



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **307**

(51) ) **МПК(2006) А 61 В**  
**17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ  
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0900333

(22) 07.05.2009

(46) Бюл.57 (1), 2010

(71) Абдуфатоев Т.А. (TJ); Асадов С.К. (TJ).

(72) Абдуфатоев Т.А. (TJ); Асадов С.К. (TJ).

(73) Абдуфатоев Т.А. (TJ); Асадов С.К. (TJ).

**(54) СПОСОБ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ И САНАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И НЕОУРЕТРЫ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ**

(56) 1. Н. Е. Савченко Гипоспадия и гермафродитизм 1974 г.

2. А.К.Файзуллин Опыт одноэтапных операций гипоспадии у детей 1994 г.

3. В.И. Русаков, Хирургия мочеиспускательного канала 1998 г.

4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия т.3 1999г.

5. П.П. Продеус, О.В. Староверов Гипоспадия 2003г.

6. Э.Ю. Рудин Модификация мятогландулопластика 2005 г.

7. Ж.Б. Бекназаров, У.К. Ибрагимов, Х.Н.

2

Хатамов Журнал. Детская хирургия, № 3, 2006 г. С. 33-36

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской урологии.

Способ включает наложение полиэтиленового катетера в мочевой пузырь и обработку антисептическими растворами полости неоуретры. Перед началом пластики уретры при помощи уретрального бужа в мочевой пузырь вставляют катетер через места упирания его кончика и насечек в проекции дна мочевого пузыря и передней брюшной стенки. На кончик выведенного бужа фиксируют полиэтиленовый катетер и выводят через заднюю стенку уретры на промежность. Уретральный буж удаляют, на катетере проделывают два боковых отверстия на расстоянии 1,5-2 см между ними и устанавливают на дно мочевого пузыря в области треугольника. На катетер со стороны уретральной и пузырьной части надевают муфту, накладывают шов на кожу и катетер фиксируют. После одномоментной уретропластики в созданную неоуретру вставляют микроирригатор диаметром меньше на  $\frac{1}{2}$  части неоуретры.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской урологии и может быть использовано при уретропластике стволовой, мошоночной и промежностной формы гипоспадии у детей.

При уретропластике детей с гипоспадией большое значение имеет способ отведения мочи. При неэффективном отведении мочи, несмотря на методы уретропластики в 17-48% случаев наблюдаются осложнения в виде несостоятельности или стриктуры неоуретры и кожно-уретральных свищей и др., причиной которых является попадание мочи в операционную рану, мочевого инфильтрации в окружность созданной неоуретры и инфекции. Все это лишает смысла пластических операций (1-6). Таким образом, повторные операции, несмотря на операционно-анестезиологический риск, ввиду ограниченной зоны пластики, затрудняющей маневр и без того скудными запасами пластического материала, крайне трудны, а функциональный прогноз при этом всегда сомнителен. Все это заставляет считаться с опасностью мочевого инфильтрацией и принимать специальные меры для защиты раны от проникновения мочи в рану. Цель любого способа отведения мочи при коррекции гипоспадии, защита неоуретры в послеоперационном периоде от попадания мочи и её вредного влияния на раневой процесс и эффективная борьба с мочевого инфекцией. Существуют разные способы отведения мочи: через уретральный катетер, эпицистостому, промежностную уретростому. Однако ни один из них полностью не исключает возможность попадания мочи в просвет вновь сформированной уретры (6,5).

Наиболее близким к предлагаемым способам отведения мочи и санации мочевого пузыря и неоуретры является дренирование и санация мочевого пузыря и уретры обтурационно-дренирующим промывающим катетером (7). Для предотвращения попадания мочи в просвет неоуретры и скопления тканевой жидкости предложен обтурационно-дренирующий промывающий катетер. Катетер устанавливается в мочевой пузырь везикоэндопункционным способом до формирования неоуретры. Он состоит из 5 частей и изготавливается из полиэтиленовой трубки индивидуально для каждого больного с учетом его возраста и анатомических особенностей уретры. Неоуретры промывается через микрокатетер раствором хлоргексидина или диоксида (0,5-1%) в объеме 4-5 мл, а через 30 мин в целях предотвращения развития тканевого отека - 10% раствором натрия хлорида (4-5 мл). Еще через 30 мин неоуретру промывается 0,02% водным раствором антиоксиданта дибунола, который способствует усилению процесса регенерации. Такой комплекс процедур повторяется в течение суток 4-5 раз. В полость мочевого пузыря капельно с помощью катетера вводится раствор фурацилина (1:5000) с антибиотиком. Фурацилин с мочой выделяется через дренирующий катетер.

