



УКРАЇНА

(19) UA (11) 71332 (13) A
(51) 7 A61B17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РЕЗЕКТАБЕЛЬНИХ РЕЦИДИВІВ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

1

2

(21) 20031212104

(22) 23.12.2003

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Шалімов Сергій Олександрович, Кикоть Володимир Онуфрійович, Сорокін Богдан Вікторович, Чорний В'ячеслав Олександрович, Гренюк Степан Васильович, Губська Вікторія Захарівна, Удатова Тетяна Вадимівна

(73) ІНСТИТУТ ОНКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування резектабельних рецидивів раку прямої кишки, що включає передопераційну променеву терапію з наступним хірургічним видаленням пухлини через 24-48 годин, який **відрізняється** тим, що неоад'ювантна променева терапія проводиться в чотири сеанси фракціями по 5Гр і сумарна вогнищева доза дорівнює 20Гр.

Винахід відноситься до медицини, а саме до онкології і може бути використаний для лікування резектабельних рецидивів раку прямої кишки.

Традиційне лікування хворих з резектабельними рецидивами раку прямої кишки є хірургічним і полягає у видаленні рецидивної пухлини за одним із способів: реконструктивна екстирпація прямої кишки після черевно-анальної резекції, екстирпація культі прямої кишки після операції Гартмана, видалення пухлини промежини після операції Кеню, трансанальне або ендоскопічне видалення рецидивної пухлини маленьких розмірів без ураження регіонарних лімфатичних вузлів. При цьому виживаність після хірургічного лікування хворих на резектабельні рецидиви раку прямої кишки має сталі результати - 25-35% [1].

Розширення об'єму оперативних втручань до ексцентерацій органів тазу не привело до бажаних результатів [2]. Одним із шляхів для покращання результатів лікування є застосування комбінованих методів, які використовуються рідко. Застосування комбінованих методів лікування резектабельних рецидивів раку прямої кишки підвищує виживаність хворих, однак при цьому збільшується кількість ускладнень [3].

За прототип до запропонованого способу лікування може вважатися спосіб комбінованого лікування хворих з рецидивами раку прямої кишки, який розроблено в науково-дослідному відділенні абдомінальної онкології Інституту онкології АМН

України. [Дедков І. П., Владимиров В. А. Хирургическое и комбинированное лечение больных с рецидивом рака прямой кишки // Вопросы онкологии, том XXVIII, №9, 1982. - С.108-111].

З метою зменшення обсягу рецидивної пухлини, збільшення радикалізму операції проводилося опромінення пухлини на апараті "Рокус" рухомим методом (секторне качання джерела по дузі 240°, два кути по 120°) щоденними фракціями по 5 Грей (Гр) до сумарної дози 30Гр. Операція виконувалася через 24-48 годин після опромінення. Такий метод лікування було застосовано у 45 хворих з 67, що лікувалися з приводу місцевого рецидиву раку прямої кишки.

Позитивним в прототипі є:

- висока доза опромінення, що отримує хворий в короткий термін і забезпечує високий відсоток загибелі клітин пухлини;

- 3-й річна виживаність хворих склала 46,2%;

- Недоліками прототипу можна вважати:

- високу кількість гнійно-запальних ускладнень (83,6% хворих).

Задачею винаходу є створення способу лікування резектабельних рецидивів раку прямої кишки шляхом застосування неоад'ювантної променевої терапії за інтенсивною методикою (сумарною вогнищевою дозою 20Гр) з наступною операцією через 24-48 годин, що дозволить знизити кількість гнійно-запальних ускладнень.

Задача вирішується таким чином:

(13) A
(11) 71332
(19) UA

Хворому з резектабельним рецидивом раку прямої кишки проводиться комбінований метод лікування з застосуванням дистанційної променевої терапії за інтенсивною методикою.

Після проведення топометричної підготовки - визначення розташування пухлини, її меж по відношенню до сусідніх тканин та органів, винесення контуру проекції пухлини на шкіру хворого - розпочинають опромінення. Дистанційна променева терапія здійснюється на гаматерапевтичних апаратах РОКУС, РОКУС-АМ з джерелом випромінювання Со (період напіврозпаду 5,3 року, середня енергія гама-квантів 1,25МеВ). Опромінення проводиться у рухомому режимі за методикою секторного коливання по дузі з кутом 180° ($2 \times 90^\circ$), або 240° ($2 \times 120^\circ$), у положенні хворого лежачи на животі з боку крижів.

Розмір поля опромінення коливається від 6-7 см \times 12-16 см (в залежності від розмірів і розповсюдженості пухлини). Разова вогнищева доза складає 5,0Гр за один сеанс опромінення - 1 раз на добу. Сумарна вогнищева доза досягає 20Гр за 4 фракції. Через 24-48 годин після закінчення передопераційного курсу променевої терапії проводиться оперативне хірургічне видалення пухлини.

Прикладом реалізації заявленого винаходу може вважатися витяг з 2-х історій хвороби.

