

На правах рукописи

Доцент В. М. БЛИЗНЮК

**ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ  
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой  
степени доктора медицинских наук**

На правах рукописи

Доцент В. М. БЛИЗНЮК

Обоснование методов хирургического  
лечения эпителиальных опухолей  
мочевого пузыря

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой  
степени доктора медицинских наук

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).

Диссертация изложена на 595 страницах машинописного текста, состоит из 3 частей и 9 глав, заключения и выводов. Демонстративная часть содержит 115 рисунков и 46 таблиц. Список литературы включает 429 отечественных и 317 иностранных источников.

Работа проводилась на протяжении 13 лет и основана на анализе 384 больных, страдавших раком мочевого пузыря.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, проф. **Б. В. Ключарев**

Доктор медицинских наук, проф. **М. И. Сахаров**

Доктор медицинских наук **М. Г. Спасская**

Защита диссертации состоится на заседании Ученого совета Свердловского государственного медицинского института (г. Свердловск, обл., ул. Репина, 3).

Дата рассылки автореферата « 19 »   I   1965 г.

Дата защиты диссертации « 19 »   II   1965 г.

## 1.

Рак мочевого пузыря — тяжелое заболевание, часто встречающееся в практической урологии. Лечение его до настоящего времени остается одним из наиболее сложных вопросов в хирургии мочевого пузыря. Несмотря на достигнутые за последние годы некоторые успехи в оперативном лечении этого заболевания, многое еще остается неразрешенным. Не решены вопросы раннего выявления и правильной диагностики рака мочевого пузыря, классификации, выбора метода оперативного лечения, непосредственных исходов и отдаленных результатов лечения, профилактики и путей снижения числа больных с запущенными формами рака.

Вопросу о лечении рака мочевого пузыря за последнее десятилетие уделено много внимания. Проблемы диагностики и лечения его обсуждались как программные на 2-й и 3-й Всесоюзных конференциях урологов (Москва, 1951; Тбилиси, 1958), на I конференции урологов Грузинской ССР (Тбилиси, 1961); они получили должное освещение на 4-й Всесоюзной конференции урологов (Москва, 1961) при обсуждении вопроса о восстановительных операциях в урологии 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 XXXIV конгрессе итальянского общества урологов (1961). Дискуссия на эту тему была проведена также в 1955—1956 гг. на страницах итальянского журнала «Урология» (являющегося одновременно органом международного урологического обозрения).

Несмотря на большое число работ отечественных и зарубежных хирургов и урологов (С. П. Федоров, В. И. Добротворский, А. М. Гаспарян, М. Н. Жукова, Б. Л. Полонский, А. Я. Пытель, И. Н. Шапиро, А. П. Фрумкин, А. П. Цулукидзе, С. Петкович, Я. Кучера, Джуитт, Дин, Мостофи, Маршалл, Витмор, Лидбетер и др.), по-

священных раку мочевого пузыря, до сих пор не существует единого мнения о целесообразности применения того или иного метода оперативного вмешательства. Спорными остаются вопросы о показаниях к расширенным резекциям и экстирпации мочевого пузыря. Лечение больных с иноперабельными формами рака мочевого пузыря фактически сводится к симптоматической терапии.

Сейчас большинство урологов уже не сомневаются в том, что возведенные в стандарт эндо- и чрезпузырная электрокоагуляция и экцизия 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 послужило толчком к расширению показаний к резекции и экстирпации мочевого пузыря с дополнением лучевой терапии (Б. Л. Полонский).

Наблюдения последних лет показывают, что отдаленные результаты после рационально и своевременно выполненных резекций не уступают отдаленным результатам электроэксцизии и эндоэлектрокоагуляции, хотя последние чаще производятся при небольших опухолях на ранних стадиях развития болезни (I стадия, реже — II). Послеоперационная летальность при резекции мочевого пузыря по поводу рака, в прежние годы составлявшая 24% (Б. Н. Хольцов, 1937), теперь снизилась до 4% (Б. Л. Полонский, 1963). Однако вопрос о резекции пузыря и в настоящее время далеко еще не решен.

В урологической литературе обоснованию к резекции мочевого пузыря при раке в зависимости от степени внутривенного распространения опухоли до сих пор уделяется мало внимания. Лишь некоторые авторы изучали результаты цистэктомии при раке в зависимости от глубины инфильтрации (Джунт и Стронг, 1946; Керр и Колби, 1951; Маршалл, 1956; Витмор и Маршалл, 1962) и результаты резекции в зависимости от протяженности внутривенного распространения опухоли (В. М. Близинок, 1961, 1963; Магри, 1962). Недостаточно изучены вопросы о взаимосвязях внутриорганных лимфатических сосудов различных сегментов (отделов) мочевого пузыря, о частоте связей экстраорганных лимфатических сосудов своей и противоположной стороны пузыря, пути оттока лимфы, а, следовательно, и распространения раковых клеток. Не изучен вопрос о реакции внутриорганных лимфатической системы при опухолевом росте на разных стадиях развития рака.

Возникла необходимость не только применять для лечения резекцию и экстирпацию мочевого пузыря по поводу рака, но важно было также изучить отдаленные результаты расширенной резекции в зависимости от протяженности продольного и перпендикулярного внутривенного распространения раковых клеток на разных стадиях развития опухоли, частоты поражения лимфатических и кровеносных сосудов и объема оперативного вмешательства.

Клиника факультетской хирургии Свердловского государственного медицинского института на протяжении 13 лет (с момента открытия урологического отделения — январь 1951 г.) занималась лечением рака мочевого пузыря, проводила организационные мероприятия по вопросам раннего выявления и диагностики рака мочевого пузыря, своевременной госпитализации больных, вела подготовку кадров по урологической специальности. Несмотря на это, можно отметить, что хотя процент неперабильных больных из года в год снижался, однако он оставался еще высоким (около 22% после 1959 г. против 30,4% до 1959 г.), а после хирургических методов лечения (эксцизия, эндо-и трансвезикальная электрокоагуляция, резекция) рецидивы рака были часты (около 40%).

