



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК

A61B 17/00 (2020.05)

(21)(22) Заявка: 2020110862, 13.03.2020

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
13.03.2020

Дата регистрации:
06.10.2020

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 13.03.2020

(45) Опубликовано: 06.10.2020 Бюл. № 28

Адрес для переписки:

197758, Санкт-Петербург, п. Песочный, ул.
Ленинградская, 70, ФГБУ "РНЦРХТ им.
академика А.М. Гранова" Минздрава России,
Попова Алена Александровна

(72) Автор(ы):

Богомолов Олег Алексеевич (RU),
Школьник Михаил Иосифович (RU),
Прохоров Денис Георгиевич (RU),
Сидорова Светлана Александровна (RU),
Лисицын Игорь Юрьевич (RU),
Яковлева Юлия Георгиевна (RU)

(73) Патентообладатель(и):

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
РАДИОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
А.М. ГРАНОВА" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ /ФГБУ "РНЦРХТ им.
академика А.М. Гранова" Минздрава России
(RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: ASHUTOSH TEWARI et al. Total
Reconstruction of the Vesico-Urethral Junction.
BJU Int. 2008 Apr, N101(7), P.871-877. RU
2434586 C1, 27.11.2011. RU 2559588 C1,
10.08.2015. СИХВАРДТ И.А. и др.
Хирургическая техника стабилизации
уретровезикального анастомоза для
улучшения результатов раннего
восстановления удержания мочи после
позадилонной (см. прод.)

(54) Способ профилактики несостоятельности уретровезикального анастомоза и недержания мочи после радикальной простатэктомии

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к урологии и онкоурологии. Осуществляют удаление у больного одновременно с предстательной железой участков эндопельвикальной и брюшинно-промежностной фасций. Предварительно у больного с передней брюшной стенки готовят трехслойный графт,

состоящий из париетальной брюшины, предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции шириной не менее 4 см и длиной не менее 10 см, после чего графт фасциальной стороной укладывают в поперечном направлении на переднюю стенку прямой кишки в зону дефекта брюшинно-промежностной фасции и

дополнительно края последней сшивают рассасывающимся швом с соответствующими краями трехслойного графта. Далее формируют уретроцистонеоанастомоз, затем свободные концы трехслойного графта сводят над передней стенкой уретровезикального анастомоза и сшивают друг с другом рассасывающимся швом, замыкая при этом фасциальное кольцо над зоной уретроцистонеоанастомоза. После чего отдельными рассасывающимися швами фиксируют переднюю полуокружность графта к пубо-простатическим связкам и стенке мочевого пузыря. Способ позволяет в наиболее полной степени восстановить фасциальную анатомию

малого таза после этапа РПЭ с сохранением дооперационного пространственного и функционального взаимоположения органов малого таза, позволяя выполнить полную стабилизацию задней и передней частей уретроцистонеоанастомоза при абсолютно любом объеме удаляемой предстательной железы, что приводит к раннему и полному восстановлению функции удержания мочи у оперированных пациентов, а также позволяет снизить до минимума риск несостоятельности УВА или формирования стриктуры уретры, тем самым повышая эффективность хирургического вмешательства. 1 пр.

(56) (продолжение):

простатэктомии. Онкоурология 2018, N14(4), С.68-78; . DUBBELMAN Y.D. et al. Urethral sphincter function before and after radical prostatectomy: Systematic review of the prognostic value of various assessment techniques. Neurourol Urodyn.2013, N32(7), P.957-963. FERESHTEH SALIMI et al. Inferior Vena Cava Reconstruction With a Flap of Parietal Peritoneum: An Animal Study. Arch Iran Med. 2009, N12(5), P.448-453. FRANCESCO ROCCO et al. Early Continence Recovery after Open Radical Prostatectomy with Restoration of the Posterior Aspect of the Rhabdosphincter. 2007, V.52(2), P. 376-383.

