

ПИТАННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Ковальчук І.О., Бойко С.О., Біляк С.Т., Пецкар О.Г., Ковальчук Д.І.

В структурі урологічних захворювань онкологічні хвороби посідають третє місце після неспецифічного запального процесу та сечокам'яної хвороби і складають 10.1% [5]. Згідно з різними статистиками, на сечовий міхур припадає від 35 до 50% всіх новоутворень сечостатевої системи.

Проблема ранньої діагностики і лікування пухлин сечового міхура є досить складною. Для її вирішення необхідна цілеспрямована робота великого колективу лікарів. Дільничий терапевт повинний в обов'язковому порядку направляти хворих з мікрогематурією для з'ясування генезу цього симптома до амбулаторного уролога, на якого покладається важлива роль в ранній діагностиці пухлин сечового міхура [2].

Не дивлячись на цілеспрямовану роботу урологів, епітеліальні пухлини сечового міхура розпізнаються пізно. Так, серед хворих з вперше встановленим діагнозом раку сечового міхура 20.1% приходиться на IV клінічну групу [5].

Покращення діагностики залежить від санітарної культури населення та онкологічної настороженості лікарів всіх спеціальностей.

В основу нашого дослідження покладений досвід лікування 369 хворих, які знаходилися в урологічному відділенні Обласної клінічної лікарні (ОКЛ) м.Ужгорода з 1971 по 1997 роки.

Основними симптомами епітеліальних пухлин сечового міхура є гематурія, дизуричні розлади та біль в надлонній ділянці.

Гематурія – найбільш частий симптом епітеліальних пухлин сечового міхура. Milner (1953), Jewett (1959), Reuter (1965) спостерігали гематурію у 95.3% хворих. За спостереженнями І.К.Еріма (1959), В.М.Близнюка (1963), Ч.А.Сінкевичуса та А.А.Тулаба (1963) вона зустрічалася у 80-90%, за даними Л.М.Погожевої (1967) – у 82.2% хворих. Л.С.Ерухімов (1975) спостерігав цей симптом у 86% хворих на пухлину міхура. За даними В.С.Карпенка (1986), гематурія зустрічається в 815 випадків. Ми відзначили гематурію в 87.3% хворих. Таким чином, наші дані нічим не відрізняються від даних інших авторів, а лише доповнюють їх.

Але, на жаль, цей загрозливий симптом у багатьох випадках ігнорується самим хворим, а подеколи і лікарями загальної практики. Тривалість і частота кровотечі при пухлинах сечового міхура коливається в широких проміжках. Найчастіше, залишаються поза увагою хворого випадки короткочасної гематурії, яка самовільно зупиняється і може повторитися лише через декілька років. Такі хворі, як правило, в подальшому поступають на лікування уже в запущеній стадії хвороби.

Локалізація пухлини в сечовому міхурі та її гістологічна форма в певній мірі впливають на перебіг захворювання, виникнення ускладнень, вибір методу лікування та прогноз.

Ми вважаємо за доцільне навести цікавий випадок з нашої практики.

Хворий М., 51 року, був переведений на лікування в урологічне відділення ОКЛ з хірургічного відділення однієї з районних лікарень області 9.IX.1997 р. з діагнозом: рак сечового міхура. В районну лікарню хворий поступив три тижні тому з діагнозом: гострий живіт. В зв'язку з наростанням явищ перитоніту, хворому була

виконана лапаротомія, під час якої діагностовано гнійний перитоніт, причиною якого стала перфорація стінки сечового міхура, зумовлена розпадом пухлини міхура. Отвір у сечовому міхурі був ушитий, черевна порожнина дренована. Через три тижні для вирішення тактики лікування, хворий був переведений в нашу клініку.

Анамнестично нам вдалося з'ясувати, що такий симптом як гематурія у хворого спостерігався вже на протязі двох років. Хворий нехтував цим симптомом довгий час, але коли приєдналися дизуричні розлади, звернувся до дільничного лікаря, який також не приділив значної уваги цьому симптому і призначив хворому протизапальну терапію. Стан хворого не покращувався, дизуричні явища наростали, і в один із днів виникла картина гострого живота, що і привело хворого в лікувальний заклад.

В нашій клініці хворому було виконано ряд діагностичних досліджень для підтвердження діагнозу. За даними ультразвукового дослідження: ємність сечового міхура знижена, по всіх стінках – поширений папіломатоз. На цитоскопії: уретра прохідна, об'єм сечового міхура зменшений, сеча мутна, слизова гіперемована, тотальний папіломатоз стінок сечового міхура, гирла сечівників оглянути не вдалося.

15.IX. 1997 р. хворому була виконана операція – цистектомія з уретерокутанеостомією. За даними гістологічного дослідження це був перехідноклітинний рак сечового міхура з ділянками гнійно-некротичного розпаду.

