



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **485**

(51) **МПК (2006.01)**

A61B17/00;

A61B17/11

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К ПАТЕНТУ

1

2

(21) 10000971

(22) 30.03.2010

(46) Бюл. 97

(71) Азизов А.А. (TJ); Сафедов Ф.Х. (TJ);

Бакиева Г.Т. (TJ).

(72) Азизов А.А. (TJ); Сафедов Ф.Х. (TJ);

Бакиева Г.Т. (TJ).

(73) Азизов А.А. (TJ); Сафедов Ф.Х. (TJ);

Бакиева Г.Т. (TJ).

(54) **Способ антирефлюксной операции «ауто-уретеродубликации» при мега-долихо-уретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточникового и шеечно-тригональной зон у детей.**

(56) 1. Лопаткин Н.А. Детская урология. Москва. Медицина, 1986. С. 177-179

2. Чухриенко Д.П. Атлас урогинекологический операций. Киев. Вища школа. 1981, с 176

3. RU 2255677 C1, 10.07.2005

4. Su 1450825 A1, 15.01.1989

5. Бакиева Г.Т. Особенности проявлений и тактики хирургического лечения склероза шейки мочевого пузыря у детей. Автореферат. Душанбе, 2007, с. 16-17

6. Caleb P. Nelson The Outcome of Surgery versus Medical Management in the Treatment of Vesicoureteral Reflux. Hindawi Publishing Corporation Advances in Urology, Volume 2008, Article 5 pages

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

Сущность предложенного способа антирефлюксной операции заключается в создании дубликатуры стенки мочеточника за счёт вывернутого дистального конца над проксимальной частью мочеточника на расстоянии 4-5см. При этом вывернутая слизистая оболочка (уретелий) мочеточника над пузырем, соприкасаясь с адвентицией мочевого пузыря (разнослойная оболочка) не срастаются, то есть предотвращает спаечный процесс с окружающими тканями, тем самым не нарушается перистальтика (цистоидное сокращение) мочеточника. Вновь сформированный двухслойный мочеточник – аутоуретеродубликатура анастомозируется с мочевым пузырем на месте резецированного устья мочеточника, выполняя антирефлюксную функцию и восстанавливая уродинамику.

Изобретение относится к медицине, а именно, к детской урологии и может быть использовано при оперативном лечении дисплазии пузырно-мочеточникового и шейечно-тригональной зон.

Известны многочисленные способы реконструктивно-восстановительных операций при аномалиях развития мочеточников [1,2], нуждающиеся в усовершенствовании из-за неудовлетворенности хирургов в результатах операции. Сложная проблема возникает при установлении выраженной дилатации мочеточника и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). В настоящее время этим больным многие урологи производят чрескожную пункционную нефростомию [3]. Считая, что такая тактика позволяет на этапах деблокирования почки дать объективную оценку функциональных возможностей почек и мочеточников. В случае отсутствия уменьшения дилатации, несмотря на проведенную деблокаду почки, антирефлюксная операция не эффективна и предлагают создание уретеро-уретероанастомоза конец в конец и установлении пожизненной нефростомии в наиболее поврежденную почку. Предложенные методы оперативного лечения сложны, многоэтапны и зачастую неэффективны. Причина неэффективности предложенных операций кроется на наш взгляд в том, что не оценивается степень выраженности рубцовоизмененного процесса стенки мочеточника и перипроцесса 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 без освобождения мочеточника на всем его протяжении.

Наиболее близким по технической сущности к предлагаемому изобретению является способ операции нецистоуретероанастомоза по Политано-Лидтбеттера с антирефлюксной защитой по Грегуару [1]. То есть автор резецирует дисплазированный участок мочеточника и накладывает новый анастомоз конец резецируемого мочеточника с мочевым пузырём на своём устье. Затем накладывает антирефлюксные швы по Грегуару, тем самым они непроизводят уретеролиз на всем протяжении мочеточника, что не исключается уростаз в мочеточнике. Однако положительных результатов после этих операций удаётся достичь только лишь у 15-20% больных.

В связи с этим возникает необходимость разработки способа оперативного лечения мегадолихо-уретерогидронефроза, обусловленным дисплазией пузырно-мочеточникового и шейечно-тригональной зон у детей, который позволил бы повысить эффективность лечения данной патологии и избежать наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения, такие как фиброз на всем протяжении мочеточ-

ника, мочевые затеки, хроническая почечная недостаточность (ХПН). Указанные выше недостатки устраняются в заявленном изобретении.

Цель изобретения - улучшение сократительной способности мочеточника, путём реиннервацией, реваскуляризацией и созданием двойного слоя стенки, то есть его дубликатурой.

Поставленная цель и техника операции достигается следующим образом и представлена схематическими рисунками (Фиг. 1-7). 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. Освобождение замурованного и резко расширенного мочеточника, с множеством коленообразных изгибов, достигается тем, что одномоментно наряду с резекцией дисплазированной зоны производят резекцию расширенной измененной удлиненной части мочеточника фиг.2.

