



Республика Таджикистан

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(19) **TJ** (11) **445**

(51) МПК⁹ А 61 В 17/00

(12) **Описание изобретения**
К ПАТЕНТУ

Патентный фонд ГПТБ
Республики Таджикистан

1

- (21) 06000888
(22) 27.03.2006
(46) Бюл. 42 (2), 2007
(71) Азизов А.А., Мирзоев Р.К.
(72) Азизов А.А., Мирзоев Р.К., Бакиева Г.Т, Шаханов АШ., Зиёвиддинов А.Р., Сафедов Ф.Х., Шерназаров И.Б.
(73) Азизов А.А (ТJ);
(56) 1. Ю.А. Пытель, П.М. Ковальчук, В.Л. Чайковская. Материалы второго Всесоюзного Съезда урологов. Киев 1978. С. 89-196.
2. Н.А. Лопаткин, А.В. Любко. Аномалии мочевой системы. Киев 1987. С. 153.
3. Я.Б. Юдин, А.П. Ткаченко. Клиника, диагностика и лечение пиелозктазии у детей. Новокузнецк. 1989. С. 44.
4. D.R. Stephen. A. Koff. Pediatric urology. America. 1997. P. 100-104.
5. ЧУХРИЕНКО Д.П., ЛЮЛЬКО А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы, М., Медицина, 1972, 81, 84.

2

6. SU 952235 (МОСКОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. И.М.СЕЧЕНОВА), 23.08.1982
7. UZ 2820 С (АХМЕДОВ Ю.М.), 31.10.2005, реферат.
(54) СПОСОБ ИНТРАРЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВТЯНУТОГО И ВЫВЕРНУТОГО МОЧЕТОЧНИКА ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ У ДЕТЕЙ
(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и урологии, и может быть использовано при интравенальной резекции втянутого и вывернутого мочеточника при нефролитиазе у детей. Сущность способа заключается в резекции втянутого и вывернутого в полости почки мочеточника с последующим интравенальным анастомозом мочеточника с лоханкой.
Способ избавляет оперированных детей от уростаза и предотвращает формирование вторичных камней.

Предложенный способ относится к медицине, а именно к детской хирургии и урологии.

В литературе достаточно широко изучены и установлены более 25 вариантов нормальных чашечно-лоханочных систем (ЧЛС) (фиг. 1), а также известны различные аномальные варианты ЧЛС и мочеточников на фоне нефролитиаза [1, 2].

Известны ранее разработанные методы реконструктивно-восстановительных операций при мегаколикозе, гидронефрозе, гидроуретеронефрозе, шпорообразном и штопорообразном мочеточнике, кисты лоханки и различные варианты удвоения почек и мочеточников [3,4]. Наряду с перечисленными аномалиями нередко встречаются редчайшие формы, которые не освещены в литературе и нуждаются в реконструктивно-восстановительных операциях. В связи, с чем мы попытались описать картину аномально расположенного мочеточника вывернутого внутри почки. Многолетние наблюдения за больными с аномалиями почек установили редкую форму расположения мочеточника, напоминающую «чернильниц» (фиг. 2).

Данный вариант аномалии нами обнаружен при нефролитиазе во время операции «нефролитотомии». После извлечения конкрементов из ЧЛС, на «сухой почке» (после зажатия сосудов), довольно четко определяется вывернутый и выступающий примерно на 0,5-1 см мочеточник в полости лоханки. Из центра вывернутой части мочеточника определяется отверстие сообщающееся с мочеточником.

Известен способ операции уретеропиелокаликаноанастомоз по Лопаткину, заключающийся в полной мобилизации почки, ее сосудистого пучка и мочеточника.

На нижнюю ветвь почечной артерии накладывают зажим (не более 25 мин). Далее почку поворачивают воротами (медиальным краем) в рану и, начиная от нижнего полюса, вскрыв чашечку, удаляют паренхиму медиального и латерального краев "губы" до ворот почки. Затем мочеточник рассекают продольно до лоханочно-мочеточникового соустья, предварительно

на углы разрезов мочеточника, лоханки и чашечки накладывают непрерывный шов с захватом края паренхимы почки и через все слои мочеточника (у взрослых).

