

Т. Е. ВАНУНИ

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА

Опухоли почечной лоханки и мочеточника имеют своеобразное клиническое течение. Различные методы обследования, применяемые при диагностике этих опухолей, также имеют свои особенности. Поэтому эти опухоли рассматриваются отдельно от опухолей почечной паренхимы. Несмотря на большую литературу, посвященную опухолям лоханки и мочеточника, их диагностика, особенно в ранних стадиях, нередко представляет затруднения.

Настоящее исследование преследует цель выявить наиболее частые, характерные и сравнительно ранние симптомы в клинической картине этих опухолей, дать оценку каждого из существующих методов обследования больных при диагностике опухолей этих органов. В основу нашей работы положен 15-летний клинический материал урологической клиники МОНИКИ, за период с 1950 по 1965 гг. включительно. В течение этого периода в клинике лечились 70 больных с опухолью почечной лоханки и мочеточника (опухоли лоханки—46, опухоли мочеточника—24). Это составляет 13% всех опухолей почек и верхних мочевых путей.

Среди наших больных мужчин было 52 и женщин 18. Левостороннее опухолевое поражение мы наблюдали у 41 больного, а правостороннее—29. Опухоли левой почечной лоханки встречаются почти в 2 раза чаще, чем справа (30:16), опухоли мочеточника располагались справа—у 13 и слева—у 11 больных. Опухоли лоханки и мочеточника встречаются чаще у больных в возрасте 40—70 лет. Наибольший процент заболеваемости падает на возраст от 50 до 60 лет (28 больных).

Как видно из таблицы, основную часть составляют опухоли эпителиального происхождения. Соединительнотканые опухоли встречаются очень редко—в наших наблюдениях только в одном случае (саркома Капоши мочеточника как одно из проявлений системного поражения организма).

Несмотря на гистологически доброкачественное строение папиллом, они считаются потенциально злокачественными. В течение своего развития они озлокачествляются, и провести границу между ними оказывается невозможным. У 18 наших больных обнаружена папиллома с атипическим ростом разной степени. По всей вероятности, они являются разными стадиями одного и того же опухолевого процесса. Гистологическое строение у 6 больных осталось неизвестным.

Таблица 1

Гистологическая характеристика опухолей лоханки и мочеточника

№	Вид опухоли	Всего	Опухоли лоханки	Опухоли мочеточника
1	Папиллома	24	16	8
2	Папиллома с атипическим строением	18	13	5
3	Папиллярный рак	11	8	3
4	Плоскоклеточный рак	6	3	3
5	Гипернефроидный рак	2	1	1
6	Пролиферирующая аденома	1	1	—
7	Аденокарцинома	1	1	—
8	Саркома Капоши	1	—	1
9	И т о г о	64	43	21
10	Не известно	6	3	3

Величина опухоли, согласно нашим данным, различна и колеблется в диаметре от 1 до 10 см и больше, когда опухоль полностью заполняет всю расширенную лоханку или просвет расширенного мочеточника. Между величиной опухоли и ее гистологическим строением мы не нашли прямой зависимости.

Типичная клиническая картина опухолей лоханки и мочеточника характеризуется тремя основными симптомами: гематурия, боль и пальпируемая почка. Они могут наблюдаться отдельно или в сочетании.

Наиболее частым симптомом в клинической картине опухолей этих органов является тотальная гематурия перемежающегося характера (58 больных). В 42 наблюдениях (29—с опухолью лоханки, 13—с опухолью мочеточника) гематурия была первым проявлением заболевания и единственным симптомом—у 28 больных (19—с опухолью лоханки, 9—с опухолью мочеточника). Следовательно, как первое проявление заболевания при опухолях лоханки гематурия была вдвое чаще, чем при опухолях мочеточника. В 30 наблюдениях она была в сочетании с другими основными симптомами. У 32 больных гематурия была интенсивной и сопровождалась образованием сгустков. В большинстве случаев гематурия возникала внезапно, бессимптомно и продолжалась от одного акта мочеиспускания до нескольких месяцев. Промежутки между ними колебались от одного дня до нескольких лет. На такой грозный симптом не всегда обращается должное внимание, вследствие чего 33 наших больных поступили в клинику после неоднократно возобновлявшейся гематурии.

Непосредственно находясь в лоханке и мочеточнике, опухоли этой локализации с начала своего развития подвергаются постоянному воздействию перистальтики стенок их, а также воздействию мочи. Это является основной причиной нарушения целостности кровеносных сосудов опухоли в ранних стадиях ее роста. Поэтому гематурию при опухолях

лоханки и мочеточника можно считать сравнительно ранним симптомом в клинической картине заболевания.