Исходя из этих соображений, мы провели наблюдения за 384 больными, страдавшими опухолями мочевого пузыря в срок до 12 лет после их лечения. При изучении непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения мы ставили себе следующие задачи:

1) изучить при помощи гистологического исследования протяженность (внутриорганный) распространения раковых клеток в стенке мочевого пузыря при различном анатомическом типе и стадии развития рака;

2) изучить строение и гистотопографию внутриорганный лимфатической системы мочевого пузыря, пути оттока лимфы от различных его сегментов (отделов) на анатомических препаратах мочевых пузырей, взятых у трупов людей, умерших не от урологических заболеваний, и в эксперименте на мочевых пузырях собаки (прижизненно);

3) выявить, подвергается ли изменениям лимфатическая система мочевого пузыря при поражении его раковой опухолью; каков характер этих изменений при различных анатомических формах, стадии развития рака и гистологического строения; как часто наблюдается прорастание лимфатических и кровеносных сосудов (вен); часто ли метастазирует рак в регионарные лимфатические узлы; влияние этих факторов на результаты лечения резекцией и цистэктомией;

4) проанализировать непосредственные исходы и отдаленные результаты хирургического лечения рака мочевого пузыря в зависимости от степени и протяженности внутривезикального распространения опухолевых элементов, частоты поражения лимфатических и кровеносных сосудов раком (эндокарциноз), анатомической формы, стадии развития, вида и объема оперативного вмешательства;

5) на основании этих данных обосновать наиболее целесообразные методы хирургических операций, в частности, показания к расширенным резекциям мочевого пузыря (геми-и субтоталь-

ной резекции с уретероцистонеостомией и без нее), а также показать целесообразность применения цистэктомии в определенных случаях,

б) на основании всех этих данных высказать свое отношение к применению в настоящее время паллиативных и радикальных хирургических методов лечения рака мочевого пузыря.

### 3.

Анализ 384 историй болезни показал, что опухоли мочевого пузыря чаще наблюдались в возрасте от 41 до 70 лет (80,9%). По полу отмечено заметное преобладание мужчин, соответственно 86,2% и 13,8%. Какой-либо зависимости заболевания раком мочевого пузыря от профессии мы не отметили.

45,3% больных (174 чел.) поступило в клинику с правильным диагнозом «опухоль мочевого пузыря»; 5,2% (20 чел.) — с рецидивом; 49,5% (190 чел.) — с неправильным диагнозом.

У 46,9% больных (180 чел.) жалобы сводились только к тотальной (173 чел.) и терминальной (7 чел.) гематурии; у 45% (173 чел.) гематурии сопутствовали дизурические расстройства, боли в поясничной области, животе, тазу и пр.; у 8,1% (31 чел.) были только дизурические явления и боли в животе.

В сроки до 3 месяцев болезни поступило 30,2% больных (116 чел.), до 6 месяцев — 14,6% (56 чел.), до 12 месяцев — 17,2% (66 чел.), от 1 до 3 лет — 17,2% (66 чел.), от 3 до 10 лет — 13,5% (52 чел.), больше 10 лет — 7,3% больных (28 чел.). Таким образом, 62% больных обратилось за медицинской помощью относительно своевременно при возникновении гематурии и поступили в клинику в течение первого года заболевания; 38% обращались к врачам общего профиля в позднем периоде заболевания и госпитализировались по истечении 1—10 и более лет.

Причиной столь поздней обращаемости больных за медицинской помощью и большого процента неправильной диагностики (49,5%) является самоуспокоенность больных в связи с кратковременной безболезненной гематурией, отказ от урологического обследования из-за боязни инструментального исследования, незнание врачами общей сети клиники и диагностики опухолей мочевого пузыря. Не придавая серьезного значения кратковременной гематурии, врачи длительное время лечили больных от нефрита, пиелонефрита, пиелостита, цистита, простатита и пр.

Диагноз рака мочевого пузыря нами ставился на основании применения комплекса клинических методов исследования. Основным и общедоступным диагностическим приемом является цистоскопия, а дополнительными — простая цистография, осадочная пневмоцистография с оксигенперистографией, цистография с двойным разделным контрастом, тазовая флебография, экскреторная урография, бимануальное, лабораторное и цитоло-

гическое исследование и отчасти биопсия. Применение этих методов позволяло обнаруживать опухоль, определить ее анатомическую форму и ножку, величину и локализацию, степень прорастания стенки мочевого пузыря опухолью (цистография), обнаруживать наличие метастазов в лимфатических узлах (тазовая флебография), наличие раковых клеток в ткани опухоли (биопсия), в спиртовом смыве пузыря (цитология), наличие инфильтрации опухоли в клетчатке таза и в соседних с пузырем органах (бимануальное исследование) и функциональное исследование почек (экскреторная урография, хромоцистоскопия, проба Зимницкого, остаточный азот в плазме крови и пр.).

Из 325 больных, подвергнутых цистоскопическому исследованию, у 67,7% из них (220 чел.) первичные опухоли располагались в зонах среднего и верхнего отделов мочевого пузыря — поражали одну из стенок тела и верхушку его (выше устьев мочеточников). Такая локализация опухоли позволяла производить различного объема резекцию мочевого пузыря; в 28% случаев нужно было иссекать то или иное устье мочеточника с последующей уретероцистостомией. У 32,3% больных (105 чел.) опухоли были больших размеров, часто множественные, располагались в нижнем сегменте мочевого пузыря — поражали зону устьев мочеточников, распространялись на пузырный треугольник и его шейку. Резекция пузыря у этих больных не могла быть выполнена.

По степени поражения мочевого пузыря из 384 больных 24,8% (95 чел.) имели I стадию (T<sub>1</sub>); 26,5% (102 чел.) — II стадию (T<sub>2</sub>); 16,4% (63 чел.) — III стадию (T<sub>3</sub>); 27,1% (104 чел.) — IV стадию (T<sub>4</sub>). Диффузный папилломатоз имел место у 4,2% (16 чел.) больных, неэпителиальные опухоли (саркома и гемангиома) наблюдались в 1% случаев (4 человека).

Клиническое определение стадии рака мочевого пузыря не отражает степени и протяженности 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 клинической стадии с патологоанатомической было в 67%. Степень злокачественности (анаплазия эпителиальных клеток), глубину и протяженность инфильтрации стенки мочевого пузыря опухолью устанавливали микроскопическим исследованием операционных препаратов.

