

Опухоли верхних мочевыводящих путей: 23-летний опыт одной клиники

В.Б. Матвеев, М.И. Волкова, С.В. Афонин, В.А. Романов

Отделение урологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Сергей Валентинович Афонин asv2931@yandex.ru

Единственный фактор, самостоятельное влияние которого на общую выживаемость показано в нашей серии наблюдений, — радикальность операции ($p < 0,0001$), это подчеркивает значимость качества хирургического лечения для прогноза пациентов. Хирургический доступ и операционный объем должны определяться индивидуально, исходя из локализации, размеров и предположительных патоморфологических характеристик опухоли. Правильный выбор хирургической тактики служит залогом полного удаления всех пораженных тканей. Эффективность неoadъювантной и адъювантной химиотерапии при опухолях лоханки и мочеточника не доказана. Результаты нашего исследования не подтвердили влияния дополнительного лечения на выживаемость.

Ключевые слова: опухоли почечной лоханки и мочеточника, новообразования верхних мочевыводящих путей

Upper urinary tract tumors: 23-year experience of a clinic

V.B. Matveev, M.I. Volkova, S.V. Afonin, V.A. Romanov

Department of Urology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The only factor that demonstrates its independent influence on overall survival in our series of observations is surgical radicality ($p < 0.0001$). This conclusion underlines the importance of the quality of surgical treatment for the prognosis of the disease. Surgical access and scope should be individually determined by the site, sizes, and hypothetical pathomorphological characteristics of a tumor. Correct choice of surgical tactics serves as a pledge to completely remove all afflicted tissues. The efficiency of neoadjuvant and adjuvant chemotherapy for pelvic and ureteral tumors has not been proven. The additional treatment has failed to affect survival in this study.

Key words: tumors of the renal pelvis and ureter, upper urinary tract neoplasms

Введение

Опухоли почечной лоханки и мочеточника относительно редки, в связи с чем затруднено проведение исследований, посвященных изучению этой достаточно разнородной группы новообразований. Большая часть информации о клинической картине, диагностических признаках и результатах лечения больных уротелиальным раком лоханки и мочеточника носит описательный характер. До настоящего времени отсутствуют стандарты лечения этой категории пациентов, основанные на данных доказательной медицины.

Цель исследования — обобщение и анализ опыта лечения больных с опухолями верхних мочевыводящих путей (ВМП), накопленного в крупном клиническом центре за более чем 20-летний период.

Материалы и методы

В исследование включены данные 95 больных с опухолями ВМП, находившихся на учете в РОНЦ им. Н.Н. Блохина с 1985 по 2008 г. Из них мужчин — 73 (76,8%), женщин — 22 (23,2%); соотношение 3:1. Медиана возраста $59,0 \pm 12,8$ (27–80) года.

Жалобы, обусловленные основным заболеванием, предъявляли 75 (78,9%) пациентов. У больных отмечались гематурия (51,6%), боль в пояснице (22,1%), дизурия (14,7%), слабость (12,6%), лихорадка (8,4%), пальпируемая увеличенная почка (8,4%), боль в животе (4,2%), червеобразные кровяные сгустки в моче (2,1%). Средняя длительность наблюдения симптомов от момента их возникновения до обращения к врачу составила $5,1 \pm 8,4$ (0–47) мес.

Первичный диагноз опухоли ВМП установлен 60 (60,3%) пациентам, опухоли почечной паренхимы — 27 (28,4%) (с опухолевым тромбозом нижней полой вены — 1), рака мочевого пузыря (РМП) — 8 (8,4%) больным. Клинически метастазы в регионарные лимфатические узлы (ЛУ) диагностированы в 18 (19,0%) случаях, имплантационные метастазы в мочевой пузырь — в 22 (23,2%). Отдаленных метастазов не было ни в одном наблюдении.

Всем больным проводилось специфическое лечение: хирургическое — 78 (82,1%), комбинированное — 17 (17,9%). Объем хирургических вмешательств определялся первичным диагнозом. В 26 (27,3%) случаях выполнены операции неадекватного объема: трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря (8,4%) или нефрэктомия (18,9%). Из 95 операций число радикальных вмешательств составило 67 (70,5%) (табл. 1).

