



(12) **Описание изобретения** К ПАТЕНТУ

(21) 04000812

(22) 03.03.2004

(46) Бюл.37 (1), 2005

(71) (73) Азизов А.А. (TJ)

(72) Азизов А.А.(TJ); Бакиева Г.Т.(TJ); Ли О.Э. (TJ); Шаханов А.Ш. (TJ); Мирзоев Р.К. (TJ); Сафедов Ф.Х. (TJ)

(56) 1. RU 2106814 C1, (Российская медицинская академия последипломного образования министерство здравоохранения и медицинской промышленности), 20.03.1989

2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии, М., Медицина, 1998, том 2, 167

3. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия, Руководство для врачей, М., Медицина, 1996, 26

4. Лопаткин Н.А., Шевцова И.П. Оперативная урология, руководство для врачей, Л., Медицина, 1986, 181-182.

5. SU 1438728 A1 (Московский научно-исследовательский институт педиатрии и детской хирургии), 23.11.1988

6. US 6,676,651 (B/BRAUN MELSUNGEN AG) 13.01.2004

(54) СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО ПОВОДУ ЕГО ЭКСТРОФИИ

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и урологии, и может быть использовано при формировании мочевого пузыря его местными тканями по поводу его экстротфии.

Сущность способа заключается в введении в полость вновь сформированного мочевого пузыря «единого дренажа», выводимого общим блоком через уретру.

Способ позволяет улучшить дренажную функцию мочевыделительной системы и предотвратить образование мочевых затеков, флегмон оклопузырной клетчатки и снизить частоту расхождения швов.

Предложенный способ относится к медицине, а именно к детской хирургии и урологии.

Экстрофия мочевого пузыря – тяжелый, сложный порок среди всех пороков развития у детей. Представляет собой врожденное отсутствие передней стенки мочевого пузыря и участка брюшной стенки.

Клиническая картина экстрофии мочевого пузыря специфична – через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко – красного цвета слизистая оболочка задней стенки мочевого пузыря. Слизистая оболочка легко ранима, болезненна и кровоточит от соприкосновения с одеждой. Моча вытекает постоянно, вызывая мацерацию кожи, бедер и промежности.

Известен способ дренирования мочевого пузыря, предусматривающий выведение одной дренажной трубки отдельным разрезом на переднюю брюшную стенку, а другой – через вновь сформированную уретру [1].

Наиболее близким к предлагаемому способу по технической сущности является применение 3-х дренажей: двух мочеточниковых катетеров и одного петцеровского, заключающееся в выведении одновременно петцеровского катетера и правого мочеточникового катетера через прокол левой стенки мочевого пузыря и кожи. Левый мочеточниковый катетер укладывают на уретральную пластинку с целью уретропластики [2].

Недостатками перечисленных способов дренирования мочевого пузыря являются неудобства при уходе за дренажами, просачивание мочи в паравезикальную клетчатку, производящее к образованию мочевых затеков и флегмон.

В связи с этим возникает необходимость разработки способа дренирования мочевого пузыря, который позволил бы повысить эффективность лечения данной патологии и избежать наиболее часто встречающихся послеоперационных осложнений, таких как: мочевые затеки, флегмоны, несостоятельность швов.

Целью предложенного способа является использование устройства “единого дренажа” (фиг.1), который позволяет улучшить дренажную функцию мочевыделительной системы и предотвратить вышеперечисленные осложнения.

Поставленная цель дренирования при формировании мочевого пузыря по поводу его экстрофии достигается путем установления дренажа и выведения из почек и мочевого пузыря единым блоком через вновь сформированные мочевой пузырь и уретру. Устройство “единый дренаж” состоит из одного полиэтиленового катетера, на проксимальном конце которого выполнены боковые отверстия, соответственно уровням устьев мочеточников, для проведения двух мочеточниковых катетеров, которые в свою очередь выводят через дистальный конец наружу. В асептических условиях под общим обезболиванием перед формированием стенок мочевого пузыря в полость его устанавливают предложенное устройство (единый дренаж) (фиг. 2.а). После катетеризации обоих мочеточников до почек дистальные концы катетеров вводят через боковые отверстия устройства и единым блоком выводят через уретру.

