



Urológiai berendezések, Laborfelszerelések ARBO EKG elektródák

2520758,1631299

Egy általunk forgalmazott igen hasznos berendezést a TUR kötényt ajánljuk figyelmébe. Amint a mellékelt ábrán is látható a készülék két részből áll: egy steril, egyszerhasználatos, fordított kúp alakú műanyag kötény, és egy többször felhasználható műanyag receptor egység amely a rezekátum összegyűjtésére szolgáló fémhálóból készült kosarat tartalmazza.

A készülék sematikus rajza a mellékelt ábrán látható.

Előnyei:

1. Steril műtési területet és nagy mozgásszabadságot biztosít az operatőrnek.

2. Sem az operatőr, sem a műtő nem szennyeződik a véres mosófolyadékkal, kicsi takarítási igény.

3. Veszteségmentes és frakcionált anyaggyűjtést tesz lehetővé.

4. Bármilyen típusú műtőasztalhoz csatlakoztatható.

5. Nincs szükség a műtőasztal fiókjainak ki-be huzogatására, az operatőr a teljes figyelmét a műtétnek szentelheti, nincsenek a műtét ritmusából kizökkentő mellék-foglalatosságok, emiatt a műtét gyorsabb (mintegy 10%).

Tapasztalataink alapján a berendezés szorosan vett szakmai előnyei mellett csökkenti az ápoló- és takarítószemélyzet megterhelését, ami a mai nővér és takarítószemélyzethiány figyelembevételével nem elhanyagolható szempont.

A termék bővebb ismertetése, illusztrálása megtalálható az Urol. Nephrol Szle. 1983, 10, 4, 215-217 számában Kisbenedek László dr. és Légrádi József dr. cikkében.

A berendezést hosszabb idő óta használják többek között Kisbenedek László dr. urológiai osztályán a Dél-pesti kórházban nagyon kedvező eredménnyel.

COMMED TRADE KFT.

1145 BUDAPEST SZUGLÓ U. 49-51. FAX: 118-2808
TEL/FAX: 252-0758, 163-1299, 251-3556



ÚJ MŰTÉTI ELJÁRÁSOK

Magyar Urológia VIII. évfolyam, 1. szám (1996)

A Debreceni Orvostudományi Egyetem
Urológiai Klinikája
(igazgató: Tóth Csaba dr.)
Arabia Felix Hospital, Sana'a
Department of Urology*

Percutan nephroscopos ureterolithotomia

Tóth Csaba dr., Holman Endre dr., * Nagy Attila dr., Flaskó Tibor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: Szerzők percutan nephroscopos ureterolithotomiáról számolnak be 15 esetük kapcsán. Az ureter középső harmadában elakadt, nagyméretű (>1 cm), kemény kövek esetében javasolják, ha más módszerek (ESWL, URS) nem eredményesek. A biztonsággal végezhető beavatkozást a nyílt műtétekkel szemben előnyben részesítik.

PERCUTANEOUS NEPHROSCOPIC URETEROLITHOTOMY

SUMMARY: The authors present 15 cases of percutaneous nephroscopic ureterolithotomy. They suggest this method in patients with large, (more than 1 cm), hard stones, which are impacted in the middle third of the ureter, and when other therapeutic approaches are not possible. These safe operations are more preferable by the authors than open surgery.

KEY WORDS: ureteric stone, ureterolithotomy, percutaneous.

Az extracorporalis kőzúzás (ESWL), a percutan (PCNL) és ureteroscopos (URS) kőeltávolítás biztosítja a vese és ureterkövek többségének közös terápiáját. Ezen módszerek legjobb alkalmazása esetén is előfordul, hogy a kő nem távolítható el a szervezetből. A legtöbb nehézség az ureter középső harmadában elakadt és impaktált kövek esetén adódik. Ha nem röntgencélzású a kőzúzó berendezés, akkor a kő célzása is nehézségekbe ütközik. Amennyiben a célzás röntgennel történik és a kő túl nagy (10 mm-nél nagyobb) és igen kemény, akkor a kőzúzó ugyan teljesítheti feladatát, de a kődarabkák távozása bizonytalan, különösen akkor, ha a kő hosszú idő óta ugyanazon a helyen van és kőfészkek alakult ki körülötte. A rtg.-árnyékot nem adó kövek is okozhatnak nehézséget, még kontrasztanyag használata esetén is.

