

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-