

1. Бухман А. И. Рентгенодиагностика в эндокринологии. М., 1975.
2. Бухман А. И. Рентгенодиагностика заболеваний надпочечников (методические рекомендации). М., 1983.
3. Зарецкий В. В., Выховская А. Г. Клиническая термография. М., 1976.
4. Каган И. Е. В кн.: Актуальные вопросы рентгенодиагностики в гематологии. М., 1981, с. 72.
5. Клиническая рентгенорадиология (под ред. акад. АМН СССР Г. А. Зедгенидзе). М., 1985.
6. Новикова Э. З. Вести. рентгенол. и радиол., 1961, 4, с. 31.
7. Новикова Э. З. Рентгенологические изменения при заболеваниях системы крови. М., 1982.
8. Перельман В. М. Каган И. Е. В кн.: Всесоюзный X съезд рентгенологов и радиологов. Тез. докл. М., 1977, стр. 296.
9. Руководство по ангиографии (под ред. И. Х. Рабкина). М., 1977.
10. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика. М., 1951.
11. Banzhaf E., Ritter H., Daum H., Endert G. et al. Radiol. Diagnost., 1976, 17, 1, 23.
12. Dondelinger R., Lamarque J. Radiol. Diagnost., 1976, 17, 1, 41.
13. Eilke M., Ferstl A., Schwegler N. Radiologie, 1975, 15, 10, 377.
14. Krivenko E., Karagjuljan R. Radiol. Diagnost., 1976, 17, 1, 41.
15. Morales J. O., Goldberg B. B. Seminars nucl. Med., 1975, 5, 4, 339.
16. Rehwald U., Heckmann R. Radiologie, 1983, 23, 3, 114.
17. Teichman O. Pneumoretroperitoneum. Praha, Statni Zdravotnicki nacladatelstvi, 1959.

УДК 616.62—086

А. М. АМБАРЦУМЯН

## ФИБРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Изучена возможность использования фиброскопии при топической и морфологической диагностике предопухолевых и опухолевых заболеваний мочевого пузыря. Установлена эффективность методики фиброцистоскопии в выявлении указанных новообразований.

Одним из основных методов диагностики опухолевых заболеваний мочевого пузыря является цистоскопия [2, 3]. Для визуального исследования слизистой мочевого пузыря в онкоурологической практике используются эндоскопы различных типов, в основе которых лежит жесткий корпус, куда вводится оптический тубус.

С помощью гибких световолоконных эндоскопов было обследовано 125 пациентов с подозрением на опухолевую патологию мочевого пузыря (мужчин—87, женщин—48). Исследования проводились эндоскопом фирмы «Олимпас», имеющим наружный диаметр 6 мм, что соответствует № 18 по шкале Шарьера. Объектив фиброскопа имеет торцевое расположение, дистальный его отдел подвижный и совершает изгибы до 160° благодаря дистанционному управлению, что в отличие от ригидной цистоскопии позволяет выявлять опухоли, локализованные в области шейки мочевого пузыря.

Стерилизация фиброскопа осуществлялась с помощью 0,1% раствора диоксида и 0,2% раствора хлоргексидина. При этом разрушения

рубашки фиброскопа не наблюдалось. С целью удаления химических веществ с фиброскопа производили промывание стерильным физиологическим раствором или дистиллированной водой. К биопсийному каналу подсоединяли полиэтиленовую трубку, которую посредством трехходового крана подключали к хирургическому отсосу и источнику дозированной подачи кислорода. Таким образом, посредством биопсийного канала осуществлялись подача газа, отсасывание содержимого мочевого пузыря и биопсия. Фиброцистоскопию осуществляли без премедикации.

Исследование проводили после полного опорожнения мочевого пузыря. Метод введения фиброскопа в мочеиспускательный канал аналогичен катетеризации мочевого пузыря резиновым катетером. Преимуществом данного этапа исследования в отличие от обычной цистоскопии является возможность постоянного визуального осмотра слизистой уретры по ходу проведения эндоскопа. Подвижность и эластичность дистального отдела эндоскопа позволяет при резких деформациях, которые наиболее часто возникают в простатической части, успешно их преодолевать и вводить эндоскоп в мочевой пузырь (8 наблюдений). Во всех данных случаях попытка цистоскопии ригидным эндоскопом была безуспешной.

