



(19) KG (11) 2109 (13) C1
(51) A61B 17/00 (2018.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И ИНОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20180047.1

(22) 02.05.2018

(46) 31.12.2018, Бюл. № 12

(76) Усупбаев А. Ч.; Курбаналиев Р. М.; Колесниченко И. В.; Боталаев Б. А.; Султанов Б. М. (KG)

(56) Лопаткин Н. А., Люлько А. В. Аномалии мочеполовой системы. - Киев: "Здоров'я", 1987. - С. 186-187

(54) Способ хирургического лечения уретероцеле

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к урологии, и может быть использовано при лечении аномалий структуры мочеточника - уретероцеле.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения уретероцеле, обеспечивающего исключение таких осложнений, как стеноз устья и интрамурального отдела мочеточника, несостоятельность швов и послеоперационные свищи.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения уретероцеле, заключающемся в его трансвезикальном вскрытии с формированием артифициального устья мочеточника путем сшивания слизистой оболочки мочевого пузыря и дорсальной стенки уретероцеле, при этом выкраивают лоскут на ножке из слизистого слоя мочевого пузыря параллельно интрамуральному отделу мочеточника, лоскут укладывают на дефект вентральной поверхности мочеточника, производят вентральную пластику мочеточника с формированием его устья и фиксацией лоскута непрерывным "вворачивающимся" швом.

Использование дорсальной стенки уретероцеле и вентрального лоскута мочеточника позволяет сформировать устье мочеточника в его первоначальном месте с полноценным диаметром, что исключает возможность возникновения осложнений в виде стеноза устья и интрамурального отдела мочеточника, а также обеспечить антирефлюксный механизм мочевыделения с абсолютной герметичностью непрерывного «вворачивающегося» шва, исключающего осложнения в виде несостоятельности швов и послеоперационных свищей.

1 н. п. ф., 1 пр., 5 фиг.

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии, и может быть использовано при лечении аномалий структуры мочеточника - уретероцеле.

Известен способ лечения уретероцеле (патент RU № 2164087 C1, кл. A61B 17/00, 2001), при котором формируют внутривезикальный отдел мочеточника из задней стенки уретероцеле и слизистой оболочки мочевого пузыря, укрепляя переднюю стенку мочеточника слизисто-подслизистым лоскутом мочевого пузыря двурядными узловыми швами. Однако, при данном способе хирургического лечения возможна нехватка собственных тканей дорсального отдела уретероцеле и слизистой оболочки мочевого пузыря для формирования устья мочеточника, что приводит к последующему стенозированию его устья и интрамурального отдела.

Ближайшим аналогом является способ хирургического лечения уретероцеле (Лопаткин Н. А., Люлько А. В. Аномалии мочеполовой системы. - Киев: "Здоров'я", 1987. - С. 186-187), который заключается в трансвезикальном вскрытии уретероцеле с формированием артифициального устья мочеточника путем перемещения и сшивания слизистой оболочки мочевого пузыря со слизистой оболочкой мочеточника.

Недостатком данного способа является широкое отслаивание слизистой оболочки мочевого пузыря, что приводит к нарушению ее трофики с последующей несостоятельностью созданного устья мочеточника и невозможности создания внутривального отдела мочеточника длиной, достаточной для предотвращения пузирно-мочеточникового рефлюкса.

Задачей изобретения является разработка способа хирургического лечения уретероцеле, обеспечивающего исключение таких осложнений, как стеноз устья и интрамурального отдела мочеточника, несостоятельность швов и послеоперационные свищи.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения уретероцеле, заключающемся в его трансвезикальном вскрытии с формированием артифициального устья мочеточника путем сшивания слизистой оболочки мочевого пузыря и дорсальной стенки уретероцеле, при этом выкраивают лоскут на ножке из слизистого слоя мочевого пузыря параллельно интрамуральному отделу мочеточника, лоскут укладывают на дефект вентральной поверхности мочеточника, производят вентральную пластику мочеточника с формированием его устья и фиксацией лоскута непрерывным "вворачивающимся" швом.

