

А. О. ТАТАРЯН, Ф. А. ХЕРОБЯН

МАТЕРИАЛЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЦИСТОСКОПИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ОПУХОЛЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Определение характера опухоли мочевого пузыря и выяснение степени инфильтративного роста опухоли как в толщу стенки, так и за ее пределами является одним из актуальных вопросов онко-урологии.

На III Всесоюзной конференции урологов в 1958 г. было указано, что диагностика опухолей мочевого пузыря должна быть направлена на выяснение глубины инфильтрации стенки и характера новообразования. Между тем следует признать, что современные методы диагностики опухолей мочевого пузыря не всегда создают достаточные условия для решения этих вопросов.

Большинство авторов [4, 5, 7 и др.] основным методом диагностики опухолей мочевого пузыря считает цистоскопическое исследование, позволяющее в подавляющем большинстве случаев своевременно и точно установить диагноз опухолей мочевого пузыря.

Оценивая роль цистоскопии в диагностике опухолей мочевого пузыря, А. П. Фрумкин [16] отмечает, что цистоскопическое исследование по точности полученных данных превосходит даже микроскопическое исследование. Наряду с этим, по мнению ряда других авторов [1, 8], цистоскопия, выявляя наличие опухоли, не всегда устанавливает ее природу. По данным В. М. Перельмана [3], совпадение цистоскопических данных с данными, обнаруженными во время операции, было менее, чем в 50% — а именно из 63 больных только у 28. У остальных 35 больных имело место несовпадение данных в отношении размеров опухоли, ее локализации, характера основания, количества новообразования, а также определение глубины инфильтрации стенки.

В случаях, когда невозможно произвести цистоскопическое исследование (значительная гематурия, выраженный цистит, сужение уретры и т. д.), первенствующее значение в диагностике опухолей мочевого пузыря приобретает рентгенологическое исследование.

Цистография, являясь объективным методом исследования, разрешает получить на рентгенограмме не только изображение контуров пузыря и опухоли, но и сведения о количестве опухолей, о их локализации, величине и характере. Особенно ценные данные получаются при осадочной пневмоцистографии в сочетании с перицистографией. При ней часто удается определить глубину прорастания опухолевым процессом толщи стенки пузыря в околопузырную клетчатку и в соседние органы.

В Институте рентгенологии и онкологии АН АрмССР с 1961 по 1962 гг. исследованы комплексно клиническими и рентгенологическими методами 50 больных с различными формами опухолей мочевого пузыря. Цистоскопическое исследование произведено у 42 больных. У трех больных, методом цистоскопии, установлена типичная и атипичная папиллярная фиброэпителиома, у 21—папиллярный рак и у 18—солидный рак. При цистоскопическом исследовании больных с раком мочевого пузыря папиллярного типа выявлены следующие изменения: короткие грубые ворсинки в 19 случаях, гиперемия слизистой над опухолью в 14 случаях, инкрустации солями, некрозы, кровоизлияния и фиброзные налеты в 9 случаях.

Характер ножки удалось определить в 13 случаях, из коих короткая толстая ножка была у 9 больных, широкое основание—у 4, выраженная гиперемия вокруг ножки—у 4, незначительная гиперемия—у 2, буллезный отек вокруг основания—у 1.

В двух наблюдениях опухоль была в виде стелющегося моха с мелкими сосочками на поверхности слизистой опухоли без гиперемии и инфильтративных явлений как над опухолью, так и вокруг нее. В подобных случаях, как отмечает А. П. Фрумкин [6], речь идет о типичном папиллярном раке. Диагнозы были подтверждены при гистологическом исследовании после операции, эндовезикальной биопсии, исследованием мочи и промывных вод мочевого пузыря.

В 8 случаях цистоскопическое исследование не удалось произвести. Диагноз папиллярного рака был установлен на основании осадочной цистографии с перицистографией, цитологическим исследованием мочи и промывных вод мочевого пузыря.

При папиллярных опухолях на рентгенограммах с комбинированным контрастированием мочевого пузыря и перивезикального пространства определяется ограниченная опухоль, хорошо очерченная с равномерным вкраплением бария на ее поверхности, свидетельствующая о ворсинчатости опухоли. В ряде случаев четко определяется ножка и ее характер. При отсутствии глубокой инфильтрации мышечного слоя стенки на цистополиграммах определяется равномерное разворачивание мочевого пузыря с одинаковой толщиной стенок на всем протяжении. Из 32 случаев папиллярных опухолей в 24 рентгенологически выявлено округлоовальной формы образование без инфильтрации стенки пузыря. Подобная рентгенологическая картина не дает точных критериев для определения характера опухоли. Она присуща как для типичной и атипичной папиллярной фиброэпителиомы, так и для начальной стадии папиллярного рака, когда опухоль инфильтрирует только подслизистый слой и не нарушает сократительную функцию мышц. Так, в одном из наших наблюдений на основании данных цистографии и цистоскопии был диагностирован папиллярный рак, однако гистологическое исследование выявило атипичную папиллярную фиброэпителиому.

