

## НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.И. ВИНТИЗЕНКО, Е.М. СЛОНИМСКАЯ, Е.А. УСЫНИН

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

На долю инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) приходится до 60% опухолей этой локализации. Для снижения риска развития местных рецидивов опухоли и отдаленных метастазов при органосохранном лечении инвазивных форм РМП, с целью увеличения выживаемости без признаков прогрессирования заболевания, в настоящее время применяют неоадьювантную химиотерапию (НАХТ). В литературе единой точки зрения в отношении целесообразности проведения предоперационной химиотерапии у больных инвазивным РМП до сих пор нет.

**Цель исследования** – изучить влияние неоадьювантной полихимиотерапии на эффективность лечения мышечно-инвазивного РМП.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 больных мышечно-инвазивным переходно-клеточным РМП T2a-3bN0M0 G<sub>1-3</sub>. В I группу вошли 26 больных, которым проводилось 2 курса НАХТ по схеме MVAC, перерыв между курсами 4–6 нед. В последующем этим пациентам выполнялась ТУР мочевого пузыря и 2 курса адьювантной химиотерапии (АХТ) по этой же схеме. Во II группу включены 34 пациента, у которых лечение начиналось с выполнения ТУР мочевого пузыря, затем проводилось 2 курса АХТ по схеме MVAC. Объективная оценка эффекта предоперационного лечения в I группе проводилась после 2 курсов химиотерапии по шкале RECIST.

**Результаты.** Анализ непосредственной эффективности НАХТ у 26 больных I группы показал, что ни в одном наблюдении не было получено полной регрессии опухоли. У 11 (42,3%) пациентов отмечена частичная регрессия с уменьшением размеров опухоли на 30–70%. У 13 (50%) больных после 2 курсов лечения ново-

образования уменьшились менее чем на 20%, что соответствовало стабилизации процесса. У 2 (7,7%) пациентов на фоне цитостатической терапии отмечалось прогрессирование заболевания за счет увеличения размеров опухолевых очагов и их слияния. Из 13 больных, у которых была получена стабилизация процесса, у 8 (61,5%) повреждения злокачественных клеток соответствовали I степени. В то время как II степень патоморфоза достоверно чаще наблюдалась при частичной регрессии опухоли – у 7 (63,6%) из 11 пациентов. За 2-летний период наблюдения рецидивы РМП были диагностированы у 53,8% пациентов, получавших НАХТ, в контрольной группе этот показатель был значимо выше – 61,7% ( $p < 0,05$ ). Среднее время появления рецидива в исследуемой группе составило  $10,5 \pm 0,5$  мес, в контрольной –  $7,8 \pm 0,5$  мес ( $p < 0,05$ ). Анализ отдаленных результатов показал, что 2-летняя безрецидивная выживаемость у больных с предоперационной химиотерапией составила 46,2%, тогда как при АХТ она была достоверно ниже – 38,3% ( $p < 0,05$ ). Общая и безметастатическая 2-летняя выживаемость составила 100%. Радикальной цистэктомии подверглись 5 (14,7%) больных II группы, что почти в 2 раза превысило количество прооперированных пациентов I группы – 2 (7,7%) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Проведение НАХТ у больных мышечно-инвазивным РМП способствует снижению количества рецидивов опухоли, позволяет отодвинуть сроки их появления, соответственно, увеличить продолжительность жизни без признаков местного проявления опухолевого роста и уменьшить количество выполняемых оргоаноуносящих операций.