



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **98182** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61B 17/00**

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2014 09621</b>	(72) Винахідник(и): <b>Воробйова Люся Іванівна (UA), Неспрядько Сергій Валерійович (UA), Гончарук Ірина Вікторівна (UA), Шептицький Володимир В'ячеславович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>02.09.2014</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>27.04.2015</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>27.04.2015, Бюл.№ 8</b>	(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ, вул. Ломоносова, 33/43, м. Київ, 03022 (UA)</b>

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РАК ЕНДОМЕТРІЯ І СТАДІЇ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

### (57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування хворих на передракові захворювання та рак ендометрія І стадії із супутньою патологією включає екстирпацію матки з придатками вагінальним доступом. Додатково виконують лапароскопічну асистенцію.

**UA 98182 U**



Заявка належить до галузі медицини, зокрема до онкології, і може використовуватись при лікуванні хворих на рак ендометрія.

Рак ендометрія (РЕ) посідає перше місце серед злоякісних пухлин жіночої репродуктивної системи, 69,7-73,0 % випадків захворювання діагностується в I клінічній стадії (FIGO) [1-2]. Основним методом лікування початкових стадій РЕ є хірургічний в обсязі лапаротомії, екстирпації матки з придатками.

Хворі на РЕ - це переважно жінки літнього віку (середній вік - 62,1 рік), які належать до групи високого анестезіологічного ризику та хірургічних ускладнень, в 60-70 % випадків мають супутню патологію: цукровий діабет, гіпертонічну хворобу, серцево-судинну недостатність, надмірну вагу тощо. При значному операційному ризику методом вибору може бути лапароскопічна або вагінальна гістеректомія [3].

Прототипом запропонованого способу є методика хірургічного лікування передракових захворювань та раку ендометрія ранніх стадій у хворих з ожирінням (Щербина Г.Б. Оптимізація хірургічного лікування передракових захворювань та рака ендометрія ранніх стадій у хворих з ожирінням: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Щербина Г.Б. - Одеса, 2005. - 25 с.). Суть методики полягає в диференційованому підході до вибору оперативного доступу у хворих на РЕ I стадії: лапароскопічну гістеректомію виконують при наявності ожирінням, а хворим з ожирінням та тяжкою екстрагенітальною патологією з високим ступенем анестезіологічного ризику - вагінальну гістеректомію.

Позитивним у прототипі є те, що застосування альтернативних хірургічних доступів дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень і підвищити відсоток хворих, що підлягають радикальному лікуванню.

Недоліком прототипу є те, що при вагінальній гістеректомії є труднощі при видаленні придатків матки та неможливість ревізії черевної порожнини.

В основу корисної моделі поставлено задачу - удосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на передракові захворювання та рак ендометрія I стадії із супутньою патологією шляхом екстирпації матки з придатками через піхву з одночасною лапароскопічною асистенцією, що дозволить виконати ревізію черевної порожнини, при необхідності - біопсію лімфатичних вузлів та усунути труднощі при видаленні придатків матки.

Поставлена задача вирішувалась наступним чином.

В черевну порожнину вводять 3-4 стандартних троакари діаметром 5 мм та 10 мм для лапароскопа та інструментів, створюють пневмоперитонеум.

Шийку матки фіксують шляхом введення в цервікальний канал маткового маніпулятора, який забезпечує положення матки в антеверзії та певне положення заднього склепіння піхви між крижово-матковими зв'язками.

Круглі та лійко-тазові зв'язки перетинають за стандартною методикою після їх коагуляції (бі- або монополярної). Розтинають задній листок широкої зв'язки матки до крижово-маткових зв'язок.

Крижово-маткові зв'язки перетинають після їх коагуляції. Біполярну коагуляцію та перетинання маткових судин і верхньої частини кардинальних зв'язок виконують у стінці матки. Після розтину коагульованих тканин проводять контроль гемостазу і при необхідності додаткову коагуляцію.

Ножицями розтинають спочатку заднє, а потім переднє склепіння піхви до бокових склепінь і кардинальних зв'язок.

Останній етап операції виконують "вагінальним" доступом. Розтинають слизову оболонку бокових склепінь піхви, утворюючи циркулярний розріз. На кардинальні зв'язки, повністю захоплюючи їх, накладають клеми, після чого перетинають і препарат видаляють через піхву з порожнини малого таза.

Кардинальні зв'язки прошивають та зшивають одна з одною та з крижово-матковими зв'язками. Слизову оболонку купола піхви зшивають окремими швами і фіксують до зшитих зв'язок. В черевній порожнині залишають один дренаж.

Такий спосіб хірургічного лікування хворих на передракові захворювання та рак ендометрія I стадії із супутньою патологією дає можливість виконати ревізію черевної порожнини, при необхідності - біопсію лімфатичних вузлів та усунути труднощі при видаленні придатків матки. Виконання заключного етапу вагінальним доступом значно скорочує час операції.

Клінічні випробування способу проведені у відділенні онкогінекології Національного інституту раку при лікуванні 12 хворих на передракові захворювання та рак ендометрія I стадії із супутньою патологією.

Переконливим доказом ефективності застосування пропонованого способу є витяги з історій хвороби 2 хворих.

I. Хвора Б., 1954 р. н. (історія хвороби № 2080) була прийнята у відділення онкогінекології 18.02.2014 р. з діагнозом рак ендометрія ст. I ( $T_{1b}N_0M_0$ ). Хворій виконана операція в обсязі: вагінальна пангістеректомія I типу з лапароскопічною асистенцією.

