



УКРАЇНА

(19) UA (11) 50318 (13) A

(51) B A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛАСТИКИ СЕЧОВОДУ

1

2

(21) 2001128847

(22) 20 12 2001

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р.

(72) Жученко Олександр Сергійович, Балицький
Віталій Вікторович(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ПИРОГОВА

(57) Спосіб пластики сечоводу шляхом розміщення між відрізками трансплантату і формування анастомозів, який відрізняється тим, що як трансплантат використовують заготовлену напередодні частину великої підшкірної вени стегна пацієнта

Винахід відноситься до медицини, зокрема до урології і може використовуватись при відновленні прохідності і пасажу сечі з нирки до сечового міхура після резекції ділянки сечоводу.

При резекції значної частини сечоводу внаслідок різних патологічних станів (травми, вогнепальні поранення, пошкодження під час операцій, стриктури, пухлини і ін.) саме через анатомічну будову і розташування нирок, сечового міхура та сечоводу стає неможливим відновлення його цілості шляхом формування анастомозу між проксимальним і дистальним відрізками останнього.

Відомий спосіб відновлення цілості сечоводу шляхом формування анастомозу між проксимальним і дистальним відрізками сечоводу після резекції ураженої частини (Д. В. Кан. Восстановительная хирургия мочеточников. М. Медицина - 1973 - С. 106 - 110). Але такий спосіб стає можливим лише при резекції дуже малої частини сечоводу (2,0 - 3,0 см), тоді як формування анастомозу при втраті значної довжини сечоводу між його відрізками просто технічно неможливе.

Відомий також спосіб відновлення пасажу сечі від нирки до сечового міхура заміщенням дефекту сечоводу тонкокишковим ауто-трансплантатом на судинній ніжці (А. Ф. Хоменко. О кишечной пластике в урологии // Урология - 1961 - № 5 - С. 24 - 26). Недоліком вказаного способу є утворення резервуару між відрізками сечоводу після резекції значної частини його довжини, який в кілька раз перевищує величину просвіту останнього. Це сприяє порушенню пасажу сечі, її евакуації, затримки та застою в такому тонкокишковому резервуарі, що призводить до розвитку уретерогідро-нефрозу, значного збільшення кількості мікрофлю-

ри, розвитку хронічної інфекції, всмоктування токсичних продуктів, рефлюксу та хронічного висхідного пієлонефриту.

В основу винаходу "Спосіб пластики сечоводу" поставлене завдання шляхом використання аутовенозного трансплантату відновити цілісність сечоводу після резекції значної його частини. Це досягається способом пластики сечоводу, що включає розміщення між відрізками трансплантату і формування анастомозів, в якому згідно з винаходом як трансплантат використовують заготовлену напередодні частину великої підшкірної вени стегна пацієнта.

Спосіб здійснюється таким чином (див. фіг. 1 - 3). Одним із відомих розрізів підходять до ураженої частини сечоводу заочеревним доступом. Виділяють уражену частину сечоводу і в межах здорових тканин перерізують його з обох боків між затискачами і вилучають. Заготовлений відомим способом необхідної довжини трансплантат великої підшкірної вени пацієнта, який до цього зберігався в стерильному фізіологічному розчині, нанижують на сечовий стент (катетер). Розміщують аутовенозний трансплантат в антиградному напрямку до току сечі (фіг.). Вводять один кінець стенту в просвіт дистального відрізка сечоводу і проводять його в сечовий міхур. Накладають попеременно окремі шви атравматичними гонками викриловими нитками (№ 40), формують уретеро-аутовенозний анастомоз. Таким же чином формують другий анастомоз. Операційну рану пошарово зашивають наглухо.

Запропонований спосіб пластики сечоводу аутовенозним трансплантатом проведений в експерименті на 12 безпородних собаках терміном до

(13) A

(11) 50318

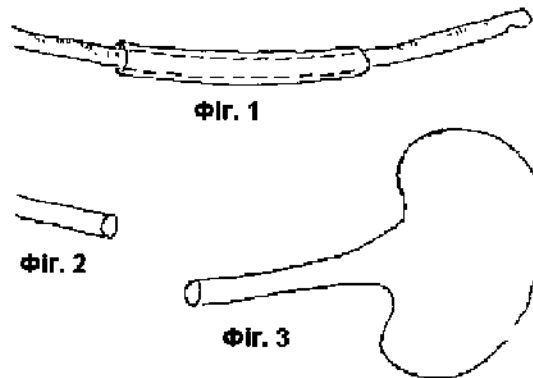
(19) UA

півроку. За місяць до проведення експерименту всім 12 собакам оперативним шляхом моделювали рубцеве враження ділянки сечоводу на протязі 10см його середньої частини. При цьому наркотизованим собакам виконували позаочеревний підхід до середньої частини сечоводу і на протязі 10см травмували його багаторазовим накладанням затискача, після чого операційну рану пошарово зашивали наглухо. Через місяць всіх тварин оперували повторно. При цьому спочатку на одній із задніх кінцівок виділяли і вилучали стегнову велику підшкірну вену відомим способом. Рану ушивали пошарово. Виконували позаочеревний доступ до враженої частини сечоводу, виділяли його із спайок, пересікали між зажимами і вилучали. Аутовенозний трансплантат відповідної довжини розміщали в антиградному напрямку відносно току сечі, нанизували його на сечовидний стент (катетер), один кінець якого вводили в просвіт проксимального, відрізка сечоводу. Другий кінець стента проводили в просвіт дистального відрізка сечоводу і проводили його в сечовий міхур. Після цього накладали окремі шви атравматичними голками вікриловими нитками (№ 4,0). В такому ж порядку формували й дистальний уретеро-венозний анастомоз. Операційну рану пошарово ушивали наглухо. Післяопераційний період протікав задовільно. Через 3 - 7 діб загальний стан тварин покращувався на стільки, що вони нічим не відрізнялись від

здорових. Стент забирали через місяць після пластики сечоводу аутовенозним трансплантатом окремим черезміхуровим доступом.

При гістологічному дослідженні в зоні накладених швів спостерігали помірний набряк, розширення і повнокров'я судин, проте уже через три доби відмічалось добре фібринозне склеювання, розростання нижньої грануляційної тканини, проростання судин, яке з боку ауто-вени було дещо менше виражене. Через 7 - 14 діб спостерігали зменшення набряку та значне проростання судин, яке відмічалось на всьому протязі трансплантату. В зоні анастомозу слизова оболонка сечоводу місцями далеко проникала в венозний трансплантат. Через 30 діб зона анастомозів добре прикрита сечоводним епітелієм. Ознак запалення немає. Відмічається помірний набряк. На протязі всього аутовенозного трансплантата продовжується перехід ендотелія в сечоводний епітелій. В більш віддалений термін стриктур на місці анастомозів не відмічається. Внутрішня поверхня трансплантата вистелена епітелієм близьким за своєю будовою до сечоводного.

При клінічному випробуванні у одного хворого терміном до чотирьох місяців після резекції 6,0см сечоводу і аутовенозної пластики дефекту відхилень від норми не спостерігалось. Видільна уретерографія з оперованого боку практично нічим не відрізнялась від здорового.



ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71