

Лекція на тему:

**ПУХЛИНИ
СЕЧОСТАТЕВОЇ
СИСТЕМИ**

Пухлини нирок:

- ✓ У структурі онкологічних захворювань пухлини нирок займають близько 2—3 %.
- ✓ Здебільшого це злоякісні пухлини. Доброякісні пухлини нирок трапляються рідше.
- ✓ Розрізняють пухлини ниркової паренхіми та ниркової миски.

В Україні прийнято таку класифікацію пухлин нирок:

I. Пухлини ниркової паренхіми.

А. Доброякісні: аденома, ліпома, фіброма, лейоміома, гемангіома, дермоїдні пухлини та ін.

Б. Злоякісні пухлини: аденокарцинома, саркома, змішана пухлина Вільмса.

В. Метастатичні пухлини нирок.

II. Пухлини ниркової миски.

А. Доброякісні пухлини: папілома, ендометріома.

Б. Злоякісні пухлини: папілярний рак, плоскоклітинний рак, саркома.

- ✓ **Фіброма** — пухлина, розміщена на поверхні нирки або в її мозковому шарі. Розміри фіброми звичайно невеликі, форма сферична, колір білястий, консистенція щільна. Перебіг фіброми малосимптомний.
- ✓ **Гемангіома** — пухлина невеликих розмірів, червонуватого кольору, розміщена під капсулою нирки або в ниркових сосочках. Консистенція пухлини м'яка, вона легко травмується і кровоточить.
- ✓ **Лімфангіома** — пухлина кавернозної будови. Максимальний розмір **2—3** см. Лімфангіоми звичайно множинні.
- ✓ **Аденома** — доброякісна залозиста пухлина біло-сірого кольору, яка найчастіше локалізується під фіброзною капсулою нирки. Має сполучнотканинну оболонку. Клініка аденоми нирки малосимптомна. Характерна тенденція до переродження.
- ✓ **Дермоїдні кісти** нирок трапляються рідко і практично не вирізняються органоспецифічністю.

Етіологія:

- Причини виникнення пухлини нирки вивчені ще недостатньо.
- Панує думка про поліетіологічність цього захворювання.
- Однією з причин, яка призводить до розвитку пухлин нирок, є дисбаланс статевих гормонів, зокрема естрогенів, що підтверджується експериментальними та клінічними спостереженнями.
- Рак нирки може виникати під впливом променевої енергії.
- Є відомості про можливість індукції цього захворювання хімічними речовинами, зокрема антрахіноліном

Патологічна анатомія.

- ✓ Злоякісні пухлини нирки звичайно мають круглу або овальну форму, м'якоеластичну консистенцію, розміри їх коливаються від кількох міліметрів до 15—20 см, локоспецифічність відсутня.
- ✓ Уражена нирка на розрізі має строкатий вигляд: чергуються ділянки жовтого, бурого, червоного кольорів.
- ✓ При рості пухлинного вузла назовні розтягується фіброзна капсула, нирка деформується. Ріст пухлини в бік миски нирки супроводжується проростанням ниркової ніжки. Характерною особливістю нирковоклітинного раку є проростання ниркової та нижньої порожнистої вен у вигляді язика.
- ✓ Раку нирки властиві гематогенний та лімфогенний шляхи метастазування. Насамперед уражуються легені, печінка, кістки, головний мозок, серед кісток — плоскі кістки та хребет.
- ✓ Метастази мають остеолітичний характер, супроводжуються патологічними переломами. Лімфогенні метастази найчастіше локалізуються в паракавальних та парааортальних лімфатичних вузлах.

Регіонарні лімфатичні вузли:

До регіонарних належать:

- лімфатичні вузли воріт нирки;
- парааортальні;
- паракавальні.

Категорія N не залежить від локалізації регіонарних метастазів.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ НИРКИ (код МКХ-10 С64) за системою TNM-6 (2002). T – категорія:

T — первинна пухлина

TX — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини. **TO** — первинна пухлина не визначається.

T1 — пухлина до 7 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою.

T1a — пухлина не більше ніж 4 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою.

T1b — пухлина більша, ніж 4 см, але не більша, ніж 7 см, у найбільшому вимірі, обмежена ниркою.

T2 — пухлина понад 7 см у найбільшому вимірі, обмежена ниркою.

T3 — пухлина поширюється на великі вени або надниркову залозу, або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота.

T3a — пухлина поширюється на надниркову залозу або навколониркові тканини, але в межах фасції Герота.

T3b — масивне поширення пухлини в ниркову або порожнисту вену (и) нижче від діафрагми.

T3c — масивне поширення пухлини в ниркову або порожнисту вену (и) вище від діафрагми.

T4 — пухлина поширюється за межі фасції Герота.

N — регіонарні лімфатичні вузли:

NX — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N0 — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

N1 — метастаз раку в одному регіонарному лімфатичному вузлі.

N2 — метастази раку в кількох регіонарних лімфатичних вузлах.