Недостатком обтурационно-дренирующий промывающий катетера является: катетер сложно-

го приготовления и пользования, эллипсоидный поролоновой обтуратор шейки мочевого пузыря не может надежно отграничить попадания мочи из полости мочевого пузыря в неоуретры, инкрустируется, в силу созданием давление в шейку мочевого пузыря вызывает болезненное сокращения и неполного опорожнения мочевого пузыря, воспалительные изменения, кроме того часто при движении ребенка обратно выскакивается из шейки пузыря, потирая свою функцию. Проведенная микрокатетер до формирования неоуретры не может способствовать созданию адекватного и соответствующего по возрасту диаметра неоуретры и тем самым хорошо не обеспечивает промывания неоуретры.

Целью изобретения является разработки более простой, дешевой, доступный и эффективной способ отведения мочи и стентирования, надежный и свободной промывания неоуретры и тем самым снижение частота послеоперационных осложнений.

Заявляемый способ поясняется рисунками фиг. 1 и фиг. 2: Фиг. 1 - наложение сквозной уретроэпицистостомы, где, 1 -полиэтиленовый катетер, 2 - муфта, 3 - боковые отверстия катетера; фиг. 2 -микроирригатор в полости неоуретры.

Способ отведения мочи и санации мочевого пузыря и неоуретры при уретропластике осуществляется следующим образом. Перед началом пластики уретры в мочевой пузырь вводится уретральный буж и по месту упирания его кончика в проекции дна мочевого пузыря производится насечка длиной в 1 см над мягкой тканью передней брюшной стенки и по диаметру кончика бужа на стенке мочевого пузыря. Буж выводится и на кончик его фиксируется хлорвиниловая трубка, которая проводится до задней части уретры. Поворачиванием на 180° кончик бужа упирается на стенку мембранозной части уретры. Поперечным разрезом кожи промежности и над мембранозной части стенки уретры по упираемому кончику бужа, катетер 1 (фиг. 1) выводится через заднюю стенку уретры на промежность. Уретральный буж удаляется. Проведения уретростомы через мембранозной части способствует прямом расположении катетера в мочевом пузыре и в уретры без перегиба и без препятствия хорошего оттока мочи, а также хорошего заживления раны широкой мембранозной части уретры после удаления катетера. На катетере проделывают два боковых отверстия 3 на расстоянии 1,5-2см. между ними, которые занимают 1/3 стенки катетера для предупреждения его перегиба. Боковые отверстия устанавливают на дно мочевого пузыря в области треугольника. На катетер со стороны уретральной и пузырной части одевается муфта 2, накладывается шов на кожу и катетер через муфту фиксируется с двух сторон. После одномоментной уретропластики, в созданную неоуретру вставляется микроирригатор (фиг. 2) диаметром меньше на 1/2 части неоуретры. После операционном периоде неоуретра промывается

антисептическим раствором декасана и раствором куриозина для усиления процесса местной регенерации по 4-5 мл два раза в сутки. Мочевой пузырь промывается также антисептическим раствором декасана и отварами травки для профилактики образования камней и накопление солей соответственно выделяемого соли из почки. Микроирригатор неоуретры удаляется на 8-9 сутки, а уретроэпицистостом на 12-14 сутки. Предложенный способ отведения мочи и санации мочевого пузыря и неоуретры при уретро-пластики применялись 48 детям с проксимальной формы гипоспадии. Осложнения наблюдались у двоих (4,2%) детей в виде образования кожно-уретрального свища и неудовлетворительная функционирования уретроэпицистостома по техническим причинам.