Az ureteroscop szűk munkacsatornája miatt pedig nehezebb a nagy kövek zúzása (ultrahang, elektrohidraulikus, lézer), ezzel meghosszabbodik a beavatkozás ideje, a kődarabkák maradéktalan eltávolítása pedig nem mindig történik meg. Sokszor a beékelte kő körül olyan nyálkahártya-duzzanat van, hogy az ureteroscoppal nem is hozzáférhető látótérbe. Olykor előfordul az ureter megtöretése, felgyűrődése, ami megakadályozza az ureteroscop rávezetését a kőre.

Ezen nehézségek miatt kerestünk új utakat az ureter középső harmadában elakadt nagy kövek endoszkopos eltávolítására.

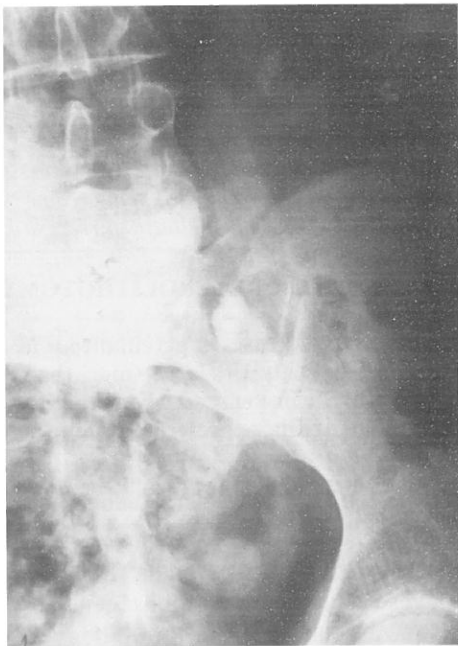
Két lehetőséget találtunk:

1. percutan nephroscopos ureterolithotomia
2. laparoscopos, retroperitoneoscopos ureterolithotomia.

Az utóbbiról más közleményben számoltunk be (3).

A két eljárás indikációja megegyezik, azzal a kiegészítéssel, hogy a percutan nephroscopos módszer akkor is alkalmazható, amikor a laparoscopos nem (előre-ment műtéti vagy baleseti hegesedések az ureter körül; bármi ok miatt nem altatható a beteg).

Indikáció: az ureter középső harmadában elakadt, beékelt, nagy (10 mm-nél nagyobb), kemény kő, amely ESWL-lel vagy URS-sel nem bírható távozásra (1. ábra).



1. ábra. A bal ureter középső szakaszán beékelődött 22 x 12 mm-es kő.

Betegek és módszer

15 betegben végeztünk percutan nephroscopos ureterolithotomiát, az elsőt 1985-ben. A 11 férfi és 4 nő közül a legidősebb 62 éves, a legfiatalabb 23 éves volt a műtét idején. Átlagos életkor 44 év. Hét kő a jobb, nyolc kő a bal ureterben helyezkedett el. A kövek nagysága: 11–22 mm közötti volt. Vegyi összetétel szerint a kövek közül 9 whewellit, 3 whewellit + weddellit, 2 whewellit + húgysav, 1 struvit + karbonatapatit volt.

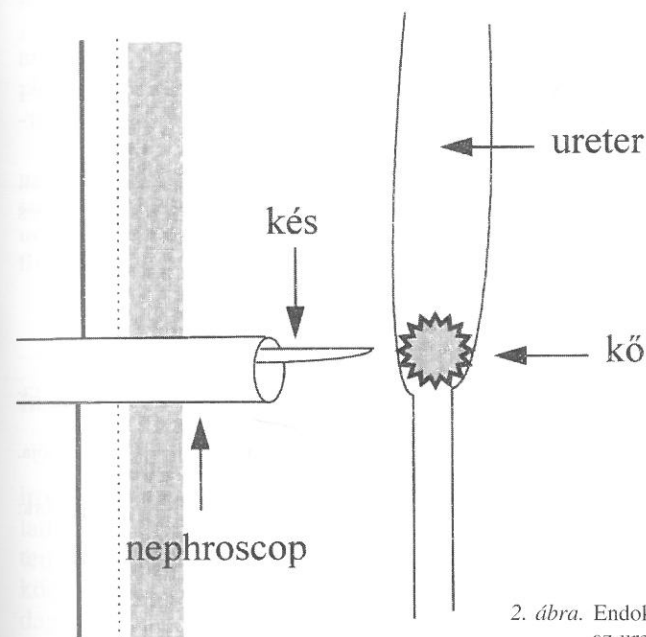
Műtét előtti kivizsgálás és előkészítés megegyezik a nephroscopos percutan kőeltávolításával.

