

Передбачуваний винахід відноситься до області медицини, а саме урології і може бути застосований для хірургічного лікування захворювань сечового міхура, що потребують цистектомії.

Радикальне видалення сечового міхура вимагає застосування відведення деривації сечі із сечоводів зовні.

Відомий засіб зовнішнього відведення сечі шляхом виведення сечоводів на шкіру передньої стінки живота - уретерокутанеостомія (Шипілов В.І. Рак сечового міхура.. - М.: Медицина, 1983. С. 106-107).

Суттєвими вадами цього способу є досить швидке розвинення висхідного пієлонефриту, що виникає через безпосередній контакт просвіту сечоводу з поверхнею шкіри, рубцевий стеноз стоми, необхідність постійного користування сечоприємником, підтікання сечі з мацерацією шкіри, неприємний запах тощо.

Найбільш ефективним способом деривації сечі є формування штучного сечового міхура із ізольованого сегменту клубової кишки, що анастомозується з шийкою видаленого сечового міхура, а в нього вшиваються сечоводи (Лопаткин Н.А., Шевцов И.П. Оперативная урология. - М.: Медицина, 1986. - С. 248-257). Але в ряді випадків цистектомія проводиться без збереження шийки видаленого сечового міхура і відведення сечі через уретру неможливе.

Для таких ситуацій відомий спосіб деривації сечі шляхом вшивання сечоводів в ізольований сегмент клубової кишки, що заглушується з проксимального кінця і виводиться на передню черевну стінку у вигляді ентєростоми - операція Бріккера (Шипілов В.І. Рак сечового міхура. - М.: Медицина, 1983. - С. 115). Утворення таким чином, проміжного резервуара сечі між сечоводами і шкірою суттєво знижує ризик виникнення післяопераційного пієлонефриту. Вадою цього способу є постійне неконтрольоване витікання сечі на шкіру, що обумовлює розвинення контактних дерматитів, а також соціальні незручності, пов'язані з необхідністю носіння сечоприємників, які незможні надійно утримувати сечу в своїх резервуарах достатній час. Із за цього хворі вимушені часто міняти сечоприємник, що потребує значних фінансових затрат.

Найбільш близьким з відомих до даного є спосіб вшивання сечоводів в сигмовидну кишку - уретеросигмостомія (Лопаткин Н.А. Урология. - М.: Медицина, 1995. - С. 395-398). Не дивлячись на антирефлюксну методику анастомозування сечоводу з сигмою, кількість виникнення після операційного прогресуючого висхідного пієлонефриту досить велика і по даним різних авторів становить від 40 до 70% (Шипілов В.І. Рак сечового міхура. М.: Медицина, 1983. - С. 115).

Метою даного винаходу є підвищення ефективності операції і зниження кількості післяопераційних ускладнень.

Задача вирішується тим, що після цистектомії сечоводи вшивають в ізольований сегмент клубової кишки, а останній анастомозують з сигмовидною кишкою. Така методика, з одного боку, дозволяє запобігти розвиненню висхідного пієлонефриту з просвіту сигми за рахунок наявності проміжного резервуара з сегменту тонкої кишки, а, з другого боку, проводиться внутрішнє відведення сечі, що не пов'язане з створеннями ентєростоми, і не потребує носіння сечоприємників.

Як показали проведені патентні дослідження (як по патентній, так і по науково-медичній літературі), не відомі способи деривації сечі після цистектомії, в яких сечоводи вшиваються в штучний сечовий міхур, створений з ізольованого сегменту клубової кишки, а останній анастомозується з сигмовидною кишкою, що дозволяє стверджувати про відповідність запропонованого способу критерію "наукова новизна".

Анастомозування сформованого із клубової кишки штучного сечового міхура з сигмовидною кишкою ізоперистальтично і по антирефлюксній методиці відповідає критерію "суттєві ознаки".

Підвищення ефективності операції досягається за рахунок формування проміжного резервуара сечі (штучного сечового міхура) між сечоводами і сигмовидною кишкою, а також відсутності зовнішньої сечостоми.

Зниження кількості післяопераційних ускладнень досягається тим, що сечоводи анастомозуються з ізольованим сегментом тонкої кишки по антирефлюксній методиці, анастомоз між штучним сечовим міхуром і сигмовидною кишкою виконується ізоперистальтично і по антирефлюксній методиці, що стає суттєвою перешкодою для рефлюксу інфікованої сечі і, таким чином, висхідного пієлонефриту.