**Пример:** Больной К.М. (история болезни №578), 9 лет, обратился в клинику 26.05.2005г. с жалобами на отсутствие наружного отверстия уретры на обычном месте. Родился с пороком развития мочеиспускательного канала. Год назад по месту жительства было произведено 1-й этап операции-выпрямление полового члена. Наследственность неотягощена. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы не наблюдается. При осмотре половой член слегка искривлён. Крайняя плоть иссечена при первой операции. По вентральной поверхности полового члена имеется послеоперационный рубец размером 2,0х0,3см. Наружное отверстие уретры находится в области промежности размером 0,3х0,3 см, откуда выделяется моча. Со стороны анализов крови и мочи без изменений. УЗИ органов МВС без патологии.

Диагноз: Гипоспадия промежностная форма. Состояние после 1-й этап операции.

Больному произведена операция – уретропла

стика с местными тканями. С целью отведение мочи в начале операции было наложено промежностная сквозная уретроэпицистостома. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-ые сутки, заживление первичным натяжением. Микрокатетер неоуретры удалено на 8 сутки. Уретроэпицистостом удалено на 14-ые сутки. Наружное отверстие уретры расположено на обычном естественном месте. Мочится свободно, струя хорошая. Осмотрен через 6 месяцев, половой член без деформации, уретра располагается на головке полового члена, струя мочи хорошая, на уретрофулометрии явления обструкции нет. Уретрограмма без особых изменений. Результат оценен хорошо.

**Пример:** Больной К.С. (история болезни №1370), 10 лет, обратился в клинику 14.11.2005г. с жалобами на отсутствие наружного отверстия уретры на обычном месте. Наружное отверстие уретры на обычном месте с рождения отсутствует. Наследственность неотягощена. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений от нормы не наблюдается. При осмотре половой член искривлен на 30°. Крайняя плоть нависает как фартук. Наружное отверстие находится в области промежности выше 2см от анального отверстия, откуда выделяется моча. Яички находятся в мошонке. Со стороны анализов крови и мочи без изменений. УЗИ органов МВС без патологии.

Диагноз: Гипоспадия промежностная форма.

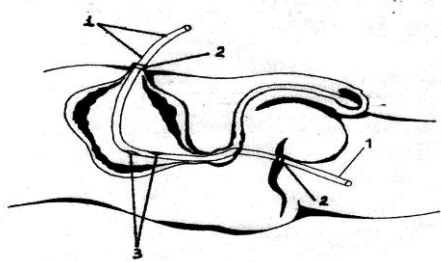
Больному произведена операция - уретропластика. С целью отведение мочи в начале операции было наложено промежностная сквозная уретроэпицистостома. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 9-ые сутки, заживление первичным натяжением. Уретроэпицистостома удалена на 14 сутки. Наружное отверстие уретры расположено на обычном естественном месте. Мочится свободно, струя хорошая.

## ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ отведения мочи и санации мочевого пузыря и неоуретры при уретропластики у детей с гипоспадией, включающий наложение полиэтиленового катера в мочевой пузырь и обработку антисептическими растворами полости неоуретры, **отличающийся тем, что** перед началом пластики уретры в мочевой пузырь вводят уретральный буж, по месту упирания его кончика в проекции дна мочевого пузыря производят насечку длиной в 1 см над мягкой тканью передней брюшной стенки и по диаметру кончика бужа на стенке мочевого пузыря, буж выводят, на его кончик фиксируют полиэтиленовый катетер, который проводят до задней части уретры, поворачиванием на 180° кончик бужа упирают на стенку мембранозной

части уретры, поперечным разрезом кожи промежности и надмембранозной части стенки уретры по упираемому кончику бужа катетер выводят через заднюю стенку уретры на промежность, уретральный буж удаляют, на катетере проделывают два боковых отверстия на расстоянии 1,5-2 см между ними, боковые отверстия устанавливают на дно мочевого пузыря в области треугольника, на катетере со стороны уретральной и пузырной части надевают муфту, накладывают шов на кожу, катетер через муфту фиксируют с двух сторон, после одномоментной уретропластики в созданную неоуретру вставляют микроирригатор диаметром меньше на 1/2 части неоуретры.

**СПОСОБ ОТВЕДЕНИЯ МОЧИ И САНАЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
И НЕОУРЕТРЫ ПРИ УРЕТРОПЛАСТИКИ У ДЕТЕЙ С ГИПОСПАДИЕЙ**



**Фиг. 1**



**Фиг. 2**

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

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