



УКРАЇНА

(19) UA (11) 24871 (13) A

(51)6 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДБез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23 XII 1993 рПублікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ СТВОРЕННЯ КИШКОВО-СЕЧОМІХУРОВОГО АНАСТОМОЗУ

1

(21) 97126349

(22) 26.12.97

(24) 06.10.98

(46) 25.12.98. Бюл. № 6

(47) 06.10.98

(56) 1 Cohn V.S., Breslin T.G., Coulombe R.D.
An Intussuscepted Ileal ureter bladder nipple
// J. Urol. - 1985. - Vol. 133, № 3. - P. 849-850.2. Nabizadeh J., Reid R.E., Henderson J.L.
Simplified nonrefluxing ileovesical
anastomosis. Experimental study and clinical
application // Urology. - 1981. - Vol. 18. - P. 11-14.(72) Стаховський Едуард Олександрович,
Мрачковський Валентин Валентинович, Ко-
тов Володимир Анатолійович(73) Інститут урології та нефрології АМН Ук-
раїни

2

(57) Спосіб створення кишково-се-
чоміхурового анастомозу, який включає ре-
зекцію кишки, зшивання дистального кінця
кишкового трансплантата з сечовим міхуром
по типу "кінець - в бік", який відрізняє-
ється тим, що формують антирефлюксний
механізм шляхом резекції брижі термінального
відділу кишки на протязі 3-4 см, вивороту киш-
ки слизовою оболонкою назовні, повздож-
нього розсікання проксимальної частини
слизової оболонки на 12 і 6 годин на протязі
1,5-2 см та зшивання стінок по лініях
розсікання за допомогою безперервно-вуз-
лового шва, йдучи від основи вивернутої ча-
стини кишки-трансплантату з поступовим її
відвертанням, створюючи два канали, при
цьому дистальну половину термінального
кінця залишають у вивернутому стані.

Винахід відноситься до галузі медици-
ни, зокрема до області реконструктивної уро-
логії, та може бути використаний для
хірургічної корекції анатомо-функціонально
пошкодженого сечоводу.

Інтестинальна пластика сечоводу пока-
зана при незворотніх ураженнях сечоводу
(значні дефекти або множинні рубцеві стрик-
тури), коли іншими пластичними операціями
неможливо відновити нормальний пасаж
сечі з нирки. Проте тяжкі ускладнення у ви-
гляді сечоміхурово-кишкового рефлюксу,
хронічної ниркової недостатності,

гіперхлоремічного ацидозу, пірії примушу-
ють урологів шукати нові шляхи удоскона-
лення техніки інтестинальної пластики
сечоводу. Ключовим моментом при цьому є
створення кишково-сечоміхурового анасто-
мозу з надійним антирефлюксним ме-
ханізмом.

Відомий спосіб формування кишково-
сечоміхурового анастомозу [1] у вигляді "хо-
ботка", без моделювання кишки.
Дистальний кінець кишкового транспланта-
ту з'єднується з сечовим міхуром по типу
"кінець - в бік" таким чином, що термінальна

(19) UA (11) 24871 (13) A

частина кишки на протязі 1–2 см розміщується в порожнині сечового міхура. Недоліком цього способу є велика кількість міхурово-кишкових рефлюксів, що призводить до погіршення уродинамічних властивостей трансплантату і як наслідок – функції нирки.

