



Республика Таджикистан

(19) TJ (11) 422

(51) МПК 7 A61B 17/04

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К ПАТЕНТУ

(21) 05000864

(22) 27.05.2005

(46) 14.07.2006, Бюл.40 (1)

(71) (73) Азизов А.А. (TJ); Бакиева Г.Т. (TJ)

(72) Азизов А.А. (TJ); Бакиева Г.Т. (TJ); Зиевидинов А.Р. (TJ); Мирзоев Р.К. (TJ); Сафедов Ф.Х. (TJ); Шаханов А.Ш. (TJ); Шерназаров И.Б. (TJ)

(54) СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ШВОВ НА РАНЫ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ ПОСЛЕ ДЕКОМПРЕССИВНО-САНАЦИОННОЙ НЕФРОЛИТОСТОМИИ.

(56) 1. КАСЫМОВА Х.А. Некоторые морфологические аспекты заживления ран почек при различных методах нефростомии, Здравоохранение Таджикистана, 1982, 5, с. 40-41;

2. RU 93006351 A, 27.07.1995, реферат;

3. BY 4793 C1, 30.12.2002, реферат;

4. МАНАГАДЗЕ Л.Г. и др. Оперативная урология, классика и новации, М., Медицина, 2003, 59.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и урологии и может быть использовано при оперативном лечении обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита у детей.

После декомпрессивно-санационной нефролитостомии для восстановления краев раны накладывают наводящие и редкие швы с захватом паренхимы почки, отступая от краев раны на 2-2,5 см на уровне уретерий, при этом интервал между швами составляет 2-2,5 см.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и урологии и может быть использовано при оперативном лечении обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита у детей.

Известны многочисленные способы наложения швов на паренхиму почки после нефролитостомии по поводу нефролитиаза у детей.

Известен способ наложения швов на рану паренхимы почки в три этажа для получения тесного соприкосновения краев рассеченной раны почки (Kelly, 1902) Однако, применение этого способа производится на паренхиматозной, легко ранимой, воспалительно-измененной ткани почки и осуществляется наложением швов на уровне уретерий чашечно-лоханочной системы (первый ряд), второго ряда через паренхиму и третьего ряда на капсуле почки, практически никакого лечебного эффекта не даёт и выявляются инородными телами, способствующими краевому некрозу и вторичному кровотечению.

С. П. Федоров предлагает применять шов, накладываемый круглыми иглами, проходящими через капсулу и проникающими глубоко до лоханки, а иногда 8-образный шов. Наложение швов по этому способу при обструктивно-гнойном калькулёзном пиелонефрите у детей не лишено недостатков, таких как: прорезывание швов из-за воспалительного инфильтрата паренхимы почки, краевой некроз, развивающийся вследствие нарушения кровообращения швами раны почки, отторжение некротических масс с последующим вторичным кровотечением. Известен также способ наложения П-образного шва на рану паренхимы почки (Кюмель, 1913; А.В. Айвазян, 1978) [1]. Этот способ наложения шва заключается в сопоставлении краев почечной раны, то есть проводят иглу на уровне уретерий чашечно-лоханочной системы с одной стороны и выводят на противоположную сторону, затем через 1 см производят вкол и выкол с проведением иглы с кетгутом на противоположную сторону, где был произведен первый вкол. Далее затягивают шов и завязывают узел, при этом возможно прорезывание или нарушение кровообращения в зоне П-образного шва, кровотечение и обострение пиелонефрита.

Наиболее близким является способ наложения швов при восстановлении краев раны, которые накладывают тонким кетгутом, отступая 0,8-0,9 см от края раны в проекции Бертини-вых колонн. Недостатком этого способа является его несовершенство, которое проявляется вторичным кровотечением на 5-8 сутки после наложения швов, то есть при наложении швов на паренхиму почки захватывается слой паренхимы на 0,5 см от краев разреза и интервал между швами составляем 1 см. При завязывании узлов имеется угроза прорезывания, сужения швов из-за незначительного захвата паренхимы почки в шов, с последующим краевым некрозом и вторичным кровотечением у 22% больных.

Целью изобретения является устранение вышеперечисленных недостатков и профилактика осложнений, таких, как обострение пиелонефрита, вторичное кровотечение из раны почки при лечении обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита у детей.