Следует отметить то, что между “кожухом” – (полиэтиленовый катетер) и мочеточниковыми катетерами должно сохраняться свободное про-

странство для оттока мочи (фиг. 2.б), а само устройство должно свободно располагаться в полости вновь сформированного мочевого пузыря, в противном случае, существует риск образования пролежней и травмирования стенки дна мочевого пузыря. Устройство в полости мочевого пузыря фиксируют предварительным швом (кетгутотом № 00) во избежание его выпадения, затем приступают к формированию мочевого пузыря (фиг.3).

Данный способ применен в клинике детской хирургии Таджикского Государственного медицинского университета при экстрофии мочевого пузыря у 10 больных. Возраст детей колебался от 2 до 11 лет.

Пример: Девочка И. 3 года. Диагноз: экстрофия мочевого пузыря, недержание мочи. Двухсторонний хронический пиелонефрит в фазе латентного течения.

Папилломатоз. Ребенок родился с экстрофией мочевого пузыря. Диаметр экстрофированной площадки составлял 4-5 см. Устья мочеточников располагались на межмочеточниковом валике и выступали в виде сосочков. Моча выделялась порциями, струя живая. Вокруг экстрофированного мочевого пузыря кожа гиперемирована, мацерированна, имеются папилломатозные и кандиломатозные разрастания, распространяющиеся на паховую область и промежность.

Ребенку проводилось полное клинико-лабораторное и рентгеноурологическое обследования. В анализах мочи отмечается лейкоцитурия (70-80 в поле зрения), белок 0, 033%, соли в значительном количестве. В посевах мочи высеяна клебсиелла, чувствительная ципрофлоксацину, гентамицину и кефзолу. В анализах крови – анемия ($3,2 \times 10^{12}$), СОЭ – 6 мм/ч. Биохимические анализы крови в пределах нормы. На обзорной рентгенограмме костей таза лонная кость недоразвита, укорочена, диафиз лонных костей 6-8 см. На экскреторной урографии выделительная функция обеих почек своевременна, отмечается незначительное расширение чашечно-лоханочной системы, выраженная картина пиелонефрита, мочеточники несколько атоничны. При ультразвуковом исследовании имеется некоторое расширение чашечно – лоханочной системы.

Предоперационная подготовка больной заключалась в деконтоминации (предварительная профилактическая антибактериальная терапия), витаминотерапии, плазматрансфузии, применении иммунных препаратов (Т-активин, тималин).

Местно, кожа обработана диоксидином. Раздраженная поверхность смазана “мазью Лассара”, пастой “Теймурова”.

Под общим обезболиванием предварительно были удалены папилломатозные разрастания. Далее по границе слизистой мочевого пузыря и кожи окаймляющим разрезом послойно от шейки мочевого пузыря произвели мобилизацию мочевого пузыря сначала с левой, затем с правой стороны. Далее в устья мочеточников были вставлены мочеточниковые катетеры. Перед формированием стенок мочевого пузыря в образовавшуюся полость вставлен полиэтиленовый катетер, через боковые отверстия которого провели мочеточниковые катетеры. Данное устройство единым блоком было выведено через уретру. Край формируемого мочевого пузыря ушиты двухрядными викриловыми швами. Особое внимание уделялось

шейке мочевого пузыря, которая была укреплена за счет мобилизованных мышц сфинктера мочевого пузыря. Остаток апоневроза прямых мышц мобилизовали и произвели поперечное рассечение с продольным ушиванием его так, что свободно удалось ушить над мочевым пузырем. Дефект кожи ушит встречными треугольными лоскутами по принятой нами методике.

Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Мочеточниковые катетеры удалены на 18-день, катетер из мочевого пузыря на 20-день. После удаления катетеров отмечалось недержание мочи. Ребенку ежедневно производилась санация мочевого пузыря, после чего девочка стала удерживать мочу в положении лежа. Спустя месяц проводилось физиотерапевтическое лечение, а именно электрофорез с прозеринумом, в дальнейшем амплипульс. После проведенной комплексной терапии ребенок стал частично удерживать мочу. Девочка выписана в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией явиться через 6 месяцев на контроль. В результате проведенных исследований через 6 месяцев на экскреторной урографии выявляются несколько застойные мочеточники, что объясняется

сдавлением их устьев в результате соприкосновения устьев друг с другом из-за малой емкости мочевого пузыря. В последующем застойные явления исчезают за счет отхождения устьев мочеточников друг от друга, вследствие постепенно увеличивающейся емкости мочевого пузыря. Применение данного способа позволило восстановить целостность мочевого пузыря, его сфинктера и мочеиспускательного канала. Эффект лечебного воздействия достигнут применением устройства (единого дренажа) по дренированию мочевого пузыря.

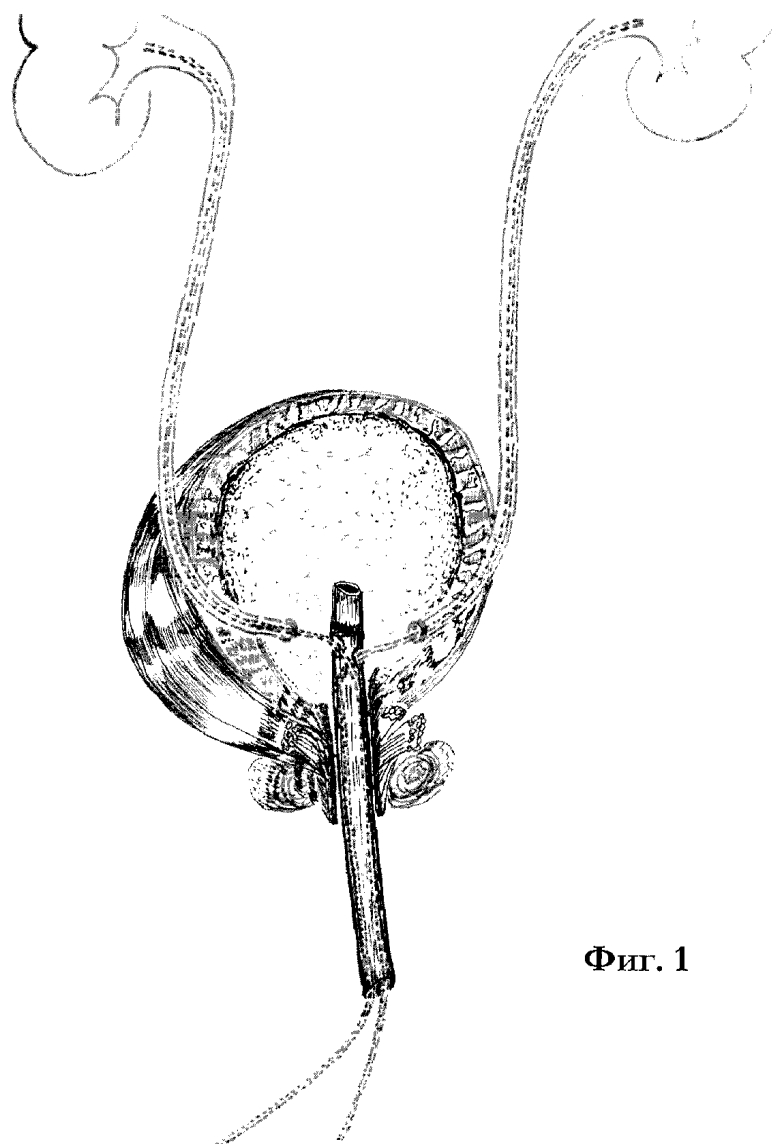
Данный способ может быть использован в клиниках детской хирургии. По техническому исполнению способ прост, доступен, не требует специального оборудования и подготовки. На сегодняшний день с использованием предлагаемого метода прооперировано 10-детей.

