

Спасительная цистэктомия в лечении рака мочевого пузыря с урологическими осложнениями

А.Н. Абизгильдин¹, А.Д. Фазлетдинов², В.З. Галимзянов²

¹Клиническая больница № 1, Стерлитамак; ²кафедра урологии Башкирского государственного медицинского университета, Уфа

SPARING CYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF BLADDER CANCER WITH UROLOGICAL COMPLICATIONS

A.N. Abizgildin¹, A.D. Fazletdinov², V.Z. Galimzyanov²

¹Clinical Hospital № 1, Sterlitamak; ²Department of Urology of Bashkir State Medical University of Russian Public Health, Ufa

Bladder cancer (BC) accounts for 5 to 10% of all cancers and ranks fourth in the prevalence of male cancers. In Russia, its morbidity increases with age and amounts to 8.1–9.6 per 100,000 with the annual increase being 3.34%.

Objective: to assess the results of sparing cystectomy (CE) for BC in the presence of urological complications.

Subjects and methods. From February 1999 to December 2007, the study consequently included 196 patients receiving surgical treatment for the aggressive form of BC, of whom 101 patients received surgical treatment for CE with intestinal plastic repair. There were 33 (84.6%) males and 6 (15.4%) females. The patients' mean age was 69.4 (range 35–81) years; the duration of the disease averaged 1.4 years (range 6 months to 5 years). The proportion of the males who has undergone sparing CE was 48.5% of the total number of patients. There were no women who had been operated on.

Results. Examination of 101 patients with invasive CE revealed that 69 patients had the following types of complications: intractable bleeding, hydronephrosis, acute pyelonephritis, chronic renal failure, progressive cancer intoxication, and acute urinary retention. These patients were determined as having undergone sparing CE. Group 2 comprised 127 patients who had received organ-preserving therapy.

Conclusion. Physical examination, instrumental, and X-ray studies established a correlation of the tumor aggression with the severity of urological complications; sparing CE for urological involvement in patients with invasive UBC has an advantage over organ-preserving treatment (33.3% versus 4.7%) in providing 5-year survival. However, the early postoperative mortality from occurring complications was higher in Group 1 than that in Group 2 without radical treatment.

Key words: invasive urinary bladder cancer, sparing cystectomy, urological complications, survival

Введение

Рак мочевого пузыря (РМП) составляет от 5 до 10% доли всех онкологических заболеваний и занимает 4-е по распространенности место среди злокачественных заболеваний у мужчин (после поражения предстательной железы, легких, желудочно-кишечного тракта) [1]. В России уровень заболеваемости увеличивается с возрастом и составляет 8,1–9,6 на 100 000 человек с ежегодным приростом 3,34% [2]. Среди факторов риска развития заболевания 1-е место принадлежит курению (>50%) [3].

В зависимости от инвазии в мышечный слой разделяют неинвазивный (Ta Tis T1) и инвазивный (T2–T4) РМП, что имеет наибольшее значение в выборе метода лечения, а также в прогностической оценке эффективности [4]. По данным авторов, до 30–50% впервые диагностированных опухолей мочевого пузыря — это инвазивный рак [5–7]. Наличие инвазии опухоли в мышечный слой сопровождается в 40–85% случаев появлением регионарных метастазов и прорастанием опухоли в окружающую клетчатку [4]. Статистические исследования показывают, что 25–33% диагностированных пациентов не проживают и 1 года [8].

Радикальное лечение является наилучшим выбором для пациентов с агрессивным РМП. Однако мышечная инвазия неразрывно связана с метастазами, что расширяет показания к проведению органосохраняющего лечения, направленного на терапевтическое воздействие и замедление прогрессирования патологического процесса.

Определены абсолютные показания к выполнению радикальной цистэктомии (ЦЭ) — риск прогрессирования заболевания и угроза декомпенсации состояния больного [9–11].

Цель исследования — оценить результаты проведения спасительной ЦЭ у больных инвазивным РМП.