RU 2 7 3 3 6 9 4 C 1

RU 2 7 3 3 6 9 4 C 1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
A61B 17/00 (2020.05)

(21)(22) Application: **2020110862, 13.03.2020**

(24) Effective date for property rights:
13.03.2020

Registration date:
06.10.2020

Priority:

(22) Date of filing: **13.03.2020**

(45) Date of publication: **06.10.2020 Bull. № 28**

Mail address:

**197758, Sankt-Peterburg, p. Pesochnyj, ul.
Leningradskaya, 70, FGBU "RNTSRKHT im.
akademika A.M. Granova" Minzdrava Rossii,
Popova Alena Aleksandrovna**

(72) Inventor(s):

**Bogomolov Oleg Alekseevich (RU),
Shkolnik Mikhail Iosifovich (RU),
Prokhorov Denis Georgievich (RU),
Sidorova Svetlana Aleksandrovna (RU),
Lisitsyn Igor Yurevich (RU),
Yakovleva Yuliya Georgievna (RU)**

(73) Proprietor(s):

**FEDERALNOE GOSUDARSTVENNOE
BYUDZHETNOE UCHREZHDENIE
"ROSSIJSKIJ NAUCHNYJ TSENTR
RADIOLOGII I KHIRURGICHESKIKH
TEKHNOLGIJ IMENI AKADEMIKA A.M.
GRANOVA" MINISTERSTVA
ZDRAVOOKHRANENIYA ROSSIJSKOJ
FEDERATSII /FGBU "RNTSRKHT im.
akademika A.M. Granova" Minzdrava Rossii
(RU)**

(54) **METHOD FOR PREVENTION OF INCONSISTENCY OF URETHROVESICAL ANASTOMOSIS AND URINARY INCONTINENCE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine, namely to urology and oncurology. Patient is simultaneously removed from the prostate gland and the areas of edenopopvial and peritoneal-perineal fascia. First, a patient with an anterior abdominal wall is prepared with a three-layer graft consisting of a parietal peritoneum, a preperitoneal tissue and a transverse fascia with a width of at least 4 cm and a length of not less than 10 cm, after which the graft fascial side is laid in the transverse direction on the rectal anterior wall into the peritoneal-perineal fascia defect zone, and additionally the edges of the latter are sutured with an absorbable suture with the corresponding edges of the three-layer graft. Further, urethrocystoneoanastomosis is formed, then free ends of three-layer graft are brought downward front wall of urethrovesical anastomosis and sutured

together with absorbable suture, thus closing fascial ring above urethrocystoneoanastomosis zone. Thereafter, the front semi-circle of the graft is fixed with separate absorbable sutures to puboprostic ligaments and a bladder wall.

EFFECT: method enables the most complete recovery of the fascial anatomy of the small pelvis after the RPE stage with preserving the preoperative spatial and functional interrelation of the pelvic organs, allowing complete stabilization of posterior and anterior parts of urethrocystoneoanastomosis with absolutely any volume of removed prostate, which leads to early and complete restoration of urine retention function in operated patients, and also enables to minimize risk of failure of UVA or formation of urethral stricture, thereby improving effectiveness of surgical intervention.

1 cl, 1 ex

Изобретение относится к медицине, точнее к онкоурологии, и может найти применение при радикальной простатэктомии.

Рак предстательной железы (далее - РПЖ) занимает второе место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России.

- 5 В 2018 г. в России выявлено 41577 новых случаев РПЖ с показателем летальности на первом году с момента установки диагноза 7,8%. Основным методом лечения больных локализованным РПЖ остается хирургический. Так, в 2018 г. в России выполнено более 8000 радикальных простатэктомий (РПЭ) в связи с первично установленным диагнозом злокачественной опухоли предстательной железы I-II стадии (М.: МНИОИ им. П.А. Герцена-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019).

