

ОНКОЛОГІЯ

УДК 616.62-006.6-08.001.36

*А.Ю. Воронай**Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский областной клинический онкологический центр***ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНОГО
И ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Злокачественные опухоли мочевого пузыря занимают пятое место среди новообразований всех локализаций и развиваются преимущественно в возрасте 50–70 лет, чаще у мужчин. Уже выявлены многие проканцерогены и канцерогены, доказаны наследственные факторы, но как и при каких условиях происходит развитие опухолей, остаётся загадкой. Лечебные схемы также требуют дальнейшего совершенствования.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, цистэктомия, химиотерапия, лучевая терапия.

Доля рака мочевого пузыря во всём мире составляет около 4 % среди всех злокачественных опухолей и 35–50 % среди злокачественных новообразований органов мочевой системы и мужских половых органов. Опухоли мочевого пузыря у мужчин наблюдаются в 3–4 раза чаще, чем у женщин [1, 2]. Злокачественные опухоли мочевого пузыря занимают пятое место среди новообразований всех локализаций и развиваются преимущественно в возрасте 50–70 лет [1–3]. Согласно данным современных исследований, в развитии опухолей мочевого пузыря определённую роль играют наследственные факторы, вредные факторы внешней среды, курение. Канцерогены могут проникать в организм через кожу, лёгкие, пищеварительный канал, при этом они обеззараживаются печенью и в виде эфиров серной и глюкуроновой кислоты выводятся с мочой. В случае застоя мочи эфиры разрушаются, высвобождая канцерогенные продукты [3, 4]. Уже доказано канцерогенное действие производных анилина – ароматических аминов, ионизирующего излучения. Немаловажно воздействие вирулентной флоры мочи, поддержива-

ющей хроническое воспаление в мочевом пузыре. Особую роль в генезе рака играет шистосомоз, или бильгарциоз, который часто поражает население некоторых районов Азии, Африки, Латинской Америки [1, 3, 5, 6]. В литературе дискутируется также вопрос о возможной роли вирусов в развитии рака мочевого пузыря (вируса Эпштейна – Барр, ЦМВ, папилломавируса человека), а также специфической микрофлоры (хламидий, микоплазм). Важную роль в возникновении рака мочевого пузыря отдают иммунным факторам [7–9].

Лечебная тактика при поверхностных и инвазивных карциномах мочевого пузыря до сих пор является предметом оживлённых дискуссий.

Целью настоящего исследования было оценить эффективность различных методов лечения поверхностного и инвазивного рака мочевого пузыря.

Материал и методы. В Харьковском областном онкологическом клиническом центре с 2009 по 2013 г. находилось на обследовании и лечении 72 больных раком мочевого пузыря. У 50 (69,4 %) больных выявлен инвазивный рак с прорастанием мышечного слоя,

© А.Ю. Воронай, 2013

у 22 (30,6 %) – поверхностный рак. По гистоструктуре опухолей больные разделялись следующим образом: у 45 (62,5 %) больных – высокодифференцированный папиллярный рак мочевого пузыря G1, у 15 (20,8 %) – умереннодифференцированный G2 и у 12 (16,7 %) – низкодифференцированный и недифференцированный рак G3-4. У 22 (30,6 %) больных выявлена I стадия болезни, у 35 (48,6 %) – II, у 8 (11,1 %) – III, у 7 (9,7 %) больных – IV стадия (позитивные лимфоузлы по данным гистологии).

Всем больным проведены обследования согласно стандартам, включающие УЗИ, КТ с контрастированием, рентгенографию лёгких, цистоскопию с биопсией (у некоторых больных), а также предоперационная подготовка.

Восьми больным с инвазивным раком проведено оперативное лечение в объёме цистопростатэктомии, причём три из них получили неoadъювантную химиотерапию по схеме GP (цисплатин + гемцитабин). Остальным пациентам проведена трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с образованиями в сочетании с внутривезикулярной иммунотерапией на I стадии заболевания и лучевой терапией и системной химиотерапией на остальных стадиях.

Результаты. У трёх (60 %) из пяти пациентов после радикальной цистопростатэктомии отмечался рецидив заболевания в течение двух лет. При этом все трое больных после комбинированного лечения (неoadъювантная химиотерапия в комбинации с цистопростатэктомией) не отмечали прогрессии заболевания в течение трёх лет после лечения. Из 22 пациентов с поверхностным раком

I стадии у 6 (27,3 %) отмечались признаки прогрессии заболевания в течение последующих трёх лет. Из остальных 42 больных из группы с инвазивным раком прогрессия заболевания выявлена у 24 человек (57,1 %). Процент прогрессии был на порядок ниже после комплексного мультимодального лечения (трансуретральная резекция + химиолучевая терапия).