Наиболее близким по технической сущности к предлагаемому изобретению является способ операции уретерокаликаноанастомоз по Найвирту.

Операцию по этому способу осуществляют следующим образом: производят резекцию паренхимы нижнего полюса почки до уровня нижней чашечки с сохранением фиброзной капсулы. Пересеченный мочеточник от лоханки подводят к нижнему полюсу почки и накладывают анастомоз между нижней чашечкой и мочеточником на полиэтиленовой трубке.

Недостатками перечисленных способов операций являются техническая сложность выполнения, травматичность, которые в дальнейшем заканчиваются стенозом анастомоза или сдавлением окружающей анастомозом паренхимы почки, с развитием полной непроходимости анастомоза и отсюда вытекающими последствиями (обструктивно-гнойный пиелонефрит, гидронефроз, пионефроз).

Следует отметить, что вышепредложенные методы операции производятся при внутрипочечном типе лоханки и рубцовом процессе прилоханочного отдела.

В связи с этим диктуется необходимость разработки способа интратренальной резекции втянутого и вывернутого мочеточника, который позволил бы повысить эффективность хирургического лечения данной аномалии мочеточника и избежать наиболее часто встречающиеся осложнения, такие как стеноз анастомоза и развитие его обструкции.

Целью предлагаемого нами способа является восстановление уродинамики в области почечно-лоханочной зоны и предотвращение таких осложнений, как гидронефроз, пионефроз, паранефрит.

Поставленная цель интратренальной резекции втянутого и вывернутого мочеточника при нефролитиазе достигается путем резекции втянутого и вывернутого в полости почки мочеточника с последующим ин-

трауренальным анастомозом мочеточника с лоханкой.

В асептических условиях под обезболиванием после освобождения почки от окружающего перипроцесса на сосудистую ножку почки накладывается турникет с целью временной остановки почечного кровотока. Затем широким продольным разрезом по линии Цондека обнажается ЧЛС. Далее удаляются конкременты, проверяется проходимость втянутой полости ЧЛС мочеточника.

Убедившись, что мочеточник проходим, намечается уровень резецируемой части мочеточника так, чтобы можно было без натяжений сопоставить края резецированной части мочеточника с лоханкой на уровне почечного синуса (фиг. 3). Швы накладываются на оставшейся части лоханки и на стенке резецированного мочеточника (узловые викриловые швы №000) (фиг. 4). Далее через вновь созданный анастомоз проводится полиэтиленовый дренаж соответственно диаметру мочеточника с боковым отверстием на уровне лоханки. Второй дренаж устанавливается в полости ЧЛС так, чтобы можно было свободно промывать дезинфицирующими растворами. Дренажи выполняют не только функцию отведения мочи, но и функцию сквозного дренажа, т.е. при промывании через один дренаж промывная жидкость свободно вытекает через другой (фиг. 5). Дренажи удаляются последовательно, сначала мочеточниковый дренаж на 7-8 день и на следующий день (9-10) дренаж из ЧЛС.

Данный способ применен в клинике детской хирургии Таджикского Государственного Медицинского Университета по поводу нефролитиаза у 6 детей. Возраст детей колебался от 3 до 5 лет.

Пример: Мальчик Б., 4 лет, диагноз МКБ, множественные камни правой почки, калькулезный пиелонефрит II-III, КГ I-II, КП I-II, ХПН 1. Внутривисцеральный мочеточник.

Ребенок болен с рождения, боли в животе, беспокойство, плохой аппетит, отставание в весе, временами повышение температуры тела. Ребенку провели полное клиническо-лабораторное и рентгено-

урологическое обследование. В анализах мочи отмечается пиурия (сплошь в поле зрения), белок - 0.066%, удельный вес - 1008-1015, соли - оксалаты в значительном количестве. В посеве мочи: высеваны ишерехия коли, которая чувствительна к цефазолину, карбеницилину. В анализах крови - гипохромная анемия и СОЭ - 16 мм/ч, биохимические анализы крови в пределах нормы.

