



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **479**

(51) **МПК (2006) A61B**
17/00; A61B 17/11

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** **К ПАТЕНТУ**

1

(21) 08000942

(22) 19.05.2008

(46) Бюл. 62 (2), 2011

(71) Азизов А.А. (ТJ)., Сафедов Ф.Х. (ТJ).

(72) Азизов А.А. (ТJ)., Сафедов Ф.Х. (ТJ). Бакиева Г.Т. (ТJ).

(73) Азизов А.А. (ТJ)., Сафедов Ф.Х. (ТJ).

(54) **СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ДИСПЛАЗИРОВАННЫХ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫХ СЕГМЕНТОВ С АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЗАЩИТОЙ У ДЕТЕЙ**

(56) 1. Бакиева Г.Т., Особенности проявлений и тактики хирургического лечения склероза шейки мочевого пузыря у детей. Автореферат, Душанбе, 2007.

2. TJ 371 C1, 22.11.2002 г.

3. RU 2161446 C2, 10.01.2001 г.

4. DAWRANT MJ et al. "Endoscopic treatment for high grade vesicoureteral reflux in infants". J Urol. 2006 Oct; 176 (4 Pt 2): 1847 - 50.

2

(57) Изобретение относится к медицине, а именно, к детской урологии и может быть использовано при оперативном лечении дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента, сопровождающимся мегодолихоуретером.

Сущностью антирефлюксной операции заключается в создании муфты внутрипузырно, за счёт вывернутого дистального конца на 1-1,5см, через который свободно проводится проксимальный конец мочеточника, так, чтобы не было натяжения или перегиба. Затем резецируется лишний участок проксимального отдела мочеточника на уровне вывернутого дистального отдела.

Способ позволяет одним этапом избавить больного от многоэтапных неэффективных операций, приводящих частому обострению пиелонефрита, ХПН и летальному исходу.

Изобретение относится к медицине, а именно, к детской урологии и может быть использовано при оперативном лечении дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента, сопровождающаяся мегадолихоуретером.

Известны многочисленные способы хирургического лечения дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента.

Выбор вида оперативного лечения во многом определяется степенью нарушения функции мочеточников, мочевого пузыря и почек, а также возрастом ребенка.

Существующие способы реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях развития мочеточников нуждаются в усовершенствовании из-за неудовлетворенности хирургов результатами операций, то есть процент послеоперационных осложнений остаётся высоким [1]. Сложная проблема возникает при установлении выраженной дилатации мочеточника и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). В настоящее время этим больным многие урологи производят чрескожную пункционную нефростомию. Считается, что такая тактика позволяет на этапах деблокирования почки дать объективную оценку функциональных возможностей почек и мочеточников [2]. В случае отсутствия уменьшения дилатации, несмотря на проведенную деблокаду почки, антирефлюксная операция не эффективна и предлагают создание уретеро-уретероанастомоз конец в конец и установлении пожизненной нефростомии в наиболее поврежденную почку [3,4].

Предложенные методы оперативного лечения сложны многоэтапны и зачастую неэффективны. Причина неэффективности предложенных операции кроется на наш взгляд в том, что не оценивается степень выраженности рубцово-измененного процесса стенки мочеточника и перепроцесса, в виде фиброза, на протяжении всего мочеточника сопровождающиеся коленообразными изгибами, то есть не ликвидируется уростаз от почки до мочевого пузыря.

Сущностью этих операций является способ резекции пузырного сегмента мочеточника по Политано-Лидтбеттера с антирефлюксной защитой по Грегуару и операция по Коэну. Однако положительных результатов после этих операций удаётся достичь только лишь у 15-20 % больных [4].

Наиболее близким является операция по Политано-Лидтбеттера с антирефлюксной защитой по Грегуару, при которой после уретеролиза производится резекция дисплазированной части мочеточника и накладываются антирефлюксные швы за счет мышечного слоя мочевого пузыря. Недостатками этого способа являются травматизация стенки мочевого пузыря, приводящей к рубцевому склерозированию.

Указанные выше недостатки устраняются в заявленном изобретении.

Цель изобретения - восстановление уродинамики, профилактика рецидивов, уменьшение интоксикации и снижение количества осложнения при лечении дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента с мегадолихоуретером у детей.

Поставленная цель достигается тем, что одномоментно наряду с освобождением мочеточника от рубцового фиброза по предложенному нами способу производится резекция удлиненного мочеточника.

На фиг. 1. представлен общий вид дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента с мегадолихоуретером, где определяется резкое расширение и удлинение мочеточника с множественными изгибами за счёт спаечного процесса.