I. Історія хвороби №4921. Хвора К., 1923 року народження (69 років), поступила в проктологічне відділення Інституту онкології 20.08.1992р. із скаргами на виділення крові з прямої кишки. 25.02.1992 року в Інституті онкології хворій була зроблена черевно-анальна резекція прямої кишки з приводу раку середньоампулярного відділу. При ректальному огляді в області ректосигмоанастомозу по задній стінці пухлина 2 \times 2 см. Патогістологічно - аденокарцинома. Хворій проведено курс променевої терапії з 25 по 29.08.1992 року за такою методикою: після проведення топометричної підготовки - визначення розташування пухлини, її меж по відношенню до сусідніх тканин та органів, винесення контуру проекції пухлини на шкіру хворого, розпочали опромінення. Дистанційна променева терапія здійснювалася на гаматерапевтичному апараті РОКУС, з джерелом випромінювання Со (період напіврозпаду 5,3 року, середня енергія гама-квантів 1,25МеВ). Опромінення проводилося у рухомому режимі за методикою секторного коливання по дузі з кутом 180° ($2 \times 90^\circ$), або 240° ($2 \times 120^\circ$), у положенні хворого лежачи на животі з боку крижів.

Розмір поля опромінення був 7 \times 12 см. Разова вогнищева доза складала 5,0Гр за один сеанс опромінення - 1 раз на добу. Сумарна вогнищева доза досягла 20Гр за 4 фракції. 31.08.1992 року виконано операцію - комбіновану реконструктивну операцію Кеню з резекцією задньої стінки піхви. На макропрепараті пухлина 3 \times 4 см вросла в задню стінку піхви. Патогістологічне дослідження №13234-236/92 від 3.09.1992р - в препараті розростання залозистого раку. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Виписана 19.09.1992р. в задовільному стані під нагляд онколога поліклініки за місцем проживання. Хвора спостерігалася в Інституті он-

кології. Через 5 років після операції жива. Даних про повторний рецидив або метастази немає.

II. Історія хвороби №7075. Хвора К., 1952 року народження (40 років), поступила у відділення проктології Інституту онкології 13.1.1992р. із скаргами на закріп, виділення крові та слизу з прямої кишки. В березні 1991 року в Миколаївському ООД виконана операція - черевно-анальна резекція прямої кишки з приводу раку середньоампулярного відділу. В післяопераційному періоді виникла ректо-вагінальна нориця. В березні 1992 року - висічення нориці. При ректальному огляді - зразу ж за сфінктером по задній стінці має місце пухлина обмежено рухома 3 \times 4 см. Цитологічно (№4665 від 3.10.1992р.) - елементи аденокарциноми. З 19.11. по 23.11. 1992 року проведено курс неоад'ювантної променевої терапії за інтенсивною методикою таким чином: після проведення топометричної підготовки - визначення розташування пухлини, її меж по відношенню до сусідніх тканин та органів, винесення контуру проекції пухлини на шкіру хворого, розпочали опромінення. Дистанційна променева терапія здійснювалася на гаматерапевтичному апараті РОКУС, з джерелом випромінювання Со (період напіврозпаду 5,3 року, середня енергія гама-квантів 1,25МеВ). Опромінення проводилося у рухомому режимі за методикою секторного коливання по дузі з кутом 180° ($2 \times 90^\circ$), або 240° ($2 \times 120^\circ$), у положенні хворого лежачи на животі з боку крижів.

Розмір поля опромінення був 6 \times 10 см. Разова вогнищева доза складала 5,0Гр за один сеанс опромінення - 1 раз на добу. Сумарна вогнищева доза досягла 20Гр за 4 фракції, (сумарною дозою 20Гр). 25.11.1992 року - реконструктивна операція Кеню. Макропрепарат - пухлина 6 \times 5 см, проростає всі шари кишки, вросла в жирову клітковину. Патогістологічне дослідження №18571-75 від 30.11.1992 року - пухлина має будову залозистого раку, інфільтрує всі стінки органу. В лімфатичних залозах метастази не визначаються. Післяопераційний період проходив без ускладнень. 30.12.1992 року хвора виписана під нагляд онколога поліклініки за місцем проживання. Спостерігалася в м. Миколаєві. Через 5 років після операції жива. Метастазів і рецидиву немає.

За даною методикою проведено лікування 30 хворих. Трирічна виживаність складала 78,9%. Кількість післяопераційних ускладнень - 10%.

Таким чином, запропонований спосіб лікування резектабельних рецидивів раку прямої кишки в порівнянні з іншими способами користується наступними перевагами:

- хворий отримує курс променевої терапії за інтенсивною методикою (сумарною вогнищевою дозою 20Гр);

- трирічна виживаність при цьому складає 78,9%;

- кількість ускладнень зменшується до 10%.

Джерела інформації:

1. Севастьянов С.И, Воробьев Г.И, Диагностика и хирургическое лечение рецидивов рака прямой кишки //Хирургия. -1996. -№1. -С.23-26.

2. Maetani S, Onodera H, Nishikawa T, Morimoto H, Ida K, Kitamura O, Imamura M. Significance of

local recurrence of rectal cancer as a local or disseminated disease. Br. J. Surgery 1998; 85 (4): 521-5.

3. Mannaerts GH, Martijn H, Rutten HJ, Hanssens PE, Wiggers T. Local tumor control and (disease-free) survival after surgery with pre- and intraoperative radiotherapy for primary non-resectable

rectal carcinoma and local recurrence. Ned. TijdschrGeneesk2001; 145 (30): 1460-6.

4. Дедков И.П., Владимиров В.А. Хирургическое и комбинированное лечение больных с рецидивом рака прямой кишки //Вопросы онкологии.- 1982.- Т. XXVII, № 9.- С.108-111 (прототип).