**Данные расспроса больного.**

Общие сведения о больном ( паспортная часть ):

1. фио
2. Место работы: пенсионер
3. Место постоянного жительства:
4. Дата поступления в клинику: 7.12.09

Направленный диагноз (диагноз поликлиники): новообразование мочевого пузыря, макрогематурия.

.

Жалобы при поступлении в больницу:

Основные: жалоба на наличие крови в моче, частое болезненное мочеиспускание.

Жалобы на момент курации:

Отсутствуют.

**История заболевания.**

Больным себя считает с 7 декабря 2009 года. Проснувшись больной пошел в туалет и при мочеиспускании моча была красного цвета. Сам акт сопровождался чувством рези в области мочевого пузыря.

**Перенесенные заболевания.**

В раннем детстве перенес корь, ангина, будучи взрослым 1-2 раза в год - острые респираторные заболевания. В 1965 году был поставлен диагноз язвенная болезнь желудка.

**Данные о наследственности.**

 Ближайшие родственники здоровы.

**Аллергологический анамнез.**

Непереносимость каких – либо бытовых веществ, медикаментов не отмечает.

**Трансфузионный анамнез.**

Кровь ни разу не переливалась.

**История жизни.**

Родился здоровым ребенком. Учится начал с 7 лет. Окончил 8 классов. Получил среднеспециальное образование слесаря- сантехника.

**Объективное исследование.**

Общее состояние – относительно удовлетворительное.

Положение больного – активное.

Сознание ясное. Выражение лица обычное, доброжелательное.

Конституция нормостенического типа, среднее, вес соответствует росту.

Кожные покровы телесного цвета, средней эластичности, умеренной влажности. Сыпи, рубцы, варикозное расширение вен не отмечается.

Слизистые глаз, носа, губ, полости рта – розового цвета, чистые. Подкожно – жировая клетчатка развита умеренно, отеки отсутствуют. Лимфатические узлы подчелюстные, подмышечные, паховые – величиной 3-6 мм, округлой формы, мягко-эластичной консистенции, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненны при пальпации.

Мышцы развиты умерено, среднего тонуса, безболезненны при пальпации.

Кости без деформации, безболезненны при пальпации.

Суставы без деформации, движения в полном объёме при пассивных и активных движениях.

**Исследование нервной системы**.

 Обоняние, вкус, слух – без выраженных изменений. Речь, координация движений не нарушены. Зрение снижено.

**Органы дыхания.**

Одышка ( dispnoe ) возникающая при небольшой физической нагрузке.

Осмотр: нос- форма не изменена, дыхание через нос не затруднено.

Гортань - без деформаций, не отечна, голос не изменен.

Грудная клетка соответствует конституции, над – и подключичные ямки выражены средне, лопатки умеренно прилегают, эпигастральный угол 90. грудная клетка симметрична.

Увеличения или уменьшения одной из половин, локальные выпячивания или западения не наблюдаются; дыхание: через нос, свободное, везикулярное, дыхательные движения симметричны. ЧДД: 18 дых. движений в мин. Соотношение вдоха и выдоха сохранено. При дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки – симметричные.

 При пальпации – грудная клетка слабо эластична, безболезненна, трение плевры не определяется. Голосовое дрожание одинаково симметрично.

 При сравнительной перкуссии перкуторный звук над легочными полями – легочный, симметричный.

 При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди 3 см слева и 3 см справа, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка с обеих сторон.

 НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| по линиям | правого легкого | левого легкого |
| парастернальные | V ребро | V ребро |
| срединноключичные | VI ребро | VI ребро |
| передние подмышечные | VII ребро | VII ребро |
| средние подмышечние | VIII ребро | VIII ребро |
| задние подмышечные | IX ребро | IX ребро |
| лопаточные | X ребро | X ребро |
| паравертебральные ( околопозвонковые ) | XI ребро | XI ребро |

 Подвижность нижних границ легких по задней подмышечной линии по задней подмышечной линии при форсировании дыхания справа – 6 см, слева – 6 см.

 Дыхание везикулярное, крепитация, хрипы, шум трения плевры не прослушивается. Бронхофония выражена умеренно, симметрична.

**Органы кровообращения.**

Периодические приступы загрудинной боли ноющего характера, иррадиируют в правую лопатку, усиливающиеся лежа на левом боку; сердцебиение, перебои в сердце.