В разные сроки после начала лечения (1–108 мес) 9 (9,5%) больным, ранее подвергнутым операциям неадекватного объема, после установления диагноза опухоли ВМП выполнены повторные хирургические вмешательства: нефроуретерэктомия, ТУР мочевого пузыря — в 4 (4,3%) случаях, нефроуретерэктомия, цистэктомия, операция Бриккера — в 1 (1,1%), экс-

тирпация культи мочеточника, цистэктомия, операция Бриккера — в 1 (1,1%), резекция мочеточника — в 2 (2,1%), ТУР нижней трети мочеточника, мочевого пузыря — в 1 (1,1%). Из 9 вмешательств 8 (88,9%) были радикальными.

Консервативные методы лечения, применявшиеся у 17 (17,9%) пациентов, включали химиотерапию в 12 (12,6%), лучевую — в 4 (4,2%) и химиолучевую — в 1 (1,1%) случае. В 3 (3,2%) наблюдениях проводилась неoadьювантная, в 7 (7,4%) — адьювантная, еще в 7 (7,4%) — послеоперационная терапия. При назначении химиотерапии использовались режимы: CMV (цисплатин, метотрексат, винбластин) — у 3 (3,2%), M-VAC (метотрексат, винбластин, доксорубин, цисплатин) — у 5 (5,3%), GC (гемцитабин, цисплатин) — у 2 (2,1%), гемцитабин — у 1 (1,0%), карбоплатин — у 2 (2,1%) пациентов. Среднее число курсов составило 3 (2–4). Облучение проводилось на пораженную половину забрюшинного пространства: в неoadьювантном режиме до суммарной дозы 20 Гр у 3 (3,2%) больных, после операции в дозах 30 или 40 Гр у 2 (2,1%) пациентов.

Продолжительность жизни оценивали с первого дня лечения рака ВМП до последнего дня наблюдения или смерти. Общую и специфическую выживаемость оценивали по методу Каплана–Майера. Различия выживаемости в группах определяли с помощью log-rank-теста. Для выявления прогностически значимых для выживаемости факторов использовали одно- и многофакторный регрессионный анализ Cox.

Результаты

Медиана длительности хирургического вмешательства составила $150,0 \pm 81,2$ (45–490) мин; медиана объема кровопотери $500,0 \pm 1542$ (50–11 000) мл. Продолжительность и объем кровопотери зависели от вида операции. Использование трансуретрального доступа достоверно уменьшало длительность нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря с $159,0 \pm 66,7$ до $205,4 \pm 124,8$ мин ($p=0,010$) и не оказывало влияния на объем кровопотери ($p=0,100$). Лимфодиссекция даже у пациентов с макроскопически определяемыми метастазами не приводила к клинически значимому увеличению длительности операции ($p=0,239$) и объема кровопотери ($p=0,770$).

Интраоперационные осложнения зарегистрированы у 5 (5,3%) больных: травма селезенки — у 1 (1,1%), повреждение печени — у 1 (1,1%), кровотечение — у 3 (3,1%). Показатель послеоперационных осложнений составил 29,5% (28 из 95 пациентов). Послеоперационные осложнения вызвали необходимость повторного хирургического вмешательства в 6 (6,5%) случаях, консервативного лечения — в 22 (15,8%).

Используемые режимы химиотерапии были умеренно токсичны и переносились больными удовлетворительно. Гематологическая токсичность отмечена у 12

Таблица 1. Объем хирургического вмешательства у пациентов с опухолями ВМП ($n=95$)

