



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95840** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 07678	(72) Винахідник(и): Щепотін Ігор Борисович (UA), Колесник Олена Олександрівна (UA), Лукашенко Андрій Володимирович (UA), Махмудов Дмитро Ельдарович (UA), Бурлака Антон Анатолійович (UA), Волк Марина Олександрівна (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 РАК ОБОДОВОЇ КИШКИ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки включає передопераційну підготовку, техніку виконання операції та ведення післяопераційного періоду. Підготовку ободової кишки проводять осмотичними проносними засобами, ентеральне харчування завершують за 6-8 год. до операції, для знеболення використовують комбіновану епідуральну та ендотрахеальну анестезію з мінімальною кількістю наркотичних анальгетиків. Оперативний доступ проводять з поперечних або косо-поперечних доступів, дренування черевної порожнини проводять тільки за наявності гнійних вогнищ у зоні операції. В післяопераційному періоді ентеральне харчування розпочинають через 12-14 год. після операції, а рухову активність розпочинають через 6-10 год. після завершення операції.

UA 95840 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії та онкохірургії й може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на рак ободової кишки.

Відома програма профілактики та лікування хворих на рак ободової та прямої кишки, яка полягає в комплексі періопераційних заходів, основним елементом якої є введення в заочеревинний простір введення розчину Цефазоліну після виконання основного етапу операції [1]. У післяопераційному періоді ентеральне харчування, активізацію та видалення назогастрального зонда починають на першу добу після операції, дренажі та катетери видаляють на другу добу. Метод спрямований на попередження стресорних реакцій організму на всіх етапах періопераційного періоду. Недоліками методу є необхідність тривалого введення антибактеріальних препаратів у клітковину заочеревинного простору.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки (Патент України № 57247, МПК А61Н 1/00. Спосіб ранньої комплексної післяопераційної реабілітації хворих на рак товстої кишки опубл. 10.02.11), суть якого полягає в призначенні хворим у доопераційному та післяопераційному періодах психологічної корекції, лікувальної фізкультури та вібромасажу (для лежачих хворих) з другої доби, на другу-третю добу - видалення сечового катетера і назоінтестинального зонда, а на третю-четверту добу - видалення дренажів. На другу добу призначають ранню активізацію хворого у вигляді сидіння в ліжку протягом 10-15 хв. та ентеральне харчування рідкими лікувальними сумішами, фіточаями та мінеральною водою. Крім цього на четверту-п'яту добу хворим призначають щадну ходьбу 1-2 рази на день по 20-30 метрів.

Перевагами способу є призначення пацієнтам психологічної корекції, лікувальної фізкультури та вібромасажу.

Недоліком цього способу є голодування, що розпочинається за 3-4 доби до операції, а початок щадної ходьби лише на 4-5 добу після операції.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки шляхом розробки комплексу передопераційних, інтраопераційних та післяопераційних заходів, що дасть можливість покращати результати хірургічного лікування хворих за рахунок зменшення частоти післяопераційних ускладнень, післяопераційної летальності, поліпшення якості життя хворих та максимального скорочення тривалості медико-соціальної реабілітації.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки, що включає передопераційну підготовку, техніку виконання операції та ведення післяопераційного періоду, згідно з корисною моделлю, підготовку ободової кишки проводять осмотичними проносними засобами, ентеральне харчування завершують за 6-8 год. до операції, для знеболення використовують комбіновану епідуральну та ендотрахеальну анестезію з мінімальною кількістю наркотичних анальгетиків, оперативний доступ проводять з поперечних або косо-поперечних доступів, дренування черевної порожнини проводять тільки за наявності гнійних вогнищ у зоні операції; в післяопераційному періоді ентеральне харчування розпочинають через 12-14 год. після операції, а рухову активність розпочинають через 6-10 год. після завершення операції.

Передопераційну підготовку починають за дві доби до запланованої операції, як харчування застосовують збалансовані білково-вуглеводні суміші, що призначають з урахуванням їх енергетичної цінності, індексу маси тіла та ступеня білково-енергетичної недостатності хворого, завершують ентеральне харчування за 6 год. до виконання операції. Підготовка товстого кишечника до операції - осмотичні проносні засоби. Перед оперативним втручанням проводять комбіновану ендотрахеальну та епідуральну анестезію на рівні T₇₋₈. Операційні доступи - поперечні чи косо-поперечні лапаротомії або лапароскопічні. У післяопераційному періоді контроль за інтенсивністю больового синдрому проводять "на вимогу" хворого, засобами вибору для якого є нестероїдні протизапальні препарати чи препарати бупівакаїну. Активізація хворого (сидіння) відбувається через 8-12 год. після завершення операції, щадна ходьба - на другу добу. Дренажі черевної порожнини встановлюють тільки за наявності інфекційного вогнища в черевній порожнині на момент операції (наприклад, параколічний абсцес) та видаляють на 1-2 добу після операції. Аналогічна тактика щодо сечового і центрального венозного катетерів, назогастрального зонда. Ентеральне харчування - через 12-16 год. після операції збалансованими вуглеводно-білковими сумішами. Вживання води можливе вже в день операції.

Прикладами реалізації заявленого способу є витяги з історії хвороби 2-х хворих.