Осмотр шеи: патологические изменения наружных яремных вен и сонных артерий отсутствуют.

Область сердца без деформации.

 Пальпация:

 Левожелудочковый толчок в 5 м\р на 1 см левее срединно-ключичной линии несколько усилен, шириной 4 см, положительный. Правожелудочковый толчок, патологическая пульсация, сердечное дрожание, эпигастральная пульсация, ощущение трения перикарда не определяется. Область сердца безболезненна.

Перкуссия:

*Относительная тупость сердца*

Границы относительной тупости сердца:

правая –по правому краю грудины.

левая – в 5 межреберье на 1 см кнаружи по левой срединноключичной линии.

верхняя -3 межреберье по левой паростернальной

Поперечник относительной тупости сердца 14 см. Ширина сосудистого пучка – 6см по второму мужреберью. Конфигурация сердца приближается к аортальной, талия подчеркнута.

*Абсолютная тупость сердца*

Границы абсолютной тупости сердца:

правая – левый край грудины.

левая -1 см вправо от левой границы относительной сердечной тупости.

верхняя -4 ребро по левой паростернальной линии

Аускультация:

Тоны сердца средней громкости, ритмичные. На верхушке I тон ослаблен, акцент II тона на аорте. ЧСС – 86уд / мин. Расщепление или раздвоение тонов, дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

Исследование сосудов:

Исследование артерий: пульсация тыльных артерий стоп симметрична, не ослаблена.

Артериальный пульс: пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, 86 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Дефицит пульса отсутствует.

Артериальное давление: АД на левом плече-160\90 мм. рт. ст., на правом -160\85 мм.рт.ст. Стенки периферических артерий мягко- эластической консистенции, гладкие, безболезненны.

Исследование вен: отсутствует видимая пульсация и набухание наружных яремных вен, « шум волчка».

**Органы пищеварения**

Язык влажный, розового цвета, слегка обложен. Глотание не нарушено. Живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики не отмечается.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

При сравнительной пальпации: мышцы умеренного тонуса, симметричны. Симптом Менделя, Щеткина-Блюмберга - отрицательные.

При глубокой пальпации: пальпируется сигмовидная; слепая кишка; восходящий и нисходящий участки толстого кишечника в виде мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 2-3,5 см. тело и пилорический отдел желудка не пальпируется.

Перкуторный звук тимпанический, свободная жидкость не определяется.

При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

**Гепатолиенальная система**

Печень, селезенка не пальпируются. Френикус-симптом – отрицательный. Размеры печени по данным перкуссии по Курлову: lin – 9 см, II - 8см, III - 7 см.

Размеры селезенки: длинник по 10 ребру – 6 см, поперечник- 4 см. Стул регулярный, без посторонних примесей.

**Органы мочевыделения**

Область почек без деформаций. Почки в положении больного лежа, стоя не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. болезненность при поколачивании области точек (симптом Пастернацкого) не выявляется. Мочевой пузырь не пальпируется, перкуторно не определяется.

**Эндокринная система**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Предварительный диагноз*.***

новообразование мочевого пузыря, макрогематурия.

 **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови: на АЛТ, АСТ, КФК, мочевину, В – липопротеиды, холестерин, триглицериды, ост. азот, креатинин, билирубин, сахар крови, мочевины.

4. ЭКГ.

5.Рентген мочевой системы.

6.УЗИ органов мочевой системы.

 Р**ЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Клеточные элементыкрови | У больного | Норма единицы измерения |
| 1 | Гемоглобин | 130 | (126-174)г/л |
| 2 | Количество эритроцитов | 4,18 | (3,8-5,8) 10^12 |
| 3 | Гематокрит | 42,0 | (37-51)% |
| 4 | Цветовой показатель  | 0,90 | (0.86-1.05)усл.ед |
| 5 | Ср. содержание Hb в эритроцитах | 30,0 | (27-34)пг |
| 6 | Ср. конц. Hb в эритроцитах | 31,2 | (30-38)% |
| 7 | СОЭ | 8 | (2-10)мм/ч |
| 8 | Ср. объем эритроцитов | 96,0 | (81-103)фл |
| 9 | Количество лейкоцитов | 8,5 | (4,0-8,8) 10^9л |
|  | Количество тромбоцитов | 293 | (180 – 400) 10^9л |

