

К+31

+7 (499) 999 31 31
8 800 777 31 31
АО «К+31»
Россия, 119415 Москва
ул. Лобачевского, 42, стр.4

Рак мочевого пузыря



Опухоли мочевого пузыря могут быть доброкачественными (папилломы) и злокачественными (папиллярный и инфильтрирующий рак). Папиллома – мягкая опухоль на тонкой ножке, состоящая из множества длинных ветвящихся ворсинок. Папилломы могут злокачественно переродиться и подлежат хирургическому удалению в ходе эндоскопических (выполняются без дополнительных разрезов) операций, несмотря на свою доброкачественную природу. Надо сказать, что доброкачественные новообразования в мочевом пузыре встречаются относительно редко – не более 10%. Злокачественное поражение мочевого пузыря – довольно часто встречающаяся онкоурологическая проблема. У мужчин это заболевание выявляется в 4 раза чаще, чем у женщин. Опухоли мочевого пузыря составляет 1,5–3% к общему числу злокачественных опухолей и 30–50% опухолей мочеполовых органов. Наиболее часто эта форма опухоли встречается в возрасте 40–60 лет. (Рис. 1. Схематическое строение мочевыводящих путей). По распространенности рак мочевого пузыря занимает 4-е место

среди всех злокачественных новообразований у мужчин и 9-е – у женщин. Мочевой пузырь, ввиду анатомических особенностей строения, расположения и функций, чаще всего подвержен поражениям различной степени. Данное утверждение обусловлено, прежде всего, накапливающей функцией мочевого пузыря и те продукты, которые находятся в растворенном состоянии в моче, способны действовать пролонгировано на стенку мочевого пузыря, чем например, на стенку мочеиспускательного канала.

Причины возникновения рака мочевого пузыря

Однозначно утверждать, что причины возникновения опухолей мочевого пузыря изучены досконально нельзя, но кое-что о истоках этого заболевания нам известно. Так, однозначно доказана связь риска развития рака мочевого пузыря с курением табака, а также с действием некоторых химических и биологических канцерогенов.

Курильщики сталкиваются с этим заболеванием до 6 раз чаще той категории больных, у которых этой пагубной привычки нет. Промышленные канцерогены, используемые в резиновом, лакокрасочном, бумажном и химическом производстве, часто являются причиной возникновения рака мочевого пузыря. Широко известно вредное влияние анилина. Так, у рабочих, занятых в анилиновом производстве, значительно чаще наблюдался рак мочевого пузыря, чем среди других групп населения, причем иногда опухоли возникали через 10 лет после прекращения контакта с анилином. Механизм воздействия канцерогенов на стенку мочевого пузыря очевиден – выделяясь с мочой, они контактируют со слизистой оболочкой. Именно поэтому стандартные меры профилактики злокачественных образований мочевого пузыря начинаются с соблюдения норм потребления жидкости (около 1,5–2 л в сутки) и своевременного опорожнения мочевого пузыря при позыве к мочеиспусканию. Кстати, рак мочевого пузыря – профессиональное заболевание водителей – и причина этого феномена в невозможности помочиться при возникновении позыва – не всегда на дороге можно быстро найти туалет.

Необходимо отметить, что употребление хлорированной воды увеличивает риск развития онкологического процесса в мочевом пузыре в два раза. К пищевые канцерогены можно отнести жареное мясо и жиры животного происхождения, и наоборот, продукты питания с высоким содержанием витамина А, калия, витамина С, бета-каротина, приготовленная пища с использованием растительного масла с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот обладают защитным действием.

Дистанционная лучевая терапия, перенесенная ранее больным по поводу другого заболевания (например: рак яичников или рак шейки матки), химиотерапия с использованием циклофосфида являются также предрасполагающими факторами к развитию новообразований мочевого пузыря.

Хронический цистит и паразитарная инфекция шистосомоз не исключают попадания пациента в группу риска. Длительное стояние уретрального катетера сегодня также выделяют как возможную причину развития рака мочевого пузыря у определенной группы урологических больных.

Симптомы рака мочевого пузыря

Первым проявлением рака мочевого пузыря чаще всего становится появление примеси крови в моче. Так бывает в 75% случаев. В большинстве случаев примесь крови не сопровождается никакими болевыми ощущениями, может быть длительной или кратковременной, интенсивной или едва заметной, но она всегда должна вызвать беспокойство и стать причиной немедленного обращения к врачу. Через некоторое время примесь крови может повторяться. Не всегда этот симптом однозначно свидетельствует о злокачественном поражении и может быть следствием инфекции и развития цистита, особенно если имеется сопутствующее примеси крови в моче учащенное болезненное мочеиспускание.