Módszer: hason fekvő beteg bőrének desinficiálása után punkciós tűvel, helyi érzéstelenítésben rtg.-ellenőrzéssel „rászúrunk” a kőre. A punkcióval érezzük a tű üt-közését a kövön és rtg.-monitoron jól láthatjuk a kő tűvel szinkron mozgását. Negatív

kőárnyék esetén az előzetesen ureterbe vezetett és a kőnél megakadt ureterkatéter vagy DJ-stent jelzi a kő helyzetét. A kőtól proximálisan megszárt ureterbe pedig kontrasztanyag is fecskendezhető, de intravenás kontrasztographia is segítségünkre lehet.

Amint a punkciós tű biztonsággal rajta van a kövön, úgy lumenébe merev vezetődrótot tolunk a kőig. Kis bőrmetszés után feltágítjuk a punkciós csatornát egészen az ureterig. Bevezetjük a nephroscopot és a látóteret biztosító izotoniás konyhasóoldatból csupán annyit folytatunk be, amelynek minimális mennyisége biztosítja a jó látást. A munkacsatornán át bevezetjük a preparálófogót, mellyel kikészítjük az uretert azon a szakaszon, amelyet kidomborít a kő. Kettős kontroll mellett biztosítjuk, hogy jó helyen vagyunk: röntgenátvilágítással és nephroscopos megtekintéssel. A befolyó és kifolyó folyadék mennyiségi egyensúlyát a csapok kezelésével biztosítjuk. Használhatunk Amplatz-hüvelyt is, amely megakadályozhatja a retroperitoneum túltöltését.

Amint a tiszta, elődomborodó ureterfalat jól látjuk, úgy az egyenes szegélyű endo-késsel hosszanti metszést ejtünk a kő fölött elődomborodó ureterfalán át a kőig (2. ábra). Olyan nagyságú vágást készítünk, hogy a kő kiférjen a nyíláson. A kés helyére aligátorfogót viszünk be, ezzel megfogjuk a követ és eltávolítjuk.



2. ábra. Endokéssel metszést ejtünk az ureterfalán.

Ha erősen beékel a kő, akkor az ureter megfogásával és manipulálásával bírjuk távozásra. Amint kivettük a követ, az ureterkatétert vagy a DJ-stentet, feltoljuk a pyelonig. Az ureter sebajkái szemünk láttára összefeksznek, majd néhány óra alatt fibrinesen összetapadnak. A műtéti területből kiszívjuk a folyadékot, az ureter mellé drént vezetünk, amelyet a bőrhöz rögzítünk.

Eredmények

Minden középső ureterszakaszban elakadt kő miatt indikált nephroscopos ureterolithotomiánk sikerrel járt, szövődménymentesen zajlott le. Urinfiltráció, vérzés, szomszédos szerv sérülése, késői szűkület nem keletkezett egyik beteg esetében sem. Betegeink a műtétet követő napon sétáltak, étkezettek, egyedül a 2-3 napig bent lévő ureterkatéter zavarta őket, ezért tértünk át a DJ-stent alkalmazására. Ez utóbbi tehertétele azonban az, hogy néhány hét múlva el kell távolítani. A műtétet követő 3-5 nap elhagyták az operáltak a kórházat. Két betegben nem hagytunk sem ureterkatétert, sem DJ-stentet. Ők is zavartalanul gyógyultak, csupán a drén eltávolítására csak egy hét múlva kerülhetett sor.

