



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **407**

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ  
ВЕДОМСТВО

# (12) **Описание изобретения**

## К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1000506

(22) 18.08.2010

(46) Бюл.60 (4), 2010

(71) Шаханов А.Ш. (ТJ); Ризоев Х.Х. (ТJ); Азизов А.А. (ТJ); Рафиев И.Д. (ТJ); Худойодов А.П. (ТJ); Юлдошев М.А. (ТJ); Сангов Б.Ч. (ТJ); Займуддинов Б.М. (ТJ); Набиев З.Н. (ТJ). Умарова С.Г. (ТJ).

(72) Шаханов А.Ш. (ТJ); Ризоев Х.Х. (ТJ); Азизов А.А. (ТJ); Рафиев И.Д. (ТJ); Худойодов А.П. (ТJ); Юлдошев М.А. (ТJ); Сангов Б.Ч. (ТJ); Займуддинов Б.М. (ТJ); Набиев З.Н. (ТJ).

(73) Шаханов А.Ш. (ТJ); Ризоев Х.Х. (ТJ).

(54) **СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ НЕОПИЕЛО-УРЕТЕРОАНАСТОМОЗА ЗАКРЫТЫМ МЕТОДОМ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ**

(56) 1. Голигорский С.Д., Кацыф А.М. Хирургия лоханочно-мочеточникового сегмента. Кишинев, 1966, стр. 73-154.

2

2. Кучер Я. Хирургия гидронефроза и уретерогидронефроза для врачей. Прага: Изд-во медицинской литературы. 1963, стр. 101-120.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к урологии и может быть использовано при оперативном лечении больных при врожденном гидронефрозе.

Сущность способа заключается в том, что после люмботомии, межмышечным доступом по Погорелову резиновой держалкой фиксируют в/3 мочеточника и производится уретеролиз, нефролиз только нижнего полюса почки. Клиновидно резецируется лоханка с дисплазированной частью мочеточника, который резецируется в косом направлении и рассекается продольно. Затем соединяют лоскут лоханки с концом мочеточника. В мочеточник устанавливается стент до мочевого пузыря и накладывают анастомоз.

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии и может быть использовано при оперативном лечении больных при врожденном гидронефрозе.

Известны многочисленные способы хирургического лечения врожденного гидронефроза. Показаниями к пластическим операциям являются I-II стадии, одно- и двустороннего гидронефроза, при которых функции паренхимы в достаточной степени сохранены, а причина, вызвавшая болезнь, может быть устранена.

Например, известен способ по Фолею (V, Y пластика), заключающийся в создании из лоскута лоханки воронкообразного расширения на месте стриктуры в лоханочно-мочеточниковом сегменте (ЛМС) [1].

Известные способы операции имеют следующие недостатки: сужение со стриктурой ЛМС, некроз верхушки лоскута, мочевые затеки с грубыми вторичными рубцовыми сужениями мочеточника.

Прототипом предлагаемого способа является операция Я.Кучера [2]. Техника операции заключается в следующем. После люмботомии, доступ осуществляя Федоровским разрезом и обнажают почку, производят уретеролиз, нефролиз, затем определяют резецируемый участок лоханки и в/3 части мочеточника. Длина резецируемого участка мочеточника зависит от возраста больного. Накладывают анастомоз между нижним углом раны лоханки и мочеточником однорядными кетгутовыми швами на фоне дренирования мочеточника и почки полиэтиленовыми трубками.

В связи с этим возникла необходимость разработки более совершенного способа закрытым методом с использованием стэнда, который позволил бы повысить эффективность лечения данной патологии и избежать наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения.

Целью предлагаемого способа является сокращение сроков лечения, предупреждение затеков и стриктуры ЛМС.

Способ поясняется рисунками (Фиг. 1-5), где изображена последовательность хода операции.

Сущность способа заключается в том, что после люмботомии, межмышечным доступом по Погорелову резиновой держалкой фиксируют в/3 мочеточника (Фиг. 1-2), производится уретеролиз, нефролиз нижнего полюса почки. Клиновидно резецируется лоханка с дисплазированной частью мочеточника. Мочеточник резецируется в косом направлении, затем рассекается продольно с целью образования широкого анастомоза. Затем соединяют лоскут лоханки с концом мочеточника, на фоне стэнда соответственно размеру мочеточника, формируя конусовидный ЛМС. Устанавливается стэнд соответственно размеру мочеточника до мочевого пузыря (Фиг. 3). После проведения стэнда накладывают непрерывный шов синтетической нитью размером 5,0-6,0 см, прошивая сначала снаружи, затем с внутренней стороны (Фиг. 4-5).