Спосіб здійснюють таким чином: після цистектомії з нижньо-середнього лапаротомного доступу ділянку клубової кишки на 10-15 см вище ілеоцекального кута та на протязі 25-30 см ізольовують, для чого перетинають кишку з країв передбачуваного сегменту та розтинають брижейку від місця перетинання кишки в бік кореню брижейки на глибину 5-6 см. Приводячу та відводячу петлі клубової кишки анастомозують між собою, відновлюючи прохідність шлунково-кишкового тракту. Ізольований сегмент низводять вниз, проксимальний кінець його перітонізують двоохрядним швом. Сегмент розвертають проти часової стрілки таким чином, щоб дистальний його кінець розташувати біля ректосигмоїдного кута. В бокові стінки сегменту вшивають сечоводи по відомій антирефлюксній методиці, при цьому лівий сечовод проводять до сегменту крізь "вікно" у брижейці сигмовидної кишки. Проксимальний кінець сегменту анастомозують термінолатерально з сигмовидною кишкою на 2-3 см вище ректосигмоїдного кута, накладаючи погрудку стоми по типу "чорнильниці-невиливачки". Щоб запобігти неспроможності створених уретеро, ентєро та ентєросигмоанастомозів, сечоводи попередньо інтубують, а інтубаційні трубки виводять крізь ізольований сегмент клубової кишки та сигмовидну кишку зовні крізь задній прохід (ці трубки вилачуються на 6-8 день після операції).

Ефективність способу підтверджується слідуючими конкретними прикладами.

Приклад 1. Хворий, історія хвороби № 183, госпіталізований в клініку 6.01.1998 р. з приводу гематурії, частого сечовипускання, підвищення температури тіла, ознобів. При обстеженні виявлена пухлина сечового міхура з проростанням в устя сечоводів, виповнююча майже весь просвіт міхура, двосторонній уретерогідронефроз. Після передопераційної підготовки виконана операція – цистектомія, при якій виявлено, що пухлина проростає у шийку сечового міхура і початковий відділ уретри, і після видалення міхура з пухлиною відведення сечі через уретру неможливе. Операція продовжена згідно запропонованого способу. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Інтубаційні трубки вилачені із сечоводів на 8 день. Функція шлунково-кишкового тракту відновлена. Хворий утримує сечу сфінктером прямої кишки., дефекація сумішки калу і сечі 4-5 разів на день. Ознак пієлонефриту немає. Виписаний у задовільному стані на 15 день після операції. Обстежений через 6 місяців після операції - скарг немає, ознак пієлонефриту не виявлено.

Приклад 2. Хворий, історія хвороби № 23476, госпіталізований в клініку 18.04.1998 р. із скаргами на часте сечовипускання дрібними порціями до 15-20 разів на день. Хворіє на туберкульоз сечового міхура близько 11 років. Неодноразово проводив курс специфічного лікування. На нинішній час об'єм сечового міхура становить 20 мл. Після

передопераційної підготовки прооперований - цистектомія, при якій виявлене тотальне враження сечового міхура з переходом на задню уретру. Виконана операція згідно даній методиці. Після операційний перебіг гладкий. Ускладнень не було. Виписаний на 13 день після операції у задовільному стані. Оглянутий через 2 місяці. Ознак висхідного пієлонефриту немає. Удержує сечу в кишечнику самостійно. Дефекація 6-7 разів на день.

Нами проведено аналіз двох груп хворих на рак сечового міхура, оперованих в Харківському нефроурологічному центрі з застосуванням цистектомії по способу прототипу і даному способу (таблиця).

Таблиця

Способи деривації сечі після цистектомії	Результати операції
	Наявність післяопераційного пієлонефриту
Способом по прототипу (18 хворих)	11 (61,1%)
Пропонований спосіб (8 хворих)	1 (12,5%)

Приведені дані підтверджують ефективність пропонованого способу в порівнянні зі способом прототипом, після якого частота виявлення пієлонефриту була в 4 рази більша.

Таким чином, спосіб дозволяє ефективно відводити сечу в сигмовидну кишку після радикальної цистектомії при неможливості відновлення сечовипускання через уретру, запобігаючи розвитку післяопераційного висхідного пієлонефриту.