



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **108325** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 17/00**  
**A61B 17/068** (2006.01)

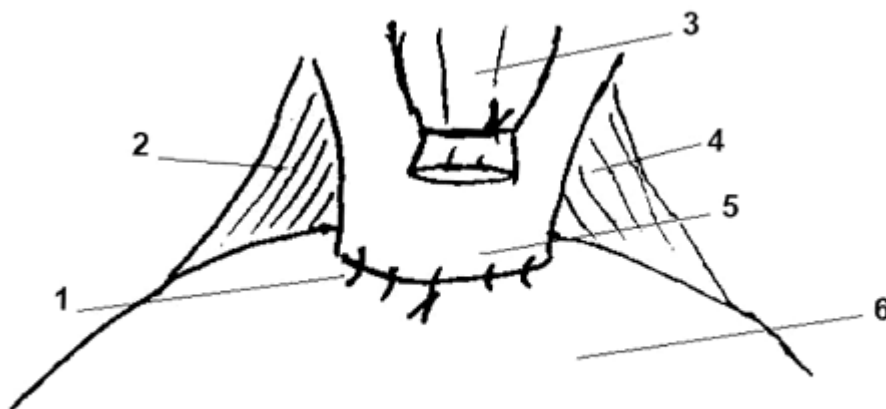
ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

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

(21) Номер заявки: <b>u 2016 00672</b>	(72) Винахідник(и): <b>Возіанов Сергій Олександрович (UA),</b> <b>Григоренко В'ячеслав Миколайович (UA),</b> <b>Данилець Ростислав Олегович (UA),</b> <b>Вікарчук Марк Володимирович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>28.01.2016</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>11.07.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>11.07.2016, Бюл.№ 13</b>	(73) Власник(и): <b>ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ</b> <b>УРОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ",</b> вул. Ю. Коцюбинського, 9-а, м. Київ, 04053 (UA)

**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ВЕЗИКОУРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ РАДИКАЛЬНІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ****(57) Реферат:**

Спосіб формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії у хворих на рак передміхурової залози, який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою, а шви накладають почергово з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язують між собою, причому додатково накладають вузлові вікрилові шви між передньою стінкою сечового міхура та куксою лобково-простатичної зв'язки, m. levator ani dextra et sinistra.



Фіг. 1

**UA 108325 U**



Спосіб належить до медицини, а саме до оперативної урології, і може застосовуватись при виконанні ендоскопічної радикальної простатектомії у хворих на рак передміхурової залози.

Радикальна простатектомія - один із методів вибору при лікуванні локалізованих та місцево-розповсюджених форм раку передміхурової залози. В останні два десятиріччя у світі та, зокрема в Україні, все більшого поширення набули ендоскопічні методики даної операції. Завершальним етапом як відкритої, так і ендоскопічної радикальної простатектомії, є формування міхурово-уретрального анастомозу. Одним із можливих ускладнень при виконанні даного етапу є пошкодження зовнішнього сфінктера уретри при видаленні передміхурової залози. Це ускладнення призводить до того, що внаслідок погіршення функції зовнішнього сфінктера виникає нетримання сечі, що значно знижує якість життя таких пацієнтів. Намагаючись уникнути подібних ускладнень, часто виконують "економну" резекцію уретри, що може знижувати радикальність проведеної операції.

На сьогоднішній день існує багато інтраопераційних модифікацій, метою яких є збереження та покращення функції утримання сечі. Однак, досі не існує як "ідеальної" інтраопераційної методики, що дозволяє домогтися 100 % функціональних результатів, а особливо це питання актуальне для хворих, які мають великий об'єм передміхурової залози. Дана ситуація диктує необхідність постійного вдосконалення техніки формування шийки сечового міхура при виконанні радикальної простатектомії.

Відомий спосіб техніки лапароскопічного накладання уретровезікального анастомозу за допомогою безперервного шва за VanVelthoven (1), яка полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою. Шви накладають по чергові з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язуються між собою.

Недоліком даного методу є те, що у хворих в ранньому післяопераційному періоді може спостерігатись підтікання сечі по дренажах за рахунок дефектів між швами анастомозу або прорізання ниток, а після видалення уретрального катетера - нетримання сечі.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії у хворих на рак передміхурової залози шляхом накладання трьох додаткових швів: перший - між передньою стінкою сечового міхура та куксою лобково-простатичної зв'язки, другий - між передньою стінкою сечового міхура та m. levator ani dextra, третій - між передньою стінкою сечового міхура та m. levator ani sinistra, що дозволяє зміцнити везикоуретральний анастомоз, а також збільшити внутрішньоуретральний тиск за рахунок формування кута між проксимальною частиною уретри і сечовим міхуром та знизити ризик виникнення таких післяопераційних ускладнень, як підтікання сечі з дефекту везикоуретрального анастомозу, нетримання сечі після видалення уретрального катетера.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії у хворих на рак передміхурової залози, який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою, а шви накладають по чергові з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язують між собою, згідно з корисною моделлю, додатково накладають вузлові вікрилові шви між передньою стінкою сечового міхура та куксою лобково-простатичної зв'язки, m.levator ani dextra et sinistra.

Спосіб пояснюють ілюстративними матеріалами.

На фіг. 1 представлено вигляд везикоуретрального анастомозу після накладання безперервного шва за Van Velthoven, де

1 - везикоуретральний анастомоз; 2-m.levator ani sinistra; 3 - лобково-простатична зв'язка; 4-m. levator ani dextra; 5 - уретра; 6 - сечовий міхур.