После введения фиброскопа в мочевой пузырь при наличии в нем остаточной мочи производили ее эвакуацию. Затем вводили в пузырь 200—250 см<sup>3</sup> кислорода и осматривали слизистую в последовательности, аналогичной при исследовании жестким эндоскопом. Гибкость и управляемость фиброскопа позволяет осуществлять методику инверсионной цистоскопии [1]. Сущность методики заключается в изгибе корпуса эндоскопа в пузыре в виде круга с подведением объектива непосредственно к шейке мочевого пузыря и внутреннему устью уретры. Это позволяет сделать доступным осмотр и взятие материала для морфологического исследования труднодоступных для жестких эндоскопов отделов. По окончании исследования газ из пузыря эвакуировался, фиброскоп осторожно извлекался с одновременным контрольным осмотром слизистой.

Комплексное фиброскопическое исследование слизистой мочевого пузыря с цитологическим и гистологическим исследованиями материалов прицельных биопсий позволило из общего числа обследованных (125) выявить новообразования у 33 (26%): папилломы мочевого пузыря—у 8, переходноклеточные папилломы—у 6, рак—у 15, рецидив рака—у 1, малигнизация—у 3 больных.

В результате проведенных фиброскопических исследований мочевого пузыря нами выявлен ряд существенных преимуществ указанного метода, особенно значимых в онкологической практике: безболезненность или минимальная болезненность, обусловленная мягкостью и гибкостью рабочего отдела; быстрота выполнения цистоскопии благодаря подвижности дистального отдела, гибкости и легкости проведения прицельной биопсии. Кроме того, угол зрения любого эндоскопа в воздушной среде больше, чем в жидкой. Естественно, что при фиброцистоскопии, осуществляемой в воздушной среде, одновременно просматри-

вается большая площадь слизистой. Существенным преимуществом является также отмеченная ранее возможность визуализации труднодоступных для обычных эндоскопов участков, поскольку известна большая частота поражения злокачественными новообразованиями области треугольника. Весьма важной особенностью является возможность проведения прицельной биопсии из участка слизистой, наиболее внушающего подозрение при визуальном осмотре (данный участок может находиться на противоположной стороне обзереваемых через жесткий эндоскоп папилломы или аденоматозной доли простаты). Естественно, что ввиду ригидности обычных цистоскопов проведение прицельной биопсии из данных участков не представляется возможным. В подобных ситуациях фиброскопическая прицельная биопсия незаменима.

Применение фиброцистоскопии дало возможность установить истинную природу заболевания даже при наличии кровотечения в мочевом пузыре. В двух наблюдениях при безуспешной попытке обычной цистоскопии на высоте кровотечения нами был поставлен правильный диагноз рака мочевого пузыря. В указанных случаях сгустки крови не явились помехой для исследования.

При обширных неопластических поражениях мочевого пузыря его осмотр по обычной методике крайне затруднен ввиду невозможности полного расправления стенок. Аналогичная трудность расправления стенок с помощью газа существует также при фиброцистоскопии. Тем не менее в двух наблюдениях, несмотря на малый объем мочевого пузыря, нам удалось осмотреть, произвести биопсию пораженной слизистой и поставить диагноз рака мочевого пузыря.

Современная диагностика рецидивов является одной из важных проблем в онкоурологии. Фиброцистоскопия благодаря эффективности и легкости выполнения может применяться при диспансеризации лиц, оперированных по поводу новообразований, и способствовать своевременному выявлению рецидивов (одно наблюдение).

Одновременно нами была разработана и внедрена методика видеотелевизионной фиброцистоскопии (23 наблюдения). Она позволяет осуществлять цветную видеозапись эндоскопических исследований мочевого пузыря, что может способствовать выработке правильной тактики лечения.

