

Таким чином, терапія супроводу повинна бути спрямованою не тільки на профілактику та лікування ускладнень спеціально протипухлинно терапі, а бути комплексною і враховувати наявність супутньої патології, проявів само "хвороби" та реабілітаційні заходи. Такий підхід дозволить, якщо не подовжити життя онкологічного хворого, то значно підвищити його якість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак в Україні, 2006-2007. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічно служби: [Бюлетень національного канцер-реєст-

ру України] / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Є.Л. Горох та ін. – К.: Національний інститут раку, 2008. – № 9. – 100 с.

2. Жуков Н.В., Миненко С.В., Птушкин В.В. Рекордон в лечении анемий у онкологических больных. – Ж.Фарматека, 2008. – С. 54-59.

3. Румянцев А.Г., Агаренко В.А. Клінічна трансфузіологія. – М. – 1997.

4. Diagnosis and treatment of deep-vein thrombosis/D. Scarvelis, P.S. Wells // CMAJ. – 2006. – Vol. 175, № 9. – P. 1087-1092. (Review. Erratum in: CMAJ. – 2007. – Vol. –177, № 11.– P. 1392.

5. Румянцев А.Г. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкологических заболеваниях. – М. – 2006.

6. Левин О.С. Болевой синдром при полиневропатиях: подходы к лечению. Consilium medicum. – Т. 8. – № 12. – 2006.

УДК 615.28:539.211:616.62-006.6

Костюк О.Г.

РАЦІОНАЛЬНА ХІМІОТЕРАПІЯ ПРИ ПОВЕРХНЕВОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

РАЦІОНАЛЬНА ХІМІОТЕРАПІЯ ПРИ ПОВЕРХНЕВОМУ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА – У роботі наводяться дані лікування 26 хворих на поверхневий рак сечового міхура при застосуванні хіміотерапі без доступу сечі у порожнину сечового міхура. Даний спосіб дав можливість значно скоротити кількість рецидивів пухлини у ранній післяопераційний період до одного року.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ПОВЕРХНОСТНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ – В работе приводятся данные о лечении 26 пациентов с поверхностным раком мочевого пузыря при применении химиотерапии без доступа мочи в полость мочевого пузыря. Данный способ дал возможность значительно сократить количество рецидивов опухоли в раннем послеоперационном периоде до одного года.

RATIONAL CHEMOTHERAPY OF SUPERFICIAL CANCER OF URINARY BLADDER – In-process cited data about treatment of 26 patients with superficial cancer of urinary bladder at application of chemotherapy without access of urine into the cavity of urinary bladder are represented. This method enabled to avoid relapse of tumors in an early period after operation to one year.

Ключові слова: поверхневий рак сечового міхура, лікування.

Ключевые слова: поверхностный рак мочевого пузыря, лечение.

Key words: superficial cancer of urinary bladder, treatment.

ВСТУП За даним різних вітчизняних та зарубіжних авторів, рецидиви після ТУР (трансуретральна резекція) складають від 50 % до 80 %. Особливу увагу вченні всього світу сконцентрували на те, щоб не допустити повторних захворювань на поверхневий рак сечового міхура (ПРСМ), а саме: на підвищення дієвості внутрішньоміхурово хіміотерапі шляхом пошуку оптимальних термінів для інстиляцій, кількості введення хіміопрепаратів та тривалості перебування у сечовому міхурі (СМ), зміненню фармакокінетики препаратів, підвищенню всмоктування препарату слизовою оболонкою СМ, комбінуванню декількох препаратів[2].

За даним літератури, імунотерапія вакциною БЦЖ залишається найбільш ефективним способом внутрішньоміхурово хіміотерапі, застосування яко при ПРСМ попереджає про рецидиви та прогресію пухлини [3,4,5]. Проведення дано терапі рекомендують особливо при високому ризику розвитку рецидиву папілярно пухлини Т1 G3 та карциноми in situ [6]. Введення вакцини БЦЖ часто ускладнюється непередбаченими місцевими та загальними проявами, що обмежує застосування даного препарату.