После уретеролиза, производят цистотомию, намечают длину дисплазированной удаляемой части мочеточника, найдя устье мочеточника фиг. 3., проводят циркулярное рассечение слизистой мочевого пузыря вокруг устья, затем мобилизуют удлиненный и дисплазированный мочеточник, тем самым он полностью освобождается. Далее вне пузыря производят резекцию дисплазированной части мочеточника фиг.4. Дистальную удлиненную часть мочеточника выворачивают над проксимальной частью на расстоянии 4-5см и зашивают узловыми швами на мышечно-адвентициальном слое мочеточника. Таким образом, на расстоянии 4-5см стенки мочеточника приобретают двойную стенку (аутоуретеродубликатуру) фиг. 5. При этом вывернутая слизистая оболочка (уретелий) мочеточника над пузырем, соприкасаясь с адвентицией мочевого пузыря (разнослойная оболочка) не срстаются, то есть предотвращает спаечный процесс с окружающими тканями, тем самым не нарушается перистальтика (цистоидное сокращение) мочеточника. Далее, сформированная двойная стенка мочеточника анастомозируется с мочевым пузырем на обычном (своем) месте узловыми швами (vikril 4/0-5/0) фиг. 6. Мочеточник и почки интубируются через вновь созданные устья, полиэтиленовым катетером, на 8-10 суток фиг. 7.. Тем самым дистальная часть мочеточника реваскуляризируется за счёт двойного слоя мочеточника, усиливая сократительную способность его и выполняя антирефлюксную функцию. Суть предложенного способа антирефлюксной операции заключается в создании дубликатуры стенки мочеточника за счёт вывернутого дистального конца над проксимальной частью мочеточника на расстоянии 4-5см. То есть вывернутая слизистая оболочка (уретелий) мочеточника над пузырем предотвращает спаечный процесс с окружающими тканями, тем самым не ограничивается перистальтика (цистоидное

сокращение) мочеточника. Вновь сформированный двухслойный мочеточник – аутоуретеродубликатура выполняет антирефлюксную функцию и восстанавливает уродинамику.

По предложенному нами способу оперировано 6 детей в возрасте от 2-х до 13 лет по поводу дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента с мега-долихо-уретерогидронефрозом. Всем им выполнена одномоментно-радикальная операция. Двое оперированы с 2-х сторон, четверо с одной стороны. Ближайшие после операции результаты хорошие у всех детей.

Критериями хорошего результата мы считаем: общее удовлетворительное состояние больных, отсутствие жалоб и дефицита веса, стабилизация показателей лабораторных данных. На урограммах и УЗИ исследований определяется сокращение мочеточника и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), остаточной мочи в пузыре нет. Дизурия и болевые симптомы отсутствуют. Результаты оперативного лечения дисплазии пузырно-мочеточникового сегмента с мегадолихоуретером иллюстрируем следующим наблюдением:

Пример: Ребёнок Х-ва 2 год поступила в клинику ДХО 23.06.2008г. в крайне тяжелом состоянии, с выраженной отечностью, бледностью, одышкой. Сознание ясное, отмечается рвота. Со стороны сердца тахикардия, дыхание шумное, выслушивается жесткое дыхание. Живот умеренно вздут, печень на 1,5 см выходит из под реберной дуги. Область почек без видимых изменений, симптом Пастернацкого с обеих сторон положительный. Почки с обеих сторон и мочевого пузыря пальпируются, моча мутная.

В анализах мочи L-сплошь в поле зрения, белок-0,132%. УВ мочи 1006-1008. В анализах крови анемия: Ег- 3,0 млн., лейкоцитоз 11,9 тыс., СОЭ- 39 мм/час, в биохимическом анализе: билирубин-25мкмоль/л, проба Тимол-Вероналова – 5,2 Ед, АсАТ- 0,90, АлАТ- 1,3, мочевины-13 ммоль/л, креатинин- 2,3 мг/%. На экскреторной урографии – функция почек резко замедлена, контраст появляется на 40 минуте, тугое заполнение через 3 часа, определяется резкое расширение до 2,5-3,0см, с пятью коленообразными изгибами и сужение пузырных сегментов мочеточника с обеих сторон. (фиг. рентген). На УЗИ определяется расширение пузырного сегмента мочеточника справа до 21 мм, слева 19 мм, дисплазия пузырных сегментов обеих мочеточников с мегадолихоуретером. На цистограмме – контуры мочевого пузыря неровные, пузырно-мочеточникового рефлюкса нет. Диагноз: дисплазия пузырного сегмента обеих мочеточников с мегадолихоуретером,

ХПН II-III. Больному проводилось предоперационная подготовка в течение 21 дней. За время подготовки показатели гомеостаза нормализовались!