M — віддалені метастази:

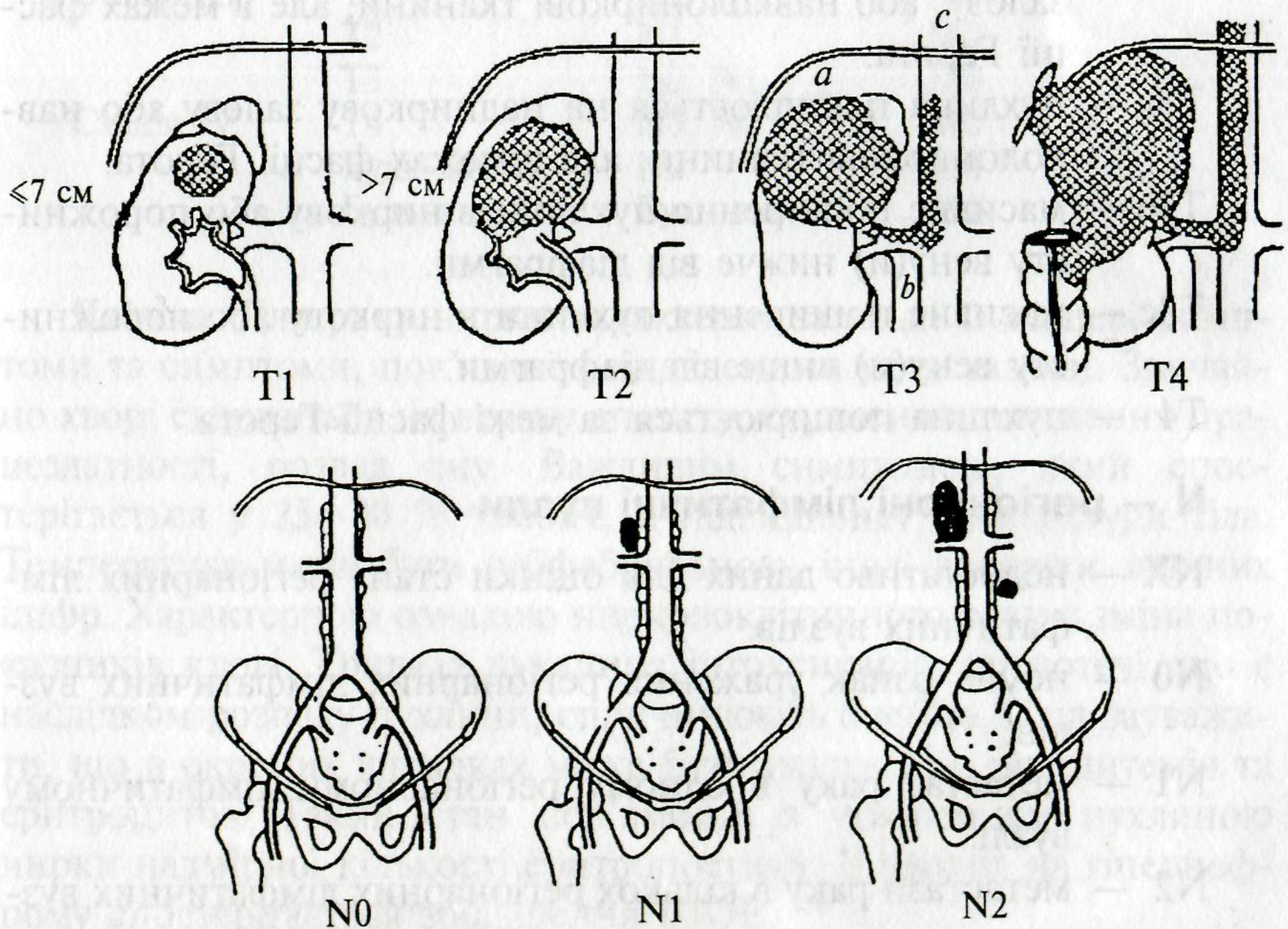
MX — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів,

MO — віддалені метастази не визначаються.

M1 — наявні віддалені метастази.

pTNM — патоморфологічна класифікація:

- Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N та M.
- pNO — матеріал для гістологічного дослідження після тазової лімфаденектомії повинен включати не менше ніж 8 лімфатичних вузлів.



Мал. 54. Анатомічна схема класифікації стадій раку нирки

Групування за стадіями

Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
Стадія IV	T4	N0, N1	M0
	Будь-яке T	N2	M0
	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Клініка.

Для раку нирки характерні:

- загальні симптоми;
- місцеві симптоми;
- симптоми, пов'язані з віддаленими метастазами.

✓ Звичайно хворі скаржаться на втрату апетиту, схуднення, зниження працездатності, розлад сну.

✓ Важливим симптомом, який спостерігається у 25—30 % хворих, є підвищення температури тіла. Температура може бути субфебрильною, іноді досягати значних цифр.

✓ Характерною ознакою нирковоклітинного раку є зміна показників крові. Тривала пухлинна інтоксикація, кровотечі, що є наслідком розпаду пухлини, спричиняють анемію.

✓ Слід зауважити, що в окремих випадках може бути навпаки — поліцитемія та еритроцитоз. Такий стан пов'язаний з утворенням пухлиною нирки надмірної кількості еритропоетину.

✓ У хворих на гіпернефрому спостерігається збільшення ШОЕ.

✓ У 5—10 % хворих зі злоякісними пухлинами нирки виникає артеріальна гіпертензія. Механізм її розвитку полягає в ішемізації нирки та стисненні її паренхіми пухлиною, утворенні надміру ангіотензину.

До місцевих симптомів належать:

гематурія, біль, наявність пухлини, яка промацується.

