

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Марина Эдуардовна Ситдыкова, Алексей Юрьевич Зубков, Ильяс Рустамович Нуриев***Казанский государственный медицинский университет***Реферат**

Представлен обзор литературы, посвящённый открытой и эндоскопической хирургии, применению химио- и лучевой терапии в органосохраняющем лечении инвазивного рака мочевого пузыря. В настоящее время рак мочевого пузыря занимает второе место среди онкоурологических заболеваний. За последние 10 лет прирост больных данной нозологии в России составил 58,6%. На долю инвазивной формы приходится до 30% новообразований. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, стандартным методом лечения мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря считают радикальную цистэктомию с деривацией мочи в сегмент кишечного тракта. Однако большой объём и травматичность операции, отягощённость и истощённость пациентов, инвалидизация и социальная дезадаптация, а также высокий процент летальности ограничивают применение цистэктомии. В связи с этим, а также с динамичным развитием химиолучевой терапии, которая позволяет снизить частоту рецидивов, всё больше специалистов склоняются к возможности органосохраняющего лечения инвазивного рака мочевого пузыря. Органосохраняющее лечение имеет ряд преимуществ: отсутствие громоздкости в проведении хирургического вмешательства, снижение материальных затрат, сохраняется половая функция, уменьшается опасность нарушения функций почек, обеспечивается хорошее качество жизни. Таким образом, в литературе существуют немногочисленные публикации и разноречивые мнения по вопросу сравнительной оценки результатов цистэктомии и органосохраняющих операций при инвазивном раке мочевого пузыря, что обосновывает необходимость дальнейшого изучения данной проблемы.

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, инвазивная форма, органосохраняющее лечение.

ORGAN-SAVING TREATMENT OF INVASIVE BLADDER CANCER *M.E. Sitydykova, A.Y. Zubkov, I.R. Nuriev. Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* The review describes the modern approaches to open and endoscopic surgery, chemo- and radiotherapy in organ-saving treatment of invasive bladder cancer. Bladder cancer nowadays ranks the second among urological malignancies. Incidence of bladder cancer in Russia has increased by 58.6% over the past 10 years, with the share of invasive tumors reaching 30%. According to the European Association of Urology guidelines, the radical cystectomy with ureterocolonic diversion is the standard treatment of muscle-invasive bladder cancer. However, the extensive surgical trauma, comorbidities and exhaustion of patients, disability and social adaptation failure as well as the high mortality rate restrict the use of cystectomy. Thereby, taking into account the dynamic development of chemo- and radiotherapy allowing to reduce the recurrence rate, more and more experts are inclined to use organ-saving treatment of invasive bladder cancer. Organ-saving treatment has several advantages: it is less complicated and costly, preserves sexual function, decreases the risk of kidney damage and provides a good quality of life. Still, scanty publications are comparing results of cystectomy and organ-saving treatments of invasive bladder cancer, causing controversial opinions and highlighting the need for further studies. **Keywords:** bladder cancer, invasive bladder cancer, organ-saving treatment.

В настоящее время рак мочевого пузыря (РМП) занимает второе место среди онкоурологических заболеваний и третье по смертности. Заболеваемость РМП постоянно растёт. За последние 10 лет прирост больных РМП в России составил 58,6% [1]. На долю инвазивного РМП приходится до 30% новообразований [11]. Лечение данной категории больных остаётся одной из наиболее сложных и нерешённых задач урологической онкологии.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2009), стандартным методом лечения мышечно-инвазивного РМП считают радикальную цистэктомию с деривацией мочи в сегмент кишечного тракта [6]. Однако большой объём и травматичность операции, отягощённость и истощённость пациентов, инвалидизация и социальная дезадаптация, а также высокий процент летальности в первые 5 лет после операции (20–50%) [10, 18, 31, 54] ограничивают применение цистэктомии. Вместе с тем существует значительное количество публикаций о

возможности проведения органосохраняющего лечения, результаты которого в определённых группах пациентов не уступают таковым после удаления органа [9, 23, 25, 41].

О.Б. Карякин [4] провёл сравнительную оценку результатов лечения больных инвазивным РМП, согласно которым выживаемость после цистэктомии и органосохраняющего лечения составила в стадии T₂ 63–70 и 62%, в стадии T_{3–4a} — 19–53 и 47% соответственно. Частота рецидивов составила 10–15% после цистэктомии и 5–7% после органосохраняющего лечения.