2.X.1997 р. хворий в задовільному стані був виписаний на амбулаторне лікування.

Перехідноклітинний рак має схильність до виразкоутворення та некротизування [4, 7]. Це підтверджується і в нашому випадку.

Л.М.Погожева (1967) спостерігала 5 хворих з пухлиною верхівки і задньої стінки міхура, в яких виникла перфорація стінки міхура та прилеглої очеревини. Хворі померли від гнійного перитоніту.

Випадком із нашої практики ми хочемо підкреслити важливість ранньої діагностики раку сечового міхура, яка має значення в плані профілактики такого грізного ускладнення його перебігу як гнійного перитоніту.

Повертаючись до питань ранньої діагностики, ми хотіли би виділити такий метод діагностики як цистоскопія, який до сьогоднішнього часу залишається одним із провідних методів діагностики пухлин сечового міхура. Цей метод дає можливість знайти пухлину в сечовому міхурі, дає уяву про її локалізацію, розміри, кількість в загальному вигляді пухлин, стан слизової оболонки, навколо пухлини, стан гирла сечівників, а також, він нас попередньо орієнтує на передбачення об'єму хірургічного втручання при операції.

Цистоскопію ми виконували всім хворим. Ми, так само, як і Л.М.Погожева (1967), Л.С.Ерухімов (1975), А.Я.Питель (1975), В.І.Шаловал, Е.К.Арнольдї, Ю.І.Козін (1984), М.І.Гойхберг (1985), В.С.Карпенко (1986), цистоскопію вважаємо провідним методом дослідження при розпізнаванні пухлин сечового міхура.

Для діагностики пухлин сечового міхура широко став застосовуватися новий метод діагностики об'ємних процесів в органах – ехографія (ехосканування) сечового міхура. Цей метод дозволяє отримати документальну інформацію про розміри, глибину розміщення, взаємовідношення нормальних органів і тканин, а також про "об'ємні" патологічні процеси та їх макроструктуру. В той же час, цей метод має певні діагностичні обмеження [6, 10].

В нашій клініці ми широко застосовуємо цей метод діагностики при підозрі на пухлини сечового міхура з 1985 року.

Оцінка результатів ехографії поряд з даними цистоскопії та інших методів дослідження, а також з урахуванням клініки хвороби, може надати суттєву допомогу в вирішенні такого важливого питання як визначення інфільтративного росту пухлини, а також встановлення можливостей радикальної операбельності.

Таким чином, необхідно: хворих з гематурією направляти в урологічний кабінет для з'ясування генезу цього симптому, а найбільш доцільно в ранній діагностиці пухлин сечового міхура застосовувати: як неінвазивний метод – ультразвукове дослідження, а з інвазивних методів – цистоскопію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Близнюк В.М. // Урологія.- 1963.- вип.3.- С. 41-44.
2. Гойхберг М.І. // Урологія.- 1985.- вип.19.- С.3-9.
3. Еремін І.К. // Збірник робіт по урології.- Воронеж.- 1959.- С. 197-203.
4. Ерухімов Л.С. Рак сечового міхура.- М., 1975.
5. Карпенко В.С., Романенко А.М., Гойхберг М.І. Епітеліальні пухлини сечового міхура.-К., 1986.
6. Комаревцев В.Н., Хворостяной К.В. // Урологія.- 1989.- вип. 23.- С. 27-30.
7. Питель А.Я. // Клінічна онкоурологія /Під ред. Е.Б.Марінбаха.- М., 1975.- С. 119-176.
8. Погожева Л.М. Новоутворення сечового міхура.- М., 1967.
9. Сінкевичус Ч.А., Тулаба А.А. //Урологія.- 1963.- вип.3. С. 45-48.

10. Степанов В.Н., Перельман В.М., Абдухакімов А.Ф. //Урологія і нефрологія.- 1991.- № 2.- С.33-37.
11. Шаповал В.І., Арнольді Е.К., Козін Ю.І. Цистоскопія.- К., 1984.
12. Jewett H.J. J.Urol. (Baltimore).- 1959.- Vol.82.- p.92-100
13. Milner W.A. // J.Urol. (Baltimore). – 1953.- Vol.69.- p. 657-664.
14. Reuter H.J. // Krebsarzt.- 1965.- Bd 20.- 165-175.

SUMMARY

PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSTICS OF BLADDER CANCER

J.O.Kovaltchuk, S.O.Boyko, S.T.Bilyak, O.G.Petskar, D.J.Kovaltchuk

The experience of treatment of 369 patients became the basis of our investigation. Haematury was observed in 83.7 per cent of occasions. Also the case of bladder cancer complicated with perforation and purulent peritonitis was observed.

All the patients with haematury should be examined in the urological room. The usage of sonography and cystoscopy is of great importance in the process of an early diagnostics of bladder cancer.