

Винахід відноситься до медицини, а саме до онкології, і може бути використаний для лікування хворих на рак грудної залози, ускладненому метастазами в плевру та ексудативним метастатичним плевритом.

У сучасній онкології реально застосовуються біля 12-15 схем хіміотерапії для лікування хворих на рак грудної залози. Це залежить від виду віку хворої, гістологічного варіанту пухлини, менструального статусу, розповсюдженості процесу, супутніх захворювань, попередній чи майбутній операції й інших чинників. Вимоги, запропоновані до хіміотерапії, залишаються незмінними протягом тривалого часу: ефективність, низька токсичність, широкий терапевтичний інтервал, можливість многоразового використання.

Так, наприклад, відома схема FAC-2, яка широко використовується в Україні для лікування розповсюдженого раку грудної залози („Ад'ювантна хіміотерапія раку грудної залози" - Львів, ЛДМУ. - 1997. С.33). Згідно з цією схемою хворій жінці вводиться фторурацил 500мг/м^2 в/в в 1-й та 8-й день + доксорубіцин 50мг/м^2 в/в в 1-й день + циклофосфан 500мг/м^2 в/в в 1-й день. Інтервал між курсами складає 4 тижні. Кількість курсів ві 4 до 6. Ця схема використовується у хворих з занедбаним процесом та розповсюдженням ракового процесу на плевру та появою ракового метастатичного плевриту.

Для лікування метастатичного раку грудної залози Southeastern Cancer Study Group запропонували схему CAF-50 (циклофосфамід 500мг/м^2 в/в + адрибластин 50мг/м^2 в/в + фторурацил 500мг/м^2 в/в - кожних 3 тижні до 6 курсів). Ця схема має переваги при занедбаних формах раку (Smalley R.V. at al. - Breast Cancer Res. Treat, - 1983. -3(2):209-20).

В останні роки в зв'язку з прогресом фармакології та появою нових препаратів для паліативного лікування раку грудної залози в останній час все ширше використовується схема ET-60 (епірубіцин 60мг/м^2 в/в + паклітаксел 175мг/м^2 в/в - кожні 3 тижні до 6 курсів). Ефективність цієї комбінації вірогідно перевищує ефективність комбінації епірубіцину та циклофосфамиду (Luck H.J. at al. - Proc.Soc.Clin.Oncol. - 2000 - 19:73a:A280).

У якості прототипу нами обрана схема CMF (циклофосфан 600мг/м^2 в/в в 1-й день + метотрексат 40мг/м^2 в/в в 1-й та 8-й день + фторурацил 600мг/м^2 в/в в 1-й та 8-й день - 6 циклів з інтервалом в 4 тижні), яка використовується вже понад 10 років і являється золотим стандартом при ад'ювантному лікуванні раку грудної залози („Сучасні проблеми медикаментозної терапії раку грудної залози" - Б.Т.Білинський, Я.В.Шпарик - Львів, Галицька видавнича спілка, -2001 -С.120).

Зазначений схема має ряд недоліків. По-перше, всі ліки вводяться внутрішньовенне і концентрація їх в плевральній рідині дуже низька, по-друге, тут не передбачено місцеве лікування плевриту. По-третє, не передбачена імунотерапія, хоч відомо, що пухлина є потужним імуносупресором.

У основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності лікування метастатичного раку грудної залози, ускладненого плевритом шляхом додання до традиційної схеми поліхіміотерапії імунomodulatory.

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі лікування метастатичних плевритів при раку грудної залози, який включає внутрішньовенне введення циклофосфану, доксорубіцину та фторурацилу, згідно з винаходом, додатково внутрішньоплевральню вводять лаферон після евакуації рідини при плевральній пункції, курсом не більше 6 разів.