Способ осуществляют следующим образом.

Под спинномозговой анестезией производят высокое сечение мочевого пузыря. При визуализации уретероцеле осуществляют иссечение его вентральной поверхности с оставлением дорсальной (фиг. 1, 2). Вдоль дорсальной поверхности по ходу интрамурального отдела мочеточника рассекаются слизистая и подслизистая оболочки мочевого пузыря. В просвет мочеточника устанавливают стент-катетер № 8-10F. Далее, параллельно мочеточнику производится иссечение лоскута из слизистой оболочки мочевого пузыря на ножке, обращенной в сторону отверстия мочеточника длиной, равной дорсальной стенке уретероцеле (+0,5 см) и шириной около 1 см (фиг. 3). После этого, выкроенный лоскут укладывают на дефект вентральной поверхности мочеточника слизистой оболочкой, обращенной в сторону его просвета. Далее, по сторонам от лоскута с обеих сторон рассекаются слизистая и подслизистая оболочки мочевого пузыря и отсепаровываются от оболочек мочеточника. Лоскут фиксируют непрерывным "вворачивающимся" швом к мочеточнику с обеих сторон нитью полигликазида № 3-0 (фиг. 4). Затем классическим непрерывным швом ушивают дефект слизистой оболочки мочевого пузыря от латерального угла к медиальному. Из оставшегося лоскута длиной 0,5 см формируют устье мочеточника четырьмя узловыми швами нитей полигликазида № 3-0 (фиг. 5). Ушивают дефект мочевого пузыря с его последующим дренированием двухходовым уретральным катетером Фолея № 18. Стент-катетер удаляют на 21-й день после хирургического лечения.

Предложенным способом хирургического лечения прооперировано 19 пациентов с уретероцеле II степени в возрастном диапазоне от 20 до 45 лет. Из них, двустороннее уретероцеле было выявлено у двух больных. Все пациенты обследованы в различные катамнестические сроки от 3-6 месяцев до 1 года. При этом, нарушений функционального состояния верхних мочевыводящих путей не выявлено.

Пример.

Пациентка С., 28 лет, поступила на стационарное лечение в отделение эндоскопической и реконструктивно-пластики урологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения КР с клиническим диагнозом: Аномалия структуры мочеточников. Уретероцеле слева II степени. Уретерогидронефроз слева. Хронический пиелонефрит.

При поступлении пациентка жаловалась на боли постоянного ноющего характера в левой половине поясничной области, над лоном, частые позывы к мочеиспусканию. Из анамнеза выяснилось, что вышеперечисленные жалобы беспокоят с 14-летнего возраста, наблюдалась амбулаторно в ЦСМ с диагнозом: Хронический левосторонний пиелонефрит, цистит.

Проводимое ранее лечение давало временный положительный эффект. При очередном ухудшении общего состояния произведено УЗИ почек, где обнаружено нарушение пассажа мочи из левой почки. По показаниям сделаны обзорная и серия экскреторных уrogramм, смотровая цистоскопия, на основании которых диагноз был верифицирован. Размеры уретероцеле составляли 5,5x4,0 см, что соответствовало II степени классификации Усона (Uson, 1961).

Пациентке проведено хирургическое лечение в объеме иссечения уретероцеле и формирование устья мочеточника по предложенному способу. Этапы операции: высокое сечение мочевого пузыря; иссечение вентральной поверхности уретероцеле; выкраивание лоскута на ножке из слизистой оболочки мочевого пузыря соответственно размерам уретероцеле и параллельно мочеточнику; стентирование мочеточника катетером № 8F; фиксация лоскута к дефекту вентральной

оболочки мочеточника слизистой оболочкой, обращенной в сторону его просвета непрерывным «вворачивающимся» швом нитей полигликазида № 3-0; ушивание дефекта слизистой оболочки мочевого пузыря и далее его стенок с дренированием двухходовым уретральным катетером Фолея № 18.

