



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **50833** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФІКСАЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДВОБІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕЧОВОДІВ

1

2

(21) u200913478

(22) 24.12.2009

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл.№ 12, 2010 р.

(72) СТАХОВСЬКИЙ ЕДУАРД ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
ВУКАЛОВИЧ ПЕТРО СЕМЕНОВИЧ, ЯЦИНА ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ, СТАХОВСЬКИЙ ОЛЕКСАНДР ЕДУАРДОВИЧ

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

(57) Спосіб фіксації сечового міхура при хірургічному лікуванні двобічної патології сечоводів, що передбачає фіксацію сечового міхура, видалення уражених ділянок сечоводів та їх реінплантацію до сечового міхура, який **відрізняється** тим, що сечовий міхур фіксують до промонторіуму.

Заявка належить до галузі медицини, а саме, до онкології, і може бути використана в хірургічному лікуванні хворих з двобічною патологією сечоводів після перенесеної променевої терапії.

Оперативне лікування двобічного мегауретера - складна проблема урології через відсутність єдиних поглядів на етіологію, патогенез та лікування даного патологічного процесу, високий відсоток незадовільних результатів хірургічного лікування, який коливається в межах від 2 до 50%. Особливо це стосується мегауретера, коли стриктура сечоводу змінена в процесі променевої терапії. Застосування уретероцистонеостомії (УЦНС) за методом Боарі малоефективне (1) і зумовлене рецидивом стриктур сполучення анастомозу. Якщо уретерогідронефроз однобічний, а стриктура сечоводу не перевищує 4-6см, хірурги намагаються використати методу Demel - Деревянко (2).

За прототип обрано спосіб фіксації сечового міхура за методом Psoas-Hitch (Franke J.J. Surgery of ureter. / J.J. Franke, J.A Smith // Campbell's Urology / P.C. Walsh [et al.]. - 7^{ed.} - Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. - Vol.3. - P.3062-3084.), який полягає у фіксації сечового міхура до musculus Psoas за допомогою саморозсмоктуючого шовного матеріалу.

Позитивним у прототипі є те, що виконання операції за методом Psoas-Hitch дає можливість

поновити природний акт сечовипускання при задовільній рухливості сечового міхура.

Недоліком прототипу є те, що при двобічній довгій стриктурі сечоводів з дефектом на великому відрізку (8-12см) операцію виконати без натягу неможливо.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалити спосіб фіксації сечового міхура при хірургічному лікуванні двобічної патології сечоводів шляхом репозиції сечового міхура до промонторіуму, що дасть можливість усунути дефект сечоводів та відновити природний акт сечовипускання.

Поставлена задача вирішується таким чином:

У хворого під інтубаційним наркозом нижньо-серединним розрізом здійснюють пошаровий доступ до передньої стінки сечового міхура. Сечовий міхур розсікають поперечно між двома утримувачами. Відкривають черевну порожнину. Петлі кишечника, сигмоподібну та сліпу кишки мобілізують. Розсікають задній листок очеревини з обох боків над сечоводами, виділяють обидва сечоводи до верхньої третини. Вимірюють довжину діастазу. Сечовий міхур відокремлюють з усіх боків, тим самим досягають його рухомості. Верхівку сечового міхура прошивають трьома вікриловими нитками №0 на відстані один від одного до 1см та фіксують до промонторіуму. Через розріз у сечовому

(13) **U**

(11) **50833**

(19) **UA**

міхурі затискачем Федорова з середини назовні виконують 2 отвори до 3мм у діаметрі, у які пересаджують сечоводи з антирефлюксною манжеткою Риккардо у ділянці купола (лівий сечовід проводять під брижею сигмоподібної кишки). У сечоводи з метою дренивання заводять 2 поліхлорвінілові (ПХВ) трубки. Проведена екстраперитонізація сечоводу. Сечовий міхур вшивають вздовж, наглухо неперервним вузловим дворядним швом. Черевну порожнину ушивають до дренажу в малому тазові. Випускник встановлюють у передміхуровий простір. Накладають пошаровий шов на рану, обробляють спиртом та закривають асептичною пов'язкою. ПХВ трубки виводять через уретру та видаляють на 9 добу.

Прикладами реалізації заявленого способу лікування є витяги з двох історій хвороби:

I. Хвора Б., 1972р.н., історія хвороби №10000, госпіталізована в відділення пластичної та реконструктивної онкоурології зі скаргами на наявність нефростоми справа, часте сечовипускання, біль у надлобковій ділянці. Під час огляду на екскреторній урографії відмічається розширення мисок до 6см, сечоводів - до 3 см(до рівня здухвинних судин), а далі сечоводи не просліджуються. Діагноз: Ca colі uterі ст.2, кл. гр.3, pT1b No Mo. Стан після комбінованого лікування (у 2008р. проведена променева терапія у сумарній осередковій дозі (СОД) 40Гр); двобічне лімфоцеле; двобічний уретерогідронефроз; стент сечоводу зліва; нефростома справа.

Хворій була виконана операція: двобічна УЦНС справа з фіксацією сечового міхура до промоторіума.

