тотальная гематурия от нескольких дней до 3 месяцев, тупые боли в животе, в поясничной и паховых областях, не слишком беспокоившие больных.

У 35 больных /из 384/ гематурия носила массовый характер, к моменту госпитализации приводившая их к выраженной анемии; состояние больных было резко ослабленное, а у некоторых - тяжелое; эти больные были чаще иноперабильные, часть из них умерла в клинике в короткие сроки /до 30 дней/.

Интересен тот факт, что общее состояние 180 больных с тотальной /173 чел./ и терминальной /7 чел./ гематурией /кроме 20 с анемией/ мало чем страдало: боли и дизурические расстройства отсутствовали. Они считали себя вполне здоровыми и своевременно обратились за врачебной помощью. Ряд больных обращался за помощью к врачам общего профиля в светлый от гематурии промежуток, они не придали серьезного значения гематурии, поэтому многие больные поступили в клинику в поздние сроки заболевания, после многократной гематурии, нередко с запущенными формами раковой болезни.

У 173 больных заболевание начиналось дизурическими расстройствами, а тотальная гематурия, повторявшаяся через

разные промежутки, наступила позднее – в промежуток от одних суток до I5 лет. Этим больным применялись катетеризация и промывание мочевого пузыря с терапевтической целью по поводу цистита, однако без должного эффекта. На гематурию, имевшую место в анамнезе, врачи не обращали внимания, или недооценивали ее значение.

При рецидиве дизурических явлений им снова повторяли лечение от цистита, хронического простатита и т.д. Однако упорно держащиеся дизурические явления заставляли врачей направлять больных на обследование к урологу. При цистоскопии у них всегда находили рак мочевого пузыря, нередко в позднем периоде развития процесса.

Практически важно помнить, что большинство больных из этой группы поступало в клинику с неправильным диагнозом; чаще с диагнозом: гипертрофия предстательной железы, пиелоцистит или вовсе без диагноза на обследование.

При обследовании у них, как правило, обнаруживали запущенные формы новообразования мочевого пузыря.

Наряду с основными жалобами у наших больных были отмечены другие симптомы без гематурии. Так, II больных из 3I жаловались только на дизурические явления, I2 – кроме дизурии, отмечали затрудненное мочеиспускание /6/, задержку мочи /2/ и боли в животе и в тазу /4/. Кроме того, 3 больных жаловались на острые дизурические расстройства, боли в животе, боли в поясничной области и I – на задержку мочи; 4 человека отмечали тупые постоянные боли в тазу, отхождение

с мочей камней и прочее /альбуминурия, пиурия/. Эта группа больных поступала в клинику без диагноза на обследование и лишь некоторые из них направлялись с тем или иным заболеванием предстательной железы /простатит, рак/, или почек /пиэлоцистит, нефрозонефрит/.

Таким образом, эти данные свидетельствуют о том, что клиническое течение опухолей мочевого пузыря может сопровождаться типичными для этой болезни симптомами /гематурия/, а также симптомами, свойственными воспалительным процессам других органов мочеполовой системы. Практически важно помнить, что рак мочевого пузыря /и опухоли другого вида/ могут начинаться не гематурией, а дизурическими расстройствами и болями различной локализации. Поэтому предъявление больным жалоб, связанных с нарушением функции акта мочеиспускания, мутной мочей, изменением ее цвета, наличием белка и т.д., должно обратить внимание врача и больной должен быть подвергнут цистоскопическому обследованию урологом.

По данным Д.Л.Корина и Е.А.Марусева /1964/ первыми симптомами рака мочевого пузыря у 50% больных была безболезненная тотальная и терминальная гематурия, у 30% – гематурия и дизурия; 10% больных отмечали только боли над лобком и в паховых областях.

Морин и Хеммингер указывают, что поводом для обследования больных в 60% случаев была макроскопическая гематурия. У 38% больных отмечалось болезненное мочеиспускание, связанное с сопутствующим воспалительным процессом.

3. Данные объективного исследования

Основным симптомом опухолей мочевого пузыря считается гематурия, которая на материале М.З.Пиневич /1957/ наблюдалась в 72,8% случаев, у Д.Д.Мурванидзе /1958/ – в 76,4%, у И.И.Сабельникова /1963/ – в 80%, а по данным Ч.А.Синкевичус и А.А.Гулаба /1963/ – у 96,8% больных, страдавших опухолями мочевого пузыря.

У наших больных в анамнезе однократная и рецидивирующая макроскопическая тотальная и терминальная гематурия была первым симптомом болезни у 91,9% больных /353 чел./. У 8,1% больных /31 чел./ гематурии не было: первыми симптомами заболевания у них были дизурические явления, боли внизу живота, в пояснице, в тазу, затрудненное мочеиспускание, задержка мочи и пр. Боли носили то острый характер и возникали внезапно, то тупой, беспокоили больных многие месяцы и даже годы /до 15–20 лет/.

Однако следует сделать оговорку. Указанные выше симптомы, в том числе и гематурия, составляющая довольно высокий процент /от 70 до 96,8%/, согласно литературным данным относятся к анамнезу. В момент госпитализации макроскопическая гематурия наблюдается значительно реже, чем это имеет место в анамнезе. Так, у наших больных в момент госпитализации макроскопическая гематурия наблюдалась у 154 больных – 40,1% по отношению ко всем больным /384/ опухолями мочевого пузыря. Остальные 230 больных были госпитализированы в светлый от гематурии промежуток с другими симптомами, несвойственными

опухолям мочевого пузыря /дизурия, затрудненное мочеиспускание, задержка мочи, острые и тупые боли в животе, в поясничной и паховых областях, боли в уретре и пр./. У многих больных не было никаких признаков болезни.

Диагностика опухолей мочевого пузыря должна складываться не только на основании субъективных жалоб больных и наличия у них гематурии в анамнезе и в день госпитализации, а главным образом по данным объективного исследования. Одним из общедоступных методов исследования, не требующим специальной подготовки больного, является цистоскопия.

а. Цистоскопия

Цистоскопическая картина опухоли мочевого пузыря настолько характерна, что в большинстве случаев после первого осмотра удается не только поставить правильный диагноз, но во многих случаях определить ее характер, клиническую форму /стадию/, приблизительную степень внутристеночной инфильтрации, наметить план лечения, избрать метод хирургического вмешательства и определить прогноз заболевания.

Однако на основании только данных цистоскопии трудно определить доброкачественная это или злокачественная опухоль. Еще С.П.Федоров, А.П.Фрумкин, Каспер и другие указывали, что доброкачественные опухоли мочевого пузыря являются потенциально злокачественными. И.Н.Шапиро, Д.Д.Мурванидзе и др. описывают ряд признаков, в некоторых случаях позволяющих определить злокачественный характер опухоли: буллезный отек вокруг основания опухоли, гнездный распад опухоли, отложение

фибрина на некротизированных участках, ихорозный запах мочи и пр. Между тем ни один из указанных признаков не является гарантией того, что в данном случае доброкачественная или злокачественная опухоль. Это обусловлено обманчивостью внешнего вида опухоли и изменениями слизистой оболочки пузыря, наступающих в результате инфекции мочевых путей и отека ее.

Поэтому, наряду с цистоскопией, применяются и вспомогательные методы диагностики: цистография в различных ее вариантах, биопсия, цитодиагностика и экскреторная урография, которые дополняют цистоскопию. Большое значение имеет также общее клиническое обследование больного.

Б.Л.Полонский /1963/ категорически заявляет, что при выборе метода лечения не следует считаться с внешним видом опухоли. Автор считает, что необходимо учитывать только характер опухоли, основанный на ее морфологическом строении. Вряд ли можно полностью согласиться с этим утверждением. Б.Л.Полонский широко пользуется цитологической диагностикой, позволяющей, по его мнению, в 94% случаев обнаружить атипичные клетки в осадке мочи. Напротив, В.Г.Кузьмин /1963/ на основании исследования спиртового смыва пузыря пришел к выводу, что цистоскопическая картина не отражает всего многообразия гистологических типов, а следовательно, и морфологии опухолей мочевого пузыря, а только позволяет отграничить доброкачественные опухоли от злокачественных.

Наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют о том, что до настоящего времени еще нет совершенных доопе-

рационных способов дифференциации стадий течения опухолей мочевого пузыря. Получить ответ относительно гистологической структуры и степени внутристеночной раковой инфильтрации пузырной стенки перед началом лечения не удается. Даже на операционном столе степень такой инфильтрации установить практически почти невозможно. Между тем исход оперативного вмешательства во многом зависит от того, насколько радикально произведена операция - резекция или цистэктомия. Чтобы избрать тот или иной метод хирургического лечения, по нашему мнению, необходимо знать: I/ анатомический тип опухоли /величину, форму, количество, локализацию, вид ножки опухоли, наличие атипичных клеток в смыве пузыря/; 2/ клиническую стадию и протяженность внутристеночного роста опухоли в продольном и перпендикулярном направлениях. Первый вопрос решается на основании совокупности применения современных клинических методов исследования, второй - только при микроскопическом исследовании препарата.

Из 384 больных цистоскопическому методу обследования мы подвергли 325 чел. и с рецидивами опухоли - 20 чел.

Распределение больных по локализации первичных опухолей в мочевом пузыре представлено в таблице II.

Таблица II

Распределение больных по локализации опухолей в мочевом пузыре

Локализация первичной опухоли	Количество больных	%
Верхушка мочевого пузыря	20	6,I
Задняя стенка тела пузыря	I5	4,6I
Передняя стенка тела пузыря	4	I,23
Правая заднебоковая стенка тела мочевого пузыря	27	8,37
Левая заднебоковая -"- -"-	I7	5,23
Над устьем правого мочеточника.....	77	23,7
Над устьем левого мочеточника.....	60	I8,46
Итого	220	67,7
Зона устья правого мочеточника и пузырный треугольник	4	I,23
Зона устья левого мочеточника и пузырный треугольник	3	0,9
Зона обоих устьев мочеточников, треугольник	I5	4,6I
в том числе: поражение шейки пузыря 6		
Правая половина мочевого пузыря /от верхушки до шейки/	24	7,4
Левая половина пузыря /от верхушки до шейки/	I8	5,56
Задняя стенка пузыря /от верхушки до шейки/	I4	4,3
Папилломатоз /почти тотальное поражение мочевого пузыря/.....	I2	3,7
Множественные ворсинчатые опухоли /поражают все отделы пузыря/.....	I5	4,6
Итого	I05	32,3
Всего	325	I00
Рецидивы опухоли	20	
Локализация не указана /не проводилась цистоскопия/	39	
Итого	384	

Из таблицы II видно, что у 220 больных /67,7%/ опухоли располагались в зонах среднего и верхнего отделов мочевого пузыря, т.е. выше устьев мочеточников на расстоянии не ближе 2-2,5 см от них. Локализация опухоли позволяла производить этим больным резекцию мочевого пузыря различного объема /клиновидную, циркулярную и гемирезекцию/, однако у 28% нужно было иссекать и устье того или иного мочеточника с последующей уретероцистонеостомией. Большая часть больных не соглашалась на эту операцию или вовсе отказалась от хирургического лечения. У 105 больных /32,3%/ опухоли были множественными и одиночными, но больших размеров, располагались в нижнем сегменте мочевого пузыря, т.е. они поражали зону обоих устьев мочеточников, распространились на пузырный треугольник и его шейку. Опухоли носили диффузный инфильтрирующий характер, резекция мочевого пузыря не могла быть выполнена у них; 46 больных из этой группы были иноперабильными. На материале Мостофи /1956/ в 71% случаев опухоли располагались также в верхних отделах мочевого пузыря /у 47% больных на боковых стенках, у 18% - на задней и у 6% - в области верхушки пузыря/. Однако другие авторы приводят данные, говорящие о том, что опухоли локализуются преимущественно в нижнем сегменте мочевого пузыря. Так, по данным А.И.Васильева /1937/ у 60% больных опухоли располагались в дне пузыря, по И.С.Темкину /1957/ - в 63,6%, у А.П.Цулукидзе /1957/ - в 72%, у Хиггинса / Hyggins Ch. C., 1956/ - в 72,5% случаев.

Таким образом, в нашей практике /см.таблицу II/ у 67,7% больных опухоли локализовались именно в верхних отделах мочевого пузыря, т.е. выше мочеточниковых отверстий. Кстати сказать, наш материал не выборочный, он основан не только на данных цистоскопии, но и подтвержден цистографией и операционными находками.

Из 20 больных, поступивших в клинику с рецидивом опухоли /раньше они оперированы в других лечебных учреждениях/, у 9 человек были одиночные опухоли, у 8 из них опухоль располагалась на левой заднебоковой стенке мочевого пузыря выше устья мочеточника, у I – на рубце передней стенки, у II человек наблюдались множественные опухоли ворсинчатого вида, в том числе у 3 располагались на рубце передней стенки пузыря, у 4 – в зоне устья правого и левого мочеточников и у 4 больных имел место папилломатоз мочевого пузыря.

Некоторые авторы известное значение отводят анатомической форме опухоли /экзофитная или эндофитная/, внешнему виду ножки опухоли /А.М.Гаспарян/, состояние опухоли /распад опухоли, отложение солей и фибрина на некротических участках/ и другим признакам – буллезный отек, гнездные кровоизлияния вокруг основания опухоли /И.Н.Шапиро, Д.Д. Мурванидзе и др./.

У 77 человек /23,5%/ из 325 больных с первичной опухолью, опухоли ворсинчатого вида росли на тонкой длинной ножке, у I22 /37,6%/ – на толстой низкой ножке и у

I26 больных /38,9%/ опухоль развивалась на широком основании. У 27 человек из I26 опухоли были травовидной формы, у 29 – плоские, мало выступающие в просвет пузыря, у I5 – они росли на широком основании в виде множественных узлов почти с гладкой поверхностью и у остальных 55 больных были опухоли грубоструктурного вида на широком основании.

У 60 больных при цистоскопии был обнаружен гнездный распад опухоли, у 8 из них на участках некроза имело место отложение солей, у I3 – отложение фибрина. Только у 4 больных отмечен буллёзный отек вокруг основания опухоли и у I – отек слизистой оболочки. Воспалительная реакция слизистой оболочки вокруг ножки опухоли наблюдалась часто, особенно при больших опухолях.

С помощью цистоскопии удается получить ряд ценных сведений для диагностики опухолей мочевого пузыря, однако только на основании этого метода исследования не всегда представляется возможным решить вопрос о стадии болезни и степени внутристеночной инфильтрации новообразования. Цистоскопию необходимо дополнять другими методами исследования: бимануальным и рентгенологическим исследованиями, позволяющими определить степень утолщения стенки пузыря в проекции роста опухоли и обнаружить наличие опухолевой инфильтрации в клетчатке таза и в смежных с пузырем органах.

б. Бимануальное исследование

Одним из общедоступных методов выявления инфильтрации тазовой клетчатки, проросшей опухолью со стороны мочевого пузыря, или прорастание ее в предстательную железу, семенные пузырьки и прямую кишку – у мужчин, в своды влагалища у женщин, является ректально-пальцевое и вагинальное исследодование, дополненное бимануальным исследованием.

Этому методу урологи /Б.Н.Хольцов, 1928; И.Н.Шапиро, 1938; А.Д.Цулукидзе, 1957; Д.Д.Мурванидзе, 1957; Б.Л.Полонский, 1963; Джуитт, Льюис – Lewis E. L., 1948; С.Петкович, 1956; Витмор и Маршалл, 1962; Магри, 1962 и др./ придают огромное значение. Так, Джуитт и Льюис бимануальным исследованием у 74% /у 40 из 54/ больных обнаруживали вокруг мочевого пузыря различной степени инфильтрацию околопузырной клетчатки опухолью. Это дало им возможность решить вопрос об операбильности рака мочевого пузыря. Авторы указывают, что бимануальное исследование нужно проводить под анестезией; это позволяет безболезненно и безошибочно обнаружить инфильтрацию клетчатки таза опухолью.

Напротив, Морин и Хеммингер через прямую кишку и брюшную стенку прощупали опухоль лишь у 8,3% больных /у 12 из 144/, а Д.Д.Мурванидзе /1958/ – в 6,9% случаев.

В практической деятельности врач-уролог должен использовать все средства диагностики.

Бимануальному исследованию нами были подвергнуты 274 человека /71,1%/; мужчин 228 из 331. У 6 больных мы обна-

ружили прорастание рака мочевого пузыря в предстательную железу, у 8 – прорастание в тазовую клетчатку, у I – в симфиз и у I больного прорастание в прямую кишку. Таким образом, у I6 из 228 мужчин /7%/ мы обнаружили прорастание опухоли пузыря в соседние органы и тазовую клетчатку.

У 9 женщин /I7%/ из 53 при бимануальном исследовании обнаружено прорастание опухоли в передний свод влагалища в виде очаговой и разлитой инфильтрации. Эти женщины были признаны иноперабильными. Таким образом, у 25 больных /6,8%/ мы обнаружили бимануальным исследованием прорастание клетчатки таза, влагалища, прямой кишки и предстательной железы.

Из сказанного выше видно, что наши наблюдения /6,8%/ близки к данным Д.Л.Мурванидзе /6,9%/, Морина и Хеммингера /8,3%/; между тем следует сказать, что мы при бимануальном исследовании не применяли обезболивание /наркоз/. Очевидно, что если бы мы при бимануальном исследовании пользовались обезболиванием, то прорастание опухоли в клетчатку таза и в смежные органы можно было бы обнаружить гораздо чаще. Об этом свидетельствует тот факт, что среди наших больных с помощью других клинических методов исследования /цистоскопия, цистография, экскреторная урография и на операции/ мы выявили значительное число иноперабильных больных /I04 человека/, у значительной части из них /32/ распространение опухоли выходило далеко за пределы мочевого пузыря, как было установлено на операции и аутопсии.

Современная урология обогатилась за последние 10–15 лет несколькими новыми методами исследования /осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией, цистография с двойным разностным контрастом, тазовая флебография и др./, способными оказать большую помощь в диагностике опухолей мочевого пузыря, особенно в тех случаях, когда опухоль занимает обширные районы органа и при невозможности произвести цистоскопию из-за непрекращающейся гематурии, при малом мочевом пузыре на почве инфильтрирующего рака, при цистите и сужении мочеиспускательного канала.

в. Биопсия

Отечественные авторы /Б.Л.Полонский, А.П.Фрумкин, В.И.Гальчиков, В.И.Хрущев и др./ к биопсии с целью диагностики опухолей мочевого пузыря относятся отрицательно. Мы этим методом пользовались редко /у 13 больных/. Известно, что биопсия при опухолях мочевого пузыря не может считаться полноценным диагностическим приемом, потому что в кусочке опухоли, взятом щипцами Юинга, не всегда можно обнаружить злокачественные клетки. Кроме того, после такой травмы злокачественная опухоль может дать бурный рост и повести к быстрому метастазированию раковых элементов в регионарные лимфатические узлы и в отдаленные органы. Магри рекомендует широко пользоваться биопсией при раке мочевого пузыря. Мы не являемся сторонниками этого метода диагностики опухолей мочевого пузыря. Кроме того, эндовезикальную биопсию не представляется возможным выполнить

операционным цистоскопом при невыгодной локализации опухоли /шейка пузыря/, а также при сопутствующем опухоли цистите, при массовой упорной гематурии, при малом мочевом пузыре и сужении мочеиспускательного канала.

4. Специальные рентгенологические методы исследования

Во многих случаях решающим диагностическим приемом при раке мочевого пузыря является цистография в различных ее вариантах и экскреторная урография. Эти методы ценны в том отношении, что при помощи их удается выяснить не только наличие в мочевом пузыре опухоли, когда цистоскопию выполнить невозможно, но и определить относительные размеры, форму /экзофитная или эндофитная/, локализацию и степень внутристеночной инфильтрации и состояние паравезикальной клетчатки, а также функциональную способность почек.

а. Цистография

В урологической практике чаще других применяется обычная цистография, не требующая специальной подготовки больного. Метод прост и неопасен. Из контрастных веществ применяются 12,5% раствор сернозина или 15% раствор бромистого натрия. После наполнения мочевого пузыря контрастом /от 100 до 150 мл/ производят рентгенограммы в переднезаднем и косых положениях. Опухоли экзофитного типа на рентгенограммах дают дефект заполнения, подобно опухолям других полых органов /желудок, кишечник/. Рентгенологиче-

ская картина опухолей мочевого пузыря характерна.

При инфильтрирующих формах рака мочевого пузыря на простой цистограмме можно получить ассиметрию мочевого пузыря, стенка его над опухолью обычно утолщена, она неровна и часто имеет зубчатость в проекции опухоли. Но на обычной цистограмме не создается необходимых условий для изучения состояния стенки мочевого пузыря и ее наружной поверхности. Однако этот метод ценен в тех случаях, когда цистоскопию выполнить невозможно из-за профузной гематурии, особенно при больших одиночных или множественных новообразованиях, заполняющих просвет пузыря опухолевыми массами.

Чтобы определить степень прорастания стенки мочевого пузыря опухолью, выявить внешние контуры ее и состояние околопузырной клетчатки, установить стадию болезни и выявить предел терапевтических возможностей, применяются различные модификации цистографии: пневмоцистография, пневмоперицистография, цистография с двойным контрастом, осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией и тазовая флебография.

Для изучения состояния стенки мочевого пузыря в 1922 году Розенштейном / Rosenstein / была предложена методика пневмоперицистографии с пневмоцистографией.

Этой методикой в разное время успешно пользовались Я.Г.Готлиб /1925/, Г.Я.Алапин и А.А.Лемберг /1960/ и др. Идея промежуточного введения газа в ретциево пространство была реализована в работах Л.Н.Погожевой /1959/, И.Л.Тагер

и В.М.Перельман /I960/, В.М.Перельман /I962/.

Сущность метода заключается в инсуффляции кислорода в ретциево пространство и последующем раздувании воздухом мочевого пузыря. Между тем указанный способ не создает необходимых условий для изучения анатомического состояния стенки мочевого пузыря.

Для получения на рентгенограмме рельефа опухоли и слизистой оболочки мочевого пузыря М.О.Сантоцкий и И.Л. Тагер /I936/ вводили в пузырь барий, И.Н.Шапиро /I938/ наполнял его липоидолом с последующим раздуванием пузыря воздухом.

Л.М.Бергман /I95I/ на 2-й Всесоюзной конференции урологов сообщил о применении им осадочной пневмоцистографии. Сущность метода заключается в том, что мочевой пузырь наполняется I5% раствором сернокислого бария в количестве I00-I50 мл. Больной меняет положение /лежит на спине, на боку и на животе/, через 20-30 минут пузырь опорожняют от бария, промывают и заполняют его воздухом. Для получения очертаний опухоли и стенок мочевого пузыря производят рентгенограммы в переднезадней и косых проекциях.

Г.И.Пинчук и Я.М.Хан /I958/ на 3-й Всесоюзной конференции урологов доложили о применении осадочной пневмоцистографии с яичным белком. Техника процедуры состоит в следующем. В стерильный чайный стакан сливают два яичных белка, взбивают их металлической ложкой, прибавляют две столовые ложки взвеси бария для рентгеноскопии желудка.

Яичный белок и раствор бария хорошо размешивают, потом прибавляют I5 капель настойки йода. Смесь повторно взбалтывают и прибавляется 85 мл стерильного физиологического раствора; жидкость снова взбалтывают и сливают в шприц Жане. Через мягкий катетер № I6-I8 жидкость вводится в мочевой пузырь, катетер извлекается. Больного укладывают на сторону опухоли на 30 минут, затем он произвольно выпускает контрастную жидкость, после чего через повторно введенный катетер в пузырь шприцем Жане нагнетается I50 $см^3$ кислорода и делают два рентгеновских снимка в прямой и косой проекциях.

Авторы изучили данные цистоскопии, обычной цистографии, осадочной пневмоцистографии, макропрепараты, взятые на операции и гистологическое строение опухоли у 25 больных, и пришли к выводу, что если опухоль меньше I см, то контуры ее слабо выявляются. Опухоли размером больше I см дают на рентгенограмме ясно очерченную тень, выявляется форма и локализация опухоли. Метод прост, осложнений не дает. Однако, как указывают Г.И.Пинчук и Я.М.Хан, осадочная пневмоцистография не дает возможности определить границы инфильтрации стенки мочевого пузыря.

Позднее Г.И.Пинчук и Я.М.Хан /I963/ в II6 случаях применяли для диагностики прорастания стенки мочевого пузыря и околопузырной клетчатки рентгенологическую методику двойного контрастирования. В околопузырное пространство вводили 400 к.с. кислорода, а через 20 минут шприцем

Жане в мочевой пузырь нагнетали 150 к.с. кислорода и производили две цистограммы в прямой и косой проекциях. Авторы указывают, что двойное контрастирование при раке мочевого пузыря позволяет выявить анатомическое состояние стенки пузыря, степень инфильтрации ее и околопузырной клетчатки опухолью. Метод прост и заслуживает внимания и широкого внедрения в урологическую практику.

Г.Я.Алапин и А.А.Лемберг /1960/ для диагностики различных заболеваний мочевого пузыря рекомендуют применять комбинированную цисто-перицистопневмографию. Они обследовали 102 больных. Техника цистографии заключается в следующем: в предпузырное пространство вводится 30-40 мл 0,5% раствора новокаина, затем шприцем Жане нагнетается до 200-250 $см^3$ кислорода. Через мягкий катетер мочу выводят, затем инсуффилируют 100-150 $см^3$ кислорода и после удаления катетера произвоцят рентгеновские снимки в переднезадней и косой проекциях. Авторы считают, что указанный метод позволяет определить состояние стенки мочевого пузыря, включая и наружные ее очертания. Он также помогает диагносцировать опухоль мочевого пузыря при профузной гематурии, когда выполнить цистоскопию невозможно.

И.Л.Тагер и В.М.Перельман /1960/ для выявления степени прорастания стенки пузыря опухолью осадочную пневмоцистографию дополняют пресакральным введением кислорода в околопузырную клетчатку и обычным пневмоперитонеумом. Техника процедуры состоит в следующем: очистительная клизма

за I2 и 2 часа до исследования. Затем больному натощак вводят в мочевой пузырь I5% водный раствор бария в количестве I00-I50 мл. В течение 20 минут больной меняет положение /лежит на спине, животе и на боках/. Потом пузырь отмывают любым дизенфицирующим раствором, вводят кислород пресакральным путем в околопузырную клетчатку и накладывают искусственный пневмоперитонеум. В паравезикальную клетчатку инсуффлируют 400-500 $см^3$, а в брюшную полость - 800-900 $см^3$ кислорода. В рентгеновском кабинете, в положении лежа на спине,вводят в мочевой пузырь кислород и делают три снимка: один переднезадний и два в полубоковых проекциях. Авторы указывают, что с помощью комбинированного метода контрастирования удается выявить инфильтрацию и прорастание стенки мочевого пузыря опухолью или исключить прорастание ее.

Совсем недавно Аройо Лопец / Arroyo Lopez , I954/ в Испании, Гвальтиеротти / Gualtierotti / и Тана / Tana / в Италии /I958/ сообщили о методе цистографии двойным раздельным контрастным веществом. Предложенная ими методика состоит в следующем: после обзорной рентгенографии мочевой пузырь опорожняется от мочи с помощью мягкого катетера, затем в него вводится жидкое контрастное вещество в количестве от 30 до I20 мл. Катетер удаляется и производится цистография. Потом в мочевой пузырь вводится катетер, на клюве которого шелковой нитью укреплен паланкин-баллон из кондомной резины; с помощью шприца в баллон вво-

дится до 150 $см^3$ воздуха, затем катетер пережимается, подтягивается к шейке пузыря и производятся рентгенограммы в различных положениях. После этого воздух из баллона выпускается, катетер удаляется.

Авторы считают, что предложенный ими метод безопасен, технически прост, а рентгенографические изображения на пленке отчетливо выражены.

Г.И.Эрямкин /1960/ применил цистографию с двойным контрастом у 40 больных, однако с некоторой модификацией мягкого катетера, через который в мочевой пузырь вводится контрастное вещество.

Во избежание излишней травматизации уретры Г.И.Эрямкин предложил вместо двухкратного введения в пузырь катетера применять двухканальный катетер с паланкин-баллоном, дающий возможность провести исследование в условиях однократной катетеризации. В обычный резиновый катетер вмонтирована тонкая резиновая трубка /нипельная или детский катетер/, которая приклеивается резиновым клеем к отверстию клюва катетера; на клюв одевается конец кондома длиной 4 см, который и перевязывается шелковой нитью, фиксирующей одновременно тонкую трубку и паланкин-баллон. Ниже баллона в катетере вырезается дополнительное отверстие для выведения мочи и введения в пузырь контрастного вещества. Жидкое контрастное вещество /15% раствор сернозина или бромистого натрия/ вводится в пузырь в количестве от 30 до 80 мл, затем катетер пережимается и производится

серия рентгенограмм; по дополнительной /тонкой/ трубке в баллон вводится воздух до позыва на мочеиспускание, трубка пережимается, подтягивается ближе к шейке пузыря, затем производится серия снимков в различных проекциях. Воздух из баллона и контрастное вещество из пузыря выпускаются, катетер удаляется.

Г.И.Эрямкин указывает, что если двойное контрастирование дополнять пневмоперицистографией, то удается выявить наличие инфильтрирующей опухоли мочевого пузыря. Степень инфильтрации стенки определяется наличием ассиметрии контуров пузыря за счет неравномерного оттеснения жидкого контрастного вещества воздухом в баллоне. Автор полагает, что при невозможности выполнить цистоскопию из-за профузной гематурии, цистография с двойным раздельным контрастом оказывается незаменимым методом диагностики опухоли мочевого пузыря.

Безусловным прогрессом в диагностике явилось применение искусственного пневмоперитонеума в сочетании с пневмоцистографией /А.И.Цэцулеску,1958; Труки, 1958/ и осадочной пневмоцистографией /В.М.Перельман,1962/.

Двойным контрастированием в комбинации с томографией при опухолях мочевого пузыря пользовались Сансоне, Макарини и Корради /1951/, Камерини /1952/, Гайес /1959/, В.М.Перельман /1962/ и др.

В.М.Перельман предлагает цистографию делать по следующей схеме. Подготовка больного: очистительная клизма за

I2 и за 3 часа до исследования. В мочевой пузырь вводят I0-I5%-ная взвесь бария в количестве I00-I50 мл. Больной, меняя положение, лежит в течение 30 минут /на боках, животе, спине или сидит/, в зависимости от локализации опухоли. Мочевой пузырь опорожняется произвольным мочеиспусканием и промывается любым стерильным раствором. Пузырь наполняется кислородом в количестве I00-I50 $см^3$. Производятся рентгенограммы в разных проекциях /переднезадней, косых/. Исследование дополняется томографией. Для получения изображения толщины стенки в проекции основания опухоли производится пресакральный ретропневмоперитонеум, когда опухоль расположена в нижнем сегменте пузыря, или накладывается искусственный пневмоперитонеум, когда опухоль локализуется в области верхушки мочевого пузыря. В паравезикальную клетчатку вводят 400-500 $см^3$ кислорода, а в брюшную полость 800-900 $см^3$.

По этой методике В.М.Перельман обследовал I70 больных. На основании полученных данных автор указывает, что при комбинированном контрастировании удается установить глубину опухолевой инфильтрации стенки до операции.

За последние I5 лет урология обогатилась новыми методами исследования, способными оказать большую помощь не только в диагностике опухолей мочевого пузыря и выявить степень внутристеночного прорастания раковых элементов, но и выявить метастатические регионарные лимфатические узлы. В данном случае имеется в виду тазовая флебография и лимфо-

рентгенография.

Тазовая флебография в диагностике заболеваний вен таза, опухолей мочевого пузыря, предстательной железы и внутренних половых органов женщины была внедрена в медицинскую практику в I946-I950 годах Де ла Пенья / De la Pena / и Амселемом / Amselem /, Гийэмом и Бо и др. /Guilhem, Baux/. В основу тазовой флебографии были положены венографические исследования анатома Батсона /Batson /, опубликованные в I940 году. Батсон показал, что контрастная жидкость, введенная в глубокую тыльную вену полового члена, быстро выполняет тазовый венечный бассейн.

Эстелла / Estella , I947/ первый опубликовал работу о клиническом применении тазовой флебографии в диагностике тромбоза тазовых вен. В последующие годы в разных странах света появился ряд исследований при различных заболеваниях органов и сосудов таза /Земан, Кучера, Фишер и др. - Zeman E., I955; Kucera J. , Fischer S., ,I957/.

Путями введения рентгеноконтрастной жидкости для тазовой флебографии являются: а/ интравенозный /глубокая и поверхностная тыльные вены полового члена или клитор и венозные сосуды кавернозных тел/ и б/ внутрикостный /вены костного мозга лобковых, седалищных, подвздошных костей и крестца/. В настоящее время предпочитают вводить контрастное вещество в глубокую тыльную вену полового члена.

В клинике А.Я.Пытеля тазовая флебография для диагностики опухолей мочевого пузыря применяется в двух вариантах.

Первый – контрастное вещество вводится в глубокую тыльную вену полового члена, второй вариант – введение контраста /кардиотраст, трийотраст/ в костный мозг лобковых костей /техника тазовой флебографии подробно описана Г.И.Мгалоблишвили в журнале "Урология", 1960, № 4, стр.18/.

Как показали исследования Г.И.Мгалоблишвили, метод тазовой флебографии в сочетании с цистографией в состоянии выявить не только опухоль мочевого пузыря, ее локализацию, величину, но с большой долей вероятности позволяет установить прорастание опухолью стенки пузыря, в особенности при локализации ее в нижнем сегменте /кроме передней стенки и верхушки/. Он помогает также выявить наличие увеличенных регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря, пораженных метастазами рака. Таким образом, тазовая флебография с цистографией позволяет решить главный вопрос – об операбильности больного, а также установить более или менее правильные показания к радикальному хирургическому лечению.

Безусловным прогрессом в диагностике метастатических илиакальных лимфатических узлов при опухолях мочевого пузыря, рака предстательной железы, полового члена, шейки матки, прямой кишки явилось применение лимфорентгенографии /Л.М.Гольштейн и Д.Л.Клейнман, Шиен Р., Хрещишин М., Лин Р. и Лесманн и др./. Метод лимфорентгенографии имеет большое клиническое значение; он дает возможность выявить метастатические поражения регионарных лимфатических узлов и определить характер и объем оперативного вмешательства или отказаться от последнего.

Однако он еще не получил широкого применения в урологической практике. Безусловно он не может заменить собой такие методы исследования, как цистоскопия и цистография, но, наряду с ними, должен занять свое место в диагностике метастатических регионарных лимфатических узлов.

Цистография в различных ее вариантах /обычная, осадочная цистопневмография в сочетании с оксигеноперицистографией, цистография с двойным раздельным контрастом, пельвиофлебография с цистопневмографией/ нами была произведена у 107 больных.

Целью цистографии являлось:

I. Определить наличие опухоли, когда цистоскопию выполнить было невозможно из-за профузной гематурии.

2. Определить анатомическое состояние мочевого пузыря, выявить степень прорастания стенки пузыря опухолью и состояние околопузырной клетчатки. Это необходимо было для решения вопроса об операбильности больного и выбора метода хирургического лечения в конкретном случае /расширенную резекцию мочевого пузыря с уретероцистонеостомией или цистэктомию/.

Современные методы клинической диагностики в большинстве случаев позволяют безошибочно распознать опухоль мочевого пузыря, определить ее величину, форму, локализацию и в известной степени стадию болезни.

Обычную цистографию мы произвели у 54 больных, причем у 39 человек цистоскопию выполнить не удалось из-за массо-

вой гематурии в связи с обширным поражением мочевого пузыря опухолью.

Изучение цистограмм и данных клинических методов исследования позволяло нам решить ряд практических вопросов: I/ уточнялось наличие злокачественной опухоли мочевого пузыря там, где цистоскопию выполнить не было возможности, 2/ определялась величина, локализация и наличие внутристеночного прорастания стенки пузыря опухолью.

На простой цистограмме удается установить распространенность опухолевого процесса, иногда и глубину инфильтративного роста ее. Можно получить также отчетливое предствление о неизмененной и патологически утолщенной стенке мочевого пузыря; в последнем случае стенка органа бывает неравномерно утолщена, местами изрезанной, зубчатой.

Для иллюстрации приводим некоторые истории болезни.

Наблюдение I. Больной Х., 7I года /история болезни № 2663/, поступил в клинику I5/Ш-I958 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря", установленным при цистоскопии в нашей поликлинике 25/П-58 г. До этого в течение 2 лет страдал затрудненным мочеиспусканием и дизурическими явлениями. По месту жительства лечился по поводу аденомы предстательной железы, но без эффекта.

Со стороны внутренних органов рентгенологически: миокардиодистрофия, пневмосклероз. Простата увеличена, плотная правая доля ее, болезненная. Анализ крови: гипохромная анемия, лейкопения, РОЭ 52 мм в час. Остаточный азот в крови 72 мг%. Анализ мочи: макрогематурия, пиурия. При пробе Зимницкого - гипостенурия.

При цистоскопии, выполненной с большим трудом, обнаружена опухоль инфильтрирующего вида, она поражает мочевой пузырь почти тотально, часть ее находится в состоянии распада.

Простая цистография. На рентгенограмме в прямой проекции: мочевой пузырь деформирован, стенка его неровная, зубчатая почти на всем протяжении, что свидетельствует о наличии инфильтрации мышечных слоев стенки пузыря и околопузырной клетчатки./рис.71/.



Рис.71. Простая контрастная цистограмма. Мочевой пузырь деформирован. Контур наружной стенки неровный, отчетливо видна зубчатость /→/, свидетельствующая о прорастании опухолью стенки пузыря и околопузырной клетчатки.

На экскреторной урограмме функция почек снижена.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак, IУ стадия, тотальное поражение мочевого пузыря. Азотемия. Аденома предстательной железы с подозрением на прорастание правой доли опухолью.

Случай иноперабильный. Умер в ноябре 1958 г. вне больницы /через 6 месяцев после выписки из клиники/.

Наблюдение 2. Больной К., 55 лет /история болезни № 173/, поступил в клинику 7/I-1959 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

В ноябре 1958 г. наблюдалось отхождение с мочей мелких камней и резь при мочеиспускании. В середине декабря 1958 г. наступила массовая гематурия со сгустками. Обратился к врачу по месту жительства, затем больной направлен к урологу областной поликлиники.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Предстательная железа увеличена, гладкая, эластической консистенции, болезненная.

Анализ крови: эр.3010000, Нв 60%, Л- 11600, п.8, с.60. Анизопойкилоцитоз выражен. РОЭ 18 мм в час. Анализ мочи: реакция кислая, удельный вес 1020, в осадке - микрогематурия и пиурия.

Цистоскопию произвести не удалось из-за макроскопической гематурии.

Больному произведена простая пневмоцистография. На рентгенограмме в прямой проекции на левой стенке /от верхушки до шейки/ определяется большая опухоль на широком основании, стенка над опухолью неровная, зубчатая - признак, свидетельствующий о

наличии инфильтрации мышечного слоя и околопузырной клетчатки /рис.72/.



Рис.72. Простая пневмоцистограмма. Контур левой стенки мочевого пузыря неровный /от верхушки до шейки пузыря/, выражена зубчатость /→ /- признак, говорящий о прорастании опухолью стенки пузыря.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак левой половины мочевого пузыря. IУ стадия.

Случай признан иноперабильным. Умер через 5,5 месяцев вне больницы /I3/УШ-1959/.

Наблюдение 3. Больной Е., 62 лет /история болезни № 3705/, поступил в клинику 27/УI-1958 г. с диагнозом "гипертрофия предстательной железы, гематурия".

В январе 1958 г. внезапно наступила макроскопическая гематурия, продолжавшаяся в течение 3 суток,

которая прекратилась без лечения. В конце мая с.г. наступила повторно гематурия и задержка мочеиспускания.

При рентгеноскопии грудной клетки обнаружен пневмосклероз и кардиосклероз. Органы брюшной полости без патологии. Почки не пальпируются. Предстательная железа увеличена, особенно левая доля, плотная, болезненная. Определяется инфильтрация клетчатки таза справа над простатой.

Анализ крови: эр.4050000, Нв 69%, л- I2200, сдвиг формулы влево. Анизоцитоз. РОЭ I5 мм в час. Остаточный азот в крови 38 мг%. Анализ мочи: пиурия, гематурия. При пробе Зимницкого уд.вес I009-I0I3.

Произведена простая пневмоцистограмма. На рентгенограмме в прямой проекции на правой боковой стенке видна тень опухоли на широком основании /от верхушки до шейки пузыря/; стенка над опухолью утолщена, неровная с наличием мелких зубцов /рис.73/.

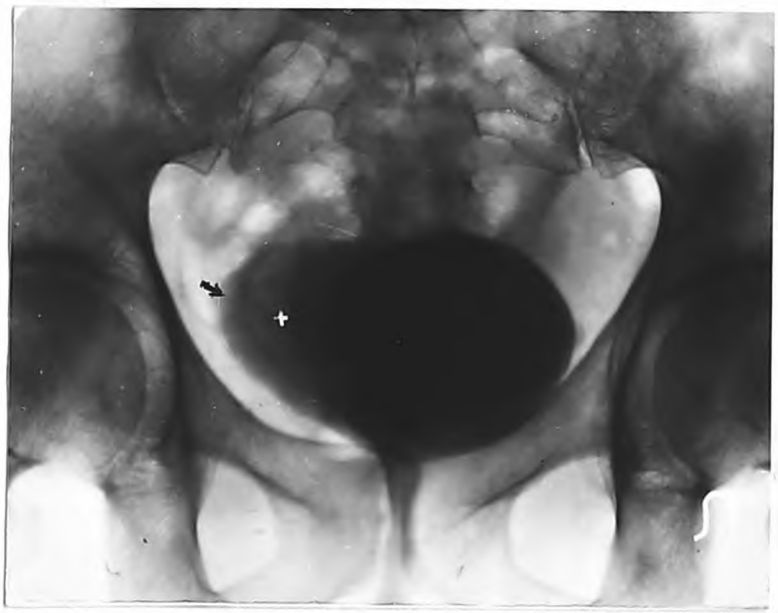


Рис.73. Простая пневмоцистограмма. В полости правой половины мочевого пузыря видна тень опухоли / + /, контур стенки над опухолью неровный /→/.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря, экзофитно-эндофитная форма с прорастанием в околопузырную клетчатку. IУ стадия.

Случай признан иноперабильным. Умер через 3 года I0 мес. после выписки /25/IУ-I962 г./ вне больницы от раковой интоксикации.

Наблюдение 4. Больной Б., 57 лет /история болезни № 6467/, поступил в клинику 29/X-I960 г. с диагнозом "аденома простаты, опухоль мочевого пузыря".

Болеет 4 месяца. Заболевание началось дизурическими расстройствами. Лечился медикаментами амбулаторно, но улучшения не наступало. Месяц тому назад после произведенной цистоскопии /по месту жительства/ возникла гематурия.

При рентгеноскопии грудной клетки отмечен кардиосклероз. Метастазов в легких не обнаружено. Клинически со стороны внутренних органов патологии нет. Предстательная железа увеличена, гладкая, плотной консистенции, болезненная.

При цистоскопии опухоль грубоструктурного вида, маловыступающая в просвет пузыря на широком основании, располагается на правой заднебоковой стенке и распространяется на верхушку. Устье правого мочеточника не видно, левое - овальной формы.

Простая пневмоцистограмма. На рентгенограмме в прямой проекции на правой заднебоковой стенке и верхушке пузыря определяется тень опухоли на широком основании, которая занимает около 2/3 мочевого пузыря /приблизительно 6 х 6 см/. Стенка над опухолью неравномерно утолщена /рис.74/.

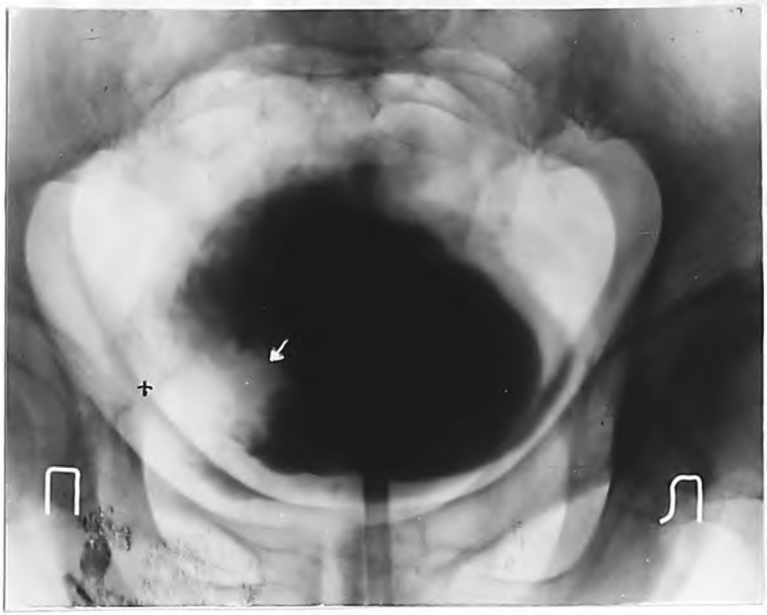


Рис.74. Простая пневмоцистограмма. На фоне введенного в мочевой пузырь газа в просвете его справа видна тень от опухоли / → /. Стенка пузыря над опухолью неравномерно утолщена / + /.

На экскреторной урограмме функция почек снижена, особенно правой.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря, Ш стадия.

От предложенной цистэктомии больной категорически отказался. Умер через 2 года I месяц после выписки /23/XII-62/ от рака.

Наблюдение 5. Больной Ч.,68 лет /история болезни № 5373/, поступил в клинику 25/IX-1961 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

2 года тому назад внезапно возникла макроскопическая гематурия, которая продолжалась около 3 дней. Обратился за врачебной помощью по месту жительства,

но в светлый от гематурии промежуток. В течение 2 лет гематурия повторялась 7 раз. В начале сентября 1961 г. гематурия стала профузной и со сгустками, затем появились частые позывы и рези при мочеиспускании.

При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены пневмосклероз, склероз сердца и крупных сосудов. Органы брюшной полости и почки без особенностей. Предстательная железа увеличена, плотная, болезненная. Определяется инфильтрация клетчатки таза над верхним полюсом левой доли простаты.

Анализ крови: эр. 3500000, Нв 63%, л.4000, э.3 с.65, лимф.25, м.4. Анизоцитоз. Анизохромия. РОЭ 30 мм в час. Остаточный азот в крови 30 мг%.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, реакция кислая, удельный вес 1015, белок 3,3% . В микроосадке много лейкоцитов и свежих эритроцитов.

При цистоскопии опухоль плоская, блюдцеобразной формы, размером 6 х 7 см с распадом в центре, расположена на левой боковой стенке пузыря /от шейки до верхушки/. Устье левого мочеточника не видно из-за опухоли.

Произведена простая пневмоцистограмма. На рентгенограмме в прямой проекции на левой боковой стенке видна тень опухоли на широком основании, занимающей площадь от верхушки до шейки мочевого пузыря. Стенка в проекции опухоли утолщена, неровная /рис.75/.

На экскреторной урограмме левая почка блокирована. Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря, распад опухоли в центре, с прорастанием в паравезикальную клетчатку. IУ стадия.

Больной оказался иноперабильным. Умер через I год 7 месяцев /I7/У-63/ от раковой и инфекцион-

ной интоксикации /данные секции: прорастание рака в клетчатку таза и по ходу тазовых сосудов слева. Левосторонний пионефроз. Заключение патологоанатома Покровской райбольницы/.

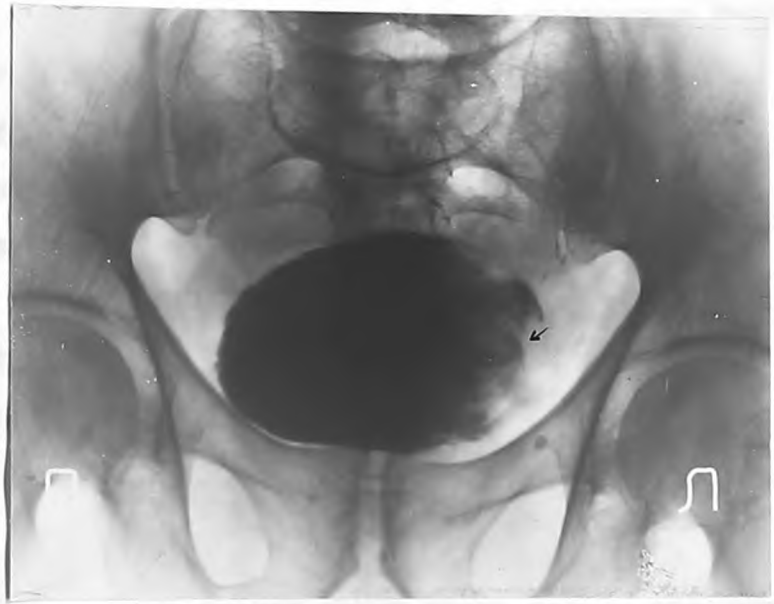


Рис.75. Простая пневмоцистограмма. На фоне газа, введенного в мочевой пузырь, видна тень опухоли на левой стенке пузыря на площади от верхушки до шейки его /→/.

В приведенных наблюдениях, наряду с другими методами исследования, на обычных цистограммах удалось выявить не только наличие опухоли, но и обширную распространенность процесса и установить стадию клинического течения болезни и определить степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря и околопузырной клетчатки.

В некоторых случаях, когда диагностика опухоли затруднена из-за массовой гематурии или при наличии выраженной воспалительной реакции со стороны слизистой оболочки и неудержания контрастного вещества пузырем, а также при сужении мочеиспускательного канала, в постановке правильного диагноза может помочь нисходящая цистография. Мы изучили рентгенограммы нисходящей цистографии у 19 больных с длительной гематурией и при циститах, не подающихся лечению в связи с опухолевым процессом.

О диагностической ценности цистографии, сделанной при экскреторной урографии на 15 или 30 минуте, говорят следующие наблюдения.

Наблюдение 6. Больной Ч., 48 лет /история болезни № 7367/, поступил в клинику 9/XII-1960 г. с диагнозом "гематурический нефрит".

На третьи сутки после травмы поясничной области наступила гематурия. В течение года гематурия повторялась неоднократно.

Со стороны внутренних органов уклонений от нормы нет.

Анализы крови и мочи в норме.

На экскреторной урограмме через 8 минут контраст /сергозин/, выделившийся почками, содержится в мочевом пузыре, на фоне которого в просвете у верхушки, справа, видна округлой формы тень размерами 6 х 5 см /Т/. Контуры стенок мочевого пузыря ровные /рис.76/.

При цистоскопии опухоль оказалась грубоструктурной формы на низкой ножке размерами 4 х 4 см на задней стенке тела мочевого пузыря.

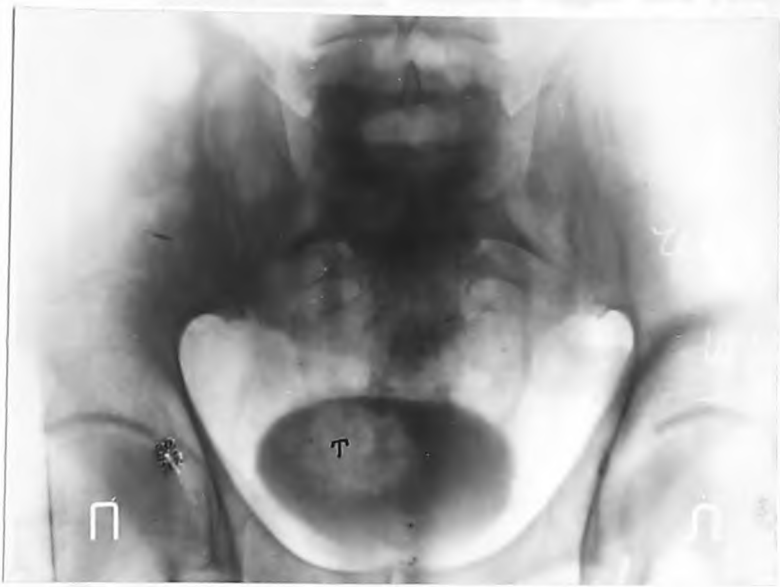


Рис.76. Нисходящая цистограмма. На фоне контрастного вещества /сергозин/ справа у верхушки видна тень опухоли /неравномерно контрастированная/ размерами около 6 х 5 см. Контуры стенок мочевого пузыря ровные.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стадия.

20/XII-1960 г. операция - резекция мочевого пузыря.

Удовлетворительное послеоперационное течение. Выписан из клиники на 27 день после операции /17/I-1961/ с восстановленным мочеиспусканием.

Гистологическая структура опухоли: плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией опухолевых клеток в подслизистый слой. П стадия /T_2/.

Жив 4 года. Жалоб не предъявляет.

Наблюдение 7. Больной А.,29 лет /история болезни № II0I/, поступил в клинику 20/П-I960 г. с диагнозом "опухоль левой почки".

В I953 г. во время службы в Советской Армии 2 дня мочился с примесью крови. Лечился в санчасти по поводу цистита. В I956 г. кровотечение повторилось. На этот раз лечился от гипертонии и нефрита. В ноябре I959 г. гематурия наступила в третий раз и продолжалась двое суток. Не лечился. В январе I960 г. появились боли в поясничной области слева, затем наступила гематурия, продолжавшаяся около недели.

Состояние больного при поступлении удовлетворительное. Артериальное давление I55/90 мм. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Предстательная железа без изменения. Мочеиспускание учащенное, моча с примесью крови.

Анализ крови: эр.3340000, Нв 60%, л.8400, гемограмма без патологии. Анизоцитоз слабо выражен, РОЭ I0 мм в час. Остаточный азот в крови 42 мг%. Хлориды плазмы крови 409 мг%. Белок плазмы крови 8,33 г%.

Анализ мочи: кровянистая, щелочной реакции, удельный вес I0I5, белок 6,6% . В микроосадке - эритроциты свежие сплошь покрывают поле зрения, лейкоцитов I0 в поле зрения. При пробе Зимницкого - удельный вес I0I3-I0I6.

Экскреторная урография. Через 7 минут на цистограмме в прямой проекции на нижнеправой стенке видна тень опухоли на широком основании размером 6 х 4 см. В проекции основания опухоли стенка пузыря утолщена, что свидетельствует о наличии инфильтрации мышечного слоя /рис.77/. В полостной системе почек патологии нет.



Рис.77. Нисходящая цистограмма. На фоне контрастного вещества /сергозин/ на нижнеправой стенке мочевого пузыря в его просвете видна тень опухоли /Т/. Стенка пузыря у основания опухоли неровная /→ /.

На осадочной пневмоцистограмме наличие опухоли в мочевом пузыре подтверждают данные нисходящей цистографии /рис.78/.

При цистоскопии /после прекращения гематурии/: опухоль грубоструктурного вида размерами 5 х 6 см располагается в зоне устья правого мочеточника и распространяется на шейку мочевого пузыря.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, Ш стадия.

I0/Ш-I960 г. операция - одномоментная цистэктомия с пересадкой мочеточников в прямую кишку. Лимфадэктомия /эфирно-кислородный наркоз/.



Рис.78. Осадочная пневмоцистограмма. В нижнеправом углу пузыря видна тень опухоли /Т/. Форма пузыря и шейка его не изменены /→ /.

Удовлетворительное послеоперационное течение. Выписан с зажившей надлобковой раной. Мочеиспускание через прямую кишку до 8 раз в сутки.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с шейкой. На разрезе – опухоль грубоструктурного вида размерами 4 х 4 см, основание ее 1,6 см; 4 других опухолевых образования размерами 0,3 х 0,4 см располагаются в треугольнике Льёто недалеко от шейки.

Микроскопическое исследование препарата № 26105 /окраска гематоксилин-эозином и Ван Гизон/. Срез через центр опухоли. Основная масса опухоли состоит из плотных ворсин, переплетающихся между собой. Эпителий, покрывающий ворсины, многослойный, плоский с выраженной анаплазией и гиперхромией ядер. Раковые клетки погружаются в подслизистый слой, в

некоторых местах в проекции основания опухоли раковые тяжи инфильтрируют мышечный слой. Вдоль стенки папиллярные выросты и раковые ячейки видны в слоях слизистой оболочки на протяжении 8 мм от края опухоли.

Сети лимфатических капилляров располагаются в околоопухолевой зоне глубокого слоя собственной слизистой оболочки, но больше их видно в подслизистом слое. В просвете некоторых из них содержатся раковые клетки. В строме и паренхиме опухоли лимфатических капилляров нет. В лимфатических узлах /взятых из района УП фрагмента/ метастазов рака не обнаружено.

Заключение. Плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией мышечного слоя, прорастание в лимфатические сосуды пузыря. Ш стадия /T_3N-/.

Отдаленные результаты. Периодически наблюдалась высокая температура /до 40^0/ с ознобами, боли в тазу. Умер 23/П-1961 г. в Алапаевской городской больнице. На аутопсии обнаружены метастазы по ходу мочеточников и в печени /сообщено урологом/.

Наблюдение 8. Больной С., 55 лет /история болезни № 6299/, поступил в клинику 17/XI-1961 г. с диагнозом "тумор мочевого пузыря".

Болеет 2 года. Макроскопическая гематурия наблюдалась в декабре 1959 г., в мае 1960 г. и в феврале 1961 г. При появлении болезненных позывов к мочеиспусканию и массовой гематурии лечился в хирургическом отделении Кировградской больницы: принимал внутрь хлористый кальций и антибиотики. Кровотечение прекратилось. За последние 7 месяцев оно повторялось неоднократно. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

При поступлении состояние больного удовлетвори-

тельное. Артериальное давление 130/70 мм. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Анализ крови без патологии, кроме ускоренной РОЭ /24 мм/. Остаточный азот крови 35%.

Анализ мочи: бурого цвета, удельный вес 1017, белок 16,5%о. В микроосадке много лейкоцитов и свежих эритроцитов.

Экскреторная урография с пневмоцистографией. На рентгенограмме в прямой проекции на верхнеправой стенке видна узловатой формы тень опухоли на широком основании размером 3,5 х 5 см. В области основания опухоли стенка теряет свои контуры с неправильными очертаниями. В нижних отрезках мочеточников содержится контраст /через 15 мин./; правый мочеточник шире левого, что свидетельствует о сдавлении устья правого мочеточника опухолью /рис.79/.



Рис.79. Экскреторная цистография в сочетании с пневмоцистографией. На фоне введенного в мочевой пузырь газа видна тень опухоли, расположенной на верхнеправой стенке пузыря / + /. Дистальный отдел правого мочеточника расширен, в нем содержится контраст / + /.

Функция почек не нарушена, лоханка правой почки несколько расширена.

При цистоскопии /после прекращения гематурии/ установлено, что опухоль в виде узла на общем широком основании, локализуется на правой заднебоковой стенке тела и верхушки мочевого пузыря размерами 5 х 3 см.

Некоторые участки опухоли находятся в состоянии распада.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря, инфильтрирующая форма. Ш стадия.

23/XI-1961 г. операция - гемирезекция мочевого пузыря под эфирно-кислородным наркозом.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан с зажившей надлобковой раной и естественным мочеиспусканием на 52 день после операции /5/I-1962 г./.

Макропрепарат: размеры опухоли 6 х 5 см. Стенка пузыря над опухолью плотная и как бы спаяна с околопузырной клетчаткой. Гистологически- переходноклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией всех слоев стенки мочевого пузыря и околопузырной клетчатки над опухолью, IУ стадия /T_4/.

Жив 2 года 4 месяца без рецидива /контрольная цистоскопия I6/Ш-1964 г./.

На основании изучения рентгенограмм нисходящей цистографии у наших больных /I9 человек/ можно отметить, что нисходящая цистография, особенно в сочетании с пневмоцистографией, позволяет не только обнаружить наличие, величину и локализацию опухоли в мочевом пузыре, но и помогает выявить патологические изменения нижних отделов мочеточников и анатомическое состояние мочевого пузыря. Кроме того,

дополняя нисходящую цистографию пневмоцистографией, на фоне введенного в мочевой пузырь газа можно более отчетливо выявить очертания контуров стенки пузыря и опухоли, независимо от локализации ее. Недостатком этого метода является то обстоятельство, что он не позволяет выявить степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря.

I6 больным мы произвели осадочную пневмоцистографию по методике Бергмана. Эта методика применяется как вспомогательный способ для диагностики рака мочевого пузыря. Применяемый I5% раствор сернокислого бария обтекает вокруг опухоли, частички бария, смешанные с яичным белком, оседают на ворсинках опухоли и выявляют контуры новообразования. Это позволяет судить о локализации и размерах опухоли, а также определить степень внутристеночной инфильтрации.

Наблюдение 9. Больная Т., 38 лет /история болезни № I093/ поступила в клинику II/X-I960 г. с диагнозом: "опухоль мочевого пузыря".

Болеет 3 года. Боли внизу живота, периодическая гематурия. Лечилась у гинеколога по месту жительства, гематурия не прекращалась.

Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологии нет. Анализ крови и остаточный азот в норме. Моча без особенностей. Гинекологически здорова.

При цистоскопии опухоль грубоструктурная в виде узла на широком основании размерами 3,5 х 2 см, располагается в зоне устья левого мочеточника.

На осадочной пневмоцистограмме в прямой проекции на нижнелевой стенке выявляется опухоль в виде узла на широком основании размерами 5 х 2 см. Стенка

пузыря над опухолью утолщена до 0,6 см, неровная. Противоположная верхнеправая стенка пузыря ровная /рис.80/.



Рис.80. Осадочная пневмоцистограмма. На фоне введенного в мочевой пузырь газа на нижнелевой стенке видна плотной контрастности тень опухоли /→ Т /.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. II стадия.

20/X-1960 г. операция - гемирезекция мочевого пузыря с уретероцистонеостомией под эфирно-кислородным наркозом.

Гладкое послеоперационное течение.

Гистологическое строение опухоли - плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией опухоле-

вых клеток в подслизистый слой. Эндокарциноз лимфатических сосудов подслизистого и мышечного слоев /Ш стадия, T_3/.

Через 2 года 9 месяцев наступил рецидив опухоли на рубце передней стенки пузыря. Опухоль уничтожена эндоэлектрокоагуляцией. При контрольной цистоскопии 26/Ш-1964 года рецидива опухоли нет.

Наблюдение 10. Больной М.,50 лет /история болезни № 6981/, поступил в клинику 21/XI-1960 г. с диагнозом "гематурия".

Первая гематурия наступила внезапно 15/У-1960 г. и продолжалась 2 недели. К врачу не обращался. 13/X-1960 г. гематурия возобновилась, затем присоединились дизурические явления, которые продолжались 2 недели. Направлен в клинику на обследование.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. При бимануальном исследовании инфильтратов в тазу не определяется. Анализ крови: остаточный азот и белок в крови без патологии. Билирубин, сахарная кривая, антитоксическая функция печени в норме. Анализ мочи: хлориды в моче, удельный вес при пробе Зимницкого в норме.

При цистоскопии на левой заднебоковой стенке пузыря обнаружена грубоструктурная опухоль на широком основании, размерами 4 х 3 см.

Осадочная пневмоцистография. На рентгенограмме в прямой проекции в нижнелевом углу пузыря определяется опухоль на широком основании размерами 3 х 4 см. В области основания опухоли контуры стенки пузыря на всем протяжении ровные /рис.81/.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная, морфологических изменений в их полостной системе нет.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак. П стадия.



Рис.81. Осадочная пневмоцистограмма. На фоне газа на нижнелевой стенке мочевого пузыря видна тень от опухоли /→ /.

9/XII-1960 г. операция - клиновидная резекция левой заднебоковой стенки мочевого пузыря под эфирно-кислородным наркозом.

Гладкое послеоперационное течение.

Гистологическое строение опухоли - переходноклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией опухолевых элементов в подслизистый слой. II стадия /T_2/.

Контрольная цистоскопия 25/IV-1963 г., 5/III-1964 г. Рецидива опухоли в мочевом пузыре нет. Клинически здоров, работает по специальности.

Наблюдение II. Больной К., 59 лет /история болезни № 7687/, поступил в клинику 22/XII-1960 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Первая макрогематурия, продолжавшаяся сутки, наблюдалась в апреле 1959 г. В октябре она возобно-

вилась и повторялась потом неоднократно. Лечился в хирургическом отделении по месту жительства, но без улучшения. Последние месяцы гематурия не прекращалась.

Клинически: со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Рентгенологически: эмфизема легких, туберкулезный очаг на верхушке правого легкого, склероз сердца и крупных сосудов.

Анализ крови: эр.3920000, Нв 72%, л.3900, э.I, п.2, с.79, лимф.I5, м.4, РОЭ II мм в час. Остаточный азот в крови 43 мг%.

Анализ мочи: кровянистая, реакция кислая, удельный вес I0I9, белок 3,3%; лейкоциты и свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

Предстательная железа увеличена, уплотнена в области верхнего полюса, болезненная.

Осадочная пневмоцистограмма. На рентгенограмме в прямой проекции в просвете мочевого пузыря видна больших размеров тень опухоли, связанная со стенкой нижнелевого угла мочевого пузыря. В области верхушки и в нижнелевом сегменте пузыря стенка его утолщена до I2 мм, неровная /рис.82/.

На экскреторной урограмме: резкое снижение функции левой почки.

При цистоскопии /после прекращения гематурии и стихания воспалительного процесса в пузыре/ обнаружена опухоль узловатой формы на широком основании, занимающая левую половину мочевого пузыря с переходом на шейку его. Опухоль находится в состоянии распада.

Клинический диагноз: обширный инфильтрирующий рак с прорастанием в клетчатку таза. IУ стадия.

Больной признан иноперабильным.

Умер в ноябре 1961 г. вне больницы от рака мочевого пузыря и раковой кахексии /анкетные данные/.



Рис.82. Осадочная пневмоцистограмма. На фоне газа в просвете мочевого пузыря видна неопределенной формы тень опухоли /←— /. В проекции опухоли стенка пузыря утолщена до 12 мм /←—/.

Наблюдение 12. Больной В., 40 лет /история болезни № 292/, поступил в клинику 13/I-1961 г. на обследование.

Заболел в сентябре 1960 г. внезапно, когда наступила макрогематурия, продолжавшаяся 4 суток. К врачу не обращался. 25/XII-1960 г. гематурия повторилась,

присоединились дизурические явления и боли внизу живота.

Высокого роста, удовлетворительного питания, активен. Со стороны внутренних органов уклонений от нормы нет. Рентгенологически- метастазов в легких не обнаружено. Верхний полюс предстательной железы плотный, стенка прямой кишки над этим участком не сдвигается. Мочеиспускание до I4 раз в сутки, позывы болезненные, моча с примесью крови.

Анализ крови: эр.4500000, Нв 82%, л.6900, э.I, п.6, сегм.80, лимф.I0, м.3. Анизопойкилоцитоз выраженный. РОЭ I2 мм в час. Остаточный азот крови 36 мг%.

Белок плазмы крови 8,I7%, хлориды плазмы крови 360мг%.

Анализ мочи: кровянистая, реакция щелочная, удельный вес I0I8, белок 3,3%. В микроосадке - лейкоциты и свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

На экскреторной урограмме через 30 минут определяется расширение лоханки и мочеточника правой почки; микроцистис, дефект заполнения в пузыре справа.

Осадочная пневмоцистография: на рентгенограмме в прямой проекции на правой заднебоковой стенке и в шейке пузыря выявляются тени опухолей на широком основании, одна размерами 6 х 5 см, вторая - 2 х I см. В области основания большой опухоли стенка пузыря утолщена до 0,6 см, контуры ее относительно ровные /рис.83/.

После лечения цистита при цистоскопическом исследовании подтверждено рентгенологическое заключение - опухоль грубоструктурная, почти плоская, на широком основании с переходом на шейку пузыря, поражает правую половину органа; многие участки опухоли находятся в состоянии распада.



Рис.83. Осадочная пневмоцистограмма. На фоне введенного в мочевой пузырь газа видны тени опухолей, расположенных на правой стенке /←/ и в шейке мочевого пузыря /←/.

Клинический диагноз: обширный инфильтрирующий рак мочевого пузыря, подозрение на прорастание опухоли в околопузырную клетчатку, IУ стадия.

Больному предложена радикальная операция – цистэктомия с пересадкой мочеточников в прямую кишку одномоментно.

На операции /24/I-6I г./ оказалось, что мочевой пузырь поражен опухолью почти на всем протяжении с инфильтрацией в околопузырную клетчатку. Опухолевый инфильтрат толщиной с два пальца распространяется вдоль правого мочеточника до места пересечения его с общей подвздошной артерией. Для биопсии взят кусок околопузырной клетчатки и лимфоузел из области развилки общей подвздошной артерии справа. При срочном гистологическом исследовании обнаружен плоскоклеточ-

ный неороговевающий рак с метастазами в лимфоузел. Операция закончилась только ревизией. Рана зашита. Больной выписан из клиники I5/Ш-I96I г. Умер в августе I96I г. от раковой интоксикации.

Наблюдение № I3. Больной С., 55 лет /история болезни № 6299/, поступил в клинику II/XI-I96I г. с диагнозом "тумор мочевого пузыря".

В декабре I959 г. /2 года тому назад/ первая гематурия продолжалась 3 дня. В мае I960 г. гематурия повторилась и продолжалась неделю. За медицинской помощью не обращался. В феврале кровотечение наступило в третий раз и приняло массовый характер, отходили сгустки крови, причинявшие больному боли при мочеиспускании. На этот раз лечился в хирургическом отделении Кировградской городской больницы. Принимал хлористый кальций, антибиотики и диету. Кровотечение прекратилось. За последние 7 месяцев гематурия повторялась неоднократно.

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, активен, хорошего питания. Органы грудной клетки и брюшной полости без патологических изменений. Предстательная железа в норме.

Анализ крови без патологии, но РОЭ 24 мм в час. Остаточный азот крови 35 мг%.

Анализ мочи: бурого цвета, мутная, удельный вес I0I7, белок I6,5%о. В микроосадке много свежих эритроцитов и лейкоцитов. Проба по Зимницкому в норме.

Произведена осадочная пневмоцистограмма. На рентгенограмме в прямой проекции на верхнеправой стенке выявлена узловатой формы опухоль на широком основании размерами 4,5 х 6 см. В области основания опухоли стенка пузыря утолщена до 0,8 – I см, в здоровой части она не превышает 0,3 см. /рис.84/.

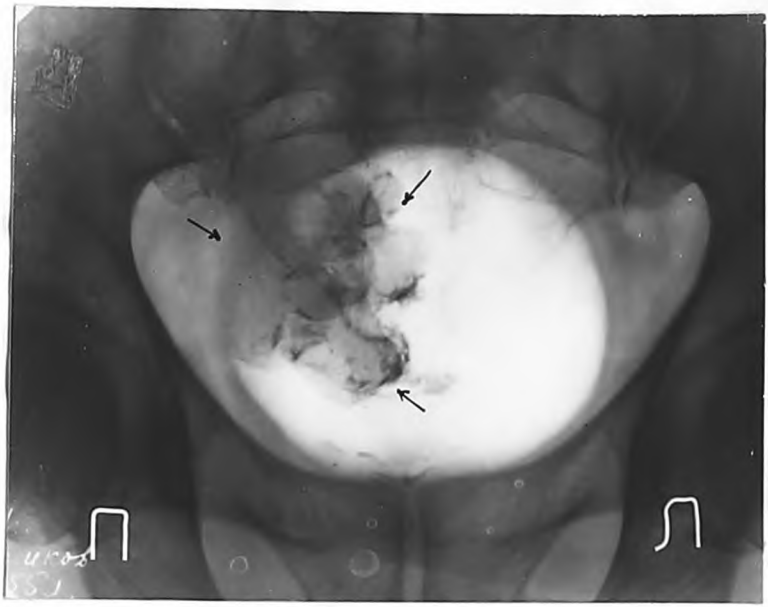


Рис.84. Осадочная пневмоцистограмма. На фоне газа в верхнеправом отделе пузыря видна узловатой формы тень опухоли на широком основании /← /. В районе основания опухоли стенка пузыря утолщена до 0,8 – I см. /←—/.

При цистоскопии: опухоль в виде узла на широком основании, местами с распадом, размерами 5 х 4 см; опухоль располагается на правой заднебоковой стенке тела и верхушки мочевого пузыря.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря, инфильтрирующая форма. Ш стадия.

23/XI-I96I г. операция – гемирезекция мочевого пузыря под эфирно-кислородным наркозом.

Послеоперационное течение без осложнений.

Гистологическое строение опухоли /препарат № 32724/ – картина солидного рака. Опухолевые элементы в виде раковых гнезд и тяжей внедряются в мышечный слой с прорастанием раковых клеток в лимфатиче-

ские капилляры. Распространение опухоли по плоскости стенки пузыря 6-12 мм. III стадия /T_3/.

Отдаленный период. Свободен от рецидива 2,5 года.

Из приведенных примеров видно, что на пневмоцистограммах с раствором бария обнаруживались опухоли размерами больше 2 см. Контуры, величина, размеры и форма их на фоне введенного в пузырь воздуха имели четкие границы. Локализация опухолей всегда соответствовала данным цистоскопического исследования. На осадочных пневмоцистограммах лишь в некоторых случаях удавалось определить толщину стенки мочевого пузыря в области основания опухоли, а также неровности ее контуров или бархатистый вид. Эти признаки говорят об инфильтрации стенки пузыря опухолью. Однако в большинстве случаев осадочная пневмоцистография не дает возможности определить степень и границы внутристеночной инфильтрации опухолью, а наружные контуры стенки мочевого пузыря не видны, поэтому приходится прибегать к дополнительному введению газа вокруг мочевого пузыря /перицистография/, в особенности, когда опухоль локализуется в нижнем сегменте, или введению в брюшную полость /пневмоперитонеум/ при опухолях верхушки мочевого пузыря.

Осадочная пневмоцистография в сочетании с оксигеноперицистографией нами произведена лишь у 14 больных, у которых опухоли располагались преимущественно в нижнем сегменте мочевого пузыря, когда необходимо было выявить степень внутристеночного прорастания опухоли.

Примером ценности осадочной пневмоцистографии в сочетании с оксигеноперицистографией могут служить некоторые наши наблюдения.

Наблюдение I4. Больной С., 56 лет /история болезни № 7590/, поступил в клинику 7/XII-1962 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Два месяца тому назад появились дизурические явления. Три недели назад - гематурия. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Простата в норме. Инфильтратов в тазу не определяется.

Анализ крови: остаточный азот, белок и его фракции, хлориды плазмы крови и анализ мочи без отклонений от нормы.

При цистоскопии выявлена опухоль грубоструктурного вида на широком основании, размерами 4 х 4 см, выше устья правого мочеточника.

Осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией. В прямой и косых проекциях на нижнеправой стенке мочевого пузыря видна тень опухоли на широком основании размерами 5 х 4 см /рис.85/.

В области основания опухоли на рентгенограмме в косой проекции стенка мочевого пузыря утолщена до I - I,2 см, в то время как непораженная опухолью стенка имеет толщину от 0,4 до 0,6 см /рис.86/.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стадия.

25/XII-1962 г. больному произведена операция -клиновидная резекция мочевого пузыря вместе с устьем правого мочеточника. Лимфадэктомия. Уретероцистонеостомия. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз.



Рис.85. Осадочная пневмоцистограмма с перицистографией.
В прямой проекции на нижнеправой стенке мочевого пузыря видна опухоль на широком основании /←/, стенка пузыря имеет форму круга с ровными контурами /←/.



Рис.86. Цистограмма в косой проекции. Опухоль располагается в нижнеправом углу пузыря; в районе основания опухоли толщина стенки /→/ достигает I-I,2 см /←/, вдали от опухоли толщина ее не больше 0,6 см /←/.

В послеоперационном периоде – правосторонний пиэлит. На 36 день /3I/I-I963 г./ надлобковый свищ закрылся самостоятельно, мочеиспускание восстановилось.

Гистологическая структура опухоли /препарат № 35694/ – переходноклеточный рак. Опухолевые клетки погружаются в подслизистый слой. В лимфоузлах – склероз и гиперплазия лимфоидной ткани. П стадия /T_2 N- /.

Отдаленные результаты. Свободен от рецидива I год 3 месяца.

Наблюдение I5. Больной С.,70 лет /история болезни № 7687/, поступил в клинику 7/ХП-I962 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Первая однократная гематурия наблюдалась в ноябре I96I г., о которой больной забыл. I/XI-I962 г. появились дизурия, затем гематурия и боли в пояснице. При цистоскопии в г.Полевском была обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Правильного телосложения, удовлетворительного питания, активен, сознание ясное. Имеется лапаротомный рубец по средней линии живота. Паховые лимфоузлы увеличены. Клинически со стороны органов грудной полости патологии нет. Пульс 58 ударов в минуту. Артериальное давление I55/80. Живот мягкий, безболезненный. Почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный. Простата умеренно увеличена, левая доля больше правой, слизистая прямой кишки над железой сдвигается.

Анализ крови: эр.4630000, Нв 80%, л.5200, э.3, п.2, с.78, лимф.I5, м.2, РОЭ I9 мм в час. Остаточный азот крови 35 мг%. Белок крови 7,47%, альбумины 4,68%, глобулины 2,78%. Индекс I,6. Хлориды крови 503 мг%.

Анализ мочи: соломенно-желтая, реакция кислая, удельный вес 1007, белок 0,033‰. В осадке много лейкоцитов, эритроцитов свежих 20-30 в поле зрения; оксалаты. Проба Зимницкого - удельный вес 1005-1007-1009-1010.

Рентгеноскопия грудной клетки: эмфизема легких, аортокардиосклероз.

При цистоскопии - опухоль грубоструктурного вида на широком основании располагается в зоне устья левого мочеточника и распространяется на шейку пузыря.

Осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией. На рентгенограмме в переднезадней проекции на нижнелевой стенке пузыря определяется тень опухоли на широком основании размерами 5,5 х 5 см, основание ее 4 см. В проекции основания опухоли стенка пузыря достигает толщины 1,6 см, на противоположной стороне пузыря она не превышает 0,4 см /рис.87/.



Рис.87. Осадочная пневмоцистограмма с перицистографией.
Прорастание околопузырной клетчатки опухолью /←/. Контур наружной стенки пузыря в районе основания опухоли не определяется /←/.

На экскреторной урограмме левая почка блокирована /через 7 и I5 минут контраста в лоханке нет/. Лоханка правой почки выполнена контрастом на 7 минуте отчетливо.

Обзорная рентгенограмма таза: в подвздошной и латеральной массе крестца справа имеются патологические изменения - участки склероза перемежаются с участками деструкции. Сакральное сочленение не дифференцируется.

Заключение рентгенолога: метастазы или прорастание опухоли мочевого пузыря в кости таза.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря с прорастанием в околопузырную клетчатку, метастазы рака в кости таза. IУ стадия.

Больной иноперабильный. Выписан из клиники в районную больницу на симптоматическое лечение. Умер через 3 месяца от рака мочевого пузыря /анкетные данные/.

Наблюдение I6. Больной Г., 57 лет /история болезни № I675/, поступил в клинику 2I/Ш-I959 г. с диагнозом "нефрит".

Первая гематурия была в июле I958 г. Через 2 месяца она повторилась. К врачу не обращался. В последующие 8 месяцев гематурия повторялась ежемесячно. По месту жительства в стационаре лечился по поводу нефрита.

Клинически со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Рентгенологически - пневмосклероз, склероз сердца и аорты. У верхнего полюса предстательной железы справа определяется инфильтрация клетчатки.

Анализы крови, остаточный азот, белок и его фракции, хлориды, анализ мочи и проба Зимницкого без отклонения от нормы.

При цистоскопии: опухоль бугристая в виде узлов на широком основании, размерами приблизительно 6 х 4 см,

расположена на правой заднебоковой стенке мочевого пузыря с переходом на устье правого мочеточника, на треугольник и шейку пузыря; некоторые участки опухоли – в состоянии распада, местами опухоль покрыта фибрином.

На осадочной пневмоцистограмме с оксигеноперицистографией в прямой проекции на правой стенке пузыря видна тень опухоли, отложение бария на ворсинах опухоли выявляется неотчетливо, однако в области основания ее на протяжении 5,2 см стенка правой половины пузыря неравномерно утолщена /от I до I,2 см/, контур наружной стенки здесь не определяется. Нормальная стенка имеет толщину от 0,3 до 0,4 см /рис.88/.



Рис.88. Осадочная пневмоцистограмма с перицистографией. Стенка пузыря в районе основания опухоли неравномерно утолщена /← /. Инфильтрация стенки пузыря опухолью.

На экскреторной урограмме правая почка блокирована.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря с инфильтрацией опухоли в мышечный слой, в околопузырную клетчатку и в предстательную железу. IУ стадия.

Больной иноперабильный. Умер 26/XI-1959 г. дома /через 8 месяцев после выписки из клиники/.

Наблюдение I7. Больной Н., 54 лет /история болезни № I202/, поступил в клинику I9/II-I963 г. с диагнозом "хронический цистит".

