

УДК 617.55-006-089:616.617-06

КЛІНІКО-АНАТОМІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОДІВ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ОНКОЛОГІЇ

Р.В.Сенютович, С.Ю.Кравчук, В.М.Печенюк, В.П.Унгурян, Е.В.Олійник

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Проаналізовані випадки 2 планових і 9 випадкових травм сечоводів при оперативному лікуванні пухлин малого таза з 1993 по 2003 роки. Частота пошкоджень становить менше 0,5%. Чотири пошкодження сталися під час резекції висхідної та сигмоподібної ободової кишки, 3 – при екстирпації та надпідховій ампутації матки, 2 – при видаленні заочеревинної пухлини, 1 – при видаленні злоякісної пухлини правого яєчника, 1 – при видаленні шийки матки. В одному випадку виведена уретеростома, в 2 – накладені сечовідно-товстокишкові анастомози, в 1 – уретероцистоанастомоз, в інших – шов розсічених кінців сечоводів. Летальних ускладнень не спостерігали. При зшиванні сечоводів у вільній черевній порожнині при неможливості їх заочеревинного розміщення при великих резекціях товстої кишки розроблений оригінальний спосіб обгортання анастомозу пасмом із сальника. При уретероанастомозах у жінок раціонально виводити катетер із сечового міхура назовні для контролю за функцією нирки на оперованому боці. Визначені клініко-анатомічні передумови для пошкодження сечоводів – явища часткової кишкової непрохідності, роздутий кишечник, запальні явища в ділянці пухлини. Цьому сприяє також широка мобілізація кишки з оголенням клубо-поперекового м'язу і зміщення сечоводів до кишки. При появі в рані м'язів задньої черевної стінки після мобілізації кишки тупим методом хірургу слід пам'ятати, що сечовід при цьому зміщений до кишки. Ні в якому разі не треба розсікати тканинні маси біля стінки кишки en masse. Поранення сечоводів при екстирпації матки пов'язані з накладанням клем на відстані більше 1 см від матки і рубцево-запальними процесами в трубі. У клініці розроблений комплекс заходів при оперативному лікуванні великих пухлин, що виповнюють малий таз. Вони починаються з виділення сечоводів вище пухлини і взяття їх на тримачі. Корисною є доопераційна катетеризація сечоводів. В операційній повинні бути “резервні” набори сечовідних катетерів. Незважаючи на складнощі ситуації, що супроводжують пошкодження сечовода, кваліфікований хірург повинен завжди знайти оптимальний спосіб усунення пошкодження.

УДК 616.345-089.87:616-033.3:616-002.4-084

АНАТОМІЧНІ ТА ХІРУРГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ НЕКРОЗУ ТОВСТОКИШКОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ ЗА МЕТОДОМ БЕКОНА

Р.В.Сенютович, С.Ю.Кравчук, В.П.Унгурян, В.Д.Бабін

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Представлений аналіз 124 черевноанальних резекцій (ЧАР), виконаних у клініці онкології БДМА за 1996-2003 роки. ЧАР виконують при розташуванні пухлини на 5-6 см вище відхідника. При позаочеревинному розташуванні пухлин ЧАР виконана майже у 90% хворих, в інших випадках – нижні передні резекції або екстирпації. Спостерігали 11 некрозів виведеної на промежину мобілізованої сигмоподібної кишки (СК), з них 4 – некроз вільного кінця кишки, 3 – в ділянці анального каналу, по 2 – тазові та внутрішньотазові вогнищеві некрози. Повторні операції виконані у 10 хворих, трапився 1 летальний випадок. В останні 2 роки внутрішньотазових некрозів, що потребують повторних лапаротомій, не спостерігали. Розроблена чітка система оцінки анатомічних особливостей вирізування товстокишкових трансплантатів, що враховує особливості кровообігу в СК та низхідній ободовій кишці. Розрізняємо магістральний та розсіпний типи розгалужень аркад лівої ободової, сигмоподібних (СА) та верхньої прямокишкової (ВПА) артерій. Тип розгалужень оцінюємо на основі пальпації поздовжніх артерій, що з'єднують окремі радіальні артерії, які прямують до стінки кишки. Як правило, розсіпний тип спостерігається при короткій брижі СК та надмірно розвиненій жировій клітковині. При магістральному типі виражена і чітко пальпуються найдистальніші радіальні судини трохи вище миса (точка Зудека). Наявність розсіпного типу кровопостачання не є підставою для відмови від ЧАР, спробувати зробити яку треба завжди, за винятком випадків з наявністю дуже короткої СК. У жодному випадку ми не мобілізували поперечну ободову кишку з лівим вигином. Над мисом нижче ВПА робили отвір у брижі СК, звідси розгинали брижу до аорти і нижньої брижової артерії (НБА). СА пересікали поодинокі біля самої НБА, одночасно оголюючи її. Дуже обережно розгинали брижу СК до поздовжніх сигмоподібних судин у 3-4-х місцях через 4-5 см, що подовжує трансплантат. При пересіканні радіальних СА орієнтуємось на бажану довжину трансплантата, періодично опускаючи кишку в порожнину малого таза. При надмірній жировій клітковині корис-

но проводити часткову десерозацію брижі, що робить її рухомішою. Під час операції необхідний педантичний гемостаз. НБА пересікли у 12 випадках, в половині з яких не подовжився трансплантат, але погіршилося його живлення, що вимагало екстирпації кишки. Поліпшує кровообіг у мобілізованій кишці укладання трансплантата брижою медіально. Причиною відмови від ЧАР може стати ненадійний гемостаз з боку тазової рани. При демукозації і дистальному пересіканні прямої кишки намагаємось зберегти м'яз-підіймач відхідника. Після виведення кишки на промежину обов'язково розтинати її брижу та привіски для контролю за кровопостачанням. Не слід виводити назовні більше 4-5 см кишки, "надлишок" краще залишити в порожнині малого таза. В кишку ми вводимо зонд і не перев'язуємо її лігатурою наглухо. Фіксуємо кишку до шкіри промежини тільки за її серозну оболонку 3-4 швами, що створює додатковий шлях відтоку ексудату. Дренаж малого таза, який укладають позаду кишки, а не біля брижі, повинен бути з добре заокругленим кінцем і разом зі шматком рукавичної гуми. Слід пам'ятати, що хірург завжди має шлях відступу при виявленні недостатності кровообігу після виведення кишки на промежину – пересікти її частину в черевній порожнині і видалити СК через промежину (так звана ЧАР з клубовим відхідником). У цьому випадку демукозований відхідниковий канал стає надзвичайно зручним шляхом для дренивання порожнини малого таза.

УДК 617.57+617.53-006.6-085.28

АНАТОМІЧНІ ВАРІАНТИ РЕГІОНАРНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Р.В.Сенютович, С.Ю.Кравчук, В.В.Шульгіна

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Проаналізовані анатомічні доступи, застосовані у 48 хворих, яким проведена артеріальна регіонарна хіміотерапія злоякісних пухлин голови та шиї. З приводу раку язика проліковано 21 хворого, гортані – 14, порожнини рота – 10, привушних залоз – 3. Доступ до язикової артерії проводили з попереочно-косого розрізу між двома черевцями двочеревцевого м'яза і донизу над під'язиковою кісткою до проекції зовнішньої сонної артерії. Виділяли і мобілізували стовбур язикової артерії. Після розрізу в артерію вводили катетер завтовшки до 1 мм на глибину 3-4 см. Стінку артерії щільно стискали лігатурою над катетером, проксимальний кінець артерії перев'язували. При ураженні дна порожнини рота катетеризували лицеву артерію, у 2 випадках катетер вводили через поверхневу скроневу артерію. Через катетер наступного дня вводили по 10

мг метотрексату до сумарної дози 40-50 мг та по 500 мг 5-фторурацилу до сумарної дози 3,0 г. Одноразово проводили перший етап променевої терапії (25-30 Гр). При недостатній ремісії катетер в артерії залишали ще на 2-3 курси хіміотерапії. Ефективність внутрішньоартеріальної хіміотерапії на 40% перевищує результати системного введення хіміопрепаратів.

УДК 616.718.19-089:616.15-005

МАСИВНІ КРОВОТЕЧІ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ТАЗА

Р.В.Сенютович, В.П.Унзурян, С.Ю.Кравчук, В.Д.Бабін

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Проаналізовані причини, можливості профілактики та хірургічна тактика при масивних кровотечах при операціях на органах таза в Чернівецькому онкоцентрі за останні 10 років. Операції на прямій кишці, матці та яєчниках, при заочеревинних пухлинах у таза, при великих розмірах пухлин, що виповнюють малий таз, завжди небезпечні кровотечею. Це пов'язано з посиленою васкуляризацією органів малого таза, неможливістю превентивної перев'язки судин, що підходять до пухлини, неможливістю розширення доступу до новоутворень, сусідством з сечоводами, сечовим міхуром тощо. Масивні кровотечі (понад 30% об'єму циркулюючої крові) спостерігали при заочеревинних пухлинах таза (злоякісні саркоми, шванома) – 3, із крижового венозного сплетення при операціях на прямій кишці – 11, пухлинах яєчника – 6, фіброміомах матки – 1, операції Вертгейма – 1. Померла від кровотечі на операційному столі одна хвора, в післяопераційному періоді – 1. В усіх хворих операції завершені тампонуванням черевної порожнини. На основі набутого досвіду розроблені рекомендації, спрямовані на зменшення операційного ризику. 1. Анестезіологічна підготовка до можливої кровотечі – заготівля крові, катетеризація підключичної вени, моніторинг тиску, досвічений анестезіолог, посилення бригади анестезіологів 2-3 лікарями. 2. Хірургічна підготовка – досвічений хірург, асистент, операційні сестри. Одна операція в операційній (не на двох столах). 3. Реальна оцінка можливості видалення пухлини. Особливо це стосується "пухких" пухлин яєчників, які хірург починає видаляти тупим шляхом – методом "вичерпування". Слід вчасно припинити операцію при появі кровотечі, оскільки зупинити її можна тільки тампонуванням пухлини. 4. Необхідне превентивне виділення і взяття на тримачі сечоводів, обох спільних клубових артерій, перев'язка внутрішніх клубових артерій до початку мобілізації органа, пухлини. 5. Бажане виділення спільних та