Під інтубаційним наркозом нижньосерединним розрізом з висіченням старого післяопераційного рубця проведено пошаровий доступ до передньої стінки сечового міхура. Сечовий міхур розсічений поперечно між двома утримувачами. Стінка сечового міхура потовщена, ригідна внаслідок перенесеної променевої терапії. При розкритті черевної порожнини - петлі кишечника з вираженим злуковим процесом у малому тазові.

Злуки поетапно розведені, видалені з усіх боків від рубців, тим самим відновлена його рухливість, мобілізована сигмоподібна та сліпа кишки. Розітнули задній листок очеревини. Сечоводи виділені з обох сторін на рівні здухвинних судин з технічними труднощами через значний педункуліт.

Обидва сечоводи нижче здухвинних судин звуженні, ригідні внаслідок запального процесу в малому тазові, спричиненого променевою терапією, а вище - розширені до 1см. Просвіт сечоводів розкрито з обох боків. Діастаз сечоводів складає до 12см. Обидва уражених сечоводи виділені до верхньої третини. Застосувати стандартний метод Psoas-Hitch було неможливо через значний діастаз. Верхівку сечового міхура прошито трьома вікриловими нитками №0 на відстані один від одного до 1см, фіксовано до промоторіума, сечоводи пересаджено з антирефлюксною манжеткою Риккардо у ділянці купола діафрагми (лівий сечовід проведений під брижею сигмоподібної кишки). У сечоводи з метою дренивання заводять ПХВ трубки. Проведена екстраперитонізація сечоводу. Се-

човий міхур зшивають вздовж, наглухо неперервним вузловим дворядним швом. Черевна порожнина зшита до дренажу у малому тазові. У передміхуровий простір встановлено випускник. Пошарово накладають шви на рану, закривають асептичною пов'язкою. Через уретру виводять ПХВ трубки, які видаляють на 9 добу.

Післяопераційний період - без ускладнень, відмічено повне заживлення рани. Дренажі знято на 5 добу. Отримано задовільний функціональний результат.

II. Хвора В., 1958р.н., історія хвороби №11678. Госпіталізована зі скаргами на ниючий біль у поперековій ділянці справа, що іррадіє в ліву пахову ділянку. З анамнезу: 03.2007р. - екстирпація матки з придатками. ПГВ №12738-07: цистаденокарцинома. Проведено курс ад'ювантної хіміотерапії та променевої у сумарній осередковій дозі 50Гр.

Діагноз: Ca colі uterі ст.2, кл. гр.3, pT2 No Mo. Стан після комбінованого лікування; двобічний уретерогідронефроз; стенти сечоводів; нефростома справа

Хворій було проведено операцію: Двобічний УЦНС, фікрація сечового міхура до промоторіума.

Під інтубаційним наркозом проведено пошаровий розтин черевної порожнини, виражений злуковий процес, петлі кишечника зміщені вліво.

Розітнули задній листок очеревини над правим сечоводом, останній виділений до інтрамурально-го відділу та відсічений. Культя перев'язана. При детальній ревізії: сечовід не перестальтує, знаходиться у рубцевих тканинах, спостерігається його звуження до 10-12см. Сечовід мобілізований від періуретериту. Аналогічну операцію виконали справа. Сечовий міхур розсічений між двома утримувачами, стінка атонічна, ємність до 300мл. Діастаз сечоводів до 12см. Використати стандартну методику Psoas-Hitch неможливо через значні стриктури та довжину натягу. Верхівка сечового міхура прошита вікриловими нитками №0 у трьох місцях на відстані до 1см і фіксована до промоторіума. Сечоводи пересаджено з антирефлюксною манжеткою Риккардо у ділянці купола діафрагми. Таким чином, лівий сечовід проведений під брижею сигмоподібної кишки. У сечоводи з метою дренивання заводять дві ПХВ трубки. Проведена екстраперитонізація сечоводу. Наглухо дворядним неперервним вузловим швом зшито сечовий міхур. Черевна порожнина зшита до рівня дренажу у малому тазові. В рану встановлюють випускник та накладають пошарові шви. закривають асептичною пов'язкою. Через уретру виводять ПХВ трубки, які видаляють на 10 добу.

Післяопераційний період - без ускладнень, рана загоїлась первинним натягом. Дренажі знято на 4 добу. Отримано задовільний функціональний результат.

Тривалість динамічного спостереження пацієнтів 3, 6 та 9 місяців відповідно, без ознак рецидиву захворювання.

Таким чином, застосування даного методу дає можливість в один етап відновити дефект сечоводів при їх двобічній патології та отримати задові-

льний функціональний результат у найкоротші строки.

Джерела інформації:

1. Оперативная урология: руководство для врачей. - Л.: Медицина, 1986. - с.167-170.

2. Кан В.Д. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / В.Д. Кан. - 2-е изд. - М.: Медицина, 1981. - с.199-205.

3. Franke J.J. Surgery of ureter. / J.J. Franke, J.A. Smith // Campbell's Urology / P.C. Walsh [et al.]. - 7* ed. - Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. - Vol.3. - P.3062-3084 (прототип).