

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПАТЕНТИ УКРАЇНИ З УРОЛОГІЇ ЗА 2010-01.06.2011 РІК

Л.М. Негрей, Ю.А. Єфімова

відділ охорони прав інтелектуальної власності

ХІРУРГІЯ

Пат. № 47332, UA, МПК(2006) А61В 17/00. Спосіб проведення поліпропіленової стрічки при виконанні трансобтураторного слінгу у жінок із нетриманням сечі / В.І.Горовий, В.А.Суворик; Вин НМУ ім.М.І.Пирогова; № u200908438, 10.08.2009; Опуб.25.01.2010, Бюл. № 2.

Спосіб проведення поліпропіленової стрічки при виконанні трансобтураторного слінгу у жінок із нетриманням сечі, що передбачає використання гвинтового перфоратора, який відрізняється тим, що до гвинтового перфоратора з отвором на дзьобі спочатку фіксують поліхлорвінілову трубку, проводять трубку в рану піхви, фіксують поліпропіленову стрічку в просвіті трубки та проводять стрічку під уретрою на стегно з обох боків.

Пат. № 48022, UA, МПК(2006) А61В 17/00. Спосіб формування уретрально-кишкового анастомозу / Г.В.Бондар, Г.Г.Псарас, О.В.Бондар (UA); № u200611372, 30.10.2006; Опуб.10.03.2010, Бюл. № 5.

1. Спосіб формування уретрально-кишкового анастомозу, що включає накладення швів між кишкою й уретрою, проведення катетера по уретрі в сечовий резервуар, переміщення резервуара в порожнину малого таза до зіткнення з уретрою, зав'язування лігатур, який відрізняється тим, що слизову оболонку кишки попередньо фіксують на катетері Фолея та інвагінують в отвір тонкої кишки, для чого на катетері Фолея під наповненою манжетою зав'язують три лігатури з розсмоктуючого матеріалу, при цьому лігатури швів не зав'язують, потім накладають 6 швів між серозно-м'язовою оболонкою кишки і м'язовою оболонкою пересіченого кінця уретри, причому лігатури швів також не зав'язують, розсікають серозно-м'язову оболонку кишки безпосередньо біля лінії апаратного шва, тракцією за лінію апаратного шва забезпечують натяг слизової оболонки кишки, лігатурами, зав'язаними навколо катетера Фолея, прошивають слизову оболонку кишки, після чого відсікають ділянку кишки, прошиту апаратним швом, зміщують кишку до уретри таким чином, щоб кінець пересіченої слизової оболонки кишки розташовувався нижче манжети катетера Фолея, фіксують слизову оболонку до катетера Фолея нижче манжети за допомогою зав'язування лігатур швів, раніше накладених на слизову оболонку, просовують по кишці катетер Фолея з фіксованою до нього слизовою оболонкою кишки до інвагінації слизової оболонки в отвір кишки, потім насувають кишку на уретру, продовжуючи при цьому просовування по кишці катетера Фолея до зіставлення серозної оболонки кишки і м'язового шару уретри, після чого зав'язують шви, накладені між серозно-м'язовою оболонкою кишки і м'язовою оболонкою пересіченого кінця уретри.

2. Спосіб формування уретрально-кишкового анастомозу за п.1, який відрізняється тим, що при накладанні швів між серозно-м'язовою оболонкою кишки і м'язовою оболонкою пересіченого кінця уретри, місце виколування голки розташовують на 1,5 см від лінії апаратного шва на кишці і 0,5 см від краю уретри.

3. Спосіб формування уретрально-кишкового анастомозу за п.1, який відрізняється тим, що при накладанні лігатур з розсмоктуючого матеріалу на катетер Фолея і слизову оболонку кишки забезпечують кут між ними 120°.

4. Спосіб формування уретрально-кишкового анастомозу за п.1, який відрізняється тим, що при накладанні швів між кишкою й уретрою шви на уретрі накладають уздовж осі уретри, а на кишці під кутом 45° до осі кишки.

Пат. № 48023, UA, МПК(2006) А61В 17/00. Спосіб сечовідно-кишкового анастомозу / Г.В.Бондар, Г.Г.Псарас, О.В.Бондар (UA); № u200611407, 30.10.2006; Опуб.10.03.2010, Бюл. № 5.

