

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Н.Кроткова

28.02. 2022 г.

Регистрационный № 156 – 1121

**МЕТОД ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ
(ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ) АДЕНОМЭКТОМИИ**

(инструкция по применению)

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», учреждение здравоохранения «Минская областная клиническая больница»

АВТОРЫ: к.м.н., доцент Тарендь Д.Т., д.м.н., профессор Ниткин Д.М., Милошевский П.В.

Минск, 2021

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Е. Н. Кроткова

28.02.2022

Регистрационный № 156-1121

**МЕТОД ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ
(ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ) АДЕНОМЭКТОМИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», УЗ «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Д. Т. Тарендь, д-р мед. наук, проф. Д. М. Ниткин, П. В. Милошевский

Минск 2021

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы (далее — ДГПЖ) высокого риска прогрессии больших размеров. Использование метода, изложенного в настоящей инструкции, позволяет повысить эффективность хирургического лечения ДГПЖ больших размеров, сократить послеоперационный койко-день, снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и быстрее реабилитацию пациентов.

Настоящая инструкция предназначена для врачей-урологов, врачей-андрологов, врачей-хирургов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ДГПЖ в стационарных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Лапароскопическая стойка.
2. Ультразвуковой и биполярный генератор.
3. Лапароскопический ультразвуковой и биполярный диссектор.
4. Лапароскопический диссектор Maryland.
5. Лапароскопический атравматический диссектор Nicura.
6. Лапароскопический захватывающий диссектор Nicura.
7. Лапароскопический отсасыватель.
8. Лапароскопический иглодержатель.
9. Шовный материал — ПГА полигликолид 2/0\

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (N 40).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отсутствуют.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

При внебрюшинной методике пациент находится в положении на спине с опущенным головным концом на 10°. После обработки операционного поля, мочевого пузырь дренируется уретральным катетером Фолей 18 Ch, баллон раздувается до 20 мл. По средней линии ниже пупка на 1–2 см выполняется разрез кожи длиной около 2 см. Апоневроз вскрывается. Брюшина в каудальном направлении тупо отделяется от передней брюшной стенки при помощи пальца, введенного через разрез. В направлении предпузырного пространства создается рабочее пространство при помощи пальца. Под контролем пальца параректально справа и слева в точке 2/3 от лона расстояния между лоном и пупком устанавливаются 5 мм троакары. В разрез по средней линии ниже пупка устанавливается 10 мм оптический троакар, на разрез накладывается шов по Донати с захватом апоневроза для более тщательной герметизации. Подключается CO₂. Далее с помощью ультразвукового диссектора освобождается предпузырное пространство, отводится брюшина, создается место для постановки еще двух

троакаров 5 и 10 мм по срединно-ключичной линии на уровне гребня подвздошной кости (рисунок 1).

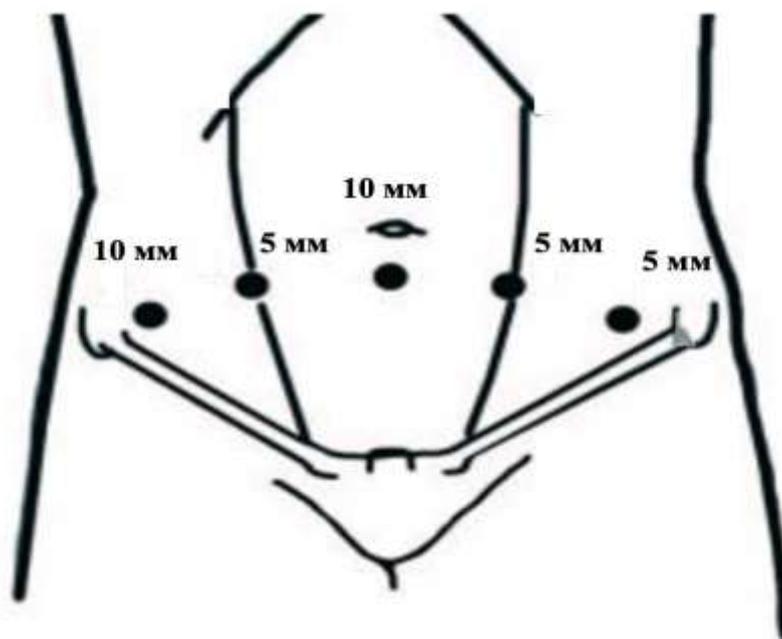


Рисунок 1. — Расстановка троакаров при лапароскопической аденомэктомии

Передняя поверхность капсулы предстательной железы вскрывается поперечным разрезом до 6 см на 7–10 мм дистальнее границы шейки мочевого пузыря и предстательной железы при помощи ультразвукового диссектора (рисунок 2). При этом ассистентом осуществляется тракция мочевого пузыря в краниальном направлении.

