



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **108326** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00
A61B 17/068 (2006.01)

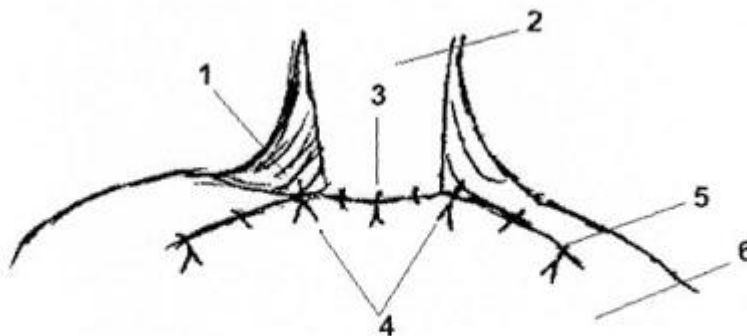
ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 00673	(72) Винахідник(и): Возіанов Сергій Олександрович (UA), Григоренко В'ячеслав Миколайович (UA), Данилець Ростислав Олегович (UA), Вікарчук Марк Володимирович (UA)
(22) Дата подання заявки: 28.01.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.07.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.07.2016, Бюл.№ 13	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", вул. Ю. Коцюбинського, 9-а, м. Київ, 04053 (UA)

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ВЕЗИКОУРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ**(57) Реферат:**

Спосіб формування везикуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії, який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою, а шви накладають по чергові з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язують між собою, причому у хворих з об'ємом передміхурової залози більше 80 см³, при наявності значної різниці у розмірах дефекту сечового міхура та діаметром уретри, перед формуванням анастомозу, додатково накладають безперервні вікрилові шви на дефект сечового міхура, звужуючи останній до діаметра уретрального катетера 18 Ch з їх подальшою фіксацією до m. levator ani справа і зліва.



Фиг. 3

UA 108326 U

Спосіб належить до медицини, а саме до оперативної урології, і може застосовуватись при виконанні ендоскопічної радикальної простатектомії у хворих з великим об'ємом передміхурової залози.

Радикальна простатектомія - хірургічний метод лікування локалізованого та місцево-поширеного раку передміхурової залози. Відкрита радикальна простатектомія набула широкого застосування із 80-х років XX ст. Із 90-х років значного поширення набули ендоскопічні методики даної операції, такі як лапароскопічна, ендоскопічна заочеревинна та роботизована простатектомія, що не поступаються відкритій операції за онкологічними результатами, маючи чисельні переваги. Завершальним етапом відкритої та ендоскопічної радикальної простатектомії є формування міхурово-уретрального анастомозу.

При наявності передміхурової залози великих розмірів (об'єм залози більше 80 см³), після виконання простатектомії створюється значний діастаз між дефектом сечового міхура та уретрою, що утруднюють або унеможливають накладання везикоуретрального анастомозу. Різниця у розмірах дефекту міхура та діаметром уретри також може бути причиною розвитку стриктур або неспроможності анастомозу. З цієї причини довгий час великий об'єм передміхурової залози вважався відносним протипоказанням до виконання малоінвазивної радикальної простатектомії.

Відомий спосіб техніки лапароскопічного накладання уретровезикального анастомозу за допомогою безперервного шва за VanVelthoven (1), який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою. Шви накладають по чергові з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язуються між собою.

Недоліком даного методу є те, що не враховують різницю в дефекті сечового міхура та просвітом уретри, що, в більшості випадків, створюється при видаленні передміхурової залози об'ємом більше 80 см³.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб формування везико-уретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії у хворих з об'ємом передміхурової залози більше 80 см³, при наявності значної різниці у розмірах дефекту сечового міхура та діаметром уретри, шляхом накладання додаткових швів на шийку сечового міхура перед формуванням анастомозу, з їх подальшою фіксацією до m. levator ani, що дозволяє знизити ризик виникнення таких післяопераційних ускладнень, як розвиток стриктури або неспроможності анастомозу, нетримання сечі.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії, який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою, а шви накладають по чергові з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язують між собою, згідно з корисної моделлю, у хворих з об'ємом передміхурової залози більше 80 см³, при наявності значної різниці у розмірах дефекту сечового міхура та діаметром уретри, перед формуванням анастомозу, додатково накладають безперервні вікрилові шви на дефект сечового міхура, звужуючи останній до діаметра уретрального катетера 18 Ch, з їх подальшою фіксацією до m. levator ani справа і зліва.

Спосіб пояснюють ілюстративними матеріалами.

На фіг. 1 представлено вигляд тазового дна після видалення передміхурової залози великих розмірів, де:

1 - сечовий міхур; 2 - уретра; 3 - різниця у розмірах дефекту сечового міхура та діаметром уретри;

На фіг. 2 - накладання додаткових швів на дефект сечового міхура, для звуження діаметра останнього, де:

1 - уретра; 2-m. levator ani; 3 - додаткові шви, накладені на дефект сечового міхура з вільними кінцями ниток з обох боків; 4 - сечовий міхур.

На фіг. 3 - вигляд шийки сечового міхура після накладання додаткових швів на дефект сечового міхура з фіксацією їх до m. levator ani, та формування везикоуретрального анастомозу, де:

1-m. levator ani; 2 - уретра; 3 - везикоуретральний анастомоз; 4 - додаткові шви, які фіксують сечовий міхур до m. levator ani; 5 - додаткові шви, накладені на дефект сечового міхура; 6 - сечовий міхур.

