

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М. Н. Тилляшайхов, Н. М. Рахимов, Ш. Т. Хасанов
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент

Ключевые слова: рак мочевого пузыря, гематурия, дизурия, инвазивный рак, уретерогидронефроз.

Таянч сўзлар: ковуқ саратони, гематурия, дизурия, инвазив саратон, уретерогидронефроз.

Keywords: bladder cancer, hematuria, dysuria, invasive cancer, ureterohydronephrosis.

Рак мочевого пузыря в структуре онкоурологии в последнее время стабильно занимает первое место. В последние годы идет рост больных раком мочевого пузыря и год за годом данная патология молодеет.

В данной работе авторы статьи хотят отразить свои собственные наблюдения, что рак мочевого пузыря у молодых пациентов течет более благоприятно и у молодых число поверхностных опухолей и по гистологической дифференцировке высокодифференцированный рак (G1) встречается больше чем у пожилых. Прогноз тоже более благоприятный у молодых. Несмотря на возраст и степень дифференциации надо с умом подходить при выборе операций.

ЁШЛАРДА ҚОВУҚ САРАТОННИ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

М. Н. Тилляшайхов, Н. М. Рахимов, Ш. Т. Хасанов

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази.

Ковуқ саратони онкоурологик касалликлар структурасида стабил 1- ўринни эгалаб келмоқда. Охириги йилларда ковуқ саратони билан касалланиш суръати ошиб бориш баробарида бу патология ёшармоқда.

Ушбу мақолада авторлар ўз кузатувларини баён қилиш билан бирга кекса ёшдаги беморларда учрайдиган ковуқ саратонига нисбатан ёшларда учрайдиган ковуқ саратонини кечиши нисбатан ижобийроқдир. Юқори дифференцияциялашган саратон (G1) кекса ёшли беморларга нисбатан ёшларда кўпроқ учраши аниқланган. Ёшларда давондан кейинги оқибат кекса беморлага нисбатан юқорилиги исботланган.

CLINICAL FEATURES OF BLADDER CANCER IN YOUNG PATIENTS

M. N. Tillyashaykhov, N. M. Rahimov, Sh. T. Khasanov

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent

Bladder cancer occupies leading place in the structure of oncology in last years. It is increasing incidence of bladder cancer and year by year this pathology is more exists in young patients. In this manuscript authors presents their own experience: bladder cancer in young patients runs more favorably and in young patients the number of superficial tumors and histological high differentiated (G3) cancer meets more than in elderly age patients. Despite of age and differentiation degree it is necessary to approach with mind at the choice of operations.

Введение. Рак мочевого пузыря (РМП) является достаточно частой патологией: его встречаемость составляет 3-5% от всех злокачественных новообразований [2]. В структуре онкологической заболеваемости РМП занимает 11 место, интенсивный показатель составляет 10-15 человек на 100 тыс. населения [8].

РМП может возникнуть в любом возрасте, даже у детей, однако наиболее часто встречается у лиц старше 60 лет. В России они составляют 78,4%. Для РМП в исключительной мере характерно нарастание заболеваемости с возрастом и после 65 лет вероятность возникновения РМП резко возрастает [1, 5, 8, 10].

Смертность от рака мочевого пузыря также выше у пожилых лиц. Например, соотношение смертности от данного заболевания с его распространенностью у мужчин и женщин в возрасте 65-70 лет составляет 16%, в то время как для мужчин и женщин в возрасте 80 лет и старше - 40-60% [7].

По данным отечественных авторов среди обследованных больных в возрасте до 40 лет РМП встречается в 7,3-13,4% случаев [3, 4].

По данным некоторых зарубежных авторов у молодых людей РМП характеризуется высокой дифференцированностью опухолевых клеток. Прогноз заболевания у лиц молодого

возраста более благоприятный, но риск прогрессирования заболевания такой же, стадия за стадией, как у пожилых больных [6, 11].

Однако в литературе недостаточно работ, посвященных РМП у лиц молодого возраста, в имеющихся единичных сообщениях не освещены диагностические и лечебные аспекты этой проблемы, не изучены причины диагностических ошибок и запущенности на этапах обследования.

Поэтому изучение особенностей клинического течения и проявления рака мочевого пузыря у лиц молодого возраста является актуальной.

В связи с этим нами в сравнительном аспекте были изучены особенности проявления рака мочевого пузыря и клинического течения у лиц молодого возраста.

Материал и методы: Основу данного исследования составили результаты обследования и лечения 221 больного раком мочевого пузыря. Среди них было 173 (78,3%) мужчин и 48 (21,7%) женщин. Возраст больных колебался от 16 до 83 лет (в среднем $58,4 \pm 5,9$ лет).

