



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61725

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВІНАХІДВидається під  
відповідальність  
власника  
патенту(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ  
АТОНІЇ СТІНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА

1

2

(21) 2003043158

(22) 09 04 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Блатний Ізраїль Хаскелевич, Щербак Олександр Юрійович, Козлов Вадим Владиславович

(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П. Л. ШУПИКА

(57) Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, який включає

простатектомію з надлобковим дрениванням, який відрізняється тим, що додатково встановлюють капілярний поліхлорвініловий провідник, проксимальний кінець якого фіксують сумісно з надлобковими дренажами, а дистальний фіксують до крайньої плоти, причому через 1-2 місяці після хірургічного втручання по провіднику встановлюють уретральний катетер

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії передміхурової залози

Незважаючи на значні досягнення в лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози, ця проблема залишається до кінця не вирішеною. В зв'язку з тим, що при цьому захворюванні нерідко розвиваються життєво небезпечні ускладнення з боку верхніх сечових шляхів та нирок, вона має важливе соціальне значення.

Відомий спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, який полягає в чрезишхуровій аденомектомії за Федоровим-Фрейером з різними модифікаціями утворення гемостазу у аденоматозному ложі [1].

Недоліком цього способу є те, що при атонії стінки сечового міхура проведення глухого ушивання останнього протипоказано. В цих випадках операцію доповнюють надлобковим дрениванням сечового міхура. Досить часто виникають труднощі, а, часто і неможливість проведення по уретрі катетера в сечовий міхур, що пов'язано з тим, що не сформовано хід уретри та шийки сечового міхура. В цих випадках уретральний катетер встановлюється в так званий "передміхур"

За прототип запропонованої розробки взято найчастіше використовуємий спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози за Гельферду П. І. - Блатному Х. П. [2]. Нижньосереднім розтин від пупка до лобка (або надлобковим дугоподібним) розтинають шкіру, підшкірну основу та апоневроз. Прямі м'язи живота прямим шляхом розшаровують і розводять гачка-

ми в боки. Передміхурову фасцію розсікають у поперечному напрямку, тупфером зміщують складку очеревини в гору. Оголену передню стінку сечового міхура ближче до верхівки прошивають двома лігатурами, між якими стінка розтинається. Ревізують сечовий міхур та його шийку. Слизову оболонку в ділянці переходу шийки сечового міхура в сечівник і хірургічну капсулу аденоми розсікають купферівськими ножицями (або скальпелем) циркулярним розріз. Вказівним пальцем правої руки, введенням у шар між аденомою та хірургічною капсулою, тупим шляхом випущують і видаляють аденоматозні вузли. При утрудненні видалення аденоми в пряму кишку вводять вказівний палець лівої руки й подають передміхурову залозу в гору в порожнину сечового міхура. На край шийки сечового міхура накладають 2-4 П-подібні кетгutowі з'ємні гемостатичні лігатури, які разом з двома катетерами промивної системи виводять по сечовивідному каналі. На периферичні кінці підв'язують 400-600г навантажування з метою гемостазу. Через 10-24 години по мірі зменшення домішки крові в сечі навантаження знімають. При глухому ушиванні сечового міхура дренивання його здійснюють за допомогою двоходового катетера або двох поліхлорвінілових трубок, введених у сечівник. Можливе дренивання сечового міхура трьохходовим катетером Фолея. У передміхуровий простір на 1-2 доби вводять дренаж. Уретральні катетери видаляють на 7-8 добу.

Однак, у деяких хворих з гіперплазією передміхурової залози 2Б та 3 стадією при витонченні та

(13) A  
(11) 61725  
(19) UA

значний атонії стінки сечового міхура проведення глухого ушивання останнього протипоказано. В цих випадках операцію доповнюють надлобковим дренуванням сечового міхуру. При цій модифікації операції на 5-6 добу катетери видаляють, а цистостомічний дренаж залишають на 1-2 місяця, в залежності від тяжкості попередньої атонії сечового міхура, стану нирок та верхніх сечових шляхів. Надлобкову норицю заживляють шляхом дренування сечового міхура уретральним катетером. Досить часто виникають значні труднощі, а, часто і неможливість проведення по уретрі останнього в сечовий міхур, що пов'язано з тим, що не сформовано хід уретри та шийки сечового міхура. В цих випадках уретральний катетер встановлюється в так званий "передміхур".

