

тивных признаков патологии почек. Безусловно, не все признаки равноценны. Такие признаки, как туберкулезная микобактериурия, туберкулезные бугорки, язвы и рубцовые изменения в мочевом пузыре, на рентгенограммах наличие полостей в паренхиме почки, на эхотомограммах выявление гипо- и анэхогенных полостей неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками неправильной формы, имеют решающее значение в диагностике НТ. Обнаружение расширения вен семенного канатика у мужчин или расширения вен больших половых губ у женщин, эхографическое выявление образования в почке неоднородной структуры играет решающую роль в постановке диагноза опухоли почки. Эти признаки, имеющие особое значение в дифференциальной диагностике НТ, обозначены «++». Для удобства математического анализа данных предлагаем схему. Сумма всех положительных признаков для каждого заболевания составляет 100%. Таких положительных признаков, отмеченных знаком «+», для туберкулеза почки 45, хронического пиелонефрита – 32, нефролитиаза – 16, опухоли почки – 23, аномалии структуры почек – 20. Например, у па-

циента определен 21 положительный признак туберкулеза почки, 8 – хронического пиелонефрита, 3 – нефролитиаза, 7 – опухоли почки, 4 – аномалии структуры почек. Это соответственно составляет 46,7; 25; 18,8; 30,4; 20%. Поэтому у такого пациента с большей вероятностью можно предположить диагноз НТ. При наличии признаков, отмеченных двумя знаками «+» мы предлагаем прибавлять к полученной сумме 50%, что достаточно объективно отражает их информативность.

**Вывод.** Диагностика туберкулеза и опухоли почек представляет значительные трудности, разработанный нами дифференциально-диагностический комплекс может значительно облегчить проведение дифференциации туберкулеза почки с опухолями, хроническим пиелонефритом, нефролитиазом, аномалиями структуры почек. Сочетание эхографии почек с клинико-лабораторными исследованиями являются, на наш взгляд, не только способами дифференциальной диагностики между опухолью и туберкулезом почек, а также имеет значение в оценке эффективности проводимой комплексной терапии больных нефротуберкулезом.

## ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Д.К. Абдурахмонов, М.А. Хакимов, С.К. Алиджанов, Ш.М. Халилов*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан*

**Введение.** Диагностика поражений мочевого пузыря зачастую основывается на результатах патоморфологического исследования. Эндоскопический метод, дополненный биопсией, является ведущим в диагностике заболеваний мочевого пузыря. Наиболее информативна мультифокальная биопсия, когда исследуется материал, взятый не только из язвы и прилежащих тканей, но и со всех стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Роль биопсии мочевого пузыря является определяющей в дифференциальной диагностике поражений органа со схожей симптоматикой – *carcinoma in situ*, лейкоплакия, малакоплакия, различные формы циститов, туберкулез мочевого пузыря и требует исследования материала, взятого из нескольких фокусов. В этой связи диагностика поражений мочевого пузыря требует дальнейшего совершенствования.

**Цель работы:** изучить патоморфологические признаки различных поражений мочевого пузыря.

**Материал и методы исследования.** В урогенитальном отделении клиники РСНПМЦФиП МЗ РУз. комплексному клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 194 пациента с патологиями мочевыделительной системы. Среди этой категории пациентов поражение мочевого пузыря установлено у 93 (47,9%) больных.

**Результаты.** При подозрении изменений слизистой оболочки мочевого пузыря важное диагностическое значение приобретает цистоскопия. Интерпретация найденных при цистоскопии изменений не всегда проста, поскольку макроскопическая картина некоторых патологических процессов в мочевом пузыре весьма схожа. Так, например, трудно отличить простую язву мочевого пузыря от туберкулезной, туберкулез-

ные грануляции от опухолевых разрастаний. В таких случаях существенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает эндовезикальная биопсия.

Применение мультифокальной биопсии у 93 пациентов способствовало выявлению у 67 (72,0%) пациентов туберкулеза мочевого пузыря, у 17 (18,3%) — рака мочевого пузыря, у 9 (9,7%) — полипа мочевого пузыря. Среди больных установлены следующие варианты развития туберкулеза мочевого пузыря: Туберкулезный цистит (продуктивное воспаление, просовидные высыпания, окруженной зоной гиперемии) выявили у 17 (25,4%), туберкулезный язвенный цистит (образование язв с неровными, подрытыми краями, окруженной зоной гиперемии с нечеткими контурами) — у 36 (53,7%), туберкулезный микроцистит (сморщивание мочевого пузыря) — у 14 (20,9%) больных.

Вывод. Диагностика поражений мочевого пузыря — трудоемкий и длительный процесс, требующий тщательной работы с пациентом в специализированном учреждении. Проведение дифференциальной диагностики поражений мочевого пузыря предполагает: клинико-лабораторные обследования, инструментальное обследование (цистоскопия с биопсией мочевого пузыря). При поражении мочевого пузыря цистоскопия с биопсией может быть с успехом использована в комплексном обследовании пациентов с подозрением на специфический процесс.

## КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ. МЕТОД ВЫБОРА ПРИ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*М.Н. Тилляшайхов, В.В. Гринберг, Д.К. Абдурахмонов,  
Ш.М. Халилов, О.А. Салимов*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр  
фтизиатрии и пульмонологии МЗ Республики Узбекистан  
Ташкентский городской онкологический диспансер*

**Цель работы:** изучить результаты расширенных операций и качество жизни при местно-распространенных и осложненных формах опухолей органов малого таза.

**Материал и методы.** Проанализированы медицинская документация 38 больных в возрасте от 22 до 74 лет органов малого таза. Все больные в стадии  $T_4N_{0-1}M_0$ , с прорастанием в соседние органы и с наличием межорганных свищей. У 14 больных имели место метастазы в регионарных лимфоузлах (36,8% — истинно положительный). У 11 (28,9%) больных имели место наличие ректо-влагалищного свища, у 12 (31,6%) наличие пузырно-влагалищного свища, у 22 больных наличие одно- или двустороннего уретерогидронефроза (57,9%). Из них рак мочевого пузыря составили 14 (36,8%) больных, рак шейки матки 17 (44,8%) больных и рак прямой кишки 7 (18,4%) больных. 5 (13,2%) больным выполнена задняя эвисцерация органов малого таза с сигмоанальным анастомозом и сохранением мышц сфинктера, 18 (47,4%) больным

выполнена тотальная эвисцерация с двусторонней уретерокутанеостомией и колоректальным анастомозом на аппарате, 6 (15,8%) больным выполнена тотальная эвисцерация органов малого таза с созданием самокатетеризируемого мочевого резервуара с аппендикостомией и колоректальным анастомозом на аппарате, 6 (15,8%) больным передняя эвисцерация с двусторонней уретерокутанеостомией и 3 (7,9%) больным с передней эвисцерацией и созданием мочевого резервуара по типу Брикера (уретероилеокутанеостомия).

**Результаты.** Ранние послеоперационные осложнения имели место у двух больных (вторичное заживление раны — 5,3%), поздние у 3 (7,9%). Послеоперационная летальность составила 2,6% (1 больная). 3-летняя безрецидивная выживаемость составила 60,5% (23 больных).

**Вывод.** Эвисцерация органов малого таза может быть методом выбора при лечении местно распространенных и осложненных форм опухолей органов малого таза.