Далее, тонкой иглой прокалывают стенку лоханки и вводят физиологический раствор для проверки герметичности швов и проходимости анастомоза. Если нарушена герметичность, дополнительно накладываются швы. По завершении основного этапа операции к анастомозу подводится страховочный дренаж сроком на 2-3 дня. Больной активизируется на 3 сутки, выписывается на 7 сутки, стэнд из мочеточника удаляется через 2 месяца после операции.

Способ значительно снижает риск инфицирования мочевыводящих путей, предотвращает оперированных больных от таких осложнений как мочевые затеки и стриктура ЛМС, способствует сокращению пребывания больных в стационаре и снижает послеоперационные осложнения.

**Пример:** Больной Ф. 13 лет. Диагноз: Врожденный гигантский гидронефроз слева. Вторичный множественный камень почек, хронический калькулезный пиелонефрит (ХКП) с 2-х сторон, справа 1-2, слева 2-3 ст., хроническая почечная недостаточность (ХПН) - 2-3 ст.

Больной поступил с жалобами на боли в поясничной области, слабость. Из анамнеза ребенок болен с рождения. Больному проведено полное клинико-лабораторное УЗИ и рентгеноурологическое обследование. В анализах мочи отмечалась пиурия (L - 15-20 п/зр), белок 0,165 г %, колебание удельного веса 1005-1010. В посеве мочи высеяны St/aureus, чувствительный к лораксону, меркапину. В биохимических анализах показатели креатинина, мочевины и печеночные пробы - в пределах нормы. При ультразвуковом обследовании почек размеры справа 72x35 мм, т/п - 11 мм, слева 142x63 мм, т/п 0,4 -0,5 см, чашечно-лоханочная система (ЧЛС) расширены от 20 до 55 мм, визуализируются конкременты в проекции почки с размерами 0,6x0,5, 0,5x0,4, 0,4x0,3 см. На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей слева определены множественные тени конкрементов с размерами 0,6x0,5, 0,5x0,4 см. На серии внутривенной экскреторной урографии на 15, 60, 90, 120, 180 минутах функции почек справа сохранены, слева определялись только нефрограмма почки большого размера. Учитывая это после кратковременной подготовки под общим обезболиванием, под контролем УЗИ была произведена пункционная нефростомия, после чего под давлением выделилось около 2-х литров мутной мочи.

Предоперационная подготовка больного включала в себя введение антибиотиков, витаминов группы В,С, уросептиков, спазмолитиков, иммуномодуляторов, препаратов для улучшения реологии крови, азотоснижающих препаратов, метоболиков. Больному проведена инфузионная терапия растворов с составом глюкозы 5%, рингера, реосорбилакта. Предоперационная подготовка продолжалась 15 дней. После подготовки под общим эндотрахеальным наркозом был применен заявляемый способ операции. Послеоперационный

период протекал гладко, больной активизирован на 3 сутки и выписан на 6 сутки. Стенд удален через 2 месяца после операции. На контрольном УЗИ поч-

ка имела размер 79х32 см т/п 12мм, чашечки сократились до 1,2 см, лоханка до 3,0 см.

## ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ наложения неопиелоуретероанастомоза закрытым методом при врожденном гидронефрозе, включающий люботомию, обнажение почки путем разреза, осуществление уретеролиза и нефролиза, резекцию лоханки и мочеточника, и наложение анастомоза между лоханкой и мочеточником, **отличающийся тем, что** межмышечным доступом по Погорелову осуществляют уретеролиз и нефролиз только нижнего полюса почки, клиновидно резецируют

лоханку с дисплазированной частью мочеточника, который резецируют в косом направлении и рассекают продольно образуя широкий анастомоз, соединяют лоскут лоханки с концом мочеточника формируя конусовидный лоханочно-мочеточниковый сегмент, в мочеточник устанавливают стенд до мочевого пузыря и накладывают анасто-

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ

# **СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ НЕОПИЕЛОУРЕТЕРОАНАСТОМОЗА ЗАКРЫТЫМ МЕТОДОМ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИДРОНЕФРОЗЕ**



**Фиг. 1**



**Фиг. 2**



**Фиг. 3**



**Фиг. 4**



**Фиг. 5**