Органосохраняющее лечение имеет ряд преимуществ перед органоуносящим [2]: отсутствие громоздкости в проведении хирургического вмешательства, снижение материальных затрат, сохраняется половая функция, уменьшается опасность нарушения функций почек, обеспечивается хорошее качество жизни. В связи с этим, а также с динамичным развитием химиолучевой терапии, которая позволяет снизить частоту рецидивов, всё больше специалистов склоняются к возможности выполнения органосохраняющих операций при инвазивном РМП.

Открытую резекцию мочевого пузыря (МП) ис-

Адрес для переписки: ilyasrustamovich@mail.ru

пользовали в лечении РМП с XIX века и широко применяли до 1950-х годов. В дальнейшем в связи с высокой частотой рецидивов и внедрением в клинику трансуретральной резекции (ТУР) интерес к данному методу снизился.

На сегодняшний день отношение к открытой резекции при инвазивном РМП различное. По мнению ряда авторов [5, 11], резекция показана в следующих ситуациях:

- одиночная первичная переходно-клеточная опухоль ($\leq T_2G_{1-2}$), расположенная на расстоянии не менее 2 см от шейки и устьев мочеточников, размер основания которой не превышает 5-6 см;
- переходно-клеточный рак в дивертикуле МП;
- аденокарцинома урахуса, локализованная в вершущке МП;
- феохромоцитоме, остеосаркоме МП;
- одиночная первичная переходно-клеточная опухоль T_2G_{1-2} с необходимостью реимплантации мочеточника (у избранных пациентов).

По мнению других авторов [16, 29], кандидаты на резекцию МП — пациенты с небольшой опухолью в стадии T_2 .

По данным М.И. Когана и В.А. Перепечай [5], 5-летняя суммарная выживаемость после резекции МП составляет 50% (T_{1-2} — 56-70%, T_{3-4} — 17%). Частота рецидивирования за 5 лет составляет 50-75%. Согласно обзору Sweeney и соавт. (1992), лишь 5,8-18,9% пациентов с инвазивным РМП могут быть кандидатами на резекцию [50]. В то же время в хорошо подобранной группе пациентов выживаемость после данного метода лечения составляет по данным Given и Wajzman (1997) 25-55% [26]. Анализ 20-летнего исследования результатов лечения инвазивного РМП в клинике Мейо показал, что только 6% пациентов могут быть кандидатами на резекцию МП [48].

5-летняя выживаемость больных инвазивным РМП (T_{2-3}) после резекции МП различного объёма составляет 32,5-79,4% [8, 12]. Частота рецидива РМП после резекции достигает 40-78% [3, 8, 13].

В последние годы активно обсуждают место ТУР в лечении инвазивного РМП. Цель ТУР — не только полное удаление новообразования, но и получение достоверной информации о патоморфологической стадии опухоли, её дифференцировке, состоянии слизистой оболочки МП, окружающей опухоль. Стандартная ТУР при инвазивном РМП часто не позволяет достичь радикальности в связи с высокой вероятностью оставления опухолевых клеток в макроскопически неизменённых участках стенки органа, что обуславливает высокую частоту рецидивов (40-60%), причём в половине случаев рецидивы являются также инвазивными. В связи с этим мнения различных авторов о возможности применения ТУР в лечении инвазивного РМП расходятся. Одни специалисты считают ТУР основным методом лечения РМП в стадии T_2 [37]. Другие полагают, что ТУР оправдана у больных с инвазивным РМП, если биопсия из ложа опухоли отрицатель-

на, и выполняют ТУР при опухолях, ограниченных стенкой МП [47]. По мнению ряда авторов [17, 29, 30, 44, 47], показаниями для ТУР могут быть опухоли T_{2-3a} , небольшие солитарные, папиллярные, умеренно дифференцированные, с основанием не более 2 см.