В августе I962 г. появились дизурические явления, а в сентябре - двухкратная гематурия. Лечился по поводу цистита. I5/I-I963 г. снова возникла гематурия и продолжалась больше месяца.

Внутренние органы без патологических изменений. Простата при пальпации умеренно болезненная; инфильтратов в тазу не определяется.

Анализ крови: эр.3700000, Нв 66%, л.5000, гемограмма не изменена. РОЭ 44 мм в час. Остаточный азот крови 35 мг%. Белок и его фракции в норме. Хлориды плазмы крови 497 мг%.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, удельный вес I0I6, белок 6,6%о; в микроосадке много свежих эритроцитов. Проба Зимницкого в норме.

При цистоскопии обнаружена опухоль в виде плотного узла с относительно гладкой поверхностью на широком основании, размерами 3 х 4 см, располагается она на правой нижнебоковой стенке мочевого пузыря.

Осадочная пневмоцистография в сочетании с окситеноперицистографией. На рентгенограмме в прямой проекции на нижнелевой стенке на фоне газа видна тень опухоли плотной контрастности на широком осно-

вании размерами 5,5 х 2,2 см. В области основания опухоли стенка мочевого пузыря утолщена до 0,6 - 0,8 см /рис.89/.



Рис.89. Осадочная пневмоцистограмма с перицистографией.
В нижнеправом углу пузыря видна тень опухоли. Стенка в зоне основания опухоли неравномерно утолщена / ← /.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная, полостная система их не изменена.

Клинический диагноз: солидный рак, экзофитно-инфильтрирующая форма. Ш стадия.

I2/Ш-I963 г. произведена операция - правосторонняя гемирезекция с уретероцистонеостомией и лимфаденэктомией.

В послеоперационном периоде - пневмония, которая была быстро ликвидирована. Больной выписан с восстановленным мочеиспусканием.

Операционный препарат: правая половина мочевого пузыря с устьем мочеточника размерами 6 х 8 см

/после сокращения/. В центре препарата плотной консистенции опухоль в виде узла, неподвижная, на широком основании, размерами 5 х 3 см.

Гистологическое исследование /препарат № 36283/: переходноклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией опухолевых элементов в мышечный слой; эндокарциноз лимфатических капилляров и вен. В лимфатических узлах таза метастазов рака не обнаружено. III стадия /$T_3 N-$ /.

Из приведенных наблюдений видно, что при помощи осадочной пневмоцистографии в сочетании с оксигеноперицистографией /париетография/ удалось выявить инфильтрацию и прорастание опухолью стенки мочевого пузыря; последующее оперативное вмешательство и патогистологическое исследование полностью подтвердило рентгенологическое заключение.

Поскольку в 60–72% случаев /согласно литературным данным/ опухоли располагаются в области дна мочевого пузыря /нижний отдел его/, для выявления степени внутристеночного прорастания опухоли и ее распространенности следует производить перицистографию, которая должна входить в комплекс урологического обследования больного. Этот метод позволяет уточнить характер, степень прорастания опухолью стенки пузыря, а также помогает правильно оценить стадию раковой болезни и избрать рациональный метод лечения.

Двум больным мы применили цистографию с двойным раздельным контрастным веществом в том варианте, который рекомендован Г.И.Эрямкиным. Однако мы не видим его преимуществ перед осадочной пневмоцистографией с перицистографией.

Двум больным мы применили тазовую флебографию с компрессионной воздушной подушкой, которую накладывали на область пупка, чтобы вызвать искусственный стаз крови в нижней полой вене.

Контрастное вещество /70% диодон/ вводили в глубокую тыльную вену полового члена и на высоте введения препарата делали рентгенограммы. Этот метод заслуживает внимания и более широкого применения в урологической практике. По мнению Г.М.Мгалоблишвили /клиника А.Я.Пытеля/, Земана и др., тазовая флебография обязательна при раке мочевого пузыря, когда решается вопрос о возможности выполнения цистэктомии или субтотальной резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией.

Однако необходимо учитывать то обстоятельство, что тазовая флебография может быть выполнена лишь при условии специально подготовленного персонала, при наличии специальной приставки к рентгенаппарату для производства серии рентгенограмм через каждые 1-3-5 секунд. Такая возможность не везде есть, особенно в урологических стационарах периферии.

С помощью тазовой флебографии в сочетании с простой цистографией у одного из наших больных /больной М.,45 лет, история болезни № 957/ мы выявили больших размеров опухоль мочевого пузыря /Т/, занимающую левую половину, дно и шейку пузыря, и отсутствие вен санториневого сплетения слева. Справа санториневое сплетение сохраняло свое обычное строе-

ние /рис.90/.



Рис.90. Тазовая флебограмма с простой цистографией.
На нижнелевой стенке в виде пятен видны опухолевые массы / т /. Слева от пузыря в малом тазу отсутствуют вены санториневого сплетения /← /, что говорит о прорастании опухолью околопузырной клетчатки и вен пузырного сплетения.

Тазовая флебограмма помогла нам решить вопрос о неоперабильности больного, что было подтверждено дальнейшим наблюдением за больным – он умер через 5 месяцев от раковой интоксикации.

б/ Экскреторная урография

Экскреторная урография в диагностике опухолей мочевого пузыря и выявлении функционального состояния почек является ценным вспомогательным приемом. Она дает возможность

получить представление об анатомических изменениях полостной системы почек и мочеточников /дилятация, перегибы и др./.

Д.Д.Мурванидзе /1958/ рекомендует делать, кроме обычных для экскреторной урографии снимков, еще один снимок в момент, когда у больного появится позыв на мочеиспускание. При этом, кроме урограммы получают и цистограмму /нисходящую/без вторжения в мочевой пузырь катетером /об этом мы уже говорили выше/. Эта методика выручает в случае стриктуры уретры, при уретрите, упорном цистите и нежелании больного подвергаться инструментальному исследованию.

Таким образом, экскреторная урография позволяет судить не только о функциональном состоянии почек, она помогает решить вопросы тактики и методики лечения и правильно определить прогноз.

Это особенно важно тогда, когда ставится вопрос о необходимости расширенного оперативного вмешательства - субтотальной резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией, цистэктомии с пересадкой мочеточников в кишечник и операции по методу кубинских врачей.

Экскреторную урографию мы применили у 156 больных из 384. У 83 больных из 156 мы диагносцировали различной степени патологию почек. У 37 больных нарушение /снижение/ функции почек, у 11 - блокаду правой почки, у 14 - левой почки, у 2 - блокаду обеих почек, у 2 больных обнаружен правосторонний гидронефроз, у 4 - левосторонний, у 1 боль-

ного двухсторонний гидропионефроз и у I2 человек обнаружили каликспиэлоэктазию и уретероэктазию.

Морин и Хеммингер при экскреторной урографии у 25% больных обнаружили закупорку устья мочеточника опухолью с выключением почки /блокада/; у 63% наблюдался дефект заполнения в мочевом пузыре.

Лучшим доказательством ценности экскреторной урографии могут служить некоторые наши наблюдения.

Наблюдение I8. Больной Х.,39 лет /история болезни № 5038/, поступил в клинику З/ХП-I958 г. с диагнозом "туберкулез почек".

В январе I958 г. появились боли в пояснице, в мае - дизурические расстройства, в августе - макроскопическая гематурия. Лечился по месту жительства по поводу туберкулеза мочевой системы, но без заметного эффекта.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Почки не пальпируются, области их свободные, симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа эластической консистенции, резко болезненная. Мочеиспускание до I6 раз в сутки с болями.

Анализы крови /трехкратно/ без патологии. Остаточный азот крови 40 мг%. Хлориды в крови 426 мг%.

Анализ мочи: прозрачного цвета, щелочной реакции, удельный вес I02I, белок 0,33%. Лейкоцитов до I5 в поле зрения, эритроцитов свежих много в поле зрения. Проба Зимницкого: диурез общий I575, удельный вес I0I2-I020-I024. БК в моче /трехкратно/ не обнаружено. Хлориды мочи 6,2I гр.

Хромоцистоскопия: моча мутная, емкость 200 мм. На задней стенке от межмочеточникового валика до верхушки пузыря определяются три выступающие над слизистой оболочкой образования, вокруг которых слизистая оболочка

гипертрофирована, местами похожа на буллезный отек с участками распада и отложением фибрина.

Краска выделилась из правого устья через 5 минут, из левого – 7 минут вялой струей, слабой окраски.

При биопсии обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак /зав.пат.анат.отд.асс. Е.В.Горбунова/.

Экскреторная урография: на рентгенограммах через 7 и I5 минут контраст выполняет обе почечные лоханки. Левая лоханка и мочеточник умеренно расширены. Лоханка правой почки и мочеточник выполнены контрастом до пузыря, морфологических изменений не отмечается. Через I5 минут в мочевом пузыре – следы контраста /рис.9I/.

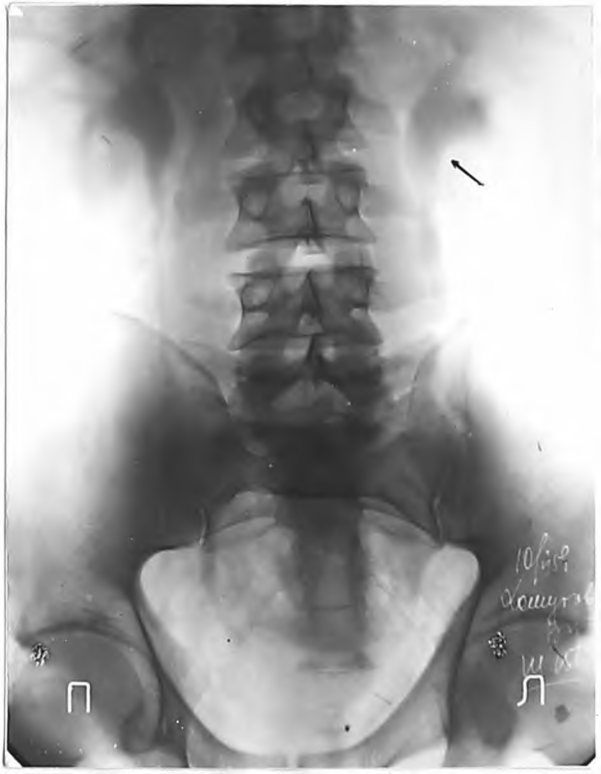


Рис.9I. Экскреторная урограмма. Уретеропиэлоэктазия левой почки. /← /.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря. Ш стадия. Уретеропиэлоэктазия слева.

Операция - двухмоментная цистэктомия: 20/XП-1958 г. произведена пересадка левого мочеточника в сигму внебрюшинно, а I0/П-1959 г. - цистэктомия с простатэктомией и пересадка правого мочеточника в прямую кишку.

Гладкое послеоперационное течение после первого и второго этапов операции. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии 2I/Ш-1959 г.

Гистологическое исследование препарата № 2I926 /окраска гематоксилин-эозином/: плоскоклеточный неороговевающий рак мочевого пузыря. Инфильтрация раковых клеток в подслизистый и местами в мышечный слои. Эндокарциноз лимфатических и кровеносных сосудов. Ш стадия /T_3/.

Отдаленные результаты. Умер через I0 месяцев в клинике /27/XI-1959 г./. Данные аутопсии и гистологического исследования: двухсторонний гидропионефроз, пиэлонефрит, метастазы рака в клетчатку таза и паховые лимфатические узлы; гистологическая структура - плоскоклеточный неороговевающий рак.

Наблюдение I9. Больной Р., 60 лет /история болезни № I063/, поступил в клинику I6/П-I96I г. с диагнозом "тумор мочевого пузыря".

Заболел в августе I960 г.: появились дизурические явления, месяц тому назад наступила макроскопическая гематурия, которая повторялась через каждые 5-6 дней.

Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Почки не прощупываются, области их свободные. Предстательная железа увеличена, гладкая, слегка болезненная. Инфильтрации клетчатки таза не обнаружено.

Анализ крови: эр.3370000, Нв 78%, л.5200, гемограмма в норме. РОЭ 18 мм в час. Остаточный азот крови 27 мг%. Хлориды в крови 527 мг%. Белок крови 8,69%.

Анализ мочи: желтого цвета, мутная, кислой реакции, удельный вес 1013, белок 1,65%о; в осадке лейкоцитов много, эритроцитов свежих до 40 в поле зрения, много бактерий.

Цистоскопия: емкость 150 мл. Среди складок слизистой оболочки во всех отделах пузыря располагается много узлов величиной с боб, количество которых сосчитать не удается.

На пневмоцистограмме мочевой пузырь деформирован, контуры стенок неровные.

Экскреторная урография: на рентгенограмме через 7 минут контрастное вещество содержится в лоханках обеих почек и в мочеточниках. Лоханка правой почки и мочеточник расширены, в дистальном отрезке мочеточника виден контраст, который заканчивается как бы слепым мешком недалеко от мочевого пузыря. В мочевом пузыре содержится контрастное вещество, выделившееся почками, стенки пузыря неровные /рис.92/.

Второй снимок сделан через 15 минут. На рентгенограмме отмечается максимальное скопление контраста в нижних отрезках мочеточников; недалеко от пузыря контраст обрывается. Правый мочеточник значительно расширен. В пузыре содержится контраст, стенки его неровные, изъеденные, в области шейки виден дефект заполнения /рис.93/.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря инфильтрирующая форма. Ш стадия.

21/Ш-1961 г. операция - цистэктомия с пересадкой мочеточников в прямую кишку одномоментно по методу А.П.Цулукидзе.



Рис.92. Экскреторная урограмма. Уретеропиэлоэктазия справа умеренно выражена /←—/.



Рис.93. Экскреторная урограмма через 15 минут. В нижних отделах мочеточников содержится контраст. Последний обрывается недалеко от пузыря /←→/; уретероэктазия справа. Дефект заполнения в дне пузыря, контур стенки неровный / /.

Имплантированные в кишку мочеточники дренированы хлорвиниловыми трубками, концы которых выведены через анальное отверстие наружу.

Гладкое послеоперационное течение.

При патогистологическом исследовании /препарат № 30499/ обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией опухолевых клеток в мышечный слой. III стадия /T_3/.

Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии 15/У-1961 г. Контрольное обследование 18/IУ-1963 г. Жалоб не предъявляет. Мочится через прямую кишку до 6 раз в сутки без болей. 28/П-1964 г. на нашу анкету больной ответил, что чувствует себя удовлетворительно, но ощущает сухость во рту и жажду.

Наблюдение 20. Больной П., 60 лет /история болезни № 836/, поступил в клинику 9/П-1960 г. с диагнозом "аденома простаты".

2,5 месяца тому назад появились дизурические расстройства, а 11 дней назад наступила макроскопическая гематурия, отхождение с мочей сгустков крови. Лечился лекарствами по поводу аденомы предстательной железы.

Со стороны органов грудной клетки рентгенологически: эмфизема и очаговый туберкулез легких, склероз сердца и сосудов. Почки не прощупываются, области их свободные, симптом Пастернацкого отрицательный. При ректально-пальцевом исследовании предстательная железа увеличена, мягкая, район правого семенного пузырька уплотнен. В клетчатке таза инфильтратов не определяется.

Анализ крови без патологических изменений. РОЭ 28 мм в час. Остаточный азот крови 42 мг%.

Анализ мочи: кровянистая, щелочной реакции, удельный вес 1005, белок 0,66% . В микроосадке

много лейкоцитов и свежих эритроцитов. Удельный вес при пробе Зимницкого 1014-1017-1020.

Экскреторная урография. На рентгенограмме через 15 минут контраст содержится в лоханке и на всем протяжении правого мочеточника, последний резко расширен. В левом мочеточнике - следы контраста. Неравномерное заполнение пузыря контрастом - справа виден дефект заполнения, занимающий почти 2/3 полости мочевого пузыря /рис.94/.



Рис.94. Экскреторная урография. Расширенный правый мочеточник /←/. Дефект заполнения в мочевом пузыре справа /⅔ /. Контур наружной стенки правой половины пузыря не выражен /←/.

При тазовой флебографии в венах санториневого сплетения справа контраста не содержится, что свидетельствует о прорастании опухолью тазовой клетчатки и вен пузырного сплетения справа.

При биопсии обнаружен эпидермоидный рак с ороговением.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря с прорастанием в клетчатку таза. IУ стадия.

Больной признан иноперабильным.

Умер через 5 месяцев вне больницы от ракового истощения.

Существенное значение в функциональной диагностике почек при опухолях мочевого пузыря имеет хромоцистоскопия, при помощи которой удается судить о выделительной способности почек.

Хромоцистоскопия выполнена нами у I69 больных. У I5 человек выявлено нарушение выделительной способности почек, у 4 – имела место блокада левой почки и у I – правой почки. У 6 больных было снижение функции обеих почек, у I – правой и у 3 человек – левой почки.

Следует отметить, что современная клиника обладает богатым и разнообразным арсеналом клинических средств исследования. Однако мы считаем, что нет необходимости в каждом случае, в частности при так называемой папилломе /I стадия/, прибегать к сложным рентгенологическим методам /тазовая флебография, цистография с двойным раздельным контрастом, рентгенолимфография/, которые отражаются на состоянии больного. Вместе с тем теряется много времени на обследование, тогда как болезнь может быть распознана с помощью относительно несложного цистоскопического мето-

да исследования.

В общий комплекс обследования должно входить бимануальное исследование: у мужчин через прямую кишку и брюшную стенку, у женщин – через влагалище, прямую кишку и брюшную стенку. Этим приемом выясняется состояние предстательной железы у мужчин, а у женщин – состояние сводов влагалища, что позволяет определить наличие инфильтратов в клетчатке таза, свидетельствующих о распространении опухоли за пределы мочевого пузыря.

Этому методу придают большое значение Б.Л.Полонский, Маршалл, Витмор, Магри и др. Авторы указывают, что инфильтрация клетчатки таза свидетельствует о прорастании в нее опухоли со стороны мочевого пузыря. Наличие очагов раковой инфильтрации в тазу свидетельствует о запущенной форме раковой болезни, в этих случаях показания к хирургическому лечению резко ограничиваются, хотя некоторые зарубежные урологи-хирурги /Маршалл, Витмор и др./,не взирая на это, оперируют подобных больных – применяют расширенные операции: удаляют пузырь, матку, прямую кишку, клетчатку таза и т.д. /эвистерация таза/. Однако такая операция таит в себе огромный риск для больного и не оправдывает надежды хирурга.

В комплекс исследования должно входить рентгенологическое обследование грудной клетки, а в некоторых случаях следует произвошить электрокардиограмму. При указанных методах выявляются патологические изменения сердца, крупных

сосудов и легких. Мы, как правило, рентгенологическому методу исследования подвергали всех больных и всякий раз находили у них в той или иной степени возрастные изменения. Эмфизема легких обнаружена у 69 больных, пневмосклероз – у 47, адгезинный плеврит– у 3, фиброкавернозный туберкулез легких – у 5 и петрификаты – у 6 больных. Аортокардиосклероз обнаружен у 94 больных, склероз сердца– у I6, миокардиодистрофия – у 8 больных.

Важное значение для лечения и прогноза имеет исследование функциональной способности почек. Это особенно важно в случаях, когда ставится вопрос о необходимости расширенного оперативного вмешательства – резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией, цистэктомии с пересадкой мочеточников в кишечник или при операции с образованием "пузыря" на эндопротезе. При таких операциях почкам предъявляются повышенные требования, поэтому необходимо провести тщательную функциональную диагностику их.

5. Лабораторные данные

I. Анализ мочи

а/ Характер мочи. Данные лабораторного исследования мочи являются вспомогательными, но имеют важное значение для решения вопроса о времени и выборе метода хирургического вмешательства.

Цвет и реакция мочи колеблются в широких пределах. При опухолях мочевого пузыря цвет мочи преимущественно бывает мутный, что связано с присутствием в ней свежих

эритроцитов и лейкоцитов. Это является выражением микрогематурии и пиурии /цистит/, сопутствующих опухоли мочевого пузыря.

Цвет и реакция мочи в клинике опухолей мочевого пузыря особой диагностической роли не играет. Они зависят от ряда условий: от степени инфицирования мочевых путей, гематурии, концентрационной способности почек, наличия пигментов и пр. Известно, что реакция мочи зависит в первую очередь от брожения ее вследствие катарра мочевого пузыря, от септической фосфатурии, часто сопутствующих при опухоли мочевого пузыря.

Белок в моче в клинике опухолей мочевого пузыря имеет важное практическое значение. Мы считаем необходимым остановиться на этом вопросе более подробно, ибо в литературе ему мало уделено внимания.

Количественное содержание белка в моче представлено в таблице I2.

Таблица I2

Содержание в моче белка /в промилях/	Число случаев	%
Следы или норма	272	70,7
до 0,I6	38	9,8
до 0,33	I7	4,5
до 0,6	I4	3,8
до I,0	9	2,3
от 3 до I6	34	8,9
Итого	384	

Наличие большого содержания белка в моче может зависеть от целого ряда условий: I/ от гематурии; 2/ инфицирования мочи в пузыре; 3/ расстройств кровообращения в мочевом пузыре; 4/ в результате просачивания кровяной плазмы через кровеносные капилляры ворсинчатых опухолей /при так называемых папилломах/.

Следует помнить, что при опухолях мочевого пузыря, протекающих бессимптомно или в промежутке между гематуриями, в моче обнаруживается небольшое количество белка, который трактуется неправильно как нефритический. Еще в I887г. А.А.Вверенский и в I922 г. В.И.Добротворский указывали, что ворсинчатые опухоли мочевого пузыря выделяют плазму крови и поэтому в моче всегда определяется белок, цилиндров в данном случае не бывает. Это обстоятельство имеет важное значение в диагностике опухолей, особенно в ранних стадиях развития папилломы, когда гематурия наблюдается относительно нечасто /около 36%/.

Большое количество белка в моче наблюдается при макроскопической гематурии и исчезает он в момент прекращения кровотечения. Поэтому нужно считать, что при опухолях мочевого пузыря белок в моче в подавляющем большинстве случаев является экстраренальным, что подтверждается нашими наблюдениями. У 57 больных, у которых была гематурия в момент исследования мочи в клинике, содержание белка доходило от 0,6 до I6‰. После прекращения гематурии он исчезал совершенно. Однако в некоторых случаях наличие белка в моче

может иметь место при хроническом пиэлонефрите, являющемся следствием инфицирования мочевых путей при длительно текущем раковом процессе, особенно в тех случаях, когда опухоли локализуются в зоне устьев мочеточников, нередко сдавливают их, что приводит к нарушению оттока мочи от почечных лоханок.

б/ Микроскопия осадка мочи. Наличие эритроцитов в моче зависит от кровотечения из опухоли и расстройств кровообращения в мочевом пузыре, особенно в его шейке.

Эти данные представлены в таблице I3.

Таблица I3

Количество эритроцитов в одном поле зрения	Число случаев	%
0 - I	I2	2,7
II -30	I9	4,9
3I -40	9	2,3
4I -50	I3	3,5
Сплошь покрывают поле зрения	2I8	56,6
/в т.ч. макрогематурия/	/I29/	/33,8/
Итого	268	70,0
Эритроциты в моче отсутствовали	II6	30,0
Всего	384	

Из таблицы видно, что у 2I8 больных /56,6%/ в микроосадке эритроциты покрывали сплошь поле зрения, в том числе у I29 /33,8%/ больных моча имела цвет мясных помоев /макрогематурия/.

Согласно литературным данным /Б.Н.Хольцов, И.Н.Шапиро и др./, макроскопическая гематурия наблюдается в 80-90% случаев, однако этот процент исчислялся из данных анамнеза.

При микроскопическом исследовании мочи, наряду с эритроцитами, солями и другими элементами, в ней часто обнаруживаются лейкоциты. Степень гнойности мочи отображена в таблице I4.

Таблица I4

Количество лейкоцитов в одном поле зрения	Число случаев	%
до I0	I7	4,5
от II до 20	I3	3,4
от 2I до 40	I3	3,4
от 4I до 50	29	7,5
Сплошь покрывают все поле зрения	I87	48,4
Итого	258	67,2
Лейкоциты в моче отсутствовали	у II8	30,0
Сведений нет	у 8	2,8
Всего	384	

Из таблицы I4 видно, что у 258 больных наблюдалась различная степень гнойности мочи. Большие количества слизи, эпителиальных клеток, солей и пр. делают мочу мутной. Она содержит то или иное количество гнойных телец /лейкоцитов/. Происхождение гноя в моче следует объяснить присоединением инфекции, легко развивающейся вследствие распада

опухоли и нарушения кровообращения в органах малого таза, в частности, при застое мочи в пузыре, особенно у пожилых людей.

С.Н.Чернобульский /I929/ делит гнойность мочи на три степени: легкая степень, когда в одном поле зрения лейкоцитов содержится от I5 до 20, средняя степень - от 2I до 40, сильная степень - свыше 40 лейкоцитов в поле зрения.

У наших больных /таблица I4/ легкая степень гнойности мочи была у I3 больных /3,4%/, средняя - у I3 /3,4%/ и сильная - у 2I5 человек /57,2%/. У больных с явно гнойной мочей клиническое течение опухолей мочевого пузыря протекало с осложнениями как со стороны нижних отделов мочевых путей /цистит, уретрит/, так и верхних /пиэлонефрит, пиэлит, уросепсис, гидропионефроз/. Болезнь протекала, как правило, тяжело.

Следует отметить, что наличие лейкоцитов, эритроцитов и белка в моче является частым симптомом при опухолях мочевого пузыря, и хотя он не является специфичным, однако это должно обратить внимание врача на необходимость цистоскопического исследования. Инфекцию мочевых путей очень важно ликвидировать до применения хирургического вмешательства, особенно при расширенных операциях, когда почкам предъявляются большие требования в послеоперационном периоде.

в/ Удельный вес мочи. Большое значение при опухолях мочевого пузыря имеет удельный вес мочи. Он является более точным показателем функциональной способности почек, чем наличие в моче эритроцитов и лейкоцитов и пр. Здоровые поч-

ки обладают способностью не только выводить воду в значительном количестве, но и концентрировать растворенные вещества.

Колебания удельного веса мочи значительно варьируют и зависят от целого ряда условий: количества вводимой в организм воды, количества жидкости, выводимой другими путями помимо почек, состояния кровообращения, обмена между тканями и кровью и т.д.

У больных нередко наблюдается понижение удельного веса мочи, особенно при запущенных формах, и у людей пожилого возраста, когда опухоли сопутствует аденома предстательной железы. Известно, что при последней наблюдается полиурия, являющаяся следствием гиперемии почек, рефлекторно вызываемой растяжением стенок мочевого пузыря в связи с повышенным внутрипузырным давлением /Б.Н.Хольцов, А.А.Чайка, Л.И.Дунаевский, Гюйон и др./. На рефлекторную связь полиурии указывал еще М.А.Васильев /1903/. Это подтверждается тем, что после устранения задержки мочи /эпицистостомия/ полиурия исчезает /А.А.Чайка/.

При обширном поражении мочевого пузыря /множественные ворсинчатые и диффузно-инфильтрирующие/ часто происходит распад опухоли, затем инфицирование мочи, акт мочеиспускания в той или иной степени нарушается. Устья мочеточников иногда сдавливаются опухолью, вследствие чего, несомненно, развиваются дегенеративные изменения в паренхиме почек. В связи с этим функция почек в известной степени страдает,

концентрационная способность их снижается, средний удельный вес мочи становится все ниже и нередко доходит до I003–I005, I006–I0I0. Этому периоду соответствует появление компенсаторной полиурии с высоким содержанием азотистых веществ в плазме крови /остаточный азот, индикан/.

Мы определяли не только суточный диурез /который колебался между I800–2000 мл/, но и удельный вес мочи, по которым судили о функциональной способности почек. У большей части больных, у которых ставились показания к расширенным хирургическим вмешательствам /резекция и цистэктомия/, проводилась проба по Зимницкому. У некоторых больных она определялась двухкратно и дополнялась пробой на сухоядение.

Характер удельного веса мочи представлен в таблице I5.

Таблица I5

Удельный вес мочи	Число случаев		%
I002–I005	20	38	I2,5
I006–I0I0	I8		
I0II–I0I5	64		
I0I6–I020	I29	267	87,5
I020–I025	72		
I026–I030	2		
Итого	305		
Проба Зимницкого не делалась	79		

Из 305 больных у 20 человек удельный вес мочи был I002–I005, у I8 человек – I006–I0I0. Таким образом, низкий

удельный вес мочи наблюдался у 38 человек, что составляет 12,5% по отношению к обследованным больным. У остальных больных удельный вес колебался между 1011-1030, что указывало на вполне удовлетворительную концентрационную способность почек, несмотря на тяжесть клинического течения болезни.

По удельному весу мочи определяется функциональная способность почек, а следовательно, удается учесть компенсаторную способность их при хирургическом лечении больных. Л.И.Дунаевский считает, что функциональная способность почек определяет тактику врача. Он указывает, что если удельный вес мочи достигает 1025 и выше, то концентрационная способность почек считается хорошей; при удельном весе 1007-1011 - плохой; при фиксированном удельном весе 1005-1007 - очень плохой.

2. Остаточный азот в плазме крови

Наряду с концентрационной способностью почек существенное значение имеет их азотвыделительная способность.

Остаточный азот плазмы крови имеет большое значение в оценке функциональной способности почек. По содержанию азота приходится судить о выделительной функции почек. В норме он составляет 20-40 мг%. Однако даже 50 мг% не считается безусловно патологической цифрой /Г.И.Коган и Н.Н. Бобров/. Содержание 70-100 мг% остаточного азота в плазме крови указывает на нарушение азотвыделительной функции почек; постоянное повышение остаточного азота служит указа-

нием на тяжесть заболевания. Если цифра остаточного азота не понижается после применения соответствующего лечения, то это указывает на глубокие морфологические изменения в паренхиме почек.

При опухолях мочевого пузыря, судя по литературным данным, остаточному азоту в плазме крови не уделялось систематического внимания. Азотвыделительная функция почек находится в зависимости от длительности и стадии болезни, от состояния центральной нервной системы. Вместе с тем какого-либо параллелизма между количественным содержанием остаточного азота в крови и общим анализом крови, в том числе и реакцией оседания эритроцитов, не наблюдалось. Однако при повышенном содержании остаточного азота в крови имела место гипо-изостенурия, свидетельствующая о нарушении концентрационной способности почек.

Нами исследование остаточного азота в плазме крови проведено у 294 человек /таблица I6/.

Таблица I6

Остаточный азот плазмы крови, в мг%	Число случаев	%
от 20 до 30	8I	27,4
от 3I до 40	I56	53,5
от 4I до 50	4I	I3,8
от 5I до 60	6	2,05
от 6I до 70	4	I,3
от 7I до 80	2	0,65
от 8I до I00	-	
Свыше I00 /I05, II0, I60, I77/	4	I,3
Итого	294	

Из таблицы I6 видно, что независимо от давности течения болезни, анатомической формы, величины и стадии опухолевого роста, нормальное содержание остаточного азота отмечено у 237 больных /80,9%/; субнормальное – от 4I до 50 мг% у 4I человека /I3,8%/; повышенное содержание остаточного азота в крови – от 5I до 80 мг% наблюдалось у I2 человек /3,65%/. Заслуживает особого внимания 4 больных /I,3%/, у которых остаточного азота содержалось от I05 до I77 мг%.

У больных с высоким содержанием остаточного азота /от 5I до I77 мг%/ рак мочевого пузыря протекал с такими осложнениями, как цистопиэлит, пиэлонефрит, уросепсис, азотемия и пр. После комплексного лечения в клинике он снижался до нормальных цифр /36–46 мг%/, оперативное вмешательство больные переносили вполне удовлетворительно.

Однако через несколько месяцев после операции они умирали не только от рецидива рака, но, по всей вероятности, и от недостаточности функции почек.

Наблюдение 2I. Больной Ч., 63 лет /история болезни № 3936/, поступил в клинику I0/УI–I963 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

При клиническом и рентгенологическом обследовании со стороны внутренних органов уклонений от нормы не обнаружено. В моче много свежих эритроцитов. Удельный вес I0I9.

Остаточный азот крови I05 мг%, белок крови 6,42%, хлориды крови 445 мг%.

При цистоскопии и на осадочной пневмоцистограмме обнаружена грубоструктурная опухоль размерами 4 х 3 см на левой боковой стенке, на широком основании.

В течение I0 дней больному проводилась пенициллинотерапия, внутривенное вливание 5% раствора глюкозы /до I500 мл в сутки/, промывание желудка 2% раствором соды и клизмы. 28/УI-I963 г. состояние больного значительно улучшилось. Остаточный азот крови снизился до 38 мг%.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

4/УП-I963 г. операция - гемирезекция под эфирно-кислородным наркозом, с удовлетворительным исходом. Выписан из клиники с зажившей надлобковой раной и самостоятельным мочеиспусканием.

Наблюдение 22. Больной Т., 50 лет /история болезни № 5539/, поступил в клинику 5/XI-I95I г. с диагнозом "гипертрофия простаты".

При цистоскопии обнаружена грубоструктурная опухоль мочевого пузыря. В анализе крови и мочи отклонений от нормы нет. Остаточный азот крови 63 мг%. После проведенного лечения /пенициллинотерапия, 40% раствор глюкозы внутривенно, содовые ванны и пр./, остаточный азот снизился до 54 мг%. Больному произведена электроэксцизия опухоли на вскрытом пузыре. Выздоровление. Через I4 месяцев умер от недостаточности функции почек /анкетные данные/.

Наблюдение 23. Больной Л., 60 лет /история болезни № I057/, поступил в клинику 4/Ш-I96I г. с диагнозом "саркома предстательной железы".

При клиническом обследовании обнаружена гематурия и затрудненное мочеиспускание. Остаточный азот 80 мг%, РОЭ 45 мм в час, артериальное давление I70/85 мм.

В связи с наступившей полной задержкой мочи больному произведена операция - ревизия мочевого пузыря, при которой обнаружены множественные больших

размеров опухоли; мочи в пузыре было около 500 мл. Случай оказался иноперабильным из-за прорастания опухоли в клетчатку таза. Оставлен надлобковый свищ. Остаточный азот не снизился после операции и лекарственного лечения. Умер в клинике через 25 дней после операции. На аутопсии обнаружено: рак мочевого пузыря с метастазами в тазовые и забрюшинные лимфатические узлы. Гнойный пиэлонефрит. Раковое истощение.

Наблюдение 24. Больной В., 51 год /история болезни № 5144/, поступил в клинику II/X-1951 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

При цистоскопии обнаружена опухоль правой половины мочевого пузыря. На экскреторной урограмме: правая почка блокирована. Остаточный азот 70 мг%, РОЭ 52 мм в час. Случай оказался иноперабильным. Умер 20/XI-1951 г. в клинике. Причина смерти: инфильтрирующий рак мочевого пузыря с прорастанием в клетчатку таза. Правосторонний гидропионефроз. Умеренно выраженный левосторонний гидронефроз /недостаточность функции почек/.

Наблюдение 25. Больной Р., 63 лет /история болезни № 4095/, поступил в клинику 6/УШ-1953 г. в неотложном порядке с полной задержкой мочи.

При клиническом обследовании обнаружен обширный ворсинчатый рак мочевого пузыря на широком основании. В анализе крови гипохромная анемия, лейкопения. РОЭ 45 мм в час. Остаточный азот 110 мг%. Проба Зимницкого удовлетворительная /удельный вес 1014-1017/.

Случай оказался иноперабильный. Умер 2/I-1956 г. в участковой больнице от ракового истощения.

Наблюдение 26. Больной С., 41 года /история болезни №5439/, поступил в клинику на обследование по поводу уросепсиса.

Состояние больного тяжелое: клиника уремии. В крови гипохромная анемия, Нв 50%. Лейкоцитоз 21800. РОЭ 58 мм в час. Остаточный азот 177 мг%. При пробе Зимницкого гипо-изостенурия.

На цистограмме обширный рак мочевого пузыря. Случай иноперабильный. Умер 1/XI-1953 г. в клинике. На аутопсии: инфильтрирующий рак мочевого пузыря с прорастанием в клетчатку таза справа; сдавление мочеточника опухолью. Правосторонний гидропионефроз. Левосторонний апостематозный нефрит. Уросепсис. Истощение.

Наблюдение 27. Больная Ш., 43 лет /история болезни № 149/, поступила в клинику 3/I-1955 г. с диагнозом: "опухоль мочевого пузыря".

При клиническом обследовании обнаружен обширный рак мочевого пузыря с прорастанием в передний свод влагалища. В крови: гипохромная анемия; Нв 53%, РОЭ 33 мм в час. Остаточный азот 160 мг%. В моче кровь; проба Зимницкого: гипоизостенурия. Случай иноперабильный. Умерла 17/II-1955 г. от уремии иракового истощения. На аутопсии: апостематозный нефрит, сепсис. При патогистологическом исследовании - плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией всех слоев стенки мочевого пузыря.

Таким образом, из наших наблюдений видно, что при повышенном содержании остаточного азота концентрационная функция почек тоже была сниженной /гипоизостенурия/, в крови происходили значительные изменения: гипохромная анемия, лейкоцитоз и лейкопения и высокая РОЭ. Все это свидетельствовало о тяжести болезни. Почти все эти больные имели

рак мочевого пузыря IУ стадии, были иноперабильными и очень скоро умирали от причин, связанных с недостаточностью функции почек.

В заключение следует отметить, что остаточный азот в крови в прогностическом отношении является крайне важным симптомом, так как указывает на степень поражения почечной паренхимы. Поэтому для правильной оценки азотвыделительной функции почек следует подходить индивидуально к каждому больному. У больного Ч.,/сл.21/ первоначальное содержание остаточного азота в крови составляло 105 мг%, а после проведенного лечения снизилось до 38 мг%. Ему произведена обширная резекция мочевого пузыря с благоприятным исходом. Поэтому повторное определение остаточного азота должно стать обязательным при решении вопроса об оперативном вмешательстве на мочевом пузыре, в особенности при расширенных операциях /субтотальная резекция с уретероцистонеостомией/; в подобных случаях почкам предъявляются повышенные требования в связи с уретеронеоимплантацией их в другое место.

3. Общий анализ крови

При неосложненно протекающих опухолях мочевого пузыря значительных изменений со стороны крови не наблюдается. При опухолях, протекающих с осложнениями и с различного рода сопутствующими урологическими заболеваниями, нередко наблюдаются значительные изменения как со стороны красной крови /гемоглобин, эритроциты/, так и белой /лейкоцитоз,

лейкоцитарная формула/; меняется также и реакция оседания эритроцитов.

При поражении обширных районов мочевого пузыря с распадом опухоли и воспалительных реакциях со стороны мочевых путей /пиэлит, пиэлонефрит, гидропионефроз/ и в особенности при прорастании опухоли в клетчатку таза, в соседние органы, а также при метастазах в лимфатические узлы и в отдаленные органы кровь претерпевает значительные изменения. Наиболее рельефно это выражается у больных с иноперабильными формами рака.

Качественные изменения крови у наших больных показаны в таблице I7.

Таблица I7

	Единица измерения	Число случаев	Процент к общему числу случаев
Эритроциты в $мм^2$	от I500000 до 2500000	I9	4,7
	от 2500000 до 4000000	95	24,5
	от 4000000 до 6000000	246	64,6
	Итого	360	93,8
	Сведений нет	24	6,2
	Всего	384	
Гемоглобин /Нв/, в %	5%	I	0,02
	до 20	5	I,2
	до 50	I8	4,58
	от 5I до 60%	25	6,5
	от 6I до 70%	58	I5,I
	от 7I до 80%	20I	52,3
	свыше 8I	58	I5,I
	Итого	366	94,8
	сведений нет	I8	5,2

Из таблицы видно, что у 6 больных /I,22%/ количество гемоглобина было ниже 20%, у I8 /4,58%/ – ниже 50%, у 25 человек /6,5%/ – 5I–60%. У большей части больных – у 3I7 /82,5%/ – гемоглобин был в пределах нормы. Наряду с этим среди наших больных у II4 человек /3I,6%/ отмечалось значительное понижение количества эритроцитов. Все больные с количеством гемоглобина ниже 60% и количеством эритроцитов ниже 4000000 были в тяжелом состоянии. Раковая болезнь у них сопровождалась массовой и продолжительной /свыше I0 дней/ макроскопической гематурией, воспалительной реакцией со стороны слизистой оболочки мочевого пузыря, пиэлонефритом, гидропионефрозом. Во многих случаях изменения в почках были обусловлены сдавлением устья мочеточника опухолью. Повторные анализы крови всегда показывали процент Нв и количество эритроцитов ниже нормы. Стойкое понижение Нв и эритроцитов характеризовало картину малокровия, развивающегося в результате значительных кровопотерь и интоксикации организма, о чем свидетельствовали и такие изменения, как анизоцитоз – у 57 больных, пойкилоцитоз – у 45, микроцитоз – у I3, анизохромия – у I4, нейтрофилез с токсической зернистостью – у 9 больных. Однако большая часть наших больных имела гемоглобин /3I7 человек/ и количество эритроцитов /246 человек/ в пределах нормы.

Таким образом, мы видим, что содержание Нв крови ниже 60% и количество эритроцитов ниже 4000000, свидетельствует о тяжелом состоянии больного; гипохромная анемия возникает

на фоне длительно текущего заболевания, когда успевают развиться ряд осложнений в почках /пиэлит, пиэлонефрит, гидронефроз и пр./, мочевом пузыре /цистит, распад опухоли/ и, наконец, интоксикация организма /раковая и инфекционная/.

Следует отметить, что значительно рельефнее при опухолях мочевого пузыря выражено отклонение РОЭ от нормы. Эти данные представлены в таблице I8.

Таблица I8

Реакция оседания эритроцитов /РОЭ/, в мм в час	Число случаев	%
от 2 до 5	85	22,93
от 6 до I0	38	I0,26
от II до I5	59	I5,86
I6 - 20	46	I2,4
2I - 25	I8	4,85
26 - 30	32	8,64
3I - 35	I9	5,I
36 - 40	20	5,4
4I - 50	28	7,54
5I - 60	I2	3,25
6I - 70	I0	2,7
свыше 7I	4	I,07
Итого	37I	
сведений нет	I3	

Анализ этих данных показывает, что ускорение РОЭ в основном наблюдалось у больных с запущенными формами рака при сопутствующих урологических заболеваниях, либо при осложне-

ниях со стороны верхних и нижних мочевых путей.

Данные об изменении белой крови у наших больных представлены в таблице I9.

Таблица I9

Число лейкоцитов, в мм^2	Число случаев	Процент к общему числу случаев
от 3000 до 50000	52	I3,5
от 5000 до 7000	2I4	55,3
от 7000 до I0000	65	I6,9
от I0000 до I5000	3I	8,0
свыше I5000	5	I,3
Итого	367	95,0
сведений нет	I7	5,0
Всего	384	

При высоком лейкоцитозе /свыше I0000/ рак мочевого пузыря протекал с осложнениями /распад опухоли, упорный цистит, пиэлонефрит, гидропионефроз, интоксикация организма в связи с блокадой той или иной почки, задержка мочи и пр./.

Колебание количества лейкоцитов и процент содержания отдельных их элементов, т.е. изменение лейкограммы, имеют важное диагностическое значение при многих инфекционных заболеваниях и злокачественных новообразованиях. У наших больных сдвиг формулы влево имел место у 5I больного, сдвиг вправо – у I4 при обширном поражении мочевого пузыря и прорастании опухоли в клетчатку таза и соседние орга-

ны. Как правило, у этой группы больных имели место различного рода осложнения /цистит, пиэлонефрит, пионефроз, уросепсис и пр./. Кроме того, у этих больных чаще наблюдалась лимфопения; снижение лимфоцитов нередко достигало 13-16%.

Клиническое значение гемограммы при раке мочевого пузыря является ценным дополнительным методом исследования. Сама по себе, без связи с другими методами клинического исследования, "гемограмма не может иметь ни диагностического, ни прогностического значения" /Г.И.Коган и Н.Н.Бобров/.

Таким образом, анализ крови, наряду с другими клиническими исследованиями в клинике злокачественных новообразований мочевого пузыря, протекающих с инфицированием мочевых путей и интоксикацией организма, имеет существенное значение для оценки общего состояния больного.

4. Белковые фракции крови

Известно, что рак мочевого пузыря длительное время /годы/ протекает латентно. У большей части больных длительно существует инфекция мочевых путей /цистит, пиэлонефрит/ и снижение способности барьерных систем организма /А.Я.Пытель/. Это должно побуждать к более глубокому изучению патогенеза заболевания с привлечением новых методов исследования. За последние 5-10 лет в литературе уделяется значительное внимание изучению биохимических сдвигов в организме при хроническом пиэлонефрите, туберкулезе и других заболеваниях /К.А.Великанов, 1962 и др./. Изучению этого вопроса при раке мочевого пузыря не уделено внимания в литературе.

Мы у некоторых наших больных проводили биохимические исследования, в частности, исследовали общий белок крови и его фракции у 62 больных, страдавших запущенными формами рака мочевого пузыря, у которых сопутствовали цистит, пиэлит, пиэлонефрит и гидропионефроз. У 29 больных /из 62/ содержание белка крови было нормальное - от 7,5 до 9 г%, у 26 - наблюдалось снижение белка до 6,5 г%, у 7 больных - снижалось до 5,3 г%. Количество альбуминов крови в этих случаях также снижалось до 37,4%, содержание глобулинов снижалось до 17,7%. Альбумино-глобулиновый индекс составлял 2,3 - 3. У остальных же больных /у 26 из 62/ содержание альбуминов оставалось в пределах 50-64%, глобулинов - не ниже 35,6%. Альбумино-глобулиновый индекс в среднем составил 2,2.

У больных с хроническими воспалительными заболеваниями мочевых путей /пиэлонефрит, цистит/, у которых наблюдалось снижение концентрационной способности почек /гипоизостенурия/ с наличием азотемии /до 67-80 мг%/, наблюдалась гипопротеинемия /содержание белка крови составляло 5,37 -6,29 г%/. У этих больных имело место и снижение содержания хлоридов крови ниже 400 мг% /207,350,380,386 мг%/. Снижалось также выделение бензойнокислого натрия /до 50-44,7%/, что свидетельствовало о снижении антитоксической функции печени.

В дооперационном периоде этим больным мы проводили комплексное лечение с целью ликвидации воспалительного про-

цесса мочевых путей, снижения остаточного азота в крови и повышения содержания белка в крови /пенициллинотерапия, глюкоза 40% раствор внутривенно, содовые ванны, клизмы, промывание желудка 2% раствором соды, переливание плазмы крови, цельной крови и общеукрепляющее лечение/. После лечения наступало улучшение общего состояния больных, улучшалась картина крови, снижался до нормы остаточный азот и увеличивался до нормы общий белок в крови и его фракции, повышалось выделение бензойнокислого натрия до 76-81,17%. Эти больные переносили радикальную операцию - цистэктомию с пересадкой мочеточников в кишечник с благоприятным исходом.

В общий комплекс распознавания болезни должно входить рентгенологическое исследование грудной клетки. Мы этому методу исследования подвергали всех больных с профилактической целью, и всякий раз находили у них в той или иной степени возрастные изменения: аортокардиосклероз, пневмосклероз, эмфизему легких и пр.

Кроме того, у каждого больного следует измерять артериальное кровяное давление. Мы среди наших больных наблюдали повышение артериального кровяного давления в 27,1% случаев.

При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду атипичное течение диффузно-инфильтрирующего рака мочевого пузыря, осложненного упорным циститом или уменьшением емкости пузыря /микроцистис/. Цистоскопию в таких случаях

произвести не удается. Цистограмма также не дает объективных признаков раковой болезни мочевого пузыря. Так, 3 больным мы долго не могли поставить правильный диагноз. Емкость мочевого пузыря у них не превышала 20–30 мл. У одного из них рак мочевого пузыря был установлен на аутопсии /больной С., 41 года, история болезни № 5439, умер I/XI-1953 г. на 5 сутки после поступления в клинику/. На вскрытии оказался инфильтрирующий рак с распадом и прорастанием в клетчатку таза. Устья мочеточников сдавлены опухолью, что привело к гидронефрозу, уремии и уросепсису. У другого больного /больной С., 60 лет, история болезни 2200, поступил в клинику 4/IУ-1962 г./, диагноз был установлен с помощью цитологического исследования осадка мочи по методике, рекомендованной Б.А.Полонским /1952/, А.Б.Малышкевич /1957/. У третьего /больной И., 62 лет, история болезни 5390, поступил в клинику 20/IX-63 г./ – рак мочевого пузыря установлен только при неоднократном исследовании спиртового смыва мочевого пузыря по методике, предложенной В.Г.Кузьминым /1962/. В последнем случае осадочная пневмоцистограмма с оксигенопериц истографией не могла помочь в разрешении вопроса о правильной диагностике. При пробном обнажении мочевого пузыря оказалось, что опухоль в виде узла размерами 4 х 5 см располагалась на задней стенке тела мочевого пузыря. Обнаружены обширные метастазы в илиакальных лимфатических узлах с прорастанием их в левую подвздошную артерию и вену. При патогистологическом исследовании в лимфоузле,

взятом из района бифуркации левой общей подвздошной артерии, обнаружен мозговидный рак /препарат № 37614/.

Следует отметить, что эти больные долгое время /от 6 мес. до 3 лет/ лечились по поводу туберкулеза мочевого пузыря. В клинике при неоднократном исследовании мочи микобактерий не было обнаружено.

Таким образом, в диагностике опухолей мочевого пузыря необходим комплекс исследования – цистоскопия, экскреторная урография, простая цистография, осадочная пневмоцистография, пневмоцистография с оксигеноперицистографией, тазовая флебография и т.д.

Для оценки общего состояния больного необходимо подвергнуть больного всестороннему клиническому обследованию. Проводятся исследования в отношении функционального состояния сердечно-сосудистой и легочной систем, а также печени и почек, анализы крови, мочи, проба Зимницкого и т.д. Все это в конечном итоге позволяет определить состояние организма и поставить правильный диагноз заболевания. Урологические методы исследования /цистоскопия, урография, цистография/ позволяют уточнить характер /величину, анатомическую форму, локализацию, размеры, вид ножки опухоли/ и степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря.

Для выбора метода лечения больных опухолями мочевого пузыря весьма существенное значение имеет классификация новообразований пузыря. Комплекс урологического обследования в известной мере позволяет определить клиническую стадию раковой болезни. Хотя определение стадии не отражает всесторонне степень внутристеночного распространения рако-

вых элементов в стенке пузыря и за его пределами в силу анатомо-топографического расположения его, однако деление опухолей пузыря на стадии необходимо в практической работе врача. Клиническая классификация всегда дополняется патологоанатомическими данными. Поэтому для хирурга и уролога ценной является клинико-патологоанатомическая классификация, которая базируется на сопоставлении данных клинического обследования больного с данными морфологического изучения опухолей на операционных препаратах.

Мы распределили материал по классификации Минздрава СССР /1950/ с учетом международной классификации опухолей мочевого пузыря по системе TNM , предусматривающих 4 стадии: I /T_I/, II /T_2/, III /T_3/ и IУ /T_4/. Обе классификации практически дополняют одна другую, поэтому для унификации материала мы будем в дальнейшем пользоваться этими классификациями опухолей в рамках четырех стадий. Однако следует сказать, что и эти классификации не являются идеальными, но на данном этапе они практически являются наиболее ценными.

Наш клинический материал по опухолям мочевого пузыря представлен в таблице 20.

Таблица 20

Клинико-патологоанатомическая классификация	Колич. больных	%
I стадия T_I/ /типичная фиброэпителиома/	95	24,8
II стадия /T_2/ /атипичная фиброэпителиома, ворсинчатый рак/	I02	26,5
III стадия /T_3/ /ворсинчатый, солидный и инфильтрирующий рак/	63	I6,4
IУ стадия /T_4/ /ворсинчатый, солидный и диффузно-инфильтрирующий рак/	I04	27,I
Папилломатоз	I6	4,2
Неэпителиальные опухоли /саркома, гемангиома/.....	4	I,0
Всего	384	

Из таблицы 20 видно, что папилломатоз мочевого пузыря имел место у I6 больных /4,2%/, которых можно было бы отнести к I и II стадии заболевания. Но,учитывая особую злокачественность и распространенность папилломатоза, мы выделили последний в самостоятельную группу. Неэпителиальные опухоли мочевого пузыря наблюдались у 4 больных /I%/. У последних характер опухоли определялся морфологическим исследованием только после операции. До операции опухоли

диагносцировались рентгенологически /у 2 детей в 2- и 5-летнем возрасте, у 2 мужчин опухоли заполняли весь просвет пузыря/; цистоскопию этим больным произвести не представилось возможным.

В заключение настоящей главы мы считаем долгом отметить следующее. Заболевание опухолями мочевого пузыря у наших больных наиболее часто наблюдалось в возрасте от 41 до 70 лет /80,9%/.

Из 384 больных 45,3% /174/ поступило в клинику с диагнозом опухоль мочевого пузыря, 5,2% /20/ - с рецидивом опухоли и 49,5% /190/ были направлены с неправильным диагнозом.

62% больных обратились за медицинской помощью своевременно, т.е. после появления первой гематурии. 38% больных обратились к врачам общего профиля в позднем периоде течения рака мочевого пузыря.

У 353 больных /91,9%/ жалобы сводились к тотальной и терминальной макроскопической гематурии, у 31 /8,1%/ - отмечались только дизурические явления и боли в тазу.

Инфицированную мочу имели 258 больных /67,2%/, стерильная моча наблюдалась у 118 больных /30,7%/.

Низкий удельный вес мочи /1002-1010/ отмечен у 38 больных /12,5%/.

Картина крови при опухолях мочевого пузыря существенной роли не играет. При осложненных опухолях мочевого пузыря инфекцией наблюдался лейкоцитоз /свыше 10000/ и высо-

кая РОЭ. Гемограмма мало изменялась и поэтому она не может иметь ни клинического, ни прогностического значения.

Наиболее существенное значение в клинике опухолей мочевого пузыря имеет концентрационная и азотвыделительная функция почек. Однако параллелизма между содержанием остаточного азота в крови и удельным весом мочи мы не могли отметить. В прогностическом значении остаточный азот в крови и удельный вес мочи, как показатели функциональной способности почек, являются важными тестами для оценки состояния больного. Повторное исследование остаточного азота в крови и удельного веса мочи должно стать обязательным для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства на мочевом пузыре.

В общий комплекс изучения картины заболевания должно входить рентгенологическое исследование грудной клетки.

ГЛАВА ВОСЬМАЯ

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Научный и практический интерес изучения злокачественных новообразований мочевого пузыря определяется самой жизнью, поскольку они занимают не последнее место по частоте и неоперабильности среди другой локализации опухолей. В течение многих десятилетий эта тема была предметом оживленных дискуссий на съездах, конгрессах и конференциях хирургов и урологов.

Клиническими наблюдениями и патологоанатомическими исследованиями установлено, что эпителиальные опухоли мочевого пузыря, независимо от их анатомической формы, величины, количества, локализации и стадии заболевания являются злокачественными. Вместе с тем медленный рост и относительно позднее метастазирование их во многих случаях дают основание говорить о возможности полного избавления больных от этого заболевания.

Согласно литературным данным, наибольшим распространением пользуются хирургические методы лечения, из которых в настоящее время применяются: I/ эндовезикальная электрокоагуляция, 2/ трансвезикальная электрокоагуляция, 3/ электроэксцизия опухоли на вскрытом пузыре, 4/ резекция мочевого пузыря и 5/ цистэктомия.

Большинство урологов и хирургов не сомневается в том, что эндо- и чрезпузырная электрокоагуляция, эксцизия и демукозация не являются радикальными методами лечения злокачественных новообразований мочевого пузыря /Н.М.Иглицин, Д.Л.Мурванидзе, Б.Л.Полонский, В.А.Романова, А.П.Фрумкин, А.П.Цулукидзе и др./. После применения их в ранние сроки /до 3 лет/ рецидивы опухоли возникают в 53-74% случаев /А.П.Цулукидзе/.

Подавляющее большинство авторов считает, что наиболее стойкое излечение наблюдается при тотальной экстирпации мочевого пузыря, применяемой в ранних стадиях заболевания /Л.Е.Гомберг, В.И.Добротворский, М.А.Карапетян, В.С.Комарова, Д.Л.Мурванидзе, Б.Л.Полонский, Г.А.Рихтер,Г.Б.Теплицкий, С.П.Федоров, А.Л.Фенелонов, А.П.Цулукидзе, Витмор, Маршалл, Томпсон / Thompson G., и др./. Операция считается радикальной, но она требует отведения мочи, а способы отведения ее пока неудовлетворительны.

На 3-й Всесоюзной конференции урологов /1958/ при обсуждении вопроса о лечении новообразований мочевого пузыря явно наметилась тенденция к применению расширенных резекций мочевого пузыря вместо тотальной цистэктомии /А.П.Фрумкин, Л.Н.Погожева и др./.

Наблюдения многих урологов показывают, что отдаленные результаты после своевременно выполненных резекций мочевого пузыря не уступают отдаленным результатам после цистэктомии. Послеоперационная летальность при резекции

пузыря снизилась с 24 /сборная статистика, Б.Н.Хольцов, 1937/ до 9% /С.Петкович,1956/, а за последнее время – до 4% /Б.Л.Полонский, 1964/. Однако вопрос о резекции мочевого пузыря по поводу рака в настоящее время еще далеко не решен.

В связи с этим в настоящей главе мы поставили задачу изучить непосредственные исходы хирургических методов лечения рака мочевого пузыря, применявшихся в нашей клинике за последние 13 лет.

I. Собственный клинический материал

Для анализа своего материала и изыскания более рациональных методов лечения злокачественных новообразований мочевого пузыря были взяты истории болезни, патологоанатомические исследования операционных и анатомических препаратов, полученных на операции при резекции и экстирпации мочевого пузыря и аутопсии, а также данные экспериментально-анатомического исследования внутриорганной лимфатической системы мочевого пузыря в норме и при раке с учетом возможных путей метастазирования и протяженности прямого внутристеночного распространения опухолевых элементов.

За 13 лет /1951-1963/ в урологическом отделении факультетской хирургической клиники лечилось 384 больных опухолями мочевого пузыря, из них 364 человека /94,8%/ было с первичными опухолями и 20 /5,2%/ – с рецидивами.

По видам лечения и клиническим стадиям болезни больные представлены в сводной таблице 2I.

Таблица 2I

Методы хирургического лечения опухолей мочевого пузыря	Колич. больных	Клиническая стадия болезни и анатомическая форма опухоли					Неэпителиальные опухоли /саркома и гемангиома	Процент
		I стадия /типичная фиброэпителиома/	II стадия /атипичная фиброэпителиома и ворсинчатый рак	III стадия /ворсинчатый и солидный рак/	IУ стадия /ворсинчатый, солидный и диффузно-инфильтрирующий рак/	Папилломатоз		
Резекция мочевого пузыря	82	2I	33	20	7	-	I	2I,I
Цистэктомия..	20	I	9	5	3	I	I	5,2
Электроэксцизия трансвезикально	45	22	I7	2	-	3	I	II,8
Электрокоагуляция трансвезикально	I3	I	5	6	-	I	-	3,4
Демукозация...	5	I	3	-	-	I	-	I,4
Эндоэлектрокоагуляция....	75	58	I2	-	-	5	-	I9,6
Прочие операции	I8	-	I	8	8	-	I	4,6
Итого	258	I04	80	4I	I8	II	4	67,I
Неподвергавшиеся хирургическому лечению:								
неоперабильные больные	86	-	-	4	79	3	-	22,4
отказавшиеся от операции.....	40	4	I4	20	-	2	-	I0,5
Итого	I26	4	I4	24	79	5	-	32,9
Всего	384	I08	94	65	97	I6	4	I00

Из таблицы /21/ видно, что 102 больным /26,3%/ произведены радикальные хирургические операции; 156 /40,8%/ - паллиативные. 126 больным /32,9%/ хирургическое лечение не применялось; им проводилось симптоматическое лечение: противовоспалительная, гемостатическая и лучевая терапия /антибиотики, переливание крови и плазмы, рентгенотерапия и ГУТ СО-400/. 86 человек из них были иноперабильными. 40 больных отказались от хрургического лечения.

Процент радикальных операций на нашем клиническом материале занимает небольшой удельный вес /26,3%/. Это обусловлено рядом обстоятельств. Во-первых, довольно высокий процент /32,9%/ составляют иноперабильные и отказавшиеся от операции больные, во-вторых, значительному числу больным /156 человек/ мы произвели паллиативные хирургические вмешательства /40,8%/: 45 - электроэксцизию, 13 -чрезпузырную электрокоагуляцию, 5 - цемукозацию, 18 - прочие операции и 75 больным - эндоэлектрокоагуляцию опухоли.

Мы твердо убеждены в том, что электроэксцизия, электрокоагуляция и цемукозация на вскрытом пузыре, произведенные 63 больным, не являются радикальными операциями. Эти больные отказались от радикальных хирургических вмешательств - резекции и цистэктомии; у 50 из них были показания к расширенной резекции, локализация и размеры опухоли позволяли произвести эту операцию.

2. Радикальные хирургические операции

К радикальным хирургическим вмешательствам на мочевом пузыре при раке считаются резекция и экстирпация его. Сторонниками этих операций у нас в настоящее время являются Б.Л. Полонский, А.Я.Пытель, А.П.Цулукидзе и др., а за рубежом – Витмор, Маршалл, Магри, С.Петкович и др.

Объем хирургического вмешательства решается с учетом величины, анатомической формы, локализации опухоли, клинической стадии болезни, степени внутристеночного распространения опухолевых элементов. На исход операции оказывают также влияние лимфатическое распространение раковых клеток, частота поражения внутриорганных лимфатических сосудов мочевого пузыря.

Весьма трудно определить степень и протяженность прямого распространения опухоли в стенке мочевого пузыря до операции. Почти невозможно получить представление также о наличии метастатического поражения экстраорганной лимфатической системы – отводящих лимфатических сосудов и регионарных лимфатических узлов. Мы попытались использовать методику прижизненной окраски лимфатической системы мочевого пузыря в том аспекте, как это делала Б.В.Печатникова /1958/, применявшая прижизненно на операции интерстициальную наливку лимфатических сосудов желудка. При обнажении мочевого пузыря и частичной экстраперитонизации его спереди мы инъецировали 1-процентный раствор индигокармина в стенку пузыря. После 10-15-минутного ожидания в от-

водящих лимфатических сосудах и регионарных лимфатических узлах /УП фрагмент/ краска не обнаруживалась, хотя в стенке пузыря она распространялась достаточно отчетливо. Краска, очевидно, не могла проникнуть туда за такой короткий период времени, либо это было обусловлено малым калибром внутриорганных лимфатических капилляров /0,0I -0,I2 мм/ и отводящих лимфатических сосудов мочевого пузыря.

Это создавало определенные трудности в отыскании отводящих лимфатических сосудов и регионарных лимфатических узлов при резекции и экстирпации мочевого пузыря, удаление которых с окружающей их клетчаткой обеспечивает большую радикальность операции, что практически важно для предупреждения рецидива рака. Наша попытка не могла помочь нам в решении главной цели - отыскании всех регионарных лимфатических узлов мочевого пузыря при операции /резекции и экстирпации/ и удалении их.

Поэтому в своей практической работе мы пользовались результатами экспериментально-анатомических исследований, проведенных нами /см.гл.УI/ по изучению лимфатической системы мочевого пузыря у животных и человека в норме. Мы учитывали также данные, полученные при патологоанатомическом исследовании операционных препаратов.

а/ Предоперационная подготовка больного

Подготовка больного к операции сводится к двум главным целям: I/ изучение состояния внутренних органов, в частности почек, проведение комплекса лечебных мероприя-

тий; 2/ тщательная очистка кишечника от каловых масс, независимо от того, готовится ли больной к цистэктомии или к резекции мочевого пузыря. Важным фактором является также забота о психическом состоянии больного, в особенности, если предстоит экстирпация мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в кишечник или в кожу.

Кроме общего анализа крови и мочи, проводится изучение функционного состояния почек /азотвыделительная и концентрационная способность, индигокарминовая проба и экскреторная урография/, определяются антитоксическая функция печени, сахарная кривая, хлориды и белок в плазме крови.

Если предстоит произвести цистэктомию с пересадкой мочеточников в кишечник, к почкам предъявляются очень большие требования, функциональное и морфологическое состояние которых должно быть нормальным. Уретеропиэлоэктазия, хронический пиэлонефрит и т.д. должны быть учтены до операции. Пересадка мочеточников в кишку при цистэктомии ставит почки еще в худшие условия, чем это было до операции; поэтому для предупреждения инфицирования верхних мочевых путей следует позаботиться о достаточно хорошей подготовке кишечника, а после имплантации в кишку мочеточников дренировать их хлорвиниловыми трубками. Б.Л. Полонский /1955/ рекомендует оставлять в мочеточниках катетрики на 4 суток со дня операции. В течение этого периода, по мнению автора, спазм мочеточника прекращается, проходимость мочеточниково-кишечного соуться нормализуется.

При расширенной резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией также необходимо обеспечить нормальное отведение мочи из почки после неоимплантации мочеточника. Отведение мочи осуществляется с помощью оставленного в пересаженном мочеточнике хлорвинилового катетрика достаточного диаметра /4–5 мм/, дистальный конец которого выводится через уретру.

Освобождение кишечника от каловых масс прежде всего достигается назначением молочной диеты, сульфонамидов по схеме, применяемой в нашей клинике: в течение I0 дней до операции больные состояли на молочной диете; за 6 дней до операции им давали солевое слабительное; в течение 5 дней до операции больные получали по 0,5 дисульфана 6 раз в сутки; за 3 дня до операции – клизма 2 раза в день с промыванием прямой кишки раствором марганцевокислого калия /I:8000/; за 2 дня до операции больные получали только молоко, бульоны, супы, кисели; на ночь накануне операции – 8 капель настойки опия; за час до операции ставилась на 20 минут газоотводная трубка; перед операцией – туалет мочевого пузыря и тампон в прямую кишку /тампон удаляется после операции/. Методика подготовки кишечника к пересадке мочеточников описана в журнале Урология, I958, № 2, стр.9.

Кроме того, больным в течение 3–4 дней до операции вводили внутримышечно пенициллин по 600000 МЕ в сутки.

б/ Резекция мочевого пузыря

В доступной нам литературе мы не нашли работ, обосновывающих пределы иссечения мочевого пузыря при эпителиаль-

ных новообразованиях. В.И.Добротворский /1921/ указывает, что резекцию мочевого пузыря при опухолях, растущих на широком основании, надо производить в пределах не менее 2 см от внешней границы опухоли. Г.А.Рихтер /1959/ и др. утверждают, что резекцию мочевого пузыря нужно производить возможно шире. Б.Л.Полонский /1962/ отмечает, что объем резекции пузыря в основном зависит от локализации опухоли и ее распространенности, Л.М.Рабкова /1962/ делает резекцию мочевого пузыря на расстоянии 2,5 – 3 см от опухоли. А.Я. Пытель /1964/ рекомендует резецировать пузырь не ближе 2,5 см от края опухоли. Магри резецирует стенку пузыря не дальше 2,5 см от края опухоли. А.П.Фрумкин /1960/ с целью профилактики рецидива опухоли рекомендует производить резекцию половины мочевого пузыря. Автор отмечает, что иссечение стенки пузыря в пределах 1–2 см от наружного края опухоли не является радикальной операцией, т.к. по лимфатической системе возможно распространение раковых клеток в отдаленные участки пузыря.

Клинические наблюдения показывают, что опасаться обширных резекций мочевого пузыря даже с уретероцистонеостомией /вплоть до субтотальной резекции/ нет никаких оснований. Н.Н.Знаменский /1884/, Н.А.Вельяминов /1896/, С.П. Федоров /1903/, С.Ф.Дерюжинский /1903/ и др. в эксперименте и клиническими наблюдениями показали, что удаление половины и даже двух третей мочевого пузыря не опасно для жизни. Через некоторое время после иссечения части пузыря

образуется полый орган с резервуаром, достигающим нормальной емкости с хорошей функцией. Такие же наблюдения приведены в работах других авторов /Т.И.Лукашин,I960; В.И.Русаков,I96I; Кречмер и Барбер – Kretschmer H. and Barber K., I927; Ричардсон – Richardson E. ,I952; Боне, Осборн и Гиттль – Bohne A., Osborn R. and Hittle P. , I955; Мазо – Massey B., I959 и др./.

Поэтому разработка или усовершенствование способов сберегательных операций, при которых на практике претворялась бы в показанных случаях идея о сохранении сфинктера мочевого пузыря и, следовательно, сохранялось естественное мочеиспускание, является практически важной и прогрессивной.

Стремясь подвести под клиническую базу патологоанатомические данные, мы изучили непосредственные и отдаленные результаты резекции мочевого пузыря в зависимости от протяженности прямого внутристеночного распространения раковых элементов и объема удаляемой части органа у 82 больных.

Из 82 больных I9 человек имели I клиническую стадию – типичную фиброэпителиому, 52 – П стадию – атипичную фиброэпителиому и ворсинчатый рак, 7 – Ш стадию – ворсинчатый и солидный рак, 4 – рецидив папилломатоза на рубце передней стенки.

Следует отметить, что после микроскопического исследования операционных препаратов, взятых при резекции,

степень развития опухолей по стадиям резко изменялась, т.е. по злокачественности они стали на ступень выше, что видно из сравнительных данных, приведенных в таблице 22.

Таблица 22

Стадия	Клиническая стадия	Патологоанатомическая стадия
I стадия /T_I/	I9	2I
II стадия /T_2/	52	33
III стадия /T_3/	7	20
IУ стадия /T_4/	–	7
Папилломатоз	4	–
Гемангиома	–	I
Итого	82	82

Таким образом, при клиническом определении стадии преобладала II /52 случая/, мало было в III стадии /7 человек/; IУ стадия клинически не была определена. Как видно из таблицы/22/, после микроскопического исследования опухолей картина в стадийности значительно изменилась: меньше стало II стадии и значительно больше – III. В 7 случаях имела место IУ стадия и в I – гемангиома.

Из изложенного можно сделать вывод, что при III и IУ стадиях исходы резекции будут худшими, чем при ранних стадиях /I,II/. На исходах резекции мочевого пузыря и выживаемости больных после этой операции мы остановимся подробно в следующей, IX главе.

Резекцию мочевого пузыря мы проводили под эфирным /до I956 г./ и эфирно-кислородным /с I956 г./ наркозом с

потенцированием. Обезболивание наступало полное, с достаточным расслаблением мышц брюшного пресса.

При геми- и субтотальной резекции мочевого пузыря, особенно в случаях с уретероцистонеостомией, мы применяли дугообразный разрез в надлобковой области, у 3 из 82 больных пересекали прямые мышцы живота. Этим доступом удается без особого труда обнажить мочевой пузырь настолько, насколько это необходимо для резекции; кроме того, в этом случае легче провести ревизию околопузырной клетчатки и отыскать регионарные лимфатические узлы, которые чаще всего располагаются в районе развилки общих подвздошных артерий /УП фрагмент/. Лимфатические узлы мы удаляем по возможности с окружающей их клетчаткой. С целью профилактики кровотечения при обширных резекциях у 17 больных мы лигировали внутренние подвздошные артерии; операции проходили с минимальным кровотечением. Перевязка указанных сосудов не оказывала отрицательного влияния на заживление раны мочевого пузыря. Полость таза дренировали через надлобковую рану.

По объему операции у наших больных распределяются следующим образом /таблица 23/.

Таблица 23

Объем резекции мочевого пузыря	Патологоанатомические стадии					Количество больных	Процент
	I /T_1/	II /T_2/	III /T_3/	IУ /T_4/	кавернозная гемангиома		
Резекция I/4 мочевого пузыря	8	5	–	–	–	I3	I5,85
Резекция I/3 –"–	7	8	7	2	–	24	29,3
Резекция I/2 –"–	3	I0	9	3	I	26	3I,7
Резекция I/2 мочевого пузыря с уретероцистонеостомией	3	6	3	I	–	I3	I5,85
Резекция 2/3 мочевого пузыря с уретероцистонеостомией	–	4	I	I	–	6	7,3
Итого	2I	33	20	7	I	82	

Из 82 операций лишь у I3 /I5,85%/ больных сделана резекция I/4 мочевого пузыря; 69 больным /84,I5%/ произведены расширенные резекции /от I/3 до 2/3 объема органа/.

Виды резекции мочевого пузыря указаны в таблице 24.

Макроскопически опухоли грубоструктурного вида на ножке размерами меньше 2 см наблюдались у 32 человек, грубоструктурные на широком основании больше 2 см – у I6, травовидной формы I,5 –2,5 см в диаметре у 9, узловатой формы больше 2 см /солидный рак и ангиома I см/ – у I4, плоские инфильтрирующего вида с распадом – у 7 и папилломатоз мочевого пузыря /по рубцу передней стенки/– у 4 больных.

Таблица 24

Виды резекции мочевого пузыря	Кол-во больных
Циркулярная резекция верхушки	6
Резекция передней стенки с верхушкой..	3
Резекция передней стенки	4
Клиновидная резекция правой заднебоковой стенки	20
Клиновидная резекция левой заднебоковой стенки	I5
Гемирезекция правой заднебоковой стенки	7
Гемирезекция левой заднебоковой стенки	8
Гемирезекция правой половины пузыря с уретероцистонеостомией	I0
Гемирезекция левой половины пузыря с уретероцистонеостомией	2
Субтотальная резекция пузыря с уретероцистонеостомией	7
Итого	82

У 63 больных опухоли локализовались в подвижных отделах мочевого пузыря, т.е. в районе тела и верхушки его, у I9 – они располагались в зоне правого или левого устья мочеточника /в неподвижной части/. Этим больным были сделаны расширенные резекции с иссечением зоны мочеточниковых отверстий с уретероцистонеостомией.

Объем и вид резекции мочевого пузыря устанавливали с учетом анатомической формы опухоли, размеров ее, изменений на слизистой оболочке пузыря /буллезный отек, воспа-

ление/, вызванных опухолевым процессом, степенью прорастания стенки мочевого пузыря опухолью, выявленной на цистограммах.

По нашему мнению, радикальность операции резекции мочевого пузыря во многом зависит от степени внутристеночной инфильтрации раковой опухолью. Поэтому прежде чем расширить показания и обосновать объем резекции пузыря, мы провели микроскопическое исследование гистотопографических срезов из анатомических препаратов мочевых пузырей и их частей, взятых на аутопсии и резекции в ранний период нашей хирургической деятельности /1957/. При микроскопическом исследовании мы проследили протяженность прямого внутристеночного распространения опухолевых клеток в продольном и перпендикулярном направлениях при различных типах и стадиях опухолевого роста. Это позволило установить, что непосредственный рост злокачественной опухоли в стенке мочевого пузыря происходит в трех направлениях: в глубину стенки от слизистой оболочки, в просвет мочевого пузыря и внутристеночно во все стороны от внешней макроскопически видимой границы опухоли.

При опухолях экзофитного типа размерами меньше I см раковые клетки или ограничивались ножкой опухоли, или распространялись в продольном направлении на 2-8 мм от наружного края основания опухоли, а в перпендикулярном - они не выходили за пределы глубокого слоя собственной слизистой оболочки /рис.95/, при опухолях больше 2 см в



Рис.95. Разновидности экзофитного типа рака I стадии. Распространение раковых клеток по плоскости стенки в ряде случаев достигало 2 - 8 мм от ножки опухоли. Схема.

диаметре раковые клетки распространялись на протяжении от 5 до 38 мм от края опухоли и инфильтрировали в слизистый, подслизистый и частично до мышечного слоя /рис.96/; в ряде случаев раковые клетки прорастали все слои стенки мочевого пузыря, но процесс не выходил за пределы стенки /рис.97/. При солидном и инфильтрирующем раке опухолевые клетки распространялись на расстоянии от 24 до 58 мм во все стороны от внешнего края макроскопически ощутимой границы опухоли; в перпендикулярном направлении раковые клетки прорастали все слои пузырной стенки, околопузырную клетчатку над опухолью /рис.98 и 99/, а в ряде случаев имели место метастазы в регионарные лимфатические узлы.

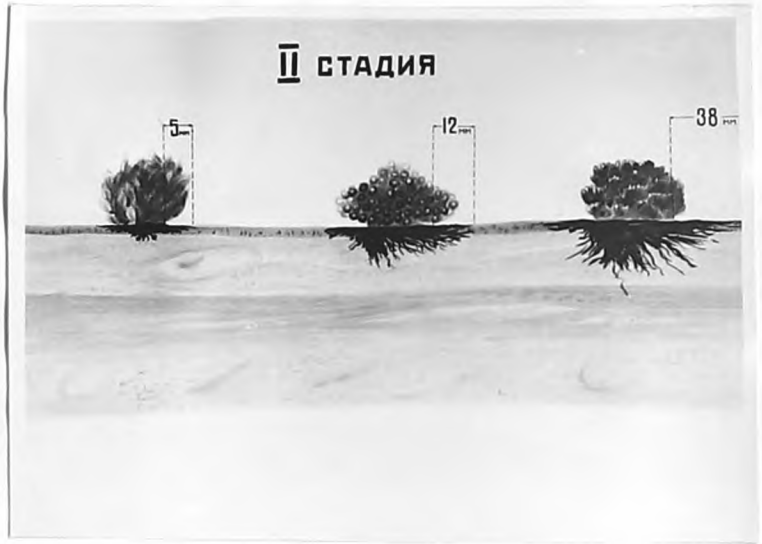


Рис.96. Разновидности экзофитного типа рака II стадии. Распространение раковых клеток по плоскости стенки было на расстоянии от 5 до 38 мм от внешнего края опухоли, а в глубь стенки- прорастали подслизистый слой. Схема.

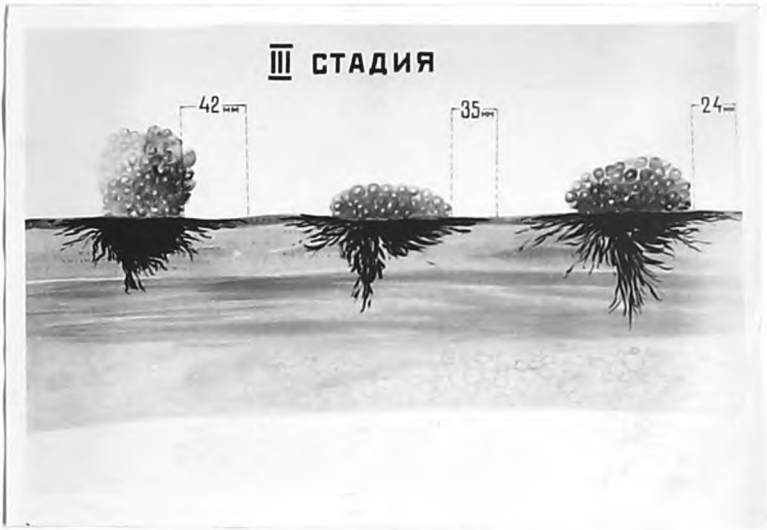


Рис.97. Разновидности экзофитно-эндофитного рака III стадии. Распространение опухолевых клеток по плоскости стенки наблюдалось на протяжении 24-42 мм от наружного края опухоли, а в глубь стенки - инфильтрировали мышечный слой. Схема.

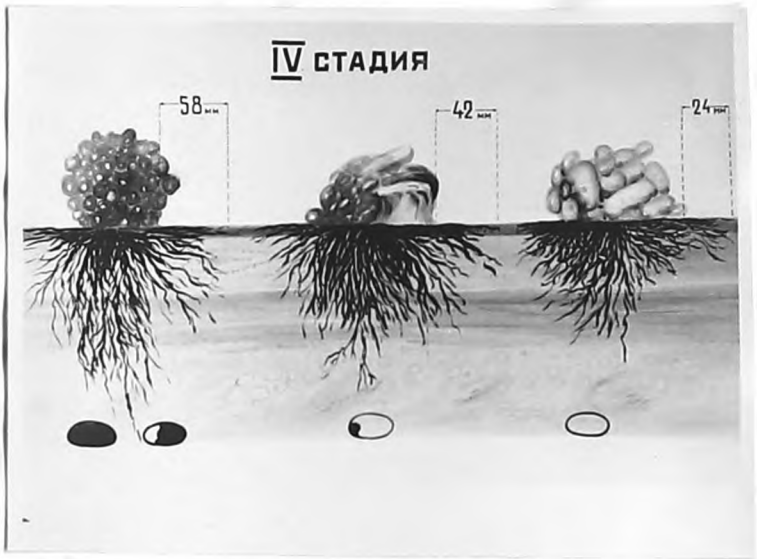


Рис.98.Разновидности экзофитно-эндофитного /ворсинчатого,солидного/рака IУ стадии.Опухолевые клетки распространялись по плоскости стенки на протяжении 24-58 мм от наружного края опухоли. В глубь стенки они инфильтрировали мышечный слой и паравезикальную клетчатку. В некоторых случаях наблюдались метастазы рака в регионарных лимфатических узлах. Схема.



Рис.99.Раковые комплексы /Р/ расположены в перивезикальной клетчатке /1/ недалеко от мышечного слоя /2/.Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Увел.ок.5 х об.10.

