

ВИПАДОК РЕЦИДИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА, ПОЄДНАНИЙ ІЗ РАКОМ ПРОСТАТИ

Бойко С.О., Ковальчук І.О., Пецкар О.Г., Костик О.В.

Ужгородський державний університет, м. Ужгород

Згідно 4-го видання (1987) Міжнародної класифікації злоякісних пухлин по системі TNM, пухлина сечового міхура, яка поширюється на інші органи (передміхурову залозу, піхву, передню черевну стінку, стінку тазу і фіксована) класифікується як стадія T₄ [1]. Ці пухлини досить широко висвітлені в літературі.

Досить рідко зустрічаються публікації з питань рідкісної локалізації пухлин сечового міхура, а тим більше, поєднаної локалізації.

Тому, вважаємо за необхідне навести клінічний випадок рецидивного раку сечового міхура, поєднаного із раком простати, який ми спостерігали в нашій клініці.

Хворий Б., 59 років, поступив в урологічне відділення ОКЛ м. Ужгорода з діагнозом рецидивний рак сечового міхура 17 листопада 1998 року. При поступленні в клініку у хворого була лише одна скарга на неможливість самостійно здійснювати сечовипускання. Хворий знаходився на постійному катетері.

Із анамнезу захворювання відомо, що вперше захворів в лютому 1996 року, коли з'явилася гематурія з приводу якої хворий звернувся до лікаря і був госпіталізований в урологічний стаціонар. При обстеженні виявлено папілярну пухлину на ніжці, одиначну, яка розміщується на лівій боковій стінці, розміром до 2 см в діаметрі. Загальний аналіз крові та біохімія крові без патологічних відхилень. В аналізі сечі - еритроцити свіжі, покривають густо все поле зору. Діагноз пухлини сечового міхура підтверджений цистоскопією та УЗД. 26 лютого 1996 року хворому виконана операція резекція сечового міхура.

Гістологія - уротеліальний перехідноклітинний рак не проростаючий у м'язовий шар.

На контрольний огляд через 3 місяці не з'явився.

22 жовтня 1996 року хворий поступає в стаціонар із скаргами на біль в області сечового міхура, дизурію, гематурію. При обстеженні виявлено рецидивуючу, одиначну, папілярну пухлину на ніжці з локалізацією на лівій стінці, розміром до 2 см в діаметрі. Змін зі сторони інших сечостатевих органів не виявлено. В аналізі сечі - еритроцити свіжі, покривають все поле зору, лейкоцити 4-5 в полі зору. 28 жовтня 1996 року виконана операція резекція сечового міхура.

Гістологія - уротеліальний перехідноклітинний рак, не проростаючий у м'язовий шар.

На контрольному огляді через 3 місяці (з застоюванням цистоскопії та УЗД сечового міхура) даних про рецидив не знайдено. Хворий почуває себе добре.

6 жовтня 1997 року хворий поступив у стаціонар із скаргами на болі в області сечового міхура та лівій поперековій області, гематурію. В результаті обстеження виявлена рецидивна, одиначна, папілярно-інфільтративна пухлина з локалізацією на лівій боковій стінці, яка розповсюджується і на вічко лівого сечоводу, розміром до 4 см в діаметрі. При лабораторних обстеженнях в загальному аналізі крові: Нв - 78 Г/л, еритроцити - $2,2 \times 10^{12}$ г/л, лейкоцити - $6,6 \times 10^9$ г/л, ШОЕ - 25 мм/год; в загальному аналізі сечі: еритроцити свіжі, покривають все поле зору, лейкоцити 6-8 в полі зору, білок - 1,65 г/л.

Біохімічний аналіз крові без патологічних змін.

За даними УЗД нирок та сечового міхура: гідронефротична трансформація лівої нирки І-ІІ ст. Папілярно-інфільтративна пухлина сечового міхура з локалізацією на лівій боковій стінці.

На екскреторній урографії: функція правої нирки задовільна; функція лівої нирки знижена, розширення миски лівої нирки та лівого сечоводу.

15 жовтня 1997 року виконана операція гемірезекція сечового міхура з накладанням уретероцистостомоанастомоза - зліва.

