



УКРАЇНА

(19) UA (11) 78935 (13) C2
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА
Е.О. СТАХОВСЬКИМ

1

2

(21) а200512149

(22) 19.12.2005

(24) 25.04.2007

(46) 25.04.2007, Бюл. № 5, 2007 р.

(72) Стаховський Едуард Олександрович, Вітрук
Юрій Васильович

(73) ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

(56) Чухриенко Д.П., Люлько А.В. Атлас операций
на органах мочеполовой системы. - М., 1972

SU A1 1680104 30.09.91

Карпенко В.С., Богатов О.П. Хирургия аденомы
предстательной железы. - К., 1981. - С.87-88

(57) Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, який полягає в трансвезикальному видаленні гіпертрофованої передміхурової залози та дренуванні сечового міхура по сечовипускному каналу, який **відрізняється** тим, що на шийку сечового міхура накладають знімний кисетний шов, кінці якого виводять на передню черевну стінку, фіксують і натягують їх за допомогою системи поліхлорвінілових трубок, а ложе передміхурової залози дренують по сечовипускному каналу.

Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, відноситься до медицини, а саме до урології і може знайти практичне застосування у лікуванні хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози на різних стадіях захворювання.

Згідно епідеміологічних досліджень доброякісна гіперплазія передміхурової залози є досить поширеним захворюванням, яке зустрічається у чоловіків середнього, похилого та старшого віку. З віком частота цього захворювання збільшується до 90%. У зв'язку із збільшенням кількості чоловіків похилого та старшого віку, в структурі населення планети проблема доброякісної гіперплазії передміхурової залози стає ще гострішою. Важливими передумовами добрих результатів оперативного лікування аденоми більшість урологів, вважає надійність гемостазу як під час операції, так і в післяопераційному періоді та профілактику запальних ускладнень та пізніх кровотеч. Багаторічний досвід лікування цього захворювання, наявність інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, велика кількість незадовільних віддалених результатів примушують багатьох авторів вишукувати нові та вдосконалювати вже наявні методи лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Відомий спосіб хірургічного лікування аденоми передміхурової залози [1], який передбачає після видалення аденоми накладання трьох П-подібних

гемостатичних ниток на шийку сечового міхура, виведення їх разом з двома поліхлорвініловими дренажами із сечового міхура по уретрі назовні та прикріплення до гемостатичних ниток ваги 300-500г. Поліхлорвінілові дренажі встановлюють в порожнину сечового міхура, до яких приєднується промивна система для зрошування сечового міхура антисептиком. Гемостатичні нитки видаляють на 3-й день після операції, а уретральні поліхлорвінілові дренажі на 7-й день.

Недоліком цього способу є те, що він не передбачає дренування післяопераційного ложа простати, а тягар, який прикріплений до гемостатичних ниток, обмежує рухливість хворого після операції, видалення ниток на 3 добу супроводжується больовим синдромом та помірною кровотечею, а видалення уретральних дренажів на 7-й день збільшує післяопераційний ліжкодень; наявність кров'яних згустків в ложі простати веде до інфікування та післяопераційних ускладнень - кровотечі, запалення яєчок та їх придатків.

Відомий спосіб хірургічного лікування аденоми передміхурової залози [2], який передбачає ушивання судин ложа простати, які кровоточать, окремими кетгуттовими швами та дренування сечового міхура катетером Фолея.

Недоліком цього способу є те, що таке ушивання судин ложа простати не є надійним, гемостатичні шви призводять до ішемії міхурово-уретрального сегменту і, як наслідок, до контрак-

(13) C2

(11) 78935

(19) UA

тури шийки міхура, та склерозу простати. Відсутність дренажу ложа простати сприяє виповненню його кров'яними згустками, виникненню запального процесу та пізніх ускладнень у вигляді кровотечі, орхоепідіміту, уретриту.

Відомий також спосіб гемостазу при аденомектомії з глухим швом [3], що взятий за прототип, який полягає в трансвезикальному видаленні гіпертрофованої передміхурової залози, дренажу сечового міхура по сечовипускному каналу та накладанні на хірургічну капсулу простати кисетного шва, кінці якого за допомогою спеціальної голки паралельно задній частині уретри виводять на промежину, де зав'язують на марлевому тампоні.

Недоліком цього методу є те, що проведення кінців ниток паралельно задній частині уретри досить складне із-за кровотечі та післяопераційної деформації задньої частини сечовипускного каналу. Виконання цієї маніпуляції потребує використання спеціальної голки, а проведення кінців ниток на промежину може супроводжуватись пошкодженням прямої кишки, сечовипускного каналу, зовнішнього сфінктера уретри. Зав'язування кінців ниток на марлевому тампоні не дає змогу відновити гемостаз в разі виникнення кровотечі після послаблення кисетного шва. Утворені згустки в ложі при довгому застої інфікуються і призводять до виникнення післяопераційних ускладнень.