Відомий спосіб формування кишково-сечоміхурового анастомозу [2], взятий нами в якості прототипу, який включає резекцію кишки, зшивання дистального кінця кишкового трансплантату з сечовим міхуром по типу "кінець – в бік", створення антирефлюксного механізму шляхом проведення термінальної частини клубової кишки під слизовою оболонкою сечового міхура. При цьому поєднується два моменти виконання, повздовжнє звуження дистального кінця трансплантату і проведення його в підслизовому тунелі сечового міхура. Недоліком вказаного способу формування кишково-сечоміхурного анастомозу є технічна складність оперативного втручання, або ж, неможливість його виконання через анатомічні особливості хворого.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу створення кишково-сечоміхурового анастомозу, де за рахунок резекції кишки та зшивання дистального кінця кишкового трансплантату з сечовим міхуром формується антирефлюксний механізм шляхом резекції брижі термінальної частини кишки певної довжини, вивороту кишки слизовою оболонкою назовні, повздовжнього розсікання проксимальної частини слизової оболонки двома розрізами на 12 та 6 годин на протязі 1,5–2 см та зшивання ліній розсікання безперервно-вузловим швом, йдучи від основи вивернутої частини кишки-трансплантату з поступовим її відвертанням, утворюють два канали, дистальну половину термінального кінця залишають у вивернутому стані для формування манжетки і з'єднують з сечовим міхуром по типу кінець в бік, що дозволяє значно покращити пасаж сечі та зберегти функцію нирки.

Поставлена задача вирішується тим, що використовуючи спосіб створення кишково-сечоміхурового анастомозу, виконують резекцію клубової кишки і відсікання брижі її термінальної частини на протязі 3–4 см, звільнений від брижі дистальний кінець трансплантату вивертають слизовою оболонкою назовні, слизовий шар вивернутої частини кишки на протязі 1,5–2 см розсікають двома повздовжніми розрізами на 12–6 годин, після цього, дотримуючись симетричності, з'єднують протилежні стінки кишки по лінії розсікання, накладаючи

інтралеальний безперервно-вузловий шов, йдучи при цьому від основи вивернутої частини кишки-трансплантату з поступовим відвертанням її в дистальному напрямку. Термінальні 1,5–2 см залишають без інтралеального шва і моделюють антирефлюксну манжетку. Утворені артифіційні вічка з антирефлюксною манжеткою інвагінують в сечовий міхур на його задню стінку і фіксують окремими вузловими швами до слизової оболонки. Анастомоз розміщують екстраперітонеально.

Спосіб пояснюється графічно. На фіг. 1 подана схема частини кишки з резектованим сегментом брижі; на фіг. 2 – схема термінальної частини кишки, вивернутої слизовою оболонкою назовні; на фіг. 3 – схема розсікання слизового шару кишки двома повздовжніми симетричними розрізами на 12 і 6 годин; на фіг. 4 – схема формування двох каналів та зшивання ліній розсікання за допомогою безперервно-вузлового шва; на фіг. 5 – схема кишково-сечоміхурового анастомозу з сформованою манжеткою.

Спосіб створення кишково-сечоміхурового анастомозу включає резекцію клубової кишки, резекцію брижі її дистальної частини на протязі 3–4 см, вивірт кишки слизовою оболонкою назовні, повздовжнє розсікання слизового шару вивернутої частини кишки на протязі 1,5–2 см двома симетричними розрізами на 12 та 6 годин, з'єднання протилежних стінок кишки по ліній розсікання безперервно-вузловим швом з поступовим відвертанням кишки в дистальному напрямку, зшивання дистального кінця трансплантату з сечовим міхуром по типу кінець – в бік з формуванням манжети.

Спосіб здійснюють таким чином.

Розрізають кишку, відсікають 3–4 см брижі її термінальної частини, потім звільнений від брижі кінець трансплантату вивертають слизовою оболонкою назовні, слизовий шар на протязі 1,5–2 см розсікають двома розрізами на 12 та 6 годин, після цього, дотримуючись симетричності, з'єднують протилежні стінки кишки по лінії розсікання і накладають інтралеальний безперервно-вузловий шов, йдучи від основи вивернутої частини кишки-трансплантату та поступово відвертаючи її в дистальному напрямку. Термінальні 1,5–2 см залишають без інтралеального шва і моделюють антирефлюксну манжетку. Утворені артифіційні вічка з антирефлюксною манжеткою інвагінують в сечовий міхур на його задню стінку і фіксують окремими вузловими швами до слизової оболонки. Анастомоз

розміщують екстраперітонеально. Після накладання анастомозу в сформовані канали встановлюють дренажні трубки відповідного діаметру.

