

2,4 и 6,3 раза ($p < 0,05$). У женщин при опухолях без гистологического подтверждения ферментативная активность в сыворотке крови оказалась выше нормы на 24,4 %, контрольного уровня в 1,4 раза, в моче – выше соответственно в 2,5 и 6,2 раза. В последнюю группу вошли больные с запущенными стадиями заболевания, отказавшиеся от дальнейшего обследования и лечения.

Таким образом, при опухолях мочевого пузыря выявлено увеличение ферментативной активности ЛДГ в моче, достоверное при злокачественных новообразованиях. Причем при переходноклеточном раке у мужчин наблюдался достоверный рост уровня ЛДГ в сыворотке крови и в большей степени в моче при умеренной и низкой степенях дифференцировки. У женщин активность фермента достоверно повышалась только в моче и только при низкодифференцированной форме. Поэтому прогностическое значение активности ЛДГ в сыворотке крови и моче у мужчин можно считать более достоверным, чем у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любимова Н.В., Хайленко В.А., Кушлинский Н.Е., Давыдов М.И. // *Вопр. онкол.* – 1994. – № 4 – 6. – С. 156–161.
2. Хамитова Э.Г., Хамитов Р.Ф., Закирова А.К. // *Казанский мед. ж.* – 2000. – № 3. – С. 172–175.
3. Boyland E. Механизмы канцерогенеза. – М., 1961. – С. 279–296.
4. Dawra R.K., Sharma O.P., Krishna L., Vaid J. // *Vet. Res. Commun.* – 1991. – Vol. 15. – P. 421–426.
5. Mattea E. // *Acta urol. Belg.* – 1960. – Vol. 28. – P. 313–330.

Поступила 05.08.05.

IMPORTANCE OF LACTATE DEHYDROGENASE ACTIVITY IN URINARY BLADDER TUMORS

R.S. Nizamova, M.B. Pryanichnikova, T.A. Gavrilova

S u m m a r y

Lactate dehydrogenase activity in sera and urine of 102 patients with benign and malignant urinary bladder tumours and of 118 healthy volunteers was studied. The increase in urine lactate dehydrogenase activity in patients with malignant tumours was established. In men with transitional-cell cancer the increase of its activity was detected in serum, in men with low differentiated cancers the increase was to greater extent in urine. In women the enzyme activity was increased only in urine and in low differentiated forms.

УДК 616. 61. 613 – 006. 6 – 074

ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ ПОЧКИ

С.А. Аллазов, Д.Р. Саяпова, Б.Т. Ишмурадов

Курс урологии (зав. – проф. С.А. Аллазов) Самаркандского медицинского института, Институт урологии и нефрологии (дир. – акад. А.Ф. Возианов) АМН Украины, г. Киев

Первичные опухоли лоханки почки и мочеточника являются довольно редким заболеванием, встречающимся в 5–25% случаев всех опухолей мочевого тракта и поражающим преимущественно мужчин [1, 3, 5]. К настоящему времени накоплен клинический материал, позволяющий выявить многие вопросы этиологии и патогенеза первичных опухолей лоханки почки, классифицировать различные формы этого патологического процесса, разработать основные принципы диагностики и лечения заболевания [1, 2, 3, 4, 6].

Под нашим наблюдением находились 507 больных с опухолями почек. У 36 (7,1%) больных (мужчин – 33, женщин – 3) в возрасте 32 – 76 лет (средний возраст – 63 года) были первичные эпителиальные опухоли почечной лоханки (ПОПЛ). Клинически ПОПЛ проявляются классической триадой симптомов: гематурией, болью и пальпируемым

новообразованием. У 32 (88,9%) из 36 больных основной, а у 20 (55,6%) единственной была жалоба на постоянную примесь крови в моче. У остальных 4 (11,1%) больных почка на стороне поражения не функционировала, что и явилось причиной отсутствия гематурии. Болевой синдром определялся у 16 (44,4%) обследованных. Только у 3 (8,4%) обнаружилось пальпируемое образование на соответствующей стороне.

Общепринятым методом исследования при гематурии является цистоскопия. Радионуклидные методы также бывают часто малоинформативными: изменения кри-вых были выявлены лишь у 7 (19,4%) пациентов. У 5 (12,4%) распространение патологического процесса на паренхиму почки обнаружилось при сцинтиграфии.

