

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНЗДРАВ РФ
КАФЕДРА УРОЛОГИИ С КУРСОМ ИДПО

РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

этиология, диагностика, лечение.

ГАРИПОВ РЕНАТ РУСЛАНОВИЧ

СТАТИСТИКА

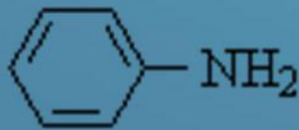
- *Рак мочевого пузыря (РМП) занимает девятое место среди всех злокачественных новообразований и значительно чаще встречается у мужчин, чем у женщин.*
- *В европейских странах в год выявляется около 380 000 тысяч случаев заболевания РМП, 20-25% пациентов умрут.*
- *В России на долю РМП в структуре онкологической заболеваемости приходится 4,5%, это 5,85 случаев на 100 000 населения. На I-II стадии выявлено 71,3% пациентов (10 лет назад-53,2%), на IV стадии 9,6%.*
- *В Республике Башкортостан на учете состоит 2168 больных, из них более 5 лет 56,5%. Впервые выявлено в 2014 году 298 больных, из них на IV стадий диагностировалось 14,5%. 82,5% больных пролечено хирургическим путем, 17,5%-комбинированным методом лечения.*

ЭТИОЛОГИЯ

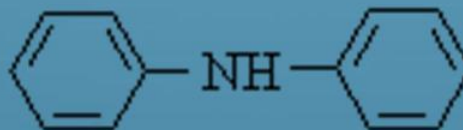
Химическая теория:

- Канцерогенные в-ва: метаболиты ароматических аминов (типа ортаминофенолы).
- Эндогенные метаболиты (скатол, индол, и т.п.)

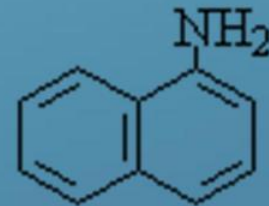
!!!Важным патогенетическим фактором является задержка мочи в мочевом пузыре



анилин



дифениламин



α-нафтиламин

ФАКТОРЫ РИСКА

- ✓ Пол
- ✓ Возраст
- ✓ Хроническое воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря (*Schistosoma haematobium*)
- ✓ Курение (2-нафтиламин, 4-аминодефенин)
- ✓ Профессиональные вредности (работники полиграфической, химической, резиновой, нефтяной и кожевенной промышленности)
Лекарства (фенацетин, циклофосфамиды)
- ✓ Лучевая терапия органов малого таза



КЛАССИФИКАЦИЯ ТМН

Tx - первичная опухоль не может быть оценена.

T0 - нет признаков первичной опухоли.

Ta - неинвазивная папиллярная карцинома.

Tis - CIS: «плоская опухоль».

T1 - опухоль прорастает субэпителиальную соединительную ткань.

T2 - опухолевая инвазия мышечного слоя.

T2a - опухоль прорастает поверхностный мышечный слой (внутреннюю половину).

T2b - опухоль прорастает глубокий мышечный слой (наружную половину).

T3 - опухоль распространяется на паравезикальную клетчатку.

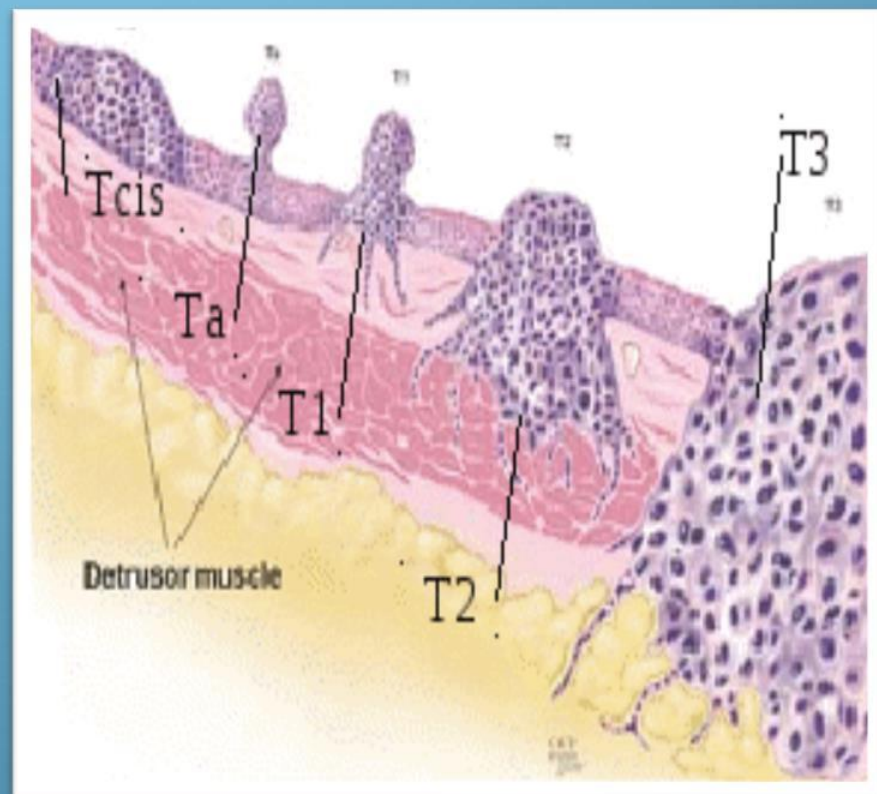
T3a - микроскопически.

