

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