



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79159** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2012 12655	(72) Винахідник(и):	Підмурняк Олексій Олексійович (UA)
(22) Дата подання заявки:	05.11.2012	(73) Власник(и):	Підмурняк Олексій Олексійович, вул. Подільська, 171/1, кв. 45, м. Хмельницький, 29000 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	10.04.2013	(74) Представник:	Ващук Ярослав Петрович, реєстр. №45
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	10.04.2013, Бюл.№ 7		

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТ НИРОК ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНИМ МЕТОДОМ ПРИ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ ДОСТУПІ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування кіст нирок ендовідеохірургічним методом при ретроперитонеальному включає доступ до кісти та хірургічні маніпуляції із кістою. Доступ до кісти проводять після балонної дилатації позаочеревинного простору у положенні хворого на здоровому боці, у створений простір вводять 3 троакари, перший з яких з лапароскопом. Хірургічні маніпуляції із кістою полягають у тому, що розсікають фасцію Герота, мобілізують нирку над кістою під візуальним контролем, розсікають стінку кісти, рідину видаляють, стінку кісти резектують.

UA 79159 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до урології, хірургії та онкології і може бути використана в урологічних, хірургічних та онкологічних стаціонарах для лікування патології верхніх сечових шляхів за допомогою ендовідеохірургічних втручань

Рідинні утворення заочеревинного простору досить поширені й поступаються по частоті лише пієлонефриту й сечокам'яній хворобі. Кісти нирок виявляються на розтині в 50 % осіб старше 50 років, частіше зустрічається в жінок і розташовуються переважно у верхньому або нижньому сегментах нирки. Парапелівікальна локалізація кісти відзначається в 14 % від загального числа пацієнтів із простою кістою нирки. В 70 % прості кісти безсимптомні, в 30 % можуть супроводжуватися болями, порушенням уродинаміки, гіпертензією, гематурією, нагноєнням і іншими ускладненнями або проявами. Інфікування або крововилив у кісту зустрічається не частіше, ніж в 1,5 % випадків.

Важливою проблемою хірургічної урології є спосіб "досягнення" кіст нирок при ретроперитонеальному доступі. У теперішній час найпоширенішим способом лікування простої кісти нирки є черезшкірна пункційна аспірація кіст і введення склерозуючих речовин під ультрасонографічним контролем. Відсоток рецидиву після таких операцій становить, за різними даними, від 8,6 до 15,6 %. Однак при медіальному й парапелівікальному розташуванні кіст, черезшкірна пункція недоцільна, тому що високий ризик ушкодження паренхіми нирки і її судин. Широке поширення одержали ендовідеохірургічні операції при великих солітарних кістах нирок.

Найближчим до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування кіст нирок великих розмірів, що включає доступ до кісти та хірургічні маніпуляції із кістою (перкутаний доступ до кісти, панорамну кістоскопію на дозованому тиску промивної рідини з послідовним з'єднанням порожнини кісти із заочеревинним простором шляхом розтину субкапсулярної стінки кісти у безсудинній зоні). При цьому кістостомію виконують на тиску промивної рідини – 60 см водного стовпа, з поступовим зниженням до 0 і по вгинанню стінки кісти у порожнину визначають ділянку стінки для оперативного втручання, вільну від паренхіми і прилеглих внутрішніх органів і утворюють постійний дренальний отвір у заочеревинний простір заданих розмірів [Саричев Л.П., Пархомчук П.А., Курячий Ю.В., Афанасьєв І.Є. Спосіб хірургічного лікування кіст нирок великих розмірів. - Деклараційний патент України на винахід № 60567А, опубл. Бюлетень "Промислова власність". - 2003. - № 10]. Недоліками прототипу є те, що даним методом можливо лікувати кісти великих розмірів (більше 6 см), кісти, що розташовані лише по латеральній поверхні нирки. Маніпуляції з підвищенням тиску в кісті без контролю за станом судин, що оточують нирку, можуть призвести до розриву судин, кровотечі, утворенню заочеревинної гематоми. При недостатній пружності стінки кісти на етапі пункції можливо втратити пункційний канал, що призведе до витікання рідини в заочеревинний простір, та унеможливить кістоскопію з подальшою електрорезекцією. При даному методі стінка кісти не видаляється, немає її гістологічного дослідження, що знижує онкологічну настороженість при об'ємних утвореннях нирки.

Запропонований спосіб усуває вказані недоліки.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб хірургічного лікування кіст нирок ендовідеохірургічним методом при ретроперитонеальному доступі для забезпечення досягнення технічного результату – подальшого зниження інвазивності процедури, досягнення радикальності у видаленні стінок кісти та попередження рецидивів. Окрім цього, перевагами способу, що заявляється, є візуальний контроль тканин та судин, що оточують кісту, можливість видалення кіст, що розташовані парапелівікально, у верхньому полюсі, та множинних кіст однієї нирки, можливість отримання гістологічного матеріалу для дослідження, підвищення онкологічної настороженості при об'ємних утвореннях нирок.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування кіст нирок ендовідеохірургічним методом при ретроперитонеальному доступі, який включає доступ до кісти та хірургічні маніпуляції із кістою, згідно з корисною моделлю, доступ до кісти проводять після балонної дилатації позаочеревинного простору у положенні хворого на здоровому боці, у створений простір вводять 3 троакари, перший з яких з лапароскопом, а хірургічні маніпуляції із кістою полягають у тому, що розсікають фасцію Герота, мобілізують нирку над кістою під візуальним контролем, розсікають стінку кісти, рідину видаляють, стінку кісти резектують.

