



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2502081

(22) 02.04.2025

(46) Бюл. 224, 2025

(71) Ибодов Х. (TJ); Рофиев Р. (TJ); Мираков Х.М. (TJ); Давлатов А.Р. (TJ); Орипов М.А. (TJ)

(72) Ибодов Х. (TJ); Рофиев Р. (TJ); Мираков Х.М. (TJ); Давлатов А.Р. (TJ); Орипов М.А. (TJ)

(73) Ибодов Х. (TJ); Рофиев Р. (TJ); Мираков Х.М. (TJ); Давлатов А.Р. (TJ); Орипов М.А. (TJ)

(54) **СПОСОБ УРЕТЕРОЦИСТОАНАСТОМОЗА**

(56)

1. Детская оперативная хирургия: Практическое руководство / Под редакцией В.Д.Тихомировой. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011, с. 651-652, Детская урология: Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, А.Г. Пугачев, с. 361

2. Патент РФ №2655123

(57) Изобретение относится к хирургии, в частности к детской урологии при патологии уретерovesикального соустья и может быть использовано для создания анастомоза между мочеточником и мочевым пузырем с формированием антирефлюксного механизма.

Целью заявленного изобретения является создание сфинктерно-клапанного

2

антирефлюксного уретероцистоанастомоза для исключения побочных эффектов.

Поставленная цель достигается способом уретероцистоанастомоза, включающем формирование анастомоза между мочеточником и мочевым пузырем путём отсечения мочеточника от стенки мочевого пузыря, создание разреза на стенке мочевого пузыря, введения и фиксации конца мочеточника к стенке мочевого пузыря с формированием антирефлюксного механизма, причем анастомоз формируют внепузырным способом без создания подслизистого тоннеля, конец мочеточника полуовально иссекают и ориентируют в сторону полости мочевого пузыря, фиксируют к серозно-мышечному слою тремя П-образными швами снаружи, разрез на стенке мочевого пузыря выполняют в косо-поперечном направлении по задней стенке до уровня слизистой оболочки, поверх уложенного мочеточника ушивают мышечные слои для формирования антирефлюксной защиты, а в просвет мочеточника предварительно устанавливают стент, который удаляют на 20-е сутки цистоскопическим способом.

Изобретение относится к хирургии, в частности к детской урологии, и может быть использовано при патологии уретерovesикального соустья для создания анастомоза между мочеточником и мочевым пузырём с формированием антирефлюксного механизма.

Известна антирефлюксная операция по Политано–Ледбеттеру, при которой после мобилизации передней стенки мочевого пузыря и наложения держалок, пузырь вскрывают в продольном направлении. Затем на держалку берут поражённое устье мочеточника, окаймляющим разрезом выделяют его терминальный отдел, мобилизуют и вытягивают в полость мочевого пузыря на 5–7 см. На 1–3 см выше прежнего устья вскрывают слизистую оболочку. С помощью специального инструмента создают дефект в мышечной стенке мочевого пузыря, захватывают мочеточник за предварительно наложенные держалки и выводят его внутрь пузыря. Создают подслизистый тоннель длиной не менее 3 см, через который проводят мочеточник с формированием нового устья на месте старого. Дефекты мышечного слоя и слизистой оболочки ушивают. Вновь созданное устье интубируют полихлорвиниловой трубкой, которую выводят через уретру либо через отдельный прокол передней стенки мочевого пузыря и брюшной стенки. В мочевой пузырь устанавливают постоянный катетер, рану зашивают двухрядным швом и устанавливают дренаж. Проводится послойное ушивание операционной раны [1]. Недостатком известной антирефлюксной операции является то, что она выполняется интравезикально; при вслепую проводимой мобилизации мочеточника возможно его введение в полость пузыря под острым углом, что может привести к уродинамическим нарушениям, а также существует риск прохождения мочеточника через повреждённую брюшину, без визуального контроля.