#### 4.

Изучение анатомии и гистотопографии внутриорганный лимфатической системы и путей оттока лимфы от различных сегментов (отделов) нормального мочевого пузыря человека (анатомическое

исследование на 54 препаратах) и собаки (экспериментально-анатомическое исследование — 63 опыта) позволило установить, что внутриорганные лимфатические сосуды представляют единую сеть, связывающую все отделы мочевого пузыря; переход во внеорганные лимфатические сосуды противоположной стороны стенки пузыря и в регионарные (тазовые) лимфатические узлы наблюдался в 59,6% случаев. Это свидетельствует о том, что раковые клетки могут распространяться по лимфатическим капиллярам и сосудам внутри стенки, переноситься с одной стороны пузыря на противоположную сторону и дальше 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 общих подвздошных артерий (около 90% случаев). В  $\frac{2}{3}$  случаев лимфатические узлы были крупных размеров (до  $1,5 \times 1,8$  см), числом не больше четырех. В  $\frac{1}{3}$  случаев они имели небольшие размеры (до  $1,4 \times 0,6$  см) и располагались в форме цепочек и кучек на протяжении подчревных, наружных и общих подвздошных артерий, на уровне бифуркации и на протяжении аорты до места отхождения от нее чревной артерии.

Данные, полученные при исследовании — пути оттока лимфы от пузыря, возможный перенос раковых клеток по лимфатической системе, топография регионарных лимфатических узлов и пр. — должны быть учтены в практической работе клиницистом при составлении плана предстоящей операции и выборе метода хирургического вмешательства.

Знание пределов и степени внутривенной инфильтрации опухоли особенно важно при оперативном лечении рака мочевого пузыря, когда цистоскопическим осмотром и др. методами исследования трудно решить задачи, связанные с выбором целесообразного типа операции и объема хирургического вмешательства вследствие невозможности установления границ распространения опухоли в стенке. С этой целью мы изучили 105 анатомических препаратов и проследили степень и протяженность внутривенной инфильтрации опухолевыми элементами. Рак экзофитного типа составил 76,2% (80 из 105 сл.), эндофитного типа — 21,9% (23 сл.), саркома и гемангиома — 1,9% (2 сл.). Непосредственный рост опухоли в стенке мочевого пузыря происходит в трех направлениях: в глубину стенки от слизистой оболочки, в просвет пузыря, внутривенно (или в виде папиллярных выростов на слизистой оболочке) во все стороны от внешней границы опухоли; однако последнее наблюдается не во всех случаях.

На нашем материале распространение опухолевых клеток внутри стенки или в виде папиллярных выростов на слизистой оболочке (по плоскости) наблюдалось в 72,6% случаев (в 73 из 103 случаев); из них в 32,9% случаев (у 24 чел.) распространение опу-

холовых элементов вдоль стенки было на расстоянии 2—15 мм от наружного края основания раковой опухоли, в 43,8% (у 32 чел.) — на расстоянии 5—15—25 мм, в 8% (у 6 чел.) — на 15—30 мм, в 15,3% (у 11 чел.) — на протяжении 35—60 мм.

Внутристеночное распространение опухолевых клеток в перпендикулярном направлении наблюдалось в 77,6% случаев (у 80 из 103 чел.); в 53,7% (у 43 чел.) из них рак инфильтрировал подслизистый слой (T<sub>2</sub>); в 32,5% (у 26 чел.) он прорастал мышечный слой, но процесс не выходил за пределы стенки пузыря (T<sub>3</sub>); в 13,8% (у 11 чел.) опухоль в виде тяжелой инфильтрировала все слои стенки мочевого пузыря и перивезикальную клетчатку с поражением паравезикальных (2 сл.) и подвздошных (5 сл.) лимфатических узлов (T<sub>4</sub>N<sup>+</sup>).

Эндофитный тип рака обладает большой степенью прорастания опухолевых элементов внутри стенки, часто наблюдается диффузно-инфильтрирующий низкодифференцированный рак и чаще имеет место эндокарциноз лимфатических и кровеносных (вен) сосудов. Экзофитный тип рака (ворсинчатый) тоже имеет тенденцию к инфильтрирующему росту, протяженность инфильтрации раковых клеток вдоль и сквозь стенку пузыря при этой форме значительно меньше, чем при эндофитном раке. Нередко (29,1%) анаплазированный эпителий ограничивается ножкой опухоли, не выходя за пределы слизистой оболочки мочевого пузыря (T<sub>1</sub>). По гистологической структуре преимущественно наблюдается переходноплоскоклеточный неороговевающий рак.

Методом интерстициальной наливки синей массы Герота на 78 операционных и аутопсийных препаратах мы изучили внутриоргannую лимфатическую систему мочевого пузыря при раке. На гистотопографических срезах и просветленных препаратах было обнаружено, что лимфатическая система его подвержена перестройке, которая характеризуется развитием густой сети лимфатических капилляров вокруг очага опухоли. Эти изменения наиболее выражены при инфильтрации подслизистого и мышечного слоев стенки пузыря опухолью (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>). При диффузно-инфильтрирующем и солидном раке с выходом процесса перивезикально (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>) нередко наблюдается эндокарциноз лимфатических и кровеносных сосудов (вен). Иногда раковые клетки разрушали стенку лимфатических капилляров и вен и погружались в подлежащие ткани.

При раке экзофитного типа I стадии (T<sub>1</sub>) лимфатические капилляры содержались в ножке опухоли и в отдельных ее ворсинках, по своему строению они ничем не отличались от обычных лимфатических капилляров. При раке II, III и IV стадии (T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>), независимо от анатомической формы, в паренхиме опухоли мы не обнаруживали лимфатических капилляров. Очевидно, это связано с тем, что раковые клетки проникают в соседние, по отношению к первичному очагу, участки стенки пузыря, окружают

лимфатические капилляры, сдавливают их, затем разрушают и проникают в их просвет и, наконец, облитерируют лимфатические капилляры. На ранней стадии развития рака, когда опухолевая инфильтрация не выходила за пределы подслизистого слоя (T<sub>2</sub>), раковые клетки редко содержались в просвете лимфатических капилляров (2 сл.), а в поздней стадии (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>) раковые клетки часто разрушали стенку капилляров и внедрялись в подлежащие ткани вокруг лимфатических капилляров. При диффузно-инфильтрирующем раке с обширным поражением мочевого пузыря лимфатические капилляры располагались между раковыми инфильтратами и были малочисленными. В плотных опухолях (солидный рак) по периферии ракового узла видны только мелкие и очень короткие лимфатические капилляры.