Операция	Всего (%)	Из них радикальные (%)
Нефроуретерэктомия с резекцией мочевого пузыря	58 (61,1)	51 (53,7)
Открытая	56 (58,9)	49 (51,6)
Лапароскопическая	2 (2,2)	2 (2,1)
С эндоскопической резекцией мочевого пузыря	21 (22,1)	21 (22,1)
С открытой резекцией мочевого пузыря	37 (39,0)	30 (31,6)
С забрюшинной ЛАЭ	20 (21,1)	15 (15,8)
Без ЛАЭ	38 (40,0)	36 (37,9)
Резекция мочеточника	10 (10,5)	10 (10,5)
Средней трети, анастомоз «конец в конец»	2 (2,1)	2 (2,1)
Нижней трети, мочевого пузыря, уретероцистоанастомоз	7 (7,3)	7 (7,3)
Нижней трети, мочевого пузыря, операция Боари	1 (1,1)	1 (1,1)
С забрюшинной ЛАЭ	1 (1,1)	1 (1,1)
С забрюшинной и тазовой ЛАЭ	1 (1,1)	1 (1,1)
Без ЛАЭ	8 (8,4)	8 (8,4)
ТУР мочевого пузыря	8 (8,4)	0 (0,0)
Нефрэктомия	18 (18,9)	6 (6,3)
С забрюшинной ЛАЭ	8 (8,4)	3 (3,15)
Без забрюшинной ЛАЭ	10 (10,5)	3 (3,15)
С тромбэктомией	1 (1,1)	1 (1,1)
Эксплоративная лапаротомия, биопсия опухоли	1 (1,1)	0 (0,0)
<i>Итого</i>	95 (100)	67 (70,5)

Примечание. ТУР — трансуретральная резекция, ЛАЭ — лимфаденэктомия.

(92,3%) пациентов, из них III–IV степени — у 3 (23,1%); негематологическая — у 10 (76,2%) из 13 больных, получавших химиотерапию: тошнота и рвота — у 10 (76,2%), алопеция — у 3 (23,1%). Осложнения облучения развились в 1 случае (тошнота и рвота I–II степени).

У 8 больных с исходным диагнозом РМП медиана времени до выявления первичной опухоли составила 27,9 (7–108) мес. В 27 случаях диагноз рака почечной паренхимы опровергнут при гистологическом исследовании удаленной почки.

Рак лоханки диагностирован у 65 (68,4%) пациентов; рак мочеточника — у 30 (31,6%): верхняя треть — 1 (1,1%), средняя треть — 3 (3,2%), нижняя треть — 25 (26,3%), тотальное поражение — 1 (1,1%) случай. Гистологически у всех выявлен переходноклеточный рак уротелия. У 1 больного, подвергнутого нефрэктомии, тромбэктомии, в удаленной почке обнаружено 2 опухолевых узла, один из которых имел

строение переходно-клеточного рака, 2-й — почечно-клеточного светлоклеточного рака; тромб, а также удаленные ЛУ содержали клетки почечной аденокарциномы. В табл. 2 приведена патоморфологическая стадия всех опухолей. Частота выявления инвазивных ($p=0,030$) низкодифференцированных ($p=0,041$) новообразований при поражении лоханки достоверно выше, чем мочеточника. Во всех случаях в материале, удаленном во время ТУР мочевого пузыря, инвазии опухоли в мышечный слой не выявлено ($pT < T2$).

Полный лечебный эффект достигнут только у радикально оперированных больных — у 67 (70,5%) из 95. Консервативное лечение после нерадикальных операций привело к кратковременной стабилизации (2,5–4 мес) в 3 (3,2%) и оказалось неэффективно в 4 (4,2%) случаях из 7 (7,4%).

Рецидивы заболевания развились у 19 (28,4%) из 67 больных, подвергнутых радикальным операциям

Таблица 2. Локализация, патоморфологическая стадия и степень анаплазии опухолей ВМП у пациентов (n=95)

Характеристика	Локализация опухоли				p	Всего	
	Лоханка		Мочеточник				
	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%
pT1	13	20,0	11	36,7	0,030	24	25,3
pT2	18	27,7	13	43,3		31	32,6
pT3	21	32,3	4	13,3		25	26,3
pT4	13	20,0	2	6,7		15	15,8
pN0	47	72,3	24	80,0	0,395	71	74,7
pN1	7	10,8	4	13,3		11	11,6
pN2	11	16,9	2	6,7		13	13,7
Рецидивы в МП							
нет	46	70,8	19	63,3	0,310	65	68,4
есть	19	29,2	11	36,7		30	31,6
G ₁	3	4,6	7	23,3	0,003 (G ₁)	10	10,5
G ₂	26	40,0	15	50,0	0,041 (G ₃)	41	43,2
G ₃	23	35,4	8	26,7		31	32,6
G _x	13	20,0	0	0,0		13	13,7
Итого	65	100	30	100		95	100

Примечание. МП — мочевого пузыря.

