

## ГЛАВА 33

### ОПУХОЛИ ЛОХАНКИ И МОЧЕТОЧНИКА (С65, С66)

Первичные эпителиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника составляют 5-10% всех опухолей почек и 5-6% от опухолей уротелия. Рак мочеточника встречается реже, чем рак лоханки и составляет около 25% всех папиллярных опухолей верхних мочевых путей. В проксимальном отделе мочеточника локализуется 15% новообразований, такая же частота поражения средней трети и 70% опухолей обнаруживается в дистальном участке. Пик заболеваемости приходится на возраст 50-70 лет, причем мужчины болеют в 3 раза чаще.

Последние пять лет в Беларуси раком лоханки заболевают до 45 человек в год.

В 2010 году в республике зарегистрировано 43 новых случая заболевания раком почечной лоханки: 26 — среди мужчин и 17 — среди женщин. У 3 больных (7,0%) установлена I стадия заболевания, у 17 (39,5%) — II, у 15 (34,9%) — III стадия, у 7 (16,3%) — IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости для всего населения республики составил  $0,4^{0/0000}$ , для мужчин —  $0,6^{0/0000}$ , для женщин —  $0,3^{0/0000}$ . Стандартизованные показатели заболеваемости —  $0,3^{0/0000}$ ,  $0,4^{0/0000}$ ,  $0,2^{0/0000}$  соответственно.

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на учете 145 больных раком данной локализации (88 мужчин и 57 женщин). Болезненность в целом по республике составила  $1,5^{0/0000}$ ,  $2,0^{0/0000}$  — у мужчин и  $1,1^{0/0000}$  — у женщин.

В 2010 году умерло 22 пациента, больных раком почечной лоханки (13 мужчин и 9 женщин). Грубый интенсивный показатель смертности составил в целом среди всего населения и женщин  $0,2^{0/0000}$ , у мужчин —  $0,3^{0/0000}$ , а стандартизованный для всего населения и для женщин был равен  $0,1^{0/0000}$ , для мужчин составил  $0,2^{0/0000}$ .

Одногодичная летальность для всего населения была 40,6%, у мужчин — 33,3%, у женщин — 50,0%.

Соотношение смертности и заболеваемости раком почечной лоханки для всего населения было равным 0,51, для мужчин — 0,50, для женщин — 0,53.

Последние десять лет в Беларуси раком мочеточника заболело 25 человек в год. В 2010 году в республике зарегистрировано 23 новых случая этого заболевания: 17 — среди мужчин и 6 — среди женщин. У 5 больных (21,7%) установлена I стадия заболевания, у 7 (30,4%) — II, у 5 (21,7%) — III стадия, у 6 (26,1%) — IV стадия заболевания.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости раком мочеточника для всего населения республики составил  $0,2^{0/0000}$ , для мужчин —  $0,4^{0/0000}$ , для женщин —  $0,1^{0/0000}$ . Стандартизованный показатель заболеваемости в целом по республике и у женщин был равен  $0,1^{0/0000}$ , у мужчин —  $0,3^{0/0000}$ .

На конец года в онкологических учреждениях республики состояло на

учете 76 больных (52 мужчины и 24 женщины). Болезненность составила в целом по республике —  $0,8^{0/0000}$ ,  $1,2^{0/0000}$  — у мужчин и  $0,5^{0/0000}$  — у женщин.

В 2010 году умерло 6 больных (4 мужчины и 2 женщины). Грубый интенсивный показатель смертности составил  $0,1^{0/0000}$  в целом по республике и у мужчин, менее  $0,1^{0/0000}$  — у женщин. Стандартизованный показатель заболеваемости в целом по республике и у женщин был менее  $0,1^{0/0000}$ , у мужчин —  $0,1^{0/0000}$ .

Одногодичная летальность для всего населения была 18,2%, у мужчин — 28,6%, у женщин в течение года с момента установления диагноза случаев смерти не наблюдалось.

Соотношение смертности и заболеваемости раком мочеочника выглядело следующим образом: 0,26 – среди всего населения, 0,24 – у мужчин, 0,33 – у женщин.

### **302. Классификация TNM (7-е издание, 2009 год).**

#### **302.1. T – первичная опухоль.**

Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

Ta – папиллярная неинвазивная карцинома;

Tis – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ);

T1 – опухоль распространяется на субэпителиальную соединительную ткань;

T2 – опухоль распространяется на мышечный слой;

T3 – (почечная лоханка) опухоль распространяется на окололоханочную жировую клетчатку или паренхиму почки;

T3 – (мочеточник) опухоль распространяется на около-мочеточниковую жировую клетчатку;

T4 – опухоль распространяется на прилежащие органы или, поражая почку, в жировую капсулу почки.

#### **302.2. N – регионарные лимфатические узлы.**

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфоузлы ворот почки, абдоминальные парааортные и паракавальные узлы и, для мочеочника, внутритазовые узлы. Сторона поражения не влияет на классификацию N.

Nx – недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов.

N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 – метастаз до 2 см в наибольшем измерении в одном лимфатическом узле.

N2 – метастаз от 2 до 5 см в наибольшем измерении в одном лимфатическом узле или множественные метастазы до 5 см в диаметре.

N3 – метастаз в лимфатическом узле более 5 см в наибольшем измерении.

#### **302.3. M – отдаленные метастазы.**

M0 – нет признаков отдаленных метастазов.

M1 – отдаленные метастазы.

#### **302.4. Патогистологическая классификация pTNM**

Требования к определению категорий pT и pN соответствуют требованиям к определению категорий T и N.

302.5. Резюме (таблица 120).

Таблица 120

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Ta                    | папиллярная неинвазивная карцинома  |
| Tis                   | преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)   |
| T1                    | субэпителиальная соединительная ткань   |
| T2                    | мышечный слой   |
| T3 (почечная лоханка) | окололоханочная жировая клетчатка или паренхима почки                                 |
| T3 (мочеточник)       | околомочеточниковая жировая клетчатка   |
| T4                    | прилежащие органы или жировая капсула почки при ее поражении                          |
| N1                    | один лимфатический узел $\leq 2$ см   |
| N2                    | один лимфатический узел от 2 до 5 см или множественные лимфатические узлы $\leq 5$ см |
| N3                    | $> 5$ см  |

302.6. Группировка по стадиям (таблица 121).

Таблица 121

| Стадия | T       | N       | M  |
|--------|---------|---------|----|
| 0a     | Ta      | N0      | M0 |
| 0is    | Tis     | N0      | M0 |
| I      | T1      | N0      | M0 |
| II     | T2      | N0      | M0 |
| III    | T3      | N0      | M0 |
| IV     | T4      | N0      | M0 |
|        | Любая T | N1-3    | M0 |
|        | Любая T | Любая N | M1 |

### 303. Гистологическая классификация (ВОЗ, 2004 г.).

303.1. Уротелиальные опухоли

303.1.1. Инвазивная уротелиальная опухоль

с плоскоклеточной дифференцировкой

с железистой дифференцировкой

гнездный тип;

микротубулярный тип;

другие типы.

303.1.2. Неинвазивные уротелиальные опухоли

папиллома; инвертированная папиллома.

папиллярная уротелиальная опухоль с низким злокачественным потенциалом

папиллярная карцинома, low grade;

папиллярная карцинома, high grade;

303.2. Плоскоклеточный рак

303.3. Аденокарцинома

303.4. Другие

Гистологическая дифференцировка:

GX – степень дифференцировки не может быть установлена

G1 – высокая степень дифференцировки

G2 – средняя степень дифференцировки

G3 – низкая степень дифференцировки

G4 – недифференцированный рак

#### **304. Диагностические мероприятия.**

304.1. Обязательный объем обследования:

экскреторная урография;

УЗИ органов брюшной полости, малого таза;

компьютерная томография органов брюшной полости, малого таза;

уретроцистоскопия с или без биопсии;

рентгенография органов грудной клетки;

общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, креатинин, мочеви́на, билирубин);

перед проведением хирургического лечения дополнительно выполняются глюкоза, электролиты (K, Na, Cl), группа крови, резус-фактор, серореакция на сифилис, ЭКГ, посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.

304.2. Дополнительные методы обследования:

ретроградная уретеропиелогрaфия,

уретеропиелоскопия с или без биопсии,

остеосцинтиграфия.

#### **305. Общие принципы лечения.**

305.1. Радикальное хирургическое лечение.

Выполнение нефруретерэктомии с резекцией устья мочевого пузыря является стандартом хирургического лечения. Операция может выполняться из срединного лапаротомного доступа. Единым блоком удаляется почка с опухолью, окружающей жировой клетчаткой и фасциями, мочеточник и стенка мочевого пузыря вокруг устья на стороне поражения. Пересечение мочеточника нежелательно из-за возможности рассеивания опухолевых клеток. Операция может выполняться с использованием одного или двух доступов. Адреналэктомия на стороне поражения выполняется в случае подозрения на метастазирование в надпочечник по данным УЗИ или КТ.

Лимфодиссекция при правосторонних опухолях включает удаление паракавадных, ипсилатеральных общих, наружных подвздошных и запирающих лимфоузлов. При левосторонних опухолях лимфодиссекция включает удаление парааортальных, ипсилатеральных общих, наружных подвздошных и запирающих лимфоузлов. При выполнении лимфодиссекции следует учитывать локализацию опухоли.

Резекция стенки мочевого пузыря может выполняться как

экстравезикально, без необходимости передней цистотомии, так и трансвезикально. Передняя цистотомия позволяет визуально ревизировать треугольник Льео, контралатеральное устье и другие отделы мочевого пузыря.

При наличии синхронных опухолей в мочевом пузыре выполняется резекция мочевого пузыря, ТУР либо цистэктомия в зависимости от распространенности опухоли (см. главу 34). В случае поражения мочевого пузыря тазовые лимфоузлы удаляются с обеих сторон. В случаях выявления рака лоханки после гистологического исследования удаленной почки по поводу предполагаемого рака почки, уретерэктомия и резекция мочевого пузыря с тазовой лимфодиссекцией должны быть выполнены вторым этапом.

#### 305.2. Органосохраняющее хирургическое лечение.

При изолированной опухоли нижней трети мочеточника T<sub>a</sub>-T<sub>1</sub> G<sub>1</sub> выполняется резекция мочеточника с уретеронеоцистоанастомозом. У пациентов с единственной почкой, двухсторонним поражением, снижением функции почек может проводиться органосохраняющее лечение, включающее удаление опухоли уретероскопически или через нефростому с помощью резектоскопа или лазера.

#### 305.3. Внутриволостная химио/иммунотерапия.

После органосохраняющего лечения возможно проведение инстилляций вакциной БЦЖ почечной лоханки и мочеточника через нефростому или мочеточниковый катетер, однако такое лечение надо проводить с осторожностью, избегая введения БЦЖ в чашечно-лоханочную систему под повышенным давлением.

При наличии опухолей в мочевом пузыре в случае их удаления для профилактики рецидивов и в случае рака *in situ* применяются внутриволостные инстилляции химио- и иммунопрепаратов. Схемы аналогичны таковым при раке мочевого пузыря.

#### 305.4. Системная химиотерапия.

Полихимиотерапия применяется у больных метастатическим раком лоханки и мочеточника. Применяются схемы полихимиотерапии на основе цисплатина, аналогичные таковым при раке мочевого пузыря.

##### 305.4.1. M-VAC:

Метотрексат 30 мг/м<sup>2</sup> внутривенно струйно в 1-й, 15-й и 22-й дни;

Винбластин 3 мг/м<sup>2</sup> внутривенно струйно 2-й, 15-й и 22-й дни;

Доксорубицин 30 мг/м<sup>2</sup> внутривенно в течение 20-30 мин во 2-й день;

Цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup> внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин во 2-й день.

Химиопрепараты вводятся в 15 и 22 дни только при уровне лейкоцитов > 2,5×10<sup>9</sup> и тромбоцитов > 100×10<sup>12</sup>. Повторные курсы каждые 28-32 дня.

##### 305.4.2. GC:

Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1 день

Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в 1, 8, 15 дни

Повторные курсы каждые 28 дней.

##### 305.4.3. CMV:

Цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> внутривенная инфузия со скоростью не более 1 мг/мин во 2-й день с пред- и постгидратацией.

Метотрексат 30 мг/м<sup>2</sup> внутривенно струйно в 1-й и 8-й дни.

Винбластин 4 мг/м<sup>2</sup> внутривенно струйно в 1-й и 8-й дни.

Повторные курсы через 3 недели.

### **306. Наблюдение, сроки и объем обследования.**

После проведенного лечения по поводу рака почечной лоханки и мочеточника больные должны в течение всей жизни находиться под диспансерным наблюдением.

306.1. Поверхностные опухоли (T<sub>a</sub> – T<sub>1</sub>).

Цитология мочи – через 3 месяца, затем ежегодно.

Цистоскопия – через 3 месяца, затем ежегодно.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – мочевины, креатинина, трансаминазы – через 3 месяца, затем ежегодно.

Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография и остеосцинтиграфия по показаниям.

306.2. Инвазивные опухоли (T<sub>≥2</sub>).

Цитология мочи – через 3 месяца, затем ежегодно.

Цистоскопия – через 3 месяца, затем ежегодно.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – мочевины, креатинина, трансаминазы – через 3 месяца, затем ежегодно.

Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза (либо компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза) каждые 6 месяцев в течение 2 лет, затем ежегодно.

Остеосцинтиграфия при наличии показаний.

306.3. Органосохраняющее лечение.

Экскреторная урография через 3, 6 месяцев и затем ежегодно.

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови – мочевины, креатинина, трансаминазы – через 3 месяца, затем ежегодно.

Цистоскопия, уретероскопия, цитология мочи (в том числе цитология мочи из верхних мочевых путей) через 3, 12 месяцев и затем ежегодно).

При наличии рака *in situ* цистоскопия, уретероскопия, цитология мочи (в том числе цитология мочи из верхних мочевых путей) каждые 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение 5 лет и затем ежегодно).

Рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и малого таза (либо компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза) и остеосцинтиграфия при наличии клинических проявлений или после удаления инвазивной (T<sub>≥2</sub>) опухоли.