



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80891** (13) **U**  
(51) МПК (2013.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 5/0488** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2013 00275</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Серняк Юрій Петрович (UA),</b> <b>Рощин Юрій Володимирович (UA),</b> <b>Фуксзон Олександр Семенович (UA),</b> <b>Слободянюк Єгор Миколайович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>08.01.2013</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.06.2013</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.06.2013, Бюл.№ 11</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ</b> <b>МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.</b> <b>ГОРЬКОГО,</b> пр. Ілліча, 16, м. Донецьк-3, 83003 (UA)

**(54) СПОСІБ ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ СЕЧОВОДУ ПІСЛЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ**

**(57) Реферат:**

Спосіб вибору тактики лікування травми сечоводу після гінекологічних операцій включає доопераційне визначення локалізації, характер і давність травми, інтраопераційне виділення сечоводу до зони травми, визначення життєздатності його краю з наступним відсіканням, вибору виду анастомозу в залежності від протяжності дистрофічних змін від місця травми. Визначення життєздатності краю сечоводу роблять за допомогою електроуретерографії.

**UA 80891 U**



Спосіб належить до медицини, а саме до урології, і може бути використаний при виборі тактики лікування травми сечоводу після гінекологічних операцій.

Відомий спосіб вибору раціонального лікування хворих з ятрогенною травмою сечоводу після гінекологічних операцій, взятий як прототип [1]. Інтраопераційно виділяють сечовід з навколишніх тканин до зони травми, візуально визначають його життєздатність за кольором, перистальтиці, кровоточивості стінки, відсікають сечовід в межах здорових тканин, після чого формують уретеронеоцистоанастомоз в різних модифікаціях, в залежності від протяжності пошкодження. Резектовану ділянку сечоводу досліджують морфологічно для визначення ступеня дистрофічних змін в його стінці.

Даний спосіб має наступні недоліки: життєздатність сечоводу визначається візуально за кольором тканин, видимої перистальтики, кровоточивості стінки. Однак справжні кордони поразки сечоводу при ятрогенних травмах часто відрізняються від візуально сприйманих, що може стати причиною невдачі хірургічної корекції його пошкодження. Морфологічне дослідження ділянки резектованого сечоводу не надає інформацію про стан його стінки безпосередньо під час операції. Даний спосіб дозволяє судити про правильність прийнятого хірургом рішення тільки в післяопераційному періоді.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу вибору тактики лікування травми сечоводу після гінекологічних операцій, в якому забезпечується підвищення ефективності способу за рахунок більш точного визначення меж ураження сечоводу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі вибору тактики лікування травми сечоводу після гінекологічних операцій, що включає доопераційне визначення локалізації, характер і давність травми, інтраопераційне виділення сечоводу до зони травми, визначення життєздатності його краю з наступним відсіканням, вибору виду анастомозу в залежності від протяжності дистрофічних змін від зони травми, згідно з корисною моделлю, визначення життєздатності краю сечоводу роблять за допомогою електроуретерографії.

Спосіб здійснюють наступним чином: під час операції виділяють сечовід з навколишніх тканин до зони травми. Через один з лапароскопічних портів вводять голчастий електрод, який підводять до травмованого фрагмента сечоводу. Виконують електроуретерографію (ЕУГ), починаючи від видимої зони ушкодження, і поступово переміщують електрод в проксимальному напрямку, до ділянки, де скорочувальна здатність сечоводу не порушена. Таким чином, визначають межу життєздатного сечоводу по його біоелектричній активності. Наступним етапом виконують резекцію нежиттєздатного фрагмента сечоводу, в межах здорових тканин. В залежності від протяжності пошкодженого сечоводу вибирають вид уретеронеоцистоанастомозу. При протяжності дефекту сечоводу до 5 см від його устя, формують прямий уретеронеоцистоанастомоз. У випадку локалізації дистрофічних змін в стінці сечоводу в 5-10 см від його устя, виконують уретеронеоцистоанастомоз в поєднанні з методикою Psoas-hitch, а при більш проксимальному пошкодженні - операцію Боарі. У разі зниження автономної ритмогенної діяльності сечоводу через інший лапароскопічний порт вводять електрод для електростимуляції з використанням апарату ЕТНС 100-2 і виконують викликану ЕУГ. Отримані дані ЕУГ фіксують на уродинамічному комплексі Urodynamic measuring station Uromaster в режимі електроміографії. Аналогічну методику виконують при класичному "відкритому" доступі при корекції ятрогенних травм сечоводу.