Метастазирование рака мочевого пузыря происходит, в первую очередь, в регионарные лимфатические узлы — паравезикальные и иллиакальные (VII и VI фрагмент). На нашем материале метастазы рака в лимфатические узлы 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 у них возникнут метастазы.

## 5.

Из 384 больных 258 человек (67,1%) подверглось хирургическому лечению. 102 больным (26,3%) произведены радикальные операции: 20 больным цистэктомия, 82 — резекция; 156 больным (40,8%) — паллиативные: 45 человекам — электроэксцизия, 13 — чрезпузырная электрокоагуляция, 5 — демукозация, 75 — эндо-электрокоагуляция и 18 больным — прочие операции. 126 больным (32,9%) хирургическое лечение не применялось; 86 из них были иноперабельными, 40 отказались от хирургического лечения.

Методика хирургического лечения рака мочевого пузыря на протяжении 13 лет в клинике постоянно совершенствовалась. Первоначально — с 1951 по 1957 г. — мы производили преимущественно паллиативные хирургические вмешательства: эндо- и трансвезикальную электрокоагуляцию и эксцизию. После изучения отдаленных результатов лечения этими методами, с 1958 г. стали выполнять преимущественно радикальные операции: расширенные резекции и цистэктомии.

Наибольшего внимания заслуживает расширенная резекция мочевого пузыря — геми- и субтотальная (в ряде случаев с уретероцистостомией), отличающаяся достаточным радикализмом и онкологически более обоснованная, чем электроэксцизия, эндо- и трансвезикальная электрокоагуляция.

Показаниями к применению расширенной резекции служили опухоли I и II стадии (T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>), реже III стадии (T<sub>3</sub>), расположен-

ные в верхнем и среднем отделах мочевого пузыря и отчасти в зоне того или иного устья мочеточника. Показаниями к цистэктомии были опухоли, расположенные в дне пузыря и диффузный папилломатоз (первичные и рецидивные опухоли).

Техника резекции мочевого пузыря производилась по общепринятой методике: стенка пузыря иссекалась вместе с перивезикулярной клетчаткой не ближе 2—3 см от внешнего края опухоли, а в части случаев делалась субтотальная резекция с последующей уретероцистонеостомией и лимфадэктомией.

По объему производились следующие резекции:			
Резекция $\frac{1}{4}$ мочевого пузыря	13 случаев	(15,85%)	
» $\frac{1}{3}$ » »	24 »	(29,3%)	
» $\frac{1}{2}$ » »	26 »	(31,7%)	
» $\frac{1}{2}$ » с уре-			
тероцистонеостомией	13 »	(15,85%)	
» $\frac{2}{3}$ с уретероцистонеостомией	6 »	(7,3%)	

Итого 82

Таким образом, расширенные резекции мочевого пузыря (от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{3}$  объема органа) были произведены 69 больным (84,15%), а экономная резекция —  $\frac{1}{4}$  мочевого пузыря — лишь 13 больным (15,85%).

По виду производились:

Циркулярная резекция верхушки пузыря	у 6 больных
Резекция передней стенки с верхушкой	у 3 »
Резекция передней стенки	у 4 »
Клиновидная резекция правой заднебоковой стенки	у 20 »
Клиновидная резекция левой заднебоковой стенки	у 15 »
Гемирезекция правой заднебоковой стенки	у 7 »
Гемирезекция левой заднебоковой стенки	у 8 »
Гемирезекция правой половины пузыря с уретероцистонеостомией	у 10 »
Гемирезекция левой половины пузыря с уретероцистонеостомией	у 3 »
Субтотальная резекция пузыря с уретероцистонеостомией	у 6 »

Итого

82

Объем и вид резекции мочевого пузыря устанавливали с учетом анатомической формы опухоли, ее размеров, изменений на слизистой оболочке пузыря (буллезный отек, воспаление), вызванных опухолевым процессом, степени прорастания стенки мочевого пузыря опухолью, выявленной на цистограммах.

Ширина поля сечения при резекции мочевого пузыря (минимальное и максимальное расстояние от внешнего макроскопически видимого края основания опухоли) у наших больных составила:

от 6 до 25 мм . . . . .	у 21 больного
» 32 до 40 мм . . . . .	у 33 »
» 35 до 40 мм . . . . .	у 20 »
» 35 до 60 мм . . . . .	у 8 »

Таким образом, у 61 больного (74,4%) при резекции линия сечения стенки проходила не ближе 3 см от внешнего края опухоли, что имеет важное практическое значение для исхода хирургического лечения. У 21 больного (25,6%) линия сечения стенки проходила на максимально малом расстоянии от основания опухоли (6—25 мм). Это чаще производилось при опухолях I клинической стадии (типичной, реже атипичной фиброэпителиоме), когда можно было предположить, что измененные эпителиальные клетки могли ограничиваться еще слизистой оболочкой. В этих случаях (21) при микроскопическом исследовании операционных препаратов было установлено, что опухолевые клетки не выходили за пределы слизистой оболочки ножки опухоли, однако в некоторых случаях изменения на слизистой оболочке в виде пролиферации эпителия или папиллярных выростов обнаруживались вокруг ножки опухоли на расстоянии 2—8 мм в стороне от нее.

Техника цистэктомии и пересадка мочеточников в кишечник производились по методике, разработанной отечественными учеными (П. И. Тихов, Р. С. Миротворцев, А. П. Цулукидзе, Б. Л. Полонский и др.). 6 больным мы произвели двухмоментную цистэктомию, одному из них в первый момент пересадили оба мочеточника в сигму чрезбрюшинно, а через 9 месяцев произвели цистэктомию; 5 больным 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; двум из них вместе с экстирпацией пузыря сделали везикуло-простатэктомию и лимфадэктомию.

10 больным произвели одномоментную цистэктомию с пересадкой мочеточников в прямую кишку внебрюшинно по методу А. П. Цулукидзе (1948). С целью профилактики кровотечения в пяти случаях лигировали внутренние подвздошные артерии, в одном — висцеральные и удаляли тазовые лимфатические узлы в районе VII—VI фрагментов. У 6 больных из 10 произвели везикулопростатэктомию, а у 4 — выполнена простая цистэктомия, когда не было признаков глубокой инфильтрации пузыря опухолью. Как правило, пересаженные в кишку мочеточники мы дренировали хлорвиниловыми трубками диаметром 4 мм в течение 9—14 дней; если они забивались слизью или солями, их удаляли на 4—6 сутки.