На сегодняшний день в арсенале современной эндоурологии появился широкий спектр инструментального обеспечения, внедряются новые методы резекции (вапоризация, фульгурация), разработана методика фотодинамической диагностики, накоплен опыт применения ТУР в комбинации с химиолучевой терапией. В исследовании E. Solsona и соавт. [47] проведён сравнительный анализ результатов органосохраняющего лечения инвазивного РМП и радикальной цистэктомии. Через 5 лет у 61 (45,9%) пациента, подвергнутого ТУР МП, зарегистрированы рецидивы, у 35 (26,3%) диагностированы местные рецидивы, у 37 (27,8%) — прогрессирование заболевания. Специфическая 5- и 10-летняя выживаемость у пациентов после органосохраняющего лечения составила 80,5 и 79,5% соответственно, у больных, которым выполнена цистэктомия, — 82,7 и 79,0% соответственно.

В последнее время активно используют трансуретральную вапоризацию. Технические принципы и преимущества трансуретральной электровапоризации: надёжный гемостаз, условия улучшенной эндоскопической видимости и ориентации, крайне малая вероятность возникновения «ТУР-синдрома» и предположительно более высокая абляционная способность. По данным А.Г. Мартова [3], 5-летняя выживаемость при использовании электровапоризации была на уровне 72%, при стандартной ТУР — 65,79%. Частота рецидивов при ТУР-вапоризации составила 21,6%, при стандартной ТУР — 34,2%. Создание новой технологии — биполярной электрорезекции и электровапоризации — позволяет избежать недостатков монополярной хирургии (электроожогов, стриктур уретры) и расширяет показания к применению метода у больных с электрокардиостимулятором. По мнению А.Г. Мартова [3], биполярная электрорезекция МП служит одним из эффективных и безопасных методов лечения инвазивного РМП в стадии T_2 при возможности эндоскопического удаления опухоли и проведения химиотерапии в послеоперационном периоде.

Гольмиевая (Ho-YAG) резекция МП — ещё один новый метод, призванный улучшить результаты эндоскопического лечения РМП. Особенность метода — техника его выполнения, позволяющая удалить опухоль единым блоком с подлежащими тканями и получить таким образом полноценный материал для гистологического исследования. К достоинствам метода относят возможность чёткой интраоперационной дифференциации слоёв стенки МП, отсутствие кровотечения и риска стимуляции запирательного нерва. Техническое удаление опухолей, расположенных по задней стенке МП, с помощью

данной методики трудновыполнимо, что становится определённым ограничением метода [7].

Внедрённая в последние годы методика фотодинамической диагностики даёт возможность выявить новообразования, не диагностируемые при обычных методах исследования, что ведёт к улучшению результатов лечения. По данным С.Р. Riedl и соавт. [40], применение флюоресцентного контроля при ТУР позволило более чем в 2 раза уменьшить частоту обнаружения опухолей при рестадирующей операции по сравнению с группой больных, которым была выполнена стандартная ТУР. По результатам исследования М. Burger и соавт. [19], ТУР под фотодинамическим контролем имеет преимущество в плане частоты остаточных опухолей и может быть способом уменьшения частоты рецидивов. Эти и другие исследования позволяют сделать предварительный вывод о сопоставимости радикальности ТУР в составе комбинированного органосохраняющего лечения с радикальной цистэктомией у определённых групп больных инвазивным РМП.

Химиотерапия — консервативный метод лечения при РМП. Его считали малоэффективным и только вспомогательным вплоть до 90-х годов XX века. С учётом результатов многочисленных исследований, показавших высокую эффективность различных противоопухолевых агентов, были разработаны комбинированные схемы химиотерапии, основными из которых стали CMV и MVAC [28, 53]. Высокая частота развития побочных эффектов данного режима и ассоциированная с ней летальность, достигающая 3–4% [35, 49], стали причиной поиска более эффективных и менее токсичных комбинаций. Гемцитабин — один из наиболее популярных современных химиопрепаратов, вошедших в клиническую практику за последнее десятилетие. По мнению А.С. Переверзева и соавт. [11], противопоказания к системной химиотерапии — неудовлетворительное общее состояние, анемия, почечная недостаточность, сердечная недостаточность, обструктивные заболевания лёгких, печёночная недостаточность, предшествующая лучевая или химиотерапия.

Выделяют следующие варианты химиотерапии инвазивного РМП [14]: неoadъювантная химиотерапия, адъювантная химиотерапия и химиотерапия в сочетании с лучевой терапией.

Неoadъювантную химиотерапию назначают и проводят накануне предстоящего радикального оперативного вмешательства. Считают, что неoadъювантная химиотерапия снижает кровоток в опухоли, благодаря чему повышается аблятичность операции [11, 22].

