

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2013 г.

Регистрационный № 020-0313

**МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
НЕЙРОГЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ  
В СОЧЕТАНИИ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ  
РЕФЛЮКСОМ У ДЕТЕЙ**

инструкция по применению

**Учреждения-разработчики:**

Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет»

**Авторы:**

Дружинин Г.В., к.м.н. Дубров В.И., д.м.н., профессор Воцула В.И.,  
к.м.н., доцент Скобеюс И.А.,

Минск 2013

Настоящая инструкция по применению (далее - инструкция) разработана с целью увеличения объёма нейрогенного мочевого пузыря детубуляризированным участком тонкой кишки. Этот метод позволяет увеличить до нормы адаптационную способность мочевого пузыря и ликвидировать причину возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у пациентов с нейрогенным мочевым пузырём.

Инструкция предназначена для врачей-хирургов, иных врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с нейрогенным мочевым пузырём.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Гиперактивность детрузора при нейрогенном мочевом пузыре у детей в сочетании с пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Отсутствуют.

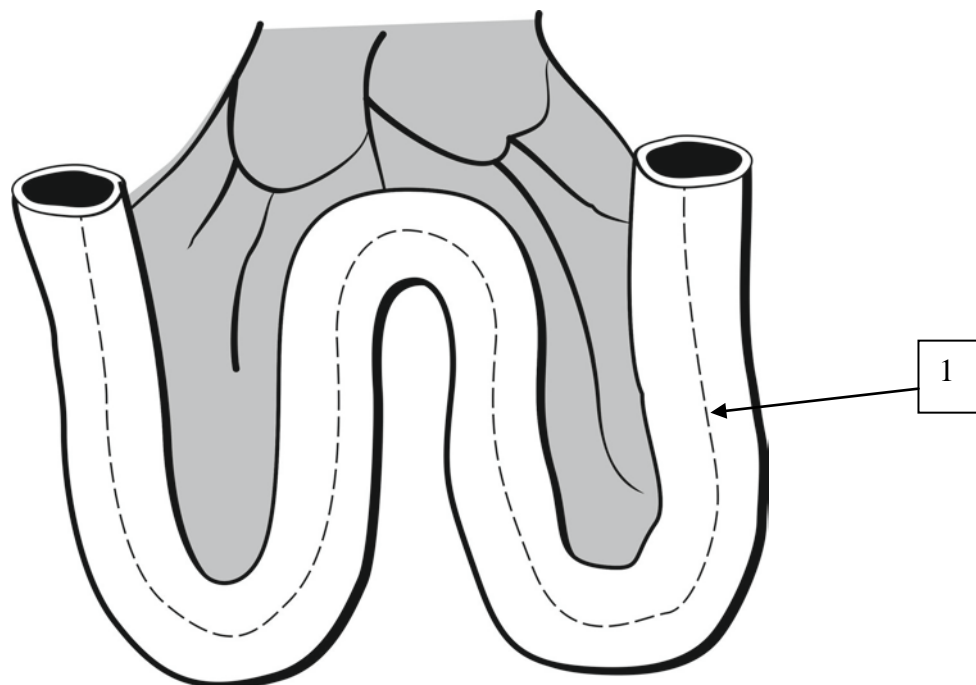
### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

Набор хирургических инструментов для операций на органах брюшной полости.

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО ДЕТРУЗОРА ПРИ НЕЙРОГЕННОМ МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ**

Операцию проводят под интубационным наркозом в положении пациента на спине. Увеличение (аугментацию) мочевого пузыря выполняют детубуляризированным участком подвздошной кишки на питающей ножке брыжейки. Методика операции: отступив проксимально от илеоцекального угла на 15-25 см, формируют окно в брыжейке, пересекают кишку в поперечном направлении. Затем отмеряют 20-35 см подвздошной кишки, вновь формируют окно в брыжейке, кишку вновь

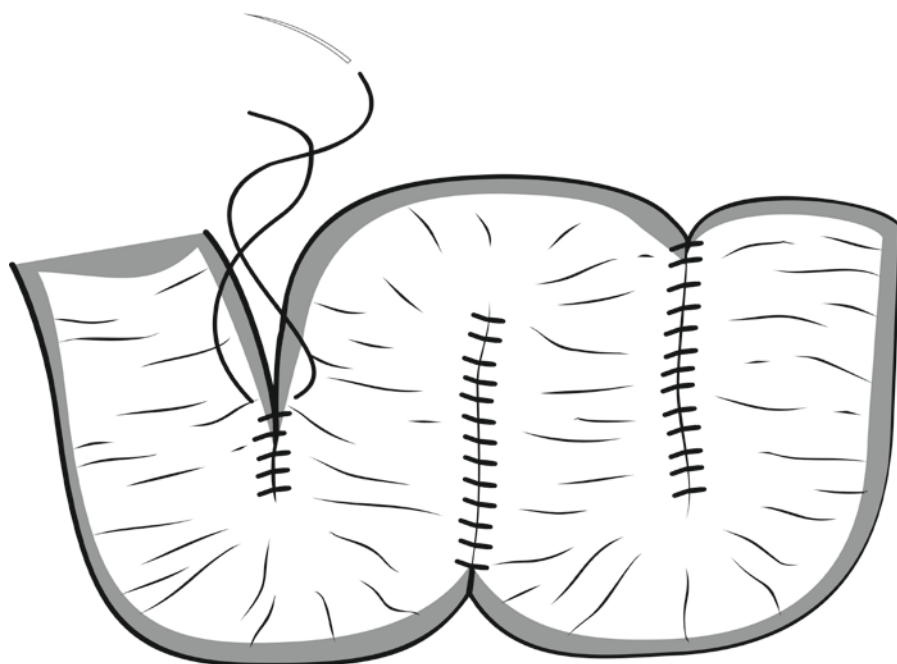
пересекают поперечно. Непрерывность ЖКТ восстанавливают двухрядным узловым швом. Окно в брыжейке закрывают отдельными швами. Мобилизованный участок подвздошной кишки детубуляризируют продольным разрезом по противобрыжеечному краю (рис. 1).