На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей: в проекции почки с правой стороны определяются множественные тени, напоминающие конкременты размерами от 0.8-2 см. На урограммах определяется резкое замедленное снижение функции почек (заполнение контраста ЧЛС на 20 мин, тугое наполнение на 30 мин, эвакуация на 40 мин). Чашечки колбовидно расширены до 1.5 см, лоханка не проявляется. Из почечного синуса четко вырисовывается внутривисцерально-втянутый мочеточник, то есть он сразу переходит в среднюю чашечку. Тонус мочеточника сохранен в отличие от внутривисцерального типа лоханки (определяется постстенотическое расширение его), так как на фоне конкрементов развивается перипроцесс в прилоханочном отделе (пелдинкулит).

При ультразвуковом исследовании имеется картина КП I-II, гидрокаликот 1. Предоперационная подготовка больного заключалась в антибактериальной, дезинтоксикационной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии.

Под общим обезболиванием, поясничным косопоперечным разрезом по Федорову послойно обнажено забрюшинное пространство. Паранефральная клетчатка выражена и интимно спаяна с почкой. Последняя отслоена со всех сторон. Мобилизованы сосудистая ножка почки и мочеточник. На сосудистую ножку почки наложен турникет. Далее по наружному краю почки по линии Цондека произведен продольный разрез почки с рассечением чашечек. После удаления конкрементов был обнаружен вывернутый мочеточник в виде «перевернутой чернильницы», что и явилось причиной уростаза и формирования камней. Затем

произвели резекцию вывернутой части мочеточника на уровне синуса и наложили интратрениальный анастомоз между мочеточником и уротелием чашечек, с последующим дренированием почки и мочеточника.

Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Катетер из мочеточника удален на 8 день, а из почки на 10 день. У ребенка восстановилась уродинамика, и по ложу трубок выделений не отмечалось. Мальчик выписан в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией явиться через 6 месяцев на контроль.

Контрольное исследование через 6 месяцев проводилось клинко- лабораторным и рентгено-урологическим обследованием. По результатам обследования никаких отклонений от нормы нет.

Данный способ может быть использован в клиниках детской хирургии. По

техническому исполнению способ прост, доступен, не требует специального оборудования и подготовки. На сегодняшний день с использованием предлагаемого метода прооперировано 6 детей.

Преимуществом данного способа является то, что операция производится визуально на «сухой» (обескровленной) почке с резецированием выступающей части вывернутого мочеточника в виде «чернильницы» и наложением интратрениального анастомоза между оставшейся части мочеточника и лоханки. Способ избавляет оперированных детей от уростаза и предотвращает формирование вторичных камней. Во всех случаях достигнуты хорошие результаты. Указанные преимущества позволяют повысить эффективность лечения и сократить сроки выздоровления.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

(57) Способ интратрениальной резекции втянутого и вывернутого мочеточника при нефролитиазе у детей, отличающийся тем,

что резекцию данного мочеточника производят внутривидовым доступом и накладывают анастомоз с лоханкой.

Компьютерный набор: Эшонхонова И.А.

Заказ

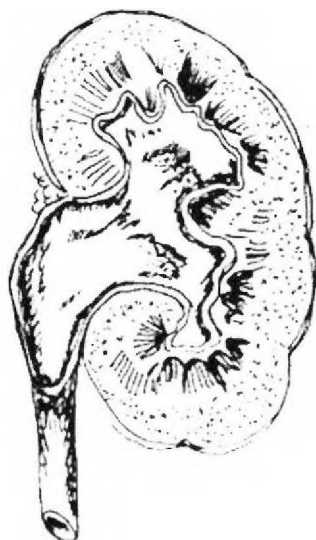
Тираж

Подписное

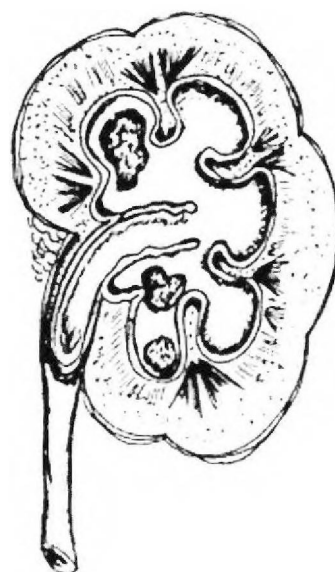
Национальный патентно-информационный центр
734042, г. Душанбе, ул.Айни,14 а.

