



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **551**

(51) **МПК(2012.01)**
A61B17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

2

(21) 1200724

(22) 27.04.2012

(46) Бюл.83, 2013

(71) Шаханов А.Ш. (TJ).

(72) Шаханов А.Ш. (TJ); Махмаджонов Д.М. (TJ);
Ризоев Х.Х. (TJ); Солихов Д.Н. (TJ); Займудинов
Б.М. (TJ); Футуров Н.П. (TJ); Косимов М.М. (TJ);
Юлдошев М.А. (TJ); Рафиев И.Д. (TJ); Султонов
Ш. (TJ); Сатторов А.М. (TJ).

(73) Шаханов А.Ш. (TJ).

**(54) СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХО-
ДИМОСТИ ЛОХАНОЧНО-
МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА ПУТЕМ
ПЕРЕМЕЩЕНИЯ АББЕРАНТНОГО СОСУДА
ЛОСКУТОМ ЛОХАНКИ.**

(56) 1. Кучер Я. Хирургия гидронефроза и урете-
рогидронефроза для врачей Прага: Изд-во меди-
цинской литературы 1963 с. 101-120.

2. Голигорский С.Д., Кацыф А.М. Хирургия
лоханочно-мочеточникового сегмента 1966
Г. Кишинев - 73-154.

3. Лопаткин Н.А. Гидронефроз: Руководство
для врачей ГЭОТАР - Медиа-2005- 139 с.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к урологии и может быть использовано при опера-
тивном лечении больных с врожденным гидроне-
фрозом.

Способ заключается в том, что Федоровским
разрезом обнажают почку, производят нефролиз,
уретеролиз, освобождают лоханочное соединение
и нижний абберантный сосуд от спаек. Далее вы-
деляют сосуд от мочеточника, устраняют препят-
ствие и лоханку опорожняют. Затем абберантный
сосуд освобождают от окружающих тканей, мак-
симально мобилизируют и перемещают при по-
мощи выкроенного лоскута в виде треугольника из
задней стенки лоханки, который подводят под
сосуд. Приподнимают его, фиксируют нескольки-
ми швами к капсуле почки и к анастомозу подво-
дят страховочный дренаж сроком на 2-3 дня.

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии и может быть использовано при оперативном лечении больных с врожденным гидронефрозом.

Постоянные сдавливания добавочного сосуда на верхнюю треть мочеточника приводит к раздражению стенки мочеточника при пульсации артерии. В результате воздействия на нервно-мышечный аппарат мочеточника, последний отвечает резким спазмом стенок. Частые спазмы могут нарушить нормальный отток мочи, что вызывает уростаз, который приводит к пиелозктазии, гидронефрозу и образованию вторичных камней.

Известны многочисленные способы устранения обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС), обусловленной наличием абберантного сосуда при врожденном гидронефрозе. Показанием к пластическим операциям является те стадии одно и двустороннего гидронефроза, при которых функции паренхимы в достаточной степени сохранена, а причина, вызвавшая болезнь, может быть устранена.

Существует способ [1], при котором пересекают дополнительные сосуды почки. При этом в последующем часто развиваются инфаркт почки с возможным ее инфицированием, апостоматозный нефрит, некроз полюсов почки, вторичная артериальная гипертензия, что требует не только резекции, но и вторичной нефрэктомии.

Известен также способ [2], при котором осуществляют антивазальную пересадку мочеточника. При постоянном сдавливании добавочного сосуда на лоханочно-мочеточниковый сегмент, происходит раздражение стенки мочеточника с последующее нарушением его функции.

Прототипом заявляемого способа является восстановление проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента путем перемещения абберантного сосуда лоскутом лоханки [3]. Сущность способа заключается в том, что Федоровским разрезом обнажается почка, производится нефролиз, уретеролиз, освобождение лоханочно-соединения и нижнего абберантного сосуда от спаек. Осторожно выделяется сосуд от мочеточника и в некоторых случаях от расширенной лоханки. При освобождении мочеточника от сосуда препятствие устраняется, при этом лоханка быстро опорожняется. Абберантный сосуд освобождается от окружающих тканей и пересекается.

Известные способы имеют следующие общие недостатки: сужение, стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента и прогрессирование гидронефроза и пиелонефрита.

Целью является разработка более совершенного способа восстановления проходимости ло-

ханочно-мочеточникового сегмента путем перемещения абберантного сосуда лоскутом лоханки, который позволил бы повысить эффективность лечения данной патологии и избежать наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения.

Заявляемое изобретение поясняется следующими изображениями:

Фиг. 1. Абберантный сосуд сдавливает ЛМС спереди.

Фиг. 2. Абберантный сосуд сдавливает ЛМС сзади.

Фиг. 3. Лоскутом из лоханки абберантный сосуд перемещен вверх.

