



(19) TJ (11) 1613 (13) C1

(21) 2502060

(22) 20250225

(46) 2025, бюл. № 221

(51) Int. Cl (2012) A61B 17/00

(71) Самадов Акрамджон Халимович

(72) Самадов Акрамджон Халимович (ТЖ); Изатшоев Атобек Ақобиршоевич (ТЖ) Пиров Бахтиёр Саъдуллоевич (ТЖ); Махмадиев Файзулло Баҷабекевич (ТЖ)

(73) Самадов Акрамджон Халимович

(56) 1. Данович ГМ. Трансплантация почки. (пер. с англ., под ред. Я.Г. Мойсюка. - М.) Гэотар-Медиа, 2014; 848 с.

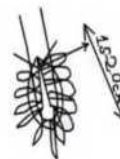
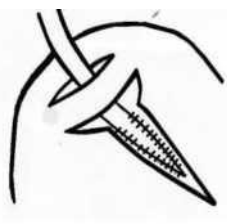
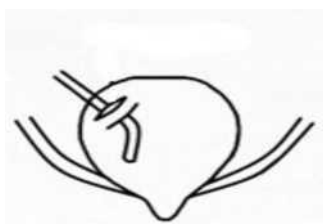
2. Янковой АГ, Ватазин АВ, Смоляков АА. [и др.]. Трансплантация почки у больных с урологическими заболеваниями. Учебное пособие. 2014; 31 с.

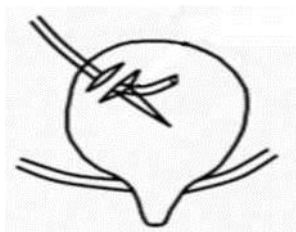
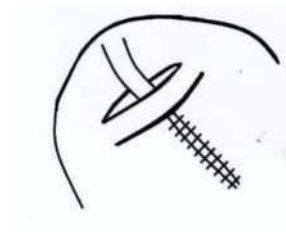
3. Matthias Zirngibl, Kathrin Buder, Tobias Luithle, Burkhard Tonshoff, Marcus Weitz. Diagnostic and therapeutic management of vesico-ureteral reflux in pediatric kidney transplantation—Results of an online survey on behalf of the European Society for Paediatric Nephrology. Pediatric Transplantation. 2023; 27.

(54) СПОСОБ УРЕТЕРОНЕОЦИСТОАНАСТОМОЗА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК (57)

Изобретение относится к области медицины, точнее к трансплантации почек. Сущность изобретения заключается в сохранение нормального кровообращения дистального отдела мочеточника, сохранение структурно функционального состояния мочевого пузыря за счет сохранения нейрогоморальной структуры. Низкая травматизация мочеточника, мочевого пузыря, усиление прочности линия анастомоза.

Эксплантация органа подбирают правой или левой донорской почки, зависимости от нормальной варианты анатомии сосудов органа, артериального анастомоза накладывают конец в конец или конец в бок иммобилизируют мочевой пузырь в зависимости от эксплуатируемый орган. В верхнелатеральной части мочевого пузыря тупым путём, без или с малой степени вероятности повреждения нейро сосудистых структур создают туннель, далее дистальную часть донорского мочеточника проводится по созданному туннелю. На конце туннеля тупым путем обнажают слизистую оболочку мочевого пузыря и проводят его вскрытие размером до 2 см. В заключении непрерывным швом ушивают слизистую оболочку мочевого пузыря с мочеточником.



Фиг. 1**Фиг. 3****Фиг. 5****Фиг. 2****Фиг. 4****Фиг. 6**

Изобретение относится к области медицины, точнее к трансплантации почек.

Из уровня техники известен способ Лич Грегуар при котором на верхнелатеральной части мочевого пузыря мышечной оболочки раздвигается разрез острым путём длины 1,5см, до появления слизистой оболочки. Острым путём открывается слизистой оболочке размером до 1,0см и открывается мочевой пузырь. После чего по дистальной части, на задние стенки донорского мочеточника размером до 1,5см разрезают мочеточник и накладываются анастомоз между слизистых слоёв [2].

