

**Н.П. Мунгалов, В.К. Вершинский,  
А.Н. Мунгалов, Е.В. Колесников**

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

*Читинская государственная медицинская академия*

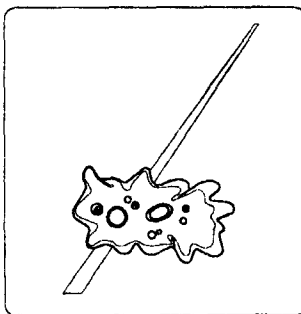
В урологической клинике ЧГМА в 1997-2001 гг. находились на лечении 222 больных раком мочевого пузыря. Больные опухолями мочевого пузыря состоят на диспансерном учете, и в связи с рецидивами заболевания 92 пациента поступали в клинику неоднократно. Опухоль выявлена впервые у 130 больных.

По поводу новообразований всем больным выполнен следующий объем диагностических исследований: экскреторная урография с нисходящей цистографией, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, цистоскопия (у больных с эндофитным ростом опухоли), цитологическое исследование мочи и промывной жидкости (последнее указывало на бластоматозный процесс только у 65%). Стадия  $T_1$  диагностирована у 5 чел. (3,9%),  $T_2$  — у 55 чел. (42,3%),  $T_3$  — у 53 чел. (40,7%),  $T_4$  — у 17 чел. (13,1%).

Оперативное лечение выполнено всем 130 больным. У 5 больных в стадии  $T_1$  с опухолями диаметром 1,5—3 см, имеющими экзофитный рост, выполнена трансуретральная резекция и электрокоагуляция. У 55 больных раком мочевого пузыря в стадии  $T_2$  опухоли располагались на заднебоко-

вых стенках мочевого пузыря. Эти нежно-ворсинчатые образования были на тонкой ножке, что позволило выполнить резекцию мочевого пузыря в ложках Овнатаняна. У больных в стадии  $T_3$  в 36 случаях выполнена сегментарная резекция верхнего или среднего сегментов мочевого пузыря, в 11 — сегментарная резекция с неоуретероцистоанастомозом, еще в 6 — расширенная резекция мочевого пузыря и уретероцистостомия (опухоль у этих пациентов занимала три сегмента с переходом на шейку мочевого пузыря).

В послеоперационном периоде умер один больной от острой сердечной недостаточности. Больным опухолью мочевого пузыря в стадии  $T_4$  проводились паллиативные операции — эпицистостомия, электрокоагуляция опухоли с целью остановки кровотечения. Больные в стадии  $T_3$  и  $T_4$  по решению онкологической комиссии переводились на лучевую терапию в онкологический диспансер. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения вполне удовлетворительные. Все больные опухолями мочевого пузыря находятся на диспансерном учете с обязательной цистоскопией 2—3 раза в год.



**А.Г. Филиппов, В.М. Нагорный,  
В.В. Лупарев, В.В. Грехнев**

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ УРЕТРЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ГКБ №2 г. ВЛАДИВОСТОКА)**

*Владивостокский государственный медицинский университет*

Клиническая картина доброкачественных опухолей мочеиспускательного канала у мужчин разнообразна и зависит от локализации и числа образований. При локализации опухолей в области наружного отверстия уретры больные не отмечают каких-либо субъективных расстройств. Обратиться к врачу их заставляет наличие опухоли. При локализации опухоли по ходу мочеиспускательного канала могут наблюдаться гнойные выделения

из уретры, иногда с примесью крови или уретроррагия. Известные трудности обычно возникают при расположении опухоли в просвете уретры. В таких случаях, как правило, помогают уретрография и уретроскопия.