1. Спосіб сечовідно-кишкового анастомозу, що включає введення катетера в сечовід, виконання отвору в стінці кишки, формування тунелю з повношарової стінки товстої кишки шляхом її вгортання в отвір кишки, проведення сечоводу через сформований тунель в отвір кишки та його фіксацію до стінок кишки, який відрізняється тим, що для формування сечовідно-кишкового анастомозу використовують дефект у стінці кишки, утворений на місці видаленого червоподібного відростка, для чого на купол сліпої кишки навколо основи червоподібного відростка накладають шість вузлових серозно-м'язових швів, розсікають циркулярно серозно-м'язовий шар червоподібного відростка біля його основи, а його слизову оболонку пересікають на відстані 2,5-3 см від купола сліпої кишки, сечовідний катетер з фіксованим на ньому сечоводом вводять в кишку через отвір в циліндрі, що утворений збереженою слизовою оболонкою червоподібного відростка, при цьому катетер вводять до рівня зіткнення сечоводу зі збереженою слизовою оболонкою червоподібного відростка, фіксують збережену слизову оболонку червоподібного відростка до сечовідного катетера за допомогою лігатури з розсмоктуючого матеріалу, тракцією за сечовідний катетер інвагінують спочатку слизову оболонку, а потім і всі шари стінки сліпої кишки в її отвір до рівня раніше накладених серозно-м'язових швів, після чого прошивають лігатурами раніше накладених серозно-м'язових швів м'язовий шар сечоводу на рівні стінки сліпої кишки і зав'язують лігатури.

2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що вузлові шви на купол сліпої кишки накладають навколо основи червоподібного відростка, відступивши від нього на 2,5-3 см від червоподібного відростка на однаковій відстані один від одного, при цьому лігатури швів не зав'язують, а беруть у затискачі-тримачі.

Пат. № 48024, UA, МПК(2006) А61В 17/00. Спосіб ілеоцекоцистопластики / Г.В.Бондар, Г.Г.Псарас, О.В.Бондар (UA); № u200611408, 30.10.2006; Опуб.10.03.2010, Бюл. № 5.

Спосіб ілеоцекоцистопластики, що включає в себе цистектомію, мобілізацію правої половини товстої кишки, пересічення кишки на рівні мобілізації, відновлення кишкової безперервності, розсічення стінки кишки по протибрижевому краю, видалення червоподібного відростка, формування правого і лівого уретрально-кишкових анастомозів, переміщення мобілізованого сегмента товстої кишки в порожнину малого таза, формування уретрально-кишкового анастомозу, який відрізняється тим, що мобілізацію товстої кишки здійснюють разом з 25-30 см клубової кишки, формують тунель під брижею сигмоподібної кишки і проводять через нього мобілізований відрізок клубової кишки у лівий боковий фланк, розсікають стінку товстої і тонкої кишки одним розрізом уздовж 8-10 см, що проходить через Баугінієву заслінку, лівий уретрально-кишковий анастомоз формують між тонкою кишкою і лівим сечоводом без переміщення останнього, причому при формуванні обох уретрально-кишкових анастомозів інвагінують стінку товстої кишки, утворюючи тунель з повношарової стінки товстої кишки, а рану товстої і тонкої кишки ушивають в поперечному напрямку.

Пат. № 51009, UA, МПК(2006.01) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування хворих на рак сечового міхура / Е.О.Стаховський, О.А.Войленко, О.Е.Стаховський, О.І.Яцина (UA); Національний інститут раку (UA); № u201000909, 29.01.2010; Опуб.25.06.2010, Бюл.№ 12.

Спосіб хірургічного лікування хворих на рак сечового міхура, що включає видалення сечового міхура, передміхурової залози, регіонарних лімфатичних вузлів та створення ілеоцистонеорезервуара, який відрізняється тим, що капсулу каудальної частини простати та сім'яні міхурці залишають інтактними.