Лейкоформула

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Бласты | Миело-циты | Мета-миелоцит | Палоч- кояд | Сегмент-ояд | ЭОЗ | БАЗ | МОН | ЛИМФ |
| 0 | 0 | 0 | 1-6 | 45-70 | 0-5 | 0-1 | 2-9 | 18-40 |
|  |  |  | 5 | 50 | 1 |  | 9 | 25 |

**Биохимия:**

сахар крови 4.3ммоль/л;(N 3,5-5,6 ммоль/л)

холестерин 5,9ммоль/л (N 0-6,4);

общие липиды 870 мг/л (N 820-910 мг/л);

триглицериды 1,8ммоль/л (N 0,5-2,2);

В - липопротеиды 40ед (N 35-55);

АСТ 29 Ч/L (N 0-45);

АЛТ 26 Ч//L (N 0-68);

остаточный азот 30 мг/л (N 20-40 мг/л);

мочевина 40 мг/100 мл (N 15-50 мг/100 мл);

креатинин 1,0 мг/л (N 0,5-1.2 мг/л)

ЛДГ 2,3 ммоль/л (N 0,8-4,0 ммоль/л)

КФК 3,7 ммоль/л (N 0,6-66 ммоль/л)

Заключение: ОАК в пределах нормы

**Общий анализ мочи :** к-во 200 мл., цвет красный .(N с/жел.), уд.вес. 1018 (N 1008-1026), ацетон (-) (N отр.), м\скопия осадка : цилиндры (-) (N отс.), эпителий 2 в п/з (N 0-3 в п/з), эр. 20 в п/з. (N отс.), лейк. 1-2 в п\з(N 2-3 в п/з).

Белок 30 г/л (N отс.), сахар (-) (N отс.).

Заключение: макрогематурия

**Рентген мочевой системы.**

На обзорном снимке органов мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, нет. При инфузионной урографии (в\в капельно введено 160 мл 38% урографина): лоханка правой и левой почек размерами 2,5 х 2,3 см, чашечки не расширены. Дефектов наполнения в проекции ЧЛС нет. Пассаж контрасного вещества по мочеточнику сохранен, мочеточник не расширен. При нисходящей цистографии: мочевой пузырь с четкими, ровными контурами, «башенной» формы. Четких дефектов наполнения в проекции мочевого пузыря нет.

**УЗИ органов мочевой системы**

 Правая и левая почки с четкими ровными контурами, размерами 11,5 х 5,5 см, подвижны при дыхании. Паренхима однородная, толщиной до 1,7 см. Дилатации ЧЛС нет. Гиперэхогенных, патологических образований не выявленно. Мочевой пузырь с четкими, неровными контурами за счет диформации в области шейки. Стенка мочевого пузыря утолщена до 1 см, слизистая в области шейки четко визуализируется, толщиной 0,3 см. По задне – левой стенке в области шейкиопределяется объемное образование на широком основании размерами 0,8 х 0,5 см. При наполнении мочевого пузыря подвижность боковых стенок симметрично снижена, увеличение происходит в основном за счет верхушки, мочевой пузырь преобретает «башенный» вид. Отставания стенки в области опухоли нет.

 При трансректальном ультрозвуковом исследовании предстательная железа с четкими, ровными контурами, симметрична, размерами 2,7 х 3,7 х 3,2 см, объем предстательной железы 17 см. Паренхима железы диффузно неоднородная.

**Клинический диагноз.**

Новообразование мочевого пузыря, макрогематурия.

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальную диагностику опухоли мочевого пузыря следует проводить с хроническими воспалительными процессами в мочевом пузыре: туберкулезом, простой язвой, эндометриозом мочевого пузыря, хроническим геморрагическим циститом, а также с опухолеподобными поражениями. Туберкулезные гранулемы или туберкулезные язвы сочетаются со специфическими изменениями почки и мочеточника, а в моче находят микобактерии. Простая язва мочевого пузыря отличается отсутствием инфильтративного роста. При малакоплакии обнаруживают тельца Михаэлиса-Гутмана.

**Лечение больного.**

Лечение включает различные оперативные вмешательства, лучевую и лекарственную терапию.

Лечение зависит от стадии заболевания. При раннем выявлении возможно применение местной химиотерапии.