Запропонований спосіб створення кишково-сечоміхурового анастомозу містить такі переваги перед іншими відомими способами моделювання:

зберігає цілісність стінки кишки та достатню довжину брижі, що дозволяє зберегти активність перистальтики, кровопостачання та іннервації анастомозу;

створення двох каналів значно покращує пасаж сечі за рахунок зниження опору термінальної частини кишки;

інтраілеальний шов в поєднанні його з манжеткою створює надійний антирефлюксний механізм;

даний спосіб передбачає профілактику ішемії, порушення перистальтики та стенозу змодельованої частини кишки.

Спосіб створення кишково-сечоміхурового анастомозу був використаний у 17 хворих в клініці пластичної та відновлювальної урології Інституту урології та нефрології АМН України.

Наводимо приклади практичного використання запропонованого способу.

П р и к л а д 1. Хворий С., 21 рік, І. хв. № 701021. Діагноз: Двобічний обструктивний мегауретер ІV ст. Двобічні нефростоми. Нейром'язева дисплазія сечоводів. Вторинно-хронічний пієлонефрит в стадії латентного запалення. Хронічна ниркова недостатність ІІ ступеню. Виконана кишкова пластика лівого сечоводу, нижньої третини правого сечоводу єдиним кишковим трансплантатом з інтраілеальною пластикою. Після розсікання кишки відсікли 4 см брижі її термінальної частини, потім звільнений від брижі кінець трансплантату вивернули слизовою оболонкою назовні, слизовий шар вивернутої частини кишки на протязі 2 см розсікли двома позаддовжніми протилежними розрізами на 12 та 6 годин. Після цього, дотримуючись симетричності, з'єднали протилежні стінки кишки по лінії розсікання і наклали інтраілеальний безперервно-вузловий шов, йдучи від основи вивернутої частини кишки-трансплантату з поступовим відвертанням її в дистальному напрямку. Термінальні 2 см залишили без інтраілеального шва і змодельували антирефлюксну манжетку. Утворені артіфіційні вічка з антирефлюксною манжеткою інвагінували в сечовий міхур на його задню стінку, зафіксували окремими вузловими швами до слизової оболонки. Анастомоз розмістили екстраперітонеально. Після накладання анастомозу в сформовані канали

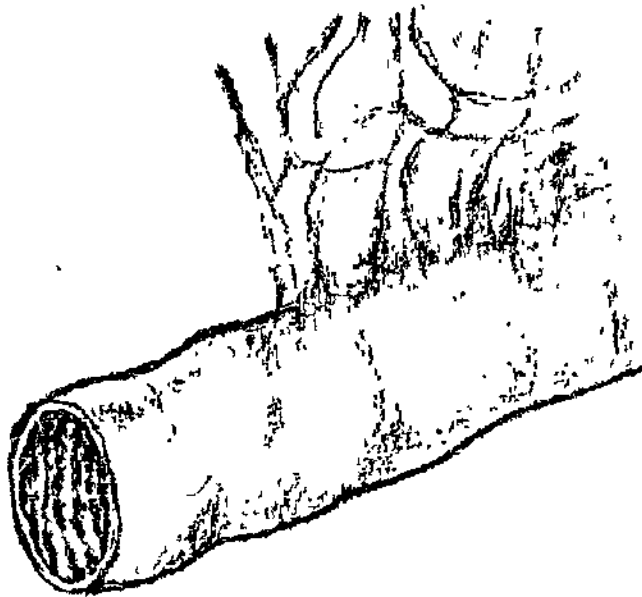
встановили дренажні трубки відповідного діаметра. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Через 1 рік після операції покращилась уродинаміка та функція обох нирок. Рентгенологічні дослідження показують відсутність активного та пасивного рефлюксу.

