



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40236 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ СЕЧОМІХУРОВО-УРЕТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ЗАЛОБКОВІЙ ПРОСТІЙ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

1

2

(21) u200813466

(22) 21.11.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл.№ 6, 2009 р.

(72) БАРАЛО ІГОР ВІТАЛІЙОВИЧ, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб формування сечоміхурово-уретрального анастомозу при залобковій простій простатектомії, що включає формування анатомічно адаптованого сечоміхурово-уретрального анастомозу з використанням двох або трьох П-подібних лігатур, які фіксують заднє півколо шийки

сечового міхура до бокових стінок простатичного відділу уретри, який відрізняється тим, що розріз передньої фіброзної строми простати зашивають за допомогою кінців провізорної лігатури, попередньо накладеної на глибоку гілку дорсальної вени статевого члена, та створюють ще одну П-подібну лігатуру для герметичної фіксації і більш точного співставлення кінців розсіченого переднього півкола передньої фіброзної строми при рухах голки з боку уретри до переднього півкола шийки сечового міхура, цим попереджують можливий розвиток остейту лобкових кісток в післяопераційному періоді.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема урології, а саме до хірургічного лікування хворих на доброякісну гіперплазію простати методом простої залобкової простатектомії.

Методика простої залобкової простатектомії передбачає прошивання двома кетгутівими або вікриловими лігатурами глибокої дорсальної вени статевого члена. Після цього проводять розріз передньої фіброзної строми між цими лігатурами протягом 2-3см і вилуцують вузли гіперплазії. Кінці лігатур, як правило, зрізають. Судини, які кровоточать, прошивають під візуальним контролем. Відомий спосіб формування везіко-уретрального анастомозу при простій залобковій простатектомії полягає у з'єднанні шийки сечового міхура з простатичним відділом уретри трьома або двома П-подібними лігатурами, які зав'язують ззовні (збоку адвентиційного шару) і фіксують заднє півколо шийки сечового міхура з боковими поверхнями хірургічної капсули простати [П.И. Пивоваров, Х. Кубильос, А.М. Пушкарь. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты. - Винница, «Тезис», 1999. - 188с; Кобзін О.Л., Головенко В.П., Горовий В.І., Сапсай А.О. / Спосіб гемостаза та відновлення міхурово-уретрального сегмента при залобковій простатектомії // Декларативний патент на винахід 59985А А61В17100 №2003010076 заявл. 03.01.2003, опубліковано Бюл. №9 від 15.09.2003].

Недоліком відомого способу є різні варіанти зашивання розрізу передньої стінки простати, які раціонально не використовують кінці провізорної лігатури. Також, коли напрямок уколу голки спрямовують від шийки сечового міхура до уретри є небезпека проколу кінцем голки надкисниці лобкової кістки, що загрожує остейтом лобкових кісток після операції.

В основу корисної моделі «Спосіб формування сечоміхурово-уретрального анастомозу при залобковій простій простатектомії» поставлено завдання використати кінці провізорної лігатури на дорсальному венозному комплексі для формування герметичного сечоміхурово-уретрального анастомозу, що забезпечує можливий розвиток остейту лобкових кісток.

Поставлене завдання здійснюється способом, який передбачає формування анатомічно адаптованого сечоміхурово-уретрального анастомозу з використанням двох або трьох П-подібних лігатур, які фіксують заднє півколо шийки сечового міхура до бокових стінок простатичного відділу уретри, згідно корисної моделі, розріз передньої фіброзної строми простати зашивають за допомогою кінців провізорної лігатури, попередньо накладеної на глибоку гілку дорсальної вени статевого члена 5, (Фіг.1, Фіг.2) та створюють ще одну П-подібну лігатуру для герметичної фіксації і більш точного співставлення кінців розсіченого переднього півкола

(13) U

(11) 40236

(19) UA

передньої фіброзної стромі при рухах голки з боку уретри до переднього півкола шийки сечового міхура.