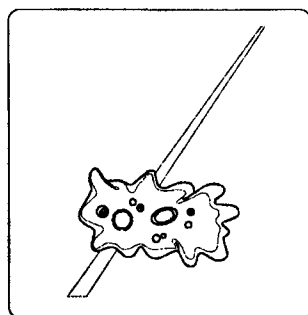
В клинику урологии ВГМУ в 1999-2000 гг. обратилось два пациента в возрасте 30 и 35 лет с жалобами на затрудненное мочеиспускание, периодическое выделение крови из уретры. Выяв-

лено, что оба пациента болеют в течение 5 лет и неоднократно обследовались и лечились в других урологических стационарах с диагнозом “стриктура уретры”. Диагнозы подтверждены уретрографией. У этих больных были неоднократные задержки мочеиспускания, но после бужирования уретры мочеиспускание восстанавливалось вялой, раздвоенной струей. В клинике для определения и локализации стриктуры обоим больным была выполнена ирригационная уретроскопия. У обоих больных выявлено опухолевидное образование на ножке, локализирующееся в бульбозном отделе уретры и наличием стриктуры в мембранозном отделе.

В нашей клинике широко применяются эндоскопические операции с использованием высоких технологий. После обнаружения опухоли в просвете уретры больным произведено ее лазерное иссечение и восстановление нормальной проходимости с помощью высокоэнергетической установки отечественного производства “Ласка”. Все операции прошли без осложнений. Морфологические исследования удаленных образований выявили наличие

у обоих больных фиброзных полипов. У них восстановлено естественное мочеиспускание с объемной скоростью 25 мл/с, тогда как до операции она составляла 6-8 мл/с. Уретральный катетер после иссечения опухоли находился в уретре в течение 2 сут. Больные вернулись к трудовой деятельности через 7 дней после лазерной операции.

Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что уретрография не всегда несет объективную информацию при опухолях уретры и опухоль в уретре позволяет определить только комплексное исследование — уретрография и ирригационная уретроскопия. Применение эндоскопических методов лечения опухолей уретры с помощью лазерной хирургической установки “Ласка” позволяет бескровно удалять опухоли из уретры, восстанавливать ее проходимость с рассечением и выпариванием рубцовой ткани в участке стриктуры. Использование высоких технологий дает возможность быстро и качественно излечивать больных от опухолей уретры, расположенных в висячем и промежностном отделах.



**С.А. Будылев, М.И. Петричко, А.Г. Антонов,  
А.Р. Журенков, М.М. Мартынова**

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ ПОЧКИ**

*Дальневосточный государственный медицинский университет,  
Краевая клиническая больница №1 им. С.И. Сергеева, г. Хабаровск*

Опухоли почки составляют до 3-4% всех новообразований (Н.Н. Трапезников с соавт., 2001). Наиболее часто заболевание встречается у больных в возрасте от 40 до 60 лет.

Клинические проявления рака почки весьма разнообразны. Классическая триада симптомов в настоящее время встречается редко и чаще указывает на позднюю стадию заболевания. Успехи ультразвуковой диагностики, ее доступность позволяют во время медицинских осмотров выявлять опухоли почки, клинически еще никак себя не проявляющие. При этом нередко наблюдается гипердиагностика рака почки. Особые трудности вызывают доброкачественные опухоли, аномалии развития, кисты и другие заболевания почек.

За последние 5 лет мы наблюдали 201 пациента, которые поступили в клинику урологии ДВГМУ с направительным диагнозом “опухоль почки”. Основными клиническими проявлениями были гематурия — у 80 больных (40%), пальпируемое образование — у 14 (7,2%). У 72 больных (35,9%) опухоль почки была выявлена соноскопически как

случайная находка на медицинских осмотрах при паренхиматозном расположении опухоли.

В целях дифференциальной диагностики и определения степени малигнизации мы применяем УЗИ почек с цветным доплеровским картированием (ЦДК), компьютерную томографию (КТ) и аортографию (АГ). При расположении опухоли в полостной системе почки неоднократно применяли экскреторную и ретроградную пиелографию.

В результате обследования рак почки был выявлен у 162 больных (81%), доброкачественные новообразования — у 10 (4,5%), а у 29 (14,4%) опухоль почки исключена. Среди больных с доброкачественными новообразованиями у 9 чел. была выявлена ангиомиолипома, в 1 случае — аденома почки (диагностирована в результате открытой биопсии почки). Среди 29 пациентов, у которых опухоль почки была исключена, в 1 случае был установлен диагноз “опухоль надпочечника”, в 7 — очаговый нефросклероз, еще в 6 случаях обнаружена “горбатая” левая почка (добавочная доля) либо кисты.