

## Онкоурологическое направление деятельности городской клинической урологической больницы № 47 г. Москвы

В.А. Максимов, В.И. Борисик, К.И. Забиров, И.И. Трачук, В.Ю. Мусаков

Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

Актуальность онкоурологических заболеваний обусловлена их широким распространением, частой инвалидизацией, высокой смертностью и снижением качества жизни больных.

Рак почки (РП) занимает 1-е место по заболеваемости и смертности среди онкоурологических заболеваний и составляет 3% всех злокачественных опухолей у взрослых. Заболеваемость РП находится на 3-м месте по приросту заболеваемости. У мужчин РП диагностируется в 2 раза чаще, чем у женщин.

Известно, что к моменту установления диагноза злокачественного новообразования у 25–30% больных выявляются отдаленные метастазы; у 40–50% пациентов метастазы выявляются при последующем наблюдении (у 80% — в первый год наблюдения).

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости и стоит на 1-м месте в США, на 2–3-м местах — в ряде европейских стран.

Заболеваемость РПЖ (на 100 000 населения) составляет в США среди афроамериканцев — 116, среди белых мужчин — 71; в европейских странах — 20–50; в Индии, Китае, Японии — менее 10.

В структуре онкологической заболеваемости России РПЖ занимает 4-е место, уступая раку легкого, желудка и кожи. Прирост РПЖ за последние 10 лет составил 103%. В 2003 г. диагностировано

13 000 новых случаев РПЖ [1]. В США РПЖ занимает 2-е место в структуре онкологических заболеваний у мужчин, в 2006 г. выявлено 234 500 новых случаев РПЖ [2].

Увеличение числа больных РПЖ, по-видимому, обусловлено внедрением скрининговых программ с определением уровня простатического специфического антигена в сыворотке крови, позволяющих выявлять РПЖ на ранних стадиях [3].

Московская урологическая служба проводит аналогичную скрининговую программу на базе ГКУБ № 47 с 2004 г.

Рост заболеваемости и смертности от РПЖ в России (на 100 000 населения) за период 1990–2000 гг. представлен на рис. 1.

Значительное место среди онкоурологических заболеваний занимает рак мочевого пузыря (РМП), при этом наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у лиц мужского пола (рис. 2).

Несмотря на достижения медицины, в нашей стране IV стадия РМП выявляется в 11,6–15,1% наблюдений. При этом доля больных с поверхностной формой рака (I стадия) составляет лишь 20–30%, в противоположность зарубежным данным, в соответствии с которыми I стадия РМП диагностируется в 80% наблюдений [4].

Отечественная система организации медицинской помощи онкоурологическим больным предусматривает преемственность урологической и онкологической помощи больным злокачественными новообразованиями, которая включает высокотехнологичную хирургию и разновидности химио- и лучевой терапии, проведение реабилитационных мероприятий и социальной адаптации больных. С 2004 г. ГКУБ № 47 оказывает медицинскую помощь онкоурологическим больным силами специалистов-урологов, получивших специальную подготовку по онкологии в профильных высших учебных и научных учреждениях, подтвержденную наличием соответствующего сертификата.

В рамках настоящей статьи приводятся результаты анализа объема и характера медицинской помощи онкоурологическим больным в ГКУБ № 47 за 2006 г.

Всего в 2006 г. в ГКУБ № 47 проведено обследование и лечение 565 больных злокачественными

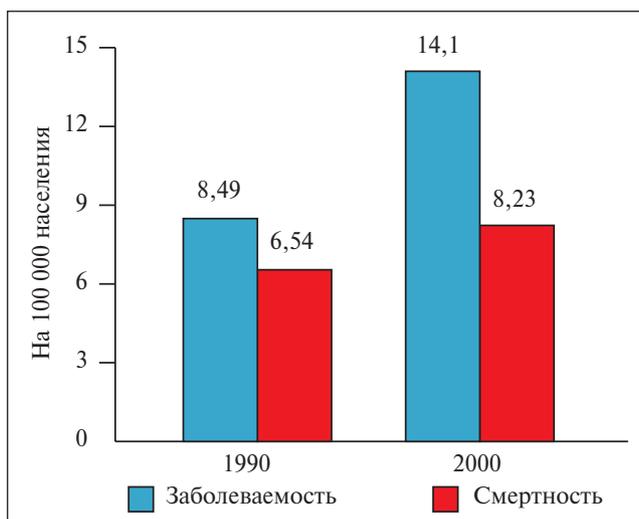


Рис. 1. РПЖ в России

онкоурологическими заболеваниями; мужчин — 418 (73,98%), женщин — 147 (26,02%).

