



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА  
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,  
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

## (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2007105846/14, 16.02.2007

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:  
16.02.2007

(45) Опубликовано: 20.08.2008 Бюл. № 23

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: WALLACE M.S. Ureteric diversion using a conduit a simplified technique, British journal of urology, 1966, 38, 5, 522-527. RU 2149588 C1, 27.05.2000. SU 1275808 A1, 29.02.1988. UA 42980 A, 15.11.2001. ХИНМАН Ф. Оперативная урология, атлас. - М.: Гэотар-мед, 2001, 677-679.

Адрес для переписки:

119992, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр.2, ММА  
им. И.М. Сеченова, отдел интеллектуальной  
собственности

(72) Автор(ы):

Аляев Юрий Геннадьевич (RU),  
Григорян Вагаршак Арамаисович (RU),  
Павлов Валентин Николаевич (RU),  
Маркосян Тигран Гришаи (RU),  
Бабалов Эдгар Эдуардович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Московская медицинская академия им. И.М.  
Сеченова Федерального агентства по  
здравоохранению и социальному развитию  
(ГОУВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава)  
(RU)

## (54) СПОСОБ УРЕТЕРО-УРЕТЕРО-ИЛЕОАНАСТОМОЗА

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, урологии. Рассекают мочеточники по внутренней поверхности на протяжении 3-4 см. Сшивают медиальные стенки мочеточников непрерывным швом с завязыванием узлов снаружи. Сшивают передние стенки мочеточников П-образными швами.

Пришивают боковые стенки общего мочеточникового канала в кишке непрерывным швом. Способ позволяет предотвратить стенозирование межмочеточниково-тонкокишечного анастомоза и повысить его состоятельность.



FEDERAL SERVICE  
FOR INTELLECTUAL PROPERTY,  
PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**(21), (22) Application: **2007105846/14, 16.02.2007**(24) Effective date for property rights: **16.02.2007**(45) Date of publication: **20.08.2008 Bull. 23**

Mail address:

**119992, Moskva, ul. Trubetskaja, 8, str.2,  
MMA im. I.M. Sechenova, otdel  
intelektual'noj sobstvennosti**

(72) Inventor(s):

**Aljaev Jurij Gennad'evich (RU),  
Grigorjan Vagarshak Aramaisovich (RU),  
Pavlov Valentin Nikolaevich (RU),  
Markosjan Tigran Grishai (RU),  
Babalov Ehdgar Ehdvardovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Gosudarstvennoe obrazovatel'noe uchrezhdenie  
vysshego professional'nogo obrazovanija  
Moskovskaja meditsinskaja akademija im. I.M.  
Sechenova Federal'nogo agentstva po  
zdravookhraneniju i sotsial'nomu razvitiju  
(GOUVPO MMA im. I.M. Sechenova Roszdrava)  
(RU)**

(54) **TECHNIQUE OF URETERO-URETERO-ILEOANASTOMOSE**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention relates to medicine, namely to urology. Ureters are cut on inner surface along 3-4 cm. Medial walls are sutured with uninterrupted suture, making knots outside. Anterior walls of ureters are sutured with U-

shaped sutures. Lateral walls of common ureteral duct are sutured in gut with uninterrupted suture.

EFFECT: prevention of stricture formation of interureteral-small intestinal anastomose and increase in its justifiability.

1 ex

Изобретение относится к области медицины, в частности оперативной урологии, и может найти применение при формировании анастомоза между мочеточниками и тонкокишечным резервуаром - необладером.

Рак мочевого пузыря составляет 4% от числа всех онкологических заболеваний и 40-50% от числа всех урологических новообразований. За последние годы отмечена явная тенденция к увеличению его частоты во всем мире, особенно в промышленно развитых странах. В связи с нарастанием в структуре заболеваемости инвазивных форм рака мочевого пузыря весьма актуальным становится разработка радикальных оперативных вмешательств. Радикальным методом лечения рака мочевого пузыря является цистэктомия, однако она чревата высокой частотой осложнений, развивающихся как в ближайшие, так и в отдаленные послеоперационные периоды в силу отсутствия адекватной замены мочевого пузыря, а все существующие способы отведения мочи далеки от совершенства. Абсолютное большинство современных онкоурологов отмечают выраженные технические трудности из-за травматичности вмешательства и тяжести послеоперационных осложнений.

В настоящее время методика ортотопического замещения мочевого пузыря тонкокишечным резервуаром по Studer-у ввиду низкого внутрипросветного давления считается наиболее оптимальным и выполняется в большинстве онкоурологических учреждений (Studer U.E., Turner W.N. The ideal orthotopic bladder. / Urology, 1995, V.45, P.185). Хорошие результаты операции подтверждены многими другими исследователями, что способствовало ее широкому признанию. Одним из наиболее важных этапов операции является отведение мочи в конduit путем формирования уретеро-уретеро-илеоанастомоза.

