



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69410** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61B 5/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2011 12660	(72) Винахідник(и):	Баранніков Костянтин Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки:	28.10.2011	(73) Власник(и):	НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА,
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.04.2012		вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.04.2012, Бюл.№ 8		

(54) СПОСІБ ЕНДОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКА НА РАННІХ СТАДІЯХ

(57) Реферат:

Спосіб ендохірургічного лікування раку шлунка на ранніх стадіях шляхом проведення попередньої фармакотерапії із виконанням резекції слизової оболонки шлунка. На доопераційному етапі хворим проводять високоспеціалізовані ендоскопічні дослідження, поділяють на групи та призначають втүрішньом'язово препарат "Солкосерил" по 1 ампулі (2 мл) 1 раз на добу протягом 7 днів, після чого виконують ендоскопічну резекцію слизової оболонки шлунка за стандартною методикою.

UA 69410 U

Спосіб належить до області медицини, до її розділів-ендоскопії та онкології.

Актуальність способу визначена необхідністю визначення тактики у відношенні раннього раку шлунка, яка протягом багатьох останніх років змінювалась як за кордоном, так і у вітчизняній хірургічній академічній школі. Актуальними є також необхідність удосконалення та впровадження, з урахуванням нових даних, методів хірургічного видалення пухлини на ранніх стадіях у хворих на рак шлунка за допомогою малоінвазивної хірургії та лікувальної ендоскопії з метою запобігання високому рівню ускладнень та смертності.

Злоякісні новоутворення і дотепер є однією з найнебезпечніших медико-біологічних і соціально-економічних проблем, а рак шлунка - одна із найбільш частих локалізацій злоякісних новоутворень.

Вкрай важливо, що виявлене на початкових та ранніх стадіях захворювання, майже повністю виліковне хірургічним шляхом, при цьому стрімкий розвиток ендоскопічної техніки за останні роки дозволив істотно підвищити рівень діагностики та лікування передракових станів та раку шлунка на ранніх стадіях, зокрема раннього раку, що вочевидь стало одним із факторів, які значно покращують результати лікування (1).

Науковою спільнотою безперечно визнані терміни рак *in situ* та ранній рак, однак, враховуючи дані ендоскопічної та інших новітніх методик, навіть за умови використання серійних зрізів у наступному, повністю виключити інвазивний ріст неможливо, отже ці форми треба трактувати, як рак шлунка на ранніх стадіях.

Безпосередньо ранній рак шлунка визначається за умови, якщо пухлина розташовується лише в слизовій оболонці та не проростає глибше (в підслизовий шар стінки шлунка). В Україні доки що частота його виявлення та ефективність лікування не досить значні. Зазвичай це пов'язано з відсутністю чітких критеріїв формування груп ризику, недостатнім оснащенням ендоскопічних служб, відсутністю впровадження адекватних та сучасних методик малоінвазивного хірургічного лікування.

В сучасній медичній практиці основними методами органозберігаючого видалення пухлини при захворювання на рак шлунка на ранніх стадіях є підслизова дисекція та ендоскопічна резекція слизової оболонки (2). Альтернативними методами лікування раннього раку шлунка (які до тепер є найпоширенішими, за рахунок економічних факторів медичної галузі) є гастректомія, дистальна та проксимальна субтотальна резекція шлунка (3).

Відомий спосіб хірургічного лікування хронічних ерозій шлунка (4). Цей спосіб вибраний за прототип.

Даний спосіб виконується наступним чином: Пацієнту з діагнозом хронічний ерозивний гастрит призначають традиційну фармакотерапію, що включає антибактеріальні та антисекреторні препарати на протязі одного місяця, після цього виконують контрольне ендоскопічне дослідження. При виявленні резистентності до проведення фармакотерапії виконують ендоскопічну ультрасонографію та лазерну доплерівську флюорометрію враженої ділянки шлунка. За наявності потовщення слизового прошарку, базальної мембрани, підслизового прошарку відносно неуражених ділянок, товщі хронічних ерозій більш ніж 2 мм, розширення судин підслизового прошарку, зменшення кровообігу в ділянці ерозії виконують ендоскопічну резекцію ділянки слизової з хронічною ерозією. Наступного дня після операції призначають місячний курс антисекреторної терапії.

Позитивним в цьому способі є те, що шляхом ендоскопічної резекції ураженої ділянки слизової шлунка виконується забір матеріалу для морфологічного дослідження, що істотно впливає на вибір подальшої тактики лікування захворювань та призначення спеціального лікування. За допомогою зазначеного способу знижується ризик кровотеч та перфорацій, частоти рецидивів захворювання. До переваг також можна віднести виконання методики на ранньому етапі, прискорення репаративних процесів слизової органу та збільшення терміну ремісії захворювання у порівнянні із загально хірургічними методиками.

Недоліком цього способу є те, що фармакологічна терапія проводиться двічі, при цьому не враховується можливість видалення вогнища ураження розміром більше за 20 мм в одному блоці, уникається можливість використання ендоскопічної дисекції підслизового прошарку, відсутність конкретних значень даних ендоскопічної ультрасонографії та ознак розповсюдженості процесу; в цілому спосіб не поширюється на лікування хворих на рак шлунка на ранніх стадіях.

Задачею заявленого способу є вдосконалення існуючих схем (методів) лікування раку шлунка на ранніх стадіях, покращення якості післяопераційного періоду, скорочення терміну лікування.

