



(19) KG (11) 958 (13) C1 (46) 30.06.2007

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(51) A61B 17/00 (2006.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(19) KG (11) 958 (13) C1 (46) 30.06.2007

(21) 20060071.1

(22) 03.07.2006

(46) 30.06.2007

(76) Омурбеков Т.О., Керималиев М.К., Акылбеков Р.К. (KG)

(56) Патент RU №2140210, C1, A61B 17/00, 1999

(54) Способ оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к урологии, и может быть использовано при оперативном лечении пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей. Задачей изобретения является разработка способа оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей, включающем вскрытие мочевого пузыря, катетеризацию мочеточника, выделение внутрипузырного отдела мочеточника с сохранением его проходимости, проведение резекции мочеточника, создание подслизистого туннеля в направлении естественного хода мочеточника, вскрытие слизистой в конце туннеля и формирование здесь же чрезмышечного хода, через который втягивают мочеточник в мочевой пузырь и проводят его в подслизистый туннель, ушивание кетгутом мышечного дефекта в области тригонума и слизистой в области проксимального конца туннеля, для стабилизации внутрипузырного отдела мочеточника его стенку фиксируют по окружности к детрузору с внутренней стороны у места вхождения мочеточника в мочевой пузырь узловыми швами из нерассасывающегося материала, затем оставшуюся свободную часть низводят и устье фиксируют к слизистой мочевого пузыря на вершине мочепузырного треугольника 3-4 кетгутовыми швами, дефект слизистой над внутрипузырным отделом мочеточника ушивают узловыми кетгутовыми швами. 1 пр., 1 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии, и может быть использовано при оперативном лечении пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Пузирно-мочеточниковый рефлюкс – довольно распространенное заболевание мочевой системы, который вызывается несостоительностью замыкающего аппарата устья мочеточника вследствие изменений или врожденных аномалий мочевого пузыря, неврогенных расстройств и т.д. При пузирно-мочеточниковом рефлюксе наблюдается заброс содержимого мочевого пузыря в мочеточник. Для устранения рефлюкса применяют уретероцистоанастомоз, сущность которого состоит в проведении терминального отрезка мочеточника в подслизистом туннеле мочевого пузыря, т.е. имплантация мочеточника на новое место мочевого пузыря.

По данным литературы для хирургического устранения пузирно-мочеточникового рефлюкса предложено большое число операций, основанных на едином принципе – удлинении внутрипузырного отдела мочеточника, который реализуется разными техническими приемами. Однако по данным ряда авторов (Державин В.М., Вишневский Е.Л., Абдурахманов Х.И., Казанская И.В. Пузирно-мочеточниковый рефлюкс у детей. – Бишкек, 1991. – С. 236-242), исследо-

вания уретеровезикального соустья в клинической практике методами урофлоуметрии и профилометрии, показали, что при мегауретере уменьшение длины внутривезикального отдела мочеточника не всегда носит постоянный характер. Данные гистологического исследования выявили структурные изменения в мышечном слое дистального отрезка мочеточника, его разволокнение и преобладание соединительно-тканых элементов, препятствующих нормальной замыкающей функции уретеровезикального соустья.

У большинства больных уменьшение длины внутривезикального отдела мочеточника, вплоть до полного его вывиха из мочевого пузыря, сменяется полным восстановлением анатомических взаимоотношений между мочеточником и стенкой мочевого пузыря. Этот процесс обусловлен двумя причинами: ослаблением фиксации мочеточника в мочевом пузыре и преобладанием сил, которые периодически его вывихивают. Природа этих сил заключена в возбужденном состоянии детрузора, а реализуется через мочеточниковые оболочки.

Известен способ оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса (Патент RU №2140210, С1, A61B 17/00, 1999), заключающийся в формировании внутривезикального отдела мочеточника в подвижной части на задней стенке мочевого пузыря, путем выкраивания слизисто-подслизистого лоскута разрезом, окаймляющим устье мочеточника в направлении устья противоположного мочеточника и сшивании краев лоскута, сформированную трубку покрывают слизисто-подслизистым слоем мочевого пузыря.

Недостатки данного способа: не резецируется дистальная суженная (патологически измененная) часть мочеточника; не фиксируется к стенке детрузора (дополнительная фиксация); сформированный туннель в данном случае не выполняет функцию «мышечного жома»; при данном виде операции не учитывается опорная функция треугольника Льето; угол вхождения в мочеточник остается патологически измененным; отсутствует профилактика «подвывиха» в отдаленном послеоперационном периоде.

Исходя из этого, представления о нарушениях антирефлюкской функции уретеровезикального соустья, предложен новый способ оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей – везикализация внутривезикального отдела мочеточника.

Задачей изобретения является разработка способа оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Поставленная задача решается тем, что в способе оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей, включающем вскрытие мочевого пузыря, катетеризацию мочеточника, выделение внутривезикального отдела мочеточника с сохранением его проходимости, проведение резекции мочеточника, создание подслизистого туннеля в направлении естественного хода мочеточника, вскрытие слизистой в конце туннеля и формирование здесь же чрезмышечного хода, через который втягивают мочеточник в мочевой пузырь и проводят его в подслизистый туннель, ушивание кетгутом мышечного дефекта в области тригонума и слизистой в области проксимального конца туннеля, для стабилизации внутривезикального отдела мочеточника его стенку фиксируют по окружности к детрузору с внутренней стороны у места вхождения мочеточника в мочевой пузырь узловыми швами из нерассасывающегося материала, затем оставшуюся свободную часть низводят и устье фиксируют к слизистой мочевого пузыря на вершине мочепузырного треугольника 3-4 кетгутовыми швами, дефект слизистой над внутривезикальным отделом мочеточника ушивают узловыми кетгутовыми швами.

Способ выполняется следующим образом.

Без широкой мобилизации вскрывают мочевой пузырь, катетеризируют мочеточник, на устье накладывают держалку для подтягивания мочеточника при его выделении (рис. 1.1, 1.2). Выделяют внутривезикальный отдел мочеточника с сохранением его проходимости, проводят резекцию на расстоянии 3-3.5 см от дистальной, измененной части (рис. 1.3). Создают подслизистый туннель длиной ≈ 2 см в направлении естественного хода мочеточника. В конце туннеля вскрывают слизистую и здесь же формируют чрезмышечный ход, через который за держалку втягивают мочеточник в мочевой пузырь и проводят его в подслизистый туннель. Мышечный дефект в области тригонума и слизистую в области проксимального конца туннеля ушивают кетгутом. Для стабилизации внутривезикального отдела мочеточника его стенка фиксируется по окружности узловыми швами из нерассасывающегося материала к детрузору (рис. 1.4) с внутренней стороны у места вхождения мочеточника в мочевой пузырь. Тем самым устраняется недостаточность механизма, фиксирующего внутривезикальный отдел мочеточника в детрузоре. Затем оставшуюся свободную часть низводят и фиксируют устье к слизистой мочевого пузыря на вершине мочепузырного треугольника 3-4 кетгутовыми швами (рис. 1.5). Дефект слизистой над внутривезикальным от-

делом мочеточника ушивают узловыми кетгутовыми швами (рис. 1.6). Мочеточник дренируют. В мочевом пузыре оставляют катетер Фолея и эпидуральную катетеризацию. Рану мочевого пузыря ушивают. На 1-е сутки в предпузырном пространстве оставляют выпускник.

Пример.

Больная А.К., 2 года, поступила в отделение с жалобами, со слов мамы, на беспокойство, капризность, вялость ребенка. Обратились к врачу по месту жительства, где по данным анализов была выявлена лейкоцитурия. С диагнозом острый пиелонефрит направлена в клинику. После проведения комплексного обследования выставлен диагноз: обструктивный мегауретер слева. Уретерогидронефроз слева, уретероцистоцеле. Хронический обструктивный пиелонефрит. Результаты обследования: анализы крови и свертывающая система без патологии; анализ мочи – лейкоцитурия, белок – 0.25; биохимический анализ крови и белковые фракции без патологии.

Проведена операция – резекция уретероцистоцеле и сегмента внутривеного отдела мочеточника слева с везикализацией внутривеного отдела мочеточника. Под интубационным наркозом, после мобилизации передней стенки мочевого пузыря, продольным разрезом вскрыт мочевой пузырь. При вскрытии мочевого пузыря обнаружено цистоцеле, последний вскрыт, по латеральной его стенке открывалось устье мочеточника. Мочеточник после катетеризации хлорвиниловыми трубками выделен на расстоянии 6-7 см от устья. Сегмент внутривеного отдела мочеточника, суженный на расстоянии около 1.0 см, резецирован. Стенка мочеточника у детрузора фиксирована на расстоянии 3-4 см от устья к стенке мочевого пузыря полиакриловыми нитями. Мочеточник уложен с формированием устья в пределах тригонума. Устье зафиксировано с формированием небольшого запаса ткани стенки мочеточника, тем самым, устранив недостаточность механизма, фиксирующего внутривеный отдел мочеточника в детрузоре. Мочеточниковый катетер вывели через отдельное контрапертурное отверстие. Двухрядным кетгутовым швом ушили переднюю стенку мочевого пузыря над уретральным катетером. Послеоперационное течение гладкое, дизурия не беспокоила, обострение пиелонефрита купировали в течение 2-х недель. Мочеточниковый катетер удален на 5-е сутки, цистостомическая трубка удалена на 9-е сутки, после чего восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Заживление раны первичным натяжением. Выписана домой на 20-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Предложенный способ антирефлюксной операции применен у 25-ти детей на 25-ти мочеточниках.