В случае распространенного поражения (уретра, протоки простаты) и прогрессирования симптоматики показаны операции. Они проводятся в уроонкологических или урологических отделениях и требуют специальных знаний и квалификации врача. Вмешательства заключаются или в резекции пузыря, или в полном его удалении (с удалением тазовых лимфоузлов или без), пересадкой мочеточников в кишку, формировании нового мочевого пузыря из кишки, или в выведении мочеточников на кожу. Иногда проведению такой операции предпочитают химио- и лучевую терапию, а затем при необходимости производят операцию.

Радикальная цистэктомия — метод выбора в лечении глубоко инфильтрирующих опухолей. Она включает удаление мочевого пузыря и простаты у мужчин; удаление мочевого пузыря, уретры, передней стенки влагалища и матки у женщин. Одномоментную пластику мочевого пузыря выполняют тонкой или толстой кишкой. Летальность после таких операций — менее 5%. Частота рецидивов — около 25%.

Внутрипузырная химиотерапия после операции снижает частоту рецидивов поверхностных опухолей мочевого пузыря.

При распространенном раке, вовлечении забрюшинных лимфатических узлов, отдаленных метастазах основное значение имеет химиотерапия.

Дистанционная лучевая терапия не дает длительной ремиссии.

Метастазирование.

Рак мочевого пузыря метастазирует в основном по лимфатическим путям, а главное, склонен быстро распространяться на окружающие пузырь ткани. Поражаются тазовые, забрюшинные лимфатические узлы. Отдаленные метастазы наблюдаются сравнительно редко, поражаются легкие, печень, кости. Рецидивы опухоли возникают как после лучевого лечения, так и после хирургических вмешательств и подлежат паллиативному облучению или симптоматической терапии.

*Дневник:*

7.12.09
Больной предъявляет жалобы на частое с чувством рези и наличием крови мочеиспускание
Объективно:
Пульс 73 уд/мин
ЧДД 19 в мин
АД 140/85 мм рт ст.
В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм
правильный. Живот без особенностей.

9.12.09
Больной предъявляет жалобы на частое с чувством рези и наличием крови мочеиспускание
Объективно:
Пульс 72 уд/мин
ЧДД 20 в мин
АД 150/90 мм рт ст.
Объективный статус прежний.

11.12.09

Жалобы отсутствуют.

Объективно:
Пульс 64уд/мин
ЧДД 18 в мин
АД 145/80 мм рт ст.
Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные,
ритмичные.

**Прогноз.**

Прогноз зависит от стадии процесса и характера проведенного лечения. После радикальной операции 5-летняя выживаемость доходит до 50%. Наилучшие результаты наблюдают при комбинированном лечении (резекция мочевого пузыря с лучевой терапией). Пятилетняя выживаемость при стадиях Т 1–2 составляет 50–80%, стадиях ТЗ–4–20–30%.

**Профилактика.**

Профилактика рака мочевого пузыря состоит из мероприятий по устранению профессиональных вредностей химического производства: в первую очередь исключают непосредственный контакт рабочих с химикатами, а также строго проводят их диспансеризацию. Радикальному лечению методом электрокоагуляции или хирургическому удалению подлежат все доброкачественные папилломы мочевого пузыря. Необходимо так же своевременное лечение воспалительных заболеваний.

Проведенные в последнее время исследования выявили непосредственную связь рака мочевого пузыря с курением, поэтому отказ от курения является необходимой профилактической мерой для предупреждения разных онкологических заболеваний, в том числе и рака мочевого пузыря.

