

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖИТЕЛЕЙ Г. МИНСКА

Д.Д. Мычко, И.Л. Масанский, В.Е. Папок

Белорусский государственный медицинский университет

Рак мочевого пузыря является достаточно частой онкологической патологией данной локализации и по результатам исследований ряда зарубежных авторов составляют в среднем 2–5% от всех новообразований, хотя этот показатель может значительно варьировать в зависимости от региона наблюдения [1]. Встречаемость этого заболевания выше у жителей развитых стран, преимущественно у представителей белой расы, мужчины болеют в 2,5–6 раз чаще женщин [1,2]. Около 70–80% случаев первично диагностированного рака мочевого пузыря представлено поверхностными формами, переходноклеточные карциномы составляют более 90% [2,3].

По данным белорусского канцер-регистра на протяжении последних десяти лет в нашей стране ежегодно выявляется 1000–1200 случаев рака мочевого пузыря, 55,3% составляют неинвазивные опухоли.

Настоящее исследование проводилось с целью оценки результатов лечения неинвазивных форм рака мочевого пузыря, а также оценки основных характеристик опухолевого процесса и их влияния на дальнейшее течение заболевания.

Материалы и методы. В ходе работы были проанализированы данные первичной медицинской документации пациентов учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер» в период с 2008 по 2012 гг. Для оценки данных применялись стандартные методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение.

В 2008 г. в г. Минске впервые выявлено 117 случаев неинвазивного (Ta-T1) рака мочевого пузыря. Заболеваемость у мужчин выше, чем у женщин (2,77:1). Средний возраст заболевших составил 64 года (от 18 до 95 лет). В структуре опухолей по гистологическому строению преобладал переходноклеточный рак (n=113, 99,1%). По результатам гистологического исследования опухоли высокой степени дифференцировки (G1) выявлены у 39 пациентов (33,3%), средней степени дифференцировки (G2) — у 46 (39,3%), низкодифференцированные опухоли (G3-4) — у 15 (12,8%), в 17 случаях (14,5%) степень дифференцировки не установлена. Неопластический процесс представлен единичными опухолями у 76 пациентов (75%), множественными — у 26 (25%). В 55% случаев (n=64) размер новообразований составил 1–3 см, в 19% (n=22) более 3 см, в 12% (n=14) — менее 1 см, в 14% случаев (n=17) оценить размер новообразований не представлялось возможным.

При выявлении неинвазивного рака мочевого пузыря основными задачами лечения являются максимально радикальное удаление всех видимых новообразований в пределах здоровых тканей до мышечного слоя, предотвращение прогрессирования заболевания и рецидива или максимальное увеличение безрецидивного периода [5]. Основным методом лечения поверхностных форм рака мочевого пузыря остается трансуретральная резекция (ТУР), однако, процент рецидивирования заболевания после использования ТУР в качестве монотерапии достаточно высок и составляет 51–74% [3,4,5].

К основным причинам частого рецидивирования относят высокую вероятность имплантации опухолевых клеток при внутривезикулярных манипуляциях, в том числе во время ТУР; диффузный характер поражения слизистой оболочки опухолевым процессом, наличие не выявленных при эндоскопическом исследовании очагов Tis; низкая степень дифференцировки новообразований [5].

По данным литературы, среди основных факторов риска развития рецидива заболевания отмечают степень дифференцировки опухолевых клеток, возраст пациентов, размер опухоли, мультилокулярность поражения стенки мочевого пузыря. Отмечено, что у пациентов моложе 30 лет преобладают высокодифференцированные опухоли, а риск возникновения рецидива, прогрессирования и смерти от рака возрастает у пациентов после 65 лет. Наличие новообразований, размер которых превышает 5 см и множественный характер опухолевого роста являются факторами, сокращающими безрецидивный период и повышающими риск опухолевой прогрессии [3].

С целью профилактики рецидивов и при наличии определенных показаний лечение неинвазивного рака мочевого пузыря дополняется внутривезикулярной химиотерапией, внутривезикулярной иммунотерапией и дистанционной лучевой терапией [3,5].

В качестве лечения первично диагностированного рака мочевого пузыря у всех пациентов в наблюдаемой группе выполнялась трансуретральная резекция опухолей. Двум пациентам (1,7%) в послеоперационном периоде была проведена внутривезикулярная химиотерапия, еще двум (1,7%) - лучевая терапия.