В черевну порожнину вводили 3-4 стандартних троакари 5 мм та 10 мм для лапароскопа та інструментів, створювали пневмоперитонеум.

Шийку матки фіксували шляхом введення в цервікальний канал маткового маніпулятора, який забезпечував положення матки в антеверзії та певне положення заднього склепіння піхви між крижово-матковими зв'язками.

Круглі та лійко-тазові зв'язки перетинали за стандартною методикою після їх коагуляції (бі- або монополярної). Розтинали задній листок широкої зв'язки матки до крижово-маткових зв'язок.

Крижово-маткові зв'язки перетинали після їх коагуляції. Біполярну коагуляцію та перетинання маткових судин та верхньої частини кардинальних зв'язок виконували у стінки матки. Після розтину коагульованих тканин проводили контроль гемостазу і при необхідності додаткову коагуляцію.

Ножицями розтинали спочатку заднє, а потім переднє склепіння піхви до бокових склепінь і кардинальних зв'язок.

Останній етап операції виконували вагінальним доступом. Розтинали слизову оболонку бокових склепінь піхви, утворюючи циркулярний розріз. На кардинальні зв'язки, повністю захоплюючи їх накладали клеми, після чого перетинали і препарат видаляли через піхву із порожнини малого таза.

Кардинальні зв'язки прошивали та зшивали одна з одною та з крижово-матковими зв'язками. Слизову оболонку купола піхви зшивали окремими швами і фіксували до зшитих зв'язок. В черевній порожнині залишали один дренаж.

Патоморфологічне заключення № 9321-28 від 28.02.2014: низькодиференційована аденокарцинома тіла матки з інфільтрацією біометрії (до  $\frac{1}{2}$ ), шийка матки та придатки матки без особливостей.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Після операції хворій було проведено курс дистанційної променевої терапії 44 Гр на малий таз. На даний час хвора перебуває під спостереженням без проявів рецидиву захворювання (клінічне обстеження, ультразвукове дослідження органів малого таза та черевної порожнини, рентген грудної клітки, цитологічне дослідження).

II. Хвора Б., 1954 р. н. (історія хвороби № 657) була прийнята у відділення онкогінекології 20.07.2009 р. з діагнозом рак ендометрія ст. I ( $T_{1b}N_0M_0$ ). Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит. Хворій виконана симультанна операція в обсязі: пангістеректомія I типу з лапароскопічною асистенцією, лапароскопічна холецистектомія.

В черевну порожнину вводили 3-4 стандартних троакари 5 мм та 10 мм для лапароскопа та інструментів, створювали пневмоперитонеум.

На першому етапі виконана типова лапароскопічна холецистектомія.

На другому етапі виконували пангістеректомія I типу з лапароскопічною асистенцією.

Шийку матки фіксували шляхом введення в цервікальний канал маткового маніпулятора, який забезпечував положення матки в антеверзії та певне положення заднього склепіння піхви між крижово-матковими зв'язками.

Круглі та лійко-тазові зв'язки перетинали за стандартною методикою після їх коагуляції (бі- або монополярної). Розтинали задній листок широкої зв'язки матки до крижово-маткових зв'язок.

Крижово-маткові зв'язки перетинали після їх коагуляції. Біполярну коагуляцію та перетинання маткових судин та верхньої частини кардинальних зв'язок виконували у стінки матки. Після розтину коагульованих тканин проводили контроль гемостазу і при необхідності додаткову коагуляцію.

Ножицями розтинали спочатку заднє, а потім переднє склепіння піхви до бокових склепінь і кардинальних зв'язок.

Останній етап операції виконували вагінальним доступом. Жовчний міхур видалили через піхву. Розтинали слизову оболонку бокових склепінь піхви, утворюючи циркулярний розріз. На кардинальні зв'язки, повністю захоплюючи їх накладали клеми, після чого перетинали і препарат видаляли через піхву із порожнини малого таза.

Кардинальні зв'язки прошивали та зшивали одна з одною та з крижово-матковими зв'язками. Слизову оболонку купола піхви зшивали окремими швами і фіксували до зшитих зв'язок. В черевній порожнині залишали один дренаж.

Патоморфологічне заключення № 2391-2406 від 27.01.2014. На фоні інволютивних змін визначаються вогнища аденокарциноми з неглибокою інфільтрацією міометрія. Шийка матки, яєчники, маткові труби - вікові зміни. Хронічний холецистит.

5 Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Після операції хворій було проведено курс дистанційної променевої терапії 44 Гр на малий таз. На даний час хвора перебуває під спостереженням без проявів рецидиву захворювання (клінічне обстеження, ультразвукове дослідження органів малого таза та черевної порожнини, рентген грудної клітки, цитологічне дослідження).

Джерела інформації:

- 10 1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. - СПб.: ООО "Издательство Фолиант", 2002. - 540 с.
2. Лекции по онкогинекологии / под ред. М.И. Давыдова, В.В. Кузнецова, В.М. Нечушкиной. - М.: "МЕДпресс-информ", 2009. - 432 с.
3. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А.И. Ищенко. - 15 М.: GEOTLAR-MED, 2004. - 136 с.
4. Щербина Г.Б. Оптимізація хірургічного лікування передракових захворювань та рака ендометрія ранніх стадій у хворих з ожирінням: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Щербина Г.Б. - Одеса, 2005. - 25 с.

20

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування хворих на передракові захворювання та рак ендометрія I стадії із супутньою патологією, що включає екстирпацію матки з придатками вагінальним доступом, який **відрізняється** тим, що додатково виконують лапароскопічну асистенцію.

25

---

Комп'ютерна верстка О. Рябко

---

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

---

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