

Винахід відноситься до медицини, а саме до онкології і використовується для лікування хворих на місцеволокалізований рак сечового міхура.

У хворих на рак сечового міхура при T2-T3 пухлинних процесах з метою радикального лікування переважно використовується операція цистектомія, з вірогідністю 5-річного виживання біля 40% та можливою інвалідизацією в 60%. Серед відомих способів, спрямованих на досягнення регресії пухлини сечового міхура та виконання в подальшому органозберігаючої операції застосовується доопераційна променева терапія. Проте пропоновані високі дози опромінення (до 70Гр) спричиняють різного роду місцеві та загальні реакції і пошкодження, які унеможливають в подальшому виконання органозберігаючої операції, а спроби зменшити дозу опромінення ведуть до рецидиву хвороби.

Для усунення вказаних недоліків нами поставлено завдання досягнути регресію пухлини без зростання частоти місцевих і загальних реакцій.

Технічний результат досягається внаслідок забезпечення підсилення радіобіологічного ефекту попереднім ендолімфатичним введенням інфузії лаферону і 5-фторурацилу як синхронізатора зупинки поділу клітин в S-фазі.

Створено спосіб комплексного лікування місцево-локалізованого раку сечового міхура, при якому досягнуто регресію пухлини при зменшенні пошкодження здорових тканин, що забезпечує радикалізм органозберігаючої операції.

Крок 1 (підготовчий етап).

Проведення фізикального та клініко-інструментального обстеження хворого.

Виготовлення анатомічно-топографічної карти поперечного зрізу тазу на рівні пухлини.

Складання дозиметричного плану опромінення.

Крок 2 (етап проведення катетеризації лімфатичних судин та ендолімфатичної інфузії лаферону та 5-фторурацилу)

В ділянці верхньої або середньої третини стегна по медіальній поверхні під місцевою анестезією 0,5% розчином новокаїну проводиться розріз шкіри та підшкірної клітковини довжиною до 5см, виділяються лімфатичні судини, які розташовані під фасцією, проводиться їх катетеризація пункційним способом полівініловим катетером, на краї рани накладають вузлові шви.

3 мільйони МО лаферону розводять у 10мл дистильованої води та 0,75г 5-фторурацилу розводять у 20мл 0,9% NaCl, флакони з цими розчинами розташовують на стояку на висоті 1,6-1,7м і за допомогою стандартної системи для інфузійної терапії приєднують до ендолімфатичного катетера.

Інфузію розчину проводять зі швидкістю 6-8 кр. за хвилину, спочатку вводиться лаферон, а далі 5-фторурацилу.

Інфузію розпочинають о 14 годині, з розрахунку на зниження активності ферментної системи організму по нейтралізації 5-фторурацилу.

Крок 3 (етап проведення дистанційного гамма-опромінення - проводиться через 17 годин після завершення ендолімфатичної інфузії лаферону і 5-фторурацилу).

Проводиться укладка хворого на спеціальному столі гамма-терапевтичного апарату.

Проводиться дистанційне опромінення хворого разовою дозою 4 гр.

Вказані вище ендолімфатичні інфузії лаферону та 5-фторурацилу та сеанси опромінення проводяться по чергово дев'ять разів. Після завершення курсу проводиться фізикальне обстеження хворого, клініко-лабораторні тести.

Крок 4 (етап проведення остаточної оцінки ефективності антибластомної терапії).

Після 3-4-х тижневої перерви, необхідної для реалізації ефекту антибластомної терапії, проводиться фізикальне обстеження хворого, клініко-лабораторні тести, повторна цистоскопія з щипцевою біопсією для оцінки ступеня лікувального патоморфозу. Якщо ємкість міхура перевищує 200мл і є регресія пухлини, тоді хворому пропонується резекція стінки сечового міхура з реімплантацією сечоводів у дно.

Приклади конкретного виконання - додаток 1, 2.

(додаток-1: приклад застосування опромінення на фоні ендолімфатичної імуноцитостатикотерапії у хворих на місцеволокалізований рак сечового міхура;

додаток - 2: приклад застосування традиційної методики опромінення).

Додаток 1.

Хворий Г., 64 роки, історія хвороби № 345/96 при поступленні в Івано-Франківський обласний онкологічний диспансер скаржився на частий і болючий сечопуск з домішками крові в сечі, які турбують його впродовж двох років. При цистоскопії: ємкість сечового міхура 200,0см³, слизова блідо-рожева, трабекулярна, вічка симетричні, щілеподібні, з обох виділяється сеча. На відстані 1см від шийки сечового міхура, по лівій боковій стінці новоутвір до 2,5см в діаметрі по типу "цвітної капусти" на широкій основі, слизова довкола пухлини інфільтрована. Проведена біопсія пухлини. Гістологічне заключення з біоптату: перехідноклітинний рак. Цистографія осадова: - зліва від шийки сечового міхура є імпрегнований контрастом новоутвір, неправильної форми 3,5х1,5см. Проведені ректороманоскопія, фіброколоноскопія, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, ультразвукове дослідження печінки, нирок та малого тазу дозволили встановити що процес в сечовому міхурі є локалізованим. На першому етапі лікування хворому проведено доопераційний курс опромінення синхронізований ендолімфатичним введенням 5-фторурацилу. За дев'ять почергових введень 750mg 5-фторурацилу з опроміненням наступного дня фракціями по 4гр хворий отримав 6,75g 5-фторурацилу та 36гр. дистанційної гама-терапії. Через три тижні проведена контрольна цистографія: при ємкості міхура 200мл пухлина регресувала на 40%: хворому виконана операція - резекція стінки сечового міхура з вічком лівого сечоводу з наступною його реімплантацією в дно міхура. Через два тижні хворий виписаний додому. Контрольне дослідження через