- Гематурія спостерігається у 2/3 хворих і має певні особливості. Вона буває тотальною, короткочасною і безболісною. Больовий синдром з'являється пізніше, коли кров'яні згустки obturують сечовід. Під час масивної кровотечі можлива тампонада кров'яними згустками сечового міхура.
- Розтягуючи фіброзну капсулу нирки, проростаючи в паранефральну клітковину, пухлина спричинює біль. Цей симптом з'являється в 70 % хворих. Характерний тупий розпирючий біль із локалізацією в попереку.
- Наявність пухлини, яка чітко визначається в боці із заходом у підребер'я, є важливою діагностичною ознакою, однак цей симптом характерний для пізніх стадій розвитку пухлини.
- Ріст пухлини, obturaція лівої ниркової, нижньої порожнистої вени та вени правого яєчка супроводиться розвитком варикоцеле, тому раптова його поява в чоловіків середнього та похилого віку завжди повинна насторожувати.

Діагностика.

1. Комплекс загальних та місцевих клінічних симптомів.
2. На ранніх стадіях розвитку спостерігаються лише деякі симптоми, серед яких найпостійнішими є анемія, збільшення ШОЕ, гематурія.
3. Гіпоальбумінемія, гіпоглобулінемія, підвищення рівня лужної фосфатази крові та підвищення активності лактатдегідрогенази в сечі описані під назвою **синдрому Штауффера**. Проте діагностична цінність його порівняно невисока.
4. Сучасна діагностика ґрунтується на даних інструментальних досліджень. Основою сучасної діагностики є дані УЗД, КТ і МРТ.

5. До рентгенологічних досліджень належать оглядова рентгенографія, екскреторна урографія та ретроградна пієлографія, артеріо- та венографія.
6. Оглядова рентгенографія дає інформацію про локалізацію нирки, її контури та розміри. Інформативність методу підвищується ретропневмоперитонеумом.
7. Із екскреторних урограм роблять висновок про деформацію та зміщення чашечок, миски, наявність дефектів наповнення. Важливим діагностичним симптомом є відхилення верхнього відділу сечо-воду до серединної лінії.
8. Ретроградна пієлографія дає подібну інформацію.
9. Патогномонічними артеріографічними ознаками гіпернефроми є хаотичне скупчення контрасту в ділянці нирки, яке має вигляд озер та калюж, збільшення діаметра ниркової артерії. Інформативність методу ангіографії збільшується при введенні адреналіну.

Диференціальна діагностика з:

- Солітарною кістою;
- Полікістозом;
- Гідронефрозом;
- Абсцесом;
- Туберкульозом;
- Заочеревинними пухлинами.

Для диференціації пухлин і кіст застосовується томографія та УЗД. Обидва методи легко виявляють кістозні утвори.

Лікування:

- 1.** Основним методом радикального лікування є хірургічний. Операція полягає в нефректомії.
- 2.** Показання до хірургічного лікування розширюються. Можливі комбіновані операції (з усуненням поодиноких віддалених метас-тазів).
- 3.** Променева терапія і хіміотерапія використовуються в комплексном лікуванні, але вони мають лиш допоміжне значення.
- 4.** Хворим з інооперабельним пухлинами іноді призначають паліативне опромінення.



5. До цитостатиків пухлини нирок **малочутливі**.
6. Відносно кращий ефект досягається при хіміотерапії комбінацією **доксорубіцину, блеоміцину та вінбластину**.
7. Поширеним є призначення гормонотерапії (**прогестини, антиестрогени та ін.**), але спостереження останніх років засвідчили, що таке лікування не дає ефекту.
8. Активно розробляється імунотерапія раку нирки. Найефективнішою виявилась імунотерапія **інтерлейкіном-2, а-2β-інтерфероном**. Препарати інтерферону (**лаферон, інтрон А, реферген, реаферон**) при тривалому застосуванні можуть дати регресію пухлини в 35 % випадків.

Нефробластома (пухлина Вільмса)

- Одне з найпоширеніших пухлинних захворювань у дітей.
- Епідеміологія. У структурі онкологічної захворюваності серед дітей вона становить близько 30 %.
- Наприкінці 90-х років ХХ ст. захворюваність на нефробластому становила 1 випадок на 100 000 населення.
- Найчастіше виявляється в дітей від 1 до 4 років. Описані випадки її розвитку ще у внутрішньоутробний період.
- Ураження обох нирок спостерігається в 10 % випадків.
- Хвороба буває пов'язаною з природженими аномаліями, такими як вади розвитку сечостатевої системи, аніридією, гіперметропією (синдром Беквіта—Відермана). На хромосомному рівні це пов'язано з делецією короткого плеча 11-ї хромосоми.

Патологічна анатомія.

- Для нефробластоми характерні виражений поліморфізм, чергування елементів сполучно-тканинного та епітеліального походжень.
- При патоморфологічному дослідженні виявляються елементи кісткової, хрящової, м'язової тканин та ін.
- Найчастіше пухлина локалізується в центрі нирки, може бути і в полюсах. За наявності капсули пухлина відтісняє ниркову миску і чашечки, відмежовується від решти тканин нирки.
- Нефробластомі притаманний виражений інфільтративний ріст із проростанням паранефральної клітковини, суміжних органів.
- Метастазує гематогенно і лімфогенно. Гематогенні метастази найчастіше локалізуються в печінці, легенях, плеврі, кістках, лімфогенні — у заочеревинних лімфатичних вузлах.

