

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КАТЕГОРИИ ВЫСОКОГО РИСКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО СПОСОБА МОНОБЛОЧНОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

Введение. В Европе ежегодно регистрируется порядка 151,2 тыс. новых случаев рака мочевого пузыря. Около 70-80% опухолей представлено немышечно – инвазивными формами. Процент раннего рецидивирования заболевания после использования трансуретральной резекции (ТУР) в качестве монотерапии достаточно высок и составляет 51-74%, из них до 35% являются резидуальными опухолями. Причина неудовлетворительных результатов хирургического лечения немышечно – инвазивного рака мочевого пузыря состоит не только в особенностях биологии уротелиальных опухолей, но и в недостатках самой методики ТУР. Кроме нарушения принципов абластики (не отключённая от питания опухоль удаляется путём фрагментации), до настоящего времени также являются нерешёнными некоторые важные технические проблемы выполнения общепринятых методик ТУР мочевого пузыря при опухолевой патологии, в том числе отсутствие возможности проведения операции в заданном анатомическом слое стенки мочевого пузыря в зависимости от характеристик роста опухоли с первоочередной обработкой основных питающих опухоль сосудов в процессе её удаления.

Цель исследования - оценить непосредственные результаты хирургического лечения немышечно-инвазивных форм рака мочевого пузыря категории высокого риска при применении нового авторского способа многоблочной ТУР (International Patent № WO 2014/064480 от 01.05.2014. и заявка на изобретение в Национальный Центр Интеллектуальной Собственности Республики Беларусь № а20111462).

Материалы и методы. Разработанный способ ТУР основан на применении прецизионной препаровки тканей стенки мочевого пузыря и позволяет выполнить радикальное многоблочное удаление немышечно-инвазивной опухоли не зависимо от её локализации, размера, васкуляризации, характера роста. Методика гарантирует бескровное удаление опухоли с окружающей слизистой и подлежащим мышечным слоем. Так же во всех случаях не требуется применение общего наркоза с мышечной релаксацией, либо дополнительной блокады запирающего нерва на стороне поражения. И наконец, что не мало важно, операция выполняется на стандартном оборудовании с помощью эталонного метода – монополярной электрорезекции.

В ходе работы были проанализированы непосредственные результаты хирургического лечения 30 пациентов с немышечно-инвазивным РМП категории Т1, с размером опухоли от 32 до 55 мм. Средний возраст заболевших составил $60,4 \pm 7,4$ года. По результатам гистологического

исследования высокая, умеренная и низкая степени дифференцировки отмечены у 19 (63,3%), 7 (23,4%) и 4 (13,3%) пациентов. Неопластический процесс представлен единичными опухолями у 17 пациентов (56,1%), множественными – у 13 (43,3%). В 17 (56,6%) случаях опухоль локализовалась на боковых стенках мочевого пузыря. В 9 (30%) случаях опухоль поражала устье мочеточника, что потребовало включение в блок удаляемых тканей как самого устья, так и интрамурального отдела мочеточника. Повторная рестадирующая ТУР выполнена у 100% больных в сроки 4-6 недель после первичной операции, по стандартной методике, описанной в рекомендацияхEAU.

Результаты. Все операции прошли без осложнений с полным контролем гемостаза. Среднее хирургическое время составило 61,2 минут (45 – 90 минут). В каждом конкретном случае, в процессе выполнения операции, в межмышечном слое под основанием опухоли были коагулированы и пересечены от 2 до 6 артерий, питавших опухоль. Продолжительность катетеризации мочевого пузыря составила в среднем 2 суток (1-3 суток). В 100% случаев в гистологическом препарате присутствовал мышечный слой. Во всех случаях края резекции были свободны от опухоли. Ни у одного больного гистологически не выявлены резидуальные опухоли при повторной рестадирующей ТУР.

Выводы. Данные проведённого исследования подтверждают, что предложенный способ ТУР стандартизирует выполнение операции, позволяет значительно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря категории высокого риска. Дальнейшее накопление опыта в последствии позволит отказаться от рутинного выполнения повторной рестадирующей трансуретральной резекции мочевого пузыря исследуемой категории больных.