місяць після операції - явища дизурії відсутні, ємкість міхура 200мл. Хворий впродовж трьох років після операції обстежується цистоскопічно - ознак рецидиву захворювання немає.

Таким чином, використання в комплексному лікуванні місцеволокалізованого раку сечового міхура нового способу антибластомної терапії проведенням доопераційного опромінення з почерговим ендолімфатичним введенням 5-фторурацилу для синхронізації і зупинки поділу клітин пухлини в радіочутливій фазі дозволяє забезпечити радикалізм органозберігаючої операції.

Додаток 2.

Хворий С., 67 років, історія хвороби №672/96, знаходився на лікуванні в Івано-Франківському обласному онкологічному диспансері (ООД) з приводу перехідноклітинного раку сечового міхура. Згідно даних анамнезу, хворим вважав себе на протязі одного року, коли вперше відмітив домішки крові в сечі, різі при сечопуску, затруднений сечопуск, який покращувався після відходження згортків крові. За медичною допомогою не звертався, самотійно вживав відвар кропиви після чого гематурія припинялась. При звертанні в поліклінічне відділення ООД хворий скаржився на домішки крові та згортків крові в сечі, загальне недомагання, частий, болючий сечопуск, в зв'язку з чим був госпіталізований для дообстеження та лікування.

При обстеженні виявлено: цистоскопічно - ємкість сечового міхура 220,0см³, слизова сечового міхура блідо-рожева трабекулярна, вічка симетричні, щілевидні, з обох виходить сеча. По правій боковій стінці, вище правого вічка на 3 см, наявний новоутвір по типу "цвітної капусти" на широкій основі діаметром 3,0см, слизова сечового міхура навколо новоутвору дещо інфільтрована. Взято матеріал на патогістологічне дослідження. Заключення: перехідноклітинний рак сечового міхура. Хворому проведено екскреторну урографію та цистографію. Функція обох нирок збережена, явищ стазу сечі в правій нирці не виявлено. На цистогамі наявний дефект наповнення по правій стінці, імпрегований контрастом, з нерівними контурами, діаметром 3,5см. Хворий обстежений в повному об'ємі. Проведені ректороманоскопія, фібробриноскопія, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, дозволили виключити розповсюдження процесу. Згідно з планом лікування хворому на першому етапі проведено курс дистанційної телегаматерапії по 3гр щоденно до сумарної дози 40гр. Хворий виписаний додому на трьохтижневий перерву, в зв'язку з тим, що виникли явища післяпроменевого циститу, хворому призначено протизапальну терапію, інстиляції сечового міхура 3% розчином коларголу. Повторно хворий поступив через три тижні. На час поступлення явища дизурії припинились. При контрольній цистоскопії, ємкість сечового міхура 200,0см³, наявна пухлина регресувала на 20%. Хворому проведена операція резекція стінки сечового міхура. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Рана зажила первинним натягом. Хворий в задовільному стані виписаний додому. Хворому призначена протизапальна терапія. Через місяць хворий був госпіталізований в радіологічне відділення ООД на післяопераційний курс дистанційної телегаматерапії, оскільки при патогістологічному дослідженні післяопераційного матеріалу було виявлено глибоку інвазію пухлини в стінку сечового міхура. Хворий отримав ще курс дистанційної телегаматерапії по 2гр щоденно до сумарної дози 64гр. З явищами вираженої дизурії виписаний додому, призначено інтенсивну протизапальну терапію. При контрольній цистоскопії через місяць, явища вираженого циститу не спостерігались, проте ємкість сечового міхура склала тільки 150мл. Хворому постійно, згідно з планом диспансеризації, проводились контрольні цистоскопії. Через два роки після проведеного комбінованого лікування, у хворого при контрольній цистоскопії, виявлено рецидив пухлини на 1,0см вище післяопераційного рубця, діаметром 0,3см на ніжці по типу "цвітної капусти". Хворому проведено трансуретральну резекцію пухлини, з наступною внутріміхуровою хіміотерапією тіофосфамідом 40mg. Щоденно, до сумарної дози 400mg.

На протязі останніх трьох років за хворим ведеться постійний нагляд. Загальний стан хворого задовільний. Даних за прогресування пухлинного процесу не виявлено.

Таким чином, застосування традиційних методів лікування місцеволокалізованого раку сечового міхура призводять до виникнення різного роду ускладнень та рецидиву захворювання, що унеможлиблює забезпечити радикалізм органозберігаючого лікування.