

Современные методы лечения рака мочевого пузыря.

Методы лечения опухолей мочевого пузыря делят на оперативные и консервативные.

К оперативным относят эндовезикальные инструментальные и трансвезикальные хирургические вмешательства. Оперативное лечение имеет несколько вариантов.

Эндовезикальная электрокоагуляция является методом лечения неинфильтрирующих опухолей (типичные папилломы) мочевого пузыря. Она не требует вскрытия пузыря, хорошо переносится больными, легко и быстро разрушает небольшие папилломы. Однако после электрокоагуляции нередко наблюдаются рецидивы опухоли и обсеменение слизистой оболочки мочевого пузыря, поэтому данный метод лечения рекомендуется применять только у пожилых или ослабленных больных. **Эндовезикальная лазерная коагуляция** мочевого пузыря дает лучшие результаты. В остальных случаях даже при типичных папилломах вместо электро- коагуляции в настоящее время используют трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря.

Трансуретральную электрорезекцию производят с помощью специального эндоскопического инструмента — резектоскопа — при помощи подвижного петлевидного электрода, на который подается переменный ток высокой частоты. Движениями петли срезают основание опухоли мочевого пузыря вместе с подлежащими слоями его стенки в пределах здоровых тканей, коагулируют кровоточащие сосуды.

Трансуретральную электрорезекцию применяют в основном при небольших опухолях, расположенных в области мочепузырного треугольника, шейки или на боковых стенках вблизи шейки мочевого пузыря. Он, несомненно, более радикален и абластичен, чем электрокоагуляция опухоли, и должен применяться в тех случаях, когда нет уверенности в отсутствии инфильтрирующего роста опухоли мочевого пузыря, но более обширное оперативное вмешательство слишком рискованно из-за тяжелого состояния больного.

Трансвезикальная электрорезекция заключается в высоком сечении мочевого пузыря и электрорезекции опухоли током высокой частоты. Данный метод применяют по тем же показаниям, что и трансуретральную электрорезекцию, но в тех случаях, когда цистоскопия невыполнима (стриктура мочеиспускательного канала, уменьшение вместимости мочевого пузыря, гематурия и т.п.).

Резекция мочевого пузыря (иссечение части органа) нашла широкое распространение в урологической практике. При всем многообразии способов борьбы с опухолями мочевого пузыря существует один основной принцип. Он может быть сформулирован следующим образом: необходимо стремиться к полному удалению или разрушению опухоли, сохранив при этом нормальную структуру и функцию мочевого пузыря. Достоинство метода — сохранение органа и нормального мочеиспускания.

Трансвезикальную резекцию в пределах слизистой оболочки с подслизистым слоем применяют при ограниченных неинфильтрирующих поверхностных опухолях мочевого пузыря в тех случаях, когда из-за кровоточивости опухоли, значительных ее размеров или локализации затруднена трансуретральная электрорезекция.

При инвазии опухоли в стенку пузыря производят резекцию всех ее слоев вместе с опухолью. Опухоли, расположенные на передней или переднебоковой стенке, не захватывающие и не инфильтрирующие ни устьев мочеточников, ни шейки мочевого пузыря, наиболее доступны для резекции.

При вовлечении в опухолевый инфильтрат мочеточникового устья или расположении его вблизи опухоли наряду с резекцией мочевого пузыря производят **уретроцистоанастомоз**. Для этого выделяют тазовую часть мочеточника и пересекают его, отступя 3 см от места впадения в пузырь. Затем пересаживают мочеточник в оставшуюся часть мочевого пузыря.

Если резекция мочевого пузыря не может быть выполнена из-за больших размеров опухоли, тотального поражения мочевого пузыря, поражения его шейки, производят цистэктомия. Эта операция сама по себе является травматичным вмешательством, кроме того, ее обычно производят при далеко зашедшем раке мочевого пузыря, когда в той или иной степени инфильтрирована клетчатка таза. Цистэктомия возможна только при условии отведения мочи из почек (путем пересадки мочеточников в кишечник, кожу или другими способами). Послеоперационная летальность колеблется от 5 до 15%.

В ряде случаев проводят паллиативные операции. При полной задержке мочеиспускания на почве раковой инфильтрации шейки мочевого пузыря или вследствие тампонады пузыря сгустками крови бывает необходима экстренная эпицистостомия. При стойком нарушении оттока мочи из верхних мочевых путей вследствие сдавления опухолью мочеточников и присоединения гнойного пиелонефрита, уросепсиса, высокой азотемии показана пиело- или нефростомия либо уретерокутанеостомия. Для

остановки кровотечения из распадающейся опухоли пузыря, не поддающегося консервативным мероприятиям, производят перевязку одной или обеих подчревных артерий.

Консервативное лечение состоит из лучевой и лекарственной терапии.

Лучевую терапию как самостоятельный метод лечения при опухолях мочевого пузыря применяют редко, главным образом при иноперабельных опухолях с паллиативной целью. Чаще ее проводят в комбинации с оперативным лечением. Предоперационное облучение способствует уменьшению перифокальных воспалительных изменений и самой опухоли и тем самым облегчает оперативное вмешательство, а в ряде случаев делает иноперабельную опухоль операбельной. Послеоперационная лучевая терапия показана при недостаточно радикально выполненном вмешательстве и для профилактики рецидивов опухоли. Из способов облучения наиболее эффективна при опухолях мочевого пузыря телегаммате-рапия. В последние годы использование в клинической практике источников высоких энергий (бетатроны, линейные ускорители) открывает новые возможности в лучевом лечении больных раком мочевого пузыря.

Лекарственное лечение (химиотерапия) как самостоятельный лечебный метод малоэффективно при опухолях мочевого пузыря, однако в комплексе с оперативным и лучевым лечением может улучшить исход заболевания. Наиболее благоприятные результаты получены при лечении комбинацией противоопухолевых химиопрепаратов (метотрексат, винбластин, адриабластин, цисплатина), а также внутрипузырными инсталляциями.

Прогноз. После своевременно предпринятого комплексного лечения прогноз наиболее благоприятен. Важным условием благоприятного исхода после органосохраняющих операций является систематическое диспансерное наблюдение за больными, лечившимися по поводу опухолей мочевого пузыря. Поскольку эти опухоли весьма склонны к рецидивам, больным в течение всей жизни необходим регулярный цистоскопический контроль для выявления рецидивной опухоли мочевого пузыря и своевременной ее ликвидации. В течение 1-го года после операции контрольную цистоскопию проводят каждые 3 мес, в течение следующих 3 лет — 2 раза в год, а затем ежегодно.