

Заявлене технічне рішення належить до галузі медицини, а саме до онкопроктології, і може бути використане для комплексного лікування раку на місцево-розповсюджений обмежено-мобільний рак прямої кишки.

За прототип узятий спосіб катетеризації верхньої прямокишкової артерії. Суть способу полягає у тому, що після ревізії черевної порожнини при відсутності віддалених метастазів у рану виводили сигмовидну кишку, надсікали очеревинний листок брижі і видаляли основний стовбур верхньої прямокишкової артерії (1). Стовбур цієї артерії перев'язували проксимально. Дистально захоплювали її затискачем і між ним і лігатурою пересікали. В отвір периферичної кукси артерії вводили тонку хлорвінілову трубку і закріплювали в артерії лігатурою. Хлорвінілову трубку виводили через нижню частину лапаротомного розрізу. На решті протягу рану зашивали наглухо. У післяопераційному періоді через хлорвінілову трубку вводили Тіо-ТЕФа 80мг за один раз. Усього 8-10 вливань, по одному на день. Загальна доза 500-700мг (2).

Але даний спосіб має ряд недоліків. Неможливість контролю фіксації катетера у верхній прямокишковій артерії може призвести до арозивної кровотечі під час проведення внутрішньоартеріальної хіміотерапії, а також до кровотечі в черевну порожнину при випадковому випадінні або видаленні катетера, порушенні цілісності судинної стінки.

В основу винаходу поставлена задача розробки способу тривалої регіонарної внутрішньоартеріальної хіміотерапії при захворюванні на місцево-розповсюджений неоперабельний рак прямої кишки, який забезпечує селективність введення хіміопрепарату у верхню прямокишкову артерію, зменшення елімінації хіміотерапевтичного препарату, ізоляцію артерії з внутрішньоартеріальним катетером від черевної порожнини, контроль кінця артерії, а також тривале перебування катетера в артерії, що веде до регресії пухлини.

Поставлена задача розв'язується тим, що у способі лікування місцево-розповсюдженого раку прямої кишки, котрий включає катетеризацію верхньої прямокишкової артерії, внутрішньоартеріальну регіонарну хіміотерапію, відповідно до винаходу, мобілізують ректосигмоїдний відділ прямої кишки від підлеглої клітковини, верхню прямокишкову артерію разом з одноімменною веною виділяють, скелетують і пересікають нижче відходження останньої сигмовидної артерії, проксимальний кінець перев'язують, дистальний кінець вени перев'язують, а в дистальний кінець артерії вводять внутрішньоартеріальний катетер, фіксуючи лігатурами, і виводять підочеревинно на шкіру через додатковий розріз у правій клубовій зоні, кінець артерії фіксують до шкіри або товщі передньої черевної стінки.

Спосіб здійснюється таким чином. Після лапаротомії і ревізії органів черевної порожнини і органів малого таза, визначення ступеня розповсюдженості раку прямої кишки виконують мобілізацію ректосигмоїдного відділу прямої кишки від підлеглої клітковини, розсікають очеревинний листок брижі сигмовидної кишки, виділяють і скелетують верхню прямокишкову артерію разом з одноімменною веною. Судини беруть на тримачі, пересікають нижче відходження останньої сигмовидної артерії, проксимальний кінець перев'язують. Дистальний кінець вени перев'язують, а в дистальний кінець верхньої прямокишкової артерії вводять внутрішньоартеріальний катетер, фіксують лігатурами і виводять підочеревинно через додатковий розріз у правій клубовій зоні, кінець артерії фіксують до шкіри або товщі передньої черевної стінки. Сигмовидну кишку виводять на передню черевну стінку, не розтинають, а у випадку кишкової непрохідності формують у вигляді двостовбурової колостоми у лівій клубовій зоні.

Проведення регіонарної внутрішньоартеріальної хіміотерапії розпочинають на 2-3 добу після операції. Введення хіміопрепарату здійснюють 1 раз на добу за допомогою електромеханічного ін'єктора "ДШ-07". Хворим вводять 5-фторурацил у разовій дозі 500-1000мг, до сумарної дози 5000-7000мг. Догляд за внутрішньоартеріальним катетером здійснюють введенням розчину гепарину через кожні 4-6 годин.

Приклад

Хвора А., 1953р.н., історія хвороби №23456. Поступила в клініку з діагнозом: рак середньо-ампулярного відділу прямої кишки. Після доопераційної підготовки виконано оперативне втручання. При ревізії виявлений іммобільний місцево-розповсюджений рак прямої кишки. Хворій виконана катетеризація верхньої прямокишкової артерії за розробленим способом з подальшими курсами хіміотерапії 5-фторурацилом. Виконана нашірпна пексія сигмовидної кишки без розтину отвору. Хвора прожила 22 місяці. За даною методикою оперовано 29 хворих.

Перевага даного способу полягає у тому, що мобілізуючи ректосигмоїдний відділ прямої кишки від підлеглої клітковини, досягають подовження дистальної кукси верхньої прямокишкової артерії. Верхня прямокишкова артерія і одноімenna вена разом з внутрішньоартеріальним катетером ізолюється заочеревинно від черевної порожнини, а кінець артерії фіксують до шкіри або товщі передньої черевної стінки. Це створює контроль за кінцем артерії та лігатурами, які фіксують катетер, що виключає підтікання крові і кровотечу при випадінні або видаленні катетера. При порушенні цілісності судинної стінки виключають можливість кровотечі у черевну порожнину. Перев'язка верхньої прямокишкової вени зменшує елімінацію хіміотерапевтичного препарату. Усе це забезпечує тривале збереження катетера у верхній прямокишковій артерії, що дає можливість проведення повторних курсів регіонарної хіміотерапії через певні проміжки часу.

Джерела інформації:

1. Родкин С.А. Артериография при раке прямой кишки //Хирургия. -1965. -№4. -С.78-81.
2. Аминев А.М. О хирургическом лечении рака прямой кишки //Вопросы онкологии. -1978. -№4. -17-18.