



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53676 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61M 5/44
A61P 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КАНЦЕРОМАТОЗНОГО АСЦИТУ ХВОРИХ НА РАК

1

(21) u201005333

(22) 30.04.2010

(24) 11.10.2010

(46) 11.10.2010, Бюл.№ 19, 2010 р.

(72) ЯРЕМА РОМАН РОМАНОВИЧ, ВОЛОШИН-СЬКА УЛЯНА МИРОСЛАВІВНА, ФЕЦИЧ ТАРАС ГРИГОРОВИЧ, ЗУБАРЄВ МИКОЛА ГЕННАДІЙОВИЧ

(73) ЯРЕМА РОМАН РОМАНОВИЧ, ВОЛОШИН-СЬКА УЛЯНА МИРОСЛАВІВНА, ФЕЦИЧ ТАРАС ГРИГОРОВИЧ, ЗУБАРЄВ МИКОЛА ГЕННАДІЙОВИЧ

2

(57) Спосіб лікування канцероматозного асцити у хворих на рак шлунка, що включає проведення лапаротомії, евакуацію асцитичної рідини, виконання інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії протягом 90 хв. з середньою інтраабдомінальною температурою 42-45 °С із застосуванням мітоміцину 12,5 мг/м² та цисплатину 75 мг/м² і безперервне проведення термомоніторингу хворого на різних рівнях і контролю вітальних функцій, який **відрізняється** тим, що гіпертермічну внутрішньочеревну хіміоперфузію проводять після закриття лапаротомної рани.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до онкології та хірургії, і може бути використана для симптоматичного лікування хворих на рак шлунка з напруженим канцероматозним асцитом.

Проблема лікування хворих на рак шлунка з дисемінацією по очеревині залишається актуальною в клінічній онкології. Застосування гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії у хворих з симптоматичним канцероматозним асцитом на ґрунті раку шлунка ефективно дозволяє покращити якість життя пацієнтів шляхом ліквідації асцити та збільшувати позастаціонарну тривалість їх життя.

Відомий спосіб лікування хворих на інтраперитонеально дисемінований рак шлунка з напруженим асцитом, прийнятий за найближчий аналог, включає лапаротомію, евакуацію асцитичної рідини, фіксацію країв лапаротомної рани ранорозширювачами Сіґала із закриванням лапаротомної рани поліетиленовою плівкою з хрестоподібним розрізом в центрі та проведення гіпертермічної внутрішньочеревної хіміотерапії з середньою інтраабдомінальною температурою 42-45 °С протягом 90 хв із застосуванням мітоміцину 12,5 мг/м² та цисплатину 75 мг/м² і безперервне проведення термомоніторингу пацієнта на різних рівнях і контролю вітальних функцій, а також проведення в післяопераційному періоді нормотермічної внутрішньочеревної хіміотерапії протягом 5 діб [Патент РФ №2006132679, МПК А61В17/00, опубл.

20.03.2008]. Недоліком цього способу є проведення гіпертермічної внутрішньочеревної хіміотерапії "відкритим" способом, що підвищує ризик негативного впливу на здоров'я медичного персоналу внаслідок випаровування аерозолі цитостатиків у робочій зоні операційної кімнати.

В основу корисної моделі поставлено завдання підвищення якості життя хворих на рак шлунка з напруженим канцероматозним асцитом шляхом ліквідації останнього після проведення комбінованого лікування з використанням інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії.

Поставлене завдання досягається тим, що у способі лікування канцероматозного асцити у хворих на рак шлунка, що включає проведення лапаротомії, евакуацію асцитичної рідини, виконання інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії протягом 90 хв з середньою інтраабдомінальною температурою 42 - 45 °С із застосуванням мітоміцину 12,5 мг/м² та цисплатину 75 мг/м² і безперервне проведення термомоніторингу пацієнта на різних рівнях і контролю вітальних функцій, згідно з корисною моделлю, гіпертермічну внутрішньочеревну хіміоперфузію проводять після закриття лапаротомної рани.