Пат. № 52332, UA, МПК(2009) А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування рецидивів уротеліальної карциноми верхніх сечовивідних шляхів / О.Ф.Возіанов, П.Г.Яковлев В.С.Сакало,

В.Й.Сморжевський, В.В.Мрачковський, А.В.Кондратенко, А.В.Сакало; ДУ «ІУАМНУ»; № u201001438, 12.02.2010; Оуб.25.08.2010, Бюл. № 16.- 4 с.

Спосіб хірургічного лікування рецидивів уротеліальної карциноми верхніх сечовивідних шляхів, який включає радикальне видалення рецидивної пухлини, метастатично уражених лімфатичних вузлів, максимальне відокремлення від магістральних кровоносних судин, резекцію нижньої порожнистої вени з ділянкою інвазії пухлини в стінку судини, який відрізняється тим, що додатково відновлюють цілісність та безперервність нижньої порожнистої вени шляхом вшивання синтетичного ендопротеза між її кінцями.

Пат. № 54361, UA, МПК(2006.01) G09B 23/30, A61B 8/12. Спосіб діагностики топографоанатомічного розташування ниркових пірамід відносно чашково-мискового комплексу та великих судин нирки людини / Р.С.Ворощук, А.О.Терещенко, В.М.Куцин, В.Ю.Вдовіченко, Д.Г.Шуба, Н.Ю.Кондрусик, О.М.Ткаченко, О.О.Лермонтов, С.С.Битюцький (UA); № u201004299, 13.04.2010; Оуб.10.11.2010, Бюл. № 21.

1. Спосіб діагностики топографоанатомічного розташування ниркових пірамід відносно чашково-мискового комплексу та великих судин нирки людини за допомогою гомографічного дослідження нирок шляхом проведення серійних комп'ютерних томограм і наступної візуалізації нирки, який відрізняється тим, що по серійних комп'ютерних томограмах виконують тривимірну реконструкцію нирки методом воксельного анатомічного моделювання, на отриману модель нирки накладають еліпсоїдну систему координат з вертикальними меридіональними й горизонтальними паралельними колами, які розділяють нирку по площинах, щодо яких визначають місце розташування ниркових пірамід.

2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що меридіональну серединну сагітальну площину нирки проводять через середину ниркових воріт і вертикальну лінію, що з'єднує верхній і нижній полюс нирки, цю площину приймають за початковий нульовий меридіан нирки людини, і, починаючи від нульового меридіана, відраховують наступні меридіани зліва направо.

3. Спосіб за п.2, який відрізняється тим, що проводять 12 меридіональних площин нирки з інтервалом 30°.

4. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що горизонтальні площини проводять перпендикулярно до осі нирки людини, використовуючи зовнішні орієнтири поверхні нирки, створюючи топографічні анатомічні паралелі нирки людини, причому паралель, проведену на рівні середини ниркових воріт, приймають за екватор нирки людини, по верхньому краю ниркових воріт проводять верхню паралель, по нижньому краю ниркових воріт проводять нижню паралель, саму проксимальну паралель проводять по верхньому полюсу нирки людини, саму дистальну паралель проводять по нижньому полюсу нирки людини, причому за допомогою верхньої та нижньої паралелі нирку людини умовно розділяють на верхній, середній і нижній відділи.

5. Спосіб за п.4, який відрізняється тим, що в кожному відділі нирки проводять по три додаткові паралелі, з яких у верхньому відділі нирки людини проводять додаткову середню паралель верхнього відділу нирки людини на середині відстані між верхньою й проксимальною паралеллю, а дві інших додаткових паралелі проводять на середині відстані між останньою й верхньою паралеллю і між середньою паралеллю верхнього відділу нирки людини й проксимальною паралеллю, в нижньому відділі нирки людини проводять додаткову середню паралель нижнього відділу нирки людини на середині відстані між нижньою й дистальною паралеллю, а дві інші додаткові паралелі проводять на середині відстані між останньою й нижньою паралеллю, і між середньою паралеллю нижнього відділу нирки людини й дистальною паралеллю, у середньому відділі нирки проводять дві додаткових паралелі, з яких одну додаткову паралель проводять на середині відстані між екватором нирки людини й верхньою паралеллю нирки людини, другу додаткову паралель проводять на середині відстані між екватором нирки людини й нижньою паралеллю нирки людини.