1 – линия разреза по противобрыжеечному краю для детубуляризации кишечного трансплантата

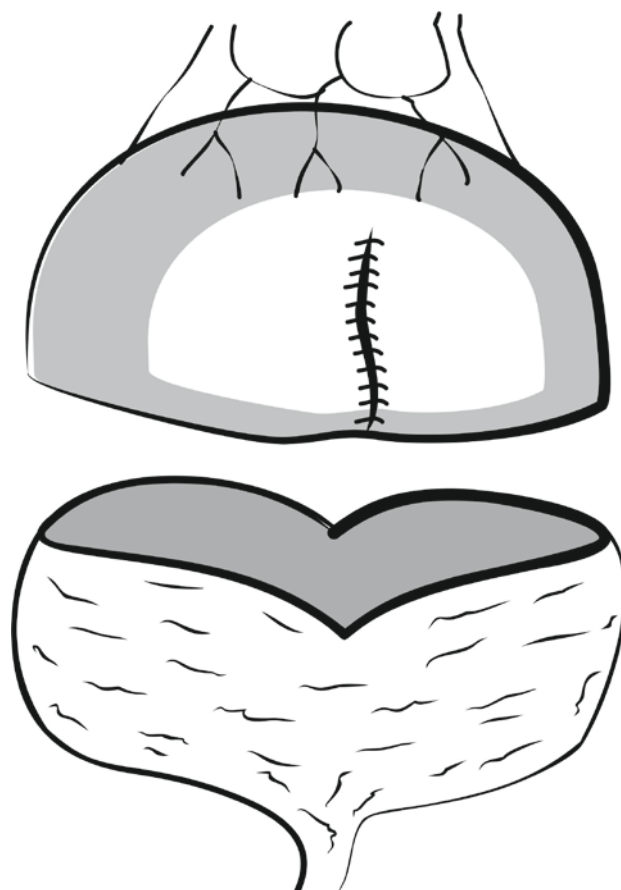
**Рисунок 1 – Участок тонкой кишки для аугментации**

Полученную площадку укладывают в виде буквы “W” или “M”. Прилежащие края кишки сшивают рассасывающейся нитью 4/0 таким образом, что бы получилась половина резервуара (рис. 2).



**Рисунок 2 – Детубуляризированный участок тонкой кишки для аугментации уложенный в виде “W”**

Мочевой пузырь в области верхушки открывают крестообразным разрезом или в нескольких направлениях как можно шире для того, чтобы в области анастомоза мочевого пузыря с кишечной частью резервуара не возникала перетяжка в виде «песочных часов», поскольку толстая, ригидная стенка нейрогенного мочевого пузыря стремится сблизить противоположные края разреза. Края сформированного из кишки верхней половины резервуара соединяют непрерывным швом с краями мочевого пузыря (рис. 3).



**Рисунок 3 – Схема объединения сформированной кишечной половины резервуара с оригинальным мочевым пузырём**

Брыжейку резервуара фиксируют отдельными швами к париетальной брюшине в области крестца с целью предотвращения внутреннего ущемления кишечника.

Цистостому или уретральный катетер сохраняют 5-6 суток. Дренаж из брюшной полости удаляют на 3-5 сутки. Основным отличительным признаком заявляемого способа операции является формирование «резервуара низкого давления» с привлечением участка подвздошной кишки без удаления собственного мочевого пузыря и пересадки мочеточников. При применении этого метода, сохраняются все анатомические образования и сосудисто-нервные комплексы шейки мочевого пузыря и тазового дна, нет риска формирования рубцовых стриктур в области анастомозов. Этот метод направленно воздействует на

основное патогенетическое звено причины появления ПМР – ликвидирует высокое давление в просвете мочевого резервуара и увеличивает его объём.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ, ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

1. Недостаточное рассечение верхушки мочевого пузыря в области анастомоза с кишечной частью резервуара может вызывать появление после операции перетяжки вновь созданного резервуара в виде «песочных часов». Необходимо рассекать верхушку мочевого пузыря как можно шире, в нескольких направлениях.
2. Недостаточная длина мобилизуемой для формирования резервуара кишки не способствует возникновению достаточной адаптационной способности мочевого пузыря, в результате чего пузырно-мочеточниковый рефлюкс может сохраниться. Для достижения достаточной адаптационной способности мочевого пузыря у детей необходимо 20-35 см детубуляризированной подвздошной кишки.
3. Незашитое «окно» между брыжейкой кишечного резервуара и крестцом может приводить к ущемлению в нём кишечника. Брыжейку резервуара необходимо фиксировать отдельными швами к париетальной брюшине в области крестца.

**Охранный документ:** по данному методу получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы (12 января 2012. №а20111550) на выдачу патента на изобретение способа лечения ПМР у детей с гиперактивным нейрогенным мочевым пузырём.