Сущность способа заключается в том, что Федоровским разрезом обнажают почку, производят нефролиз, уретеролиз, освобождают лоханочное соединение и нижний абберантный сосуд от спаек. Осторожно выделяют сосуд от мочеточника и в некоторых случаях от расширенной лоханки. При освобождении мочеточника от сосуда препятствие устраняют, при этом лоханка быстро опорожняется. Абберантный сосуд освобождают от окружающих тканей и максимально мобилизируют. Абберантный сосуд перемещают при помощи выкроенного лоскута в виде прямоугольника из стенки лоханки. Лоскут подводят под сосуд и приподнимают его. Лоскут, сместивший сосуд, фиксируют несколькими швами к капсуле почки. С профилактической целью можно накладывать разгрузочной нефро- или пиелостому. Дефект лоханки ушивают узловыми викриловыми швами (5:00), (Фиг. 1,2,3). По завершении основного этапа операции к анастомозу подводят страховочный дренаж сроком на 2-3 дня. Способ предотвращает развитие гидронефроза, способствует сокращению пребывания больных в стационаре и снижает послеоперационные осложнения.

Пример: Больной С. 3 года. Диагноз: Врожденный гидронефроз слева II степени, двухсторонний хронический пиелонефрит, справа II, слева I ст, ХПН -I ст.

Больной поступил с жалобами на боли в поясничной области слева, слабость. Из анамнеза ребенок болен с рождения. Больному проведено полное клинико-лабораторное, УЗИ и рентгеноурологическое обследование. В анализах мочи отмечается пиурия (L - 15-20 п /зр), белок 0,165 г %, колебание удельного веса 1005-1010. В посевах мочи высеяны St/ aureus, чувствительный к лораксону, меркацину. В биохимических анализах, показатели креатинина, мочевины и печеночные пробы в пределах нормы. При ультразвуковом обследовании почек, размерами справа 72x35 мм, т/п - 11 мм, слева 122x63 мм, т/п 0,8 - 0,9 см, ЧЛС расширены от 20 до 55 мм. На серии внутривенных экскреторных урографии на 15, 60, 90, 120, 180 минутах, функции почек справа

сохранены, слева выделительной функции опре-

Предоперационная подготовка больного включала, в себе антибиотики, витамины группы В, С, уросептики, спазмолитики, иммуномодуляторы, и препараты для улучшения реологии крови, азотоснижающие препараты, метоболики. Больному проведена инфузионная терапия в составе растворов глюкозы 5%, рингер, реосорбилакт, предоперационная подготовка продолжалась 7-10 дней.

После подготовки под общим эндотрахеальным наркозом, люмботомным разрезом по Федорову, после обнажения забрюшинного пространства в резиновую держалку брали в/з мочеточника. Мочеточник освободили от препятствия и лоханку быстро опорожнили. Абберантный сосуд освободили от окружающих тканей, максимально мобилизовали. Абберантный сосуд переместили при помощи выкроенного лоскута в виде прямоугольника из задней стенки лоханки. Лоскут подвели под сосуд и приподняли его. Лоскут, сместивший сосуд, зафиксировали несколькими швами к капсуле почки. С профилактической целью была наложена разгрузочная пиелостомы. Дефект лоханки ушили узловыми викриловыми швами (5:00). По завершении основного этапа операции к анастомозу подвели страховочный дренаж сроком на 2-3 дня.

Течение послеоперационного периода протекало гладко, больной активизирован на 3 сутки, заживление раны первично, выписан на 6 сутки после операции. Пиелостомы удалены на 9 сутки после операции. На контрольном УЗИ почка размером 79х32 см т/п 12мм, чашечки сократились до 1,2 см, лоханка - до 3,0 см.

Пример: Больной Т. 12 лет.

Диагноз: Врожденный гидронефроз справа П-Ш степени, хронический пиелонефрит с 2-х сторон, справа I-II, слева I, ХПН — I - II ст.

Больной поступил с жалобами на боли в поясничной области справа, слабость. Из анамнеза ребенок болен с рождения. Больному проведено полное клинико-лабораторное, УЗИ и рентгеноурологическое обследование. В анализах мочи отмечается пиурия (L - 15-20 п /зр), белок 0,165 г %, колебание удельного веса 1005-1010. В посевах мочи высеяны St. aureus, чувствителен к ло-

деляется пиелозэктозия и деформация всех групп

раксону, меркацину. В биохимических анализах, показатели креатинина, мочевины и печеночные пробы в пределах нормы. При ультразвуковом обследовании почек, размерами слева 72х35 мм, т/п - 11 мм, справа 142х63 мм, т/п 0,4 -0,5 см, ЧЛС расширены от 20 до 55 мм, визуализируется.

На серии внутривенных экскреторных урографии конкременты в проекции почки размерами 0,6х0,5, 0,5х0,4, 0,4х0,3 см. на 15, 60, 90, 120, 180 минутах, функции почек слева сохранены, справа выделительной функции определяется пиелозэктозия и деформация всех групп чашечек.

Предоперационная подготовка больного включала в себе антибиотики, витамины группы В, С, уросептики, спазмолитики, иммуномодуляторы, и препараты для улучшения реологии крови, азотоснижающие препараты, метоболики. Больному проведена инфузионная терапия в составе растворов глюкозы 5%, рингер, реосорбилакт, предоперационная подготовка продолжалась 15 дней.