Если опухоль прорастает глубоко в стенку пузыря то возможно грозные осложнения – сдавление мочеточников с развитием почечной недостаточности, прорастание опухоли в кишечник или влагалище с развитием мочепузырно-кишечных или мочепузырно-влагалищных свищей, развитие острой или хронической анемии вследствие внутрипузырного кровотечения. На этом этапе больных начинают беспокоить боли в поясничной области. По статистике 75% всех впервые выявляемых опухолей носят поверхностный характер и не проникают глубоко в стенку мочевого пузыря.

При прогрессировании заболевания наблюдается присоединение других симптомов таких как: затрудненное болезненное мочеиспускание, к которому присоединяются болевые ощущения в нижних отделах живота, промежности, крестце и в паховых областях, императивные позывы к мочеиспусканию. Боли первоначально могут наблюдаться только при наполнении мочевого пузыря, а немного позднее становятся постоянными, изнуряющими. Степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря и интенсивность болевых ощущений имеют прямо-пропорциональную зависимость.

Диагностика

Перед рассмотрением методов диагностики необходимо отметить, что примесь крови в моче не может трактоваться как проявление рака мочевого пузыря, так как данный симптом нередко сопровождает и другие заболевания мочевыводящей системы. Тем не менее, появление данного симптома не должно остаться без должного внимания.

Установление диагноза рака мочевого пузыря с определением онкологической распространенности процесса и стадии заболевания предполагает проведение комплексного обследования, включающее в себя осмотр, пальпацию, проведение инструментальных и лабораторных исследований. При обращении к врачу обследование начинается с осмотра и пальпации, но растущие внутрь пузыря небольшие опухоли обычно не прощупываются. Пальпируемое образование свидетельствует о распространенном проникающем поражении пузыря.

К лабораторным методам исследования относится:

- Общий анализ мочи (обнаружение эритроцитов в осадке мочи)
- Бактериологический посев мочи (для исключения инфекции мочевыводящих путей)
- Онкомаркеры (определение в крови или моче пациента специальных антигенов или РНК)
- Биохимический анализ крови (определение уровня азотистых оснований)

К инструментальным методам исследования относится:

- УЗИ (ультразвуковое исследование). Наиболее доступный и информативный метод первичной диагностики опухоли мочевого пузыря. Проводится исключительно при наполненном мочевом пузыре. Ультразвуковое исследование «видит» большинство опухолей размером более 1 см и является скрининг-методом в обследовании урологических больных с подозрением на новообразование органов мочевыводящей системы.

- МРТ (магнитно-резонансная томография) и МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография) с контрастированием позволяют установить стадию заболевания и глубину поражения стенки мочевого пузыря, вовлечение регионарных лимфатических узлов
- Цистоскопия (осмотр мочевого пузыря с помощью эндоскопических инструментов, которые проводятся по мочеиспускательному каналу в просвет мочевого пузыря). Данный метод диагностики позволяет определить локализацию, размер, количество новообразований, а также характер их роста. При осмотре оценить их степень злокачественности и гистологическое строение невозможно, так как подавляющее большинство новообразований мочевого пузыря дают схожую эндоскопическую картину. Для установления окончательного диагноза показана биопсия с последующим гистологическим исследованием материала
- Радиологическое исследование и рентгенография грудной клетки используются при подтвержденном диагнозе рак мочевого пузыря для определения метастатического поражения костей скелета и легких.

Лечение рака мочевого пузыря

Лечение включает различные оперативные вмешательства, лучевую и лекарственную терапию. Выбор оптимальной тактики зависит от стадии заболевания. Принципиально разный подход к опухолям с признаками прорастания опухоли в мышечный слой мочевого пузыря и без таковых. В 75% случаев мышечный слой не поражен. Раньше такие опухоли называли «поверхностными». Сейчас говорят «мышечнонеинвазивные». (Рис. 1)

Это стадии заболевания Ta и T1. Прогноз лечения у таких пациентов более благоприятный. Стандарт лечения подобных опухолей при отсутствии метастазов – трансуретральная резекция (эндоскопическая операция, подразумевающая электрорезекцию зоны мочевого пузыря с опухолевым поражением) с последующим проведением иммуно- или химиотерапии. Необходимость последующей терапии диктует тот факт, что около 70–80% опухолей мочевого пузыря склонны к рецидивированию в течение последующих 5 лет после операции. Проведение специфического лечения, заключающегося в периодическом введении препаратов в мочевой пузырь по определенной схеме, позволяют снизить риск рецидивирования до 20–35%.

