

УДК 618.019

УДОСКОНАЛЕННЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З HALLUX VALGUS

І.М.Рубленик, А.Т.Зінченко

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Існує понад 140 способів оперативного лікування відхилення першого пальця стопи (Hallux valgus), анатомічною основою якого є поперечна плоскостопість. При операції Mac Bride одним з важливих елементів усунення вальгусної деформації I пальця стопи є пересадка сухожилка, який відводить великий палець, на дистальний метаепіфіз I плеснової кістки. При цьому фіксація відділеного від основної фаланги сухожилка м'яза, що приводить великий палець, проводиться у кістці під голівкою I плеснової кістки. Але крайова фіксація цього сухожилка недостатньо міцна і дія тяги не завжди забезпечує приведення I плеснової кістки. Нами запропоновано спосіб реінсерції (пересадки) сухожилка м'яза, що приводить великий палець стопи. Спосіб полягає в тому, що в дистальному метаепіфізі I плеснової кістки роблять сліпий канал, у який поміщають кінець сухожилка, прошитого з обох боків шовком, капроном або лавсаном, через зроблені кісткові тунелі лігатури виводять на медіальну поверхню I плеснової кістки і в положенні приведення їх зав'язують. Досягається міцна, надійна фіксація з повним усуненням деформації. Таким способом прооперовано 15 хворих жіночої статі віком 35-68 років з II-IV ступенем деформації. У післяопераційному періоді хворі отримували анальгетики (перша доба), антибіотики. Кінцівці надавали підвищеного положення на ортопедичній подушці. У всіх хворих працездатність, функція і ходьба відновлені в оптимальні терміни.

УДК 616.33/34-089.86:616.37-089.87

ПАНКРЕАТЕКТОМІЯ З АНТИРЕФЛЮКСНИМ КЛАПАННИМ ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗОМ

І.У.Свистонюк

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

З метою попередження рефлюкс-холангіту після панкреатектомії нами розроблений в експерименті антирефлюксний клапанний гастроентероанастомоз (А.с. № 1397027). Операцію починають з мобілізації тіла підшлункової залози (ПЗ). Після звільнення і виведення в рану селезінки роз'єднують пристінкову очеревину і ПЗ разом із селезінковими судинами відділяють від клітковини заоче-

ревинного простору. Мобілізують голівку і гачкоподібний відросток ПЗ. Пересікають шлунок у воротарній частині; перев'язують і пересікають нижню дванадцятипалокишкову артерію та вену; пересікають і зашивають дворядним швом кінець дванадцятипалої кишки; пересікають і перев'язують спільну жовчну протоку; мобілізують ПЗ разом з дванадцятипалою кишкою і селезінкою та видаляють їх. Реконструктивний етап операції починають з накладання обхідного анастомозу для відтоку жовчі – жовчний міхур або спільну жовчну протоку сполучають з порожньою кишкою. Для запобігання рефлюкс-холангіту операцію завершують накладанням інвагінаційно-клапанного гастроентероанастомозу. Після формування холецистоєюностомі на відвідній петлі порожньої кишки вище майбутнього гастроентероанастомозу із стінки порожньої кишки утворюють клапан. Для цього вище на 3-4 см від гастроентероанастомозу поздовжньо розрізають передню стінку порожньої кишки. Через утворений отвір вводять голку з ниткою у просвіт кишки на глибину 3 см і прошивають стінки кишки, після чого здійснюють тракцію за допомогою накладеної лігатури. Завдяки цьому стінки порожньої кишки інвертуються у вигляді конуса, верхівка якого завдовжки 2-2,5 см спрямована в бік майбутнього гастроентероанастомозу. Конус фіксують окремими вузловими нерозсмоктувальними швами. Накладають традиційний гастроентероанастомоз.

УДК 616.61/62-089.844

ВІДНОВЛЕННЯ МИСКО-СЕЧОВІДНОГО СЕГМЕНТА АУТОВЕНОЗНИМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

*І.У.Свистонюк, В.В.Балицький, С.О.Лісничок,
А.О.Ференці*

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

На сучасному етапі розвитку урології найбільш поширеними реконструктивними операціями з приводу стриктур миско-сечовідного сегмента є зовнішня та внутрішня пієлоуретеропластика, резекція ниркової миски і звуженої ділянки сечовода за методом Андерсена-Хайнса, реімплантація сечоводів (уретеропієлонеостомія, уретерокалікостомія, уретеропієлоімплантація), а при множинних стриктурах сечовода – інтестинальна пластика. Однак методи хірургічної корекції даної патології мають певні недоліки: створення додаткового натягу в ділянці анастомозу після резекції фрагмента сечовода та ниркової миски, що сприяє неспроможності швів; порушення анатомічної цілісності ниркової миски та виникнення її деформації; загроза інкрустації та розвитку сечокам'я-