

---

## КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ РЕЦИДИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

**Бойко С. О.**

Ужгородський державний університет, м. Ужгород

Результати лікування хворих раком сечового міхура, на сьогоднішній день, залишаються маловісними. П'ятирічне виживання після сучасних методів лікування складає 64,4% [1]. Незадовільні результати лікування зумовлені частим рецидивуванням захворювання, яке спостерігається в перші 12 місяців у 35-85% [1,2,3]. Рецидивні пухлини мають схильність до підвищення злоякісності та інвазивності, що відображається на темпах виживання пацієнта, а це в свою чергу, змушує шукати нові під-

ходи у діагностиці, лікуванні та профілактиці цього захворювання.

Клінічний перебіг рецидивних пухлин має свої особливості, не притаманні первинним пухлинам. Відповідно, висвітлення клініко-лабораторних та патоморфологічних відмінностей є важливим при прогнозуванні перебігу раку сечового міхура, схильного до рецидивування та прогресії хвороби.

В роботі проаналізовано 75 випадків рецидивних пухлин сечового міхура, які діагностовані у 56 хво-



рих, лікованих в урологічному відділенні ОКЛ м. Ужгорода. Проведене клініко-лабораторне обстеження та дана патоморфологічна характеристика пухлин у 45 хворих з первинною пухлиною сечового міхура та у 56 хворих з рецидивною.

Поділяючи перші ознаки захворювання та перші ознаки рецидиву на окремі симптоми відмічено, що гематурія становила 40% і 28%, відповідно; дизурія та гематурія 15% та 26%, відповідно; біль та гематурія однаково часто зустрічалися серед обох груп і становили 16%; а триада - біль, дизурія, гематурія 22% і 20%, відповідно. Біль і дизурія не зустрічалися при первинних пухлинах і досить рідко спостерігалися при рецидивних (лише 5%). А такий симптом, як біль зустрічався лише в одному випадку рецидивної пухлини. Аналізуючи ці симптоми можна зробити висновок, що гематурія як самостійний симптом більш часто зустрічалася у первинних хворих, тоді як дизурія з гематурією більш часто зустрічалися при рецидивних пухлинах. По інших симптомам суттєвої різниці не відмічено.

Загальноклінічне обстеження хворих включало в себе кількісну оцінку таких показників крові, як: гемоглобін, еритроцити, лейкоцити, ШОЕ, сечовина, креатинін, загальний білок, та оцінку аналізу сечі по таким показникам, як: еритроцити, лейкоцити, білок. Патологічними вважалися показники, коли при дослідженні крові визначалося, що:  $Hb < 100$  Г/л, еритроцити  $< 3,0 \times 10^{12}$  г/л, лейкоцити  $> 9,0 \times 10^9$  г/л, ШОЕ  $> 10$  мм/год, сечовина  $> 9$  ммоль/л, креатинін  $> 140$  мкмоль/л, загальний білок  $< 60$  г/л, а при дослідженні сечі, вище вказані показники.

В 65% первинних хворих не було відмічено патологічних змін в аналізах крові. Серед основних змін в аналізах крові первинних хворих, були: підвищення ШОЕ, сечовини (56% та 24%, відповідно), та поодинокі випадки підвищення рівня лейкоцитів і зниження загального білка.

Дещо інша картина спостерігалася при рецидивних пухлинах, де спостерігалися зміни всіх показників крові, а самі патологічні зміни були в 50% випадків рецидивним пухлин. Основними змінами були: підвищення ШОЕ, лейкоцитів, сечовини (44%, 12%, 10%, відповідно) та зниження гемоглобіну - 14%, тоді як, зниження еритроцитів та загального білка і підвищення креатиніну були поодинокими випадками.

Зміни в аналізі сечі однаково часто зустрічалися при первинних та рецидивних пухлинах і становили 68% випадків.

При первинних пухлинах значно частіше, ніж при рецидивних, зустрічалися еритроцитурія та протеїнурія (68% і 24% та 59% і 19%, відповідно), тоді як, лейкоцитурія була більш частою ознакою рецидивних пухлин, ніж первинних (22% та 7%, відповідно). Лейкоцитурія та протеїнурія самостійно не зустрічалися, вони завжди були в комбінації з еритроцитурією, тоді як, еритроцитурія досить часто

зустрічалася як самостійна патологічна зміна аналізу сечі.

Макроскопічне описування пухлини базувалося на даних, отриманих від цистоскопії, УЗД та під час операції.

Для з'ясування локалізації пухлини в сечовому міхурові останній був поділений на такі топографічні ділянки: верхівка, бокова стінка, передня стінка, задня стінка, трикутник, шийка, сечовідні отвори, а також, окремо виносилися такі показники, як: множинна пухлина та папіломатоз. На основі цього встановлено, що самим частим місцем локалізації пухлин при первинних та рецидивних пухлинах була бокова стінка (53% та 46%, відповідно). Пухлини в ділянці трикутника дещо частіше зустрічалися при рецидивних пухлинах, ніж при первинних (10% та 6%, відповідно). Також, множинна пухлина частіше мала місце при рецидивних випадках, ніж при первинних (21% та 13%, відповідно).