В клинической картине опухолей почечной лоханки и мочеточника второе место по частоте занимает болевой симптом. По данным П. Списа [9] и других болевой симптом при этих опухолях наблюдается от 33 до 64%. Боли констатированы у 39 наших больных. При этом боли в поясничной области были у 26 больных с опухолью лоханки и у 13—с опухолью мочеточника. В 26 наблюдениях боли были первым проявлением заболевания: у 16 из 46 больных при опухолях лоханки и у 10 из 24 больных при опухолях мочеточника (опухоль мочеточника у 21 больного первичная и у 3—вторичная).

Таким образом, болевой симптом как первое проявление заболевания при опухолях мочеточника встречается чаще, чем при опухолях лоханки.

Причиной возникновения болей в основном является нарушение оттока мочи из верхних мочевых путей и повышение внутрипочечного давления, вследствие чего у 22 больных отмечалось расширение мочевыводящих путей выше расположения опухоли. От степени и продолжительности нарушения оттока мочи зависит характер болевого симптома. Боли у 24 из 39 наших больных носили тупой характер, острые боли у 4, а у 11 больных—типа почечной колики.

Пальпируемая опухоль в клинической картине опухолей почечной паренхимы по частоте занимает второе место и, по данным С. П. Федорова [3], Б. Н. Хольцова [4], А. И. Маянца [1], Н. И. Шапиров [5], И. Израеля [7] и других, встречается от 60 до 90% случаев.

При опухолях почечной лоханки и мочеточника почка пальпируется реже и преимущественно в тех случаях, когда она увеличивается за счет развившегося вторичного гидронефроза или гидроуретеронефроза. Из 12 пальпируемых почек в 10 случаях наблюдался гидро- или гидроуретеронефроз. Поэтому гидронефроз при наличии тотальной интенсивной гематурии следует рассматривать с онкологической точки зрения, так как в гидронефротический лоханке может оказаться опухоль.

В отличие от опухолей паренхимы почки, при опухолях лоханки и мочеточника пальпируется увеличенное, гладкое с четкими контурами, подвижное, безболезненное образование. У двух больных опухоль нижней трети мочеточника прорастала в стенку его и окружающую мочеточник клетчатку, при исследовании *per rectum* пальпировали ограниченный, безболезненный инфильтрат. В остальных случаях (21 больной), где опухоль (первичная и вторичная) этой локализации не инфильтрировала окружающую мочеточник клетчатку, никаких изменений нам не удалось выявить. Несмотря на редкость этого признака, мы считаем, что пальпирование через прямую кишку или влагалище в некоторых случаях дает возможность определить степень распространенности опухоли этой локализации.

Изменение общего состояния при опухолях почечной лоханки и мочеточника наступает позже, чем при опухолях почечной паренхимы. Оно

не является характерным для раннего периода развития опухолей лоханки и мочеточника, но может наступить в далеко зашедших стадиях заболевания. Даже при сочетании с основными признаками опухолей симптомы общего характера (повышение температуры, общая слабость, потеря в весе и т. д.), возникшие в начальном периоде клинического проявления заболевания, служили причиной ошибок в диагностике. Так, у больной К., 49 лет, повышение температуры, которое доминировало в клинической картине заболевания, истолковано было неправильно: вместо диагноза «карбункул почки» при операции оказалась опухоль лоханки. Последняя имела структуру плоскоклеточного рака.

Диагноз опухолей почечной лоханки и мочеточника базируется на основных клинических симптомах, лабораторных, инструментальных и рентгенологических данных.

Среди лабораторных исследований особенно важно исследование мочи. У 65 из 70 наших больных в анализах мочи, независимо от гематурии обнаружена альбуминурия, количество которой колебалась от 0,003% до 5,0%. Кроме того, анализ отдельно полученной мочи у 7 больных с опухолью лоханки и мочеточника показал, что в моче из больной почки при отсутствии гематурии количество белка больше, чем в моче из здоровой. Таким образом, альбуминурию можно считать одним из постоянных признаков опухолей лоханки и мочеточника. Она может считаться также ранним симптомом, так как она наблюдается у больных в ранние сроки заболевания.

При диагностике опухолей лоханки и мочеточника мы пользовались методом цитологического анализа осадка мочи больных. Изучение цитологии осадка нами производилось в окрашенных препаратах. Для приготовления препаратов мы пользовались методом Г. Н. Папаниколау [8], видоизмененным Р. Шютом с Д. В. Вилиамсом [6], с некоторыми нашими изменениями.