Задачею заявленого винаходу є покращення результатів та скорочення терміну стаціонарного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози з атонією сечового міхура, шляхом створення кращих умов для проведення уретрального катетеру та попередження ускладнень.

Поставлена задача досягається тим, що додатково встановлюють капілярний поліхлорвініловий провідник, проксимальний кінець якого фіксують сумісно з надлобковими дренажами, а дистальний фіксують до крайньої плоти, причому через 1-2 місяця після хірургічного втручання по провіднику встановлюють уретральний катетер.

Спосіб здійснюється таким чином. При виконанні за показаннями простатектомії за Гельферд П.И. - Блатному Х.П. паралельно з двома надлобковими дренажами та гемостатичними нитями проводять капілярну поліхлорвінілову трубку по уретрі. Проксимальний кінець капілярної страховочної трубки фіксують сумісно з надлобковими дренажами, а дистальний фіксують до крайньої плоти. Через 1-2 місяці при видаленні надлобкового цистостомічного дренажу до периферичного кінця провідника лігатурою фіксують уретральний катетер. Провідник використовують для надійної, швидкої та безболісної установки катетера чи дренажної трубки по уретрі в сечовий міхур. До провідника підшивають дренаж або катетер та проводять по уретрі. Система виводиться на шкіру через надлобкову норицю, де вона розфіксується, а уретральний катетер встановлюють в порожнину сечового міхура за допомогою зажиму, яким кінець дренажу встановлюють в дно сечового мі-

хура.

Прикладом конкретного здійснення способу може бути історія хвороби №3457/127 хворого Б., що знаходився на лікуванні в урологічній клініці на базі Київської клінічної лікарні №3 з 26.02.02 по 14.03.03 з діагнозом: доброякісна гіперплазія передміхурової залози. Піст., гостра затримка сечі, хронічний пієлонефрит в стадії нестійкої ремісії, хронічний цистит в стадії ремісії. 28.02.02 хворому проведена одномоментна простатектомія з надлобковим дренуванням з використанням додаткового капілярного страховочного дренажу. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 10 добу знята промивна система. Під час повторної госпіталізації на 30 добу надлобковий дренаж видалили. Замість нього по капілярному провіднику в сечовий міхур був встановлений уретральний катетер. Через 2 доби відбулося закриття нориці. Уретральний катетер був видалений через 7 діб. Сечовипускання відновлене. Залишкової сечі не виявлено. Огляд після операції через 3, 6 і 12 місяці показав стабільність результату.

Клінічна апробація способу була проведена на базі клініки урології Київської медичної академії післядипломної освіти в урологічному відділенні київської міської клінічної лікарні №3. За розробленим способом було проліковано більше 30 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози. У всіх оперованих хворих післяопераційний період протікав без ускладнень як в ближньому так і у віддаленому періоді спостереження.

Отримані результати клінічної апробації розробленого способу хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози дозволяють рекомендувати його до застосування в медицині, а саме в урології. Запропонований спосіб також розширює показання для одномоментного оперативного втручання, наприклад, при уретерогідронефрозах, в ранні терміни після перенесеного пієлонефриту, при азотемії і т.п. У випадку виникнення післяопераційних ускладнень цей спосіб створює умови для швидкого та ефективного їх усунення.

Використана література

1. Переверзев А.С., Серпенко Н.Ф. Аденома передміхурової залози. Київ: Ваклер, 1998. – С. 175-184.
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. М.: Медицина, 1998. – С. 470-474.