Спільними ознаками прототипу та способу, що заявляється, доступ до кісти та проведення хірургічних маніпуляцій із кістою. Корисна модель відрізняється від прототипу тим, що пацієнт знаходиться у положенні на здоровому боці, на початку формується робочий простір в заочеревинному просторі, вводиться три троакари, два під контролем лапароскопа (ендовідеохірургічне втручання), та змінена послідовність хірургічних маніпуляцій із кістою.

Корисна модель здійснюється наступним чином.

При ретроперитонеальному доступі пацієнт розташовується в повну бічну (латеральну)

позицію на здоровий бік. Пальпаторно визначаємо край m. erector spinae на середині відстані між spina iliaca та 12 ребром. У вибраній ділянці виконуємо розріз 10 мм, далі затискачем розшаровуємо підшкірну жирову клітковину. Перфоруємо поверхневий листок fascia thoracolumbalis, проходимо по латеральному краю розгинача спини та квадратного м'яза, перфоруємо глибокий листок fascia thoracolumbalis, m. quadratus lumborum та потрапляємо в заочеревинний простір.

Після створення доступу в заочеревинний простір наступним етапом було формування порожнини шляхом балонної дилатації заочеревинної жирової клітковини. Балонний дилататор заводили в заочеревинний простір та наповнювали стерильною рідиною до об'єму від 500 до 1000 мл. Після наповнення очікували до 5 хв. з метою компресії мілких судин та зупинки кровотечі з останніх. Наступним кроком у створену порожнину заводили троакар та підключали інсуфляцію вуглекислого газу. Після того, як троакар встановлений, накладається пневморетроперитонеум і ідентифікується передня черевна стінка з щадним виділенням ретроперитонеальної жирової клітковини. Хірург відсуває очеревину медіально, "захопивши" передню черевну стінку. Другий 10-мм порт накладається під прямим контролем зору по середній аксиллярній лінії. Третій 5-мм порт наклали в проекції передньої аксиллярної лінії.

Ідентифікували поперековий і квадратний м'язи, фасція Герота розсікалась лапароскопічними ножицями. Фасція Герота виділяється за допомогою затискача й ножиців. Перинефритична жирова клітковина використовується для підйому нирки, при цьому можна легко бачити нижній полюс і задню поверхню. Після цього виділялась стінка кісти максимально від оточуючих тканин до чіткої візуалізації межі між ниркою та кістою. Стінка кісти розсікалась на протязі, достатньому лише для заведення в порожнину кісти ендоскопічного відсмоктувача. Після евакуації рідини розріз стінки подовжували. В обов'язковому порядку проводиться ретельний візуальний огляд порожнини кісти. За допомогою зубчастого затискача виконували тракцію стінки кісти й одночасно другим інструментом селективно відділяли від навколишніх тканин. Після виділення стінка кісти відсікається із застосуванням коагулятора й видаляється через один із троакарів. До ложа кісти встановлюють дренаж, стінка кісти направляється на гістологічне дослідження. Пацієнти повертаються до звичайного життя через 1-2 доби.

Приклади практичного застосування способу. Нами було прооперовано 90 пацієнтів із приводу кіст нирок. У післяопераційному періоді після ендовідеохірургічної операції перші кілька годин по дренажу виділялось до 50-100 мл світлої рідини, до вечора виділення рідини звичайно припинялося. Наступного дня дренаж підрізався під пов'язку, на 2-3-ю добу дренаж видалявся і пацієнт виписувався на амбулаторне лікування, шви знімалися на 7-й день амбулаторно.

Тривалість ліжкового режиму для пацієнтів після ендовідеохірургічних операцій не регламентується. Деякі хворі вставали вже в день операції після повного припинення дії наркозу. Усі без винятку хворі вставали наступного дня.

Запропонований метод лікування кісти нирки впроваджений в роботу урологічного відділення Хмельницької обласної лікарні. Технічний результат застосування способу, що заявляється – значне зменшення відсотку післяопераційних рецидивів, мінімізація післяопераційних ускладнень, зниження тривалості перебування пацієнта у клініці.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування кіст нирок ендовідеохірургічним методом при ретроперитонеальному доступі, що включає доступ до кісти та хірургічні маніпуляції із кістою, який **відрізняється** тим, що доступ до кісти проводять після балонної дилатації позаочеревинного простору у положенні хворого на здоровому боці, у створений простір вводять 3 троакари, перший з яких з лапароскопом, а хірургічні маніпуляції із кістою полягають у тому, що розсікають фасцію Герота, мобілізують нирку над кістою під візуальним контролем, розсікають стінку кісти, рідину видаляють, стінку кісти резектують.

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601