- 10 Большинство проведенных исследований демонстрируют высокие показатели онкологической эффективности РПЭ. Однако хирургическое вмешательство зачастую сопряжено с развитием послеоперационных осложнений, значимо снижающих качество жизни пациента. Наиболее часто встречаются утрата потенции, несостоятельность уретровезикального анастомоза (УВА) и недержание мочи. И, если с эректильной дисфункцией большинство мужчин пожилого возраста готовы мириться, то проблемы с мочеиспусканием приводят к нарушению социальной адаптации и инвалидизации больного с необходимостью постоянного ношения памперсов или урологических прокладок. Частота развития недержания мочи тяжелой степени, по данным различных
- 15 авторов, варьирует от 4 до 16% в зависимости от оперативной методики. Развитие несостоятельности УВА встречается в 0,3-15,4% случаев и значительно увеличивает сроки пребывания пациента в стационаре, достоверно повышая риск возникновения послеоперационного недержания мочи и формирования стриктуры уретры.

- 20 Профилактике развития таких серьезных осложнений после радикальной простатэктомии и посвящено настоящее изобретение.

- Оптимальное формирование УВА предполагает создание герметичного, свободного от натяжения, анастомоза слизистой между уретрой и мочевым пузырем. Хорошо известно, что вместе с предстательной железой удаляются участки брюшинно-промежностной фасции (фасции Денонвиллье), расположенной по задней поверхности простаты, а также значительный фрагмент эндопельвикальной фасции, располагающийся на передней поверхности удаляемого органа. Согласно современным представлениям восстановление дооперационной фасциальной анатомии и взаимного расположения органов в малом тазу является краеугольным моментом в успешном функциональном результате всей операции. В связи с этим повышенное внимание уделяется стабилизации
- 30 УВА посредством восстановления соединительно-тканых оболочек и структур, окружающих предстательную железу. Многие авторы демонстрируют успешные результаты профилактики несостоятельности УВА и недержания мочи после РПЭ путем применения различных методик стабилизации уретроцистонеоанастомоза.

- 35 В настоящее время известны различные способы восстановления фасциальных оболочек малого таза для профилактики несостоятельности уретровезикального анастомоза и недержания мочи после радикальной простатэктомии.

- Широко известен в клинической практике способ раннего восстановления удержания мочи после открытой РПЭ путем сшивания краниального и каудального концов фасции Денонвиллье с целью стабилизации задней части УВА, описанный в Eur. Urol., 2007 Aug, 52(2), P.: 376-383. Несмотря на свою высокую эффективность, данный метод применим
- 40 лишь у больных с небольшими размерами предстательной железы. При объеме простаты более 80 мл дефект брюшинно-промежностной фасции, возникающий после РПЭ, настолько велик, что свести концы апоневроза технически невозможно. Это значительно

ограничивает применение предложенного способа.

В таких случаях онкоурологи зачастую применяют способ стабилизации передней полуокружности формируемого УВА, описанный в ВЈU Int., 2009 Nov, 104(10), P.: 1542-6. Суть метода заключается в перевязке дорзального венозного комплекса простаты с последующей его фиксацией к внутренней поверхности лонного сочленения. Однако существенным недостатком данной техники является отсутствие задней суспензии - восстановления целостности фасции Денонвиллье.

Наиболее близким к предлагаемому является «Способ полной реконструкции уретровезикального анастомоза», описанный в ВЈU Int., 2008 Apr, 101(7), P.: 871-7, взятый нами в качестве прототипа.

Суть способа заключается в том, что после РПЭ сшиваются концы брюшинно-промежностной фасций (фасции Денонвиллье) с целью стабилизации задней части УВА, далее формируется уретроцистонеоанастомоз, и его передняя полуокружность стабилизируется путем подшивания пубо-простатических связок к передней порции шейки мочевого пузыря.