З метою підвищення ефективності та зменшення ризику розвитку рецидиву в деяких дослідженнях рекомендують збільшити тривалість інстиляції. Такий підхід до лікування ПРСМ багатьма вченими був відхилений, тому що наслідком був гострий цистит зі всіма негативними про-

гнозами у майбутньому. Тому Європейська асоціація урологів при ПРСМ рекомендує ранню одноразову інстиляцію хіміотерапевтичного препарату протягом 6-ти год після ТУР, як терапія вибору при пухлинах високого ступеня ризику виникнення рецидиву, так як і початкова терапія при пухлинах низького ступеня [6].

Тривалість лікування на сьогодні є також предметом обговорення. Крім того, значну кількість робіт присвячено дилуції препарату в порожнині сечового міхура. Дане питання, на наш погляд, пов'язане з двома моментами: 1-й – з кожною хвилиною відбувається розведення протипухлинного препарату поступаючою сечею. Для зменшення розведення сечі запропоновано значну кількість методик, направлених на затримку секретів та ескреції сечі, проте всі вони є малоефективні, а деякі і небезпечні – концентрація сечі в кінцевому підсумку не є стабільною; 2-й – пацієнти повинні зберігати інстиляційний розчин у СМ максимально довго (не менше 1 год, що пов'язано з незручностями хворого). Загальновідомо, що зменшення концентрації препарату значно знижує його ефективність. Тому пошук нових способів у лікуванні ПРСМ є перспективним, а основне і необхідним.

Мета роботи: пропонується новий спосіб у лікуванні ПРСМ із завданням збереження постійно концентрації препарату в порожнині СМ шляхом виключення доступу сечі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Спосіб здійснюється двома шляхами: після відкрито операції на СМ та після ТУР [1].

Варіант 1. Після етапу "відкрито" резекції пухлини сечового міхура виконують катетеризацію сечоводів (правого і лівого) катетерами №6 на висоту 20-22 см (рівень мисок нирок). Катетери виводять через операційну рану назовні і залишають для евакуації сечі із нирок протягом 1 год, після чого отримують стан "сухого" сечового міхура. По дренажній трубці (надлонній чи уретральній) в міхур вводять протипухлинний препарат, розведений в 100 мл фізіологічного розчину. Після експозиції хіміотерапевтичного препарату протягом 1 год в сечовому міхурі, розчин евакуують із нього. Видаляють сечовідні катетери.

Варіант №2. Після закінчення етапу трансуретральної резекції пухлини сечового міхура, проводять катетеризацію сечоводів катетерами № 6 (правого і лівого) до рівня мисок нирок і катетери залишають. Резектоскоп видаляють. Паралельно сечовідним катетерам у сечовий міхур по уретрі вводять катетер Фолі №18 (20) і хворого переводять в палату, де після виключення ознак кровотечі вводять внут-

рішньому міхурово визначену концентрацію хіміопрепарату, розведеного в 100 мл фізіологічного розчину на 1 год. Після експозиції хіміотерапевтичного препарату в сечовому міхурі, розчин евакуюють із нього. Видаляють сечовідні катетери.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ У клінічних умовах дану методику проведення внутрішньоміхурово хіміотерапії пухлин у пацієнтів на ПРСМ протягом трьох років (до 2009 року) було застосовано у 9-ти хворих після відкритого хірургічного втручання і у 17-ти хворих після ТУР. У всіх пацієнтів встановлено наявність ПРСМ в стадії T_A, T₁ з різними ступенями атипії G₁-G₃. 16 пацієнтів мали вперше виявлений ПРСМ, а у 10-ти хворих лікування проведено з приводу рецидиву у кількості від 1 до 8. Жінок у загальній кількості було 4 і у 3-х із них лікування проводилось з приводу рецидиву ПРСМ. Значну увагу в наших дослідженнях було звернуто на передопераційну діагностику захворювання. У цьому питанні велике значення було приділено цитологічному дослідженню сечі. У 21 хворого за 1-2 тижні до операції було встановлено наявність у х сечі епітеліальних клітин з деструктивними змінами та в стані дисплазії. У 5-х хворих при дослідженні сечі був виявлений перехідно-клітинний рак. Значну увагу також при виявленні захворювання на ПРСМ було звернуто на позитивну реакцію сечі, на приховану кров. Із 26 хворих вона була позитивною у 15. УЗД та цистоскопія, які є обов'язковими у діагностиці ПРСМ, підтвердили наявність пухлини СМ. Слід зауважити, що УЗД у 2-х хворих не виявило наявності пухлини у СМ.

