



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95841** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 07679	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Колесник Олена Олександрівна (UA), Лукашенко Андрій Володимирович (UA), Бурлака Антон Анатолійович (UA), Махмудов Дмитро Ельдарович (UA), Волк Марина Олександрівна (UA), Жуков Юрій Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 08.07.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.01.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.01.2015, Бюл.№ 1	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ПРЯМОЇ КИШКИ ІЗ СИНХРОННИМ УРАЖЕННЯМ ПЕЧІНКИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хворих на метастатичний рак прямої кишки із синхронним ураженням печінки включає хірургічне видалення пухлини з віддаленими синхронними метастазами в печінку. Видалення первинної пухлини проводять в один етап з резекцією не більше 4-х сегментів печінки, уражених метастазами.

UA 95841 U

Корисна модель належить до області медицини, а саме до онкології та хірургії, і може використовуватись для лікування хворих на метастатичний рак прямої кишки із синхронним ураженням печінки (СМ-РПК).

Захворюваність на колоректальний рак (КРР) в Україні упродовж останніх 10 років стійко зростає. ВООЗ щорічно реєструє понад 940 тис. нових випадків КРР та близько 500 тис. смертей. За даними Національного канцер-реєстру, в Україні КРР посідає 3-4 місця в структурі смертності від злоякісних новоутворень [1]. Найчастіше органами-мішенями для метастатичного ураження при КРР є печінка (40-50 %) та легені (8-10 %), 25 % з яких - синхронні.

Метастатичне ураження печінки при КРР є несприятливим прогностичним фактором, медіана виживаності у таких хворих без хірургічного лікування складає 6-12 міс., а при застосуванні хіміотерапії - до 19 міс.

Незважаючи на досягнуті успіхи системної терапії при метастатичному колоректальному раку із синхронним (СМКРР) ураженням печінки, резекція метастазів печінки та легені залишається найбільш ефективним методом [2], що спроможний істотно подовжити життя пацієнтів. За даними провідних онкологічних центрів, комбінований підхід у лікуванні хворих на СМКРР забезпечує загальну 5-річну виживаність у 28-58 %. Мета-аналіз показав покращання віддалених результатів при виконанні резекції печінки та легені із приводу метастатичної хвороби у когорті хворих на СМКРР, за умови повністю видалених метастатичних вогнищ, а після R0-резекції первинної пухлини та метастазів, показники 5- та 10-річної загальної виживаності складають 40 % та 25 % відповідно.

Найближчим аналогом є спосіб двоетапного оперативного втручання при метастатичному колоректальному раку із синхронним ураженням печінки (Surgical management of patients with synchronous colorectal liver metastasis: a multicenter international analysis / S.C. Mayo, C. Pulitano, H. Marques [et al.] // J. Am. Coll. Surg. - 2013. - Vol. 216, № 4. - P. 707-716), за яким спочатку видаляють первинну пухлину прямої кишки, а через деякий проміжок часу - метастази в печінці.

Позитивним у найближчому аналозі є можливість "відбору" пацієнтів під час проведення неoad'ювантої хіміотерапії перед другим хірургічним етапом для завершення радикальної програми лікування.

Недоліком цього способу є неможливість видалення метастазів у печінці через прогресування захворювання після першого етапу хірургічного лікування, зниження якості життя пацієнтів унаслідок оперативного втручання в два етапи.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на метастатичний рак прямої кишки із синхронним ураженням печінки шляхом виконання оперативного втручання в один етап з резекцією не більше 4-х сегментів печінки, ураженої метастазами, що дасть можливість знизити ризик розвитку гострої печінкової недостатності в післяопераційному періоді та поліпшити безпосередні та віддалені результати лікування хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування хворих на метастатичний рак прямої кишки із синхронним ураженням печінки, який включає хірургічне видалення пухлини з віддаленими синхронними метастазами в печінку згідно з корисною моделлю, видалення первинної пухлини проводять в один етап з резекцією не більше 4-х сегментів печінки, уражених метастазами.

Операція проводилась в один етап. Видалення первинної пухлини виконувалось за стандартами з тотальною мезоректумектомією і збереженням вегетативних тазових нервів.

При плануванні обсягу оперативного втручання на печінці використовували класифікацію Brisbane 2000, а також керувалися результатами програмної і ручної волюметрії.