T3b - макроскопически

T4 - опухоль распространяется на ПЖ, матку, влагалище, стенку таза, брюшную стенку.

T4a - опухоль распространяется на ПЖ, матку или влагалище.

T4b - опухоль распространяется на стенку таза или брюшную стенку.



КЛАССИФИКАЦИЯ ТМН

N x - регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены.

N 0 - нет метастазов в регионарных лимфатических узлах.

N 1 - метастаз в одном регионарном лимфатическом узле до 2 см или менее при наибольшем изменении.

N 2 - метастаз в одном регионарном лимфатическом узле более 2 см, но менее 5 см при наибольшем измерении, или множественные метастазы в лимфатических узлах, но не более 5 см в наибольшем измерении.

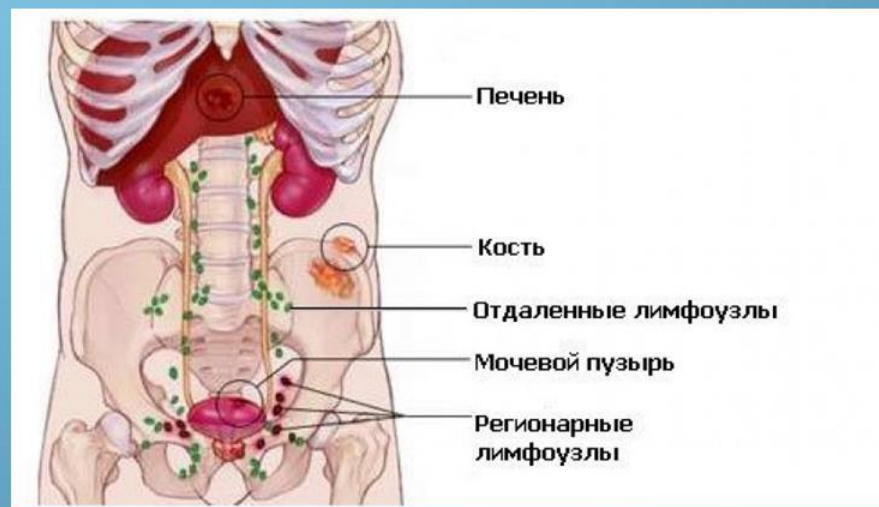
N 3 - метастаз в регионарном лимфатическом узле более 5 см в наибольшем измерении.

M - отдаленные метастазы.

M x - отдаленные метастазы не могут быть оценены.

M 0 - нет отдаленных метастазов.

M 1 - отдаленные метастазы



КЛАССИФИКАЦИЯ

Патоморфологическая классификация

- G 1 - высокодифференцированный уротелиальный рак;
- G 2 - умеренно дифференцированный уротелиальный рак;
- G 3 - низкодифференцированный уротелиальный рак.

КЛИНИКА

1) Гематурия

- Макрогематурия - безболевая тотальная макрогематурия, реже терминальная (при поражении шейки мочевого пузыря) - степень кровотечения не зависит от величины и стадии опухоли.
- Асимптоматическая микрогематурия

2) Дизурия – учащенное и болезненное мочеиспускание с наличием императивных позывов

3) Болевой синдром

- экстраорганное распространение опухолевого инфильтрата (над лоном)
- обструкция устьев мочеточников с нарушением пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям (в поясничной области)

4) При распространенных формах заболевания: анорексия, потеря массы тела, боли в костях, слабость.



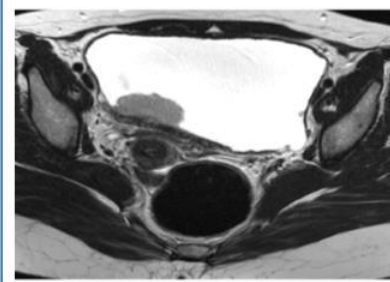
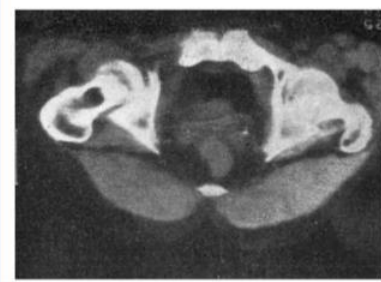
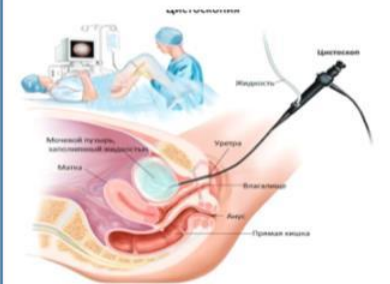
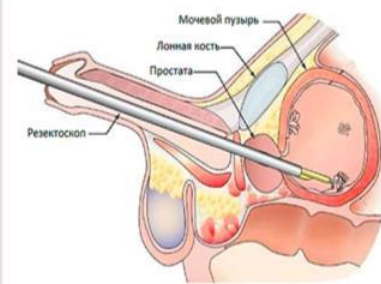
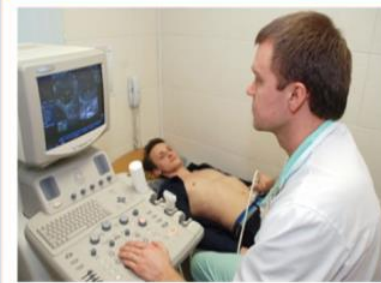
ДИАГНОСТИКА