П р и к л а д 2. Хворий В., 19 років, І. хв. № 000936. Діагноз: Двобічний обструктивний мегауретер з правого боку ІІІ ст., з лівого боку V (термінальна ст.). Нейрогенний сечовий міхур. Стан після інтестинальної пластики сечоводу справа, резекції клапана уретри. Сечоміхурово-кишковий рефлюкс справа. Структура кишково-сечоміхурового анастомозу. Камінь трансплантату. Вторинно-хронічний пієлонефрит в стадії латентного запалення. Хронічна ниркова недостатність ІІ ст. Виконана операція: кишково-сечоміхуровий анастомоз з інтраілеальною пластикою, пересадка "кінець – в бік" лівого сечоводу в кишковий трансплантат, видалення конкременту. Після розсікання кишки відсікли 3 см брижі її термінальної частини, потім звільнений від брижі кінець трансплантату вивернули слизовою оболонкою назовні, слизовий шар вивернутої частини кишки на протязі 1,5 см розсікли двома позаддовжніми розрізами на 12 та 6 годин. Після цього, дотримуючись симетричності, з'єднали протилежні стінки кишки по лінії розсікання і наклали інтраілеальний безперервно-вузловий шов, йдучи від основи вивернутої частини кишки-трансплантату з поступовим відвертанням її в дистальному напрямку. Термінальні 1,5 см залишили без інтраілеального шва і моделювали антирефлюксну манжетку. Утворені артіфіційні вічка з антирефлюксною манжеткою інвагінували в сечовий міхур на його задню стінку, зафіксували окремими вузловими швами до слизової оболонки. Анастомоз розмістили екстраперітонеально. Після накладання анастомозу в сформовані канали встановили дренажні трубки відповідного діаметру. Післяопераційний період протікав без ускладнень. У віддаленому післяопераційному періоді, через 14 місяців, покращилась уродинаміка, стабілізувалась функція правої нирки, покращилась функція лівої нирки. Рентгенологічні дослідження показують відсутність активного та пасивного рефлюксу.

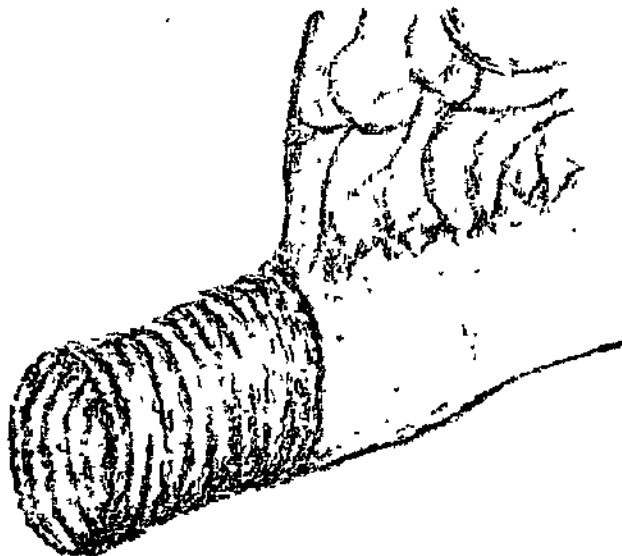
Запропонований спосіб створення кишково-сечоміхурового анастомозу був використаний у 12 хворих при обструктивному мегауретері 3–4 стадій. Ні в одному з випадків не відмічено погіршення стану чи об'єктивних показників уродинаміки та

функції нирки, зокрема пасивного чи актив-
ного сечоміхурово-кишкового рефлюксу. На-

впаки, зафіксовано покращення уроди-
наміки та функції нирки.