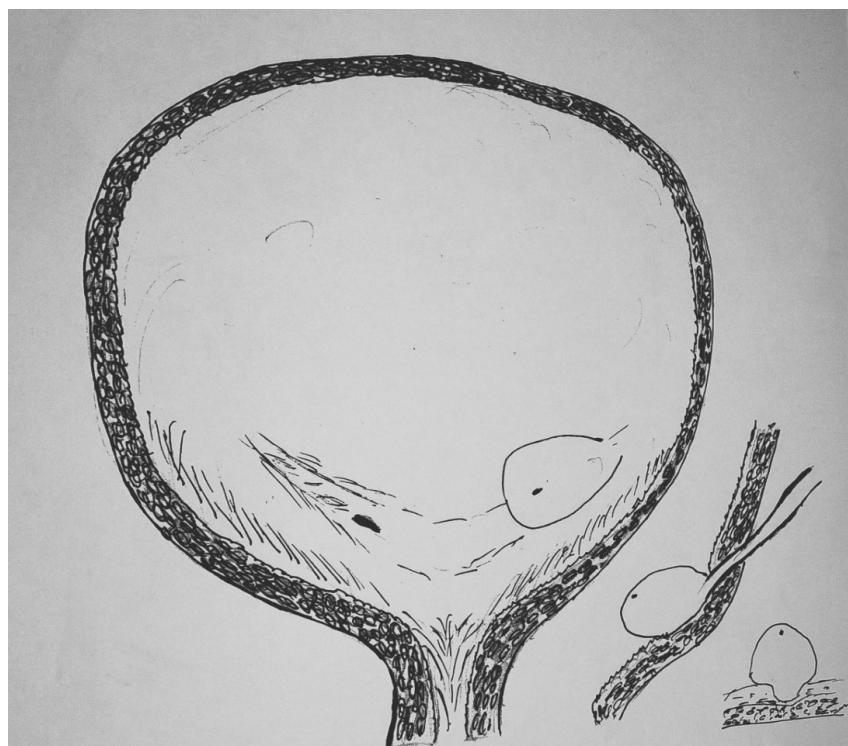
Уретральный катетер удален на вторые сутки после операции, после чего пациентка находилась на принудительном мочеиспускании. Была выписана из стационара на пятые сутки после операции при полном отсутствии клинической симптоматики и первичном заживлении послеоперационной раны. Стент-катетер удален на 21-е сутки после операции.

Контрольное обследование проведено через 3-6 месяцев и 1 год после хирургического лечения. В результате проведенного лечения уже через 3 месяца отмечалось полное восстановление функционального состояния оперированной почки, сохраняемое спустя 1 год после операции.

