

# ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



(19) ВУ<sup>(11)</sup> 1453

(13) С1

(51)<sup>6</sup> А61В 17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ  
ВЕДОМСТВО РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

## (54) СПОСОБ УШИВАНИЯ РАНЫ ПОЧКИ ПОСЛЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЛЮСА

(21) Номер заявки: 337

(22) 31.05.1993

(46) 16.12.1996

(71) Заявитель: Гродненский государственный медицинский институт (ВУ)

(72) Авторы: Нечипоренко Н.А., Кравчук В.Р. (ВУ)

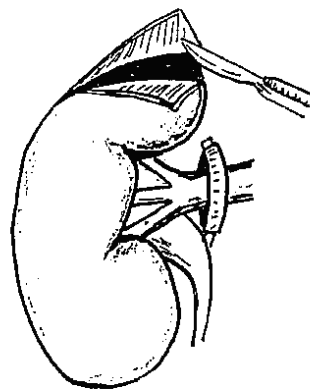
(73) Патентообладатель: Гродненский государственный медицинский институт (ВУ)

(57)

Способ ушивания раны почки после клиновидной резекции полюса, включающий тампонирование дна раны почки, прошивание краев почечной раны и фиброзной капсулы и сближение их при завязывании лигатур, отличающийся тем, что ткань почки плотно покрывают листками фиброзной капсулы и тампонируют ими дно почечной раны.

(56)

1. Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций на органах мочеполовой системы. - М.: Медицина, 1972. - С. 52-53.



Фиг. 1

ВУ 1453 С1

Изобретение относится к области медицины, а именно к урологии и может использоваться для повышения надежности гемостаза при ушивании раны почки после клиновидной резекции полюса и герметизации швов вскрытой полостной системы почки.

Наиболее близким к заявляемому является способ ушивания раны почки после клиновидной резекции полюса [1]. Вскрытую полостную систему почки ушивают. Иссекают

кусочек мышцы, разбивают ее и укладывают в почечную рану, которую затем ушивают узловыми или матрачными кетгутowymi швами, захватывая фиброзную капсулу почки.

Недостатками указанного способа являются недостаточно надежный гемостаз, недостаточно надежный герметизм швов полостной системы почки, необходимость использования окружающих почку тканей.

Задачей изобретения является повысить надежность гемостаза и герметичности швов

вскрытой полостной системы почки после клиновидной резекции полюса, отказаться от использования окружающих почку тканей.

Поставленная задача достигается использованием листков фиброзной капсулы почки, которыми плотно укрывают всю поверхность операционного разреза, а избыток капсулы тампонирует дно операционной раны почки. Лигатуры проводятся через ткань почки, покрытой листками фиброзной капсулы, что позволяет избежать прорезывания швов, добиваясь плотного соприкосновения краев раны почки.

Способ осуществляют следующим образом.

Продольно по краю полюса рассекают фиброзную капсулу от ворот с переходом по свободному краю почки до предполагаемой границы резекции полюса (фиг. 1). Лоскуты капсулы отслаивают от почечной паренхимы, т.е. выполняют декапсуляцию удаляемого полюса.

После пережатия почечной артерии клиновидно иссекают паренхиму полюса, причем разрез паренхимы начинают у границы отслоенной фиброзной капсулы. Ушивают просвет вскрытой полостной системы почки (фиг. 2), прошивают видимые просветы сосудов по линии операционного разреза почечной паренхимы. Затем двумя пинцетами захватывают края одного отслоенного листка фиброзной капсулы и в натяжении укладывают его на соответствующую половину операционного разреза почки (фиг. 3) и, удерживая его в таком положении, прошивают почечную ткань, вкалывая иглу (кетгут №4) снаружи и выкалывая у вершины резекционного клина тоже через фиброзную капсулу (фиг. 3). Накладывают 3-4 шва. Затем захватывают края противоположного лоскута фиброзной капсулы и накрывают им операционный разрез почки с другой стороны, удерживая лоскут в натяжении. Прошивают укрытый капсулой край почечной ткани уже изнутри снаруж нитями, проведенными через противоположный край почечной ткани (фиг. 4 и 4а). Избыток листков фиброзной капсулы, лежащих в вершине резекционного клина, создает дополнительную прокладку на ушитой полостной системе почки. Эти листки капсулы прижимаются к дну раны лигатурами при завязывании швов (фиг. 4а).

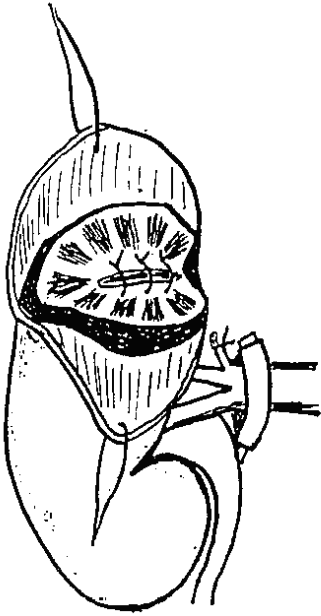
Края почечной раны легко сближаются при затягивании швов, а фиброзная капсула позволяет избежать прорезывания почечной па-

ренхимы, плотно тампонирует дно раны почки, надежно обеспечивает гемостаз, а также герметизм швов чашечки или лоханки. Не требуется дополнительного уплотнения линии швов. В законченном виде шов раны почки после клиновидной резекции полюса представлен на фиг. 5 и 5а.

