

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 надпівховій 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-