Таким образом, независимо от анатомической формы, рак мочевого пузыря обладает инфильтрирующим ростом на том или ином протяжении. При солидном и диффузно-инфильтрирующим раке опухолевая инфильтрация как в продольном, так и в перпендикулярном направлениях наиболее выражена. Эти предварительные патологоанатомические исследования позволили нам уточнить и расширить показания к применению расширенных резекций мочевого пузыря, пораженного опухолью. За последние 6 лет /1958–1963/ мы применяем чаще резекцию 1/2 и 2/3 мочевого пузыря и уретероцистонеостомию с благоприятным исходом.

Минимальное и максимальное расстояние линии сечения стенки от наружного края основания опухоли при резекции мочевого пузыря указано в таблице 25.

Таблица 25

Ширина поля сечения от основания опухоли	Число случаев
от 6 мм до 25 мм	21
32 " до 40 "	33
35 " до 40 "	20
35 " до 60 "	8
Итого	82

Следует, однако, отметить, что в таблице приведены расстояния двух крайних точек: минимальной и максимальной.

При опухолях I стадии, когда раковые клетки не выходили за пределы ножки опухоли, а при распространении их по площади 2-8 мм /в некоторых случаях/, линия сечения стенки проходила на расстоянии от 6 до 25 мм от внешней макроскопически видимой границы опухоли /рис.100/. При опухолях II ста-



Рис.100. Клиновидная резекция правой заднебоковой стенки мочевого пузыря с устьем мочеточника. Ширина поля сечения стенки 6-25 мм от ножки опухоли. Схема.

дии, когда раковые клетки распространялись вдоль стенки на протяжении от 5 до 38 мм, линия сечения стенки пузыря проходила на расстоянии от 32 до 40 мм от внешнего края опухоли /рис.101/. В III стадии /в том числе I сл.геманги-ома/ при распространении опухолевых элементов на площади от 24 до 58 мм от наружного края опухоли /рис.102/, стенка

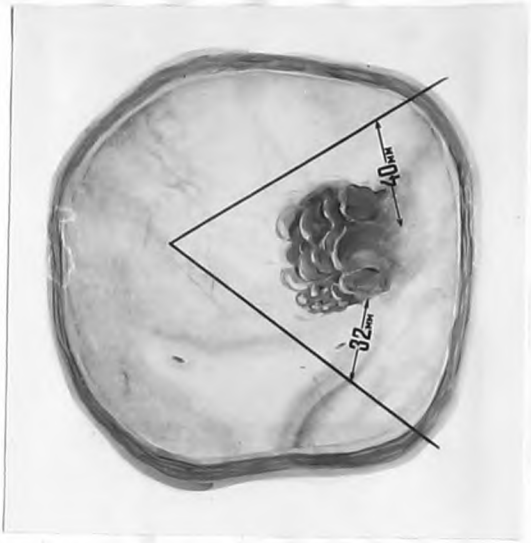


Рис.I0I.Клиновидная резекция мочевого пузыря с устьем левого мочеточника. Линия сечения стенки прошла на расстоянии 32-40 мм от внешнего края опухоли. Схема.

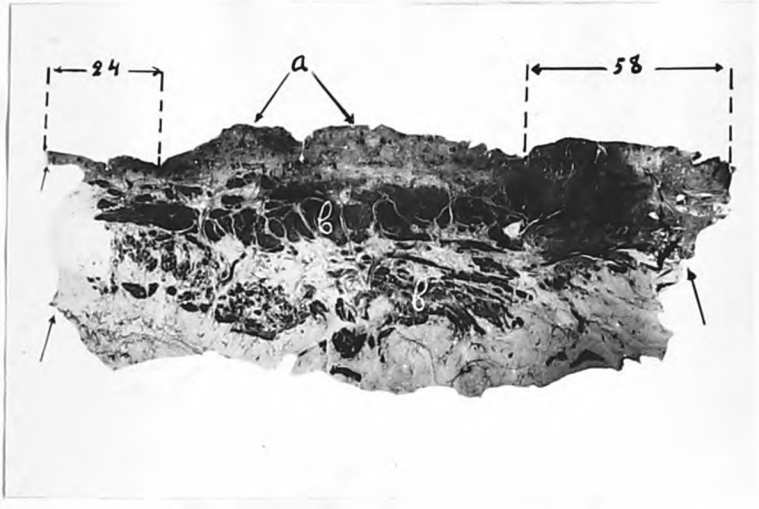


Рис.I02. Операционный препарат /резекция/. Распространение раковых клеток вдоль стенки было на 24-58 мм от основания опухоли. а - раковая опухоль, в - мышечный слой пузыря. Лупа.

пузыря иссекалась на расстоянии от 30-35 до 60 мм от основания опухоли/рис.I03/,либо производилась субтотальная резекция мочевого пузыря /рис.I04/.

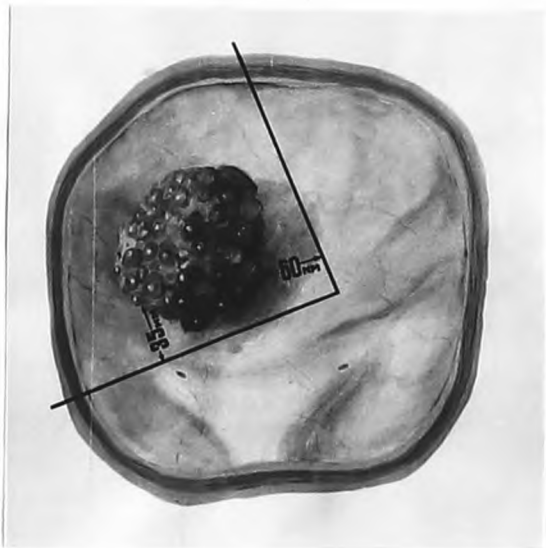


Рис.103.Клиновидная резекция мочевого пузыря. Линия сечения стенки прошла на расстоянии 35-60 мм от наружного края опухоли. Схема.

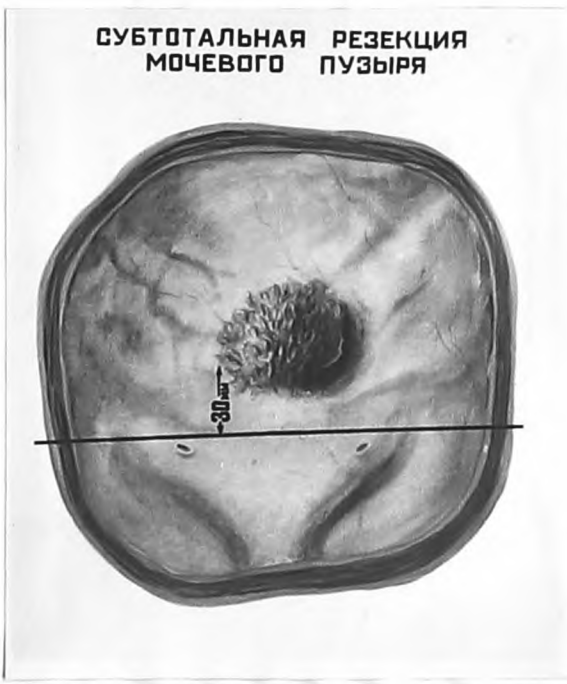


Рис.104. Субтотальная резекция мочевого пузыря.Линия сечения стенки прошла непосредственно около межмочеточникового валика и устьев мочеточников на расстоянии 30 мм от края опухоли. Схема.

в/ Цистэктомия

К числу радикальных хирургических методов лечения злокачественных новообразований мочевого пузыря следует отнести цистэктомию с отведением мочи в кишечник или на кожу; методика этих операций на протяжении 60 лет минувших непрестанно совершенствовалась, а результаты лечения улучшались. Однако эта операция нашла немногочисленных сторонников /С.П.Федоров, А.П.Цулукидзе, Л.Б.Полонский, Я.Г.Рихтер и др./, хотя показания к ней наметились еще в конце XIX века /С.Ф.Дерюжинский, П.И.Модлинский, С.П.Федоров/. Большинство хирургов и урологов к цистэктомии относятся осторожно /А.П.Фрумкин, И.Н.Шапиро, А.М.Гаспарян и др./. Это объясняется тем, что цистэктомия, независимо от ее варианта, приводит к ряду неизбежных функциональных нарушений. Возможные при этой операции осложнения усугубляют их, а порою оставляют после себя непоправимые расстройства /пиэлонефрит, уретеропиэлоэктазия и пр./.

Согласно данным иностранной литературы, все более отчетливо выясняется, что практические итоги большой работы хирургов и урологов по техническому усовершенствованию операции цистэктомии относительно скромны. Об этом свидетельствует тот факт, что спустя 5 лет после цистэктомии, остаются в живых не больше 15,2% /Л.Б.Полонский, 1960/ - 6,8% /Лидбеттер и Купер - Leadbetter W. and Cooper J.,1950/ - 21% /Витмор, Маршалл, 1962/ оперированных больных.

За I3 лет мы выполнили цистэктомию у 20 больных /I9 мужчин и I женщина/ в возрасте от 29 до 63 лет.

При клинико-рентгенологическом обследовании у I человека обнаружен диффузный папилломатоз мочевого пузыря, у 4 – инфильтрирующий рак с поражением до 2/3 пузыря /опухоли поражали зону устьев мочеточников, пузырный треугольник и шейку пузыря/, у I4 – ворсинчатый рак с признаками инфильтрирующего роста /одиночные и множественные опухоли размерами от 3 х 4 до 5 х 8 см/; опухоли локализовались, как правило, в нижнем сегменте пузыря – в зоне устьев мочеточников с переходом на пузырный треугольник /9 случаев/ и шейку пузыря. У одного больного диагносцирована опухоль мочевого пузыря рентгенологически /размерами 8 х I0 см/, основание которой /2,5 см/ исходило из пузырного треугольника.

При микроскопическом исследовании операционных препаратов I стадия /T_I/ рака обнаружена у I больного; II /T_2/ – у 9, у 2 из них с прорастанием раковых клеток в лимфатические капилляры /I/ и вены /I/; III /T_3/ – у 6, у 2 из них с прорастанием вен и лимфатических капилляров; IУ /T_4/ – у 3 с наличием эндокарциноза лимфатических капилляров и вен, у одного из них обнаружен метастаз рака в илиакальных лимфоузлах. У I больного обнаружена веретенообразная саркома /росла на ножке/.

Из приведенных данных видно, что эта группа больных имела наиболее запущенные формы раковой болезни. Поэтому

показания к цистэктомии у них были вполне обоснованы.

Мы применяли различные виды цистэктомии: 6 больным произвели двухмоментную цистэктомию, причем у одного из них в первый момент пересадили оба мочеточника в сигму чрезбрюшинно /2I/I-I952/, а через 9 месяцев /2I/X-I952/ произвели простую цистэктомию; 5 больным /из 6/ в первый момент пересаживали левый мочеточник в сигму внебрюшинно, а спустя 4-6 недель производили цистэктомию и пересадку правого мочеточника в верхний отдел прямой кишки. 2 из них вместе с пузырем удалили предстательную железу, семенные пузырьки и регионарные лимфатические узлы.

При гистологическом исследовании у 5 больных обнаружена картина низкодифференцированного плоскоклеточного неороговевающего рака. В одном случае обнаружена атипичная фиброэпителиома.

I0 больным мы сделали одномоментную внебрюшинную цистэктомию с пересадкой мочеточников в прямую кишку по методике А.П.Цулукидзе /предложенной в I948 г./. Доступ к мочевому пузырю мы осуществляли дугообразным разрезом в надлобковой области, прямые мышцы живота раздвигали крючками Госсе. Этот разрез вполне обеспечивает доступ к пузырю, мочеточникам, к предстательной железе и к тазовым регионарным лимфатическим узлам. С целью профилактики кровотечения в пяти случаях лигировали внутренние подвздошные артерии, в одном - висцеральные пузырные артерии и удаляли тазовые лимфатические узлы в районе УП-УI фрагмен-

тов. У 6 из 10 больных удаляли мочевой пузырь вместе с предстательной железой и семенными пузырьками; уретру пересекали ниже предстательной железы. Мочеточники дренировали хлорвиниловыми трубками диаметром 4 мм, дистальные концы которых выводили через анальное отверстие наружу и удаляли их на 9–14 день после операции. Если они забивались слизью или солями, мы удаляли трубки немедленно /это наступало обычно на 4–6 сутки/. Более длительное пребывание трубок в мочеточниках не вело к ухудшению послеоперационного течения; моча всегда оттекала по ним свободно даже в том случае, если у больных на 4–6 сутки возникал метеоризм и ампула прямой кишки резко растягивалась в связи со скоплением в ней газов и фекальных масс. В этот период может возникнуть несостоятельность швов мочеточников и отхождение последних от прямой кишки, в результате возникает весьма неприятное осложнение – образуется мочевой или мочекаловый свищ.

4 больным произвели простую цистэктомию; у них опухоли были одиночные без признаков глубокой внутристеночной инфильтрации /опухоли локализовались в зоне устьев мочеточников/. Уретру пересекали выше предстательной железы.

У 3 человек уретру зашивали, у 7- не зашивали. У 9 больных полость таза дренировала через надлобковую рану, у 1 – через уретру. В прямой кишке оставляли газоотводную трубку на 6–8 дней, но меняли ее ежедневно.

Опасных осложнений во время операции мы не наблюдали. Однако нужно помнить, что к непосредственным осложнениям, могущим наступить, следует отнести шок, развитие которого чаще связано с кровотечением или грубыми манипуляциями при выделении мочевого пузыря, простаты и семенных пузырьков. Особенно технически трудно удалять их у тучных больных, у которых эти органы залегают глубоко, а операционное поле мало. В одном случае мы наблюдали массовое кровотечение при экстирпации пузыря, остановить которое удалось только после легирования внутренних подвздошных артерий.

При гистологическом исследовании операционных препаратов в 2 случаях обнаружен диффузно-инфильтрирующий рак с прорастанием в мышечный слой и частично в паравезикальную клетчатку и в одном – инфильтрация рака не выходила за пределы мышечного слоя. Вдоль стенки опухолевые клетки распространялись на протяжении от 24 до 52 мм от внешнего края основания опухоли. В просвете лимфатических капилляров и вен содержались раковые клетки в виде микротромбов. Гистологическая структура опухолей-эпидермоидный рак. В семи случаях опухоли были экзофитного вида, в четырех из них раковые клетки погружались в подслизистый слой и в трех случаях – в мышечный слой. Вдоль стенки опухолевые клетки распространялись на расстоянии от 5 до 18 мм от наружного края опухоли. Гистологическая структура их – плоскоклеточный неороговевающий рак. В одном случае – веретенообразная саркома.

Четырем больным мы сделали цистэктомию с формированием резервуара для мочи на мягком полиэтиленовом эндопротезе по методике кубинских врачей, усовершенствованной в Тбилиском институте урологии /операция "ТИУ"/ у мужчин /в возрасте 36,54,59 и 62 лет/. У одного из них удалили мочевой пузырь, предстательную железу и семенные пузырьки, 3 – выполнена простая цистэктомия. Лимфатические узлы удаляли из района УП и УI фрагментов. У этих больных мы лигировали внутренние подвздошные артерии. У трех человек мочеточники фиксировали к передней стенке прямой кишки в 2 см от пересеченной уретры, у одного – подшили их к оставшейся задней губе шейки мочевого пузыря. Мочеточники дренировали хлорвиниловыми трубками диаметром 4 мм. Полость таза дренировали также хлорвиниловыми трубками диаметром 5 мм. Все концы трубок и трубку от эндопротеза выводили через уретру наружу. Операционная рана надлобковой области зашивалась послойно наглухо.

При микроскопическом исследовании в одном случае обнаружен диффузно-инфильтрирующий рак с прорастанием опухолевых элементов всех слоев стенки пузыря, а в продольном направлении они распространялись на протяжении от 32 до 39 мм от основания опухоли. В регионарных лимфатических узлах обнаружены метастазы рака. У остальных трех больных раковые клетки погружались в подслизистый и частично в мышечный слой; вдоль стенки они прорастали в виде инфильтратов или папиллярных выростов на слизистой оболочке на

протяжении от 7 до I8 мм от внешнего края опухоли. В лимфоузлах метастазов рака не было обнаружено. Гистологическая структура опухолей – плоскоклеточный неороговевающий рак.

3. Паллиативные хирургические операции

а/ Электроэксцизия опухоли на вскрытом пузыре

Электроэксцизию опухоли на вскрытом мочевом пузыре мы выполнили 45 больным. У 39 человек наблюдался ворсинчатый рак, у 2 – солидный, у 3 – ограниченный папилломатоз и у одного больного – саркома /установлена на операции/.

Ворсинчатого вида опухоли /в том числе множественные/ и саркома росли на ножке различной толщины /до 0,8 см/ и длины /до 0,5 см/, солидные раки имели вид узла.

У I4 больных опухоли располагались на правой боковой стенке тела пузыря, у I6 – на левой боковой стенке тела, у 2 – на передней, у 8 – на задней стенке тела пузыря, у 2 – на верхушке пузыря, у I – в зоне основания пузырного треугольника, у I – одновременно на передней и задней стенках и у одного больного имели место множественные опухоли на ножке.

У 8 больных размеры опухолей составляли от I до I,5 см, у I3 – от I,2 до 2,5 см, у 9 – от I,5 до 2 см, у 7 – от 2 до 3 см, у 6 – от 3 до 6 см и у 2 больных – от 0,2 до 0,2 см /множественные в виде очагов на площади до 2,5см/

Техника чрезпузырной электроэксцизии заключалась во вскрытии мочевого пузыря и иссечении опухоли вместе со слизистой оболочкой и частично с мышечным слоем в пределах здоровых тканей /от I,5 до 3 см от края опухоли/. Мы пользовались только электродиатермическим методом. Дефект в стенке пузыря зашивали погруженными кетгутовыми швами. Пузырь не зашивали; для отведения мочи в полости его оставляли резиновую трубку, которую удаляли на I2-I6 день. Некоторые авторы /Г.А.Рихтер и др./ зашивают мочевой пузырь наглухо. Мы не могли это делать только потому, что наши больные имели, как правило, инфицированную мочу. Зашивание наглухо пузыря могло привести к инфицированию верхних мочевых путей и операционной раны. При расхождении швов пузыря моча затекает в ретциево пространство и возможно развитие флегмоны тазовой клетчатки и брюшной стенки.

В ретциевом пространстве мы всегда оставляли либо марлевый тампон, либо резиновую трубку на двое-трое суток.

Удаленные опухоли направлялись на гистологическое исследование.

б/ Электрокоагуляция опухоли трансвезикально

Трансвезикальная электрокоагуляция опухолей мочевого пузыря предложена в I9I5 г. Б.Н.Хольцовым. При этом производят высокое сечение мочевого пузыря с последующим иссечением опухоли вместе с ее ножкой, а основание опухоли

электрокоагулируют. В тех случаях, когда опухоль растет на широком основании, ее разрушают электрокоагулятором от периферии к основанию опухоли. При небольших одиночных опухолях Б.Н.Хольцов зашивал пузырь наглухо. При больших и множественных опухолях, автор оставлял губовидный свищ с тем, чтобы через 2-3 недели снова осмотреть полость пузыря, и при наличии в нем опухоли, незамеченной во время первой операции, или при подозрении на опухоль произвести электрокоагуляцию повторно. Подобные манипуляции В.Н.Хольцов проделывал от одного до трех раз. Убедившись в отсутствии остатков опухоли, он закрывал свищ. Показаниями к трансвезикальной электрокоагуляции Б.Н.Хольцов считал невозможность выполнить эндоэлектрокоагуляцию в виду больших размеров опухоли, наличия профузной гематурии и цистита. Недостатком указанного метода, согласно Б.Н.Хольцову, является большая частота рецидивов /процент не указан/.

В настоящее время трансвезикальная электрокоагуляция применяется довольно широко, однако лишь в том случае, когда другие способы по каким-либо причинам не могут быть применены, иногда этот метод применяется при угрожающем кровотечении, полной задержке мочи, а также при сужении мочеиспускательного канала.

Д.Д.Мурванидзе /1958/ трансвезикальную электрокоагуляцию произвел у 14,9% /58 чел./ больных, причем в 75% случаев эта операция была сделана с целью остановки кровотечения и наложения надлобкового свища в связи с задерж-

кой мочи. После операции в 37% случаев мочевой пузырь закрывался наглухо, в 63% – оставлялся надлобковый свищ. Из 36 человек, которым был оставлен надлобковый свищ, умерло 11 больных /30,8%/, 9 – выписано с надлобковым свищем и 16 – с зажившим свищем в хорошем состоянии.

Следует сказать, что трансвезикальная электрокоагуляция опухоли является операцией вынужденной. Мы разделяем точку зрения Б.Л.Полонского, считающего, что если пузырь вскрыт, то следует сделать резекцию мочевого пузыря, но ни в коем случае не прибегать к электрокоагуляции опухоли. После этой процедуры врач не уверен в полном уничтожении опухоли, а в последующем она может развиваться более прогрессивно.

В нашей практике из 258 больных, подвергнутых различным хирургическим операциям, трансвезикальная электрокоагуляция произведена в 13 случаях, что составляет 3,4% по отношению к оперированным больным.

При клиническом обследовании у 10 человек обнаружен ворсинчатый рак, у 1 – солидный, у 1– инфильтрирующий рак и у 1 больного папилломатоз. По клиническим признакам и течению болезни в 1 стадии был 1 больной, во 11 – 5, в 111 стадии – 4. Рецидив опухоли – у 3 больных. У больных, отнесенных к 111 стадии опухоли были больше 2,5 см, у некоторых из них они поражали мочевой пузырь до половины площади его и располагались преимущественно в зоне устьев мочеточников с переходом процесса на пузырный треугольник. У

3 человек имело место снижение функции обеих почек и у одного – нефункционировала одна почка.

Операция состояла в высоком сечении мочевого пузыря с последующей электрокоагуляцией опухоли до полного уничтожения ее в один прием. Мочевой пузырь мы не зашивали наглухо; для отведения мочи оставляли в нем резиновую трубку, которую удаляли после восстановления естественного мочеиспускания. Дренирование мочевого пузыря резиновой трубкой обеспечивало свободное выделение оторгнувшихся кусочков обугленной ткани опухоли и безболезненное промывание мочевого пузыря. После этого моча становилась прозрачной, рана заживала без осложнений, ускорялось заживление надлобкового свища.

У I2 человек мы исследовали кусочки опухоли, взятые на операции, у 9 из них оказался плоскоклеточный неороговевающий рак, у I – аденокарцинома и у 2 больных обнаружена папиллома без признаков митоза клеточных элементов /исследовались верхние слои опухоли/.

в/ Демукозация

Согласно литературным данным, после трансвезикальной электрокоагуляции непосредственные, и особенно отдаленные, результаты неудовлетворительные: не в каждом случае удается полностью уничтожить опухоль. Очень рано после операции наступают рецидивы опухоли, причем нередко опухоль на вид доброкачественная, после электрокоагуляции быстро перерождается в рак, который потом протекает чрезвычайно злокаче-

ственно с обширным поражением органа и дает метастазы в лимфатические узлы и в отдаленные органы /Г.А.Рихтер и др./

Это побудило сотрудников клиники А.П.Фрумкина /Н.М. Иглицин и В.А.Романова,1954/ предложить операцию демукозации мочевого пузыря. Она состоит в удалении половины слизистой оболочки пузыря вместе с опухолью. При множественных опухолях, поражающих большую площадь пузыря, производят субтотальное удаление слизистой оболочки, оставляя лишь отдельные островки ее, из которых в последующем регенерирует вся слизистая оболочка мочевого пузыря.

Отдаленные результаты от демукозации, по наблюдению А.П.Фрумкина, оказались значительно хуже, чем после эндоэлектрокоагуляции: в течение первого года после операции в 27% случаев появились рецидивы опухоли /А.П.Фрумкин/. Из этого следует сделать вывод, что демукозация не является радикальным методом лечения злокачественных новообразований мочевого пузыря и поэтому она не привилась в урологической практике.

У нас эта операция также не нашла широкого применения. За 13 лет мы произвели демукозацию 5 больным /1,4% по отношению к оперированным больным/, у 3 человек опухоли росли на ножке размерами до 3 см, у 1 – была опухоль травовидной формы и у одного больного – папилломатоз.

После вскрытия мочевого пузыря и осмотра его полости, слизистая оболочка вместе с опухолью иссекалась на площади до 1/3 ее поверхности. Мочевой пузырь не зашивали, полость

его дренировали резиновой трубкой для отведения мочи. Удаляли трубку после восстановления естественного мочеиспускания.

При гистологическом исследовании у всех 5 больных обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак с прорастанием в глубокий слой собственной слизистой оболочки.

г/ Эндовезикальная электрокоагуляция

Беер /Beer,E1910/ первый сообщил о возможности применения диатермического высокочастотного тока для коагуляции папиллом. Этот метод быстро привлек внимание хирургов и урологов. Эндовезикальная электрокоагуляция опухолей мочевого пузыря получила широкое распространение и многим казалось, что этот метод решает проблему лечения новообразований пузыря. В дальнейшем положительные отзывы не без основания уступили место разочарованию.

В настоящее время большинство урологов уже не сомневается в том, что возведенные в стандарт эндовезикальная и трансвезикальная электрокоагуляция не являются радикальными хирургическими методами лечения опухолей мочевого пузыря. После применения эндоэлектрокоагуляции рецидивы опухоли наступают в 65-80% случаев. По данным Д.Д.Мурванидзе /1958/ рецидивы наступают в течение первого года в 36,6% случаев, в течение пяти лет - в 78,8%, по данным А.Я.Пытеля /1964/ - в 54%.

Несмотря на неудовлетворительные результаты, этот

метод все еще занимает значительное место среди других хирургических способов лечения рака мочевого пузыря. Так, в клинике И.Н.Шапиро /1938/ эндоэлектрокоагуляции подверглось 38,1% больных, у А.П.Цулукидзе /1958/ - 21,8%, у И.П.Карпунькина /1957/ - 46,2%, у М.Г.Купершляк /1958/ - 57%, у Ч.А.Синкевичус /1963/ - 21,2%, у С.Петкович /1956/- 42%, у Ян Кучера /1963/ - 42,8%; в клинике С.П.Федорова /1927/ эндоэлектрокоагуляцию применяли у 12,2% больных, у И.И.Сабельникова /1963/ - у 8,2%. Б.Л.Полонский /1963/ совсем не применяет ее.

В свете этих данных возникает вопрос, нужно ли применять эндоэлектрокоагуляцию для лечения опухолей мочевого пузыря? По мнению Д.Д.Мурванидзе, эндоэлектрокоагуляция может быть применена лишь у 10% больных опухолями мочевого пузыря. С этим нельзя не согласиться. При папиллярных опухолях меньше 1 см в диаметре, растущих на нежной ножке, эндоэлектрокоагуляцией можно достичь полного уничтожения опухоли в один сеанс с длительным отдаленным результатом /5-10 лет/, но если опухоль не поддается электрокоагуляции в один-два приема, то нет никакой необходимости продолжать эту процедуру и тратить время. В данном случае показано удаление опухоли с частью стенки пузыря /т.е. надо делать резекцию мочевого пузыря/. Следовательно, подход должен быть строго индивидуальный.

За 13 лет в нашей клинике эндоэлектрокоагуляцию опухоли мы применили у 75 больных /19,6%/ из 258, подвергав-

шихся хирургическому лечению. Эту операцию мы выполняли, как правило, под местным обезболиванием: за I0–I5 минут до процедуры вводили в пузырь 0,6% раствор дикаина в количестве от I00 до I50 мл. Коагуляция опухоли и основания ее не вызывала болевых ощущений и поэтому операция выполнялась спокойно. 2 больным мы применяли спинномозговую анестезию.

У 72 больных наблюдались первичные опухоли и у 3 – рецидив. По нозологическим формам и клиническому течению наши больные распределяются следующим образом: 53 человека имели I стадию /типичную фиброэпителиому/, 6 человек – I стадию /атипичную фиброэпителиому/, I6 человек – II стадию /атипичную фиброэпителиому/.

Размеры опухолей у этой группы больных приведены в таблице 26.

Таблица 26

Размеры опухоли, в мм		Число случаев		Процент
Одиночные	от 2 мм до 5 мм	6		
	от 5 мм до I0 "	I9		
	от 6 мм до I2 "	2	49	65,3
	I0 мм до I0 "	22		
	I0 мм до I5 "	5		
	I5 мм до I5 "	4	I5	20,0
	I5 мм до 20 "	5		
	25 мм до 25 "	I		
	Итого	64		83,3
Множественные /до 8 шт/.	от 2 мм до 25 мм	II		I4,7
	Всего	75		

Из таблицы 26 видно, что у 49 /65,3%/больных одиночные опухоли были меньше I0 мм в диаметре и у I5 /20%/ - больше I0 мм /от I0 до 25 мм/. Множественные опухоли /от 2 до 8 шт/ обычно были значительных размеров /2 х I5 х I5 мм/.

Опухоли локализовались в верхнем сегменте мочевого пузыря: в 33 случаях-над устьем правого мочеточника, в 29- над устьем левого мочеточника, в 8 - на задней стенке тела пузыря, в 3 - на рубце передней стенки, в I - на левой боковой стенке и в I - в зоне основания пузырного треугольника. Таким образом, у 74 больных этой группы можно было произвести радикальную резекцию мочевого пузыря, однако ни один из этих больных не дал согласия на резекцию.

Таким образом, иногда уролог оказывается перед фактом отказа больного от предлагаемой ему радикальной операции /резекции пузыря/, когда состояние его хорошее и не нарушена трудоспособность, а разъяснительная работа среди больных не достигает успеха; поэтому приходится применять эндоэлектрокоагуляцию опухоли /где она возможна/, не расширяя показания к ней.

Приводим данные относительно количества сеансов эндоэлектрокоагуляции, потребовавшихся для уничтожения опухоли в зависимости от клинической стадии течения болезни /таблица 27/.

Таблица 27

Число сеансов	Клиническая стадия		Кол-во больных	Процент
	I	II		
Один	40	5	45	60,0
Два	I7	6	23	30,7
Три	I	4	5	6,6
Четыре	I	I	2	2,7
Итого	59	I6	75	

Из таблицы 27 видно, что у 45 /60%/ больных при I /у 40 человек/ и II стадии /у 5 человек/ опухоли были уничтожены в один сеанс, у 23 /30,7%/ - при I и II стадиях для полного уничтожения опухоли понадобилось применить два сеанса, лишь у 5 /6,6%/ - для ликвидации опухоли применялось три сеанса и 2 /2,7%/ больных подверглись четырехкратной электрокоагуляции. Однако следует отметить, что у последних 7 больных, у которых применялось по три и четыре сеанса электрокоагуляции, опухоли были множественные и больших размеров /до 25 мм в диаметре/ и, как оказалось в дальнейшем, эндоэлектрокоагуляция у них не достигла цели: быстро наступил рецидив.

д/ Прочие хирургические операции

Из I8 больных, подвергшихся различным операциям, у 4 человек обнаружен инфильтрирующий рак, у I3 - ворсинчатый и у I больного ангиома. У I7 человек были опухоли больших размеров, у некоторых из них они поражали до I/3 пло-

щади мочевого пузыря /диагносцированные на цистограммах/. Эти больные страдали наиболее запущенными формами рака, возраст их был в среднем 47 лет.

2 из I8 больных мы произвели пересадку мочеточников в сигму внутрибрюшинно как I этап цистэктомии, 2- высадили мочеточники на кожу, I4 больным произведено обнажение мочевого пузыря, у 7 из них с целью произвести одномоментную цистэктомию, но они оказались иноперабильными. У 7 больных была произведена ревизия мочевого пузыря в связи с полной задержкой мочи. На операции оказалось, что у 6 человек /из 7/ раковые опухоли локализовались в дне пузыря и закрывали внутреннее отверстие уретры, что привело к задержке мочи, и у I больного обнаружена сосудистая опухоль /ребенок 2 лет/, поражавшая мочевой пузырь почти тотально. Этим больным,в связи с иноперабильностью, оставлены надлобковые свищи.

При микроскопическом исследовании кусочков опухоли, взятых на операции из пузыря и клетчатки таза, в I0 случаях обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак, в одном - слизистый рак, в одном - недифференцированный рак, в одном - крупноовальноклеточная саркома, в одном - ангиома, у четырех больных биопсия не делалась. В тазовых лимфатических узлах при гистологическом исследовании также были обнаружены метастазы плоскоклеточного рака /у I2 чел./.

Таким образом, из I8 только двое больных были операбильными, которым мы пересадили мочеточники в кишечник -

первый этап цистэктомии; 16 человек оказались иноперабильными.

4. Послеоперационный период

Больные раком мочевого пузыря, подвергшиеся радикальной операции – резекции и цистэктомии, нуждаются в тщательном наблюдении и уходе. Это диктуется тем, что страдают этой болезнью люди преклонного возраста и большей частью ослабленные в результате инфекции мочевых путей. Не меньшее значение имеет состояние сердца и легких, со стороны которых в той или иной степени отмечаются возрастные изменения /аортокардиосклероз, миокардиодистрофия, эмфизема легких, бронхоэктазия/. Особенно тяжело протекает послеоперационный период у тучных субъектов. В этих случаях решающее значение имеет комплексное терапевтическое лечение после операции /антибиотики, сердечные средства, переливание крови, нативной или сухой плазмы и кровозамещающих средств, внутривенное вливание 40% раствора глюкозы, снотворные средства/. Благотворное влияние на вентиляцию легких оказывает дыхательная гимнастика.

Вместе с тем огромное значение имеет внимательное наблюдение за больными во время самой операции на мочевом пузыре, что в значительной степени снижает угрозу возникновения осложнений в послеоперационном периоде.

После резекции и экстирпации мочевого пузыря и других хирургических вмешательств внимание врача должно фиксироваться, во-первых, на мерах, обеспечивающих сохранение

жизни больного непосредственно после операции. Это достигается, прежде всего, идеальной техникой операции, рациональным методом обезболивания, тщательной остановкой кровотечения из операционной раны, достаточным дренажем мочеточников. Во-вторых, борьба с различного рода осложнениями, как в ближайшие дни после операции, так и в отдаленном периоде. Это достигается применением комплекса терапевтических мероприятий: антибиотиики, сердечные и тонизирующие организм лекарственные средства, переливание крови, плазмы и "выхаживание" больных. Наконец, в-третьих, соблюдение санитарно-гигиенических условий и рациональная высококалорийная диета.

Выполняя эти требования, мы облегчаем послеоперационное состояние больного и тем самым достигаем лучших функциональных исходов. При этом снижается летальность, уменьшается пребывание больного в стационаре, увеличивается оборот койки.

Анализ нашего клинического материала показывает, что после 258 различных операций нормальное течение послеоперационного периода было у 225 человек /87,2%/. У 33 /I2,8%/- послеоперационный период протекал с осложнениями, характер которых может быть самый разнообразный.

Из 82 оперированных больных методом резекции мочевого пузыря, у I0 человек /I2,2%/ в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения.

У 4 больных /4,8%/ наблюдались серьезные осложнения, в том числе:

I. Отек головного мозга и острая сердечно-сосудистая недостаточность — у I чел.

2. Динамическая непроходимость кишечника, острое расширение желудка, отек мозга .... — у I "

3. Анурия, острый пиэлит ..... — у I "

4. Несостоятельность швов уретероцистонеостомы, флегмона таза, сепсис, лихорадка, азотемия ..... — у I "

4 чел.

У 6 больных /7,4%/ имели место относительно малые осложнения:

I. Мочевые свищи, периостит лобковых костей, пиурия, лихорадка ..... — у 4 чел.

2. Мочевые свищи, пиурия, пиэлит, бронхопневмония ..... — у 2 "

6 чел.

Таким образом, у I2,2% больных послеоперационный период протекал с различного рода осложнениями: в 4,8% случаев имели место серьезные осложнения и у 7,4% – наблюдались относительно малые осложнения, однако и в том и в другом случаях необходимо было применять комплекс терапевтических мероприятий /до 2 – 2,5 мес./. Следует отметить, что у этих I0 больных наблюдалось 35 осложнений, т.е. по 2,3 и 4 осложнения у одного больного, серьезность которых очевидна. По тяжести клинического течения у 3 из них имели место тяжелые осложнения, послужившие причиной смерти. У одного больного на 5-й день внезапно наступила острая

сердечно-сосудистая недостаточность, у второго – на вторые сутки возникла динамическая непроходимость кишечника и перитонеальные явления, у третьего – на четвертые сутки после операции развилось острое гнойное воспаление клетчатки таза, наступившее в результате несостоятельности швов уретероцистонеостомы, а на 25-й день – острая сердечная недостаточность, перитонит, сепсис и пр.

Приводим для иллюстрации краткие выписки из историй болезни этих больных.

Наблюдение 28. Больной Ш., 58 лет, пенсионер-служащий /история болезни № 2575/, поступил в клинику I9/IУ-I963 г. с диагнозом "рак мочевого пузыря".

В анамнезе облитерирующий эндартериит, лечился медикаментами и в условиях санатория.

В декабре I96I г. наблюдались дизурические явления, затем появилась примесь крови в моче. В момент лечения по поводу эндартериита в хирургическом отделении по месту жительства /г.Красноуфимск/ при цистоскопии была обнаружена опухоль мочевого пузыря. Больному проводилась лучевая терапия в два сеанса; общая доза составила 27000 р. При контрольной цистоскопии после лучевой терапии опухоль оставалась прежнего вида и размеров, гематурия повторялась неоднократно, иногда она носила массовый характер.

Больной правильного телосложения, среднего роста, упитан, активен, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык не обложен. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление I70/85 мм.

Сердце – тоны чистые, границы не расширены. Легкие – дыхание везикулярное, перкуторно – звук с коробочным оттенком. Рентгенологически – аортокардиосклероз, легкие эмфизематозные.

Живот овальный, значительное отложение подкожного жира. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа увеличена, центральная борозда сохранена, гладкая, безболезненная. Пульсация на тыле обеих стоп и подколенных артериях отсутствует, на бедренных – сохранена.

Анализ крови: эр.4500000, гемоглобин 74%, л.4000, гемограмма не изменена. РОЭ I4 мм в час. Остаточный азот крови 25 мг%.

Анализ мочи: цвет прозрачный, уд.вес I025, белок 0,99%о, в микроосадке свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

Хромоцистоскопия. Моча макроскпически прозрачная. Емкость 200 мл. Опухоль грубоструктурного вида на широком основании размерами 2 х 2,5 см располагается на правой заднебоковой стенке мочевого пузыря. Мочеточниковые отверстия сокращаются. Индигокармин выделился из обоих устьев мочеточников через 4 минуты струей интенсивной окраски.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная. На нисходящей цистограмме виден дефект заполнения на правой стенке мочевого пузыря.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стадия.

25/IУ-I963 г. операция под эфирно-кислородным наркозом – клиновидная резекция правой заднебоковой стенки мочевого пузыря.

Разрезом по средней линии живота между пупком и лобком обнажен мочевой пузырь. Правая половина

пузыря экстраперитонизирована. Гемостаз. Электродиатермическим методом произведено клиновидное иссечение правой половины мочевого пузыря. Пузырь восстановлен, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована через надлобковую рану резиновой трубкой и марлевым тампоном. Рана брюшной стенки зашита послойно до дренажей.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 6,5 х 5 см. Опухоль грубоструктурная размерами 2 х 2,5 см на низком основании диаметром I,6 см.

Линия сечения стенки пузыря прошла на расстоянии: сверху на 3 см, снизу - на I,9 см, спереди 2 см и изнутри на I,5 см от внешнего края ножки опухоли.

Лимфатические сосуды на препарате налиты синей массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина, препарат порезан для гистологической проводки и просветления.

Гистологическое исследование препарата № 36690 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон/.

В препарате стенка мочевого пузыря с опухолевой тканью в состоянии распада /окраска гематоксилин-эозином/. Видны диффузно разросшиеся комплексы раковых клеток, образующих тяжи и ячейки. Отмечается резкий полиморфизм раковых клеток с пикнозом ядер. Раковые тяжи и отдельные эпителиальные клетки на всем протяжении основания опухолевого очага внедряются в подслизистый слой. Во многих местах на границе с мышечным слоем встречаются раковые клетки в виде гнезд. Комплексы раковых клеток в виде ячеек и тяжей распространяются вдоль слизистого слоя от основной массы опухоли в одну сторону на 8 мм, на противоположной стороне - на 6 мм. Непо-

средственно около основной массы опухоли в подслизистом слое выражена круглоклеточная инфильтрация. В мышечном слое много кровеносных сосудов, содержащих эритроциты. Лимфатических сосудов на препарате не видно.

Гистологическая структура опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией в подслизистый слой. II стадия/T_2/.

В послеоперационном периоде на 5 сутки утром развилась острая сердечная недостаточность. 30/IУ-1963 г. в 12-20 больной умер.

Протокол вскрытия № 40/6327 от 3/У-1963 г.

Патологоанетомический диагноз: клиновидная резекция мочевого пузыря по поводу рака 25/IУ-1963 г.

Двусторонняя нижнедолевая пневмония. Межплевральные спайки справа. Универсальный атеросклероз: атеросклероз аорты, коронарных сосудов, сосудов основания мозга, почечных артерий, нижних конечностей. Резко выраженный отек мозга. Паренхиматозная дистрофия и застойное полнокровие миокарда, печени и почек.

Генез смерти: смерть наступила от сердечно-сосудистой недостаточности на фоне гипостатической пневмонии и интоксикации /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Наблюдение 29.Больной Г., 39 лет, шофер /история болезни № 3240/, поступил в клинику 21/У-1963 г. с диагнозом "тумор мочевого пузыря".

3 недели тому назад внезапно возникла гематурия, которая продолжалась два дня. Обратился к урологу г.Красноуфимска. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Среднего роста, правильного телосложения, активен, упитан. Кожные покровы и видимые слизистые

оболочки чистые. Язык не обложен. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 140/90 мм.

Органы грудной клетки клинически и рентгенологически без уклонения от нормы.

Живот мягкий, значительное отложение жирового слоя под кожей. Печень, селезенка и почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный.

При бимануальном исследовании очаговых уплотнений в тазу не обнаружено; предстательная железа нормальная.

Анализ крови: эр.4600000, гемоглобин 76%, л.5300, э.3, п.7, с.70, л.19, м.1, РОЭ 10 мм в час. Остаточный азот крови 23 мг%. Белок крови 8,56 г%. Хлориды крови 503 мг%.

Анализ мочи: прозрачная, кислой реакции, уд. вес 1022, белок 0,66%. В микроосадке патологии нет. Проба Зимницкого нормальная.

Хромоцистоскопия – опухоль грубоструктурная, мясистая на низкой толстой ножке, размерами 3 х 4 см, располагается над устьем левого мочеточника. Индигокармин 0,4% – 2 мл выделился из правого устья через 3 минуты, из левого – через 5 минут струей интенсивной окраски.

На осадочной пневмоцистограмме виден дефект заполнения слева в проекции мочевого пузыря размерами 4 х 5 см.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стадия.

Операция 30/У-1963 г. – клиновидная резекция 1/3 мочевого пузыря под эфирно-кислородным наркозом.

Разрезом Пфанненштиля обнажен мочевой пузырь, передняя стенка его вскрыта. Опухоль оказалась на

ножке толщиной в I см. Левая половина мочевого пузыря экстраперитонизирована. Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция левой заднебоковой стенки мочевого пузыря. Гемостаз. Мочевой пузырь восстановлен, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. В рану всыпан порошок пенициллина 300000 МЕ и стрептомицина 0,5. Полость таза дренирована через надлобковую рану марлевым тампоном и резиновой трубкой.

Операционный препарат размерами 6 х 7 см. Опухоль грубоструктурного вида округлой формы, размерами 4 х 4 см, на ножке толщиной в I см. Линия сечения стенки прошла сверху на 3,5 см, снизу – на 2,5 см, спереди на 3 см, изнутри – 2 см от ножки опухоли.

Лимфатические сосуды на препарате налиты синей массой Герота, затем он фиксирован в I0% растворе формалина. Потом препарат порезан для гистологической проводки и просветления. Кусок опухоли со стенкой направлен на гистологическое исследование в плановом порядке.

Гистологическое исследование и заключение патологоанатома /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/. Препарат № 36898 /окраска гематоксилин-эозином по Ван-Гизон/. Сделано 8 срезов из блока. Стенка мочевого пузыря с опухолью, выступающей на 2,5 см над поверхностью слизистой оболочки. Ткань опухоли неоднородна, состоит преимущественно из паренхимы, строма бедна. Выражен полиморфизм клеток и их ядер: наряду с обычными покровными клетками много мелких, расположенных беспорядочно в подлежащей ткани. Раковые комплексы – тяжи и скопления клеток в виде гнезд местами погружаются в подслизистый и мышечный слои. В просвете лимфатических и кровеносных капилляров видны раковые клетки скоплениями в виде

микротромбов.

В сторону от основания опухолевого узла опухолевые клетки распространяются в слизистом слое на протяжении 9 мм в одном направлении и на расстоянии 3 мм – в противоположном.

Гистологическое строение опухоли – переходноклеточный рак с инфильтрацией в подслизистый и мышечный слои. Раковый эндокарциноз лимфатических и кровеносных сосудов. Ш стация /T_3/.

В послеоперационном периоде возникли тяжелые осложнения: на вторые сутки после операции наступил тяжелый метеоризм, затем очень быстро развилась динамическая непроходимость кишечника, появились симптомы раздражения брюшины. 3/УI-1963 г. больному произведена операция – еюностомия. На операции не было обнаружено патологических изменений, кроме небольшого количества серозного содержимого в брюшной полости. Тонкий кишечник находился в спавшемся состоянии. В 18-00 3/УI-63 г. больной умер от наступившей внезапно острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Аутопсия 4/УI-63 г.

Патологоанатомический диагноз: клиновидная резекция мочевого пузыря по поводу рака 30/У-63 г. Наложение еюностомии 3/УI-63 г.

Парез кишечника, острое расширение желудка, отек головного мозга, умеренно выражена пиэлоэктазия левой почки, двухсторонняя гипостатическая нижнедолевая пневмония, паренхиматозная дистрофия миокарда и печени.

Генез смерти. Больной страдал раком мочевого

пузыря, по поводу которого оперирован. Послеоперационный период осложнился парезом кишечника и острым расширением желудка, отеком мозга и интоксикацией организма, которые и послужили причиной смерти /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Наблюдение 30. Больной Б., 34 лет, слесарь /история болезни № 5936/, поступил в клинику I9/X-63г. с диагнозом "рак мочевого пузыря".

На протяжении последнего года наблюдались дизурические расстройства. Месяц тому назад возникла гематурия, в последующем повторялась два раза. При цистоскопии /г.Красноуфимск/ обнаружена опухоль мочевого пузыря.

В анамнезе – травма позвоночника в 9-летнем возрасте. В возрасте I5 лет перенес туберкулез правого тазобедренного сустава и бедра. Почти ежегодно туберкулезный процесс обострялся, но последние 3 года чувствовал себя хорошо.

Среднего роста, удовлетворительного питания. Кифоз в грудном отделе позвоночника. Множественные рубцы в поясничной области, на левой ягодице и в области левого тазобедренного сустава, правого и левого бедер.

Клинически и рентгенологически со стороны органов грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы нет. Почки не прощупываются, области их свободные. Симптом Пастернацкого отрицательный. Простата не изменена, инфильтратов в тазу при бимануальном исследовании не определяется.

Анализ крови: эр.4I50000, Нв 82%, л.5300, э.I, п.4, с.65, лимф.26, м.4, РОЭ 27 мм в час. Остаточный азот в крови 29 мг%. Белок крови 8,I7%, альбумины 5,II%, глобулины 3,06%, индекс –I,6. Хлориды плазмы крови 597 мг%.

Анализ мочи и проба Зимницкого без изменения.

При цистоскопии – опухоль в виде узла с распадом на широком основании, размерами 3 х 3 см располагается на левой заднебоковой стенке мочевого пузыря. Остальные отделы пузыря без патологии.

Осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией. На рентгенограмме в косой проекции на левой заднебоковой стенке мочевого пузыря видна тень опухоли на широком основании размерами приблизительно 3 х 3,5 см. Стенка над опухолью утолщена до 0,8 см, контуры ее неровные. На экскреторной урограмме функция левой почки снижена /следы контраста в лоханке через 15 минут/.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря, II стадия. Снижение функции левой почки.

31/X-1963 г. операция – гемирезекция левой половины мочевого пузыря, уретероцистонеостомия, лимфадэктомия.

Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с потенцированием. Дугообразный разрез в надлобковой области с пересечением прямых мышц живота. Обнажен мочевой пузырь, затем экстраперитонизирован. При ревизии обнаружен и взят из района развилки общей подвздошной артерии слева /УП фрагмент/ лимфатический узел мягкой консистенции размерами 1,5 х 2,5 см. Выше /УI фрагмент/ и ниже на этой стороне и справа лимфоузлов не было. Опухоль в виде плотного узла прощупывается на задней стенке верхушки пузыря. Обнажен левый мочеточник и пересечен. Электрокоагулятором сделана гемирезекция. Из оставшейся части стенки сформирован мочевой пузырь, в верхний отдел которого имплантирован левый мочеточник. В мочеточнике и в пузыре оставлены хлорвиниловые трубки для отведения мочи. В рану засыпан

порошок пенициллина 300000 ЕД и стрептомицина 0,5. Полость таза дренирована через надлобковую рану. Рана брюшной стенки зашита послойно до дренажей.

Операционный препарат размерами 6 х 7 см. Общий вид опухоли напоминает кратерообразной формы язву размерами вместе с основанием ее 3 х 3,5 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии 2 – 6 см в стороны от внешнего края опухоли /рис.105/.



Рис.105. Раковая язва /я/ в центре препарата /← /. Фотография.

Препарат и лимфатический узел направлены на гистологическое исследование в плановом порядке.

Микроскопическое исследование препарата № 37624 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Из препарата сделано 12 гистотопографических срезов, из лимфатического узла – 2 среза.

В препарате /окраска гематоксилин-эозином/ опухоль находится в состоянии распада. Основная масса опухоли состоит из мелких круглой формы клеток с усиленной окраской, диффузно инфильтрирующих в подлежащие слои стенки пузыря; строма опухоли бедна. Местами видны раковые клетки более крупного размера прозрачного цвета с несколькими ядрами. Они группируются в очаги и тяжи. В некоторых местах раковые ячейки и тяжи располагаются в мышечном слое непосредственно возле околопузырной жировой клетчатки, тут же в просвете вен видны раковые тромбы.

В слизистом и подслизистом слоях раковые элементы видны на расстоянии в одну сторону от основания опухоли на 0,9 см, в противоположную - на I,2 см. Линия сечения стенки проходит в зоне свободной от раковых клеток.

Гистологическая структура опухоли - недифференцированная форма солидного рака с прорастанием всех слоев мышечной оболочки. В лимфатическом узле картина переходноклаточного рака. IУ стадия /$T_3 N+$ / /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Послеоперационный период. На протяжении 4 дней отмечались боли в левой поясничной области /на стороне пересаженного в пузырь мочеточника/. Из мочеточника удалена трубка, после чего боли стихли. Пузырь дренируется хорошо. На 20 день после операции /20/XI-63 г./ состояние больного ухудшилось - язык сухой, жажда, боли в ране, рана разошлась, края ее некротизировались. Остаточный азот крови повысился до 85 мг%, хлориды крови снизились до 374 мг%, белок крови также снизился до 6,28%. Больному переливались восстановленная кровь, нативная плазма, концентрированная /40%/ глюкоза 40 мл и 5% раствор глюкозы I000-I400 мл внутривенно в сутки, антибиотики и сердечные средства. Несмотря на

энергичное лечение к 25/XI-63 г. состояние больного оставалось крайне тяжелым. В легких появились влажные крупнопузырчатые хрипы; рана покрылась серым налетом, моча оттекала в повязку. На 26 день после операции больной умер от развившейся сердечно-сосудистой недостаточности на фоне отека легких.

Аутопсия 27/XI-1963 г. Патологоанатомический диагноз: разлитой фибринозно-гнойный перитонит, двухсторонняя гипостатическая пневмония, отек легких и головного мозга, паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Смерть наступила от отека легких и мозга, гипостатической пневмонии, перитонита и сепсиса /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Приведенные наблюдения с убедительностью демонстрируют тот факт, что лишь у одного больного /сл.30/ была произведена обширная резекция мочевого пузыря /гемирезекция/ с уретероцистонеостомией, которую можно отнести к большой по объему операции; у 2 больных была сделана резекция I/3 пузыря без дополнительных вмешательств. По объему эти операции не считаются слишком большими и не было никаких опасений за их исход. Несмотря на это в послеоперационном периоде также возникли тяжелые осложнения /динамическая непроходимость кишечника, острое расширение желудка, флегмона клетчатки таза, азотемия, отек легких и мозга, острая сердечная недостаточность и пр/, послужившие причиной смерти больных.

У одного больного наблюдались тяжелые осложнения после клиновидной резекции пузыря при единственной правой почке. Приводим выписку из истории болезни.

Наблюдение 31. Больной Е., 37 лет, газосварщик /история болезни № 7747/, поступил в клинику 30/XI-1963 г. с диагнозом "ворсинчатый рак зоны устья левого мочеточника".

В октябре 1961 г. удалена левая почка по поводу ворсинчатой опухоли лоханки. 11/XI-63 г. появилась макрогематурия. При цистоскопии обнаружена ворсинчатого вида опухоль в зоне устья левого мочеточника, размерами 1 х 1,5 см на широком основании. Другие отделы пузыря без патологии.

Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы нет. Простата нормальная.

Анализ крови: эр.4590000, Нв 75%, л.7700, гемограмма без изменения. РОЭ 13 мм в час. Остаточный азот крови 26 мг%, хлориды крови 380 мг%, белок крови 8,62%.

Анализ мочи без патологии. Проба Зимницкого удовлетворительная /уд.вес 1004-1012-1020/.

На экскреторной урограмме функция правой почки нормальная. Левая почка отсутствует.

При цистоскопии опухоль ворсинчатого вида располагается в зоне устья левого мочеточника на широком основании, размерами приблизительно 1 х 1,5 см.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак зоны устья левого мочеточника. I стадия. Отсутствие левой почки.

17/XII-1963 г. операция - клиновидная резекция левой заднебоковой стенки мочевого пузыря и устья левого мочеточника. Лимфадэктомия слева. Висцеральные пузырные артерии лигированы. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз.

Разрез дугообразный в надлобковой области. Обнажен мочевой пузырь, правая половина его экстраперитонизирована. Средние и верхние пузырные артерии

слева перевязаны. Удалены лимфоузлы слева. Выделен оставшийся нижний конец левого мочеточника. Электрокоагулятором произведена клиновидная резекция левой половины мочевого пузыря вместе с устьем и остатком дистального отдела левого мочеточника. Пузырь восстановлен, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована марлевыми тампонами через надлобковую рану. В рану засыпан порошок стрептомицина 0,5 и пенициллина 300000 ЕД. Надлобковая рана зашита послойно.

Операционный препарат размерами 4 х 6 см, в центре – устье мочеточника, в зоне которого на площади 2 х 2 см располагается грубоструктурного вида опухоль немного выступающая над общей поверхностью слизистой оболочки. На разрезе – опухоль поражает интрамуральную часть мочеточника. Линия сечения стенки при резекции пузыря прошла на расстоянии от 3 до 4 см от внешнего края опухоли.

Микроскопическое исследование препарата № 37894 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. На гистотопографических срезах опухоль сосочкового вида; сосочки расположены неправильно, покрыты эпителием с разнообразными по форме и величине клетками, большая часть из них круглой формы мелких размеров. Ядерный состав различен: то они мелкие и более темные, то крупные и более или менее прозрачные. Местами видны раковые комплексы в виде тяжей и гнезд, прорастающие в подслизистый слой, а вдоль стенки на протяжении от 2 до 3 мм от внешнего края основания опухоли.

В лимфатических узлах /2 шт./ метастазов рака не обнаружено.

Гистологическая структура опухоли– переходноклеточный рак с прорастанием в подслизистый и частично

в мышечный слои. II стадия /T_2 N- /.

Послеоперационный период. В течение суток после операции наблюдалась олигурия /за сутки выделилось не больше 150 мл мочи/. На исходе вторых суток наступила анурия, появились боли в поясничной области, регидность ее мышц, стала нарастать азотемия /остаточный азот крови 86 мг%/, поднялась температура тела до 39,2°, состояние больного резко ухудшилось. 19/XII /спустя 2 дня после операции/ произведена уретеростомия, через стому лоханка дренирована трубкой, моча стала выделяться в достаточном количестве /до 700-900 мл в сутки/. Через 9 дней началось выделение мочи по надлобковому дренажу из пузыря и значительно уменьшилось выделение ее из уретеростомы. С 2/I-1964 г. из уретеростомы моча не стала выделяться, дренаж удален, рана зажила. Моча выделяется полностью по надлобковому дренажу. Суточное количество ее составляло от 1200 до 1540 мл. Состояние больного удовлетворительное. Разрешено ходить с 3/I-64 г. К II/I-64 г. через надлобковый дренаж стало выделяться до 1500 мл прозрачного цвета мочи; больной ощущает позыв к мочеиспусканию, но боли в правой поясничной области продолжают оставаться. К 25/I-64 г. восстановилось естественное мочеиспускание. Закрылся надлобковый свищ. 4/II-64 г. больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. В течение 2 месяцев самочувствие больного удовлетворительное - жалоб нет.

Это наблюдение поучительно в том отношении, что допущенная нами погрешность во время операции явилась причиной тяжелого осложнения - наступила анурия. Поэтому, независимо от вида операции - пересаживается ли мочеточник в

новое место пузыря или иссекается сегмент его непосредственно около устья мочеточника или линия сечения стенки проходит очень близко от мочеточникового отверстия – необходимо дренировать мочеточник резиновой или хлорвиниловой трубкой достаточного диаметра /до 4 мм/. Это обеспечит нормальную эвакуацию мочи от почки в течение первых 4–7 дней после операции и будет исключено сдавливание просвета интрамурального отдела мочеточника и устья его в том месте, где наступает отек или спазм.

У остальных 6 человек в послеоперационном периоде осложнения не носили серьезного характера, однако у одного больного развился периостит лобковых костей и наблюдалась лихорадка, упорно продолжавшиеся длительное время /до 2,5 мес./, несмотря на применение антибиотиков, переливание крови, плазмы и общеукрепляющих лекарственных средств. После применения 6 сеансов противовоспалительных доз рентгенотерапии /по 150 р/ боли прошли.

Приводим выписку из истории болезни этого больного.

Наблюдение 32. Больной К., 49 лет, лесник /история болезни № 5922/ поступил в клинику 19/X–1963 г. с диагнозом "рак мочевого пузыря". После употребления острой пищи в феврале 1963 г. внезапно наступила гематурия. Лечился в участковой больнице 2 недели: принимал хлористый кальций внутривенно и антибиотики. Кровотечение прекратилось через неделю. В октябре кровотечение наступило повторно и продолжалось 2 недели. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледны. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Легкие: дыхание везикулярное. Сердце – тоны чистые. Артериальное давление 130/85 мм.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа нормальная.

Анализ крови: эр.1980000, Нв. 30%, л.7600, э.2, п.7, с.67, лимф.17, м.7, РОЭ 45 мм в час. Остаточный азот крови 36 мг%. Белок крови 7,46%. Хлориды крови 550 мг%.

Анализ мочи: бледно-желтого цвета, кислой реакции, уд.вес 1010, белок 0,066%о. Лейкоцитов до 30 в поле зрения, споры дрожжевых грибков.

Цистоскопия – опухоль грубоструктурного вида шаровидной формы на толстой низкой ножке, размерами 3 х 3 см располагается на левой боковой стенке пузыря. Устья мочеточников обычной формы.

На внутривенной урограмме функция почек нормальная. На выделительной цистограмме на левой боковой стенке видна тень опухоли размерами приблизительно 3 х 3 см.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. I стадия.

Больному дважды перелита эритроцитарная масса и один раз восстановленная кровь. При повторных анализах крови эритроцитов стало 2850000 и гемоглобин поднялся до 58%.

12/XI-1963 г. операция – клиновидная гемирезекция левой заднебоковой стенки мочевого пузыря /1/2/. Лимфадэктомия билатеральная. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с потенцированием.

Дугообразным разрезом в надлобковой области с

пересечением прямых мышц живота обнажен мочевой пузырь и взят на держалки, затем он экстраперитонизирован. Удалены лимфатические узлы из района развилки общих подвздошных артерий. Макроскопически узлы не изменены. Пузырь вскрыт. При ревизии: опухоль грубоструктурная на толстой ножке, располагается на левой заднебоковой стенке тела пузыря. Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция левой заднебоковой стенки мочевого пузыря. Пузырь восстановлен, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. В тазу оставлено два марлевых тампона, рана зашита послойно.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 5 х 7 см, в центре его ворсинчатая опухоль на толстой низкой ножке, легко смещаемая. Размеры опухоли 3 х 3 см. Линия сечения стенки прошла спереди на 3 см, сзади на 3 см, сверху на 2,5 см, снизу на 2 см от края ножки опухоли.

Препарат и лимфатические узлы направлены на микроскопическое исследование.

Гистологическое описание препарата № 37712 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/.

В препарате опухоль сосочкового вида. Ворсины покрыты эпителиальным слоем, клеточные ряды неравномерно покрывают их: одни из них веретенообразной формы, другие напоминают плоский и цилиндрический характер с более прозрачной протоплазмой. Изредка видны гигантские и протоплазматические клетки. Раковые ячейки местами внедряются в подслизистый и мышечный слои. Анаплазированный эпителий виден на протяжении от 2 до 3 мм от основания ножки опухоли. Строма хорошо выражена. В подслизистом слое видны очаги круглоклеточной инфильтрации. В просвете вен содержатся раковые клетки. В лимфатических узлах гиперплазия лимфоидной ткани. Признаков рака нет.

Гистологическая структура опухоли – переходноклеточный рак мочевого пузыря с инфильтрацией в подслизистый и мышечный слои. Эндокарциноз вен. В лимфатических узлах метастаза рака нет. Ш стадия /T_3 N– /.

Послеоперационный период. На протяжении I8 дней клиническое течение послеоперационного периода было благоприятным. С 3I/XI–I963 г. появились боли в надлобковой области, повысилась температура тела до 37,6 – 38,5°. Температура носила ремитирующий характер, делая размахи от 37,I° до 39,I° /иногда/ и держалась на протяжении 2,5 месяцев. В этот же период отмечались боли в тазу и при пальпации лобковых костей. Упорно держалась пиурия. После применения комплексного лечения /антибиотики, переливание крови, плазмы, внутривенное и подкожное вливание глюкозы, сердечные средства, гимнастика и пр./ состояние больного улучшилось. Больному провели 6 сеансов рентгенотерапии /по I50 р./. После этого боли в области лобковых костей значительно уменьшились. Нормализовалась температура. Перед выпиской профилактически проведена глубокая рентгенотерапия в общей дозе I720 р.

I8/II–I964 г. больной выписан из клиники в удовлетворительном состоянии с естественным мочеиспусканием.

Отдаленные результаты. В течение 2 месяцев после выписки самочувствие удовлетворительное, мочится через 4–6 часов.

Среди осложнений ведущее место занимают воспалительные процессы клетчатки таза /флегмона, пельвиоцеллюлит/, атония кишечника /метеоризм/, острая сердечная недостаточность, гипостатическая пневмония, сепсис и пр., которые

обычно развиваются в относительно ранние сроки после операции у ослабленных болезнью и операцией больных. Следует отметить, что характеру осложнений после резекции мочевого пузыря в литературе мало уделено внимания. Большинство авторов останавливается в основном на причинах летальных исходов непосредственно после операции /перитонит, сердечная слабость, флегмона таза и тромбоэмболические осложнения/. Так, Магри /1962/ указывает, что на 104 резекции мочевого пузыря по поводу рака, у 10 человек наблюдались тяжелые осложнения: сердечная слабость /3 чел./, коронарный тромбоз /у 2 чел./, легочная эмболия /1 чел./, уремия и пиэлонефрит /4 чел./, послужившие причиной смерти в послеоперационном периоде.

Вместе с тем, осложнения в послеоперационном периода наблюдаются и у больных, которым производятся относительно не большие по объему операции, например, иссечение опухоли на вскрытом мочевом пузыре. Чаще эта операция производится электродиатермическим методом и занимает у большинства авторов среди других хирургических методов доминирующее место. Характер и тяжесть осложнений после электроэксцизии опухоли могут быть самыми разнообразными и нередко приводят к смерти.

У 2 наших больных /из 45/ после электроэксцизии наблюдались весьма тяжелые осложнения, ставшие причиной смерти, о чем свидетельствуют данные истории болезни.

Наблюдение 33. Больной М., 25 лет, моторист /история болезни № 3412/, поступил в клинику 5/XI-61 г. с диагнозом "пиэлоцистит".

В январе этого года внезапно наступила макроскопическая гематурия; через 3 дня появились дизурические расстройства. Повторное кровотечение было в апреле месяце. Дизурические явления продолжались до осени, по поводу которых больной был направлен к урологу областной поликлиники.

Объективно - больной физически здоров. Со стороны органов грудной клетки, брюшной полости, почек и простаты уклонений от нормы нет. Артериальное давление 110/70 мм.

Анализ крови: Э. 3880000, Нв.72%, л.7900, гемограмма нормальная. Остаточный азот в крови 42 мг%.

Анализ мочи: кислой реакции, мутного цвета, удельный вес 1020. В микроосадке лейкоцитов и эритроцитов до 12 в поле зрения.

При хромоцистоскопии: опухоль нежноворсинчатого вида на ножке размерами 1,5 х 2 см располагается над устьем левого мочеточника. Индигокармин 0,4% -2 мл выделился из обоих устьев мочеточников через 4 минуты струей интенсивной окраски.

Клинический диагноз: типичная фиброэпителиома мочевого пузыря. I стадия.

13/VI-61 г. операция - электрокэсцизия опухоли на вскрытом пузыре под эфирно-кислородным наркозом.

Типичное высокое сечение мочевого пузыря. Диатермическим методом опухоль иссечена со слизистой оболочкой на площади около 1,5 см в диаметре. В пузыре оставлен резиновый дренаж для отведения мочи. В рану засыпан порошок пенициллина в количестве 300000 МЕ и оставлен марлевый тампон в ретциевом пространстве. Рана пузыря и надлобковой области зашиты до дренажей.

Препарат. Опухоль ворсинчатого вида на тонкой ножке, растет непосредственно из слизистой оболочки. Микроскопическое исследование препарата № 31454 /окраска гематоксилин-эозином/. Опухоль сосочкового строения; ворсины опухоли покрыты многослойным эпителием без признаков митоза клеточных элементов.

Заключение: папиллома мочевого пузыря /зав. пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Послеоперационный период. На другой день после операции развился тяжелый метеоризм. Через 32 часа - картина динамической непроходимости кишечника, перитониальные явления, жажда, общее состояние больного тяжелое. Борьба с атонией кишечника применением консервативных мер не способствовала ликвидации тяжелого метеоризма и интоксикации организма. Для выяснения причины атонической непроходимости кишечника I4/VI в 20 часов 30 мин. произведена лапаратомия и ревизия брюшной полости. В последней содержится грязногеморрагический выпот в умеренном количестве, тонкие кишки вздуты, цианотичны. Брюшная полость зашита. В 2I час 50 мин. /через I час 30 мин.после лапаратомии/ больной умер при явлениях наступившей острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Аутопсия I6/VI-I96I г.

Патологоанатомический диагноз: парез тонкого кишечника, слипчивый перитонит. Причина смерти: острая сердечно-сосудистая недостаточность, перитонит /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Наблюдение 34. Больная У., 53 лет, служащая /история болезни № 6I8I/, поступила в клинику II/XII-I95I г. на обследование.

Первая безболезненная макроскопическая гематурия наступила 2 года тому назад. В последующем

кровотечение повторялось через 3–4 месяца, больная не обращала на него внимания. Обратилась за помощью к врачу месяц тому назад, когда появились частые болезненные мочеиспускания.

Женщина правильного телосложения, хорошего питания. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости уклонений от нормы нет. Гинекологически здорова. Почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Анализ крови: РОЭ 14 мм в час. Остальные показатели в норме. Остаточный азот крови 39 мг%.

Анализ мочи без патологии. На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

При цистоскопии: опухоль ворсинчатого вида на ножке размерами 1 х 1,5 см располагается над устьем правого мочеточника.

Клинический диагноз: типичная фиброэпителиома. I стадия.

27/ХП-1951 г. операция – электроэксцизия опухоли на вскрытом пузыре под эфирным наркозом.

Типичная эпицистостомия. Электродиатермическим методом опухоль иссечена со слизистой оболочкой на площади 2 х 3 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии около 1,5 см от ножки опухоли. В пузыре оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Ретциево пространство дренировано марлевым тампоном. Рана брюшной стенки зашита послойно до тампона и трубки.

Препарат. Слизистая оболочка мочевого пузыря частично с мышечным слоем размерами 2,1 х 3,2 см, в центре – грубоструктурная опухоль на ножке толщиной 0,3 см.

Микроскопическое исследование препарата № 21407 /окраска гематоксилин-эозином/- картина плоскокле-

точного неороговевающего рака с тенденцией погружения опухолевых клеток в подслизистый слой в зоне основания опухоли /T_2/ /зав.пат.анат.отд. канд.мед. наук О.М.Веденина/.

Послеоперационное течение. Через 3 дня после операции /30/XII-1951 г./ развилось рожистое воспаление кожи надлобковой области вокруг швов раны. На 6 сутки наступила высокая степень азотемии /остаточный азот крови 152 мг%/. На 9 сутки после операции больная скончалась при явлениях общего сепсиса, азотемии и сердечной слабости.

Патологоанатомический диагноз /аутопсия 7/I-1952/: флегмона брюшной стенки и полости таза, септицемия, дистрофия внутренних органов. Причина смерти - общий сепсис, азотемия /зав.пат.анат.отд. канд.мед.наук О.М.Веденина/.

Из приведенных примеров видно, что даже при небольших по объему операциях /например, чрезпузырная электроэксцизия опухоли в ранних стадиях/, могут возникнуть тяжелые осложнения, могущие стать причиной смерти. У одного нашего больного через 32 часа после операции развилась тяжелая форма атонии тонкого кишечника, а у второй больной через 72 часа - рожистое воспаление кожи надлобковой области, которые привели к острому сепсису, азотемии и септицемии.

У 43 из 45 больных после электроэксцизии послеоперационный период протекал благоприятно, если не считать, что у части больных в течение 2-9 дней наблюдалась лихорадка.

Наиболее серьезные осложнения в послеоперационном

периоде наблюдались после цистэктомии, независимо от места отведения мочи – пересадка мочеточников в кишечник, в кожу или образование "пузыря" на полиэтиленовом эндопротезе по методу "ТИУ". В I4 случаях из 20 цистэктомий послеоперационный период протекал с осложнениями, причем наблюдалось 45 различных осложнений, которые по тяжести следует разделить на три категории.

Тяжелые осложнения, ведущие к смерти:

I/ Тромбоэмболия	I	человек
2/ Флегмона клетчатки полости таза, перитонит и сепсис	6	"
3/ Анурия, периуретеропаранефрит.....	I	"

Осложнения средней тяжести:

I/ Несостоятельность швов кишечно-мочеточникового соустья, образование мочекаловых свищей	4	"
2/ Двухсторонний пиэлонефрит, азотемия	I	"
3/ Пиэлит перемежающийся /то одной, то другой почки/	I	"

Осложнения, могущие остаться постоянно /мочевые свищи и проч./.

У 4 больных из 6, подвергшихся двухмоментной цистэктомии, в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: отхождение мочеточника от кишки и образование надлобкового мочевого свища на 8 сутки после операции вследствие отека и спазма имплантированного в прямую кишку мочеточника при II этапе операции. Неоднократные вспышки острого пиэлита с лихорадкой на протяжении 5–I2 дней.

Применение комплекса терапевтических мероприятий /антибиотики, переливание плазмы крови, внутривенное вливание 40% раствора глюкозы, сердечные средства, диета и т.д./ позволило ликвидировать осложнения. Лишь у одного из четырех больных остался надлобковый мочевой свищ. Все эти больные выздоровели и выписались из клиники в удовлетворительном состоянии.

У двух больных послеоперационный период протекал благоприятно, кроме кратковременной лихорадки. На десятый день после операции температура нормализовалась, и они были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Из 10 больных, оперированных одномоментно, у 6 человек на 3 и 4-е сутки после операции развился метеоризм, который упорно продолжался в течение 9 дней, несмотря на применение лечебных мероприятий по борьбе с атонией кишечника. Следует отметить, что атония кишечника резко отягощает и без того тяжелое состояние больного. У одного нашего оперированного больного в связи с тяжелой формой метеоризма возникшего на четвертые сутки после цистэктомии, развились тяжелейшие осложнения /см.наблюдение 35/.

Наблюдение 35. Больной О.,43 лет, военнослужащий /история болезни № 5085/, поступил в клинику с диагнозом "рак мочевого пузыря", Ш стадия".

В феврале 1961 г. заметил примесь крови в моче. 20/П-1962 г. после употребления спиртных напитков кровотечение наступило повторно и продолжалось около месяца. Гематурия прекратилась после приема внутрь хлористого кальция. В апреле 1962 г. обследо-

вался в госпитале, где при цистоскопии была обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Высокого роста, правильного телосложения, хорошего питания. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/80 мм. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы в норме, при бимануальном исследовании предстательная железа не увеличена, гладкая, безболезненная, доли ее дифференцируются; инфильтратов в тазу не определяется.

Анализ крови: э.4600000, Нв. 90%, л.3800, гемограмма без патологии. РОЭ 5 мм в час. Остаточный азот крови 22 мг%, белок крови 8,28 г%, альбумины 5,34 г%, глобулины 2,94%. Индекс 1,8, хлориды крови 491 мг%.

Анализ мочи: желтого цвета, кислой реакции, удельный вес 1020, белок 0,066%о. В микроосадке - лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроциты свежие - единичные в поле зрения. Удельный вес мочи при пробе Зимницкого 1010, 1015, 1020.

При рентгеноскопии грудной клетки очаговых изменений в легких не обнаружено.

Цистоскопия - ворсинчатая опухоль на широком основании, размерами 4 х 5 см, располагается в зоне устья левого мочеточника с переходом на пузырный треугольник и заднюю стенку тела пузыря.

На экскреторной урограмме лоханки и мочеточники выполнены контрастом через 7 и 15 минут.

На нисходящей цистограмме контуры нижнелевой половины пузыря неровные, в просвете пузыря определяется дефект заполнения размерами приблизительно 4 х 5 см.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. Ш стадия.

На основании полученных данных при клиническом обследовании у нашего больного безусловно были показания к цистэктомии. Согласие на радикальную операцию получено.

23/УШ-1962 г. операция – одномоментная внебрюшинная цистэктомия по методу А.П.Цулукидзе под эфирно-кислородным наркозом с предварительным потенцированием.

Дугообразным разрезом в надлобковой области обнажен мочевой пузырь. Пузырь экстраперитонизирован, затем перевязаны внутренние подвздошные артерии. Удален регионарный лимфатический узел из района внутренней поверхности левой общей подвздошной артерии размерами 3 х 1 см, плотной консистенции. Обнажены мочеточники, затем они пересечены в 2 см от стенки пузыря. Пузырь выделен до верхнего полюса предстательной железы и отсечен вместе с шейкой его диатермическим ножом. Мочеточники дренированы хлорвиниловыми трубками диаметром 4 мм. Освобождена от клетчатки площадка на передней стенке прямой кишки, в которую после вскрытия ее имплантированы мочеточники раздельно по методу П.И.Тихова. Концы мочеточниковых трубок выведены наружу через анальное отверстие. Полость таза дренирована через надлобковую рану. Рана надлобковой области зашита послойно до дренажа.

Послеоперационный период. В течение 8 дней после операции наблюдалась высокая температура тела /38-39,2°/. Уже через двое суток у больного появилось резкое вздутие живота, отсутствие газов и боли в правой половине, состояние больного резко ухудшилось. Из левой почки по трубке моча выделялась свободно, из правой почки не стала выделяться на

четвертый день после операции. В течение недели больному применяли лечение: переливание крови, сухую плазму, полиглюкин, питуитрин, стрихнин, гипертонический раствор внутривенно, антибиотики, сердечные средства. Однако клиника атонии кишечника прогрессировала, боли в правой поясничной области нарастали, пульс достиг 100 ударов в минуту. Это заставило нас произвести больному ревизию правой почки.

31/УШ-1962 г. операция - правосторонняя люмботомия.

Разрезом Израэля обнажена правая почка и мочеточник. Околопочечная и периуретеральная жировая клетчатка оказались инфильтрированы мочей и гноем. Мочеточник утолщен до 1,5 см в диаметре, стенка его плотная, тут же было обнаружено, что правый мочеточник отошел от прямой кишки, очевидно, вследствие несостоятельности швов. Мы высадили его в кожу и дренировали лоханку. Паранефрий дренирован резиновыми трубками, рана зашита до дренажей.

На протяжении двух месяцев у больного держались симптомы левостороннего пиэлита, периодически ознобы и лихорадка.

Через 96 дней после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии с зажившей надлобковой раной, но с уретеральным дренажем справа при наличии значительных изменений крови и мочи.

Анализ крови от 24/XI-1962 г. э.3400000, Нв.58%, лейкоцитоз 15500, э.2, п.15, с.63, л.15, м.5. РОЭ 66 мм в час. Остаточный азот крови 46 мг%.

Проба Зимницкого: уд.вес мочи из правой почки 1003, 1004, 1005; из левой - 1004, 1007, 1010.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с шейкой, на разрезе - размерами 12 х 9 см. В просвете

его множественные ворсинчатого вида опухоли /рис.I06/



Рис.I06. Макропрепарат. Множественный грубоструктурный ворсинчатый рак /Т ← / Фотография.

одна из них /размерами 3 х 3 см, основание – 2 х 2 см/ располагается в зоне устья левого мочеточника; вторая опухоль размерами 2 х I,5 см на ножке расположена ниже первой – на заднебоковой стенке дна пузыря слева; третья – размерами 2,5 х 2 см травовидной формы, располагается почти циркулярно вокруг шейки пузыря, занимает большую часть треугольника. Мелкие, с рисовое зерно опухоли в количестве 7 шт. разбросаны по всем отделам пузыря. Устья мочеточников для зонда проходимые.

На препарате лимфатические сосуды налиты массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина в

течение пяти суток препарат порезан для гистологической проводки. Лимфатический узел направлен на гистологическое исследование в плановом порядке.

Гистологическое исследование препарата № 34987 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон/. 33 среза, 29 из них окрашенных и 4 - просветленные.

В препарате опухоль состоит из трех узлов, растущих на широком основании экзофитно и эндофитно. Основная масса опухоли сосочкового вида широко анастомозирующих между собой. Отмечается выраженный клеточный атипизм с крупными темного цвета ядрами. Опухолевые массы инфильтрируют в подслизистый слой; тут же в зоне основания опухолевого узла видны сети лимфатических капилляров с пустыми просветами. В одном месте около внутреннего мышечного слоя видны железистые трубочки с сосочковыми выростами, растущие в просвет последних. Эти трубочки покрыты эпителиальными клетками с ясно выраженным атипизмом и полиморфизмом, местами раковые клетки беспорядочно инфильтрируют подлежащую ткань почти до мышечного слоя /рис.107/. Вдоль стенки опухолевые элементы прорастают в слизистой оболочке во все стороны от основания опухоли на 2-3 мм.

В лимфатическом узле метастаза рака нет. Определяются гиперплазия лимфоидной ткани, склероз с явлениями обызвествления и утолщение капсулы.

Заключение: переходноклеточный рак, местами картина аденокарциномы с инфильтрацией подслизистого слоя. II стадия /T_2 N^- /.

Отдаленный период. Больной находится на патронажном наблюдении 21 месяц. Самочувствие удовлетворительное. Через прямую кишку мочится 6-8 раз в сутки. Уретеростома функционирует. Операцией недоволен, раздражителен /находится в клинике с 16/У-1964 г./.

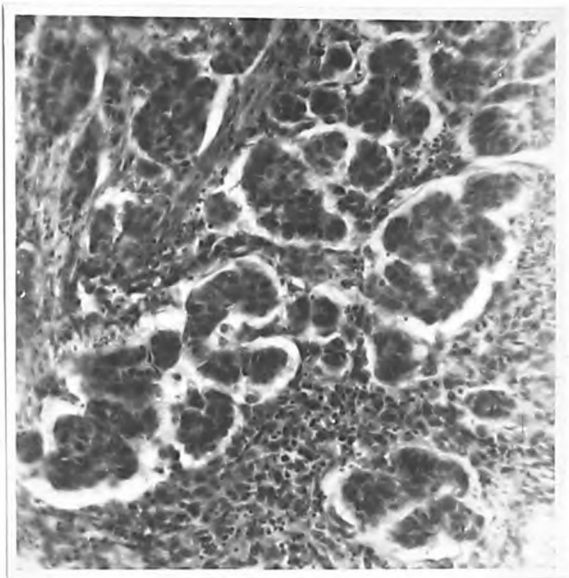


Рис.107. Аденокарцинома мочевого пузыря. Микрофотография. Увел.