адекватного объема, в среднем через 19,9 (1–84) мес после лечения. Местный рецидив в забрюшинном пространстве диагностирован у 1 (1,5%), имплантационные метастазы в мочевом пузыре — у 13 (19,4%), отдаленные метастазы — у 2 (3,0%) (легкие — 1, легкие и кости — 1), комбинация забрюшинного рецидива, отдаленных метастазов в легкие и имплантационных метастазов в мочевом пузыре — у 3 (4,5%) пациентов. Всем 13 больным с имплантационными метастазами выполнена ТУР мочевого пузыря. Двум пациентам с отдаленными метастазами проводили химиотерапию, основанную на гемцитабине и цисплатине. Всем 4 пациентам с забрюшинными рецидивами проводилась симптоматическая терапия.

При медиане наблюдения $49,2 \pm 11,2$ мес 63 (66,3%) пациента живы, из них 60 (63,2%) — без признаков болезни, 3 (3,1%) — с метастазами; 32 (33,7%) пациента умерли: 25 (26,3%) — от рака, 2 (2,1%) — не от рака, с метастазами, 2 (2,1%) — от осложнений лечения, 3 (3,2%) — от причин, не связанных с основным заболеванием.

Пятилетняя безрецидивная, специфическая и общая выживаемость в группе составили 64,2; 74,2 и 70,5% соответственно. Однофакторный анализ продемонстрировал неблагоприятное влияние на общую выживаемость пациентов с категориями

pT>T2, pN+ и M+. Отмечено преимущество 5-летней общей выживаемости при локализации первичной опухоли в мочеточнике по сравнению с раком лоханки (84,3 и 64,1% соответственно, $p=0,060$). Согласно многофакторному анализу данные признаки не достигли самостоятельной прогностической значимости (табл. 3). Применение органосохраняющего лечения не приводило к уменьшению продолжительности жизни. Лимфодиссекция (при категории как cN0, так и cN+), а также проведение неoadъювантной и адъювантной терапии общую выживаемость не улучшали. Единственным фактором, продемонстрировавшим самостоятельную прогностическую значимость, является радикальность операции, ассоциированная с увеличением медианы общей выживаемости с 25,6 до 84,6 мес ($p<0,0001$) (см. табл. 3).

Обсуждение

Опухоли почечной лоханки и мочеточника относительно редки и составляют около 5% всех новообразований уротелия. По данным литературы, опухоли мочеточника встречаются в 4 раза реже новообразований почечной лоханки [1]. В нашей серии наблюдений рак лоханки и мочеточника диагностировали в соотношении 2:1.

Таблица 3. Общая выживаемость пациентов с опухолями ВМП в зависимости от пола, возраста, характеристик опухоли и вида лечения

Фактор	5-летняя общая выживаемость	P	
		ОФ	МФ
Пол			
мужской	70,8	0,527	0,800
женский	68,8		
Возраст			
< 70 лет	75,0	0,060	0,888
≥ 70 лет	56,6		
ASA 1–2	74,4	0,280	0,533
ASA 3–4	63,5		
Жалобы			
есть	89,2	0,115	0,780
нет	65,4		
Рак лоханки	64,1	0,060	0,212
Рак мочеточника	84,3		
pT1–2	80,7	0,004	0,280
pT3–4	56,9		
pN0	79,4	< 0,0001	0,630
pN+	45,5		
Нет уротелиального рецидива в МП	75,5	< 0,0001	0,473
Есть уротелиальный рецидив в МП	60,3		
G ₁₋₂	88,6	0,780	0,197
G ₃	64,5		
Первичный диагноз			
правильный	71,4	0,209	0,513
неправильный	62,5		
Лечение			
органосохраняющее	85,7	0,129	0,704
органосохраняющее	68,8		
Лимфодиссекция			
проводилась	65,8	0,242	0,945
не проводилась	72,9		
Операция			
радикальная	84,6	< 0,0001	< 0,0001
нерадикальная	25,6		
С (нео)адьювантным лечением	80,8	0,828	0,510
Без такового	85,5		

Примечание. ОФ — однофакторный анализ, МФ — многофакторный анализ, МП — мочевой пузырь.