Предоперационная химиотерапия имеет ряд преимуществ, которые заключаются в возможности уменьшения размеров опухоли, снижении способности опухолевой ткани к реимплантации во время её фрагментации при ТУР МП, оценке чувствительности опухоли к проводимому лечению [9, 20, 32]. К недостаткам неoadъювантной

химиотерапии можно отнести следующие: отсрочка времени до проведения радикального лечения, необоснованное использование химиотерапии у пациентов с неточно установленной стадией заболевания [14]. Адъювантная химиотерапия, проводимая наиболее часто в онкологии, относится к дополнительным методам воздействия на раковый процесс [11]. Она даёт возможность применения цитостатических препаратов после радикального хирургического лечения с целью уничтожения предполагаемых или достоверных микрометастазов злокачественной опухоли. Преимуществом адъювантной химиотерапии является тот факт, что она воздействует на предполагаемые микрометастазы, при минимальном объёме опухоли создаёт наиболее благоприятные условия для достижения положительного результата. Кроме того, химиотерапию проводят после операции, и в случае её неэффективности не теряют времени до радикального хирургического лечения, как это может быть при проведении неoadъювантной химиотерапии [15]. Основным недостатком послеоперационной химиотерапии — отсутствие контроля её эффективности, так как уже удалена опухоль, по реакции которой можно было бы судить о действенности лечения.

Лучевая терапия начала применяться в начале XX века, после открытия рентгеновских лучей и радиоактивности. Лучевая терапия служит альтернативным методом лечения инвазивного РМП. Результаты облучения уступают таковым при использовании хирургического вмешательства. По этой причине лучевую терапию проводят пациентам, имеющим противопоказания к цистэктомии или отказавшимся от операции [11]. Однако в ряде стран, например в Англии, она является методом выбора [36, 38].

На IV согласительной конференции по лечению больных РМП [34] были разработаны следующие критерии отбора больных для лучевой терапии: морфологическое подтверждение диагноза; опухоли МП T_2 , T_{3a} , а также T_{3b} размерами не более 5–7 см без сопутствующего *cis* (*carcinoma in situ* — рак на месте); отсутствие воспалительных заболеваний органов таза, толстой кишки и симптомов хронической спаечной болезни. У пациентов должна быть нормальная ёмкость МП и отсутствовать большие дивертикулы.

Наиболее часто применяют наружную дистанционную лучевую терапию. Принятый объём облучения включает МП, паравезикальную клетчатку и лимфатические узлы ниже бифуркации общих подвздошных артерий [45]. Облучение проводят до суммарной очаговой дозы 60–65 Гр в разовых очаговых дозах 1,8–2 Гр. Продолжительность лечения составляет 6–7 нед [9]. О.Б. Карякин [4] обобщил результаты исследований ряда авторов [21, 24, 27, 39, 52, 55] по выживаемости при лучевом лечении больных инвазивным РМП. Согласно его данным, 5-летняя выживаемость в стадии T_2 составила 25–59%, T_3 — 12–38%, T_4 — 0–12%.

