



УКРАЇНА

(19) UA (11) 4350 (13) U

(51) 7 A61B17/00, 17/32

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальністю
власника
патенту

(54) СПОСІБ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ СТРИКТУРИ УРЕТРИ

1

(21) 20040403148

(22) 27 04 2004

(24) 17.01.2005

(46) 17.01.2005, Бюл. № 1, 2005 р.

(72) Возіанов Олександр Федорович, Возіанов
Сергій Олександрович, Виниченко Володимир Іва-
нович, Байло Олег Володимирович

(73) ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ

2

НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб трансуретральної резекції стриктури уретри, який включає розсічення стриктури уретри під оптичним контролем, який відрізняється тим, що додатково використовують резектоскоп, тубус якого проводять за межі стриктури, замінюють "холодний" ніж на електрод-петлю та висікають рубцеві тканини при постійній іригації уретри.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до урології, а саме до ендуретрального лікування стриктури уретри різної етіології та протяжності.

Незважаючи на успіхи, які досягнуті у оперативному лікуванні звужень сечівника, проблема ще досі не вирішена. Про це свідчить велика кількість рецидивів захворювання після неодноразових намагань оперативним шляхом відновити прохідність сечівника. З появою нових лікувальних технологій все частіше для лікування звужень сечівника використовують ендуретральні методи, які по ефективності не поступаються відкритим оперативним втручанням.

Відомий спосіб трансуретральної ендоскопічної електрохірургії стриктури уретри (1), що взято за прототип, який полягає у розсіченні стриктури уретри шляхом використання уретротому або лазерної випаризації під оптичним контролем та її видалення.

Недоліком методу є те, що використання уретротому або лазерної випаризації не завжди дає можливість видалити повністю всі рубцеві тканини, а тому є загроза виникнення рецидиву захворювання, а також можливість розвитку інших ускладнень, що призводять до порушення акту сечовипускання.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалити спосіб трансуретральної резекції стриктури уретри шляхом використання резектоскопу, тубус якого після розсічення стриктури, проводять за її межі, роблять контрольну цистоскопію для визначення проксимального кінця стриктури, замінюють "холодний" ніж на електрод-петлю та під оптичним контролем висікають рубцеві тканини при постійній іригації уретри, що дозволяє повністю видалити рубцеві тканини при 100%-му гемостазі, відновити самостійне контрольоване сечови-

пускання, попередити розвиток ниркової недостатності та підвищити якість життя хворого.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб трансуретральної резекції стриктури уретри, який включає розсічення стриктури уретри під оптичним контролем, згідно з корисною моделлю додатково використовують резектоскоп, тубус якого проводять за межі стриктури, замінюють "холодний" ніж на електрод-петлю та висікають рубцеві тканини при постійній іригації уретри.

Корисна модель пояснюють ілюстративними матеріалами.

На Фіг.1 зображений загальний вигляд стриктури уретри (звуження сечівника).

На Фіг.2 - напрямок розтину стриктури під час оптичної уретротомії на 12 годин умовного циферблату годинника.

На Фіг.3 - вид уретри після трансуретральної резекції стриктури.

Запропонований спосіб виконують таким: хворий лежить на кріслі на спині з зігнутими в колінних суглобах і розведеними в сторони нижніми кінцівками. Застосовують спинально-анестезію. Для трансуретральних резекцій використовують резектоскоп з постійним током рідини, діаметром зовнішнього тубуса 25,6 Fr, набір "холодних" ножів (прямий, півмісячний, гачкуватий), резекційну електрод-петлю №24, оптика 12° чи 30° та робочий інструмент активного типу. Операцію проводять при постійній циркуляції рідини, що важливо при рухах тубуса резектоскопа в малих об'ємах, при цьому стінки уретри при мінімальному напорі промивної рідини перестають спадатися. Першим етапом оперативного втручання є оптична уретротомія. Розсічення рубців проводять на 12 годин умовного циферблату годинника до тих пір, поки тубус резектоскопа не буде введений в порожнину сечового міхура (Фіг.1, 2). Проводять конт-

(13) U

(11) 4350

(19) UA

рольну цистоскопію, якою визначають проксимальний кінець стриктури та всі топографо-анатомічні особливості. Після заміни „холодного“ ножа на електрод-петлю для резекції, ретельно поетапно висікають стриктуру по всьому периметру і на всьому протязі, починаючи з проксимального відділу, тобто до незміненої дистальної стінки уретри (Фіг.3). Показником достатності резекції є зникнення „ефекту ригідної стінки“, яку визначають по пружинистому ефекту захопленої в петлю рубцевої тканини при її механічному руху, а також появи легкості при пересуванні тубуса резектоскопа, коли „зникає опір рубцевої тканини“. Операцію завершують залишенням в сечовому міхурі постійного катетера Фолі №20-22. Катетер видаляють на 14-21 день.

Спосіб трансуретральної резекції стриктури уретри був використаний в відділі рентген-ендосурології та літотрипсії Інституту урології Академії медичних наук України у 198 хворих.

Наводимо приклад застосування запропонованого способу

Приклад. Хворий П., 63 років, і.х. №1350 поступив в клініку 5 квітня 1999 р. із скаргами на утруднене і часте сечовипускання, тонку та в'ялу цівку сечі, ніктурію до 5 раз. відчуття неповного спорожнення сечового міхура. Захворювання пов'язує з перенесеною в березні 1998 року одночасною простатектомією, через 3 місяці після якої появились приведені вище скарги. При уролопчному обстеженні виявлено по даним УЗД - нирки без особливостей. Сечовий міхур овальної форми - вміст однорідний. Передміхурова залоза 1,7х3,5см підвищеної гідрофільності. На оглядовій урограмі

тіні конкрементів не визначалися. На екскреторних урограмах - функція обох нирок збережена, порожнинна система не поширена. На висхідній уретроцистограмі відмічають звуження в простатичному відділі уретри протяжністю до 2,5см. Урофлоуметрія: виділилось 94 мл сечі, час сечовипускання - 57с, урофлоуметричний індекс - 1,4мл/с. Залишкова сеча - 179мл. 20 квітня 1999р. під спинальною анестезією виконана трансуретральна резекція стриктури уретри за запропонованим способом. Післяопераційний період склав 10 діб, без ускладнень. При контрольному обстеженні через 2 і 3 роки (2001 та 2003) стан хворого задовільний, скарг немає, якість життя задовільна.

Наведений приклад свідчить про те, що при своєчасних показаннях трансуретральна резекція стриктури уретри дуже ефективна для відновлення пасажу сечі. Цінність операції зростає при використанні її у ослаблених хворих, при двобічній патології нирок і патології єдиної нирки.

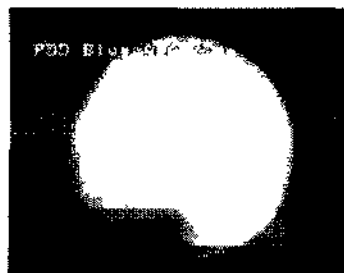
Таким чином, запропонований спосіб орієнтований, простий у виконанні, патогенетичний, підвищує ефективність лікування супутнього пієлонефриту, попереджує гострі гемодинамічні зміни в ранній післяопераційний період. Значення операції підвищується при двобічній патології нирок або при патології єдиної нирки та у ослаблених хворих, яким протипоказана відкрита операція.

Джерела інформації, прийняті до уваги при експертизі:

1. Мартон А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. - М.: Медицина, 1997 - 144с.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3