**Реферативная часть.**

*Диагностика опухолей мочевого пузыря.*

Распознавание опухолей мочевого пузыря должно быть комплексным. В настоящее время диагностика опухолей мочевого пузыря включает выяснение жалоб больного, подробно собранный анамнез, пальпацию области мочевого пузыря, цитологическое исследование осадка мочи, рентгенологическое исследование, ультразвуковое трансабдоминальное и трансректальное исследование мочевого пузыря, цистоскопию с обязательной трансуретральной биопсией опухоли, ядерно-магнитный резонанс. При диагностике опухолей мочевого важно не только поставить диагноз, но и определить стадию опухоли, ее локализацию и распространенность, отношение новообразования к устьям мочеточников, состояние слизистой оболочки мочевого пузыря вокруг опухоли, наличие или отсутствие ближайших и отдаленных метастазов. В задачи диагностики входит также определение функции почек и состояния уродинамики верхних и нижних мочевых путей. Необходимо определить степень операционного риска и решить вопрос об операбельности больного, выбрать метод лечения. Алгоритм обследования больных с опухолью мочевого пузыря в последние годы претерпел изменения. Раньше цистоскопию выполняли на первом этапе диагностики, считая ее ведущим методом исследования при предположительном диагнозе опухоли мочевого пузыря. В настоящее время как первое и экстренное исследование применяют лишь при тотальной безболевой гематурии, а во всех других случаях ее переносят на заключительный этап диагностики. При этом выполняют цистоскопию под наркозом с использованием прямого тубуса с одновременным осуществлением резекции новообразования в пределах визуально здоровых тканей мочевого пузыря для гистологического исследования опухоли с целью не только подтвердить диагноз, но и определить вид новообразования и степень дифференцировки клеток опухоли. Оценка клинических симптомов заболевания имеет определенное значение при распознавании опухолей мочевого пузыря. При опросе необходимо выяснить длительность заболевания, подробно расспросить о начальных симптомах. Детальной должна быть характеристика гематурии: длительность, частота и вид (тотальная или терминальная), постоянство и интенсивность, присутствие сгустков крови в моче. Наличие у пациента гематурии, дизурии, болей в надлобковой области, слабости, похудания, потери аппетита и других проявлений болезни может навести врача на мысль о возможном наличии опухоли мочевого пузыря, но это обязательно требует подтверждения специальными методами исследования.