В качестве прототипа выбран способ уретероцистоанастомоза [2], выполняемый внепузырно после отсечения мочеточника от мочевого пузыря с формированием мышечного тоннеля и введением конца мочеточника в полость пузыря. Тоннель формируется тупым способом из разреза, выполненного на 1,5–2 см выше прежнего устья мочеточника в сторону верхушки мочевого пузыря, до пролабирования слизистой оболочки. В нижнем углу раны, отступив 5 мм, создаётся отверстие в слизистой, через которое терминальный отдел мочеточника вводят в полость мочевого пузыря на 5–7 мм и фиксируют к слизистой четырьмя узловыми швами по периметру (в позициях 3, 6, 9 и 12 часов). Над зафиксированной частью мочеточника из мобилизованной слизистой создаётся «муфта», наложением одного узлового шва подслизисто. При ушивании мышечной раны мочеточник дополнительно фиксируют к мышечной оболочке. Недостатками прототипа являются затруднённый доступ к нижней трети мочеточника и возможное обострение пиелонефрита.

Целью заявленного изобретения является создание сфинктерно-клапанного антирефлюксного уретероцистоанастомоза, исключая побочные эффекты.

Поставленная цель достигается способом уретероцистоанастомоза, включающем формирование анастомоза между мочеточником и мочевым пузырём путём отсечения мочеточника от стенки мочевого пузыря, создания разреза на стенке мочевого пузыря, введения и фиксации конца мочеточника с формированием антирефлюксного механизма. Анастомоз формируют внепузырным способом без создания подслизистого тоннеля. Конец мочеточника полуовально иссекают и ориентируют в сторону полости мочевого пузыря, фиксируют к серозно-мышечному слою тремя П-образными швами снаружи. Разрез на стенке мочевого пузыря выполняют в косо-поперечном направлении по задней стенке до уровня слизистой оболочки. Поверх уложенного мочеточника ушивают мышечные слои для формирования антирефлюксной защиты. В просвет мочеточника предварительно устанавливают стент, который удаляют на 20-е сутки цистоскопическим способом.

Заявленный способ осуществляют следующим образом: обнажают расширенный мочеточник, выделяют у стенки мочевого пузыря и отсекают; рану мочевого пузыря ушивают двухслойно викриловыми нитями; по задней стенке мочевого пузыря выполняют косо-поперечный разрез длиной до 2,5 см — в пределах мышечного слоя, до пролабирования слизистой; в нижнем углу раны перфорируют слизистую оболочку; подводят конец резецированного мочеточника, фиксируют его тремя П-образными швами снаружи; предварительно в мочеточник вводят стент; мочеточник укладывают в сформированное ложе и ушивают поверх него мышечные слои (формирование антирефлюксной защиты); стент удаляется на 20-е сутки цистоскопически.

Произведенная цистография с контрастом показала отсутствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Заявленный способ поясняется рисунками, где:

рис. 1 — 1-место отсечения мочеточника у стенки мочевого пузыря;

рис. 2 — 2- мочеточник после резекции и стентирования, 3- стент; 4- отверстие в слизистой для пересадки; 5- разрез на стенке мочевого пузыря в пределах мышечного слоя;

рис. 3 — 6- П-швы между концом мочеточника и стенкой мочевого пузыря; 7-игла с нитью для ушивания мышечных слоев; 8- разрез серозно-мышечного слоя, ложа для антирефлюксной защиты; 9- мочеточник;

рис. 4 — линия швов на стенке мочевого пузыря.

рис. 5 - вид анастомоза со стороны слизистой оболочки мочевого пузыря.

Заявленный способ уретероцистоанастомоза применён у 35 детей с

обструкцией везикоуретерального сегмента, преимущественно в возрасте от 1 до 3 лет. Метод

позволяет избежать травматичных вмешательств при нерефлюксирующем мегауретере.

Формула изобретения

Способ уретероцистоанастомоза, включающий формирование анастомоза между мочеточником и мочевым пузырем путём отсечения мочеточника от стенки мочевого пузыря, создание разреза на стенке мочевого пузыря, введение и фиксации конца мочеточника к стенке мочевого пузыря с формированием антирефлюксного механизма, **отличающийся тем, что** анастомоз формируют внепузырным способом без создания подслизистого тоннеля, конец мочеточника полуовально иссекают и ориентируют в сторону полости мочевого пузыря,

фиксируют к серозно-мышечному слою тремя П-образными швами снаружи, разрез на стенке мочевого пузыря выполняют в косо-поперечном направлении по задней стенке до уровня слизистой оболочки, поверх уложенного мочеточника ушивают мышечные слои для формирования антирефлюксной защиты, а в просвет мочеточника предварительно устанавливают стент, который удаляют на 20-е сутки цистоскопическим способом.