Операція на печінці виконувалась за умови можливості досягнення R0-резекції із видаленням ≤ 4 сегментів і включала:

- інтраопераційне ультразвукове дослідження;
- анатомічну резекцію;
- атипичну резекцію (за наявності одиничних субкапсульних вогнищ менше 1 см та з відступом від краю пухлини не менше 10 мм);
- обробку ворітних структур проводили роздільним або глісоновим методом;
- розсічення паренхіми печінки проводили з використанням ультразвукового кавітатора-аспіратора;
- при розтині паренхіми печінки використовували методику керованої гіпотензії;
- під час резекції печінки не застосовували маневр Прингла;
- показанням до радіочастотної абляції (РЧА) була наявність одиничного вогнища розміром ≤ 1 см, локалізованого інтрапаренхіматозно.

Переконаливим доказом ефективності застосування запропонованого способу є витяги з історій хвороб 2 хворих.

I. Хворий П.В.С., 58 років, 05.05.2014 госпіталізований для оперативного лікування у н/д відділенні пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку з діагнозом: Cr sigmae T3NxM1 Gx mts hepаr SgV-VIII, II клінічна група.

Хворий пройшов планове обстеження та підготовку до оперативного лікування відповідно до затверджених локальних протоколів та стандартів лікування. Виконано планове хірургічне втручання в обсязі комбінованої резекції сигмоподібної кишки із правобічною гемігепатектомією (SgV-VIII). Протокол оперативного втручання: видалення первинної пухлини з тотальною мезоректумектомією і збереженням вегетативних тазових нервів. Операція на печінці виконана із досягненням R0-резекції, видалено 4 сегменти печінки (V, VI, VII, VIII).

Під час оперативного втручання на печінці проведено інтраопераційне ультразвукове дослідження. Резекція виконана за анатомічними принципами; обробку ворітних структур проводили глісоновим методом; розсічення паренхіми печінки - з використанням ультразвукового кавітатора-аспіратора; при розтині паренхіми печінки застосували методику керованої гіпотензії; під час резекції печінки не застосовували маневр Прінгла.

У післяопераційному 30-денному періоді у хворого не було виявлено ознак печінкової недостатності та будь-яких інших хірургічних ускладнень. Пацієнт був виписаний на 12-ту добу після оперативного лікування в задовільному стані.

II. Хвора Х.В.К., 27 років, 23.11.2013 госпіталізована для оперативного лікування у н/д відділенні пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку з діагнозом: Cr sigmae T4NxM1 із поширенням на передню черевну стінку Gx mts hepаr Sg IVa, VI, VII, II клінічна група.

Пацієнтка пройшла планове обстеження та підготовку до оперативного лікування відповідно до затверджених локальних протоколів та стандартів лікування. Виконано планове хірургічне втручання в обсязі комбінованої резекції сигмоподібної кишки із лімфодисекцією D3, правобічною гемігепатектомією (SgV-VIII) із атиповою резекцією SgIVa. Протокол оперативного втручання: видалення первинної пухлини з тотальною мезоректумектомією і збереженням вегетативних тазових нервів. Операція на печінці виконана із досягненням R0-резекції, видалено 4 сегменти печінки (V, VI, VII, VIII) та проведена атипова резекція Sg IVa.

Під час оперативного втручання на печінці проведено інтраопераційне ультразвукове дослідження. Резекція виконана за анатомічними принципами; обробку ворітних структур проводили глісоновим методом; розсічення паренхіми печінки - з використанням ультразвукового кавітатора-аспіратора; при розтині паренхіми печінки застосували методику керованої гіпотензії; під час резекції печінки не застосовували маневр Прінгла.

У післяопераційному 30-денному періоді не було виявлено ознак печінкової недостатності та будь-яких інших хірургічних ускладнень. Пацієнтка виписана на 14-ту добу після оперативного лікування в задовільному стані.

Джерела інформації:

1. Рак в Україні, 2011-2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби //Бюлетень Національного канцер-реєстру України. - К., 2013. - № 14.- 124 с.

2. Viganò L. Treatment strategy for colorectal cancer with resectable synchronous liver metastases: Is any evidence-based strategy possible? /L. Viganò //World J. Hepatol. - 2012. - Vol. 4, № 8. - P. 237-241.

3. Selection criteria for combined resection of synchronous colorectal cancer hepatic metastases: a cautionary note /S.P. McKenzie, H.D. Vargas, B.M. Evers, D.L. Davenport //Int. J. Colorectal. Dis. - 2014. - Vol. 29, № 6. - P. 729-735.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування хворих на метастатичний рак прямої кишки із синхронним ураженням печінки, що включає хірургічне видалення пухлини з віддаленими синхронними метастазами в печінку, який **відрізняється** тим, що видалення первинної пухлини проводять в один етап з резекцією не більше 4-х сегментів печінки, уражених метастазами.

Комп'ютерна верстка І. Мироненко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601