І. Пацієнт М., 73 роки (історія хвороби № 13232), госпіталізований у відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку 15.12.2012 р. з діагнозом: рак висхідної ободової кишки T₃N_xM₀, стадія 2А, клінічна група 2. За даними колоноскопії пухлина локалізувалась на межі висхідної та сліпої ободової кишки, ПГЗ №

8854/09 від 27.11.2012: елементи аденокарциноми. Передопераційну підготовку розпочали за дві доби до запланованої операції. Як харчування застосовували збалансовані білково-вуглеводні суміші, призначені з урахуванням енергетичної цінності, індексу маси тіла та ступеня білково-енергетичної недостатності хворого. Завершили ентеральне харчування за 6 год. до виконання операції. Підготовка товстого кишечника до операції - осмотичні проносні засоби. Перед оперативним втручанням провели комбіновану ендотрахеальну та епідуральну анестезію на рівні T₇₋₈. 27.12.2012 пацієнту виконали оперативне втручання в обсязі правосторонньої геміколектомії. Операційний доступ правостороння поперечна лапаротомія. У післяопераційному періоді контроль за інтенсивністю больового синдрому проводили "на вимогу" хворого із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів і препаратів бупевакуїну. Активізація хворого (сидіння) - через 10 год. після завершення операції. Дренажі черевної порожнини не встановлювали. Сечовий і центральний венозний катетери видалені на другу добу, назогастральний зонд - на першу, епідуральний катетер - на третю. Ентеральне харчування розпочали через 12 год. після завершення операції збалансованими вуглеводно-білковими сумішами. Вживання води - в день операції. Післяопераційних ускладнень в 30-денний термін не відмічено. Завершив курс післяопераційного лікування та реабілітації на 6 добу.

II. Пацієнтка М., 56 років (історія хвороби № 6999), госпіталізована у науково-дослідне відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку 20.06.2012 р. з діагнозом: місцево-поширений рак висхідної ободової кишки з інвазією в заочеревинну клітковину та правий великий поперековий м'яз T₄N_xM₀, стадія 2B, клінічна група 2, параколічний абсцес. За даними колоноскопії пухлина локалізувалась у висхідній ободовій кишці, ПГЗ № 52761/10 від 11.06.2012: елементи низькодиференційованої аденокарциноми. Передопераційну підготовку розпочали за дві доби до запланованої операції. Як харчування застосовували збалансовані білково-вуглеводні суміші, призначені з урахуванням енергетичної цінності, індексу маси тіла та ступеня білково-енергетичної недостатності хворого. Завершили ентеральне харчування за 6 год. до виконання операції. Підготовка товстого кишечника до операції - осмотичні проносні засоби. Перед оперативним втручанням провели комбіновану ендотрахеальну та епідуральну анестезію на рівні T₇₋₈. 27.06.2012 хворій виконали оперативне втручання в обсязі комбінованої правосторонньої геміколектомії з резекцією заочеревинної клітковини та правого великого поперекового м'яза. Операційний доступ - правостороння поперечна лапаротомія. У післяопераційному періоді контроль за інтенсивністю больового синдрому проводили "на вимогу" хворого із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів і препаратів бупевакуїну. Активізація хворого (сидіння) - через 11 год. після завершення операції. Дренаж черевної порожнини видалено на другу добу. Сечовий і центральний венозний катетери видалені на другу добу, назогастральний зонд - на першу, епідуральний катетер - на третю. Ентеральне харчування розпочали через 14 год. після завершення операції збалансованими вуглеводно-білковими сумішами. Вживання води - в день операції. Післяопераційних ускладнень в 30-денний термін не відмічено. Завершила курс післяопераційного лікування та реабілітації на 7 добу.

Клінічна апробація запропонованого способу проведена в науково-дослідному відділенні пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку: 137 пацієнтів. Критеріями ефективності запропонованого способу були відсутність післяопераційних ускладнень, летальності та повна медико-соціальна реабілітація у строки від 3 до 7 діб після операції. Ускладнень не відзначено. Надалі пацієнти перебували під динамічним спостереженням в поліклініці в інтервалі від 1 міс. до 1 року після операції.

Джерела інформації:

1. Патент РФ № 2405471, МПК А61В 17/00. Способ профилактики и лечения гнойно-септических осложнений после радикальных операций у больных раком ободочной и прямой кишки / заявитель и патентовладелец Учреждение Российской АМН Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии Сибирского отделения РАМН (RU). - № 2009128419/14; заявл. 22.07.09; опубл. 10.12.10.

2. Патент України № 57247, МПК А61Н 1/00. Спосіб ранньої комплексної післяопераційної реабілітації хворих на рак товстої кишки / Бугайцов С.Г, Машуков А.О.; заявник та патентовласник Одеський державний медичний університет (UA). -№ u201015291; заявл. 20.12.10; опубл. 10.02.11.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 5 Спосіб хірургічного лікування хворих на рак ободової кишки, що включає передопераційну підготовку, техніку виконання операції та ведення післяопераційного періоду, який **відрізняється** тим, що підготовку ободової кишки проводять осмотичними проносними засобами, ентеральне харчування завершують за 6-8 год. до операції, для знеболення використовують комбіновану епідуральну та ендотрахеальну анестезію з мінімальною кількістю наркотичних анальгетиків, оперативний доступ проводять з поперечних або косо-поперечних
- 10 доступів, дренування черевної порожнини проводять тільки за наявності гнійних вогнищ у зоні операції; в післяопераційному періоді ентеральне харчування розпочинають через 12-14 год. після операції, а рухову активність розпочинають через 6-10 год. після завершення операції.

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