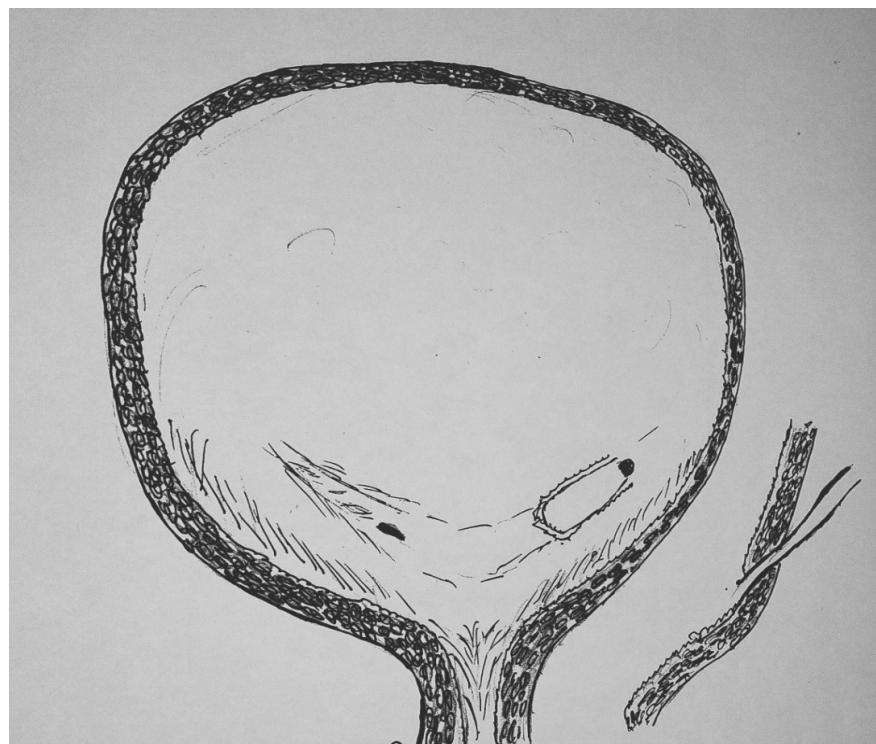
Формула изобретения

Способ хирургического лечения уретероцеле, заключающийся в трансвезикальном вскрытии уретероцеле с формированием артифициального устья мочеточника путем перемещения и сшивания слизистой оболочки мочевого пузыря со слизистой оболочкой мочеточника, отличающимся тем, что производят формирование устья мочеточника из слизистой оболочки мочевого пузыря и дорсальной стенки уретероцеле, выкраивают лоскут на ножке из слизистого слоя мочевого пузыря параллельно интрамуральному отделу мочеточника, укладывают лоскут на дефект вентральной поверхности мочеточника, производят вентральную пластику мочеточника с формированием его устья и фиксацией лоскута непрерывным «вворачивающимся» швом.

