

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ МІХУРОВО-СЕЧОВОДНОГО РЕФЛЮКСУ У ОДИН ІЗ СЕГМЕНТІВ ПОДВОЄНОЇ НИРКИ ПРИ ПОВНОМУ ПОДВОЄННІ СЕЧОВОДІВ

(21) 2000095569

(22) 29.09.2000

(24) 15.06.2001

(46) 15.06.2001, Бюл. № 5, 2001 р.

(72) Солов'йов Анатолій Єгорович, Барухович
Вадим Якович, Шевельов Тимур Сергійович,
Шалтаф Ахмад Мустафа Мухаммад, ІЛ(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ, СОЛОВ'ЙОВ АНАТОЛІЙ ЄГО-
РОВИЧ, БАРУХОВИЧ ВАДИМ ЯКОВИЧ, ШЕ-
ВЕЛЬОВ ТИМУР СЕРГІЙОВИЧ

(57) Спосіб оперативного лікування міхурово-сечоводного рефлюксу у один із сегментів подвоєної нирки при повному подвоєнні сечоводів шляхом виконання перетинання ураженого сечовода, накладання пієло-уретеро- чи пієло-пієлоанастомозу за типом кінцев у бік, який відрізняється тим, що уражений сечовід залишають, при цьому його перетинають проксимально і максимально дистально з перев'язкою кукси у сечового міхура

Винахід стосується медицини, а саме оперативної урології і може бути використаним у хірургічному лікуванні міхурово-сечоводного рефлюксу (МСР) у один із сегментів подвоєної нирки при повному подвоєнні сечоводів.

Подвоєння нирок серед усіх ниркових аномалій займає перше місце. При цьому найбільше клінічне значення має подвоєння нирок з повним подвоєнням сечоводів, при якому патологічні процеси спостерігаються частіше та перебігають тяжніше.

Подвоєні нирки уражаються різноманітними патологічними процесами у 55,4% та більше спостережень, серед яких велике значення мають МСР у один із сегментів подвоєної нирки, які розвиваються частіш усього внаслідок ектопії в'чка подвоєного сечоводу.

При МСР у один із сегментів подвоєної нирки широко застосовуються як органовиносні методики – геминефректомії, так і органозберігаючі операції з накладенням спілустя поміж подвоєними верхніми сечовими шляхами.

Однак, незважаючи на запропоновані різноманітні способи лікування МСР у один із сегментів подвоєної нирки, все ще високими залишаються частота ускладнень та відсоток органовиносних операцій, висока травматичність оперативних втручань, нечітко уявляється доцільність тих чи інших оперативних заходів.

Відомий спосіб оперативного лікування МСР у один із сегментів подвоєної нирки, який полягає у:

1. геминефректомії (резекції) однієї з половин подвоєної нирки;

2. перетинання та уретеректомії сечовода ураженого сегмента подвоєної нирки;

3. антирефлюксної уретероцистостомії основного сечовода.

(Осипов И.Б., Соснин Е.В., Лебедев Д.А. Хирургическое лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса при удвоении почек у детей //Вестн. хир. им. Н.И. Грекова – 1997. – № 2 – С. 88–91)

Суттєвою ознакою аналога і винаходу, що збігається, є така. перетинання сечовода ураженого сегмента подвоєної нирки.

Проте даний спосіб є складним і травматичним, оперативне втручання тривале за часом, висока імовірність пошкодження судин та інших анатомічних структур, часто виникають післяопераційні ускладнення, які потребують повторних оперативних втручань.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб оперативного лікування МСР у один із сегментів подвоєної нирки, який полягає у:

1. перетинання ураженого сечовода;

2. накладання пієлоуретеро- чи пієло-пієлоанастомозу за типом кінцев у бік;

3. уретеректомії ураженого сечовода

(Карпенко В.С., Терещенко А.В., Шимкус Э.М. и Шимкус С.Э. Отдаленные результаты межлоханочных, мочеточниково-лоханочных и межмочеточниковых анастомозов при удвоении почки

//Урология и нефрология – 1976 – № 4 – С 22–25)

Суттєвими ознаками прототипу і винаходу, що збігаються, є такі:

1 перетинання ураженого сечовода,

2 накладання піелоуретеро- чи піело-пілоанастомозу за типом кінець у бік.

Проте даний спосіб є травматичним і складним, потребує уретеректомії, тривалого післяопераційного відновлення функції основного сечовода, можливо пошкодження судин та інших анатомічних структур, нерідко виникають післяопераційні ускладнення.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу оперативного лікування МСР у один із сегментів подвоєної нирки при повному подвоєнні сечоводів шляхом змінення оперативних заходів, що забезпечить зниження травматичності оперативного втручання та кількості ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає перетинання ураженого сечовода, накладання піелоуретеро- чи піело-пілоанастомозу за типом кінець у бік, новим є те, що уражений сечовід залишають, при цьому його перетинають проксимально і максимально дистально з перев'язкою кукси у сечового міхура.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у наступному.