358 больным выполнено 391 оперативное вмешательство, при этом развитие осложнений в послеоперационном периоде констатировано в 7 (1,95%) наблюдениях.

Данные по нозологическим формам онкоурологических заболеваний у 565 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ГКУБ № 47 в 2006 г., представлены в таблице.

Как видно из представленных данных, более половины (52,7%) онкоурологических пациентов составляли больные РПЖ, на 2-м месте (31,7%) — РМП.

Обследование онкоурологических больных осуществляется с помощью современных клинических, лабораторных, морфологических, рентгенологических и компьютерных методов исследования. Такие высокотехнологичные методики, как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), выполнялись в ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ № 15, НИИ урологии № 3 РФ.

Далее представлен детальный анализ объема и характера медицинской помощи по каждой нозологической единице.

#### Рак почки

Всего проведено лечение 80 больных РП (мужчины — 50, женщины — 30) в возрасте от 36 до 81 года.

В соответствии с Международной классификацией по стадиям и классификацией по системе TNM состав больных представлен следующим образом: I стадия — 39 (48,8%), II стадия — 22 (27,5%), III стадия — 8 (9,9%), IV стадия — 11 (13,8%); T1 — 39 (48,7%), T2 — 27 (33,7%), T3 — 11 (13,7%), T4 — 3 (3,7%); метастазы в лимфоузлы (N+) — 8, отдаленные метастазы (M1) — 5.

Обращает на себя внимание большое число пациентов с местно-распространенными опухолями, с инвазией в почечную или нижнюю полую вену у 19 (23,7%) пациентов, что связано, по-видимому, с поздним обращением больных за медицинской помощью.

Объем предоперационной подготовки больных включал лабораторные исследования, рентгенографию легких и костей скелета, обзорную и экскреторную урографию, ультра-

звуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства. С целью уточнения местного распространения опухоли, состояния магистральных сосудов и зон регионарного лимфооттока использовалась КТ с болюсным контрастированием. Проводилось исследование секреторной и экскреторной функций контралатеральной почки (динамическая нефросцинтиграфия или изотопная ренография). Многим больным с сопутствующими заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, сахарный диабет) требовалась специальная подготовка с учетом рекомендаций терапевта, эндокринолога, анестезиолога-реаниматолога. Учитывая монопрофильность ГКУБ № 47, некоторые больные ввиду выраженных интеркуррентных заболеваний были переведены для лечения в многопрофильный онкологический стационар.

Характер и объем проведенного лечения больных РП ( $n=77$ ) были следующими: нефрэктомия (в том числе с парааортальной лимфаденэктомией — 12) — 53, резекция почки — 10, тромбэктомия нижней полой вены — 1, селективная ангиография, эмболизация правой почечной артерии — 1. Таким образом, радикальное оперативное вмешательство (простая, расширенная и комбинированная нефрэктомия) выполнено у 63 (78,8%) больных, паллиативное (эмболизация правой почечной артерии) — у одного пациента. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Не оперированы ввиду выраженных интеркуррентных заболеваний, раковой кахексии, инто-

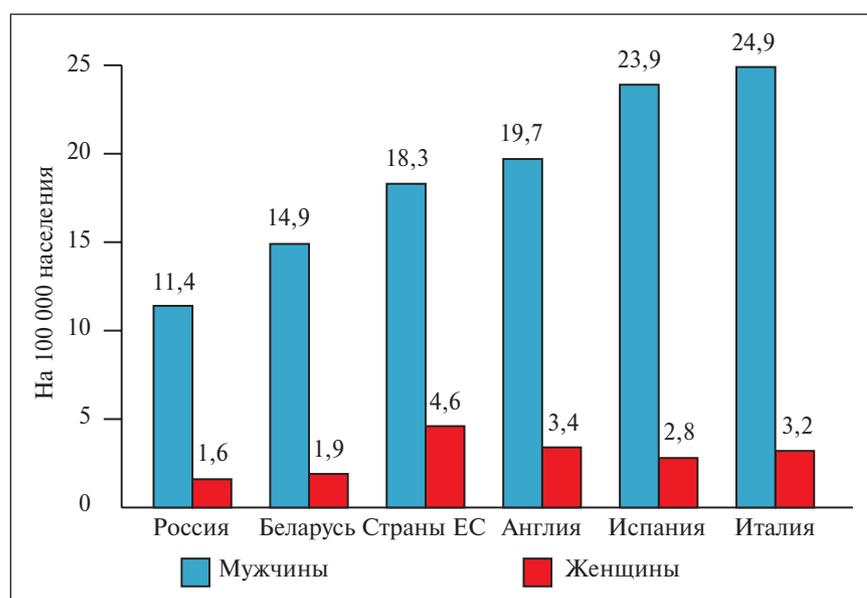


Рис. 2. Заболеваемость РМП в некоторых странах мира

ксикации, обусловленной IV стадией заболевания, 7 больных, переведены в специализированный онкологический стационар (двусторонний синхронный РП) — 3.