Відомо, що одним із важливих показників успішної зупинки кровотечі під час та після операції з приводу аденоми простати є скоротливість хірургічної капсули і помітне зменшення аденоматозного ложа. Для попередження післяопераційних інфекційних ускладнень необхідно виключити можливість застою крові в сечовому міхурі та ложі простати.

В основу винаходу покладено завдання вдосконалити спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози шляхом накладання на шийку сечового міхура зйомного кисетного шва, кінці якого виводять на передню черевну стінку, де фіксують і натягують за допомогою системи поліхлорвінілових трубок, та дренажу ложа передміхурової залози проводять по сечовипускному каналу, що підвищує ефективність оперативного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та скорочує післяопераційний ліжкодень.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, який полягає в трансвезикальному видаленні гіпертрофованої передміхурової залози та дренажу сечового міхура по сечовипускному каналу, згідно з винаходом, на шийку сечового міхура накладають зйомний кисетний шов, кінці якого виводять на передню черевну стінку, фіксують і натягують їх за допомогою системи поліхлорвінілових трубок, а ложе передміхурової залози дренажують по сечовипускному каналу, що дає змогу контролювати гемостаз у післяопераційному періоді.

Винахід пояснюють ілюстративними матеріалами.

На Фіг.1 зображено накладання гемостатичного кисетного шва на шийку сечового міхура.

На Фіг.2 - виведення кінців кисетного шва на передню черевну стінку.

На Фіг.3 - фіксація та натягування ниток кисетного шва на передній черевній стінці за допомогою системи поліхлорвінілових трубок.

На Фіг.4 - вигляд шийки сечового міхура після затирання кисетного шва.

На Фіг.5 - вигляд послабленого кисетного шва на другу добу після операції.

На Фіг.6 - послаблення кисетного шва на четверту добу після операції.

Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози виконують таким чином: хворого укладають на операційний стіл в позі Тренделенбурга. Нижньосерединним розтином над симфізом послідовно розкривають шкіру, підшкірну клітковину, апоневроз, м'язи, виділяють передню стінку сечового міхура. Останній беруть на трималки і повздовжньо розкривають. Аденому видаляють пальцевим вилушуванням. Гемостаз проводять за допомогою накладання кисетного шва (дексон 2-00) на шийку сечового міхура. Перший шов накладають на заднє півколо (проколювання на 5, виколування на 7 годину), потім проксимальний кінець нитки проводять по лівому півколу (проколювання на 7, виколування на 12 годину), дистальний кінець нитки проводять по правому півколу шийки міхура (проколювання на 5, виколування на 12 годину) (Фіг.1). Наступним етапом кінці кисетного шва проводять через передню стінку сечового міхура проксимальні шийки сечового міхура на 1см. Після цього кінці нитки заправляють в ріжучу галку великої кривизни та проколюючи (зсередини-назовні) м'язи, апоневроз, жирову клітковину та шкіру в ділянці нижнього кута рани, виводять назовні (Фіг.2). По сечовипускному каналу в сечовий міхур на металевому провіднику одночасно вводять 3-х ходовий катетер Фолея та поліхлорвініловий дренаж №12 по шкалі Шар'єра. Поліхлорвініловий дренаж має 3 бокових отвори. Цей дренаж встановлюють в ложе простати, а катетер Фолея в сечовий міхур. В балон катетера Фолея вводять 5-10мл стерильного розчину фурациліну. Потім кінці нитки кисетного шва заправляють в ріжучу голку, за допомогою якої прошивають посередині поліхлорвінілову трубочку №14 довжиною 3см в поперечному напрямку. Згодом кінці нитки проводять через внутрішній просвіт наступної трубочки довжиною 5-7см, а далі кінці кисетного шва зав'язують на трубочці довжиною 3см, яка поперечно приставлена до попередньої (Фіг.3).

Таким чином кисет затирають, а система трубок утримує нитку в натягнутому стані. Дренаж ложа простати фіксують окремим швом до крайньої плоті статевих членів. За допомогою кисетного шва, виведеного над лоном, виконують гемостаз та відокремлюють ложе простати від сечового міхура (Фіг.4). Передню стінку сечового міхура зашивають безперервно-вузловим швом. Налагоджують постійне промивання порожнини сечового міхура розчином антисептика. Передміхуровий простір дренажують за допомогою одного поліхлорвінілового дренажу №12, який виводиться через контрапертуру. Рану пошарово зашивають. З першої доби після операції проводять аспірацію виді-

лень з ложа простати шляхом приєднання активного дренажу. На другу добу після операції проводять послаблення кисетного шва шляхом видалення верхньої та середньої фіксаційних трубок (Фіг.5). При задовільному гемостазі на 4 добу проводять подальше послаблення кисетного шва шляхом підрізання однієї нитки під трубкою (Фіг.6). Якщо на 5 добу з сечового міхура виділяється чиста сеча та немає виділень з дренажу простатичного ложа, видаляють обидва дренажі та трубку, до якого фіксована нитка кисетного шва. Створення запропонованого керованого гемостазу дозволить при появі кровотечі виконати наступні послідовні дії: затягнути сильніше кисет, роздути більше баллон катетера Фолея і прив'язати до нього тягар та під'єднати активний дренаж до дренажної трубки з ложа простати, що призведе до зупинки кровотечі.

