

УДК 616.62 006.6-036.8

## ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

*Н.С. Нурғалиев*

Представлены некоторые результаты по частоте выживаемости при раке мочевого пузыря в зависимости от состояния региональных лимфатических узлов (позитивных или отрицательных).

*Ключевые слова:* рак мочевого пузыря; выживаемость.

---

## REGIONAL LYMPH NODE STATUS AND SURVIVAL IN BLADDER CANCER

*N.S. Nurgaliev*

It is presented some results of survival rate in bladder cancer depending of regional lymph node status (positive or negative) in bladder cancer.

*Key words:* bladder cancer; lymph node; survival.

**Актуальность.** Рак мочевого пузыря (РМП), по сводным данным, составляет 4 % всех онкологических заболеваний. В последние годы наблюдается тенденция к росту заболеваемости, особенно в развитых странах мира [1, 2]. Например, в США, странах Северной Европы заболеваемость достигла рекордных значений – до 20 на 100 тыс. населения [3]. РМП встречается чаще у мужчин старше 40 лет. Излюбленное место – шейка и мочепузырный треугольник (Льетто). Согласно гистологической классификации, РМП подразделяется на эпителиальные (плоскоклеточный, переходноклеточный) и неэпителиальные (рабдомиосаркома, рабдомиома) опухоли. Могут также встречаться смешанные (феохромцитомы, меланомы, лимфомы) и вторичные, или метастатические, новообразования мочевого пузыря.

Лечение РМП включает комплексное использование различных методов лечения, используемых в онкологии [1, 3, 4]. Универсальных подходов к терапии РМП не существует, однако имеются определенные рекомендации к лечению, которые зависят от степени распространенности опухолевого процесса, гистологии, уровня инвазии и состояния онкоурологической службы в целом [5, 6].

Цель исследования – изучить показатели выживаемости больных раком мочевого пузыря в зависимости от состояния региональных лимфатических узлов.

**Материал и методы.** Были обследованы 128 пациентов с инвазивным РМП. Больные были разделены на две группы – группу 1, или основную (неoadьювантная химиотерапия + операция), и группу 2, или контрольную (только операция). Основная группа пациентов получала курсы предоперационной химиотерапии по схеме: Гемзар 1000 мг/м<sup>2</sup> 1-й день, 8-й день + Цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> 1-й день с двухкратным повтором через каждые 21 день. После проведения 2-х курсов оценивался результат лечения по данным рентгенологического (КТ или МРТ органов малого таза), ультрасонографического методов исследования. Также изучалась токсичность лечения или побочные эффекты химиотерапии. Через 3 недели после 2-го курса химиотерапии проводилось оперативное лечение – радикальная цистэктомия с деривацией мочи по Брикеру или Хаутману. В контрольной группе на первом этапе проводилась операция в объеме радикальной цистэктомии.

**Результаты исследования.** При изучении показателей выживаемости у больных раком мочевого пузыря в зависимости от поражения региональных лимфоузлов были получены следующие результаты (рисунок 1). Как видно из диаграммы, выживаемость была существенно выше в группе без поражения лимфатических лимфоузлов, медиана выживаемости для пациентов с поражением лимфатических узлов составила 11,2 месяца.

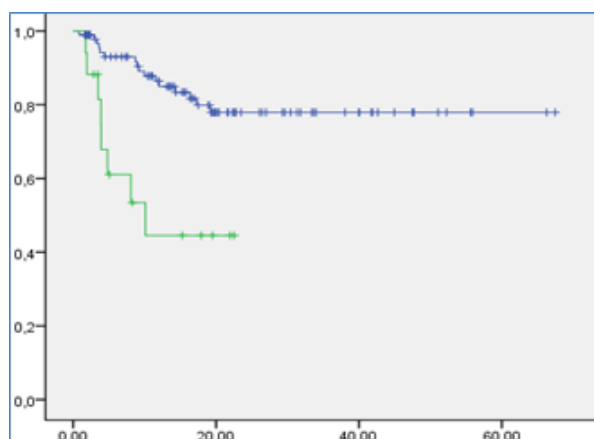


Рисунок 1 – Частота выживаемости в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов у пациентов, получивших хирургическое лечение (n = 128)

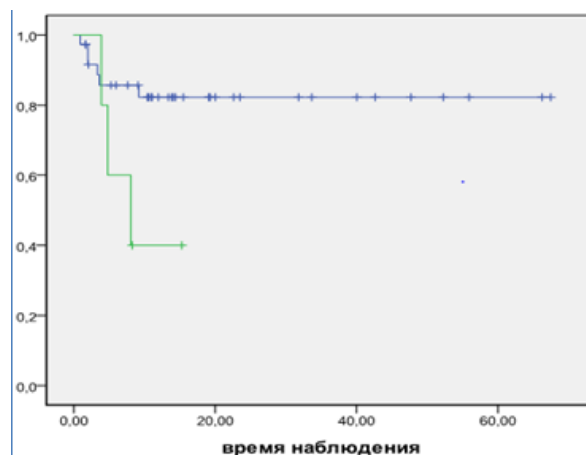


Рисунок 2 – Выживаемость в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов у пациентов, получивших предоперационную химиотерапию + радикальная цистэктомия (n = 45) (время наблюдения – месяцы)