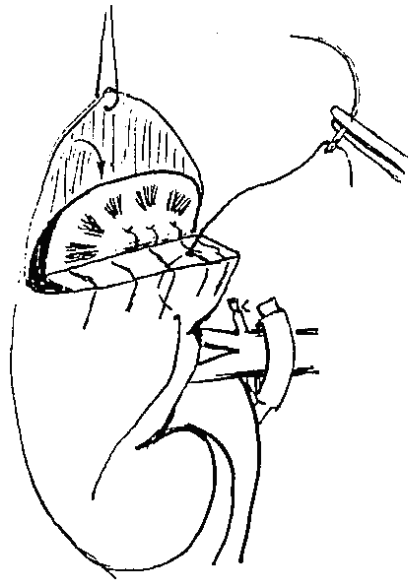
**Пример 1.** Больной К., 48 лет, поступил в урологическую клинику с жалобами на боли в поясничной области справа. При обследовании диагностированы множественные камни в нижней чашечке правой почки с атрофией паренхимы нижнего полюса. Операция: клиновидная резекция нижнего полюса правой почки. После люмботомии мобилизована почка. Рассечена фиброзная капсула по свободному краю нижнего полюса, начиная от ворот почки и листки капсулы отсепарированы в стороны. Пережата почечная артерия и паренхима полюса резецирована клиновидно. Удален нижний полюс почки с нижней чашечкой, заполненной камнями. Наложены швы на шейку чашечки, прошиты просветы видимых сосудов в операционном разрезе паренхимы почки и почечного синуса. Лоскутом фиброзной капсулы в натяжении прикрыт операционный разрез ткани почки с одной стороны и ткань почки прошита снаружи внутрь выколом через синус кетгутowymi нитями (4 шва). На противоположную поверхность резецированной паренхимы почки наложен в натяжении другой лоскут капсулы и нитями, ранее проведенными через другой операционный край почки, прошита паренхима изнутри снаруж тоже через фиброзную капсулу. При затягивании швов достигнута хорошая адаптация краев почечной раны. После снятия зажима с почечной артерии кровотечения нет. Послеоперационный период протекал гладко.

Преимущества предлагаемого способа: не требуется применять окружающие почку ткани для уплотнения линии швов с целью повышения надежности гемостаза; края раны хорошо адаптируются и швы затягиваются плотно; избыток фиброзной капсулы, находящийся в вершине резекционного клина, является биологическим тампоном, повышающим герметизм швов чашечки или лоханки.

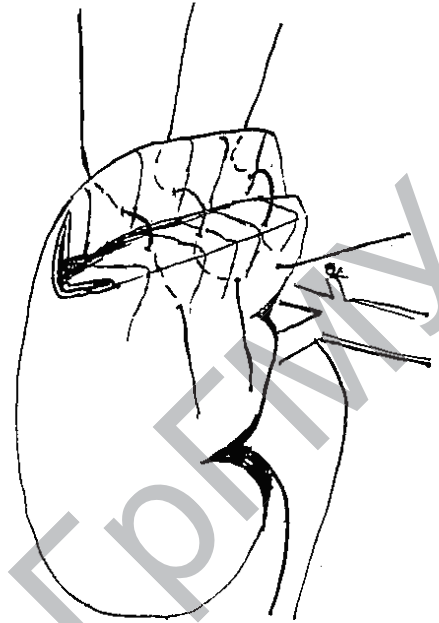
Указанным способом оперировано 8 больных. Во всех случаях достигнуты хорошие непосредственные результаты: полный гемостаз и герметизм полостной системы почки.



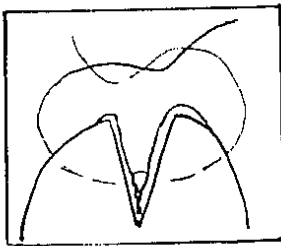
Фиг. 2



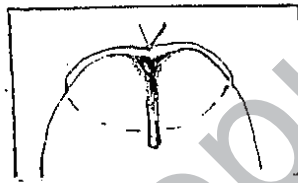
Фиг. 3



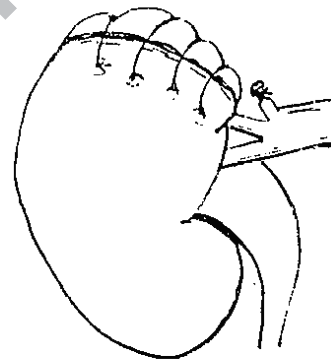
Фиг. 4



Фиг. 4 а



Фиг. 5 а



Фиг. 5

Составитель А.И. Сорокин  
Редактор В.Н. Позняк  
Корректор Т.Н. Никитина