СПОСОБ УРЕТЕРОЦИСТОАНАСТОМОЗА

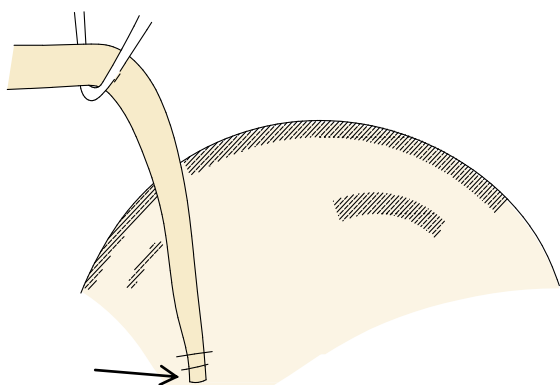


Рис.1

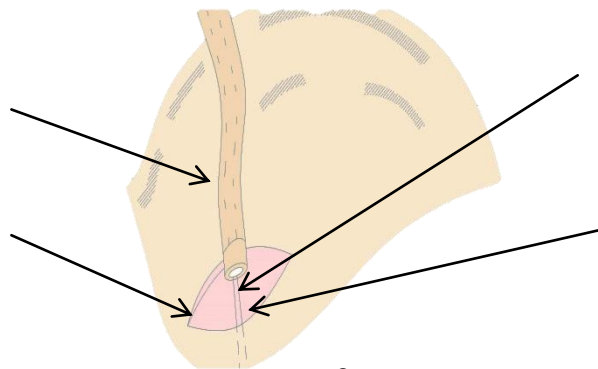


рис.2

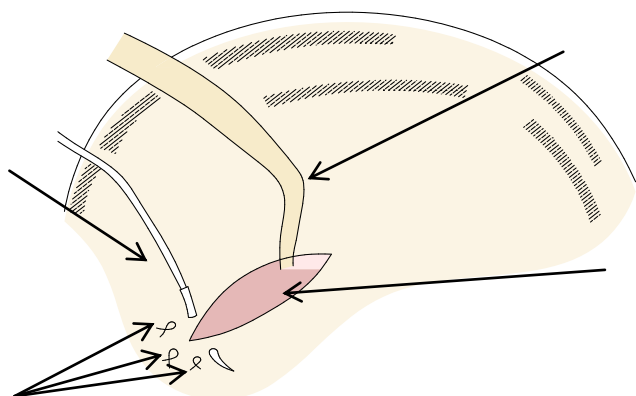


Рис.3

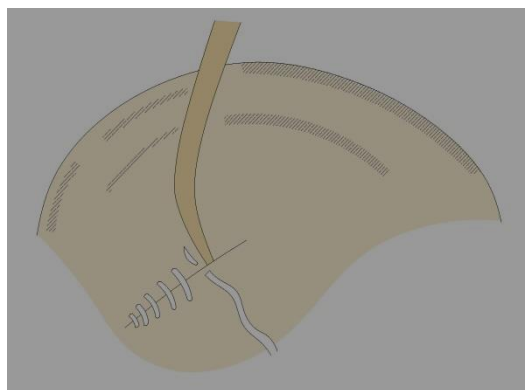


Рис.4

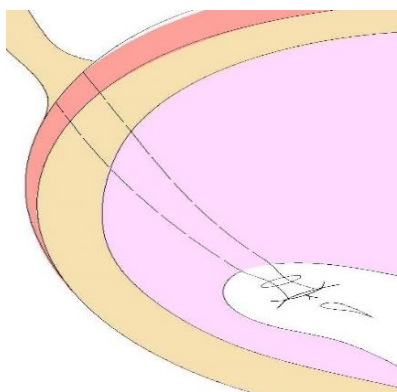


Рис.5

Компьютерный набор: Газиев М.

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