Вирішення цієї задачі досягається за рахунок того, що у відомому способі ендохірургічного лікування раку шлунка на ранніх стадіях шляхом проведення попередньої фармакотерапії із

виконанням резекції слизової оболонки шлунка, згідно з пропонованим рішенням на доопераційному етапі хворим проводять високоспеціалізовані ендоскопічні дослідження, поділяють на групи та призначають втрущеньм'язово препарат "Солкосерил" по 1 ампулі (2 мл.) 1 раз на добу протягом 7 днів, після чого виконують ендоскопічну резекцію слизової оболонки шлунка за стандартною методикою.

Спосіб виконується наступним чином: Перед виконанням процедури хворому призначається премедикація, під загальною анестезією ендоскоп вводиться в орган, в якому діагностована пухлина та виконується ендоскопічна ультрасонографія, лазерна доплерівська флюорометрія та дослідження у вузькосмуговому спектрі (NBI) враженої ділянки шлунка, під час яких встановлюється глибина інвазії пухлини та межі поширеності захворювання, що помічаються відповідними маркерами. Визначається відповідність захворювання Паризькій класифікації новоутворень та Віденській класифікації раннього раку. За умови визначення захворювання на ранній рак шлунка T₁ (T_{is}) або T_{2a/b} при N₀M₀ до 3,5 см в діаметрі без метастазів, за відповідності отриманих даних конкретним критеріям, що запропоновані як показання для малоінвазивного оперативного втручання у хворих на ранній рак шлунка Американським товариством гастроінтестинальної ендоскопії (ASGE) відповідно до стандартів Всесвітньої організації ендоскопії травного тракту (OMED) Японського товариства гастроінтестинальної ендоскопії, за тиждень до виконання хірургічного втручання хворому призначається втрущеньм'язово препарат "Солкосерил" по 1 ампулі (2 мл.) 1 раз на добу протягом 7 днів.

По закінченні медикаментозного лікування за модифікованою методикою M. Tada під загальною анестезією крізь операційний або 2-канальний гастроскоп в орган вводився ендоскоп, коагулятором по периферії вогнища ураження наносились додаткові мітки, ін'єктором в підслизовий прошарок під пухлину вводився 0,5 % розчин новокаїну з додаванням адреналіну до 15,0 мл. На дистальному кінці гастроскопу фіксували спеціальний ковпачок, діатермічна петля перевірялась на функціональність та відповідно встановлювалась. Під контролем зору за допомогою повторно введеного до шлунка гастроскопу ковпачок щільно фіксували над слизовою в ділянці вогнища ураження, вакуумним відсмоктувачем патологічно змінену тканину втягували в ковпачок. Потім в режимі коагуляції (на визначених етапах в режимі різання) діатермічною петлею (ендоскопічного ножа з ізольованим кінчиком) виконували резекцію патологічно зміненої ділянки слизової оболонки шлунка єдиним блоком. Видалений препарат витягали за допомогою універсального пристрою крізь канал ендоскопа та направляли на морфологічне та імуногістологічне дослідження. В післярезекційній ділянці слизової оболонки дефекти додатково коагулювали з метою гемостазу. Після отримання гістологічних результатів визначалось подальше лікування.

За даним способом проліковано 12 хворих. Ускладнень не було.

Отримане підвищення якості діагностики лікування раку шлунка на ранніх стадіях та покращення перебігу післяопераційного періоду у хворих слід вважати позитивним технічним результатом.

Таким чином, запропонований спосіб не потребує проведення багаточисельної фармакотерапії із застосуванням комплексу препаратів різних груп, має матеріальне обґрунтування для пацієнтів, продуктивний, ефективний і може бути рекомендований для покращення результатів лікування раку шлунка на ранніх стадіях.

Джерела інформації:

1. Chika Kusano, Motoki Iwasaki, Tonya Kaltenbach et al. / Should Elderly Patients Undergo Additional Surgery After Non-Curative Endoscopic Resection for Early Gastric Cancer? Long-Term Comparative Outcomes // The American Journal of Gastroenterology 106, 1064-1069, June 2011

2. Jun-Won Chung, Hwoon-Yong Jung et al. Extended indication of endoscopic resection for mucosal early gastric cancer: Analysis of a single center experience / Journal of Gastroenterology and Hepatology // Volume 26, Issue 5, pages 884-887, May 2011.

3. Лалетин В.Г. Белоногов А.В., Ищенко А.А. Эндохирургическое лечение полипов и ранних форм рака желудка (2006): Сибирский медицинский журнал. - №3. - С. 12-15.

4. Жерлов Г. К., Кошель А. П., Клоков С. С. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - новые технологии хирургического лечения (2001): Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии - N 12/13. - С. 45-47.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб ендохірургічного лікування раку шлунка на ранніх стадіях шляхом проведення попередньої фармакотерапії із виконанням резекції слизової оболонки шлунка, який відрізняється тим, що на доопераційному етапі хворим проводять високоспеціалізовані

ендоскопічні дослідження, поділяють на групи та призначають внутрішньом'язово препарат "Солкосерил" по 1 ампулі (2 мл) 1 раз на добу протягом 7 днів, після чого виконують ендоскопічну резекцію слизової оболонки шлунка за стандартною методикою.

Комп'ютерна верстка І. Скворцова

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