Пальпацию выполняют под наркозом при опорожненном мочевом пузыре через прямую кишку у мужчин и влагалище у женщин, другая рука врача располагается над лоном. При выполнении бимануальной пальпации мочевого пузыря очень важно добиться полного расслабления мышц. Опухоли небольших размеров, не инфильтрирующие стенку мочевого пузыря, а также опухоли с локализацией в области шейки мочевого пузыря и мочепузырного треугольника, при бимануальной пальпации не определяются. При этом исследовании можно определить опухоли значительных размеров, особенно расположенные на боковых стенках мочевого пузыря. Метод позволяет выявить инфильтрат в области мочевого пузыря, его распространение на ткани малого таза, прямую кишку, предстательную железу, влагалище, матку. Прощупываемое образование может быть как подвижным, так и неподвижным. При выявлении плотного и неподвижного инфильтрата можно сделать заключение о прорастании опухоли в паравезикальную клетчатку и органы малого таза. Цитологическое исследование осадка мочи для распознавания опухоли мочевого пузыря стали применять со второй половины 19 века. Метод чрезвычайно прост и неинвазивен, в чем и заключается его преимущество. Однако цитологическое исследование осадка мочи является только вспомогательным методом диагностики. Чувствительность цитологического исследования повышается с уменьшением дифференцировки опухоли. Тем не менее ложноотрицательные результаты могут составлять до 20% случаев новообразований стадии G3 . Возможны и ложноположительные результаты вследствие реактивных изменений слизистой оболочки мочевого пузыря при хроническом цистите и некоторых других заболеваниях этого органа, а также почек и мочеточников. Признаками опухоли мочевого пузыря при цитологическом исследовании осадка мочи являются крупные одиночные опухолевые клетки или их комплексы, полиморфизм клеток, нарушение ядерно-цитоплазматического соотношения в сторону увеличения ядра, а также картины деления клеток. Рентгенологическое исследование больного с подозрением на опухоль мочевого пузыря начинают с выполнения экскреторной урографии. Данные, полученные при этом исследовании, позволяют не только поставить диагноз, но и оказывают существенное влияние на выбор метода лечения. На нисходящей цистограмме при выполнении экскреторной урографии может быть виден дефект наполнения, обусловленный опухолью мочевого пузыря. Одновременно этот метод исследования дает представление об анатомических изменениях и функциональной способности почек и мочеточников, динамике опорожнения почечной лоханки и мочеточников и позволяет оценить уродинамику верхних мочевых путей. При сдавлении интрамурального отдела мочеточника опухолевым инфильтратом и нарушении оттока мочи из верхних мочевых путей с помощью экскреторной урографии можно выявить расширение мочеточника и чашечно-лоханочной системы почек (уретерогидронефроз), а иногда – и отсутствие функции этого органа. Кроме нисходящей цистограммы, получаемой при выполнении экскреторной урографии, иногда приходится прибегать и к восходящей (ретроградной) цистографии, для чего мочевой пузырь наполняют жидким рентгеноконтрастным веществом с помощью введенного в мочевой пузырь катетера. На ретроградной цистограмме более четко выявляется изображение опухоли мочевого пузыря, а также и внутрипузырно расположенная доброкачественная гиперплазия предстательной железы. На восходящей цистограмме при опухоли мочевого пузыря можно определить дефект наполнения. Однако при опухоли незначительных размеров контрастное вещество может «прикрывать» ее, и тога опухоль не видна. Иногда этот метод исследования позволяет выявить пузырно-мочеточниковый рефлюкс, возникающий вследствие нарушения замыкательного аппарата устья мочеточника из-за инфильтрации стенки мочевого пузыря или сдавления устьев аденоматозными узлами при сочетании опухоли мочевого пузыря с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Для выявления небольших опухолей мочевого пузыря выполняют осадочную цистографию, которую осуществляют введением в мочевой пузырь через резиновый катетер сначала 50-100 мл 10-15% суспензии сульфата бария. Затем больному рекомендуют в течение 40-60 мин менять положение тела для лучшего контакта препарата с ворсинками опухоли и слизистой оболочки мочевого пузыря. После этого мочевой пузырь опорожняют от сульфата бария, промывают, и через катетер вводят 100-150 мл кислорода. Метод позволяет получить четкое изображение опухоли мочевого пузыря, так как на измененной поверхности опухоли барий задерживается, а с нормальной слизистой оболочки мочевого пузыря полностью смывается. Осадочная цистография особенно ценна при папиллярных опухолях с длинными ворсинками, тогда как при эндофитных опухолях она малоинформативна. Иногда для выполнения восходящей цистограммы используют методику Кнайзе-Шобера. В мочевой пузырь по катетеру вводят небольшое количество (15-20 мл) 40% раствора жидкого рентгеноконтрастного вещества, а затем - 100-150 мл кислорода. Такая методика позволяет получить более четкое изображение опухоли мочевого пузыря, так как рентгенопозитивное контрастное вещество обтекает дефект наполнения, обусловленный опухолью, а иногда – и доброкачественной гиперплазией предстательной железы. В последние годы некоторые урологи при обследовании больных опухолью мочевого пузыря сочетают полипозиционную нисходящую цистографию с микционной цистоуретрографией и урофлоуметрией. При этом исследовании можно выявить особенности сокращения детрузора в месте расположения опухоли и дополнить представление о глубине опухолевой инвазии. В комплексном обследовании больных опухолью мочевого пузыря в последние годы стали использовать и компьютерную томографию, с помощью которой можно уточнить глубину инвазии новообразования и состояние регионарных лимфатических узлов, а также выявить отдаленные метастазы. Это исследование значительно повышает достоверность диагноза. Метод относительно безвреден, не связан с введением в