Во всех проведенных нами исследованиях фиброцистоскопия не сопровождалась осложнениями как в ближайшие, так и в отдаленные сроки наблюдения.

Итак, вышеприведенные данные свидетельствуют о высокой эффективности метода фиброскопии в диагностике патологий мочевого пузыря. Комплексные фиброскопическое, морфологическое и видеотелевизионное исследования позволяют установить правильный диагноз при новообразованиях мочевого пузыря и документировать полученные результаты.

ՄԻՋԱՊԱՐԿԻ ՈՒՌՈՒՅՔՆԵՐԻ ՖԻԲՐՈԱԿԼԻՏՄԱՆ  
ԵՂԱՆԱԿՈՎ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Միզապարկի ուռուցքների տեղագրական և ձևաբանական ախտորոշման համար ուսումնասիրվել է ֆիբրոակնդիտման հետազոտությունների եղանակը: Պարզվել է, որ հետազոտության այդ եղանակը բավականին արդյունավետ է: միզապարկի ուռուցքների հայտնաբերման գործում: Ֆիբրոակնդիտման եղանակը թույլ է տվել 125 հետազոտողներից 33-ի մոտ (26,4%) հայտնաբերել նախաուռուցքային և ուռուցքային հիվանդություններ:

A. M. HAMBARISOUMIAN

FIBROSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF THE URINARY  
BLADDER TUMORS

The possibility of the fibroscopy application in topic and morphologic diagnosis of the urinary bladder tumors has been studied. It has been established that the method of fibrocystoscopy is effective in the revalence of these tumors.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Амбарцумян А. М., Петросян А. Г., Арутюнян Р. А. и др. Актуальные вопросы онкологии (тез. докл. научн. конф., посвященной 40-летию ОНЦ им. В. А. Фардджяна). Ереван, 1986, с. 61.
2. Брега Г. В., Кошуг С. Д., Клечков Г. Н. и др. Роль эндоскопии в выявлении рака мочевого пузыря (тез докл. I Респ. конф. по эндоскопии). Кишинев, 1986, с. 227.
3. Шаповал В. И., Арнольди Э. К., Козин Ю. И. Цистоскопия. Киев, 1984.

УДК 617.76—089

Թ. ՋԵՊԵՋՅԱՆ, Կ. ՀԱԶԸՆՆՅԱՆ, Ն. ՄՈՎՄԱԶԻ

ՀՅՈՒՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԱԿՆԱԿԼԻՏ  
ԽՈՐԻՈ-ՑԻՒԼԱՐ ԹԱՂԱՆԹԻ ՇԵՐՏԱԶԱՏՄԱՆ  
ՀԱՄԱՌ ԴԵՊՔԵՐՈՒՄ

Պլացենտայի սուրկոնյուկտիվ իմպլանտացիայի օգնությամբ հեղինակների առաջարկած բուժման նոր մեթոդը պարզ է, մատչելի և ոչ-տրավմատիկ: Հեղինակների երկարատև դիտումները հաստատեցին առաջարկված մեթոդի արդյունավետությունը:

Այդ մեթոդը ներդրված է Սիրիայի բուժհիմնարկներում:

Ակադեմիկոս Ֆիլատովի առաջարկած բիոստիմուլյացիոն հյուսվածքային բուժումը կատարվում է տարբեր ձևերով: Նրանցից է ցածր շերմաստիճանում պահված պլացենտայի իմպլանտացիան. մեթոդը որ լայն կիրարկում գտած է շնորհիվ նրա դրական արդյունքներին [1, 2]:

Ներկա աշխատանքի մեջ կը ներկայացվեն պլացենտայի ենթաշաղկապային իմպլանտացիայի արդյունքները ակնագնդի դեկոմպրեսիոն վիրահատություններից հոբ առաջացած խորիո-ցիլիար հերձման շեշտված դեպքերի, որոնց ինքնաբեր թե դեղորայքային բուժումը կը հապաղի հատկապես: