

- 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 α -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 ploидности (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

новообразований с использованием лазерных технологий, а также электровапоризация мочевого пузыря.

Мы использовали метод электрровапоризации при лечении РМП у 150 пациентов, наблюдаемых нами в течении 2-6 лет. Методика электровапоризации заключается в выпаривании опухоли и её основания до глубокого мышечного слоя. Применение метода электровапоризации (у нас более, чем 150 больных), позволил снизить общее количество рецидивов практически в 2 раза по сравнению со стандартной ТУР.

В сравнении с ТУР электровапоризация имеет следующие преимущества: осуществление эффективного гемостаза, исключение неконтролируемой перфорации стенки мочевого пузыря, снижение количества рецидивов поверхностного РМП до 29,6% в отличии от 40% при ТУР. Тем не менее, имеются следующие недостатки метода: отсутствие гистологического материала при применении метода в качестве только мототерапии, большое количество воспалительных осложнений в сравнении с ТУР. Мы считаем, что использование метода трансуретральной электровапоризации мочевого пузыря как самостоятельного метода, так и в комбинации со стандартной ТУР при лечении больных с РМП позволяет значительно улучшить результаты лечения.

Трансуретральная лазерная хирургия прочно вошла в число процедур органосохраняющего лечения неинвазивного РМП. Хороший гемостатический эффект и абластические свойства лазерного скальпеля стали основой использования высокоэнергетического лазерного излучения для лечения поверхностного РМП. Операция начинается с полипозиционной холодной биопсии опухоли МП. Затем производится лазерная обработка опухоли. При опухолях T_a-1 производится вапоризация до мышечного слоя с захватом до 1 см в радиусе от основания опухоли. Очаги даже слабо положительные на добавочные опухоли (подозрение на T_{is}) также превентивно выпариваются до подслизистого слоя. Важным достоинством метода является отсутствие риска неконтролируемой перфорации из-за раздражения п. obturatorius, хороший гемостатический эффект и абластические свойства лазерного скальпеля.

Привысоком показателе общей 5-летней выживаемости (более 70%), тем не менее, развитие рецидивов отмечается более чем у 50% больных (по данным НИИ урологии при наблюдении за более чем 986 больными поверхностным формами РМП).

В последние годы были предложены новые методы диагностики и лечения, позволяющие снизить количество рецидивов у больных с поверхностным раком мочевого пузыря.

Среди методов диагностики следует отметить трансуретральное ультразвуковое исследование (ТУУЗИ) и фотодинамическую диагностику (ФДД) мочевого пузыря, проточную цитометрию, методы BTA-TRAK, TRAP,B5, методы изучения хромосом EGFR, ПЦР, определение цитокератина.

Трансуретральное УЗИ позволяет клинически определить стадию первичной опухоли с точностью до 94%. Специфичность исследования составляет 82%, чувствительность 78%. Метод рассматривают, как альтернативу компьютерной томографии.

Метод ФДД позволяет по выявляемым участкам флуоресценции диагностировать изменения уротелия, которые не определяются обычным эндоскопическим контролем. При использовании метода ФДД доказано, что чувствительность ФДД (96,6%) значительно превосходит чувствительность цистоскопии в белом свете (72,7%), без существенного различия в специфичности (61,62%). Методика ФДД основывается на избирательном накоплении препаратов, в ткани опухоли, которые демонстрируют эффект свечения при активизации поляризованным светом. Процедура ФДД имеет ряд преимуществ. 1. Обладает большими информативностью и чувствительностью по сравнению с традиционной цистоскопией в белом свете. 2. ФДД является одновременно как лечебной так и диагностической процедурой. 3. Повышает радикальность и введёт к снижению количества рецидивов. При использовании метода ФДД выявляется на 25 % больше опухолей, чем при обычной световой цистоскопии. Главная ценность метода - возможное использование интраоперационно в качестве контроля радикальности резекции.