Способ хирургического лечения уретероцеле

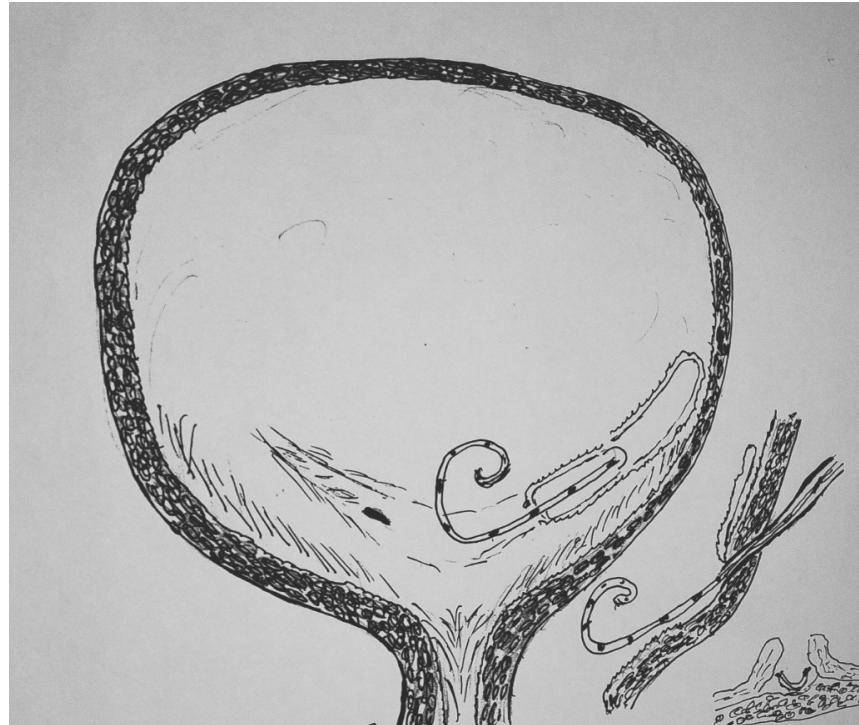


Фиг. 1. Визуализация уретероцеле

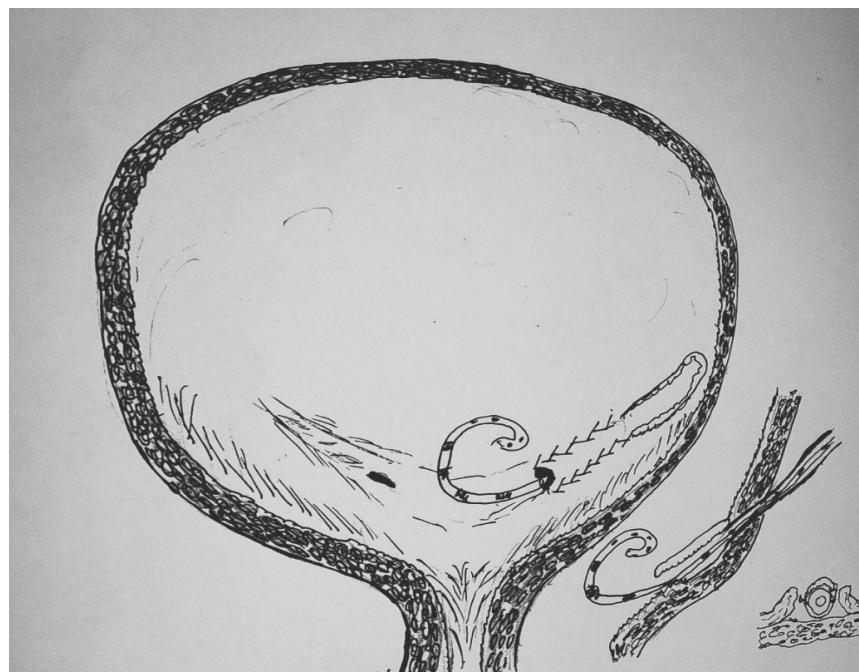


Фиг. 2. Иссечение вентральной поверхности уретероцеле

Способ хирургического лечения уретероцеле

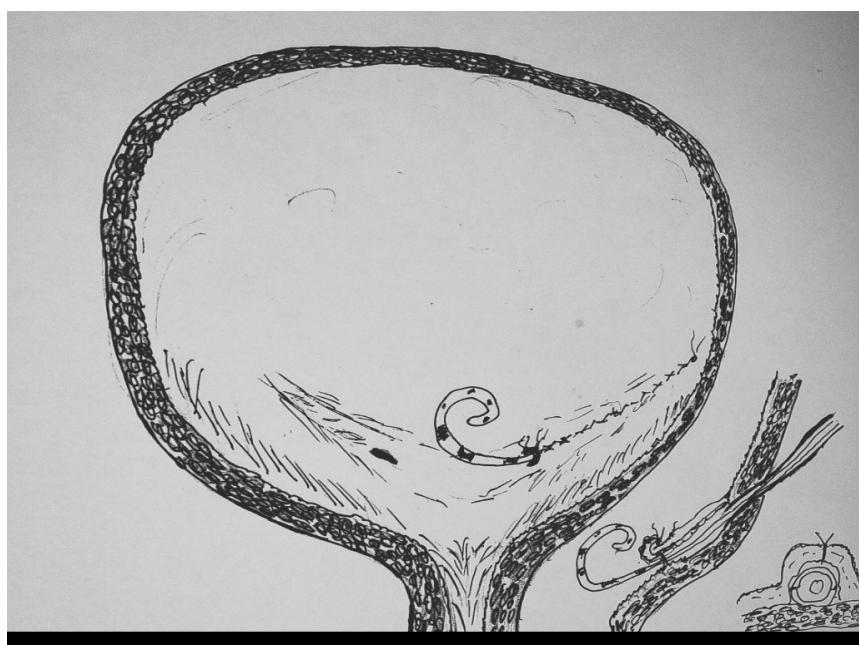


Фиг. 3. Стентирование мочеточника и иссечение лоскута из слизистой оболочки мочевого пузыря на ножке, параллельно мочеточнику



Фиг. 4. Фиксация лоскута к дефекту вентральной поверхности мочеточника слизистой оболочкой, обращенной в сторону его просвета

Способ хирургического лечения уретероцеле



Фиг. 5. Ушивание дефекта слизистой оболочки мочевого пузыря от латерального угла к медиальному на фоне стент-катетера

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03