Техника операции осуществляется следующим образом: после уретеролиза, намечаем длину удаляемой части мочеточника. Затем пересекается мочеточник в нижне трети (н/3) на расстоянии 2-2,5см выше дисплазированной части от стенки мочевого пузыря и проксимальный отдел его берётся на держалки. Дистальный отрезок мочеточника инвагинируется в полость мочевого пузыря, затем через его просвет проводится проксимальный конец, тем самым инвагинируются дистальный и проксимальный отделы мочеточника в полость мочевого пузыря. Этапы операции мегадолихоуретера, обусловленного дисплазией пузырно-уретральной зоны с антирефлюксной защитой представлены схематическими рисунками: фиг.1. -общий вид мочевой системы до операции; фиг.2.- мочеточник пересечен на 2-2,5 см над дисплазированной зоной; фиг.3 культя дистального и проксимального концов мочеточника проведены в полость мочевого пузыря; фиг.4 - вид низведенных концов мочеточника в полости мочевого пузыря; фиг.5 - этап резекции излишнего удвоенного мочеточника; фиг.6 - законченный этап операции.

Суть предложенного способа антирефлюксной операции заключается в создании «муфты» внутрипузырно, за счёт вывернутого дистального конца мочеточника на 2-2,5см, через который свободно проводится проксимальный конец мочеточника, так, чтобы не было натяжения или перегиба. Затем резецируется лишний участок проксимального отдела мочеточника на уровне вывернутого дистального отдела.

Таким образом, формируется двухслойный мочеточник интрамурального отдела, напоминающий «чернильницу», выполняющий антирефлюксную функцию. Способ выполняет антирефлюксную функцию, исключая, сужение и стеноз анастомоза. Нами прооперировано 4 детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет по поводу дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента с мегадолихоуретером. Всем им выполнена одномоментно-радикальная операция, по предложенному нами

изобретению. Трое оперированы одновременно с двух сторон, а двое с одной стороны.

Ближайшие после операции результаты хорошие у всех детей.

Критериями хорошего результата мы считаем: общее удовлетворительное состояние больных, отсутствие патологических изменений в лабораторных исследованиях, отсутствие жалоб и дефицит веса. На УЗИ и урограммах сокращение мочеточника и ЧЛС, остаточной мочи в пузыре нет. Результаты оперативного лечения дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента с мегадолихоуретером иллюстрируем следующим наблюдением:

Пример: Ребенок Э-в 1 год 10 мес. поступил 29.12.2007 г. в отделение новорожденных и детей грудного возраста клиники детской хирургии, в тяжелом состоянии, выражающееся отеком, бледностью, одышкой, сознание ясное, отмечается рвота после кормления. Со стороны сердца тахикардия, в легких выслушивается жесткое дыхание. Живот умеренно вздут, печень увеличена, выходит из под реберной дуги на 2-2,5 см. Область почек без видимых изменений, из-за болезненности не пальпируется. Пальпируется мочевого пузырь, моча мутная.

В анализах мочи: Б - сплошь в поле зрения, белок - 0,066%. У В мочи от 1005-1010. В анализах крови анемия: Ег - 3,4 млн., лейкоцитоз - 11,2 тыс., СОЭ - 50 мм/час, в биохимическом анализе: билирубин - 32 мкмоль/л, тимол-вероналовая проба - 4,9 Ед, АсАТ - 0,90, АлАТ -- 1,4, мочевины - 13 ммоль/л, креатинин - 2,5%.

На экскреторной урографии - функция почек замедлена, определяется резкое расширение с изгибами мочеточников и сужение пузырных сегментов обоих мочеточников (контраст в ЧЛС появился на 20 минуте, тугое заполнение через 1 час). На УЗИ определяется дисплазия пузырных сегментов обоих мочеточников с мегадолихоуретером. На цистограмме грубых изменений не отмечается. Диагноз: Дисплазия пузырных сегментов обоих мочеточников, с двухсторонним мегадолихоуретером, ХПН II-III. Больному проводилась предоперационная подготовка в течении 13 дней.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ резекции дисплазированных пузырно-мочеточниковых сегментов, с антирефлюксной защитой у детей, **закключающийся в том, что** проводят уретеролиз, отличающийся тем, что пересекают мочеточник в нижней трети (н/3) на расстоянии 2-2,5 см выше дисплазированной части от

10.01.2008г. проведено оперативное лечение: одномоментная резекция дисплазированного пузырно-мочеточникового сегмента с обеих сторон, с антирефлюксной защитой по Азизову А.А., с дренированием обеих почек, через вновь, созданные устья мочеточников и их выведение на переднюю брюшную стенку.

Послеоперационный период протекал гладко, гемодинамические и уродинамические показатели нормализовались. Дренажные трубки удалены на 15 суток после операции. Заживление операционной раны первичным натяжением. Швы сняты на 9-10 суток. Мочеиспускание свободное. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 33 сутки после операции.

Проводилось наблюдение через месяц. Жалоб нет, ребенок активный, аппетит хороший. Со стороны анализов мочи, крови, биохимии без патологии. На УЗИ ЧЛС и мочеточники сократились. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Таким образом, одномоментная операция, проведенная с целью ликвидации уростаза, по принятой нами методике, привела к выздоровлению.

Данный пример подтверждает получение положительного результата в случае проведения операции предложенным методом. Полностью устранены двухсторонний уростаз и расширение мочеточников, что подтверждается результатами УЗИ и исследованиями крови и мочи.