Большое значение имеет также т.н. « second look TUR » (ранний повторный цистоскопический осмотр мочевого пузыря с биопсией из места предшествовавшей резекции или удаление не выявленных опухолей). В литературе описана высокая частота рецидивов (60%) в первые три месяца после трансуретральной резекции (ТУР), а частота рецидивов в первые пять лет доходит до 70 %. По данным различных авторов, через 2-6 недели после первичного вмешательства (ТУР) в 38%-63% случаев при повторных резекциях ещё обнаруживались резидуальные опухоли. В качестве выявления раннего рецидива опухолевого процесса после оперативного лечения (ТУР мочевого пузыря) в НИИ Урологии МЗ РФ 31 пациенту с первичным раком мочевого пузыря в стадиях T_a-T₁ была выполнена ранняя повторная цистоскопия, ТУР-биопсия мочевого пузыря

(SECOND LOOK TUR) в сроки от 4 до 8 недель. Были отобраны все пациенты, у которых был диагностирован переходно-клеточный рак второй степени дифференцировки.

После выполнения ранней повторной цистоскопии, ТУР-биопсии мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR) у 8 пациентов были выявлены резидуальные опухоли после первичной трансуретральной резекции, что составляет 25% от общего количества пациентов. По нашему мнению, важное значение в данных случаях приобретает повторная трансуретральная резекция и биопсия (SECOND LOOK TUR), проведенная в ранние сроки после первичного лечения, что даёт возможность своевременного выявления рецидивов и резидуальных опухолей в ранние сроки, а также возможность более дифференцированного подхода к лечению и диагностике ракового процесса. Повторная ТУР позволяет более точно определить стадию заболевания для формирования оптимальной стратегии лечения в 61% случаев. Повторная ТУР рекомендуется, если первоначальная ТУР признана неадекватной или если имеется минимальный рецидив заболевания. Повторная ТУР должна быть рекомендована пациентам с РМП Т1 для достижения полной резекции опухоли и определения той категории пациентов, которым необходима радикальная цистэктомия.

В качестве дополнительной терапии при поверхностном раке мочевого пузыря широкое распространение получила вакцина БЦЖ, с помощью которой удаётся снизить общее количество рецидивов в 1,5-2,5 раза по сравнению с чисто хирургическим лечением.

Новейшим препаратом в этой области также является интерферон α -2в. При этом эффективность применения интерферон α -2в соответствует результатам БЦЖ-терапии при меньшем количестве осложнений.

Выводы

По нашему мнению, использование новых методов у больных с поверхностным РМП позволяет снизить количество рецидивов до 15-30%, что определяет необходимость их широкого внедрения в практической урологии.

Литература

1. Колосов А.Е. Рецидивы злокачественных опухолей. Киров. 1995. с.176-185.
2. Матвеев Б.П., Шипило В.И., Гоцадзе Д.Т. Частота рецидивов опухолей мочевого пузыря после трансуретральной резекции при комбинированном лечении. Урология и нефрология, 1990,3,53-56.
3. Чепуров А.К., Неменова А.А. Осложнения трансуретральной резекции мочевого пузыря по поводу его опухоли. Урология и нефрология, 1996,2,21-23.
4. Heer H.// The value of second transurethral resection in evaluating patients bladder tumors// Urology 1999, V 162., 74-76.
5. Heney Nm, Ahmed S, Flanagan Mj, Frable W, Corder Mp, Hafermann Md, Hawkins Jr: Superficial bladder cancer : Progression and recurrence. J Urol. 130: 1083-1086 (1983)
6. Kiemeny Lalm, Witjes Ja, Heijbroek Rp, Verbreek Alm, Debruyne Fmj: Predictability Of Recurrent And Progressive Disease In Individual Patients With Primary Superficial Bladder Cancer. J Urol 150: 60-64 (1993)
7. Klan F, Loy V, Huland H: Residual Tumor Discovered In Routine Second Transurethral Resection In Patients With Stage T1 Transitional Cell Carcinoma Of Bladder. J Urol 146: 316-318 (1991)
8. Kohrmann Ku, Woeste M, Kappes J, Rassweiler J, Alken P: Der Wert Der Transurethralen Nachresektion Dein Oberflächlichen Harnblasenkarzinom. Akt Urol 25: 208-213 (1994)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костев Ф.И., Филиппов С.А., Лысенко В.В., Филиппов П.С.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета, Одесский областной клинический онкологический диспансер

Summary

A complex approach to prostate cancer treatment at a high PSA level without confirmed regional and distant metastases is grounded. The comparative data of distant results of treatment of 79 patients being examined and differently treated for 3 years are represented. It has been established that simultaneous usage of ray therapy and hormonal therapy in maximum antiandrogen blockade