Megbeszélés

A percutan nephroscopos ureterolithotomiát a középső ureterszakaszban elakadt, nagyméretű (>1 cm), kemény kövek eltávolításának alternatív módszerének tartjuk. Alkalmazásával lehetőséget adunk azon betegeknek, akikből az említett kő más módszerrel nem távolítható el, hogy mégse legyen nyílt műtettel felvágva oldaluk. Ilyen törekvéssel más szerzőknél is találkozunk (1, 4).

A laparoscopos retroperitoneoscopia kidolgozása (2) és hazai bevezetése (3) óta ezt a módszert is alkalmazzuk. Az eredmények ezzel a technikával is hasonló jók, azonban berendezési igénye, a heges hasfal, a beteg altathatósága határt szab elterjedtebb használatának.

A percutan nephroscopos ureterolithotomiát válogatott esetekben akár priméren, akár más kőeltávolítási módszerek (ESWL, URS) sikertelensége esetén ajánljuk és előtérbe helyezzük a nyílt műtéti megoldással szemben.

Irodalom

1. Clayman, R. V. et al.: Percutaneous ureterolithotomy. J. Urol. 1985; 133: 671.
2. Gaur, D. D.: Laparoscopic operative retroperitoneoscopy: use of a new device. J. Urol. 1992; 147: 1137.
3. Holman, E., Morshed, A. S.: Laparoscopes ureterolithotomia: a retroperitoneoscopia egyik indikációja. Magy. Urol. 1994; 6: 353-358.
4. Wickham, J. E. A.: The surgical treatment of renal lithiasis. In: Urinary Calculous Disease. New York: Churchill Livingstone, 1979: 145-148.

ESETISMERTETÉS

Magyar Urológia VIII. évfolyam, 1. szám (1996)

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest
Urológiai Klinika
(igazgató: Frang Dezső dr.)

Indukált daganat az ureterosigmoidostoma helyén

Pajor László dr., Harsányi László dr., Szabó Krisztina dr.,
Paál Edina dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők colon pecsétgyűrű sejtjes daganatát mutatták ki 30 évvel az extrophia miatt végzett ureterosigmoidostomia után. A daganat elzárta a sigmát, mindkét uretert, és érintette az ileum falát is. A colont és a daganatos ileumot rezekálták és ureteroileocutaneostomiát készítettek. Hangsúlyozzák, hogy a vizeletelterelés után öt évvel rendszeres endoscopy ellenőrzés szükséges a daganatkeletkezés jelentős kockázata miatt.

INDUCATED TUMOUR AT THE SITE OF URETEROSIGMOIDOSTOMA

SUMMARY: The authors diagnosed a colon signet ring cell cancer thirty years after ureterosigmoidostomy for bladder exstrophy. The tumour occluded the sigma, both ureters, and invaded the wall of ileum. The colon and the tumorous ileum were resected and ureteroileocutaneostomy was performed. They emphasized the need of regular endoscopy five years after the diversion because of high risk of tumour formation.

KEY WORDS: ureterosigmoidostomy, bladder exstrophy, colon cancer

Bevezetés

Az ureterek vastagbélbe vezetése csaknem 150 éves múlta tekint vissza. Az első irodalmi hivatkozás, mely a beültetés helyén a vastagbélben keletkezett rosszindulatú daganatról számol be, 1929-ben jelent meg (1). Összefoglaló közlemények, ureterosigmoidostomia után 10 évvel keletkezett daganatok előfordulási arányát 5-13% között adják meg (2). Minél tovább tart a vizelet-széklet keveredés, annál nagyobb a daganat keletkezésének valószínűsége (3).

Hólyagrák miatti cystectomy és ureterosigmoidostomia után a betegek ritkán élnek 10 évet, vagy még többet, ezért az igazán veszélyeztetett csoportnak az extrophiás betegek számítanak.

Az általában sikertelen zárási kísérlet után ureterosigmoidostomia készül, és ezzel a betegek – viszonylagos elégedettséggel – hosszú évekig jól élnek. A daganat keletkezése, lehetősége sem a betegekben, sem orvosainkban nem tudatosul, saját esetünket, mely a magyar irodalomban első, ezért is tartottuk közlésre érdemesnek.