

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

I. ДИАГНОСТИКА

Диагноз устанавливается на основании данных морфологического исследования биоптата, полученного в ходе ТУР-биопсии. В гистологическом заключении указываются морфологический подтип опухоли, глубина инвазии, степень злокачественности опухоли по шкале ВОЗ 2004 г. Для установления стадии заболевания дополнительно выполняются внутривенная урография, МРТ или КТ таза; при T2-T4 – КТ грудной и брюшной полости, остеосцинтиграфия.

2. ЛЕЧЕНИЕ

Выбор терапии больных раком мочевого пузыря основывается на результатах морфологического исследования, включающего в себя гистологический вариант рака, степень дифференцировки и глубину инвазии.

2.1. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ I СТАДИИ

Трансуретральная резекция с однократным внутривезикулярным введением цитостатика в первые сутки после операции и тщательным динамическим наблюдением является методом выбора у больных с низким риском рецидива.

Пациенты с высоким риском рецидива (рецидивирующая опухоль, большие размеры, мультифокальное поражение, низкая степень дифференцировки или карцинома *in situ*) после ТУР должны дополнительно получать внутривезикулярно БЦЖ или митомицин.

Если данная терапия не эффективна, пациентам выполняется радикальная цистэктомия в связи с высоким риском прогрессирования болезни.

2.2. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ II И III СТАДИЙ

Радикальная цистэктомия с выполнением тазовой лимфодиссекции считается стандартным подходом.

Органосохраняющие подходы с выполнением полной ТУР или сегментарной цистэктомии (радикальной резекции) и одновременной химиолучевой терапией, или дистанционная лучевая терапия являются обоснованной альтернативой для пациентов, не подлежащих радикальному хирургическому лечению или отказывающихся от цистэктомии.

Рекомендовано проведение неоадьювантной химиотерапии (3 курса) с использованием платиносодержащих схем (MVAC, цисплатин + гемцитабин) перед цистэктомией у больных T2-T4a стадий при наличии сохраненной функции почек (клиренс креатинина >60 мл/мин) и общего удовлетворительного состояния.

Данные о целесообразности проведения адьювантной химиотерапии по – преждему противоречивы. **Адьювантная химиотерапия не может быть рекомендована для рутинного использования в клинической практике.**

2.3. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ IV СТАДИИ

Для больных T1-3N+M0 стадии не рекомендуется выполнение первичной радикальной цистэктомии. Стандартным является проведение химиотерапии. В отдельных случаях при достижении выраженного эффекта в результате химиотерапии возможно проведение лучевой, химиолучевой терапии или выполнение цистэктомии.

Платиносодержащая комбинированная химиотерапия (MVAC, цисплатин + гемцитабин) является стандартной и способствует увеличению продолжительности жизни больных. При T4b стадии возможно проведение химиолучевой терапии.

Режим GP сопоставим с комбинацией MVAC по эффективности, но является предпочтительным из-за меньшей токсичности.

Для больных, которым противопоказано введение цисплатина, могут быть использованы комбинации на основе карбоплатина, либо монотерапия гемцитабином или таксанами.

В качестве 2-й линии химиотерапии рекомендуется применение препарата винфлунин.

Лучевая терапия с паллиативной целью может использоваться для уменьшения симптомов, ассоциированных с опухолевым процессом.

Схемы химиотерапии:

Схема химиотерапии	Препарат	Доза	Путь введения	Дни приема	Длительность цикла, дни
монотерапия	гемцитабин	1200 мг/м ² /сут	в/в	1,8	21
монотерапия	паклитаксел	200 мг/м ²	в/в	1	21
монотерапия	доцетаксел	100 мг/м ²	в/в	1	21
CDDP+Gem	цисплатин гемцитабин	80-100 мг/м ²	в/в	1	21
		1000 мг/м ² /сут	в/в	1,8	
MVAC	метотрексат винбластин доксорубицин цисплатин	30 мг/м ²	в/в	1,15,22	28
		3мг /м ²	в/в	2,15,22	
		30мг/м ²	в/в	2	
		70 мг/м ²	в/в		
Carbo+Gem	карбоплатин гемцитабин	AUC*=6	в/в	1	21
		1000 мг/м ²	в/в	1,8	

AUC* (area under the curve) – фармакокинетический параметр, определяющий концентрацию препарата. Необходим для расчета дозы препарата в зависимости от клиренса креатинина по формуле: доза препарата (мг) = [клиренс креатинина (мл/мин) +25] × AUC.

