

Винахід належить до медицини, переважно до урології, та може бути використано для профілактики стриктур уретри при аденомектомії передміхурової залози.

Відомий спосіб профілактики стриктур уретри методом дренування сечового міхура по уретрі та ушиванню шийки сечового міхура після аденомектомії кисетним кетгуттовим швом [1]. У цьому випадку на ложе видаленої аденоми і края розсіченої шийки сечового міхура накладаються кетгуттові шви. Сечовий міхур ушивається щільно або тимчасово залишається надлобковий дренаж сечового міхура. Однак при цьому методі дренаж установлюється по уретрі на тривалий період, що в свою чергу сприяє виникненню післяопераційних стриктур уретри.

Відомий також спосіб профілактики стриктур уретри шляхом дренування сечового міхура по уретрі і стиску спеціальним балоном його шийки за допомогою катетера Фолі [2].

Однак у цьому випадку знову дренаж встановлюється по уретрі на тривалий період. Але тривале знаходження уретрального дренажу веде до утворення післяопераційних стриктур уретри.

Найбільш близьким до пропонуємого технічного рішення є спосіб дренування сечового міхура та ложа аденоми, після аденомектомії по уретрі двома дренажними трубками і ушиванню шийки сечового міхура кисетним кетгуттовим швом [3]. При цьому способі стриктура уретри розвивається приблизно у 30% хворих, оперованих на фоні гострої затримки сечі та наявності у органах сечової та статевий систем активного інфекційного запального процесу, та катетеризованих до аденомектомії передміхурової залози.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу профілактики стриктур уретри при аденомектомії передміхурової залози шляхом введення лікарських речовин та виведення виділяемого через двоходову дренажну трубку, що дозволить знизити частість розвитку післяопераційних стриктур уретри.

Поставлена задача розв'язується тим, що під час операції у ложе віддаленої аденоми передміхурової залози встановлюють двоходову дренажну трубку з можливістю введення за допомогою її лікарських речовин.

Спосіб здійснюється таким чином.

Після обробки операційного поля проводять серединний розріз довжиною 5 - 6см на 4см вище лобкового симфізу. Розсікають шкіру, підшкірну клітковину, поверхневу фасцію. Фасцію прямих м'язів надрізають скальпелем у поперечному напрямі і цей розріз розширюють у боки ножицями. Прямі м'язи живота відтягують назовні та утримують у цьому стані ретракторами. Тупим шляхом відшаровують догори поперечну фасцію, передочеревинну клітковину та жировий шар. Перехідну складку очеревини за допомогою марлевого тампону зміщують вгору та в боки на великому протязі від верхівно-бокової поверхні сечового міхура. Стінку сечового міхура фіксують провизорними швами з обох сторін від середньої лінії. Після евакуації через введений раніше уретральний катетер антисептичної рідини з сечового міхура проводять розкриття усіх шарів міхура у поперечному напрямі на 1,5 - 2см вище шийки. Після розкриття міхура його вміст аспирують та проводять ревізію міхура. Потім

проводиться стандартна енуклеація аденоматозних вузлів. На відміну від звичайної аденомектомії, у ложе видаленої аденоми встановлюють двоходову дренажну трубку, вихідну через надлобковий розріз. Шийка сечового міхура ушивається до дренажів кисетним кетгуттовим швом. Потім, встановивши додатково два дренажі у порожнину сечового міхура, проводять звичайне пошарове ушивання рани. Розвитку стриктур уретри за 6 місяців у 15 хворих, прооперованих по цьому способу, не визначалось. У контрольній групі з 35 пацієнтів з аденомою передміхурової залози проводились традиційні методи оперативного лікування та консервативної терапії. Розвиток стриктур уретри (через 6 місяців) відзначався у 5,3% випадків.

Приклад конкретного виконання.

Хворий М., 68р., поступив ургентно із скаргами на біль унизу живота, неможливість самостійного сечовиведення, підвищення температури до 37,8°. Хворого обстежено. Встановлено діагноз: Аденома передміхурової залози. Гостра затримка сечі. Гострий пієлонефрит. Гострий цистит.

Хворому проведена одномоментна аденомектомія з дренуванням ложа по запропонованому способу. Через 7 діб виведено уретральний дренаж. У задовільному стані хворого виписано до місця проживання. Протягом 6 місяців стриктур уретри не встановлено.

Хворий Н., 66р., поступив зі скаргами на біль унизу живота, утруднене сечовипускання. Напередодні хворому неодноразово випускали сечу катетером. Хворого обстежено: загальний аналіз сечі - с.лж., кисл., білок - 0,066г/л, Л - 60 - 70 в п/зр., Ер. - 10 - 15. УЗО - нирки без особливостей. Передміхурова залоза 62 × 53 × 44мм. Стриктура дифузно неоднорідна, з присутністю кальцифікатів А і В типа, В 40 × 34мм, ізоехогенне. Відмічається незначне розширення сім'яних пухирців. Залишкова сеча біля 70мл. Встановлено діагноз: Аденома передміхурової залози. Гостра затримка сечовипускання. Гострий пієлонефрит. Хворому проведена одномоментна аденомектомія, з дренуванням ложа по запропонованому нами способу. Через 6 діб видалено уретральний дренаж. У задовільному стані хворий виписаний до місця проживання. На протязі 6 місяців стриктур уретри не встановлено.

У порівнянні з прототипом, запропонований спосіб профілактики стриктур уретри при аденомектомії передміхурової залози дозволяє понизити частоту розвитку стриктур уретри у хворих більш ніж у 2 рази.