

Опухоли мочеоточника представляют особую группу новообразований, значительно отличающуюся и по клиническому течению, и по методам лечения от опухолей паренхимы почки. Первичные опухоли мочеоточника встречаются редко, всего в 1% от всех опухолей почек (Е.Б. Маринбах, 1971). Заболевание отмечается главным образом в возрасте 40-60 лет и значительно чаще у мужчин. Особенностями патогенеза опухоли лоханки и мочеоточника является тенденция папиллярной опухоли к озлокачествлению, склонностью к распространению по подслизистому слою мочевого тракта, причем только в одном направлении – сверху вниз, по ходу мочи. В связи с этим опухоль лоханки весьма склонна к распространению на мочеоточник и мочевой пузырь. Единственным радикальным методом лечения опухолей мочеоточника является оперативное вмешательство. Оно должно заключаться в удалении почки, мочеоточника и резекции стенки мочевого пузыря в окружности устья мочеоточника.

За период с 1993 по 2008 г.г. под нашим наблюдением находилось 8 человек с опухолями мочеоточника, что составило 3,6% от всех больных с опухолями мочеоточной системы и 12,3% от опухолей паренхимы почки и лоханки. Среди них было 5 мужчин и 3 женщины. Средний возраст у мужчин составил 63 ± 4 года; возраст женщин – 50 ± 3 года. Трое больных длительное время работали на анилиноокрасочном заводе, у двоих больных в анамнезе МКБ с явлениями хронического пиелонефрита. При первичном обращении 5 больным выставлен диагноз МКБ. Почечная колика; 3 больным – гематурия неясного генеза. Диагноз опухоли мочеоточника был выставлен только после дополнительных методов обследования: экскреторной пиелографии, ретроградной уретеропиелографии, цистоскопии, уретероскопии, КТ органов малого таза. У всех больных в основном выделялось 2 синдрома, это боль и гематурия. Безболевая гематурия была выявлена лишь у больного А.А.А., 47 лет, которому по поводу опухоли почки выполнена нефрэктомия, а через год при цистоскопии была выявлена опухоль культи мочеоточника с прорастанием в мочевой пузырь.

Оперативное лечение выполнено у 7 больных. Один больной, с тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией от операции отказался. Больному А.А.А., 47 лет выполнена резекция стенки мочевого пузыря вместе с оставшейся культей мочеоточника и опухолью. У 4 больных была выполнена операция нефруретерэктомия с цистотомией и резекцией стенки мочевого пузыря вместе с устьем мочеоточника. Одному больному выполнена резекция мочеоточника с опухолью и восстановлением мочеоточника после его мобилизации. Больной И.В.Е. 58 л., выполнена операция нефруретерэктомия из люмботомического доступа, а затем эндовезикально выполнена электрорезекция стенки мочевого пузыря с устьем и удалением через резектоскоп оставшей части мочеоточника путем вворачивания его в мочевой пузырь. Подобная операция впервые была выполнена N.P. McDonald в 1953 году.

Все больные после операции находились под диспансерным наблюдением. Цистоскопический контроль проводился через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Только у одного больного через 3 месяца после операции выявлена опухоль мочевого пузыря. Ему была выполнена операция ТУР опухоли пузыря.

Таким образом, первичная опухоль мочеоточника редко, но встречается. При сочетании гематурии и нарушении оттока мочи при УЗИ почки, необходимо исключать опухоль мочеоточника. Использование современных методов эндоскопической хирургии позволяют снизить агрессивность этой операции. Динамическое наблюдение за больными, позволяет вовремя удалить развившуюся метастатическую опухоль мочевого пузыря.

Заболеваемость раком предстательной железы в омской области

Леонов О.В.²⁾, Долгих В.Т.¹⁾, Копыльцов Е.И.²⁾, Кривоногов И.И.²⁾, Голубь Н.Н.²⁾.

1) ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрава.