



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **26877** (13) **U**
(51) **МПК (2006)**
A61N 5/10
A61B 17/22

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МІСЦЕВОПОШИРЕНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ

1

(21) u200705827

(22) 25.05.2007

(24) 10.10.2007

(72) ДАЦУН ІВАН ГРИГОРОВИЧ, UA, ДАЦУН
ОЛЕКСАНДЕР АРТУРОВИЧ, UA(73) ДАЦУН ІВАН ГРИГОРОВИЧ, UA, ДАЦУН
ОЛЕКСАНДЕР АРТУРОВИЧ, UA

(56)

2

(57) Спосіб лікування хворих на місцевопоширений рак прямої кишки, що включає застосування гамма-опромінення на фоні полірадіомодифікації, який відрізняється тим, що використовується ендолімфатична інфузія 5-фторурацилу, інгаляція синглетно-кисневої суміші та сорбційна дезінтоксикація організму.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до онкології і використовується для лікування хворих на місцево поширений рак прямої кишки.

У хворих на рак прямої кишки при ознаках поширення процесу за межі органу на сусідні тканини та органи проведення радикального хірургічного лікування стає неможливим.

Серед відомих способів, спрямованих на регресію новоутворів, застосовуються променева терапія з використанням радіомодифікаторів та регіональна внутріартеріальна моно- та поліхіміотерапія. Проте всі ці методи або не дозволяють досягнути бажаного результату, технічно досить складні або супроводжуються зростанням частоти та важкості ускладнень - мієлодепресії, ректитів, циститів, тощо.

Як найближчий за технічного суттю аналог нами вибраний спосіб лікування місцевопоширеного раку прямої кишки при застосуванні гамма-опромінення на фоні тривалої 17-годинної інфузії 5-фторурацилу, який проводився у 70 хворих [Б.А.Бердов, А.Ф.Цыб, Н.И.Юрченко / Диагностика и лечение рака прямой кишки, Москва, 1986, 272с.]. У 53 (75,7%) хворих було досягнуто ефекту, достатнього для планування виконання оперативного втручання. Однак у значної частини пацієнтів спостерігалися виражені загальні (54,2%) та місцеві (71,4%) променеві реакції. Тому даний метод не знайшов застосування у медичній практиці.

Для усунення вказаних недоліків нами поставлено завдання досягнення регресії новотворів без зростання частоти місцевих та загальних реакцій. Технічний результат досягається шляхом проведення ендолімфатичної

інфузії 5-фторурацилу з наступним гамма-опроміненням пухлинного вогнища на фоні проведення синглетно-кисневої терапії та сорбційної дезінтоксикації, створено спосіб лікування при якому гамма-опромінення проводиться на фоні інгаляції синглетно-кисневої суміші, що приводить до посилення радіоуражованості пухлинних клітин, а токсичні метаболіти адсорбуються за допомогою ентеросорбента "Белосорб П"

Методика лікування хворих на місцевопоширений рак прямої кишки

Крок 1 (підготовчий етап)

Проведення фізикального та клініко-інструментального обстеження хворого

Виготовлення анатомічно-топографічної карти поперечного зрізу тазу на рівні пухлини

Складання дозиметричного плану опромінення

Крок 2. (етап проведення катетеризації лімфатичних судин та ендолімфатичної інфузії 5-фторурацилу)

В області верхньої третини стегна по медіальній поверхні під місцевою анестезією 0,5% розчином новокаїну проводиться розріз шкіри та підшкірної клітковини довжиною 3см, виділяються лімфатичні судини, проводиться їх катетеризація пункційним способом полівініловим катетером, на краї рани накладають вузлові шви

0,75г 5-фторурацилу розводять у 20мл 0,9% NaCl, флакон з ним розчином розташовують на стояку для проведення інфузій на висоті 1,6-1,7м і за допомогою стандартної системи для інфузійної терапії приєднують до ендолімфатичного катетера

(13) **U**(11) **26877**(19) **UA**

Інфузію розчину проводять зі швидкістю 6-8кр. за хвилину

Крок 3. (етап проведення сеансу синглетно-кисневої терапії)

За 30хв до початку проведення сеансу променевої терапії хворому проводиться інгаляція синглетно-кисневої суміші протягом 7хв

Робиться перерва 5хв

Проводиться повторна інгаляція синглетно-кисневої суміші протягом 7хв

Крок 4. (етап проведення дистанційного гамма-опромінення)

Проводиться укладка хворого на спеціальному столі гамма-терапевтичного апарату

Проводиться дистанційне опромінення хворого разового осередкового дозою 4гр

Крок 5. (стан проведення сорбційної дезінтоксикації)

Зранку, безпосередньо після завершення сеансу опромінення та ввечері хворий випиває по 4 болюси ентеросорбенту "Белосорб П"

Крок 6. (етап проведення попередньої оцінки ефективності антибластомної терапії)

Вказані вище ендолімфатичні інфузії 5-фторурацилу та сеанси опромінення на фоні СКТ з застосуванням ентеросорбентів проводяться по чергово через день протягом 3-х тижнів

Після завершення курсу проводиться фізикальне обстеження хворого, клініко-лабораторні тести та ректороманоскопія

Крок 7. (етап проведення остаточної оцінки ефективності антибластомної терапії)

Після 3-4-х тижневої перерви необхідної для реалізації ефекту антибластомної терапії проводиться фізикальне обстеження хворого, клініко-лабораторні тести, ректороманоскопія та проктографія

При задовільному терапевтичному ефекті проводиться оперативне втручання

Приклади конкретного виконання - додаток 1, 2,

(додаток 1: приклад застосування опромінення на фоні попередньої інгаляції синглетно-кисневої суміші з застосуванням ентеросорбентів у хворих на місцево поширений рак прямої кишки;

додаток 2: приклад застосування традиційної методики опромінення)

Приклад конкретного виконання №1.

Хворий Баранович Степан Федорович, 1933р.н., житель с.Блюдники, Галицького району, Івано-Франківської області поступив у Івано-Франківський обонкодиспансер 19.02.01 року за направленням Галицької районної поліклініки (історія недуги 638/01), Діагноз при направленні: Рак нижньоампулярного відділу прямої кишки T4NxM0 Кл.гр.II.

При огляді - загальний стан хворого відносно задовільний, шкірні покриви та видимі слизові блідуваті, дихання в легенях везикулярне, тони серця ритмічні, живіт при пальпації м'який, чутливий в лівій здухвинній ділянці, при ректальному огляді на відстані 3см від сфінктера циркулярна пухлина, рухомість її по відношенню до підлеглих тканин значно обмежена, при проведенні 20.02.01 ректороманоскопії на відстані

3см від сфінктера просвіт кишки циркулярне звужений, пройти вище звуження не вдається, проведена біопсія новоутвору, 21.03.01 виконана ірригоскопія, проктографія в 2-х проекціях, на відстані 3см від сфінктера виявлено циркулярний дефект наповнення протяжністю 7см. Результат патгістологічного дослідження біоптату №3710-3 - помірно диференційована аденокарцинома.

Клінічний діагноз: Помірно диференційована аденокарцинома нижньоампулярного відділу прямої кишки T4NxM0. Кл.гр.II.

Хворому проведено курс ендолімфатичної хіміотерапії 5-фторурацилом (разова доза 0,75г, сумарна - 6,75г) по чергово через день з сеансами дистанційної гамма-терапії (разова осередкова доза 4Гр, сумарна - 36Гр), за 30хв перед кожним сеансом опромінення хворому проводилася інгаляція синглетно-кисневої суміші протягом 14хв (з п'ятихвилинним інтервалом) за допомогою апарату для синглетно-кисневої терапії Val.kio.ii. Б ці дні хворий також приймав ентеросорбент "Белосорб П" виробництва Інституту експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р.Є.Кавецького НАН України по 4 болюси зранку, безпосередньо після завершення сеансу опромінення та ввечері. При проведенні антибластомної терапії в даному режимі спостерігалось зниження частоти тенезмів та кількості кров'янистих домішок у випорожненнях, а мієлодепресії, явищ променевого ректиту або циститу не відмічалось. При повторному поступленні хворого 24.04.01 на відстані близько 3-х см від сфінктера по задній півкруговості прямої кишки визначався тільки звирозкований дефект слизової до 4 см в діаметрі, регресія новоутвору складала близько 70%. 30.04.01 хворому виконана операція черевно-прожінна екстерпація прямої кишки, технічних ускладнень при її проведенні не спостерігалось, при патгістологічному дослідженні макропрепарату знайдено тільки окремі дистрофічне змінені пухлинні клітини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Таким чином, використання в комплексному лікуванні місцево-поширеного раку прямої кишки нового способу передопераційної антибластомної терапії - проведення опромінення на фоні інгаляції синглетно-кисневої суміші та сорбційної дезінтоксикації організму дозволило уникнути мієлодепресії та місцевих ускладнень, досягти вираженої регресії новоутвору та девіталізації пухлинних клітин.

Приклад конкретного виконання №2

Хворий Антонюк Федір Михайлович, 1938 року народження, житель с.Кунисівці, Городенківського р-ну, Івано-Франківської області поступив на стаціонарне лікування в Івано-Франківський ОО. Д 15.06.2001 року по направленню обласної клінічної лікарні (історія хвороби № 2180/01). Діагноз при направленні: Рак середньоампулярного відділу прямої кишки T4NxM0. Кл.гр.II.

При поступленні скарги на тенезми, слизисто-кров'янисті домішки у випорожненнях.

При огляді: загальний стан хворого відносно задовільний, шкірні покриви та видимі слизові блідуваті, дихання в легенях, везикулярне, тони

серця ритмічні, живіт при пальпації м'який, чутливий в лівій здухвинній ділянці, при ректальному огляді на відстані 6см від сфінктера циркулярна пухлина, рухомість її по відношенню до підлеглих тканин значно обмежена, при проведенні 20.06.01 ректороманоскопії на відстані 7см від сфінктера, просвіт кишки циркулярне звужений, пройти вище звуження не вдається, проведена біопсія новоутвору, 21.03.01. виконана ірригоскопія, проктографія в 2-х проекціях, на відстані 7см від сфінктера виявлено циркулярний дефект наповнення протяжністю 6см. Результат патгістологічного дослідження біоптату №3600-01 - помірно диференційована аденокарцинома.

Клінічний діагноз: Помірно диференційована аденокарцинома середньоампулярного відділу прямої кишки T4NxM0. Кл.гр.II.

Хворому проведено курс дистанційної гамма-терапії (разова осередкова доза 3Гр, сумарна - 42Гр). При проведенні антибластомної терапії в даному режимі спостерігалось виникнення явища променевого ректиту. При повторному поступленні хворого 06.08.01 на відстані близько 8см від сфінктера просвіт кишки циркулярне звужений, регресія, новоутвору складала близько 30%. 15.08.01 хворому виконана операція черевно-анальна резекція прямої кишки, спостерігалися технічні труднощі при виділенні передньої стінки прямої кишки, при патгістологічному дослідженні макропрепарату значна кількість життєздатних пухлинних клітин. В післяопераційному періоді сечоміхурева нориця.

Таким чином, традиційні підходи до лікування місцево поширеного раку прямої кишки недостатньо ефективні, супроводжуються розвитком до- та після операційних ускладнень.

Протокол проведення опромінення з застосуванням ендолімфатичної інфузії 5-фторурацилу, інгаляцій синглетно-кисневої суміші та сорбційної дезінтоксикації організму

