

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.Уизурян, 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

зовнішніх клубових артерій за межами оперативного прийому. 6. При появі кровотечі з-під пухлини необхідно якомога швидше її видалити, накладаючи затискачі біля самої пухлини. 7. При відсутності анатомічного орієнтування затискачі накладати тільки на капсулу пухлини. 8. При появі кровотечі після видалення органа та пухлини необхідно негайно тампонувати місце поранення судин з мобілізацією операційної та анестезіологічної бригади. 9. Не слід одразу приступати до кінцевої тампонади, пам'ятаючи, що при пораненні великої артерії (наприклад, маткової), кровотеча може тривати під тампоном. 10. Небезпечно тампонувати марлевими бинтами. Надійно припиняє кровотечу механічне стискання судин серветками Мікулича розміром 40x60 см. 11. Не слід боятися залишити в черевній порожнині 4-5 таких серветок, які можна видалити при повторній лапаротомії на 12-14 день. 12. Ефективним припинення кровотечі слід визнати при тиску не менше 120 мм рт. ст. (помилкою є закривання черевної порожнини при тиску 60-80 мм рт. ст.). 13. При кровотечі із крижового венозного сплетення тампон вводити через рану промежини. Не слід затримувати тампон більше 48 год (небезпека гнійних ускладнень, від яких померли 2 пацієнтів). 14. Необхідна адекватна кровозамісна терапія з постійним післяопераційним моніторингом гемодинаміки, морфології та об'єму крові.

УДК 618.14:616.428-089

ПАРЦІАЛЬНІ ЛІМФАДЕНЕКТОМІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ШИЙЦІ ТА ТІЛІ МАТКИ

Р.В.Сенютович, В.П.Унгурян, С.Ю.Кравчук, О.П.Пересунько

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

На основі вивчення клінічної анатомії регіонального лімфатичного апарату малого таза при виконанні 78 операцій Вертгейма (ОВ) з приводу раку шийки матки (РШМ) та 48 розширених екстирпацій з приводу раку ендометрія розроблена практично орієнтована класифікація варіантів лімфаденектомії (ЛАЕ). Класифікація включає розподіл лімфатичних колекторів у сагітальних і фронтальних площинах та в глибині порожнини таза. За глибиною розташування розрізняють нижні, середні та верхні колектори. У сагітальній площині нижній колектор включає: 1) кардинальну зв'язку; 2) дно таза; 3) розгалуження задніх гілок внутрішньої клубової артерії (ВКА) та прилеглу параректальну клітковину. Середній колектор дренується вздовж: 4) шийко-міхурової складки очеревини та “даху” сечовода; 5) сечовода до місця перетину з матковою артерією; 6) стовбура ВКА з прилеглою параректальною клітковиною; 7) затульного

нерва та зовнішньої клубової артерії (пристінковий колектор). Верхній колектор включає: 8) паравезикальну клітковину; 9) маткову трубу та підвішувальну зв'язку яєчника; 10) спільну клубову артерію та аорту з прилеглою клітковиною (пристінковий колектор). У класичному варіанті ОВ видаляють усі 10 колекторів. В аналізованих нами хворих частково видалений 1 колектор, повністю – 4, 5, 7, 9, 10 колектори, не видалялися задні сагітальні колектори. При розширених екстирпаціях матки видаляли середні (за винятком 6) та верхні (за винятком 8) колектори. У 6 хворих видалений “дах” сечовода. Метастази в регіональні лімфовузли знайдені в 1 випадку після ОВ (1,3%) та в 1 випадку розширеної екстирпації (2,1%) – макроскопічний метастаз розміром 1x1,5 см. При віддалених спостереженнях за хворими місцеві рецидиви – внутрішньотазові та пристінкові тазові – виявлені у 5 хворих (6,4%) після ОВ і 2 хворих (4,2%) після розширених екстирпацій. Ці дані свідчать як про неефективність ЛАЕ, так і невиявлене метастазування в лімфатичні колектори патогістологічними методами. Загалом отримані задовільні результати хірургічного лікування РШМ (T₁) та ендометрія (T_{1b-c}, T₂, G₂₋₃), які відповідають світовим стандартам. Тим часом велика кількість “профілактичних” ЛАЕ (без виявлених уражень) викликає сумніви в доцільності розширень операцій на лімфатичному апараті. Такі думки висловлює низка зарубіжних онкологів, які апробують “сторожові” ЛАЕ при РШМ та тіла матки. Виявлення уражень лімфатичних вузлів є показанням до ад'ювантного опромінення. Наші дані свідчать, що слід шукати інші критерії для післяопераційного опромінення. Розробки нових оперативних методів безумовно пов'язані з операційною хромоідентифікацією лімфовузлів, їх картуванням, гістохімічною ідентифікацією уражень на серійних зрізах та вивченням рецидивування в окремих лімфатичних колекторах за допомогою магнітно-резонансної томографії.

УДК 616.61-006-07-089

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРАПЕЛЬВІКАЛЬНИХ КІСТ НИРОК

Т.Л.Томусяк, О.С.Федорук¹, К.А.Владиченко¹, Я.О.Чепига²

Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича, ¹Буковинська державна медична академія, ²Чернівецька обласна клінічна лікарня

Основним методом діагностики парапелівікальних кіст (ПК) є ескреторна урографія. Ультразвукове дослідження дозволяє визначити відношення ПК до ниркової ніжки, встановити її розміри, локалізацію. Ці дані враховуємо при плануванні операції та вирішенні питання про первинну мобілізацію передньої чи задньої поверхні нирки. Вірогідність методу ста-