Клініка.

Початкові стадії нефробластоми супроводяться кволоістю, втратою апетиту і маси тіла.

Найчастіше пухлину виявляють батьки під час купання дитини, намацавши щільний, горбистий утвір, що займає значну частину живота.

З ростом пухлини з'являються біль, гематурія, клініка віддалених метастазів.

Класифікація:

- I** стадія — пухлина інкапсульована, що піддається хірургічному видаленню.
- II** стадія — поширення пухлинного процесу за межі ниркової капсули з локальною інфільтрацією, поширенням уздовж ниркової вени і захопленням парааортальних лімфатичних вузлів. Можлива операція без макроскопічного залишення залишкової пухлини.
- III** стадія — при операції залишається макроскопічно резидуальна пухлина чи перитонеальні лімфатичні вузли або явне розсіювання пухлини при операції.
- IV** стадія — віддалені метастази.
- V** стадія — ураження обох нирок.

Лікування.

- Нефробластома лікується комплексно, з використанням хірургічних, променевих і цитостатичних впливів.
- Хірургічне лікування полягає в нефр-ектомії.
- Променева терапія застосовується в передопераційний період та для опромінення ложа пухлини після операції.
- Вибір методу лікування залежить від стадії захворювання, морфологічної структури пухлини, віку дитини.
- Із цитостатиків найефективніші: дактиноміцин, вінкрисдин, циклофосфамід, доксорубіцин

Пухлини ниркової миски та сечоводу

- Епідеміологія.

Пухлини ниркової миски та сечоводу становлять лише 5—10 % пухлинних захворювань нирки. Хворіють переважно люди 40—60 років, частіше чоловіки.

- Етіологія. Рак ниркової миски та сечоводу виникає переважно під впливом хімічних канцерогенів, таких, як нафтиламін, бензидин, амінодифеніл. Спостерігається пряма залежність виникнення цього захворювання від праці на анілінофарбових виробництвах, що дає підставу вважати це захворювання професійним.

Патологічна анатомія.

- У сечоводі розвиваються такі види пухлин:
 - папілома;
 - папілярний рак;
 - плоскоклітинний рак.
- **Папілома** — утвір на тоненькій ніжці з множинними, довгими, тонкими відростками. Особливістю папілом сечоводу є їхня часта малігнізація з переходом у папілярний рак. Цей процес супроводиться інфільтрацією та стовщенням ніжки, укороченням відростків.
- **Папілярний рак** метастазує лімфогенно та шляхом імплантації. Гематогенне поширення метастазів не характерне. Пухлинні клітини разносяться течією сечі в дистальному напрямку та імплантуються найчастіше біля вічка сечоводу. Є принципова особливість — пухлина практично ніколи не поширюється в ретроградному напрямі. Дочірні пухлини-імпланти мають злякисніший характер.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ НИРКОВОЇ МИСКИ ТА СЕЧОВОДУ (код МКХ-10 C65, C66) за системою TNM-6 (2002)

T — первинна пухлина

TX — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

TO — первинна пухлина не визначається.

Ta — неінвазивна папілярна карцинома.

Tis — carcinoma in situ.

T1 — пухлина поширюється на субепітеліальну сполучну тканину.

T2 — пухлина поширюється на м'язовий шар.

T3 — (Ниркова миска) пухлина поширюється за межі м'язового шару на навколomisкову клітковину або паренхіму нирки.

T3 — (Сечовід) пухлина поширюється за межі м'язового шару на навколосечовідну клітковину.

T4 — пухлина поширюється на сусідні органи або навколониркову клітковину.

N — регіонарні лімфатичні вузли

NX — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N0 — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

N1 — метастази в одному лімфатичному вузлі до 2 см у найбільшому вимірі.

N2 — метастази в одному лімфатичному вузлі розміром понад 2 см, але до 5 см або в кількох лімфатичних вузлах розміром до 5 см у найбільшому вимірі.

N3 — метастаз у лімфатичний вузол понад 5 см у найбільшому вимірі.

M — віддалені метастази

MX — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

MO — віддалені метастази не визначаються.

M1 — наявні віддалені метастази.

pTNM — *патоморфологічна класифікація*

Категорії pT, pN та pM відповідають категоріям T, N і M.

Групування за стадіями

Стадія 0a	Ta	N0	M0
Стадія 0is	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2	N0	M0
Стадія III	T3	N0	M0
Стадія IV	T4	N0	M0
	Будь-яке T	N1, 2, 3	M0
	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Клініка.

- ✓ Основні симптоми раку ниркової миски та сечоводу — це гематурія і тупий біль.
- ✓ Гематурія з'являється внаслідок розпаду пухлини. При цьому кров'яні згустки обтурують сечовивідні шляхи, що спричинює затримку сечі і виникнення тупого болю.
- ✓ За умови розвитку пухлини в нирковій мисці гематурія може бути і безболісною.

Діагностика.