Клинические методы:

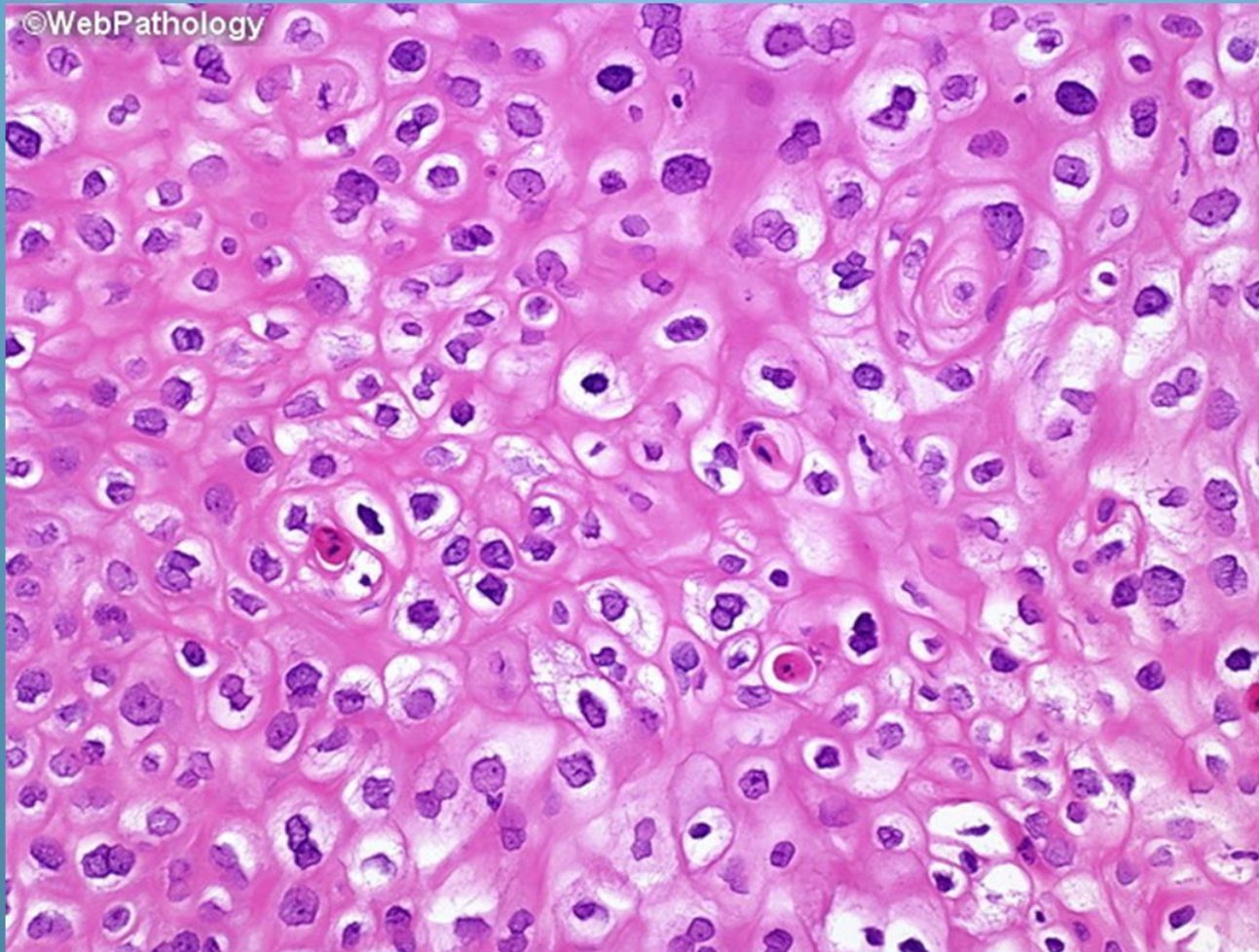
- ✓ Бимануальная пальпация мочевого пузыря
- ✓ Анализ мочи
- ✓ УЗИ
- ✓ Рентгенологические методы обследования
- ✓ Цистоскопия + биопсия
- ✓ КТ
- ✓ МРТ

Лабораторные методы:

- ✓ Цитологическое исследование осадка мочи
- ✓ Онкомаркеры ВТА-тест (bladder tumor antigen); NMP-22-тест (nuclear matrix protein)
- ✓ Проточная цитометрия



ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

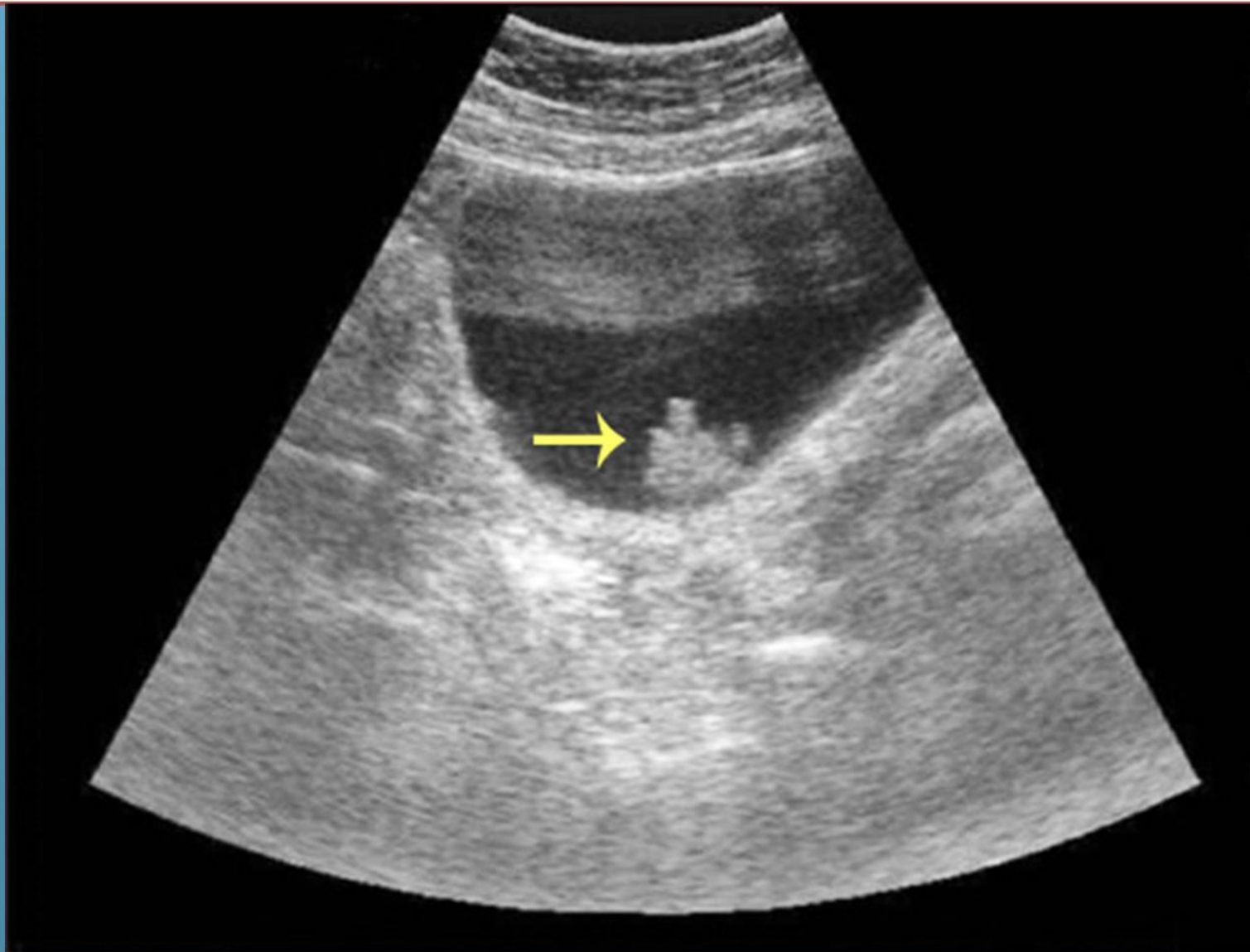


Низкодифференцированный РПМ

СОНОГРАММА



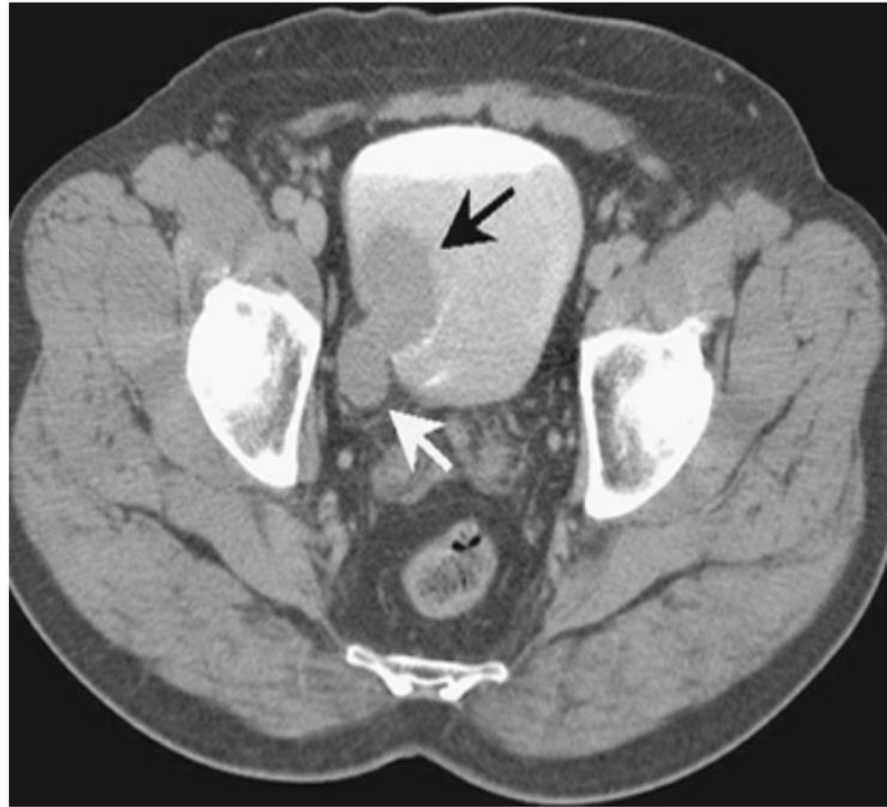
СОНОГРАММА



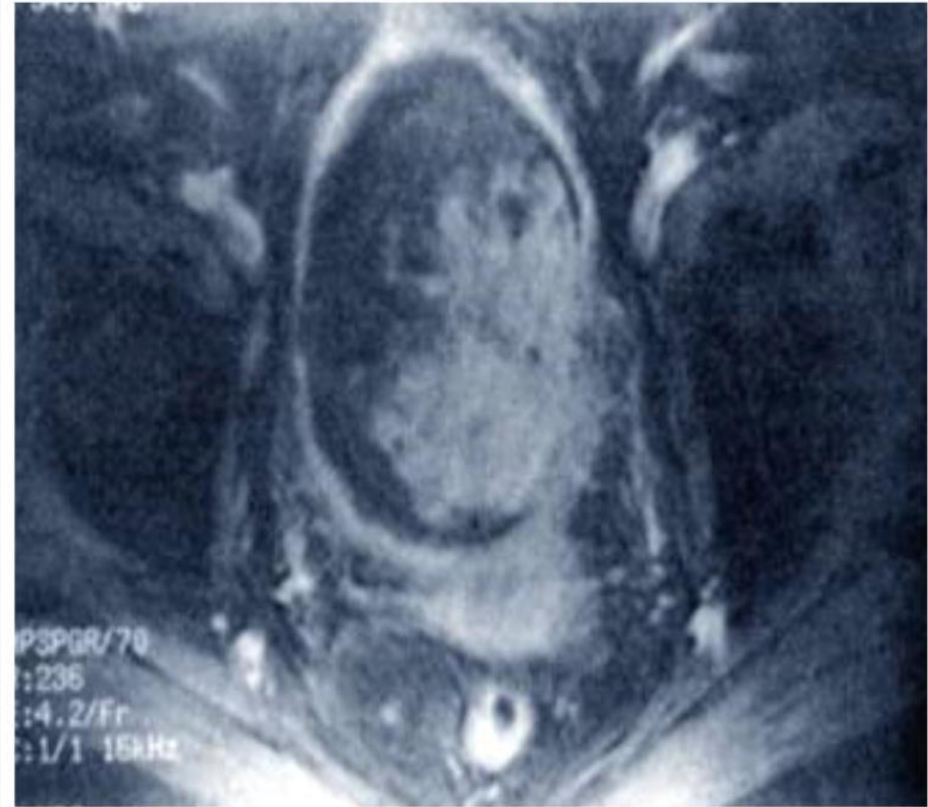
РЕНТГЕНКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ



КТ и МРТ



КТ



МРТ

ЦИСТОСКОПИЯ



ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ

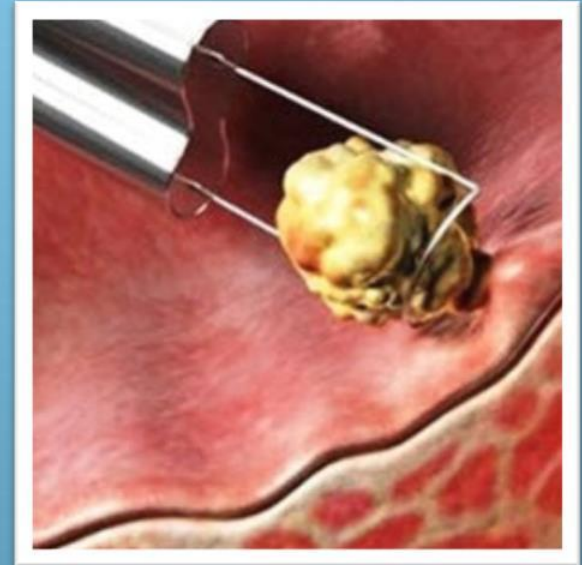
Маркер	Чувствительность, (%)	Специфичность, (%)	ППЦ*, (%)	ОПЦ*, (%)
Цитология	35–61	93–100	–	–
ВТА	28–100	40–96	33–80	52–94
NMP22	47–100	61–99	29–65	60–100
ВТА stat	57–83	33–95	20–56	70–95
ВТА ТРАК	62–78	51–98	62	73
Х антиген Льюиса	80–97	73–86	72–81	83–98
Теломераза	62–80	60–99	84	89
FDP*	33–83	66–91	79	78
Цитобератин 20	91	85	95	76
Квантиант	45–59	71–93	–	–
Гиалуроновая кислота	92	93	–	–
Гиалуронидаза	100	89	–	–
ВЛСА-4	96	100	–	–
Проточная цитометрия	45–72	80–87	–	–

* FDP – продукт деградации фибрина/фибриногена, ППЦ – положительная прогностическая ценность, ОПЦ – отрицательная прогностическая ценность.