В отличие от указанных авторов, которые используют часть мочи, мы центрифугируем всю свежевыпущенную мочу, полученную при одном акте мочеиспускания. В таком осадке возможность обнаружения опухолевых клеток или их пластов увеличивается.

Преимущество метода в том, что быстрая фиксация препарата обеспечивает полную сохранность клеток и их морфологических свойств.

Отторжение опухолевых элементов наблюдается преимущественно в раннем периоде развития опухоли, что зависит от высокой пролиферативной активности бластоматозных клеток в этом периоде [2, 8]. Следует предполагать, что опухолевые клетки и их пласты можно обнаружить в осадке мочи в более раннем периоде развития опухоли. Положительный результат при цитологическом исследовании осадка мочи мы получили у 16 из 25 больных с опухолью лоханки и мочеточника. Цитологический анализ осадка мочи особенно ценен в тех случаях, когда диагноз опухоли вызывает сомнения. У 6 из 25 больных диагноз опухоли был сомнительным. У 4 из 6 больных диагноз подтвержден цитологическим исследованием осадка мочи. В двух случаях получили от-

рицательный результат. Следовательно, положительный результат этого анализа подтверждает наличие опухоли, отрицательный же не исключает ее. Цитологическое исследование осадка мочи может служить ценным вспомогательным методом при клиническом обследовании больных с опухолью лоханки и мочеточника. Техника его проста и может быть использована в клинических и в поликлинических условиях.

В комплексе обследования больных мы пользовались также определением реакции сыворотки крови на «С» реактивный белок. Из 12 больных реакция дала положительный результат у 8. У всех последних больных опухоль была злокачественной, среди которых у 4 была папиллома с выраженным атипизмом, у 1—папиллярный рак, у 2—плоскоклеточный рак, саркома Капоши—у 1 больной. В 4 наблюдениях с доброкачественными опухолями мы получили отрицательный результат реакции.

Опухоль или ворсинки ее, выявленные при цистоскопии выступающими из устья в мочевой пузырь, являются неоспоримым подтверждением опухоли мочеточника, что констатировано в 11 наших наблюдениях. Известно, что опухоль лоханки или мочеточника и опухоль мочевого пузыря могут возникнуть одновременно или опухоль мочевого пузыря может оказаться метастатической от первичной опухоли лоханки, а также мочеточника. Такое сочетание нами наблюдалось в 8 случаях. Поэтому опухоль мочевого пузыря, выявленная цистоскопией, особенно расположенная в области устья, должна служить показанием для детального обследования верхних мочевых путей.

Цистоскопию целесообразно производить в момент гематурии, которая дает возможность определить источник кровотечения. Выявленное при цистоскопии кровотечение из устья указывает на сторону поражения, которое наблюдалось нами в 20 случаях.

Индигокарминовая проба дает ценные показания в смысле определения стороны поражения, когда имеются противопоказания к экскреторной урографии и другими методами установить сторону поражения невозможно. В 5 случаях сторона поражения выявлена только при помощи хромоцистоскопии, которая в трех случаях показала отсутствие, а у двух больных—запоздалое выделение индигокармина.

Появление кровотечения при попытке преодолеть препятствие (опухоль) в мочеточнике катетером и получение чистой мочи после преодоления его является одним из характерных симптомов опухолей мочеточника. Однако этот симптом наблюдается далеко не часто (по нашим данным, только в трех случаях).

Рентгенологическое исследование больных является последним этапом в диагностике опухолей лоханки и мочеточника. Показания обзорных рентгенограмм при опухолях лоханки и мочеточника имеют второстепенное значение. Изображение увеличенных контуров, вследствие вторично развившегося гидронефроза, которое наблюдалось в 12 из 70 произведенных нами обзорных рентгенограмм, косвенно указывает на сторону поражения. Увеличенная при наличии опухоли лоханки или мочеточника почка имеет ровные контуры.

Основным и разрешающим методом рентгенодиагностики опухолей лоханки и мочеточника является контрастная рентгенография. Экскреторную урографию мы производили у 58 больных. В диагностике опухолей лоханки и мочеточника экскреторная урография дает ценные показания при сохранении функции почки пораженной опухолью стороны. Развиваясь в сторону полостей лоханки и просвета мочеточника, опухоли эти с начала своего развития на контрастных рентгенограммах отображаются дефектом наполнения, соответственно локализации и форме опухоли. Следовательно, дефект наполнения можно считать одним из ранних рентгенологических симптомов опухолей лоханки и мочеточника. При папиллярных опухолях дефект этот имеет ячеистое строение с узурированными, «изъеденными» контурами его. Из 58 произведенных экскреторных урограмм мы получили четкий дефект наполнения в 6 случаях. По мере снижения функциональной способности почки снижается четкость изображения дефекта наполнения. Это и в основном служило причиной того, что в 35 наших наблюдениях четкого изображения дефекта наполнения на экскреторных урограммах мы не получили. В 17 случаях функция почки пораженной стороны на сергозин отсутствовала. В подобных случаях диагностические возможности экскреторной урографии ограничиваются определением стороны поражения без указания на характер его.