1. Найпростішим методом обстеження є аналіз сечі. Розвиток пухлини супроводиться появою мікро- і макрогематурії, лейкоцитурією. Мікроскопія сечі дає змогу виявити також пухлинні клітини.
2. Обов'язковим елементом діагностики є цистоскопія. Якщо вона проводиться на висоті кровотечі, то легко визначити, з якого боку ураження. За умови розвитку пухлини в інтрамуральному відділі сечоводу можуть бути виявлені ворсини пухлини, що провисають крізь вічко. Папілярні розростання навколо сечоводу характерні для імплантатів пухлин миски та сечоводу.
3. Вирішальним методом діагностики є рентгенологічне дослідження. На екскреторних урограмах визначаються розширення миски або сечоводу вище від пухлини, а також дефект наповнення, який вона зумовлює.
4. Найінформативнішим методом є ретроградна уретеропієлографія, яка чітко контурує пухлину. Оскільки цей метод сприяє дисемінації пухлини в ретроградному напрямі, використовувати його слід якомога рідше.

Лікування.

- Пухлини миски та сечоводу радіорезистентні, слабо піддаються цитостатичним впливам. Основний метод лікування — **хірургічний.**
- Пухлини ниркової миски та верхнього відділу сечоводу вимагають нефроуретеректомії в поєднанні з резекцією сечового міхура (можливість імплантатів).
- При обмежених ураженнях інших відділів сечоводу припустима операція резекції з різними видами пластики.

ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ СЕЧОВОГО МІХУРА

- **Епідеміологія.** У структурі онкологічних захворювань на пухлини сечового міхура припадає близько 4 %. Частіше хворіють чоловіки середнього та похилого віку. В Україні рак сечового міхура є найчастішою формою злоякісних процесів сечовидільного каналу. Чоловіки хворіють приблизно в 4—5 разів частіше, ніж жінки, хоч слід очікувати зміни цього співвідношення у зв'язку з підвищенням поширеності куріння серед жінок. Найвищий рівень захворюваності припадає на сьоме десятиріччя життя. Майже половина первинних хворих на рак сечового міхура в Україні мають I стадію, ще третина — II—III, а майже 15 % виявляються в IV стадії.

Етіологія.

- ✓ Найпоширенішою причиною виникнення раку сечового міхура є хімічні канцерогени. До них зараховують аміносполуки ароматичного ряду, які є проміжними продуктами синтезу при виробництві синтетичних барвників: **а-нафтиламін, р-нафтиламін, бензидин, 4-амінодифеніл**. Тому працівники анілінофарбових виробництв, що постійно контактують з цими канцерогенами, найчастіше хворіють на рак сечового міхура, що дає підстави вважати це захворювання професійним.
- ✓ Основним етіологічним фактором раку сечового міхура є **куріння** (спричинює приблизно 60 % усіх пухлин), яке підвищує ризик захворіти на рак сечового міхура у 20—40 разів. Крім цього, доведено зв'язок розвитку раку сечового міхура із вмістом пестицидів у питній воді.
- ✓ Етіологічну роль тривалого приймання **фенацетину** та інфікування шистосоною чітко доведено, але в загальній кількості випадків раку сечового міхура це має лише обмежене значення.
- ✓ Не виключено, що деякі пухлини сечового міхура спричинюються **вірусами**.

Передрак та фактори ризику.

До передракових захворювань відносять:
- доброякісні пухлини, зокрема папілому.

Серед факторів ризику виділяють:

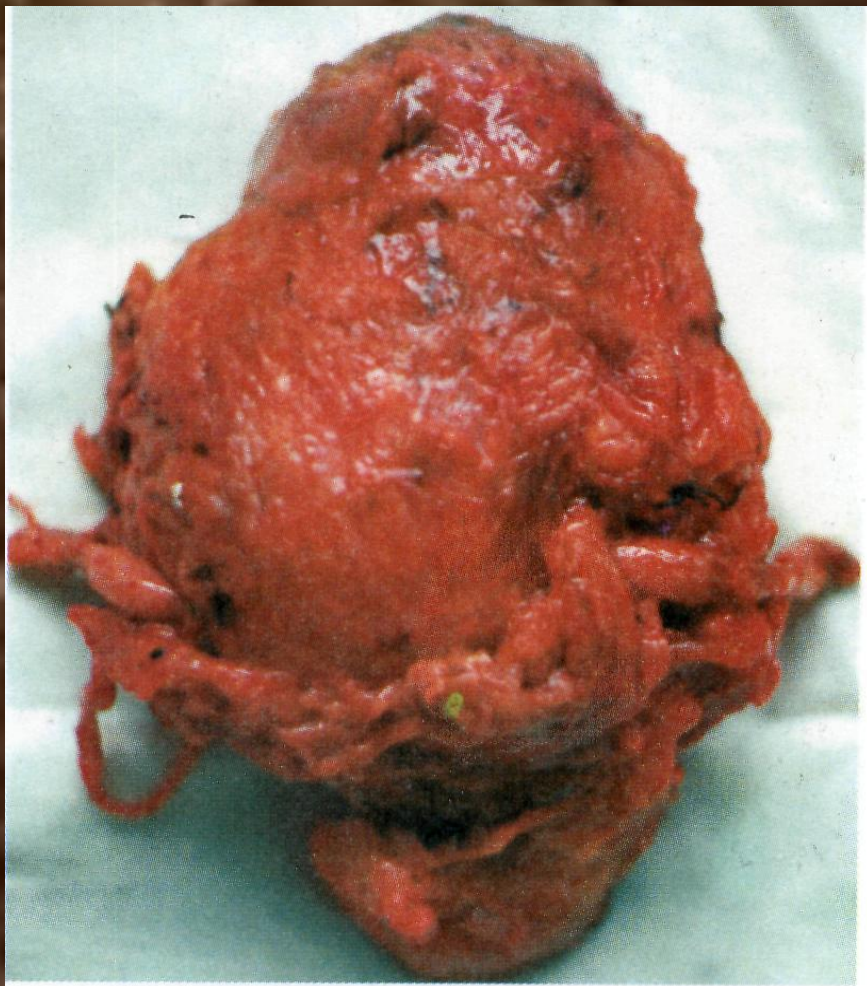
- куріння;**
- деякі професійні шкідливості.**

Особливо небезпечним вважається тривалий контакт з аніліновими барвниками.