Спосіб здійснюють наступним чином: хворого укладають в положення на спині, під загальним наркозом ендоскопічним шляхом (лапароскопічно або заочеревинно) видаляють передміхурову залозу із сім'яними міхурцями та, за показаннями, регіонарними лімфовузлами,

при наявності значного діастазу між дефектом сечового міхура та просвіту уретри (фіг. 1, 3), додатково накладають шви на дефект сечового міхура, звужуючи останній до діаметра уретрального катетера 18 Ch (фіг. 2, 3), на уретральному катетері формують везикоуретральний анастомоз за VanVelthoven (фіг. 3, 3), після чого додаткові шви, накладені на дефект сечового міхура додатково фіксуються до m. levator ani справа і зліва (фіг. 3, 4).

Запропонований спосіб був використаний у відділі відновної урології та новітніх технологій ДУ "Інститут урології НАМН України" у 10 хворих на рак передміхурової залози II та III стадії з об'ємом залози більше 80 см³. У всіх хворих в ранньому післяопераційному періоді не спостерігають підтікання сечі по тазових дренажах, після видалення уретрального катетера сечовипускання самостійне, задовільне, у віддаленому післяопераційному періоді розвитку стриктур везикоуретрального анастомозу, нетримання сечі не відмічено.

Наводимо приклад практичного застосування запропонованого способу.

Приклад 1. Хворий Ч, 65 років, клінічний діагноз: Рак передміхурової залози T2cN0M0G3. За даними УЗД, розміри передміхурової залози 5,0×5,6×6,1 см, об'єм - 91 см³. В клініці виконана ендоскопічна заочеревинна радикальна простатектомія з тазовою лімфадсекцією. Після видалення передміхурової залози утворився дефект сечового міхура, що перевищував діаметр уретри приблизно в 3,5 разу. За запропонованим способом на шийку сечового міхура накладено по 2 додаткових вікрилових шви з правого та лівого боку дефекту, після чого сформовано везикоуретральний анастомоз за VanVelthoven. Ранній післяопераційний період протікав без ускладнень, підтікання сечі по тазових дренажах не відмічалось, дренажі видалені на 5-6 добу після операції. Уретральний катетер видалено на 9 добу після операції. Мимовільного підтікання сечі після операції не спостерігають. В подальшому, при диспансерному нагляді, акт сечовипускання задовільний, рецидиву захворювання не виявлено. Суб'єктивно хворий задоволений результатом виконаної операції.

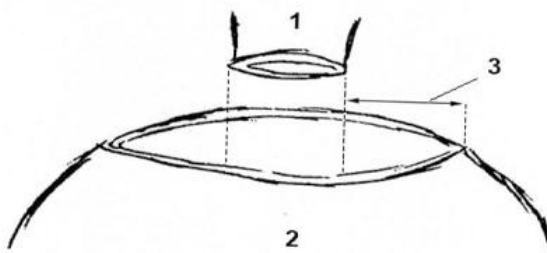
Таким чином, застосування запропонованого способу формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії у хворих з великим об'ємом передміхурової залози з накладанням додаткових швів на дефект сечового міхура з їх фіксацією до m. levator ani, дозволяє зменшити різницю в діаметрі дефекту шийки сечового міхура та уретри, збільшити внутрішньоуретральний тиск за рахунок формування кута між проксимальною частиною уретри і сечовим міхуром і, тим самим, сприяє зниженню числа післяопераційних ускладнень, покращуючи якість життя прооперованих пацієнтів.

Джерела інформації:

1. Van Velthoven RF, Ahlering TE, Peltier A, Skarecky DW, Clayman RV. Technique for laparoscopic running urethrovesical anastomosis: the single knot method //Urology-2003-61(4) - P. 699-702 (прототип).

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії, який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уетрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою, а шви накладають по чергово з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язують між собою, який **відрізняється** тим, що у хворих з об'ємом передміхурової залози більше 80 см³, при наявності значної різниці у розмірах дефекту сечового міхура та діаметром уретри, перед формуванням анастомозу, додатково накладають безперервні вікрилові шви на дефект сечового міхура, звужуючи останній до діаметра уретрального катетера 18 Ch з їх подальшою фіксацією до m. levator ani справа і зліва.



Фиг. 1

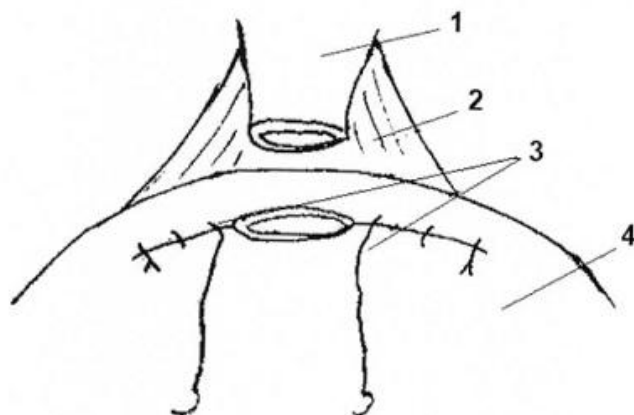


Fig. 2

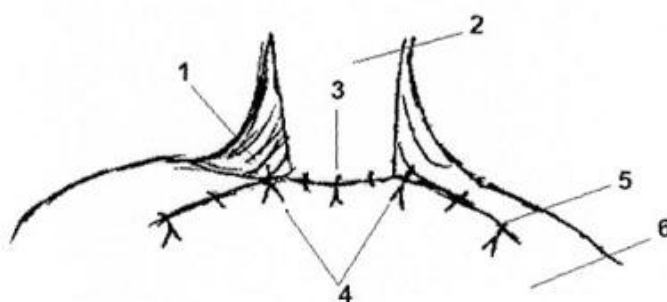


Fig. 3

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601