Если после экскреторной урографии диагноз опухоли лоханки и мочеточника остается невыясненным, необходимо прибегнуть к ретроградной пиэлографии и пиэлоуретерографии. В качестве контрастного вещества для производства последних мы применяли 10%-ный раствор сергозина. Дефект наполнения при применении ретроградной пиэлоуретерографии мы получили в 33 наблюдениях.

Для опухолей почечной лоханки и мочеточника следующим характерным симптомом на контрастных рентгенограммах является дефект наполнения с расширением мочевых путей выше расположения опухоли. Этот симптом наблюдался в 6 случаях. Для опухолей мочеточника характерен также симптом «змеиного жала» (на нашем материале в 2 случаях):

Нередко рентгенологические данные на обычных пиэлоуретерограммах, в связи с нечетким их изображением, требуют детального изучения. Для более детального и четкого изображения изменений в лоханке или в мочеточнике, а также в сомнительных случаях мы применяли разработанный в нашей клинике Л. А. Идельсоном метод прицельных снимков в вертикальном и латеральном положении больного с применением компрессионного тубуса. Этот метод оказался ценным дополнением к основным методам исследований больных с опухолью лоханки и мочеточника. Он позволяет получить картину изменений значительно более четкую, демонстративную при некотором увеличении размеров выявленного дефекта наполнения. В некоторых случаях прицельным снимком уточняется распространенность новообразования.

Применение прицельных снимков особенно расширяет диагностические возможности при пневмопиэлографии. Кислород, введенный в полость лоханки, на прицельном снимке обрисовывает опухоль, кроме места прикрепления к стенке лоханки. На фоне газа выявляется тень самой опухоли, не определяющейся на пневмопиэлограммах, произведенных обычным способом, — в горизонтальном положении больного.

Таким образом, методика прицельных снимков при опухолях лоханки и мочеточника более определено и демонстративно выявляет опухолевые изменения, помогая диагностике, и уточняет их.

Применяя вышеуказанный комплекс методов диагностики, нам удалось поставить правильный предоперационный диагноз у 46 из 70 больных. У 24 больных предоперационный диагноз был неправильным (у 20 больных с опухолью лоханки и у 4 — с опухолью мочеточника).

Диагностические трудности возникают в основном при дифференциации опухолей лоханки от опухолей паренхимы почки. Из 24 с неправильными диагнозами больных у 15 был поставлен диагноз «опухоль почки». Клиническая симптоматика этих опухолей почти ничем не отличается от опухолей лоханки. Рентгенологические признаки, характеризующие опухоль лоханки, наблюдаются и при опухолях паренхимы, прорастающих в лоханку. В подобных случаях определить первичную локализацию не представляется возможным.

Диагноз опухоли лоханки и мочеточника также затрудняется, если функция почки пораженной стороны отсутствует и катетеризировать соответствующий мочеточник невозможно. В двух наших наблюдениях опухоль мочевого пузыря (больших размеров) прикрывала устье пораженного опухолью мочеточника, вследствие чего катетеризировать мочеточник не удалось, а функция почки с этой стороны отсутствовала. Больные были оперированы (нефроуретерэктомия с резекцией стенки мочевого пузыря) с диагнозом «опухоль мочевого пузыря». Однако при операции первичная локализация установлена в нижней трети мочеточника. При этом опухоль у одного больного имела строение типичной папилломы, а у второго — папилломы с атипическим строением.

Затруднения в диагностике могут возникнуть и при наличии опухоли в одном из удвоенных мочеточников, так как именно пораженный мочеточник при рентгенологическом исследовании может оказаться не контрастированным.

Наконец, диагностические трудности встречаются, когда в клинической картине преобладают нехарактерные симптомы (повышение температуры, длительная пиурия и др.), особенно при сочетании с другими заболеваниями мочевой системы (мочекаменная болезнь и др.).

Необходимо подчеркнуть также, что данные объективного обследования не всегда разрешают поставить правильный предоперационный диагноз опухоли лоханки и мочеточника. Это и послужило основанием для применения более точных методов диагностики. В некоторых случаях только диагностическая операция позволяет выявить характер патологического процесса в обнаженном органе. У 15 из 24 больных с опу-

холью лоханки и мочеточника правильный диагноз поставлен при операции.