Таким образом, в литературе существуют

немногочисленные публикации [25, 33, 43, 44, 46, 51] и разноречивые мнения по вопросу сравнительной оценки результатов цистэктомии и органосохраняющих операций при инвазивном РМП, что обосновывает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В. и др. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // Урология. — 2008. — №3. — С. 3-9.
2. Болотина Л.В., Русаков И.Г. Инвазивный рак мочевого пузыря: современные подходы к лечению // Рос. онкол. ж. — 2007. — №6. — С. 47-51.
3. Возможно ли органосохраняющее лечение инвазивного рака мочевого пузыря? Избранные лекции по урологии / Под ред. Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. — М.: МИА, 2008. — С. 341-358.
4. Карякин О.Б. Органосохраняющая тактика при инвазивном раке мочевого пузыря: «за» и «против» // Практ. онкол. — 2003. — Т. 4, №4. — С. 252-255.
5. Коган М.И., Перепечай В.А. Современная диагностика и хирургия рака мочевого пузыря. — Ростов-на-Дону, 2002. — 242 с.
6. Краткие рекомендации / Под ред. М.И. Когана. — Европейская Ассоциация урологов, 2009. — 307 с.
7. Мартов А.Г., Ермаков Д.В., Андронов А.С. и др. Рецидивирование мышечно-неинвазивного рака мочевого пузыря: возможные эндоскопические пути решения проблемы // Онкоурология. — 2010. — №1. — С. 4-11.
8. Матвеев Б.П., Фигурин К.М. Результаты оперативного лечения больных раком мочевого пузыря // Урол. и нефрол. — 1997. — №2. — С. 25-28.
9. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. — М.: Вердана, 2001. — 244 с.
10. Нечипоренко Н.А. Непосредственные и отдалённые результаты цистэктомии при местнораспространённых формах рака мочевого пузыря // Вопр. онкол. — 1985. — №2. — С. 58-63.
11. Переверзев А.С., Петров С.Б. Опухоли мочевого пузыря. — Харьков: Факт, 2002. — 303 с.
12. Поляничко М.Ф. Очерки оперативной и клинической онкоурологии. 2-е расширенное издание. — Ростов-на-Дону: СКНЦ ВШ, 2000. — 204 с.
13. Поляничко М.Ф., Задерин В.П. Организация диагностики и лечения больных с опухолями мочевого пузыря в Ростовской области // Урол. и нефрол. — 1997. — №6. — С. 38-40.
14. Русаков И.Г., Головащенко М.П. Химиотерапия мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря // Онкоурология. — 2011. — №3. — С. 90-94.
15. Фигурин К.М. Химиотерапия рака мочевого пузыря // Клини. онкол. — 1999. — Т. 1. — С. 24-28.
16. Advanced Bladder Cancer (ABC) Metaanalysis collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data // Eur. Urol. — 2005. — Vol. 48, N 2. — P. 202-205.
17. Barnes R.W., Bergman R.T., Hadley H.L., Love D. Control of bladder tumors by endoscopic surgery // J. Urol. — 1967. — Vol. 97. — P. 864.
18. Bloom H.J.G., Hendry W.F., Wallase D.M., Skeet R.G. Treatment of T3 bladder cancer: controlled trial of preoperative radiotherapy and radical cystectomy versus radical radiotherapy // Brit. J. Urol. — 1982. — Vol. 54, N 2. — P. 136-151.
19. Burger M., Stief S., Zaak D. et al. Does photodynamic TURB improve outcome of initial T1 high grade bladder cancer?