14.07.08г. произведена операция: резекция пузырно-мочеточникового сегмента с обеих сторон, неостистоанастомоз с аутоуретеродубликатура по разработанному способу, с дренированием почек через вновь созданные устья мочеточников и выведение катетеров на переднюю брюшную стенку.

Послеоперационный период протекал гладко, гемо-и уродинамические показатели нормализовались. Дренажные трубки удалены на 10-й день после операции. Заживление операционной раны первичным натяжением. Швы сняты на 10-11 сутки. Катетер из мочевого пузыря удален на 15 сутки после операции. Мочеиспускание свободное. Больной выписан под наблюдением клиники на 41 сутки после операции, с рекомендацией явится через 5 месяцев.

Контрольное исследование через 5 месяцев. Жалоб нет. Аппетит хороший. Ребёнок активный. Со стороны анализов мочи белок 0,066%, лейкоциты 12-15 в поле зрения. В общем анализе крови Ег -3,6 млн., лейкоцит- 9,2 тыс., СОЭ- 23 мм/час, биохимия крови без патологии. На УЗИ – ЧЛС несколько сократилась, паренхима почки не изменена, признаки воспаления паренхимы не наблюдаются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. На цистограмме рефлюкса нет.

Данный пример подтверждает получение положительного результата при проведении операции предложенным методом. Полностью устранен уростаз, что подтверждается результатами УЗИ, цистограммой и исследованиями крови и мочи.

Данный способ может быть использован в клиниках детской хирургии. По техническому исполнению способ прост, доступен, не требует специального оборудования и подготовки.

Преимуществом заявленного способа является резекция дисплазированных пузырно-мочеточниковых сегментов, с антирефлюксной защитой у детей путём аутоуретеродубликатуры, а также способствует восстановлению уродинамики и утраченных функции мочевой системы. Применение заявляемого способа предотвращает уродинамические нарушения и осложнения. Предлагаемый нами способ менее травматичный и позволяет одним этапом избавиться больного от многоэтапных малоэффективных операций при сочетанных аномалий развития уретеро-шеечно-тригональных зон, которые приводят к частому обострению пиелонефрита, ХПН и летальному исходу.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ антирефлюксной операции «аутоуретеродубликации» при мега-долихоуретерогидронефрозе, обусловленном дисплазией пузырно-мочеточниковой и шейечно тригональной зон, у детей заключающийся в том, что дисплазированную часть мочеточника резецируют, накладывают анастомоз и антирефлюксные швы, **отличающийся тем, что** проводят уретеролиз, цистотомию, найдя устье мочеточника, проводят циркулярное рассечение слизистой мочевого пузыря вокруг устья, затем мобилизуют

удлиненный и дисплазированный мочеточник, после резекции дисплазированной части, дистальную часть мочеточника выворачивают над проксимальной частью на 4-5 см и зашивают узловыми швами на мышечно-адвентициальном слое мочеточника и тем самым создают двухслойный мочеточник - аутоуретеродубликатуру, далее анастомоз накладывают между дистальным концом мочеточника и мочевым пузырем на месте резецированного устья мочеточника, с мочевым пузырем.

Компьютерный набор: Фатхуллова М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

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

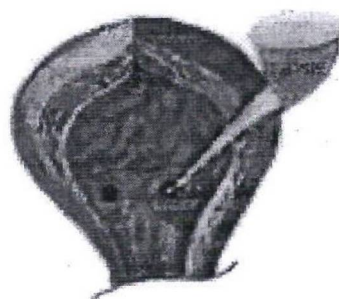
СПОСОБ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ОПЕРАЦИИ «АУТОУРЕТЕРОДУБЛИКАТУРЫ» ПРИ МЕГА-ДОЛИХО-УРЕТЕРОГИДРОНЕФРОЗЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ДИСПЛАЗИЕЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОЙ И ШЕЕЧНО ТРИГОНАЛЬНОЙ ЗОН, У ДЕТЕЙ



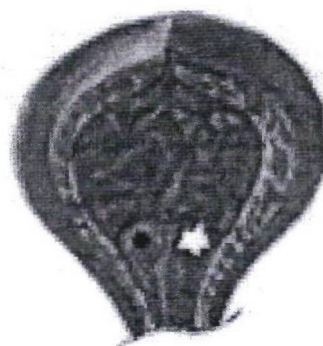
Фиг. 1



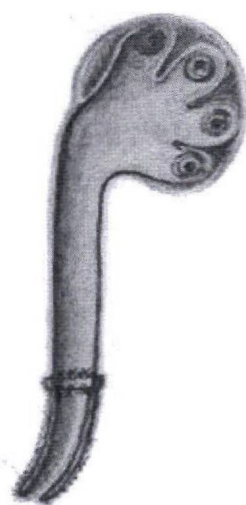
Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7