Материалы и методы

С февраля 1999 г. по декабрь 2007 г. в исследование были последовательно включены 196 пациентов, получивших хирургическое лечение по поводу агрессивной формы РМП, из которых 101 больному выполнена ЦЭ с кишечной пластикой. По половому признаку больные разделялись на 33 (84,6%) мужчины и 6 (15,4%) женщин. Средний возраст пациентов — 69,4 (35–81) года, анамнез заболевания — в среднем 1,4 года (6 мес — 5 лет).

Таблица 1. Характеристика больных РМП

Характеристика	ЦЭ с кишечной пластикой	1-я группа спасительная ЦЭ	2-я группа
Возраст, годы	63,6	64,1	68,4
Пол			
муж.	32	69	96
жен.	0	0	31
Стадия заболевания:			
T2b	27	17	24
T3a	4	29	37
T3b	1	23	42
T4	—	—	34
Всего...	32	69	127

Доля мужчин, подвергнутых спасительной ЦЭ, составила 48,5% от общего числа больных. Среди женщин радикально оперированных не было.

Результаты

При обследовании 101 пациента с инвазивным РМП у 69 больных имелись следующие виды осложнений: некупирующееся кровотечение — 56,4% пациентов, диагностированный гидронефроз — 26,5%, острый пиелонефрит — 6%, хроническая почечная недостаточность (ХПН) — 19,5%, нарастающая раковая интоксикация — 31,7%, острая задержка мочеиспускания — 39,3%. Данные больные определены как подвергнутые спасительной ЦЭ.

Во 2-ю группу вошли 127 пациентов, которым была проведена органосохраняющая терапия. 23 больных перенесли секторальную резекцию, 73 — однократно выполнена трансуретральная резекция (ТУР), 13 — выведены уретерокута-неостомы, 42 — наложен надлобковый моче-пузырный дренаж, у 85 пациентов наблюдалась компенсированная анемия средней тяжести, у 19 — признаки ХПН, у 32 — чаще односторонний гидронефроз II—III степени, у 8 мужчин в патологический процесс вовлечена шейка мочевого пузыря и предстательная железа, 75 пациентов поступили экстренно с клинической картиной острой задержки мочеиспускания на фоне тампонады мочевого пузыря (табл. 1).

Пациентам с отягощенным неврологическим анамнезом, болезнями сердца, инфарктом миокарда и дыхательными расстройствами было назначено не-радикальное лечение, в то время как больные сахарным диабетом,

гипертонической болезнью и с почечной недостаточностью I—II степени были одинаково распределены между двумя группами.

Морфологический диагноз подтверждался трансуретральной биопсией опухоли и цитологическим исследованием мочи. Стадию заболевания определяли с помощью ультразвукографии, экскреторной урографии, компьютерной томографии органов брюшной полости и таза, рентгенографии легких, лабораторных анализов. Клиническая стадия патологического процесса в 31,3% случаев усиливалась после гистологического исследования макропрепарата и регионарных лимфатических узлов. Внутривенная урография выполнена 190 из 196 пациентов, что составило 97,2%. Гидронефроз выявлен в 26,5% исследований.

Трехмесячная и 5-летняя смертность после выполнения спасительной ЦЭ была 18,7 и 75%. У всех пациентов изучены характер и тяжесть осложнений (табл. 2).

Таблица 2. Причины смертности после спасительной ЦЭ

Показатель	Спасительная ЦЭ
Число пациентов	69
Смертность, %	
3-месячная	18,8
5-летняя	68,1
Причины смерти:	
кишечный свищ	12 (17,4)
эвентрация кишечника	12 (17,4)
острая кишечная непроходимость	7 (10,1)
дыхательные осложнения	—
сердечные осложнения	7 (10,1)
уросепсис	12 (17,4)
уретерокишечный свищ	7 (10,1)
почечная недостаточность	7 (10,1)
множественные раковые опухоли	23 (33,3)

Примечание. В скобках — процент больных.