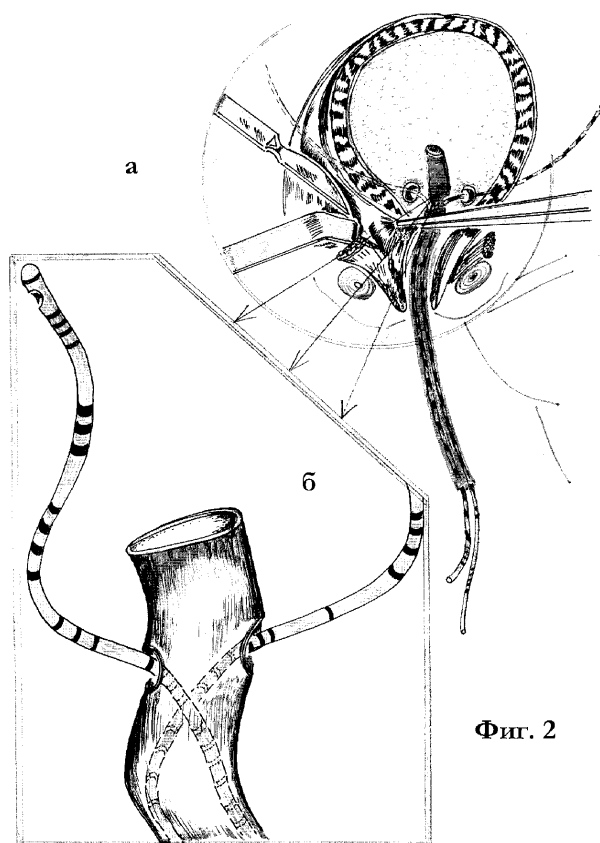
Преимуществом данного метода является то, что при выведении дренажей единым блоком меньше травмируются ткани вновь созданного мочевого пузыря и уретры, что благотворно влияет на процессы заживления раны, а следовательно частота расхождения швов снижается до минимума.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

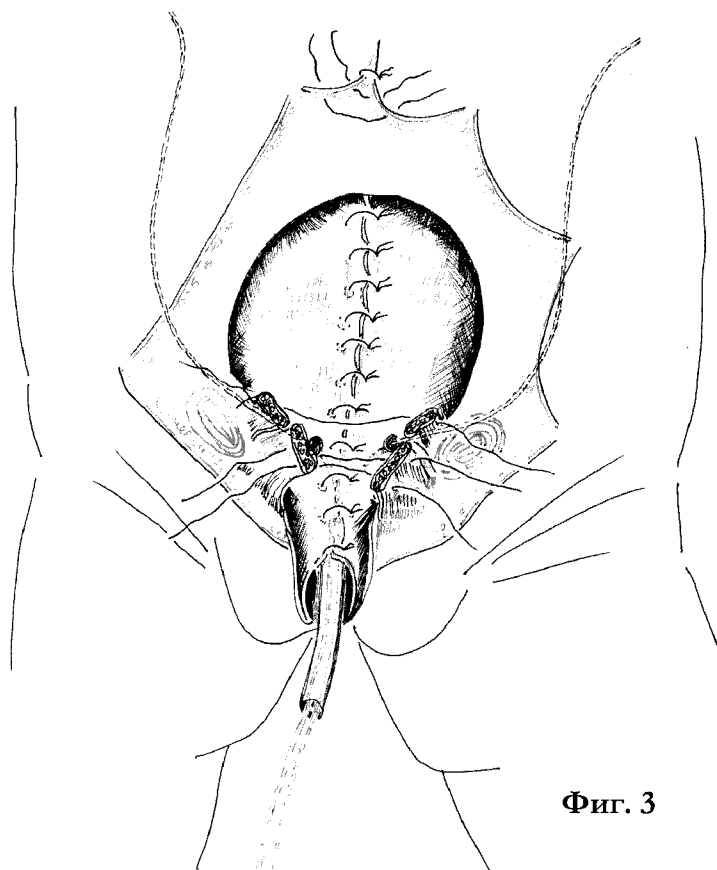
Способ дренирования при формировании мочевого пузыря по поводу его экстрофии путем установления дренажа, содержащего два мочеточниковых катетера, **отличающийся тем, что при**

дренировании дренаж выводятся из почек и мочевого пузыря единым блоком через вновь сформированные мочевой пузырь и уретру.





Фиг. 2



Фиг. 3