Способ показал высокую эффективность в профилактике послеоперационного недержания мочи. Вместе с тем, как и в ранее описанном методе, предложенный способ имеет значительное ограничение по размерам удаляемой предстательной железы. В клинической практике при объеме простаты более 80 мл сведение концов дефекта брюшинно-промежностной фасций технически крайне затруднительно, ведет к их разрывам либо неадекватной адаптации краев. Поэтому разработка способа, позволяющего добиться полной стабилизации уретроцистонеоанастомоза по всей окружности, вне зависимости от размеров удаляемой предстательной железы, является актуальной и востребованной клиницистами задачей.

Технический результат настоящего изобретения состоит в повышении эффективности хирургического вмешательства и снижении частоты послеоперационных осложнений за счет использования трехслойного графта, включающего париетальную брюшину, предбрюшинную клетчатку и поперечную фасцию, взятого с передней брюшной стенки.

Этот результат достигается тем, что в известном способе профилактики несостоятельности уретровезикального анастомоза и недержания мочи после радикальной простатэктомии, включающем одновременное удаление у больного участков эндопельвикальной, брюшинно-промежностной фасций и формирование уретроцистонеоанастомоза, согласно изобретению, предварительно у больного с передней брюшной стенки готовят трехслойный графт, состоящий из париетальной брюшины, предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции шириной не менее 4 см и длиной не менее 10 см, после чего графт фасциальной стороной укладывают в поперечном направлении на переднюю стенку прямой кишки в зону дефекта брюшинно-промежностной фасции и дополнительно края последней сшивают рассасывающимся швом с соответствующими краями трехслойного графта, затем свободные концы трехслойного графта сводят над передней стенкой уретровезикального анастомоза и сшивают друг с другом рассасывающимся швом, замыкая при этом фасциальное кольцо над зоной уретроцистонеоанастомоза, после чего отдельными рассасывающимися швами фиксируют переднюю полуокружность графта к пубо-простатическим связкам и стенке мочевого пузыря.

Известно экспериментальное использование графтов париетальной брюшины у животных с целью реконструкции крупных сосудов (Arch. Iran Med. 2009 Sep; 12(5):448-53). В работе приводятся успешные результаты секционных экспериментов и отмечается, что, несмотря на то, что участки брюшины теряют кровоснабжение при их мобилизации,

с течением времени они не только не рассасываются, но и полностью замещают ранее поврежденные ткани стенки нижней поллой вены путем создания фиброзно-эпителиальной оболочки.

Этот известный факт побудил нас попробовать применить полнослойные участки
 5 брюшины, взятые с передней брюшной стенки оперируемого больного, для восстановления фасциальных оболочек малого таза после РПЭ. При первой же попытке замещения дефектов брюшинно-промежностной и эндопельвикальной фасций, возникших у больного ввиду удаления предстательной железы объемом 100 мл и технически невозможным сведением концов фасций, путем вшивания трехслойного
 10 графта - трансплантируемого участка, состоящего из париетальной брюшины, предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции, мы отметили отсутствие натяжения тканей при сопоставлении краев уретроцистонеоанастомоза, а также значительное укрепление его стенок по всей окружности. В послеоперационном периоде полное заживление анастомоза произошло на пятые сутки, что было подтверждено
 15 цистографическим исследованием. После удаления уретрального катетера в течение первых суток у пациента нормализовалась функция удержания мочи. Такой положительный результат у пациента с потенциально высокими рисками несостоятельности УВА и дальнейшим недержанием мочи, на наш взгляд, связан с использованием нами предлагаемого способа восстановления фасциальных оболочек
 20 малого таза после РПЭ. Убедившись в значительном преимуществе такого подхода, мы ввели данный способ в клиническую практику в нашем Центре.