4 больным произвели цистэктомия с образованием резервуара для мочи на мягком полиэтиленовом протезе по методике кубинских врачей, усовершенствованной сотрудниками Тбилисского института усовершенствования врачей (А. П. Цулукидзе, Д. Д. Мурванидзе и др.). У 3 из них сделана простая и у одного — везикулостат-цистэктомия с лимфадэктомией и лигированием внутренних подвздошных артерий.

У 3 больных (из 20) после цистэктомии при гистологическом исследовании операционных препаратов и лимфатических узлов был обнаружен диффузно-инфильтрирующий низкодифференцированный рак, у одного из них T<sub>1</sub>N<sup>+</sup>, у двух T<sub>1</sub>N<sup>-</sup> с эндокардиозом лимфатических капилляров и вен. Распространение раковых клеток по плоскости стенки пузыря наблюдалось на расстоянии от 24 до 52 мм от внешнего края основания опухоли. У 15 больных наблюдался экзофитный (ворсинчатый) рак с прорастанием раковых клеток по плоскости стенки от 5 до 18 мм от края опухоли. Гистологическая структура — плоскоклеточный неороговевающий рак разной дифференцировки. У 5 из них имела место II стадия (T<sub>2</sub>), у 7 — III стадия (T<sub>3</sub>), у 3 — IV стадия (T<sub>4</sub>). У одного больного обнаружена атипичная фиброэпителиома (T<sub>1</sub>) и у одного — веретенообразная саркома.

Из этих данных видно, что цистэктомия применялась преимущественно у больных с более запущенными формами рака мочевого пузыря (III и IV стадии). Естественно, что при III и IV стадиях с эндокардиозом и наличием метастазов рака в лимфатических узлах исходы операции, естественно, будут хуже, чем при ранних стадиях (I, II) развития рака.

Из 156 больных, подвергшихся паллиативным хирургическим вмешательствам, 63 применялись внутривезикулярные операции, 75 — эндоэлектрокоагуляция опухоли и 18 — прочие операции.

Эндоэлектрокоагуляция и чрезпузырные операции применялись по общепринятой в урологической практике методике. У большей части больных наблюдался ворсинчатый рак, размеры опухолей редко превышали 2—3 см в диаметре, чаще они были меньше 1,5 см.

Из 18 больных, подвергшихся различным операциям, только двум произведена пересадка мочеточников в сигму внутрибрюшинно как первый этап цистэктомии; остальные 16 человек оказались иноперабельными, двум из них высадили мочеточники в кожу, 7 — сделали эпицистостомию в связи с полной задержкой мочи, 7 — произведено пробное обнажение мочевого пузыря, при этом была сделана попытка выполнить одномоментную цистэктомия, но на операции опухолевый процесс выходил за пределы мочевого пузыря с инфильтрацией рака в клетчатку таза и тазовые кровеносные сосуды. У 12 человек (из 18) наблюдались метастазы рака в тазовых лимфатических узлах.

Критический анализ современных типов оперативных вмешательств при раке мочевого пузыря привел нас к постепенному переходу от паллиативных хирургических операций как онкологически не обоснованных, к радикальным (резекция и цистэктомия), при которых больше шансов получить лучшие отдаленные результаты. Несмотря на обширность геми- и субтотальной резекции, одно- и двухмоментной цистэктомии и ограниченность их применения у лиц с запущенными формами рака, следует признать онкологическую обоснованность и достаточную радикальность этих операций.

Несомненным преимуществом резекции мочевого пузыря является сохранение естественного мочеиспускания. В функциональном отношении это имеет большое значение для жизни больного. Разработка или усовершенствование способов сберегательных операций, при которых на практике претворялась бы в показанных случаях идея сохранения сфинктера мочевого пузыря и, следовательно, сохранение естественного мочеиспускания, является практически важной и прогрессивной.

При рассмотрении ближайших исходов хирургического лечения рака мочевого пузыря оказалось, что послеоперационная летальность составила:

при резекции мочевого пузыря	3,65%
» цистэктомии	20%
» электроэксцизии	4,44%
» трансвезикальной электрокоагуляции	23,7%
» демукозаци	0
» эндоэлектрокоагуляции	0

Из осложнений послеоперационного периода следует указать, что наиболее часто наблюдались: развитие инфекции в клетчатке таза (часто приводившей к флегмоне), сердечно-сосудистая недостаточность, динамическая непроходимость кишечника, перитонит, сепсис, несостоятельность швов уретероцистостомы и пр.

На нашем материале из 258 различных операций нормальное течение послеоперационного периода было у 225 человек (87,2%). У 33 человек (12,8%) течение было с осложнениями самого разнообразного характера.

Из 82 больных, оперированных методом резекции, у 10 (12,2%) в послеоперационном периоде наблюдалось 35 осложнений (по 2, 3 и 4 осложнения у одного больного). У 4 больных были серьезные осложнения:

1. Сердечно-сосудистая недостаточность и отек головного мозга . . . . . у 1 чел.
2. Динамическая непроходимость кишечника, острое расширение желудка и отек мозга . . . . . у 1 »
3. Анурия, острый пиелит . . . . . у 1 »

4. Несостоятельность мочеточниково-пузырного соустья, флегмона таза, сепсис . . . . . у 1 чел.  
У 3 человек эти осложнения послужили причиной смерти. У 6 больных (7,4%) наблюдались относительно малые осложнения, которые были ликвидированы применением лечебных мероприятий:

1. Мочевые свищи, перистит лобковых костей, пиурия, лихорадка . . . . . у 4 чел.
2. Мочевые свищи, пиэлит, бронхопневмония . . . . . у 2 »

Крайне тяжелые осложнения — рожистое воспаление кожи надлобковой области, флегмона таза, сепсис, динамическая непроходимость кишечника и пр. — наблюдались у 2 больных после электроэксцизии опухоли и явились причиной смерти.

Наиболее тяжелые и разнообразные по характеру осложнения в послеоперационном периоде наблюдались после цистэктомии, независимо от места отведения мочи — при пересадке мочеточников в кишечник или при образовании искусственного мочевого пузыря на мягком эндопротезе. У 14 больных из 20 цистэктомий послеоперационный период протекал с осложнениями, причем наблюдалось 45 различных осложнений, которые по тяжести следует разделить на три категории.