Спосіб хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози використано у клініці пластичної та відновної урології інституту урології АМН України при лікуванні 243 хворих на доброякісну гіперплазію простати. Під час операції об'єм інтраопераційної крововтрати в середньому складав 70мл (від 30 до 150мл), загальний час операції - 40хв. (від 30 до 50хв.).

Наводимо приклад застосування запропонованого способу.

Приклад

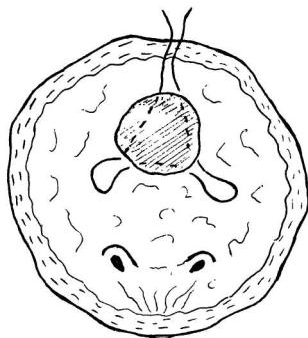
Хворий П., і.х. №2038212043, 1937р.н. поступив у клініку 08.08.03р, зі скаргами на неможливість, самостійного сечовипускання, наявність уретрального катетеру з 15.07.03р. Діагноз: Доброякісна гіперплазія передміхурової залози ІІІст. Гостра затримка сечі. Ішемічна хвороба серця.

Атеросклеротичний кардіосклероз. Серцева недостатність - Іст. Після встановлення діагнозу та передопераційної підготовки, хворому виконана черезміхурова аденомектомія запропонованим способом. Операція тривала 40хв., крововтрата під час операції становила 50мл, гемотрансфузія під час операції та в ранньому післяопераційному періоді не проводилась. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Загоєння рани первинним натягом. Дренажі видалені на 5 добу. Сечовипускання відновилося, сеча світла. Хворий виписаний у задовільному стані на 6 добу. Обстежений через 3 місяці після операції. Сечовипускання вільне, самостійне. Даних за порушення сечовипускання немає. Якість свого життя розцінює як "задовільне".

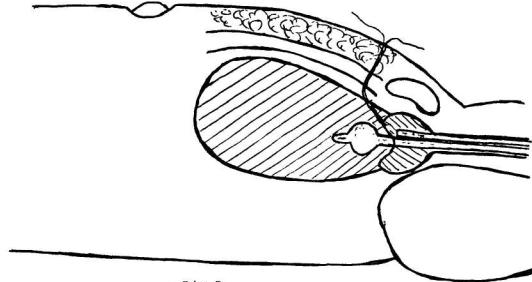
Таким чином, використання запропонованого способу дозволяє знизити ступінь операційного ризику аденомектомії шляхом створення керованого гемостазу, що дозволить зменшити вірогідність виникнення післяопераційних інфекційних ускладнень та скоротити післяопераційний ліжкодень. Ефективність способу 100%.

Джерела інформації, взяті до уваги при експертизі:

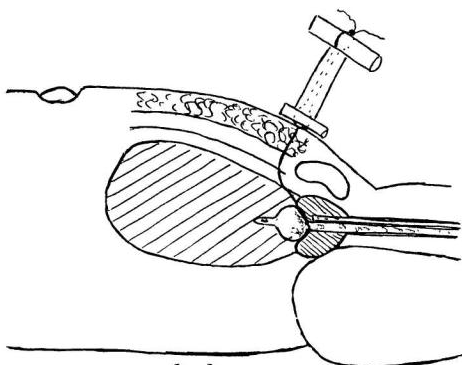
1. Карпенко В.С., Богатов О.П. Хирургия аденомы предстательной железы, - Киев, 1981. - 168с.
2. Портной А.С. Хирургическое лечение аденомы и рака предстательной железы. - М.: Медицина, 1974. - 180с.
3. Новиков А.М. К методике гемостазу при аденомэктомии с глухим швом // Тезисы докладов II конференции урологов Белорусской ССР. - Минск, 1974. - С.128-129.



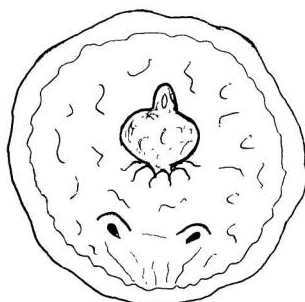
Фіг. 1



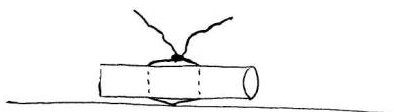
Фіг. 2



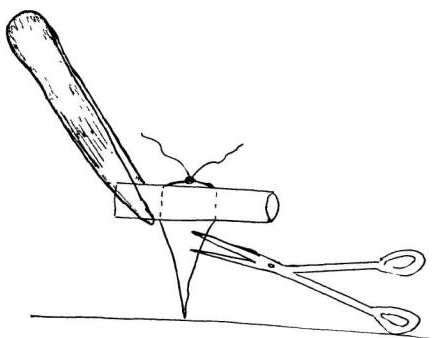
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6