



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **342**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 1000474

(22) 17.05.2010

(46) Бюл.58 (2), 2010

(71) Ризоев Х.Х. (ТJ); Шаханов А.Ш. (ТJ)

(72) Ризоев Х.Х. (ТJ); Шаханов А.Ш. (ТJ); Худой-
додов А.П. (ТJ); Займуддинов Б.М. (ТJ); Сидиков
М.А. (ТJ); Юлдошев М.А. (ТJ); Рофиев И.Д. (ТJ).

(73) Ризоев Х.Х. (ТJ); Шаханов А.Ш. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ФИКСАЦИИ ШЕЙКИ МОЧЕ-
ВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПОЗАДИЛОБКОВОЙ
АДЕНОМЭКТОМИИ**

(56) 1. ХИНМАН Ф. ОПЕРАТИВНАЯ УРОЛО-
ГИЯ. 2003 Г., СТР. 427-501.

2. Лопаткин Н.А., Шевцов Н.П. Оперативная
урология. 1986 г., стр. 223-234.

3. Синкевич Г.А. Оперативная урология. 1978
г., с. 150-170.

4. RU 2197901

5. RU 2371114

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к оперативной урологии и может быть использовано
при оперативном лечении аденомэктомии.

Целью предлагаемого способ является сокра-
щение срока лечения, предупреждение кровоточи-
вости во время операции и в раннем послеопера-

2

ционном периоде, максимальное сохранение шей-
ки мочевого пузыря и простатического отдела
уретры, предупреждение склероза шейки мочевого
пузыря и стриктуры.

Сущность способа заключается в том, что по-
сле обнажения шейки в мочевой пузырь вставляют
катетер Фолея. В баллончик вводят 30 мл раствор
фурацилина, после чего расширитель погружают в
шейку мочевого пузыря и фиксируют под баллон-
чиком катетера Фолея. Затем визуально произво-
дят легирование сосудов, капсулу предстательной
железы рассекают поперечно между лигатурами,
уретру и шейку мочевого пузыря отделяют от аде-
номатозных узлов. Затем эти же манипуляции
проводят с противоположной стороны. Вылущи-
вание аденоматозных узлов производят под кон-
тролем зрения, пальпаторным контролем баллона
катетера Фолея в мочевом пузыре и расширителем.
После ушивают ложе аденомы с каждой стороны.
Устанавливают в предпузырном пространстве по
бокам два двухпросветных катетера. Выводят ка-
тетеры через отдельные проколы вне операцион-
ной раны. Присоединяют катетеры к активной
аспирации в течение суток.

Изобретение относится к медицине, а именно к оперативной урологии и может быть использовано при оперативном лечении аденомэктомии.

Известен способ надлобковой (чреспузырной) аденомэктомии (1). Для удаления аденомы простаты вскрывают мочевой пузырь (отсюда и название -чреспузырная). После вскрытия мочевого пузыря аденоматозные узлы удаляются тупо и на ощупь, кровотечение останавливают прижатием тампона и катетером Фолея.

Кроме этого способа, существует также и другой, более щадящий в плане травматизации окружающих тканей, а следовательно, характеризующийся более легким течением послеоперационного периода - это так называемый трансуретральный способ (2). Однако даже самый "золотой стандарт" -трансуретральная аденомэктомия (ТУР) не лишена осложнений. Наиболее грозным из них является кровотечение. В 8% при ТУР возникает необходимость в переливании крови. Эта величина может возрастать до 20% при объемах гиперплазированной простаты более 100 см³ (2). Кроме того аппарат не имеется в арсенале клиниках нашей республики.

В настоящее время многие урологи у нас в стране и государствах ближнего и дальнего зарубежья (3,4) выполняют чреспузырную аденомэктомию почти во всех случаях. Обнажают мочевой пузырь. Вскрывают его переднюю стенку. Со стороны слизистой мочевого пузыря накладывают двойной кисетный шов на капсулу аденомы вокруг внутреннего отверстия уретры. Вылущивают аденому. Заполняют ложе аденомы низведением шейки мочевого пузыря за нить кисетного шва. Концы нити выводят с дренажом по уретре. Проводят натяжение. Затягивают второй кисетный шов вокруг дренажа. Однако применение этого способа рекомендован при больших аденомах.

