



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **46970** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61N 5/10

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ТІЛА МАТКИ

1

2

(21) u200907914

(22) 27.07.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) МІХАНОВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР АЛЬБЕРТОВИЧ, СЛОБОДЯНЮК ОЛЬГА ВОЛОДИМИРІВНА, ЩИТ НАТАЛІЯ МИКОЛАЇВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ІМ. С.П. ГРИГОР'ЄВА АМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб комбінованого лікування раку тіла матки шляхом дистанційної передопераційної і післяопераційної променевої терапії, який **відрізняється** тим, що за 24 години до початку передопераційного опромінення проводять кріобробку порожнини матки у напрямку маткових кутів двічі по 5 хвилин.

Спосіб комбінованого лікування раку тіла матки (РТМ) належить до медицини, а саме променевої терапії (ПТ) і може бути використаний при комплексній терапії хворих на РТМ.

Протягом останніх двох десятиліть у світі відзначається збільшення кількості випадків цього захворювання. В Україні, зокрема, складаючи 26,4 випадки на 100 000 жіночого населення. На сьогодні серед хвороб геніталій РТМ зустрічається найчастіше і посідає 4-те місце у структурі онкологічної захворюваності в жінок, що й зумовлює актуальність питань терапії цієї патології.

Відомий спосіб комбінованого лікування з використанням хірургічного і променевого компонентів є традиційним при РТМ. Як хірургічний компонент використовують екстирпацію матки з придатками. Променеве лікування включає післяопераційний променевий вплив на ділянки малого таза, піхвової трубки та зони регіонарного метастазування [Комбинированное и комплексное лечение больных с злокачественными опухолями: Руководство для врачей /Под ред. В.И. Чиссова. - М.: Медицина, 1989. - С.384-385].

Однак, він не усуває розвитку рецидивів і метастазів РТМ, зумовленого дисемінацією пухлинних клітин у ділянці операційного поля, а також їх лімфо- і гематогенним розповсюдженням під час хірургічного втручання. Однорічна виживаність хворих становить 85%.

Щоб запобігти виникненню рецидивів і метастазів, в онкологічній практиці використовують методи абластики й антиабластики, спрямовані на девіталізацію пухлинних клітин. Одним із методів

абластики хірургічних втручань у онкологічних хворих є передопераційне опромінювання.

Найближчим до способу, що заявляється, за технічною суттю та ефектом, який досягається, є комбінований спосіб лікування РТМ з послідовним проведенням передопераційної дистанційної променевої терапії (ДПТ) на ділянку малого таза та зони регіонарного метастазування сумарною осередковою дозою (СОД) 24-26Гр, хірургічного лікування (екстирпації матки з придатками), післяопераційного курсу ДПТ (СОД 40-46Гр) [прототип: Гранов А.М., Винокуров В.Л. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии. - СПб, 2002. - С.58-103]. Реалізація способу дозволяє підвищити виживаність хворих до 89 %.

Недоліком способу лікування РТМ є те, що він поліпшує абластику хірургічних втручань, але не знижує частоти виникнення метастазів і рецидивів у хворих і забезпечує невисоку (однорічну) безрецидивну виживаність.

У основу корисної моделі, що заявляється, поставлено завдання створення способу комбінованого лікування РТМ, у якому проведення кріобробки порожнини матки за 24 години до початку передопераційного опромінювання дозволяє знизити частоту виникнення метастазів і рецидивів, підвищити абластику хірургічних втручань та однорічну безрецидивну виживаність.

Поставлене завдання досягається тим, що у відомому способі комбінованого лікування РТМ, який включає дистанційну передопераційну і післяопераційну ПТ, відповідно до способу, що заявляється, за 24 години до початку ДПТ проводять

(19) **UA** (11) **46970** (13) **U**

кріообробку порожнини матки у напрямку маткових кутів двічі по 5 хвилин. Необхідність проведення кріообробки за 24 години до початку курсу ДПТ пов'язана з тим, що за цей період відбувається некроз основної маси пухлини ендометрія, що створює можливість підвищити радіочутливість пухлини до передопераційного опромінювання.

Спосіб, що заявляється, здійснюють таким чином. Хворим на РТМ за 24 години до початку передопераційної ДПТ за кисом азоту при температурі -70°C з внутрішньом'язовим знеболюванням розчином 2%-вого промедолу (Імл) проводять кріообробку порожнини матки в напрямку маткових кутів двічі по 5 хвилин. Після нього проводять передопераційну ДПТ у режимі класичного фракціонування на ділянку малого таза і зони регіонарного метастазування до СОД 20Гр. Далі виконують оперативне втручання в об'ємі екстирпації матки з придатками та проводять ПТ до СОД 40-42Гр.

Нижче наведено приклад конкретної реалізації способу комбінованого лікування РТМ, що заявляється.

Приклад

Хвору Ц., 1939 року народження було госпіталізовано до відділення гінекологічної онкології ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва» Харкова 10.01.2008р. Іст. хв. №61656. Діагноз при

надходженні до відділення: рак тіла матки – $\text{T}_{1b}\text{N}_0\text{M}_0$. Лікування розпочали 14.01.2008 р. відповідно до способу, що заявляється.

За 24 години до передопераційного опромінювання хворій провели кріообробку порожнини матки у напрямку маткових кутів двічі по 5 хвилин при внутрішньо-м'язовім знеболюванні розчином промедолу 2%, Імл.

Потім проводили передопераційну ДПТ на апараті РОКУС-М у режимі класичного фракціонування на ділянку малого таза і зони регіонарного метастазування до СОД 20Гр. Після завершення курсу передопераційної ДПТ провели екстирпацію матки з придатками, під час якої було взято мазки із простору Дугласа, операційного поля, піхвового рубця. При цитологічному дослідженні цих мазків ракових клітин не виявлено. У післяопераційному періоді проведено ДПТ до СОД 42Гр на апараті РОКУС-М. Лікування хвора перенесла задовільно. Під час проходження контрольного обстеження через 1 рік (14.04.2009р.) рецидиву захворювання не виявлено.

Порівняльний аналіз результатів лікування РТМ з використанням заявленого способу комбінованого лікування та прототипу наведено у таблиці.

Таблиця

Результати лікування хворих на РТМ з передопераційною кріопроменевою терапією порівняно з прототипом

Показник	Спосіб комбінованого лікування РТМ	
	за прототипом, n=36	що заявляється, n=21
Частота виявлення пухлинних клітин під час хірургічного втручання, %	25,0	9,5
Виникнення рецидивів та метастазів у перший рік після закінчення лікування, %	11	5
Безрецидивна виживаність, %	89	95

Таким чином, використання способу комбінованого лікування РТМ, який заявляється, дозволить знизити:

- частоту виявлення пухлинних клітин під час хірургічного втручання до 9,5% проти 25% у відомому способі;

- частоту виникнення рецидивів та метастазів у перший рік після закінчення лікування до 5% проти 11% у відомому способі;

- забезпечити підвищення безрецидивної виживаності протягом року з 89% у відомому способі до 95% у запропонованому способі.