

**Ролевич А.И., Минич А.А., Жезалик А.Г.,
Василевич В.Ю., Мохорт А.А.**

*Республиканский научно-практический центр
онкологии
и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь*

ВЛИЯНИЕ ОПЕРИРУЮЩЕГО ХИРУРГА НА БЕЗРЕЦИДИВНУЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ БЕЗ МЫШЕЧНОЙ ИНВАЗИИ.

Введение. Стандартном лечения рака мочевого пузыря без мышечной инвазии (РМПБМИ) является полная трансуретральная резекция (ТУР) патологии мочевого пузыря с последующей внутривезикулярной терапией при наличии факторов риска рецидива или прогрессирования опухоли. Эти факторы хорошо описаны в литературе и включают клинические (частота рецидивирования, мультифокальность) и патоморфологические (категория рТ, степень дифференцировки) характеристики агрессивности заболевания. Тем не менее, качество выполнения ТУР, которое зависит от индивидуальных характеристик хирурга, также может влиять на риск развития рецидива опухоли.

Цель. Оценить влияние хирурга на безрецидивную выживаемость после радикального лечения пациентов с РМПБМИ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных пациентов с первичным или рецидивным РМПБМИ, леченных с использованием ТУР с или без проведения внутривезикулярной терапии на базе РНПЦ ОМП с 2004 по 2013 гг. Случаи без данных последующего наблюдения (n=471) и оперированные хирургами, выполнившими менее 70 операций (n=130), были исключены из анализа. Всего в исследование было включено 949 случаев проведения органосохраняющего лечения у 773 пациентов, возраст колебался от 23 до 93 лет (медиана 67 лет). При рецидивных опухолях в анализ включались несколько случаев у одного и того же пациента, если лечение приходилось на анализируемый период и случай не соответствовал критериям исключения. Операции выполнялись пятью хирургами со сравнимым опытом выполнения ТУР. Хирурги были кодированы от 1 до 5 в соответствии с увеличением относительного риска (ОР) рецидива, таким образом, было сформировано 5 групп пациентов, включающих 225 (24%), 324 (34%), 78 (8%), 115 (12%) и 207 (22%) случаев, соответственно. Оценена однородность групп по основным прогностическим факторам, были вычислены показатели безрецидивной выживаемости в зависимости от хирургической группы и группы риска рецидива. Прогностическая значимость индивидуального хирурга была оценена в мультивариантном регрессионном анализе Кокса.

Результаты и обсуждение. Хирургические группы оказались сопоставимы по возрасту, полу, частоте рецидивирования опухоли, категориям рТ и частоте выполнения реТУР. Были отмечены статистически значимые различия в группах по количеству опухолей (P<0,0001), наибольшему размеру опухоли (P<0,0001), степени диф-

ференцировки (P=0,043), группе риска EORTC (P=0,014) и тренд к различиям в частоте использования послеоперационной иммунотерапии БЦЖ (P=0,068).

При медиане наблюдения 64 мес. (от 3 до 124) показатели 5-летней безрецидивной выживаемости были 53% (95% доверительный интервал (ДИ) 49-56%) для всей когорты пациентов и 63% (95%ДИ 56-70%), 54% (95%ДИ 47-60%), 51% (95%ДИ 40%-62%), 46% (95%ДИ 36-56%) и 44% (95%ДИ 37-52%) для группы 1-5, соответственно (P<0,0001). Различия в безрецидивной выживаемости были менее выражены в группе низкого риска рецидива и более выражены в группах промежуточного и высокого риска. В мультивариантном анализе с включением группы риска и адъювантной терапии сохранялись статистически значимые различия в ОР рецидива между различными хирургами (P=0,0004).

Выводы. Хирург-оператор может оказывать существенное влияние на риск рецидива после радикального лечения пациентов с РМПБМИ. Этот эффект наблюдается несмотря на сравнимый опыт оперативного лечения данной патологии и выполнение операций в условиях одного высокоспециализированного центра.