Диагноз ПОПЛ достоверно устанавливается обычно на основании рентгенологического обследования. М.К. Алшынбаев,

Б.Х. Абишев [1] рекомендуют использовать компьютерную томографию, позволяющую установить не только локализацию опухоли, но и ее дифференцировку, состояние лимфатических узлов, наличие метастазов. Ретроспективный анализ экскреторных урограмм подтвердил их изменение у всех оперированных. Констатированы варианты от незначительного сдавления отдельных чашечек, дефекта контрастирования полостной системы почек до полного отсутствия их функции. Более того, 9 (25%) больным не потребовались дополнительные исследования, так как изменения на экскреторных урограммах и выделение крови из соответствующего устья позволили поставить диагноз ПОПЛ. Исследования, проведенные нами, подтверждают положение, согласно которому определяющим методом диагностики папиллярных опухолей почек является ретроградная уретеропиелогрфия.

По нашему мнению, более важно исследование венозной системы почки. К настоящему времени описаны случаи прорастания папиллярных опухолей в сегментарные вены, в основной ствол почечной и даже в нижнюю полую вену [7]. Использование указанных выше методов обследования не всегда обеспечивает точность диагностики. Так, у 17 (47,2%) больных перед операцией был поставлен ошибочный диагноз: у 7 (19,4%) – мочекаменная болезнь, у 3 (8,4%) – сморщенная почка, у 7 (19,4%) – эссенциальная гематурия. Характер патологии был выявлен у них только после вскрытия лоханки.

Хирургическая тактика при папиллярных опухолях лоханок почек основана на классической концепции, согласно которой при данной патологии необходимо производить нефруретерэктомия, дополненную резекцией мочевого пузыря при распространении процесса на мочеточник. При изучении состояния уретера мочеточника и мочевого пузыря при первичных опухолях почечных лоханок нами была обнаружена метаплазия эпителия указанных отделов мочевого тракта у большинства больных. Несоблюдение правила удаления почки вместе с мочеточником часто приводит к метастазированию опухоли в культю последнего. Из 36 оперированных только у 2 (5,6%) было обнаружено метастазирование в культю мочеточника. Этим больным, а также трем прооперированным в других лечебных учреждениях производилось лишь частичное удаление мочеточника. Всем им в клинике выполнялась резекция стенки мочевого пузыря и культы мочеточника. Операция производилась справа у 20 и слева у 16 пациентов.

Выделяют следующие формы рака почечной лоханки: переходноклеточная папиллома и рак, плоскоклеточный рак, аденокарцинома и недифференцированный рак. Гистологическое исследование, проведенное нами, показало, что из 36 оперированных у 3 (8,3%) была доброкачественная папиллома, потребовавшая резекции стенки лоханки с опухолью. При этом у одного из них через год выполнена нефруретерэктомия с той же стороны по поводу солидного рака лоханки; двое других живы в течение 5 и 4 лет. Органоуносящие операции производились у 33 (91,7%) пациентов. Показанием к этому служили переходноклеточная папиллома и рак – у 27 (75%), плоскоклеточный рак – у 5 (14%) и недифференцированный рак лоханки – у одного (2,7%). Глубина прорастания опухолевого процесса зависит от гистологического строения опухоли. У всех больных с плоскоклеточным раком обнаружилось тотальное поражение стенки лоханки, причем у 4 были инфильтрированы окружающие участки паренхимы почки (III стадия). Более доброкачественно заболевание протекает при переходноклеточной папилломе и раке: у 10 больных поражение ограничивалось подслизистым слоем (I стадия); у 14 в процесс был вовлечен и мышечный слой (II стадия), и только у остальных 3 имело место тотальное поражение лоханки III стадии, а у одного – IV. У больного с недифференцированным строением опухоли процесс распространялся не только на паренхиму, но и на окружающую жировую клетчатку.

Причиной смерти в ближайшем послеоперационном периоде больного раком верхней чашечки единственной врожденной почки послужили ОПН и острая сердечно-сосудистая слабость на фоне анемии в результате кровотечения на 5-е сутки после резекции верхней половины почки.

При наблюдении до года у 2 из 32 больных обнаружили метастазы (у одного – в культю мочеточника, у другого – в пузырь), что потребовало резекции мочевого пузыря с опухолью. Из 30 больных, прослеженных на сроке от одного года до 5 лет, здоровы 12 пациентов. 6 человек умерли от различных причин, не связанных с основным заболеванием. Также оказалось, что метастазирование в культю мочеточника (у 1), мочевого пузыря (у 4) и легкие (у 3) происходило в течение первых 3 лет после операции. При этом распространение ракового процесса в легкие наблюдалось у всех 3 больных после резекции метастазов опухоли мочевого пузыря. Все эти пациенты умерли через 1–1,5 года после второй операции.

