

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 бригад. 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 (T<sub>1</sub>) та ендометрія (T<sub>1b-c</sub>, T<sub>2</sub>, G<sub>2-3</sub>), 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.Федорук<sup>1</sup>, К.А.Владиченко<sup>1</sup>, Я.О.Чепига<sup>2</sup>*

*Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича, <sup>1</sup>Буковинська державна медична академія, <sup>2</sup>Чернівецька 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-

новить 90%. Дані комп'ютерної томографії нерідко є вирішальними у визначенні обсягу і методу операції, особливо у хворих з вираженим гідрокалікозом і стоншенням паренхіми нирки. Всі 24 хворих з ПК нирки були оперовані. У 19 проведено висікання зовнішньої стінки ПК, у 5 виконана нефректомія в зв'язку з термінальною стадією гідронефротичної трансформації. Оптимальним методом хірургічного втручання при ПК є висікання зовнішньої поверхні ПК без видалення її задньої стінки з метою запобігання пошкодженню порожнинної системи нирки та подальшого виникнення післяопераційних сечових свищів. У 17 оперованих хворих проводили інтраопераційну біопсію паренхіми нирки. Результати гістологічного дослідження, як правило, засвідчують ознаки хронічного піелонефриту. На наш погляд, розвиток хронічного піелонефриту зумовлено розладом гемодинаміки нирки в результаті стиснення вен і зміщення артерій кістою. Стінка кісти складається з фіброзної тканини з ділянками гіалінозу та вогнищами лімфогістіоцитарної інфільтрації. В жодному випадку не зафіксовано малігнізації стінки ПК внаслідок своєчасної діагностики та раннього оперативного втручання. Артеріальна гіпертензія виявлена у 10 хворих. Після висікання ПК артеріальний тиск нормалізувався у 7 пацієнтів, що засвідчує прямий зв'язок артеріальної гіпертензії з даним захворюванням. Отже, розлади гемодинамічних процесів у нирці створюють передумови для розвитку хронічного інтерстиціального запалення та нефрогенної гіпертензії, що потребує раннього оперативного лікування.

УДК 616.61-002+616.61-002.353-085

### КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ АПОСТЕМАТОЗНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ І КАРБУНКУЛА НИРКИ

*Т.Л. Тамусяк, О.С. Федорук<sup>1</sup>, Я.О. Чепига<sup>2</sup>*

*Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича, <sup>1</sup>Буковинська державна медична академія, <sup>2</sup>Чернівецька обласна клінічна лікарня*

Лікування пацієнтів розпочинали з призначення масивних доз антибактеріальних препаратів і патогенетичної терапії. Застосування вказаної медикаментозної терапії у 21 хворого, в яких був діагностований первинний апостематоз нирки, призвело до одужання 17 пацієнтів. Терміни консервативної терапії не перевищували 4-5 днів. Відсутність клінічного покращення у 4 хворих зумовила люмботомію з декапсуляцією і дренажуванням нирки. Показаннями до операції були часте підвищення температури тіла з лихоманкою, гіперазотемія з нейтрофілієм зсувом вліво, виникнення ознак бактеріотоксичного шоку, відсутність ефекту від консервативної терапії. При цьому брали до уваги тривалість лихоманки в

догоспітальному періоді. Якщо у хворих упродовж декількох днів до госпіталізації була гектична температура тіла, їх оперували в перші години після госпіталізації. Із загальної кількості прооперованих (18) з карбункулом нирки 6 пацієнтів оперовані в день госпіталізації, інші (12) – на 3-4-й день. Обсяг операції у більшості випадків (14) органозберігальний: відновлення пасажу сечі з декапсуляцією нирки, висікання або хрестоподібний розтин карбункула. Для відновлення відтоку сечі частіше виконували пієлостомію. Нефростомію застосовували лише у випадках внутрішньониркового розташування миски. Нефректомія виконана 4 хворим з тотальним гнійно-некротичним процесом у нирці.

УДК 616.65-089

### АНАЛІЗ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗІ

*О.С. Федорук, К.А. Владиченко*

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

На базі урологічного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці за період з 2002 р. по 2004 р. проведено 222 трансуретральних оперативних втручання з приводу захворювань простати. Лише в одному випадку проведена черезміхурова простатектомія у зв'язку з наявністю вторинного гідроретеронефрозу внаслідок субтригонального росту гіперплазії простати великих розмірів. Залежно від обсягу оперативні втручання можна розділити на групи: 1) трансуретральна туNELІзація простати – 7; 2) парціальна трансуретральна резекція простати – 10; 3) субтотальна трансуретральна резекція простати – 65; 4) трансуретральна простатектомія – 140. Після оперативного втручання спостерігали ускладнення у 12 хворих. Найменшу кількість післяопераційних ускладнень спостерігали при проведенні трансуретральної простатектомії. При гістологічному дослідженні післяопераційного матеріалу 222 пацієнтів отримали такі результати: доброякісна гіперплазія простати виявлена у 183 пацієнтів, рак простати – 35, склероз простати – 4. Поєднання гіперплазії передміхурової залози та хронічного простатиту (здебільшого гнійно-калькульозного) виявлено у 62% хворих. Висновки: 1. У виборі обсягу трансуретральної операції при гіперплазії простати перевагу слід віддавати трансуретральній простатектомії. 2. Поєднання хронічного простатиту та гіперплазії простати вимагає призначення курсу доопераційної антибактеріальної терапії. 3. У зв'язку із зростанням кількості випадків інцидентального раку простати рекомендуємо доопераційне визначення концентрації простатичного специфічного антигена (маркера раку простати) в плазмі крові всіх хворих.