

8. НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

8.1. Паллиативная цистэктомия при инвазивном раке мочевого пузыря

Неоперабельные местно-распространенные опухоли (стадия Т4b, прорастание костей таза или брюшной стенки) могут сопровождаться рядом симптомов, приводящих к общему истощению, включая кровотечения, боль, дизурические расстройства и затруднение мочеиспускания. Таким больным показано паллиативное лечение, например лучевая терапия. Наиболее агрессивным методом лечения служит выполнение цистэктомии с отведением мочи. Такое лечение сопровождается высокой частотой развития осложнений, поэтому его следует применять только при отсутствии других методов [1]. В этих случаях проводится «паллиативная радикальная цистэктомия» с отведением мочи для разрешения симптомов [2].

N. Zebic и соавт. [3] ретроспективно проанализировали данные пациентов в возрасте \geq 75 лет, которым проводили радикальную цистэктомию с паллиативной или лечебной целью. Показаниями к выполнению паллиативной цистэктомии у них было наличие распространенных опухолей малого таза с развитием тяжелых ирритативных симптомов, рецидивирующей макрогематурии, требовавшей гемотрансфузии [3]. Исследователи показали высокий риск периоперационных осложнений и смертности у пожилых больных, особенно с распространенными опухолями малого таза, которым выполняют паллиативную цистэктомию.

Местно-распространенный ИРМП может приводить к обструкции мочеточника, связанной с комбинированием механической блокады опухолью и распространением ее на устья мочеточников, что препятствует его перистальтике. Двусторонняя обструкция мочеточников или обструкция мочеточника единственной функционирующей почки может вызвать развитие уремии. N.A. El-Tabey и соавт. [4] ретроспективно изучили истории болезни пациентов с РМП и пострениальной уремией. Лечение больных с неоперабельными распространенными опухолями мочевого пузыря (n = 23; 37,7 %) включало установку нефростом для купирования симптомов обструкции. Десяти (26,3 %) пациентам была выполнена цистэктомия; но в течение первого года наблюдения во всех 10 случаях отмечалось развитие местного рецидива. Также было проведено исследование по изучению результатов хирургического лечения 20 больных РМП Т4 (из них 7 случаев с Т4b), подвергшихся радикальной цистэктомии. Авторы пришли к выводу, что цистэктомия в лечении пациентов с опухолями Т4 технически выполнима и характеризуется приемлемым уровнем развития осложнений и смертности, связанных с лечением [5].

8.2. Выводы и рекомендации (табл. 8.1, 8.2)

Таблица 8.1. Выводы по паллиативной цистэктомии

Выводы
Первичная радикальная цистэктомия при опухолях мочевого пузыря Т4b не считается лечебным подходом
При наличии симптомов цистэктомия может применяться с лечебной или паллиативной целью
Кишечные и другие методы деривации мочи могут быть использованы независимо от проведения паллиативной цистэктомии

Таблица 8.2. Рекомендации

Рекомендации	УД	СР
Для пациентов с неоперабельными местно-распространенными опухолями (Т4b) выполнение радикальной цистэктомии — вариант паллиативного лечения, и его нельзя проводить в качестве лечебного вмешательства		В
Показания к выполнению паллиативной цистэктомии определяются наличием симптомов		
Перед выбором тактики лечения необходимо обсуждать с пациентом уровень осложнений и качество жизни	3	В

8.3. Поддерживающая терапия

У пациентов с неоперабельным ИРМП, которым не проводится радикальная цистэктомия из-за наличия метастазов, могут возникать тяжелые клинические проявления, включая боль, кровотечения, нарушения мочеиспускания и обструкцию верхних мочевыводящих путей (ВМП).

8.3.1. Обструкция ВМП

Установка нефростомы с одной стороны (лучше функционирующей почки) или двусторонние нефростомы — наиболее простой способ разрешения обструкции ВМП, но пациентам нефростомы

доставляют неудобства и они предпочитают стентирование мочеочника. Тем не менее иногда стентирование технически затруднительно, и стенты необходимо периодически менять. Также существует риск обструкции или миграции стента. Другое возможное решение — деривация мочи с паллиативной цистэктомией или без нее.

8.3.2. Кровотечение и боль

В случае кровотечения необходимо прежде всего исключить нарушения коагуляции и узнать у больного, не получает ли он антикоагулянты. Трансуретральная коагуляция (лазерная) может быть затруднительной при тотальном поражении мочевого пузыря или при кровотечении из опухоли. Эффективными считаются внутривезикулярные инстилляции 1% раствором нитрата серебра или 1–2% алюма [6]. Их можно проводить без анестезии. Инстиллюция формалина (2,5–4% в течение 30 мин) представляет собой более агрессивное и болезненное вмешательство, которое требует общей или регионарной анестезии. Инстиллюции формалина связаны с высоким риском побочных эффектов, таких как фиброз мочевого пузыря, но он позволяет эффективно остановить кровотечение [6]. Для предотвращения почечных осложнений необходимо исключать пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Лучевая терапия представляет собой другой часто проводимый метод контроля над кровотечением, и его также применяют для купирования болевого синдрома. В ранних исследованиях купирование гематурии отмечалось у 59% больных, а купирование боли — у 73% [7]. Лучевая терапия связана с возможным развитием ирритативных симптомов или осложнений со стороны кишечника, но они обычно легкой степени. Неконсервативные методы лечения включают эмболизацию артерий малого таза, с эффективностью, достигающей 90% [6]. Радикальная операция — метод последней надежды, он включает цистэктомию и отведение мочи (см. раздел 8.1).

8.4. Литература

1. Ok JH, Meyers FJ, Evans CP. Medical and surgical palliative care of patients with urological malignancies. *J Urol* 2005 Oct;174(4 Pt 1):1177-82.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16145365>
2. Ubrig B, Lazica M, Waldner M, et al. Extraperitoneal bilateral cutaneous ureterostomy with midline stoma for palliation of pelvic cancer. *Urology* 2004 May;63(5):973-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15134993>
3. Zebic N, Weinknecht S, Kroepfl D. Radical cystectomy in patients aged > or = 75 years: an updated review of patients treated with curative and palliative intent. *BJU Int* 2005 Jun;95(9):1211-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15892803>
4. El-Tabey NA, Osman Y, Mosbah A, et al. Bladder cancer with obstructive uremia: oncologic outcome after definitive surgical management. *Urology* 2005 Sep;66(3):531-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16140072>
5. Nagele U, Anastasiadis AG, Merseburger AS, et al. The rationale for radical cystectomy as primary therapy for T4 bladder cancer. *World J Urol* 2007 Aug;25(4):401-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17525849>
6. Ghahestani SM, Shakhssalim N. Palliative treatment of intractable hematuria in context of advanced bladder cancer: a systematic review. *Urol J* 2009 Summer;6(3):149-56.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19711266>
7. Srinivasan V, Brown CH, Turner AG. A comparison of two radiotherapy regimens for the treatment of symptoms from advanced bladder cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1994;6(1):11-3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7513538>

9. НЕОАДЪЮВАНТНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИНВАЗИВНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

9.1. Предоперационная лучевая терапия

9.1.1. Ретроспективные исследования

Проведен ряд ретроспективных исследований по изучению эффективности предоперационной ЛТ у больных РМП, результаты которых опубликованы еще в XX столетии. Почти во всех ретроспективных исследованиях по неoadъювантной ЛТ, в которых СОД превышала 40 Гр, с выполнением радикальной цистэктомии через 4–6 нед, показано снижение стадии, более радикальное удаление