Использование указанного нами брюшинного трехслойного графта, состоящего из париетальной брюшины, предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции размерами
 25 шириной не менее 4 см и длиной не менее 10 см, позволяет надежно заместить дефекты брюшинно-промежностной и эндопельвикальной фасций, возникающие после РПЭ, что значительно уменьшает натяжение тканей при сопоставлении УВА, облегчая хирургический шов анастомоза во время операции, а также устраняя зоны ишемии и дальнейшего рубцевания, неминуемо возникающие в месте грубого натяжения краев уретры и мочевого пузыря. Все это позволяет минимизировать риск возникновения
 30 послеоперационного недержания мочи и формирования ятрогенной стриктуры уретры. Отмеченные нами режимы найдены опытным путем в процессе неоднократных оперативных вмешательств.

Расположение трехслойного брюшинного графта в поперечном направлении на передней стенке прямой кишки в зоне дефекта брюшинно-промежностной фасций и
 35 сшивание краев графта с соответствующими краями фасции рассасывающимся швом позволяет восстановить структурно-анатомические взаимосвязи органов в малом тазу и осуществить заднюю стабилизацию УВА.

Сведение и сшивание друг с другом свободных концов трехслойного графта над передней стенкой УВА, замыкая при этом фасциальное кольцо над зоной
 40 уретроцистонеоанастомоза, позволяет сформировать защитную муфту вокруг уретроцистонеоанастомоза, тем самым сводя к минимуму риск его несостоятельности.

Кроме того, использование выбранного нами трехслойного брюшинного графта, дает возможность применения его при любом оперативном подходе (открытом, эндоскопическом или промежностном) и не имеет ограничений по объему удаляемой
 45 простаты, так как используемый графт можно технически легко вырезать практически любого размера без необходимости расширения хирургического доступа или его конверсии, что делает предлагаемый способ универсальным.

Занимаясь в течение многих лет хирургическим лечением РПЖ, мы пришли к выводу,

что предлагаемый способ позволяет в наиболее полной степени восстановить фасциальную анатомию малого таза после этапа РПЭ с сохранением дооперационного пространственного и функционального взаимоположения органов малого таза, позволяя выполнить полную стабилизацию задней и передней частей уретроцистонеоанастомоза при абсолютно любом объеме удаляемой предстательной железы. Это закономерно приводит к раннему и полному восстановлению функции удержания мочи у оперированных пациентов, а также позволяет снизить до минимума риск несостоятельности УВА или формирования стриктуры уретры, тем самым повышая эффективность хирургического вмешательства.

Сущность способа поясняется примерами.

Пример 1.

Пациент Е. 1955 г.р. поступил для стационарного лечения в отделение оперативной онкоурологии ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ 12.02.2015 с жалобами на затрудненное и учащенное мочеиспускание и установленным диагнозом ЗНО предстательной железы T2cN0M0G2, II ст.

Из анамнеза заболевания известно, что в связи с вышеперечисленными жалобами и повышением ПСА до 16,8 нг/мл, пациент обследован по месту жительства. По данным пальцевого ректального исследования в обеих долях простаты пальпируются очаги уплотнения каменистой плотности. По данным трансректального ультразвукового исследования - объем простаты 120 мл, в обеих долях визуализируются гипоэхогенные очаги до 2,0 см в диаметре.

МРТ малого таза с внутривенным контрастированием - объем простаты 126 мл, в периферической зоне правой доли предстательной железы определяется очаг патологического накопления контраста, 4 балла по PI-RADS, без экстракапсулярного распространения, в периферической зоне левой доли железы - патологический очаг 3-4 балла по PI-RADS, без выхода за пределы капсулы.

Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под УЗ контролем - в 5-ти фокусах из 6-ти справа и в 4-х фокусах из 6-ти слева выявлена мелкоацинарная аденокарцинома простаты, сумма Глисона 3+4=7.

По результатам остеосцинтиграфии и рентгенографии легких данных за внеорганное распространение опухоли не выявлено.

19.02.2015 - Лапароскопическая радикальная простатэктомия.