При оцінюванні характеру пухлини враховували її одиничність або множинність (в т.ч. папіломатоз), так, первинна одинична пухлина мала місце в 82% випадків, тоді як, рецидивна одинична тільки в 73%. Відповідно зросла кількість рецидивних множинних пухлин, проти первинних множинних (27% та 18%, відповідно).

Крім того, рецидив пухлини на тій же ділянці стінки сечового міхура, щодо локалізації попередньої пухлини, або первинної, зустрічався у 19% випадків, тоді як у 81% випадків рецидив виникав на іншому місці, що підтверджує мультифокальний характер ураження слизової сечового міхура, який, останнім часом, пов'язують із генетичними змінами і продукцією онкопротейнів.

Щоб краще деталізувати форму та характер росту пухлини, були виділені наступні групи: папілярна, папілярна на ніжці, папілярна на широкій основі, папілярно-інфільтративна, інфільтративна.

При рецидивних пухлинах зростала кількість папілярних та інфільтративних форм, причому, ця різниця була значною при папілярних формах (24% рецидивних і 13% первинних). Тоді як, при первинних пухлинах значно частіше зустрічалися такі форми, як: папілярна на ніжці та папілярна на широкій основі. (22% первинних та 11% рецидивних).

При оцінюванні розміру пухлини, визначався її діаметр. Для первинних пухлин найбільш характерні розміри до 2 см та більше 3 см (33% та 40%, відповідно), тоді як, для рецидивних - до 1 см, до 2 см та більше 3 см (27%, 28% та 36%, відповідно). В процесі рецидивування зменшується кількість пухлин великих розмірів (3 см та більших) та збільшується кількість пухлин менших розмірів (до 2 см). Це пов'язано з тим, що хворі досить швидко звертаються за спеціалізованою допомогою при початкових проявах рецидиву, або ж, регулярно проходять диспансерний нагляд тоді як при первинному прояві захворювання хворі досить пізно звертаються за до-



помогою з моменту початкових проявів і в свою чергу, приділяють мало уваги такому грізному симптому як гематурія.

Щодо частоти рецидивування, то самим частим було виникнення одного рецидиву (38 випадків - 51%), тоді як по два рецидива було у 21%, по три - у 8% і по чотири - у 12%. Крім того, у 6 хворих мали місце метастази, причому, у двох хворих без ознак рецидиву пухлини сечового міхура (у одного після попередньої резекції сечового міхура, а у другого - після цистектомії).

Виникнення рецидивів найбільш часто спостерігалось в термін 4-6 місяців (23%), тоді як в інші періоди ці показники дещо нижчі, так, однаково часто зустрічалися рецидиви в терміни до 3 місяців та в термін 10-12 місяців - 14%; в термін 19-24 місяці - 9%, а в інші періоди зустрічалися поодинокі випадки рецидивування. В цілому, за перші 12 місяців рецидивувало 61% пухлин.

В одному випадку, рецидив виник через 240 місяців після хірургічного видалення первинної пухлини, повторні рецидиви не спостерігалися. В іншому випадку, рецидив виник через 140 місяців після хірургічного видалення пухлини, в послідууючому ця пухлина рецидивувала з прогресією та метастазуванням.

Оцінюючи виживання хворих з рецидивним раком сечового міхура, слід відмітити, що на протязі перших трьох років померло 25 хворих (45%), причому, на першому році - 13 хворих (23%), а на другому - 11 хворих (20%). Трирічне і п'ятирічне виживання становить 11%, тоді як, 10-ти річне - 9%.

Таким чином, клінічний аналіз показав відмінності в клініко-лабораторних та патоморфологічних показниках рецидивного та первинного раку сечового міхура і тому наведений алгоритм обстеження хворих може бути корисним, як один із елементів прогнозування перебігу раку сечового міхура.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Воианов А.Ф., Романенко А.М., Клименко И.А. Предрак и ранние формы рака мочевого пузыря. - К.: Здоров'я. - 1994. - с. 202-204.
2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Романов В.А., Бурназ А.О. Внутрипузырная химиотерапия поверхностных опухолей мочевого пузыря.//Урол. и нефрол. - 1992. - № 4-6. - с. 13-15.
3. Mackenzie N., Torti F.M., Faysal M. The natural history of superfisical bladder tumors (Abstr.)/Proc. Am. Soc. Cancer Res. - 1981. - v. 22. - p. 198.

## РЕЗЮМЕ

### Клинический анализ рецидивного рака мочевого пузыря

**Бойко С.А.**

На основании клинического анализа 75 случаев рецидивных и 45 случаев первичных опухолей мочевого пузыря выделены наиболее частые симптомы, изменения в анализах крови и мочи, дана макроскопическая характеристика опухолей, а также прослежено время выживаемости в годах.

## SUMMARY

### Clinical analysis of recurrent cancer bladder

**S.O.Boyko**

On the basis of clinical analysis of 75 recurrent cases and 45 first diagnosed cases of bladder tumours, most frequent symptoms, alterations in the sanguis and in the urine analysis, macroscopic characteristic of tumours were defined and the survival rate was evaluated.