Фиг. 1



Фиг. 2

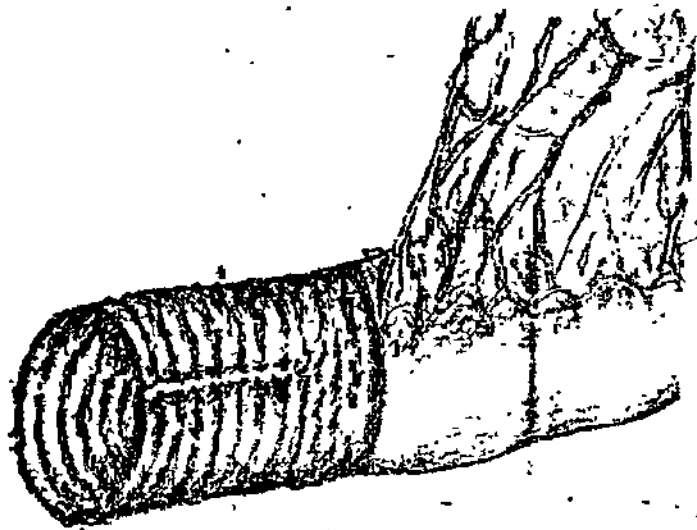


Fig. 3

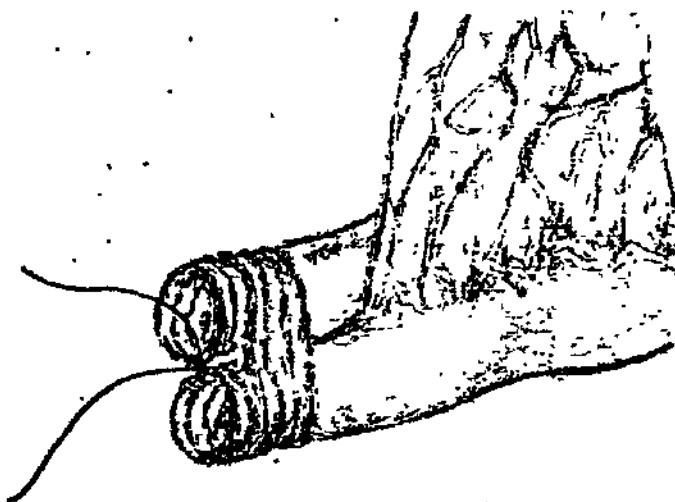


Fig. 4

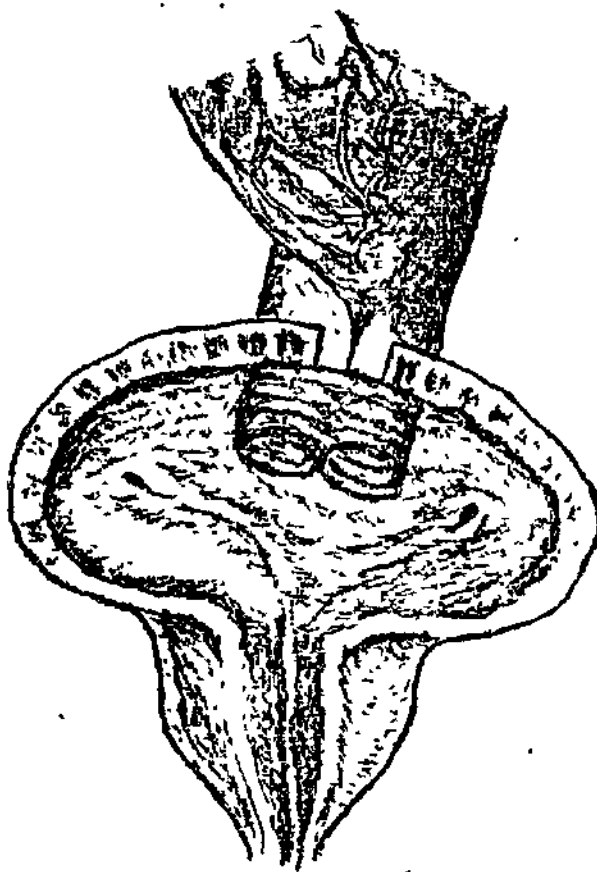


Fig. 5

Упорядник

Техред М.Келемеш

Коректор М.Самборська

Замовлення 4614

Тираж

Підписне

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

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