1. Тяжелые осложнения, могущие привести к смерти:
  - а) тромбоземболия . . . . . у 1 чел.
  - б) флегмона таза, перитонит, сепсис, пионефроз . . . . . у 6 »
  - в) анурия, паранефрит, периуретерит . . . . . у 1 »
2. Осложнения средней тяжести:
  - а) несостоятельность швов, кишечно-мочеточникового соустья, мочекаловые свищи . . . . . у 3 »
  - б) пиэлит перемежающийся (то одной, то другой почки), азотемия . . . . . у 1 »
3. Осложнения, могущие остаться постоянно:
  - а) мочевые свищи . . . . . у 1 »
  - б) пиелонефрит . . . . . у 1 »

У 4 человек (из 20) тяжелые осложнения (тромбоземболия, флегмона таза, сепсис, пионефроз) явились причиной смерти.

Таким образом, наиболее частой причиной летальных исходов после резекции, цистэктомии и электроэксцизии являлись такие осложнения, как флегмона таза, перитонит, пионефроз, сепсис, тромбоземболия, острая сердечно-сосудистая недостаточность и пр. Эти осложнения, как правило, развивались в течение первых 2—9 дней после операции.

Учитывая развитие возможных осложнений после хирургических вмешательств на мочевом пузыре, 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 дренированием мочеточников, мочевого пузыря и полости таза. Во-вторых, борьбой с различного рода осложнениями как в ближайшие дни после операции, так и в отдаленном периоде. Это достигается применением комплекса терапевтических мероприятий: антибиотики, сердечные и тонизирующие организм лекарственные средства, переливание крови, плазмы и «выхаживание» больных. В-третьих, соблюдением санитарно-гигиенических условий и рациональная высококалорийная диета. Выполнение этих требований способствует облегчению состояния больного, достигаются лучшие функциональные исходы, снижается послеоперационная летальность, уменьшается пребывание больного в стационаре, увеличивается оборот койки.

## 6.

За период с 1951 по 1964 г. из 358 выписавшихся больных мы проследили отдаленные результаты у 340 человек после хирургических методов лечения в зависимости от ряда факторов и судьбу неоперированных больных. Это позволило нам более объективно оценить тот или иной вид оперативного вмешательства и состояние неподвергавшихся операции больных.

Из 73 больных группы иноперабельных прослежены 61 человек, из них в сроки от 4 мес. до 5 лет умерли 56 больных (91,8%). Живы до 14—17 месяцев 5 человек.

Из 40 больных, отказавшихся от хирургического лечения, прослежены 34 человека; 20 (58,8%) из них умерли в сроки от 6 мес. до 5 лет. Живы 14 человек.

Таким образом, из иноперабельных 91,8% и среди отказавшихся от операции 58,8% больных умерли в ранние сроки (до 5 лет, до 3 лет 60%) от прогрессирующего роста рака мочевого пузыря. Цифра внушительная и должна привлечь внимание каждого медицинского работника на то, чтобы приложить максимум усилий к снижению процента иноперабельных больных.

Мы проследили отдаленные результаты у 95 из 102 больных после радикальных операций (резекции и цистэктомии) и у 130 человек после паллиативных хирургических вмешательств.

Из 10 больных, выписавшихся после трансвезикальной электрокоагуляции, у 7 человек наступил рецидив опухоли в период до 3 лет, 4 из них умерли (3 чел. через 2—8 мес., 1 — через 5 лет); 3 чел. произведены операции повторно, из них живы менее 5 лет — 1 чел., более 5 лет — 2 чел. Выбыли из-под наблюдения 3 чел. (через 12, 16 и 24 мес.).

Из 5 больных после демукозации у 3 чел. наступил рецидив рака (до 5 лет), из них 1 чел. умер от рака, 2 чел. — произведены операции повторно; 2 чел. свободны от рецидива, 1 чел. — жив 2 года, 1 чел. — 9 лет.

После электроэксцизии прослежено		
от 1 года до 9 лет	43 чел.	100%
Жили без рецидива опухоли:		
более 5 лет	5 чел.	11,6%
менее 5 лет	13 чел.	30,2%
	Итого	18 чел. 41,8%
Жили без рецидива, но выбыли из-под наблюдения:		
в течение первого года	4 чел.	9,35%
через 9 лет	1 чел.	2,35%
	Итого	5 чел. 11,7%
Рецидив опухоли наступил у	18 чел.	41,8%
Из них живы с рецидивом		
более 5 лет	6 чел.	13,9%
менее 5 лет	4 чел.	9,3%
	Итого	10 чел. 23,9%
Умерли от рецидива и метастазов		
через 1—5 лет	6 чел.	13,9%
через 7—9 лет	2 чел.	4,7%
	Итого	8 чел. 18,6%
Умерли от других причин (рак желудка, уремия)		
через 1—3 года	2 чел.	4,7%
После эндоэлектрокоагуляции прослежено		
в течение от 1 года до 12 лет	75 чел.	100%
Живы без рецидива:		
более 5 лет	16 чел.	21,3%
менее 5 лет	27 чел.	36%
Жили без рецидива в сроки от 1 года до 7 лет, потом сменили адрес	8 чел.	10,7%
Рецидив опухоли наступил (у большей части в течение 1—6 лет)	у 22 чел.	29,3%
(из них умерло от рака в течение 1—6 лет)	5 чел.	6,6%
умерло от других причин	2 чел.	2,7%

Из 14 больных, выписавшихся после прочих операций, 13 человек не прожили одного года, умерли от прогрессирующего роста рака мочевого пузыря. Один человек жив в течение 6 месяцев.

Из 16 больных после цистэктомии живы 10 человек, из них живы более 5 лет — 5 человек (один 11,5 лет), менее 5 лет — 5 человек. Умерло 6 человек, из них в течение первого года — 4 человека, третьего—четвертого года — 2 чел. 4 человека умерли от рецидива рака, 1 — от саркомы и 1 человек — от пиэлонефрита и недостаточности функции почек.

79 человек после резекции мочевого пузыря прослежены в сроки от 6 мес. до 12 лет.