Патологічна анатомія.

- Гістологічно 90—95 % випадків раку сечового міхура є перехідноклітинними карциномами, ще 3—5% — плоскоклітинними, а 2 % — аденокарциномами. Рідко трапляються недиференційовані карциноми, рабдоміосаркоми, саркоматоїдні та дрібноклітинні карциноми, а також лімфоепітеліоми.
- Типовою проблемою при раку сечового міхура є мультифокальність, яка вже при виявленні первинної пухлини трапляється не рідше ніж у 30 % випадків.
- Більшість випадків раку сечового міхура розвиваються на ґрунті пренеопластичних процесів (атипова гіперплазія, дисплазія слизової оболонки, особливо коли зміни мультифокальні).
- *Carcinoma in situ* оцінюється більшістю онкологів як пухлина, що має високий потенціал прогресування та інвазії стінки сечового міхура.

Макропрепарати відалених сечових міхурів, які уражені інвазивним раком.

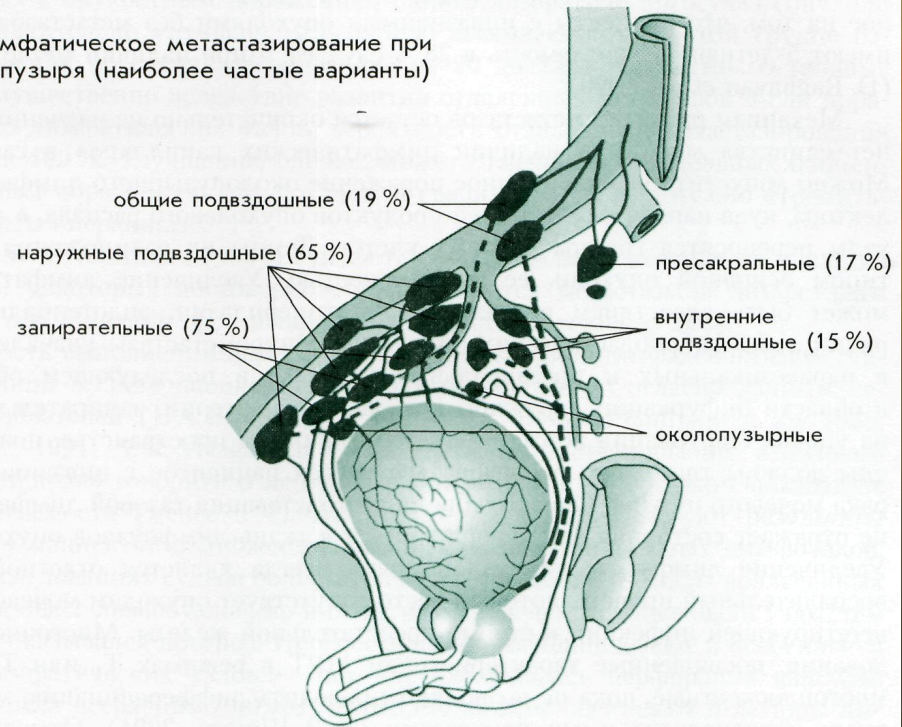


Регіонарні лімфатичні вузли.

■ До регіонарних належать лімфатичні вузли малого таза, розміщені нижче від біфуркації загальних клубових артерій.

Рис. 49

Регіонарне лімфатичне метастазування при раку мочевого пузиря (найбільш часті варіанти)



■ Категорія N не залежить від локалізації регіонарних метастазів. Класифікація стосується тільки епітеліальних пухлин.

ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ

Эпителиальные:

- папилломы,
- переходно-клеточный рак (рак уротелия),
- плоскоклеточный рак,
- аденокарциномы,
- недифференцированный рак.

Мезенхимальные:

- доброкачественные: фибромы, миксомы, лейомиомы, гемангиомы, нейрофибромы, нейриномы, феохромоцитомы
- злокачественные: лейомиосаркомы, фибросаркомы, остеохондромы, рабдомиосаркомы, ретикулоэндотелиальные опухоли.

ВТОРИЧНЫЕ ОПУХОЛИ

Прорастающие из соседних органов:

- женских гениталий,
- предстательной железы,
- толстого и тонкого кишечника.

Метастатические опухоли:

- желудка,
- грудной железы,
- бронхов,
- меланомы.

КЛАСИФІКАЦІЯ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА (код МКХ-10 C67) за системою TNM-6 (2002)

TX — недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

TO — первинна пухлина не визначається.

Ta — неінвазивна папілярна карцинома.

Tis — carcinoma in situ: "плоска пухлина".

T1 — пухлина поширюється на субепітеліальну сполучну тканину.

T2 — пухлина поширюється на м'яз.

T2a — пухлина поширюється на поверхневий м'яз (внутрішня половина).

