



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58502 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ УРЕТЕРОНЕОЦИСТОАНАСТОМОЗУ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ СЕЧОВОДУ ПО ДОВЖИНІ І ШИРИНІ З ПРИВОДУ УРЕТЕРОГІДРОНЕФРОЗУ

1

2

(21) u201012652

(22) 25.10.2010

(24) 11.04.2011

(46) 11.04.2011, Бюл.№ 7, 2011 р.

(72) БАРАЛО ІГОР ВІТАЛІЙОВИЧ, БАРАЛО БОГ-
ДАН ІГОРОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

(57) Спосіб формування уретеронеоцистоанастомозу після резекції сечоводу по довжині і ширині з приводу уретерогідронефрозу, що передбачає накладання на латеральну поверхню дистальної частини сечоводу після першого ряду окремих вузлових швів вікрилом №4-0, який **відрізняється**

тим, що накладають другий ряд вікрилових швів №4-0 за безперервно-вузловою методикою з початком другого ряду проколом лігатурою довжиною 70 см з проксимального кута рани і виведенням однакової довжини кінців лігатури на обидва боки, далі проводять проколи з обох боків рани сечоводу зі сторони слизової з виходом голки і зав'язуванням вузла на лігатурі з боку адвентиції та після зав'язування вузла лігатуру не зрізають, а продовжують зашивання таким самим чином, що вкол голкою виконується завжди із середини, з боку слизової, а вкол і зав'язування наступного вузла - з боку адвентиції, аж поки не буде зашитим весь дефект бічної поверхні сечоводу.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема урології, а саме до хірургічного лікування хворих на уретерогідронефроз.

Методика резекції сечовода з приводу уретерогідронефрозу, обумовленого стриктурою або нейром'язевою дисплазією термінального відділу, передбачає видалення зміненої частини сечовода на протязі до 4-6 см разом з вічком (резекція по довжині) та в розширеній дистальній частині, яка залишається, смужки стінки сечовода по дистальному його краю довжиною 8-12 см та шириною 1,5-2 см (резекція по ширині) в залежності від ступеня розширення цієї ділянки сечоводу. Цілість стінки дистальної частини сечоводу, як правило відновлюють дворядним вікриловим №4-0 швом. Перший ряд - окремі вузлові шви, а другий ряд - безперервний обвивний шов в самій дистальній частині - вузловий (спосіб Hodgson). Після цього формують з'єднання сечовода підданого резекції з сечовим міхуром в новому місці по задній стінці через підслизовий тунель - виконують уретеронеоцистоанастомоз за Політано-Лиадбедтером. Для профілактики неспроможності цього анастомозу рекомендують розвертати сечовод розсіченою і зшити латеральною поверхнею в бік детрузора. Фіксують сечовод до сечового міхура 4-6 швами вікрилом в двох місцях: в місці першого прокола стінки сечового міхура з боку адвентиції і по вихо-

ду із підслизового тонеля (до 4 см) з боку слизової (Хинман Ф. Оперативная урология: Атлас: Пер. с англ. - ГЭОТАР-Медиа, 2001. - С.825-830).

Недоліком і потенційною небезпекою відомого способу є можливість виникнення неспроможності безперервного шва (другий ряд), який накладається на дистальну частину сечоводу після резекції по ширині, як наслідок ймовірної ішемії. Окремі вузлові шви мають недостатній гемостатичний ефект.

В основу корисної моделі «Спосіб формування уретеронеоцистоанастомозу після резекції сечоводу по довжині і ширині з приводу уретерогідронефрозу» поставлено завдання поєднати переваги безперервного шва в аспекті надійності гемостазу і окремого вузлового в профілактиці неспроможності - розходження шва на ішемізованій ділянці.

Поставлене завдання здійснюється таким способом, що передбачає накладання на латеральну поверхню дистальної частини сечоводу після першого ряду окремих вузлових швів вікрилом №4-0 і відрізняється тим, що накладають другий ряд вікрилових швів №4-0 за безперервно-вузловою методикою з початком другого ряду проколом лігатурою довжиною 70 см з проксимального кута рани і виведенням однакової довжини кінців лігатури на обидва боки, далі проводять проколи з обох боків рани сечоводу зі сторони слизової з виходом голки

UA (19) 58502 (13) U

і зав'язуванням вузла на лігатурі з боку адвентиції та після зав'язування вузла лігатуру на зрізають, а продовжують зашивання таким самим чином, що вкол голкою роблять завжди із середини, з боку слизової, а вкол і зав'язування наступного вузла з боку адвентиції - аж поки не буде зашитим весь дефект бічної поверхні сечоводу.