Гістологія - уротеліальний перехідноклітинний низькодиференційований рак, проростаючий у поверхневий м'язовий шар.

На контрольному огляді через 3 місяці даних про рецидив не знайдено.

27 травня 1998 року хворий поступив у стаціонар із скаргами на болі в області сечового міхура, гематурію. При обстеженні виявлено рецидивну, одиначну, папілярно-інфільтративну пухлину в області лівої стінки, яка розповсюджується на порожнину малого тазу, розміром до 15 см в діаметрі (дані УЗД сечового міхура). Крім того, у хворого виявлено уретерогідронефроз зліва ІІ ст.

Загальний аналіз крові: Нв - 66 Г/л, еритроцити - $2,45 \times 10^{12}$ г/л, лейкоцити - $12,7 \times 10^9$ г/л, ШОЕ - 35 мм/год.

Сечовина та креатинін в межах норми. Загальний аналізі сечі: еритроцити свіжі, 30-35 в полі зору, лейкоцити 20-25 в полі зору.

Враховуючи виражений місцево розповсюджений раковий процес сечового міхура, хворому був

призначений курс променевої терапії з двох зустрічних полів в РВД 1 Гр з кожного поля, СВД складало 40 Гр.

Під час променевої терапії хворий отримував в/м спленін по 2 мл.

Після курсу променевої терапії спостерігалися явища променевого циститу легкого ступеню, які на фоні протизапальної, загальностимулюючої терапії зникли через два тижні. Хворий самостійно не міг здійснити сечовипускання, продовжував знаходитися на постійному катетері.

При контрольному огляді через 3 місяці виявлено залишкову пухлину в області лівої стінки до 2 см в діаметрі, яка виступає в просвіт сечового міхура. Хворий весь час знаходився на постійному катетері, кожна спроба видалення катетера і здійснення самостійного сечовипускання була не ефективною, тому хворий був госпіталізований для детального обстеження.

При пальцевому ректальному дослідженні, простата кам'янистої консистенції, горбиста, невеликих розмірів, слизова прямої кишки вільно зміщується

над простатою. За даними УЗД - простата неоднорідна, розмір - 45x35 мм.

9 грудня 1998 року хворому виконана пункційна біопсія простати. При мікроскопії виявлені групи злоякісних клітин - аденокарцинома.

Так як у хворого діагностовано рак простати, було призначено відповідне комбіноване лікування (сінестрол 2% розчин по 3 мл в/м на протязі 45 днів та преднізолон по схемі, починаючи з 20 мг в день і знижуючи дозу до 5 мг в день на протязі 45 днів), а також, одноразово, хворий отримував променеву терапію з одного заднього поля з боку крижів в РВД 2 Гр до СВД 46 Гр. Променева терапія проводилася на фоні спленіну.

Після курсу лікування хворий почуває себе задовільно.

Отже, в даному випадку, описаний рецидивний уротеліальний перехідноклітинний рак сечового міхура з періодичністю виникнення рецидивів через 8 місяців, 10 місяців та 7 місяців, відповідно, і стадіями: T₁NOMO, T₁NOMO, T₂NOMO, T₃NOMO та виникненням раку простати через 32 місяці від моменту діагностики раку сечового міхура.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колосов А.Е., Кошуч С.Д., Мельников Р.А. Современные классификации опухолей: (Гистологические, цитологические, клинические). - Кишинев: Штиинца. - 1990. - 166 с.

РЕЗЮМЕ

Случай рецидивного рака мочевого пузыря в сочетании с раком простаты

Бойко С.А., Ковальчук И.А., Пецкар А.Г., Костик О.В.

Мы описали случай уротелиального переходноклеточного рака мочевого пузыря, который рецидивировал трижды с периодичностью 8, 10 и 7 месяцев, и возникновением аденокарциномы простаты через 32 месяца с момента поражения мочевого пузыря.

SUMMARY

The case of recurrent cancer bladder combined with cancer of the prostata

Boyko S. O., Kovalchuk I. O., Petskar O. G., Kostik O. V.

We described the case of urothelial transitional cell cancer of the urinary bladder, that recurred three times with periodicity 8, 10 and 7 months and with genesis of adenocarcinoma of the prostata after 32 months from the moment of affection of the urinary bladder.