Прототипом предлагаемого способа является методика формирования уретеро-уретеро-илеоанастомоза по Уоллису, наиболее часто применяющаяся в настоящее время (Wallece D.M. / Ureteric diversion using a conduit: simplified technigie. / Br.J.Urol., 1966, Vol.159, p.522).

Отступив 15 см от илеоцекального угла, берется петля тонкой кишки до 60 см, мобилизуется, пересекается. Непрерывность желудочно-кишечного тракта восстанавливается анастомозом "конец в конец". Кишечный трансплантат рассекается на 50 см дистального отдела с формированием кишечного мочевого пузыря по Штудеру непрерывным швом. Дистальные концы мочеточников рассекаются на протяжении 1,5-2,0 см, сшиваются между собой, затем формируют уретеро-уретеро-илеоанастомоз по Уоллису непрерывным швом. Рефлюксный экстракишечный мочеточниково-тонкокишечный анастомоз для канального или контингентного резервуарного отведения мочи выполняется в 3 модификациях, наиболее часто используется методика «голова-голова». Предварительно выполняется спатулирование обоих мочеточников на 1.5-2 см и расположение их рядом друг с другом. Сшиваются верхушки мочеточников, затем медиальные стенки обоих мочеточников непрерывным швом с связыванием узлов снаружи. Пришивают боковые стенки мочеточников к кишке непрерывным швом, затем сшиваются концы мочеточников с кишкой матрачным горизонтальным швом.

Основным осложнением анастомоза является стеноз подвздошно-мочеточникового анастомоза. Причиной развития данного осложнения, по мнению большинства авторов, является несостоятельность или стенозирование межмочеточникового и подвздошно-мочеточникового анастомозов.

Задача изобретения - способ формирования уретеро-уретеро-илеоанастомоза, который позволяет предотвращать стенозирование межмочеточниково-тонкокишечного анастомоза и повысить его состоятельность.

Поставленная задача решается способом, заключающимся в том, что производят рассечение мочеточников по внутренней стенке на протяжении 3-4 см, затем сшивают медиальные стенки обоих мочеточников непрерывным швом со связыванием узлов снаружи, после чего сшивают передние, остающиеся части стенок мочеточников П-образными швами, сформированный таким образом общий межмочеточниковый канал анастомозируют с необладером путем пришивания боковых стенок общего

мочеточникового канала к кишке непрерывным швом.

Практически данный способ заключается в формировании общего межмочеточникового канала, который в последующем можно анастомозировать с петлей кишки. При этом в анастомоз не включаются просветы мочеточников по отдельности, за счет чего зона

5 просветов мочеточников скрывается в глубине общего мочеточникового канала, тем самым они не вовлекаются в анастомоз с кишкой и предотвращается опасность стенозирования.

Клинический пример.

Больной Б. 73 лет, находился на обследовании и лечении в клинике урологии ММ А с диагнозом: рак мочевого пузыря T2aN0M0G2. В клинике выполнена радикальная

10 цистпростатэктомия в модификации Штудера. Основные этапы операции не отличались от стандартной методики цистэктомии - нижнесрединным доступом вскрыта брюшная полость, предбрюшинное пространство. После мобилизации мочевого пузыря и простаты, нижних и средних третей мочеточников выполнена радикальная цистпростатэктомия с окружающими

15 фасциями, клетчаткой. Мобилизована петля подвздошной кишки, из которой сформирован кишечный мочевой пузырь по Штудеру непрерывным швом ПДС 4/0. На этапе наложения уретеро-уретероиленоанастомоза использована предложенная модификация анастомоза Уоллиса. Стенки мочеточников рассечены по внутренней стенке на протяжении 3 см. Затем медиальные стенки обоих мочеточников сшиты непрерывным швом (ПДС 4/0) со

20 связыванием узлов снаружи. После данного этапа передние стенки рассеченных мочеточников сшиты П-образными швами. За счет данного этапа зона просветов мочеточников скрыта в глубине общего мочеточникового канала. Затем наложен анастомоз между общим мочеточниковым каналом и кишкой непрерывным швом. Мочеточники интубированы наружными мочеточниковыми катетерами-стентами. Затем произведено анастомозирование необладера с проксимальным отделом уретры, кондуит был

25 дренирован катетером Фоли. Дренажи удалены на 10-12 сутки.

В данной модификации операция выполнена у 6 пациентов. Собственный опыт показал отсутствие стриктур уретеро-уретеро и уретероиленоанастомозов и у всех 6 пациентов значительно улучшил результаты лечения пациентов раком мочевого пузыря.

30 **Формула изобретения**

Способ уретеро-уретеро-илеоанастомоза, включающий рассечение мочеточников по внутренней поверхности, сшивание медиальных стенок непрерывным швом с

завязыванием узлов снаружи, отличающийся тем, что рассечение мочеточников проводят на протяжении 3-4 см, сшивают передние стенки мочеточников П-образными швами и

35 стенки общего мочеточникового канала пришивают к кишке непрерывным швом.

40

45

50