

și prin prisma altor parametri, în primul rând a ratei de recidivă și de progresie.

- 5) Rezultatele înregistrate de noi prin utilizarea intervențiilor conservatoare sunt promițătoare și se încadrează în poziția terapeutică actuală față de tumorile renale, care urmărește asigurarea radicalității exiziei tumorale cu evitarea sacrificiului inutil de țesuturi. Unele rezultate nefavorabile au rezultat din nerespectarea principiilor exiziei oncologice complete, pentru care nu se poate face nici un fel de concesiune, chiar dacă se operează pe rinichi unic.

Bibliografie

1. Godley P.A., Stinchcombe T.E.: Renal cell carcinoma, Curr Opin Oncol, 11(3), 213-7, 1999.
2. Gresi A.A., Neciporenko A.N.: Long-term outcomes of organ-saving separate for renal carcinoma, Urol i nefrol Nr 5, 12-14, 1998.
3. Marshall F.F.: In situ management of renal tumors: Renal cell carcinoma. Eur. Urol., 12, 238, 1996.
4. Terone C., Favro M.: Conservative surgery for renal cell carcinoma, Ann Urol, 31, 137-44, 1997.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСКОПИЯ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОСКОПИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Н.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, Б.Л. Гуцин, Д.В. Ергаков
НИИ Урологии Минздрава РФ, Москва

Summary

We evaluated renal-preserving endourological approach in the diagnosis and management of upper tract urothelial tumors. The results of endourological management of urothelial upper urinary tract tumors in the group of the patients treated from 1990 to the present time at the Institute of Urology have been evaluated in a retrospective fashion. Chart reviews, indications for intervention, and treatment outcomes were assessed. 62 patients were subject to endourologic diagnosis and/or management of upper tract urothelial neoplasms. Follow-up period varied from 2 to 8 years. Minimally invasive endourological management of upper tract tumors should be considered in selected patients.

Актуальность

Переходно-клеточная карцинома является самым частым видом опухолей верхних мочевыводящих путей (ВМП) (1,3). Нефроуретерэктомия с удалением ткани мочевого пузыря, окружающего устье мочеточника (т.н. «радикальная нефроуретерэктомия») остается методом выбора в лечении большинства пациентов с переходно-клеточными карциномами ВМП. При некоторых противопоказаниях к проведению радикальной операции пациентам выполняется органосохраняющее лечение (2,5,7). Накоплен значительный опыт проведения подобных вмешательств при папиллярных опухолях единственной или единственно функционирующей почки, в случаях двухсторонних опухолей ВМП, при хронической почечной недостаточности и др (4,8). Разработка современного эндоскопического оборудования и его широкое внедрение в урологическую практику изменили принципы диагностики папиллярных опухолей ВМП, а также показания и противопоказания для проведения органосохраняющего лечения подобных опухолей (6). Целью данной работы явилось изучение возможностей эндоскопической диагностики и лечения больных с папиллярными опухолями ВМП.

Характеристика больных и методы обследования

С 1986 года и по настоящее время 62 пациентам (37 мужчин и 25 женщин, в возрасте от 16 до 82 лет) с подозрением на папиллярную опухоль ВМП была выполнена трансуретральная уретеронефроскопия (57 пациентов) и перкутанная нефроскопия (5 больных). В предоперационном периоде всем больным выполнялось комплексное клиническое, рентгенурологическое (экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография) и радиоизотопное исследование (динамическая нефросцинтиграфия), ряду пациентов – компьютерная томография и цитологическое исследование мочи. При выполнении эндоскопического исследования (трансуретральная уретеронефроскопия, перкутанная нефроскопия) основными задачами являлись: эндоскопическое подтверждение диагноза, определение мультифокальности процесса, а также взятие биопсии для морфологической верификации диагноза.