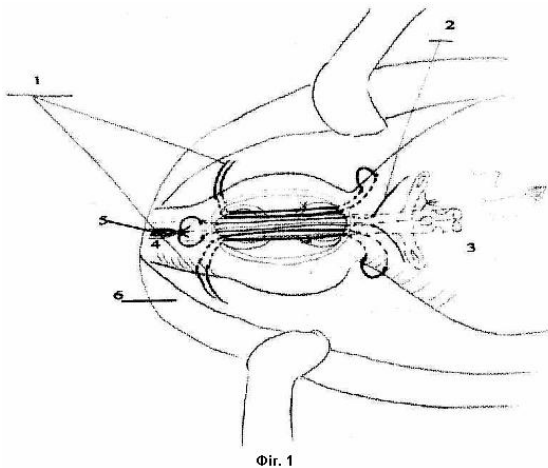
На кресленнях (Фіг.1, Фіг.2) схематично зображено хід операції. Спосіб здійснюється таким чином. Кожний з двох кінців провізорної лігатури (2) проводять збоку адвентиції в бік слизової на розрізі простатичної стінки (4) і збоку слизової у напрямку адвентиції на розрізі шийки сечового міхура (3), як показано на Фіг.1. Слід зазначити, що напрямом руху гострого кінця голки від лобкової кістки (6) в бік сечового міхура мінімізує можливість травмування надкисниці лобкової кістки, а отже і розвитку остейту лобкових кісток після операції. Після зав'язування всіх П-подібних лігатур і дренивання сечового міхура спареними уретральними поліхлорвініловими дренажами або трьохоодним катетером Фолі шийка сечового міхура стикається з простатичною уретрою і отвір в передній фіброзній стромі зникає. При цьому відбувається рівне співставлення відповідних шарів розсіченої рани передньої стінки уретри (адвентиція-адвентиція, слизова-слизова). Такий «матрацний» шов забезпечує ідеальні умови для загоєння анастомозу первинним натягом (Фіг.2). Для посилення

герметичності, в разі потреби, можливе накладання 1-2 додаткових лігатур між центральною (2) і боковими (1) П-подібними лігатурами.

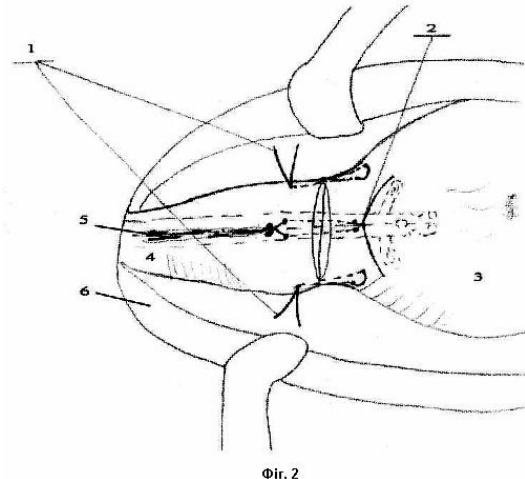
Фіг.1. Схематичне зображення сечоміхурово-уретрального анастомозу за допомогою трьох П-подібних лігатур.

Фіг.2. Вигляд сечоміхурово-уретрального анастомозу після зав'язування П-подібних лігатур.

Приклад. Хворий К., 68 років, історія хвороби №7358, знаходився в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова з 18.04.08 по 02.05.08р. з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози II ст., гострої затримки сечі. Пацієнту 23.04.08р. під спинномозковою анестезією виконана операція - одномоментна залобкова простатектомія з використанням запропонованого способу формування сечоміхурово-уретрального анастомозу при залобковій простій простатектомії. Ускладнень під час виконання операції та в післяопераційному періоді не спостерігали. Хворий в задовільному стані виписаний додому на 9-ту добу з відновленим сечовипусканням. Описаним способом в клініці виконано 5 залобкових простатектомій з добрими безпосередніми результатами.



Фіг. 1



Фіг. 2