- Long-term follow-up of randomised study // Eur. Urol. Suppl. — 2008. — Vol. 7, N 3. — P. 299.
20. Chang S.S., Alberts G., Cookson M.S.Jr., Smith J.A. Radical cystectomy is safe in elderly patients at high risk // J. Urol. — 2001. — Vol. 166. — P. 938-941.
21. Coffinet D.R., Schneider M.L., Glatstein E.J. et al. Bladder cancer: results of radiation therapy in 384 patients // Radiology. — 1975. — Vol. 117, N 1. — P. 149-153.
22. Cohen S.M., Goel A., Phillips J. et al. The role of perioperative chemotherapy in the treatment of urothelial cancer // Oncologist. — 2006. — Vol. 11, N 6. — P. 630-640.
23. Colvett K.T., Althausen A.F., Bassil B. et al. Opportunities with combined modality therapy for selective organ preservation in muscle-invasive bladder cancer // J. Surg. Oncol. — 1996. — Vol. 63, N 3. — P. 201-208.
24. Davidson S.E., Symonds R.P., Snee M.P. et al. Assessment of factors influencing the outcome of radiotherapy for bladder cancer // Brit. J. Urol. — 1990. — Vol. 66. — P. 288-293.
25. Dunst J., Sauer R., Schrott K.M. et al. An organ sparing treatment of advanced bladder cancer: a 10-year experience // Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. — 1994. — Vol. 30. — P. 261-266.
26. Given R.W., Wajzman Z. Bladder sparing treatments for muscle-invasive transitional cell carcinoma of the bladder // AUA Update Series. — 1997. — Vol. 16. — P. 41-48.
27. Gospodarowicz M.K., Rider W.D., Keen C.W. et al. Bladder cancer: long term follow-up results of patients treated with radical radiation // Clin. Oncol. — 1991. — Vol. 3. — P. 155-161.
28. Harker W., Meyers F.J., Freiha F.S. et al. Cisplatin, methotrexate, and vinblastine (CMV): an effective chemotherapy regimen for metastatic transitional cell carcinoma of the urinary tract: a Northern California Oncology Group study // J. Clin. Oncol. — 1985. — Vol. 3, N 11. — P. 1463-1470.
29. Henry K., Miller J., Mori M. et al. Comparison of transurethral resection to radical therapies for stage bladder tumors // J. Urol. — 1988. — Vol. 140. — P. 964.
30. Herr H.W. Conservative management of muscle-infiltrating bladder cancer: prospective experience // J. Urol. — 1987. — Vol. 138. — P. 1162.
31. Hope-Stone H.F., Oliver R.T.D., England H.R., Blandy J.P. T3 bladder cancer: salvage rather than elective cystectomy after radiotherapy // Urology. — 1984. — Vol. 24, N 4. — P. 315-320.
32. Housset M., Maulard C., Chretien Y. et al. Combined radiation and chemotherapy for invasive transitional cell carcinoma of the bladder: a prospective study // J. Clin. Oncol. — 1993. — Vol. 11. — P. 2150-2157.
33. Housset M., Dufour B., Maulard-Durdux C. et al. Concomitant 5-fluorouracil cisplatin and bifractionated split course radiation therapy for invasive bladder cancer // Proc. Amer. Soc. Clin. Oncol. — 1997. — Vol. 16. — P. 319.
34. International Union Against Cancer (UICC). TNM Classification of Malignant Tumours, 7th ed. / Eds. Sobin L.H., Gospodarowicz M.K., Wittekind Ch. — New York: Wiley-Blackwell, 2009. — 256 p.
35. Loehrer P.J.Sr., Einhorn L.H., Elson P.J. et al. A randomized comparison of cisplatin alone or in combination with methotrexate, vinblastine, and doxorubicin in patients with metastatic urothelial carcinoma: a cooperative group study // J. Clin. Oncol. — 1992. — Vol. 10. — P. 1066-1073.
36. Lynch T.H., Waymont B., Dunn J.A. et al. Urologists attitudes to the management of bladder cancer // Br. J. Urol. — 1992. — Vol. 70. — P. 522-525.
37. Montie J. Against bladder sparing surgery // J. Urology. — Vol. 162. — P. 452-457.
38. Moore M.J., Osullivan B., Tannock I.F. How expect physicians would wish to be treated if they had genitourinary cancer // J. Clin. Oncol. — 1988. — Vol. 6. — P. 1736-1745.