В зависимости от цели исследования больные были разделены на 2 группы. В первую группу включены лица молодого возраста: 130 (58,8%) пациентов в возрасте от 16 до 44 лет (средний возраст составил $36,7 \pm 6,3$ лет); во вторую группу – лица в возрасте 45 лет и старше: 91 (41,2%) пациентов в возрасте от 45 до 87 лет (средний возраст - $69,6 \pm 4,8$ лет).

Проявление рака мочевого пузыря и его клиническое течение оценивали по следующим показателям: характер жалоб при поступлении (гематурия, расстройство мочеиспускания, боль, сочетание этих симптомов); продолжительность анамнеза заболевания до первого обращения пациента к врачу (в месяцах); локализация опухоли по анатомическим областям мочевого пузыря; количество очагов опухолевого поражения мочевого пузыря; нарушение выделительной функции почек (наличие уретерогидронефроза); распространенность опухолевого процесса по системе TNM; стадия опухолевого процесса; гистологическая структура опухоли; гистологическая дифференцировка опухоли.

Для определения локализации опухоли, количества очагов поражения и степени распространенности опухолевого процесса проводили комплекс диагностических исследований, включающих ультразвунографию, цистоскопию, рентгенологические исследования, компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Степень распространения рака мочевого пузыря оценивали в соответствии с Международной классификацией злокачественных опухолей (TNM Classification of malignant tumors, 2002) 6-го пересмотра.

Цифровые данные, полученные при выполнении указанных исследований, обработаны методом вариационной статистики (О.Ю. Реброва, 2002). Степень достоверности различий определялась при помощи t-теста Стьюдента.

Результаты: Анализ полученных результатов, по характеру жалоб, показал, что среди больных первой группы гематурия, как один из первых признаков рака мочевого пузыря, наблюдалась у 47 (36,2%) больных, тогда как во второй группе этот симптом наблюдался у 5 (5,5%) пациентов. Сравнительный анализ данных между группами показал, что гематурия как единственный клинический симптом болезни статистически достоверно чаще встречается у лиц молодого возраста ($p < 0,05$) (табл. 1.).

В виде единственного клинического симптома болезни расстройство мочеиспускания наблюдалось у 21 (16,1%) пациента первой группы, и - у 11 (12,1%) пациентов второй группы. Сравнительный анализ данных по частоте расстройств мочеиспускания между группами показал, что данный признак болезни встречается с одинаковой частотой как у лиц молодого возраста, так и у пожилых больных раком мочевого пузыря ($p > 0,05$) (табл. 1.).

Сочетанные, более продвинутые и тяжелые, клинические симптомы болезни, такие как “гематурия+боль”, “гематурия+расстройства мочеиспускания” и “боль+расстройства мочеиспускания” статистически значимо чаще встречались у пациентов пожилого и старческого возраста ($p < 0,05$) (табл. 1.).

Таблица 1.

Сравнение частоты и характера клинических симптомов рака мочевого пузыря у лиц молодого возраста и пожилых больных.

Основные симптомы опухоли мочевого пузыря	I группа (n=130)		II группа (n=91)		P
	Абс. число	M±m %	Абс. число	M±m %	
Гематурия	47	36,2±4,2	5	5,5±2,4	p<0,05
Расстройства мочеиспускания	21	16,1±3,2	11	12,1±3,4	p>0,05
Боль	3	2,3±1,3	-	-	
Гематурия+боль	10	7,7±2,3	16	17,6±4,0	p<0,05
Гематурия+расстройства мочеиспускания	34	26,2±3,8	43	47,3±5,2	p<0,05
Боль+расстройства мочеиспускания	6	4,6±1,8	12	13,2±3,5	p<0,05
Гематурия+боль+расстройства мочеиспускания	9	6,9±2,2	4	4,4±2,1	p>0,05

Посредством сопоставления данных клинического, УЗИ, эндоскопии, КТ и МРТ было обнаружено, что наиболее частым очагом развития опухоли было тело мочевого пузыря – у 86 (66,1%) больных первой группы и у 59 (64,8%) пациентов второй группы. Примерно с одинаковой частотой поражаются и другие отделы мочевого пузыря (верхушка, дно и шейка) у пациентов обеих групп (табл. 2.).

Множественное поражение мочевого пузыря опухолью наблюдалось у пациентов первой группы в 10% случаев, второй группы – в 16,5% (табл. 2.).

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что по локализации опухоли мочевого пузыря статистически достоверных различий между группами не наблюдалось (p>0,05) (табл. 2.).