После подготовки под общим эндотрахеальным наркозом, люмботомным разрезом по Федорову, после обнажения забрюшинного пространства в резиновую держалку брали в/з мочеточника. Мочеточник освободили от препятствия и лоханку быстро опорожнили. Абберантный сосуд освободили от окружающих тканей, максимально мобилизовали. Абберантный сосуд переместили при помощи выкроенного лоскута в виде прямоугольника из задней стенки лоханки. Лоскут подвели под сосуд и приподняли его. Лоскут, сместивший сосуд, зафиксировали несколькими швами к капсуле почки. Дефект лоханки ушили узловыми викриловыми швами (5:00). По завершении основного этапа операции к анастомозу подвели страховочный дренаж сроком на 2-3 дня.

Течение послеоперационного периода протекало гладко, больной активизирован на 3 сутки, заживление раны первично, выписан на 6 сутки после операции. Стенд удален через 2 месяца после операции. На контрольном УЗИ почка справа размером 79х32 см т/п 12мм, чашечки сократились до 1,2 см, лоханка - до 3,0 см.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ восстановления проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента, включающий то, что Федоровским разрезом обнажают почку, производят нефролиз, уретеролиз, освобождают лоханочное соединение и нижний абберантный сосуд от спаек, отделяют сосуд от мочеточника, устраняют препятствие, лоханку опорожняют, абберантный сосуд освобождают от окружающих тканей, **отличающийся тем, что** после осво-

бождения абберантного сосуда от окружающих тканей его максимально мобилизируют, перемещают при помощи выкроенного лоскута в виде прямоугольника из стенки лоханки, который подводят под сосуд, приподнимают, фиксируют несколькими швами к капсуле почки и к анастомозу подводят страховочный дренаж сроком на 2-3 дня.

.

Компьютерный набор: Фатхуллоева М.С.

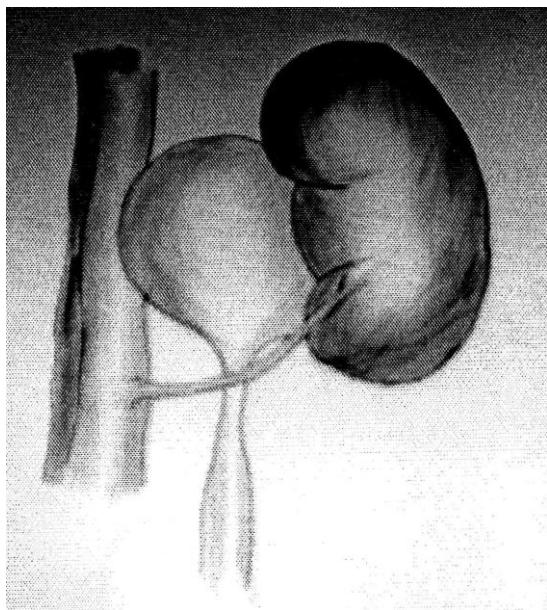
Заказ

Тираж

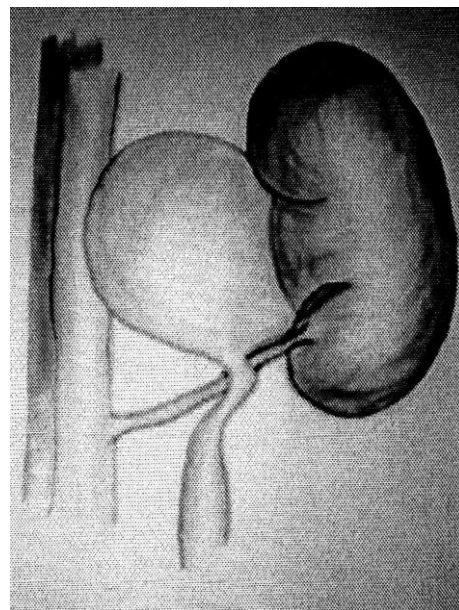
Подписное

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

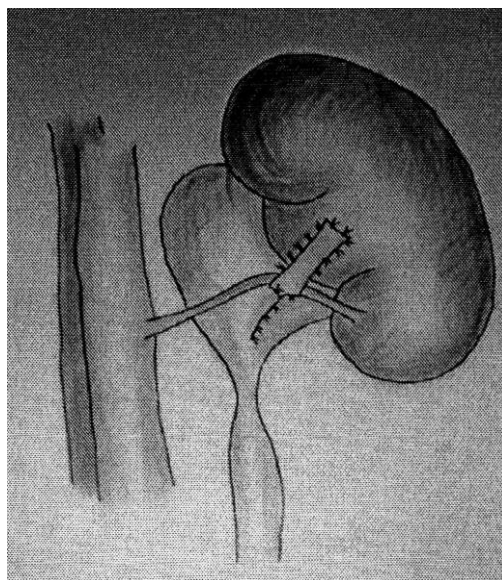
**Способ восстановления проходимости лоханочно-мочеточникового
сегмента путем перемещения абберантного сосуда лоскутом лоханки**



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