ПАО НПИЦентра, 734042, г. Душанбе, ул.Айни,14 а.

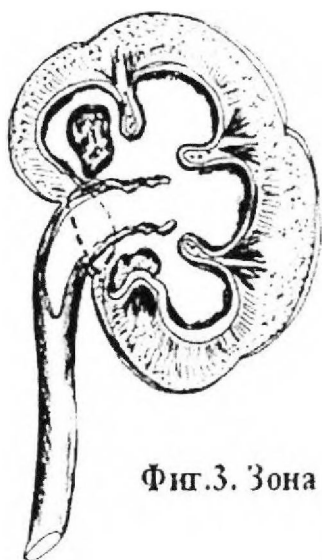
Способ интратрениальной резекции втянутого и вывернутого мочеточника при нефролитиазе



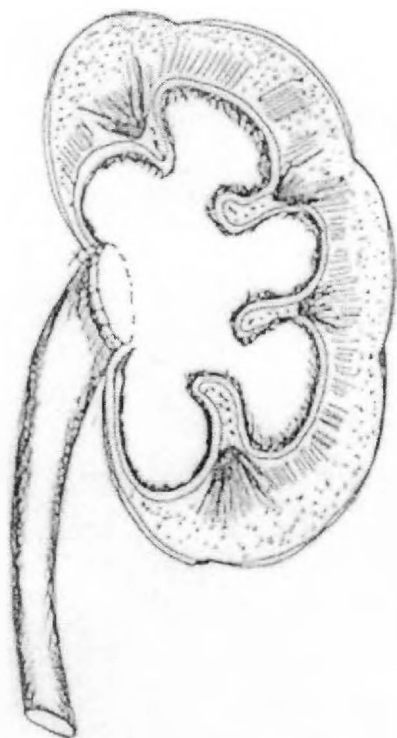
Фиг. 1. Вид почки на
сагитальном срезе в норме.



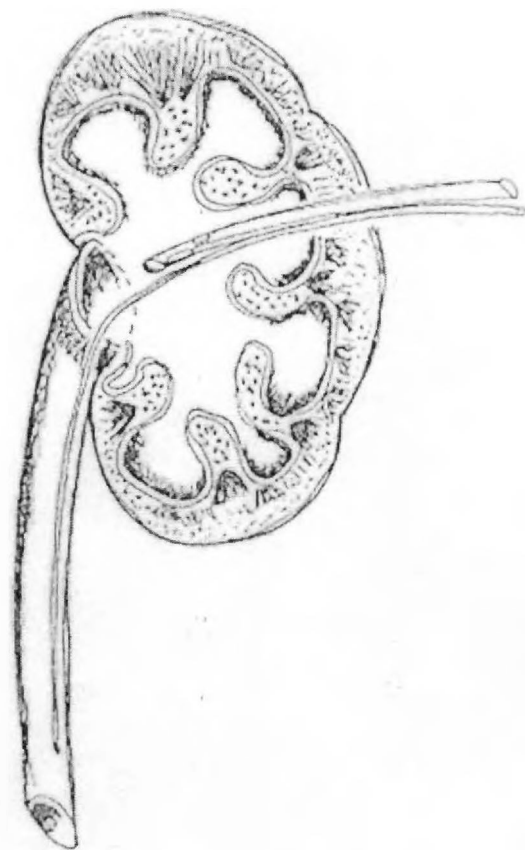
Фиг. 2. Втянутый и
вывернутый мочеточник.
Вторичные камни.



Фиг.3. Зона резекции.



Фиг.4. Заключенный вид после
интратренальной резекции
и анастомоза мочеточника.



Фиг.5. Интратренальный анастомоз,
дренирование мочеточника
в Ч.К.