Таким чином, проведений комплекс обстеження хворих у доопераційному періоді виправдав себе. Одна засторога – дослідження сечі на атипові клітини і приховану кров бажано проводити 2-3 рази при першому зверненні хворих з інтервалом у 2-3 доби, що значно мінімізує кількість помилок, та допоможе у виробленні правильної тактики дообстеження та подальшого лікування.

Хірургічне лікування – ТУР було проведено без ускладнень. Хіміопрепарат у порожнині СМ стало концентратом знаходився протягом однієї години. При видаленні сечовідних катетерів, значних ускладнень у всіх хворих не спостерігалось. У пізній післяопераційний період у 14-ти хворих біль у надлобковій ділянці та при сечовипусканні не відмічався, хоча протягом 3-6 діб у 12-ти хворих біль відмічався при пальпації у вищевідміченій ділянці. Клінічні прояви, які характерні для циститу, спостерігались у 4-х хворих протягом 7-10 діб. У одного із них дані прояви

було зафіксовано до 21 доби. Слід зауважити, що за даним різними авторів, цистит, як ускладнення, є частим наслідком ТУР із подальшою неодноразовою хіміотерапією.

Із 26 хворих лише у 2-х через 12 місяців було виявлено рецидив захворювання, яким ТУР в комбінації з "сухим сечовим міхуром" виконувався вперше. Відсутність рецидиву, термін спостереження якого перевищив 2 роки, відмічено у 9 хворих, в інших він дорівнює 18-20 місяців.

Значних коливань у показниках крові та біохімічних даних до оперативного втручання та після нього не відмічалось. Зниження показників АЛТ та АСТ спостерігалось у перші 2-3 доби після запропонованого нами лікування ПРСМ, х нормалізація відбувалась протягом 2 тижнів після операції. Хворі у післяопераційний період через 3, 6 та 12 місяців, а у подальшому один раз на 6 місяців проходили обстеження у онкоуролога з обов'язковим дослідженням: цистоскопію, УЗД, цитологічне дослідження сечі, а також на приховану кров.

ВИСНОВКИ Лікування хворих на ПРСМ за запропонованим нами способом дав можливість значно зменшити кількість рецидивів пухлин у ранній післяопераційний період до 1 року. Подальші дослідження дадуть можливість удосконалити методи лікування ПРСМ та покращать якість життя хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Патент 24666 Укра на, МПК А 61К 17/00. Спосіб лікування поверхневого раку сечового міхура / О.Г. Костюк, М.П. Кавка // заявка 200702031 ; заявл. 26.02.2007; опубл. 10.07.2007, бюл. №10.
2. Kurth K.H. Treatment of superficial bladder tumors: achievements and needs / K.H. Kurth, C. Bouffieux, R. Sylvester [et al.] // Eur. Urol. – 2000. – Vol. 37. – P. 1-9.
3. Bohle A. Intravesical bacillus Calmette-Guerin versus mitomycin C for superficial bladder cancer: a formal meta-analysis of comparative studies on recurrence and toxicity / A. Bohle, D. Jocham, P.R. Bock // J. Urol. – 2003. – Vol. 169. – P. 90-95.
4. Bohle A. Intravesical bacille Calmette-Guerin versus mitomycin C in superficial bladder cancer: formal meta-analysis of comparative studies on tumor progression / A. Bohle, P.R. Bock // Urology. – 2004. – Vol. 63. – P. 682-686.
5. Sylvester R.J. Intravesical bacillus Calmette-Guerin reduces the risk of progression in patients with superficial bladder cancer: a meta-analysis of the published results of randomized clinical trials / R.J. Sylvester, A. Van der Meijden, D.L. Lamm // J. Urol. – 2002. – Vol. 168. – P. 1964-1970.
6. van der Meijden A.P. EAU guidelines on the diagnosis and treatment of urothelial carcinoma in situ / A.P. van der Meijden, R. Sylvester, W. Oosterlinck [et al.] // Eur. Urol. – 2005. – Vol. 48. – P. 363-371.