Наблюдение 36. Больной А., 57 лет, ветсанитар /история болезни № 6126/, поступил в клинику I/XI-1961 г. с диагнозом камень мочевого пузыря.

Болеет 4 года, сначала появились боли внизу живота и дизурические явления, затем наблюдалась однократная макроскопическая гематурия. К врачу не обращался, но когда почувствовал общую слабость и снова наступила гематурия, обратился за медицинской помощью. Длительное время принимал раствор хлористого кальция. Гематурия то прекращалась, то снова возникала и становилась более продолжительной, иногда длилась до двух недель. При цистоскопии /в областной поликлинике/ обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Состояние больного удовлетворительное. Среднего роста, правильного телосложения, удовлетвори-

тельного питания. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/80 мм.

Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости клинически уклонений от нормы не обнаружено. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены эмфизема легких и кардиосклероз.

Почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный. При ректально-пальцевом исследовании предстательная железа увеличена, гладкая, слегка болезненная. Инфильтратов в тазу не определяется.

Анализ крови: э.4200000. Нв 79%, л.7600, э.2, п.5, с.71; л.25, м.3, РОЭ 14 мм в час; остаточный азот крови 30 мг%, белок крови 6,64 г%, альбумины 1,82%. Индекс 2,6. Хлориды крови 562 мг%.

Анализ мочи без патологии. Проба Зимницкого: общий диурез 1420 мл. Уд.вес 1007-1012-1019.

Цистоскопия - опухоль грубоструктурного вида размерами 4 х 5 см на плоском широком основании, располагается на левой нижнебоковой стенке пузыря, поражает устье левого мочеточника.

Экскреторная урография: функция почек не нарушена, морфологических изменений в полостной системе их нет.

Осадочная пневмоцистография с оксигенопери-цистографией: на границе нижней и средней трети пузыря виден дефект заполнения размерами приблизительно 5 х 6 см. На полубоковых снимках стенка пузыря над опухолью не дифференцируется.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак инфильтрирующая форма. III стадия.

Больному предложена цистэктомия, показания к которой были несомненные.

Операция 21/XI-1961 г. - одномоментная цистэктомия с имплантацией мочеточников в прямую кишку

внебрюшинно по методу А.П.Цулукидзе. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с предварительным потенцированием.

Разрез дугообразный в надлобковой области. Обнажен мочевой пузырь, затем экстраперитонизирован до дна. Мочеточники выделены и пересечены в 2 см от пузыря. Мочевой пузырь выделен до верхнего полюса предстательной железы, затем отсечен диатермическим методом. На передней стенке прямой кишки освобождена от клетчатки площадка 3 х 5 см, в которую раздельно имплантированы мочеточники. В мочеточниках оставлены хлорвиниловые трубки диаметром 4 мм, свободные концы их выведены через анальное отверстие наружу. В полость таза всыпано 30000 МЕ пенициллина и 500000 МЕ стрептомицина. Таз дренирован через надлобковую рану; брюшная стенка надлобковой области зашита послойно до дренажей.

Послеоперационное течение. На четвертые сутки возник метеоризм в тяжелой форме; до 8 дня моча выделялась по трубкам свободно, суточное количество ее составляло от 920 до 1480 мл. На 8-й день трубки из мочеточников удалены, на вторые сутки после этого моча стала выделяться через надлобковую рану; с каждым днем количество ее увеличивалось, а в прямой кишке мочи не было. Появились лихорадочное состояние, боли и ригидность мышц поясничной области. На 3-й неделе развилось гнойное воспаление клетчатки таза, надлобковая рана была расширена для целей дренирования полости таза. Нагноительный процесс прогрессировал, состояние больного резко ухудшилось.

На 23-й день после цистэктомии полость малого таза дренировали дополнительным разрезом через промежность. После этого температура снизилась до нормальных цифр, но состояние больного оставалось тяжелым. Больному применялась энергичная противовос-

палительная и общеукрепляющая терапия /стрептомицин, эритромицин, переливание крови, плазмы, корглюкон, глюкоза внутривенно, сердечные средства и пр./. Однако это не помогло. I/I-1962 г. больной умер при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

Патологоанатомический диагноз: двухсторонняя крупноочаговая пневмония с абсцедированием, облитерация плевральных полостей, пельвиоцеллолит, очаги некроза и метастазы рака в клетчатке таза, паренхиматозная дистрофия миокарда печени, почек. Кахексия. Смерть от сепсиса.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с шейкой; на разрезе - в просвете его две опухоли ворсинчатого вида размерами 3 х 2,5 см на ножке диаметром I см. Опухоли располагаются медиальнее мочеточниковых отверстий около межмочеточникового валика.

Лимфатические сосуды препарата налиты синей массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина в течение пяти суток препарат порезан через опухоли для гистологического исследования и просветления.

Гистологическое исследование препарата № 33780 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон/. Из препарата сделано I0 срезов через весь мочевой пузырь. Основная масса опухоли состоит из множества ворсин тесно прилежащих друг к другу, образуя компактный узел опухоли, растущего экзофитно. Большая часть ворсин опухоли выстлана многорядным плоским эпителием без нарушения клеточных рядов. Но попадаются участки опухоли с выраженной анаплазией клеточных элементов - среди них видны то мелкие, то крупные круглой или плоской формы клетки с интенсивно окрашенными ядрами. Местами попадаются клетки, напоминающие цилиндрическую форму

с крупными ядрами с гиперхромией. Изредка видны гигантские клетки. В зоне основания ножки опухоли раковые ячейки внедряются в подслизистый слой на ограниченном участке, вокруг этой зоны опухоли располагаются лимфатические капилляры с пустыми просветами.

Опухоль ограничивается слизистой оболочкой ножки.

Заключение: переходноклеточный рак с инфильтрацией в подслизистый слой. П стадия /T_2/.

Реактивные изменения лимфатической системы предствляются в виде густой сети лимфатических капилляров в зоне основания опухоли.

Эти примеры служат доказательством того, что метеоризм является опасным осложнением послеоперационного периода. Атония кишечника по сути дела является динамической непроходимостью его, резко отягощающей состояние больного. При метеоризме прямая кишка растягивается до позволяющих ей физиологических пределов. Вследствие этого имплантированные в кишку мочеточники, очевидно, легко отходят в связи с несостоятельностью швов /они прорезаются/. При этих условиях моча и содержимое кишечника поступают в полость таза; клетчатка последнего инфицируется, подвергается гнойному воспалению, а инфекционный секрет, образующийся в полости таза, легко распространяется по клетчаточным щелям в забрюшинное пространство по ходу мочеточников кверху, что, в свою очередь, приводит к возникновению периуретерита, паранефрита.

Из приведенных историй болезни /сл.35 и 36/ видно, что у наших больных на 3 и 4 день после экстирпации мочевого пузыря развился тяжелый метеоризм, а на 8 и 9 день из надлобковой раны стала просачиваться моча и выделяться газы. Это свидетельствовало о том, что один из мочеточников отошел от прямой кишки вследствие наступившей несостоятельности швов. Моча и содержимое кишечника, поступавшие в полость таза, привели к развитию гнойного пельвиоцеллюлита. Дренирование полости таза через надлобковую рану оказалось недостаточным. У одного больного развился правосторонний паранефрит и периуретерит. У второго больного развился острый гнойный разлитой пельвиоцеллюлит, на фоне которого возникла абсцедирующая пневмония и другие патологические процессы /облитерация плевры, паренхиматозная дегенерация печени, почек и пр./. Дополнительное дренирование полости таза через промежность оказалось запоздавшим мероприятием /на 23 день/. Очевидно, дренирование полости таза при резекции и экстирпации мочевого пузыря через запирательное отверстие или промежность обеспечит лучший отток отделяемого из раны, но этими путями дренирования мы не пользовались.

У больного О. /сл.35/ после цистэктомии развился уретероперинефрит в результате распространения инфицированного содержимого полости таза по ходу правого мочеточника кверху. Причиной этого явилось отхождение правого мочеточника от прямой кишки после длительного метеоризма.

Высадка мочеточника на кожу и дренирование околопочечной клетчатки оказались благотворными: полость таза очистилась от гноя, надлобковая рана зажила. Больной выздоровел и был выписан хотя и с уретеростомой, но в удовлетворительном состоянии.

Наиболее многочисленные и тяжелые по характеру осложнения имели место у больных после цистэктомии с образованием резервуара для мочи на эндопротезе. Эти осложнения можно разделить на три категории: I/ серьезные осложнения, могущие привести к летальному исходу; 2/ осложнения средней тяжести, которые можно ликвидировать применением комплекса терапевтических средств; 3/ осложнения, могущие остаться постоянно.

Приводим краткие выписки из историй болезни этих больных.

Наблюдение 37. Больной В., 36 лет, животновод /история болезни № I550/, поступил в клинику 8/Ш-I962 г. с диагнозом "туберкулез почек, цистит".

Периодическая макроскопическая гематурия наблюдалась в течение последнего года; полгода назад появились боли в пояснице и крестце. За медицинской помощью обращался в районную больницу неоднократно, но какой-либо патологии со стороны мочевой системы врачи не обнаруживали. Больной направлен на обследование к урологу областной поликлиники. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски.

Язык чистый, влажный. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 130/85 мм. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы нет. Почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа в норме, очагов инфильтрации в тазу через прямую кишку не определяется. Мочеиспускание нормальное, моча прозрачная.

Анализ крови: э.4100000, Нв 80%, л.4500, б.1, э.1, п.3, с.65, л.21, м.9, РОЭ 10 мм в час. Остаточный азот крови 30 мг%. Белок крови 7.46%, альбумины 5,22%, глобулины 2,24%. Индекс 2,3. Хлориды крови 556 мг%.

Анализ мочи: соломенно-желтого цвета, щелочной реакции, удельный вес 1021, мутная, белок 1,65%о. В микроосадке свежие эритроциты покрывают все поле зрения. Удельный вес при пробе Зимницкого: 1012, 1017, 1023.

Цистоскопия - опухоль грубоструктурная ворсинчатого вида размерами 6 х 5 см, основание ее не дифференцируется, располагается в зоне устья левого мочеточника; 8 мелких /0,3 х 0,5 см/ опухолей расположены в различных отделах мочевого пузыря. Устье правого мочеточника овальной формы, сокращается.

Экскреторная урография. На рентгенограммах, произведенных через 7 и 15 минут, контраст распределяется в лоханках и мочеточниках равномерно; функция почек не нарушена, морфологических изменений в полостной системе почек нет.

Осадочная пневмоцистография. На рентгенограмме в нижнелевом сегменте мочевого пузыря виден де-

фект заполнения размерами приблизительно 5 х 6 см, стенка пузыря над основанием опухоли неровная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стадия.

Показано радикальное хирургическое вмешательство – цистэктомия.

20/III-1962 г. операция – цистэктомия с образованием резервуара для мочи на мягком полиэтиленовом эндопротезе. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с предварительным потенцированием.

Разрезом Пфанненштиля обнажен мочевой пузырь, боковые и задняя стенки его экстраперитонизированы до мочеточников. Перевязаны висцеральные кровеносные сосуды пузыря. Мочеточники пересечены на расстоянии 2 см от впадения их в мочевой пузырь. Пузырь выделен до верхнего полюса предстательной железы, затем диатермическим ножом отсечен вместе с шейкой. В мочеточники введены хлорвиниловые трубки диаметром 4 мм. Мочеточники фиксированы к прямой кишке на 1,5 см от отсеченной уретры. В полость малого таза уложен эндопротез, позади него оставлена трубка из хлорвинила диаметром 5 мм. Все трубки /две мочеточниковые, одна от протеза и одна- дренирующая полость таза/ выведены через уретру наружу и укреплены /все вместе/ в резиновой муфте. В полость таза засыпано 200000 МЕ пенициллина и 500000 МЕ стрептомицина. Надлобковая рана зашита послойно наглухо.

Послеоперационный период: с 21/III по 27/III-1962 г. послеоперационное течение удовлетворительное, моча выделялась по трубкам свободно, суточное количество ее составляло от 950 до 1400 мл. Температура тела не превышала $37,5^{0}$. 27/III трубка правой почки закупорилась, моча не стала поступать, появились боли

в правой поясничной области. После промывания трубки проходимость была восстановлена /за час выделилось около 400 мл мочи/. 9/IУ-1962 г. - на 20 день после операции - трубка правой почки забилась настолько плотно, что промывание оказалось безуспешным. Появились острые боли в правом боку. Трубку удалили, боли прошли. Моча стала выделяться только по трубке, дренирующей полость таза.

С 12 дня после операции трубка левой почки также периодически забивалась солями; после промывания проходимость ее восстанавливалась, к 12/IУ она не стала функционировать, удалили и ее /на 23 день/. Моча в достаточном количестве выделялась только по трубке, оставленной позади протеза: за сутки количество мочи составляло от 1250 до 1400 мл. Состояние больного было удовлетворительным, температура 36,8 - 37,3°, живот мягкий, безболезненный, стул самостоятельно.

Эндопротез удален на 30-й день после операции через уретру. После этого позыва к мочеиспусканию не ощущал, через канал больной не мочился. На вторые сутки после удаления протеза повысилась температура до 38,8°, появились боли внизу живота и в поясничных областях. Поставлен катетер в "пузырь", по которому стала выделяться моча гнойного характера. После промывания полости его моча стала прозрачной, температура нормализовалась. К 10/У-62 г. на /41-й день после операции/ естественное мочеиспускание восстановилось: мочился 12 раз в сутки, суточное количество мочи в среднем составляло около 1600 мл. Ощущение позыва на мочеиспускание характеризовалось появлением болей в надлобковой области. Отмечались боли при пальпации лобковых костей /периостит/. Перед выпиской из клиники, 28/У-1962 г.

больному произведена цистография. На цистограмме мочевой пузырь овальной формы, с ровными стенками размерами 4 х 8 см. Рефлюкс в правый мочеточник, полостная система левой почки расширена /рис.I08/.



Рис.I08. Цистограмма через 69 дней после операции. На рентгенограмме мочевой пузырь овальной формы размерами 4 х 8 см, контуры стенок ровные. Рефлюкс в мочеточники, чашечки левой почки расширены /контраст в виде пятен/. Фотокопия рентгенограммы.

Выписан из клиники I4/УI-I962 г. /на 93 день/ в удовлетворительном состоянии с естественным мочеиспусканием. Но изменения в анализе крови на день выписки были значительные: э.3800000, Нв 54%, лейкоцитов I4000, п.7, с.74, л.I3, м.6. Микроцитоз,

анизохромия, анизо-пойкилоцитоз выраженный. РОЭ 52 мм в час. Резко снизилась концентрационная способность почек: удельный вес мочи при пробе Зимницкого I004, I005, I006, I007 /гипоизостенурия/. Общий диурез 2490, дневной - I040, ночной - I450. Другие показатели удовлетворительные: общий белок в крови 7,59%, альбумины 4,75%, глобулины 2,84. Индекс I,7. Хлориды крови 423 мг%. Остаточный азот крови 38 мг%.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с шейкой. На разрезе - опухоль ворсинчатого вида размерами 5 х 4 см /пузырь сократился/, основание ее 4 х 3 см, располагается на левой заднебоковой стенке тела и дна пузыря вокруг отверстия левого мочеточника. I5 опухолевых вегетаций расположены на слизистой всех отделов мочевого пузыря; размеры их от 2 до 4 мм. Основная опухоль не смещается.

На препарате лимфатические сосуды налиты синей массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина в течение 8 дней препарат порезан через центр опухоли для гистологического исследования и просветления.

Гистологическое исследование препарата № 33690 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон/. Из препарата сделано I0 гистотопографических срезов через центр опухоли.

Основная масса ворсинчатых образований тесно анастомизирует между собой и образует узел опухоли, растущей на довольно широкой ножке экзофитно. Строма ножки хорошо выражена, видны кровеносные сосуды и лимфатические капилляры в виде густой сети с пустыми просветами. Лимфатические капилляры и сосуды видны и в других местах подслизистого слоя в зоне основания опухоли, в межмышечных

клетчаточных щелях и в околопузырной клетчатке. Калибр их значительно больше, чем тех, которые располагаются в околоопухолевой зоне.

Опухоль покрыта толстым эпителиальным пластом в несколько слоев с нарушением клеточных рядов; клетки разнообразной формы и величины, ядра интенсивно окрашены. Встречается много гигантских клеток с несколькими ядрами. Только в некоторых местах круглой и плоской формы клетки располагаются беспорядочно и имеют тенденцию к инфильтрации в подслизистый слой.

Сосочковые образования на слизистой оболочке видны на протяжении I2-I5 мм от основания опухоли /см.рис.II3/.

В одном участке препарата среди мышечных пучков видна железистая трубочка с выростами, обращенными в ее просвет. Эпителиальный пласт состоит из многих рядов клеток; они плоской формы разнообразной величины с выраженным пикнозом ядер. В двух местах эпителиальные клетки разрушили базальную мембрану и инфильтрировали подлежащие ткани.

Заключение. Переходноклеточный рак с инфильтрацией в подслизистый слой и частично в мышечную оболочку. III стадия /T_3/.

Отдаленные результаты. В течение трехмесячного пребывания больного дома неоднократно наступала задержка мочи, которую устраняли катетеризацией и постоянным катетером. Периодически мочился самостоятельно, но разовая порция мочи становилась все меньше, а частота мочеиспускания увеличилась до 20 раз в сутки. Имели место частые вспышки острого пиэлита с под"емами температуры до 40^0, ознобы и жажда. Последний месяц пользовался только постоянным катетером.

С I3/IX по 20/XI-I962 г. находился в клинике на контрольном обследовании; состояние больного удовлетворительное, бледен. Естественным путем не мочится. Поставлен постоянный катетер. Анализ крови /I4/IX-62 г./: э.3200000, Нв 56%, л.7400, э.5, п.4, с.76; л.I0, м.5. Анизопойкилоцитоз, микроцитоз, анизохромия. РОЭ 55 мм в час. Остаточный азот крови 34 мг%. Хлориды крови 533 мг%, белок 8,9I%, альбумины 5,I3%, глобулины 3,78%. Индекс I,3.

Моча мутная, кислой реакции, уд.вес I006, белок 0,33%о. В микроосадке лейкоциты сплошь покрывают поле зрения.

На цистограмме /28/IX-62 г./ виден рефлюкс в оба мочеточника и выраженный левосторонний гидронефроз /рис.I09/.

В клинике больному проводилось лечение антибиотиками и промывание "мочевого пузыря". Применялись сердечные средства, глюкоза внутривенно и витамины. Общее состояние больного улучшилось, но мочеиспускание естественным путем не восстановилось. Длительное пользование постоянным катетером вызвало гнойный уретрит. В связи с этим II/X-I962 г. наложен надлобковый мочевой свищ. На операции полость "пузыря" обследована пальцем. Она оказалась гладкостенной, стенки неподатливые, форма округлая, емкость около 50 мл, внутреннее отверстие уретры рубцово-изменено. После дренирования "пузыря" состояние больного улучшилось, прошли боли в тазу и в левой поясничной области.

В удовлетворительном состоянии выписан домой /20/XI-62/. В течение 75 дней дома у больного часто были ознобы, повышалась температура, периодически обострялись боли в левом боку. 5/II-I963 г. больной снова поступил в клинику: состояние тяжелое, жажда, температура 38^{0}, сухость во рту, боли в левой пояс-

ничной области, регидность мышц на стороне болей. Надлобковый дренаж функционирует. Кровь: э.4200000, Нв 74%, л.8700, б.I, э.5, ю.I, п.5, с.42, л.36, м.I0. РОЭ 52 мм в час. Остаточный азот крови 28 мг%, хлориды крови 433 мг%; белок 8,I7 г%, альбумины 3,02%, глобулины 5,I5%. Индекс 0,5.



Рис.I09. Цистограмма через I80 дней после операции. Рефлюкс в мочеточники. Уретерокаликсэктазия выражена больше слева /← /. Фотокопия рентгенограммы.

Моча: желтого цвета, кислой реакции, уд.вес 1008, белок 0,16%о, лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроциты свежие единичные. Удельный вес мочи при пробе Зимницкого: 1007, 1006, 1004, 1003, 1006, 1003, 1015. Общий диурез 1450 мл.

Несмотря на энергичную терапию /антибиотики, переливание крови, плазмы, глюкоза, витамины и пр./, высокая температура держалась до 18/Ш-1963 г. После нормализации температуры больному произвели экскреторную урографию. На рентгенограмме полостная система левой почки расширена.

24/Ш-1963 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии с нормальной температурой. Позыва на мочеиспускание нет. Мочится через надлобковый дренаж.

Контрольное обследование в клинике с 13/УШ по 11/IX-63 г. В течение 5 месяцев в домашних условиях трубка из надлобкового свища выпадала неоднократно, но через уретру не мочился, позыва на мочеиспускание нет. На этот раз состояние больного удовлетворительное, температура нормальная, мочится через постоянный катетер, введенный неделю тому назад в райбольнице. Анализы крови значительно улучшились /э.3760000, Нв 68%, л.5700, э.1, п.5, с.52; л.37, м.5. РОЭ 35 мм в час. Остаточный азот крови 32 мг%, хлориды 550 мг%, белок 9,27 г%/. Моча щелочная, уд.вес 1009, белок 0,99%о. Лейкоцитов 4-6, эритроцитов свежих 6 в поле зрения.

В клинике проведено общеукрепляющее лечение. Выписан с надлобковым свищем в удовлетворительном состоянии /11/IX-63/.

С 27/П по 26/Ш-1964 г. больной снова находился в клинике. Состояние плохое: бледен, боли в левом боку и в надлобковой области, мочевыделение осуществляется только по надлобковому дренажу,

позыва на мочу нет; уретра для бужа проходима. На цистограмме полость пузыря вмещает контраста не больше 20 мл, рефлюкс в оба мочеточника /рис.II0/.

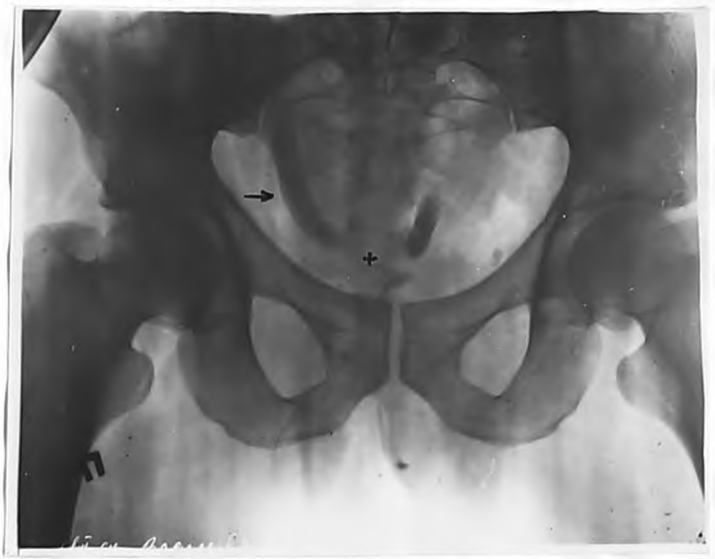


Рис.II0. Цистограмма через 22 месяца после операции. На рентгенограмме виден контраст в расширенных дистальных отделах мочеточников /→ /; полость вновь образованного пузыря отсутствует /+/. Фотокопия рентгенограммы.

Наблюдение 38. Больной З., 54 лет, мастер ДОКа /история болезни № I65I/, поступил в клинику I3/Ш-I962 г. с диагнозом "хронический цистит".

Макроскопическая гематурия и дизурические расстройства впервые появились I5/I-I962 г. Кровотечение прекратилось через неделю, а частые болезненные мочеиспускания продолжались до поступления в клинику. В районе лечился амбулаторно; принимал

биомицин, но улучшения не было. В областной поликлинике при цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря, по поводу которой госпитализирован в клинику.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Язык не обложен. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичен, хорошего наполнения. Артериальное давление 140/80 мм. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы нет. Рентгенологически: очаговых изменений в легких не обнаружено. Почки не прощупываются, области их свободные. Симптом Пастернацкого отрицательный. Наружные половые органы развиты правильно. При ректально-пальцевом исследовании предстательная железа увеличена, гладкая, эластической консистенции, безболезненная. Инфильтрация в тазу через прямую кишку не определяется. Мочится через 2-3 часа с резями в конце мочеиспускания, моча бурого цвета.

Анализ крови: э.3900000, Нв 79%, л.3400, б.1, э.6, п.1, с.71; л.19, м.2. РОЭ 30 мм в час. Остаточный азот крови 39 мг%; хлориды крови 521 мг%; белок 8,09%, альбумины 4,85%, глобулины 3,24%. Индекс 1,4.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, кислой реакции, уд.вес 1017, белок 1,65%о, мутная. В микроосадке - лейкоцитов до 15 в поле зрения, свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения. Удельный вес мочи при пробе Зимницкого - от 1015 до 1021.

Экскреторная урография. На рентгенограмме через 7 и 15 минут контраст содержится в обеих почках и мочеточниках, но слабее он выражен справа.

Осадочная пневмоцистография с оксигенопери-цистографией: на рентгенограмме видна тень опухоли на правой стенке мочевого пузыря, размерами приблизительно 6 х 7 см; стенка пузыря в проекции опухоли неровная, деформированная.

Цистоскопия: опухоль на широком основании размерами приблизительно 5 х 7 см, бугристая, местами видны ворсины, в центре - распад. Опухоль располагается на правой стенке, поражая почти всю правую половину пузыря; устье правого мочеточника не видно.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря. Ш стадия.

Показано радикальное хирургическое вмешательство - цистэктомия.

29/Ш-1962 г. операция - цистэктомия с образованием "пузыря" на мягком полиэтиленовом эндопротезе. Нижнеилиакальная лимфадэктомия. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с предварительным потенцированием.

В послеоперационном периоде в течение 9 дней состояние больного было вполне удовлетворительным: живот мягкий, болезненный только в области раны, температура тела не превышала 37,8°, стул самостоятельно; суточное количество мочи составляло от 1280 до 1600 мл /из мочеточниковых трубок/. Отделяемого из раны по дренажу почти не было.

На 9 сутки забилась трубка левой почки, промыванием не удалось восстановить ее проходимость. Моча стала выделяться по дренажу. Вскоре появились боли в левой поясничной области, ригидность мышц и боли при пальпации, повысилась температура до 38,7°. Нефункционирующую трубку мы удалили на 12-й

день; мочи стало выделяться больше по дренажной трубке. Трубка правой почки функционировала до 28 дня, затем и она забилась солями. На 28 день после операции дренажные трубки удалили /из правой почки и полости таза/. Эндопротез опорожнили от жидкости; удалить его через уретру не удалось /под эфирно-кислородным наркозом/, оторвалась трубка от перешейка протеза /применялась значительная сила/.

Продольным разрезом в надлобковой области вскрыта брюшная стенка, эндопротез удален. В полости, сформировавшейся на протезе, содержалось около 200 мл жидкости гнойного характера; стенки полости гладкие, плотной консистенции, неподатливые, размеры ее соответствуют объему протеза. На месте пересеченной уретры произошло грубое рубцевание, внутреннее отверстие мочеиспускательного канала с трудом пропускало кончик мизинца и не растягивалось. В этом состояла причина того, что нам не удалось извлечь протез через уретру.

После извлечения протеза надлобковую рану зашили наглухо и оставили постоянный катетер в "пузыре". Через 10 дней рана зажила, катетер удален. Мочеиспускание восстановилось: мочился малыми порциями через полчаса. Остаточной мочи 40 мл. Позыв к мочеиспусканию характеризуется появлением легкой боли в надлобковой области. В послеоперационном периоде после удаления эндопротеза периодически появлялись боли в поясничных областях, температура поднималась до 38,2° /на 3-5 дней/. Применение антибиотиков, переливания крови, плазмы и промывание "мочевого пузыря" способствовало восстановлению сил больного. Он выздоровел, мочеиспускание стало реже /через 2 часа/, а разовая порция мочи увеличилась до 100 мл.

Анализ крови на 50 день после операции /от I8/У/: э.2700000, Нв 44%, л.I5000, п.I2, с.75; л.I0, м.3. Анизоцитоз. РОЭ 65 мм в час. Остаточный азот крови 76 мг%, хлориды крови 503 мг%. При пробе Зимницкого - гипостенурия /I006-I008/.

Перед выпиской анализ крови улучшился, эритроцитов стало 3500000, Нв 58%, лейкоцитоз снизился до 9800, снизилась РОЭ до 35 мм в час. Остаточный азот также снизился до 45 мг%.

Цистография от 29/У /через 60 дней после операции/: на рентгенограмме равномерное выполнение "пузыря" контрастом, размеры его 5 х I0 см, стенки полости ровные; рефлюкс в оба мочеточника /рис.III/.



Рис.III. Цистограмма через 60 дней после операции. На рентгенограмме "мочевой пузырь" с ровными контурами размерами 5хI0 см Умеренно выраженный рефлюкс в мочеточнике /←/.Фотокопия рентгенограммы.

Больной выписан 8/VI-1962 г. /на 69 день после операции/ в удовлетворительном состоянии с естественным мочеиспусканием через 2-3 часа.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с шейкой. На разрезе - опухоль плоская с язвенной поверхностью в центре, плотная, располагается на правой заднебоковой стенке с поражением зоны устья правого мочеточника и треугольника на площади 5 х 9 см.

На препарате лимфатические сосуды налиты синей массой Герота. После фиксации в 10% растворе формалина препарат порезан через центр опухоли для гистологической проводки и просветления. Лимфатические узлы размерами: справа 0,6 х 1,5 см, слева - 0,5 х 0,8 см, эластической консистенции.

Микроскопическое исследование препарата № 33767 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Из препарата сделано 13 гистотопографических срезов.

Основная масса опухоли состоит из плотного узла на широком основании с экзофитно-эндофитным ростом. Вдоль стенки опухолевые элементы инфильтрируют слизистую оболочку на 2-3 мм от внешней макроскопически видимой границы опухоли.

В поверхностных слоях опухолевого узла преобладает паренхима над стромой. В глубоких слоях, наоборот, преобладает строма над паренхимой. Тут раковые ячейки расположены редко и беспорядочно. Эпителий, покрывающий раковые ячейки, многослойный плоский с разнообразной формой и величиной опухолевых клеток, которые почти везде инфильтрируют подлежащие ткани, базальная мембрана здесь разрушена. Местами видны крупные клетки с несколькими ядрами интенсивной окраски.

Лимфатические капилляры расположены в зоне

опухолевых очагов в подслизистом слое в виде густой сети; лимфатические сосуды встречаются в мышечном слое и в околопузырной клетчатке, просветы их пустые. В лимфоузлах метастазов рака нет.

Заключение: переходноклаточный рак с инфильтрацией в мышечный слой. Ш стадия /T_3 N- /.

Отдаленный период. На протяжении трех месяцев /дома/ акт мочеиспускания постепенно нарушался: наблюдались частые задержки мочи; возникали боли в поясничной области, повышалась температура до 38,5°, появлялись ознобы. Больной часто пользовался постоянным катетером, после удаления которого ощущал позыв к мочеиспусканию, но естественным путем не мочился. Открылся капиллярный мочевой свищ.

С I3/УШ по 8/IX-I962 г. находился на обследовании в клинике. Несмотря на регулярное промывание мочевого пузыря и проведенное общеукрепляющее лечение, мочеиспускание не восстановилось. 23/УШ-I962 г. наложен надлобковый свищ. Анализ крови 30/УШ-62 г.: Эр.4000000, Нв 64%, л.9500, э.2, п.3, с.70; л.23, м.2, РОЭ 52 мм в час. Анизохромия. Остаточный азот крови 37 мг%. Моча: кислой реакции, мутная, удельный вес I008, белок I,I6%о. В микроосадке лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроциты свежие единичные.

На экскреторной урограмме /4/IX-I962 г./ нарушение функции правой почки, наличие уретеропиэлоэктазии слева /рис.II2/. 8/IX-I962 г. больной выписан домой с надлобковым мочевым свищем в удовлетворительном состоянии.

В конце октября I962 г. появилось кровотечение из надлобковой раны, которое прекратилось после приема внутрь хлористого кальция. Через 8 месяцев после цистэктомии больной умер вне больницы /сообщено урологом г.Алапаевска. Причина смерти: рецидив рака, раковая кахексия, сепсис/.

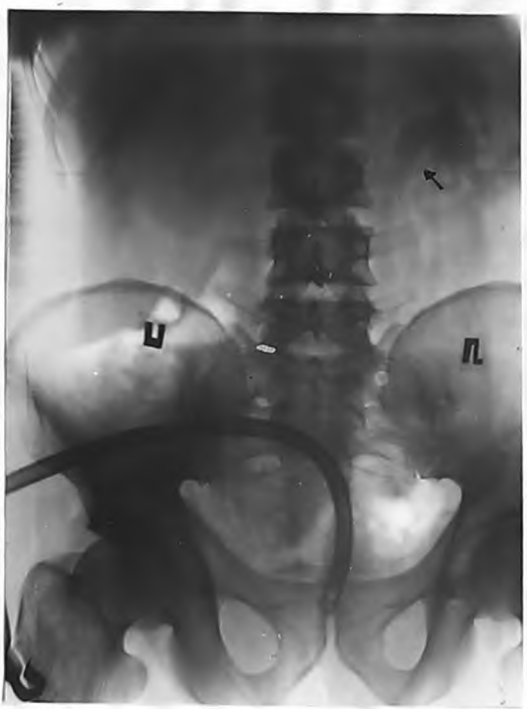


Рис.II2. Экскреторная урограмма через I99 дней после операции. Уретеропиэлоэктазия левой почки /← /. Правая почки блокирована. Фотокопия рентгенограммы.

Наблюдение 39. Больной Г., 62 лет, рабочий /история болезни № II7/, поступил в клинику с диагнозом "рак мочевого пузыря".

Однократная гематурия наблюдалась в июле I962 г. Через 2 месяца она повторилась. К врачу в это время не обращался. В декабре гематурия продолжалась около недели. Обратился к урологу по месту жительства /г.Полевской/. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Язык не обложен. Пульс 74 удара в минуту, ритмичен. Артериальное давление 145/85 мм. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости уклонений от нормы нет. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены умеренно выраженные возрастные изменения. Живот мягкий, безболезненный, почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа несколько увеличена, гладкая, слегка болезненная. Инфильтрация в тазу бимануально не определяется.

Анализ крови: э.4030000, Нв 62%, л.9200, э.3, п.7, с.56; л.30, м.4. РОЭ 12 мм в час. Остаточный азот крови 22 мг%; хлориды крови 480 мг%; белок крови 8,17%, альбумины 5,31%, глобулины 2,86%. Индекс 1.8.

Анализ мочи: соломенно-желтого цвета, кислой реакции, удельный вес 1020, белок 0,16%о. В микроосадке лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, эритроцитов до 15 в поле зрения. Проба Зимницкого хорошая /уд.вес 1015-1024/.

Цистоскопия - опухоль в виде узла на широком плоском основании, размерами 4 х 5 см располагается в зоне устья правого мочеточника; последнее не видно; устье левого мочеточника овальной формы, сокращается.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена, умеренно расширен правый мочеточник.

Осадочная пневмоцистография с оксигенопери-цистографией. На рентгенограмме на правой нижне-боковой стенке пузыря виден дефект заполнения, контур стенки над основанием опухоли неровный, стенка утолщена от 8 до 12 мм.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого

пузыря. III стадия.

Показано радикальное хирургическое вмешательство – цистэктомия.

29/I-1963 г. операция – простая цистэктомия, лимфадэктомия. Образование резервуара для мочи на мягком полиэтиленовом протезе. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с предварительным потенцированием.

Дугообразный разрез в надлобковой области. Мочевой пузырь обнажен, затем выделен от клетчатки с боков, а верхушка – от брюшины. Из района внутренней и наружной подвздошных артерий справа и слева удалены лимфатические узлы вместе с клетчаткой, которые лежали здесь в виде цепочек. Обнажены мочеточники, перевязаны и отсечены от пузыря. Перевязаны висцеральные сосуды мочевого пузыря. Мочевой пузырь выделен на всем протяжении и отсечен диатермическим методом в зоне шейки. Часть задней стенки шейки пузыря осталась на месте. Мочеточники дренированы хлорвиниловыми трубками диаметром 4 мм, фиксированы к задней стенке оставшейся части шейки пузыря. В ложе помещен мягкий протез, позади которого оставлена хлорвиниловая трубка с окошечками для дренирования полости таза. Трубки выведены через уретру наружу, где укреплены в муфте резинового кольца. Операционная рана засыпана порошком пенициллина 3000000 МЕ и стрептомицина 5000000 МЕ. Надлобковая рана зашита наглухо.

Послеоперационный период. На 3 день после операции прекратилось выделение мочи по трубке из правой почки, на четвертые сутки – из левой почки. Моча стала выделяться по трубке, оставленной позади протеза; за сутки /3/II-63/ собрано мочи 740 мл. Температура тела поднялась до 38-39°. Состояние больного заметно ухудшилось: появились боли в тазу

и в поясничных областях. После промывания трубок выделение мочи восстановилось, но ненадолго; выделение ее то продолжалось, то прекращалось. Очевидно, трубки сдавливались отекшей уретрой или сфинктером, находящимся в состоянии спазма от раздражения трубками. Помимо трубок через уретру стала выделяться моча. Это свидетельствовало о том, что вокруг протеза скапливалась моча, поступавшая также помимо трубок из почек. Суточное количество ее составляло не больше 340-580 мл. Боли в поясничных областях, в тазу и лихорадочное состояние, очевидно, были обусловлены скоплением мочи в почечных лоханках и в полости таза, ее инфицированием и всасыванием в лимфатическое и кровеносное русло токсических продуктов секрета.

На 10 день швы сняты, рана зажила первичным натяжением. Однако состояние больного оставалось тяжелым. Выделение мочи по мочеточниковым трубкам прекратилось. Мы удалили их. Моча стала выделяться только по трубке, дренирующей полость таза, но суточное количество ее не превышало 920 мл. Несмотря на промывание полости таза и применение лекарственных и др. средств /антибиотики, переливание крови, плазмы/ состояние больного не улучшалось. Температура не снижалась ниже 38^{0}, боли в поясничных областях приняли постоянный характер. На 16 день удален протез через надлобковый разрез, т.к. извлечь его через уретру не удалось. Полость таза дренировали через надлобковую рану и промывали два раза в сутки. Однако состояние больного прогрессивно ухудшалось, температура носила септический характер, появилась ригидность мышц в левой поясничной области. При явлениях сердечно-сосудистой недостаточности больной умер на 33 день после цистэктомии.

Патологоанатомический диагноз. Состояние после цистэктомии с образованием "пузыря" на эндопротезе. Уросепсис. Пиэлонефрит, гнойный паранефрит. Мелкоочаговая пневмония справа. Спаечный процесс брюшной полости, паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Отек мозга. Смерть наступила от сердечно-сосудистой недостаточности на фоне сепсиса, пневмонии и раковой интоксикации.

Операционный препарат. Мочевой пузырь размерами 13 х 10 см. Опухоль в виде узла, плотная, неподвижная, размерами 3 х 3 см, располагается в зоне устья правого мочеточника.

На препарате лимфатические сосуды налиты синей массой Герота. После фиксации в 10% растворе формалина, препарат порезан для гистологической проводки и просветления.

Лимфатические узлы /в виде цепочек заключены в клетчатке в количестве 6 шт. размерами от 0,4 х 0,5 см до 0,4 х 0,8 см/ направлены на гистологическое исследование в плановом порядке.

Микроскопическое исследование препарата № 36232 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Из препарата сделано 12 гистотопографических срезов.

Основная масса опухоли имеет вид узла на широком основании, растущей экзофитно-эндофитно, и состоит из коротких толстых ворсин, тесно прилегающих друг к другу; строма их нежна. Эпителий, выстилающий опухоль, многорядный, плоский с выраженной анаплазией клеточных элементов и резкой гиперхромией ядер.

В зоне основания опухоли раковые ячейки располагаются в подслизистом слое, некоторые из них внедряются во внутренний мышечный слой. Отдельные эпителиальные клетки и группы клеток инфильтрируют

подслизистый и мышечный слои и другие места препарата.

В слизистом и частично в подслизистом слоях эпителиальные клетки распространяются по плоскости стенки пузыря на расстоянии 7–8 мм от макроскопически видимой внешней границы опухолевого узла.

Лимфатические сосуды на препарате синей краской Герота не налились.

Гистологическая структура опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией в мышечный слой. В лимфатических узлах отмечается гиперплазия лимфоидной ткани, метастазов рака не обнаружено. III стадия /T_3 N- /.

Наблюдение 40. Больной К.,59 лет, слесарь-лекальщик /история болезни № 434/, поступил в клинику 21/I-1963 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Год тому назад наблюдалась двухкратная гематурия. К врачу не обращался. В декабре 1962 г. перенес грипп; при исследовании мочи были обнаружены белок и много лейкоцитов в осадке. Уролог при цистоскопии обнаружил опухоль мочевого пузыря.

При поступлении состояние больного удовлетворительное. Среднего роста, правильного телосложения, средней упитанности. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык не обложен. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/80 мм. Легкие без патологии, тоны сердца приглушены, границы в норме. Рентгенологически – очаговых изменений в легких нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа не увеличена, гладкая, безболезненная. Очагов уплотнения в тазу при бимануальном

исследовании не определяется. Мочеиспускание нормальное, моча прозрачная.

Анализ крови: э.3800000, Нв 74%, л.8200; э.3, п.8, с.54; л.25, м.10. РОЭ 26 мм в час. Остаточный азот крови 35 мг%; хлориды крови 409 мг%; белок 8,2%, альбумины 5,75%, глобулины 2,46%. Индекс 2,3.

Анализ мочи: цвет мясных помоев, кислой реакции, удельный вес 1012, белок 0,99%о. В микроосадке много лейкоцитов и свежих эритроцитов. Проба Зимницкого хорошая /уд.вес 1010,1016,1021/.

Цистоскопия - опухоли грубоструктурного вида, больших размеров, пузырь почти не просматривается из-за нависающих ворсинчатых образований.

Экскреторная урография. На рентгенограммах через 7 и 15 минут в почках и мочеточниках видны следы контраста; морфологических изменений в их полостной системе не выявляется.

На нисходящей цистограмме в полости мочевого пузыря две тени опухоли в нижнем сегменте, справа и слева размерами 4 х 5 см и 7 х 10 см.

Клинический диагноз: множественный ворсинчатый рак мочевого пузыря. П стадия.

Операция 5/П-1963 г. - простая цистэктомия, лимфадэктомия, образование искусственного мочевого пузыря на мягком эндопротезе. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз с предварительным потенцированием.

Дугообразный разрез в надлобковой области. Мочевой пузырь обнажен, затем выделен от окружающих тканей. Удалены лимфатические узлы вместе с клетчаткой из района развилки общей подвздошной артерии, справа и слева. Обнажены мочеточники, потом перевязаны и пересечены в 2 см от пузыря. Мочевой пузырь выделен до шейки. По ходу выделения пе-

ревязывались висцеральные артерии. Электродиатермическим методом пузырь отсечен в зоне шейки его, внутреннее отверстие мочеиспускательного канала оставлено с частью шейки. Туалет раны. Мочеточники дренированы хлорвиниловыми трубками диаметром 4 мм и подшиты к оставшейся части шейки пузыря. В рану уложен эндопротез, позади которого оставлена хлорвиниловая трубка с окошечками для дренирования полости таза. Трубки выведены через уретру наружу и укреплены в резиновой муфточке. В полость таза всыпан порошок пенициллина 200000 МЕ и стрептомицина 500000 МЕ. Надлобковая рана зашита послойно наглухо.

Послеоперационный период. В течение первых трех суток состояние больного было удовлетворительным, температура 37,4 - 36,2°; по трубкам из почек за сутки выделялось до 1200 мл мочи. До 19/П неоднократно наступала закупорка мочеточниковых трубок, появились боли в поясничной области /пиэлит/, температура поднялась до 38,2 - 39,2°. Состояние больного резко ухудшилось.

19/П удален эндопротез через уретру. Полость таза промыта через трубку, оставленную при операции. В течение последующих 10 дней /до 28/П/ состояние больного оставалось крайне тяжелым: температура держалась в пределах 39-40°. Моча, выделяющаяся по трубке, имела гнойный характер. Несмотря на промывание пузыря двухкратно в день, применение антибиотиков, сердечных средств, переливания крови, плазмы /нативной и сухой/, состояние больного не улучшалось. На 26 день больной умер от сердечно-сосудистой недостаточности.

Патологоанатомический диагноз: уросепсис, отграниченный фибринозно-гнойный перитонит, гнойный нефрит, фибринозно-гнойный пельвиоцеллюлит, гипо-

статическая пневмония, слипчивый перикардит, паренхиматозная дистрофия внутренних органов, раковая кахексия.

Смерть наступила от сердечно-сосудистой недостаточности, возникшей на фоне септических изменений и раковой кахексии /зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с частью шейки его. На разрезе - опухоли ворсинчатого вида, множественные, одна из них размерами 7 х 8 см, вторая - 4 х 5 см, остальные шесть штук - размерами 2 х 2 см. Опухоли поражали пузырь выше устьев мочеточников; шейка и треугольник свободны от опухоли.

Лимфатические узлы заключены в клетчатку - удалено справа - 3, слева - 6 шт. размерами от 0,3 х 0,5 см до 0,5 х 0,7 см. Препарат и лимфоузлы направлены на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование препарата № 35995 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Из препарата сделано 12 гистотопографических срезов.

Основная масса опухолей /больших/ состоит из массы плотных ворсин, тесно анастомозирующих между собой. Основание опухоли имеет вид ножки с выраженной стромой. Эпителий, покрывающий опухоли, многослойный, плоский, перемежается с клетками неопределенной формы - вытянутыми и напоминающими цилиндрическую форму с интенсивно окрашенными ядрами. Раковые ячейки врастают в подслизистый слой. Анаплазированный эпителий виден на слизистой оболочке непосредственно около ножек опухоли и не распространяется дальше 2 мм от микроскопически видимой внешней границы основания опухоли.

Заключение: переходноклеточный рак с инфильтрацией в подслизистый слой мочевого пузыря. В

лимфатических узлах метастазов рака нет. В лимфоузлах левой стороны отмечается гиперплазия лимфоидной ткани, выраженный склероз с утолщением капсулы. В лимфоузлах правой стороны те же изменения, что и слева, но имеются явления обызвествления; изменения в них характеризуются хроническим неспецифическим лимфаденитом с резко выраженным фиброгиалинозом и обызвествлением. П стадия /$T_2 N-$ /.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что после цистэктомии с образованием искусственного мочевого пузыря на эндопротезе в послеоперационном периоде наблюдаются самые разнообразные по характеру и тяжелые по клиническому течению осложнения, могущие стать причиной смерти больных. Так, у 2 человек на четвертый день после операции возник перемежающийся пиэлит /то одной, то другой почки/ с подъемом температуры до 40^0 и ознобами на протяжении 4–5 недель; закупорка трубок, дренирующих мочеточники, и прекращение оттока по ним мочи наступили на 4–7 сутки после операции. В эти же сроки наступало сдавление трубки, дренирующей полость таза, очевидно, отекшей задней уретрой, или вследствие спазма сфинктера последней. Задержка мочи в почечных лоханках приводила к возникновению лоханочно-венозного рефлюкса, о чем свидетельствовали частые ознобы и высокая температура тела. Скопление мочи и раневого отделяемого /лимфоррея и пр./ вокруг эндопротеза приводило к нагноению; инфицированный секрет, несомненно, всасывался в лимфатическое и кровеносное русло. Уже на 4–7 сутки у больных возникали боли в тазу

и в поясничных областях, развивалась клиника интоксикации организма /высокая температура, ознобы и пр./.

После промывания трубок, дренирующих почечные лоханки и полость таза, их проходимость восстанавливалась, моча и отделяемое раны выделялись относительно свободно, но трубки снова /иногда через сутки/ закупоривались слизью и солями. Учитывая это обстоятельство, мы промывали трубки два-три раза в сутки.

У одного из этих больных эндопротез и трубки мы удалили через уретру при обезболивании закисью азота. Местная анестезия уретры 2% раствором новокаина не снимала боли, и удалить протез по этой причине нам не удалось. А.П.Цулукидзе /1961/ утверждает, что местной анестезии бывает достаточно для того, чтобы извлечь эндопротез через мочеиспускательный канал. У второго больного мы не могли удалить эндопротез через уретру даже после применения ему эфирно-кислородного наркоза. На 27 день после цистэктомии у этого больного удален эндопротез через надлобковый разрез. Полость, сформировавшаяся вокруг протеза, оказалась гладкостенной, стенки ее плотные, неподатливые; на конце пересеченной уретры произошло грубое рубцевание, отверстие ее не растягивалось, расширить его металлическими бужами больше 20 номера по Шарьеру не удалось. Мы поставили резиновый катетер, надлобковую рану зашили, последняя зажила через 10 дней после вмешательства. У обоих больных мочеиспускание восстановилось. Больные мочи-

лись через полчаса малыми порциями /не больше 30–50 мл/. Остаточной мочи в "пузыре" было до 40 мл с примесью слизи и гноя.

У двух других больных после подобной операции в послеоперационном периоде возникли серьезные осложнения. На 5–7 день после операции просветы мочеточниковых трубок /хотя диаметр их был вполне достаточным – 4 мм/, закупорились слизью и солями. Соли и слизь отмывались с большим трудом, а у одного больного на I5 день выделение мочи по трубкам совсем прекратилось. Появились острые боли в тазу и в поясничных областях, ознобы и высокая температура /до 39,5°/; стала развиваться клиника интоксикации организма. Эндопротез и трубки удалены через мочеиспускательный канал под закисью азота. Полость таза промыли, оставили в ней постоянный катетер для отведения мочи. Однако очень быстро /через 3 дня/ развился острый гнойный уретрит; боли в тазу и в поясничных областях не прекращались, температура септического характера доходила до 39–40°, по катетеру выделялась гнойная моча, иногда слизь закупоривала просвет катетера. Для обеспечения оттока мочи полость таза дренировали через надлобковый разрез. Однако даже после применения антибиотиков, переливания плазмы, сердечных средств и пр. интоксикация организма не была ликвидирована. На 26 день после операции больной умер от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

У второго больного к I7 дню прекратилось выделение

мочи по трубкам; моча скапливалась в полости таза вокруг эндопротеза. Надлобковая рана разошлась, моча и гной из полости таза стали выделяться в повязку. Мы расширили рану, удалили эндопротез, промыли и дренировали полость таза через надлобковую рану. При обследовании пальцем после удаления протеза оказалось, что стенки "пузыря" рыхлые, какую-либо фиброзную капсулу будущего "мочевого пузыря" обнаружить не удалось. Несмотря на дренирование полости таза через надлобковую рану, систематическое промывание ее, применение антибиотиков, сердечных средств, глюкозы, переливания крови, плазмы, развилась флегмона таза, и на 33 день после цистэктомии больной умер от сепсиса.

Кроме того, у 2 больных /случаи 37 и 38/ извлечь эндопротез через уретру не удалось. Это обусловлено тем, что материал эндопротеза /полиэтиленовая пленка/ под влиянием длительного действия мочи огрубел и стал плотным; протез не спадался и не принимал форму вытянутого "шнура". Огрубение полиэтиленовой пленки протеза, по нашему мнению, происходит под влиянием длительного действия /4-5 недель/ мочи. В этом мы убедились на практике. Приготовленный для операции протез поместили в банку с мочей и закрыли плотной пробкой. Через две недели протез извлекли из банки и опорожнили от фурациллина. Наощупь пленка протеза оказалась упругой, грубой и с трудом спадала после протягивания через резиновую трубку I,2 мм диаметром. Качество пленки ничем не отличалось от протезов, извлеченных из

полости таза у наших больных.

После чрезпузырной электрокоагуляции у 2 больных /из I3/ и у одного – после демукозации /из 5/ в послеоперационном периоде наблюдались относительно легкие осложнения: длительно незаживающий свищ, пиурия и упорно продолжавшийся цистит. Последующее наблюдение за больными позволило установить, что мочевые свищи не заживали в связи с прогрессирующим ростом опухоли после электрокоагуляции и демукозации. Следует отметить, что чрезпузырная электрокоагуляция опухоли, как способ лечения у этих больных, оказалась недостаточной. После демукозации на 43 день опухоль рецидировала. Наблюдение и повторное обследование больных показало, что раковая болезнь была в далеко зашедшем периоде.

3 человека после электрокоагуляции опухоли на вскрытом пузыре умерли от причин, связанных с запущенностью опухолевого процесса и недостаточностью сердечной деятельности.

Из I8 больных, которым мы произвели различные операции, у 2 после пересадки мочеточников в сигму – как первый этап цистэктомии – возникли тяжелые осложнения: непроходимость кишечника и перитонит у одного больного, развившиеся на 3-е сутки, у второго – желудочное кровотечение и перитонит, наступившие через два дня после операции.

У 2 других больных при ревизии во время лапаратомии /произведенной с целью пересадить мочеточники в кишечник/

оказались иноперабильными. У одного наступила острая сердечно-сосудистая недостаточность, у второго- перитонит. Эти осложнения оказались для них смертельными - лапаратомия для этих больных на фоне раковой интоксикации оказалась слишком тяжелым хирургическим вмешательством.

Наиболее благоприятное послеоперационное течение было у 75 больных после эндоэлектрокоагуляции. У них наблюдались преимущественно рези при мочеиспускании, учащенные позывы к мочеиспусканию, пиурия, которые были обусловлены воспалительной реакцией после коагуляции опухоли и прижигания слизистой оболочки; рана, как правило, долгое время /до 2-3 недель/ не заживала. У 17 больных /22,6%/ кратковременно /до 5 дней/ наблюдалась лихорадка. После применения антибиотиков или химиопрепаратов /альбуцид натрия, метиленовая синька в капсулах перорально, новарсенол по 0,3 внутривенно, медвежье ушко/ указанные явления проходили, и больные выписывались с нормальным мочеиспусканием. Таким образом, среди этой категории больных серьезных осложнений после эндоэлектрокоагуляции не наблюдалось. У них были опухоли ворсинчатого вида нежноструктурные, на ножке, небольшие/I стадия/.

При анализе причин осложнений, становится очевидным, что наиболее серьезные послеоперационные осложнения наблюдались после различных вариантов цистэктомии, резекции и электроэксцизии опухоли на вскрытом мочевом пузыре. Наиболее тяжелые осложнения имели место после цистэктомии, в

особенности после операции с образованием искусственного мочевого пузыря на полиэтиленовом протезе.

На основании наших клинических наблюдений следует отметить, что самые разнообразные по характеру и тяжести осложнения развивались сравнительно быстро. Так, атония кишечника /метеоризм/, перитонит, сердечная слабость и пр. возникали на 3-4-5 день после операции; пиэлит, флегмона клетчатки таза /пельвиоцеллюлит/, периуретерит и пр. возникали на 7-9 день, т.е. в тот период, когда наступало отхождение мочеточника от кишки, операционная рана инфицировалась содержимым кишечника. Пиэлит возникал чаще всего в тех случаях, когда недостаточно функционировала трубка, дренирующая мочеточник. Другие осложнения также развивались на протяжении первой, реже - второй декады после операции. Поэтому, учитывая развитие возможных осложнений, мерой их предупреждения должно являться раннее применение самых энергичных мер по устранению причин, вызывающих осложнения или способствующих возникновению и дальнейшему развитию их в различных органах.

Пересадка мочеточников в кишку внутрибрюшинно чаще всего осложняется перитонитом в связи с отхождением мочеточника от кишки. При внебрюшинном методе пересадки мочеточников в прямую кишку может развиться флегмона таза и забрюшинного пространства. Причиной последнего опять-таки является несостоятельность швов соустья и отхождение мочеточника от кишки. Так, Г.А.Рихтер /1949/ из 41 операции

пересадки мочеточников в кишечник, в I0 случаях наблюдал отхождение мочеточников от кишки. Внебрюшинная пересадка мочеточников в кишечник сама по себе безусловно становится профилактической операцией против развития перитонита. Однако в некоторых случаях из-за несостоятельности швов соустья и отхождения мочеточников от кишки могут развиться осложнения.

У наших больных также наблюдались осложнения, наступавшие в результате несостоятельности швов соустья и отхождения мочеточника от кишки. Среди осложнений мы наблюдали флегмону таза, паранефрит, периуретерит, ставшие причиной смерти некоторых больных.

А.Я.Пытель /I964/ указывает, что гиперхлоремический ацидоз, возникающий в ближайшие недели после пересадки мочеточников в кишечник, наблюдается у 40% больных, развивающийся вследствие снижения функциональной способности почек и печени, которое наступает в результате длительно существующей инфекции мочевых путей у больных раком мочевого пузыря.

С.Петкович /I957/, анализируя послеоперационные осложнения, возникающие после пересадки мочеточников в кишечник, отмечает, что у 46% больных наблюдались серьезные осложнения. Пиэлонефрит остается наиболее частым осложнением /у I5% больных/. Тромбоэмболические осложнения, перитонит, азотемия также наблюдаются часто. Весьма серьезным осложнением после пересадки мочеточников в кишечник является нарушение равновесия водно-солевого баланса, воз-

никающего довольно рано после операции, особенно на фоне пониженной функции почек /пиэлонефрит/. Гипостаз и пневмония усиливают нарушение водно-солевого баланса, которое приводит к возрастанию количества мочевины в крови, что способствует развитию пареза кишечника, наблюдающегося довольно часто после пересадки мочеточников в кишку.

Маршалл и Витмор /1950/ из 100 цистэктомий /у 78 - мочеточники пересаживались в кишечник и у 22 - на кожу/ у 26 больных наблюдали самые разнообразные осложнения в послеоперационном периоде; авторы делят осложнения на две категории: малые и серьезные. К малым они относят сердечную слабость, ателектаз легких, нагноение раны, флебит нижних конечностей, пиэлонефрит, длительную лихорадку неясной причины и пр. В категорию серьезных осложнений они относят коронарную закупорку, сердечную недостаточность, кровоизлияние в мозг, эвентрацию внутренностей, вспышку психоза, кровотечение из раны, каловые свищи, наступавшие после отхождения мочеточников от кишки и в результате распада тканей после излишней дозы облучения. По их данным у 74 /74%/ человек послеоперационный период протекал относительно удовлетворительно. Несколько позднее Витмор и Маршалл /1962/ дали анализ 230 цистэктомий; у 116 больных /51%/ в послеоперационном периоде наблюдались различного рода осложнения. Авторы указывают, что осложнения не обязательны, но могут возникнуть. У 116 оперированных больных было 164 осложнения; у 39 человек авто-

ры были вынуждены производить повторные хирургические вмешательства /при механической непроходимости кишечника- /5 человек/, каловых свищах - 13 человек/ и т.д., у 20 /из 230/ больных наблюдались сосудистые расстройства: у 10 - легочные эмболии /6 - закончились смертельно/, у 6 - сердечная недостаточность /4 умерло/, у 3 - коронаротромбоз /2 умерло/ и т.д. В 7 случаях наблюдалось расхождение швов раны. Метеоризм наблюдался почти у всех оперированных больных.

Таким образом становится очевидным, что после цистэктомии, независимо оттого, куда высаживаются мочеточники /в кишку или в кожу/ или с образованием мочевого пузыря на полиэтиленовом протезе, в послеоперационном периоде могут возникнуть различного рода осложнения; у некоторых больных они могут быть смертельными.

5. Непосредственные исходы у неподвергавшихся больных хирургическому лечению

Особую группу составляют 126 больных /32,9%/, которым хирургическое лечение не применялось, из них 86 человек /22,4%/ в момент обследования в клинике находились в иноперабильном состоянии и 40 /10,5%/ - отказалось от операции, хотя у них были все показания к резекции и экстирпации мочевого пузыря. Общее состояние больных позволяло выполнить им эти операции: слишком запущенных форм рака не было.

Иноперабильным больным в клинике применяли только

симптоматическое лечение: гемостатическое и противовоспалительное, лучевую терапию /у некоторых/.

На нашем материале после клинического обследования и операционной находки иноперабильных больных оказалось 104 человека /27%/, 86 из них мы не оперировали, 18 - были произведены различные хирургические вмешательства, о которых речь шла выше. Из 86 неоперированных иноперабильных больных 13 умерли в клинике, 73 человека после симптоматического лечения были переведены в районные и участковые больницы под наблюдение врачей. Из 40 отказавшихся от операции, у 21 из них были показания к цистэктомии, у 19 - резекция мочевого пузыря.

Согласно литературным данным и нашим наблюдениям, за последние 5 лет число больных с запущенными стациями рака мочевого пузыря постепенно уменьшается, но процент запущенных форм рака еще высок. По материалам Б.Л.Полонского /1963/ он составляет 29,8% к общему числу больных раком мочевого пузыря /на 1576 чел./, у М.Г.Купершляка /1960/ - 42,5%, у Л.Л.Корина /1964/ - 23,1%, у Маршалла и Витмора /1950/ - 22,6%. Таким больным применяется симптоматическое лечение и лучевая терапия.

Мы позволим себе остановиться на этой категории больных более подробно, так как вопрос о причинах иноперабильности имеет актуальное значение.

Удельный вес рака мочевого пузыря среди других урологических заболеваний составляет небольшой процент /на нашем материале 8,2%/, однако число больных с запущенны-

ми формами рака мочевого пузыря до сих пор остается большим. Из 384 больных I04 /27%/, как указывалось выше, оказались неоперабильными: 82,7% мужчины, I7,3% - женщины. Средний возраст больных 54 года.

Из I04 человек с запущенными формами рака мочевого пузыря 43 больных /4I,3%/ обратились к врачам общего профиля своевременно, т.е. после появления первой макроскопической гематурии, но часто в момент светлого от гематурии промежутка. Не будучи знакомы с клиникой опухолей мочевого пузыря, врачи просмотрели новообразование и, основываясь лишь на данных анализа мочи, в которой всегда обнаруживался белок, принимали это заболевание за нефрит, пиэлоцистит и пр. и назначали больным бессолевую диету, хлористый кальций внутрь и пенициллин. Только повторная и продолжительная гематурия, а также появление дизурических расстройств заставляло врачей направлять больных на обследование к урологу. У всех этих больных обнаруживался рак мочевого пузыря в неоперабильной клинической форме /IУ стадия/.

Примером могут служить следующие наблюдения.

Наблюдение 4I. Больной П., 58 лет /история болезни № 6740/, поступил в клинику 3I/XII-1952 г. Безболезненная макроскопическая гематурия наступила внезапно 3 мес.назад. Обратился к фельдшеру Висимо-Уткинского медпункта, который назначил больному хлористый кальций внутрь. Гематурия прекратилась, но через месяц снова повторилась и продолжалась 2 дня. Больной обратился к врачу в светлый от

гематурии промежуток: лечился хлористым кальцием и диетой по поводу нефрита /в моче обнаружен белок/. Наступившая в третий раз гематурия продолжалась 7 дней. В тяжелом состоянии больной доставлен в клинику.

При цистоскопии обнаружена множественная ворсинчатого вида опухоль. На цистограмме мочевой пузырь деформирован, стенки его неровные, в просвете пузыря дефект заполнения на левой боковой стенке.

Клинический диагноз: множественный ворсинчатый рак мочевого пузыря с инфильтрацией в околопузырную клетчатку. IУ стадия.

Больной оказался неоперабильным. Через 7 месяцев /6/УШ-1953 г./ наступила смерть.

Наблюдение 42. Больной Г., 57 лет /история болезни 1675/. В июле 1958 г. внезапно среди полного здоровья наступила макроскопическая гематурия, продолжавшаяся сутки. К врачу не обращался. Через месяц гематурия повторилась и продолжалась периодически в течение 8 месяцев. Лечился в Н-Лялинской районной больнице по поводу нефрита, но гематурия не прекращалась. В клинику поступил 21/Ш-1959 г. с диагнозом "цистит", "нефрит".

При клинико-рентгенологическом обследовании со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологии не обнаружено.

Анализ крови: эр.3920000, гемоглобин 62%. Гемограмма нормальна, РОЭ 31 мм в час. Анализ мочи: цвет мясных помоев, кислой реакции, удельный вес 1020, белок 1,65‰. В микроосадке: свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

При цистоскопии в мочевом пузыре обнаружена бугристая опухоль на левой боковой стенке; устье левого мочеточника не видно из-за опухоли. На контрастной цистограмме дефект заполнения занимает

левую стенку пузыря, внешняя поверхность ее узурирована; мочевой пузырь деформирован.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря с прорастанием опухоли в околопузырную клетчатку /IУ стадия/.

Больной оказался неоперабильным. Умер через I3 месяцев /29/УI-I960 г./.

Наблюдение 43. Больная В.,5I год /история болезни 2954/, считает себя больной полтора года. Первая макроскопическая гематурия была однократной и безболезненной. Повторная гематурия в течение суток через 8 месяцев. Обратилась к участковому врачу в гор.В-Тавда, который назначил покой, диету и хлористый кальций внутрь. Гематурия прекратилась. В третий раз гематурия наступила через I7 месяцев и продолжалась неделю. Лечилась в В-Тавдинской районной больнице от нефрита.

Анализ мочи: пиурия, альбуминурия, микрогематурия.

В стационаре гематурия прекратилась, но вскоре снова возобновилась и продолжалась больше 2 недель; в этот период появились острые дизурические явления. Только тогда врач-терапевт направил больную к урологу. Поступила в клинику 30/У-I955 г.

При цистоскопии /дважды/ моча окрашена кровью; пузырь отмылся, емкость 250 мл. В зоне пузырного треугольника, в шейке и на задней стенке пузыря располагается грубоворсинчатая опухоль, часть ворсин некротизирована, с отложениями в этих местах фибрина.

При вагинальном исследовании на передней стенке влагалища около шейки матки определяется образование плотной консистенции, неподвижное и болезненное.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря с прорастанием во влагалище. IУ стадия.

Больная признана неоперабильной. Умерла через год /в июле I956 г./.

Наблюдение 44. Больной К.,39 лет /история болезни I469/. Первая макроскопическая гематурия с дизурическими явлениями на протяжении 3 дней наступила в I957 г. Лечился амбулаторно /в г.В-Тура/ медикаментами по поводу пиэлоцистита. В I958 и I959 гг. гематурия повторялась неоднократно. В анализах мочи обнаруживался белок. На этот раз лечился амбулаторно, но уже по поводу нефрита. В феврале I960 г. гематурия возникла в четвертый раз,по поводу которой находился на стационарном лечении в В-Туринской городской больнице. Лечился хлористым кальцием внутрь и пенициллином в инъекциях. Гематурия не прекратилась. 8/Ш-I960 г. больной поступил в клинику на обследование с диагнозом "гематурия".

При клиническом обследовании обнаружен увеличенный плотной консистенции лимфатический узел в левой надключичной области. Цистоскопией обнаружена узловатая опухоль на задней стенке мочевого пузыря с поражением обоих устьев мочеточников. Цистограмма: боковые стенки пузыря неровные, задняя - зубчатая. Предстательная железа не изменена.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря с метастазированием в левый надключичный лимфоузел. IУ стадия. Случай неоперабильный. Через 7 месяцев /29/ХП-I960 г./ больной умер от раковой интоксикации.

Из этих наблюдений видно, что одной из многих причин запущенности и неоперабильности рака мочевого пузыря является незнакомство врачей /и фельдшеров/ общего профиля

с клиникой и диагностикой этого заболевания.

61 больной /58,7%/ обратился за врачебной помощью в позднем периоде течения рака мочевого пузыря. Больные пожилого возраста не знали коварности бессимптомной гематурии и поэтому не обращались за врачебной помощью.

Следует особо отметить, что 23 из 61 больного длительное время /до 5 лет/ вовсе не обращались за врачебной помощью; 12 человек, хотя и обращались к врачу по месту жительства, но упорно отказывались от урологического обследования у специалиста-уролога. 7 больных лечились у знахарок и домашними средствами и поступали в клинику с запущенными клиническими формами рака в тяжелом состоянии. 19 больных обращались за врачебной помощью после продолжительной или многократной гематурии. У больных этой группы в некоторых случаях был относительно короткий анамнез - от 2 недель до 3 месяцев. Первым симптомом была массовая гематурия и сопровождалась она острыми дизурическими расстройствами. При клиническом обследовании обнаруживались запущенные формы раковой болезни с обширным поражением мочевого пузыря и часто с распадом опухолевой ткани. Больные, как правило, были иноперабильны.

Для иллюстрации приводим краткие выписки из историй болезни некоторых из них.

Наблюдение 45. Больной В.,56 лет /история болезни 4104/, поступил в урологическое отделение клиники 6/Ш-1957 г. с диагнозом "Анемия, гематурия". Первая однократная макроскопическая гематурия была в августе 1943 г. Повторилась она в мае

1953 г., т.е. через 10 лет и продолжалась 3 суток. К врачу не обращался ни раньше, ни сейчас. В июне 1954 г. гематурия возникла третий раз и продолжалась более 2 недель; появились острые дизурические явления. Острые боли заставили больного обратиться к врачу, но от урологического обследования и лечения он отказался. С июля 1954 г. по август 1957 г. гематурия возобновлялась 1-2 раза в месяц. От обследования и лечения и на этот раз больной отказался. Однако появление острых болей при мочеиспускании привело его к урологу.

При клиническом обследовании со стороны органов грудной клетки и брюшной полости уклонений от нормы не обнаружено.

Моча щелочной реакции, гнойная, с примесью крови.

Анализ крови: эритроциты 2100000, гемоглобин 20%. Лейкоцитов 5400. РОЭ 60 мм в час. Анизо-пойкилоцитоз выражен резко. Остаточный азот в плазме крови 37 мг%.

При хромоцистоскопии - опухоль в состоянии распада, занимает левую половину мочевого пузыря. Индигокармин из правого устья мочеточника выделился через 5 минут, левое устье не видно из-за опухоли, краска из него не выделилась в течение 14 минут.

На контрастной цистограмме мочевой пузырь ассиметричен, контур левой стенки его нечеткий. Дефект заполнения слева, занимает 1/3 мочевого пузыря.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря. IУ стадия. Вторичная анемия.

Случай неоперабильный. Больному применялась гемостатическая и противовоспалительная терапия и переливание крови. Умер через 26 месяцев /17/X-1950 г./ от раковой интоксикации и пионефроза.

Наблюдение 46. Больной Т., 65 лет /история болезни 2I92/, поступил в клинику 22/IУ-I952 г. Болеет 6 месяцев. Первая макроскопическая гематурия наступила внезапно среди полного здоровья и наблюдалась двухкратно в течение суток. К врачу не обращался, так как не придал кровотечению никакого значения. При повторной гематурии, продолжавшейся 5 дней, наступила полная задержка мочеиспускания. Доставлен в областную больницу в неотложном порядке. Цистоскопию произвести не удалось из-за гематурии. В промывной жидкости обнаружены кусочки распадающейся опухоли. При гистологическом исследовании этих кусочков обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак.

На контрастной цистограмме виден дефект заполнения в проекции правой задне-боковой стенки мочевого пузыря. При бимануальном исследовании предстательная железа увеличена, местами определяются плотные узлы.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря с прорастанием в околопузырную клетчатку и в предстательную железу. IУ стадия.

Признан неоперабильным. Применялось симптоматическое лечение. Умер через 2I месяц /I/П-I954 г./ от прогрессирующего роста опухоли и кахексии.

Наблюдение 47. Больной Б., 65 лет /история болезни 3871/, поступил в клинику 7/УП-I959 г. Макроскопическая гематурия и дизурические расстройства с июля I957 г. К врачу не обращался. Продолжавшаяся 2 дня гематурия прекратилась без лечения. Через 3 недели она снова возобновилась и продолжалась около месяца. На этот раз лечился у знахарки. Гематурия и дизурия не прекращались. За помощью к врачу не обращался. Периодическая гематурия наблюдалась на протяжении 2 лет, а в январе I959 г. поя-

вились острые боли внизу живота, затем наступила полная задержка мочеиспускания. Больной обратился по месту жительства /Тугулымская райбольница/ к врачу, который устранил задержку мочи и дал направление к урологу в областную поликлинику. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря. От госпитализации в урологическое отделение больной отказался /январь 1959 г./. Только после повторно наступившей полной задержки мочи он согласился на госпитализацию.

При цистоскопии обнаружена грубоворсинчатая опухоль на левой заднебоковой стенке пузыря размерами 3 х 4 см, с буллезным отеком вокруг основания опухоли.

Цистография: на стороне опухоли стенка мочевого пузыря неровная. При ректально-пальцевом исследовании предстательная железа увеличена равномерно, эластической консистенции.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря. III стадия.

Аденома предстательной железы.

От радикальной операции - цистэктомии - больной отказался, а 14/УП-1959 г. в связи с полной задержкой мочи больному произведена паллиативная операция - на вскрытом пузыре сделана электроэксцизия опухоли; для отведения мочи в пузыре оставлена резиновая трубка. При гистологическом исследовании опухоли обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак /препарат 2343I/.

При контрольном обследовании в декабре 1959 г. у больного, как и следовало ожидать, обнаружен рецидив опухоли мочевого пузыря с метастазами в седалищные и лобковые кости. 28/I-1960 г. больной умер от раковой кахексии.

В данном случае рак мочевого пузыря был в запущенном состоянии, о чем свидетельствует быстро наступивший рецидив /через 6 мес./. Можно предположить, что во время электроэксцизии /которая произведена по необходимости/ удалена лишь опухоль с частью слизистой оболочки, а раковые элементы инфильтрировали, вероятно, и мышечную оболочку. Таким образом, плоскостная резекция оказалась неэффективной.

Изучение анамнеза свидетельствует о том, что подавляющее большинство больных обращалось к врачам по месту жительства в светлый от гематурии промежуток.

Давая неправильную оценку анализу мочи, в которой всегда содержался белок /не более 0,33 – 0,66‰ при отсутствии цилиндрурии/, врачи принимали его как нефритический и весьма часто ставили диагноз нефрит, пиэлоцистит и пр.

У большинства больных гематурия прекращалась либо самостоятельно без всякого терапевтического вмешательства, либо после назначения им покоя, диеты и применения хлористого кальция. Все это способствовало гемостазу. Успокаивались врачи и больные. Между тем раковый процесс в мочевом пузыре развивался, терялось драгоценное время, иногда годами, и в конечном счете больные становились иноперабильными.

Следует помнить, что при опухолях мочевого пузыря, протекающих бессимптомно или в промежутке между гематуриями, в моче обнаруживается небольшое содержание белка,

который трактуется неправильно как нефритический. Еще в 1887 г. А.А.Введенский и в 1922 г. В.И.Добротворский указывали, что ворсинчатые опухоли мочевого пузыря выделяют плазму крови, и поэтому в моче всегда определяется белок, цилиндров в данном случае не бывает. Ценность этого феномена не подлежит сомнению. Многим врачам общего профиля это, очевидно, неизвестно.

6. Непосредственные исходы лечения в зависимости от вида хирургического вмешательства

Исход заболевания раком мочевого пузыря зависит от давности и стадии болезни, общего состояния организма и вида терапии. В настоящее время считается неоспоримым фактом, что наиболее благоприятные результаты получаются после резекции и экстирпации мочевого пузыря в комбинации с лучевой терапией в ранних стадиях опухолевого процесса.

Непосредственный функциональный результат и послеоперационная летальность после применения различных операций у 253 наших больных представлены в таблице 28.

Непосредственные исходы после применения различных видов цистэктомии представлены в таблице 29, из которой видно, что при двухмоментной цистэктомии от пересадки мочеточников в толстую кишку /сигму/ внутрибрюшинно из 6 больных мы не потеряли ни одного человека.

Таблица 28

Сводная

Вид операций	Оперировано больных	Клиническое выздоровление	Улучшение	Умерло	Смертность в %
Цистэктомия	20	I4	2	4	20,0
Резекция мочевого пузыря.....	82	76	3	3	3,65
Электроэксцизия опухоли /плоскостная резекция/.....	45	43	–	2	4,44
Электрокоагуляция трансвезикально.....	I3	8	2	3	23,7
Лемукозация	5	4	I	–	–
Эндоэлектрокоагуляция	75	75	–	–	–
Прочие операции.....	I8	–	I4	4	22,2
Итого	258	220	22	I6	
Процент	I00	85,3	8,5	6,2	

Таблица 29

Виды цистэктомии	Оперировано больных	Из них умерло	Смертность в %
Двухмоментная с внутрибрюшинной пересадкой мочеточников.....	6	0	0
Одномоментная с внебрюшинной пересадкой мочеточников в кишечник.....	I0	2	–
С образованием искусственного мочевого пузыря на мягком эндопротезе	4	2	–
Итого	20	4	20,0

Делать какие-либо конкретные выводы на нашем материале не представляется возможным из-за небольшого количества наблюдений. Поэтому обратимся к анализу непосредственных результатов и летальности при лечении рака мочевого пузыря цистэктомией по литературным данным. Так, из 15 больных, оперированных С.П.Федоровым /1917/, 8 человек умерли после пересадки мочеточников в кишечник; 7 больных перенесли пересадку мочеточников и цистэктомию с благоприятным исходом. По данным А.Г.Смиттена /1931/ после пересадки мочеточников и цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря послеоперационная летальность составила 62,3%, у П.Д.Соловова /1934/ - 61,5%. Из 30 больных, оперированных И.Н.Шапиро /1938/, 17 человек умерли в ближайшие сроки после пересадки мочеточников и 8 из 13 больных умерли непосредственно от цистэктомии /пересадку мочеточников они перенесли удовлетворительно/. Только 5 больных перенесли оба этапа операции /пересадку мочеточников в кишку и цистэктомию/. Послеоперационная летальность у И.Н.Шапиро составила 83,8%. В клинике проф.А.П.Цулукидзе /1958/ после пересадки мочеточников в кишечник 8 больным все они умерли - 2 от послеоперационного шока и 6 - от перитонита. 5 больным производилась одномоментная цистэктомия с пересадкой мочеточников в прямую кишку; эти больные умерли в короткие сроки после операции от острого уросепсиса и пиэлонефрита.

Из 50 больных, оперированных Г.А.Рихтером /1959/ умерло 26 человек /52%/ после двухмоментной цистэктомии.

Надо сказать, что непосредственная послеоперационная летальность у Г.А.Рихтера так же велика, как и у многих других авторов, несмотря на то, что он применял внебрюшинную пересадку мочеточников в кишечник. Благоприятные непосредственные исходы после одномоментной цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря получены Б.Л.Полонским /I960/. Так, из II9 чел., перенесших одномоментную цистэктомию, умерло I9 человек, послеоперационная летальность составила I5,9%.

По данным зарубежных авторов смертность после пересадки мочеточников в кишечник и в кожу также велика /свыше 40%/, хотя за последние годы,благодаря усовершенствованию техники операции, применению антибиотиков, переливания крови, плазмы и противошоковых мероприятий она стала значительно ниже /около 6,8 - I4-2I%/.

Для иллюстрации приводим данные зарубежных авторов о непосредственной послеоперационной летальности после цистэктомии и пересадки мочеточников в кишечник и на кожу /таблица 30/.

Таблица 30

Автор	Год опубликования	Число больных	Послеоперационная летальность, %
Хинман	I939 /сборн./	250	34,2
Пристли и Стром	I943	7I	23,9
Джуитт	I944	30	33,0
Смит	I947	47	2I,2
Маршалл	I947	72	2,8
Эдельман	I947	34	29,4
Феррис и Пристли	I948	II9	I3,0
Лунд и Лундвальд	I958	45	I3,3
Петкович С.	I956	40 29	I5,0 I8,0
Маршалл и Витмор	I960	I00	5,0
Витмор и Маршалл	I962	230	I4,0
Хиггинс	I962	I39	6,4

По данным большинства авторов /Хинман, Джуитт, Эдельман и др./, в прежние годы смертность после пересадки мочеточников в кишку была около 40-60%, а после цистэктомии она составляла около 30%. В настоящее время она снизилась до 6,4% - I4% /Хиггинс, Витмор и Маршалл/ - I5,9% /Л.Б. Полонский/.

Непосредственной причиной смерти по данным ряда авторов /С.Р.Миротворцев, А.Г.Смиттен, И.Н.Шапиро, А.П.Цулукидзе, Д.Д.Мурванидзе, Г.А.Рихтер, Витмор, Маршалл и др./ является пиэлонефрит, перитонит, забрюшинная и тазовая флегмона, уросепсис, азотемическая интоксикация,

тромбоэмболические осложнения, эвентрация внутренностей и т.д.

За последние годы данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о снижении процента летальности после цистэктомии. Так, у Л.Б.Полонского /1960/ на 119 радикальных цистэктомий она составила 15,9%, у Витмора и Маршалла /1962/ на 230 операций – 14%. Следует отметить, что в 67 случаях из 230 авторы произвели сверхрадикальные операции, т.е. экзентерацию таза /удалялись прямая кишка, простата, семенные пузырьки, лимфатические узлы, тазовая брюшина и клетчатка у мужчин, матка, фаллопиевы трубы, передняя стенка влагалища – у женщин/. У 16 больных имели место такие осложнения, как каловые свищи, развивавшиеся в связи со скелетизацией прямой кишки.