На фіг. 2 - вигляд везикоуретрального анастомозу після накладання додаткових швів, де

1 - шов між передньою стінкою сечового міхура та лобково-простатичною зв'язкою; 2 - шов між передньою стінкою сечового міхура та m.levator ani sinistra; 3 - шов між передньою стінкою сечового міхура та m.levator ani dextra.

Спосіб здійснюють наступним чином: хворого укладають в положення на спині, під загальним наркозом, ендоскопічним шляхом (лапароскопічно або заочеревинно) видаляють передміхурову залозу із сім'яними міхурцями та, за показаннями, регіонарними лімфовузлами, після чого на уретральному катетері формують везикоуретральний анастомоз за VanVelthoven (фіг. 1,1), після цього накладають 3 додаткових вузлових вікрилових шви: перший - між передньою стінкою сечового міхура та куксою лобково-простатичної зв'язки (фіг. 2,1), другий -

між передньою стінкою сечового міхура та m.levator ani sinistra (фіг. 2,2), третій - між передньою стінкою сечового міхура та m.levator ani dextra (фіг. 2,3).

Запропонований спосіб був використаний у відділі відновної урології та новітніх технологій ДУ "Інститут урології НАМН України" у 14 хворих на рак передміхурової залози II та III стадії. У всіх хворих в ранньому післяопераційному періоді не спостерігають підтікання сечі по тазових дренажах, після видалення уретрального катетера сечовипускання самостійне, нетримання сечі у віддаленому післяопераційному періоді не відмічають.

Наводимо приклад практичного застосування запропонованого способу.

Приклад 1. Хворий К, 68 років, клінічний діагноз: Рак передміхурової залози T2cN0M0G3. В клініці виконана ендоскопічна заочеревинна радикальна простатектомія з тазовою лімфадесекцією. За запропонованим способом після накладення везикоуретрального анастомозу за VanVelthoven, накладено 3 додаткових шви, що фіксують передню стінку сечового міхура до кукси лобково-простатичної зв'язки, правого та лівого м'яза, що підіймає задній прохід. Ранній післяопераційний період протікав без ускладнень, підтікання сечі по тазових дренажах не відмічалось, дренажі видалені на 5-6 добу після операції. Уретральний катетер видалено на 8 добу після операції. Мимовільне підтікання сечі спостерігалось лише на 1 добу після операції, в подальшому акт сечовипускання адекватний. Суб'єктивно хворий задоволений результатом виконаної операції.

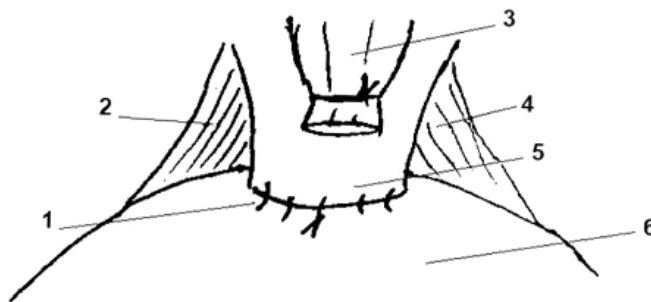
Таким чином, застосування запропонованого способу формування шийки сечового міхура з використанням додаткових швів передньої стінки сечового міхура при ендоскопічній радикальній простатектомії дозволяє зміцнити везикоуретральний анастомоз, а також збільшити внутрішньоуретральний тиск за рахунок формування кута між проксимальною частиною уретри і сечовим міхуром, що сприяє зниженню числа післяопераційних ускладнень, покращуючи якість життя прооперованих пацієнтів.

Джерело інформації:

1.Van Velthoven RF, Ahlering TE, Peltier A, Skarecky DW, Clayman RV. Technique for laparoscopic running urethrovesical anastomosis: the singleknot method. //Urology – 2003-61(4) - P. 699-702 (прототип).

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування везикоуретрального анастомозу при ендоскопічній радикальній простатектомії у хворих на рак передміхурової залози, який полягає в накладанні безперервного шва між шийкою сечового міхура та уретрою за допомогою двох вікрилових ниток, зв'язаних між собою, а шви накладають по чергові з 5.30 до 12.00 проти годинникової стрілки та з 6.30 до 12.00 за годинниковою стрілкою умовного циферблата та в кінці зв'язують між собою, який **відрізняється** тим, що додатково накладають вузлові вікрилові шви між передньою стінкою сечового міхура та куксою лобково-простатичної зв'язки, m. levator ani dextra et sinistra.



Фіг. 1

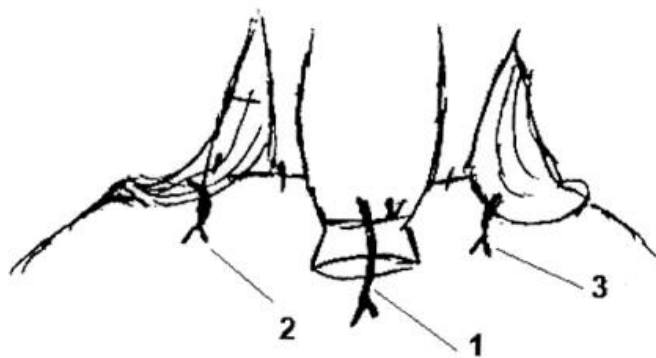


Fig. 2

---

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

---

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

---

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