Протокол операции. Под эндотрахеальным наркозом в положении пациента «на спине» разрезом 1,5 см по средней линии ниже пупка осуществлен доступ в брюшную полость. Установлен 10-мм оптический порт. Инсуфляция углекислого газа в брюшную полость. При ревизии брюшной полости выпота и канцероматоза нет. Установлены три 5-мм троакара: в левой и правой подвздошной области на уровне верхней передней подвздошной ости, по параректальной линии справа на 3 см ниже пупка. По параректальной линии слева на 3 см ниже пупка установлен 12-мм порт. С помощью аппарата Harmonic рассечена париетальная брюшина над мочевым пузырем с доступом к предпузырному пространству и предстательной железе. Поочередно мобилизована и удалена жировая клетчатка с лимфатическими узлами из правой и левой запирательных ямок. Двумя линейными разрезами справа и слева от простаты рассечена тазово-простатическая фасция, после чего простата мобилизована в направлении верхушки. Дважды прошит и перевязан дорзальный венозный комплекс. Основание предстательной железы отсечено от стенки мочевого пузыря. Выделены и пересечены семявыносящие протоки и семенные пузырьки. Мобилизована задняя поверхность простаты с прилежащим участком брюшинно-промежностной фасции в направлении от основания

к верхушке с последовательным пересечением порций сосудисто-нервных пучков с обеих сторон. Пересечен дорзальный венозный комплекс. Пересечен дистальный отдел интрапростатической уретры, который мобилизован за счет диссекции до уровня семенного бугорка. Простатвезикулэктомия единым блоком с покрывающим передне-
 5 боковые поверхности простаты участком эндопельвикальной фасции и прилежащим к задней поверхности органа участком брюшинно-промежностной фасции. Препарат помещен в контейнер. При попытке сведения шейки мочевого пузыря и краев дистального отдела уретры определяется значительное натяжение тканей, затрудняющее формирование адекватного уретроцистонеоанастомоза. Попытки сопоставить
 10 краниальный и каудальный концы фасции Денонвилле для их сшивания конец в конец также оказались безуспешными из-за их недостаточной длины. В связи с этим принято решение о замещении дефектов фасциальных оболочек с использованием трехслойного графта с передней брюшной стенки. На передней стенке брюшной полости маркирован и иссечен с помощью электроножа трехслойный графт, состоящий из париетальной
 15 брюшины, предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции, шириной 4 см и длиной 10 см. После чего графт фасциальной стороной уложен в поперечном направлении на переднюю стенку прямой кишки в зону дефекта брюшинно-промежностной фасции и края последней фиксированы непрерывным швом к соответствующим краям трехслойного графта. Далее над зоной замещенного дефекта без натяжения сформирован
 20 уретроцистонеоанастомоз по стандартной методике с использованием двух 15 см нитей V-loc 3/0 с иглой 5/8. Свободные концы трехслойного графта сведены над передней стенкой уретровезикального анастомоза и сшиты друг с другом непрерывно нитью Vicryl 3/0. Затем шестью отдельными рассасывающимися швами передняя полуокружность трехслойной фасциальной муфты фиксирована к пубо-простатическим
 25 связкам и стенке мочевого пузыря. Уретральный катетер №22 по уретре проведен в мочевой пузырь. Баллон катетера раздут до 15 мл. Проверка герметичности анастомоза: по катетеру в мочевой пузырь введено 150 мл стерильного физиологического раствора, несостоятельности не выявлено, анастомоз герметичен. Окончательный контроль гемостаза. Препарат извлечен через срединную рану в месте установки оптического
 30 троакара, отправлен на плановое гистологическое исследование. Счет инструментов и материала верен. Раны послойно ушиты. Наклейки на раны.

Кровопотеря 200 мл. Время операции 120 минут.