ЛЕЧЕНИЕ

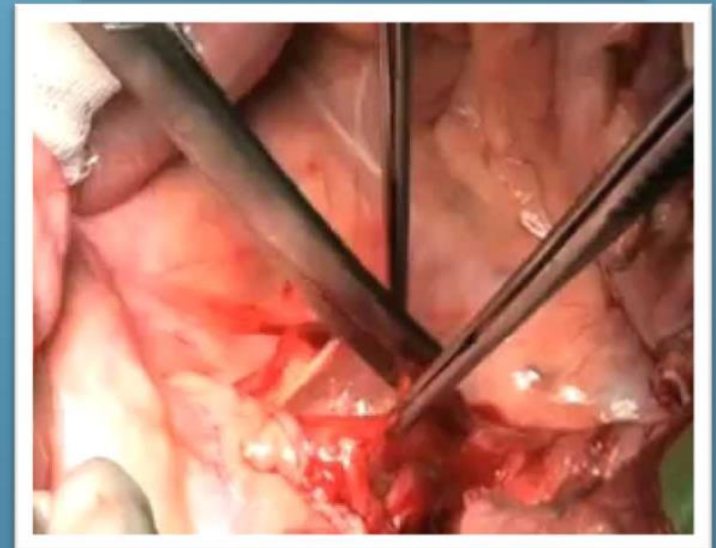
✓ Лечение поверхностного РМП (T_a, T_{is}, T₁)

Основным методом лечения больных поверхностным (неинвазивным) РМП является трансуретральная резекция (ТУР) стенки мочевого пузыря с опухолью в пределах здоровых тканей с последующей адъювантной внутрипузырной иммуно- или химиотерапией.



✓ Лечение мышечно-инвазивного РМП

Основным методом лечения мышечно-инвазивного РМП является радикальная цистэктомия с последующей деривацией мочи



РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ

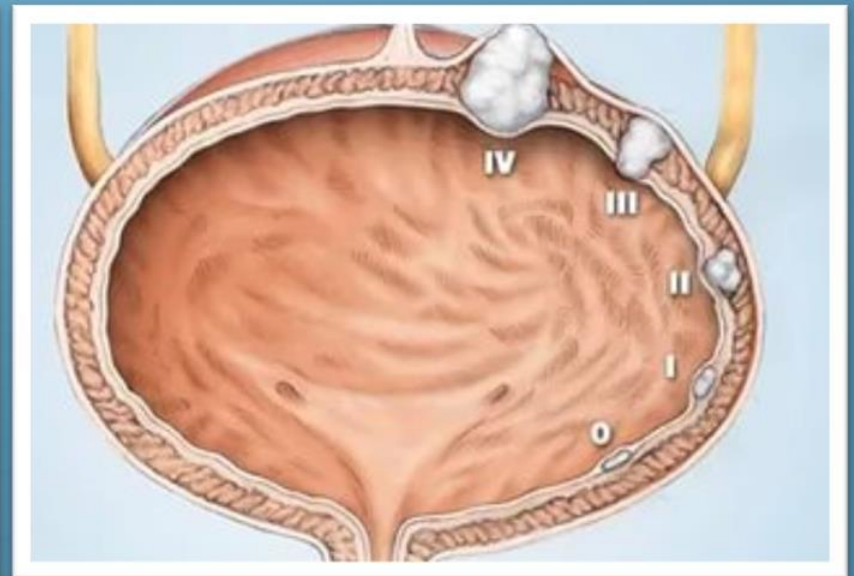
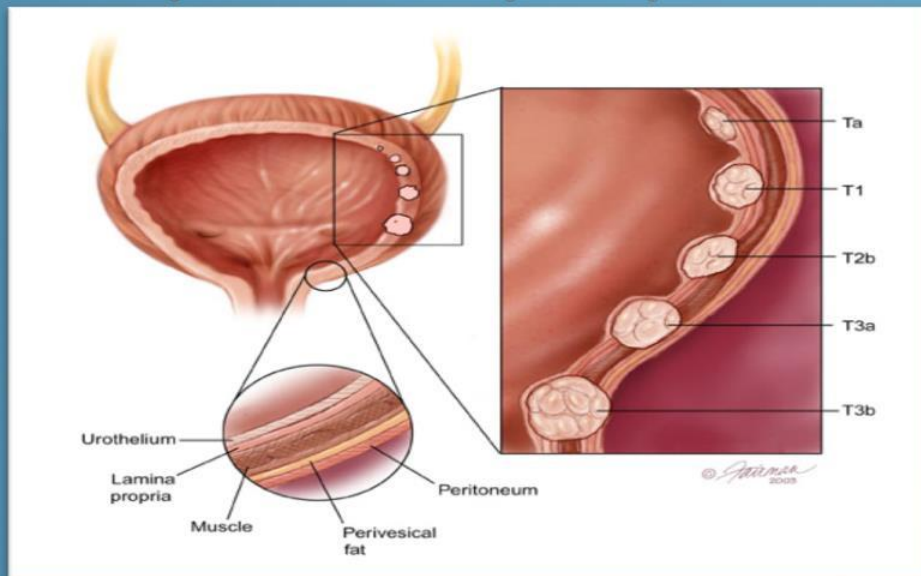
Радикальная цистэктомия – оперативное вмешательство, которое заключается в удалении мочевого пузыря с окружающими его органами и тканями, с последующим созданием условий для оттока мочи. Оперативное вмешательство можно подразделить на 2 этапа:

I. Органоуносящий этап – удаление мочевого пузыря единым комплексом с окружающими его органами и тканями.

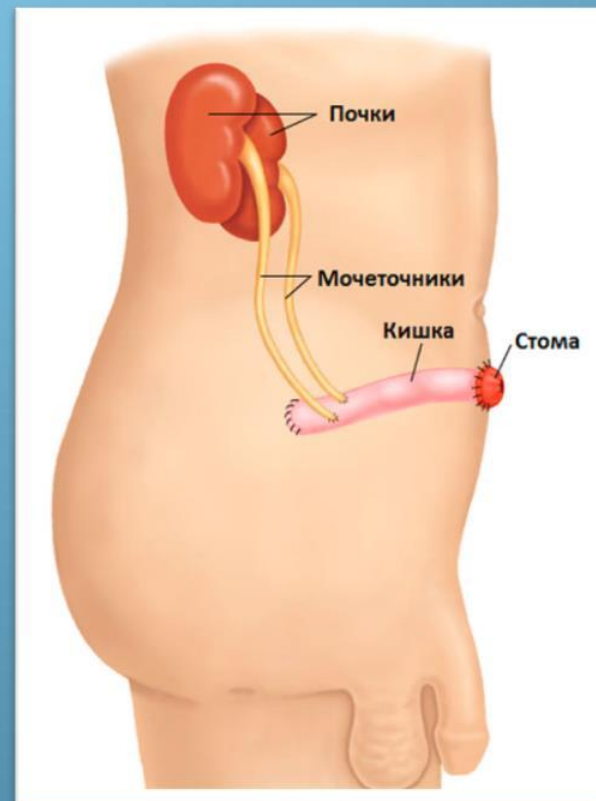
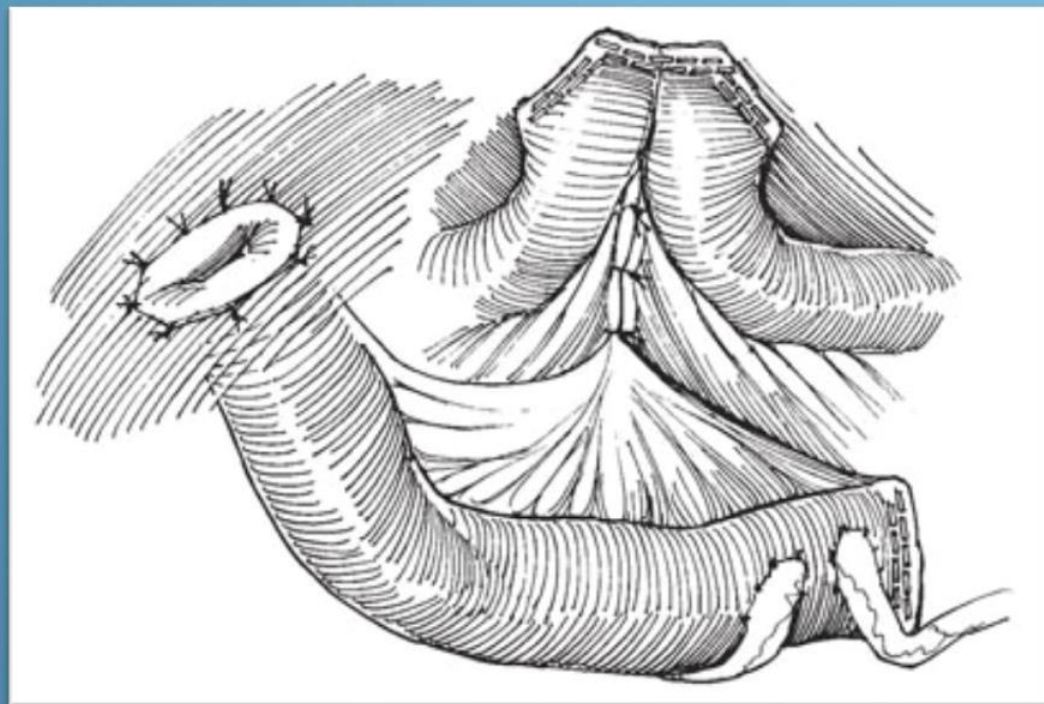
II. Реконструктивный этап - создание условий для оттока мочи, деривация мочи, восстановление непрерывности мочевыводящих путей

ПОКАЗАНИЯ К РЦ

1. Мышечно – инвазивный РМП
2. Поверхностный РМП, в следующих случаях:
тотальное поражение слизистой оболочки мочевого пузыря; часто рецидивирующие опухоли, не чувствительные к внутрипузырной терапии; низкодифференцированные и недифференцированные опухоли T1 на фоне рака in situ.