Почти 80 % опухолей ВМП вызывает развитие клинических симптомов, к наиболее распространенным из которых относятся гематурия (51,6%), боль в пояснице (22,1%) и дизурия (14,7%). Также нередко пациенты предъявляют жалобы на слабость, лихорадку и пальпируемую опухоль. Большинство симптомов — неспецифические и в равной степени могут свидетельствовать как о наличии опухоли, так и о неопухолевых заболеваниях мочевыводящих путей.

По нашим данным, частота ошибок при установлении диагноза опухоли ВМП остается высокой и достигает 39,7%. Наиболее эффективными неинвазивными методами диагностики считаются компьютерная и магнитно-резонансная томография. Частота ложноотрицательных результатов томографии достигает 59% [2]. Намного выше эффективность инвазивного эндоскопического исследования (диагностическая точность при опухолях лоханки — 86%, мочеточника — 90%) [3]. Однако уретеропиелоскопия выполняется строго по показаниям, что в итоге снижает частоту правильных первичных диагнозов при уротелиальном раке ВМП.

Наиболее распространенным гистологическим типом опухолей ВМП является переходно-клеточный рак, который обнаруживают более чем у 90% заболевших, что согласуется с нашими данными. Мы предполагаем редким наблюдением синхронного развития переходно-клеточного и почечно-клеточного рака в 1 почке. В литературе описано около 30 подобных наблюдений [4].

В нашей серии обращает на себя внимание преобладание опухолей с неблагоприятными патоморфологическими характеристиками. Так, на инвазивный рак (T2–4) пришлось 87%, опухоли G₃ — 37,8% всех наблюдений. Аналогичные результаты получены С. Murta et al., в исследовании которого данные показатели были равны 56 и 76% соответственно [5]. Уретеральные опухоли, как правило, характеризуются более агрессивным местно-инвазивным ростом, чем новообразования лоханки, что принято объяснять малой толщиной мышечного слоя стенки мочеточника [1, 5]. Однако в нашей серии наблюдений частота выявления инвазивных и низкодифференцированных новообразований при поражении лоханки, напротив, оказалась достоверно выше, чем при раке мочеточника. Мы не исключаем, что опухоль мочеточника по сравнению с опухолями лоханки раньше вызывает нарушение оттока мочи и развитие симптомов заболевания, с чем связано более раннее обращение пациентов за медицинской помощью. Это, в свою очередь, может быть причиной выявления рака мочеточника на более ранних стадиях.

Переходно-клеточные опухоли ВМП распространяются строго в каудальном направлении, что объясняет высокую частоту имплантационных метастазов в мочевой пузырь, достигающую, по некоторым дан-

ным, 75% [6]. В нашей серии синхронные опухоли мочевого пузыря выявлены у 31,6%, метакронные — у 16,8% пациентов. Нередко имплантационные метастазы расцениваются как РМП, что приводит к увеличению временного интервала до выявления и лечения первичной опухоли. По данным ряда авторов, частота поверхностного РМП в анамнезе у пациентов с опухолями ВМП колеблется от 0,002 до 2,4%, а период наблюдения до установки правильного диагноза — от 5 до 13 лет [5, 7–9]. У 8 больных из нашей серии с исходным диагнозом РМП медиана времени до выявления первичной опухоли составила 27,9 мес, при этом в 2 наблюдениях интервал между первой ТУР и обнаружением первичной опухоли был равен 9 годам. В нашем исследовании частота метастазирования в мочевой пузырь оказалась недостоверно выше при новообразованиях мочеточника, что может объясняться более коротким путем, который должны проделать опухолевые клетки, до места имплантации по сравнению с таковым при опухолях лоханки.

Раку лоханки и мочеточника свойственна лимфогенная диссеминация с первичным поражением забрюшинных ЛУ (27,7%). На поздних стадиях возможно появление отдаленных метастазов в легкие и кости (5,2%).