В 8 случаях соответственно месту расположения папиллярного рака установлено утолщение стенки пузыря, не превышающее ее двойную

толщину, говорящее за инфильтрацию мышечного слоя. В одном из таких случаев ригидность мышц стенки проявлялась скошенностью ее контуров.

Наличие ножки рентгенологически было выявлено только у 8 больных. В 13 наблюдениях папиллярная опухоль была на широком основании. В остальных случаях ножку или основание опухоли на рентгенограмме определить не удалось. Неровные, грубые складки, идущие к основанию опухоли со скоплением бария между складками, мы наблюдали в 6 случаях. По данным Л. Н. Погожевой [2] и В. М. Перельмана [3], этот симптом свидетельствует об опухолевой инфильтрации стенки пузыря.

По локализации папиллярные опухоли располагались преимущественно на задней стенке (8—слева и 9—справа). В 8 случаях—в области треугольника, в одном случае—на вершшке мочевого пузыря. В 6 случаях были множественные опухоли. Во всех 32 случаях паравезикальное пространство оказалось свободным, без прорастания опухоли.

Диагноз—солидный рак мочевого пузыря—цистоскопически нами был диагностирован в 18 случаях. При цистоскопическом исследовании обнаружены следующие изменения: бугристая опухоль с неровной поверхностью, резкой гиперемией, с некрозами, инкрустацией солей и кровоизлияниями в 14 случаях, у трех из них вокруг основания опухоли обнаружен буллезный отек, говорящий о значительной инфильтрации. Однако на основании этого определить глубину инфильтративного процесса в толщу стенки не представляется возможным. Опухоли на широком основании были выявлены в 6 случаях, резкая гиперемия слизистой оболочки вокруг основания опухоли—в 6 случаях.

Инфильтрирующая форма солидного рака с небольшим экзофитным ростом, изъязвленной поверхностью, с гнойным и фиброзным налетами обнаружена в двух случаях.

При рентгенологическом исследовании солидный рак выявлен в 13 случаях. Наряду с наличием дефекта наполнения в трех случаях при этой форме имелась и ригидность стенки пузыря, обусловленная инфильтрацией стенки, которая на рентгенограмме выявлялась ее скошенностью. В 6 случаях при пневмоцистографии и перицистографии обнаружено значительное утолщение стенки пузыря, вследствие опухолевой инфильтрации всей толщи, достигающее до 2—3 см. У двух из них, кроме этого, установлено также прорастание опухоли паравезикального пространства. Эти опухоли преимущественно были локализованы на боковых стенках (в 11 случаях). В одном случае было несовпадение цистоскопического и рентгенологического диагнозов. Цистоскопическим исследованием у больного на основании обнаружения опухолевидного образования в виде цветной капусты, местами с незначительной гиперемией, наличия бледного буллезного отека вокруг опухоли был установлен диагноз солидного рака. На рентгенограммах в условиях комбинированного контрастирования мочевого пузыря и с помощью полицистограммы цистоскопический диагноз опухоли был отвергнут. Дефект контура моче-

вого пузыря был вызван сдавлением извне ограниченным воспалительным процессом, локализованным в околопузырном пространстве. После проведенного противовоспалительного лечения, при повторных цистоскопических исследованиях, это опухолевидное образование уменьшилось, а потом и вовсе перестало определяться, оставив на своем месте только следы кровоизлияния на слизистой оболочке. Таким образом, обнаружение при цистоскопии опухолевидного образования и буллезного отека следовало бы объяснить вторичной реакцией слизистой оболочки, вызванной внешним сдавлением и воспалительной инфильтрацией стенки пузыря.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать заключение, что цистоскопический метод исследования, являясь основным методом в диагностике опухолей мочевого пузыря, не всегда создает достаточно условий для определения характера опухоли и глубины ее инфильтративного роста. Наличие буллезного отека вокруг основания опухоли, являясь признаком глубокой инфильтрации подлежащих тканей, не дает четкого представления о глубине инфильтративного роста как в толщу стенки, так и за ее пределы.