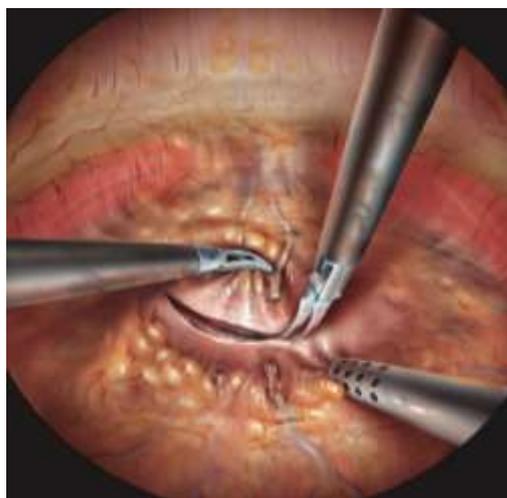


Рисунок 2. — Вскрытие капсулы предстательной железы

После выделения передней комиссуры и передних отделов боковых долей ДГПЖ визуализируется вентральная полуокружность шейки мочевого пузыря на границе с простатической уретрой. Шейка мочевого пузыря вскрывается в поперечном направлении, выделяется средняя доля (при ее наличии). Ассистент осуществляет тракцию средней доли в направлении лона, в то время как хирург, после рассечения слизистой, начинает формировать слой между аденоматозными узлами и капсулой по задней полуокружности. Дальнейшая энуклеация ультразвуковым диссектором осуществляется в слою посредством тракции за узлы (рисунок 3). На всех этапах активно используется биполярная коагуляция.

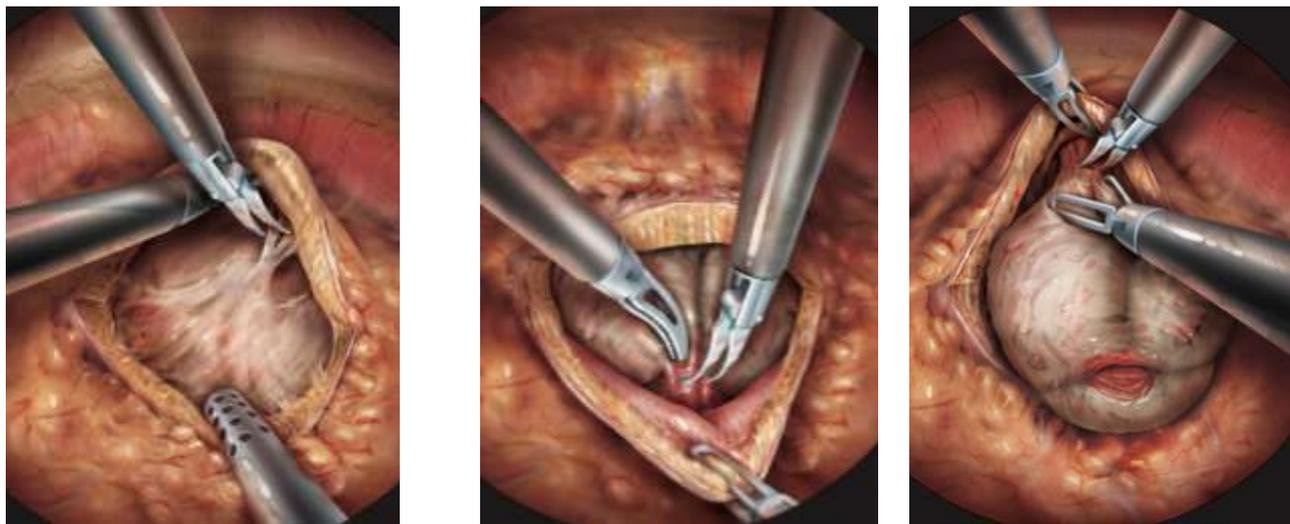


Рисунок 3. — Этапы энуклеации долей доброкачественной гиперплазии предстательной железы

После удаления узлов ДГПЖ, производится коагуляция сосудов ложа, начиная с передней полуокружности. При этом оставляется интактной область мембранозной уретры с целью предупреждения возможного развития рубцовых изменений и повреждения сфинктера. Как правило, кровоточивость в данной зоне носит слабо выраженный характер.

Следующим этапом выполняется тригонизация ложа удаленной ДГПЖ — заднюю полуокружность шейки мочевого пузыря подшивают к нижней полуокружности уретры 2–3 узловыми швами ПГА полигликолид 2/0 (рисунок 4).

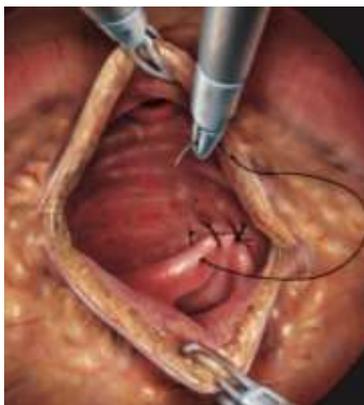


Рисунок 4. — Тригонизация ложа удаленной доброкачественной гиперплазии предстательной железы

В мочевой пузырь проводится 3-ходовый уретральный катетер Фолей 20 Ch, баллон раздувается на 30 мл. Передняя поверхность капсулы простаты ушивается непрерывным швом ПГА полигликолид 2/0 или монофиламентная нить с насечками 2/0 или 3/0 с иглой 1/2 или 5/8 (рисунок 5). Проверяется герметичность.



Рисунок 5. — Ушивание капсулы предстательной железы

Удаленные доли ДГПЖ погружаются в мешок-экстрактор. В пространство Ретциуса устанавливают дренаж. Троякары извлекаются. Мешок удаляется из брюшной полости через разрез от 10 мм троакара по средней линии. Раны послойно ушиваются. Налаживается промывная система раствором фурацилина.

Энуклеированные доли предстательной железы подвергают патогистологическому исследованию.

Катетер удаляют на 3–5-е сут.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Повреждение сосудов при постановке троакаров.
2. Подкожная эмфизема.

3. Кровотечение из ложа удаленной ДГПЖ.
4. Повреждение наружного сфинктера с развитием последующего недержания мочи.
5. Повреждение пузырного отдела мочеточника.