Поставленная цель достигается тем, что после декомпрессивно-санационной нефролитотомии для восстановления краев раны накладывают наводящие и редкие швы с захватом паренхимы почки, предотвращения отступая от краев раны на 2-2,5 см на уровне уретерий, при этом интервал между швами составляет 2-2,5 см. Способ осуществляют следующим образом: люмботомия, освобождают почку от окружающей рубцовой и воспалительно измененной клетчатки, мобилизуется сосудистая ножка и верхняя треть мочеточника от периферии процесса, накладывается турникет на сосудистую ножку, так чтобы лоханка и мочеточник были свободны вне турникета с целью проверки проходимости мочеточника. Далее выбирается зона с наименьшим количеством сосудов анатрофической зоны, обычно используется линия разреза по Цондеку, проходящая примерно на 1,0 см кзади от середины выпуклого края паренхимы через плоскость естественной делимости почечных артерий, [фиг.1].

Ориентиром для проведения скальпеля являются камни поверхностно расположенные в чашечках. При соприкосновении скальпеля с камнем чувствуется хруст и мимо него напором выходит гнойная моча, [фиг.2], т.е. создается декомпрессия, извлекается подлежащий конкремент, затем изогнутым зажимом пройдя в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС), чуть приподнимая зажим разрез паренхимы можно свободно продолжать в продольном направлении до нужного размера. Обычно длина разреза соответствует длине почки (от уровня верхней до нижней чашечки) [фиг.3].

Санацию полостной системы почки от конкрементов, гнойно-некротических масс производят на сухой почке, т.е. с жгутом на сосудистой ножке. Лигирование пересеченных сосудов осуществляется их обшиванием. Контроль гемостаза выполняется расслаблением турникета с последующим его зажатием [фиг. 4].

Важным этапом операции является наложение узловых швов на рану паренхимы почки, при этом строго учитывается степень воспалительного процесса: отек, инфильтрат, апостоматоз, паранефрит, лимфаденит вокруг сосудистой ножки и др. [фиг.5 а, б]. Швы должны быть наводящими и редкими, чтобы не нарушить гемо-и-лимфоотток в зоне почечной раны.

Во избежание прорезывания швов, вкол и выкол иглы с кетгутом № 1-2 производится от краев инфильтрированной ткани почки на 2-2,5 см, с захватом уретерий и с интервалами между швами в 2,0-2,5 см [фиг.6 а, б]. Предварительно в ЧЛС вставляют 2-полиэтиленовые трубки с целью промывания ЧЛС метрогилом, фурациллином, новокаином с антибиотиками, диоксином и т. д. [фиг.7].

Данный способ применен в клинике детской хирургии ТГМУ при лечении обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита у 20 детей. Возраст детей от 1 до 14 лет.

Пример: Мальчик Негматов А., 3 лет. Диагноз: Мочекаменная болезнь, множественные камни левой почки. Обструктивно-гнойный калькулёзный пиелонефрит слева, хронический пиелонефрит 1-справа, ХПН-1, хронический цистит.

Ребенок болен в течение 6-месяцев, отмечалось беспокойство, слабость, вялость, временами повышение температуры тела, плохой аппетит, вздутие живота, бледность кожных покровов, резкая болезненность в области левой почки.

Проведено полное клиника-лабораторное и рентгено-урологическое обследование. В анализах мочи отмечается лейкоцитурия (от 125 до 150 в поле зрения), белок- 0,33%, удельный вес- 1011-1015, соли в незначительном количестве. В посевах мочи: высеяны *Klebsiella*, синегнойная палочка, чувствительные к неваксону, гентамицину. В пробе Ничепоренко: L-3000: Ег-1500 (№+L=2000, Ег=1000) А в анализе крови - гипохромная анемия и СОЭ - 40 мм/ч, биохимические анализы крови - проба Тимол - Вероналовая 4,9; Алт -1,60, Аст- 1,73; в белковой фракции крови альбумин 37,3, а другие показатели крови в пределах нормы.