T2b — пухлина поширюється на глибокий м'яз (зовнішня половина).

T3 — пухлина поширюється на навколومیхурову клітковину:

T3a — мікроскопічно.

T3b — макроскопічно (екстравезикальні маси).

T4 — пухлина поширюється на будь-яку з таких структур: передміхурову залозу, матку, піхву, стінку таза, черевну стінку.

T4a — пухлина поширюється на передміхурову залозу або матку, або піхву.

T4b — пухлина поширюється на стінку таза або черевну стінку.

N — регіональні лімфатичні вузли

NX — недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N0 — немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів.

N1 — метастази в одному лімфатичному вузлі до 2 см у найбільшому вимірі.

N2 — метастази в одному лімфатичному вузлі розміром понад 2 см, але до 5 см або в кількох лімфатичних вузлах розміром до 5 см у найбільшому вимірі.

N3 — метастаз у лімфатичний вузол понад 5 см у найбільшому вимірі.

M — віддалені метастази

MX — недостатньо даних для визначення віддалених метастазів.

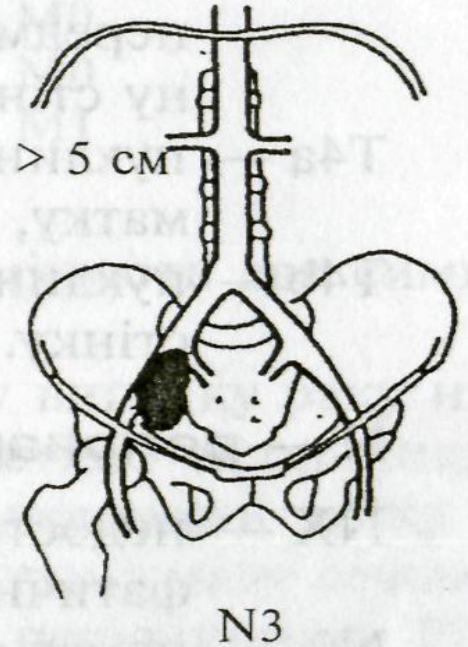
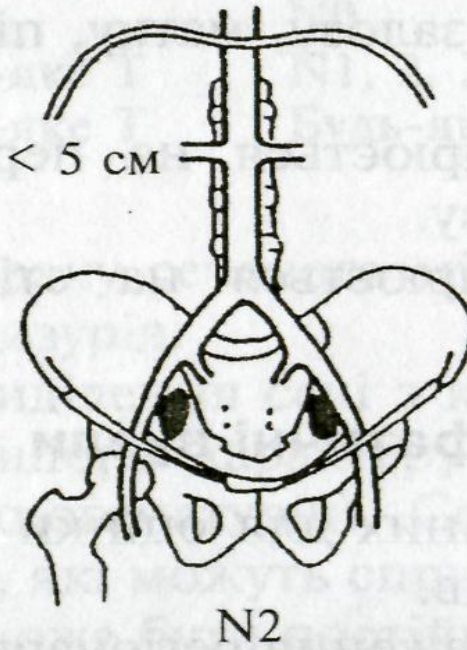
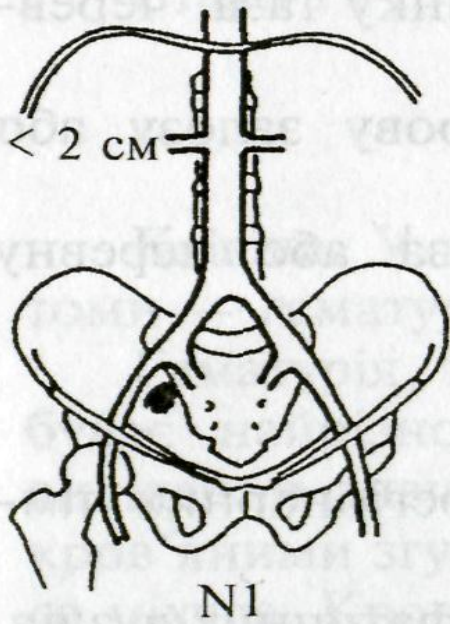
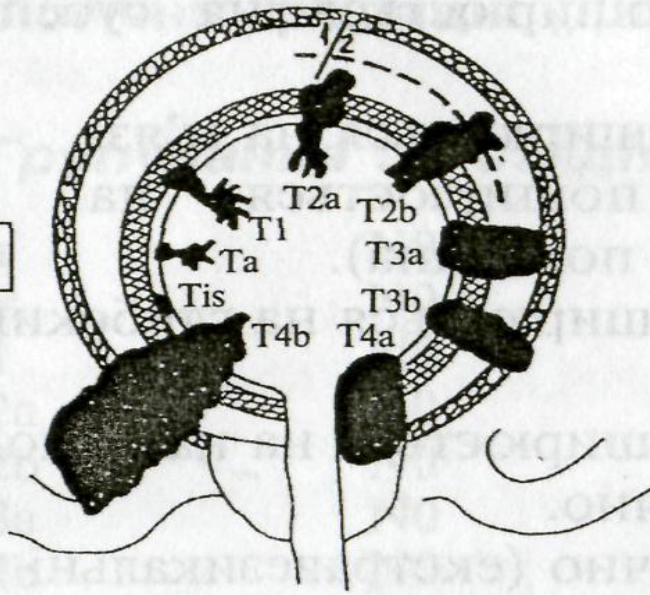
M0 — віддалені метастази не визначаються.