Гіпертермічну внутрішньочеревну хіміоперфузію проводять за „закритою” методикою, тобто після закриття лапаротомної рани, що попереджає випаровування аерозолі хіміопрепаратів у робочій зоні операційної кімнати та суттєво знижує ри-

(13) U

(11) 53676

(19) UA

зик негативного впливу на здоров'я медичного персоналу. Запропонований спосіб дозволяє ефективно ліквідувати симптоматичний асцит у хворих цієї категорії та, як наслідок, суттєво підвищувати якість їх життя та зменшувати кількість госпіталізацій для чергових лапароцентезів.

Спосіб виконують таким чином. На фоні загальної комбінованої анестезії проводять широку лапаротомію, евакуацію асцитичної рідини та оцінку розповсюдженості ракового процесу в черевній порожнині. Перед зашиванням черевної порожнини через контрапертури встановлюють два стерильних магістральних катетери для проведення гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії. Один катетер позиціонують в лівому піддіафрагмальному просторі для подачі перфузату, другий катетер розміщують в порожнині малого тазу для евакуації розчину. З метою моніторингу інтраабдомінальної температури через контрапертуру в черевну порожнину (до кореня брижі тонкої кишки) встановлюють термодатчик. Для контролю температури перфузату на вході та на виході з черевної порожнини встановлюють додаткові термодатчики. Після чого лапаротомну рану зашивають. Системну температуру тіла контролюють за допомогою термо датчиків встановлених у верхній третині стравоходу та зовнішньому слуховому ході. Внутрішньочеревну хіміоперфузію проводять замкнутим стерильним контуром за допомогою спеціального автоматичного обладнання зі швидкістю перфузії черевної порожнини 500 мл/хв відразу після закриття лапаротомної рани. Під час процедури внутрішньочеревної хіміоперфузії використовують хіміопрепарати з високою молекулярною масою - мітоміцин $12,5 \text{ мг/м}^2$ та цисплатин 75 мг/м^2 . Відповідно до фармакодинаміки інтраперитонеальної хіміотерапії дві третини дози хіміопрепаратів необхідно вводити в розчин безпосередньо перед перфузією черевної порожнини, одну

третину - через 60 хв від початку перфузії. В якості носія хіміопрепаратів та тепла використовують ізотонічний розчин натрію хлориду, розчин Рінгера, колоїдні розчини. Інтраабдомінальна температура розчину хіміопрепаратів під час процедури гіпертермічної хіміоперфузії повинна становити $42 - 45^\circ \text{C}$. Процедуру проводять протягом 90 хв з контролем температури на всіх рівнях та контролем вітальних функцій. З метою попередження системної гіпертермії протягом гіпертермічної хіміоперфузії здійснюють заходи по охолодженню пацієнта та ретельний термомоніторинг організму.

Клінічний приклад.

Хвора К., 38 р., поступила у стаціонар з діагнозом рак тіла шлунка, напружений канцероматозний асцит. 10.06.2008 р. хворій проведено оперативне втручання, під час якого встановлено асцит 8 л, субтотальне ураження шлунка пухлинним процесом та дифузний канцероматоз обох листків очеревини. Асцитичну рідину з черевної порожнини евакуювано. Перед закриттям лапаротомної рани у черевну порожнину встановлено магістралі для хіміоперфузії та термодатчики для термомоніторингу. Проведено сеанс інтраопераційної гіпертермічної внутрішньочеревної хіміоперфузії під загальним знечуленням протягом 90 хв з середньою інтраабдомінальною температурою $43,5^\circ \text{C}$ з використанням мітоміцину 20 мг та цисплатину 120 мг. Інтраопераційних ускладнень зафіксовано не було, системна температура тіла протягом хіміоперфузії зросла на $1,5^\circ \text{C}$. Післяопераційний період без ускладнень, на 10-ту добу після операції при проведенні контрольної ультрасонографії вільної рідини в черевній порожнині не виявлено; хвора виписана із стаціонару. При подальшому спостереженні хвора прожила 5 місяців без ознак рецидивування канцероматозного асциту, повторних госпіталізацій та лапароцентезів.