Недостаток данной методики дополнительные повреждение на уже повреждённой мочевой пузырь. Повреждаются сосуды, нервы и лимфатические сосуды линии разреза, которые активно участвуют на структурно функциональном состоянии органа, а также участвует на процесс заживление уретеронеоцистоанастомоза.

Известен также способ Мебель Шумакова заключающееся в том что, методика Мебеля в модификации В.И. Шумакова подслизистый тоннель формируется без рассечения мышц, а анастомоз со слизистой пузыря выполняются отдельными швами с формированием небольшого валика (путем дополнительного захвата в шов адвентиции мочеточника), изолирующего просвет мочеточника от шовного материала. разрез на мышечной оболочке мочевого пузыря не проводят. Затем разрезая слизистой оболочке открывается мочевой пузырь разрезом размером 0,5см и без разреза дистальной части донорского мочеточника накладываются анастомоз узловыми швами [2].

Недостаток метода: отсутствие антирефлюксный механизм, маленький размер соустья, высокий процент осложнений в виде сужения линии анастомоза, пузырно-мочеточниковой рефлюксе.

Наиболее близким к предлагаемому способу является способ Drop In техника которого заключается на тунелизация мышечного слоя мочевого пузыря после проведения две параллельного на 1,5см расстояний далеко друг от друга, поперечным разрезам длиной 0,5см. Тунелизация проводится тупым путём. На дистальной части туннеля опять тупым путём, на продольные направления отодвигается мышечной оболочке мочевого пузыря длиной до 1,0 см. На 0,5см размером разрезают слизистой оболочки и открывают мочевой пузырь. Мочеточник проводят по туннелям и

размещают на полость мочевого пузыря без сшивания мочеточника к мочевому пузырю. У места входа мочеточника к туннелю, от двух сторон мочеточника накладывают одними узловыми швами фиксируя мочеточник к мочевому пузырю [3].

Недостатка метода: маленький размер соустья, швы, которые накладываются с двух сторон мочеточника может стать причиной сужение мочеточника в этом участке, нарушается иннервация и кровообращении мочеточника, нарушается анатомические движение-перистальтику мочеточника.

Изобретательские задачи заключается на усовершенствование перешедшие методик, улучшит качество анастомоза и выживаемости почечного трансплантата.

Цель изобретения предотвращение урологические послеоперационное осложнение уретеронеоцистоанастомоза при трансплантации почек, сохранит кровообращение дистального отдела мочеточника, сохранит отставшую структурно функциональной состоянии мочевого пузыря за счет сохранение нейрогуморальной структур. Низкая травматизация мочеточника, мочевого пузыря, усилит прочности линия анастомоза.

Сущность изобретения заключается в сохранение нормального кровообращение дистального отдела мочеточника, сохранение структурно функционального состояния мочевого пузыря за счет сохранение нейрогуморальной структуры. Низкая травматизация мочеточника, мочевого пузыря, усиление прочности линия анастомоза

Эксплантация органа: подбирается правой или левой донорской почки, зависимости от нормальной варианты анатомии сосудов органа. Трансплантация орган (почек) осуществляется на правой или левой подвздошной области больного. Наложение артериального анастомоза конец в конец или конец в бок. Анастомозы сосудов тоже зависят от анатомия этих структур: диаметр сосуда, прочности стенки сосудов. Наложение венозного анастомоза проводится только конец донорский в бок наружной подвздошной вены больного. Мобилизация мочевого пузыря в зависимости от эксплуатируемый орган. Если правая почка, то мобилизации мочеточника проводится слева, а если левая почка эксплуатируется, то мобилизация мочевого пузыря будет с право т.е. перекрёстный вид. Мышечная туннелизация верхнелатеральной части мочевого пузыря проводится тупым путём, без или с малой степени вероятности повреждения нейро сосудистых структур. Дистальной части донорского мочеточника проводится по созданному туннелю. На конце туннеля тупым путем обнажается слизистая оболочки мочевого пузыря и проводится его вскрытие размером до 2,0см. Разрез по задней стенке мочеточника длиной до 2 см и накладывается непрерывный шов между слизистой оболочкой мочевого пузыря и мочеточником. Прошивание мышечной оболочки пузыря над анастомозом.

