



СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКЗ. №

000083

(19) **SU** (11) **1670833**

A1

(51)5 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ
ПО ИЗОБРЕТЕНИЯМ И ОТКРЫТИЯМ
ПРИ ГИИТ СССР

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ И АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

- (21) 4705675/14
(22) 14.06.89
(71) Киевский научно-исследовательский институт онкологии
(72) Н.Г. Кононенко, В.А. Толстолятов и В.А. Черный
(53) 616-006-089(088.8)
(56) Коплатадзе А.М. и др. Диагностика и хирургическое лечение околопрямокишечных новообразований. М., 1982. с. 17.
(54) СПОСОБ ПАРАСАКРАЛЬНОГО ДОСТУПА К НЕОРГАНИДНЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ МАЛОГО ТАЗА
(57) Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии, и может быть

использовано при хирургическом лечении неорганных новообразований малого таза. Цель изобретения - снижение травматичности и повышение радикальности операции путем увеличения параметров операционного угла. Разрез осуществляют от середины расстояния между верхней задней подъягодичной остью и верхушкой копчика, что соответствует нижнему краю грушевидной мышцы, и ведут вертикально в ягодичной складке до уровня копчика или ягодичной складки. Способ позволяет широко иссечь парасакральные ткани, вовлеченные в процесс, и даже грушевидную мышцу на всем протяжении.

Изобретение относится к медицине, а именно к онкологии и может быть использовано при хирургическом лечении неорганных новообразований малого таза.

Цель изобретения - снижение травматичности и повышение радикальности операции путем увеличения параметров операционного поля.

Пример 1. Больной Б., 21 г., госпитализирован с жалобами на постоянные сильные боли в тазу в области крестца с иррадиацией в правую нижнюю конечность по задней поверхности, жгучие боли при дотрагивании до кожи правой ягодицы, правого бедра, промежности, правой половины полового члена и мошонки, невозможность тыльного разгибания правой стопы, онемение ее, затруднение мочеиспускания (приходится сильно тужиться) и стула 30-91

(только после клизм последний месяц), похудание за последний год на 22 кг.

Больной себя считает 1,5 года, когда появились боли в области крестца и копчика, не мог сидеть. Спусти 2 мес. установлен диагноз "радикулит". Лечился неоднократно в неврологическом отделении в том числе и физиопроцедурами. Ввиду неэффективности лечения оперирован с предположительным диагнозом: грыжа диска между 5 поясничным и 1 крестцовым позвонками - разведены спайки корешков. Состояние не улучшалось. Неоднократно лечился в неврологических отделениях. Получал большие дозы наркотиков. Осматривался нейрохирургами. При исследовании ректально пальцем выявлена опухоль в полости малого таза.

Объективно: больной ходит, хромота. Отмечается атрофия ягодичных мышц,

09 **SU** (11) **1670833** **A1**

больше справа, гипотрофия мышц правого бедра и голени, гиперестезия кожи правой ягодицы. Тонус мышц бедра и голени снижен, коленные рефлексы повышены. Симптомы натяжения положительные с обеих сторон.

При ректальном исследовании: тонус сфинктера заднего прохода снижен. В 7 см от него по передней поверхности крестца определялась плотная, несмещаемая, резко болезненная опухоль размерами примерно 7х8 см. На рентгенограммах крестца второе крестцовое отверстие расширено от разрушения. При компьютерной томографии выявлено частичное разрушение верхних отделов крестца справа. Опухоль располагалась впереди крестца почти до уровня копчика, с нечеткими контурами, с инфильтрацией прилежащих к ней мышц.

По поводу нейросаркомы из второго - третьего корешков крестцового сплетения с нарушением функции тазовых органов и резким болевым синдромом больному проведена телегамматерапия в течение недели дозой 30 Гр, два сеанса гипергликемии 20%-ной глюкозой по 1680 мл в течение 90 мин, с полихимиотерапией (циклофосфан+винкристин+адриамицин) и гипертермией.

Во время операции удалена опухоль малого таза с иссечением II-III корешков правого крестцового сплетения, подчревной артерии, грушевидной мышцы.