M1 — наявні віддалені метастази.

pTNM — патоморфологічна класифікація:

Категорії *pT*, *pN* і *pM* відповідають категоріям *T*, *N* і *M*.

$$T = pT$$



Анатомічна схема класифікації стадій раку сечового міхура

Групування за стадіями

Стадія 0a	Ta	N0	M0
Стадія 0is	Tis	N0	M0
Стадія I	T1	N0	M0
Стадія II	T2a	N0	M0
	T2b	N0	M0
Стадія III	T3a	N0	M0
	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
Стадія IV	T4b	N0	M0
	Будь-яке T	N1, 2, 3	M0
	Будь-яке T	Будь-яке N	M1

Клініка.

- У клініці раку сечового міхура домінують два симптоми — гематурія та дизурія.
- Гематурія, тобто виділення сечі з кров'ю, у випадку раку набуває найрізноманітнішого характеру. Найчастіше кров'янисті виділення значні (макрогематурія). Сеча має червоний колір із кров'яними згустками, які можуть спричинити тампонаду сечового міхура. Кровотеча може бути постійною або періодичною. Рідше спостерігається мікрогематурія.
- Ріст пухлини в сечовому міхурі супроводиться дизуричними явищами. Хворі скаржаться на біль, утруднене сечовипускання, несправжні та імперативні позиви. На пізніх стадіях раку сечового міхура утворюються нориці між міхуром і прямою кишкою. Наявність пухлини, продуктів її розпаду, кров'яних згустків, нориць спричинюють розвиток супровідного циститу, цистопієліту. Порушується функція нирок, іноді розвивається уремія.

Діагностика.

Клиническое исследование

Бимануальное исследование

Лабораторный анализ мочи и крови

Мочевина и креатинин

Ультрасонография таза, почек и печени

Цистоскопия

Экскреторная урография

Уретроцистография для визуализации простатической уретры

Базовая диагностика
опухолей мочевого
пузыря

Трансуретральная резекция

CIS, T_A, T₁

... T₂

Лікування.

- **Хірургічні методи:**

- електрокоагуляція;
- трансуретральна резекція;
- цистектомія з уретеросигмоанастомозом, або пластикою сечового міхура.

При неоперабельних пухлинах сечового міхура застосовують паліативні курси дистанційної гамма-терапії. Променева терапія використовується також у передопераційний і післяопераційний періоди.

- Найважливішим фактором, що впливає на вибір методу лікування і його завдань, є відсутність або наявність ураження м'язового шару, що дозволяє розділити так звані поверхневі та глибокі форми раку сечового міхура. При поверхневих формах (Ta, Tis, T1) застосовується **трансуретральна резекція**, що дає можливість зберегти сечовий міхур, тобто не погіршує якості життя хворих. Але виявляється, що після такого лікування є високий ризик рецидивів (у 50—80 % хворих), хоча прогресування у вигляді проростання в м'язовий шар розвивається лише в 10—25 % випадків. Тому при поверхневих формах раку сечового міхура головне завдання лікування — запобігання рецидивам і прогресуванню.
- З цією метою проводять додаткову (ад'ювантну) терапію шляхом внутрішньоміхурового введення імунотерапевтичних або цитостатичних агентів. Нині методом вибору при поверхневих формах раку сечового міхура є внутрішньоміхурове застосування **мітоміцину**, що дозволяє зменшити частоту рецидивів майже вдвічі. Внутрішньоміхурова хімотерапія іншими цитостатиками (**доксорубіцин, тіотеп**) зменшує кількість рецидивів на 10—30 %

✓ При проростанні в м'язовий шар є високий ризик наявності віддалених метастазів уже в момент виявлення пухлини, через що завданням лікаря в цих випадках є не тільки місцеве лікування, але й системне. Методом вибору є системна хіміотерапія після (*ад'ювантна*) чи до (*неoad'ювантна*) радикального хірургічного втручання.

✓ Найефективнішими є комбінації **M-VAC** (метотрексат + вінбластин + доксорубіцин + цисплатин) та **CMV** (цисплатин + вінбластин + метотрексат).

✓ Важливу роль при інвазивних формах раку сечового міхура відіграє променева терапія, яка в багатьох хворих дає можливість зберегти сечовий міхур, не погіршуючи, порівняно з хірургічним методом, якості життя хворих.

- **Прогноз.** Найчастіше несприятливий. П'ятирічне виживання становить 36 %, десятирічне — 20 %. При оптимальному сучасному лікуванні хворих на рак сечового міхура п'ятирічне виживання становить при II стадії 60—85 %, при III — 50—75 % (T3a) або 15—50 % (T3b), а за наявності регіонарних метастазів (IV стадія) - 0-25 %.
- **Відновне лікування** спрямоване на поліпшення функції сечового міхура, ушкодженого хворобою та лікуванням. Особливої уваги вимагає лікування інфекційних ускладнень — циститу, цистопієліту, ниркової недостатності, уремії та запобігання їм.

A vibrant tropical beach scene featuring a white hammock strung between two tall palm trees. The background shows a clear turquoise ocean, a sandy beach, and several thatched-roof huts on stilts. The sky is bright blue with scattered white clouds. The text 'Дякую за увагу!' is overlaid in a stylized yellow font with a black outline.

Дякую за увагу!