Послеоперационное гистологическое заключение - Мультифокальная аденокарцинома в обеих долях предстательной железы, сумма Глисона 7 (3+4). Лимфатические узлы из
 35 запирающих ямок (слева - 6, справа - 6), семенные пузырьки без опухолевых изменений. Хирургический край отрицательный.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент получал антибактериальную терапию в течение 3 дней. Заживление послеоперационной раны - первичным натяжением. На пятые сутки выполнена ретроградная цистография -
 40 уретроцистонеоанастомоз состоятелен, затека рентгенконтрастного вещества не выявлено. На 5-е сутки удален уретральный катетер. Пациент удерживал мочу с первого дня. Больной выписан 25.02.2015 под наблюдение онколога по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

За пациентом осуществляется динамическое наблюдение с регулярными
 45 обследованиями - не реже 2-х раз в год (анализ крови на ПСА, ПРИ). Через 5 лет (в феврале 2020 г.) признаков рецидива заболевания не выявлено - ПСА=0,01 нг/мл, мочу пациент удерживает полностью, в прокладках не нуждается.

Предлагаемый способ профилактики несостоятельности уретровезикального

анастомоза и недержания мочи после радикальной простатэктомии был успешно использован нами у 40 пациентов, преимущественно с большими объемами предстательной железы. Метод зарекомендовал себя действенным, высоко эффективным и легко воспроизводимым. За время послеоперационного наблюдения ни у одного из 5 пациентов не развилось несостоятельности уретровезикального анастомоза или его стриктуры. Через три месяца после операции 36 больных удерживали мочу полностью и не использовали прокладок, у 4 - сохранялось стрессовое недержание мочи легкой степени (1-2 прокладки в день).

Предлагаемый способ по сравнению с известными имеет ряд преимуществ:

10 1. Способ позволяет полностью реализовать концепцию восстановления фасциальной анатомии малого таза после радикальной простатэктомии с целью раннего и полного восстановления функции удержания мочи.

2. Преимущества предлагаемого метода особенно выгодно проявляются при удалении предстательной железы больших объемов в условиях значительного дефекта брюшинно-15 промежностной фасции и невозможности практической реализации известных способов его устранения.

3. Применение способа значительно уменьшает натяжение тканей при сопоставлении краев уретровезикального анастомоза, облегчая хирургический шов анастомоза во время операции, а также устраняя зоны ишемии и дальнейшего рубцевания, неминуемо20 возникающие в месте грубого натяжения краев уретры и мочевого пузыря. Все это позволяет минимизировать риск возникновения послеоперационного недержания мочи и формирования ятрогенной стриктуры уретры.

4. Формирование защитной фасциальной муфты вокруг зоны уретроцистонеоанастомоза создает благоприятные условия для его скорейшего25 заживления, препятствуя возникновению его несостоятельности.

5. Способ универсален, технически легко воспроизводим, применим при любом оперативном доступе (открытом, промежностном или эндовидеохирургическом) без необходимости его расширения или конверсии.

Способ разработан в отделении оперативной урологии ФГБУ РНЦРХТ им. ак. А.М.30 Гранова МЗ РФ и прошел клиническую апробацию у 40 больных с положительным результатом.

(57) Формула изобретения

Способ профилактики несостоятельности уретровезикального анастомоза и35 недержания мочи после радикальной простатэктомии, включающий одновременное удаление у больного участков эндопельвикальной, брюшинно-промежностной фасций и формирование уретроцистонеоанастомоза, отличающийся тем, что предварительно у больного с передней брюшной стенки готовят трехслойный графт, состоящий из париетальной брюшины, предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции шириной40 не менее 4 см и длиной не менее 10 см, после чего графт фасциальной стороной укладывают в поперечном направлении на переднюю стенку прямой кишки в зону дефекта брюшинно-промежностной фасции и дополнительно края последней сшивают рассасывающимся швом с соответствующими краями трехслойного графта, затем свободные концы трехслойного графта сводят над передней стенкой уретровезикального45 анастомоза и сшивают друг с другом рассасывающимся швом, замыкая при этом фасциальное кольцо над зоной уретроцистонеоанастомоза, после чего отдельными рассасывающимися швами фиксируют переднюю полуокружность графта к пубо-простатическим связкам и стенке мочевого пузыря.