Признаки нарушения выделительной функции почек оценивали по наличию уретерогидронефроза, одно- или двустороннего, по результатам ультразвукового и рентгенологического исследований, а также КТ и МРТ. Односторонний уретерогидронефроз был обнаружен у 13 (10,0%) пациентов первой группы, и - у 17 (18,7%) пациентов второй группы, двусторонний уретерогидронефроз был обнаружен у 6 (4,6%) и 3 (3,3%) пациентов, в соответствующих группах (таб. 3.).

Сравнительный анализ полученных данных, по признакам нарушения выделительной функции почек показал, что различия по частоте данного симптома опухолевого процесса мочевого пузыря между группами статистически не достоверны (p>0,05) (таб. 3.).

Таблица 2.

Сравнение локализации опухоли мочевого пузыря у лиц молодого возраста и пожилых больных.

Локализация опухоли	Количество больных				P
	I группа (n=130)		II группа (n=91)		
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	
Тело	86	66,1±4,2	59	64,8±5,2	p>0,05
Верхушка	8	6,2±2,1	5	5,5±2,4	p>0,05
Дно	11	8,5±2,4	8	8,8±3,0	p>0,05
Шейка	12	9,2±2,5	4	4,4±2,1	p>0,05
Множественное поражение	13	10,0±2,6	15	16,5±3,8	p>0,05
Всего:	130	100%	91	100%	

Таблица 3.

**Сравнение признаков нарушения выделительной функции почек
(уретерогидронефроз) у лиц молодого возраста и пожилых больных.**

Признаки нарушения выделительной функции почек	Количество больных				P
	I группа (n=130)		II группа (n=91)		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Односторонний уретерогидронефроз	13	10,0±2,6	17	18,7±4,1	p>0,05
Двусторонний уретерогидронефроз	6	4,6±2,2	3	3,3±1,6	p>0,05
Всего:	19	14,6±3,1	20	22,0±4,3	p>0,05

Таким образом определили, что как односторонний, так и двусторонний уретерогидронефроз, как признак нарушения выделительной функции почек у больных раком мочевого пузыря, одинаково часто наблюдается у пациентов обеих групп.

Степень распространенности опухоли и стадию опухолевого процесса определяли путем проведения комплекса диагностических исследований, включающих ультразвуграфию, цистоскопию, рентгенологические исследования, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, а также морфологического исследования операционного материала.

Оценка результатов исследования по системе TNM показала, что поверхностный рак мочевого пузыря (степень распространенности опухоли T1N0M0) обнаружен у пациентов первой группы в 20,8% случаев, у больных второй группы – в 4,4% (табл. 4.).

Инвазивный рак мочевого пузыря с вовлечением в опухолевый процесс поверхностного мышечного слоя чаще встречался у пациентов первой группы (46,1% случаев), чем у больных второй группы (32,9% случаев). Более глубокие степени распространенности опухоли чаще наблюдались у больных второй группы (табл. 4.).

Сравнительный анализ результатов исследования показал, что частота поверхностного рака мочевого пузыря и инвазивного рака с вовлечением в опухолевый процесс поверхност-

Таблица 4.

Сравнение степени распространенности опухоли мочевого пузыря по системе TNM у лиц молодого возраста и пожилых больных.

TNM	Количество больных				P
	I группа (n=130)		II группа (n=91)		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
T1N0M0	27	20,8±3,6	4	4,4±2,1	P<0,05
T2aN0M0	60	46,1±4,4	30	32,9±4,9	P<0,05
T2bN0M0	5	3,8±1,7	6	6,6±2,6	p>0,05
T2N1M0	1	0,8±0,8	1	1,1±1,1	p>0,05
T2N1M1	-	-	-	-	
T3aN0M0	21	16,2±3,2	21	23,1±4,4	p>0,05
T3bN0M0	3	2,3±1,3	16	17,6±3,3	P<0,05
T3bN1M0	6	4,6±1,8	5	5,5±2,4	p>0,05
T3N1M1	1	0,8±0,8	1	1,1±1,1	p>0,05
T4aN0M0	6	4,6±1,8	6	6,6±2,6	p>0,05
T4N1M0	-	-	1	1,1±1,1	
Всего:	130	100%	91	100%	

Таблица 5.

Сравнение гистологической структуры опухоли мочевого пузыря у лиц молодого возраста и пожилых больных.