Живы и свободны от рецидива	56 чел.	70,9%
Из них:		
живы более 10 лет	5	» 6,3%
живы более 5 лет	18	» 22,8%
живы менее 5 лет	33	» 41,8%
Рецидив рака наступил в течение		
1—9 лет	у 23	» 29,1%
Из них:		
живы с рецидивом более 5 лет	4	» 5,6%
живы с рецидивом менее 5 лет	8	» 10,1%
Умерло от рецидива из числа оперированных, но живших менее 5 лет	11	» 13,4%

10 больным с рецидивом произведены операции повторно (резекция и цистэктомия) с благоприятным отдаленным исходом от 1 до 8 лет, 1 человеку высадили мочеточники в кожу для облегчения болей и дизурических явлений (ранее от цистэктомии больной отказался), 1 человек отказался от хирургического вмешательства.

Следует отметить, что к моменту завершения анализа нашего материала (на 15/IV-1964) 66 человек (80,6%), в том числе 10 чел. после повторных операций, свободны от рецидива, из них живы более 5 лет 34,3% и менее 5 лет — 46,35% больных. Можно считать, что это вполне благоприятные результаты, если учесть, что мы не применяли лучевую терапию (по независящим от нас причинам).

Сравнительная оценка эффективности различных оперативных вмешательств показала наиболее благоприятные результаты при резекции мочевого пузыря. В среднем пятилетняя выживаемость составила 62%. Удовлетворительные результаты получены после цистэктомии. Менее благоприятными оказались результаты после электроэксцизии, в среднем пятилетняя выживаемость составила около 40%. Плохие результаты получены и от эндоэлектрокоагуляции — пятилетняя выживаемость составила около 53%. Очень плохие результаты наблюдались после трансвезикальной электрокоагуляции — подавляющее большинство больных, как и следовало ожидать, не прожили одного года, умерли от рецидива и метастазов рака.

На отдаленные результаты хирургического лечения оказывает влияние протяженность продольного распространения и степень прорастания раковых элементов в подлежащие слои стенки мочевого пузыря, в частности, при резекции, когда решающее значение имеет ширина иссечения стенки свободной от опухоли. Определенное влияние оказывает и частота поражения раком лимфатических и кровеносных (вен) сосудов, а также выход опухоли за пределы мочевого пузыря. Наблюдения за больными, лечены-

ми резекцией, позволило установить, что отдаленные результаты находятся в прямой зависимости от степени и протяженности внутрисстеночного распространения раковых элементов и площади иссечения стенки 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 (по плоскости) распространялись на 12—15—20—58 мм от наружного края основания опухоли. Линия сечения стенки при резекции проходила в этих случаях на расстоянии 25—40 мм от внешнего края опухоли. У 11 больных из 23 раковые клетки были обнаружены по краю сечения стенки, в том числе у 7 чел. они прорастали лимфатические капилляры и вены. Все 11 человек из этой группы умерли от рецидива рака в сроки от 8 мес. до 5 лет. У 12 больных (из 23) линия сечения стенки проходила в зоне свободной от раковых клеток, но микрометастазы в удаленной части пузыря располагались вблизи от края сечения стенки — от 2 до 5 мм. У этих больных в течение 6 месяцев — 4 лет возник рецидив рака.

У 56 больных (из 79) инфильтрация раковых клеток вдоль стенки пузыря наблюдалась на расстоянии 2—15 мм от края опухоли или же ограничивалась ножкой опухоли (у 27 чел.). Линия сечения стенки при резекции мочевого пузыря в этих случаях проходила на расстоянии 35—60 мм от внешнего края основания опухоли. Все 56 человек (70,9%) из этой группы свободны от рецидива рака длительное время (до 12 лет).

Приведенные клинические наблюдения и патологоанатомические данные свидетельствуют о том, что при ворсинчатом раке I и II стадии сечение стенки при резекции мочевого пузыря должно проходить не ближе 2—3 см от основания опухоли, при ворсинчатом раке III стадии — не ближе 3—5 см от края опухоли. Опасаться обширных резекций (геми- и субтотальной с уретероцистонеостомией или без нее) нет никаких оснований. Удаление половины и даже  $\frac{2}{3}$  мочевого пузыря не опасно для жизни организма. Через некоторое время после иссечения части пузыря образуется полый орган с достаточной емкостью и хорошей функцией. При солидном и диффузно-инфильтрирующем раке следует применять расширенную цистэктомиию с отведением мочи в толстую кишку.

Эндо- и трансвезикальная электрокоагуляция, эксцизия и демукозация не являются радикальными операциями и онкологически не обоснованы. Мы разделяем точку зрения Б. Л. Полонского, считающего, что если пузырь вскрыт и позволяет локализация опухоли, то следует произвести резекцию мочевого пузыря.

## 7.

Поскольку еще долгое время значительные контингенты урологических больных на периферии будут обслуживаться врачами об-

щей сети, последние должны диагностировать и новообразования мочевого пузыря, уметь правильно оценить стадию течения раковой болезни и своевременно направлять больных к специалисту-урологу на обследование.

Профилактика, диагностика и лечение больных злокачественными новообразованиями мочевого пузыря до настоящего времени представляют значительные трудности. Медицинские работники периферии должны помнить, что рак мочевого пузыря протекает латентно длительное время (иногда несколько лет). Рано или поздно он сопровождается макроскопической гематурией, часто безболезненной, возникающей внезапно среди полного здоровья и также внезапно исчезающей. Нередко течение болезни сопровождается только дизурическими расстройствами. Поэтому основным методом диагностики рака 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.

Медицинские работники периферии должны помнить, что еще и сейчас некоторые больные опухолью мочевого пузыря, сознательно или в связи с боязнью предстоящего инструментального исследования и хирургического вмешательства, не обращаются за врачебной помощью своевременно или отказываются от госпитализации. Встречаются и такие больные, которые, несмотря на наличие гематурии и дизурических расстройств, не обращаются к врачу, а лечатся либо домашними средствами, чаще тепловыми процедурами, либо обращаются за «лечебной помощью» к знахарке. В урологический стационар они поступают уже в иноперабельном состоянии.

## 8.

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 внутрисстеночного распространения опухолевых клеток и объем хирургического вмешательства. Нами показана целесообразность применения расширенной резекции (геми- и субтотальной) мочевого пузыря с уретероцистостомией и без нее.