Таким образом, лечение больных инвазивным раком мочевого пузыря путём выполнения только оргауноносящей операции – цистэктомии не всегда оправдано. Наиболее приемлемым является назначение курса неoadъювантной химиотерапии, после чего выполняется оперативное лечение. Это позволяет минимизировать распространение опухолевых клеток и предупредить рецидивирование, особенно когда имеется низкая степень дифференцировки опухоли и позитивные лимфоузлы по КТ.

Выводы

При лечении инвазивных карцином мочевого пузыря в ряде случаев (когда имеется высокодифференцированная переходноклеточная карцинома, отказ пациента от радикальной цистэктомии) выполнение радикальной цистэктомии не обязательно, вариантом лечения может быть проведение трансуретральной резекции в сочетании с химиолучевым лечением. Иногда требуется повторная трансуретральная резекция. Комплексное мультимодальное лечение при инвазивных опухолях позволяет сохранить пациентам мочевой пузырь и тем самым улучшить качество жизни при практически одинаковом проценте выживаемости.

Список литературы

1. *Аль-Шукри С.Х.* Опухоли мочеполовых органов / С.Х. Аль-Шукри, В.Н. Ткачук. – СПб.: Питер, 2000. – 320 с.
2. *Матвеев Б.П.* Рак мочевого пузыря / Б.П. Матвеев // Клиническая онкоурология / под ред. Б.П. Матвеева. – М.: Вердана, 2003. – С. 197–406.
3. *Переверзев А.С.* Опухоли мочевого пузыря / А.С. Переверзев, С.Б. Петров. – Харьков: Факт, 2002. – 301 с.
4. *Al-Sukhun S.* Current understanding of the biology of advanced bladder cancer / S. Al-Sukhun, M. Hussain // *Cancer*. – 2003. – Vol. 97 (Suppl. 8). – P. 2064–2075.
5. *Gerharz E.W.* Metabolic and functional consequences of urinary reconstruction with bowel / E.W. Gerharz // *Brit. J. Urol. Int.* – 2003. – Vol. 91, №1. – P. 143–149.

6. *Grossfeld G.D.* Invasive bladder cancer / G.D. Grossfeld, P.R. Carroll // *Comprehensive Urology* / Ed. by Robert M. Weiss, Nicholas J.R. George, Patrick H. O'Reilly. – 2001. – P. 373–393.
7. *Petrovich Z.* Radiotherapy for carcinoma of the bladder: a review / Z. Petrovich, G. Jozsef, L.W. Brady // *Am. J. Clin. Oncol.* – 2001. – Vol. 24 (1). – P. 1–9.
8. *Sternberg C.N.* Neo-adjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer / C.N. Sternberg, F. Calabro // *World. J. Urol.* – 2001. – Vol. 19 (2). – P. 94–98.
9. *Wallace D.M.A.* Superficial bladder cancer / D.M.A. Wallace // *Comprehensive Urology* / Ed. by Robert M. Weiss, Nicholas J.R. George, Patrick H. O'Reilly. – 2001, P. 363–373.

А.Ю. Воронай

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОВЕРХНЕВОГО ТА ІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Злоякісні пухлини сечового міхура займають п'яте місце серед новоутворень всіх локалізацій і розвиваються переважно у віці 50 – 70 років, частіше у чоловіків. Було виявлено багато проканцерогенів і канцерогенів, доказані спадкові фактори, але як і за яких умов виникають пухлинні процеси, залишається загадкою. Лікувальні схеми також потребують удосконалення.

Ключові слова: *рак сечового міхура, цистектомія, хіміотерапія, променева терапія.*

А.Ю. Воронай

EVALUATION OF TREATMENT EFFECTIVENESS OF SUPERFICIAL AND INVASIVE URINARY BLADDER CANCER

Malignant urinary bladder tumors occupy the fifth place among the tumors of all localizations and develop mainly at the age of 50 – 70 years old, frequently in men. Many procarcinogenic and carcinogenic substances were revealed, inherited factors were proved, but how and at what circumstances tumors appear stays a mystery. Therapy schemes also need correction.

Key words: *urinary bladder cancer, cystectomy, chemotherapy, radial therapy.*

Поступила 16.10.13