Через 5 лет после операции живы без метастазов 9 из 13 человек. Проследить судьбу 6 больных не представилось возможным, так как на анкеты они не ответили.

При анализе материала оказалось, что прогноз лечения находится в прямой зависимости от стадии заболевания. Так, у 5 из 7 пациентов, у которых было выявлено метастазирование в культю мочеточника (1) или мочевого пузыря (4) при гистологическом исследовании диагностирована III стадия процесса (у 4 – плоскоклеточный рак, у 1 – переходноклеточный). Кроме того, через 0,5 года обнаружили метастазы в заднюю стенку мочевого пузыря у больного, оперированного по поводу солидного рака (IV стадия).

Таким образом, папиллярные опухоли почечной лоханки, являясь довольно редким заболеванием, представляют для диагностики большие сложности. Применение полного комплекта урологического обследования, в первую очередь цистоскопии и ретроградной уретеропиелогграфии, значительно облегчает установление диагноза. Нефруретерэктомия – операция выбора при данной патологии. Прогноз хирургического лечения зависит от стадии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алишынбаев М.К., Абишев Б.Х. Компьютерная томография органов мочеполовой системы (Атлас). – Алматы, 2000.
2. Ибраева А.Ш., Сейталиева А.М. Сборник научных трудов под ред. проф. А.И.Муминова и проф. С.А. Аллазова. – Самарканд, 2000. – С. 59.
3. Опухоли почечной лоханки и мочеточника. В кн.: Руководство по урологии: в 3-х т. Т. 3. /Под ред. Н.А.Лопаткина. – М., 1998. – С. 246–257.
4. Степанов В.Н., Теодорович О.В., Серегин А.В. Актуальные проблемы урологии: Материалы III Конгресса урологов Казахстана (25-26 мая 2000 г.). Сб. научных трудов. – Алматы, 2000. – С. 139–141.
5. Трапезникова М.Ф., Люлько А.В., Матвеев Б.П. Справочник по онкоурологии. – К., 1989.
6. Assimos D.G. С. В кн.: Трудный диагноз в урологии./Под ред. Д.Л.Мак-Каллаха. – М., 1994. – С. 127–149.
7. Karstaedt N., Wolfman N.T., Bechtold R.E. В кн.: Трудный диагноз в урологии./ Под ред. Д.Л.Мак-Каллаха. – М., 1994. – С. 149 – 169.

Поступила 30.06.05.

PRIMARY TUMORS OF RENAL PELVIS

S.A. Allazov, D.R. Sayapova, B.T. Ishmuradov

S u m m a r y

It was established that capillary tumors of renal pelvis presented difficulties in diagnostics being a rare disease. Complete urology examination, including cystoscopy and retrograde ureteropyelography allowed diagnostics. Nephroureterectomy is the operation of choice and prognosis depends on the stage of disease.

УДК 616. 62 – 006. 6 – 089. 8 : 616. 34 – 089. 28

ПЕРВИЧНЫЙ ГЛУХОЙ ШОВ ОРТОТОПИЧЕСКОГО КИШЕЧНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ НОВООБРАЗОВАНИЙ

А.Ю. Зубков, М.Э. Ситдыкова, Э.Н. Ситдыков

Кафедра урологии (зав. – проф. М.Э. Ситдыкова) Казанского государственного медицинского университета

Стремление к восстановлению физиологических принципов мочеиспускания после цистэктомии вполне оправданно и закономерно. Клинические наблюдения последних лет и данные литературы свидетельствуют о целесообразности формирования кишечного мочевого пузыря, способного опорожняться естественным путем по уретре. Данная операция имеет значительные преимущества перед иными методами деривации мочи после цистэктомии. Прежде всего она обеспечивает нормализацию функциональной деятельности верхних мочевых путей, что предупреждает прогрессирование хронической почечной недостаточности, обусловленной хроническим пиелонефритом, т.е. дерива-

ция мочи в ортотопический мочевой пузырь является патогенетическим методом профилактики и лечения почечной недостаточности и пиелонефрита. Данная операция относится к эффективным методам медицинской, социальной и трудовой реабилитации.

Существуют различные способы формирования артериального мочевого пузыря из различных отделов желудочно-кишечного тракта, однако наиболее востребована тонкокишечная пластика. Одни авторы высказываются за детубуляризованную энтероцистопластику, другие отдают предпочтение формированию артериального мочевого пузыря из изолированного тубуляризованного сегмен-