В 1950 г. Маршалл и Витмор на 100 простых цистэктомий имели послеоперационную летальность 5% /у 78 человек мочеточники пересажены в кишечник, у 22 – в кожу/. Причиной летальных исходов по данным этих авторов были: легочные эмболии, коронарный тромбоз, сердечная недостаточность, перитонит с эвентрацией внутренностей, механическая непроходимость кишечника. У Хиггинса /1962/ летальность составила 6,4% на 139 цистэктомий. Мы также потеряли 1/5 больных после цистэктомии в связи с тяжелыми осложнениями, наступившими в послеоперационном периоде /тромбоэмболия, перитонит, флегмона таза и пр./.

Из 82 наших больных, оперированных методом резекции

/в том числе с уретероцистонеостомией/ умерло 3 человека, что составляет 3,65% непосредственной послеоперационной летальности. Причиной смерти послужили острая сердечно-сосудистая недостаточность и отек мозга, динамическая непроходимость кишечника, острое расширение желудка и отек мозга, флегмона таза и перитонит. 79 человек выздоровели и выписались из клиники, 3 из них уехали с надлобковыми мочевыми свищами /после субтотальных резекций/, которые закрылись через 3-4 месяца без дополнительных вмешательств.

Следует отметить, что летальные исходы /3 сл./ у нас наблюдались лишь в 1963 г.; на протяжении предыдущих 12 лет /1951-1962/ на 65 резекций мочевого пузыря мы не имели ни одного летального исхода. Двое из умерших имели возраст 34 и 53 года, общее состояние у них не было отягощенным, однако такие тяжелые осложнения, как динамическая непроходимость кишечника, острый сепсис, флегмона таза и перитонит после операции развились очень быстро и явились причиной смерти.

Из 45 больных, оперированных методом электроэксцизии /плоскостная резекция/, умерло 2 человека; послеоперационная летальность составила 4,4%. Непосредственной причиной смерти послужило у одного - парез кишечника и острая сердечная недостаточность, наступившие через 32 часа после операции, и у второй больной — флегмона клетчатки таза и брюшной стенки, септицемия и азотемическая интоксикация, развившиеся на третий день после операции. У мужчи-

ны 25 лет была типичная фиброэпителиома мочевого пузыря размерами I,5 х 2 мм, локализовавшаяся выше устья правого мочеточника. Опухоль иссечена со слизистой оболочкой на расстоянии до I,5 см от ножки опухоли. При гистологическом исследовании обнаружена папиллома без признаков митоза клеточных элементов. У женщины 53 лет опухоль также была ворсинчатого вида на ножке размерами I х I,5 см и располагалась над устьем правого мочеточника. При гистологическом исследовании оказался плоскоклеточный неороговевающий рак.

Таким образом, несмотря на типичный вид операции при относительно небольших опухолях без признаков глубокого прорастания стенки пузыря опухолью, у этих 2-х больных развились в короткие сроки /32 и 72 часа/ серьезные осложнения /атония кишечника и острая сердечная недостаточность, рожа раны, флегмона таза и брюшной стенки/, послужившие причиной смерти.

Многие хирурги и урологи проявляют определенную сдержанность к этой операции не только из-за неопределенности ее исхода, но и опасаясь переноса опухолевых элементов во время операции на слизистую оболочку и соседние с пузырем ткани. Такая возможность несомненно существует. Так, Д.Д.Мурванидзе /I958/ после электроэксцизии и электрокоагуляции до зашивания мочевого пузыря наполнял его физиологическим раствором, затем удаленную жидкость подвергал исследованию. В 3 из I4 случаев в смыве были обнару-

жены раковые клетки. Автор указывает, что опухолевые клетки, по-видимому, имеются чаще, чем удается их обнаружить.

Поэтому некоторые авторы /И.Н.Шапиро, Д.Д.Мурванидзе, Б.А.Чаругин, Л.Каспер и др./ с целью профилактики инокуляции раковых клеток в рану пузыря предлагают во время операции /на вскрытом пузыре/ обрабатывать пузырь спиртом или химическими веществами, либо применять ложки- зажимы.

Согласно литературным данным, послеоперационная летальность после электроэксцизии опухоли также составляет значительный процент: у И.Н.Шапиро /1938/ она составила 5,4%, у С.Петкович /1956/ - 3,3%. Однако некоторые авторы /Д.Д.Мурванидзе, Ч.А.Синкевичус и А.А.Тулаба, И.И.Сабельников и др./ летальных исходов после чрезпузырной электроэксцизии не имели.

Из 13 больных, подвергшихся у нас трансвезикальной электрокоагуляции, 3 человека умерли после операции от недостаточности сердца и интоксикации организма. После цемукозации мы не потеряли ни одного больного из 5 оперированных. У 3 больных /2 после электрокоагуляции и 1 - цемукозации/ эти операции не достигли основной цели - опухоли не были уничтожены полностью, поэтому в ранние сроки /на 43 день/ наступил бурный рост опухоли.

И.Н.Шапиро /1938/, применивший у 30 больных чрезпузырную электрокоагуляцию, не потерял ни одного больного. В то время как по данным А.Д.Мурванидзе /1958/ из 58 больных 11 человек /около 19%/ умерли после трансвезикальной

электрокоагуляции опухоли. Автор указывает, что удовлетворительный эффект от этой операции был только у I4 больных, у остальных же больных операция выполнялась либо с целью остановки упорной гематурии, либо для облегчения дизурических расстройств.

Из 75 больных, оперированных трансуретральной электрокоагуляцией, мы не потеряли /после операции/ ни одного больного; все они выписались из клиники в удовлетворительном состоянии.

Из I8 больных, которым мы произвели разные операции, 4 умерли, 2 из них на 2 и 3 день после внутрибрюшинной пересадки мочеточников в кишечник. Причиной смерти у этих больных были перитонит, непроходимость кишечника /динамическая/ и желудочное кровотечение /у I больного/.

Согласно литературным данным, после пересадки мочеточников в кишечник, применяемой как первый этап операции при экстирпации мочевого пузыря по поводу рака, непосредственная летальность очень велика и составляет по С.Р. Миротворцеву /I9I0/ 50%, по П.Д.Соловову /I934/ - 6I,5%, по А.Г.Смиттену /I93I/ - 62,3%, по Хинман / Chinman ,I939/- 40%. Таким образом, усовершенствование техники пересадки мочеточников в кишечник, применение антибиотиков, переливания крови и т.д. способствовали уменьшению процента послеоперационной летальности после пересадки мочеточников в кишку и цистэктомии.

2 других наших больных /из 4/ умерли после лапаротомии, которая была предпринята с целью пересадки мочеточников в толстую кишку; на операции больные оказались иноперабильными, раковая опухоль у них вышла за пределы мочевого пузыря, опухолевые инфильтраты распространялись вдоль внутренних и общих подвздошных кровеносных сосудов. Лимфатические узлы УП и УI фрагментов были также поражены опухолью. Непосредственной причиной смерти у этих больных были сердечная слабость /у I/, наступившая на 4 сутки после операции, перитонит и септическое состояние /у I/. Эти больные имели запущенные формы рака и, безусловно, умерли бы и без операции.

I4 /из I8/ больных после паллиативных операций и симптоматического лечения выписались из клиники в удовлетворительном состоянии, 7 из них мы выполнили надлобковые свищи с целью остановки кровотечения и устранения задержки мочи. У 7 – пузырь не вскрывался.

ГЛАВА ДЕВЯТАЯ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Для успешного лечения рака мочевого пузыря необходимыми условиями являются ранняя диагностика, своевременное оперативное вмешательство с последующей лучевой терапией. Однако даже при соблюдении всех этих условий результаты лечения остаются пока неудовлетворительными.

Из 384 наших больных 26 умерли в клинике, что составляет 6,2% общей летальности. Отдаленные результаты у 148 чел. /из 358/ мы проследили по анкетным данным. Отдаленные результаты у 192 больных, состоящих у нас на диспансерном учете, мы изучали путем контрольного обследования их в стационаре и в урологическом кабинете поликлиники. Таким образом, мы проследили результаты лечения у 340 наших больных. Не получено сведений от 18 человек.

Из 73 неоперированных из группы иноперабильных больных на нашу анкету от родственников, участковых врачей, фельдшеров и некоторых урологов ответы получены на 61 человека. О 12 больных сведений нет.

Судьба иноперабильных больных сложилась следующим образом: умерли в сроки от 4 месяцев до 5 лет – 56 человек, из них жили до 1 года 23 человека, до 3 -х лет – 19, до 5 лет – 14. Живы до 14 месяцев 4 человека, до 17 мес. -1. Таким образом, из 61 человека /за исключением потерянных

из виду/ умерло 56 больных /9I,8%/.

Из 40 больных, отказавшихся от хирургического лечения, на нашу анкету получен ответ о 32 больных и на диспансерном наблюдении находится 2. Потеряны из-под наблюдения 6 человек /выбыли из нашей области/.

Состояние отказавшихся от операции больных:

Живы в течение от 6 месяцев до I3 лет - I4 человек: до I года -5 человек, до 3 лет - I, до 5 лет - 5, до 7 лет - I, до 9 лет - I, до I3 лет - I.

Считают себя: I/ здоровыми - I человек
2/ больными -I3 человек
Итого I4 человек

Из этих I4 человек двум произведены операции, одному из них резекция мочевого пузыря в нашей клинике /I5/I-I963 г./, он здоров и свободен от рецидива в течение I4 месяцев после операции; второму больному сделана чрезпузырная электрокоагуляция опухоли /I958 г.,не у нас/, но через год /I959/ наступил рецидив. Опухоль была уничтожена эндоэлектрокоагуляцией, а в начале I964 г. снова наступил рецидив. От радикального хирургического вмешательства больной отказался. У остальных I2 больных гематурия повторяется 2-4 раза в год. У некоторых из них имеют место дизурические явления и боли в тазу, однако на оперативное лечение они не дают согласия.

Умерли в разные сроки 20 человек /из 34/, из них: через 6 месяцев - 2 человека, через I год - 4, через

2 года – 8, через 3 года – I, через 4 года – 3, через 5 лет – 2.

Таким образом, из 34 прослеженных нами больных живы I4 человек, но I3 считают себя больными. 20 больных умерли в разные сроки после выписки из клиники от причин, связанных с прогрессирующим ростом рака мочевого пузыря, хотя некоторым из них была проведена лучевая терапия в дозе от 4700 до I7000 р.

Следует отметить, что у 22 больных /из 34/ были показания к резекции мочевого пузыря /I стадию имели 4 человека, П – I8/, локализация опухоли позволяла выполнить эту операцию. У I2 больных, имевших Ш стадию раковой болезни, были показания к цистэктомии, на которую они не дали согласия и выписались.

Вопрос о продолжительности жизни отказавшихся от операции и иноперабильных больных в литературе почти не освещен. Авторы указывают, что процент иноперабильных больных за последние 5–I0 лет уменьшается, но пока остается высоким – в среднем 25–42% /Б.Л.Полонский, I963; З.В. Файнштейн, I964; М.Г.Куперштяк и Б.Ф.Савинков,I958 и др./. На нашем материале иноперабильные больные составили 27% /I04 из 384 чел./.

Продолжительность жизни иноперабильных больных невелика: по нашим наблюдениям – от 4 месяцев до 5 лет.

Маршалл /I956/ утверждает обратное: неоперированные больные, по его мнению, живут дольше, чем подвергавшиеся

хирургическому лечению /эксцизии, резекции и экстирпации мочевого пузыря/ /см.таблицу 3I, заимствованную в работе Маршалла/.

Таблица 3I

Продолжительность жизни	Неоперированных больных /436 чел./	Оперированных больных /377 чел./
I год	82%	7I%
2 года	68%	58%
3 года	58%	5I%
4 года	54%	47%
5 лет	46%	42%

Давая сравнительную характеристику продолжительности жизни этих двух групп больных, Маршалл вместе с тем не отвергает вопрос о хирургическом лечении больных.

Вряд ли можно согласиться с тем, что неоперированные больные живут дольше оперированных. На нашем материале этого сказать нельзя. Так, из прослеженных нами 34 больных, отказавшихся от хирургического лечения, 58,8% /20 чел./ имевшие II и III стадию болезни, умерли в течение 5 лет после выписки из клиники от прогрессирующего роста рака, а из числа инопарабильных жили до 5 лет лишь I9,I% больных.

242 больных, выписавшихся из клиники после операций, мы рассмотрим раздельно в зависимости от примененного им вида хирургического вмешательства на мочевом пузыре.

I. Отдаленные результаты после паллиативных операций

Судьба I0 больных после чрезпузырной электрокоагуляции прослежена нами в сроки от 2 месяцев до I0 лет /см.табл.32/.

Таблица 32

Выписалось из клиники	I0 чел.
Живы менее 5 лет /3,5 года/.....	I "
Живы более 5 лет /9 и I0 лет/...	2 "
через 2 месяца	I "
через 5 месяцев	I "
Умерли через 8 месяцев	I "
через 5 лет	I "
Выбыли из-под наблюдения	
через I2 месяцев	I "
через I6 месяцев	I "
через 24 месяца	I "

Из таблицы 32 видно, что 3 человека из I0 умерли в ранние сроки после операции /до года/ и один через 5 лет. 3 - жили от I года до 2 лет, потом они сменили адрес. Живы в течение 3,5 - I0 лет 3 человека, однако у них в разные сроки возникали рецидивы опухоли /через 5 мес. - у I чел., I7 мес.- у I чел., 5 лет - у I чел./. Этим больным произведены операции повторно. У одного из них были показания к цистэктомии /папилломатоз/. Но он отказался от этой операции. В течение 3 лет ему производилась эндоэлектрокоагуляция, но без эффекта.У I больного рецидив

опухоли возник на рубце передней стенки пузыря через I7 месяцев. Ему произведена резекция мочевого пузыря, но через 3 месяца после операции снова наступил рецидив уже на новом месте – в шейке пузыря /первичные опухоли располагались: одна выше устья левого мочеточника, вторая на передней стенке пузыря/. Опухоль уничтожена эндоэлектрокоагуляцией. В течение семи лет больной свободен от рецидива. У третьего больного рацидив опухоли возник через пять лет. Опухоли /2 шт./ также уничтожены эндоэлектрокоагуляцией. Больной свободен от рецидива пять лет.

Из приведенных данных видно, что результаты лечения рака мочевого пузыря чрезпузырной электрокоагуляцией неудовлетворительны; эта операция обычно применяется при более запущенных формах новообразования и при невыгодной локализации их для резекции. У семи больных рецидив опухоли наступил в ранние сроки, 4 из них умерли от прогрессирующего роста рака. 3 человекам операции производились неоднократно.

У наших больных были преимущественно запущенные формы рака мочевого пузыря /Ш стадия и папилломатоз/. При микроскопическом исследовании кусочков опухоли, взятых на операции, были обнаружены плоскоклеточный неороговевающий рак у 9 человек и аденокарцинома – у I человека.

Пять больных, оперированных методом цемукозации, прослежены в сроки от 2 до 9 лет; один из них умер через 2 года 3 месяца после операции от рецидива рака. Живы и

свободны от рецидива опухоли в течение 2 и 9 лет два человека; в течение 5 и 7 лет тоже 2, однако у одного из них через 4 года наступил рецидив опухоли, у второго - через 5 лет. Этим двум больным производилась эндоэлектрокоагуляция неоднократно /5 раз на протяжении 3 лет/, но опухоли снова рецидивировали /папилломатоз/. От предложенной радикальной операции /цистэктомия/ один больной отказался, у второго - к указанной операции были противопоказания в связи с перенесенным инфарктом миокарда. При микроскопическом исследовании опухолей, удаленных на операции, во всех случаях был обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак.

43 человека, выписавшиеся после электроэксцизии, прослежены нами в течение от I года до 9 лет. Отдаленные результаты приведены в таблице 33.

Таблица 33

Состояние больных после электроэксцизии

	Абсол. число	в %%
Прослежено в течение от I года до 9 лет	43 чел.	I00
Живут без рецидива опухоли		
более 5 лет	5 "	II,6
менее 5 лет	I3 "	30,3
Итого	I8 "	4I,9
Живут с рецидивом опухоли		
более 5 лет	6 "	I3,9
менее 5 лет	4 "	9,3
Итого	I0 "	23,2
Жили без рецидива, но выбыли из-под наблюдения		
в течение первого года..	4 "	9,35
через 9 лет	I "	2,35
Итого	5 "	II,7
Умерли:		
а/ от рецидива и метастазов рака		
через I год	3 "	8,0
через I год до 3 лет.....	2 "	4,65
через 3 - 5 лет	I "	I,3
через 7 и 9 лет	2 "	4,65
Итого	8 "	I8,6
б/ от других причин /рак желудка и уремия/		
через I год	I "	2,35
через 3 года	I "	2,35
Итого	2 "	4,7

Из таблицы /33/ видно, что только I8 человек /4I,9%/ свободны от рецидива опухоли, из них живы более 5 лет II,6%, менее 5 лет - 30,3%. У I8 человек /4I,8%/ наступил

рецидив опухоли. Выбыло из-под наблюдения 5 человек /II,7%/ и умерло I0 человек /23,3%/.

Из I8 больных, у которых наступил рецидив опухоли, 8 человек /I8,6%/ умерли от рецидива и метастазов рака; 5 больным произведены операции повторно с благоприятным отдаленным исходом. Эти данные представлены в таблице 34.

Таблица 34

Повторные операции

Виды операций	Число больных	Живут без рецидива
Эндоэлектрокоагуляция	3	от 3 до 6 лет
Электроэксцизия	I	2 года
Резекция мочевого пузыря	I	I год
Итого	5	

Остальные 5 человек страдают от болей и повторных гематурий.

Таким образом, 23 человека /в том числе после повторных операций/ из 43 оперированных электроэксцизией свободны от рецидива.

Какой-либо зависимости продолжительности жизни оперированных больных от гистологического строения опухоли в этой группе больных мы отметить не могли.

Из 75 оперированных эндоэлектрокоагуляцией больных прослежены и обследованы в стационаре и амбулаторно 60 человек; о I5 больных получены ответы на нашу анкету от

врачей, родственников и от работников сельских Советов: Эти данные представлены в таблице 35.

Таблица 35

Состояние больных после эндоэлектрокоагуляции

	Абсол. число	в %
Выписано из клиники	75 чел.	-
Прослежено в течение от I года до I2 лет	75 "	I00
Живут без рецидива опухоли и трудоспособны в сроки от I года до I0 лет	43 "	57,3
Жили без рецидива опухоли от I года до 7 лет, потом выбыли из под наблюдения	8 "	I0,7
Рецидив опухоли наступил в сроки от I года до I2 лет у	I7 "	22,7
Умерло в течение от I года до 6 лет	7 "	9,3
из них от рецидива и метастазов рака	5 "	6,6
от других причин /через 2-3 года	2 "	2,7

Таким образом, живут без рецидива опухоли в сроки от I года до I0 лет 43 человека /57,3%/, другими словами, живы менее 5 лет 27 /36%/ человек /до I года - 6 чел., до 3 лет - 8, до 5 лет -I3/, более 5 лет - I6 /2I,3%/ человек /до 7 лет - 7 чел., до 9 лет - 4, до I0 лет -5 чел./. Эти больные трудоспособны и довольны операцией. У 36 человек была I стация заболевания /типичная фиброэпителиома мочевого пузыря/, у 3-х - II стация, у 4-х - ограниченный

папилломатоз. У 30 человек опухоль была уничтожена в один сеанс, у II – в два сеанса и у двух человек – в три сеанса.

Восемь человек /I0,7%/ жили без рецидива в течение от I года до 7 лет, потом они сменили адрес и выбыли из под нашего наблюдения /через I год – I чел., через 2 года – 4 чел., через 3 года – 2 чел., через 7 лет – I чел./. 7 человек /9,3%/ умерло в разные сроки после операции /от метастаза рака и инфаркта сердца/.

У 29,3% /22 чел./ больных рецидив опухоли наступил в сроки: в течение первого года у 9 чел., второго–третьего года у 6, четвертого – шестого года – 4, через семь и восемь лет – у 2 и через I2 лет – у I больного. У 2 чел. рецидив опухоли возник на новом месте /в шейке пузыря/. I5 больным /из 22/ произведены операции повторно:

эндоэлектрокоагуляция	– у I0 чел.
чрезпузырная коагуляция и эксцизия	– у 3 "
резекция мочевого пузыря	– у 2 "

7 человек отказались от операций, предложенных повторно, 5 из них в дальнейшем умерли от рецидива и метастазов рака и два – от сердечно–сосудистой недостаточности и рака легких.

Из числа больных с рецидивом, I0 чел. имели П стадию заболевания, 2 чел.– ограниченный папилломатоз и I0 чел.– I стадию. У пяти человек при микроскопическом исследовании

отторгнувшихся после эндоэлектрокоагуляции кусочков опухоли был обнаружен плоскоклеточный рак. У пяти других больных при микроскопическом исследовании кусочков опухоли, взятых при повторных операциях /эксцизии, коагуляции и резекции/, также был обнаружен рак: у 4 чел. плоскоклеточный и у I чел.- переходноклеточный рак.

Таким образом, 58 человек /в том числе после повторных операций/, или 77,3% больных, свободны от рецидива. 2 человека /2,6%/ живут с рецидивом опухоли. Как видно из приведенных данных, результаты лечения опухолей мочевого пузыря эндоэлектрокоагуляцией вполне удовлетворительны, однако эта операция применялась нами только у больных, страдавших типичной и атипичной фиброэпителиомой, размеры которой редко превышали I см в диаметре.

О I4 больных, которым были произведены прочие операции /2 - пересадка мочеточников в кожу, 7- надлобковый мочевой свищ, 5- пробное обнажение мочевого пузыря/ на нашу анкету ответ получен от врачей и родственников больных /табл.36/.

Таблица 36

Выписано из клиники		I4 чел.
Живы в течение 6 месяцев...		I "
Умерли	через 3 месяца...	7 "
	через 6 месяцев..	5 "
	через 8 месяцев..	I "

Из приведенных данных видно, что из I4 выписавшихся из клиники больных после прочих операций, I3 человек не

прожили даже одного года. Жив в течение 6 месяцев лишь один человек. Следует отметить, что у всех этих больных были запущенные формы рака мочевого пузыря с прорастанием опухоли в околопузырную клетчатку, в соседние с пузырем органы, а у некоторых опухоль прорастала вдоль внутренних и общих подвздошных артерий с метастазами в тазовые лимфатические узлы /7 чел./. При микроскопическом исследовании кусочков опухоли, околопузырной клетчатки и лимфатических узлов, взятых на операции, было обнаружено: недифференцированный рак у I человека, плоскоклеточный рак с ороговевающими "жемчужинами" – у 2 чел., плоскклеточный неороговевающий рак – у 2 чел., слизистый рак у I чел., крупноовальноклеточная саркома – у I чел., ангиома – у I чел. В лимфатических узлах и кусочках ткани околопузырной клетчатки при микроскопическом исследовании обнаружены метастазы плоскоклеточного неороговевающего рака.

Таким образом, все эти I4 человек были иноперабильными. Иноперабильность у них была установлена только на операции.

2. Отдаленные результаты после радикальных операций

I6 больных после цистэктомии прослежены нами путем повторного обследования в клинике /I3 чел./ и анкетного опроса /3 чел./ в сроки от 8 месяцев до I2 лет. Живы I0 человек /до I года – I чел., до 3 лет – 4 чел., до 5 лет– 3 чел., до 6 лет – I чел., до I2 лет – I чел./. Умерло в

разные сроки 6 человек /в течение первого года – 4, третьего-четвертого года – 2/.

Общие результаты лечения рака мочевого пузыря цистэктомией представлены в таблице 37.

Таблица 37

Исходы лечения	Число больных
Умерло в клинике	4
Умерло от рака в течение первого года	4
Умерло от рака в течение третьего-четвертого года..	2
Живы более 5 лет	5
Живы менее 5 лет	5
Всего	20

Из таблицы видно, что 4 человека погибли сразу же и 4 – в ближайшее время после операции /2 чел. жили до 4 лет, 4 – до I года/. Живы более 5 лет 5 человек /один из них жив II,5 лет/, живы менее 5 лет – 5 человек.

Наш материал по лечению рака мочевого пузыря цистэктомией небольшой и, естественно, не позволяет делать окончательных выводов, однако на основании литературных данных и наших наблюдений мы считаем возможным присоединиться к тем клиницистам, по мнению которых /Б.Л.Полонский, А.Я.Пытель, А.П.Цулукидзе, С.Петкович, Витмор, Маршалл и др./ цистэктомия является методом выбора, а при солидном и инфильтрирующем раках показания к примене-

нию экстирпации пузыря являются безусловными.

Из 82 оперированных больных методом резекции мочевого пузыря 79 выписались из клиники. Эти больные прослежены нами на протяжении от 6 месяцев до I3 лет: 74 человека обследованы в стационаре и поликлинике, 5- путем анкетного опроса. Со времени операции и выписки этих больных прошли следующие сроки: до I года- I7 человек, до 3 лет- 2I, до 5 лет- I3, до 6 лет- I8, до 9 лет- 5, до I2 лет-4, до I3 лет- I человек.

Отдаленные результаты лечения рака мочевого пузыря резекцией представлены в таблице 38.

Таблица 38

	Абс. число	Процент
Прослежено в сроки от 6 мес. до I3 лет	79 чел.	I00
Живы и свободны от рецидива.....	56 "	70,9
из них:		
Живы более I0 лет	5 "	6,3
-"- -"- 5 лет	I8 "	22,8
-"- менее 5 лет	33 "	4I,8
Рецидив рака наступил в течение I-9 лет ..... у	23 "	29,I
из них		
Живы с рецидивом более 5 лет	4 "	5,6
-"- -"- менее 5 лет	8 "	I0,I
Умерло от рецидива из числа оперированных, но живших менее 5 лет	II "	I3,4

Считается, что рак мочевого пузыря относится к опухолям, развивающимся относительно медленно, и поздно дает метастазы. В действительности дело обстоит гораздо сложнее: до сих пор все еще в урологический стационар до 30% больных поступает с запущенными формами рака, которые не подлежат хирургическому лечению и около I6% больных ко

времени госпитализации уже находятся на грани операбильности /М.В.Пиневич,1960/. Можно, конечно, согласиться с тем, что рак мочевого пузыря развивается не столь быстро, как, например, рак желудка. Однако это не означает, что эффективность лечения рака пузыря является достаточно высокой. Так, по данным Бонино / Bonino , 1950/ и Руммельгарда /Rummelhardt. , 1955/ только 33 - 31% больных живут без рецидива 5 лет. На нашем клиническом материале 35,4% больных /28 чел./ живут без рецидива больше 5 лет /из них 5 чел. живут более 10 лет/.

Из 79 выписанных больных у 23 человек /29,1%/ рецидив опухоли наступил в сроки до 4 лет; 11 из них умерли от прогрессирующего роста рака и метастазов. Совсем свободны от рецидива после первичной резекции 56 человек /70,9%/. Мы считаем такие результаты лечения резекцией удовлетворительными. Достигнуты они только потому, что мы производили расширенные резекции мочевого пузыря у больных преимущественно в начальных стадиях развития болезни /I, II стадия - T_1 - T_2/, когда внутристеночная инфильтрация раковыми клетками занимала небольшие площади вокруг новообразования.

10 человекам /из 12/, у которых наступил рецидив, мы произвели хирургические операции повторно с благоприятным исходом и у 1 человека высадили мочеточники в кожу. /таблица 39/.

Таблица 39

Повторные операции

Виды операций	Число больных	Живы без рецидива в сроки
Электроэксцизия + радионосные иглы	I	8 лет
Резекция передней стенки пузыря	3	7 "
Субтотальная резекция пузыря....	4	3 г. 4 мес.
Цистэктомия	I	I год
Эндоэлектрокоагуляция	I	I,5 года
Высадка мочеточников в кожу ...	I	/иноперабильный/ жив 8 мес.
Всего	II	

Один человек с рецидивом отказался от хирургического вмешательства, хотя у него были показания к цистэктомии.

Таким образом, к моменту завершения анализа нашего материала по резекциям мочевого пузыря /на I5/IУ-I964/ 66 человек /80,6%/ свободны от рецидива опухоли, из них 49 включились в трудовую жизнь.

На отдаленные результаты хирургического лечения оказывает влияние протяженность продольного распространения опухоли в стенке мочевого пузыря. Степень прорастания опухоли в подлежащие слои стенки пузыря имеет также существенное значение в прогностическом отношении, в частности, при резекции мочевого пузыря, когда решающее значение

имеет ширина иссечения стенки пузыря свободной от опухоли.

Установлено, что эндофитные формы опухолей /солидный и диффузно-инфильтрирующий рак/ обладают большой степенью прорастания раковых элементов внутри стенки, и часто наблюдается диффузно-инфильтрирующий низкодифференцированный рак. Экзофитный тип опухолей /ворсинчатый рак/ также имеет тенденцию к инфильтрирующему росту, протяженность прорастания раковых клеток по плоскости и сквозь стенку пузыря в этих случаях значительно меньшая, чем при эндофитном раке. Нередко раковые клетки ограничиваются ножкой опухоли, не выходя за пределы слизистой оболочки пузыря. Гистологическая структура этих опухолей - чаще всего плоскоклеточный неороговевающий рак.

Джуитт и Стронг /1946/ в серии аутопсий в случаях запущенного рака мочевого пузыря рассчитали теоретически процент излечения. Они нашли, что выживаемость больных была значительно ниже, если опухоль прорастала за среднюю точку мышечного слоя мочевого пузыря. Маршалл, Витмор /1952, 1956, 1962/ показали, что при экзофитном типе опухоли, когда раковая инфильтрация поражала меньше 50% мышечного слоя пузыря, при дифференцированном раке 5-летняя выживаемость после цистэктомии и резекции составляет 47%, при эндофитном типе, когда раковая инфильтрация занимает больше половины мышечного слоя стенки мочевого пузыря, при низкодифференцированном раке в течение 5 лет выживают лишь 21% больных.

Вместе с тем, выход опухоли за пределы пузырной стенки создает наиболее подходящие условия поражения лимфатических сосудов и вен мочевого пузыря.

Наблюдениями за оперированными больными было установлено, что отдаленные исходы после резекции зависят от степени внутристеночного роста раковых элементов /в продольном и перпендикулярном направлениях/ и величины поля иссекаемого сегмента мочевого пузыря. Так, у 23 больных, в том числе у 6 чел. с диффузно-инфильтрирующим раком, при микроскопическом исследовании гистотопографических срезов опухолевые клетки или папиллярные выросты на слизистой оболочке в продольном направлении стенки пузыря/по плоскости/ распространялись на I2-I5 – 20-58 мм от наружного края основания опухоли /рис.II3/. Линия сечения стенки при резекции



Рис.II3. Папиллярные выросты на слизистой оболочке пузыря, расположенные на протяжении /← П/ от I2-I5 мм до 20-58 мм от края основного очага опухоли. Окраска гематоксилин-эозином. Микрофотография. Ок.5 х об.I0.

мочевого пузыря в этих случаях проходила на расстоянии 25–40 мм от внешней границы опухоли /рис.II4/. Эти данные

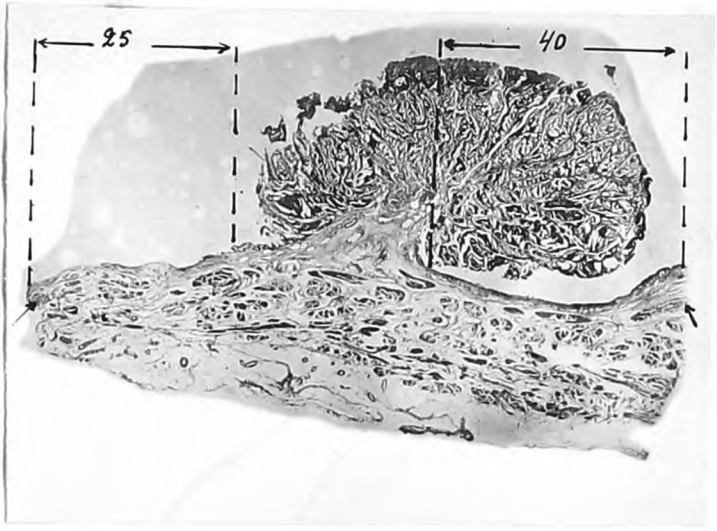


Рис.II4. Операционный препарат /резекция пузыря/. Линия сечения стенки прошла на расстоянии 25–40 мм от внешней границы опухоли. Сечение стенки показано стрелкой /⟶/. Лупа.

представлены в таблице 40. У II больных из 23 раковые

Таблица 40

Ширина поля сечения стенки пузыря от макроскопической границы опухоли в мм	Число случаев	Живут			Умерли от рецидива рака	
		менее 5 лет	более 5 лет	более I0 л.	до 3 лет	до 5 лет
На расстоянии 25 — 40 мм.....	23	7	5	–	I0	I
в том числе сечение стенки через опухоль..	/II/	–	–	–	/I0/	/I/
на расстоянии от 2 до 5 мм от линии сечения стенки	/I2/	/7/	/5/	–	–	–
на расстоянии 35–60 мм	56	33	I8	5	–	–
Итого	79	40	23	5	I0	I

клетки были обнаружены по краю сечения стенки, в том числе у 7 чел. – в просвете лимфатических капилляров и в венах, расположенных над опухолью в подслизистом и мышечном слоях, также содержались раковые клетки. Все II человек из этой группы умерли от рецидива опухоли и раковой интоксикации в сроки от 8 месяцев до 5 лет. У I2 больных /из 23/ линия сечения стенки проходила в зоне, где опухолевые клетки не были обнаружены, но микрометастазы в удаленной части пузыря располагались вблизи линии сечения стенки – от 2 до 5 мм. У этих больных в течение от 6 месяцев до 4 лет возникли рецидивы опухолей.

У 56 больных /из 79/ инфильтрация раковых клеток вдоль стенки пузыря наблюдалась на расстоянии 2–I5 мм от внешней макроскопически видимой границы опухоли или она ограничивалась ножкой опухоли /у 27 чел./. Линия сечения стенки при резекции пузыря в этих случаях проходила на расстоянии 35–60 мм от внешнего края основания опухоли /рис.II5/.

Эти данные свидетельствуют о том, что на исход резекции мочевого пузыря огромное влияние оказывают протяженность продольного внутристеночного распространения опухолевых клеток и ширина иссечения стенки свободной от опухоли.

На исход резекции пузыря при раке оказывает также влияние частота прорастания опухолью лимфатических капилляров и кровеносных сосудов /вен/ и метастазирование раковых кле-

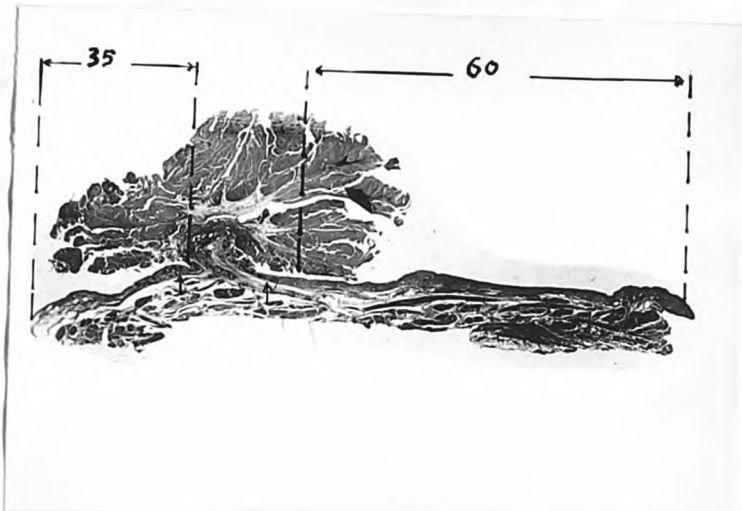


Рис.II5. Операционный препарат /резекция пузыря/. Распространение раковых клеток вдоль стенки на расстоянии 2 – I5 мм /показано ⟶ /, линия сечения стенки прошла на 35–60 мм от основания опухоли /показано стрелками → /. Лупа.

ток в регионарные лимфатические узлы. Эти данные представлены в таблице 4I, из которой видно, что 9 человек умерли в ранние сроки после операции от рецидива рака и раковой интоксикации /до I года – 8 чел., до 5 лет – I/. У них имело место прорастание опухолью лимфатических капилляров и вен /в том числе у 2 человек были метастазы рака в регионарных лимфатических узлах /в околопузырных и илиакальных/.

Таблица 41

Прорастание опухоли в лимфатические и кровеносные сосуды	Число случаев	Живут			Умерли в сроки		
		менее 5 лет	более 5 лет	более 10 лет	до 1 года	до 3-х лет	до 5 лет
Лимфатические капилляры	5	1	–	–	3	–	1
Вены	4	2	–	–	2	–	–
Лимфатические капилляры и вены одновременно	4	1	–	–	3	–	–
Без поражения лимфатических капилляров и вен	54	31	16	5	–	1	1
Итого	67	35	16	5	8	1	2
Сведений нет.....	12						
Всего	79						
В том числе наличие метастазов в лимфоузлах	2	–	–	–	2	–	–

Опасаться обширных резекций мочевого пузыря даже с уретероцистонеостомией /вплоть до субтотальной резекции/ нет никаких оснований. Пузырь восстанавливается в ближайшие 3-6 месяцев после операции.

Для иллюстрации приводим выписки из некоторых историй болезни.

Наблюдение 48. Больной Т., 47 лет, сторож /история болезни 5816/, поступил в клинику 19/XI-1953 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Считает себя больным 4 года. Летом 1949 г. появились приступообразные боли в левой поясничной области с иррадиацией вниз живота. После третье-

го приступа обратился к урологу областной поликлиники. При обследовании обнаружен камень в нижней трети левого мочеточника. Камень отошел самостоятельно. В 1951 г. после тяжелой физической работы возникла гематурия, продолжавшаяся около трех суток, затем прекратилась без вмешательства. Гематурия повторялась неоднократно. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Больной ниже среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Сознание ясное, пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 120/75 мм. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости отклонений от нормы нет. Симптом Пастернацкого положительный слева; предстательная железа не увеличена, безболезненная.

Анализ крови: норма, РОЭ 7 мм в час.

Анализ мочи: прозрачная, уд.вес 1017. Белок 0,033‰. В микроосадке – лейкоциты и свежие эритроциты до 10 в поле зрения.

Цистоскопия: опухоль ворсинчатого вида на широком основании размерами 2,5 х 3 см располагается в зоне устья левого мочеточника.

При индигокарминовой пробе левая почка полностью блокирована. На экскреторной урограмме левая почка контраст не выделяет через 15, 30 и 45 минут.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стация. Блокада левой почки.

15/ХП–1953 г. операция: гемирезекция левой половины мочевого пузыря /I/2/. Уретероцистонеостомия.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием 6/II–1954 г.

Препарат. Левая половина мочевого пузыря с устьем мочеточника. Опухоль низковорсинчатая, растет

на широком основании в зоне устья левого мочеточника и сдавливает его; размеры – 2 х 2,5 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии от I,8 до 2,9 см от внешнего края опухоли.

Гистологическое исследование препарата № 9559: плоскостеночный неороговевающий рак мочевого пузыря с прорастанием подслизистого слоя. Рост раковых клеток вдоль стенки на 5 мм. II стадия, T_2 /проф. И.А.Нодов/.

Отдаленные результаты. Контрольная цистоскопия 22/Ш-I957 г.: рецидива опухоли нет. Цистоскопия 8/X-I959 г.: рецидива опухоли нет. 20/X-I962 г. мочевой пузырь в норме. Жалуется на боли в желудке. Обследовался у терапевта. Обнаружен гастрит. Контрольное обследование в клинике с I3/УШ по 22/УШ-I963 г. Цистоскопия /I6/УШ-I963 г./: емкость мочевого пузыря 200 мл. Слизистая оболочка нормальной окраски, сосуды инъецированы. В левом углу пузыря виден втянутый рубец. Индигокармин 0,4% – 2 мл выделился из устья правого мочеточника через 4 минуты струей интенсивной окраски. Слева – через I0 минут слабой окраски. На нашу анкету от I6/II-I964 г. больной ответил: "самочувствие удовлетворительное, но беспокоят боли в желудке и запоры. Гематурии нет".

Наблюдение 49. Больная Л., 37 лет, домохозяйка /история болезни 6274/, поступила в клинику I2/XII-I956 г./, поступила в клинику I2/XII-I956 г. с диагнозом "хронический пиэлоцистит".

Считает себя больной 2 года. Периодическая гематурия, учащенные болезненные мочеиспускания, боли в пояснице слева. Лечилась по поводу хронического пиэлоцистита. Улучшение было временным.

Женщина правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы нормальные. Язык

чистый. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление I25/90 мм. Со стороны грудной клетки отклонений от нормы нет. Симптом Пастернацкого положительный слева. Гинекологически здорова.

Анализ крови и мочи без патологии.

Цистоскопия: опухоль мясистая на плоском основании, размерами 3,0 х 3,0 см, располагается в зоне устья левого мочеточника; другие отделы пузыря без патологии.

На экскреторной урограмме выделение контраста через 30 минут в виде пятен в проекции левой почки; мочеточник умеренно расширен. Функция правой почки нормальная.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря. П стадия.

I0/I-I956 г. операция. Гемирезекция мочевого пузыря с устьем левого мочеточника /I/2/. Уретероцистонеостомия. Обезболивание: эфирный наркоз.

Мочевой пузырь обнажен нижнесрединным разрезом. Левая половина пузыря экстраперитонизирована. Обнажен левый мочеточник, выделен из окружающих тканей и между лигатурами пересечен. Электрокоагулятором произведена гемирезекция мочевого пузыря. Мочеточник имплантирован в новое место. Пузырь восстановлен, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована марлевым тампоном и резиновой трубкой через надлобковую рану. Рана брюшной стенки зашита послойно до дренажей. Удовлетворительное послеоперационное течение.

Выписана из клиники с зажившей раной и нормальным мочеиспусканием 7/П-I956 г.

Препарат. Стенка мочевого пузыря с устьем левого мочеточника размерами 5 х 6,5 см, опухоль ворсинчатого вида 2,5 х 3 см с основанием I,2 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии I,5 – 3 см от

внешнего края опухоли.

Гистологическое исследование препарата № I304I /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/.

Опухоль состоит из ворсинчатых образований с большим количеством кровеносных сосудов. Поверхность опухоли покрыта многослойным плоским эпителием с признаками малигнизации.

Гистологическая структура опухоли - плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией подслизистого слоя. Рост опухолевых клеток вдоль стенки пузыря 2 мм. II стадия /T_2/.

Отдаленные результаты. Клинически обследована I6/X-I956, I0/IУ-I963 и 27/II-I964 г. - здорова.

Наблюдение 50. Больная Б., 34 лет, бухгалтер /история болезни № 6093/, поступила в клинику II/X-I960 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Больна 3 года. Отмечает боли внизу живота, периодическую гематурию. Лечилась у гинеколога по поводу какого-то гинекологического заболевания. В I959 г. лечилась в Евпатории грязевыми процедурами. После этого гематурия усилилась, боли внизу живота продолжали оставаться по-прежнему. В начале I960 г. гематурия часто повторялась, а в сентябре того же года стала упорной и интенсивной.

Больная среднего роста, правильного телосложения. Сознание ясное, активна; удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление I25/85 мм. Клинически и рентгенологически со стороны сердца и легких отклонений от нормы нет. Гинекологически здорова.

Анализ крови: э.4000000, Нв 77%; л.4900, гемограмма без изменений, РОЭ 4 мм в час. Остаточный азот крови 28 мг%.

Анализ мочи: мутная, кислой реакции, уд.вес 1023, белок 0,99%о ; лейкоцитов 30, эритроциты свежие 20 в поле зрения.

Цистоскопия /15/X-1960 г./: опухоль грубоворсинчатого вида размерами 2 х 3,5 см, на широком основании, располагается на левой заднебоковой стенке мочевого пузыря.

На осадочной цистопневмограмме на нижнелевой стенке определяется опухоль в виде гомогенного узла размерами 5 х 2 см, основание опухоли широкое, стенка над ним утолщена до 0,6 см, неровная; контур остальной части стенки пузыря ровный, толщиной до 0,3 см.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. II стадия.

20/X-1960 г. операция: гемирезекция левой половины мочевого пузыря /I/2/ с уретероцистонеостомией под эфирно-кислородным наркозом.

Разрезом по средней линии живота между пупком и лобком обнажен мочевой пузырь, левая половина его экстраперитонизирована. Перевязана внутренняя подвздошная артерия. Левый мочеточник пересечен между лигатурами. Электрокоагуляционным методом произведена резекция левой половины мочевого пузыря. Левый мочеточник пересажен в верхний отдел пузыря, восстановлен мочевой пузырь. В полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. В левом мочеточнике также оставлена полиэтиленовая трубка, конец которой выведен через уретру наружу. Полость таза дренирована через надлобковую рану. Рана зашита по дренажей.

Гладкое послеоперационное течение. Выписана с зажившей надлобковой раной и нормальным мочеис-

пусканием I7/XI-I960 г.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 5,2 х 7,7 см. Опухоль низковорсинчатого вида размерами 3,6 х 5,2 см, ножка опухоли I,7 см, высота ее 0,8 см. На слизистой оболочке вокруг ножки располагаются две опухоли, растущие непосредственно из слизистой оболочки, одна размерами 0,5 х 0,6 см, другая - 0,3 х 0,4 см.

Линия сечения стенки прошла на расстоянии: сверху на 2,5 см, снизу - на 2,6 см, снаружи и изнутри на 3,2 см от края опухоли.

Лимфатические сосуды препарата налиты синей массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина препарат порезан для гистологической проводки и просветления.

Гистологическое исследование препарата № 28580 /окраска эозин-гематоксилином и по Ван Гизон/.

Срез из препарата 42 мм длиной /окраска гематоксилин-эозином/, опухоль в состоянии распада, состоит из множества ворсин. Ворсины покрыты плоскими клетками в несколько рядов. По форме они вытянутые и округлые, разных размеров с интенсивно окрашенными ядрами. Строма опухоли хорошо развита, в которой содержатся преимущественно лимфатические капилляры, причем они составляют густую сеть с расширенными просветами, тесно прижимаясь к раковым ячейкам. В просвете трех лимфатических капилляров содержатся раковые клетки в виде тромбов. Лимфатические капилляры видны в подслизистом и мышечном слоях, но тут они немногочисленны, с пустыми просветами.

В центре опухоли раковые ячейки внедряются глубоко в подслизистый слой, некоторые из них достигают внутреннего мышечного слоя, но его не прорастают. В некоторых участках стенки пузыря в зоне

основания опухоли видны очаги раковой инфильтрации. В продольном направлении от ножки опухоли раковые клетки прорастают в поверхностный слой слизистой оболочки на протяжении с одной стороны 2 мм, с другой – 4 мм, с третьей – 6 мм. На участке ближе к опухоли выражена мелкоклеточная воспалительная инфильтрация.

На одной стороне препарата раковые клетки видны в 2 мм от линии сечения стенки, на другой – 32 мм.

Заключение. Гистологическое строение опухоли-плоскоклеточный неороговевающий рак, экзофитная форма с инфильтрацией опухолевых клеток в подслизистый слой. Раковый тромбоз лимфатических сосудов. Лимфатические капилляры выражены в строме опухоли; в паренхиме их нет. П стадия /T_2/.

Отдаленные результаты. Контрольная цистоскопия 4/П-1961 г.: множественный рецидив рака."Устье" пересаженного мочеточника отечно. Произведена эндоэлектрокоагуляция опухолей. 24/Ш-1961 г. при контрольной цистоскопии обнаружен рецидив опухоли /два узла размерами 2 х 3 см/ на передней стенке пузыря /на рубце/. 23/Ш-1961 г. больной произведена электроэксцизия опухолей на вскрытом пузыре. С февраля 1963 г. появились частые обострения цистита и боли в области мочевого пузыря. В июне 1963 г. при контрольной цистоскопии обнаружено почти тотальное поражение пузыря опухолью. Произведена цистэктомия в два этапа; 8/УШ-1963 г. имплантация левого мочеточника в сигму внебрюшинно, а 29/УШ-1963 г. – цистэктомия и пересадка правого мочеточника в прямую кишку. Выздоровление. Выписана из клиники в удовлетворительном состоянии с зажившей операционной раной. Мочеиспускание через прямую кишку безболезненное 8–10 раз в сутки. На нашу

анкету от 26/Ш-1964 г. больная ответила: состояние удовлетворительное. Работаю по специальности".

Наблюдение 51. Больной М., 64 лет, дворник /история болезни № 4848/, поступил в клинику 25/УШ-1961 г. с диагнозом "аденома простаты".

Болен 8 месяцев: в январе 1961 г. появилось учащенное затрудненное мочеиспускание, в июне заметил примесь крови в моче; обратился к врачу только в августе 1961 г.

Высокого роста, правильного телосложения, сознание ясное, активен, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Язык не обложен. Пульс 66 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 130/85 мм. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружен прикорневой диффузный пневмосклероз и аортокардиосклероз. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа увеличена, эластичная, гладкая, безболезненная. Инфильтратов в тазу не определяется.

Анализ крови: э. 4400000, Нв 88%; л.8600, э.3, п.3, с.63, лимф.26, м.5. РОЭ 9 мм в час. Остаточный азот крови 34 мг%.

Анализ мочи: мутная, кислой реакции, удельный вес 1013, белок 0,165%о. В микроосадке свежие эритроциты до 30 в поле зрения.

Цистоскопия: опухоль грубоструктурная на широком основании, размерами 2,5 х 2,5 см, располагается в зоне устья правого мочеточника.

На цистограмме с двойным контрастом в правом нижнем углу пузыря виден дефект заполнения размерами 3,0 х 3,0 см, стенка над опухолью неровная, утолщенная.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стация.

I4/IX-I96I г. операция: клиновидная гемирезекция правой половины мочевого пузыря. Уретероцистонеостомия.

Опухоль располагается над устьем правого мочеточника и поражает его верхний край. Правая половина мочевого пузыря экстраперитонизирована, обнажен правый мочеточник и пересечен между лигатурами. Электродиатермическим методом произведено клиновидное иссечение мочевого пузыря с устьем правого мочеточника. Отсеченный мочеточник имплантирован в оставшуюся часть пузыря и дренирован трубкой из хлорвинила. Пузырь восстановлен, в полости его оставлена трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована через надлобковую рану.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники I6/X-I96I г. с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 4 х 7 см. Опухоль грубоструктурная - 2 х 2 см, основание ее 0,8 х I,5 см. Линия сечения стенки прошла сверху и снизу на расстоянии I,4 - I,8 см, изнутри и снаружи - 2,5 - 3 см от внешнего края опухоли.

Лимфатические капилляры препарата налиты синей массой Герота, и после фиксации в I0% растворе формалина препарат порезан для гистологической проводки и просветления.

Гистологическое исследование препарата № 33048 /окраска эозин-гематоксилином и по Ван Гизон/. В препарате основная масса опухоли состоит из множества ворсин, тесно переплетающихся между собою. Строма опухоли развита слабо. Покрывающий ворсины эпителий плоский, клетки разной формы и величины, ядра окрашены интенсивно. Опухолевые ячейки ограничиваются

слизистым слоем. В зоне основания опухоли видны лимфатические капилляры, вены и артерии с пустыми просветами.

Гистологическое строение опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак, I стадия /T_I/.

Отдаленные результаты. 27/XII-1961 г. появились острые дизурические расстройства. При цистоскопии обнаружен камень мочевого пузыря. Произведена эндолитотрипсия. Рецидива опухоли нет. На нашу анкету от 26/II-1964 г. больной ответил: "Самочувствие удовлетворительное, кровотечения после операции не было, не лечился".

Наблюдение 52. Больной Т., 73 лет, кузнец /история болезни № 6591/, поступил в клинику 30/I-1962 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

3/I-1962 г. внезапно без болей наступила макроскопическая гематурия и продолжалась 7 дней. Сразу же обратился к врачу. Находился в стационаре райбольницы /с.Покровское/. Принимал хлористый кальций внутрь. Кровотечение прекратилось. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря. В анамнезе – гастрит.

Объективно: высокого роста, хорошего сложения, активен, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормального цвета. Язык чистый, влажный. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 150/80 мм.

Легкие: дыхание чистое, легочное, перкуторно-коробочный звук. Сердце: тоны чистые, границы не расширены. Рентгенологически – повышенная пневмотизация, аортокардиосклероз.

Живот овальный, мягкий, печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Простата несколько увеличена, центральная борозда ее сохранилась, гладкая, эластичная, безболезненная.

Анализ крови: э.4I20000, Нв 80%; л.6000, э.3, п.7, с.54; л.24, м.9, РОЭ I2 мм в час. Остаточный азот 32 мг%. Белковые фракции: белок 8,62, альбумины 6,25%, глобулины 2,37%. Альбумино-глобулиновый индекс 2,6. Хлориды плазмы крови 538 мг%.

Анализ мочи: прозрачного цвета, кислой реакции, удельный вес I0I7, белок 0,033%о. В микроосадке - эритроцитов свежих 5-7 в поле зрения.

Цистоскопия: моча прозрачная. Емкость 300 мл. Опухоль грубоструктурная на широком основании, размерами 2,5 х 3 см, локализуется над устьем правого мочеточника, прорастая в его верхний край.

На цистограмме дефект заполнения справа, стенка над опухолью неровная.

На экскреторной урограмме контраст выделяется обеими почками на 7 и I5 минутах. Правый мочеточник несколько толще левого, полостная система почек не расширена.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стадия.

I3/II-I962 г. операция: клиновидная гемирезекция /I/2/ правой заднебоковой стенки мочевого пузыря с устьем правого мочеточника. Перевязка правой внутренней подвздошной артерии. Уретероцистонеостомия.

Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз. Доступ к пузырю - дугообразный разрез в надлобковой области. Мочевой пузырь экстраперитонизирован. У развилки общей подвздошной артерии вместе с клетчаткой взят регионарный лимфатический узел. Перевязана внутренняя подвздошная артерия справа. Правая заднебоковая стенка с устьем мочеточника клино-

видно иссечена. Пузырь восстановлен. Правый мочеточник имплантирован в верхушку пузыря. Полость пузыря и таза дренированы резиновыми трубками. В имплантированном мочеточнике оставлена хлорвиниловая трубка, дистальный конец ее выведен через уретру наружу. В рану засыпан порошок пенициллина 200000 МЕ и стрептомицина 500000 МЕ.

Гладкое послеоперационное течение. Из мочеточника катетер удален на 9 сутки. Надлобковый дренаж удален на 27 день после операции. Мочеиспускание восстановилось и больной выписан из клиники I5/Ш-I962 г. в удовлетворительном состоянии. Мочится I0 раз в сутки, разовая порция мочи от 80 до I20 мл.

Операционный препарат: стенка мочевого пузыря вместе с устьем правого мочеточника размерами 9 х 7 см. Одна опухоль грубоструктурная плотная, в виде узла размерами 2,5 х 3 см с основанием 2 х 2,5 см, располагается выше устья правого мочеточника, вторая опухоль длинноворсинчатая, выступает из устья мочеточника.

Линия сечения стенки пузыря прошла: спереди – на 4 см, изнутри – на 3 см, сверху – на 2,5 см и снизу – на 2 см от внешней границы опухоли. Размеры лимфатического узла 0,3 х 0,7 см.

Гистологическое исследование препарата № 33413 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/- картина переходноклеточного рака с инфильтрацией подслизистого и мышечного слоев, рост опухолевых клеток вдоль стенки пузыря на 3-6 мм от основания опухоли. В лимфоузле метастаза рака нет. Ш стадия /$T_3 N-$ /.

Отдаленные результаты. Контрольная цистоскопия I7/I-I962 г., на рубце видна опухоль с рисовое зерно. Произведена электрокоагуляция. Контрольная цистоскопия в клинике 25/П-I964 г.: патологии в пузыре нет.

Наблюдение 53. Больной С., 62 лет, пенсионер /история болезни № 6846/, поступил в клинику 25/IX-1962 г. с диагнозом "тумор мочевого пузыря".

Первая макроскопическая гематурия в течение суток возникла внезапно в конце августа 1962 г. и прекратилась самопроизвольно. Потом кровотечение повторилось и продолжалось двое суток. Спустя две недели снова наступила гематурия, стала более интенсивной и продолжалась до дня госпитализации в клинику.

Правильного телосложения, среднего роста, удовлетворительного питания, активен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык чистый, влажный. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 150/80 мм.

Сердце – тоны чистые, границы в пределах нормы. На электрокардиограмме – синусовая брадикардия.

Легкие. Перкуторно – звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное. Рентгенологически – умеренно выраженные эмфизема легких и аортокардиосклероз.

Живот овальной формы, мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Предстательная железа умеренно увеличена, гладкая, эластичная, безболезненная.

Анализ крови: э.3980000, Нв 76%; л.11000, э.1, с.73; лимф.15, м.5, РОЭ 2 мм в час. Общий белок крови 6,07%, альбумины 3,37%, глобулины 2,7 г%. Индекс 1,6. Остаточный азот 29 мг%, хлориды плазмы крови 468 мг%.

Анализ мочи. Бурого цвета, кислой реакции, удельный вес 1027, белок 16,5%о. В микроосадке –

эритроциты свежие сплошь покрывают поле зрения. Удельный вес мочи при пробе Зимницкого 1007-1012-1014.

Цистоскопию произвести не удалось из-за гематурии. На осадочной пневмоцистограмме виден дефект заполнения размерами 3 х 4 см; пузырь деформирован.

На экскреторной урограмме контраст выделяется обеими почками через 7 и 15 минут; полостная система почек не изменена.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря, II стация.

18/X-1962 г. операция: резекция 2/3 мочевого пузыря. Левосторонняя уретероцистонеостомия. Лимфаденэктомия. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз.

Разрезом Пфанненилтиля обнажен мочевой пузырь; после экстраперитонизации передняя стенка вскрыта. Опухоль грубоструктурного вида на широком основании локализуется на заднебоковой стенке слева и поражает левое устье мочеточника. Экстраперитонизирована заднебоковая стенка левой половины мочевого пузыря, выделен левый мочеточник, перевязан, затем пересечен. Удалено два лимфоузла из-под развилки левой подвздошной артерии; справа в этом месте лимфоузлов не оказалось. Электрокоагулятором произведена резекция 2/3 мочевого пузыря вместе с устьем левого мочеточника. В оставшуюся часть пузыря имплантирован левый мочеточник, просвет которого дренирован хлорвиниловой трубкой. Из оставшейся части стенки сформирован мочевой пузырь; полость его дренирована резиновой трубкой для отведения мочи. В рану засыпан порошок пенициллина 300000 ЕЕ и стрептомицина 500000 ЕЕ. Полость таза дренирована через надлобковую рану резиновой трубкой и двумя марлевыми тампонами.

Послеоперационное течение без осложнений. Катетер из мочеточника удален на 9 сутки. Выписан на 5I день после операции с надлобковым мочевым дренажем. Через уретру не мочится, но позыв ощущает.

Препарат. Стенка мочевого пузыря с устьем левого мочеточника и околопузырной клетчаткой размерами 9 х 7 см. Опухоль грубоструктурная, растет экзофитно, размерами в 7 х 6 см; основание ее 3 х 3 см; стенка над опухолью плотная. В клетчатке обнаружена группа мелких /0,2 х 0,3 см/ лимфатических узлов плотной консистенции.

Линия сечения стенки прошла снизу на 3 см, с левой стороны - на 2,5 см, сверху - на 3,5 см, изнутри - на 3 см от внешнего края основания опухоли.

Лимфатические сосуды на препарате налиты синей массой Герота. После фиксации в I0% растворе формалина препарат порезан для гистологической проводки и просветления. Лимфатические узлы /2 шт. размерами 0,3 х I см/ направлены на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование препарата № 35249 /окраска гематоксилин-эозином и Ван Гизон/. Заключение патологоанатома: переходноклеточный рак мочевого пузыря с прорастанием в мышечный слой, в околопузырную клетчатку и в лимфоузлы, расположенные над опухолью. Лимфатические капилляры видны в краевой зоне опухоли с пустыми просветами. В илиакальных лимфоузлах отмечается резко выраженный склероз и гиперплазия лимфоидной ткани. Метастазов рака нет. Рост опухоли вдоль стенки на протяжении I6-25 мм от основания опухоли. IУ стадия /T_4 $N+$ /.

Отдаленные результаты. Надлобковый свищ закрылся через 3 месяца, мочеиспускание восстановилось. Жив без рецидива I,5 года /осмотрен в поликлинике 27/Ш-I964 г./.

Наблюдение 54. Больной С., 56 лет, кочегар /история болезни № 7590/, поступил в клинику 7/ХП-1962 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Болен 2 месяца: сначала появились частые болезненные мочеиспускания, а 3 недели назад наступила макроскопическая гематурия. При цистоскопии была обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Правильного телосложения, выше среднего роста, удовлетворительного питания, подкожный жировой слой выражен умеренно. Активен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Язык чистый, влажный. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление 130/80 мм.

Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости клинически и рентгенологически отклонений от нормы не обнаружено.

Почки не прощупываются, области их свободные, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Наружные половые органы развиты правильно, органы мошонки без особенностей.

Предстательная железа небольшая, гладкая, эластическая, умеренно болезненная, центральная борозда выражена. При бимануальном исследовании плотных очагов в тазу через прямую кишку не определяется.

Кровь: э.4600000, Нв 89%; л.9500, э.8, п.3, с.53. Лимф.33, м.3, РОЭ 13 мм в час. Остаточный азот крови 35 мг%, белок крови 6,58%, альбумины 3,95%, глобулины 2,63%. Альбумино-глобулиновый индекс 1,5. Хлориды плазмы крови 515 мг%.

Анализ мочи без отклонений от нормы. Удельный вес мочи при пробе Зимницкого 1012-1014-1016.

Цистоскопия: опухоль грубоструктурного вида размерами 4 х 4 см; основание опухоли не видно;

располагается она над устьем правого мочеточника.

Осадочная пневмоцистография с оксигенопериц истографией. На рентгенограммах в прямой и косых проекциях на нижнеправой стенке мочевого пузыря определяется опухоль на широком основании размерами 5 х 4,5 см. В области основания опухоли в косой проекции стенка пузыря утолщена до I-I,2 см, другие отделы ее не больше 0,4 - 0,6 см.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена, полостная система их не изменена.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стадия.

25/ХП-1962 г. операция: клиновидная резекция правой половины мочевого пузыря с устьем мочеточника. Уретероцистонеостомия. Лимфаденэктомия. Лигатура правой внутренней подвздошной артерии. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз.

Форма, размеры и локализация опухоли соответствуют данным цистоскопии: мочевой пузырь экстраперитонизирован до нижнего сегмента, удалены лимфатические узлы под развилкой общей подвздошной артерии. Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция мочевого пузыря с устьем правого мочеточника. Из оставшейся части сформирован мочевой пузырь, мочеточник имплантирован в здоровую часть пузыря; мочеточник дренирован хлорвиниловой трубкой. В полости пузыря оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована резиновой трубкой и двумя марлевыми полосами. В рану засыпан порошок пенициллина 300000 МЕ и стрептомицина 500000 МЕ.

В послеоперационном периоде наблюдался правосторонний пиэлит. Полость таза дренировалась вполне достаточно. Тампоны и резиновый дренаж из полости

таза удалены на 20 день после операции, резиновая трубка из мочевого пузыря на 33 день; надлобковый свищ закрылся, мочеиспускание восстановилось.

I5/ХП-1962 г.: белок 6,58%, альбумины 3,95%, глобулины 2,63 г%, индекс I,5.

Трехкратное переливание плазмы крови способствовало повышению белка в крови.

Больной мочится малыми порциями через 30-40 минут. Выписан из клиники на 45 день после операции в удовлетворительном состоянии. Анализ крови при выписке: гипохромная анемия /э.3500000/, анизопойкилоцитоз выраженный, РОЭ 50 мм в час. Остаточный азот крови 28 мг%. Хлориды плазмы крови 468 мг%. Белок 7,22%, альбумины 5,06%, глобулины 2,I6%. Индекс 2,I3. Моча: кислой реакции, мутная, удельный вес I0I0.

В микроосадке: лейкоциты сплошь покрывают поле зрения, много слизи.

Препарат. Стенка мочевого пузыря с устьем мочеточника размерами 5 х 6 см, опухоль грубоструктурная размерами 3,5 х 4 см, на низкой толстой ножке /0,9 см в диаметре/, почти не смещается. Линия сечения стенки прошла на расстоянии от 2,6 до 2,I см от внешнего края основания опухоли.

Препарат и лимфатические узлы направлены на гистологическое исследование в плановом порядке.

Гистологическое исследование препарата № 35694 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/.

Заключение патологоанатома /зав.пат.анат.отд. Л.Ф.Артемова/: переходноклеточный рак из веретенообразных клеток с инфильтрацией подслизистого слоя. Рост клеток вдоль стенки на 2 - 3 мм от края опухоли. В одном лимфоузле /меньшем/ отмечается гиперплазия лимфоидной ткани, в другом /большем/ - уме-

ренный склероз и гиперплазия лимфоидной ткани. II стадия /$T_2 N-$ /.

Отдаленные результаты: больной жив без рецидива 16 месяцев /контрольная цистоскопия 10/IУ-1964 г./

Наблюдение 55. Больной С., 35 лет, шофер /история болезни № 7847/, поступил в клинику 18/XII-1962 г. с диагнозом "гематурия, анемия".

Болеет 2 года. В апреле 1960 г. внезапно возникла макроскопическая гематурия, продолжавшаяся в течение месяца, затем кровотечение самостоятельно прекратилось. В июле 1960 г. обследовался у врача-уролога областной поликлиники, который при цистоскопии обнаружил опухоль мочевого пузыря. От предложенной госпитализации в клинику больной отказался. На протяжении двух лет кровотечения не было; в этот период принимал чагу и хлористый кальций внутрь. Полтора месяца тому назад гематурия повторилась и приняла массовый характер, наступила резкая анемия и общая слабость.

Состояние больного тяжелое, пассивен, без посторонней помощи почти не передвигается, кожные покровы и видимые слизистые оболочки резко бледны, почти цианотичны. Язык чистый, не обложен. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 85/30 мм.

Клинически со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Рентгенологически- очаговых и инфильтративных изменений в легких не обнаружено; сердце и аорта в норме.

Живот овальной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Предстательная железа небольших размеров, эластичной консистенции, гладкая, безболезненная. При бимануальном исследовании инфильтративных изменений в тазу не обнаружено.

Анализ крови от I9/ХП-I962 г.: э.I500000, Нв.2I,6%; л.9000, э.I, п.2, с.74, лимф.I8, мон.5. Анизопойкилоцитоз выражен. РОЭ 30 мм в час. Остаточный азот крови 32 мг%. Белок плазмы крови 6,77%, хлориды 585 мг%.

Моча: макроскопически кровянистая со сгустками, удельный вес I0I5. В микроосадке - эритроциты свежие сплошь покрывают поле зрения. Удельный вес при пробе Зимницкого I0I2-I0I5-I0I9.

Цистоскопию выполнить не удалось из-за массовой гематурии.

На контрастной цистографии в просвете мочевого пузыря виден дефект заполнения размерами 5 х 6 см.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена, полостная система их не изменена.

Клинический диагноз: рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стация. Анемия.

С 20/ХП-I962 г. по I4/I-I963 г. больному произведено шестикратное переливание крови струйным методом по 200 мл.

Состояние больного заметно улучшилось: стал активным, передвигается самостоятельно, возросло содержание эритроцитов и гемоглобина. Анализ крови от II/I-I963 г.: э.35I0000, Нв 66%, л.7600, э.I, п.9, с.46. Лимф.38, м.6. РОЭ 20 мм в час. Умеренно выраженный анизопойкилоцитоз.

Гематурия заметно уменьшилась.

I5/I-I963 г. операция: клиновидная резекция /I/2/ правой заднебоковой стенки мочевого пузыря вместе с устьем правого мочеточника. Уретероцистонеостомия. Правосторонняя лимфадэктомия. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз. Опухоль грубоструктурного вида на ножке длиной 9 см, толщиной

0,7 см. Верхушка опухоли внедрилась в задний отдел мочеиспускательного канала. Опухоль из него извлечена, верхушка ее колбообразно утолщена, большая часть ее находится в состоянии распада и кровоточит.

Правая половина мочевого пузыря экстраперитонизирована. Удален лимфатический узел из-под развилки правой общей подвздошной артерии. На противоположной стороне в этом месте лимфоузлов не обнаружено. Электрокоагулятором произведена клиновидная резекция правой заднебоковой стенки с устьем правого мочеточника. Из оставшейся части сформирован мочевой пузырь, в новое место которого имплантирован правый мочеточник; в просвете его оставлен хлорвиниловый катетрик для отведения мочи. В мочевом пузыре оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована через надлобковую рану марлевыми тампонами и резиновой трубкой.

Послеоперационное течение: на 5 сутки мочеточниковый катетрик забился солями, моча не стала выделяться; катетрик удален. Тампоны и резиновая трубка, дренирующие полость таза, удалены на I0 сутки. Дренажная трубка из пузыря удалена на I6 сутки. Надлобковая рана зажила без вмешательства. Мочеиспускание восстановилось. Больной выписан из клиники 3I/I-I963 г. в удовлетворительном состоянии.

Препарат: правая заднебоковая стенка мочевого пузыря вместе с устьем мочеточника. Опухоль растет из устья правого мочеточника на ножке 0,7 см толщиной и 9 см длиной; ножка ее гладкая, верхушка грубоструктурного вида. Линия сечения стенки прошла: сверху на 4 см, снизу на 3 см, изнутри на 3,5 см, спереди на 3 см от ножки опухоли.

Заключение патологоанатома /прозектор, зав. отд.Л.Ф.Артемова/. При микроскопическом исследова-

нии /препарат № 3583I/ картина переходноклеточного неороговевающего рака мочевого пузыря с инфильтрацией подслизистого слоя. Рост вдоль стенки на 2-5 мм от края опухоли. В лимфатическом узле метастазов рака нет. П стадия /T_2^{N-} /.

Отдаленные результаты. I4 месяцев без рецидива /осмотрен 27/Ш-I964 г./.

Наблюдение 56. Больной Т., 47 лет, нач-к караула /история болезни № 936/, поступил в клинику I3/П-I963 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Болеет I,5 месяца. В конце декабря I962 г. внезапно наступила безболевая макрогематурия, продолжавшаяся двое суток, затем она прекратилась. В первой декаде января I963 г. гематурия повторилась. Обратился к урологу по месту жительства /г.Полевской/, который при цистоскопии обнаружил опухоль мочевого пузыря.

Больной высокого роста, правильного телосложения. Со стороны грудной клетки отклонений от нормы нет /клинически и рентгенологически/. Почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа в норме. Инфильтратов в тазу через прямую кишку не определяется.

Анализ крови: э.4500000, Нв 84%; л.4600, э.I, п.4, с.57. Лимф. 33, м.5. РОЭ 88 мм в час. Остаточный азот крови 23 мг%. Хлориды плазмы крови 468 мг%, белок 7,03%.

Анализ мочи: прозрачного цвета, кислой реакции; белок 0,033%о. В микроосадке - лейкоцитов по I0 в поле зрения, эритроциты свежие сплошь покрывают поле зрения. Удельный вес при пробе Зимницкого I0I4-I0I7-I020-I0I9-I0I0-I009.

Хромоцистоскопия. Моча с примесью крови. Пузырь отмылся легко. Емкость 200 мл. Опухоль грубо-

структурного вида на широком основании, размерами 2 х 2,5 см, располагается в зоне устья левого мочеточника; последнее не видно из-за опухоли. Индигокармин 0,4% – 2 мл выделился из правого устья через 4 минуты, из левого – через 5 минут струей обычной окраски.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стадия.

I9/П-I963 г. операция – клиновидная резекция /I/2/ левой заднебоковой стенки мочевого пузыря с устьем мочеточника. Уретероцистонеостомия. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз.

Опухоль по внешнему виду и ее локализация соответствуют данным цистоскопии. Левый мочеточник ампутирован около места впадения его в пузырь. Электрокоагулятором произведена клиновидная резекция левой заднебоковой стенки мочевого пузыря с устьем левого мочеточника. Мочеточник имплантирован в боковую стенку верхушки пузыря /слева/ и дренирован хлорвиниловой трубкой. Мочевой пузырь восстановлен. В полости пузыря оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована марлевыми тампонами и резиновой трубкой.

Гладкое послеоперационное течение. Трубка удалена из левого мочеточника на 8 сутки.

Надлобковая рана зажила полностью на 34 день после операции. Мочеиспускание восстановилось. Выписан из клиники 27/Ш-I963 г. в удовлетворительном состоянии.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 6 х 7 см; опухоль грубоструктурная почти овальной формы, не смещается, размерами 2 х 3 см на широком основании /в диаметре 2 см/, локализуется на расстоянии I см от верхнего края левого устья мочеточника. Линия сечения стенки прошла от наружного края

опухоли сверху в 3 см, снизу - в 2 см, изнутри - в I,8 см, спереди - в 2,2 см.

Гистологическое исследование. Препарат № 36233 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Основная масса опухоли состоит из плотных мясистых ворсин, тесно переплетающихся между собою. Опухоль растет из слизистой оболочки на толстой низкой ножке и не выходит за пределы ее. Эпителиальный пласт массивен, строма бедна. Эпителиальные клетки разнообразной формы и величины, много встречается вытянутых клеток с интенсивной окраской ядер.

Заключение патологоанатома /зав.пат.анат.отд. Л.Ф.Артемова/: картина переходноклеточного рака с инфильтрацией слизистой оболочки. I стадия /T_I/.

Отдаленные результаты. Контрольная цистоскопия 7/IX-1963 г.: моча прозрачная. Емкость мочевого пузыря 200 мл. Слизистая оболочка местами гиперемирована, сосуды инъецированы. Рецидива опухоли нет. Отмечает общую слабость. Работает по специальности.

Наблюдение 57. Больная К.,45 лет, служащая /история болезни № I97/, поступила в клинику I3/I-1963 г. с диагнозом "обострение хронического пиелоцистита".

Болеет 8 месяцев. В апреле 1962 г. появились частые болезненные мочеиспускания и боли внизу живота, затем возникла макроскопическая гематурия, которая продолжалась 3 дня. К врачу не обращалась. Гематурия и дизурические явления периодически повторялись до октября 1962 г.; в октябре кровотечение повторилось, было более интенсивным, сопровождалось острыми дизурическими расстройствами. 3I/X-1962 г. обратилась к терапевту, который назначил больной противовоспалительные средства и хло-

ристый кальций. В декабре кровотечение приняло массовый характер, усилились боли внизу живота и при мочеиспускании. В связи с этим находилась на стационарном лечении в г.Ирбите /в терапевтическом отделении/, но улучшения не отмечалось. 30/XII-1962 г. в урологическом кабинете областной поликлиники при цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Больная правильного телосложения, среднего роста, пониженного питания, активная, сознание ясное. Кожные покровы нормальной окраски. Язык чистый, влажный. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 120/70 мм.

Сердце - тоны чистые, границы в норме. Легкие-дыхание чистое, перкуторно-легочный звук. При рентгеноскопии грудной клетки со стороны органов грудной полости патологии нет.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При вагинальном исследовании своды влагалища без патологии.

Анализ крови: э.4050000, Нв 68%; л.4300, э.5, п.4, с.44; лимф.39, м.7. РОЭ 44 мм в час. Остаточный азот крови 39 мг%, хлориды плазмы крови 409 мг%.

Анализ мочи: соломенно-желтого цвета, кислой реакции, удельный вес 1022, белок 0,16%о. В микроосадке лейкоцитов до 10, свежих эритроцитов до 8 в поле зрения. Удельный вес при пробе Зимницкого 1012-1017-1022.

Хромоцистоскопия: опухоль грубоструктурного вида на широком основании, размерами 3 х 4 см в зоне устья левого мочеточника; последнее не видно. Индигокармин 0,4% -2 мл из правого устья выделился через 3 минуты струей интенсивной окраской, из левого - через 5 минут слабой окраски.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена, полостная система и мочеточники не расширены.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. II стадия.

22/I-1963 г. операция - клиновидная резекция левой половины мочевого пузыря с устьем мочеточника. Лимфаденэктомия. Уретероцистонеостомия. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз. Внешний вид опухоли, размеры и локализация соответствуют данным цистоскопии. Мочевой пузырь экстраперитонизирован до нижнего сегмента, больше слева. Обнаруженные лимфатические узлы на передней поверхности наружной подвздошной артерии слева удалены. Левый мочеточник пересечен. Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция половины мочевого пузыря с устьем левого мочеточника. Мочевой пузырь восстановлен. Мочеточник имплантирован в верхушку мочевого пузыря, в просвете его оставлена хлорвиниловая трубка. В полость таза засыпан порошок пенициллина 300000 МЕ и стрептомицина 500000, затем она дренирована марлевыми тампонами и резиновой трубкой через надлобковую рану. В пузыре оставлена резиновая трубка для отведения мочи.

Послеоперационное течение. До II дня отмечалась высокая температура - от 37,8 до 39°, общая слабость, потеря аппетита. С I2 дня температура нормализовалась. Надлобковый дренаж функционирует; позыв к мочеиспусканию появился на I5 сутки; трубка из пузыря удалена, надлобковая рана зажила к 20 дню.

II/II-1963 г. на экскреторной урограмме отмечается небольшое расширение лоханки и чашечек левой почки. Выписана из клиники I4/II-1963 г. в удовлетворительном состоянии. Мочеиспускание через I,5-2 часа.

Препарат: стенка мочевого пузыря размерами 6 х 8 см; опухоль грубоструктурного вида, размерами 3,5 х 4 см, растет на ножке толщиной 0,6 см, длиной 0,5 см. Опухоль располагается непосредственно над верхним краем устья левого мочеточника.

Линия сечения стенки прошла на расстоянии: сверху – 5 см, снизу –2,4 см, изнутри –2,8 см, снаружи –2,6 см от основания опухоли.

Гистологическое исследование. Препарат № 35889 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Основная масса опухоли состоит из массивных ворсинчатых образований, тесно анастомозирующихся между собой. Опухоль растет на широкой низкой ножке в просвет пузыря. Эпителиальный пласт, покрывающий ворсины, массивный с потерей четкости клеточных рядов. Эпителиальные клетки самой разнообразной формы и величины: наряду с плоскими, встречаются клетки круглой, овальной и веретенообразной формы с гиперхромией ядер. Раковые ячейки врастают в подслизистый слой. На слизистой оболочке видны папиллярные выросты с анаплазированным эпителием на протяжении с одной стороны 3 мм, на противоположной – 6 мм от ножки опухоли. В подслизистом слое в зоне основания опухоли и в межмышечных клетчаточных щелях видно много лимфатических капилляров и сосудов с пустыми просветами. Кровеносные сосуды многочисленны, вены пусты, артерии содержат эритроциты.

Заключение патологоанатома /зав.пат.анат.отд. Л.Ф.Артемова/: переходноклеточный рак с лимфоидной инфильтрацией.

В лимфатических узлах метастазов опухоли не обнаружено. Отмечается гиперплазия лимфоидной ткани, умеренный склероз. II стадия /T_2 N^- /.

Отдаленные результаты. Жива I4 мес. без рецидива /контрольная цистоскопия 26/III-I964 г./.

Наблюдение 58. Больной Ф., 69 лет, слесарь /история болезни № 2I86/, поступил в клинику 3/IУ-I963 г. с диагнозом "гипертрофия простаты".

Гематурия без боли наступила 2 недели тому назад, продолжалась три дня.

В анамнезе – аденомэктомия в I954 г. Больной среднего роста, правильного телосложения, средней упитанности, активен. Кожные покровы чистые. Язык необложен. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичен. Артериальное давление I30/90 мм.

Сердце: тоны несколько приглушены, границы не расширены. Легкие – дыхание везикулярное, перкуторно-коробочный звук. При рентгеноскопии – возрастные изменения со стороны сердца и легких.

Живот обычной формы, безболезненный. Органы брюшной полости и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При ректальном исследовании предстательная железа дифференцируется, поверхность ее плоская, тугоэластической консистенции, безболезненная. Наружные половые органы развиты правильно, органы мошонки в норме.

Анализ крови: э.5300000, Нв 92%, л.4500, гемограмма не изменена. РОЭ 20 мм в час. Остаточный азот крови 33 мг%. Белок 7,40%, альбумины 4,8I г%, глобулины 2,5 г%. Альбумино-глобулиновый индекс I,8. Хлориды плазмы крови 433 мг%.

Анализ мочи: мутная, удельный вес I0I8, в микроосадке – пиурия и микрогематурия.

Цистоскопия. Моча макроскопически прозрачная. Емкость пузыря 200 мл. Опухоль нежноворсинчатая размерами 2 х 2,5 см, растет в просвет пузыря на ножке, в зоне устья правого мочеточника.

На экскреторной урограмме незначительное расширение правого мочеточника и полостной системы

почки. Функция почек не нарушена.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. I стадия.