3. НАБЛЮДЕНИЕ

Для пациентов, подвергавшихся органосохранному лечению, цистоскопия и цитологическое исследование мочи должны выполняться каждые 3 месяца в течение первых 2 лет и далее каждые 6 месяцев.

После цистэктомии клинический осмотр должен осуществляться каждые 3 месяца в течение первых 2 лет и в последующем каждые 6 месяцев в течение 5 лет. Применение данной тактики является обоснованным у пациентов, подвергшихся радикальному лечению, т.к. способствует выявлению больных, которым могут быть выполнены «спасительные» варианты терапии.

Рисунок 1. Алгоритм диагностики, стадирования, лечения рака мочевого пузыря.

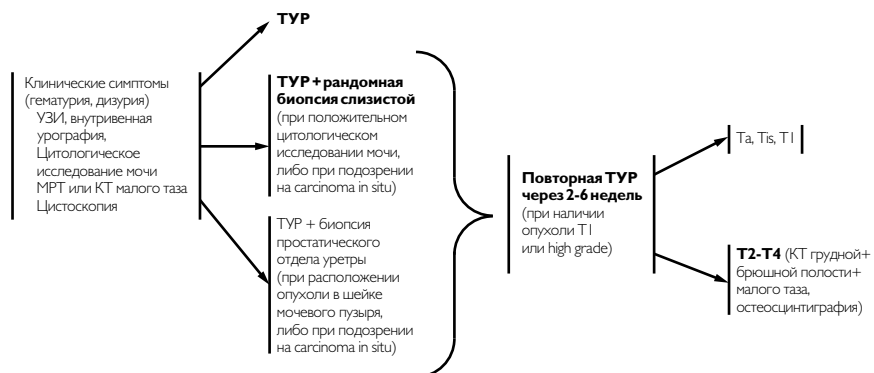


Рисунок 2. Лечение (T_a, T_{is}, T₁).

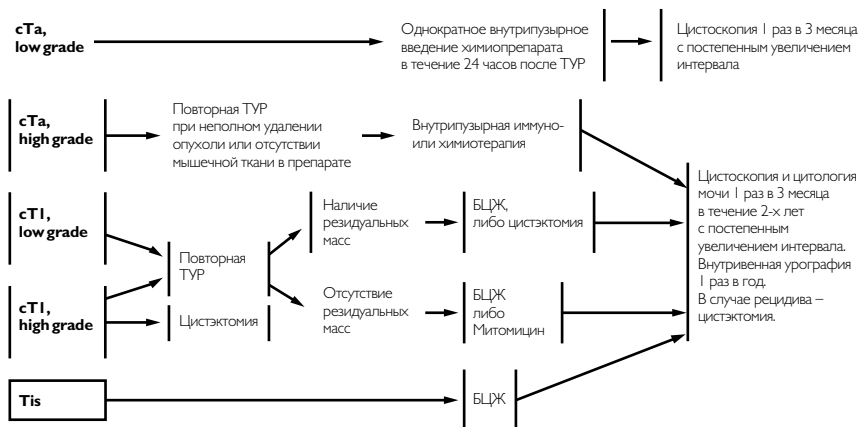


Рисунок 3. Лечение (T₂-T_{4b}N₀/xM₀).

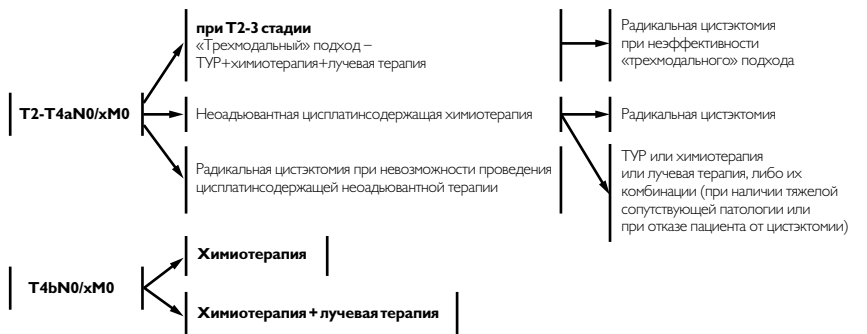


Рисунок 4. Лечение метастатических форм.