На обзорной рентгенограмме мочевыводящих путей: в проекции левой почки определяются коралловидные и множественные тени конкрементов размерами 15-10, 11-13 мм. На экскреторной урографии, сделанной на 7, 20 минутах и через 1 час слева функции нет, определяются тени конкрементов, справа со стороны чашечно-лоханочной системы отклонений от нормы нет, функция своевременная. На цистограмме рефлюкса нет.

При ультразвуковом исследовании размеры левой почки 90-48 мм, толщина паренхимы 0,6 см истончена, ЧЛС деформирована, чашечки до 10 мм, лоханка до 20 мм расширена, в ЧЛС определяются тени конкрементов 15-10 мм, 11-13 мм, и множество мелких. Размеры правой почки 72-32 мм, толщина паренхимы 11 мм, незначительное уплотнение паренхимы почки.

На доплерографическом обследовании относительное стенозирование дуговых артерий слева.

Предоперационная подготовка больного осуществлялась проведением инфузионно-детоксикационной терапии р-рами декстрозы, рингера, гемодеза, больной также принимал антибиотики и уросептики: метрогил, неваксон, невивграмон, 5-нок; витаминотерапию, энтеросорбцию

(сорбит, полифепан, энтеросгел, уголь активированный), спазмолитики, обезболивающие, иммуностимуляторы.

Под общим обезболиванием, поясничным разрезом слева послойно обнажено забрюшинное пространство, мочеточник взят на держалку, почка размером 12-8-6 см, проведен нефролиз, уретеролиз. Почка отечная, инфильтрированная, пальпаторно заполнена камнями. На сосудистую ножку наложен жгут под контролем указательного пальца левой руки. Перпендикулярным разрезом произведена нефротомия, под напором выделилась мутная, гнойная моча с застойной кровью. Удалены все мелкие конкременты, после чего из лоханки удален обтурирующий коралловидный камень, лоханка и вся ЧЛС промыты раствором метрогила. Проверка проходимости мочеточника показала свободную проходимость. Произведена интравенальная пластика кетгутом №3/0, контроль гемостаза путем расслабления жгута, гемостаз сухо. ЧЛС дренирована двумя полиэтиленовыми катетерами; один в В/З мочеточника, второй в лоханке, рана почки ушита кетгутом № 1, между швами интервал 2,0 см, глубина 1,5-2,0 см; промыты трубки, функционируют хорошо, жгут на ножке через 20-25 минут снят. Катетеры выведены через отдельный контрап-

пертурный разрез между 12-11 ребром и фиксированы к коже. Рана промыта раствором метрогил+новокаин 0,5%, осушена, «сигара» в забрюшинное пространство, наложены на рану послойные швы и повязка со спиртом.

Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. На 6-7 сутки удалены катетеры из почки, первые три дня у ребенка отмечалось болезненное мочеиспускание, мутная моча сохранялась в течение 15 суток, затем моча очистилась, ребенок выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией явиться через 6 месяцев на контроль.

Контрольное исследование через 6 месяцев проводилось полным клинико-лабораторным и рентгено-урологическим обследованием. По результатам обследования никаких отклонений от нормы нет.

Применение данного способа при наложении наводящих и редких швов на рану паренхимы почки позволило предотвратить вторичное кровотечение из раны почки при лечении, краевой некроз и обострение пиелонефрита. Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует об эффективности способа наложения наводящих и редких швов на рану паренхимы почки после декомпрессивно-санационной нефролитостомии. Эффект лечебного воздействия достигнут тем, что вкол и выкол иглы производятся от краев инфильтрированной ткани почки на 2-2,5 см, с интервалом между швами в 1,5 - 2,0 см.

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 оперировано 20 детей. Преимущество данного способа заключается в том, что наложение наводящих и редких швов с захватом паренхимы на 2-2,5

см редких швов с захватом паренхимы на 2-2,5 см, от краев разреза с выколом на уровне уретерий и с вколом на противоположную половину почки предотвращает ишемию с последующим краевым некрозом, нарушение кровообращения и вторичное кровотечение оперированной зоны.

Формула изобретения

Способ наложения швов на рану паренхимы почки после декомпрессивно-санационной нефролитостомии, включающий захват ткани почки в шов, **отличающийся тем, что** с интервалом в 2-2,5 см накладывают наводящие и редкие швы с захватом паренхимы почки и уретерий, причем величина отступа от края раны составляет 2-2,5 см.