Единственный метод лечения опухолей ВМП с доказанной эффективностью — хирургический. Стандартным подходом к данной категории новообразований считается нефруретерэктомия. Необходимость выполнения регионарной лимфаденэктомии данной категории пациентов остается спорной. По нашим данным, лимфодиссекция не улучшает результатов лечения у пациентов как с категорией cN0, так и с категорией cN+. Аналогичные результаты получены Н. Miyake et al. [10]. Т. Kondo et al. отметили, что лимфаденэктомия не оказывает влияния на выживаемость в общей популяции пациентов ($n=169$) с опухолями ВМП. Однако выполнение расширенной забрюшинной лимфодиссекции больным с опухолями $pT>T2$ служит независимым фактором прогноза специфической выживаемости [11]. В наиболее репрезентативном исследовании, посвященном данному вопросу ($n=1130$), выявлено отсутствие различий специфической выживаемости у больных с опухолями $pT1$ при категориях $pN0$ и Nx . Отмечено достоверное уменьшение специфической выживаемости в ряду $pN+$ — pNx — $pN0$ у больных раком ВМП $pT2-4$. Авторы полагают, что выполнение лимфодиссекции при инвазивных опухолях необходимо [12]. Мы придерживаемся аналогичного мнения. Несмотря на то, что лечебная роль лимфаденэктомии не доказана, данная манипуляция позволяет осуществить адекватное стадирование и определить показания к адьювантному лечению, не увеличивая длительности операции и объема кровопотери.

Альтернативой открытому хирургическому вмешательству может служить лапароскопическая нефро-

уретерэктомия с ТУР мочевого пузыря. При коротких сроках наблюдения онкологические результаты лапароскопических операций соответствуют таковым при использовании открытого доступа [13].

В последние годы отмечается тенденция к увеличению доли органосохраняющих операций у больных с опухолями ВМП. В зависимости от локализации и размеров новообразования используются эндоскопические трансуретральные и перкутанные, а также открытые вмешательства. В нашей серии консервативный подход не приводил к снижению выживаемости. По некоторым данным, результаты органосохраняющего лечения уротелиального рака G_3 уступают нефруретерэктомии [14]. Мы не выявили подобной закономерности.

Таким образом, хирургический доступ и операционный объем должны определяться индивидуально, исходя из локализации, размеров и предположительных патоморфологических характеристик опухоли. Правильный выбор хирургической тактики служит залогом полного удаления всех пораженных тканей. Единственным фактором, оказавшим самостоятельное влияние на общую выживаемость в нашей серии наблюдений, стала радикальность операции ($p < 0,0001$), что подчеркивает значимость качества хирургического лечения для прогноза.

Эффективность неоадьювантной и адьювантной химиотерапии при опухолях лоханки и мочеточника не доказана. В нашем исследовании дополнительное лечение не оказывало влияния на выживаемость. S. Lee et al. не выявили различий в частоте рецидивов рака ВМП $pT3N0M0$ в зависимости от проведения адьювантной химиотерапии, основанной на цисплатине [15]. Исследований, посвященных изучению роли неоадьювантной химиотерапии у данной группы больных, не проводилось. При уротелиальном РМП неоадьювантная комбинированная химиотерапия, основанная на цисплатине, ассоциирована с достоверным, но крайне незначительным увеличением 5-летней выживаемости (5%) [16]. С учетом этих данных попытка проведения неоадьювантной химиотерапии может быть рекомендована только в случаях наличия массивных опухолей ВМП, вероятность радикального удаления которых низка.

В нашей серии наблюдений общая 5-летняя выживаемость в группе составила 70,5%. Однофакторный анализ продемонстрировал неблагоприятное влияние на общую выживаемость наличия категорий $pT>T2$, $pN+$ и $M+$. Это согласуется с данными большинства исследователей. Так, в работе М. Hall et al. ($n=252$) независимыми факторами прогноза выживаемости служили категория pT и возраст пациентов [17]. G. Novara et al. ($n=269$) продемонстрировали прогностическую значимость категорий pT , pN , мультифокальности роста и РМП в анамнезе [18]. Ряд авторов отмечает не-

благоприятное прогностическое значение степени анаплазии G [19]. В нашем исследовании выявлено преимущество в общей выживаемости у пациентов с опухолями G₁₋₂ по сравнению с новообразованиями G₃, однако разница в результатах между группами не достигла статистической значимости (88,6 и 64,5 % соответственно, $p=0,780$).