**Рак мочевого пузыря**

В 2006 г. медицинская помощь была оказана 179 больным РМП (мужчины — 148, женщины — 31) в возрасте от 20 до 83 лет. Значительную долю больных РМП составляли пациенты пожилого и старческого возраста, что диктует необходимость применения эндоскопических и органосохраняющих операций как компонента комбинированного и комплексного лечения, поскольку часто радикальную цистэктомию у данной категории больных выполнить не представляется возможным в связи с сопутствующей патологией и тяжелым соматическим состоянием.

По стадиям РМП состав больных был следующим: I стадия — 131 (73,2%), II стадия — 26 (14,5%), III стадия — 18 (10,0%), IV стадия — 4 (2,2%); T1, Ta, Tis — 130 (72,6%), T2 — 25 (13,9%), T3 — 15 (8,3%), T4 — 6 (3,4%); рецидивы — 16 (8,9%), метастазы в лимфоузлы (N+) — 2, отдаленные метастазы (M1) — 1.

Из 179 больных РМП первично поступили 82 (45,8%), повторно (для контрольного обследования и лечения) — 97 (54,1%).

Обследование и подготовка больных РМП к операции или/и консервативным методам лечения проводилась по общему принципу онкологического и урологического обследования и включала лабораторные исследования, рентгенографию легких, экскреторную урографию с нисходящей цистографией, цистоскопию, УЗИ брюшной полости и малого таза, по показаниям — КТ малого таза или МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства.

Объем и характер лечения больных РМП (n=179) были следующими. Оперативное вмешательство: трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря — 77, радикальная цистэктомию, операция Брикера — 1, резекция мочевого пузыря, под-

здошно-обтураторная лимфаденэктомия — 2; контрольная фотодинамическая цистоскопия, биопсия мочевого пузыря — 48; контрольная цистоскопия, биопсия мочевого пузыря — 115. Всего выполнено 243 различных вмешательства.

Развитие интраоперационных и послеоперационных осложнений наблюдалось у 5 (2,8%) больных: перфорация мочевого пузыря — у 1, кровотечение — у 1, инфаркт миокарда — у 1, острый пиелонефрит — у 2.

В 2006 г. смертельный исход в стационаре наблюдался у двух больных РМП, которые поступили в крайне тяжелом состоянии. Оперативное лечение им не проводилось. Причинами смерти явились раковая кахексия, интоксикация, обусловленная IV стадией заболевания.

Другие виды лечения больных РМП: внутривезикулярная иммунотерапия — 29 больных, внутривезикулярная химиотерапия — 29, системная химиотерапия в качестве комбинированного лечения после оперативного лечения — 5, лучевая терапия по радикальной программе — 4.

**Рак предстательной железы**

На базе консультативно-диагностического отделения и стационара № 47 в 2006 г. 1169 больным с повышенным уровнем ПСА выполнена промежуточная полифокальная биопсия предстательной железы и диагностировано 298 (25,5%) случаев РПЖ у больных в возрасте от 57 до 80 лет. Распределение по стадиям РПЖ было следующим: I стадия — 28 (9,4%) больных, II стадия — 55 (18,4%), III стадия — 110 (36,9%), IV стадия — 30 (10,0%); T1 — 34, T2 — 50, T3 — 115, T4 — 26; метастазы в лимфоузлы (N+) — 10, отдаленные метастазы (M1) — 18.

При обследовании больных РПЖ использовались лабораторные исследования, рентгенография органов грудной клетки, костей таза, грудного и поясничного отделов позвоночника, радиоизотопная сцинтиграфия костей скелета, УЗИ органов малого таза, почек, печени, определение исходного уровня ПСА.

