

сечового міхура. Для вирішення питання операбельності при пухлинах таза необхідна ревізійна мобілізація з виділенням спільних і внутрішніх клубових судин та сечовода аж до його впадання в сечовий міхур. У 4-х випадках проведена “тунелізація” сечоводів з пухлини. Операцій слід уникати при ожирінні II-III ступеня. Пересікати круглу та лійко-тазову зв’язки матки обов’язково до початку ревізійної мобілізації, у 3-х випадках проведена розширена тазова лімфаденектомія. Відсікання матки від піхви до початку евісцерації утруднює подальше анатомічне орієнтування. У 2-х випадках перев’язували внутрішні клубові артерії з метою запобігання кровотечам. Маткові артерії слід пересікати вище і латеральніше сечоводів. До початку тазової евісцерації доцільно пересікати сигмоподібну ободову кишку. У малий таз після евісцерації опускаємо пасмо великого сальника. Порожнина малого таза перитонізована в 5-ти випадках. На м’язи тазового дна з боку промежини накладаємо 2 ряди швів. Таз дренуємо через куску піхви. Летальних випадків не спостерігали. У 2 хворих промежинна рана нагноїлася.

АНАТОМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИЧЕЗНИХ ЗАОЧЕРЕВИННИХ ПУХЛИН

Р.В.Сенотович, В.П.Унгурян

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Нами розроблена така послідовність технічних прийомів для видалення заочеревинних ліпосарком величезних розмірів. 1. Парактальний доступ доповнюємо косим підреберним. 2. Розсікаємо XII ребро без розтину плевральної порожнини. 3. Виділяємо дистальну частину сечовода нижче пухлини, низхідну частину дванадцятипалої кишки, нижню порожнисту вену аж до діафрагми (якщо пухлина розташована справа), ниркову вену біля нижньої порожнистої вени. 4. Мобілізуємо і зміщуємо медіально висхідну (або низхідну) ободову кишку, мобілізуємо правий (лівий) кут ободової кишки. 5. При лівобічній пухлині мобілізуємо хвіст і тіло підшлункової залози, накладаємо провізорну лігатуру на селезінкову артерію. 6. До початку видалення пухлини обов’язково перев’язуємо двома лігатурами ниркову артерію. Головним технічним прийомом є поетапне накладання на дистальну частину пухлини наскрізних гемостатичних лігатур і поетапне відсікання пухлини з опусканням її залишку в середні відділи черевної порожнини з-під діафрагмального простору. 7. Надзвичайно важливо визначити можливість видалення пухлини до пересікання сечовода та ниркової ніжки. 8. Пухлину можна видалити інтракапсулярно позаочеревинно, однак жирову клітковину забирають до м’язів задньобічної стінки живота. Критерієм «радикальності» операції є видалення клітковини правої чи лівої половини живота, мобілізація магістральних судин – аорти, нижньої порожнистої вени, клубових судин. За останні 5 років нами видалені величезні за-

очеревинні пухлини у 13 осіб, 12 – з нефректомією. В однієї хворої сечовід пересадили в кукусу прямої кишки. В однієї пацієнтки провели додаткову резекцію низхідної частини дванадцятипалої кишки з резекцією нижньої порожнистої вени. Інтраопераційні кровотечі спостерігали у двох хворих. Один хворий помер від кровотечі під час операції (видаляли рецидивну ліпосаркому методом “вичерпування” без наведених технічних прийомів). При застосуванні описаних прийомів ускладнень не було, середня тривалість операцій становила понад 5 годин.

ШЛЯХИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДІВ У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД

Я.Я.Сікорин

Івано-Франківський державний медичний університет

Мета дослідження – вивчити шляхи поширення внутрішньоутробних інфекцій в системі мати-плацента-плід та їх співвідношення. Вивчені матеріали 27 протоколів розтинів дітей, які померли від внутрішньоутробної інфекції та індивідуальні карти вагітних матерів. У 13 випадках вагітні хворіли урогенітальними інфекціями переважно змішаної етіології, а це вказує на можливий висхідний шлях поширення інфекції. У 4 випадках внутрішньоутробної загибелі плодів у вагітних діагностувалися хронічні аднексити, сальпінгіти, що вказує на низхідний шлях розповсюдження інфекції. У 8 летальних випадках вагітні жінки хворіли екстрагенітальними інфекціями або перенесли запальні захворювання різного генезу, а це розглядається як гематогенний шлях інфікування. В окремій групі з 2 випадків інфекційний фактор з боку матері не спостерігався або не підтвердився і трактується як контактний шлях попадання збудника. Отже, при внутрішньоутробному зараженні плодів та новонароджених переважає висхідний шлях поширення збудників, а це вказує на велику кількість інфекційної урогенітальної патології. На другому місці – гематогенний шлях попадання збудника, на третьому – низхідний шлях розповсюдження, що говорить про хронічні неліковані інфекції додатків матки. Контактний шлях вказує на інтранатальне інфікування. Показники ризику вертикальної передачі інфекційного збудника в системі мати-плацента-плід слід брати до уваги при патоморфологічному підтверженні діагнозу внутрішньоутробної інфекції плодів і новонароджених.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СУДИННОГО РУСЛА МАТКИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЯЄЧНИКАХ

Т.М.Сіліна, Н.К.Сіліна, Н.О.Скачкова

Запорізький державний медичний університет

Об’єктом дослідження були шматочки 30 маток фолікулонізованих самок щурів лінії Вістар статевозрілого віку, які зазнали однієї з оваріоектомії. Тривалість спостереження – від 10 до 180 діб. Зрізи фарбували гематоксиліном і еозином, пікрофуксином за методом