УРЕТЕРОИЛЕОСТОМИЯ ПО БРИККЕРУ



УРЕТЕРОИЛЕОСТОМИЯ ПО БРИККЕРУ

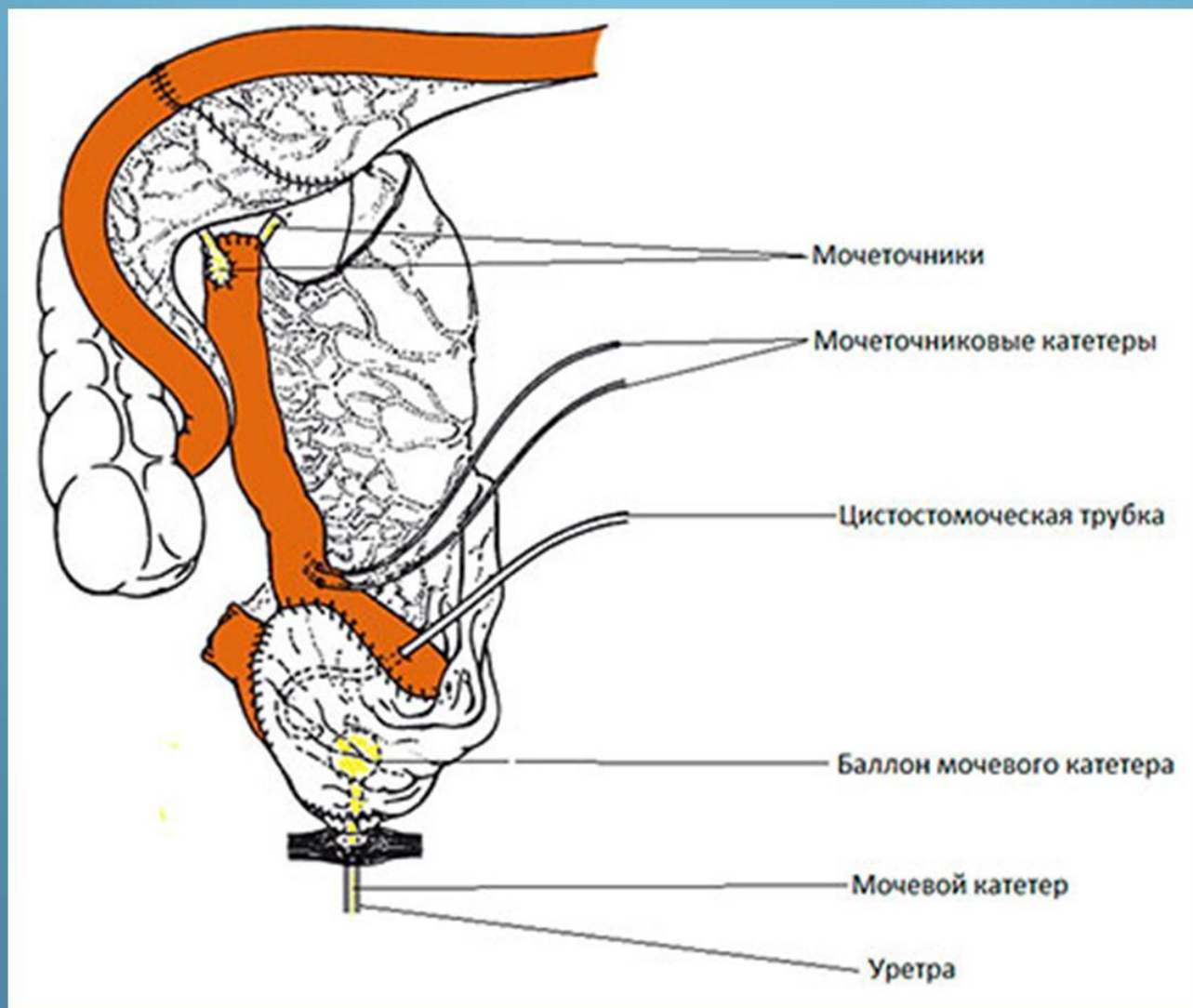
Ранние осложнения

- ❑ Утечка мочи в области соединения мочеточников с кишкой, может наблюдаться в 7% случаев;
- ❑ Паралитическая кишечная непроходимость в результате сильного угнетения функции кишечника;
- ❑ Несостоятельность кишечного анастомоза – тяжелое осложнение, характеризующееся не герметичностью швов в области анастомоза и попаданием кишечного содержимого в брюшную полость. Это в свою очередь может приводить к тяжелым последствиям: перитониту (гнойный процесс в брюшной полости) и сепсису (инфицирование крови).

Поздние осложнения

- ❑ Сужения в области соединения мочеточников с кишкой. Возникают в 7-14% случаев, как правило, в первые два года после операции. Приводит к нарушению оттока мочи и требует лечения.
- ❑ В 15-65% у пациентов наблюдаются осложнения, связанные со стомой. В первую очередь, это раздражение или повреждение кожных покровов вокруг стомы вследствие химического воздействия отделяемого, инфекции или аллергической реакции.
- ❑ В 31% случаев наблюдаются такие явления как грыжа, сужение или выпадение стомы.

ОТВЕДЕНИЕ МОЧИ ПО ШТУДЕРУ



ОТВЕДЕНИЕ МОЧИ ПО ШТУДЕРУ

Ранние осложнения

- ❑ Паралитическая кишечная непроходимость и энтероколит возникает у 4-13% пациентов;
- ❑ Несостоятельность кишечного анастомоза;
- ❑ Утечка мочи в области соединения мочеточников с мочевым пузырем;

Поздние осложнения

- ❑ Сужение мочеточников в месте впадения в пузырь и развитие их расширения (гидронефроза);
- ❑ Частые инфекции мочевыделительной системы. Нестерильность мочи наблюдается у 51-67% всех пациентов с искусственным мочевым пузырем;
- ❑ Формирование камней;
- ❑ Недержание мочи;
- ❑ Неполное опорожнение мочевого пузыря;
- ❑ Нарушение обмена веществ и др.;

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Кровотечение
- Легочные осложнения
- Сердечные осложнения
- Тромбоз глубоких вен
- Раневая инфекция
- Понос
- Лимфоррея и лимфатический отек.
- Поражение бедренного нерва
- Каловый свищ или абсцесс малого таза
- Половая функция
- Осложнения, обусловленные отведением мочи
- Подтекание мочи
- Обструкция анастомоза мочеточника
- Несостоятельность кишечного.
- Абсцесс малого таза . Пиелонефрит
- Синдром короткой кишки
- Недостаточность витамина B12
- Недостаточность магния
- Почечная недостаточность .
- Камней в почках осложнениях со стороны сигмостомы

Спасибо за внимание!