

химиотерапии выбыло 2 пациента, из группы контроля у 6 больных прогрессирование не позволило продолжать специальное лечение. В обеих группах после 4 курсов химиотерапии отмечается ухудшение неврологического статуса, однако в основной группе ухудшение достоверно менее выражено, среднее значение неврологического дефицита по 3-балльной шкале $1,28 \pm 0,2$ в основной группе, а в контрольной $1,87 \pm 0,2$. Стабилизация интракраниального процесса после 4 курсов химиотерапии по данным КТ в основной группе отмечена у 13 больных (72% от продолжающих терапию), а в группе сравнения у 10 больных (67%). Прогрессирование после 4 курсов ХТ отмечено у 1 больного (6%) в основной группе и у 4 (27%) в группе сравнения. В обеих группах отсутствовали вы-

раженные токсические эффекты применяемых терапевтических методик. Гематологические осложнения в виде панцитопении, лейкопении IV степени не наблюдались за период лечения, отмечены умеренная лейкопения у 8 больных, анемия I-II ст. у 4 больных. Гастроинтестинальный синдром встречался у 9 больных. Достоверных различий в токсичности между группами не отмечено. Средняя продолжительность жизни в основной группе составила 7,9 месяца, а в контрольной группе 5,2 месяца, при более высоком качестве жизни в основной группе.

Выводы. Комплексное амбулаторное лечение (ТОГМ и химиотерапия на аутосредах) является высокоэффективным и безопасным методом в терапии МПГМ, проводимым без привлечения стационарного коечного фонда.

РОЛЬ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ В ОРГАНСОХРАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

С.И. ВИНТИЗЕНКО, Е.А. УСЫНИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В структуре онкоурологической заболеваемости опухоли мочевого пузыря занимают первое место и составляют 70%. На долю инвазивного рака мочевого пузыря (РМП) приходится до 60 % опухолей этой локализации. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2007), стандартным методом лечения мышечно-нвазивного РМП считается радикальная цистэктомия. Несмотря на значительный объем оперативного вмешательства, в течение двух лет после радикальной цистэктомии у 50% больных появляются отдаленные метастазы, а у 25% развиваются местные рецидивы опухоли в полости малого таза. В связи с этим в последнее время растет число сторонников органосохранного подхода в лечении инвазивного РМП с использованием химиолучевой терапии. 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 неоадъювантную химиотерапию (НАХТ). Некоторые авторы считают, что она улучшает показатели выживаемости на 10–15%, другие полагают, что результаты НАХТ позволяют только выделять группы больных с хорошим (при полной регрессии опухоли) и плохим (при частичной регрессии и отсутствии эффекта) исходом заболевания и может трактоваться лишь как дополнительный фактор прогноза. Изучение литературных данных показывает, что единой точки зрения в отношении целесообразности проведения предоперационной химиотерапии у больных инвазивным РМП до сих пор нет.

Цель исследования. Изучить влияние неоадъювантной полихимиотерапии на эффективность лечения мышечно-инвазивного РМП.

Материал и методы. В исследование включено 60 больных мышечно-инвазивным переходно-клеточным РМП T2a-3bN₀M₀ G1-3. В I группу вошли 26 больных, которым проводилось 2 курса НАХТ по стандартной схеме

MVAC, перерыв между курсами составлял 4-6 недель. В последующем этим пациентам выполнялась ТУР мочевого пузыря и еще 2 курса адьювантной химиотерапии (АХТ) по вышеуказанной схеме. Во II группу были включены 34 пациента, у которых лечение начиналось с выполнения ТУР мочевого пузыря, а затем проводилось два курса АХТ по схеме MVAC. Для оценки распространенности процесса выполнялась светооптическая цистоскопия с измерением двух максимальных размеров опухоли, с последующим забором биопсийного материала для установления гистотипа, степени дифференцировки и инвазии опухоли, с определением терапевтического патоморфоза после цитостатической терапии. Объективная оценка эффекта предоперационного лечения в I группе проводилась после 2 курсов химиотерапии по шкале RECIST и основывалась на данных УЗИ, компьютерной томографии и цистоскопии.

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 злокачественного процесса с уменьшением размеров опухоли на 30 - 70% от исходных. У 13 (50%) больных после 2 курсов лечения новообразования уменьшились менее чем на 20%, что соответствовало стабилизации процесса. Лишь у 2 (7,7%) пациентов, несмотря на проведение цитостатической терапии, отмечалось прогрессирование заболевания за счет увеличения размеров опухолевых очагов и их слияния. При изучении зависимости эффективности НАХТ от степени дифференцировки опухоли достоверных различий отмечено не было. Ответ на предоперационное лечение наблюдался у больных с опухолями разной степени злокачественности. Было отмечено, что из 13 больных,

у которых эффект от проведенного лечения был оценен как стабилизация процесса, у 8 (61,5%) повреждения злокачественных клеток соответствовали I степени. В то время как II степень патоморфоза достоверно чаще наблюдалась при наличии частичной регрессии опухоли у 7 (63,6%) из 11 пациентов. При анализе результатов лечения у больных мышечно-инвазивным РМП одним из наиболее значимых моментов является оценка частоты и сроков появления местных рецидивов опухоли. По нашим данным, всего за 2-летний период наблюдения рецидивы РМП были диагностированы у 53,8% пациентов, получавших НАХТ, в контрольной группе этот показатель был значимо выше и составил 61,7% ($p < 0,05$). Среднее время появления рецидива в исследуемой группе составило $10,5 \pm 0,5$ мес, а в контрольной $7,8 \pm 0,5$ мес ($p < 0,05$). У больных обеих групп преимущественно выявлялись единичные опухолевые узлы, которые характеризовались поверхностным характером роста новообразования. Анализ отдаленных результатов показал, что 2-летняя безрецидивная выживаемость у больных с предоперационной химиотерапией составила 46,2%, тогда как в группе с АХТ она была достоверно ниже - 38,3% ($p < 0,05$). Общая и безметастатическая 2 летняя выживаемость составили 100%. Радикальной цистэктомии подверглись 5 (14,7%) больных II группы, что более чем 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 оргаоуносящих операций.