Объем и характер лечения больных РПЖ (n=298) были следующими. Оперативное вмешательство: двусторонняя орхиэктомия — 35, паллиативная ТУР предстательной железы — 8, радикальная простатэктомию — 22, троакарная эпицистостомия — 9; гормональная (эндокринная) терапия в онкологическом диспансере по месту жительства — 78; лучевая терапия по радикальной программе (в онкодиспансе-

*Нозологические формы онкоурологических заболеваний*

Нозологическая форма	Число больных	
	абс.	%
РП	80	14,4
Рак лоханки почки и рак мочеточника	8	1,4
РМП	179	31,7
РПЖ	298	52,7
Итого	565	100

ре/стационаре) — 31; интерстициальная лучевая терапия (брахитерапия) — 3. Всего выполнено 186 различных вмешательств.

Остальные пациенты (112; 37,6%) направлены для лечения и дальнейшего наблюдения в онкологические учреждения.

Летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

Анализ медицинской помощи, оказанной в 2006 г. в ГКУБ № 47 онкоурологическим больным, подтверждает мнение исследователей о том, что в настоящее время РПЖ занимает одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости.

Так, в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России РПЖ составляет 6,9%, среди онкоурологических больных ГКУБ № 47 в 2006 г. больные раком этой локализации составили 52,7% наблюдений.

О медико-социальной значимости РПЖ свидетельствуют также показатель заболеваемости на 100 000 мужского населения — 18,12; прирост заболеваемости к настоящему времени — 131,39 (1-е место), среднегодовой прирост — 8,75%; показатель смертности на 100 000 мужского населения — 9,52; прирост показателя смертности за последние 10 лет — 62,99%; среднегодовой темп прироста — 5,01%.

По последним данным, локализованный РПЖ (I—II стадии) встречается в 35,5% случаев (в Москве — в 49%), местно-распространенный

РПЖ (III стадия) — в 38,4% (в Москве — 30,7%), метастатический РПЖ (IV стадия) — в 22,7% (в Москве — 18,4%).

В ГКУБ № 47 в 2006 г. 1169 пациентам выполнена промежностная биопсия предстательной железы, при этом у 298 из них верифицирован РПЖ. Обращает на себя внимание тот факт, что у 169 (56,7%) из них выявлены III—IV стадии заболевания.

По результатам последующего динамического наблюдения установлено, что патогенетическая терапия данной категории больных проводится лишь через 1—1,5 мес после верификации диагноза и выписки из стационара, что оказывает негативное влияние на прогноз выживаемости пациентов. Указанное обстоятельство обуславливает необходимость назначения соответствующих лечебных препаратов данной категории больных в условиях стационара сразу после получения гистологического подтверждения диагноза РПЖ.

Таким образом, основными задачами в решении проблемы онкоурологической патологии являются профилактика и раннее выявление злокачественных новообразований, что включает скрининг, лечение и реабилитацию больных. Для решения этой задачи в ГКУБ № 47 постоянно проводится работа по материально-техническому обеспечению учреждения, повышению уровня специальных знаний врачей-урологов и усилению преемственности в деятельности урологических и онкологических учреждений.

### Литература

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и половых органов в России. Онкоурология. 2005;(1): 12—5.
2. Cancer: Facts and Figures 2006. American Cancer Society. 2006.
3. Аляев Ю., Безруков Е., Крупинов Г. и др. Качество жизни больных локализованным раком простаты. Врач 2007; Спец. выпуск: 4—9.
4. Лопаткин Н.А., Аполихин О.И., Чернышов И.В. Онкология и урология — связь между специальностями. Онкоурология. Мат. I конгресса Рос. об-ва онкологов. М., 4—5 октября 2006. с. 13—4.

### Уважаемые онкоурологи!

Сайт Российского общества онкоурологов (РООУ) [www.roou.ru](http://www.roou.ru) приглашает вас к активному сотрудничеству.

На сайте вы можете знакомиться с деятельностью и планами РООУ, регистрироваться для участия в мероприятиях организации, читать номера журнала «Онкоурология», следить за новостями из области онкоурологии и информацией о российских клиниках, оказывающих квалифицированную помощь пациентам с онкоурологическими заболеваниями. Если вы хотите, чтобы информация о ваших клинике, отделении, кафедре была опубликована на сайте [www.roou.ru](http://www.roou.ru), можете прислать ее по e-mail: [roou@roou.ru](mailto:roou@roou.ru).

В 2008 г. мы планируем публиковать научно-практические материалы российских и зарубежных авторов, рекомендации и стандарты, выработанные зарубежными институтами и организациями. Кроме того, будет открыт форум, где вы сможете общаться, делиться профессиональным опытом, задавать вопросы коллегам.

Ждем ваших пожеланий, замечаний.

До встречи на сайте [ROOU.ru](http://ROOU.ru)!