Заключение

Опухоли почечной лоханки и мочеточника диагностируются в соотношении 2:1. Клиническая картина неспецифическая, наиболее распространенные сим-

птомы — гематурия и боль в пояснице. Частота ошибок диагностики новообразований ВМП высока и достигает 39,7%. В 87% наблюдений выявляются инвазивные опухоли. Самым эффективным методом лечения рака лоханки и мочеточника признан хирургический. Лечебная роль лимфаденэктомии в лечении уротелиального рака ВМП не доказана. Органосохраняющее лечение не снижает выживаемости. Радикальность удаления опухолево-измененных тканей — значимый фактор прогноза общей выживаемости. Влияние неoadъювантной и адъювантной терапии на результаты лечения нуждается в дальнейшем изучении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Park S., Hong B., Kim C.S., Ahn H. The impact of tumor location on prognosis of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *J Urol* 2004;171:621–5.
2. Badalament R.A., Bennett W.F., Bova J.G. et al. Computed tomography of primary transitional cell carcinoma of upper urinary tracts. *Urology* 1992;40:71–5.
3. Streem S.B., Pontes J., Novick A.C. et al. Ureteropyeloscopy in the evaluation of upper tract filling defects. *J Urol* 1986;136:383–5.
4. Michel K., Belldegrun A. Synchronous RCC and TCC of the Kidney in a Patient With Multiple Recurrent Bladder Tumors. *Rev Urol* 1999 Spring;1(2):99–103.
5. Murta C.B., Antunes A.A., Dall'Oglio M.F. et al. Analysis of the clinicopathological characteristics of patients with upper urinary tract transitional cell carcinoma. *Clinics (Sao Paulo)* 2008;63(2):223–8.
6. Charbit L., Gendreau M.C., Mee S. et al. Tumors of the upper urinary tract: 10 years experience. *J Urol* 1991;146:1243–6.
7. Fujii Y., Kawakami S., Koga F. et al. Long-term outcome of bladder papillary urothelial neoplasms of low malignant potential. *BJU Int* 2003;92:559–62. [PubMed]
8. Canales B.K., Anderson J.K., Premoli J., Slaton J.W. Risk factors for upper tract recurrence in patients undergoing long-term surveillance for stage ta bladder cancer. *J Urol* 2006;175:74–7. [PubMed]
9. Sanderson K.M., Cai J., Miranda G. et al. Upper tract urothelial recurrence following radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: an analysis of 1,069 patients with 10-year followup. *J Urol* 2007;177:2088–94. [PubMed]
10. Miyake H., Hara I., Gohji K. et al. The significance of lymphadenectomy in transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *Br J Urol* 1998;82(4):494–8.
11. Kondo T., Nakazawa H., Ito F. et al. Impact of the extent of regional lymphadenectomy on the survival of patients with urothelial carcinoma of the upper urinary tract. *J Urol* 2007;178 (4 Pt 1):1212–7;discussion 1217.
12. Roscigno M., Shariat S.F., Margulis V. et al. Impact of lymph node dissection on cancer specific survival in patients with upper tract urothelial carcinoma treated with radical nephroureterectomy. *J Urol* 2009;181(6):2482–9.
13. Rassweiler J.J., Schulze M., Marrero R. et al. Laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: is it better than open surgery? *Eur Urol* 2004;46(6):690–7.
14. Ubrig B., Renner K., Fallahi M., Roth S. Are there indications for organ-preserving tumor resection in urothelial cancers of the upper urinary tract? *Aktuelle Urol* 2005;36(2):136–41.
15. Lee S.E., Byun S.S., Park Y.H. et al. Adjuvant chemotherapy in the management of pT3N0M0 transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *Urol Int* 2006;77(1):22–6.
16. Advanced Bladder Cancer Meta-analysis Collaboration. Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: a systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2003;361:1927–34.
17. Hall M.C., Womack S., Sagalowsky A.I. et al. Prognostic factors, recurrence and survival in transitional cell carcinoma of the upper urinary tract: a 30-year experience in 252 patients. *Urology* 1998;52:594–601.
18. Novara G., De Marco V., Gottardo F. et al. Independent predictors of cancer-specific survival in transitional cell carcinoma of the upper urinary tract: multi-institutional dataset from 3 European centers. *Cancer* 2007;110(8):1715–22.
19. Guinan P., Vogelzang N.J., Randazzo R. et al. Renal pelvic cancer: a review of 611 patients treated in Illinois 1975–1985. *Urology* 1992;40:393–9.