В таблицах 1 и 2 показана выживаемость пациентов основной и контрольной групп в зависимости от поражения регионарных лимфатических узлов. При отсутствии метастазов в регионарные лимфоузлы в обеих группах выживаемость статистически достоверно не отличалась (86,0 и 82,0 % соответственно,  $p > 0,05$ ). Однако при изучении статуса лимфоузлов в основной группе (предоперационная химиотерапия + операция) были отмечены заметные различия (таблица 2, рисунок 2).

Таблица 1 – Выживаемость пациентов в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов

Признак	Основная группа, n = 45	Контрольная группа, n = 83	Различия (95 % ДИ)	Pval
Отсутствие метастазов в л/узлы	0,86	0,82	0,16 [-0,16; 0,24]	> 0,05

Таблица 2 – Выживаемость пациентов основной группы в зависимости от состояния регионарных лимфоузлов

Статус лимфоузлов	Основная группа, n	Летальность, n	Общая выживаемость, %
No	40	6	85
N+	5	3	40
Всего	45	9	80

Общая выживаемость у пациентов основной группы при отсутствии метастазов (негативный

статус) была статистически достоверно выше, чем при положительном статусе лимфатических узлов 85 и 40 % соответственно (таблица 3, рисунок 3).

Таблица 3 – Выживаемость пациентов контрольной группы в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов

Статус лимфоузлов	Контрольная группа, n	Летальность, n	Общая выживаемость, %
No	67	17	74,6
N+	16	8	50,0
Всего	83	25	69,9

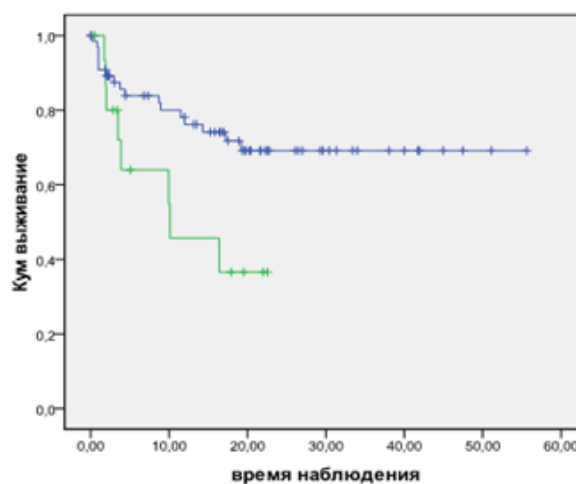


Рисунок 3 – Выживание в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов у пациентов, получивших лечение после радикальной цистэктомии (n = 83)

Таким образом, сравнивая показатели выживаемости в зависимости от поражения регионарных лимфоузлов в обеих группах, мы не выявили существенных преимуществ при проведении предоперационной химиотерапии. Общая выживаемость без поражения лимфоузлов (No) в основной группе составила 85 %, в контрольной – 74,6 %. Выживаемость у пациентов с поражением лимфоузлов (N+) в основной группе составила 40 %, в контрольной – 50 %, при этом медиана выживаемости в обеих группах составила 10 месяцев. Эти данные указывают на то, что у пациентов с поражением лимфоузлов проведение химиотерапии в неoadъювантном режиме не приводит к существенным улучшениям в показателях общей выживаемости.

#### Литература

1. Лопаткин Н.А. Радикальное лечение инвазивного рака мочевого пузыря / Н.А. Лопаткин, С.П. Даренков, А.Е. Соколов и др. // Урология. 2003. № 4. С. 3–8.
2. Jemal A., Bray F., Center M.M. et al. Global cancer statistics // CA Cancer J Clin. 2011. V. 61. P. 69.
3. Ploeg M., Aben K.K., Kiemeny L.A. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world // World J Urol. 2009. V. 27. P. 289.
4. Atreya Dash, Joseph A. Pettus, Harry W. Herr et al. A Role for Neoadjuvant Gemcitabine Plus Cisplatin in Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder: A Retrospective Experience // Cancer. Nov 1, 2008. V. 113 (9). P. 2471–2477.
5. von der Maase H. Current and future perspectives in advanced bladder cancer: is there a new standard? // Semin Oncol. 2002. V. 29 (1 Suppl 3). P. 3–14.
6. Apolo A.B., Kim J.W., Bochner B.H. et al. Examining the management of muscle-invasive bladder cancer by medical oncologists in the United States. // Urol Oncol. 2014. V. 32 (5). P. 637–44.