Методика эндоскопического вмешательства при опухолях ВМП

При трансуретральном вмешательстве первоначально выполняется цистоскопия и проведение дилатации пузырно-мочеточникового соустья до размера 14 Fr оливными бужами или баллон-катетером. Затем в мочеточник вводится ригидный уретеропиелоскоп-минископ или фиброуретероскоп (диаметр 8 Fr). Осматривается, при возможности, весь уротелий. При обнаружении опухоли проводится струна-проводник выше уровня опухоли, далее инструмент удаляется, и помимо струны до уровня опухоли проводится уретерорезектоскоп, размером 13,5 Fr. Выполняется ТУР опухоли с фульгурацией ее основания (или лазерная абляция опухоли через уретеропиелоскоп-минископ). После проведения вмешательства выполняется внутреннее дренирование почки – установка внутреннего стента.

В 5 случаях при подозрении на опухоль ВМП использовались перкутанные методики. В одном наблюдении небольшая опухоль лоханки была удалена с помощью нефрорезектоскопа через пункционный нижнечашечковый доступ и у двух больных выполнено щипковое удаление опухоли чашечки (пункцией и созданием доступа непосредственно в нее) и нижней трети мочеточника (через среднечашечковый доступ) биопсийными щипцами с помощью стандартного нефроскопа и фибронефроскопа. В одном случае был обнаружен рентгеннегативный конкремент размером 0,8см, выполнена перкутанная нефролитэкстракция. Операция заканчивается установкой внутреннего стента или нефростомического дренажа.

Результаты и выводы

При выполнении трансуретральной уретеронефроскопии и перкутанной нефроскопии у 34 (59,6%) больных были выявлены опухолевые образования ВМП. 16 пациентов имели опухоли ЧЛС, 3 - опухоль верхней трети, 2 - опухоль средней трети, 13 - опухоль нижней трети, размерами от 0,5 до 4,2 см. В 18 случаях были обнаружены рентгеннегативные конкременты размерами от 0,4 до 1,7см, во время эндоскопического обследования (уретеронефроскопия, нефроскопия) выполнялась контактная литотрипсия и удаление осколков конкрементов. У 7 больных при уретеропиелоскопии были обнаружены сгустки крови в ЧЛС, во время выполнения процедуры сгустки были удалены. В 3 случаях источник кровотечения выявлен не был.

Эндоскопические методы были использованы в лечении 14 пациентов с одиночными папиллярными опухолями ВМП (3 – фиброэпителиальный полип, 7 – переходноклеточная карцинома G2, 4 – переходно-клеточная карцинома G1) Показания к проведению эндоскопических методов лечения мы разделяем на абсолютные (единственная анатомическая или функционирующая почка – 3, наличие ХПН терминальной или интермиттирующей стадии – 1, двухсторонние опухоли ВМП – 1) и относительные (выраженная сопутствующая патология – 6, наличие высокодифференцированной (G1) опухоли нижней трети мочеточника при наличии здоровой контралатеральной почки – 3). Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. Пациентам после эндоскопического удаления опухолей ВМП в отдаленном периоде (3,6 и 12 мес. и далее раз в 6-12 мес.) выполнялись контрольные обследования, включающие в себя выполнение экскреторной урографии, ультразвукового исследования, повторной ригидной или фиброуретероскопии, цитологии мочи. Рецидива заболевания выявлено не было у 5 длительно наблюдавшихся пациентов (сроки 2-8 лет), остальные (5) выбыли из клинического исследования по тем или иным причинам. У 1 пациентки отмечен рецидив опухоли – выполнено повторное эндоскопическое удаление опухоли.

По нашему мнению эндоскопические методы являются наиболее точными и специфичными для диагностики папиллярных опухолей ВМП и должны завершать предоперационное обследование для определения тактики ведения больного. Мы считаем, что при наличии показаний к выполнению органосохраняющего лечения эндоскопические методы лечения могут считаться методом выбора в лечении данной категории больных.