Известные способы операции имеют следующие недостатки: во всех способах удаление аденоматозных узлов производится на ощупь, сроки лечения длительны, после удаления аденомы остается полость, которая осложняет послеоперационное течение, в результате чего возникают различные осложнения как: кровотечение, контрактура шейки, стриктура уретры, образование «предпузыря» и недержание мочи.

Прототипом предлагаемого способа является позадилобная внепузырная аденомэктомия (5). Техника операции заключается в следующем. Доступ к позадилобному пространству осуществляют нижнесрединным разрезом путем разведения прямых мышц живота и рассечения предпузырной фасции. В мочевой пузырь устанавливают катетер Фолея с введением в баллон 30 мл жидкости. После освобождения шейки мочевого пузыря и задней уретры пальпаторным контролем баллона катетера сначала с одной стороны между уретрой и прямой кишкой на капсулу предстательной железы накладывают два ряда продольных швов длиной

около 3 см. Капсулу предстательной железы рассекают продольно между лигатурами. Уретру и шейку мочевого пузыря отделяют от аденоматозных узлов. Затем эти же манипуляции проводят с противоположной стороны. Вылущивание аденоматозных узлов производят под контролем зрения, пальпаторным контролем баллона катетера Фолея в мочевом пузыре и под контролем пальца через прямую кишку. После ушивают ложе аденомы с каждой стороны. Устанавливают в предпузырном пространстве по бокам два двухпросветных катетера. Выводят катетеры через отдельные проколы вне операционной раны. Присоединяют катетеры к активной аспирации в течение суток.

Данная операция обладает теми же недостатками, имеющимися у аналогов.

В связи с этим возникает необходимость разработки более совершенного способа позадилобковой аденомэктомии с использованием фиксирующего расширителя в сочетании с катетером Фолея, который позволил бы повысить эффективность лечения данной патологии и избежать наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения.

Целью предлагаемого способа является сокращение срока лечения, предупреждение кровотечения во время операции и в раннем послеоперационном периоде, максимальное сохранение шейки мочевого пузыря и простатического отдела уретры, предупреждение склероза шейки мочевого пузыря и стриктуры.

Сущность способа заключается в том, что после обнажения шейки в мочевой пузырь вставляют катетер Фолея. В баллончик вводят 30 мл раствор фурацилина, после чего расширитель погружают в шейку мочевого пузыря и фиксируют под баллончиком катетера Фолея. Затем визуально производят легирование сосудов, капсулу предстательной железы рассекают поперечно между лигатурами, уретру и шейку мочевого пузыря отделяют от аденоматозных узлов. Затем эти же манипуляции проводят с противоположной стороны. Вылущивание аденоматозных узлов производят под контролем зрения, пальпаторным контролем баллона катетера Фолея в мочевом пузыре и расширителем. После ушивают ложе аденомы с каждой стороны. Устанавливают в предпузырном пространстве по бокам два двухпросветных катетера. Выводят катетеры через отдельные проколы вне операционной раны. Присоединяют катетеры к активной аспирации в течение суток.

Таким образом, после тракции и потягивания расширителем мочевого пузыря, шейка приподнимается вверх так, что лучше визуализируется передняя стенка стенки предстательной железы и производится аденомэктомия, путем поперечного рассечения капсулы предстательной железы по передней стенке.

После удаления аденоматозных узлов, проводят гемостаз ложа узлов, затем налаживают швы

го этапа операции к ране подводят страховочную трубку и рану ушивают послойно. Катетер из мочевого пузыря удаляют на 7-е сутки, больного выписывают на 8 -е сутки после операции.

Способ предотвращает оперированных больных от таких осложнений как кровотечение, контрактура шейки, стриктура уретры и недержание мочи.

Пример: Больной А. 72 года.

Диагноз: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы III ст. Хронический цистит. Хроническая задержка мочи.

Сопутствующее заболевание: Гипертоническая болезнь II ст.

Больной поступил с жалобами на, затрудненное мочеиспускание, слабость струи мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

Больному проведено полное клинико-лабораторное и УЗИ исследование. В анализах мочи отмечается лейкоцитурия (от 25 до 35 в п.зр), белок -0,066%, удельный вес-1005, содержание солей в незначительном количестве. В посеве мочи высеяны Рзеиётопаз аеё§то8а-1,2 млн. чувствительных к Меркацин, Ванкомицин. В биохимических анализах показатели азота и билирубиновых фракций в пределах допустимой нормы.

ПСА- 0,4 нг /мл. IPSS-30 L-5.