Оскільки не здійснюється уретеректомія, оперативне втручання стає менш травматичним та тривалим за часом, технічно не складним. Відсутність травматичного виділення сечовода при уретеректомії забезпечує максимальну фізіологічність операції та знижує імовірність порушення крово- та лімфообігу основного сечовода, а також зменшує можливість розвитку паранефриту та парауретерита і, відповідно, зменшує можливість стенозування анастомоза. У подальшому залишок ураженого сечовода перетворюється у рубцевий тяж без ознак запалення та кистозного переродження. Максимально дистальна перев'язка кукси сечовода безпосередньо у стінки сечового міхура усуває можливість рефлюкса у куксу сечовода та зменшує кількість ускладнень. При максимальній дистальній перев'язці кукси сечовода в усіх випадках рефлюкс у куксу сечовода нами не спостерігався або не мав клінічного значення. Кукса сечовода не відсікається, не вилучається та не занурюється у сечовий міхур, що забезпечує максимальну фізіологічність операції, знижує її травматичність, не порушує анатомо-фізіологічних відносин за необхідністю антирефлюксного захисту основного сечовода.

Таким чином, у сукупності суттєві ознаки забезпечують: спрощення, максимальну фізіологічність, зниження травматичності оперативного втручання, не порушуються анатомо-фізіологічні відносини, зменшується частота післяопераційних ускладнень, значно скорочуються терміни лікування.

Спосіб здійснюється таким чином

Під загальним знеболюванням, люмботомним доступом виділяються подвоєні верхні сечові шляхи. Уражений сечовід промивається розчинами антисептиків та перетинається у верхній третині.

ні Накладається піелоуретеро- чи піело-пілоанастомоз за типом кінець у бік. Оперативне втручання здійснюється під 5-кратним збільшенням, з використанням мікрохірургічної техніки. Застосовується атравматичний шовний матеріал, який розсмоктується. Збиральна система нирки не дренируется. Люмботомна рана ушивається наглухо.

Другим розтином за Пфаненштилем чи нижньо-серединним лапаротомним доступом виділяється юкставезікальний відділ ураженого сечовода, сечовід перев'язується максимально дистально, у стінки сечового міхура, потім перетинається. Уражений сечовід залишається (без уретеректомії). Операційна рана ушивається наглухо чи з залишенням дренажу у паравезікальній клітковині.

Приклад. Хвора К., 7 років, надійшла до урологічного відділення за скаргами на біль у животі та поперековій ділянці, зміни у аналізах сечі у вигляді лейкоцитурії та мікрогематурії. При надходженні стан ближче до задовільного. Змін з боку серцево-судинної системи не виявлено. АТ – 100/70 мм рт.ст. У загальному та біохімічному аналізах крові патологічних змін немає. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1015, лейкоцити – 20–25 у полі зору. Аналіз сечі по Нечипоренку: Л-15000, Э-2000. При бактеріологічному дослідженні сечі – зріст кишкової палички. Проба Зимницького, пит. вага – 1010–1017.

УЗД нирок та сечового міхура: ознаки подвоєння нирки справа та уретерогідронефроз верхнього сегмента подвоєної нирки.

Екскреторна урографія: рентгенологічна картина подвоєння нирки справа з повним подвоєнням сечовода та уретерогідронефрозом верхнього сегмента.

Мікційна цистографія: змішаний міхурово-сечоводний рефлюкс III ступеня у верхній сегмент подвоєної нирки справа.

Цистоскопія: подвоєння вічка сечовода справа з медіальною внутрішньоміхуровою (шийковою) ектопією вічка верхнього сегмента та мінімальною латеральною ектопією вічка нижнього сегмента подвоєної нирки; вічко сечовода верхнього сегмента зієє.

Ангіографія нирок: артеріофаза – має місце повне подвоєння нирки справа (ниркова артерія подвоєна); нефрофаза – гомогенна, накопичення контрастної речовини обома половинами подвоєної нирки справа задовільне.

Клінічний діагноз: Аномалія кількості нирок – повне подвоєння нирки справа. МСР (змішаний) III ст. у верхню половину подвоєної нирки справа. Низька внутрішньоміхурова (медіальна – шийкова) ектопія вічка сечовода верхньої половини подвоєної нирки, висока внутрішньоміхурова (латералізація) ектопія вічка сечовода нижньої половини подвоєної нирки справа. Хронічний обструктивний пієлонефрит, неповна клініко-лабораторна ремісія, ФНЗ.

Операція: люмботомія справа, виділені подвоєні верхні сечові шляхи. Уражений сечовід промитий розчинами антисептиків та пересічений у верхній третині. Стан паренхіми обох половин подвоєної нирки задовільний. У основній (нижній) місці викресно вікно овальної форми, накладено

уретеропієлоанастомоз за типом кінець у бік із сечоводом верхньої половини, під 5-кратним збільшенням, з використанням мікрохірургічної техніки та атравматичного шовного матеріала, який розсмоктується, без дренування збиральної системи нирки. Люмботомна рана ушита наглухо.

Доступом за Пфаненштилем виділено юкставезікальний відділ верхнього сечовода, сечовід перев'язаний максимально дистально, у стінки се-

чового міхура, потім його пересічено і залишено, без уретеректомії. Операційна рана ушита з залишенням дренажу у паравезікальній клітковині.

Післяопераційний період – без особливостей. Виписано на 18 добу у задовільному стані. Контроль через 6 місяців після операції: відновлення адекватної евакуації контрасту справа. МСР справа не реєструється. Досягнута стійка клініко-лабораторна ремісія пієлонефриту.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03