Підвищення ефективності лікування метастатичних плевритів при раку грудної залози досягають за рахунок синергізму засобів, що використовують при цьому. Лаферон є лікарняною формою людського рекомбінантного 2b-інтерферону. Подібно природному лейкоцитарному інтерферону, він має три основних види біологічної активності: імунomodulatory, протівірусну, та протипухлинну. Після парентерального введення лаферону, інтерферон, який знаходиться в ньому, зв'язується рецепторами, які знаходяться на різних клітинах організму, стимулює каскад внутріклітинних перетворень, після чого зрушується протеазами. Завдяки одночасному введенні з цитостатиками спостерігається синергічна протипухлинна дія та зменшення побічного токсичного ефекту.

Спосіб виконують наступним чином: при наявності вільної рідини в плевральній порожнині метастатичного походження при раку грудної залози хворій проводять поліхіміотерапію за схемою CMF: 1 цикл в 4 тижні (6 курсів). Паралельно цьому незалежно від часу введення хіміопрепаратів проводять пункцію плевральної порожнини, евакуюють рідину та вводять внутрішньоплевральню 15млн одиниць лаферону, розчиненого в 20мл фізіологічного розчину. Якщо рідина збирається знову, що маніфестується появою задишки, кашлю, біллю в грудній клітині, ослабленням дихання при аускультції та притупленням перкуторного звуку при перкусії, проводять ще одну пункцію та введення 15млн одиниць лаферону. Так проводять завжди, коли з'являється вільна рідина та є потреба проводити плевральну пункцію на протязі всього курсу поліхіміотерапії, та не більше 6 разів, тому що клінічно доведено, якщо схема є ефективною, то за 6 плевральних пункцій та введення лаферону вільна рідина вже не збирається. Якщо схема не ефективна, то більш ніж 6 разів лаферон вводити нема сенсу.

Спосіб ілюструє наступний приклад.

Хвора К., 54 роки, історія хвороби №4617, поступила в торакальне відділення онкологічного диспансеру в плановому порядку зі скаргами на біль у грудній клітині, задишку. В анамнезі - 2 роки назад виконана радикальна мастектомія з приводу раку грудної залози T2N1M0. Після операції хвора отримала курс променевої терапії стандартними фракціями (ВД=2Гр, СВД=40Гр) та 4 курси поліхіміотерапії за схемою CAF-50. Після закінчення лікування хвора спостерігалась в поліклініці онкодиспансеру, співчувала себе добре. Два місяці тому стан здоров'я погіршився та вона звернулася до лікаря. Клініко-рентгенологічно, цистологічно у хворої виявлено рак правої молочної залози та метастатичний ексудативний плеврит справа. Начата паліативна поліхіміотерапія за схемою CMF. Хворій було проведено 2 курси ПХТ, та плевральні пункції з евакуацією до 2л рідини за один раз. Пункції проводились 1 раз на тиждень. Після госпіталізації у відділення хворій було додатково введено у плевральну порожнину 15млн одиниць лаферону після евакуації 1800мл геморагічного ексудату. Через тиждень була проведена повторна плевральна пункція, евакуйовано 900мл ексудату, та введено ще 15млн . одиниць лаферону. Далі хворій провели третій курс ПХТ, співчуття її покращилось і через 2 тижні провели ще одну плевральну пункцію. Получено до 500мл ексудату та введено 15млн . одиниць лаферону. Після цього хвора виписана додому, подалі вона получала останні курси ПХТ за схемою CMF (3 курси) з одночасним введенням в плевральну порожнину 15млн . одиниць лаферону. Під час пункцій було получено $300-400\text{мл}$ рідини. Таким чином

у хворої з розповсюдженим раком грудної залози значно зменшилась кількість рідини в плевральній порожнині по об'єму та збільшився інтервал між пункціями. Це свідчить про ефективність використаної схеми лікування. Завдяки цьому вдалося суттєво поліпшити якість життя та затормозити розвиток ракового процесу.

Запропонований спосіб лікування метастатичних плевритів при раку грудної залози у достатньому ступені простий, ефективний, і являє собою сполучення переваг внутрішньовенного та внутрішньоплеврального введення хіміопрепаратів. Це покращує тривалість та якість життя хворої жінки. Цей спосіб добре зарекомендував себе в клінічній практиці.