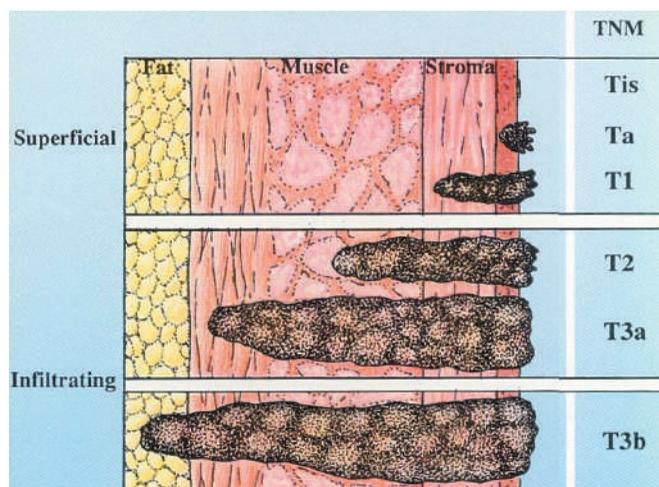


Рис. 1. Стадии рака мочевого пузыря в зависимости от глубины проникновения опухоли в стенку. Tis – поверхностное поражение слизистой оболочки. Ta – поражение слизистой оболочки. T1 – поражение слизистой оболочки и подслизистого слоя. T2 – поражены слизисты, подслизистый слой и половина мышечного слоя. T3a – опухоль прорастает всю стенку мочевого пузыря, но не распространяется за его пределы. T3b – распространение опухоли на всю толщу стенки мочевого пузыря и за его пределы – в окружающую мочевую пузырь жировую клетчатку.

Если диагноз злокачественного поражения не подтвердился или опухоль проникает в мышечный слой, то внутрипузырная терапия не назначается. В этом случае может обсуждаться выполнение курса лучевой терапии или более радикальное оперативное вмешательство, направленное на полное удаление пораженного опухолью органа с последующим созданием мочевого пузыря из сегмента тонкой или толстой кишки.

Резекция мочевого пузыря как метод лечения инвазивного рака мочевого пузыря сегодня практически исчерпал себя ввиду частого рецидивирования и метастазирования. В некоторых случаях, особенно за рубежом, применяется лучевая терапия в дозе 60–70 Гр, самостоятельно или как дополнение к оперативному лечению. Предоперационное проведение лучевой терапии способствует уменьшению самой опухоли и перифокальных воспалительных изменений, что значительно облегчает оперативное вмешательство, а иногда делает неоперабельную опухоль операбельной. Проведение послеоперационной лучевой терапии показано в случае недостаточно радикально выполненного вмешательства, а также для профилактики рецидивов.



Использование системной химиотерапии возможно в дополнении к лучевой терапии у пациентов с наличием метастатического поражения других органов и систем.

Радикальная цистэктомия — метод выбора в лечении глубоко инфильтрирующих опухолей. Она включает удаление мочевого пузыря и простаты у мужчин; удаление мочевого пузыря, уретры, передней стенки влагалища и матки у женщин. В случае распространенного поражения (уретра, матка, простата, мочеиспускательный канал) возможность применения эндоскопических операций практически исключена. Иногда последний этап операции (создание кишечного мочевого пузыря) откладывается на некоторое время (это позволяет минимизировать объем операции у ослабленных больных на запущенных стадиях рака), и тогда используется методика выведения мочеточников на кожу. При распространенном раке, вовлечении забрюшинных лимфатических узлов,

отдаленных метастазах основное значение имеет химиотерапия. Рецидивы опухоли могут возникать как после лучевого лечения, так и после хирургических вмешательств и подлежат паллиативному облучению или симптоматической терапии.

Прогноз зависит от стадии процесса и характера проведенного лечения. После радикальной операции 5-летняя выживаемость составляет около 50%. Наилучшие результаты наблюдают при комбинированном лечении (резекция мочевого пузыря с лучевой терапией). Пятилетняя выживаемость при стадиях T 1-2 составляет 50–80%, стадиях T3-4–20–30%. При поверхностном поражении мочевого пузыря на стадии T_a 10-летняя выживаемость достигает 87%. Раннее выявление и адекватное лечение рака мочевого пузыря – залог успеха лечения!

АО К+31 лицензия № ЛО-77-01-015979 от 25.04.2018 г. АО К+31 лицензия № ФС-99-01-009449 от 29.11.2017 г.
ООО МЦ Петровские Ворота лицензия № ЛО-77-01-005894 от 19.03.2013 г. ООО ЦМРМ Петровские Ворота лицензия № ЛО-77-01-019015 от 6 ноября 2019 г.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, НЕОБХОДИМА КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА