



УКРАЇНА

(19) UA (11) 24870 (13) A
(51)6 A 61 B 17/00ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23.XII. 1993 р.Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ІЛЕОЦИСТОНЕОПЛАСТИКИ "DOUBLE U"

1

(21) 97126348

(22) 26.12.97

(24) 06.10.98

(46) 25.12.98. Бюл. № 6

(47) 06.10.98

(56) 1. Skinner D.G., Lleskovsky G., Boyd S:
Continent urinary diversion // J. Urol. - 1989.
- № 141. - P. 1323-1327.2. Studer U.E., Ackermann G.A., Casanova
J.A., and Zingg E.J. Three year's experience
with an ileal low pressure bladder substitute
// Br. J. Urol. - 1989. - № 63. - P. 43-52.(72) Стаховський Едуард Олександрович,
Мрачковський Валентин Валентинович, Ву-
калович Петро Семенович, Войленко Олег
Анатолійович(73) Інститут урології та нефрології АМН Ук-
раїни

2

(57) Спосіб ілеоцистонеопластики "double U", який включає резекцію клубової кишки, її детубуляризацію та накладання анастомозу, який відрізняється тим, що резекований сегмент складають навпіл, розтинають його по протибрижовому краю, медіальні краї зшивають, після чого детубуляризований трансплантат повторно складають вдвоє і знову зшивають медіальні краї, сечоводи пересаджують на задню стінку сечового міхура без антирефлюксно-го захисту, потім зшивають латеральні краї трансплантату, а задню уретру анастомозують з отвором, створеним в ділянці нижнього кута шва передньої стінки артіфіційного міхура.

Застосування радикальної цистектомії для лікування, наприклад, інвазивних форм раку сечового міхура невід'ємно пов'язане з проблемою деривації сечі. Відсутність надійних засобів відведення сечі пояснює стримане відношення урологів до екстерпації сечового міхура. Найбільш перспективним напрямком при цьому є формування ілеального сечового міхура з можливістю відтворення фізіологічних принципів сечовипускання.

Відомий спосіб ілеоцистонеопластики за методикою Скінера [1], який включає резекцію 40-50 см клубової кишки, її детубуля-

ризацію та асиметричне зшивання. Суттєвим недоліком цього способу є те, що сформувати ілеальний сечовий міхур у вигляді кулі практично неможливо, а це призводить до зменшення його об'єму, збільшення частоти сечовипускань.

Відомий також спосіб ілеоцистонеопластики за Студером [2], взятий нами за прототип, який включає резекцію 60 см клубової кишки та її детубуляризацію на протязі дистальних 40 см, з яких і формують сечовий міхур. Потім в проксимальну частину недетубуляризованої клубової кишки імплантують сечоводи по типу "кінець в бік"

(19) UA (11) 24870 (13) A

без антирефлюксного захисту. Недоліком цієї операції є необхідність резекції не менше 60 см клубової кишки. Це викликає розвиток ряду метаболічних порушень. Пересадка сечоводів в недетубуляризовану частину кишки не дозволяє виконати ендоскопічний розтин уретероілеального анастомозу в разі його стенозу.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу ілеоцистонеопластики "double U", де за рахунок складання і вивертання певним чином резекованого детубуляризованого трансплантату клубової кишки, розсікання і зшивання його у певних місцях формують артифіційний сечовий міхур кулеподібної форми з оптимальними уродинамічними показниками.

Поставлена задача вирішується тим, що використовуючи спосіб ілеоцистонеопластики "double U", виконують резекцію клубової кишки з брижею, резекований фрагмент складають навпіл, роблять повздожний розтин на протибрижовій стороні, зшивають медіальні краї безперервним серозно-м'язовим швом. Після цього повторно складають трансплантат вдвоє і накладають безперервний шов на медіальний край, потім пересаджують сечоводи в задню стінку сечового міхура без антирефлюксного захисту. Відступивши 1,5 см від нижнього кута міхура, що формується, створюють його передню стінку. Задню уретру анастомозують з отвором, створеним в ділянці нижнього кута шва передньої стінки артифіційного міхура.

Спосіб пояснюється графічно. На фіг. 1 подана схема відновлення цілісності тонкого кишечника "кінець в кінець"; на фіг. 2 – напрямок розтину резекованого сегменту; на фіг. 3 – схема зшивання медіальних країв трансплантату; на фіг. 4 – схема підшивання сечоводів на задній стінці сечового міхура; на фіг. 5 – форма сечового міхура, яка створена за допомогою запропонованого способу.

Спосіб ілеоцистопластики "double U" включає резекцію клубової кишки довжиною близько 40 см, відновлення цілісності тонкого кишечника, резекцію сегмента, складеного навпіл, і розтин по протибрижовому краю, потім зшивання медіальних його країв, складання детубуляризованого трансплантату знову вдвоє, накладання на медіальний край безперервного шва, пересадку сечоводів на задню стінку сечового міхура без антирефлюксного захисту, після чого, відступивши 1,5 см від нижнього кута міхура, який формується, створення його передньої стінки, анастомозування задньої уретри з отвором, створеним в ділянці ниж-

нього кута шва передньої стінки артифіційного міхура, накладання анастомозу.

П р и к л а д 1. Хворий В., 80 років, і. хв. № 0069075, діагноз: рак сечового міхура (Т3NxMO), двосторонній уретерогідронефроз (III ст.). Хронічний пієлонефрит. Хронічна недостатність нирок (латентна ст.). Анемія. Хронічний бронхіт. Пневмосклероз.

При оперативному втручанні хворому одномоментно виконана цистектомія з ілеоцистонеопластикой "double U". Виконана резекція 45 см клубової кишки, відновлена цілісність тонкого кишечника. Резекований сегмент склали навпіл і зробили розтин по протибрижовому краю. Медіальні краї кишки зшили безперервним серозно-м'язовим швом, потім детубуляризований трансплантат знову склали вдвоє, на його медіальний край також наклали безперервний шов, сечоводи пересадили на задню стінку сечового міхура без антирефлюксного захисту. Після цього, відступивши 1,5 см від нижнього кута сформовали передню стінку сечового міхура. Задню уретру анастомозували з отвором, створеним в ділянці нижнього кута шва передньої стінки артифіційного міхура. Рану пошарово зашили. Післяопераційний період протікав без ускладнень. При контрольному обстеженні через 1 рік констатовано відновлення функції обох нирок і акту сечовипускання. Ємність сформованого сечового міхура дозволяє здійснювати сечовипускання 3-4 рази на день і 1 раз вночі.

П р и к л а д 2. Хворий Б., 52 років, і. хв. № 007905, діагноз: рак сечового міхура (Т36N1MO). Двосторонній уретерогідронефроз (зліва V ст., справа – IV ст.). Надлобкова цистостома. Хронічний пієлонефрит. Хронічна ниркова недостатність (латентна ст.). Хворому одномоментно здійснена цистектомія з ілеоцистонеопластикой (double U). Після резекції взято 35 см клубової кишки, відновлена цілісність тонкого кишечника. Резекований сегмент склали навпіл і зробили розтин по протибрижовому краю. Медіальні краї кишки зшили безперервним серозно-м'язовим швом, потім детубуляризований трансплантат знову склали вдвоє, на його медіальний край також наклали безперервний шов, сечоводи пересадили на задню стінку сечового міхура без антирефлюксного захисту. Після цього, відступивши 1,5 см від нижнього кута сформовали передню стінку сечового міхура. Задню уретру анастомозували з отвором, створеним в ділянці нижнього кута шва передньої стінки артифіційного міхура. Рану

пошарово зашили. Післяопераційний період протікав без ускладнень. При контрольному обстеженні через 9 місяців у хворого спостерігається повне відновлення

функції обох нирок та акт сечовипускання. Ємність сформованого міхура дозволяє здійснювати акт сечовипускання 5 разів на день і 1-2 рази в нічний час.



Fig. 1

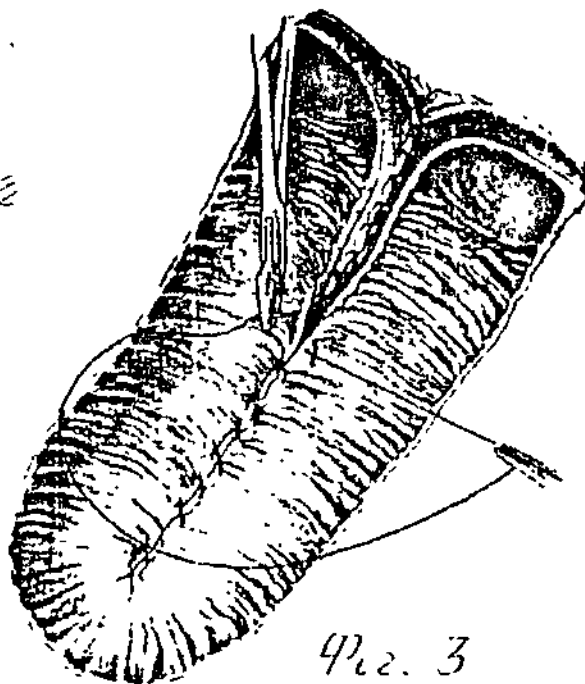


Fig. 3

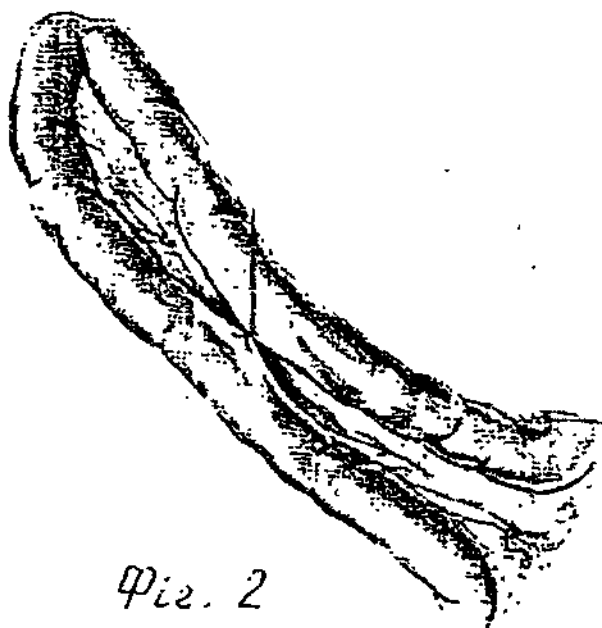


Fig. 2

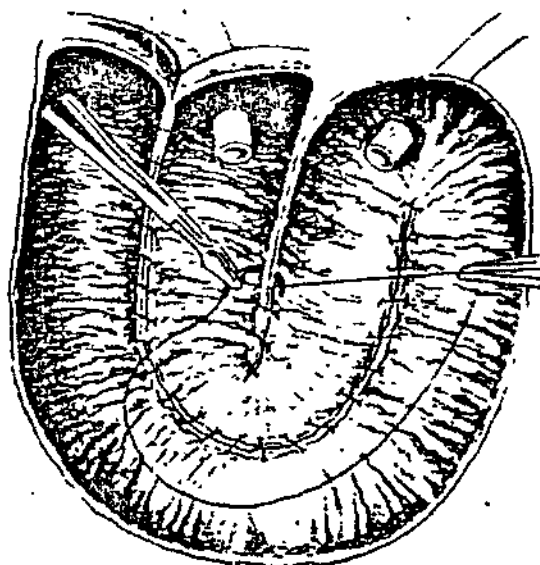
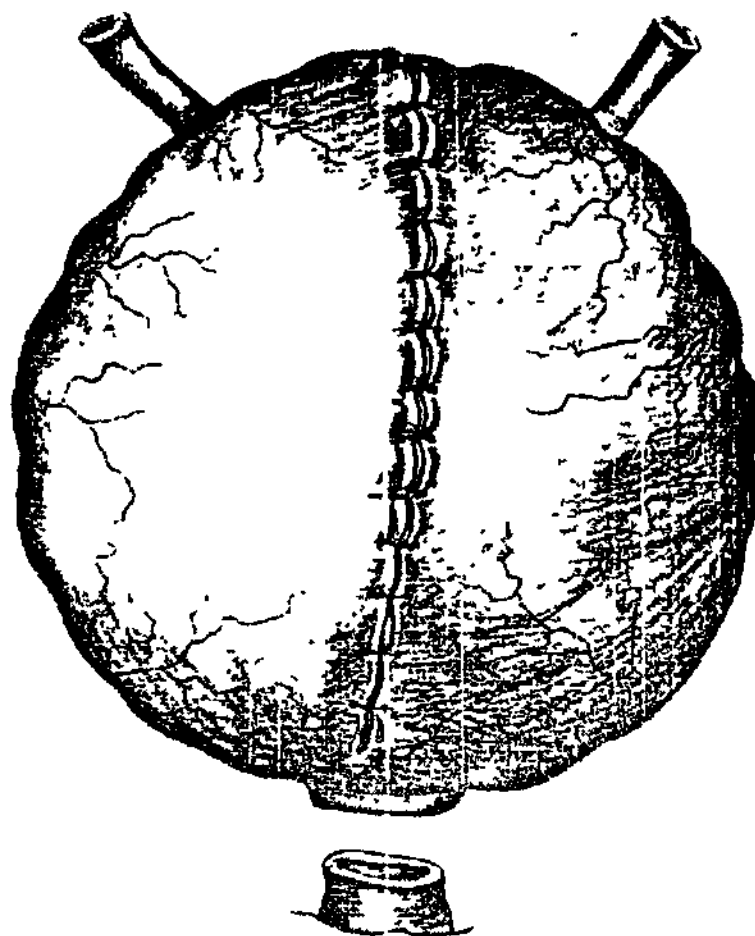


Fig. 4

24870



Фиг. 5

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор Н. Король

Замовлення 4613

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101