Доступ комбинированный - чрезбрюшинный и перасакральный II справа. Во время лапаротомии в полости малого таза обнаружена опухоль, расположенная впереди крестца, верхний полюс которой на 4 см не достигал уровня промонториума. Рассечена тазовая брюшина. Ткани таза отекающие - следствие терапии, проведенной до операции. На опухоли распластана подчревная артерия, ветви которой под ее капсулой. Артерия лигирована у основания и пересечена. Опухоль с надкостницей распатором остро отделена от крестца. Обнажен опухолевидоизмененный II корешок правого крестцового нервного сплетения. Он электроножом отсечен от крестца, III корешок, окутанный опухолью, так же пересечен, I корешок, располагавшийся по верхнеправой полуокружности опухоли, снят с нее. При дальнейшей мобилизации оказалось, что опухоль под седалищным нервом через седалищное отверстие парасакрально

распространялось в ягодичную область. Выделить ее чрезбрюшинно не удавалось. Поэтому решено операцию продолжить и мобилизовать опухоль из парасакрального доступа. После опухоли затампонировано, листки тазовой брюшины сшиты, брюшная рана послойно зашита. Асептическая наклейка.

Больной уложен на левый бок. В асептических условиях справа от крестца на 2,5-3,0 см выше середины расстояния между верхней задней подвздошной остью сверху и верхушкой копчика снизу начат разрез кожи и проведен до ягодичной складки. Рассечена клетчатка, фасция. Большая ягодичная мышца пересечена вдоль раны в 2-3 см от края крестца. В верхнем углу ее лигированы ветви нижней ягодичной артерии и вены. Вскрыта полость таза в дистальной части. Более проксимально в рану прилежит опухоль, поэтому на ней оставлены глубже расположенные порции большой ягодичной мышцы. Крестцово-бугорная и крестцово-остистая связки отсечены от крестца и седалищной кости и оставлены на опухоли. При мобилизации опухоли от крестца установлено, что грушевидная мышца белесоватая, опухолевидоизмененная, окутана опухолью. Разрез продлен до верхнего края большой седалищной вырезки. Края раны разведены. Из полости таза извлечен тампон. Опухолевый инфильтрат и грушевидная мышца отсечены проксимально от крестца, от седалищной кости у большой вырезки и дистально в сухожильной части от бедренной кости и извлечены в рану. Пересечена дистальная часть II-III корешков у седалищного нерва и препарат удален. Контроль на гемостаз. Раневая полость обработана спиртовым раствором хлоргексидина, края ягодичной мышцы сшиты восьмеркообразными капроновыми швами до полоски-выпускника и микроиригатора в нижнем углу раны, швы на фасцию, клетчатку, кожу. Наклейка. Результат патогистологического исследования № 6618-20 от 28.04.88 г. - нейросаркома с обширными очагами некроза.

Таким образом, именно благодаря парасакральному доступу удалось широко иссечь парасакральные ткани, вовлеченные в процесс, и даже грушевидную мышцу на всем протяжении и удалить препарат в одном блоке.

Пример 2. Больной Л., 12 лет, истории болезни № 6268, госпитализирован с жалобами на боли в тазу, затруднение стула (только после клизм последние 3 мес.) и мочеиспускания (с натуживанием). Месяц назад по поводу болей в тазу обратился в районную больницу. В связи с запорами рекомендовано применять слабительные. Состояние ухудшалось. При повторном обращении исследован ректально пальцем, установлен диагноз "парапроктит", направлен в областную больницу, откуда в КИИОН с диагнозом, саркома прямой кишки.

При ректальном исследовании: задний проход смещен вперед, прямая кишка резко сдавлена и поджата под симфизом. Вся полость малого таза занимала несмещающаяся, плотно-эластической консистенции опухоль, вероятно прорастающая в стенку прямой кишки, которая неподвижна под образованием. При ректоскопии: от входа в задний проход до 14 см прямая кишка смещена вперед и резко сдавлена. В нижнеампулярном отделе на протяжении 5 см стенка инфильтрирована, белесоватая. При компьютерной томографии: новообразование с нечеткими, неровными контурами, инфильтрирующее окружающую клетчатку, занимающее всю полость малого таза - злокачественная мягкотканная опухоль малого таза. Патогистологическим исследованием биопсийного материала диагностирована тератобластома.

Больному проведена полихимиотерапия (циклофосфан+винкристин+метотрексат) с гиперглициемией и гипертермией. Эффект лечения 60-65%.

Во время операции произведено удаление опухоли малого таза с копчиком. Доступ комбинированный - чрезбрюшинный и парасакрально-чрескопчиковый. После лапаротомии при ревизии удаленные метастазы не выявлены. Рассечена брюшина малого таза. В тазу определялся выраженный рубцовый процесс. Верхний полюс опухоли располагался на 4,5-5,0 см ниже промонториума. Опухоль в виде инфильтрата без четких контуров фиксирована к крестцу и прямой кишке. Последняя с трудом отделена, оставляя частично мышечную оболочку на опухоли. Со значительными техническими трудностями отсечен опухолевый инфильтрат от переднебоковых отделов

крестца, корешков крестцового сплетения и боковых стенок таза. Мобилизовать опухоль, главным образом от прямой кишки, в дистальной части таза из полости живота не удалось. Поэтому решено вмешательство продолжить из парасакрального доступа. Полость таза зафиксирована, слиты листки тазовой брюшины. Брюшная рана закрыта наглухо. Асептическая повязка.

Больной уложен на правый бок. Слева от крестца от середины расстояния между верхней заднею подвздошной остью и верхушкой копчика начат разрез кожи, который продолжен книзу в 2,5-3,0 см от левого края крестца до основания копчика, затем на этом уровне повернут вправо через копчик и вдоль правого его края на 2,5-3,0 см книзу. Рассечена большая ягодичная мышца от верхнего края вдоль крестца до грушевидной мышцы. Электроножом пересечены в средней наиболее узкой части крестцово-бугорная и крестцово-остистая связки. Долотом отсечен копчик. Вскрыта полость таза. Опухоль оказалась хорошо мобилизованной от крестца, несколько меньше с боков, но оставалась фиксированной с заднебоковыми стенками прямой кишки. Создалось впечатление о еще большем простиании опухоли в нижнеампулярный, чем в средневерхнеампулярные отделы кишки. Отделить ее не удалось. Поэтому сделана попытка отсечь опухоль под контролем пальца в прямой кишке. Только таким способом, осторожно скальпелем, оставляя на большом участке только слизистую оболочку, удалось отделить прямую кишку от опухоли. Препарат удален. Полость таза дренирована резиновой полоской с микроирригатором для введения антибиотиков. Большая ягодичная мышца слита восьмеркообразными швами. Швы на фасцию с клетчаткой и кожу. Асептическая наклейка.

Течение послеоперационного периода без осложнений. При патогистологическом изучении операционного материала: опухоль - тератобластома с обширными очагами некроза.

После операции больному проведено два цикла полихимиотерапии и спустя месяц - гамматерапия суммарной дозой 40 Гр.

Мальчик получает ежеквартально профилактические 2-недельные курсы

полихимиотерапии. Спустя 16 мес после удаления опухоли рецидивы и метастазы не выявлены. Самочувствие хорошее, учится в школе, занимается спортом.

Способ позволяет широко иссечь парасакральные ткани, вовлеченные в процесс, и даже грушевидную мышцу на всем протяжении и удалить препарат в одном блоке. Способ рекомендован для использования в практической онкологии.

Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Способ парасакрального доступа к неорганным новообразованиям малого таза, отличающийся тем, что, с целью снижения травматичности и повышения радикальности операции путем увеличения параметров операционного поля, осуществляют вертикально к ягодичной складке разрез от нижнего края грушевидной мышцы до уровня копчика или ягодичной складки.

Редактор С. Рекова

Составитель С. Заринская

Техред М. Дидык

Корректор И. Эрдейи

Заказ 3231/ДСП

Тираж 277

Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета по изобретениям и открытиям при ГКНТ СССР
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Производственно-издательский комбинат "Патент", г. Ужгород, ул. Гагарина, 101