Буллезный отек не является специфичным только для опухолевой инфильтрации, иногда он может быть вызван и воспалительной инфильтрацией стенки, переходом процесса с околопузырного пространства.

На современном этапе развития медицины только комплекс клинических методов исследования создает условие для точной диагностики опухолевого образования. Это, в частности, касается вопроса определения глубины опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря и перехода опухолевого процесса в перивезикальное пространство.

Обычные методы цистографии, твердо установившиеся в течение нескольких десятков лет, посредством заполнения пузыря жидкими контрастами с высоким атомным весом, следует признать устаревшими. В ряде случаев, при опухолях мочевого пузыря небольших размеров, этот метод почти ничего не дает или от них можно получить весьма скудные данные, далеко не удовлетворяющие требования практической медицины. За последние годы вновь появляется на арене осадочная цистография и сочетанное с нею газовое контрастирование перивезикального пространства.

Посредством двойного и тройного контрастирования пузыря значительно расширяются возможности рентгенодиагностики. Этот способ дает возможность уловить небольшие по размерам папиллярные опухолевые образования, а главное—определить глубину опухолевого инфильтративного процесса как в толщу стенки пузыря, так и за его пределы.

Глубину опухолевой инфильтрации при этом определяют симптомом утолщения стенки мочевого пузыря. У наблюдаемых больных нередко было установлено утолщение стенки пузыря, кроме солидного рака и при папиллярном раке. Из 32 таких раков у нас в 10 случаях имелось утолщение стенки. Утолщение при этом носит несколько ограниченный характер и поэтому не всегда отражается на разворачивании пузыря и на его

общей конфигурации. При инфильтративных формах солидного рака, наряду с более значительно выраженным утолщением стенки пузыря, выявлялась одновременно и скошенность контуров пузыря. На полиграммах, в подобных случаях, определялась «немая» зона в контуре пузыря, соответственно пораженному участку, обусловленная ригидностью мышечного слоя.

Параллельное сопоставление цистоскопических данных и комплекса рентгенологических контрастных исследований имеет много потенциальных возможностей для установления своевременного и точного диагноза опухолей мочевого пузыря.

Институт рентгенологии и онкологии
АМН СССР

Поступило 10.V 1963 г.

Ա. Հ. ԹԱԹԱՐՅԱՆ, Ֆ. Ա. ՔԵՐՈՔՅԱՆ

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ՑԻՍՏՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ԵՎ ՌԵՆՏԳԵՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՄԱՆ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Միզապարկի ուռուցքների բնույթի, նրանց ինֆիլտրատիվ աճի աստիճանի որոշումը համարվում է օնկո-ուրոլոգիայի ակտուալ հարցերից մեկը:

Ուրոլոգների համամիութենական 3-րդ կոնգրեսում 1958 թ. նշվեց, որ միզապարկի ուռուցքների ախտորոշումը պետք է ուղղվի նրանց բնույթի և ինֆիլտրատիվ աճի խորության որոշման ուղղությամբ: Մինչդեռ միզապարկի ուռուցքների ախտորոշման ներկայիս միջոցները ոչ միշտ են ստեղծում անհրաժեշտ պայմաններ վերը նշված հարցերի լուծման համար: Հեղինակների մեծ մասը (Ռ. Մ. Ֆրոնշտեյն և Ի. Ն. Շապիրո, Բ. Ն. Խուցով, Գ. Բ. Տեպլիցկի և ուրիշներ) միզապարկի ուռուցքների ախտորոշման հիմնական մեթոդը համարում են ցիստոսկոպիական քննությունը, որը հնարավորություն է տալիս մեծ մասամբ ժամանակին և ճիշտ որոշել ինչպես միզապարկի ուռուցքների առկայությունը, այնպես էլ ուռուցքների քանակը, մեծությունը և բնույթը: Հեղինակների մի այլ խումբ (Ա. Պ. Յուլուկիձե և Դ. Դ. Մուրվանիձե, Բ. Լ. Պոլոնսկի) նշում են, որ ցիստոսկոպիական քննությունը հայտնաբերելով ուռուցքի առկայությունը ոչ միշտ է հնարավորություն տալիս որոշելու նրա բնույթը:

Այդ դեպքերում, երբ հնարավոր չէ ցիստոսկոպիական քննություն կատարել (ուժեղ արյունամիզություն, ուժեղ արտահայտված ցիստիտ, միզուկի նեղացում) առաջնահերթ նշանակություն ունի ռենտգենոլոգիական քննությունը: Հատկապես կարևոր տեղ է զբաղում նստվածքային ցիստոգրաֆիան զուգորդված դազի շուրջը միզապարկային ներարկման հետ, որը հնարավորություն է տալիս որոշել միզապարկի ուռուցքի ինֆիլտրատիվ աճի խորությունը և նրա անցումը շուրջ միզապարկային տարածության և հարևան օրգաններին:

Ռենտգենոլոգիայի և օնկոլոգիայի ինստիտուտում 1961—1962 թթ. ընթացքում կոմպլեքսային՝ ցիստոսկոպիկ և ռենտգենոլոգիական մեթոդներով հետազոտված են 50 հիվանդ: Ցիստոսկոպիկ քննություն անց է կացված 42 հի-

վանդի մոտ, 3 հիվանդի մոտ ախտորոշված է տիպիկ և ատիպիկ պապիլյար ֆիբրոէպիթելիոմա 21-ի մոտ պապիլյար քաղցկեղ, 18-ի մոտ սուլիդ քաղցկեղ, 8 հիվանդի մոտ ցիստոսկոպիկ քննություն հնարավոր չի եղել կատարել և պապիլյար քաղցկեղը ախտորոշված է ռենտգենոլոգիական հետազոտությամբ զուգորդված մեզի և միզապարկի լվացման ջրերի ցիստոլոգիական հետազոտման հետ: Միզապարկի սուլիդ քաղցկեղ ցիստոսկոպիկ քննությամբ ախտորոշված է 18 հիվանդի մոտ, սուլիդ քաղցկեղի ինֆիլտրատիվ ձևը 2 հիվանդի մոտ:

Ռենտգենոլոգիական քննությամբ սուլիդ քաղցկեղ հայտնաբերված է 13 դեպքում, որոնցից 3 դեպքում լցման դեֆեկտի հետ միասին հայտնաբերված է նաև ուռուցքի տեղակայման շրջանի պատի կարծրացում (ригидность), 6 դեպքերում հայտնաբերված է ուռուցքի տեղակայման շրջանում միզապարկի պատի զգալի հաստացում ուռուցքի ինֆիլտրացիայի հետևանքով, սրանցից 2-ի մոտ հայտնաբերված է նաև ուռուցքի աճ հարմիզապարկային տարածության մեջ:

Մեկ դեպքում ցիստոսկոպիկ քննությամբ դիագնոզվեց միզապարկի սուլիդ քաղցկեղ, իսկ ռենտգենոլոգիական քննությամբ միզապարկի կոմբինացված կոնտրաստավորման պայմաններում դիագնոզը ժխտվեց:

Միզապարկի կոնտուրի դեֆեկտը այս դեպքում առաջացել էր հարմիզապարկային տարածությունում տեղակայված սահմանափակ բորբոքային պրոցեսով:

Այսպիսով, ինչպես ցիստոսկոպիկ, այնպես էլ ռենտգենոլոգիական քննության մեթոդները զերծ չեն որոշ թերություններից, որոնք կարող են բերել միզապարկի ուռուցքների ոչ ժամանակին և ոչ ճիշտ ախտորոշմանը: Միայն քննությունների զուգորդված կիրառումը կարող է զգալի չափով պակասեցնել ախտորոշման սխալների հնարավորությունները:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Полонский Б. Н. Современное состояние вопроса о лечении рака мочевого пузыря. Врачебное дело, 1954, 9.
2. Погожева Л. Н. К вопросу о рентгенологическом определении глубины прорастания эпителиальных опухолей мочевого пузыря. Вестник рентгенологии и радиологии, 1961, 6.
3. Перельман В. М. Комбинированное контрастирование в рентгенологическом распознавании опухолей мочевого пузыря. 1962 г., автореферат диссертации.
4. Теплицкий Т. Б. Рак мочевого пузыря. Урология, 1936, т. 13.
5. Фроштейн Р. М. и Шапиро И. Н. Злокачественные опухоли мочевого пузыря. В кн.: Злокачественные опухоли, под редакцией Н. Н. Петрова и С. А. Холдина, т. 2. ЛМ, 1952 г.
6. Фрумкин А. П. Цистоскопический атлас.
7. Хольцов Б. Н. Опухоли мочевого пузыря. В кн.: Частная урология, 1927 г.
8. Цулукидзе А. П. и Мурванидзе Д. Д. О показаниях к удалению мочевого пузыря. Урология, 1955, 3.
9. Решение III Всесоюзной конференции урологов 1958 г.