

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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.

ЛЕЧЕНИЕ

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

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 С.

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

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. Данный подход позволяет увеличить 5-летнюю выживаемость больных в среднем на 5%.

Данные о целесообразности проведения адьювантной химиотерапии по-прежнему противоречивы, т.к. отсутствуют клинические исследования с высоким уровнем доказательности, подтверждающие ее эффективность. Отдельные исследования указывают на то, что *адьювантная химиотерапия* может быть рекомендована больным N+ стадией.

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.

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

В качестве II линии химиотерапии рекомендуется применение препарата винфлулин.

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	175–200 мг/м ²	в/в	1	21
монотерапия	доцетаксел	100 мг/м ²	в/в	1	21
цисплатин + гемцитабин	цисплатин гемцитабин	80–100 мг/м ²	в/в	1	21
		1000 мг/м ² /сут	в/в	1, 8	
MVAC	метотрексат	30 мг/м ²	в/в	1, 15, 22	28
	винбластин	3мг/м ²	в/в	2, 15, 22	
	доксорубицин	30мг/м ²	в/в	2	
	цисплатин	70 мг/м ²	в/в	2	
карбоплатин + гемцитабин	карбоплатин гемцитабин	AUC* =6 1000 мг/м ²	в/в в/в	1 1, 8	21

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.

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.

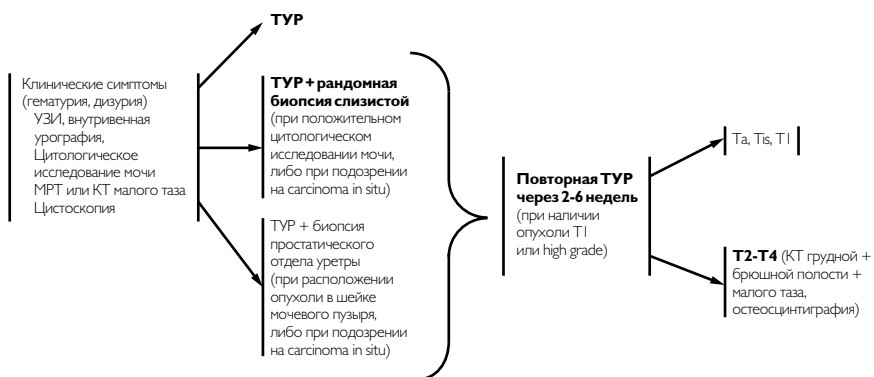


Рисунок 2. Лечение (Ta, Tis, T1).

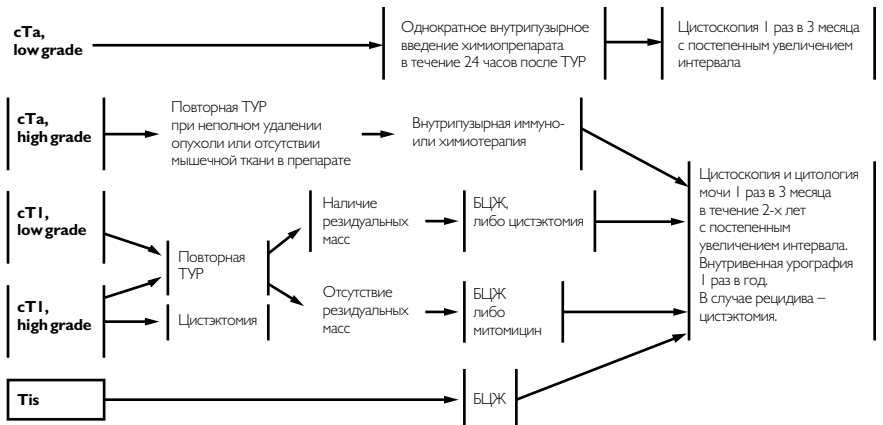


Рисунок 3. Лечение (T2-T4bN0/xM0).

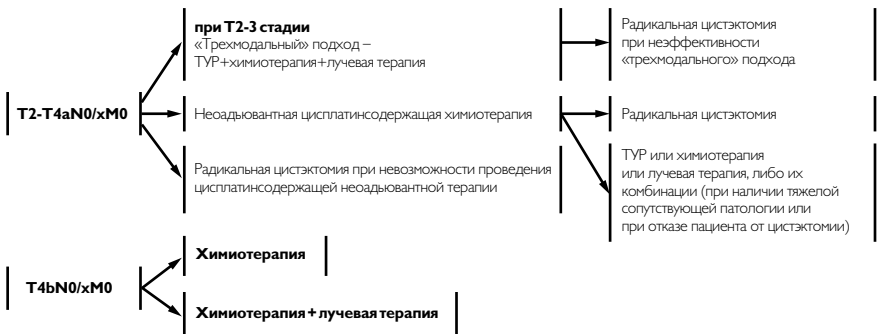


Рисунок 4. Лечение метастатических форм.