В ы в о д ы

1. Опухоли почечной лоханки и мочеточника встречаются относительно редко, преимущественно у мужчин в возрасте от 50 до 60 лет.

2. Типичная клиническая картина опухолей лоханки и мочеточника характеризуется тремя основными симптомами: гематурия (наиболее частый и сравнительно ранний симптом), боль, пальпируемая почка.

3. Выявление опухоли, выступающей из устья при цистоскопии, является неоспоримым признаком опухоли мочеточника. Опухоль, расположенная в области устья мочеточника, требует исследования верхних мочевых путей.

4. Экскреторная урография и ретроградная пиелоуретерография являются основными методами диагностики опухолей лоханки и мочеточника. Характерным и ранним рентгенологическим симптомом для опухолей этих органов является дефект наполнения с ячеистым строением, узурированными, «изъеденными» контурами и симптом «змеиного жала».

5. Цитологическое исследование осадка мочи является простым и ценным вспомогательным методом диагностики опухолей лоханки и мочеточника, особенно при ранних стадиях заболевания.

6. Прицельные снимки часто могут уточнить и расширить данные, полученные обычными методами контрастного исследования, и в некоторых случаях выявить самую опухоль и топiku ее.

Урологическая клиника
МОНИКИ

Поступило 11/VI 1966 г.

S. B. ՎԱՆՈՒՆԻ

ԵՐԻԿԱՄԻ ՍԿԱՀԱԿԻ ԵՎ ՄԻԶԱԾՈՐԱՆԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐԻ ԱԵՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հոգվածի նպատակն է ցույց տալ սկահակի և միզածորանի ուռուցքներին բնորոշ ախտանիշները, որոնք արտահայտվում են ավելի հաճախ և՛ հիվանդության հատկապես ավելի վաղ շրջանում: Ուսումնասիրության տվյալները ելնում են նշված ուռուցքներով տառապող 70 հիվանդների (սկահակի ուռուցքներ—46, միզածորանի ուռուցքներ—24) կլինիկական հետազոտությունից:

Այս ուռուցքներին բնորոշ են տոտալ և բնդմիջվող արյունամիզությունը (որպես համեմատաբար վաղ ախտանիշ), ցավը և շոշափվող երիկամը:

Արյունամիզություն եղել է մեր 70 հիվանդներից 58-ի մոտ, ցավ՝ 39-ի մոտ, իսկ 12 հիվանդների մոտ շոշափվել է ախտահարված երիկամը:

Սկահակի և միզաժորանի ուռուցքների ախտորոշումը հիմնվում է նրշված կլինիկական ախտանշանների, լաբորատոր, կոնտրաստային ռենտգենոլոգիական և ուրոլոգիական հատուկ քննությունների (ցիստոսկոպիա, միզաժորանի կաթետերիզացիա) տվյալների վրա:

Լաբորատոր քննություններից հատկապես անհրաժեշտ է ընդգծել մեզիցիտոլոգիական հետազոտության (որպես ախտորոշիչ օժանդակ մեթոդի) մեծ նշանակությունը: Բացի ընդունված հետազոտության ընդհանուր մեթոդներից՝ սկահակի և միզաժորանի ախտորոշման համար մենք օգտագործել ենք նաև ռենտգենոլոգիական քննության տվյալները:

Նշված ախտորոշիչ մեթոդների կոմպլեքսը մեզ հնարավորություն է տվել նախքան վիրահատությունը տալ ճիշտ ախտորոշում 70 հիվանդներից 46-ի մոտ: 24 հիվանդների մոտ ախտորոշումը նախքան վիրահատումը եղել է ոչ ճիշտ: Ախտորոշման հիմնական դժվարությունները հանդիպում են սկահակի ու միզաժորանի ուռուցքները երիկամի պարենխիմայի ուռուցքներից դիֆերենցելու ժամանակ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Маянц А. И. Опухоли почек и верхних мочевых путей. М., 1949.
2. Погожева Л. Н. Распознавание рака мочевого пузыря. М., 1962.
3. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников. М., 1923.
4. Хольцов Б. Н. В кн.: Частная урология. М., 1927.
5. Шапиро И. Н. В кн.: Новообразования органов мочевой и мужской половой системы. Л., 1950.
6. Chuthe R., Williams D. W. J. Urol. (Baltimore), 1948, 59, 604.
7. Israel I. Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten, Berlin, 1901.
8. Papanicolaou G. N. J. Urol. (Baltimore), 1947, 57, 375.
9. Spies P. Zbl. allg. Path. Anat., 1915, 26, 533.