Гистологическая структура опухоли	Количество больных				P
	I группа (n=130)		II группа (n=91)		
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	
Уротелиальный (переходноклеточный) рак	123	94,6±2,0	75	82,4±4,0	p>0,05
Чешуйчато-клеточный (плоскоклеточный) рак	5	3,8±1,7	10	11,0±3,3	p>0,05
Аденокарцинома	1	0,8±0,8	4	4,4±2,1	p>0,05
Саркома	1	0,8±0,8	2	2,2±1,5	p>0,05
Всего:	130	100%	91	100%	

ного мышечного слоя у пациентов первой группы была более значительна и статистически достоверна (p<0,05), чем у пациентов второй группы. Степень распространенности опухоли T3bN0M0 у пациентов второй группы была более значительна и статистически достоверна (p<0,05), чем у пациентов первой группы. В остальных случаях по данному показателю статистически достоверных различий между группами не наблюдалось (p>0,05) (табл. 4.).

Анализ полученных данных по гистологической структуре опухоли показал, что уротелиальный рак был обнаружен у пациентов первой группы в 94,6% случаев, у пациентов второй группы – в 82,4%, чешуйчато-клеточный рак – в 3,8% случаев в первой и в 11,0% - во второй группе. Аденокарцинома и саркома в отдельности встречались в 0,8% случаев у пациентов первой группы, и - в 4,4% и 2,2% во второй группе, соответственно (табл. 5.). Сравнительный анализ результатов исследования между группами показал отсутствие статистически достоверных различий по гистологической структуре опухоли (p>0,05) (табл. 5.). Таким образом, результаты исследования показали, что опухоли мочевого пузыря по гистологической структуре не отличаются у больных молодого возраста и у пожилых.

Анализ полученных данных по гистологической дифференцировке опухолевых клеток показал, что высокодифференцированный рак (G 1) был обнаружен у пациентов первой группы в 46,9% случаев, у пациентов второй группы – в 30,8%, умеренно дифференцированный рак (G 2) – в 30% случаев в первой и в 37,3% - во второй группе. Низкодифференци-

Таблица 6.

Сравнение гистологической дифференцировки клеток опухоли мочевого пузыря у лиц молодого возраста и пожилых больных.

Гистологическая дифференцировки опухолевых клеток (G)	Количество больных				P
	I группа (n=130)		II группа (n=91)		
	абс. число	%	абс. число	%	
G 1	61	46,9±4,4	28	30,8±4,8	p<0,05
G 2	39	30,0±4,0	34	37,3±5,1	p>0,05
G 3	21	16,2±3,2	16	17,6±4,0	p>0,05
G 4	9	6,9±2,2	13	14,3±3,7	p>0,05
Всего:	130	100%	91	100%	

рованный рак (G 3) обнаружен в 16,2% случаев у пациентов первой группы, и - в 17,6% во второй группе. Недифференцированный рак (G 4) определен у 6,9% пациентов первой, и - у 14,3% пациентов второй группы (табл. 6.).

Сравнительный анализ данных по гистологической дифференцировке опухолевых клеток между группами показал, что высококодифференцированный РМП статистически достоверно чаще встречался у лиц молодого возраста ($p < 0,05$). В остальных случаях по данному показателю статистически достоверных различий не наблюдалось ($p > 0,05$) (табл. 6.).

Таким образом определили, что у лиц молодого возраста опухоли мочевого пузыря характеризуются высокой дифференцированностью.

Заключение: Результаты исследования показали, что у лиц молодого возраста чаще встречаются поверхностные высококодифференцированные опухоли мочевого пузыря, признаки заболевания менее выражены и клинически протекает более благоприятно, чем у пожилых больных.

Использованная литература:

1. Аль-Шукри С.Х., Ткачук В.Н. Опухоли мочеполовых органов. Санкт-Петербург. 2000. 309с.
2. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. М., 2009. 243с.
3. Тилляшайхов М.Н. Хирургические и физиологические аспекты выбора метода деривации мочи после радикальной цистэктомии. Автореф. дисс...докт. мед. наук. Ташкент, 2008.
4. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова В.Г. Состояние онкологической помощи населению России в 2014 г. М., 2005.
5. Benson R.K. Jr, Tomera K.M., Kelalis P.P. Transitional cell carcinomas of the bladder in children and adolescents. // J.Urol. 2009; 130:54.
6. Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer Statistics 2015. // CA Cancer. J. Clin. 2016. N. 55. P. 10–30.
7. Kurz K.R., Pitts W.R., Vaughn E.D. Jr. The natural history of patients less than 40 years old with bladder tumors. J.Urol. 2017; 137:395.
8. Lynch C.F., Cohen M.B. Urinary system. // Cancer. 2011. N 75. (suppl): 316.
9. Wan J., Grossman H.B. Bladder carcinoma in patients age 40 years or younger. Cancer. 2009; 64:178.