У 56 пациентов (48,3%) выявлен рецидив заболевания, из них у 20 (35,7% от числа пациентов, имеющих рецидив заболевания) в течение пяти лет развилось несколько рецидивов: повторный рецидив выявлено у 15 пациентов (26,8%), три — у трех человек (5,3%), четыре — у двух (3,6%). В 73,2% случаев (n=41) новообразования локализовались в месте первичной опухоли. У 44,7% (n=25) рецидив диагностирован в течение года после проведенного лечения, у 55,3% (n=31) — после года (среднее время до развития рецидива 19,1 мес.).

У 21,4% пациентов (n=12), имевших рецидив заболевания первичная опухоль имела высокую степень дифференцировки (30,7% всех случаев G1), в 48,2% (n=27) — опухоль имела среднюю степень дифференцировки (58,7% всех G2), в 17,9% (n=10) — низкую степень дифференцировки, что составляет 66,7% от всех случаев низкодифференцированных опухолей (p=0,0129). У 12,5% (n=7) пациентов диаметр первичной опухоли был менее 1 см, у 55,4% (n=31) - от 1 до 3 см, 19,6% (n=11) – более 3 см, у 12,5% (n=7) диаметр первичной опухоли не установлен. Также отмечено, что, при наличии опухоли более 3 см в диаметре, рецидив развился в 100% случаев (p=0,0063). У 65,4% пациентов, имеющих мультифокальный характер роста первичной опухоли, в последующем диагностирован рецидив заболевания (p=0,08).

Пациентам с рецидивом заболевания выполнялась повторная трансуретральная резекция. В 41% случаев (n=23) лечение было дополнено внутривезикулярной химиотерапией, лучевой терапией – в 7,14% (n=4), в двух случаях (1,7%) — БЦЖ-терапией, причем 60,9% химиотерапевтического лечения и 75,0% лучевого лечения проводилось при выявлении повторных рецидивов.

По результатам наблюдений зарубежных специалистов при своевременном выявлении и адекватном лечении прогноз заболевания благоприятный, пятилетняя выживаемость составляет 97% [2].

Наблюдаемая пятилетняя выживаемость исследуемой нами группы пациентов составила 75,2% (n=88). За все время наблюдения прогрессирование процесса диагностировано у 4 человек (3,4%). Данная патология явилась причиной смерти у 2 человек (1,7%), при этом раковоспецифическая выживаемость составила 98,3%.

Выводы.

1. После лечения поверхностного рака МП у 48,3% пациентов развивается рецидив, чаще всего в течение двух лет от момента первой операции.
2. Большинство рецидивов локализуется в месте первичной опухоли.
3. Риск развития рецидива заболевания зависит от степени дифференцировки и размера первичной опухоли.
4. Прогноз заболевания благоприятный, раковоспецифическая выживаемость составила 98,3%.

ANALYSIS OF TREATMENT RESULTS OF SUPERFICIAL BLADDER CANCER IN RESIDENTS OF MINSK

D.D. Mychko, I.L. Masansky, V.E. Papok

The analysis of the treatment of 117 cases of noninvasive bladder carcinoma from 2008 till 2012 was carried out. The mean age was 64 yrs, male/ female ratio was 2,77:1. The recurrence of carcinoma was revealed in 56 (48,3%) pts mostly in the area of primary tumor. The risk of recurrence mainly depended on primary tumor dimension and grade. A noninvasive bladder carcinoma has a favorable prognosis. 5-year cancer-specific survival rate was 98,3%.

Литература.

1. Имянитов, Е.Н. Эпидемиология и биология рака мочевого пузыря / Е.Н. Имянитов, К.П. Хансон. – Практическая онкология, 2003. - Том 4, №4. - С. 191 – 195.
2. Cancer Facts and Figures: 2012. - Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2012.
3. Аль-Шукри, С.Х. Общие принципы лечения больных раком мочевого пузыря. Значение клинических, гистологических и биологических факторов прогноза для выбора метода лечения / С.Х. Аль-Шукри, И.А.Корнеев. - Практическая онкология, 2003. – Том 4, №4. – С. 204 – 213.

4. Herr, H.W. Management of low grade papillary bladder tumors / H.W. Herr, S.M. Donat, V.E. Reuter. - J Urol., 2007. – Vol. 178 – P. 1201-1205.

5. Русаков, С.Г. Хирургическое лечение, химио- и иммунотерапия больных поверхностным раком мочевого пузыря / И.Г. Русаков, А.А.Быстров. - Практическая онкология, 2003. – Том 4, №4. – С. 214 – 224.