Таблица 3. Состояние больных за 5-летний период наблюдения

Состояние пациентов	1-я группа				2-я группа	
	ЦЭ с кишечной пластикой абс.	%	спасительная ЦЭ абс.	%	абс.	%
Живы	12	37,5	23	33,3	6	4,7
Умерли от РМП	0	0	0	0	21	91,3
Умерли в раннем послеоперационном периоде	5	15,6	13	18,8	0	0
Умерли по другим причинам	20	62,5	47	68,1	1	4,3

Развитие абдоминальных осложнений являлось главной причиной ранней смертности после проведения спасительной ЦЭ. Формирование кишечного свища имело место в 17,4% случаев. Трехмесячная и 5-летняя смертность, связанная с лечением, для спасительной ЦЭ и органосохраняющей тактики — 18,8 и 68,1%, 8,6 и 95,3% соответственно. Большинство осложнений в позднем периоде было обусловлено вялотекущим пиелонефритом и кишечной непроходимостью.

В тех случаях, когда мочевого пузыря был сохранен, больным каждые 3 мес проводилось динамическое обследование и назначались поддерживающие курсы химиоиммунотерапии, симптоматическое лечение. В период первого года наблюдения 2 пациентам проведена частичная ЦЭ, 5 — выполнена двусторонняя уретерокутанеостомия, 4 — наложен надлобковый дренаж.

В период первого года наблюдения в 1-й группе 13 больных умерли от прогрессирования заболевания, 1 — от острой коронарной недостаточности.

Во 2-й группе от прогрессирования заболевания умерли 12 пациентов.

Данные о состоянии больных за 5-летний период наблюдения представлены в табл. 3.

По результатам проведения спасительной ЦЭ при урологических осложнениях у больных с инвазивным РМП можно сделать следующее заключение.

Выводы

1. На основании общеклинических, инструментальных и рентгенологических исследований не установлена зависимость степени агрессии опухолевого процесса от тяжести урологических осложнений.

2. Выполнение спасительной ЦЭ при урологических осложнениях у больных с инвазивным РМП обеспечивает преимущество 5-летней выживаемости перед органосохраняющим лечением — 33,3% к 4,7% соответственно. Однако в раннем послеоперационном периоде смертность от возникающих осложнений в 1-й группе выше, чем во 2-й, — группе без радикального лечения.

Литература

1. Dinney C.P.N. Upper urinary tract tumors with nontransitional histology: a single-center experience. *J Urol* 2006;67(3A):56—62.
2. Старцев В.А., Мовчан К.Н., Горелов С.И. Нерешенные проблемы оказания медицинской помощи мужчинам пожилого возраста при раке мочевого пузыря. В сб.: Мужское здоровье: материалы 2-й Всероссийской конференции 19—21 октября. М., 2005. с. 122.
3. Boring C.C., Squires B.A., Tong T. Cancer statistics, 1993. *Cancer J Clin* 1993;43:7—26.
4. Catto J.W.F., Rosario D.J. The road to cystectomy: who, when and why? *J Urol* 2005;3(3):118—29.
5. Карякин О.Б., Мардынский Ю.С., Гришин Г.Н. Комбинированное лечение местнораспространенного рака мочевого пузыря. *Урол и нефрол* 1996;(1):17—9.
6. Chahal R., Sundaram S.K., Fotman D.F. et al. A study of the morbidity, mortality and long-term survival following radical cystectomy and radical radiotherapy in the treatment of invasive bladder cancer in Yorkshire. *Eur Urol* 2003;43(3):246—57.
7. Shipley W.U., Kaufman S.D., Prout G.R. Bladder-sparing treatment of invasive bladder cancer: urinary tract recurrences. *Semin Oncol* 1998;15(4):390—8.
8. www.cancerresearchuk.org/about-cancer/statistics
9. Манагадзе Л.Г., Чигогидзе Т.Г., Родионов И.А., Гондзе Д.Т. Методы надпузырного отведения мочи и цистопластики. *Урол и нефрол* 1994;(3):45—9.
10. Морозов А.В., Антонов М.И., Павленко К.А. Замещение мочевого пузыря сегментом кишечника (ортотопическая реконструкция мочевого пузыря). *Урол и нефрол* 2000;(3):17—22.
11. Хаутманн Р.Э., Де Петрикони Р., Готтфрид Х.-В. и др. Мочевой пузырь из подвздошной кишки: осложнения и функциональные результаты у 363 пациентов за 11 лет наблюдения. *Междун мед журн* 2000;(2): 48—69.