#### Приклад 1.

Хвора Барташ Л.С. 48 років, госпіталізована з діагнозом ятрогенна травма лівого сечоводу, стан після вагінальної гістеректомії від 21.06.12. 19.07.12 операція: лапароскопічний уретеронеоцистоанастомоз зліва по методиці Psoas-hitch, стентування лівого сечоводу. Під час операції виділений лівий сечовід до н/3, де в 5-6 см від устя визначається зона травми. Інтраопераційно до травмованого сечоводу підведений монополярний електрод, виконана електроуретерографія. Виявлено, що істинні кордони пошкодження сечоводу поширювалися на 2 см проксимальніше видимої зони травми. Сечовід відсічений в межах здорових тканин. Враховуючи протяжний дефект сечоводу, уретеронеоцистоанастомоз сформований із застосуванням методики Psoas-hitch. Післяопераційний період проходив гладко. При контрольних оглядах через місяць, 3 місяці і 5 місяців стан хворої задовільний, скарг не пред'являє, при контрольних УЗД ЧМС обох нирок не розширені, даних за порушення уродинаміки немає. При екскреторній урографії сечовивідні шляхи не розширені, функція обох нирок не порушена, даних за порушення уродинаміки немає.

#### Приклад 2.

Хвора Кулик С.М. 38 років, госпіталізована з діагнозом ятрогенна травма лівого сечоводу, стан після розширеної екстирпації матки з придатками від 02.11.11. 15.12.11 операція - лапароскопічний уретеронеоцистоанастомоз зліва, стентування лівого сечоводу. Під час

операції виділений лівий сечовід до н/3, де в 5 см від устя визначається зона травми. Оцінка протяжності травми проводилася візуально за кольором, перистальтиці і кровоточивості тканини. ЕУГ не виконувалася. Сечовід відсічений в межах видимих здорових тканин. Сформовано прямий уретеронеоцистоанастомоз, в сечовід встановлений JJ-стент. На 4 добу від моменту операції діагностовано неспроможність уретеронеоцистоанастомозу. 19.12.11 - повторна лапароскопія, ревізія зони анастомозу, уретеронеоцистоанастомоз по Боарі. Під час операції виділена зона анастомоза, виявлені некротичні зміни в зоні анастомозу, виділення сечі між швів. Інтраопераційно виконана ЕУГ, за даними якої істинні кордони поразки сечоводу поширюються на 3 см проксимальніше зони анастомозу. Сечовід відтятий в межах здорових тканин, сформований уретеронеоцистоанастомоз по Боарі, в сечовід встановлений JJ-стент. Післяопераційний період проходив гладко. При контрольних оглядах через місяць, 6 місяців і через рік стан хворої задовільний, скарг не пред'являє, при контрольних УЗД ЧЛС обох нирок не розширені, даних за порушення уродинаміки немає. При в/в урографії сечовивідні шляхи не розширені, функція обох нирок не порушена, даних за порушення уродинаміки немає.

Переваги: інтраопераційне застосування ЕУГ дозволяє об'єктивно визначити істинні кордони поразки травмованого сечоводу і відповідно рівень його резекції. Спосіб дає можливість вибрати найбільш оптимальний вид хірургічного лікування травми сечоводу безпосередньо під час операції. Лікування здійснюється більш ефективно.

Джерела інформації:

1. Лампіга Є.В. Обґрунтування вибору раціонального лікування хворих з ятрогенними ушкодженнями сечоводу після гінекологічних операцій та принципів їх профілактики: дис. ... кандидата мед. наук: 14.01.06/ Лампіга Євген Володимирович. -К., 2009. - 132 с.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб вибору тактики лікування травми сечоводу після гінекологічних операцій, що включає доопераційне визначення локалізації, характер і давність травми, інтраопераційне виділення сечоводу до зони травми, визначення життєздатності його краю з наступним відсіканням, вибору виду анастомозу в залежності від протяжності дистрофічних змін від місця травми, який **відрізняється** тим, що визначення життєздатності краю сечоводу роблять за допомогою електроуретерографії.

---

Комп'ютерна верстка С. Чулій

---

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