На кресленнях (Фіг.1, Фіг.2, Фіг.3, Фіг.4) схематично зображено хід операції.

Фіг.1. Схематичне зображення резекції сечоводу по ширині.

Фіг.2. Початок накладання безперервно-вузлового шва на латеральну поверхню сечоводу після резекції.

Фіг.3. Завершення етапу накладання безперервно-вузлового шва на латеральну поверхню сечоводу.

Фіг.4. Кінцевий вигляд уретеронеоцистоанастомозу.

Останній стібок проводиться таким чином, щоб вільні кінці лігатур виходили на дистальному кінці сечоводу, підготовленого до з'єднання з сечовим міхуром, з боку слизової оболонки. Далі мобілізують задню стінку сечового міхура, проводять прокол стінки сечового міхура, створюють наскрізний отвір, який відповідає зовнішньому діаметру підготовленого сечоводу. Формують підслизовий тунель довжиною до 4 см і шириною відповідно діаметру сечоводу. За вільні кінці лігатур із трубочкою протектором (катетером-стентом) всередині сечовід проводять через отвір в стінці сечового міхура і підслизовий тунель до новоствореного отвору на його кінці. Розвертають сечовід таким чином, щоб латеральна поверхня з заштою раною була спрямована в бік детрузора. Вільними кінцями лігатур на стінці сечоводу роблять проколи слизової стінки сечового міхура відповідно 6-годинам умовного циферблату з боку рани в бік порожнини сечового міхура, створюючи перший П-подібний шов, розпочинаючи формування утерерально-

сечоміхурового анастомозу. Другий П-подібний шов створюють на діаметрально протилежній стороні відповідно 12-годинам умовного циферблату, провівши обидва кінці лігатур з боку адвентиції в бік слизової сечоводу і через стінку сечового міхура також з боку адвентиції в бік слизової, зав'язавши їх кінці на слизовій в порожнині сечового міхура. Додатково з'єднують слизову сечоводу і сечового міхура 4-ма окремими швами. Важливим моментом профілактики неспроможності та стриктури уретеронеоцистоанастомозу є відсутність натягу тканин. Стінку сечоводу з боку адвентиції та стінку сечового міхура фіксують 4-ма вікриловими швами в ділянці наскрізного отвору в стінці сечового міхура де проведений сечовід. Дефект слизової над цим місцем і дефект стінки сечового міхура над старим вічком зашивають таким ж вікрилом. Сечовий міхур зашивають до надлобкового дренажу, у жінок можливе герметичне зашивання сечового міхура з проведенням по уретрі катетера Фолі. Додаткові страхові дренажі вводять до місця анастомозу в заочеревинний та Ретсіів простір.

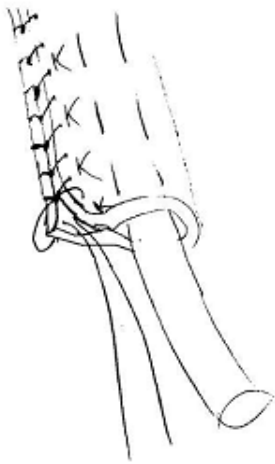
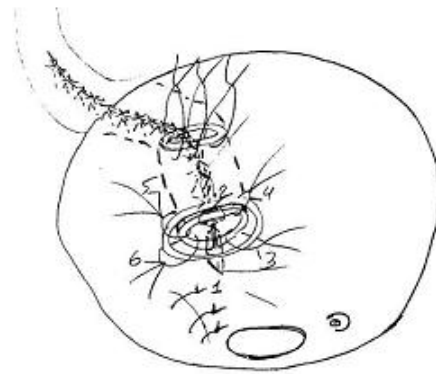
Приклад. Хвора К., 20 років, історія хвороби №576, знаходилась в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова з 12.01.2010р. по 10.02.2010р. з приводу уретерогідронефрону 4 стадії на ґрунті структури юкставезікального відділу правого сечоводу. Пацієнтці 19.01.2010р. під спинномозковою анестезією виконана операція резекція до довжини і ширині нижньої третини правого сечоводу з формуванням уретеронеоцистоанастомозу за описаним вище способом. Ускладнень під час виконання операції та в післяопераційному періоді не спостерігали. Хвора в задовільному стані з добрим безпосереднім результатом виписана додому на 22 добу після операції, через 6 місяців за даними ультразвукової діагностики та екскреторної урографії дилатація порожнин нирки значно зменшилась.



Фіг. 1



Фіг. 2

**Fig. 3****Fig. 4**