Список литературы

- 1.Руководство по урологии /Под ред. Н. А. Лопаткина. – Т. 3 – М., Мед. – 1998г.
- 2.Borkowski A., Maïouf D. - The endourological management of upper urinary tract tumors // Br. J. Urol. - 1999. - V.83. - p.369-377.
- 3.Clark P., Stroom S., Geisinger M. - 13-year experience with percutaneous management of upper urinary tract transitional cell carcinoma // J. Urol. - 1999. - V.161. - p.772-776.
- 4.Gerber G.S., Steinberg G.D. - Endourologic treatment of renal pelvic and ureteral transitional cell carcinoma // Tech. Urol. – 1999. – V.5N2 – p. 77-80.
- 5.Grasso M., Fraiman M., Levine M. - Ureteropyeloscopic diagnosis and treatment of upper urinary tract urothelial malignancies // Urology - 1999 - V.54,N2. - p.240-246.
- 6.Jabbour ME, Desgrandchamps F, Cazin S et al. - Percutaneous management of grade II upper

- urinary tract transitional cell carcinoma: the long-term outcome // *J. Urol* - 2000 - V. 163, №4. - p. 1105-7.
7. Keeley F., Bibbo M., Bagley D. - Ureteroscopic treatment and surveillance of upper urinary tract transitional cell carcinoma // *J. Urol*. - 1997. - V. 157. - p. 1560-1565.
8. Savage S.J., Strem S.B. - Ureteroscopic approach to upper-tract urothelial tumors // *J. Endourol.* - 2000. - V. 14, №3 - p. 275-279.
9. Tawfik E., Bagley D. - Upper tract transitional cell carcinoma // *Urology*. - 1997. - V. 50. - p. 321-327.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.А.Лопаткин, А.Г.Мартов, Б.Л.Гущин, А.П.Гнатюк
НИИ урологии МЗ РФ, Москва

Summary

Superficial bladder cancer (stage Ta-T1) is associated with a high recurrence and progression rate with implications for patient's survival and quality of life. A better understanding of the disease natural history may improve the outcome in superficial bladder cancer patients. The information was gathered from MEDLINE, current urology journals, abstracts from recent urological meetings and personal experience. Initial treatment consists of complete transurethral resection, tumor bed cold cup biopsy with subsequent vaporization, and adjuvant treatment with intravesical instillation of bacillus Calmette-Guerin (BCG) or interferon a-2b. Fluorescent cystoscopy, second look TUR allow to decrease risk of progression and recurrence. Early diagnosis and accurate pathological assessment are essential for determining the most adequate treatment strategy.

Актуальность

Рак мочевого пузыря (РМП) и его лечение остаётся одной из актуальнейших проблем современной онкоурологии. Рак мочевого пузыря составляет, по данным ВОЗ, около 3% от всех злокачественных образований или 70% от всех опухолей мочевого тракта.

После опухолей простаты рак мочевого пузыря занимает второе место по частоте возникновения в структуре онкоурологических заболеваний. Ежегодно в мире регистрируются 170000 новых случаев этого заболевания.

У 2/3 больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря опухоль не проникает в мышечный слой органа (стадии Ta, Tis, T1). Из поверхностных опухолей мочевого пузыря, 70% составляют опухоли стадии Ta и 30% - T1. В последнее время появились ряд новых методов диагностики и лечения поверхностного рака мочевого пузыря.

Материалы и методы

В лечении поверхностных новообразований большое значение приобрела трансуретральная электрорезекция (ТУР), являясь хорошо известным и достаточно эффективным методом. В НИИ урологии МЗ РФ было проанализировано 986 пациентов с поверхностным раком мочевого пузыря, которым выполнялась ТУР мочевого пузыря (срок наблюдения с 1965 по 2001 год).

Анализируемый метод эндоскопического лечения имеет ряд достоинств:

1. Возможность целиком удалить поверхностную опухоль мочевого пузыря, после чего произвести биопсию из основания новообразования и узнать, насколько радикально удалена опухоль.

2. Морфолог получает по объему достаточное количество материала для последующего гистологического исследования.

3. На основании гистологического изучения полученного материала возможно установить степень инвазии, что само по себе имеет первостепенное значение для определения характера последующего лечения.

Операция (ТУР) имеет лечебно-диагностический характер, основная цель которой - это радикально удалить имеющуюся опухоль. Получение достаточного количества гистологического материала должно определить дальнейшую тактику лечения больного. Прежде всего, гистологическое заключение о строении опухоли, степени её плоидности (категория G), а также степени инвазии новообразования в стенку мочевого пузыря (категория T), что является решающим в выборе тактики лечения и дальнейшего прогноза развития заболевания.

К новым хирургическим методам лечения поверхностного РМП относятся удаление