

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ $T_2N_{1-3}M_0$ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ АУТОПЛАЗМОХИМИОТЕРАПИИ

И.А. ХОМУТЕНКО

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Радикальная цистэктомия с билатеральной лимфаденэктомией является стандартом лечения инвазивного РМП. Вместе с тем у половины оперированных больных в течение ближайших 2 лет развиваются отдаленные метастазы. В настоящее время значительное внимание уделяется органосохраняющему лечению РМП с использованием различных схем неоадъювантной и адъювантной химиотерапии, усовершенствование которых может повысить эффективность лечения.

Цель исследования. Улучшение непосредственных и ближайших результатов лечения больных с впервые выявленным раком мочевого пузыря $T_2N_{1-3}M_0$ с применением неоадъювантной эндолимфатической аутоплазмoxимиотерапии.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с верифицированным раком мочевого пузыря (на основании проводимой ранее ТУР-биопсии мочевого пузыря или цитологического исследования мочи), которые были разделены на 2 группы: 19 пациентов в основной и 21 пациент в контрольной группе. Основную группу составили пациенты, которым проводилось комплексное лечение с применением неоадъювантной эндолимфатической аутоплазмoxимиотерапии и адъювантной системной аутогемохимиотерапии, в контрольной группе использовался комплексный метод лечения с применением адъювантной системной аутогемохимиотерпии. Суть эндолимфатической химиотерапии заключалась в введении химиопрепарата (циклофосфан 2000 мг), инкубированного предварительно с 15 мл плазмы больного в течение 1 часа, в лимфатические сосуды тыла стопы, с последующим выполнением на 10 сут оперативного вмешательства в объеме резекции мочевого пузыря с тазовой лимфаденэктомией со стороны локализации опухоли. В послеоперационном периоде всем больным выполнялась

системная аутогемохимиотерпия по схеме: Гемцитабин 1000 мг/м² в 1-й, 8-й дни, Цисплатин 100 мг/м² во 2-й день в/в капельно на аутокрови больного. При сравнении клинических групп по возрасту, полу, клинической картине, степени дифференцировки опухоли и стадии процесса статистических различий не выявлено.

Результаты. Оценка непосредственных результатов производилась с момента выполнения эндолимфатической аутоплазмoxимиотерапии до момента операции. У всех больных основной группы отмечено уменьшение степени дизурии, купирование макрогематурии к 5-7 сут после эндолимфатического введения препарата; у 11 больных (57,9%) уменьшилась выраженность болевого синдрома при мочеиспускании; у 6 (31,6%) диагностировано уменьшение опухоли в размерах от 25 до 50 % (ультразвуковой и КТ-мониторинг). При анализе полученных результатов патоморфологических и иммуногистохимических исследований на 10 сут после эндолимфатической химиотерапии (время выполнения оперативного вмешательства) выявлены следующие изменения: в опухоли мочевого пузыря – выраженная регрессия опухоли за счет пикноза, лизиса, гибели групп и отдельных клеток, появление мелких и крупных очагов некроза, инкапсуляции погибших клеточных комплексов, инфильтрации лимфоцитами и плазматическими клетками паренхимы и стромы; в метастатически измененных лимфоузлах среди гиперплазированной лимфоидной ткани определялись комплексы раковых клеток с выраженными дистрофическими изменениями – пикнозом и лизисом ядер, вакуолизацией цитоплазмы. Эти изменения являлись прямым следствием патоморфоза в опухоли и лимфоузлах на фоне проводимой эндолимфатической аутоплазмoxимиотерапии, так как в контрольной группе этих изменений получено не было. При

оценке токсического эффекта неoadъювантной аутоплазмохимиотерапии не отмечено не только местных, но и общетоксических реакций. При контрольных осмотрах в сроки 3, 6, 9 и 12 месяцев с момента операции всем больным выполнялась цистоскопия и УЗИ органов малого таза. Среди пациентов основной группы у 2 больных (10,5%) через 9 мес выявлен рецидив опухоли, у 2 больных (10,5%) диагностированы метастазы в контралатеральные лимфатические узлы, у 15 пациентов (79%) данных за рецидив и прогрессирование процесса за данный период наблюдения не выявлено. Среди пациентов контрольной группы у 2 больных (9,5%) через 3 мес выявлен продолженный рост опухоли, у 8 больных (38,1%) диагностирован рецидив

опухоли, у 3 (14,3%) – метастазы в контралатеральные лимфатические узлы, у 1 (4,8%) пациента отмечена генерализация процесса, у 7 (33,3%) пациентов данных за рецидив и прогрессирование процесса за данный период наблюдения не выявлено.

Выводы. Предложенный способ лечения инвазивного рака мочевого пузыря с поражением регионарных лимфатических узлов обладает практически полным отсутствием токсических реакций, обеспечивает повышение эффективности комплексного метода лечения за счет улучшения непосредственных и ближайших результатов, что позволяет улучшить качество жизни больных.

ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ В ПАХОВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

М.А. ХУДЯКОВА, А.В. ХАДЖИМБА, К.Г. ДАНЕЛЯН, Э.Д. ГЕРШФЕЛЬД,
И.А. ДИГОЛ, С.Я. МАКСИМОВ

ФГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова», г. Санкт-Петербург

Актуальность. За последние 10 лет отмечается рост заболеваемости раком вульвы в Санкт-Петербурге в 1,5 раза. Высокой остается частота рецидивов после нерадикальных вмешательств. В то же время пожилой возраст пациенток и наличие у них сопутствующей патологии, длительность послеоперационного периода и частота осложнений после расширенных операций диктуют необходимость уточнения показаний к расширению объема хирургического вмешательства при данной патологии.

Целью исследования является определение факторов риска регионарного метастазирования рака вульвы.

Материал и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные о 236 больных раком вульвы, проходивших лечение в НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова с 1966 по 2008 г. Были проанализированы амбулаторные карты, истории болезней, протоколы операций и результаты гистологических исследований. Больные распределились следующим образом: по возрасту: от 29 до 49 лет – 36 больных; 50-59 лет – 40; 60-69 лет – 81; 70-79 лет – 72; старше

80 лет – 7 больных. По локализации: малые половые губы – 19 больных, большие половые губы – 126; поражение клитора – 51; всей вульвы – 18; задней спайки – 19 больных. По размерам: опухоль до 2 см в диаметре встретилась у 51 больной, диаметром от 2 до 4 см – у 112; больше 4 см – у 73 больных. По глубине инвазии: до 0,5 см – 31 больная, от 0,6 до 1,5 см – 13; более 1,5 см – 27 больных.

Результаты. При изучении влияния зависимости регионарного метастазирования от гистотипа опухоли были установлены следующие закономерности: метастазы в регионарных лимфатических узлах были выявлены во всех 4 случаях низкодифференцированного рака, в 60% аденокарцином, в 41,5 % случаев плоскоклеточного ороговевающего рака и в 40,6% при плоскоклеточном неороговевающим. Локализация первичной опухоли также влияла на частоту и характер метастазирования в регионарные лимфатические узлы. Так, при опухолях ограниченных малой половой губой, метастазы выявлены всего у 31,5%, при поражении большой половой губы – у 42,8 %, при опухолях клитора