Пат. № 55747, UA, МПК(2006) A61B 17/00. Спосіб визначення ефективності відновлення сечовипускання після усунення інфравезикальної обструкції / Е.О.Стаховський, Ю.В.Вітрук,

І.І.Бойко, О.І.Яцина (UA); Національний Інститут Раку (UA); № u201006757, 01.06.2010; Оуб.27.12.2010, Бюл. № 24.

Спосіб визначення ефективності відновлення сечовипускання після усунення інфравезикальної обструкції, що включає дані урофлоуметричних вимірів, проведених як в до-, так і в післяопераційному періоді, який відрізняється тим, що ефективність відновлення сечовипускання обчислюють згідно з показником ефективності відновлення детрузора за формулою:

$$E = \frac{\Omega(\text{після операції})}{\Omega(\text{до операції})}$$

де E – показник ефективності відновлення детрузора;

Ω (після операції), Ω (до операції) – величина, що характеризує акт сечовипускання після та до операції;

при величині $E < 1$ констатують погіршення, а при показнику $E > 1$ констатують покращення акту сечовипускання після усунення інфравезикальної обструкції.

Пат. № 55810, UA, МПК(2006) А61В 17/00. Спосіб лапароскопічного доступу при хірургічному лікуванні неспроможності мисково-сечовідного сегмента / В.М.Лісовий, В.І.Савенков (UA); ХНМУ (UA); № u201007387, 14.06.2010; Оуб.27.12.2010, Бюл. № 24.

Спосіб лапароскопічного доступу при хірургічному лікуванні неспроможності мисково-сечовідного сегмента, що включає візуалізацію анатомічної структури, який відрізняється тим, що виконують ретроперитонеальний ендовідеохірургічний доступ, для чого пацієнта розташовують на операційному столі в положенні на боці, що є протилежним до місця оперативного втручання, встановлюють чотири троакари для доступу в заочеревинний простір, тупо пальцем та гумовим балоном, у який вводять 500-700 мл фізіологічного розчину, формують заочеревинну порожнину, після заповнення вуглекислим газом сформованої порожнини виявляють топографічні орієнтири нирки, користуючись зазначеними орієнтирами, знаходять та мобілізують сечовід і ниркову миску, ревізують і здійснюють необхідну операцію.

Пат. № 56703, UA, МПК(2006) А61М 16/01. Процес вибору анестезіологічної тактики при лапароскопічних втручаннях / В.В.Бойко, О.О.Павлов, О.В.Жаров (UA); ДУ «ІЗНХ АМНУ» (UA); № u201008108, 29.06.2010; Оуб.25.01.2011, Бюл. № 2.

Процес вибору анестезіологічної тактики при лапароскопічних оперативних втручаннях, що включає визначення стану гемодинамічної системи шляхом реоплетизмографічного обстеження та функціональні проби дихальної функції в передопераційному періоді, а також визначення скорочувальної функції міокарда, який відрізняється тим, що додатково досліджують резистентність судин великого та малого калібру шляхом розрахунку індексу жорсткості (ІЖ) за амплітудною характеристикою пульсової хвилі, а визначення стану скорочувальної функції міокарда здійснюють віднесенням до наступних категорій: до відсутності порушень мікроциркуляції при ІЖ=8,1-11,5 м/сек., компенсації порушень при ІЖ=7,2-8,0 м/сек. та декомпенсації порушень мікроциркуляторного кровотоку при ІЖ=6,2-7,1 м/сек., і при відсутності порушень мікроциркуляції застосовують типове загальне знеболювання без передопераційної підготовки, при компенсації порушень гемодинаміки – в комплекс передопераційної підготовки включають інфузію кристалоїдів та дезагрегантів, а при декомпенсації порушень мікроциркуляції – в комплекс передопераційної підготовки включають загальне знеболювання з інфузійною підтримкою розчинами кристалоїдів та колоїдів і доповненням у вигляді дезагрегантів.