Мы не ставили перед собой цель осветить все вопросы, относящиеся к проблеме рака мочевого пузыря в широком масштабе, но хотели лишь, основываясь на собственных и литературных дан-

ных, 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 клинкомиорфологического 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. Мы не ставили своей задачей осветить такие вопросы, как реакция соединительной ткани на опухолевый рост, степень участия нервной системы, нарушение обмена веществ, иммунобиологического и гормонального равновесия в организме больного на разных этапах развития рака мочевого пузыря, а также не останавливались на оценке методов хирургического лечения рака мочевого пузыря, связанного с созданием искусственного резервуара мочевого пузыря из различных отрезков кишечника.

Изложение этих вопросов читатель найдет в оригинальных работах отечественных авторов (Н. Н. Петров, 1958; Ю. М. Васильев, 1961; Р. Е. Кавецкий, 1962; А. М. Гаспарян и Е. П. Цветов, 1959).

### Выводы

1. Из 384 больных раком мочевого пузыря, лечившихся в клинике, только 45,3% из них поступило с правильным диагнозом. 38% больных обращались к врачам общего профиля в позднем периоде заболевания и госпитализировались по истечении 1—10 и более лет.

2. 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 от урологического обследования из-за боязни инструментального исследования, незнание врачами общего профиля клиники и диагностики опухоли мочевого пузыря.

3. 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%.

4. Пятилетняя выживаемость больных, леченных электроэксцизией, эндо- и трансвезикальной электрокоагуляцией, значи-

тельно ниже, чем после радикальных операций. После электроэксцизии умерли от рака в течение первого—второго года после операции 22,3% больных, рецидив опухоли наступил у 41,8%, живы более 5 лет 13,4%, менее 5 лет — 37,7%. После эндоэлектрокоагуляции живы более 5 лет — 21,3% больных, менее 5 лет — 36%; рецидив опухоли наступил у 29,3% и умерло от рака 9,3% больных.

5. Продолжительность жизни неоперированных больных невелика. Из иноперабильных 91,8% и среди отказавшихся от операции 58,8% больных умерли в ранние сроки (до 5 лет) от прогрессирующего роста рака мочевого пузыря.

6. Показания к эндоэлектрокоагуляции и электроэксцизии должны быть максимально сужены; чрезпузырная электрокоагуляция является онкологически необоснованным методом, поэтому от нее следует отказаться.

7. Резекция и экстирпация мочевого пузыря являются радикальными способами лечения рака мочевого пузыря и должны стать методом выбора, а показания к ним должны быть расширены. Сечения стенки при резекции мочевого пузыря по поводу экзофитного вида рака I, II стадий должно производиться не ближе 2—3 см от внешнего края основания опухоли, при III стадии — не ближе 3—5 см, а при солидном и диффузно-инфильтрирующем раке показана цистэктомия.

8. На исход лечения резекцией оказывает влияние анатомическая форма, величина, локализация опухоли, протяженность и степень внутривенного распространения раковых клеток, наличие прорастания их в лимфатические капилляры и вены и ширина поля иссекаемой стенки пузыря, свободной от опухоли.

9. На нашем материале из 105 случаев ворсинчатый рак экзофитного типа составил 76,2%; эндофитный тип — 21,9%, неэпителиальные опухоли — 1,9%. 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 13,8% — поражались все слои стенки пузыря и паравезикальная клетчатка, в 6,8% случаев из них с метастазированием рака в околопузырные и подвздошные лимфатические узлы.

10. При составлении плана предстоящей операции наряду с учетом пределов внутривенного распространения рака должны быть приняты во внимание и 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 наличие метастазов рака, где искать регионарные лимфатические узлы при резекции и экстирпации мочевого пузыря.

11. Экспериментально-морфологическими исследованиями мы установили, 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 с одной стороны стенки пузыря на противоположную сторону наблюдается в 59,6% случаев. 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, по ходу наружных и общих подвздошных артерий и на протяжении аорты до чревной артерии. Не исключена возможность, что 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, однако это наблюдается преимущественно в позднем периоде развития рака (III, IV стадии).

12. Данные о ближайших исходах и отдаленные результаты резекции (до 12 лет) дают нам право рекомендовать ее (операцию) как радикальный метод лечения рака мочевого пузыря. Опасаться расширенных резекций (геми- и субтотальной) даже у уретероцистонеостомией нет никаких оснований. Удаление половины и  $\frac{2}{3}$  мочевого пузыря не опасно для 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.

13. Успех лечения рака мочевого пузыря обусловлен ранней диагностикой и своевременным хирургическим лечением. Оперированные больные должны состоять на диспансерном учете и наблюдении.

**СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ  
АВТОРА ПО ВОПРОСАМ, ИЗЛАГАЕМЫМ В ДИССЕРТАЦИИ**

1. Внутриорганный и внеорганный лимфатическая система мочевого пузыря и пути оттока лимфы от различных сегментов его. Урология, 1961, № 1, стр. 41—45.
2. Результаты хирургического лечения опухолей мочевого пузыря в зависимости от пределов внутрисстеночного роста новообразования и объема удаляемой части органа. Тезисы докладов первой конференции урологов Грузинской ССР, 1961, стр. 179—181 (Тбилиси, 1961).
3. О резекции мочевого пузыря при эпителиальных опухолях его. Урология, 1963, № 3, стр. 41—45.
4. Причины запущенности рака мочевого пузыря и некоторые пути их устранения. Методическое письмо для врачей и фельдшеров лечпрофучреждений Свердловской области. Свердловск, 1963, стр. 10 (совместно с Левченко).
5. Непосредственные и отдаленные результаты операции везико-сигмоанастомоза (совместно с Астафьевым). Урология, 1958, № 2, стр. 8—12 (работа по смежной проблеме, использованной в диссертации).
6. Реактивные изменения лимфатической системы мочевого пузыря при раке. Доложено на Свердловском урологическом обществе, февраль, 1962 г. Принята к печати. Труды кафедр факультетской и общей хирургии. Свердловск, 1964.
7. О морфологии и классификации злокачественных эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Принята к печати. Труды кафедр факультетской и общей хирургии. Свердловск, 1964.
8. Сравнительная оценка оперативного лечения рака мочевого пузыря в свете ближайших и отдаленных результатов. Доложено на XXVII годичной научной сессии Свердловского мединститута, март, 1964. Принята к печати. Труды кафедр факультетской и общей хирургии. Свердловск, 1964.

---

**БЛИЗНЮК Василий Михайлович**

Обоснование методов хирургического лечения  
эпителиальных опухолей мочевого пузыря