Иллюстрация хода операции приведено Фигурами, где:

Фиг.1 и 2 - этап тоннелизация и проведение мочеточника, формирование мышечного тоннеля Фиг.4 и 5 -этап сшивание и погружение.

Фиг. 5 и 6 - общая схема анастомоза, после ушивания

Нами внедрено в практику модифицированная методика наложения уретеронеоцистоанастомоза-методика клиники 15 (11%). Отличительной чертой данной методики

заключается: в наложение непрерывного шва между слизистой мочеточника и мочевого пузыря, которая не отмечается при Dgor-In. Мышечная ткань у основной группы на мочевом пузыре вскрывается тупым путём, в контрольной группе острым, что сопровождается нарушением кровообращения и иннервации мочевого пузыря, с развитием в дальнейшем пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Клинические примеры техники операции.

Больной М.А. поступил в отделения на 25.05.2023г с жалобами на уменьшение объёма мочи, повышение артериальных давлений, отёки на нижних конечностях, потеря аппетита и общая слабость. Больному было проведено всех методов лабораторный и функциональный диагностики согласно общепринятому протоколу и дополнительно проведено урофлоуметрия. На основании заключения этих исследований больному поставлен диагноз ХБП-5 стадии. Осложнённый хронический почечный недостаток терминальной стадии. Анемия Брайта средней тяжести. Двухсторонний экссудативный плеврит. Кардиомегалия. Программный Гемодиализ.

После проведения предоперационной подготовки больному на 05.06.2023г была произведена родственная аллотрансплантация. Левый донорский почка эксплуатирован и трансплантирован на правой подвздошной области больного. После наложения артериального анастомоза конец в конец, венозного анастомоза конец в бок, начата уретеронеоцистоанастомоз. Данный анастомоз был сделан по-нашему методу, подробности которого выше изложены.

Таким образом, предложенная нами методика уретеронеоцистоанастомоза обладает следующими преимуществами

- Уменьшает повреждения слизистой и мышечной стенки мочевого пузыря, соответственно сосудистых и нервных стволов;
- Приводит к более быстрому восстановлению кровоснабжения в области мочевого пузыря и за счёт целостности слизистой и мышечной стенки мочевого пузыря;
- Максимально уменьшается давление на линию анастомоза мочевого пузыря и мочеточника, за счёт непрерывности швов, которое обеспечивает прочность анастомоза, имеет очень важную роль для улучшения результатов трансплантации почек
- Уменьшает материальные затраты, путём уменьшения продолжительности госпитализации в послеоперационном периоде.

Формула изобретения

1. Способ уретеронеоцистоанастомоза при трансплантации почек заключающийся в тунелизации мышечного слоя мочевого пузыря, размещение мочеточника по туннелю и наложение на полость мочевого пузыря фиксации мочеточника к мочевому пузырю узловыми швами *отличающееся тем, что* трансплантация органа подбирают правой или левой донорской почки, в зависимости от нормальной варианты анатомии сосудов органа, артериального анастомоза накладывают конец в конец или конец в бок, иммобилизируют

мочевой пузырь в зависимости от *эксплуатируемого* органа, создают туннель в верхнелатеральной части мочевого пузыря тупым путём, без или с малой степени вероятности повреждения нейро сосудистых структур, далее дистальную часть донорского мочеточника проводят по созданному туннелю, на конце туннеля тупым путем обнажают слизистую оболочку мочевого пузыря и проводят его вскрытие размером до 2 см, в заключении непрерывным швом ушивают слизистую оболочку мочевого пузыря с мочеточником.

2. Способ по пункту 1 *отличающееся тем, что* ушивание мочеточника осуществляется над слизистую оболочку мочевого пузыря.
3. Способ по пункту 1 *отличающееся тем, что* если проводят трансплантацию правой почки, то мобилизацию мочеточника проводят слева, а если проводят трансплантацию левой почки, то мобилизацию мочевого пузыря проводят справа.