



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 50498

(13) A

(51) B 6 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АНАСТОМОЗУ МІЖ ВІДРІЗКАМИ СЕЧОВОДА

1

2

(21) 2002010723

(22) 29 01 2002

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р.

(72) Жученко Олександр Сергійович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. І. ПИРОГОВА(57) Спосіб формування анастомозу між відрізками
сечовода, що включає поздовжній розріз бокової

стіжки дистального відрізка перпендикулярно до лінії його перерізу, який відрізняється тим, що додатково виконують поздовжній розріз на кінці проксимального відрізка з протилежного боку по відношенню до дистального, потім накладають провизорні шви із зміщенням в бік таких розрізів точки вколювання голки, розтягують їх та зшивають краї рани на стенті

Винахід відноситься до медицини, зокрема до урології, і може використовуватись при відновленні прохідності і пасажу сечі після резекції незначної ділянки сечоводу та формуванні анастомозу між його відрізками по типу кінець в кінець

При резекції незначної частини сечоводу внаслідок різних патологічних станів (травми, стриктури, пошкодження під час операції та ін.), коли відстань між його відрізками не перебільшує 2,0 - 3,0см стає можливим формування між ними співустья по типу кінець в кінець. Відомий спосіб відновлення цілісності сечоводу шляхом формування анастомозу між його відрізками після резекції враженої частини (Д.В. Кан Восстановительная хирургия мочеточников - М Медицина - 1973 - С 106 - 110). Але формування анастомозу по типу кінець в кінець саме через невеликий розмір просвіту сечоводу не виключає утворення звуження, що призводить до затримки, застою сечі в вищележачих відділах, порушення евакуації і ін.

Відомий також спосіб, який передбачає запобігання звуження просвіту співустья між відрізками сечоводу по типу водостічної труби (К.І. Нальчицький Оперативна хірургія і топографічна анатомія - Київ Вища школа - 1994 - С 261 - 262). Недоліком вказаного способу є додаткове вкорочення довжини відрізків сечоводу, що може призвести до технічної неможливості формування такого співустья через натягнення при резекції пошкодженої частини сечоводу довжиною 2,5 - 3,0см внаслідок інвагнації проксимального відрізка сечоводу в просвіт дистального, в якому

для цього роблять поздовжній розріз стінки, крім того, такий вид співустья не виключає контакт сечі з раневою поверхнею на місці поперечного перерізу та зовнішньої поверхні інвагнованої частини проксимального відрізка сечоводу в просвіті дистального, що може призвести до виникнення деструктивно-запальних процесів, деформації і ін. Використання скошених анастомозів між відрізками сечоводу також призводить до додаткового вкорочення загальної довжини частини сечоводу, що зживаються, натягнення їх і неможливості формування співустья при резекції критичних величин ділянок сечоводу (до 2,5 - 3,0см)

В основу винаходу "Спосіб формування анастомозу між відрізками сечоводу" поставлене завдання шляхом створення співустья з більшим просвітом в зоні швів по відношенню до нетравмованої ділянки відновити цілісність сечоводу при резекції допустимої ділянки (до 2,5 - 3,0см) та запобігти звуженню на місці створюваного анастомозу. Це здійснюється способом, що включає поздовжній розріз бокової стінки дистального відрізка перпендикулярно до лінії його перерізу, який відрізняється тим, що додатково виконують поздовжній розріз на кінці проксимального відрізка з протилежного боку по відношенню до дистального, потім накладають провизорні шви із зміщенням в бік таких розрізів точки уколу голки, розтягують їх та зшивають краї рани на стенті. Таким чином збільшується просвіт по відношенню до нетравмованої ділянки сечоводу.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після

(19) UA (11) 50498 (13) A

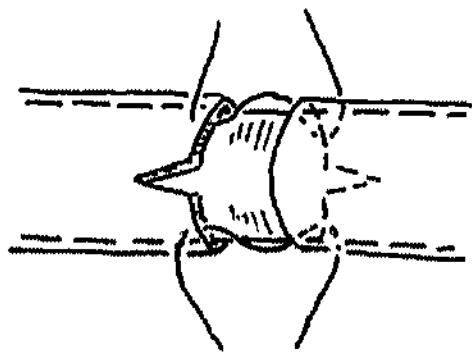
резекції частини сечоводу вводять один кінець стенту (катетера) в проксимальний, а другий в дистальний відрізок сечоводу і проводять його в сечовий міхур. На місці формування анастомозу в поздовжньому напрямку від лінії перерізу сечоводу з протилежних боків розрізують стінки сечоводу довжиною 0,2 - 0,3 см (фіг 1). Потім накладають два провізорних шви між відрізками сечоводу таким чином, щоб з боків поздовжніх розрізів лінія уколу голки була зміщена і приближена до них на відстань довжини цих відрізків (фіг 1). Розтягують ці шви і тим самим збільшують просвіт в зоні швів в порівнянні з нетравмованою частиною сечоводу (фіг 2). Шви накладають атравматичними голками вікриловими нитками №0000 таким чином, щоб шов не захоплювати слизову оболонку відрізків сечоводу з обох боків і завершують утворення співустя (фіг 3). При цьому будь-якого звуження в зоні анастомозу не відмічається.

Запропонований спосіб формування анастомозу між відрізками сечоводу досліджений в експерименті на 10 безпородних собаках терміном до півроку. Наркотизованим собакам виконували позаочеревний підхід до середньої частини сечоводу. Частину сечоводу довжиною 1,0 - 1,5 см перерізували між затискачами і вилучали. В проксимальний відрізок сечоводу, в його просвіт вводили один кінець стенту, а другий кінець вводили в просвіт дистального відрізка і проводили його в сечовий міхур. Гострокінцевими ножицями в поздовжньому напрямку від лінії перерізу перпендикулярно з протилежних боків розрізували стінки відрізків сечоводу до 0,2 см. Накладали два провізорних шви таким чином, щоб лінія уколу була зміщена в бік поздовжнього розрізу на його довжину. Розтягували ці шви і накладали поперемінно окремі шви атравматичними голками вікриловими нитками №0000, завершували формування співустя. Операційну рану пошарово ушивали наглухо. Післяопераційний період протікав без особливостей. Стент забирали черезміхуровим доступом через 10 днів після операції. При макроскопічному дослідженні стану анастомозу у виведених з дослідження тварин в різний термін

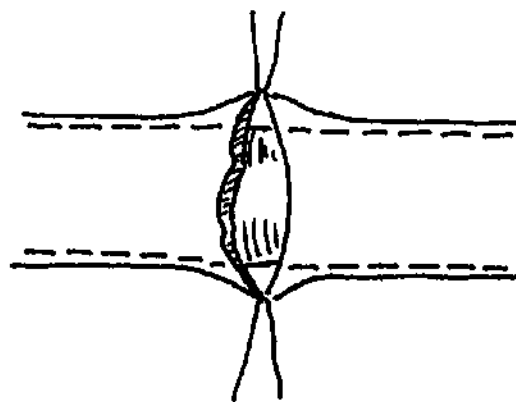
спостереження було встановлено, що через 3 доби після операції відмічався незначний набряк. При пропусканні води через ділянку сечоводу з анастомозом на цей термін в порівнянні з нетравмованою особливою розходжень між товщиною струменя і швидкістю евакуації не відмічалось. В подальшому, через 14 - 30 і більше днів після операції ці показники були ідентичними. При гістологічному дослідженні в ранні терміни після операції спостерігали добре співставлення зшитих стінок відрізків сечоводу. В зоні анастомозу і прилеглих ділянках сечоводу відмічався помірний набряк, розширення та повнокров'я судин, які по мірі збільшення терміну зменшувались, а через 14 - 30 днів майже зовсім зникали. Епітелізація зони анастомозу закінчувалась через 7 - 14 днів після його формування.

Клінічні випробування запропонованого способу формування анастомозу між відрізками сечоводу на 3 хворих при видільній уретерографії через 2 - 3 місяці після операції свідчили про відсутність будь-яких ділів сечоводу.

Приклад. Хворий В., 23 роки, госпіталізований в урологічне відділення з діагнозом проникаюче ножове поранення в правій пояничній ділянці. На операції при ревізії виявлено тільки поранення очеревини та повний переріз сечоводу. Очеревина ушита наглухо. Введено стент через уретру, сечовий міхур, дистальний відрізок сечоводу в проксимальний. З протилежних боків відрізків сечоводу виконані поздовжні розрізи їх стінок довжиною 0,2 - 0,3 см. Наклали два провізорних шви таким чином, щоб укол голки в стінку сечоводу був зміщений в бік поздовжнього розрізу на його довжину. Помірно розтягували ці шви і форму вали анастомоз окремими швами атравматичними голками вікриловими нитками №0000 таким чином, щоб не захоплювати слизову оболонку. Зрізували нитки, підводили дренаж і після санації пошарово зшивали краї рани. Післяопераційний період протікав задовільно. Дренаж забирали через чотири доби, а стент - на восьму добу. Хворий видужав на 25-ту добу, звуження на місці анастомозу не відмічалось.



Фіг. 1.



Фіг. 2.

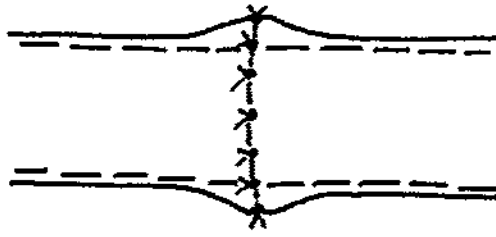


Fig. 3

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