

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-

ної хвороби внаслідок накладання численних швів; протиприродність використання інтестинальної пластики, що порушує принцип морфофункціональної цілісності органів і тканин. Нами в умовах експерименту на 12 собаках запропоновано новий морфофункціонально обгрунтований метод реконструкції миско-сечовідного сегмента аутове-нозним трансплантатом з великої підшкірної вени, який забезпечує біологічну сумісність живих тка-нин і сталість анатомічного та функціонального результатів реконструктивної операції.

УДК 616.37-002-089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ХИ-РУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНО-ГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Т.В.Семенова, Л.Н.Яковлева, А.И.Григорьян, М.В.Юренко, М.С.Стрельникова

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Дискуссионным вопросом современной хирургии является выбор способов лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП). Цель исследования: 1) оценка эффективности интраперитонеального введения 5-фторурацила, иммобилизованного на полиметилсилоксане при лечении острого панкреатита; 2) оценка результатов лапароскопических вмешательств при ОДП. Материалом для исследования послужили 25 собак, у которых создавали модель острого панкреатита. В 1-й группе 5 собак получали только поддерживающую инфузионную терапию. На релапаротомиях на 7 сутки у всех животных выявлены субтотальные или крупноочаговые некрозы поджелудочной железы (ПЖ). Во 2-й группе (10 собак) в течение 3 суток в/в вводили 5-фторурацил по 0,2 г/сут. На 7 сутки у 3 собак выявлены субтотальные некрозы, у 4 – крупноочаговые, у 3 – мелкоочаговые. В 3-й группе 10 собакам однократно интраперитонеально вводили 5-фторурацил, иммобилизованный на полиметилсилоксане, после чего у 2 животных развился крупноочаговый панкреонекроз, у 5 – мелкоочаговый, у 3 панкреатит купирован на фазе отечного. Повторные вмешательства у 15 собак выполнены лапаротомным доступом (летальность 40%), у 10 – лапароскопическим (летальность 10%). Таким образом, впервые использованная для интраперитонеального введения при ОДП пролонгированная форма 5-фторурацила оказалась высокоэффективной и малотоксичной. Лапароскопические вмешательства позволяют выполнять адекватную санацию брюшной полости и очагов деструкции в ПЖ с невысокой летальностью.

УДК 618.19-089.87

ЗАКРИТТЯ ВЕЛИКИХ ДЕФЕКТІВ ПІСЛЯ РА-ДИКАЛЬНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ МАСТЕКТОМІЇ

Р.В.Сенютович, І.О.Дацюк, С.Ю.Кравчук, Е.В.Олійник

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Поширені стадії місцевого раку грудної залози (ГЗ) Т₄, інфільтративно-набрякові форми, що охоплюють всю ГЗ, раки, що поширюються на шкіру грудної клітки, живота, потребують відсікання великих клаптів шкіри та м'язів грудної клітки разом з ГЗ. В результаті утворюються великі дефекти тканин, закриття яких утруднене. Після вирізування ГЗ з приводу великих пухлин, ми додатково мобілізуємо клапті шкіри – до середини ключиці, протилежного краю груднини, задньої пахової лінії, і нижче реберної дуги. Зашиваючи рану, попередньо надрізаємо клапті, зміщуючи їх так, щоб закрити рану. Зашита рана може набути фігурної форми. Другий спосіб вирізування широких клаптів, який ми застосовуємо, вирізняється тим, що вони звичайних розмірів. Знизу мобілизують шкіру на дуже малій площі, бо саме звідти вирізатиметься клапоть шкіри. Ми вирізуємо дуже широкий клапоть шкіри з підшкірною клітковиною з нижньої частини рани аж до пупка або нижче. Другий клапоть вирізуємо з бічної стінки грудей. Рукую відшаровуємо найширший м'яз спини. У цій ділянці формуємо еліпсоподібний клапоть, нижній край якого майже вдвічі більший за верхній. Пластику дефекту протилежною ГЗ робимо так: проводимо два паралельні розрізи зверху і знизу протилежної ГЗ, тупо відшаровуючи її від великого грудного м'яза (ВГМ) до середньої ключичної лінії. Кровоносні судини треба ретельно перев'язувати. ГЗ зміщуємо в протилежному напрямку і фіксуємо за допомогою шкірних швів. В анатомічному експерименті ми розробили метод пластики дефекту завдяки роздвоєнню протилежної ГЗ. Знову ж таки робимо два розрізи зверху і знизу ГЗ, не відшаровуючи її від ВГМ. Із залози вирізають широкий клапоть шкіри з підшкірною клітковиною. При малій товщині клітковини в клапоть частково захоплюють тканини ГЗ. У чверті хворих, яким ми виконали різні пластичні операції, спостерігали розходження країв рани, зумовлені тривалою лімфорезою. Починаючи з 10-14 дня, шви поетапно прорізуються, рановий дефект збільшується, але ніколи не досягає того розміру, який буває зразу ж після вирізування ГЗ. Надалі, впродовж багатьох місяців, може тривати епітелізація цих дефектів. Ми жодного разу не спостерігали нагноєння рани, анаеробних флегмон, незважаючи на наявність великих виразок з розпадом.