Предложенный способ обеспечивает с высокой степенью эффективности устранять причины, вызывающие экстравезикализацию внутривеного отдела мочеточника и ликвидацию мегауретера с сохранением нормальной топографии устья мочеточника, что крайне важно при необходимости катетеризации мочеточника для диагностики и лечения нарушений уродинамики и возможных заболеваний верхних мочевых путей в дальнейшем.

Формула изобретения

Способ оперативного лечения пузирно-мочеточникового рефлюкса у детей, включающий вскрытие мочевого пузыря, катетеризацию мочеточника, выделение внутривеного отдела мочеточника с сохранением его проходимости, проведение резекции мочеточника, создание подслизистого туннеля в направлении естественного хода мочеточника, вскрытие слизистой в конце туннеля и формирование здесь же чрезмышечного хода, через который втягивают мочеточник в мочевой пузырь и проводят его в подслизистый туннель, ушивание кетгутом мышечного дефекта в области тригонума и слизистой в области проксимального конца туннеля, отличающийся тем, что стенку мочеточника фиксируют по окружности к детрузору с внутренней стороны у места вхождения мочеточника в мочевой пузырь узловыми швами из нерассасывающегося материала, затем оставшуюся свободную часть низводят и устье фиксируют к слизистой мочевого пузыря на вершине мочепузирного треугольника 3-4 кетгутовыми швами, дефект слизистой над внутривенным отделом мочеточника ушивают узловыми кетгутовыми швами.

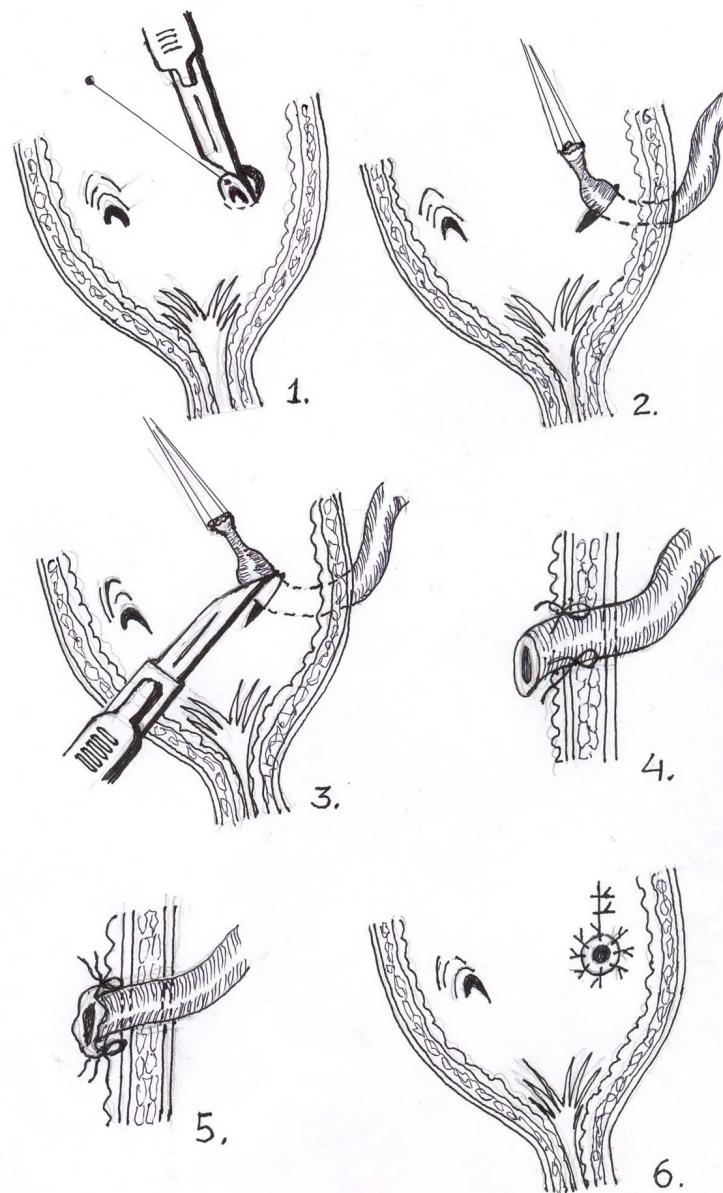


Рис. 1(1 – 6). Техника проведения оперативного лечения двустороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Джакыпов А.К.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03