II/IУ-1963 г. операция - клиновидная резекция /I/2/ правой заднебоковой стенки мочевого пузыря с устьем правого мочеточника. Уретероцистонеостомия.

При ревизии оказалось, что опухоль растет непосредственно из устья правого мочеточника. Правая половина пузыря экстраперитонизирована, правый мочеточник ампутирован на расстоянии 2 см от места впадения его в мочевой пузырь. Электрокоагулятермическим методом произведена клиновидная резекция правой заднебоковой стенки мочевого пузыря вместе с устьем мочеточника. Ампутированный мочеточник дренирован хлорвиниловой трубкой. Мочеточник имплантирован в боковую стенку верхушки. Мочевой пузырь восстановлен; полость его дренирована резиновой трубкой. В рану засыпан порошок пенициллина 300000 МЕ и стрептомицина 500000. Полость таза дренирована через надлобковую рану марлевым тампоном и резиновой трубкой.

Удовлетворительное послеоперационное течение. Трубка из мочеточника удалена на 8 сутки. Позывы к мочеиспусканию появились на I8 день после операции. Мочеиспускание восстановилось, надлобковая рана зажила. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии II/У-I963 г.

Препарат. Стенка мочевого пузыря с устьем правого мочеточника размерами 4 х 6 см; опухоль грубоструктурного вида округлой формы 2 х 2 см растет непосредственно из слизистой оболочки на широком основании.

Линия сечения стенки прошла на расстоянии: сверху - 3 см, снизу -2 см, изнутри - I,4 см, спереди на I,5 см от внешней границы опухоли.

Гистологическое исследование. Препарат № 36533 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Опухоль ворсинчатого вида растет в просвет пузыря на широкой ножке; ворсины тесно переплетаются между собой. Эпителиальный пласт, покрывающий ворсины опухоли, толстый и состоит из эпителиальных клеток, расположенных в несколько рядов, местами ряды нарушены. Эпителиальные клетки в большинстве случаев плоские и круглой формы разной величины. Гиперхромия ядер. Раковые ячейки ограничены слизистой оболочкой. В ножке опухоли много кровеносных сосудов, вены пусты.

Заключение патологоанатома /зав.пат.анат.отд. Л.Ф.Артемова/. Плоскоклеточный неороговевающий рак мочевого пузыря. I стация /T_I/.

Отдаленные результаты. Больной жив I год без рецидива /контрольный осмотр 27/Ш-1964 г./.

Наблюдение 59. Больной М., 47 лет, рабочий /история болезни № 5591/, поступил в клинику 2/Х-1963 г. с диагнрзом "бластома мочевого пузыря".

В конце января 1963 г. заметил примесь крови в моче. Кровотечение продолжалось сутки, болей не было. За врачебной помощью не обращался. 19/УШ-с.г. гематурия наступила повторно, по поводу которой находился на обследовании в урологическом отделении городской больницы Н-Тагила. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Больной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/80 мм. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений нет. Почки не прощупываются, симптом Пастернацкого отрицательный. Предстатель-

ная железа гладкая, эластическая, безболезненная.

Рентгеноскопия /4/X-1963 г./: в легких очаговых изменений нет. Корни легких пятнистые. Сердце, аорта- без особенностей. Плевральные синусы свободные.

Анализ крови: э.5I40000, Нв 82%; л.6900, э.2, п.5, с.68. Лимф.23, м.2. Анизоцитоз, пойкилоцитоз. РОЭ I9 мм в час. Остаточный азот крови 40 мг%. Белок плазмы крови 7,I6 г%, хлориды плазмы крови 538 мг%.

Анализ мочи: блекно-желтого цвета, кислой реакции, удельный вес I006, белок 0,033‰. При пробе Зимницкого удельный вес мочи I009-I0I2-I0I7.

Цистоскопия. Моча мутная, пузырь отмылся. Емкость 200 мл. Опухоль низковорсинчатая плоская /травоводной формы/ на широком основании, величиной 3 х 3,5 см, в зоне устья правого мочеточника. Последнее не видно. Другие отделы пузыря в норме.

Осадочная пневмоцистография с оксигенопери-цистографией. На рентгенограммах в прямой и косых проекциях на правой заднебоковой стенке нижнего сегмента мочевого пузыря обнаружена опухоль в виде узла на широком основании размерами 3 х 4 см. Контур стенки пузыря ровный, толщиной до 0,4 см, над опухолью она утолщается до 0,6 см, стенка в этом месте контурируется неотчетливо.

На экскреторной урограмме правая почка контраст не выделяет через 7 минут; через I5 минут сернозин содержится в лоханке и чашечках правой почки в виде пятен. Функция левой почки нормальная.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря с инфильтрацией в мышечный слой. III стадия. Блокада правой почки.

I5/X-I963 г. операция: правосторонняя гемире-

зекция. Уретероцистонеостомия. Лимфаденэктомия. Перевязка висцеральных артерий мочевого пузыря. Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз.

Дугообразным разрезом с пересечением правой прямой мышцы живота обнажен мочевой пузырь, передняя стенка его вскрыта. Опухоль плоская травовидного вида, неподвижная, размерами 3 х 3 см, расположена в зоне устья правого мочеточника. Правый мочеточник обнажен и пересечен между лигатурами. Электродиатермическим методом иссечена правая половина мочевого пузыря вместе с устьем правого мочеточника. Линия сечения стенки прошла непосредственно у шейки пузыря и по средней линии пузырного треугольника. Из оставшейся части сформирован пузырь, правый мочеточник имплантирован в верхушку, в просвете его оставлена хлорвиниловая трубка диаметром 0,4 см для отведения мочи. В пузыре оставлена резиновая трубка. Полость таза дренирована через надлобковую рану марлевыми тампонами и резиновой трубкой.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размером 6 х 9 см /после сокращения/. Опухоль плоская, плотная, не смещается, размерами 3 х 3 см. Лимфатические узлы мягкой консистенции; справа взято 3 шт., слева – 7 шт.

Линия сечения стенки прошла: снизу на 2,5 см, изнутри – на 2 см, сверху – на 5 см, спереди – на 3,5 см от внешнего края опухоли.

Послеоперационное течение без осложнений.

Гистологическое исследование. Препарат № 37539 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Опухоль представляется в виде папиллярных выростов на широком основании. Раковые ячейки внедряются в подслизистый слой. Эпителий, покрывающий выросты, многослойный с круглыми и плоскими клетками разнообразной величины и формы. Ядра клеток окрашены интенсивно.

Среди пучков мышечного слоя видна железистая трубочка, в просвет которой обращены папиллярные выросты, покрытые вытянутыми крупными и мелкими клетками с гиперхромией ядер. Местами раковые клетки инфильтрируют в подлежащие ткани.

Заключение патологоанатома /зав.пат.анат.отд. Л.Ф.Артемова/: переходноклеточный рак с инфильтрацией опухолевых клеток в подслизистый и мышечный слои стенки мочевого пузыря. В лимфатических узлах метастазов рака не обнаружено. Ш стадия /$T_3 N-$ /.

Отдаленные результаты. Контрольная цистоскопия I0/IУ-I964 г. /г.Н-Тагил/ - рецидива опухоли нет.

Наблюдение 60. Больной Х., 46 лет, музыкант /история болезни № 907/, поступил в клинику I6/П-I952 г. с диагнозом "рецидив опухоли мочевого пузыря".

Считает себя больным 5 лет. Гематурия периодически. Три года назад операция - электрокоагуляция на вскрытом мочевом пузыре. На протяжении I95I г. наблюдалась неоднократная гематурия.

Среднего роста, правильного телосложения, сознание ясное, активен. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление II5/85 мм.

Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа нормальная.

Анализ крови: э.3670000, Нв 62%; л.5I00, гемограмма не изменена. Остаточный азот крови 36 мг%.

Анализ мочи - микрогематурия, белок.

Цистоскопия /27/П-I952 г./: на передней стенке по рубцу гряда ворсинчатых опухолей, сливающихся между собой /I5 шт./ размерами 0,5 х 0,6 см каждая.

Индигокарминовая проба нормальная.

Клинический диагноз: рецилив ворсинчатого рака мочевого пузыря /папилломатоз/.

29/П-I952 г. операция: резекция передней стенки /I/3/ мочевого пузыря. Электродиатермическим методом иссечена передняя стенка вместе с опухолью. В полости пузыря оставлена резиновая трубка для отведения мочи, пузырь восстановлен. Ретциево пространство дренировано марлевым тампоном через надлобковую рану.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием I4/Ш-I952 г.

Препарат. Передняя стенка с грядой низковорсинчатых опухолей на площади I,2 х 2,5 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии 2,5 - 3 см от внешнего края опухоли.

При микроскопическом исследовании /препарат № 2II9I/ картина плоскоклеточного неороговевающего рака мочевого пузыря с инфильтрацией в подслизистый слой. Рост вдоль стенки ограничивается основанием опухоли. П стадия /T_2/. /Патологоанатом асс.Е.В.Горбунова/.

Отдаленные результаты. Контроль I0/УП-1957 г., I2/ХП-1958 г., I5/Ш-1963 г. и I7/П-1964 г.: больной жалоб не предъявляет. При цистоскопии патологии в мочевом пузыре нет.

Наблюдение 6I. Больной С., 49 лет, рабочий-сплавщик металла /история болезни № 1898/, поступил в клинику 30/Ш-1956 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря". В течение года периодическая гематурия со светлыми промежутками в 3-5 месяцев. Принимал хлористый кальций, но кровотечение повторялось.

Правильного телосложения, активен. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление I25/90 мм. Рентгенологически - пневмосклероз. Сердце без отклонений от нормы. Органы брюшной полости не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа в норме.

Анализ крови: отклонений от нормы нет. РОЭ 4 мм в час. Остаточный азот крови 36 мг%.

Анализ мочи: пиурия, удельный вес мочи I0I7-I020.

Цистоскопия - опухоль ворсинчатого вида на толстой низкой ножке размерами 2,5 х 5 см над устьем правого мочеточника.

При индигокарминовой пробе функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стадия.

I7/IУ-1956 г. операция: клиновидная резекция правой заднебоковой стенки /I/3/ мочевого пузыря. Форма, размеры и локализация опухоли соответствуют данным цистоскопии. Электродиатермическим методом произведена резекция правой заднебоковой стенки мочевого пузыря. Пузырь восстановлен. Полость пузыря и таза дренированы резиновыми трубками.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписан из клиники с зажившей раной и восстановленным мочеиспусканием I0/У-I956 г.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 4,8 х 6 см с опухолью 2,5 х 2,5 см на ножке диаметром I,2 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии I,6 – 2,5 см от внешней границы опухоли.

Гистологическое исследование препарата /препарат № I388I/. Плоскоклеточный неороговевающий рак мочевого пузыря с инфильтрацией подслизистого слоя. Рост вдоль стенки на 5-9 мм. П стадия /T_2/. /асс.Е.В.Горбунова/.

Отдаленные результаты. Рецидив опухоли в I959 г. 2I/УШ-I959 г. субтотальная резекция мочевого пузыря. I9/IУ-I963 г. и 26/Ш-I964 г. при цистоскопии патологии в пузыре нет.

Наблюдение 62. Больной К.,54 лет, служащий /история болезни № 2973/, поступил в клинику 3/УI-I958 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Болен 2 месяца. I7/IУ-I958 г. заметил кровь в моче, потом появились рези при мочеиспускании.

Больной среднего роста, правильного телосложения, упитан значительно. Язык чистый. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление I50/90 мм.

В легких – эмфизема. Сердце – тоны чистые, границы в норме. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа увеличена, гладкая, безболезненная.

Анализ крови: отклонений от нормы нет.

Анализ мочи: удельный вес I020. В микроосадке свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

Цистоскопия – опухоль ворсинчатого вида размерами 2,5 х 2,5 см на низкой толстой ножке на пра-

вой стенке пузыря. Устья мочеточников не изменены.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. II стадия.

I0/УI-I958 г. операция - клиновидная гемирезекция правой половины мочевого пузыря. Лимфаденэктомия.

Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция мочевого пузыря. Пузырь восстановлен. Дренаж пузыря и полости таза через надлобковую рану.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписан из клиники с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием I9/УП-I958 г.

Препарат. Задняя стенка и верхушка мочевого пузыря размерами 6,5 х 5,5 см. Опухоль грубоструктурная размерами 2,I х 2,3 см на ножке диаметром I,2 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии сверху 3 см, снизу - I,8 см, изнутри - 2,3 см, спереди 2,5 см от ножки опухоли.

Гистологическое исследование препарата № I003 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Основная масса опухоли состоит из толстых ворсин, тесно переплетающихся между собой. Эпителиальный пласт ворсин состоит из нескольких слоев покровных клеток, размеры и форма которых самые разнообразные, но большей частью они плоские с интенсивно окрашенными ядрами. Раковые ячейки и тяжи врастают в подслизистый и мышечный слои. В зоне основания опухоли опухолевые клетки прорастают околопузырную клетчатку до брюшины, покрывающей заднюю стенку верхушки пузыря. Папиллярные выросты и отдельные раковые ячейки видны на слизистой на расстоянии

8–9 мм от основания опухоли.

Вокруг опухолевого очага, где стенка пузыря еще сохраняет нормальное строение, располагаются лимфатические капилляры в виде густой сети, в просвете которых содержатся раковые тромбы. В венах также есть раковые клетки. В паренхиме опухоли лимфатических капилляров нет.

В регионарных лимфоузлах метастазов рака нет.

Гистологическое строение опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией мышечной оболочки и паравезикальной клетчатки субсерозно. IУ стадия /$T_4 N^-$ /.

Отдаленные результаты. Больной осмотрен 23/Ш-I963 г. и I6/Ш-I964 г.: жалоб не предъявляет. Гематурии не было. При цистоскопии в пузыре норма.

Наблюдение 63. Больной Т.,46 лет, коновозчик /история болезни № I008/, поступил в клинику I6/П-I959 г. с диагнозом "папиллома мочевого пузыря".

Больным себя считает один год. Боли в поясничной области справа. Наблюдалась двухкратная макроскопическая гематурия, продолжавшаяся на протяжении недели.

Высокого роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормального цвета. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление I20/90 мм. Органы грудной клетки клинически и рентгенологически без отклонения от нормы. Органы брюшной полости без патологии. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа нормальная.

Анализ крови: э.3680000, Нв 70%; л.6400, РОЭ I7 мм в час. Остаточный азот крови 29 мг%.

Анализ мочи: кислой реакции, удельный вес I020. В микроосадке свежие эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

Цистоскопия – опухоль ворсинчатого вида, мясистая на ножке, размерами I,5 х 2 см, над устьем правого мочеточника; последнее прикрыто опухолью. Другие отделы пузыря без изменения.

Биопсия: во время цистоскопии взят кусочек опухоли. При гистологическом исследовании /препарат № 2I884/ обнаружена папиллома мочевого пузыря.

При экскреторной урографии функция почек нормальная.

Клинический диагноз: атипичная фиброэпителиома мочевого пузыря. I стадия.

3/Ш-I959 г. операция – клиновидная резекция правой заднебоковой стенки /I/3/ мочевого пузыря.

На вскрытом пузыре форма, размеры и локализация опухоли соответствуют данным цистоскопии. Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция мочевого пузыря. Пузырь восстановлен и дренирован резиновой трубкой. К линии швов подведены два марлевых тампона.

Гладкое послеоперационное течение.

Выписан из клиники с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием I8/Ш-I959 г.

Препарат. Стенка мочевого пузыря размерами 4,5 х 6 см. Ножка опухоли 0,8 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии I,7 – 2,6 см от края опухоли.

Гистологическое исследование препарата № 22006 /окраска эозин-гематоксилином и по Ван Гизон/.

Опухоль в состоянии распада, на ножке, строма ее нежна, в ней содержатся кровеносные и лимфатические сосуды. В некоторых ворсинах опухоли также содержатся лимфатические капилляры с пустыми просветами.

Недалеко /5 мм/ от линии сечения стенки в сли-

зистой оболочке и мышечном слое видны тяжи и гнезда раковых клеток.

Гистологическая структура опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией опухолевых клеток в слизистый и внутренний мышечный слои. Рост опухоли вдоль стенки ограничивается ножкой опухоли. Ш стадия./T_3/.

Отдаленные результаты. I6/Ш-I964 г. ответ на нашу анкету: состояние больного хорошее, работает. Кровотечения не было.

Наблюдение 64. Больной Ш., 48 лет, машинист /история болезни № 405/, поступил в клинику I8/I-I960 г. с диагнозом "тумор мочевого пузыря".

Первая гематурия наступила I3/I-I960 г. и продолжалась двое суток, по поводу которой обратился к врачу и был направлен в клинику на 5-й день заболевания.

Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Язык не обложен. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление I25/80 мм.

Клинически и рентгенологически со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Предстательная железа гладкая, эластичная, безболезненная.

Анализ крови: кровь без патологии. Остаточный азот крови 39 мг%.

Анализ мочи: кислой реакции, удельный вес I02I, белок – следы; лейкоцитов I5, эритроцитов свежих I0 в поле зрения.

Цистоскопия – опухоль нежноворсинчатого вида на тонкой ножке, размерами I,5 х 2,0 см, над устьем левого мочеточника.

При хромоцистоскопии – функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. I стадия.

2/П-1960 г. операция - клиновидная резекция левой заднебоковой стенки /I/3/ мочевого пузыря. Опухоль на ножке, располагается на левой боковой стенке. Электродиатермическим методом произведена клиновидная резекция мочевого пузыря. Пузырь восстановлен, полость его дренирована резиновой трубкой для отведения мочи. К пузырю подведены марлевый тампон и резиновая трубка.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием 27/П-1960 г.

Препарат: стенка мочевого пузыря размерами 4,2 х 4,4 см. Опухоль ворсинчатого вида, размерами 2 х 2 см на ножке диаметром 0,6 см.

Линия сечения стенки прошла сверху и снизу на расстоянии I,8 см, изнутри - на I,5 см, спереди - на 2,3 см от ножки опухоли

Гистологическое исследование препарата № 25607. /Окраска гематоксилин-эозином/. В препарате имеется нормальная стенка мочевого пузыря и ткань опухоли на ножке. Опухоль состоит из множества довольно длинных ворсин, ножка опухоли представлена нежной соединительнотканной стромой и кровеносными сосудами. Эпителий, покрывающий ворсины опухоли, многослойно-многорядный с вытянутыми клетками и усиленной окраской ядер. Опухолевые ячейки глубоко врастают в подслизистый слой, не поражая мышечную оболочку.

Опухолевые ячейки внедряются в слизистую оболочку в продольном направлении на расстоянии 2-3 мм от края ножки опухоли.

Лимфатические капилляры видны в подслизистом слое и в строме ножки опухоли; просветы их пустые.

В мышечном слое лимфатических капилляров и сосудов не видно.

Заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией в подслизистый слой. II стация /T_2/.

Отдаленные результаты. Анкета от I6/Ш-I964 г.: здоров. Жалоб нет.

Наблюдение 65. Больной Ш., 66 лет, пенсионер /история болезни № I380/, поступил в клинику 4/Ш-I960 г. с диагнозом "аденома предстательной железы".

Затрудненное мочеиспускание отмечает 5 лет. В январе I960 г. в течение 4 дней наблюдалась макроскопическая гематурия. Больше месяца лечился синэстролом, но без успеха.

Высокого роста, правильного телосложения, средней упитанности, сознание ясное, активен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Пульс 62 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление I60/80 мм. При рентгеноскопии обнаружена эмфизема легких и петрификат на уровне I межреберья слева; умеренный склероз сердца и сосудов. Живот мягкий, безболезненный. Органы брюшной полости не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа увеличена, гладкая, эластичная. Инфильтратов в тазу не определяется.

Анализ крови: э.4000000, Нв 72%, л.6000, гемограмма без изменений. РОЭ 24 мм в час. Остаточный азот крови 37 мг%.

Анализ мочи: мутная, щелочной реакции, удельный вес I0I3, белок I6,5%о. Микроскопия осадка: лейкоциты и эритроциты сплошь покрывают поле зрения.

Цистоскопия – опухоль грубоворсинчатого вида

мясистая на низкой ножке, размерами 4,0 х 4,0 см, на левой боковой стенке тела мочевого пузыря.

При хромоцистоскопии функция почек нормальная.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. П стадия.

22/Ш-1960 г. операция - гемирезекция левой половины мочевого пузыря.

Размер опухоли и локализация ее соответствуют цистоскопическим данным. Электродиатермическим методом произведена резекция левой заднебоковой стенки с верхушкой пузыря. Из оставшейся части восстановлен мочевой пузырь, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована тампоном и резиновой трубкой через надлобковую рану.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием 15/IУ-1960 г.

Препарат. Стенка мочевого пузыря 8 см в диаметре. Опухоль низковорсинчатая, плоская, размерами 4 х 4 см; основание опухоли диаметром 4 см. Линия сечения стенки прошла в 2 см от внешней макроскопически видимой границы опухоли.

Гистологическое исследование препарата № 27254 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/.

Срез через весь препарат по центру опухоли /окраска гематоксилин-эозином/. Опухоль ворсинчатая, травовидной формы, растет непосредственно из слизистой оболочки на широком основании диаметром 4 см. Ворсины опухоли покрыты многорядным эпителием, клетки эпителиального пласта вытянутые и округлой формы, разной величины. Ядра окрашены интенсивно.

В проекции основания опухоли и по периферии его раковые ячейки внедряются в подслизистый слой.

Тут же в просвете двух вен видны раковые клетки. В подслизистом слое, в 4 мм от края сечения стенки, виден микроскопический метастаз опухолевых клеток; на противоположной стороне в том же слое в I2 мм от края сечения также группа раковых клеток. В слизистом и подслизистом слоях у основания опухоли выражена очаговая и гнездная круглоклеточная инфильтрация.

Лимфатические капилляры и сосуды видны во всех слоях стенки препарата, просветы их пустые, в паренхиме опухоли лимфатических капилляров не содержится.

Заключение. Гистологическая структура опухоли-плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией в подслизистый слой. В продольном направлении раковые клетки распространяются от 8 мм /с одной стороны/ до I6 мм /с противоположной стороны/ от внешней макроскопически видимой границы опухоли. Эндокарцинов кровеносных сосудов. П стация /T_2/.

Отдаленные результаты. С 25/У по I6/УI-I96I г. больной находился в клинике по поводу хронической неполной задержки мочеиспускания; остаточной мочи было 600 мл. Диагносцирована аденома простаты в стации декомпенсации мочевого пузыря. После регулярной катетеризации мочеиспускание восстановилось. I0/Ш-64 г. здоров.

Наблюдение 66. Больной Ш., 50 лет, шахтер /история болезни № 699I/, поступил в клинику I4/ХП-I96I г. с диагнозом "рецидив опухоли мочевого пузыря".

Первая макроскопическая гематурия наблюдалась в феврале I956 г., которая повторялась неоднократно. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря. I7/IX-I957 г. произведена электроэксцизия

опухоли на вскрытом пузыре /в Кировградской городской больнице/. В декабре 1961 г. появилась гематурия. При цистоскопии диагносцирован множественный рецидив опухоли мочевого пузыря.

Больной среднего роста, правильного телосложения, активен, сознание ясное, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Язык влажный, не обложен. Пульс 64 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 135/90 мм. Органы грудной клетки и брюшной полости без отклонений от нормы. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Предстательная железа увеличена, гладкая, незначительно болезненная.

Анализ крови без отклонений от нормы. Остаточный азот крови 43 мг%.

Анализ мочи: прозрачного цвета, удельный вес 1016-1020, белок 0,33%о. В микроосадке много свежих эритроцитов.

На экскреторной урограмме функция почек нормальная.

При цистоскопии - опухоль в виде узла, плотная, почти гладкая, ворсин не видно, размерами 3 х 3 см на широком основании, располагается на задней стенке тела пузыря /на 4 см выше устья правого мочеточника/. Две другие опухоли размерами 0,5 х 0,7 см располагаются рядом с основной опухолью.

Клинический диагноз: множественный рецидив рака мочевого пузыря. Экзофитная форма. II стадия.

Операция 21/XI-1961 г. - субтотальная резекция мочевого пузыря под эфирно-кислородным наркозом. При осмотре - одна опухоль размерами 3 х 3 см располагается над устьем правого мочеточника /на расстоянии 4 см кверху от последнего/, две другие опухоли растут на общем основании размерами 2 х 2 см на задней стенке пузыря. Электрокоагулятором

методом произведена резекция мочевого пузыря /субтотальная/. Линия сечения прошла на I см выше устья правого мочеточника и на 3 см – над устьем левого мочеточника. Из нижнего сегмента сформирован малый мочевой пузырь, в полости которого оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована через надлобковую рану. Рана брюшной стенки зашита послойно до дренажей.

Послеоперационное течение без осложнений. К I3/I-I962 г. мочеиспускание восстановилось, мочится по каналу малыми порциями через 20-30 минут. Надлобковая рана закрылась. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Препарат: верхний сегмент мочевого пузыря /верхушка и тело/. На задней стенке в виде узлов две опухоли на низкой толстой ножке. Размер опухолей 3 х 3 см и 2 х 2 см. Линия сечения стенки книзу прошла на расстоянии 3 см от края опухоли /см. рис.I03/. Препарат направлен на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование препарата № 33036 /окраска гематоксилин-эозином/. Плоскоклеточный неороговевающий рак мочевого пузыря с инфильтрацией опухолевых клеток в подслизистый слой. II стадия /T_2/,/асс.Е.В.Горбунова/.

Отдаленные результаты. Здоров. Рецидива нет. Сведения от I6/Ш-I964 г.

Наблюдение 67. Больной И., 3I год, рабочий литейщик /история болезни № 6I74/, поступил в клинику 22/УШ-I962 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Болен год. Сначала наблюдались боли внизу живота. Три месяца тому назад появились дизурические явления и на протяжении последних двух месяцев бывает периодически терминальная гематурия. Лечился

по поводу хронического цистита. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Высокого роста, правильного телосложения, хорошего питания. Кожные покровы чистые. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 125/80 мм.

Сердце – тоны чистые, границы в норме.

Легкие – дыхание чистое, перкуторно – легочный звук. Рентгенологически – органы грудной клетки в норме.

Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Предстательная железа нормальная.

Анализ крови: эр.5050000. Нв 90%; л.6300, э.3, п.3, с.63; лимф.26, м.5. РОЭ 10 мм в час. Белок крови 8,90%, альбумины 5,34 г%, глобулины 3,56 г%. Альбумино-глобулиновый индекс 1,5. Остаточный азот крови 27 мг%. Хлориды плазмы крови 515 мг%.

Анализ мочи: соломенно-желтого цвета, кислой реакции, удельный вес 1013-1015, белок 0,33‰. В микроосадке лейкоцитов 5-10, эритроцитов свежих 7-8 в поле зрения.

Хромоцистоскопия. Моча прозрачная. Емкость мочевого пузыря 200 мл. Опухоль грубоворсинчатого вида на толстой низкой ножке, размерами 3 х 3 см, на правой заднебоковой стенке пузыря. Устья мочеточников округлой формы, сокращаются. Индигокармин /0,4% – 2 мл/ выделился из почек через 3 минуты струей.

На цистограмме в нижнем сегменте пузыря, справа, виден дефект заполнения.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, II стадия.

13/IX-1962 г. под эфирно-кислородным наркозом произведена клиновидная резекция /I/2/ правой заднебоковой стенки мочевого пузыря. Лимфаденэктомия справа. Опухоль больше размерами, чем это было видно при цистоскопии. Электродиатермическим методом произведена клиновидная гемирезекция правой половины мочевого пузыря. Пузырь восстановлен, полость его дренирована резиновой трубкой для отведения мочи. В полости таза оставлены резиновый дренаж и тампон, выведенные через надлобковую рану.

Гладкое послеоперационное течение. Надлобковая рана зажила, мочеиспускание восстановилось; мочится до 10 раз в сутки. Больной выписан домой на 35 день после операции.

Препарат: стенка мочевого пузыря размерами 6 х 8 см с опухолью - 3,5 х 3,5 см, основание диаметром 3 см. Опухоль низковорсинчатого вида, невысокая, не смещается.

Линия сечения стенки прошла сверху на 3 см, снизу - на 2 см, изнутри - на 1,5 см и спереди - на 1,5 см от наружного края основания опухоли.

Лимфатический узел размером 0,4 х 1,2 см.

Гистологическое исследование. Препарат № 35058 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/: опухоль ворсинчатого строения со слабо развитой стромой, растет в просвет пузыря на широкой ножке. Эпителий, покрывающий ворсины, многослойный с нарушением клеточных рядов. Клетки различной формы и величины с гиперхромией ядер. В препарате встречается больше плоских клеток, но встречаются также круглые и веретенообразные. Опухолевые тяжи и ячейки врастают в подслизистый слой. Непосредственно около опухоли много лимфатических капилляров в виде сетей с пустыми просветами. Кровеносные сосуды многочисленны. Анаплазированный эпителий на

папиллярных выростах виден на протяжении от 5 до 9 мм от основания опухоли. Видны гнезда круглоклеточной инфильтрации.

Гистологическое строение – переходноклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией подслизистого слоя. В лимфоузле метастаза рака нет. П стадия /T_2 N^- /.

Отдаленные результаты. Здоров. Жив без рецидива I,5 года. Контрольная цистоскопия 27/П-1964 г.

Наблюдение 68. Больная Г., 54 лет, домохозяйка /история болезни № 6676/, поступила в клинику 30/X-1962 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Считает себя больной с 20 февраля 1962 г. Сначала заметила примесь крови в моче, а через неделю появились частые болезненные позывы на мочеиспускание. По назначению врача принимала какие-то лекарства, но кровотечение периодически повторялось. При цистоскопии обнаружена опухоль мочевого пузыря.

Правильного телосложения, удовлетворительного питания, активна. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальные. Язык чистый, влажный. Пульс 64 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 135/75 мм.

Сердце: тоны чистые, границы без отклонений от нормы. Легкие: дыхание чистое, перкуторно- звук с коробочным оттенком.

Рентгенологически – умеренно выраженная эмфизема легких и миокардиосклероз.

Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При бимануальном исследовании со стороны половой сферы отклонений от нормы нет, своды влагалища свободные.

Анализ крови: эр.4000000. Нв 78%; л.7200, РОЭ 25 мм в час. Остаточный азот в крови 37 мг%.

Анализ мочи без отклонений от нормы.

Хромоцистоскопия – опухоль в виде плотного узла на широком основании размерами 3 х 3 см на левой заднебоковой стенке, ближе к верхушке мочевого пузыря. Вокруг основания опухоли видны мелкие вегетации опухолей и очаги кровоизлияний в слизистой оболочке. Индигокармин выделился из обоих устьев мочеточников через 4 минуты струей интенсивной окраской.

Клинический диагноз: солидный рак мочевого пузыря. П стация.

3/XI-1962 г. произведена гемирезекция левой половины мочевого пузыря под эфирно-кислородным наркозом. Электродиатермическим методом иссечена верхнелевая половина мочевого пузыря. Из оставшейся части сформирован мочевой пузырь, в полости его оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Таз дренирован марлевыми тампонами и резиновой трубкой через надлобковую рану.

Гладкое послеоперационное течение. Выписана из клиники 14/XII-1962 г. с зажившей надлобковой раной. Мочеиспускание через 40-50 минут. Моча мутная.

Препарат: левая заднебоковая стенка мочевого пузыря размерами 5 х 7 см. В центре располагается узел опухоли на широком основании блюдцеобразной формы, плотный на ощупь, не смещается. Размер опухоли 1,5 х 2 см. Линия сечения стенки прошла на расстоянии: сверху -2,8 см, снизу- 2,2 см, сзади- 1,6 см и спереди на 1,9 см от внешней границы опухоли.

Гистологическое исследование. Препарат № 35368 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Ос-

новная масса опухоли состоит из тяжей и ячеек, пронизывая собою все слои стенки мочевого пузыря. В мышечном слое раковые комплексы расположены в клетчаточных щелях между мышечными пучками. Диффузный рост опухоли придает ей характер рака мозговика со скудной стромой. Резко выражена анаплазия клеточного состава как по форме, так и по размерам клеток и их ядер. Выраженный гиперхроматоз клеток и ядер.

Лимфатических и кровеносных сосудов не видно. Раковая опухоль диффузно инфильтрирует как в глубь, так и вдоль стенки. Нет опухолевых элементов в 2-3 мм от края сечения стенки.

Гистологическое строение опухоли - переходноклеточный рак. Ш стадия /T_3/.

Отдаленные результаты: жива без рецидива I,5 года /контрольная цистоскопия I0/IУ-I964 г./.

Наблюдение 69. Больной М., 62 лет, столяр /история болезни № 7738/, поступил в клинику I4/XП-I962 г. с диагнозом: "опухоль мочевого пузыря".

Заболел 9/XI-I962 г. внезапно, когда после тяжелой физической работы возникла макроскопическая гематурия, продолжавшаяся 2 дня. Болей и расстройств мочеиспускания не было. Обратился к урологу, который при цистоскопии обнаружил опухоль мочевого пузыря.

Общее состояние больного удовлетворительное, активен, сознание ясное. Телосложения правильного, роста высокого, удовлетворительного питания. Кожные покровы в норме. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление I40/80 мм.

Сердце: тоны чистые, границы не расширены.

Легкие: дыхание легочное, перкуторно - звук с коробочным оттенком. Рентгенологически- умеренно выраженный пневмосклероз и миокардиосклероз.

Живот овальной формы, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа небольшая, центральная борозда сохранена, глащкая, эластичная, безболезненная. При бимануальном исследовании уплотнений в тазу через стенку прямой кишки не определяется.

Кровь: эр.4300000. Нв 66%; л.4600, гемограмма не изменена. РОЭ 22 мм в час. Остаточный азот крови 32 мг%.

Моча: светло-желтого цвета, щелочной реакции. Уд.вес 1022, белок 0,033%о. В микроосадке лейкоцитов 8-10 и эритроцитов 6-8 в поле зрения; фосфорные соли в большом количестве.

При пробе Зимницкого удельный вес мочи 1017-1020-1025.

Хромоцистоскопия: моча прозрачная, емкость 220 мл. Опухоль грубоструктурного вида на низкой толстой ножке размерами около 3 х 3 см, на левой заднебоковой стенке выше устья левого мочеточника. Индигокармин 0,4% - 2 мл выделился из обоих устьев мочеточников через 4 минуты струей интенсивной окраской.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, экзофитная форма. II стадия.

20/ХП-1962 г. операция - клиновидная резекция левой половины мочевого пузыря с удалением илиакальных лимфоузлов слева. Форма, величина и локализация опухоли соответствуют данным цистоскопии. На передней поверхности бифуркации левой общей и внутренней подвздошной артерий обнаружены два лимфатических узла, которые были удалены вместе с окружающей их клетчаткой. В этом месте справа лимфоузлов не оказалось. Экстраперитонизация большей части мочевого пузыря слева, затем электродиатер-

мическим методом выполнено клиновидное иссечение левой половины пузыря. Из оставшейся части сформирован мочевой пузырь, в полости которого оставлена резиновая трубка для отведения мочи. Полость таза дренирована марлевыми тампонами и резиновой трубкой. В рану засыпан пенициллин 300000 МЕ и стрептомицин 500000 в порошке.

Гладкое послеоперационное течение. Пузырный дренаж удален на 25 день. Мочеиспускание самостоятельно небольшими порциями; моча мутная. Больной выписан с зажившей надлобковой раной и восстановленным мочеиспусканием 23/I-1963 г.

Препарат /после сокращения/. Стенка мочевого пузыря размерами 6 х 8 см, опухоль грубоструктурная - 2,5 х 3 см; основание ее низкое диаметром I,5 см; опухоль почти не смещается. Линия сечения стенок прошла на расстоянии: сверху 3,5 см, снизу 3 см, изнутри I,7 см, снаружи на I,8 см от внешнего края ножки опухоли.

Из препарата вырезаны кусочки для гистотопографического исследования и просветления по методу Шпальтегольца- Д.А.Жданова.

Гистологическое исследование. Препарат № 35874 /краска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. В препарате две рядом растущие ворсинчатые опухоли на самостоятельных ножках. Ворсинчатые разрастания тесно переплетаются между собой. Эпителиальный пласт многорядный, расположен беспорядочно. Эпителиальные клетки плоские, различной величины и формы с гиперхромией ядер. Раковые тяжи, гнезда и комплексы внедряются в подслизистый слой на всем протяжении основания опухоли. Папиллярные выросты с анаплазией клеток видны на протяжении 5-8 мм от края опухоли. В просвете вен содержатся раковые клетки в виде тромбов. В лимфатических сосудах раковых клеток нет.

Гистологическое строение опухоли. Плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией в подслизистый слой. В маленьком лимфоузле умеренная гиперплазия ретикулярной и лимфоидной ткани. В большом лимфоузле /0,8 х I,5 см/ – гиперплазия лимфоидной ткани, выраженный склеротический процесс. П стадия /T_2 N^- / /Зав.пат.анат.отд.Л.Ф.Артемова/.

Отдаленные результаты. Контрольная цистоскопия I5/У-I963 г.: моча макроскопически мутноватая, пузырь отмылся легко, емкость I20 мл. Слизистая слегка гиперемирована на рубце и в треугольнике, сосудистый рисунок сохранен. Рецидива опухоли нет. Повторная цистоскопия 20/Ш-I964 г.: рецидива нет.

Эти примеры служат доказательством того, что классически выполненные резекции мочевого пузыря – субтотальная и гемирезекция с уретероцистонеостомией или без нее – являются радикальными хирургическими методами лечения рака мочевого пузыря при ранних формах болезни /I,П стация/. И хотя в некоторых случаях /сл.50,6I/ наступил рецидив опухоли после резекции пузыря, этим больным были выполнены более радикальные операции – в одном случае цистэктомия, в другом – субтотальная резекция мочевого пузыря с благоприятным ближайшим и отдаленным результатами.

Практика показывает, что при солидном и диффузно-инфильтрирующем раке, особенно в позднем периоде /Ш стация/, более эффективным методом лечения является цистэктомия. Однако, согласно литературным данным и нашим наблюдениям, более благоприятные результаты после экстирпации мочевого пузыря наблюдаются при ворсинчатом раке и в ран-

ней стадии его развития. Но одних только клинических данных /величины, анатомической формы, локализации/ не всегда бывает достаточно для суждения о радикализме резекции и экстирпации. Существенное значение на отдаленные результаты лечения оказывает степень внутристеночного распространения опухолевых элементов, прорастание раковых клеток в лимфатические капилляры и вены, выход процесса за пределы стенки мочевого пузыря и поражение регионарных лимфатических узлов. Поэтому при оценке отдаленных результатов лечения резекцией и цистэктомией, кроме клинических факторов мы считаем целесообразным отразить те факторы /степень внутристеночного распространения, поражение лимфатических и кровеносных сосудов и регионарных лимфатических узлов/, которые оказывают существенное влияние на исход лечения.

Обсуждение результатов лечения цистэктомией на нашем, хотя и небольшом, материале целесообразно провести в зависимости от клинической стадии, анатомической формы опухоли, степени внутристеночного распространения, прорастания раковых клеток в лимфатические капилляры, вены и наличия метастатических регионарных лимфатических узлов.

I6 больных после цистэктомии мы проследили в сроки от 4 месяцев до II,5 лет. Живы I0 человек, умерло 6, последние жили от 4 месяцев до 4 лет. 4 человека из них имели Ш клиническую стадию, I – папилломатоз и в I случае клинически стадию определить не удалось. Истинное патоло-

гоанатомическое распространение резко контрастирует. Так, лишь в одном случае стация совпала /T_3/. Вдоль стенки пузыря раковые клетки распространялись на расстоянии I5 – 30 мм от макроскопически видимой границы опухоли. В трех случаях вместо T_3 оказалось T_4; распространение раковых клеток вдоль стенки пузыря имелось на расстоянии I2–60 мм от края опухоли. В случае папилломатоза /T_I/ опухоль ограничивалась только слизистой оболочкой. Без обозначения стадии, при микроскопическом исследовании обнаружена веретенообразная саркома. У двух больных/из 3/ с T_4 раковые клетки прорастали лимфатические сосуды и вены, в илиакальных лимфоузлах обнаружены метастазы рака. Один из них прожил I0 мес., второй – 2 года. Третий больной с T_4, но без метастазов в лимфоузлах, прожил 8 месяцев. В случае с T_3 раковые клетки также прорастали в лимфатические сосуды и вены стенки пузыря. Больной прожил I2 месяцев. Эти 4 человека умерли от рецидива рака. Больной с T_I /папилломатозом/ умер через 4 месяца после операции от пиэлонефрита и недостаточности функции почек. Шестой больной, страдавший саркомой, жил I2 мес., умер вне стационара, очевидно, от рецидива и метастазов саркомы.

Гистологическая структура – в 4 случаях обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак с выраженной анаплазией, в одном случае – переходноклеточный рак, в одном – веретенообразная саркома.

Для иллюстрации приводим некоторые выписки из исто-

рий болезни.

Наблюдение 70. Больной Х., 39 лет, слесарь /история болезни № 5988/, поступил в клинику 2I/X-I958 г. с диагнозом: "туберкулез мочевой системы".

Болеет I0 месяцев: в январе появились боли в поясничной области, в мае – дизурические явления, в августе – тотальная гематурия.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Анализ крови без патологии. В микроосадке мочи – пиурия. При исследовании мочи методом флотации /трехкратно/ БК не обнаружено. Удельный вес при пробе Зимницкого – I0I3–I024.

Хромоцистоскопия /24/X, 3I/X, I0/XI–I958/: в сегменте 8-часов циферблата видна узловатой формы опухоль на широком основании, занимающая площадь 3 х 4 см, покрытая фибрином. На задней стенке выше межмочеточникового валика видно три узла размерами 0,4 х 0,5 см, поверхность их изъязвлена. Слизистая оболочка остальных отделов пузыря отечна, гиперемирована. Индигокармин выделился из правого устья мочеточника через 6 минут, из левого – через 7 минут струей слабой окраски.

Биопсия /2I/XI–I958/. Щипцами Юнга взят кусочек ткани из участка, расположенного на задней стенке пузыря. При микроскопическом исследовании обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак /асс.Е.В. Горбунова/.

На экскреторной урограмме /25/X–I958/ функция почек нормальная. На пневмоцистограмме стенки пузыря ровные, пузырь обычной формы.

Клинический диагноз: инфильтрирующий рак мочевого пузыря. III стация.

Показана цистэктомия. Согласие на операцию получено.

25/XII-1958 г. операция – пересадка левого мочеточника в сигму внебрюшинно под эфирно-кислородным наркозом.

Гладкое послеоперационное течение. 12/II-1959 г. второй этап операции – экстирпация мочевого пузыря, предстательной железы и семенных пузырьков. Лимфаденэктомия. Правый мочеточник пересажен в ампулу прямой кишки.

Удовлетворительное послеоперационное течение.

Препарат. Мочевой пузырь с простатой и семенными пузырьками. На вскрытом пузыре – опухоль в виде узлов, сливающихся между собой на площади 2,5 х 6 см; опухоли располагаются на задней стенке тела и переходят на правую боковую стенку пузыря, нижний край ее достигает устья правого мочеточника.

Микроскопическое исследование. Препарат № 21926 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Гистотопографические срезы через центр опухоли длиною 8 см. В препарате – опухоль в состоянии распада. Раковые тяжи прорастают все слои стенки мочевого пузыря, местами инфильтрируют околопузырную клетчатку. В зоне основания опухоли видны жемчужины раковых клеток. Вдоль стенки раковые элементы прорастают в подслизистый слой и по межмышечным клетчаточным пространствам на протяжении от 50 до 60 мм от макроскопически видимой границы опухоли.

На окрашенных препаратах лимфатические капилляры и сосуды располагаются во всех слоях в околоопухолевой зоне. В просвете лимфатических капилляров и в венах содержатся раковые тромбы, больше их в венах. В паренхиме опухоли лимфатических сосудов нет.

В лимфатическом узле, взятом в правой илиакальной зоне /УП фрагмент/, обнаружена картина плоско-

клеточного рака.

Заключение. Плоскоклеточный ороговевающий рак, диффузно-инфильтрирующий тип с прорастанием всех слоев стенки пузыря и околопузырной клетчатки с метастазами в регионарные лимфатические узлы. IУ стадия /T_4 $N+$ /.

Отдаленные результаты. С 7/X по 27/XI-I959 г. больной находился в клинике. Состояние его тяжелое. В паховых областях определялись метастатические лимфатические узлы. Биопсия подтвердила наличие метастазов в этих узлах.

Умер 27/XI-I959 г. от раковой интоксикации и недостаточной функции почек.

На аутопсии: двухсторонний гидропионефроз, пиэлонефрит, метастазы рака в паховые лимфоузлы, раковая кахексия, гипостатическая пневмония. Микроскопическое исследование клетчатки таза /препарат 24865/ - картина плоскоклеточного неороговевающего рака.

Наблюдение 7I. Больной Д.,53 лет, шахтер /история болезни № 6I9/, поступил в клинику 27/I-I959 г. с диагнозом " рецидив рака мочевого пузыря".

Однократная гематурия наблюдалась в I95I г., повторно кровотечение было в I953 и I955 гг./. В октябре I955 г. - трансвезикальная эксцизия опухоли /не у нас/. В I957 г. рецидив опухоли. Неоднократно применяли эндоэлектрокоагуляцию /г.Н-Тагил/, но без эффекта. При общеклиническом обследовании со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологии не обнаружено. Простата увеличена, гладкая, инфильтратов в тазу не определяется.

Анализы крови, мочи, проба Зимницкого, остаточный азот крови, белковые фракции, хориды крови и мочи без уклонений от нормы. Выделение бензойно-

кислого натрия снижено до 44,76%.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена, полостная система их в норме. На осадочной пневмоцистограмме мочевой пузырь деформирован с неровным контуром стенок его.

При цистоскопии - множественные грубоструктурные опухоли с преимущественным поражением задней стенки с переходом на треугольник пузыря.

Клинический диагноз: множественный рецидив ворсинчатого рака с инфильтрацией стенки пузыря. Ш стадия.

I0/П-1959 г. операция - экстирпация мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в ампулу прямой кишки внебрюшинно. Мочеточники дренированы катетриками, концы которых выведены через анальное отверстие наружу.

Относительно гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии 3I/Ш-1959 г.

Препарат. Мочевой пузырь на разрезе: опухоли грубоструктурного вида в количестве 9 шт., одна из них размерами 9 х 8 х 3 см, основание ее 2,1 см, располагается на задней стенке тела пузыря; 8 других опухолей размерами от 0,4 до 1,2 см располагаются вокруг основной опухоли на площади I0х12 см.

Микроскопическое исследование. Препарат № 21927 /окраска гематоксилин-эозином и Ван Гизон/. На гистотопографических срезах опухоль грубоструктурного вида, эпителиальные клетки плоские, расположены в несколько рядов, по форме и размерам неодинаковые, ядра их окрашены интенсивно. Раковые тяжи прорастают все слои стенки пузыря и внедряются в околопузырную клетчатку до брюшинного листка над основанием опухоли. Вдоль стенки от края опухоли в разные стороны раковые инфильтраты прорастают стен-

ку на протяжении от I5 до 60 мм.

В околоопухолевой зоне располагаются лимфатические капилляры в виде густой лимфатической сети; лимфатические сосуды видны и в клетчатке между мышечными пучками и перивезикально в субсерозном слое; в просвете их содержатся раковые тромбы. Раковые клетки прорастают и в вены, в просвете одной из них торчит раковый тромб. В строме опухоли лимфатических капилляров нет.

Заключение. Плоскоклеточный неороговевающий рак с диффузной инфильтрацией сквозь стенку пузыря с поражением паравезикальной клетчатки. Эндокарциноз лимфатических сосудов и вен. IУ стадия /T_4/.

Отдаленный период. Контрольный осмотр и обследование в клинике 22/УШ-I959 г. и I5/I-I960 г. Состояние удовлетворительное. Мочится 3 раза в сутки. После физической работы ночью во время сна мочу не удерживает. На экскреторной урограмме снижена функция левой почки. Анализ крови без патологии. РОЭ 7 мм в час. Уд.вес мочи I009. Умер 28/ХП-I962 г. от рецидива и метастазов рака.

Таким образом, из вышеизложенного и приведенных историй болезней видно, что чем обширнее распространенность ракового процесса в стенке мочевого пузыря и чем чаще раковые клетки прорастают в лимфатические сосуды и вены, метастазируют в регионарные лимфатические узлы тем короче сроки жизни больных даже после радикальной цистэктомии с лимфаденэктомией. И наоборот, чем меньше распространенность раковых клеток внутри стенки мочевого пузыря, чем реже они прорастают в лимфатические и кровеносные сосуды,

не дают метастазов в регионарные лимфатические узлы или они наблюдаются относительно редко, тем продолжительнее сроки жизни больных после цистэктомии.

Для иллюстрации приводим некоторые истории болезней.

Наблюдение 72. Больной П., 57 лет, кузнец, /история болезни № 6511/, поступил в клинику 29/XII-1951 г. с диагнозом "опухоль мочевого пузыря".

Болеет 8 лет /с 1943 г./: боли в поясничной области постоянно. Неинтенсивная гематурия 2-3 раза в год. Дизурические явления и затрудненное мочеиспускание появились 6 месяцев тому назад. Лечился тепловыми процедурами и принимал какие-то лекарства; улучшения не было.

Со стороны внутренних органов клинически и рентгенологически отклонений от нормы нет.

Анализ крови, мочи, проба Зимницкого без патологии.

На экскреторной урограмме функция почек не нарушена.

При цистоскопии - опухоль грубоворсинчатого вида на толстой низкой ножке, размерами 2,5 х 3 см, в зоне устья правого мочеточника.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стадия.

Операция: 21/I-1952 г. пересадка мочеточников в сигму по Тихову-Мирotворцеву /внутрибрюшинно/, а 21/X-1952 г. простая цистэктомия.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии. Мочится через прямую кишку до 8 раз в сутки.

Препарат. Мочевой пузырь с шейкой. В зоне устья правого мочеточника располагается ворсинчатого вида опухоль на ножке размерами 1,5 х 1,5 см.

При гистологическом исследовании обнаружена атипичная фиброэпителиома.

Отдаленные результаты. Больной наблюдается нами II лет 5 месяцев. На нашу анкету от I8/Ш-I964 г. ответил /сейчас ему 69 лет/: "Самочувствие хорошее, после операции не лечился. В 66-летнем возрасте вышел на пенсию, а до этого работал кузнецом. Выношу благодарность за подаренную мне жизнь".

Наблюдение 73. Больной Б., 54 лет, слесарь /история болезни № 3556/, поступил в клинику I9/УI-I958 г. с диагнозом "папилломатоз мочевого пузыря".

Болеет 8 месяцев: терминальная гематурия и дизурические расстройства. Лечился лекарствами по поводу цистита, но улучшения не наступало.

Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Лимфатические узлы не прощупываются. Со стороны внутренних органов клинически и рентгенологически отклонений от нормы нет. Простата в норме.

На экскреторной урограмме морфологических и функциональных изменений нет. На выделительной цистограмме стенка верхнего сегмента пузыря неровная, зубчатая.

Анализы крови, остаточный азот крови, анализ мочи и проба Зимницкого без патологии.

При цистоскопии обнаружены мелкие грубоструктурные опухоли размерами 0,4 х 0,6 см, расположенные по всем отделам пузыря, но больше их в шейке. Некоторые из них сливаются вместе и напоминают травовидную форму.

Клинический диагноз: папилломатоз мочевого пузыря.

Операция: 4/IУ-I958 г. - пересадка левого мочеточника в сигму внебрюшинно, а 3/УП-I958 г. -

экстирпация мочевого пузыря и пересадка правого мочеточника в прямую кишку внебрюшинно. Билатеральная лимфадэктомия /илиакальные/. Инъекция в стенку пузыря I% раствора индигокармина за I0 минут до удаления мочевого пузыря. Обе операции больной перенес благоприятно и выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

Препарат. Мочевой пузырь с шейкой. На задней стенке пузыря, в зоне устьев мочеточников, в треугольнике и в шейке располагаются ворсинчатые образования на широком основании размерами 3 х 4 мм в количестве I8 шт., две из них размерами 9 х I2 мм. Площадь, занимаемая папилломами, составляет 57 мм /на сократившемся пузыре/.

Микроскопическое исследование препарата № 330 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван-Гизон/. Раковые ячейки внедряются в глубокий слой собственной слизистой оболочки, а некоторые из них проникают в подслизистый слой. На гистотопографических срезах /длиною 52 мм от центра опухолевых образований/ папиллярные выросты на слизистой оболочке видны почти на всем протяжении мочевого пузыря.

Лимфатические и кровеносные сосуды в стенке пузыря многочисленные с пустыми просветами. В лимфатических узлах индигокармин не содержится; метастазов рака в них не обнаружено.

Гистологическая структура опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак. I стация /$T_I N-$/.

Отдаленные результаты. Больной наблюдается нами 5 лет 9 месяцев. /В июле I962 г. обследовался в клинике – здоров/. На нашу анкету от 26/III-I964 г. он ответил: "Имеются общая слабость и тупые боли в поясничной области".

Наблюдение 74. Больной Р., 57 лет, конюх /история болезни № 1048/, поступил в клинику 19/II-1959 г. с диагнозом "хронический цистит, нефрит".

Болеет два месяца: появились дизурические расстройства и терминальная гематурия.

Органы грудной клетки и брюшной полости, анализы крови, мочи и проба Зимницкого без отклонений от нормы. Остаточный азот крови 45 мг%, содержание хлоридов в крови снижено до 380 мг и в моче до 4,45 г.

При экскреторной урографии функция почек не нарушена.

При цистоскопии - опухоль грубоструктурного вида в виде узла с распадом, размерами приблизительно 4 х 5 см, на задней стенке недалеко от устья левого мочеточника. Две другие опухоли размерами 0,5 х 0,6 см расположены на межмочеточниковом валике.

Предстательная железа гладкая, инфильтратов в клетчатке таза не определяется.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря, II стадия.

5/III-1959 г. операция - экстирпация мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в прямую кишку внебрюшинно одномоментно.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписан из клиники на 30-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

Препарат. Мочевой пузырь с шейкой, опухоль грубоструктурного вида в форме узла, выступающего на 0,6 см в просвет пузыря размерами 3 х 2 см, основание - 1,8 см, на задней стенке непосредственно около межмочеточникового валика; две другие опухоли размерами 0,3 х 0,6 см расположены ниже основной массы опухоли.

Микроскопическое исследование препарата № 22059 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/.

Над внутренней поверхностью стенки пузыря грибовидно выбухает опухоль на широкой ножке в виде папиллярных выростов, на поверхности которых видны слущенные раковые клетки. Эпителиальный пласт ворсин массивный и состоит из многослойного плоского эпителия с интенсивно окрашенными ядрами. Форма и величина клеток разнообразна. Раковые ячейки и тяжи внедряются в подслизистый слой, между которыми имеется очаговая инфильтрация, состоящая из лимфоцитов, плазматических клеток, эозинофилов и лейкоцитов. Раковый эпителий ограничивается ножкой опухоли.

Лимфатические капилляры видны в подслизистом и мышечном слоях, но густая сеть их расположена непосредственно в околоопухолевой зоне, просветы капилляров пусты. В паренхиме опухоли лимфатических сосудов нет. Кровеносные сосуды многочисленные.

Гистологическое строение – плоскоклеточный неороговевающий рак мочевого пузыря. II стадия /T_2/.

Отдаленные результаты. Больной наблюдается нами 5 лет. За этот период обследовался в клинике два раза; функция почек удовлетворительная; при экскреторной урограмме контраст выделяется почками через 10 минут. Остаточный азот крови 22 мг%, белок плазмы крови – 8,17%, хлориды крови– 474 мг%, удельный вес мочи 1009–1012. Мочится 8–10 раз в сутки. Состояние больного вполне удовлетворительное.

Наблюдение 75. Больной А.,38 лет, шофер /история болезни № 6205/, поступил в клинику II/XI-1959 г. с диагнозом "цистит".

Макроскопическая гематурия наступила впервые два года назад и повторялась один-два раза в месяц. В течение двух лет лечился промываниями мочевого пузыря /в г.Полевском/. 30/X-1959 г. при цистоскопии /в нашей клинике/ обнаружена опухоль мочевого пузыря.

При клиническом и рентгенологическом обследовании со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Анализы крови: эр.4200000; Нв 85%; л.11800, формула в норме. РОЭ 49 мм в час. Остаточный азот крови 40 мг%. Хлориды плазмы крови 350 мг%. Проба Квика-Пытеля: выделение бензойнокислого натрия 81,71%. Проба Зимницкого: уд.вес 1013-1020. В анализе мочи - пиурия, много слизи.

Простата нормальная, инфильтратов в тазу при ректальном исследовании не определяется.

На экскреторной урограмме через 7 и 15 минут - следы контраста в лоханках и мочеточниках. На пневмоцистограмме контур стенок пузыря ровный.

При цистоскопии /трехкратно/ -опухоль грубоворсинчатого вида на широком основании, размерами 2,5 х 3 см, на правой заднебоковой стенке. В других местах - мелкие ворсинчатые образования /с рисовое зерно/. В шейке пузыря - буллезный отек.

Клинический диагноз: ворсинчатый рак мочевого пузыря. II стадия.

22/XII-1959 г. операция - одномоментная цистэктомия с пересадкой мочеточников в прямую кишку внебрюшинно с дренированием мочеточников хлорвиниловыми трубками на 7 дней.

Гладкое послеоперационное течение. Выписан из клиники на 55 день после операции в удовлетворительном состоянии.

Препарат. Мочевой пузырь с шейкой. На разрезе-опухоль грубоструктурного вида размерами

2,6 х 2,1 х 2,1 см, растет на ножке 1,2 см диаметром на правой заднебоковой стенке, непосредственно около устья правого мочеточника. Другая опухоль 0,6 х 0,8 см – на верхней губе шейки пузыря.

Микроскопическое исследование препарата № 25062 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Основная масса опухоли состоит из множества ворсин, тесно переплетающихся между собой. Эпителиальный пласт мощный, покровные клетки расположены в несколько рядов, местами неравномерен с нарушением клеточных рядов. Большей частью эпителиальные клетки имеют плоскую форму, но встречаются круглые и веретенообразные различной величины с гиперхромией ядер. Раковые ячейки и тяжи прорастают подлизистый слой до мышечных пучков. Рост раковых клеток происходит на протяжении 3 мм от ножки опухоли.

Лимфатические капилляры в виде густой сети располагаются в подслизистом слое непосредственно в околоопухолевой зоне, в просвете некоторых из них содержатся раковые клетки. В мышечном слое и в околопузырной клетчатке лимфатические сосуды крупного калибра одиночные, с пустыми просветами.

Гистологическое строение – плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией подслизистого слоя. Эндокарциноз лимфатических сосудов. II стадия /T_2/.

Отдаленные результаты. Больной наблюдается нами 4 года 3 месяца. На нашу анкету он ответил: "Самочувствие удовлетворительное, иногда бывают тупые боли в поясничной области. Мочеиспускание 6 раз в сутки. Ощущаю легкую жажду. Сменил место жительства – переехал в г.Псков".

Наблюдение 76. Больной К., 52 лет, модельщик /история болезни № 252/, поступил в клинику I2/I-I960 г. с диагнозом "цистит, гематурия".

Заболел в марте I959 г., когда внезапно наступила макроскопическая гематурия /двухкратно/. Кровотечение прекратилось самостоятельно. Второй раз пузырное кровотечение было в конце ноября того же года; появились боли внизу живота и дизурические явления. В декабре гематурия снова повторилась и продолжалась I0 дней.

Со стороны внутренних органов /клинически и рентгенологически/ отклонений от нормы нет.

Анализ крови: э.4450000, Нв 78%; л.8600, э.I, п.5, с.70. Лимф.I8, м.6. РОЭ I9 мм в час. Остаточный азот крови 47 мг%, белок крови 8,I7%, хлориды крови 480 мг%. Анализ мочи: щелочной реакции, уд. вес I020, белок 0,66‰. В микроосадке много свежих эритроцитов и лейкоцитов.

При экскреторной урографии функция почек не нарушена.

Осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией. На рентгенограммах в прямой и косой проекциях в нижнелевом сегменте пузыря виден дефект заполнения /тень опухоли/, контур стенки в этом месте неровный.

При цистоскопии – множественные грубоструктурного вида опухоли, размерами приблизительно 2 х 3 и 4 х 5 см, на задней и боковой стенках мочевого пузыря. Устья мочеточников прикрываются ворсинами опухолей.

Простата не изменена, инфильтратов в клетчатке таза не определяется.

Клинический диагноз: множественный ворсинчатый рак мочевого пузыря. Ш стадия.

4/П-1960 г. операция: экстирпация мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в прямую кишку внебрюшинно с дренированием мочеточников хлорвиниловыми трубками на 7 дней.

Послеоперационное течение без осложнений, если не считать повышения температуры до 37,8° в течение 14 дней. Затем она нормализовалась. Выписан из клиники на 49 день в удовлетворительном состоянии.

Операционный препарат. Мочевой пузырь с шейкой. На разрезе - основная опухоль грубоструктурного вида размерами 3 х 3 см на ножке толщиной 0,4 см располагается на задней стенке тела пузыря; вторая опухоль - 0,8 х 0,8 см на широком основании располагается над устьем левого мочеточника, две опухоли размерами 0,4 х 0,5 см растут на боковых стенках пузыря.

Микроскопическое исследование препарата № 25604 /окраска гематоксилин-эозином и по Ван Гизон/. Основная масса опухоли /большой/ состоит из толстых ворсин, тесно анастомозирующих между собой. Эпителиальный пласт ворсин покрыт многорядным плоским эпителием, среди которых видны нарушения клеточных рядов; клетки имеют круглую и веретенообразную форму, размеры их разнообразные, ядра окрашены интенсивнее, чем в плоских клетках. Раковые ячейки врастают в подслизистый слой, а вдоль стенки - до 3 мм от ножки опухоли.

Лимфатические капилляры в виде густой сети располагаются в подслизистом слое непосредственно около раковых ячеек, просветы их пустые. В паренхиме опухоли лимфатических сосудов нет.

Гистологическое строение - плоскоклеточный неороговевающий рак с инфильтрацией подслизистого слоя. II стадия /T_2/.

Отдаленные результаты. Больной наблюдается 4 года. В 1961 г. и 1962 г. обследовался в клинике. Состояние удовлетворительное. В крови имеются

изменения: Нв 56%, эр.3000000, Л.14700, гипохромия. РОЭ 44 мм в час. Остаточный азот крови 37 мг%, белок крови 8,17%, хлориды 562 мг%. Удельный вес мочи при пробе Зимницкого 1007-1010. На нашу анкету 16/Ш-1964 г. больной ответил: "Самочувствие удовлетворительное. Иногда бывают тупые боли в поясничной области. Ощущаю сухость во рту и есть легкая жажда".

Остальные 5 оперированных больных после цистэктомии живут меньшие сроки после операции: 1 человек - 3 года, 1 - два года, 1 - 18 месяцев, 1 - 12 месяцев и 1 - 9 месяцев.

У трех человек при микроскопическом исследовании обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак П стадии /T_2, у двух из них T_2 N^-/. Рост раковых клеток в слизистом и подслизистом слоях по плоскости имел место у 1 чел.- 3 мм от края опухоли, у 1 чел.- 5 мм, у 1 чел.- 15 мм. У четвертого больного обнаружена аденокарцинома П стадии /T_2/ с распространением раковых элементов вдоль стенки на протяжении 9 мм от макроскопически видимой границы опухоли, и у пятого - переходноклеточный рак Ш стадии /T_3 N^+ / -диффузно-инфильтрирующая форма с распространением раковых клеток вдоль стенки до 60 мм от внешнего края основной массы опухоли.

Таким образом, из приведенных историй болезней и наблюдений видно, что у 8 человек раковая болезни находилась во П стадии /T_2/, у 1 - в Ш стадии /T_3/ и у 1 - атипичная фиброэпителиома /T_1/.

В двух случаях из 10 имело место прорастание рака в сосуды – у одного только в лимфатические капилляры, у второго – в вену и лимфатические капилляры.

Отдаленные результаты лечения рака мочевого пузыря цистэктомией мы считаем вполне удовлетворительными, если учесть, что неоперированные больные погибают от прогрессирующего развития рака очень быстро.

3. Сравнительная оценка терапии рака мочевого пузыря в зависимости от некоторых факторов, влияющих на отдаленные исходы

Сопоставляя результаты разных видов терапии как по нашим, так и литературным данным, мы видим, что эндоэлектрокоагуляция, демукозация, чрезпузырная электрокоагуляция и электроэксцизия не являются радикальными методами лечения больных новообразованиями мочевого пузыря. Несмотря на очевидную неэффективность паллиативных операций, еще и сейчас многие урологи широко их применяют, хотя результаты лечения весьма неутешительные. Если попытаться сделать краткий анализ литературы за последние 20 лет, посвященной результатам лечения рака мочевого пузыря в зависимости от применяемой терапии, то сразу же бросается в глаза то обстоятельство, что до сих пор преобладающим остается хирургический метод, а большая часть отечественных урологов преимущественно применяет паллиативно-хирургические методы /эндо-

электрокоагуляцию, трансвезикальную электрокоагуляцию, эксцизию/, что идет вразрез с общеонкологическими установками относительно лечения рака мочевого пузыря.

Приводим литературные данные за последние 10-20 лет о пятилетней выживаемости больных после различных хирургических методов лечения рака мочевого пузыря.

Таблица 42

Результаты лечения эндоэлектрокоагуляцией

Автор	Оперировано больных	Послеоперационная летальность	Рецидивы	Живы без рецидива	
				менее 5 лет	более 5 лет
Шапиро И.Н./1933/...	70	-	18,5%	41,4%	
Карпунькин И.П. /1957/...	57	1,7%	14%	43,8%	40,3%
Купершляк М.Г./1958/ и Савинков Б.Ф.	57	-	22,8%	66,6% /в среднем 5 лет/	
Александрович Г.Л. и Старосельский Н.Д. /1960/..	29	-	у 7 чел.	22 чел. /в среднем 5 лет/	
Хрущев В.И./1961/....	151	-	35,3%	62,2% /в среднем 5 лет/	
Синкевичус Ч.А. и Тулаба А.А. /1963	85	-	22,3%	40% /в среднем 5 лет/	
Корин Д.А. и Марусев Е.А. /1964/	32	-	32%	64%	-

Результаты лечения чрезпузырной электрокоагуляцией и электроэксцизией

Таблица 43

Автор	Оперировано больных	Послеоперационная летальность	Рецидивы	Живы без рецидива		
				менее 5 лет	более 5 лет	
Карпунькин И.П. /1957/	27	-	у II чел.	13 чел.	-	
Хрущев В.И./1961/	31	-	у II "	20 "		
Синкевичус Ч.А. и Тулаба А.А./1963/	52	5,7%	32,7%	55,8%		
Корин Д.Л. и Марусев Е.А./1964/	42	-	40%	45%		
Еремин И.К./1960/	35	-	у 22 чел.	9 чел.	4 чел.	Данные электроэксцизии

Результаты резекции мочевого пузыря

Таблица 44

Автор	Оперировано больных	Послеоперационная летальность	Рецидивы	Живы без рецидива	
				менее 5 лет	более 5 лет
Гойхберг М.И./1950/.....	494	-	7,5%	58,9%	24,8%
Левант Д.Е. /1960/.....	74	5,4%	-	48,8%	-
Полонский Б.Л./1963/....	652	4,6%	-	33,3%	35%
Пытель А.Я./1964/.....	247	7,2%	23%	-	51%
Петкович С. /1956/.....	55	9%	32,7%	68,3%	-
Бонин /Bonino -1950/.....	84	15%	-	-	33%
Равазини / Ravasini -1950/	31	13%	-	-	17%
Руммельхард /1955/.....	63	8%	-	-	31%
Магри /1962/	104	9,6%	-	41,8%	-
Ричес /1960/	98	6,7%	-	36%	28%

Результаты лечения рака мочевого пузыря цистэктомией /одно-и двухмоментной/

Таблица 45

Автор	Оперировано больных	Послеоперационная летальность	Рецидив	Живы		
				менее 5 лет	более 5 лет	
Карпунькин И.П. /1957/....	15	5 чел.	–	6 чел.	–	
Полонский Б.Л. /1960/....	119	15,9	–	21,9%	15,2%	
Комаров В.С. /1960/....	18	3 чел.	–	15 чел.	–	
Цулукидзе А.П. /1963/....	36	8 чел.	–	20 чел.	–	с образованием пузыря на протезе
Петкович С./1956/	69	16,5%	26%	64,6%	–	
Пенья /1959/....	51	–	–	58,8%	–	
Хиггинс /1958/..	139	6,4%	–	–	45,5%	
Витмор, Маршалл /1962/..	230	14%	–		47% 14%	ворсинч. опухоли инфильтрирующие
Ян Кучера /1963/	–	–	–	25%	6,2%	

Оценивая известные методы терапии злокачественных новообразований мочевого пузыря, следует сказать, что ни один из них не исключает возможности возникновения рецидивов и новых опухолей на кажущейся здоровой стенке пузыря, не говоря уже о резких функциональных и анатомических нарушениях, возникающих при цистэктомии с пересадкой мочеточников в кишечник или в кожу, равным образом и при образовании "пузыря" на полиэтиленовом про-

тезе. Даже при самой радикальной цистэктомии с удалением клетчатки таза и регионарных лимфатических узлов также нет гарантии предупредить возврат опухоли /Витмор, Маршалл/.

Несмотря на явно неудовлетворительные результаты лечения опухолей мочевого пузыря эндоэлектрокоагуляцией, этот метод занимает не последнее место среди других /см. таблицу 42/. Так, по данным И.Н.Шапиро /1938/ после эндоэлектрокоагуляции в ранние сроки /до 3 лет/ рецидив опухоли наступил у 18,5% больных, свободны от рецидива менее 5 лет 41,4% больных. М.Г.Куперштяк и Б.Ф.Савинков /1958/ наблюдали рецидивы у 22,8%, у 66,6% больных они отсутствовали. В.И.Хрущев /1961/ из 151 больного после эндоэлектрокоагуляции в течение трех лет возврат опухоли наблюдал у 35,3% больных. Свободны от рецидива в среднем 5 лет 62,2%. На материале Ч.А.Синкевичус и А.А.Тулаба /1963/ рецидивы опухолей имели место у 22,3% больных. Не имели рецидив в течение 6 мес.- 8,5 лет только 40% больных. А.А.Корин и Е.А.Марусев /1964/ отмечают рецидивы у 32% больных. Менее 5 лет были свободны от рецидива 64% больных. По данным А.П.Цулукидзе /1958/ после эндоэлектрокоагуляции наблюдаются рецидивы опухолей в 53% случаев, по данным А.Я.Пытеля - в 54%.

Возникает вопрос, почему после эндоэлектрокоагуляции так часто наступает возврат опухоли и нередко более злокачественной, чем до операции? Может быть потому, что

этот метод применяется в поздних стадиях развития опухоли? Оказывается, это не так. Как правило, авторы применяли эндоэлектрокоагуляцию у больных, имевших типичную фиброэпителиому /I стадия/, размеры которой были не больше I-2 см в диаметре, и очень редко применяли ее при атипичной фиброэпителиоме /П стадия/.

Очевидно, причину столь часто возникающих рецидивов опухолей следует искать в другом: либо опухоль не уничтожалась полностью, хотя многие урологи применяли до 8-20 сеансов /И.Н.Шапиро и др./, либо она носила все черты злокачественности в ее глубоких слоях, т.е. в ножке опухоли.

Наиболее вероятной причиной возникновения рецидивов опухоли после различных внутрипузырных операций, в том числе и после резекции, являются те морфологические изменения на слизистой оболочке пузыря, которые ко времени операции при ворсинчатой опухоли не всегда уловимы не только при цистоскопии, но даже и при осмотре на открытом пузыре. Так, при микроскопическом исследовании операционных препаратов с экзофитно растущими опухолями нам часто приходилось обнаруживать /при I-П стадиях/ очень мелкие папиллярные выросты на слизистой оболочке непосредственно около ножки опухоли на том или ином протяжении /иногда на расстоянии 3-5 мм от ее ножки/, иногда эти выросты обнаруживались на расстоянии 9-I8 мм от основания опухоли. Папиллярные выросты часто покрыты эпи-

телиальными клетками без признаков анаплазии, но можно было обнаружить и наличие нарушений клеточных рядов на этих выростах. Нет сомнения в том, что из этих папиллярных выростов с течением времени /нескольких месяцев и лет/ может возникнуть типичная фиброэпителиома, которая также с течением времени может подвергнуться озлокачествлению. В практике известно, что рецидивы опухоли часто бывают злокачественнее, чем первичная опухоль.

И.С.Темкин /I957/, описывая изменения на слизистой пузыря при цистоскопии у людей, работающих в анилинокрасочной промышленности, указывает, что вначале образуются гиперемированные участки на ограниченном пространстве /богато развитая сосудистая сеть/. Позднее это переходит в диффузную гиперемию участка. При тщательном осмотре в цистоскоп можно видеть, что поверхность слизистой оболочки в этот период болезни имеет ячеистое строение, на этих участках обнаруживаются мельчайшие папилломы. И.С.Темкин указывает, что очаги гиперемии представляют собой в той или иной степени уже выраженный гиперпластический процесс. Еще позднее на этих участках обнаруживаются одиночные узелки, покрытые нормальным эпителием. В дальнейшем возникают мелкие, едва заметные папилломы, не имеющие общей ножки или растущие на широком основании.

Б.М.Никитин /I962/, изучая морфологию предрака и рака, описывает переход нормальной слизистой оболочки в папилломы, а затем в рак: "Первый тип изменений заклю-

чается в том, что эпителиальный слой начинает утолщаться за счет пролиферации нормальных клеток эпителия иногда в одном, а чаще в нескольких местах. На нормальной слизистой оболочке образуются маленькие бугорки, состоящие из 5–10 эпителиальных клеток. Постепенно этот вырост увеличивается в объеме, распространяясь в просвет мочевого пузыря, а в основание его начинает прорастать соединительнотканная строма, исходящая из подлежащей ткани. Сформировавшаяся папиллома начинает ветвиться; в это время в строме уже удается обнаружить кровеносные сосуды".

Превращение папилломы в рак происходит следующим образом /по Б.М.Никитину/: "в папилломах с экзофитным ростом в просвет мочевого пузыря, эпителий слоев, расположенных в непосредственной близости к строме, начинает принимать атипичный вид. Эта атипичность проявляется в увеличении как клетки в целом, так и объема ядра. Клетка приобретает неправильную форму, ядро делается угловатым, приобретает более интенсивную окраску и располагается по периферии клетки".

Автор указывает, что имеются два пути возникновения раковых клеток: "размножение атипичных клеток первичных очагов и образование новых первичных очагов из окружающих нормальных эпителиальных клеток, переходящих сначала в клетки атипичного вида, а затем и в раковые".

Б.Л.Полонский говорит, что "...рост опухоли чаще всего происходит за счет размножения первичных бластоматозных клеток. Соседние с этим первичным очагом клетки"... с течением времени часто подвергаются перерождению. В

свете этих данных при раке мочевого пузыря эндоэлектрокоагуляция не должна применяться. При ворсинчатых опухолях на ножке /так называемой папилломе/ показания к применению эндоэлектрокоагуляции должны быть резко сужены. Этот метод может быть применен лишь при небольших папилломах /не более 0,I - I см в диаметре/, доброкачественность которых установлена клинически и морфологически. Трансвезикальная электрокоагуляция является не радикальным, более того, неонкологическим методом лечения рака мочевого пузыря; эта операция должна быть оставлена.

Литературные данные свидетельствуют об огромном числе рецидивов после трансвезикальной электрокоагуляции и эксцизии опухоли /см.таблицу 43/. По данным И.П.Карпунькина /I957/, почти у половины больных наступил рецидив опухоли /у II из 27 чел./, и I3 человек жили менее 5 лет без рецидива. На материале В.И.Хрущева /I96I/ у I/3 больных /у II из 3I чел./ наступил рецидив опухоли после трансвезикальной электрокоагуляции. По данным Ч.А.Синкевичус и А.А.Тулаба /I963/ после этой операции послеоперационная летальность составила 5,7%, а рецидив опухоли наступил в 32,7% случаев; 55,8% больных живут без рецидива менее 5 лет. Еще худшие результаты были у Д.Л.Корина и Е.А.Марусева /I964/. Они наблюдали 40% рецидивов, и 45% больных жили менее 5 лет без рецидива. И.К.Еремин /I960/ отмечает, что после электроэксцизии опухоли рецидив наступил у 2/3 больных /у 22 из 35 чел./; 9 человек

живут менее 5 лет и 4 - более пяти лет без рецидива. По данным А.П.Цулукидзе /1958/, после трансвезикальной электрокоагуляции опухолей, рецидив возникает в 74% случаев.

Нужно считать твердо установленным, что эндо- и трансвезикальная электрокоагуляция и эксцизия не являются радикальными методами лечения рака мочевого пузыря.

Принципиально следует признать наиболее рациональной операцией первичную резекцию мочевого пузыря при ворсинчатых опухолях экзофитного типа и цистэктомию при солидном и инфильтрирующем раке, как это и делается в других разделах хирургии. Ведь при полипах желудка производят резекцию и считают это обязательным, а при распространенном полипозе желудка производят тотальное или субтотальное удаление его, считая такой объем оперативного вмешательства вполне оправданным.

В настоящее время большинство хирургов и урологов /А.Я.Пытель, Б.Л.Полонский, М.И.Гойхберг, Г.Б.Теплицкий, Г.А.Александрович, Ч.А.Синкевичус, Мостофи, Джуитт, Магри и др./ считают, что при ворсинчатом раке лучшие результаты лечения наблюдаются после резекции мочевого пузыря /см.таблицу 44/. Внушительный материал представлен Б.Л. Полонским /652 резекции/: послеоперационная летальность у него составила 4%; 33% больных живут до 5 лет и 35% - более пяти лет без рецидива.

Нет сомнения в том, что эти результаты получены в

результате усовершенствования техники операции, применения антибиотиков и переливания крови. Вместе с тем Б.Л. Полонский широко применяет лучевую терапию; последнее, несомненно, имеет определенное значение. Все это способствовало снижению послеоперационной летальности, уменьшению рецидивов и увеличению продолжительности жизни оперированных больных. Лишь Петкович получил от резекции плохие результаты: 32,7% рецидивов. Однако надо сказать, что он применял резекцию пузыря у больных с запущенными формами рака, когда показания к резекции были "по необходимости".

Показания к цистэктомии наметились еще в конце XIX и в начале XX веков. В настоящее время они максимально уточнены. Усовершенствовалась техника операции - пересадка мочеточников в кишечник и самой экстирпации мочевого пузыря. Все чаще стали применять одномоментную цистэктомию с пересадкой мочеточников в прямую кишку внебрюшинно во избежание развития перитонита в послеоперационном периоде.

Улучшены методы обезболивания, стали широко применяться антибиотики широкого спектра действия, переливание крови и кровезамещающих жидкостей и т.д. И несмотря на это непосредственная послеоперационная летальность /на большом материале некоторых авторов/ остается высокой - от 14% /Витмор, Маршалл/ до 15,9 /Б.Л.Полонский/. Пятилетняя выживаемость больных после цистэктомии остается невысокой - 21-45% /Витмор, Маршалл, Хигтинс/.

Литературные данные о результатах лечения рака мочевого пузыря цистэктомией приведены в таблице 45. По данным Б.Л.Полонского, лишь I5,2% больных /из II9/ живут более пяти лет, у Витмора и Маршалла – 2I% больных, у Ян Кучера – 6,2% больных после цистэктомии живут более пяти лет. Значительно лучшие результаты лечения и пятилетняя выживаемость после цистэктомии у В.С.Комаровой /35%/ и Хиггинса /45,5%/ и др.

Из приведенных данных видно, что результаты лечения рака мочевого пузыря пока остаются неудовлетворительными, хотя не уступают другим хирургическим вмешательствам. Очевидно, это обусловлено тем, что цистэктомия чаще применяется "по необходимости", чем "по показаниям" /С.Петкович/.

А.Я.Пытель /I964/ указывает, что своевременно произведенная цистэктомия при раке мочевого пузыря является подлинно радикальным методом лечения.

В заключение настоящей главы приводим общие результаты лечения рака мочевого пузыря на нашем клиническом материале в зависимости от вида хирургического вмешательства и гистологического строения опухоли /таблице 46/.

