

**ОПИСАНИЕ
ИЗОБРЕТЕНИЯ
К ПАТЕНТУ**
(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) **ВУ** (11) **6452**

(13) **С1**

(51)⁷ **А 61В 17/34,
А 61К 31/00**

(54) **СПОСОБ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ
ЖЕЛУДКА**

(21) Номер заявки: а 20010049

(22) 2001.01.22

(46) 2004.09.30

(71) Заявитель: Учреждение образования
"Гомельский государственный ме-
дицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Михайлов Игорь Викторович;
Бондаренко Владимир Максимович;
Подгорный Николай Николаевич (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение обра-
зования "Гомельский государственный
медицинский университет" (ВУ)

(57)

Способ адьювантной химиотерапии при раке желудка, включающий внутривенное введение противоопухолевого препарата после радикальной операции, **отличающийся** тем, что интраоперационно осуществляют внутриартериальное болюсное введение противоопухолевого препарата в чревный ствол с помощью тонкоигольной пункции его стенки или стенки начального отдела левой желудочной артерии и лигируют левые желудочные артерию и вену.

(56)

Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1989. - С. 323-325.

ЧИССОВ В.И. и др. // Хирургия. - 1999. - № 1. - С. 61-64.

ВУ 960607, 1997.

RU 2024254 С1, 1994.

RU 2066994 С1, 1996.

RU 2127591 С1, 1999.

RU 2134549 С1, 1999.

Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии, и может быть использовано в лечении рака желудка.

Известен способ адьювантной химиотерапии при раке желудка, согласно которому введение противоопухолевого препарата осуществляют внутривентриально, непосредственно во время операции или сразу после нее [1].

Недостатками данного способа являются:

невозможность создания высокой концентрации химиопрепарата в тканях, непосредственно не прилежащих к серозному покрову;

невозможность снижения частоты гематогенного метастазирования в печень, которое является наиболее характерным для преобладающего в нашем регионе интестинального типа рака желудка.

ВУ 6452 С1

Наиболее близким к предлагаемому является способ адьювантной химиотерапии при раке желудка, согласно которому осуществляют внутривенное введение противоопухолевого препарата после радикальной операции [2] - прототип.

Недостатком прототипа является его малая эффективность, что обусловлено:

подведением неадекватных доз химиопрепарата к опухолевым клеткам;

наличием временного промежутка между провоцирующей метастазирование операционной травмой и началом адьювантной терапии.

Задача, на решение которой направлено предполагаемое изобретение, заключается в профилактике развития гематогенных метастазов рака желудка.

Задача решается за счет того, что наряду с внутривенным введением противоопухолевого препарата после радикальной операции интраоперационно осуществляют внутриартериальное болюсное введение противоопухолевого препарата в чревный ствол с помощью тонкоигольной пункции его стенки или стенки начального отдела левой желудочной артерии и лигируют левые желудочные артерию и вену.

Пример 1.

Больной Б-ов Н.Д, 1936 г.р., история болезни № 312, поступил в ГОКОД с диагнозом: Рак средней трети желудка. Выполнена операция: гастрэктомия с лимфаденэктомией R2. Протокол операции: верхне-срединная лапаротомия. Ревизия: в средней трети желудка, по передней стенке - блюдцеобразная опухоль, прорастающая брюшину. Отдаленных метастазов не выявлено. Рассечен малый сальник, выделены начальный отдел левой желудочной артерии и чревный ствол. Тонкой иглой пунктирован чревный ствол, в который струйно, с помощью 20-миллилитрового шприца, введен раствор 5-фторурацила в дозе 1000 мг. После извлечения иглы место пункции прижато тупфером на 1-2 минуты. Лигированы левые желудочные артерия и вена. Кровотечения из места пункции чревного ствола нет. Мобилизован желудок с сальниками, пересечены двенадцатиперстная кишка и пищевод, препарат удален. Ушита культи двенадцатиперстной кишки. Наложен пищеводно-кишечный анастомоз. Брюшная полость дренирована. Рана ушита послойно.

Заключительный диагноз: Рак средней трети желудка, блюдцеобразная форма T3N1M0 IIIA стадия. С 5-х суток послеоперационного периода продолжена адьювантная химиотерапия путем внутривенного капельного введения 5-фторурацила по 500 мг в сутки до курсовой дозы 5000 мг. На 14 сутки больной в удовлетворительном состоянии выписан с рекомендацией явки через 1,5 месяца для проведения второго курса адьювантной химиотерапии.

Пример 2.

Больная М-ва З.А, 1937 г.р., история болезни № 461, поступила в ГОКОД с диагнозом: Рак нижней трети желудка. Выполнена операция: дистальная субтотальная резекция желудка с лимфаденэктомией R2. Протокол операции: верхне-срединная лапаротомия. Ревизия: в нижней трети желудка, по большой кривизне - блюдцеобразная опухоль, прорастающая брюшину. Отдаленных метастазов не выявлено. Рассечен малый сальник, выделены начальный отдел левой желудочной артерии и чревный ствол. Пунктирован начальный отдел левой желудочной артерии, конец иглы проведен в чревный ствол. В последний с помощью 20-миллилитрового шприца введен раствор 5-фторурацила в дозе 1000 мг. После извлечения иглы лигированы левые желудочные артерия (в месте пункции) и вена. Продолжена мобилизация желудка с сальниками, желудок субтотально резецирован. Наложен гастроэнтероанастомоз. Брюшная полость дренирована. Рана ушита послойно.

Заключительный диагноз: Рак нижней трети желудка, блюдцеобразная форма T3N2M0 IIIB стадия. С 5-х суток послеоперационного периода продолжена адьювантная химиотерапия путем внутривенного капельного введения 5-фторурацила по 500 мг в сутки до курсовой дозы 5000 мг. Больной на 14 сутки выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией явки через 1,5 месяца для проведения второго курса адьювантной химиотерапии.

BY 6452 C1

Данный способ адьювантной химиотерапии обеспечивает создание высокой концентрации противоопухолевого препарата как в ткани опухоли, так и в паренхиме печени - органа, наиболее часто поражаемого метастазами рака желудка. Причем максимальная концентрация лекарственного агента в этих тканях возникает непосредственно во время хирургического вмешательства, когда вследствие травматизации опухоли часто возникает повышенный риск ее метастазирования. Выбрасываемые в венозную систему и поступающие через воротную вену в печень опухолевые клетки подвергаются действию высоких доз цитостатика еще до их имплантации, когда они наиболее чувствительны как к факторам противоопухолевой резистентности организма, так и к лекарственным агентам.

Дополнительным преимуществом предлагаемого способа является эффективная профилактика травматического послеоперационного панкреатита, нередко возникающего после расширенных операций по поводу рака желудка: 5-фторурацил, являющийся ингибитором протеолиза и традиционно применяемый для профилактики и лечения панкреатита, при введении в чревный ствол поступает в ткань поджелудочной железы в значительно большей концентрации, чем при внутривенном введении.

Общетоксические проявления при регионарном внутриартериальном введении препарата минимальны. Способ прост в исполнении, безопасен, не требует, в сравнении с традиционным, дополнительных материальных затрат.

Источники информации:

1. В.И. Чиссов, А.М. Авербах. Адьювантная внутрибрюшинная химиотерапия при радикальном и паллиативном лечении рака желудка // Хирургия. - 1999. - № 1. - С. 61-64.

2. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями: Руководство для врачей / Под ред. В.И. Чиссова. - М.: Медицина, 1989. - 560 с. - С. 323-324. - прототип.