39. Pollack A., Zagars G.K., Swanson D.A. Muscle-invasive bladder cancer treated with external beam radiotherapy: prognostic factors // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1994. — Vol. 30. — P. 267-277.
40. Riedl C.R., Danilichenko D., Koenig F. et al. Fluorence endoscopy with 5-aminolevulinic acid reduces early recurrence rate in superficial bladder cancer // *J. Urology.* — 2001. — Vol. 165. — P. 1121-1123.
41. Rödel C., Grabenbauer G.G., Kühn R. et al. Organ preservation in patients with invasive bladder cancer: initial results of an intensified protocol of transurethral surgery and radiation therapy plus concurrent cisplatin and 5-Fluorouracil // *Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys.* — 2002. — Vol. 52, N 5. — P. 1303-1309.
42. Roosen J.U., Geertsen U., Jahn H. et al. Invasive, high grade transitional cell carcinoma of the bladder treated with transurethral resection. A survival analysis focusing on TUR as monotherapy // *Scand. J. Urol. Nephrol.* — 1997. — Vol. 31. — P. 39-42.
43. Sauer R., Birkenhake S., Kuhn R. et al. Efficacy of radiochemotherapy with platin derivatives compared to radiotherapy alone in organ sparing treatment of bladder cancer // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1998. — Vol. 40. — P. 121-127.
44. Shipley W.U., Kaufman D.S., Heney N.M. et al. An update of combined modality therapy for patients with muscle invading bladder cancer using selective bladder preservation or cystectomy // *J. Urol.* — 1999. — Vol. 162. — P. 445-451.
45. Shipley W.U., Van der Schueren E., Kitigawa T. et al. Guidelines for radiation therapy in clinical research on bladder cancer. In: *Developments of bladder cancer.* — New York: Alan R. Liss, 1986. — P. 109-121.
46. Shipley W.U., Winter K.A., Kaufman D.S. et al. Phase III trial of neoadjuvant chemotherapy in patients with invasive bladder cancer treated with selective bladder preservation by combined radiation therapy and chemotherapy: initial results of Radiation Therapy Oncology Group 89-03 // *J. Clin. Oncol.* — 1998. — Vol. 16. — P. 3576-3583.
47. Solsona E., Iborra I., Ricos J.V. et al. Feasibility of transurethral resection for muscle infiltrating carcinoma of the bladder: long-term followup of prospective study // *J. Urol.* — 1998. — Vol. 159, N 1. — P. 95.
48. Stackl W., Baierlein M., Albrecht W. Bladder preservation in muscle-invasive bladder cancer // *Br. J. Urol.* — 1998. — Vol. 82. — P. 357-360.
49. Sternberg C.N., Yagoda A., Scher H.I. et al. Methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin for advanced transitional cell carcinoma of the urothelial. Efficacy and patterns of response and relapse // *Cancer.* — 1989. — Vol. 64. — P. 2448-2458.
50. Sweeny P., Kursh E.D., Resnick M.I. Partial cystectomy // *Urol. Clin. North Am.* — 1992. — Vol. 19. — P. 10701-10711.
51. Tester W., Caplan R., Heaney J. et al. Neoadjuvant combined modality program with selective organ preservation for invasive bladder cancer: results of radiation therapy oncology group phase II trial 8802 // *J. Clin. Oncol.* — 1996. — Vol. 14. — P. 119-126.
52. Vale J.A., A'Hern R.P., Liu K. et al. Predicting the outcome of radical radiotherapy for invasive bladder cancer // *Europ. Urol.* — 1993. — Vol. 24. — P. 48-51.
53. Von der Maase H. Current and future perspectives in advanced bladder cancer: is there a new standard? // *Semin. Oncol.* — 2002. — Vol. 29, N 1, suppl. 3. — P. 3-14.
54. Waehre H., Ous S., Klevmark B. et al. A bladder cancer multi-institutional experience with total cystectomy for muscle-invasive bladder cancer // *Cancer.* — 1993. — Vol. 72. — P. 3044-3051.
55. Yu W.S., Sagerman R.H., Chung C.T. et al. Bladder carcinoma. Experience with radical and preoperative radiotherapy in 421 patients // *Cancer.* — 1985. — Vol. 56. — P. 1293-1299.

УДК 616.136.4005.4036.12-07: 616-073.756.8-073.75-073.755.4

002

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Игорь Викторович Бархатов*

Областная клиническая больница №3, г. Челябинск

Реферат

Приведены современные данные о распространённости синдрома хронической абдоминальной ишемии с поражением непарных висцеральных ветвей абдоминального отдела аорты в стадиях бессимптомного течения, субкомпенсации и декомпенсации. Проанализирована частота развития острого тромбоза мезентериальных артерий на фоне их стено-окклюзионного поражения. Приведены данные по летальности, которые при таком осложнении определяют необходимость ранней диагностики и своевременного применения адекватных методов коррекции хронической абдоминальной ишемии. Отражены современные проблемы клинической, инструментальной и лучевой диагностики синдрома хронической абдоминальной ишемии, обусловленные неспецифичностью и многообразием клинической картины, отсутствием целенаправленного диагностического поиска данной патологии в широкой клинической практике. Также определены наиболее рациональные методы и подходы к современной комплексной диагностике синдрома хронической абдоминальной ишемии и его лечению. Сохраняется актуальность изучения различных вариантов синдрома абдоминальной ишемии, поиска новых подходов и информативных методов диагностики данной патологии, разработки современных алгоритмов и программ диагностики и лечения этой категории больных на всех этапах амбулаторной и стационарной помощи.

Ключевые слова: хроническая абдоминальная ишемия, ранняя диагностика стенозов, стеноз непарных висцеральных ветвей брюшной аорты, острый мезентериальный тромбоз.

CHRONIC MESENTERIC ISCHEMIA: CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSTIC CHALLENGES I.V. Barkhatov. *Regional Clinical Hospital №3, Chelyabinsk, Russia.* Up-to-date data on the prevalence of chronic mesenteric ischemia syndrome with unpaired visceral branches of the abdominal aorta involvement in asymptomatic, subcompensation and decompensation stages are presented. The frequency of acute mesenteric thrombosis in the background of steno-occlusive