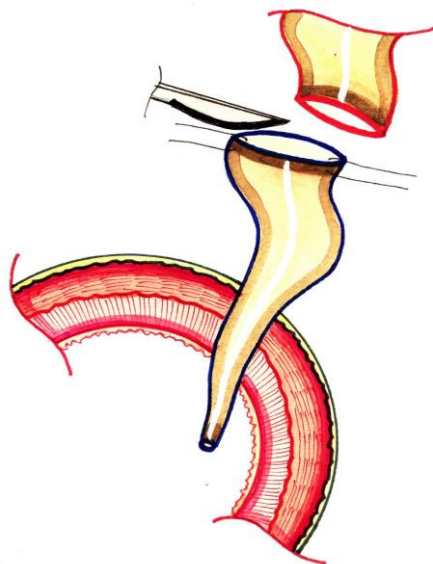
Таким образом, заявленный способ резекции дисплазированных пузырно-мочеточниковых сегментов, с антирефлюксной защитой у детей путем одномоментного выполнения вышеперечисленных операций способствует одновременному восстановлению нормальной уродинамики и утраченных функций мочевой системы. Успешное применение заявляемого способа предотвращает число рецидивов и полностью исключает послеоперационные осложнения. Предлагаемый нами способ позволяет одним этапом избавить больного от многоэтапных неэффективных операций, приводящих частому обострению пиелонефрита, ХПН и летальному исходу.

стенки мочевого пузыря, дистальный отрезок мочеточника инвагинируют в полость мочевого пузыря, затем через его просвет проводят проксимальный конец и тем самым создают двухслойный мочеточник в виде внутрипузырной «муфты».

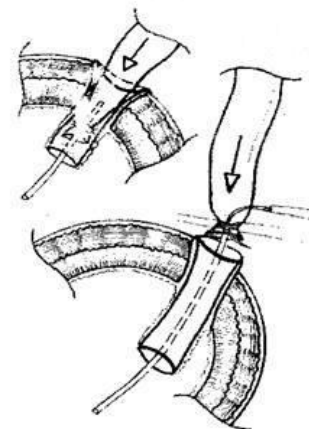
СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ДИСПЛАЗИРОВАННЫХ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫХ СЕГМЕНТОВ С АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЗАЩИТОЙ У ДЕТЕЙ



Фиг. 1

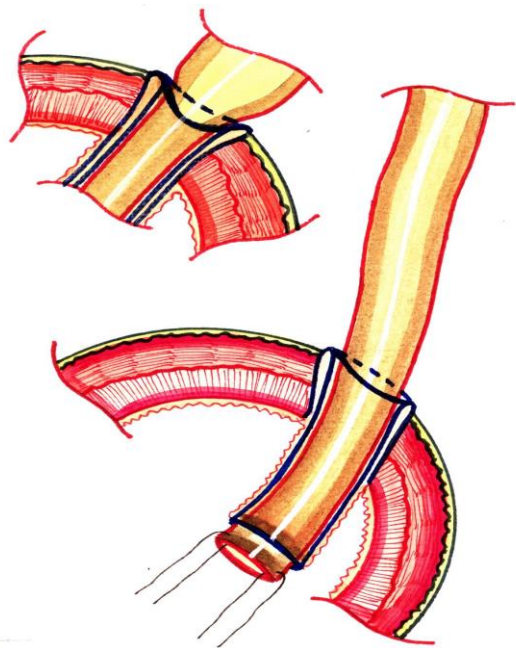


Фиг. 2

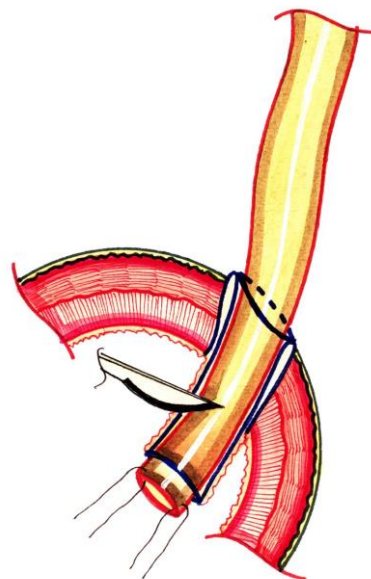


Фиг. 3

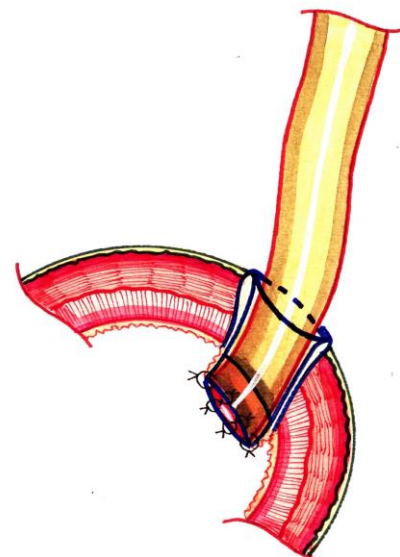
СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ДИСПЛАЗИРОВАННЫХ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫХ СЕГМЕНТОВ С АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ЗАЩИТОЙ У ДЕТЕЙ



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6