организм пациента каких-либо веществ или инструментов, позволяет быстро получить изображение любого органа, в том числе и мочевого пузыря на любой глубине. При плановом обследовании больных УЗИ является ведущим методом диагностики опухолей мочевого пузыря. Ультразвуковое сканирование следует проводить только при наполненном мочевом пузыре. Метод позволяет получить документальную информацию о локализации и размерах опухоли мочевого пузыря, одновременно выявить доброкачественную гиперплазию предстательной железы у мужчин пожилого и старческого возраста. Диагноз опухоли мочевого пузыря только по данным УЗИ может быть установлен у 82% больных. Для более точной диагностики следует выполнять ультразвуковое сканирование при трансабдоминальном и трансректальном расположении датчика. Трансректальное сканирование улучшает визуализацию верхушки и шейки мочевого пузыря, позволяет оценить состояние соседних органов. Внедрение в клиническую практику ультразвукового исследования не только значительно облегчило диагностику опухолей мочевого пузыря, но и позволило изучать состояние зон регионарного метастазирования. Ультразвуковой мониторинг забрюшинных и внутритазовых лимфатических узлов при раке мочевого пузыря необходим для выбора оптимального метода лечения. Цистоскопия – последний этап обследования, но этот метод считают ведущим при подозрении на опухоль мочевого пузыря. У больных, страдающих раком мочевого пузыря, цистоскопию рекомендуют выполнять под наркозом или с использованием прямого тубуса, или специальным гибким цистоскопом с волоконной оптикой. Если нет противопоказаний, то при цистоскопии для подтверждения диагноза и определения характера опухоли одновременно выполняют и трансуретральную резекцию новообразования в пределах визуально здоровых участков мочевого пузыря. Цистоскопия дает возможность определить наличие опухоли, ее размер и локализацию, а по внешнему виду новообразования, характеру ворсинок и толщине ножки предварительно (до гистологического исследования) оценить ее характер, состояние слизистой оболочки мочевого пузыря вокруг опухоли и отношение новообразования к устьям мочеточников. Неинфильтрирующие папиллярные опухоли мочевого пузыря при цистоскопии обычно имеют вид ворсинчатых образований на тонкой ножке с длинными, прозрачными и нежными ворсинками, флотирующими в промывной жидкости и отбрасывающими тень. При цистоскопии в папилломе удается увидеть центрально расположенный артериальный сосуд. Слизистая оболочка не изменена. Цвет опухоли меняется от бледно-розового до красного. Папилломы могут быть одиночными или множественными (папилломатоз мочевого пузыря). Начальным признаком инфильтрации подслизистого слоя может быть инъецированность кровеносных сосудов вокруг опухоли. Ворсинки плотные, а основание опухоли шире. При папиллярном раке существенно меняется внешний вид опухоли, ее ворсины становятся короткими, широкими и ригидными, ножка опухоли укорачивается, а иногда становится и вовсе неразличимой. Поверхность опухоли очень часто бывает покрыта участками геморрагий и фиброзными наложениями, может быть инкрустирована солями. На поверхности опухоли появляются изъязвления и очаги некроза. Границы опухоли плохо различимы, а слизистая оболочка вокруг опухоли отечна. При гистологическом исследовании чаще всего определяется переходно-клеточный рак второй или третьей степени дифференцировки. Опухоль прорастает мышечный слой, имеет очаги некроза, кровоизлияний и обызвествлений. Если опухоль расположена вблизи устья мочеточника, то оно может быть или невидимым, или расположенным асимметрично из-за деформации мочевого пузыря. При эндофитном росте (солидный, или первично инфильтрирующий рак мочевого пузыря) опухоль не имеет ворсин, а основание сливается с резко измененной слизистой оболочкой мочевого пузыря. Новообразование как бы выбухает в полость мочевого пузыря. Границы опухоли нечеткие. Очень часто опухоль изъязвляется, а язвы покрываются фиброзным налетом. Такие опухоли при цистоскопии диагностировать трудно, так как они симулируют туберкулез мочевого пузыря или интерстициальный язвенный цистит. Следует помнить, что цистоскопия является субъективным методом исследования. Иногда даже опытные врачи принимают за опухоль мочевого пузыря туберкулезные изменения слизистой оболочки, простую язву мочевого пузыря, уретероцеле или интерстициальный цистит. Цистоскопия затруднена при малой емкости мочевого пузыря, мутной среде, интенсивной гематурии, тампонаде мочевого пузыря сгустками крови, больших и вдающихся в полость мочевого пузыря аденоматозных узлах предстательной железы. Расширяет диагностические возможности цистоскопии видеозапись изображения, применение жесткой системы линз с высокой разрешающей способностью. Окончательный диагноз возможен после биопсии опухоли. Биопсия позволяет не только морфологически подтвердить диагноз, но и оценить особенности морфологического строения опухоли (переходно-клеточный или плоскоклеточный рак, аденокарцинома, недифференцированный рак, неэпителиальная опухоль), и, что особенно важно для прогноза и назначения в послеоперационном периоде комбинированной химио- и иммунотерапии, определить степень дифференцировки клеток. Кроме того, эндовезикальная биопсия позволяет отличить опухоль мочевого пузыря от опухолеподобных поражений: фолликулярного цистита, малакоплакии, эндометриоза, амилоидоза, железистой метаплазии, кистозного цистита и других. Дифференциальную диагностику опухоли мочевого пузыря следует проводить с хроническими воспалительными процессами в мочевом пузыре: туберкулезом, простой язвой, эндометриозом мочевого пузыря, хроническим геморрагическим циститом, а также с опухолеподобными поражениями. Туберкулезные гранулемы или туберкулезные язвы сочетаются со специфическими изменениями почки и мочеточника, а в моче находят микобактерии. Простая язва мочевого пузыря отличается отсутствием инфильтративного роста. При малакоплакии обнаруживают тельца Михаэлиса-Гутмана.