При ультразвуковом исследовании размер предстательной железы 55x46 мм. По передней части железы определяется наличие узла размером 24x15 мм. Объем остаточной мочи составляет 72 см³. Застойные явления в полостной системе почек и мочевыводящей системы не обнаружены.

При ректальном исследования (Рег. Rectum):

Сфинктер прямой кишки пропускает палей свободно. Железа увеличена в объеме. Железа тугоэластической консистенций. Серединная борозда сглажена. Слизистая прямой кишки над железой подвижная.

Предоперационная подготовка больного осуществлялась парентеральное назначение антибиотиков и уросептиков. Наблюдалось улучшение реологии крови и сердечной деятельности, ликвидации обезвоживания.

Под спинальным обезболиванием в проекции Lii-Liii, надлобковым разрезом послойно обнажено предпузырное пространство. В мочевого пузырь вставлен трехходовой уретральный катетер Фолея - № 24, с надуванием его баллончика. При помощи фиксирующего расширителя, пузырь вместе с надутым баллончиком уретрального катетера отодвинуто вверх. При этом предстательная железа стало обнаженным и доступным. Над капсулой предстательной железы, по его передней поверхности вставлены несколько гемостатические швы.

6

сула предстательной железы рассечена и произведена подпаховая аденомэктомия. Гемостаз проводилось элетрокоагулятором. Рассеченная капсула собрана и ушита вокруг уретрального катетера. Страховые трубки вставлены вокруг перипростатического пространства. Наложены послойные швы на рану и обработаны спиртом. Наложена асептическая повязка.

Течение послеоперационного периода прошло гладко. Больной активизирован на 2-ые сутки. Живление раны первичное. Уретральный катетер удален на 6-ые сутки после операции; Мочеиспускание больного свободное, струя мочи хорошая. Больной выписан в относительно удовлетворительном состоянии на 7-ые сутки после операции с рекомендацией: продолжить курс терапии в домашних условиях. Контрольное исследование через один месяц проводилось в клинко-лабораторном и рентгено-урологическом обследовании. По результатам обследования грубых отклонений не обнаружены.

Применение данного способа при позадилобковой аденомэктомии предотвращает послеоперационных осложнений. Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует об эффективности способа - фиксации шейки мочевого пузыря катетером Фолея в сочетании с фиксирующим расширителем при позадилобковой аденомэктомии. В результате позади лобковой аденомэктомии больному удалось восстановить нормальную уродинамику.

Предлагаемый способ представляет новое качество лечебного процесса. Способ позадилобковой аденомэктомии считался ранее невозможным из технических и инструментальных предпосылок. В исследованиях авторов обоснованно подтверждена возможность восстановить уродинамику путем позадилобковой аденомэктомии.

Данный способ может быть использован в клиниках урологии. По техническому исполнению прост, доступен, не требует специального оборудования и подготовки. На сегодняшний день с использованием предлагаемого метода оперировано 30 больных.

Преимущество указанного способа заключается в том, что операция производится визуально, при котором шейка мочевого пузыря максимально приближается и фиксируется к ране, которое позволяет применять его повсеместно. Способ избавляет больных от нежелательных послеоперационных осложнений. Во всех случаях достигнуты хорошие результаты. Указанные преимущества позволяют повысить эффективность лечения и сократить сроки выздоровления.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ фиксации шейки мочевого пузыря при позадилобковой аденомэктомии, включающий позадилобный внепузырный доступ, обнажение шейки мочевого пузыря, вставление катетера Фолея с введением в баллончик 30 мл жидкости, визуальное легирование сосудов, рассечение капсулы предстательной железы между лигатурами, отделение уретры и шейки мочевого пузыря от аденоматозных узлов, вылушивание аденоматозных узлов, пальпаторный контроль баллона катетера Фолея в мочевом пузыре, ушивание ложа аденомы с каждой стороны, установление в пред-

пузырном пространстве по бокам двух двухпросветных катетеров, выведение катетеров через отдельные проколы вне операционной раны, присоединение катетеров к активной аспирации в течение суток, **отличающийся тем, что** применяют фиксирующий расширитель, который погружают в шейку мочевого пузыря, потягивают и приподнимают шейку вверх, фиксируют под баллончиком катетера Фолея, содержащим раствор фурацилина, затем поперечно рассекают капсулы предстательной железы и удаляют аденоматозные узлы.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ	Тираж	Подписное
	Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.	