Из таблицы 46 видно, что результаты лечения значительно благоприятнее после радикальных хирургических вмешательств, чем от паллиативных операций. Так, из 79 больных, подвергнутых резекции, 66 человек /в том числе I0 человек после повторных операций/ свободны от рецидива /80,6%/. Живы без рецидива более 5 лет 34,3% больных

СВОДНЫЕ ДАННЫЕ

о непосредственных исходах и отдаленных результатах лечения рака мочевого пузыря радикальными и паллиативными хирургическими методами

Таблица 46

	Виды оперативных вмешательств	Оперировано больных	Непосредственные исходы		Гистологическое строение опухоли								Выписалось из клиники больных	Отдаленные результаты									Примечание
														Умерло в сроки от 4 месяцев до 10 лет		Выбыли из-под наблюдения	Рецидив наступил		Оперировано повторно	Живы без рецидива менее 5 лет		Живы без рецидива более 5 лет		
			Умерло	Послеоперационная летальность	Плоскоклеточный неороговевающий рак	Переходноклеточный рак	Плоскоклеточный ороговевающий рак	Аденокарцинома	Слизистый рак	Пролиферирующая папиллома	Саркома	Гемангиома		Число больных	%		Число больных	%		Число больных	%	Число больных	%	
Радикальные операции	Резекция мочевого пузыря.....	82	3	3,6%	47	29	1	3	-	-	1	1	79	11	13,4	-	23	29,1	11	38	46,35	28	34,3	Живут с рецидивом 2 человека (2,4 %)
	(в том числе с уретероцистонеостомией)...	(19)	(1)																					
	Цистэктомия.....	20	4	20 %	12	6	-	1	-	-	1	-	16	6	-	-	5	-	-	5	-	5	-	
	а) двухмоментно.....	(6)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(6)	(2)	-	-	(2)	-	-	(1)	-	(3)	-	
	б) одномоментно.....	(10)	(2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(8)	(3)	-	-	(3)	-	-	(3)	-	(2)	-	
	в) с образованием "пузыря" на эндопротезе.	(4)	(2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(2)	(1)	-	-	-	-	-	(1)	-	-	-	
	Итого.....	102	7	6,8%	59	35	1	4	-	-	2	1	95	17	16,7	-	28	30,5	11	43	44,1	33	32,4	
Паллиативные операции	Электроэксцизия опухоли.....	45	2	4,4%	35	4	-	-	-	6	-	-	43	10	22,3	5	18	41,8	5	17	37,7	6	13,4	Живут с рецидивом 5 человек (11,6 %)
	Электрокоагуляция чрезпузырная.....	13	3	23,7%	12	-	-	1	-	-	-	-	10	4	-	3	3	-	3	1	-	2	-	
	Демукозация.....	5	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	5	1	-	-	2	-	2	2	-	2	-	
	Прочие операции.....	18	4	22 %	-	1	2	-	1	-	-	1	14	13	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
	Эндоэлектрокоагуляция.....	75	-	-	9	1	-	-	-	-	-	-	75	7	9,3	8	22	29,3	15	27	36,0	16	21,3	7 человек отказались от операции и умерли от рака
	Итого.....	156	9	5,6%	61	6	2	1	1	6	-	2	147	35	23,8	17	45	30,6	25	43	29,2	25	16,3	

и менее 5 лет – 46,35%. Нужно признать, что резекция пузыря не гарантирует от рецидива опухоли; рецидивы у наших больных имели место в 29,I% случаев, однако почти половине /II из 23 чел./ мы произвели операции повторно -геми- и субтотальную резекцию и цистэктомию – с благоприятным отдаленным исходом; они живы без рецидива от I,5 до 8 лет. I3,4% больных /II человек/ умерли от рецидива рака. В этих случаях сечение стенки пузыря проходило через опухоль.

Естественно, что на исход лечения резекцией оказывает влияние протяженность внутристеночного распространения раковых клеток и ширина иссечения стенки мочевого пузыря, свободной от опухоли /объем операции/.

Из I6 больных после цистэктомии в течение первого – второго года умерло от рецидива рака 5 человек и от саркомы I. Живы I0 человек, из них более 5 лет – 5 человек и менее 5 лет – 5 человек. Нельзя утверждать, что результаты лечения цистэктомией блестящие, однако следует подчеркнуть, что удаление мочевого пузыря у наших больных производилось чаще при запущенных формах рака /Ш и IУ стадия/ инфильтрирующего типа с обширным поражением органа и прорастанием лимфатических и кровеносных сосудов опухолевыми клетками, а также при наличии метастазов в лимфатических узлах. У ряда больных экстирпация пузыря производилась "по необходимости".

При динамическом наблюдении за больными после паллиативных операций /трансвезикальная электроэксцизия, коагу-

ляция и эндоэлектрокоагуляция/ было установлено, что отдаленные результаты лечения менее эффективны, чем после радикальных хирургических вмешательств. Из I47 оперированных больных /см.таблицу 46/ 23,8% /35 человек/ умерли в течение первого-второго года от рецидива рака; у 30,6% /45 чел./ - наступил рецидив в течение 3 лет. 25 больным с рецидивом операции были произведены повторно /резекция, электроэксцизия/. Только 45,5% больных /68 из I47 чел./ живы без рецидива, из них более 5 лет - I6,3% и менее 5 лет - 29,2%.

В эту группу входят 75 больных, которым применялась эндоэлектрокоагуляция небольших ворсинчатых опухолей /I х I см/. В 29,3% случаев /22 из 75/ наступил рецидив опухоли, 9,3% из них /7 чел./ умерли от рака. I5 больным с рецидивом были произведены операции повторно /резекция, эксцизия и пр./ и только 2I,3% /I6 человек/ живы без рецидива более 5 лет и 36% /27 чел./ - менее 5 лет. Наиболее неблагоприятные отдаленные результаты были у больных, леченных электроэксцизией: 22,3% больных /I0 чел./ умерли в течение первого-второго года после операции, у 4I,8% /I8 чел./ - наступил рецидив опухоли. Только I3,4% больных /6 чел./ живы более 5 лет без рецидива и 37,7% /I7 чел./ - менее 5 лет.

Таким образом, динамическое наблюдение за оперированными больными позволяет нам сделать определенные выводы: I/ лучшие результаты лечения рака мочевого пузыря полу-

чаются после расширенных резекций и цистэктомии с пересадкой мочеточников в кишечник, чем после паллиативных операций – трансвезикальной электроэксцизии, эндоэлектрокоагуляции, хотя эти операции применялись чаще в ранних стадиях болезни; 2/ гистологическое строение опухоли на исход хирургического лечения заметного влияния не оказывало.

Наши клинические наблюдения и патологоанатомические данные свидетельствуют о том, что основными факторами, влияющими на отдаленные результаты лечения, нужно считать, в первую очередь, стадию, локализацию первичного очага, анатомическую форму опухоли, прорастание опухолевых клеток в лимфатические и кровеносные сосуды стенки пузыря, степень и протяженность внутристеночного распространения опухоли и, наконец, объем хирургического вмешательства. Менее существенными факторами являются возраст, пол больных и гистологическое строение опухоли.

Было бы весьма важно при составлении плана оперативного вмешательства учитывать эти факторы. К сожалению, далеко не всегда они могут быть учтены клиницистом. В частности, о степени внутристеночной инфильтрации и поражения лимфатических и кровеносных сосудов хирург не может с определенностью судить ни до, ни во время операции. Поэтому трудно определить объем предстоящего хирургического вмешательства.

Важными моментами, по нашему мнению, является оценка

значения анатомического типа опухоли. Об этом свидетельствуют наши данные. При эндофитных типах рака /солидный и инфильтрирующий рак/ гораздо чаще и на большом протяжении как в глубь, так и вдоль стенки, наблюдается внутристеночное распространение раковых клеток за макроскопически видимые границы очага опухоли, чаще поражаются лимфатические капилляры и вены, наблюдается метастазирование раковых клеток в перивезикальные и тазовые лимфатические узлы. Совершенно ясно, что в таких случаях объем оперативного вмешательства должен быть увеличен, т.е. показана расширенная цистэктомия. С другой стороны, при экзофитном анатомическом типе опухоли /ворсинчатый рак/ протяженность внутристеночного распространения опухоли, как показали наши исследования, значительно меньше, а нередко злокачественные клетки ограничиваются ножкой опухоли и не выходят за пределы слизистого и подслизистого слоев, прорастание лимфатических капилляров и вен наблюдается редко. Поэтому в зависимости от анатомического типа с учетом локализации опухоли, поскольку опухоли чаще бывают небольших размеров, объем хирургического вмешательства может то суживаться вплоть до клиновидной резекции, то расширяться - вплоть до субтотальной резекции с уретероцистонеостомией и экстирпации мочевого пузыря с лимфаденэктомией.

Определение анатомического типа опухоли до операции при цистоскопии и во время операции не представляет особых затруднений. Анатомический тип опухоли должен быть

принят во внимание при составлении плана предстоящей операции.

Установление стадии заболевания до начала лечения является довольно трудной задачей. Однако по размерам первичного очага, анатомической форме, внешнему виду опухоли /распад, отложение фибрина/, изменениям на слизистой оболочке вокруг основания ее можно предположительно судить о распространенности процесса и о стадии, однако окончательное заключение можно сделать только при гистологическом исследовании препарата.

В заключение мы должны отметить, что в настоящее время наилучшие результаты лечения рака мочевого пузыря достигаются при комбинированном лечении- резекция пузыря с последующим применением лучевой терапии /Б.Л.Полонский; Обманн К. - Obmann K.H.; Джонсон Г., Манссон Б. и Роль Л.- Jonsson B. and Rohe L., ; Лунд Ф. и Лундваль Ф., и др./.

На оценке методов хирургического лечения рака мочевого пузыря, связанного с созданием искусственного мочевого пузыря из различных отрезков кишечника, а также лучевой терапии и применение химиопрепаратов, мы не останавливаемся, так как не имеем достаточного личного опыта. Однако на основании литературных данных мы считаем возможным присоединиться к тем клиницистам, которые считают, что хирургическое вмешательство и лучевая терапия должны дополнять друг друга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В основу настоящей работы были положены клинические данные о 384 больных, находившихся на лечении в урологическом отделении факультетской хирургической клиники Свердловского медицинского института за 13 лет /1951-1963 гг./ и результаты экспериментально-анатомических исследований по изучению морфологии лимфатической системы мочевого пузыря, путей оттока лимфы от различных его сегментов в норме и при раковом поражении. Изучены пределы прямого внутристеночного распространения опухоли в зависимости от анатомической формы и стадии течения раковой болезни.

Анализ историй болезней показал, что клинические явления при опухолях мочевого пузыря наблюдаются чаще всего в возрасте от 41 до 70 лет /80,9%/. Мужчин было 86,2%, женщин - 13,8%.

Какой-либо зависимости частоты заболевания опухолями мочевого пузыря от профессии мы не могли отметить. 174 больных /45,3%/ поступили в клинику с диагнозом опухоль мочевого пузыря, 20 больных /5,2%/ с рецидивами опухоли, 190 человек /49,5%/ направлены с неправильным диагнозом.

У 180 больных /46,9%/ жалобы сводились только к тотальной /173 чел./ и терминальной /7 чел./ гематурии. У 173 больных /45%/ гематурии сопутствовали дизурические явления, боли в поясничной области, в животе, в тазу и пр. У 31 человека /8,1%/ были только дизурические расстрой-

ства и боли внизу живота.

В сроки до 3 месяцев болезни поступило 116 чел./30,2%/, до 6 месяцев – 56 чел./14,6%/, до 12 месяцев –66 чел. /17,2%/, от 1 года до 3 лет – 66 чел./17,2%/, от 3 до 10 лет – 52 чел./13,5%/, больше 10 лет– 28 больных /7,3%/.

Основной причиной столь поздней обращаемости больных за медицинской помощью и большого процента неправильной диагностики является: 1/ самоуспокоенность больных из-за кратковременности безболезненной гематурии, которая не вызывала у них тревоги; 2/ отказ от урологического обследования из-за боязни инструментального исследования; 3/ незнание врачами общего профиля клиники опухолей мочевого пузыря. Не придавая серьезного значения гематурии, врачи просмотрели истинное заболевание и длительное время лечили больных от нефрита, пиэлоцистита, цистита, простатита и пр.

Основным и общедоступным диагностическим приемом при опухолях мочевого пузыря является цистоскопия, а дополнительными – простая цистография, осадочная пневмоцистография с оксигеноперицистографией, цистография с двойным раздельным контрастом, тазовая флебография, экскреторная урография, бимануальное исследование, лабораторное и цитологическое исследование спиртового смыва мочевого пузыря или осадка мочи и отчасти биопсия. Эти методы клинического исследования позволяют обнаружить опухоль, величину, анатомическую форму, локализацию и ножку ее, степень про-

растания опухолью стенки мочевого пузыря, обнаружить метастатические лимфатические узлы /флебография/, наличие раковых клеток в ткани опухоли /биопсия/, в спиртовом смыве пузыря /цитология/, наличие инфильтрации в клетчатке таза и в соседних органах /бимануальное исследование/ и функциональное состояние почек /экскреторная урография/.

Инфицированную мочу имели 258 больных /67,2%/, стерильная моча была у 118 больных /30,8%/. Низкий удельный вес мочи наблюдался у 38 больных /12,5%/.

Картина крови у наших больных мало изменялась. Лейкоцитоз выше 10000 и высокая РОЭ наблюдались лишь у 13 больных, у которых опухолям мочевого пузыря сопутствовали воспалительные процессы в почках и в мочевом пузыре /пиэлит, цистит и пр./.

Азотвыделительная и концентрационная функция почек в клинике опухолей мочевого пузыря имеют существенное значение, и хотя между удельным весом мочи и содержанием остаточного азота в плазме крови у наших больных параллелизма не наблюдалось, однако снижение концентрационной способности или азотвыделительной функции почек определяет тактику врача в отношении этих больных. Повторное исследование остаточного азота в крови и определение удельного веса мочи /проба Зимницкого/ должны стать обязательными при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства на мочевом пузыре.

Комплекс клинических методов обследования больных

опухолями мочевого пузыря в некоторой степени позволяет определить клиническую стадию развития болезни. Патолого-анатомическое исследование операционных препаратов дает возможность уточнить фазу развития опухоли, определить степень внутристеночного распространения ее, наличие прорастания раковых клеток в лимфатические капилляры и вены и обнаружить метастазы в регионарных лимфатических узлах.

На нашем материале из 384 случаев 24,8% больных /95 чел./ имели I стадию /T_I/; 26,5%/102 чел./ - II стадию /T_2/; 16,4% /63 чел./ - III стадию /T_3/; 27,1% /104 чел./ - IV стадию /T_4/. Универсальный папилломатоз имел место у 4,2% больных /16 чел./, неэпителиальные опухоли /саркома и гемангиома/ наблюдались в 1% случаев /4 чел./.

Клиническое определение стадии опухолей мочевого пузыря не отражает степень и протяженность внутристеночного распространения раковых элементов, но деление новообразований на стадии по клиническим признакам имеет важное практическое значение при выборе метода лечения и объема хирургического вмешательства. Клиническая классификация всегда дополняется патологоанатомическими данными. На нашем материале в 103 случаях совпадение между клинической и патологоанатомической стадиями было в 67%. Степень злокачественности /анаплазия эпителиальных клеток/ и глубина инфильтрации стенки мочевого пузыря опухолью устанавливаются микроскопическим исследованием новообразования на операционных препаратах.

Несмотря на большое число работ, посвященных раку мочевого пузыря, до настоящего времени не существует единого мнения о целесообразности применения того или иного хирургического метода лечения. Спорным остается вопрос о расширенной резекции и экстирпации мочевого пузыря. Этот вопрос решается на основании только клинических наблюдений, опыта и взглядов урологов и хирургов. Лечение больных с иноперабильными формами рака фактически сводится к симптоматической терапии.

Наш опыт показывает примеры совершенствования методики радикальных хирургических операций, в частности резекции пузыря. До 1957 г. мы производили преимущественно паллиативные хирургические операции: эндо-и трансвезикальную электрокоагуляцию, эксцизию. После изучения отдаленных результатов лечения этими методами в клинике с 1958 года стали выполняться преимущественно радикальные операции; мы расширили показания к обширным резекциям мочевого пузыря вплоть до субтотальной с уретероцистонеостомией и лимфадэктомией, а также к цистэктомии в тех случаях, когда это было необходимо.

В доступной нам литературе мы не нашли работ, обосновывающих пределы иссечения мочевого пузыря, пораженного опухолью. Только некоторые авторы /Г.А.Рихтер, Б.Л.Полонский и др./ указывают, что резекцию пузыря надо делать возможно шире. Понятие шире ничем не обосновано. Поэтому, чтобы обосновать показания к расширенным резекциям /геми-

и субтотальной с уретероцистонеостомией и без нее/, мы стремились под клиническую базу подвести патологоанатомические данные. Прежде всего при помощи макро-и микроскопической методики мы изучили лимфатическую систему мочевого пузыря и пути оттока лимфы от различных сегментов его у собаки /63 случая/ прижизненно и на трупах людей /52 трупа/, умерших не от урологических заболеваний. Установлено, что внутриорганные лимфатические сосуды представляют единую сеть, связывающую все отделы мочевого пузыря; переход во внеорганные лимфатические сосуды, расположенные в адвентициальном слое пузыря, наблюдался в 59,6% случаев. Это свидетельствует о том, что раковые клетки могут распространяться по лимфатическим капиллярам внутри стенки, переноситься из одной стенки пузыря на противоположную сторону и дальше в регионарные лимфатические узлы.

При изучении лимфатической системы мочевого пузыря /на 78 препаратах мочевых пузырей и его частей/, пораженного опухолью и налитых синей массой Герота, было установлено, что внутриорганная часть ее подвержена перестройке. Последняя характеризуется развитием густой сети лимфатических капилляров вокруг очага опухоли. Характер этих изменений зависит от анатомической формы опухоли и степени внутристеночной инфильтрации, но не зависит от гистологического строения новообразования. Особенно рельефно реактивные изменения лимфатических капилляров выражены при инфильтрации раковыми клетками подслизистого и мышечного

слоев. При инфильтрирующем раке довольно часто раковые клетки и микротромбы, состоящие из них, содержатся в просвете лимфатических капилляров и в венах; нередко они разрушают стенку сосудов и погружаются в подлежащие здоровые ткани. Как правило, лимфатические капилляры в виде густой сети располагаются в строме непосредственно около очага опухоли или между раковыми ячейками и тяжами.

При опухолях экзофитного типа I стадии лимфатические капилляры содержатся в ножке опухоли и в отдельных ворсинах, по своему строению они ничем не отличаются от обычных лимфатических капилляров. При опухолях II,III и IУ стадий, независимо от анатомической формы, в паренхиме опухоли мы не обнаруживали лимфатических капилляров и сосудов. Очевидно, это связано с тем, что раковые клетки проникают в соседние, по отношению к первичному очагу, участки стенки мочевого пузыря, окружают лимфатические капилляры, сдавливают их, затем проникают в их просвет и, наконец, облитерирубт и разрушают их. Об этом свидетельствует тот факт, что еще на ранней стадии развития новообразования, когда опухоль не выходила за пределы подслизистого слоя, раковые клетки содержались в просвете лимфатических капилляров. В поздней стадии раковые клетки разрушали стенку капилляра и внедрялись в окружающую ткань стенки пузыря, а при инфильтрирующем раке с обширным поражением органа лимфатические капилляры располагались между раковыми инфильтратами и были очень малочисленными. В плотных

опухолях /солидный рак/ по периферии ракового узла видны только мелкие лимфатические капилляры, внедряющиеся в узел опухоли со стороны здоровой ткани.

Метастазирование рака мочевого пузыря происходит, в первую очередь, в регионарные лимфатические узлы. На нашем материале метастазы рака в регионарных лимфоузлах наблюдались относительно редко – в 18% случаев. Очевидно, это объясняется тем, что в результате роста опухоли и сдавливания ею интрамуральной части мочеточников в почках очень рано развиваются глубокие органические изменения, и больные умирают раньше, чем возникнут метастазы.

Изучив 105 анатомических препаратов и их частей /взятых при резекции, цистэктомии и аутопсии/ при помощи макро-и микроскопической методики, мы обнаружили, что опухоли экзофитного типа составили 76,2% /80 случаев/, эндофитного типа – 21,9% /23 случая/, саркома и ангиома 1,9% /2 случая/. На гистотопографических срезах прослежена протяженность внутристеночного роста раковых клеток в продольном и перпендикулярном направлениях в разных фазах опухолевого роста. Непосредственный рост злокачественной опухоли /рака/ в стенке мочевого пузыря происходит в трех направлениях: в глубину стенки от слизистой оболочки, в просвет пузыря и внутристеночно во все стороны от внешней границы опухоли, однако последнее наблюдается не во всех случаях. Так, на нашем материале распространение раковых клеток внутри стенки или в виде папиллярных выростов на

слизистой пузыря /по плоскости/ наблюдалось в 72,6% случаев /у 73 из 103 больных/, из них в 32,9% /у 24 больных/ распространение опухоли вдоль стенки было на расстоянии 2-15 мм от наружной макроскопически видимой границы опухоли, в 43,8% /у 32 больных/ - на расстоянии 5-15-25 мм, в 8% /у 6 больных/ - 15-30 мм и в 15,3% /у 11 больных/ - на расстоянии 35-60 мм. При эндофитном типе /диффузно-инфильтрирующий рак/ внутристеночное распространение рака характеризовалось разлитой опухолевой инфильтрацией стенки, поражая пузырь почти тотально. В этих случаях чаще наблюдалось прорастание раковых клеток в лимфатические и кровеносные сосуды /вены/.

Внутристеночная инфильтрация раковых клеток в перпендикулярном направлении наблюдалась в 77,6% случаев /у 80 больных/, из них в 53,7% /у 43 больных/ рак инфильтрировал подслизистый слой /T_2/; в 32,5% /у 26 больных/ - прорастал мышечный слой, но процесс не выходил за пределы стенки пузыря /T_3/; в 13,8% /у 11 больных/ - опухоль в виде тяжей прорастала все слои стенки пузыря и околопузырную клетчатку с поражением паравезикальных /2 случая/ и подвздошных /5 случаев/ лимфатических узлов /T_4 N+ /.

Исследование 182 биопсий и гистотопографических срезов опухолей мочевого пузыря показало, что плоскоклеточный неороговевающий рак составил 65,9% /120 случаев/, переходноклеточный - 22,5% /41 случай/, плоскоклеточный ороговевающий - 1,7% /3 случая/, аденокарцинома- 2,8% /5 слу-

чаев/, слизистый рак – 0,5% /I случай/, пролиферирующая папиллома – 3,2% /6 случаев/, саркома – I,7% /3 случая/ и гемангиома –I,7% /3 случая/.

Мы проследили ближайшие и у большей части больных /340/ отдаленные результаты после различных оперативных методов лечения в зависимости от ряда факторов, в том числе и судьбу неоперированных больных. Это позволило нам более объективно оценить тот или иной вид хирургического вмешательства и состояние неподвергавшихся операции больных.

Из 73 больных, неподвергавшихся оперативному лечению из группы иноперабильных, на нашу анкету ответ получен о 6I. 56 человек /9I,8%/ умерли в сроки от 4 месяцев до 5 лет. Живы до I4–I7 месяцев 5 человек, но считают себя тяжело больными.

Из 40 больных, отказавшихся от хирургического лечения, нами прослежены 34 человека: 20 человек /58,8%/ из них умерли в сроки от 6 месяцев до 5 лет. Живы I4 человек, I3 считают себя больными.

Таким образом, из иноперабильных 9I,8% и среди отказавшихся от операции 58,8% больных умерли в ранние сроки /до 5 лет/ от причин запущенности и прогрессирующего роста рака мочевого пузыря. Цифра внушительная и должна обратить внимание каждого медицинского работника с тем, чтобы приложить максимум усилий к снижению процента иноперабильных больных.

Из 258 больных, подвергшихся различным оперативным вмешательствам /I02 чел.радикальным и I56 чел. паллиативным/, полное клиническое выздоровление наступило у 85,3% больных /220 чел./, улучшение - у 8,5% /22 чел./. Общая летальность составила 6,2%.

Из 20 больных, оперированных цистэктомией /6-двухмоментно, I0 - одномоментно и 4- образование "пузыря" на протезе/, выздоровело I6 человек, умерло 4 человека от тяжелых осложнений, развившихся в послеоперационном периоде /тромбоэмболия, пионефроз, флегмона клетчатки таза, перитонит/.

Из 82 больных, подвергшихся резекции мочевого пузыря /I9 - с уретероцистонеостомией/, клиническое выздоровление наступило у 92,7% /76 чел./, у 3,65% /3 чел./- улучшение /через 3-5 месяцев полное выздоровление/. Послеоперационная летальность составила 3,65%.

Из I56 больных, подвергшихся паллиативно-хирургическим операциям /45 - электроэксцизия, I3 - трансвезикальная электрокоагуляция, 5- цемукозация, 75 - эндоэлектрокоагуляция и I8 - прочие операции/, выздоровление наступило у 83,5% /I30 чел./, улучшение - у I,9% /3 чел./, без перемен - у 9% /I4 чел./, общая летальность составила 5,6% /9 чел./.

Мы проследили отдаленные результаты у 95 из I02 больных после радикальных операций /резекции и цистэктомии/ и у I30 чел.после паллиативных хирургических вмешательств,

о I7 больных сведениями не располагаем /сменили адрес/.

Из 79 больных после резекции мочевого пузыря свободными от рецидива оказались 56 человек /70,9%/, рецидив опухоли наступил у 23 /29,I%/, из них II больным операции произведены повторно: у I0 человек с положительным исходом на длительное время, один отказался от операции и II умерли в сроки от I года до 9 лет от рецидива рака. Сечение стенки в этих случаях проходило через опухоль. В итоге 66 человек /80,6%/ свободны от рецидива опухоли, из них живы более 5 лет 34,3%, менее 5 лет и остаются клинически здоровыми 46,35% больных; 62% больных /49 из 66/ возвратилось к труду. Мы считаем такой результат вполне удовлетворительным. Достигнуты они только потому, что мы производили расширенные резекции мочевого пузыря чаще в начальных стациях болезни /I,П стации/, когда внутристеночная инфильтрация раковыми клетками занимала еще небольшие площади.

Резекция пузыря не гарантирует от рецидива опухоли. На исход лечения резекцией оказывает влияние глубина и протяженность внутристеночного распространения раковых клеток, прорастание их в лимфатические капилляры и вены и ширина иссечения стенки пузыря свободной от опухоли /объем операции/. Сечение стенки при резекции должно быть не ближе 3–5 см от края опухоли.

Из I6 больных, выписавшихся после цистэктомии, в течение первого-второго года умерло 6 чел., из них от рецидива рака – 5 человек и от саркомы I человек. Живы и кли-

нически здоровы I0 человек, из них живут более 5 лет – 5 человек, менее 5 лет – 5 человек. Нет оснований утверждать, что результаты лечения цистэктомией блестящи, однако следует отметить, что удаление мочевого пузыря у наших больных производилось чаще при запущенных формах рака /Ш, IУ стадии/ инфильтрирующего типа с обширным поражением пузыря, с прорастанием лимфатических капилляров, вен и наличием метастазов в лимфатических узлах.

После трансвезикальной электроэксцизии, эндоэлектрокоагуляции и др. паллиативных операций отдаленные результаты лечения менее эффективны, чем после радикальных. Из I47 выписавшихся больных 35 чел. /23,8%/ умерли в течение первого-второго года от рецидива рака, у 30,6% /45 чел./- в течение 3 лет наступил рецидив. 25 больным с рецидивом рака операции были произведены повторно; только 45,5% /68 чел. из I47/ живы без рецидива, из них живут более 5 лет I6,3%, менее 5 лет – 29,2%. В эту группу входят 75 больных, леченных эндоэлектрокоагуляцией небольших ворсинчатых опухолей /I х I см/, из них у 29,3% больных /22 чел./ наступил рецидив опухоли, 9,3% больных /7 чел./ умерли от рака. И только 2I,3% больных живы без рецидива более 5 лет и 36% – менее 5 лет.

Наиболее неблагоприятные отдаленные результаты лечения у наших больных получены после электроэксцизии: 22,3% больных /I0 человек/ умерли от рака в течение первого-второго года после операции, у 4I,8% /I8 чел./ –наступил

рецидив опухоли. Только 13,4% /6 чел./ живы более 5 лет без рецидива и 37,7% /17 чел./ – менее 5 лет.

Сопоставляя результаты различных хирургических методов лечения, применявшихся у наших больных, мы видим, что наиболее благоприятные отдаленные результаты наблюдаются после расширенных резекций мочевого пузыря и в ранних стадиях развития болезни. В среднем 5-летняя выживаемость больных составляет 62%. Это вполне благоприятные результаты, если учесть, что мы не применяли лучевую терапию /по независящим от нас причинам/.

Таким образом, ближайшие и отдаленные исходы резекции мочевого пузыря /от 6 месяцев до 12 лет/ дают нам право рекомендовать ее как радикальный метод лечения; дополнение ее лучевой терапией позволит еще более улучшить результаты. Опасаться обширных резекций мочевого пузыря /до субтотальной с уретероцистонеостомией и без нее/ нет никаких оснований. Удаление половины и даже 2/3 мочевого пузыря не опасно для жизни организма. Через некоторое время после иссечения части пузыря образуется полый орган с достаточной емкостью и хорошей функцией.

Цистэктомия должна быть методом выбора, результаты лечения этим способом вполне удовлетворительны.

Показания к электроэксцизии и эндоэлектрокоагуляции должны быть сужены. Трансвезикальная электрокоагуляция является не радикальным и онкологически неоправданным методом, поэтому от нее следует отказаться.

Профилактика, диагностика и лечение больных злокачественными новообразованиями мочевого пузыря до настоящего времени представляют значительные трудности.

Профилактика новообразований в современной онкологии является главной задачей, а борьба за снижение числа больных с запущенными формами рака мочевого пузыря, а следовательно с иноперабильностью, должна стоять в одном ряду с профилактикой этого заболевания.

Поскольку еще долгое время значительные контингенты урологических больных на периферии будут обслуживаться врачами общей сети, они должны диагносцировать и новообразования мочевого пузыря, уметь правильно оценить стацию течения раковой болезни и своевременно направлять больных к специалисту на обследование.

Важным мероприятием является ранняя диагностика и комплексное лечение опухолей мочевого пузыря. Медицинские работники периферии должны твердо помнить, что опухоли мочевого пузыря протекают латентно длительное время /иногда несколько лет/. Рано или поздно они сопровождаются макроскопической гематурией, часто безболезненной, возникающей внезапно среди полного здоровья и также внезапно исчезающей. Нередко течение болезни сопровождается только дизурическими расстройствами. Поэтому основным методом диагностики опухолей мочевого пузыря является цистоскопическое исследование. Поликлиническим больным следует широко проводить общий анализ мочи. При обнаружении альбуминурии

и микрогематурии, а также отмеченной в анамнезе макрогематурии больные подлежат обследованию урологом.

Санитарную пропаганду следует вести всеми доступными способами /беседы, лекции, печать, радио, кино, телевидение/ среди широких масс населения, обратив особое внимание на то, что при первом появлении крови в моче или расстройстве мочеиспускания необходимо обращаться к врачу-урологу.

Медицинским работникам периферии необходимо помнить, что еще и сейчас некоторые больные опухолями мочевого пузыря, сознательно или в связи с боязнью предстоящего инструментального исследования и хирургического вмешательства, не обращаются за врачебной помощью своевременно или отказываются от исследования и госпитализации. Встречаются и такие больные, которые, несмотря на частые и продолжительные гематурии, иногда осложненные дизурическими расстройствами и затрудненным мочеиспусканием, не обращаются к врачу и лечатся либо домашними средствами, в большинстве случаев тепловыми процедурами, либо обращаются за "лечебной помощью" к знахаркам. За врачебной помощью они обращаются уже в иноперабильном состоянии.

В результате исследований мы выяснили ряд факторов, которые влияют на отдаленные результаты хирургического лечения больных раком мочевого пузыря, в частности первостепенное значение имеет степень и протяженность внутристеночного распространения опухолевых клеток и объем иссечения стенки мочевого пузыря. Наконец, нами показана целе-

сообразность применения расширенных резекций мочевого пузыря даже с уретероцистонеостомией.

Мы не имели перед собой цели осветить все вопросы, относящиеся к проблеме рака мочевого пузыря в широком масштабе, но хотели лишь, основываясь на собственных и литературных данных, осветить некоторые стороны, относящиеся к раку пузыря и представляющиеся наиболее важными в практическом отношении. Разумеется, вопрос о том, что считать наиболее важным, не всегда легко решить; известная субъективность при анализе клинико-морфологического материала и его трактовке неизбежна в любой работе, в особенности в работе, посвященной еще нерешенным или спорным вопросам. Мы стремились возможно подробно излагать фактические клинические наблюдения и патологоанатомические данные, хотя объем и задачи нашей работы не позволяют осветить такие вопросы, как реакция соединительной ткани на опухолевый рост, степень участия нервной системы, нарушение обмена веществ, нарушение иммунобиологического и гормонального равновесия в организме больного на разных этапах развития рака мочевого пузыря.

Изложение этих вопросов читатель найдет в оригинальных работах отечественных авторов /Н.Н.Петров, 1958; Ю.М.Васильев, 1961; Р.Е.Кавецкий, 1962 и др./.

В Ы В О Д Ы

I. Рак мочевого пузыря – тяжелое заболевание, часто встречающееся в практической урологии и имеющее весьма серьезные последствия. Лечение его остается до настоящего времени одним из наиболее сложных вопросов в хирургии мочевого пузыря.

2. За I3 лет мы наблюдали 384 больных раком мочевого пузыря. 24,8% из них имели I стадию /T_I/, 26,5% – II стадию /T_2/, I6,4% – III стадию /T_3/, 27,I% – IУ стадию /T_4/, 4,2% – диффузный папилломатоз и I% больных страдал неэпителиальными опухолями /саркома и гемангиома/.

3. 45,3% больных поступило в клинику с правильным диагнозом "опухоль мочевого пузыря", 5,2% – с рецидивами рака, 49,5% больных были направлены с неправильным диагнозом. Клинические проявления болезни на нашем материале наиболее часто наблюдались в возрасте от 4I до 70 лет /80,9%/. Мужчин было 86,2%, женщин – I3,8%.

4. У 9I,9% больных жалобы сводились к тотальной и терминальной гематурии, у 45% из них гематурии сопутствовали дизурические явления, боли в поясничной области, животе и тазу. У 8,I% больных были только дизурические расстройства и боли внизу живота. 62% больных обратились за медицинской помощью относительно своевременно при возникновении гематурии и поступали в клинику в течение первого года заболевания. 38% – обращались к врачам общего профиля в позднем периоде и госпитализировались по истечении I–I0

и более лет.

5. Основной причиной поздней обращаемости больных за медицинской помощью и большого процента неправильной диагностики /49,5%/ является самоуспокоенность больных в связи с кратковременной безболезненной гематурией, отказ их от урологического обследования из-за боязни инструментального исследования, незнание врачами общего профиля клиники и диагностики опухолей мочевого пузыря.

6. В период до 1957 года мы применяли в основном паллиативные хирургические операции: эндо-и чрезпузырную электрокоагуляцию, эксцизию и демукозацию, с 1958 года в клинике производятся преимущественно радикальные операции-резекция и экстирпация мочевого пузыря.

7. Радикальному хирургическому лечению - резекции и цистэктомии - подверглось 102 человека /26,7%/, послеоперационная летальность составила 6,8%. Пятилетняя выживаемость больных вполне удовлетворительная: живы более 5 лет 37,7%, менее 5 лет - 46,2% больных. Более удовлетворительные результаты лечения получены после резекции мочевого пузыря: послеоперационная летальность составила 3,65%, живы более 5 лет 34,3% больных, менее 5 лет - 46,35%. Менее удовлетворительные результаты после цистэктомии: послеоперационная летальность - 20%, живы более 5 лет - 25% больных и менее 5 лет - 25%.

8. Пятилетняя выживаемость больных, леченных электроэксцизией, эндо-и трансвезикальной электрокоагуляцией,

значительно ниже, чем после радикальных операций: послеоперационная общая летальность составила 5,6%, живы более 5 лет I6,3% больных, менее 5 лет - 29,2%. После электроэксцизии послеоперационная летальность - 4,4%, умерли от рака в течение первого-второго года после операции 22,3% больных, рецидив опухоли наступил у 4I,8% /I8 чел./, живы более 5 лет I3,4%, менее 5 лет - 37,7%. После эндоэлектрокоагуляции живы более 5 лет - 2I,3% больных, менее 5 лет - 36%, рецидив опухоли наступил у 29,3% и умерли от рака 9,3% больных.

9. Продолжительность жизни неоперированных больных невелика. Из иноперабильных 9I,8% и среди отказавшихся от операции 58,8% больных умерли в ранние сроки /до 5 лет/ от причин запущенности и прогрессирующего роста рака мочевого пузыря.

I0. Показания к эндоэлектрокоагуляции и электроэксцизии должны быть максимально сужены; чрезпузырная электрокоагуляция является онкологически необоснованным методом, поэтому от нее следует отказаться.

II. Резекция и экстирпация мочевого пузыря являются радикальными способами лечения рака мочевого пузыря и должны стать методом выбора, а показания к ним должны быть расширены. Сечение стенки при резекции мочевого пузыря по поводу экзофитного вида опухоли должно производиться не ближе 3-5 см от внешнего края основания ее, а при солидном и диффузно-инфильтрирующем раке показана цист-

эктомия.

I2. На исход лечения резекцией оказывает влияние анатомическая форма, величина, локализация опухоли, протяженность и степень внутристеночного распространения раковых клеток, прорастание их в лимфатические капилляры и вены и ширина иссекаемого поля стенки мочевого пузыря.

I3. На нашем материале /I05 сл./ ворсинчатый рак экзофитного типа составил 76,2%, эндофитный тип – 2I,9%, саркома и ангиома – I,9%. В 72,6% случаев наблюдалось распространение раковых клеток внутри стенки или на слизистой оболочке /по плоскости/ в виде папиллярных выростов на протяжении от 2 до 60 мм от основания опухоли, а в перпендикулярном направлении – в 77,6% случаев, из них в 53,7% – рак инфильтрировал подслизистый слой /T_2/, в 32,5% – мышечный слой /T_3/, в I3,8% – поражались все слои стенки пузыря и паравезикальная клетчатка, в 2 случаях из них с метастазированием рака в околопузырные и 5 случаях – в подвздошные лимфатические узлы.

I4. При составлении плана предстоящей операции хирургом-урологом должны быть учтены пути оттока лимфы от мочевого пузыря и возможного переноса раковых клеток по лимфатическим сосудам. Необходимо знать, в каких лимфатических узлах в первую очередь можно ожидать наличия метастазов рака, где искать регионарные лимфатические узлы при резекции и экстирпации мочевого пузыря.

I5. Как по литературным данным, так и нашими экспериментально-морфологическими исследованиями установлено, что внутриорганные лимфатические сосуды представляют собой единую сеть, связывающую все отделы мочевого пузыря. Отводящие лимфатические сосуды располагаются у боковых стенок и направляются с каждой стороны самостоятельными коллекторами к регионарным лимфатическим узлам. Переход лимфатических сосудов из одной стороны стенки пузыря на противоположную сторону наблюдался в 59,6% случаев.

I6. Регионарные лимфатические узлы топографически располагаются у корней крупных артериальных стволов и по ходу их ветвей. Почти в 90% случаев они лежат под местом деления общих подвздошных артерий. В 2/3 случаев лимфоузлы бывают крупных размеров /до I,5 x I,8 см/, числом не больше четырех. В I/3 случаев - они имеют небольшие размеры /до 0,6 x I,4 см/ и располагаются в форме цепочек и кучек вдоль подчревных наружных и общих подвздошных артерий и на протяжении аорты до чревной артерии.

I7. Раковые клетки, даже при небольших опухолях, занимающих один сегмент мочевого пузыря, могут распространяться по лимфатическим сосудам внутри стенки, переноситься из стенки одной стороны пузыря в стенку противоположной стороны и дальше в регионарные лимфатические узлы.

I8. Данные о ближайших исходах и отдаленные результаты резекции /до II,5 лет/ дают нам право рекомендовать ее /операцию/ как радикальный метод лечения рака мочевого

пузыря. Опасаться расширенных резекций /геми- и субтотальной/ даже с уретероцистонеостомией нет никаких оснований.

19. Удаление половины и 2/3 мочевого пузыря не опасно для жизни организма. Через 3-6 месяцев после иссечения части пузыря образуется полый орган с достаточной емкостью и хорошей функцией. Сохраняются сфинктеры пузыря и, следовательно, естественное мочеиспускание, что практически важно для жизни человека.

20. Успех лечения рака мочевого пузыря обусловлен ранней диагностикой и своевременным хирургическим лечением. Оперированные больные должны состоять на диспансерном учете и наблюдении.

ЛИТЕРАТУРА

а/ Отечественная

I. АБИЕВ М.Б. – Клиника и терапия опухолей мочевого пузыря. Госпитальное дело, I947, № I, стр.48–5I.

2. АБРАМЯН А.Я., РОМБЕРГ Л.Е. и МАЯНЦ А.И. – О ранней диагностике, лечении и профилактике опухолей мочевого пузыря. Советская хирургия, I938, т.IУ, вып.5, стр.547–576.

3. АБРИКОСОВ А.И. и СТРУКОВ А.И. – Патологическая анатомия. Медгиз,I953, стр.I79.

4. АЛАПИН Г.Я. – К вопросу о лечении опухолей мочевого пузыря. Новая Хирургия, I928, № 7, стр.I52–I54.

5. АЛАПИН Г.Я. и ЛЕМБЕРГ А.А. – Пневмоцистография в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Урология, I960, № 4, стр.27–3I.

6. АЛАПИН Г.А., КЛЕПИКОВ Ф.А. и КРИВОРОТЬКО В.Ф. – Ближайшие и отдаленные результаты лечения опухолей мочевого пузыря. Тезисы первой конференции урологов Грузинской ССР, Тбилиси, I96I,стр.I84–I86.

7. АЛИКШИБЕКОВ М.М.–Злокачественные опухоли мочевого пузыря. Бюл.госуд.научно-исслед.ин-та рентгенологии и радиологии Минздрава Азербайджанской ССР, I946, т.I, вып.I–2, стр.349–357.

8. АЛЕКСАНДРОВИЧ Г.Л. и СТАРОСЕЛЬСКИЙ Н.Л. – К вопросу о лечении опухолей мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, Медгиз,I954, стр.25–27.

9. АНДРЕС А.Г., ХЕСИН Л.Я. и СОРОКИНА М.И. – К кариологии раков мочевого пузыря. Архив пат.анат.и пат.физиологии, I939, т.У, № 3, стр.I2–23.

I0. АТАБЕКОВ Д.Н. – К резекции мочевого пузыря по поводу опухоли. Акушерство и гинекология, I940, № I0, стр.88.

II. АФАНАСЬЕВ,I859 – Цит.по В.М.Бехтереву и Н.А.Мислав-скому, I952.

I2. БАЛАШЕВ В.Н. – Изменения внутриорганной лимфатической системы желудка при поражении его раком. Вопросы онкологии, I958, т.4, вып.3, стр.300–306.

I3. БАЛАШЕВ В.Н. – Реакция лимфатической системы желудка кролика при опухолях Броун–Пирса в стенке органа. Тезисы докладов отчетной годичной конференции, посвященной 90–летию со дня рождения В.И.Ленина Ленинградского санитарно–гигиенического мединститута. Ленинград, I960, /25–29/IУ–60/, стр.I0–II.

I4. БАЛИЦКИЙ К.П. – Влияние "фактора распространения" иммунной "противофакторной" сыворотки на рост аденокарциномы мыши. Медичний журнал, I950, т.20, вып.2, стр.53–62.

I5. БАРАБУЛИН Г.И. – Лечение опухолей мочевого пузыря электрокоагуляцией. Моногр., I9I8, I–П.

I6. БАТУНИН М.П. – Клиническое значение лимфатической системы предстательной железы. В кн.научн.зап.Горьковского института дерматологии и венер., I940, сб.7, стр.223–228.

I7. БАТУНИН М.П. – Лимфатическая система и кровеносная система предстательной железы человека. Докт.дисс., I939, ЦИУ, Москва.

I8. БАТУЕВ Н.А. – Отношение брюшины к передней брюшной стенке при различной степени растяжения мочевого пузыря и прямой кишки у взрослого человека. Врач, I890, № I3, стр.300–303; № I5, стр.340–345.

I9. БАТУЕВ Н.А. – Анатомические и хирургические исследования мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. С–Пб, I887.

20. БЕРЕЗНЕГОВСКИЙ Н.И. – О пересадке мочеточников в кишечник. Дисс. Томск, I908.

2I. БЕРЕЗНЕГОВСКИЙ Н.И. и ШИПАЧЕВ В.Г. – Об образовании нового мочевого пузыря из кишки. Врачебная газета, I9I5, № I9–2I, стр.38I–383, 399–40I, 4I5–4I8.

22. БЕРМАН Л.М. – Прения. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. Москва, 1954, стр.163-164.

23. БЕРМАН Н.А. и ЧАКЛИН А.В. – Задачи уролога в противораковой борьбе. Урология, 1958, № 3, стр.38-42.

24. БЕСПАЛОВА Л.С. – Морфологические особенности путей лимфооттока, выявленные на трупах больных раком. Нов.хир.Арх., 1962, № 2, стр.27-34.

25. БЛИЗНЮК В.М. – Внутриорганная и внеорганная лимфатическая система мочевого пузыря и пути оттока лимфы от различных сегментов его. Урология, 1961, № 1, стр.41-45.

26. БЛИЗНЮК В.М. – Результаты хирургического лечения опухолей мочевого пузыря в зависимости от пределов внутристеночного роста новообразования и объема удаляемой части органа. В кн.:Тезисы докладов первой конференции урологов Грузинской ССР, 1961, стр.179-181.

27. БЛИЗНЮК В.М. – О резекции мочевого пузыря при эпителиальных опухолях его. Урология, 1963, № 3, стр.41-45.

28. БЛИЗНЮК В.М. – Причины запущенности рака мочевого пузыря и некоторые пути их устранения. Методическое письмо для врачей и фельдшеров лечпрофучреждений Свердловской области. Свердловск, 1963

29. БЛИЗНЮК В.М. и АСТАФЬЕВ Д.А. – Непосредственные и отдаленные результаты операции везико-сигмоанастомоза. Урология, 1958, № 2, стр.8-12. /Подготовка кишечника к пересадке мочеточников, стр.9/.

30. БЛУМЕНТАЛЬ Н.Л. и ИВАНОВ П.П. – К вопросу о корковой иннервации мочевого пузыря. Советская хирургия, 1933, т.5, № 1-3, стр.422-230.

31. БОГОЛЮБОВ В.Л. – К вопросу о частичном и полном иссечении мочевого пузыря при злокачественных новообразованиях. Медиц.обозрение, 1906, т.65, № 8, стр.514-524.

32. БОРИСОВ А.В. – Лимфатическая система стенки тощей и подвздошной кишки. Дисс., автореферат, Ленинград, 1953.

33. БОРИСОВ А.В. – Лимфатические сосуды тонкой кишки человека при карциноматозе брюшины. Вопросы онкологии, 1958, т.4, вып.6, стр.691–697.

34. БОЧАРОВ В.Я. – Новые данные к анатомии внутриорганных лимфатических и кровеносных сосудов почки человека. Труды Ленинградского сан.гигиен.мед.ин-та. Новые данные о лимфатической системе внутренностей. Медгиз, 1957, т.35, стр.164–185.

35. БРУСКИН Я.М. – Закономерности метастазирования при раке. Вопросы клинич.и экспер.онкологии, 1938, т.1, стр.89–104.

36. БРАУДЕ И.Л. – О лечении папиллом мочевого пузыря при помощи токов высокой частоты. Журнал акуш.и жен.бол., 1914, № 9, стр.1143–1148.

37. БРЕЙТМАН М.Г. – Результаты оперативного лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря. Новый хирургический архив, 1938, т.40, кн.159, стр.296–311.

38. БРУМБЕРГ А.С. – Неспецифические изменения в регионарных лимфатических узлах при злокачественных опухолях; Сборник трудов Курского госмед.ин-та, Курск, 1955, стр.44–48.

39. БУХМАН А.А. – Опухоли мочевого пузыря. Медицинская сестра, 1954, № 1, стр.14–16.

40. БЫСТРОВ Н.Н. – Об оперативном лечении опухолей мочевого пузыря. Дисс.С.-Петербург, 1912.

41. ВАЛТЕР А. – Курс анатомии человеческого тела. Киев, 1855.

42. ВАСИЛЬЕВ М.А. – О полном удалении мочевого пузыря при злокачественных новообразованиях. Врач, 1895, т.16, № 44, стр.1247–1248.

43. ВАСИЛЬЕВ М.А. – О влиянии резекции семявыносящего протока на тонус сфинктера мочевого пузыря. Русский хирургический архив, 1903, кн.1, стр.85.

44. ВАСИЛЬЕВ А.И. – Опухоли мочевого пузыря по материалам урологической клиники ВМА и урологического отделения больницы 25 октября. Труды ВМА им.С.М.Кирова, 1936, № 7, стр.239-254.

45. ВАСИЛЬЕВ Ю.М. – Соединительная ткань и опухолевый рост в эксперимение. Медгиз, 1961.

46. ВВЕДЕНСКИЙ А.А. – К вопросу о диагностике и оперативном лечении опухолей мочевого пузыря у мужчин. Хирургический вестник, 1886, май-июнь, стр.289-346.

47. ВВЕДЕНСКИЙ А.А. – Об оперативном удалении опухолей мочевого пузыря. Летопись хирургического общества в Москве, 1887, т.7, № 1, стр.7-9.

48. ВВЕДЕНСКИЙ А.А. – К вопросу о патологии и лечении полипозных новообразований мочевого пузыря. Хирургический вестник, ноябрь-декабрь, 1887, стр.727-753.

49. ВВЕДЕНСКИЙ А.А. – Топографический очерк женской промежности, мочевого пузыря и околопузырной клетчатки. Дисс., Москва, 1893.

50. ВВЕДЕНСКИЙ Д.А. – Клиника опухолей мочевого пузыря. Медицинская мысль Узбек.и Туркм., 1930, № 6, стр.5-16.

51. ВЕЛИКАНОВ К.Д. – Белковые фракции при хроническом пиэлонефрите. Урология, 1962, № 2, стр.3-6.

52. ВЕЛИКОРЕЧИН И.А. – Слияние и анастомозы отводящих лимфатических сосудов толстой кишки. Труды Ленингр.сан-гигиен.мед.ин-та, 1953, т.17.

53. ВЕЛЬЯМИНОВ Н.А. – Частичное иссечение мочевого пузыря при раке его. Хирургическая летопись, 1896, т.1, № 2, стр.248-256.

54. ВЕЛЬЯМИНОВ Н.А. – Случай полного вылущения мочевого пузыря. Врач, 1899, т.20, № 15, стр.447.

55. ВИКТОРОВ И., ПАТРАШКОВ Т., ЦОЛОВ Ц. и НАКОВ Э. – Цитологическая диагностика опухолей мочевого пузыря. Урология, № 6, 1963, стр.39-41.

56. ВЛАСОВ Н.С. – Иннервация движений мочевого пузыря. Дисс. Казань, 1903.

57. ВЫРЕНКОВ Е.Я. – Пути оттока лимфы от яичка и предстательной железы у человека. Докт.дисс., ЦИУ, Москва, 1948.

58. ВЫРЕНКОВ Е.Я. – Контакты лимфатической системы мочевых органов у человека. Труды У Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов. Медгиз, 1951, стр.134-136.

59. ВЫСОКОВИЧ В.К. – Патологическая анатомия. Киев, 1911.

60. ГАБУЗОВ А.Н. – Развитие мочевого пузыря, предстательной железы и семенных пузырьков у человека. Труды У Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов, Медгиз, 1951, стр.136-138.

61. ГАГМАН А.Н. – Об опухолях мочевого пузыря. Труды II съезда российских урологов. Москва, 1928, стр.3-7.

62. ГАЛЬЧИКОВ В.И. – О радикальном лечении злокачественных опухолей мочевого пузыря. Урология, 1963, № 1, стр.49-52.

63. ГАЛЬПЕРИН С.И. – К вопросу об участии блуждающих нервов в иннервации мочевого пузыря. Русск.физиолог.журнал, 1929, 12, 1, 29-44.

64. ГАРМСЕН Б.Н. – Образование искусственного мочевого пузыря. Русская клиника, 1925, т.3, № 14, стр.947-950.

65. ГАСПАРЯН А.М. – Клиника и лечение злокачественных новообразований мочевого пузыря. Труды II Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.140-144.

66. ГАСПАРЯН А.М. – Пластика мочевого пузыря отрезками тонкой кишки. Ярославль, 1959.
Цветков Е.П.

67. ГЕХМАН Б.С. – К вопросу о злокачественном течении доброкачественных опухолей мочевого пузыря. Хирургия, 1953, № 9, стр.66-67.

68. ГЕРЦЕНБЕРГ Г.И. – Хемокоагуляция при опухолях мочевого пузыря. Журн.для усов.врачей, 1926, № 2, стр.101-103.

69. ГЕРЦЕНБЕРГ Р.Л. и БАЛЯСОВ К.Д. – Лимфатические сосуды простаты. Труды I Всероссийск.съезда урологов, 1927, стр.140-143.

70. ГОЛЬБЕРТ З.В. и ШАБАД Л.М. – О предсаркоме. В кн.:Злокачественные опухоли. Москва,1948, вып.8, стр.23-28.

71. ГОЛЬДШТЕЙН Л.М. и КЛЕЙНМАН Д.Л. – Лимфообращение при некоторых экспериментальных опухолях. Проблемы онкологии, Труды института онкологии АМН СССР, вып.IУ, 1962, стр. 107-129.

72. ГОЙБЕРГ М.И. – Отдаленные результаты сочетанного лечения рака мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конф.урологов.Медгиз,1960, стр.38-39.

73. ГОЙБЕРГ М.И. – Прения по лечению рака мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. Медгиз,1954, стр.165-166.

74. ГОЛИГОРСКИЙ С.Д. – Очерки урологической семиотики и диагностики. Кишинев, 1956.

75. ГОЛЬДИНА Б.Г. – К вопросу об изменении гистоморфологии раковой опухоли в метастазах. Арх.патол., 1949, т.П, вып.3, стр.65-69.

76. ГОЛЬДИН Г.И. – Циститы. Медгиз, 1960.

77. ГОМБЕРГ Л.Е. – Прения о диагностике и лечении опухолей мочевого пузыря. Труды П Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.162-163.

78. ГОЛЬДИН Г.И. – Эволюция взглядов на хирургические методы лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, Медгиз, 1954, стр.32-34.

79. ГЗИРИШВИЛИ Г.А. – Резекция мочевого пузыря при злокачественных опухолях. В кн.:Тезисы докладов первой конференции урологов Грузинской ССР, Тбилиси,1961, стр.163-164.

80. ГИРТЛЬ И. – Руководство к анатомии человека. Москва, 1879.

81. ГОРАШ В.А. – К вопросу об обширной резекции стенки мочевого пузыря. Новое в медицине, 1911, № 24, стр.1353-1356.

82. ГОРАШ В.А. – К лечению опухолей мочевого пузыря. Врачебная газета, 1914, т.21, № 18, стр.756.

83. ГОРАШ В.А. – Сравнительная оценка внутрипузырных операций опухолей мочевого пузыря. XIII съезд российских хирургов, 1913; приложение – хирургия, 1914, т.35, № 209, стр.233-238.

84. ГОРАШ В.А. – К вопросу о диагностике опухолей мочевого пузыря. Вестник Хирургии им.И.И. Грекова, 1936, т.45, кн.123, стр.122.

85. ГОЛОВИНЧИЦ В.А.– и БАЛАНИНА Н.В. О границах оперативного вмешательства при раке желудка. Вопросы рентгенологии, Труды ЦНИИР и Рад., 1952, т.7, стр.81-94.

86. ГРИГОРЬЕВА Е.Н.– Контакты лимфатических путей мочевого пузыря и прямой кишки. Ивановский госмединститут, научные труды, 1949, стр.27-28.

87. ГРИГОРЬЕВА Е.Н.– Пути оттока лимфы от мочевого пузыря и прямой кишки у человека. Дисс.канд., Иваново, 1949.

88. ГРИГОРЬЕВА Н.В.– Дистанционная гаммaтерапия рака мочевого пузыря. Урология, 1954, № 2, стр.40-43.

89. ГРОСМАН Ф.С. – Лечение лучистой энергией злокачественных опухолей мочевого пузыря и предстательной железы. Вестник рентг. и радиол., 1931, т.9, вып.5-6, стр.380-390.

90. ГУЛЫНСКИЙ Н.В. – Случай спонтанного разрыва мочевого пузыря. Урология, 1927, т.IУ, вып.П, стр.79-85.

91. ГОРЮНОВА М.П. – Закономерности метастазирования злокачественных опухолей и их практическое значение для хирурга. Труды научно-исслед.институтов Свердловского облздрава, 1937, сб.№ 8, стр.214-227.

92. ГОРЮНОВА М.П. – Дальнейшее наблюдение над закономерностями метастазирования при злокачественных опухолях. В кн.:Проблемы онкологии, сб.работ Свердловского обл.ин-та физиотерапии и курортологии, 1939, сб.№ 4,вып.2, стр.115-123.

93. ГОРЮНОВА М.П. – Практические выводы по изучению закономерностей прямого распространения и метастазирования рака желудка. Труды АМН СССР, 1952, и.21, вып.5, стр.12-16.

94. ГОРОДИНСКИЙ Д.М. – Образование мочевого пузыря из выключенной слепой кишки и мочеиспускательного канала из червеобразного отростка. Новый хир.арх., 1935, т.33, кн.2,стр.290-294.

95. ГОТЛИБ Я.Г. – О диагностике и лечении опухолей мочевого пузыря. Вестн.совр.мед., 1925, № 2, стр.11-13.

96. ГОТЛИБ Я.Г. – Опухоли мочевого пузыря. Эндовезикальное лечение. Нов.хир.арх., 1927, т.14, кн.1,№ 53, стр.28-41.

97. ГОТЛИБ Я.Г. и СТРОКОВ Ф.Я. – Рентгенодиагностика опухолей мочевого пузыря. Урология, 1927, т.IУ, вып.3, стр.36-42.

98. ГОТЛИБ Я.Г. – Эндовезикальное лечение опухолей мочевого пузыря. Труды П съезда российских урологов, Москва,1928, стр.7-11.

99. ГУЗЬ В.О. – О лимфатических сосудах в злокачественных опухолях. Вопросы онкологии. Харьков, 1935, т.8, стр.5-18.

100. ГУСЫНИН В.А. – Случай частичной резекции мочевого пузыря по поводу раковой язвы его. Казан.мед.журнал, 1929, т.29, № 9, стр.992.

101. ДАВЫДОВА Е.М. – Диагностика, лечение и отдаленные результаты при опухолях мочевого пузыря. В кн.: Тезисы докладов 1-й научной конференции молодых научных работников Московского обл. научно-исследов.клинич.ин-та. Москва, 1949, стр.10-11.

102. ДЕРЕВЯНКО И.М. – Клиника и диагностика опухолей мочевого пузыря. В кн.:Тезисы докл.1 научн.конф.клинич. ординаторов Ставропольского мед.ин-та. Ставрополь, 1954, стр.8-9.

103. ДЕМИН В.Н. – Обоснование способов оперативного лечения рака толстой и прямой кишок в зависимости от особенностей роста и распространения опухолевого процесса. Дисс.докт.,Ленинград, 1958.

104. ДЕЙНЕКА И.Я. – О раковом лимфангоите и метастазах при раке прямой кишки. Врачебное дело,1950, № 6, стр.509-516.

I05. ДЕРЮЖИНСКИЙ С.Ф.- Обширная резекция стенки мочевого пузыря по поводу рака у женщины с благоприятным исходом. Хирургия, I903, т.XIK, № 80, стр.I52-I60.

I06. ДОБРОСЕРДОВ К.В.- Методы инъекции лимфатической системы. Труды Курского медиц.ин-та, I946, т.П, вып.I, стр.45-52.

I07. ДОБРОТВОРСКИЙ В.И.- Оценка методов и результатов оперативного лечения опухолей мочевого пузыря. Нов.хир.арх., I92I, т.I, № 3, стр.353-380.

I08. ДОБРОТВОРСКИЙ В.И.- Трансудация кровяной плазмы через ворсинчатые опухоли мочевого пузыря и ее клиническое значение. Вестн. хир.и погр.обл., I922, т.П, № 4,5,6, стр.67-69.

I09. ДОБРОТВОРСКИЙ В.И.- Опухоли мочевого пузыря и их лечение. Моногр. I922.

II0. ДОБРОТВОРСКИЙ В.И.- Несколько замечаний о тотальном удалении мочевого пузыря при раке. Урология, I928, т.У, вып.I, № I9, стр.23-27.

III. ДОГЕЛЬ И. - Современный взгляд на строение и отправление лимфатических желез. Москва, I863.

II2. ДОГЕЛЬ И.В. - Иконография кровеносных и лимфатических сосудов. Казань, I903.

II3. ДОГЕЛЬ И. - Сравнительная анатомия, физиология и фармакология кровеносных и лимфатических сосудов, крови и лимфы. Казань, I904, I.П.

II4. ДОЛГОВА М.А. - Внутриорганные лимфатические сосуды печени человека при раке. Вопросы онкологии, I96I, 7,9, стр.69-73.

II5. ДУБОВОЙ Е.Д. и МОТНЕНКО А.Н. - Рентгенотерапия злокачественных опухолей мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. Медгиз, I954, стр.I60-I6I.

II6. ДУНАЕВСКИЙ Л.И. - Гипертрофия предстательной железы. Монография. Биомедгиз, I935.

II7. ДУНАШЕВ Н.В. - О приоритете отечественных хирургов и урологов в разработке методов лечения опухолей мочевого пузыря и предстательной железы. Труды П Всесоюз.конф.урологов, Медгиз, I954, стр.I44-I49.

II8. ЕРМОЛЕНКО А.И. – К диагностике и лечению опухолей мочевого пузыря. Труды Воронежск. медиц.ин-та, I934, т.2, стр.352-358.

II9. ЕРЕМИН И.К. – К диагностике и лечению опухолей мочевого пузыря. Труды Воронежского мед.ин-та, I959, т.34, стр.I97-203.

I20. ЕРУХИМОВ Л.С. и ЗОЛОТЦЕВ В.П. – Применение химиопрепаратов при раке мочевого пузыря. Симпозиум по вопросам клинического изучения противоопухолевых препаратов. Киев, I96I.

I2I. ЕРУХИМОВ Л. и ЗОЛОТЦЕВ В. – Химиотерапия рака мочевого пузыря. В кн.:Тезисы докладов Первой конференции урологов Грузинской ССР, I96I, стр.I72-I73.

I22. ЕРУХИМОВ Л.С., ЗОЛОТЦЕВ В.П. и КАГРАМАНОВ С.В. – Опыт лекарственной терапии рака мочевого пузыря. Урология, I962, № 3, стр.54-58.

I23. ЕРУХИМОВ Л.С. – Результаты применения азотипритов при раке мочевого пузыря. Урология, I963, № 6, стр.4I-45.

I24. ЖДАНОВ Д.А. – Новейшие методы исследования лимфатической системы, их результаты и задачи. Труды Воронежского мединститута, I937, т.6, стр.40-74.

I25. ЖДАНОВ Д.А. – Функциональная анатомия лимфатической системы. Горький, I940.

I26. ЖДАНОВ Д.А. – Хирургическая анатомия грудного протока и главных лимфатических коллекторов и узлов туловища. Горький, I945, Монография.

I27. ЖДАНОВ Д.А. – Общая анатомия и физиология лимфатической системы. Медгиз, I952.

I28. ЖДАНОВ Д.А. – Макромикроскопические и стереоморфологические методы исследования конструкции органов. В кн. Современные методы и техника морфологических исследований. Медгиз, I955.

I29. ЖДАНОВ Д.А. – Функционально-морфологические закономерности архитектоники и гистотопографии интраорганной лимфатической системы внутренностей. Сб. трудов:"Новые данные о лимфатической системе внутренностей.Москва-Ленинград,I957,т.35,стр.5-I2.

I30. ЖДАНОВ Д.А. – Новые данные по анатомии лимфатической системы внутренностей и их значение в патологии. Труды X сессии АМН СССР: – злокачественные новообразования. Медгиз, I959, стр.63–67.

I3I. ЖДАНОВ Д.А. – Возрастные изменения конструкции лимфатических узлов и ее значение для движения лимфы и лимфопоэза. Тезисы докладов I научной конференции морфологов республик средней Азии и Казахстана. I960, стр.I25.

I32. ЖУКОВА М.Н. и РЕПКИНА И.К. – Лечение опухолей мочевого пузыря радиоактивным кобальтом. Урология, I957, № I, стр.40–44.

I33. ЖУКОВА М.Н. – Осложнения и некоторые особенности течения болезни при лечении опухолей мочевого пузыря радиоактивным кобальтом. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, I960, стр.28–30.

I34. ЗАВАРЗИН А.А. и ШЕЛКУНОВ С.И. – Руководство по гистологии, изд.7, Медгиз, I954, стр.634–635.

I35. ЗНАМЕНСКИЙ Н.Н. – О частичном иссечении стенок мочевого пузыря. Мед.обозр., I884, т.2I, № 2, стр.I54–I7I, № 4, стр.398–405.

I36. ЗАЙЦЕВ М.Г. – Общее в терапии и практике метастазирования при злокачественных новообразованиях и общей гнойной инфекции. Труды научно-исслед.инст-та Свердловского облздрава. Свердловск, I94I, сб.I7, стр.56–69.

I37. ЗАХАРЬЯН С.Т. – Опухоли мочевого пузыря. Урология, I940, т.I7, № I, стр.I02–I05.

I38. ЗЕРНОВ Д. – Руководство описательной анатомии человека. Москва, I9I0.

I39. ЗИЛЬБЕР Л.А. – К этиологии злокачественных новообразований и, в частности, опухолей мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюз. конференции урологов, I954, стр.I36–I39.

I40. ЗОЛОТУХИН А.С. – Рентгеноангиология. Ленинград, I934.

I4I. ЗОЛОТУХИН А.С. – Проблема моторики лимфатического русла. Сб.работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный XXX-летию деятельности проф.А.В.Смирнова. Медгиз, Ленинград, I944, стр.99–I02.

I42. ЗЫКОВ В.Н. – Оперативное лечение опухолей мочевого пузыря. Хир.летопись, I896, т.I, № 6, стр.970-995.

I43. ИВАНОВ Г.Ф. – Основы нормальной анатомии человека. Медгиз, I949, т. II, стр.640.

I44. ИВИНСКАЯ И.К. – Пересадка мочеточников в кишечник. Канд.дисс.,Саратов,I952.

I45. ИГЛИЦИН Н.М. и РОМАНОВА В.А. – Демукозация мочевого пузыря. Труды II Всесоюзной конференции урологов. Медгиз, I954, стр.I5I-I53.

I46. ИГНАШКИНА М.С. и БАЛАШЕВ В.Н. – Изменения лимфатической системы диафрагмы кролика при экспериментальной опухоли. Тезисы докладов отчетной годичной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения В.И.Ленина, Ленинградского санитарно-гигиенического медиц.ин-та, Ленинград, I960, стр.4I-42.

I47. ИНАСАРИДЗЕ Г.З. – Экспериментальные данные перевязки вен мочевого пузыря и клинические наблюдения аналогичных изменений у больных при патологии в системе plexus urogenitalis. Труды I украинского съезда урологов, Киев, I939, стр.78-83.

I48. ИОЗЕФ Э. – Лечение папилломы мочевого пузыря токами высокой частоты. Научные курсы для усверш.врачей, I9I3, № I2, стр. 236-237.

I49. ИОЗЕФ Э. – Современное состояние вопроса о лечении опухолей мочевого пузыря. Врачебное обозрение, I92I, № 4, стр.I4I-I46.

I50. ИРГЕР Ю.М. – К клинике опухолей мочевого пузыря. Вестник хирургии и погр.обл., I932, т.27, кн.80-8I, стр.I06-II9.

I5I. ИРГЕР Ю.М. и МИХЕЛЬСОН А.И. – Об опухолях мочевого пузыря. Урология, I935, т.I2, № 2, стр.62-7I.

I52. ИРГЕР Ю.М. – Влияние некоторых лекарственных веществ на мускулатуру мочевого пузыря /эксперим.исследование/. Урология, I935, т.I2, № I, стр.I-9.

I53. ИССЕРСЕН М.Л. – К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря. Вестник хирургии и погр.обл.,I927, т.I0, № 28-29, стр.245-248.

I54. ИОСИФОВ Г.М. – Способ инъекции лимфатических сосудов. Русский врач, I904, № I0, стр.357.

I55. ИОСИФОВ Г.М. – Лимфатическая система человека, I9I4, известия Томского университета, кн.IX.

I56. ИОСИФОВ Г.М. – Лимфатическая система человека, I930.

I57. КАНТИН А.В. и ПРИВЕС М.Г. – О рассасывании введенного подкожного торотраста при раке молочной железы. Вестник рентгенологии и радиологии, I952, № 5, стр.76–78.

I58. КАНТИН А.В. – К вопросу о радиохирургическом лечении больных раком и папилломами мочевого пузыря. Вестн.рентген. и радиол., I953, № I, стр.39–44.

I59. КАВЕЦКИЙ Р.Е. – Опухоль и организм. Гос.мед.изд. УССР, Киев, I962.

I60. КАРПУНЬКИН И.П. – Хирургическое лечение больных новообразованиями мочевого пузыря. Урология, I957, № I, стр.35–39.

I6I. КАСПЕР Л. – Лечение опухолей мочевого пузыря. Русский врач, I904, т.3, № 50, стр.I68I–I684.

I62. КОГАН Г.И. и БОБРОВ Н.Н. – Клиническое толкование лабораторного анализа. Медгиз, I949.

I63. КОЛОСОВ Г.А. – К учению о новообразованиях мочевого пузыря. Рус.хир.архив, I903, № 5, стр.3I2–3I9.

I64. КОМАРОВА В.С. – Показания к радикальному хирургическому лечению опухолей мочевого пузыря. Тезисы докл.на III Всесоюзной конференц.урологов, Тбилиси, I958, стр.2I–23.

I65. КОРИН Д.Л. и МАРУСЕВ Е.А. – Отдаленные результаты лечения опухолей мочевого пузыря. Урология, I964, № I, стр.46–49.

I66. КОРНЯНСКИЙ Г.П. – К вопросу о церебральных расстройствах мочеиспускания. Вопросы нейрохирургии, I940, № 4, стр.66–78.

I67. КОРОТКОВА Н.А. и ОЛЕНЕВА Е.Н. – Некоторые данные о лимфогенном метастазировании опухоли желудка в прямую кишку в условиях эксперимента. Тезисы трудов I науч.конф.морфологов республик Средней Азии и Казахстана, I960, стр.I7I–I73.

I68. КОСИЦИН И.И. – О возможности впадения лимфатических сосудов в вены без перерыва их в лимфатических узлах. Сб.трудов Ижевского мед.ин-та, I946, т.5, стр.I75-I80.

I69. КОЧЕРГИНСКИЙ А.С. – Генез и топография тазового сплетения. Акуш.и гинекол., I947, № 5, стр.28-3I.

I70. КОФФИ Р. – Пересадка мочеточников в толстую кишку по методу подслизистой имплантации. Советская хирургия, I933, т.У, вып.I-2, стр.323-332.

I7I. КРАЙЗЕЛЬБУРД Л.П. – Анализ диагностических ошибок и расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов при раке мочевых органов. Труды 3-й Всесоюз.конф.урологов. Медгиз, I960, стр.24-25.

I72. КРАЙЗЕЛЬБУРД Л.П. – Опухоли мочевого пузыря. Материалы по борьбе со злокачественными опухолями. Уфа, I953, вып.I, стр.3-8.

I73. КРАЕВ А.В. – Анатомо-экспериментальные исследования лимфатической системы мочевого пузыря. Автореферат дисс.канд., Ленинград, I956.

I74. КРАЕВ А.В. – Внутриорганная лимфатическая система мужского мочевого пузыря. В сборнике трудов: "Новые данные о лимфатической системе внутренностей", М.-Л., I957, т.35, стр.I86-206.

I75. КРАЕВ А.В. – Лимфатическая система печени при поражении ее злокачественными опухолями. Сб.работ каф.пат.анат. Сталинабад, I959, I, стр.I07-II4.

I76. КУДРИН И.С. – К анатомии лимфатической системы матки. Труды Ленинград.сан.-гиг.мед. ин-та. Ленинград, I953, т.I7, стр.

I77. КУЗНЕЦКИЙ Л.П. – К оперативному вмешательству при опухолях в мочевом пузыре у беременных. Русский врач, I909, т.8, № I6, стр.535-538.

I78. КУЗЬМИН В.Г. – Эксфолиативная диагностика опухолей мочевого пузыря. Вопросы онкологии, I963, т.IX, № II, стр.68-73.

I79. КУПЕРШЛЯК М.Г. – К вопросу об энцовезикальной терапии опухолей мочевого пузыря. Урология, I935, том I2, № I, стр.25-28.

I80. КУПЕРШЛЯК М.Г. и САВИНКОВ Б.Ф. – Лечение опухолей мочевого пузыря. Урология, I958, № 4, стр.24–29.

I8I. КУРБСКАЯ Р.А. – Направление и слияние токов лимфы в малом тазу человека. В кн.:Материалы к анатомии лимфатических сосудов и узлов. Горький, I942, стр.4I–I00.

I82. КУЧЕРА Я.Н. – О лечении опухолей мочевого пузыря. Урология, I964, № I,стр.45–49.

I83. ЛАВРЕНТЬЕВ Б.И., I9I3.– Цит.по Е.К.Плечковой, I947.

I84. ЛАРИОНОВ П.А. – Полное удаление мочевого пузыря при раке его. Труды общества врачей Баку, I909–I9I0,№ 2, стр.I00.

I85. ЛАРИОНОВ Л.Ф. – Химиотерапия злокачественных опухолей. Москва, I962, стр.384.

I86. ЛЕБЕДИНСКИЙ А.В. и САВВИН Н.Г. – О механизме возникновения невроген ных дистрофий. I945.

I87. ЛЕВАНТ Д.Е. – К вопросу о лечении рака мочевого пузыря. Труды Ш Всесоюзной конференции урологов, I960,стр.I0–I3.

I88. ЛЕВИТ В.С. – К вопросу о полном удалении пузыря при доброкачественных папилломах. Иркутский мед.журнал, I929, I–2, стр.III–I20.

I89. ЛИДСКИЙ А.Т. – О пластике мочевого пузыря отрезком кишки. Врачебная газета, I924, № 4, стр.I90–I92.

I90. ЛЕЖНЕВ Н.Ф. – Лечение опухолей мочевого пузыря. Русский врач, I905, № 47 и 48, стр.I465–I469, I499–I504.

I9I. ЛИНКБЕРГ А.Я. – Лечение эктопированного мочевого пузыря пересадкой мочеточников в модефицированный резервуар, сделанный из толстой кишки. Н.Х.А, I958, № 2, стр.73–76.

I92. ЛИСОВСКАЯ С.Г. – Прения. Труды П съезда российских урологов, I928, стр.38.

I93. ЛИСОВСКАЯ С.Г. – Прения. Труды Ш съезда российских урологов, I930, стр.52.

I94. ЛИСОВСКАЯ С.Г. – Прения на заседании Ленинградского урологического общества. Вестник хирургии, I95I, № I, стр.76.

I95. ЛИФШИЦ М.И. – Учение об опухолях у человека. Госуд. издат.Украины, Харьков, I927,стр. I36–I37.

I96. ЛУКАШИН Г.И. – Диагностика и лечение рака мочевого пузыря. Труды III Всесоюзной конференции урологов, I960, стр.43.

I97. ЛУРЬЕ З.Л. – Неврогенные расстройства мочеиспускания. В кн.:Вопросы практической урологии, Москва, I949, стр.II9–I33.

I98. МАКАШЕВ Г.В. и СОКОЛОВ А.А. – Функция почек при пересадке мочеточников в кожу. Новый хирургический архив, I930, т.XX, кн.3, стр.457.

I99. МАКСИМЕНКОВ А.Н. – Вены таза. В атласе: Периферическая нервная и венозная система. Медгиз, I949, гл.XIУ.

200. МАКСИМОВ В.В. – Удаление новообразований мочевого пузыря надлонным сечением с наложением пузырного шва. Труды рос.мед.о-ва Варшавского университета, I903, № I0.

20I. МАКСИМОВ В.В. – Опыты применения струнных нитей для пузырного шва при цистостомии. Дисс., I876, Петербург.

202. МАКСИМОВИЧ И.Н. – К клинике тотальной экстирпации мочевого пузыря. Нов.хир.арх.,I927, т.8, № 5I, стр.39I–397.

203. МАРКОВ Н.В. – Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщин. Свердловск, I947.

204. МАМИКАНОВ М.Г. – Некоторые результаты комплексного лечения опухолей мочевого пузыря. Труды I-й респ.конф.урологов Азербайджана. Баку, I958,стр.278–283.

205. МАЛЫШКЕВИЧ А.Б. – Эндовезикальная пункция как метод ранней цитологической диагностики опухолей мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конф.урологов. Медгиз, I954, стр.37–38.

206. МАЙСКИЙ И.П. и ТРОИЦКАЯ Н.А. – О факторе распространения в опухолях человека. Бюлл.эксперим.биологии и медицины, I95I, № I2,стр.464–469.

207. МАЙСКИЙ И.П. – О биологических основах противоракового иммунитета. В кн.:Научная конференция, посвященная вопросам иммунологии злокачественных опухолей. Москва,Тезисы докладов,I954,стр.3–4.

208. МАРИНБАХ Е.Б. – Об оперативном лечении больных распространенным раком мочевого пузыря. Урология, I964, № 2, стр. 44–49.

209. МАТРИРОСЯН Г.С. и АРЗУМАНЯН Г.А. – Сравнительные данные цитологической и цистоскопической диагностики опухолей мочевого пузыря. Урология, I957, № I, стр.32–35.

2I0. МАСЮКОВА Е.М. – О распространении раковой опухоли по пищеводу при раке кардии. Сб. трудов, посвященный проф.А.Г.Савиных, Томск, I948, стр.65–75.

2II. МАСЮКОВА Е.М. – О распространении раковой опухоли по пищеводу при раке кардии. В кн.: Вопросы онкологии, М., I950, стр. 242–246 /тр.Всесоюз.конф.онк., I947/.

2I2. МАРЬЯШЕС С.Е. – Несколько слов об опухолях пузыря у мужчин, их диагностике и лечении. Хирургический вестник, I886, № II–I2, стр.675–706.

2I3. МАЦ Д.И. – Материалы к статистике заболеваемости злокачественными опухолями. Врачебное дело, I958, № 8, стр. 8I3–8I6.

2I4. МАЛЫШКЕВИЧ А.Б. – К методике цитологической диагностики опухолей мочевого пузыря. Урология, № I, стр.5I–52, 1955.

2I5. МГАЛОБЛИШВИЛИ Г.И. – Тазовая флебография в диагностике опухолей мочевого пузыря. Урология, I960, № 4, стр.I7–24.

2I6. МЕЛЬНИКОВ А.В. – Об экстраорганных и интраорганных коллатералях. Вестник хирургии, I922, т.II, кн.4,5,6.

2I7. МЕЛЬНИКОВ А.В. – К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря и уретры. Нов.хир.арх., I924, т.VI, кн.22–23, стр.259–264.

2I8. МЕЛЬНИКОВ А.В. – Клиника метастазов. Труды I съезда онкологов УССР. Медгиз, М.–Л., I940, стр.236–250.

2I9. МИКУЛИН Н.Ф. – Об образовании искусственного мочевого пузыря. Вестник хирургии, I930, т.XIX, кн.55, стр.I60–I7I.

220. МИЛОСЛАВСКИЙ И.М. и ШКОЛЬНИК М.И. – Рак мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюз.конф.урологов, Медгиз, I960, стр.39–40.

221. МИЛОСЛАВСКИЙ И.М., ШКОЛЬНИК М.И. и ФАЙН Е.А. – Анализ ближайших и отдаленных результатов комбинированного лучевого лечения 322 больных раком мочевого пузыря. В кн.:Тезисы докладов I-й конференции урологов Грузинской ССР, I96I,стр.I88-I89.

222. МИРОТВОРЦЕВ С.Р. – Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. Дисс.СПБ, I909.

223. МИРОТВОРЦЕВ С.Р. – К вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. Труды IX съезда российских хирургов, М., I9I0, стр.205-206.

224. МИРОТВОРЦЕВ С.Р. – Методы отведения мочи в кишечник и их отдаленные результаты. СПБ, I9I0.

225. МИХАЙЛОВ, I908. – Цит.по Е.К.Плечковой, I947.

226. МИХЕЛЬСОН Я.Д. – Лечение доброкачественных опухолей мочевого пузыря при помощи электрокоагуляции. Врачебная газета, I927, № 2, стр.93-99.

227. МИХЕЛЬСОН Я.Д. – К клинике и лечению папилломатозных опухолей мочевого пузыря на основании материалов урологической клиники за последние два года. Труды II съезда рос.урологов, Москва, I928, стр.I4-I5.

228. МОДЛИНСКИЙ П.И. – Лечение новообразований мочевого пузыря. Дисс.,Москва,I899.

229. МОДЛИНСКИЙ П.И. – Хирургия новообразований мочевого пузыря. Монография, Москва,I899.

230. МОРОЗОВ А.И. – Диагностика и лечение эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Канд.дисс.,Автореферат,Харьков, I955.

23I. МУРВАНИДЗЕ Д.Д. – К вопросу о радикальном оперативном лечении новообразований мочевого пузыря. Дисс.канд., Тбилиси, I95I.

232. МУРВАНИДЗЕ Д.Д. – Об удалении мочевого пузыря и пересадке мочеточников в прямую кишку по способу А.П.Цулукидзе. Труды Тбилиского ГИДУВа, I952,т.3, стр.3-II.

233. МУРВАНИДЗЕ Д.Д. – О радикализме в лечении опухолей мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конф.урологов. Медгиз, I960, стр.20-2I.

234. НАССБАУМ – К вопросу об иннервации детрузора. Варшава, 1879, вып.5.

235. НЕМОЙ А.С. и ШАБАД А.Л. – Опухоли дивертикула мочевого пузыря. Урология, 1962, № 3, стр.51-54.

236. НЕЙМАН И.М., СИНАЙ А.Н. и ТЕМКИН И.С. – Экспериментальные опухоли мочевого пузыря у собак. Труды 2-й Всесоюзной конф.урологов, Медгиз, 1954, стр.159-160.

237. НЕЧАЕВ М.В. – К вопросу о морфологических изменениях лимфатических узлов при раковых опухолях. Дисс. СПб, 1912.

238. НИКИТИН Б.М. – Морфология предрака и рака мочевого пузыря. Урология, 1962,№ 6, стр.34-36.

239. НИСНЕВИЧ Л.М. – О закономерностях метастазирования при раке. Вопросы клинич.и экспер. онкологии, 1938, т.1, стр.104-109.

240. НИСНЕВИЧ Л.М. – Пути метастазирования и принципы удаления лимфоузлов при раке. Нов. хирург.архив, 1940, т.47, кн.3, стр.126-131.

241. НИХАМКИНА Е.А. – Комбинированное лечение рака мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конф.урологов. Медгиз, 1954, стр.35-37.

242. ОГНЕВ Б.В. – Пути оттока лимфы от яичника и червеобразного отростка. Сб.трудов, посвященный 35-летию проф.А.И.Абрикосова, 1936, стр.2-92.

243. ОГНЕВ Б.В. – Тончайшие кровеносные сосуды мочевыводящих путей человека. Урология, 1935, № 2, стр.53-58.

244. ОГНЕВ Б.В. – О путях и некоторых закономерностях метастазирования злокачественных эпителиальных опухолей. Труды X сессии АМН СССР: Злокачественные новообразования. Медгиз, 1959, стр.67-70.

245. ОЛЕНЕВА Е.Н. – Особенности внеорганной лимфатической системы прямой кишки и связи ее с некоторыми органами таза и промежности. Сб.научн.трудов Ивановского мед.ин-та, 1959, вып.22, стр.

246. ОППЕЛЬ В.А. – Коллатеральное кровообращение. СПб, 1910.

247. ОППЕЛЬ В.А. – Выключение мочевого пузыря. Труды Военно-медиц.Академии, 1912, кн.4, стр.3-50.

248. ОППЕЛЬ В.А. – К вопросу об отдаленных результатах выключения мочевого пузыря. Вестник хирургии и погр.областей, I93I, т.23, кн.68-69, стр.3I7-3I8.

249. ОСТРОВЕРХОВ Е.Г.–Лимфатическая система нормального желудка и при раковых опухолях. Сб. трудов госпит.хирургич.клиники I Московского медиц.ин-та, посвященный памяти П.А.Герцена. Москва, I949, стр.I9-80.

250. ПАНШ А. – Основы анатомии человека. СПб,I888.

25I. ПАЧЕС Воцлав – О лечении рака мочевого пузыря радиоактивным золотом. Урология,I964, № I, стр.42-45.

252. ПЕТРОВ Н.Н. – Иссечение мочевого пузыря при раке его. Врачебная газета, I909, № 44, стр.I33I.

253. ПЕТРОВ Н.Н. – Злокачественные опухоли. Клиническое руководство, I93I, т.I, стр.I0-II.

254. ПЕТРОВ Н.Н. – Распространение злокачественных опухолей по организму, метастазы и рецидивы. Клинич.руков.:Злокачественные опухоли, Медгиз, I947, т.I, стр.252-266.

255. ПЕТРОВ Н.Н. – Влияние нервной системы на опухолевый рост. Хирургия, I953, № 3, стр. 7-I5.

256. ПЕТРОВА О.А. – Артерии мочевого пузыря. Автореферат канд.дисс.,I949, Ленинград.

257. ПЕРЕЛЬМАН С. – К вопросу об этиологии опухолей мочевого пузыря. Урология, I934, т.XI, № I, стр.57-60.

258. ПЕРЕЛЬМАН В.М. – К рентгендиагностике опухолей мочевого пузыря. Вопросы онкологии, I962, № I0, стр.29-34.

259. ПЕТКОВИЧ С. – Оперативное лечение эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Урология, I956, № 3, стр.25-33.

260. ПЕТКОВИЧ С. – Анализ послеоперационных осложнений и непосредственные результаты пересадки мочеточников в толстую кишку. Урология, I957, № I, стр.46-54.

26I. ПЕЧАТНИКОВА Е.А.–Пути лимфогенного метастазирования рака кардии. Вестник хирургии,I958, № 4, стр.I4-2I.

262. ПРИВЕС М.Г. – Рентгенография лимфатической системы /лимфообращение при злокачественных новообразованиях, стр.87-89/, Ленинград, 1948.

263. ПИРОГОВ Н.И. – Отечественные записки. 1860, № 2, стр.391-406.

264. ПИРОГОВ Н.И. – Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций. СПб, 1861.

265. ПИНЕВИЧ М.В. – Некоторые вопросы ранней диагностики опухолей мочевого пузыря. Урология, 1957, № 3, стр.42-44.

266. ПИНЕВИЧ М.В. – Диагностика и лечение предраковых и раковых заболеваний мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюз.конф.урол., Медгиз, 1960, стр.13-15.

267. ПИНЧУК Г.И. и ХАН Я.М. – Клинико-рентгенологические параллели при опухолях мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюз.конф.урологов, Медгиз, 1960, стр.15-16.

268. ПЫТЕЛЬ А.Я. – Заключительное слово. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, Медгиз, 1960, стр.192.

269. ПЫТЕЛЬ А.Я. и ПОГОРЕЛКО И.П. – Опухоли мочевого пузыря. В кн.:Основы практической урологии. Медгиз, УзССР, 1964, стр.244-256.

270. ПЫТЕЛЬ А.Я. – Об оперативном лечении больных раком мочевого пузыря. Урология, 1964, № 3, стр.33-48.

271. ПЛАТОНОВ П., 1858. – Цитировано по А.В.Краеву, 1957.

272. ПОГОРЕЛКО И.П. и ЗМОЙРО И.Л. – К лечению новообразований мочевого пузыря. В кн.:Тезисы докладов I конференции урологов Грузинской ССР, 1961, стр.174-176.

273. ПОГОЖЕВА Л.Н. и ЦЫПКИН И.С. – Значение микроскопического исследования мочи в диагностике новообразований мочевого пузыря. Урология, 1957, № 1, стр.27-31.

274. ПОГОЖЕВА Л.Н. – К вопросу о тотальной цистэктомии или резекции шейки и дна пузыря при раке. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, 1960, стр.18-20.

275. ПОГОЖЕВА Л.Н. – О лечении радиоактивными изотопами опухолей мочевого пузыря в комбинации с оперативным вмешательством. Урология, № 5, стр.44-48, 1963.

276. ПОЖАРИЙСКИЙ Ф.И. – Основы патологической анатомии. Ростов-на-Дону, 1916, вып.2, стр. 148-154.

277. ПОЖАРИЙСКИЙ Ф.И. – К технике полихромной инъекции лимфатических сосудов. Журнал "Лабораторная практика", 1929, № 8, стр.4-7.

278. ПОЖАРИЙСКИЙ Ф.И. – Критерий злокачественности новообразований. Сб.: Вопросы онкологии, 1940, стр.58-89.

279. ПЛЕЧКОВА Е.К. – Чувствительная иннервация мочевого пузыря. В кн.: Морфология чувствительной иннервации внутр.органов. Москва, 1947, стр.163-180.

280. ПОЛОНСКИЙ Б.Л. – Современное состояние вопроса о лечении рака мочевого пузыря. Врачебное дело, 1954, № 9, стр.773-778.

281. ПОЛОНСКИЙ Б.Л. и ЗЛАТМАН Б.Ф. – К диагностике рака мочевого пузыря. Врачебное дело, 1955, № 12, стр. 1199-1202.

282. ПОЛОНСКИЙ Б.Л. – Цитологическая диагностика рака мочевого пузыря. Урология, 1955, № 3, стр.20-24.

283. ПОЛОНСКИЙ Б.Л. – Тактика и методика хирургического лечения рака мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов. Медгиз, 1960, стр.16-18.

284. ПОЛОНСКИЙ Б.Л. – К технике резекции мочевого пузыря по поводу рака. Урология, 1962, № 1, стр.60-63.

285. ПОЛОНСКИЙ Б.Л. – Диагностика и лечение рака мочевого пузыря. Урология, 1963, № 5, стр.39-44.

286. ПОПОВ В.И. – Анатомия и хирургия. Труды У Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов. Медгиз, 1951, стр.228-231.

287. ПТОХОВ М.П. – О некоторых морфологических особенностях эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Архив биологич.наук, 1940, т.57, вып.2-3, стр.106-113.

288. ПТОХОВ М.П. – "Атипические" разрастания эпителия мочевого пузыря под влиянием механического фактора. Труды АМН СССР, 1949, т.1, вып.1, стр.204-211.

289. ПТОХОВ М.П. – Гистогенез и патогенез эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Дисс. докт., Ленинград, 1953.

290. РАБКОВА Л.М. – Отдаленные результаты резекции мочевого пузыря по поводу рака его с уретероцистонеостомией. Проблемы онкологии. Медгиз, 1962, стр.89-93.

291. РАКОВ А.И. – Система международной клинической классификации опухолей и классификация рака молочной железы. Вопросы онкологии, 1960, том VI, № 5, стр. 79-90.

292. РАППОПОРТ Я.И. – БМЭ, 1932, т.22, стр.451 /раздел опухоли/.

293. РАУБЕР А. и КОПШ Ф. – Руководство анатомии человека. СПб, 1911.

294. РЕПКИНА И.А. – К вопросу применения радиоактивного кобальта при опухолях мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов. Медгиз, 1960, стр.40-41.

295. РИХТЕР Г.А. – Местное обезболивание при пересадке мочеточников. Хирургия, 1949, № 5, стр.41-45.

296. РИХТЕР Г.А. – Злокачественные опухоли мочевого пузыря и их лечение. Медгиз, 1959.

297. РОГАЛЬСКИЙ Б.А. – Лимфатическая система раковых опухолей. Русская клиника, 1926, т.5, № 25, стр.727-741.

298. РОЗЕНЦВЕЙГ В.К. и СУХАНОВ М.Е. – Значение рентгенотерапии при лечении опухолей мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, Медгиз, 1954, стр.156-159.

299. РУСАКОВ В.И. – К методике лечения опухолей мочевого пузыря. Тезисы I-й конференции урологов Грузинской ССР, Тбилиси, 1961, стр.170-171.

300. РУСНЯК Иштван – Новые исследования в области физиологии и патологии лимфообращения. Клиническая медицина, 1954, т.32, № I, стр.

301. САБЕЛЬНИКОВ И.И. – О динамике злокачественности папиллярных опухолей мочевого пузыря. Урология, 1963, № 4, стр.40-42.

302. САВЕЛЬЕВ И.И. – Ближайшие и отдаленные результаты пересадки мочеточников по Тихову. Автореферат канд.дисс. Днепропетровск, 1954.

303. САВВИН Н.Г. – О сократительных эффектах мочевого пузыря теплокровных на раздражение афферентных и вегетативных нервов. Сб.трудов ВМА имени С.М.Кирова, посвященный 65-летию со дня рождения Л.А.Орбели, 1948, стр.287-300.

304. САВИЦКИЙ А.И. – О границах оперативного вмешательства при лечении рака. Хирургия, 1960, № 8, стр.3-11.

305. СИМОНОВА В.И. – Комбинированное лечение опухолей мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов. Медгиз, 1954, стр.27-28.

306. СИМОНСОН С.Г. и МИНЦ М.М. – К рентгенодиагностике опухолей мочевого пузыря. Вестник рентг.и радиолог.,1936, т.17, стр.290-298.

307. СИНЕЛЬНИКОВ Р.Д.– Нервы мочевого пузыря человека. В кн.:материалы к макро-микроскопии вегетативной нервной системы и желез слизистых оболочек и кожи. Москва, 1948, стр.121-178.

308. СИНКЕВИЧУС Ч.А. и ТУЛАБА А.А. – Опухоли мочевого пузыря и их лечение. Урология, 1963, № 3, стр.45-48.

309. СИНЕЛЬНИКОВ Р.Д.– Атлас анатомий человека. Медгиз, 1952, том I.

310. СИТЛЫКОВ Н.Х. – Ранняя диагностика и современная терапия папиллом мочевого пузыря. Казанский медиц.журнал,1938, т.34, № 11-12, стр.1193-1198.

311. СУБОЦКИЙ В.Е. – Иннервация мочевого пузыря, физиология и патология его механизмов. Вестник хирургии и погр.областей, 1924, т.4, № 10-11, стр.195-212.

312. СЫЗГАНОВ А.Н. – К методике исследования лимфатической системы. Казанский мед.журнал, 1926, № 4, стр.375-379.

313. СЫЗГАНОВ А.И. – О коллатеральном лимфообращении. Советская хирургия, 1932, т.3, вып.1-3, стр.101-112.

3I4. СЫЗГАНОВ А.Н. – Об инъекции лимфатической системы при операциях по поводу злокачественных новообразований. Нов.хир. архив, I934, т.32, кн.2, стр.225–229.

3I5. СЫЗГАНОВ А.Н. – К методике исследования лимфатической системы. Сб.работ по изучению лимфатической системы. Алма-Ата, I940.

3I6. СЫРКИН С.Д. – К вопросу об этиологии раковых опухолей мочевого пузыря. Советский врачебн.журн., I936, № 23, стр.I8I9–I820.

3I7. СУХАНОВ М.Е. – Опухоли мочевого пузыря. Урология, I940, т.I7, № I, стр.I05–I07.

3I8. СУХАНОВ М.Е. – Комбинированное лечение ворсинчатых опухолей мочевого пузыря. Урология, I955, № 3, стр.38–4I.

3I9. СМИТТЕН А.Г. – Вопросы отведения мочи в кишечник. Москва–Ленинград, I93I.

320. СМОЛЯК Л.А. и ХОЛТОМЯСКАЯ И.М. – Рак мочевого пузыря. Тезисы I-й конференции урологов Грузинской ССР, I96I, Тбилиси, I96I, стр.I86–I88.

32I. СЛИЗКИЙ И.С. и ГАЛЬЧИКОВ В.И. – О радикальном лечении рака мочевого пузыря. Урология, I959, № 3, стр. 60–6I.

322. СКЛИФОСОВСКИЙ П.Т. – Шов мочевого пузыря при надлобковом сечении. Труды II съезда врачей в Москве, I887.

323. СКЛИФОСОВСКИЙ П.Т. – К казуистике новообразований мочевого пузыря. Медиц.обозрение, I89I, т.35, № 5, стр.440–442.

324. СОКОВНИН, I877. – Цит.по В.М.Бехтереву и Н.А.Мисловскому, I952.

325. СОЛОВЬЕВ А.А. – Роль нервной системы в патогенезе опухолей и основные перспективы развития этого вопроса. Вопросы онкологии, I960, т.6, № I, стр.3–I3.

326. СОЛДАТЧЕНКОВ И.А. – Внеорганные лимфатические сосуды почек, мочеточников, мочевого пузыря и их взаимосвязи. Дисс., Москва, I954.

327. СОНИН В.Р. – Эфферентные влияния задних корешков спинного мозга на функции мочевого пузыря. Труды физиологического ин-та им.И.П.Павлова АН СССР, I945, т.I, стр.I3–28.

328. СОЛОВОВ П.Д. – Опыт пересадки мочеточников в кишку. Юб.сб.Розанова. М.-Л.,1934, стр.42-62.

329. СОКОЛОВ В.Б. – Пересадка мочеточников в семенные пузырьки /анатомическая часть/. Труды Молотовского медицин.ин-та, 1950, стр.24-25.

330. СОРОКИН Н.М., ЧЕРЕЛНИЧЕНКО Л.И. и ДМИТРИЕНКО В.И. – О некоторых закономерностях метастазирования злокачественных опухолей. Хирургия, 1949, № 3, стр.21-26.

331. СПИРИДОНОВА Е.П. – Связи лимфатической системы почки, мочеточника и мочевого пузыря. В кн.: Тезисы докладов научной сессии, посвященной 25-летию Ивановского мед. ин-та, 1955, стр.112-114.

332. СПИРОВ М.С. – Классификация лимфатических узлов брюшной полости человека. Киев, 1959.

333. СТЕФАНИС Ф.А. – О лимфатических сосудах почек человека. Киев, 1902.

334. СТРАЛЫНЬ П.И. – К клинике и лечению опухолей мочевого пузыря.
Труды института эксперимент. медицины Акад. наук Латвийской ССР, Рига, 1953, т.3, стр.166-176.

335. ТАГЕР И.Л. и ПЕРЕЛЬМАН В.М. – Осадочная пневмоцистостография в сочетании с введением газа в околопузырную клетчатку и полость брюшины в диагностике опухолей мочевого пузыря. Урология, 1960, № 4, стр. 24-26.

336. ТАУКЕНОВ М.Т. – О причинах иноперабильности опухолей мочевого пузыря. Журн. здравоохранение Казахстана, 1960, № 10-11, стр.69-70.

337. ТАУКЕНОВ М.Т. – К методике лечения опухолей мочевого пузыря. Дисс. канд. Автореферат, Алма-Ата, 1962.

338. ТЕМКИН И.С. – К патогенезу профессиональных /анилиновых/ новообразований мочевого пузыря. Советская медицина, 1948, № 2, стр.17-18.

339. ТЕМКИН И.С. – Опухоли мочевого пузыря, вызванные канцерогенными аминосоединениями. Медгиз, 1957.

340. ТЕМКИН И.С. – Ранняя диагностика и лечение опухолей мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.149–151.

341. ТЕМКИН И.С. – Ранняя диагностика опухолей мочевого пузыря. Клиническая медицина, 1950, т.28, № 3, стр.63–67.

342. ТЕМКИН И.С. – К патогенезу профессиональных новообразований мочевого пузыря. Урология, 1955, № 3, стр.15–20.

343. ТИЛЕ – Об опухолях мочевого пузыря. Летопись русской хирургии, 1898, т.3, кн.4, стр.694–708.

344. ТЕПЛИЦКИЙ Г.Б. – Диагностика и лечение опухолей мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, 1954, стр.211.

345. ТЕПЛИЦКИЙ Г.Б.– Рак мочевого пузыря. Урология, 1936, т.XIII, № 1, стр.42–47.

346. ТЕПЛИЦКИЙ Г.Б. –Несколько замечаний по поводу диагностики и лечения ворсинчатых опухолей мочевого пузыря. Урология, 1957, № 1, стр.44–46.

347. ТЕТРАДОВ А.Н. – Двухмоментная интестинальная пластика после обширной резекции мочевого пузыря по поводу рака. Урология, 1959, № 6, стр.52–53.

348. ТИМОФЕЕВ, 1895 – Цитировано по Е.К.Плечковой, 1947.

349. ТИХОВ П. – К учению об опухолях. Медицинское обозрение, 1900, т. III, январь, стр.81.

350. ТИХОВ П.И. – Пересадка мочеточников в прямую кишку. Хирургия, 1907, т.22, № 127, стр.32–43.

351. ТИХОМИРОВ М.А. – Варианты артерий и вен человеческого тела в связи с морфологией кровеносной системы. Киев, 1899.

352. ТОНКОВ В.Н. – Учебник анатомии человека, т.II, 1952.

353. ФАЙНШТЕЙН З.В.– Лечение опухолей мочевого пузыря, в частности полной цистэктомией. Урология, 1936, т.13, № 1, стр.34–41.

354. ФАЙНШТЕЙН З.В. – О лечении злокачественных опухолей мочевого пузыря и рака шейки матки. Труды I съезда онкологов УССР, М.-Л., I940, стр.470-47I, 473-478.

355. ФАЙНШТЕЙН Л.В. – К методике лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов, I954, стр.I54-I56.

356. ФАЙНШТЕЙН З.В. – Отдаленные наблюдения над лечением опухолей мочевого пузыря методом биактивной электрокоагуляции. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, I960, стр.3I-32.

357. ФАЙНШТЕЙН З.В. – О лечении опухолей мочевого пузыря в свете отдаленных результатов. Урология, I964, № I, стр.43-45.

358. ФЕДОРОВ С.П. – Об оперативных вмешательствах при опухолях мочевого пузыря. 3-й съезд российских хирургов, Москва, I903, стр.I44. Русск.хир.арх., I903, кн.3, стр.558-559.

359. ФЕДОРОВ С.П. – Оперативное лечение опухолей мочевого пузыря. Труды У съезда российских хирургов, I905.

360. ФЕДОРОВ С.П. – Мой взгляд на современное лечение опухолей мочевого пузыря. Русский врач, I9I7, т.I6, № I4, стр.3I3-3I9.

36I. ФЕДОРОВ С.П. – К вопросу о полном удалении мочевого пузыря при злокачественных опухолях. Вестник хирургии и погр.обл., I927, т.9, кн.26-27, стр.28-32.

362. ФЕДОРОВ С.П. – К вопросу о полном удалении мочевого пузыря у женщин. Вестник хирургии и погр.обл., I928, т.I5, кн.43-44, стр.I4-I6.

363. ФЕДОРОВ С.П. и ФРОНШТЕЙН Р.М. – Оперативная урология, I934.

364. ФЕДОРОВ А.Н. – Гистопатология лимфатических узлов при раковых опухолях. Архив пат. анат.и пат.физиологии, I935, т.I, вып.I, стр.I32-I49.

365. ФЕЛЬДШТЕЙН К.Я. – Опыт лечения опухолей мочевого пузыря. Сб.трудов Свердловской гор. клинич.больницы № I, I958, т.I, стр.I72-I76.

366. ФЕНЕЛОНОВ А.Л. – К вопросу о полной экстирпации мочевого пузыря при злокачественных новообразованиях. Нов.Хирур.архив, I928, т.I4, кн.3, стр.429–437.

367. ФРАУЧИ В.Х. – Об анатомическом обосновании лимфогематогенных метастазов. Вопросы клинической и экспериментальной онкологии, I938, т.I, стр.I09–II6.

368. ФРАУЧИ В.Х. – О "главном" и "вспомогательном" путях лимфо-гематогенного метастазирования. Хирургия, I947, № II, стр.73–79.

369. ФРАУЧИ В.Х. – Лимфо-венозные анастомозы и проблема метастазирования. Труды Северо-Осетинского мед.ин-та. Орджоникидзе, I957, стр.5–47.

370. ФРИДОЛИН П.П. – Лимфатические сосуды беременной матки. Дисс. СПб, I872.

37I. ФРОНШТЕЙН Р.М. – Злокачественные опухоли мочевого пузыря, семенных пузырьков и предстательной железы. В кн.:Злокачественные опухоли /руков./, под редакц.Н.Н.Петрова, I934, т.П, стр. 359–38I.

372. ФРОНШТЕЙН Р.М. – Урология в системе советского здравоохранения. Урология, I937, № 3, стр.I–3.

373. ФРОНШТЕЙН Р.М. – Урология. Медгиз, I949.

374. ФРОНШТЕЙН Р.М. – Термокоагуляция папиллом мочевого пузыря. В кн.:Избран. труды Р.М. Фронштейна. Медгиз, I953, стр.I7I–I72.

375. ФРУМКИН А.П. – Современные методы диагностики злокачественных новообразований мочевого пузыря. Советская медицина, I939, № I0, стр.23–26.

376. ФРУМКИН А.П. – Хирургическое лечение рака мочевого пузыря. Урология, I940, т.I7, № 2, стр.45–53.

377. ФРУМКИН А.П. – Прения по докладам: лечение рака мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюзной конференции урологов. Медгиз, I954, стр.I66–I67.

378. ФРУМКИН А.П. – Опухоли мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, I960, стр.5–I0.

379. ХВОРОСТАНСКИЙ М. – Новообразования мочевого пузыря. Хирургия. I904, т.I5, № 86, стр. I38–I44.

380. ХОЖАИНОВ И.И. – О лечении новообразований мочевого пузыря. Урология, I955, № 3, стр.I0–I4.

38I. ХОЛЬЦОВ Б.Н. – К вопросу об электрокоагуляции при опухолях мочевого пузыря. Врачебная газета, I9I7, т.24, № 5, стр.I00.

382. ХОЛЬЦОВ Б.Н. – Лечение папилломатозных опухолей мочевого пузыря электрокоагуляцией. Врачебная газета, I924, № I5, стр. 324–327.

383. ХОЛЬЦОВ Б.Н. – Частная урология. Ленинград, I927, стр.286–33I.

384. ХОЛЬЦОВ Б.Н. – Злокачественные опухоли мочевого пузыря. В кн.:Клиника злокачественных опухолей /руков./, под редакцией М.И.Лифшица и А.В.Мельникова, Харьков, I930, том II, стр. 36–58.

385. ХОЛЬЦОВ Б.Н. – Злокачественные новообразования мочевого пузыря. В кн.: Злокачественные новообразования, Сборник под ред.Г.Б.Быховского и П.А.Кучеренко, изд.II, Киев, I937, стр.383–395.

386. ХРУЩЕВ В.И. – Патогенез и клиника рака мочевого пузыря, Советская медицина, I958, № I, стр.II2–II6.

387. ХРУЩЕВ В.И. – Отдаленные результаты лечения опухолей мочевого пузыря. Врачебное дело, I959, № 2, стр.I9I–I92.

388. ХРУЩЕВ В.И. – Современные взгляды на характер эпителиальных опухолей мочевого пузыря и их классификация. Урология, I959, № 5, стр.3–8.

389. ЧАРУГИН Б.А. – Применение "Зажима-ложки" в целях профилактики инокуляции папиллярных опухолей мочевого пузыря при их удалении. Урология, I956, № I, стр.63–65.

390. ЧАЙКА А.А. – Труды I Всеукраинского съезда хирургов, I927, стр.273 /прения/.

391. ЧЕРНОБУЛЬСКИЙ С.Н. – К определению гноя в моче. Врачебная газета, 1929, № 12, стр.867.

392. ЧИЖОВ И.И. – К вопросу о простой язве мочевого пузыря. Средне-Азиатский медиц. журнал, 1926, том У, № 8, стр. 483-503.

393. ЧИСТОВИЧ Н.О. – О развити ворсинчатых полипов мочевого пузыря. Еженед.клиническая газета, 1888, № 37-38, стр.803-808.

394. ЧКОНИЯ П.А. – Рентгенодиагностика опухолей мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, Медгиз, 1960, стр.40.

395. ЦАПКИН Л.М. – К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря. Казанский мед.журн., 1926, № 11, стр. 1241-1244.

396. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. – Одномоментное полное удаление мочевого пузыря и внебрюшинная пересадка мочеточников в прямую кишку. Вестник хирургии им.И.И.Грекова, 1949, т.69, кн.4, стр.21-24.

397. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. – К вопросу об оперативном лечении опухолей мочевого пузыря. Сб.трудов Тбилиского ин-та усоверш. врачей, 1951, т.П, стр.5-12 /реферат на русском языке/.

398. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. и МУРВАНИДЗЕ Д.Л. – Выключение и удаление мочевого пузыря. Грузмедгиз, Тбилиси, 1957.

399. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. и МУРВАНИДЗЕ Д.Л. – О показаниях к удалению мочевого пузыря. Урология, 1955, № 3, стр.3-10.

400. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. – Очерки оперативной урологии. Медгиз, 1958.

401. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. – Заключительное слово председателя о лечении рака мочевого пузыря. Труды 3-й Всесоюзной конференции урологов, 1960, стр.44-45.

402. ЦУЛУКИДЗЕ А.П., МУРВАНИДЗЕ Д.Л. ДВАЛИ Р.Ф. и ИВАЩЕНКО Г.М. – Образование резервуара для мочи из пластмассы после тотальной цистэктомии. Урология, 1961, № 1, стр.46-51.

403. ЦУЛУКИДЗЕ А.П. – О лечении больных опухолью мочевого пузыря. Урология, 1963, № 1, стр.43-49.

404. ЦЭЦУЛЕСКУ А.И. – К вопросу применения пневмоперитонеума в рентгендиагностике гинекологических заболеваний. Вестник рентгенологии и радиологии, 1958, № 6, стр.12-19.

405. ШАБАД Л.Л. – Является ли лейкоплакия мочевого пузыря предраковым заболеванием. Вопросы онкологии, 1959, № 2, стр.197-203.

406. ШАБАД А.Л. – Новые данные об этиологии рака мочевого пузыря. Урология, 1960, № 3, стр.68-71.

407. ШАПКИН А.В. – Некоторые соображения по вопросу о лечении папиллом мочевого пузыря. Труды Свердловского госуд.мед. ин-та и научно-исследов.ин-тов Свердл.облздрава, Свердловск, 1939, № II, стр.157-165.

408. ШАПИРО И.Н. – Опухоли мочевого пузыря. Монография, 1938.

409. ШАПИРО И.Н. – Опухоли мочевого пузыря. В кн.: Новообразования органов мочевой и мужской половой систем. Под ред. И.Н.Шапиро, Медгиз, 1950, стр.44.

410. ШАПИРО И.Н. – Заключительное слово председателя о лечении рака мочевого пузыря. Труды 2-й Всесоюз.конф.урологов, Медгиз, 1954, стр.167-168.

411. ШАПИРО И.Н. – Опухоли мочевого пузыря. В кн.: Руководство по хирургии, 1959, т.IX, гл.XXI, стр.371-399.

412. ШЕВЧЕНКО И.Т. – О распространении раковых клеток по пищеводу /раковые лимфангоиты/. Ученые записки Киевского рентгенорадиол.и онкологич.ин-та, 1940, т.I, стр.192-203.

413. ШЕВЧЕНКО И.Т. – Основы профилактики злокачественных опухолей. Госмедиздат УССР, Киев, 1962.

414. ШЕВКУНЕНКО В.Н. – Типовая и возрастная анатомия. Ленинград, 1925.

415. ШЕВКУНЕНКО В.Н. – Краткий курс оперативной хирургии с топографической анатомией. Медгиз, 1951.

416. ШЕР Р.С. – Опухоли мочевого пузыря у рабочих анилиновой промышленности. Урология, 1937, том 14, № 4, стр.50-56.

417. ШВАРЦЕБРГ Е.М. – Лучевая терапия опухолей мочевого пузыря. Автореферат канд.дисс., Ленинград, 1958.

418. ШИШКО Л.П. – Материалы к вопросу о пересадке мочеточников в кожу. Дисс. СПб, 1913.

419. ШИШКОВ А.С. – К вопросу о развитии плоскоэпителиального рака в мочевом пузыре. 1884.

420. ШКЛОВСКАЯ И.В. и ГОРНАК К.А. – О метастазах злокачественных опухолей в половой член. О так называемом опухолевом приапизме. Урология, 1955, № 3, стр.46-50.

421. ШКОТТ Я.А. – К вопросу о развитии вторичных раковых новообразований. Дисс. Москва, 1879.

422. ШУМЛЯНСКИЙ А.Н. – Трактат о строении мочевого пузыря. С.-Петербург, 1782.

423. ШУШРУТА, 1000 до н.э. –Цит. по Р.М.Фронштейну /к истории медицины, Урология, 1927, т.4, № 16, стр.41-44/.

424. ЭБЕРМАН А.Л. – Об опухолях мочевого пузыря /распознавание и оперативное лечение/. Врач, 1886, № 8, стр.147-148.

425. ЭПШТЕЙН И.М. – К вопросу о лечении опухолей мочевого пузыря. Юбилейный сборник, посвященный Б.Н.Хольцову, 1929, стр.203-205.

426. ЭПШТЕЙН И.М. – Урология. Медгиз, 1960.

427. ЭРЯМКИН Г.И. – Цистография двойным раздельно введенным контрастным веществом. Урология, 1960, № 4, стр.31-35.

428. ЯКУБ Л.А. – К вопросу о современном лечении опухолей мочевого пузыря. Труды Горьковского гос.мед.ин-та, 1938, т.П, стр.242-247.

429. ЯХОНТОВ А.П. – К вопросу о пересадке мочеточников в прямую кишку. Дисс.СПб, 1901.

б) ИНОСТРАННАЯ.

1. ALBARRAN J. (АЛЬБАРРАН) - Les tumeurs de la vessie. Paris, 1892, pp.34-37.
2. ALBARRAN J., 1895- Цит. по Н.Н.Быстрову, 1912.
3. AMUSAT - Cancer de la vessie, 1829.
4. ANTAL, 1885 - Цит. по П.И. Модлинскому, 1889.
5. ARGUELLO-CERVANTES A. - Les lymphatiques de la vessie. Ann. d'anat.Path. et d'anat. normale. Med.chir., 1928, t.V, No-3,pp.269-275.
6. ARRIGONI G., GRIGNANI G., VACHERI M. - Contributo allo studio della telecoboltoterapia nella neoplasie veseigali. Arch. ital.urol., 1959,31,No-6,489-496.
7. ARNOLD J., 1847. - Цит. по Р.А.Курбской, 1942.
8. BARLING - Two cale of suprapubic cystotomy for vesical tunours. Brit.med.Journ.,1888,No-7,p. 19.
9. BAKER R., GOVAN D.E., SAWYER J. - A physiological study of vesical lymphatics. J. Urol., 1954, 71, 4, 435-445. Bibl.
10. BAKER R. - The influence of clinical and laboratory investigation in establishing current therapy of bladder cancer. Bull. New.Jork.Acad. of med.,1954, 30, 12, 919-932.
11. BAKER R. - Correlation circumferential lymphatic spead of vesical cancer with depth of infiltration ; relation to present methods of treatment. JJourn. Urology, 1955, 73, 4,681-690.
12. BAKER R., TEHAN T., KELLY T.M. - Регенерация мочевого пузыря после резекции по поводу рака. (Regeneration of urinary bladder after subtotal resection for carcinoma). Amer. Surg., 1959, 25, 5, 348-352.
13. BAIRD S.S., BUSH L. and LIVINGSTONE A.G. - Urethrectomy subsequent to total cystectomy for papillary carcinoma of the bladder : case reports. Journ. Urology, 1955, 74, 5, 621-625.
14. BARNES R.W., HADLEY H.L., BERGMAN R.T. and TURNER R. - - Conservative versus radical treatment of bladder tumours. Med. Journ. Australia, 1955, 1, 7,197-205.

15. BARTELS P. (БАРТЕЛЬС) - Das Lymphgefäßsystem. Jena, 1909.

16. BATSON O.A. , 1940. (БАТСОН) - Цит. по Г.И. МГАлобишвили. 1960.

17. BATZENSCHLAGER A., BLUM E. -(Quelques donnees Stabistiques generales sur les tumeurs de la vessie. J. Urol. (France), 1958, v. 64, No-10-11, pp. 671-673.

18. BAUM H. (ВАУМ), 1923. - Die Kommunikation der Lymphgefässe der Prostata mit denen der Harnblase, Semenblase und Bulbourethraldrüse. Anat. Anzeiger, 1923-1924,Bd.57,ss.17-27.

19. BEALL, 1956. - Цит. по Marschall'y, 1956.

20. BEER EDW. (БЕЕР) - Die Behandlung der gutartigen Geschwülste der Harnblase mittelst Oudinstrahlen. Zenralbl. fur Chir., 1910, Bd. XXXVII, ss. 1115-1117.

21. BILLROTH - Elements de path. chir. Ed. franc., 1868, p. 789.

22. BODEN O. - Zur Behandlung von Blasentumoren mit einer radioaktiven Chromphosphatsuspension. Ztschr. Urol., 1959, 52, 11, 690-695.

23. BOEMINGHAUS H. (БЕМИНГАУС) - Цит. по В.М. Перельман, 1962. Chirurg., 1956, 27, 24-26.

24. BOCHEFONTAIE, (БОШЕФОНТЕН) 1876.- Цит. по В.М. Бехтереву и Н.А. Мирославскому, 1952.

25. BÖHME F. (БОМЕ) - Zur Technik der intravesikolen Operation von Blasentumoren. Zeitschr. f. Urol. 1909.

26. BOHNE A.W., OSBORN R.W., and HETTLE P.J. - Regeneration of the urinary bladder inthe dog, following total cysteytomy. Surg., Gynec. Obst., 1955, 100,259-264.

27. BOYLAND E., WALLACE D.M. and WILLIAMS D.C. - Urinary enzimes in bladder cancer. Brit. Journ. Urol. 1955, 27, 1, 11-14.

28. BORST M. . Die Lehre von den Geschwülsten mit einem mikroskopischen. Atlas. Wiesbaden, 1902, Bd. 1,2.

29. BORST M. - Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste. Die Klinik der bösartigen Geschwülste. Hirzel, Leipzig, 1924, Bd. 1,

30. BOURQUE J.P. - Colocystoplasty for bladder substitution : report on 45 cases.
Canad. J. Surg., 1961, 4, 2, 214-225.

31. BLANCARD - Anatomia practica rationalis.
Amsterdam , 1688.

32. BRAITHWAITE J.L. - The arterial Supply of the urinary bladder.
Journ. of anat. London , 1951, v. 85, pp. 400.413.

33. BRANCATI R. - Tumori della vesica .
В кн.: Diagnosi Precoce del d.Cancro.
Roma, 1952, pp.119-139.

34. M. BRICE, V.F.MARSHALL, I.L.GREEN, W.F. WHITMORE.
Simple total cystectomy for carcinoma of the urinary bladder. One hundred fifty-six consecutive cases five years later.
Cancer, 1956, 9, 3, 576-584.

35. BRICE M.II, MARSCHALL V.F., GREEN J.L. and WHITMORE W.F.
Simple Total Cystectomi for Carcinoma of the Urinary Bladder.
Bladder tumors. A. Symposium.
London, 1956, pp. 34-42.

36. BRODERS A.C. - Epithelioma of the genito-urinary organs.
Ann. Surg., 1922, 75, 574-604.

37. BRUHNS C. - Untersuchungen über die Lymphgefässe und Lymphadrüsen der Prostate des Menschen.
Arch. f. Anat. und Phys. An. Abt., 1904, ss- 330-349-

38. BUDGE , 1859. - Цит. по В.М. Бехтереву и Н.А.Мисловскому, 1952.

39. BUMPUS H.C. - The present methods and results of treating og the bladder.
J. Urol. , 1929, 21, 371.380.

40. BUMPUS H.C., SILVER I.B. - Tumors of bladder, 1937,37, 141-147 (cancer) .
(Result of surgical diathermy).

41. CALOT - Traite de l'operation de la taille, 1727, p. 117.

42. CAMERINI R. - Цит. по В.М. Перельману, 1962.
Radiol. med., 1952, 38, p. 785.

43. CANOY W. K. - Radio-active colloidal chromic phosphate in the treatment of carcinoma of the urinary bladder.
Philippine med. assoc. Journ., 1957, 33, 6, 481-486.

44. CASPER L. - Handbuch der Cystoscopie. 1898.

45. CARMALT W., 1872. - Цит. по В.Н. Демину. 1958.

46. CARVER J.H. - Interstrial radiation in the treatment of selected cases of cancer of the bladder. Brit. J. urol., 1959, 31, 3, 313-316.

47. CATHELIN F. - Extration d'un polype geant de la vessie, considerations sur le traitement des polype enparticulier.
Реферат в Zeitschr. f. urologie,1909, Bd. VII, H.III, S.290.

48. CAUCHON R. - La cystectomie totale et le cancer de la vessie.
L'Union med. du Canada, 1953, 82, 1,58-63.

49.CERVANTES A. - Les lymphatiques de la vessie.
Ann. d. anat.path. Paris, 1928, NO-5, pp. 269-275.

50. CIBERT J. et DURAND L. - Indications et resultats du traitement des tumeurs malignes de la vessie.
Lyon chirurg., 1950, 45, 8, 897-906.

51. CIFUENTES L., MORDEGO S. - Лечение опухолей мочевого пузыря трансуретральной резекцией и интрамуральной эндоскопической инъекцией. Au. 198.
Медиц. реф. журн., 1961, №9,стр.122.

52. CIVIALE - Traite sur les mal.d. org. gen. urin.
Gaz.med. , 1843, v. III, p. 1842
(Приведено по И.П.Модлинскому).

53. CLADO . - Treite des tumeurs de la vessie.
Paris, 1895.

54. CLADO . - De la resection de la vessie pour tumeurs.
Arch. gen. , 1894, sept., p. 272 ; oct. p. 433, nov., p. 531.

55. COLBY F.H. and SCHULZ M.D. - Review of carcinoma of bladder treated by supervoltage x-rays over 5-year period.
Radiology, 1943, 41, 371-377.

56. COLBY F.H. and KERR W.S. - Carcinoma of the bladder : A correlation of pathology with treatement and prognosis.
J. Urol., 1951, 65 : 841-849.

57. COLBY F.H. and KERR W.S. - Carcinoma of the bladder: An evolution of total cystectomy and other methods of treatements.
New. Eng. Journ. Med., 1951, vol. 244, pp. 504-506.

58. COLLETTE J. - Envahissements Ganglionnare Jnguino-ilio-pelvins par Limphographie. Acta radiol., 1958,v.49,ss.154-165.

59. COMAN , 1953. - Цит. по Н.Н.Петрову, 1958.

60. CORDONNIER J.J. - Value of cystectomy in management of carcinoma of bladder. Journ.Urology, 1957, 77,3, 432-437.

61. CORDONNIER J.J. - The case for earlier cystectomy in carcinoma of the urinary bladder. Journ. Urology, 1954, 71, 2, 203-215.

62. CORNIL et RANVIER - Histologie path., 1884.

63. COPPRIDGE W.M., ROBERTS L.C. and HUGHES . - The treatment of praimary carcinoma of the bladder. Journ.Urology 1954, 72, 3, 378-381.

64. COUVELAIRE R. - Cystectomie totale. Ed. Brechet, Paris, 1950.

65. CRUVEILHIER J. - Traite d'anatomie descriptive. Paris, 1843, vol. III.

66. CRUIKSHANK W. - Die Anatomy of the Absorbing vessels of the Human Body, 1790.

67. CUNEO B. et MARCILLE M. - Note sur les lymphatiques de la vessie. Bull. et Mem. de la Soc. anat. de Paris, 1901, 6 serie, t. III, pp. 649-651.

68. CUVILLЭR , 1639. - Цит. по П.И.Модлинскому. 1899.

69. CHANDRACHUD S. - Carcinoma in a urinary bladder diverticlum. Report of case and a brief review of the literature. Am. Journ Roent.Rad. Therap. a. Nucl. Med., 1956, 75, 5, 925-929.

70. CHOME J., ALGAZI L. - Классификация и прогноз первичных эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Мед.реф.журн.,1958,№6,стр.97.

71. CHOPART - Traite des maladies des vois urinaires. Paris, 1791, vol. I.

72. CHRISTELLET E. - Pathologie und Pathologische Anatomie der Geschwülste der Harnblase. Zeitschrif. f. urol. ,1925, Bd. 19, H.2. (Leipzig).

73. DAVIS E. - Chemical carcinogenesis, drugs,dyes, remedies and cosmetics with particular reference to bladder tumors. Nebraska Med. Journ. 1944, 29, 41-50.

74. DAVIS E. - Disappearance of carcinomatousulceration of bladder following ureterosigmoidostomy; report of 2 cases .
J. A.M.A. , 1948, v. 137,pp.450-453.

75. DEAN A. L. - The treatment of bladder tumors.
Journ. Urol. 1948, 60, 1, 92-97.

76. DEAN A.J. and ASH J.E. - Study of the bladder tumors in the registry of the American Urological Association.
Journ. Urol. 1950, 63, 4, 618-624.

77. DEAN A.L., MOSTOFI F.K., THOMSON R.V. and CLARK M.L. - A restudy of the first fourteen hundred tumors in the bladder tumor registry Armed Forces Institute of pathology.
J. Urology, 1954, 71, 5, 571-590.

78. DELLATTE L.C. - Remarques sur les Papillomes de la vessie.
J. Urol. ,1958, 64, 6, 280-300.(France).

79. DELL'ADAMI G., SESENNA R. - Rilievi statistici e tecnici di chirurgia endoscopica delle neoplasie vescicalе.
Urologia, 1963, 30, 1, 34-44.

80. DELLPHO G. - Полное руководство к изучению болезней мочевых и половых органов.
Перевод с французского. 1881.

81. DESNOS - Traitement endovesical des tumeurs de la vessie.
XIII Sess. de L'assoc. franc. d'urol.
Paris, 1909.

82. DIETZ - Цит. по П.И. Модлинскому.

83. DISSE J. - Harn und Geschlechtsorgane Erste Teil-Harnorgane. Handbuch der Anatomie des Menschen, v. Bardeleben.
Jena, 1902, Bd. 17, ss. 136-143.

84. DOGIEL A. - Über ein die Limphgefässe umspinnendes Netz von Blutkapillaren.
Arch. f. microsc. Anat. 1880,Bd. XVII.

85. DONINI J., SCIAINI G., BERALDI P., BECCHI G. - La limphangiographia nella diagnosi delle localizzazion metastatiche limfonodali bei tumori vescicali.
Urologia, 1963, 15, 1, 1-6(Италия).

86. DREILING D.A. and HYMAN A. - Hysterectomy and total cystectomy with bilateral ureterocutaneus implantation for carcinoma of the bladder. Secondary ureterosigmoidal anastomosis for completing ureterovaginal fistula.
Journ. Urol. 1947, 58, 6, 435-440.

87. DUKES C.E. - Cancer of the rectum : an analysis of 1000 cases .
Journ.path.Bact.,1940,v.50,n-3,pp.527-539.

88. DUFOUR A., 1949 - Цит. по Г.А. Рихтер, 1959. (Chirurgie, 1949, 65, 81, Franc.)

89. ADELMAN , 1947. - Цит. по Г.А. Рихтеру, 1959.

90. ESTELLA (1947) - Цит. по Г.И. Мгалоблишвили, 1960.

91. EWERT E.E. - Total cystectomy for carcinoma of the bladder.
Surg. Clin. North. America, 1947, 27, 3, 700-708.

92. EWING S. - Neoplastic Diseases.
Philad. - London, Sounders C°, 1928, pp. 79-80.

93. FERRIS D.O. and Preistley J.T. - Total cystectomy in the treatement of vesical carcinoma.
Journ. Urol. 1948, 60, 1, 98-106.

94. FERRY ALPHONSO. - De caruncula sive collo quae cervici vesicae nascuntur, 1553.

95. FENWICK - Etiology of vesical growths.
Brit. med. Journ. 1888. Febr. 11-th., p. 298.

96. - " - - Contact carcinoma of the bladder.
Brit. med. Journ. 1888, March 10, p. 533.

97. - " - Abstract of notes upon a series seventy operations for the removal of tumours from the urinary bladder.
Brit. med. Journ. 1895, OKT. N-12.

98. FOHMANN V. - Memoire sur les lymphatiques de la peau, des membranes muguenses, serueses, du tissu nerveux et musculaire, Bonn, 1840, pp. 11-18.

99. FORT C., HARLIN H., ARKINSON H., 1951. - Цит. по А.Л. Щабад. 1960.

100. FORSTER - Lehrbuch der path. anat.
Jena, 1873, s. 480.

101. FIRSTATER M. - Podophyllin in the treatment of vesical papillomas.
J. Urol. , 1961, 86, 5, 565-567.

102. FRANCIS R. A. - Carcinoma of the bladder.
J. Urol. 1961, 85, 4, 552-555.

103. FRANK A. - Sur le traitement chirurgical des papilomes vesicaux .
Acta Urol. belg., 1960, 28, 3, 338-346.

104. FRANKSSON C. - Tumours of the urinary bladder. A pathological and clinical study of four hundred and thirty. four cases.
Acta chirurg. Scandin. 1950, 100, 6, 664-667.

105. FISCHER H and ZIMMERMAN L. - Roentgenographic visualization of lymph Nodes.
Amer. J. Roentgenol., 1959, v.81, ss. 517-534.

106. FITCH L.B. and RUBENSTONE A.J. - Carcinoma of the bladder in childhood.
J. Urol., 1962, vol. 87, N-4,pp.549-552.

107. FRENSOIS- FRANCK, 1887. - Цит. по В.М.Бехтереву и Н.А. Мыслявскому. 1952.

108. FLORENCE T.J. - Radical Cystectomy for Advanced Carcinoma of Bladder.
J. Urol. ,1957,vol.78,N-4,pp.410-413.

109. FORT C.A., HARLIN H.C. and ATKINSON H.D. - Regression of cancer of the urinary bladder following uretero intestinal anastomosis.
J. Urol., 1951, 66, 5,688-691.

110. GARDNER -Цит. по Ю.М. Иргер, 1932.

111. GEROTA D. - Über die Lymphgefässe und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase.
Anat. Anzeiger, 1896, Bd.12,ss.89-94.

112. GEROTA D. - Über die Anatomie und physiologie der Harnblase.
Arch. für anat. und physiologie, Leipzig. 1897, Bd. 54, ss. 280-288.

113. GENONIUILL , 1909. -Цит. по Н.Н. Быстрову, 1912.

114. GENTIL F. -Двусторонний анастомоз между мочеточниками и подвздошной кишкой в сочетании с сигмовидно-прямокишечными соусьем при цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря.Мед.реф. ж., 1959, № 1, стр. 118.

115. LEIRTZ G., FRANKSSON C. - Создание нового мочевого пузыря с сохранением уретры после субтотальной и тотальной цистэктомии. Мед.реф.ж.1958,№2,стр.103.

116. GILCHRIST R. - Surgical Management of Advanced Cancer of the Breast.
J. Arch. of Surgery, 1950, v. 61, N-5, ss. 913-927.

117. GIL-VERNE VILA M.J. - Cystectomie totale et implantatio uretero-rectale par void experitoneale.
J. d'urol. , 1952, v. 58.

118. GIL-VERNET J.M. - Lorsque la cystectomie est impossible. Acta urol. belg., 1960, 28, 3, 331-337.

119. GIPPOKRAT - Избранные книги . Москва. 1936.

120. GODART H. - Cystectomia totale et anastomosis uretero-intestinale par cancer vesicaux.
J. d'urol.. 1948,N-54, pp. 7-8.

121. GOLDBERG L.G. - Complete regression of carcinoma of the bladder following uretero-sigmoidostomy.
J. Urology 1950, 63, 1, 116-121.

122. GRAVES R.C. and BUDDINGTON W.T., THOMSON R.S.
Total cystectomy for cancer of the urinary bladder. Urol. 1950, 63, 5, 821-841.

123. GREENFIELD H. - Distant metastases from carcinoma of urinary bladder.
Radiology 1941, 37, 181-185.

124. DE GIRONCOLLI F. - Regeneration of bladder after subtotal resection for carcinoma.
Arch. ital. di urol., 1925, N-3, p. 352.

125. GEERTZ G., FRANKSSON C. - Construction of a substitute bladder, with preservation of urethral voiding, after subtotal and total cystectomy
Acta chir. Scandinav. 1957, 113, 2 , 218-228

126. GLÜCK et ZELLER , 1881. - Цит. по П.И. Модлинскому, 1899

127. GRÜNSTEIN N. 1900. - Цит. по Е.К. Плечковой, 1947.

128. GUALTIEROTT M., TANA E. - La costografia a doppo contrasto separato.
Uralogia, 1958, F.5, pp. 449-460.-(Jtal.)

129. GUYON - De l'intervention chir. dans tumeurs de la vessie. Ann. d. mal. d. org.genito-Urinary. 1884.

130. GUYON - Du diagnostic des neoplasmes vesicaux intervention precoce et cure radicale de ces tumeurs.
Progres med., 1887, N- 5.

131. HAJOS E. - Цит. по В.М. Перельман, 1962.

132. HALLER A. - J. conum anatomicarum part Corpori humani Gottingae. 1747. Fascie II-III.

133. HARDY A. - Construction of a substitute urinary bladder from ileum and colon.
Arch. Surg., 1959, 78, 1, 122-130.

134. HEISS G.W. - Zur Chirurgie des Blasenersatzen mit Wellkürlicher Harnentleerung auf natürlichen Wege.
Bruns'Beitr. Klin. Chir., 1959, 199, 3 : 311- 319 (F R G).

135. HEUSCH K. - Успешные операции по поводу рецидива рака мочевого пузыря.
Ztschr. f. urol. , 1957, 50, 8/9,494-499.

136. HENLE J. - Handbuch der menschlichen Anatomie.
Braunschweig, 1868, Bd. III.

137. HOCHE , 1888. - Цит. по П.И. Модлинскому, 1899.

138. HOGGAN G., and HOGGAN Fr.E. - On the comparative anatomy of the Lymphatics of the mammalian urinary Bladder.
J. of anat. and physiol., 1881, vol. XV, pp . 355- 377.

139. HIGGINS Ch. and JOHNSON M.A. - Cancer of the bladder and prostate.
J. Amer. Med. Ass., 1947, 135, 17; pp. 1146- 1152.

140. HIGGINS CH. - Total cystectomy for carcinoma of the bladder.
J. A.M.A. , 1947, 135-: 619-621; disc. 621-622.

141. HIGGINS C.C. - Cystectomy for carcinoma of the bladder.
J. Urol. 1950, 64, 2, 318-325.Bibliogr.

142. HIGGINS CH. - An evaluation of cystectomy : for extrophy, for papillomatosis, and for carcinoma of the bladder.
J. Urol. , 1958, 80, 5 : 279-292.

143. HIGGINS CH. 1962. - Цит. по А.Я. Пытель, 1964.

144. HILDEN - De lithot. vesicol. 1806. - Цит. по П.И. Модлинскому, 1899.

145. HINMAN F. - The recurrence of bladder tumors.
J. Urol. , 1960, 83, 3, 294-300.

146. HOLSTI L., ERMALA P. 1955. - Цит. по А.Л. Шабад, 1960.

147. HRESHCHYSHYN M . and SHEEHAN R. - Lymphangiography in patients with palvic cancer and lymphomas.
Proc. Am. A. Cancer, 1963, N-3, S. 121.

148. HÜCKEL R., 1934. - Цит. по И.Н. Шапиро, 1938.

149. JSEMANS - Dissertatio de Vesical urinariae ejusque uicere.
Lund. Batv., 1763, (Приведено по П.И. Модлинскому, 1899).

150. JOSEPH - Die Geschwülste die Blase.
Handbuch Urologie Voelcker. Lichtenberg. Berlin. 1928.

151. JEWETT H.J. - Infiltrating carcinome of the bladder: relation of depth of penetration of the bladder wall to incidence of local extension and metastases .
J. Urol. , 1946, N-55, pp. 366-372.

152. JEWETT J. and BLACKMAN S.S. - Infiltrating carcinoma of bladder histologic pattern and degree of cellular differentiation in 97 autopsy cases. J.Urol. 1946,56,200-210.(August).

153. JEWETT H.J. a. STRONG G.H. - Infiltrating carcinoma of urinary bladder; diagnosis and clinical evaluation of curability.
South Med. Journ. 1946, 39,203-208(March).

154. JEWETT H. - Infiltrating Carcinoma of the bladder. Application of Pathologic Observations to Clinical Diagnosis and Prognosis.
Journ.American Medical Association,1947,134, 6, 496-500.

155. JEWETT H.J. - Simple cystectomy and segmental resection for cancer of the bladder.
Journ. Urol. 1953, 70, 4, 620-623.

156. JEWETT H.J. - Carcinoma of the bladder: development and evaluation of current concepts of therapy.
J. Urology, 1959, vol. 82, N-1, 92-100.

157. JONES G.H. - Treatement of bladder tumors. Analysis of 175 consecutive cases.
Penn.med.Journ.1956,59,6,663-666,with ill.
Refer.:Excerpta Med. Cancer 1957,v.5,3,p.237

158. JONASSON O., Le ROY LONG, ROBERTS S., MC GREW E.,McDONALD J.H. - Cancer cells in the circulating blood during operative mangement of genitourinary tumors.
J. Urol. ,1961, 85, 1, 1-2.

159. KAMMERER - Operation eines Blasentumors. Subperitoneale Entfernung der rechten Blasenhälfte mit dem Tumor. Blasendrainage. Heilung. New-York med. Monatschr. 1897,Bd.9, N.6.

160. KALTENBACH - Цит.поП.И.Модлинскому.1899.

161. KAPSSAMER a.POLWIENER, 1897.- Цит. по И.Г.Саввину.

162. КАУДРИ Е. - Раковая клетка.Изд.ин.лит.М.,1958.

163. KAUFMANN E. - Руководство по специальной патологич. анатомии.
Berlin - Leipzig, 1922.

164. KEERBERGEN G. - Nouveau traitement des tumeurs de vessie et des tumeurs en général.
В кн.:48 Congres f. urol. Paris, 1954, Proces, varb, discus. p. 228-235.

165. KERR W.S. and COLBY F.H. - Pelvic lymphadectomy and total cystectomy in the treatement of carcinoma of the bladder.
Tr. Am. Ass'n. Genito-Urin.Surg., 1949, vol. 41: 56-66.

166. KERR W.S. and COLBY F.H. - Carcinoma of the bladder a currelation of pathology with treatement and prognosis.
J.Urol.1951,65,5,841-852.

167. KEYES - Preliminary report on thr treatement of bladder tumors by the high frequency current. Amer. J. Surg., 1910, v.XXIV,pp.205-207.

168. KRAUSE W. - Handbuch der Menschlichen Anatomia. Hannover, Bd. III, 1842.

169. KORNING H.K. - Руководство по топографической анатомии. Берлин, 1923.

170. KRETSCHMER H.L. - Cancer of the bladder; a study based on 902 epithelial tumors off the bladder in th Carcinoma . Registry of the American Urological Asspciation.
J. Urol. , 1934,v. 31, 423-472.

171. KRETSCHMER H. and BARBER K.E. - Regeneration of bladder following resection.
(Trans.Sect.) ,J.A.M.A.,1927,pp.106-127.

172. KRETSCHMER H.L. and MC DONALD J.H. - Carcinoma of the bladder with bone metastases.
A report of 8 cases.
Surg. Gynec. and Obst., 1948, 87,3,328-337.

173. KRETSCHMER H.L. - Primary mucus secreting adenocarcinoma of the bladder.
J. Urol., 1949, 61, 4, 754- 765.

174. KROEMER P. - Die Lymphograne der weiblichen Genitalien ihre Veränderunden bei maligen Erkrankungen der Uterus.
Arch. f. Gynecologie, Berlin, 1904, Bd.73, ss. 54-143.

175. KRUPP S. - Zur Frage der Gut-und Bösartigkeit von Harnblasen -papillomen.
Urol. internat., 1958, 7, 4-5: 256-279.

176. KUČERA J. und FISCHER J. - Цит. по Г.И.Мгалоблишвили,1960

177. KUČERA J. - Die Kolo-Cystoplastik in der Behandlung der Harnblasenkarzinoms .
Ztschr. urol., 1960, 53, 2, 87-95.

178. KÜMMEL - Zur Diagnose und Operation von Blasengeschwüsten .
Deutsch. med. Wochen. 1887, N.7.

179. KÜSS R., MATHEIN F. - La maligite des tumeurs de vessie. J. Urol. (France), 1959,65,10/11, 818-824.

180. KÜSTER - - Uber Hornblasengeschwülste und deren Behandlung.
Volkmann's Sammling klin. Vorträge, 1886, Nr. 267-268.

181. KÜSTER - - Uber Resection der Hornblase mit Verlagerung des Harneleiters.
Arch. f. klin.Chir., 1896, Bd. III,s. 465.

182. KÜSTER - Neue Operationen on Prostata und Blase. 2 Totalextirpationen on Prostata und Blase.
Arch. f. klin.Chir., 1891, t. XLII,s.86.

183. LACUNA - Methodi cognoscendi exstirpandique excrescentes vesicae collo carunculas.
Romoe , 1551.

184. LANG E.K. - Demonstration of blockade and involvement of the pelvic lymphatic cystem by tumor with Lymphangiography and Scintiscanograms.
J. Radiology, 1960,v.74,ss.71-73.

185. LEGUEU F. - Traite Chirurgical d'Urologie.
Paris, 1909.

186. LEADBETTER W.F. and COLSTON J.A.C. - Brain metastasis in carcinoma of bladder.
J. Urology, 1937, 38, 267-277.

187. LIEGNER L.M., TAYLOR J.A., MICHAUD N.J. - Supervoltage cobalt-60 treatement of bladder cancer: palliation or cure ?
J.Urol. 1962, 87, 3, 373-380.

188. LENDORF A. - Beitrage zur Histologie der Harnblasenschleimhaut.
Anatom. Hefte, Bd. 17, 1901.

189. LICHTENBERG - Лечение злокачечтв.опухолей пузыря, Vehandl, d:Deutsch. Gesselsch. f. Urologie, 1926, (приведено по И.Н.Шапиро, 1938

190. LUND E. a. LUNDWALL F. -Первичный рак мочевого пузыря. Отдаленные результ.лечения 285 больн. (Urolog. internat., 1958, 6:191-202.)
Приведено по М.Е.Мебель.Реф.Урол.1959.

191. LISTON KNOT - Some remarks on formation of membranous cysts in bladder.
Med. times and gazette, 1862.

192.LUTTERBECK E.F. - Contract roengen radiation of bladder tumors.
J. Urol. , 1959, 82, 1:90-91.

193. MAGRI J. - Portial cystectomy: a review of 104 acseâ.
Brit. J.Urol. , 1962, 34, 1, 74-87.

194. MC DONALD H.P., FILIP A.J. and WILLIAMS D.C. -Endoscopie treatement of tumors of the bladder.
J.A.M.A. ,1947, 134,6:500-501.

195. Mc DONALD J.R.and THOMSON G.J. - Carcinoma of urinary bladder; Pathological study with special reference to invasiveness and vascular invasion.
J. Urol. , 1948,vol. 60,N.3, pp.435-445.

196. MAHONEY E.M. - Complete regression of vesical carcinoma following urinary diversion.
Amer. J. Surg., 1960,100,1:133-136.

197. MARSHALL V-F. - A comparison of radiation and surgery for cancer of the bladder.
J.A.N.A., 1947, 134 : 501-507;disc.511-513.

198. MARSHALL V.F. - The relation of the preoperative estimate to the pathologic demonstration of the extent of vesical neoplasms.
Journ. Urol.,1952,vol.68,pp.714-723.

199. MARSHALL V.F. and WHITMORE W.F. - The present position of radical cystectomy in the surgical management of carcinoma of the urinary bladder.
Jlourn. Urology 1956, 76, 4, 387-391.

200. MARSHALL V.F. and WHITMORE W.F. - The surgical treatement of cancers of the urinary bladder.
Cancer 1956, 9,3, 609-619.

201. MARSHALL V.F. - Current clinical problem regarding bladder tumors.
Cancer, 1956, 9, 3, 543-550.

202. MARSHALL V.F. - Current clinical problems regarding bladder tumors.
Bladder Tumors. A Symposium, London, 1956, pp. 1-8.

203. MARSHALL V.F, HOLDEN S a. Ma.KT. - Survival of Patients with Bladder Cacinoma treated by Simple Segmental Resection.
Bladder Tumors. A symposium.London.1956, pp. 26-29.

204. MARSHALL V.F. and WHITMORE W.F. - The Surgical Treatement of Carsers of the Urinary Bladder.
Bladder Tumors. A Symposium. London. 1956. pp.67-77.

205. MARSHALL V.F., GREEN S.L. a. HARRIS J.J. - Hormonal Jnfluences on the Experimental Production of Bladder Tumors in Dogs.
Bladder Tumors. A Symposium London. 1956,pp.80-83-.

206.-MARION - Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie.
Rev. prat. des mal. des org. gen.-urin. 1909.

207. MARTIN L. J. - Urocpithelial lined ileal segment as a bladder replacement:experimental observation and brief review of literature.
J. urol.(USA),1959,82,6,633-650.

208. MASSEY B.D. - Subtotal cystectomy for infiltrative carcinoma of the trigone.
J. Urology,1959,v.81,N.3, 435-439.

209. MASCAGNI P. - Vasorum lymphaticorum corporis humani, descriptio et iconographia. Siena,1787.

210. MATTEA E. - Les processus biochimiques de la can - cerogenese vesicale .
Acta Urol. belg., 1960, 28,3, 313-330.

211. MEIGS J.Y., PARSONS L. a. NATHANSON J.T. - Retroperitoneal lymph node dissection in cancer of cervix.
Am. J. Obst. Gynec., 1949,vol.57,pp.1087-1097

212. MEIGIS S.V. - Radical hysteroctomy with bilateral pelvic lymph node dissections: A. report of 100 patients operated on five or more years ago.
Am. J. Obst. and Gynec.,1951,v.62,pp.854-870.

213. MELICOW M.M. - Tumors of the urinary bladder: a clinicopathological analysis of over 2500 specimens and biopsies.
J. Urology. 1955,74,4,498-521.

214. MORGAGNI - De sebidus et causis morborum. 1674.

215. MORIN L.J., HEMMINGER C.H. - Bladder tumors ß a ten years review.
J.Urol. , 1962, 87, 3, 368-372.

216. MORRIS G. - Long survival after extensive resection of urinary tract for transitionalcell carcimoma. Report of a case in a womam aged 44 years.
Brit.J.Surg.,1959, 47, 203:324-326.

217. MORROW J.W. - Chemotherapy of carcinoma of the bladder: preliminary report of forty-four cases treatement with citral.
Brit. J.Urol..1960, 32, 1: 69-78.

218. MOSTOFI F.K.,THOMSON R.V. and DEAN A.L. - Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder.
Cancer, 1955, 8,4, 741-758.

219. MOSTOFI F.K.- A study of 2678 patients with initial carcinoma of the bladder. I-II Survival rates in relations to Therapy.
J.Urol.1956, 75,3,480-491, 492-500.

220. MILLIN T., MASINA F. - Total cystectomy: A consideration of the technique.
Brit. Journ. Urologie, 1949,21,2.

221. MILLEN J. L. - Results of treatement of bladder cancer by radiotherapy.
Brit. J. Urol. 1950, 22, 4, 430-433.

222. MILNER W.A. - Treatement of carcinoma of bladder for past 5 years with special reference to closed method of treatement.
J. Urol. 1946,55, 607-612.

223. MILINER W.A. - Conservative methods in the treatement of tumors of the bladder.
Bull. New-Jork. Acad. of med. 1953,29,1, 71-79.

224. MILNER W.A. - End results in the treatement of bladder tumors.
J.Urol. 1953, 69,5,657-664.

225. MOLLENDORF W. und SCHRADER R. - Handbuch der Microscoposchen. Anatomie des Menschen. 1930,Bd.7.

226. MÜLLENIX R.B.and PRENTISS R.J. - Critical analysis of treatement og bladder tumors.
Urol. and cutan. rev. 1949, 53,2, 65-76.

227. MURPHY J.J., RATTNER W.H., SCHOENBEGR H. - Замещение мочевого пузыря: экспер. и клинич. исследование. Мед. реф. журн. 1960, № 4, стр. 103-104

228. MÜLLER G. - Harnblassendivertikal und Karzinom.
Zeitschr. f. urologie,1954,47,4,230-242.

229. MÜLLER I.H. - Über die Therapie des Blasenkrebses mit Hilfe der künstlichen Radio-aktivitat.
Radiol.Clin. 1954, 23, 5, 285-303.

230. MÜLLER G. - Цит.по АбЛ. Шабад,1960.
Ztschr. Urol. 1954,Bd. 47, ss. 230.

231. NARTON, 1879. - Цит. по В.М.Бехтереву и Н.А.Мирославек.

232.NASSBAUM , 1879. - Цит. по П.И. Модлинскому. 1899.

233. NEAGU V., TEMELIESCU L., RUGENDORF E. - Cobalttherapia tumorilor vezicale. 1960,3,353-362.

234. NELATON - Traitement d'une variete rare de fistule vesico-vaginales d'un acces facile.
Operation preliminaire, Revue de Chir. 1898.

235. NICHOLS J.A. and MARSHALL V.F. - The treatement of bladder carcinoma by local excision and fulguration .
Cancer, 1956, 9,3, 559-565.

236. NICHLS J.A., and MARSHALL V.F. - Treatement of Histologically Benign Papilloma of the Urinary Bladder by local Excision and Fulguration.
Bladder Tumors. A Symposium .London, 1956, pp. pp. 24- 25.

237. NICHOLS J.A. and MARSHALL V.F. - The Treatement of Bladder Carcinoma by Local Excision and Fulguration. Bladder Tumors. A symposium.London, 1956, pp. 17-23.

238. NITZE 1.- Uber Symptome und Diagnostik der Blasentumoren. Wien Zeitung. 1888, N.3.

2.- Die intravesciale Operation der Blasengeschwulste.
Deutsche med. wochen . Lit.- Beil. 1898. S. 80.

239. OBERLANDER , 1898. - Цит. по П.И.Модлинскому, 1899.

240. PAPANICOLAON G. - Atlas of Exfoliative Cytology. Cambridge, 1954.

241. PAGUIN A.S and MARSHALL V.F. - A Technique for Radical Total Cystectomy .
Bladder Tumors. A Symposium. London. 1956, pp. 43 - 53-.

242. PAQUIN A.I .J. and MARSHALL V.F. - A Technique for radical total cystectomy.
Cancer, 1956, 9, 3, 585-595. Bibliogr.

243. PACEAGNINI B. - Risultati a distanza della cistectomia parziale per cancro.
Urologia, 1963, 30, 1, 68-75 (Италия)

244. PASTEAU O. - Etat de systeme lymphatique dans les maladies de la vessie et de la prostate.
These de Paris, 1898.

245. PEARCE R., Mc COMB R., 1950. -Цит.по А.Л.Шабад, 1960.

246.L.E.PLANK, J.W. GROSSMAN and S.D. CAMPANELLA - Cobalt-60 Teletherapy for Bladder Carcinoma : TWO and ONE HALF YEARS experience.
J. Urol. 1957, vol.78, N.4,pp. 402-409.

247. POHE - De ulcere vesical. 1781.

248. POWELL T.O. - Studies in the Lymphatics of the female urinary bladder.
Surg. Gynec. a . Obst. 1944, 78, 6, 605-609.

249. POZZI - Note sur un cas d'extrophie de la vessie et sur une modification de la methode outoplastique.
Ann. d.mal. d. org. gen. urin. 1897,t.XV, pp. 18-31.

250. PRIESTLEY I.T., and STROM G.W. - Total cystectomy for carcinoma of bladder.
J. Urology 1943, 50, 210-227.

251. PROUT G.K. and MARSHALL V.F. - The Prognosis with Untreated Bladder Tumors.
Bladder Tumors. A Symposium. London, 1956, pp. 9-16.

252. RAFIN - Tuneur de la vessie, 1893.
- Цит.по Н.Н.Быстрову, 1912.

253. RAVASINI G. 1950. -Цит.по Г.А.Рихтер, 1959.

254.REGEMORTER G. - Evolution dramatique d'un cancer vesical

-255. sur vessie de substitution .
Acta urol. belg. 1961, 29, 1, 82-88.
(Франция -Бельгия)

255. RENYI -VAMOS FERENC . - A hugyholyag nyirokerrendszere.
MAGYAR tud. akad.biol. es orv. tud osrt. KOZL., 1960,11, N.1. 137-143.

256. RETZIUS G. 1892. - Цит. по Е.К.Плеˇковой, 1947.

257. RICHARDSON E.J. - Bladder regeneration.
Minn. Med. 1952, v. 35, pp. 547-549.

258. RITTER J.S. - Total cystectomy for inflitrating carcinoma of the bladder.
J. Urol. 1947, 57, 4, 719-729.

259. ROHL L. - Zur Ätiologie des Blasenkrebs
Urologia, 1963, 2, 57-61(Зап.Берлин)

260. RÖHL L. - Bläst umörernaskliniska bedömming och behandling.
Svenska läkartidn. 1959, 56, 42, 2833-2845 (Швеция)

261. ROSENSTEIN R., 1922 - Цит.по В.М.Перельман,1962.

262. ROKITANSKY , 1852. - Цит.по А.А.Введенскому,1887.

263. ROUVEIERE H!- Anatomie des lymphatiques de l'homme.
Paris, 1932.

264. ROVSINQ TH. - 1. Totalextirpation der Hornblase mit doppelseitiger lumbaler Ureterostomie.
Arch. f. klin.chir.1907,82.

2. The extensive removal of the bladder - Wall. II congr. de l'assiciation internation d'Urologie. France, 1911.

265. RUGH R. - The pathology of bladder Tumours.
Postgraduate Med. Journ., 1958,v.34, N. 389,pp.124-130.

266. РУСЬЯК-ФЁЛЬДИ-САБО - Физиология и патология лимфообращения.
Изд.Акад.Наук Венгрии, 1957(русское)

267. RUYSCH - Observationes anatomo-chirurgical.
Amstelod.ob. 18,1691
-268. Приведено по П.И.Модлинскому, 1889.

268. SAEMMERING - Uber Krankheiten der Hornblase.
Frankfurt, 1809.

269. SANSONE G.,MACARINI N.,CORRADI -Цит.по В.М.Перельман 1962.

270. SAPPEY P. - Description et iconographie des vaisseaux lymphatigues, 1885.

271. SCHAFFER B. , GOULD R., WALLACE S., JACKSON L., JUKER M., ZEBERMAN P., and FETTER T. - Urologic aplications of lymphangiography. J.Urol. 1962, v.87, N.1,pp.91-96.

272. SHEEHAN R., HRESHCHYHYN M, LIN R., and LESSMAN F. - The use of lymphography as a diagnostic method. Radiol., 1961, v.76,pp.47-53.

273. SCHWARTZ J.W., MOSTOFI F.K.,REED J.F.,and DEAN A.L.- Total cystectomy : analysis of 225 cases from the bladder tumor registry. J. Urol. 1957, 78, 1, 41-53. Bibliogr.

274. SESIA G., CHIAUDANO M. - Risultat della terapia radiochirurgica nei tumori vescicali. Urologia, 1963,30,1,45-67.

275. SMITH GREIG - Exploration of the bladder by section through the Perineum. Lancet , 1886, N.28, p.385. - Цит. по П.И.Модлинскому, 1899.

276. SONNENBURG - Zur partiellen Resection der Hornblase. Verhandlung.d. deutsch. Gesell.f. Chir. 1885, s. 12.

277. SELIGER H. - Uber ein neues Chemotherapeutikum gegen maligne Tumoren : p-di(2- chloroethyl) aminophenyl- alanine (Sarcolysin). Krebsarzt., 1956,11,6,342.

278. STENIUS E. 1922. - Цит.по И.Н. Шапиро, 1938.

279. STRAUSS, 1909. -Цит. по Н.Н.Быстрову, 1912.

280. TASAKHIS D. .- Les pedicules vasculaires de la vesic et peritoine chez l'homme. Arch. Mal. Reins, 1929, v.4, pp.442-448.

281. TAUSSIG F. - Jliac lymphadenectomy for group II cancer of the cervix: Technique and five-year results in 175 cases. Am. J. Obst. Gynec., 1943,vol. 45,pp.733-748.

282. TEMELIESCU J. - Cystopolygrapgy in the diagnosis of vesical tumors. Urol. internat., 1958, 7,6, 285-299.

283. TESTUT S. - Traite d'anatomie humaine. Paris, 1901, t. 1V.

284. THOMPSON - VOLLONS. Trans. path. soc. London, 1957, vol. VIII.

285. THOMPSON - Traite pratique des mal. d. voies urin. 1880, p. 244.

286. THOMPSON G.J. - Bladder papillona. An. analysis of 75 cases. Brit. J.Surg., 1960, 47, 204, 419-424.

287. THOMPSON G.J. - Present-day treatement for cacinoma of the bladder.
J. int. Coll. surg. 1956, 26, 6, 703-710.
Refer.: Excerpta med. Cancer. 1957, 5, 8,720.

288. THOMPSON G.J. - Прогноз при опухолях мочевого пузыря
J.Am.med. Ass. , 1960, 172, 1:28-33.
Приведено по реф.: Урология, 1961, № 1, стр. 88.

289. TILLAUX - Руководство к топографической анатомии. Перевод проф.Таубера. С.-Петербург, 1884.

290. TRUECHI O., 1958. - Цит. по В.М. Перельману, 1962.

291. TUFFIER - Extirpation totale de la vessie pour tumeur diffuse de cette cavite.
Annules des mal. des org. gen. urin., 1897, p. 130.

292. VIAMONTE M., MYERS M., SATO M., KENYON N. and PORKS R. - Lymphography: its role in detection and therapevtic evaluation of carcinoma and neoplastic conditions of the geito-urinary tract.
J.Urol., 1962, v. 87, N.1,pp.85-90.

293. VIRCHOW R. - Pathologie cellulaire.
Trad. Picard., 1861.

294. VIRCHOW - Учение об опухолях(онкология) СПБ. 1867. т. 1.

295. VOIGTEL - Cancer. Handbuch der path.Anatomie. 1805, Bd. III.

296. WALTER - Dissertatio de ulceris vesical originibus. 1709.

297. WALTER - Polypus . Med. chir. trans. 1880, v. XLI

298. WALKER - Über die Lymphgefässe der Prostata beim Hunde.
Arch. f. Anat. und Physiol., Anat. Abt. 1899, ss: 1-9.

299. WALDEYER W. - Das Becken, Bonn, 1898.

300. WALLACE S., JACKSON L., SCHAFFER B., GOULD R., GREENLI K., WEISS R. and KRAMER S. - Lymphangiograms : Their diagnostic and therapeutic Potential. Radiology, 1961, v. 76, pp. 179-199.

301. WATSON F.S. - The operation treatement of tumors of the bladder.
Ann. of Surg., 1909 .(Приведено по Н.Н. Быстрову, 1912).

302. WEINBERG T. and GREANCY E. - Identification of regional Lymph Nodes by Means of a vital staining Dye during of Gastric Cancer.
J. Surgery Gynecology and Obstetrics. 1950, v.90, N.5, pp. 561-567.

303. WEINRICH - Die intravesikale Operation von Harnblasengeschwülsten.
Verhandl. d. deutsch. Gesellsch.f. Chir. 1905.

304. WEYRAUCH H.M., CROSSFIELD J.H. - Dissemination of bladder neoplasms by andoscopic electroresection.
J. Urol., 1962,87,3, 391-397.

305. WILDBOLZ E. - К вопросу о лечении рака мочевого пузыря.
(Ztsch. Urol. , 1957, 50, 8-9:487-492)
Приведено по реф.:Урология,1959,№2,стр. 89-9

306. WILLIS - The spread of Tumors in the Human Body, 1934.

307. WHITMORE W.F. and MARSCHALL V.F. - Radical total Cystectmy for Cancer of Bladder: 230 consecutive cases five years later.
J. Urology, 1962, v, 87, n. 6, pp.853-868.

308. WHITMORE W.F. and MARSCHALL V.F. - Radical surgery for carcinoma of the urinary bladder. One hundred consecutive cases four years later.
Cancer, 1956, 9,3, 596-608.
Refer.: Excerpta Med. Cancer 1957, 5,6, pp. 537-538.

309. WHITMORE W.F. and MARSCHALL V.F. - Radical Surgery for Carcinoma of the Urinary Bladder.
Bladder Tumors. A. Symposium , London, 1956 pp. 54- 66.

310. WHITMORE W.F. ,Sr, and MARSCHALL V.F. - Carcinoma of the bladder.
Surg. Clin, N. Amer., 1953, vol.33,pp.501-515.

311. WOLFF H.D. Jr. - Transvaginal ureterorectal anstomosis with partial castectomy: case report.
J. Urol. 1948,59,2,182-192.

312. WOSK, 1828 . - Цит. по Р.Л. Герценбергу и К.Д.Баляеов

313. ZEIDEMAN J. - Copeland B. and WARREN S. - Experimental studies on Spread of cancer in lymphatic system; abscence of lymphatic supply in carcinoma. Cancer. 1955,v.8,pp.123-127.

314. ZEMAN E. - (Ztschr. Urol. , 1955, Bd. 48, s.129)
Цит. по Г.И. Мгалоблишвили, 1960.

315. ZIMMER W. - Erfahrungen mit radioaktiven Tantal in der Therapie des Blasen-karzinoms. Medizinische, 1959, N.7, ss. 291-293. (нем. ФРГ)

316. ZUCKERKANDL und TRISCH. - Handbuch der Urologie. Wien, 1905.

317. ZUCHERKANDL O. - 1. Blasemyom. Wien. Klin. Wochenschr. 1908.
2. Blasengeschwülste. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Urol. II Kongr. Berlin 1909, s. 391.