Пат. № 58497, UA, МПК (2006) А61В 17/00 Спосіб лікування сечоміхурово-піхвових норниць / П.І.Пивоваров, І.В.Барало, С.П.Дмитришин (UA); Вінницький НМУ ім.М.І.Пирогова (UA); № u201012629, 25.10.2010; Оуб.11.04.2011, Бюл. № 7.

Спосіб лікування сечоміхурово-піхвових норниць, який полягає у використанні конусоподібних чашок з різним кутом скосу для роз'єднання стінок сечового міхура та піхви при оперативному лікуванні.

Пат. № 58502, UA, МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб формування уретеронеоцистоанастомозу після резекції сечоводу по довжині і ширині з приводу уретерогідронефрозу / П.І.Пивоваров, І.В.Барало, Б.І.Барало (UA); Вінницький НМУ ім.М.І.Пирогова (UA); № u201012652, 25.10.2010; Опуб.11.04.2011, Бюл. № 7.

Спосіб формування уретеронеоцистоанастомозу після резекції сечоводу по довжині і ширині з приводу уретерогідронефрозу, що передбачає накладання на латеральну поверхню дистальної частини сечоводу після першого ряду окремих вузлових швів вікрилом №4-0, який відрізняється тим, що накладають другий ряд вікрилових швів №4-0 за безперервно-вузловою методикою з початком другого ряду проколом лігатурою довжиною 70 см з проксимального кута рани і виведенням однакової довжини кінців лігатури на обидва боки, далі проводять проколи з обох боків рани сечоводу зі сторони слизової з виходом голки і зав'язуванням вузла на лігатурі з боку адвентиції та після зав'язування вузла лігатуру не зрізають, а продовжують зашивання таким самим чином, що вколювання голкою виконується завжди із середини, з боку слизової, а вколювання і зав'язування наступного вузла – з боку адвентиції, аж поки не буде зашитим весь дефект бічної поверхні сечоводу.

Пат. № 58733, UA, МПК(2011.01) А61В 17/22, А61В 8/12. Спосіб стентування ниркової артерії / С.М.Фуркало, А.В.Хохлов (UA); НІХ та транспл. ім.О.О.Шалімова АМНУ; Київська міська клінічна лікарня «Київський міський центр серця» (UA); № u201011142, 17.09.2010; Опуб.26.04.2011, Бюл. № 8.

Спосіб стентування ниркової артерії, що включає імплантацію стента в гемодинамічно значущу стенозовану ділянку ниркової артерії під контролем внутрішньосудинного ультразвукового дослідження, який відрізняється тим, що перед імплантацією перевіряють структуру атеросклеротичної бляшки і, якщо вона нестабільна або рихла, встановлюють в дистальну ділянку ниркової артерії тимчасовий протиемболічний фільтр, та після імплантації стента контролюють повне розкриття стента в нирковій артерії.

Пат.№ 58864, UA, МПК (2006) А61В 17/00. Спосіб зупинки кровотечі після виконання черезшкірної нефростомії / С.О.Возіанов, Н.М.Погорєлова, Д.О.Валерко, Р.Є.Ладнюк (UA); ДУ «ІУАМНУ» (UA); № u201012186, 15.10.2010; Опуб.26.04.2011, Бюл. № 8.

Спосіб зупинки кровотечі після виконання черезшкірної нефростомії, який включає підвищення внутрішньомискового тиску, який відрізняється тим, що для підвищення внутрішньомискового тиску внутрішньовенно вводять 40-80 мг фуросеміду та проводять перетискання нефростомічного дренажу на період до 2 годин, при відновленні кровотечі процедуру повторюють.

Пат.№ 93002, UA, МПК(2006) А61В 1/307. Уретероскоп / А.Є.Лоскутов, А.І.Сагалевич, І.А.Деркач, Е.В.Шапаренко, Ю.Ю.Малінін (UA); № a200805905, 06.05.2008; Опуб. 27.12.2010, Бюл. № 24.

1. Уретероскоп, що включає рукоятку з органами управління і спостереження, з'єднану з робочим органом, що містить канал передачі освітлення, канал передачі зображення і аспіраційно-інструментальний канал, який відрізняється тим, що на дистальному кінці робочого органа виконані радіальні отвори, які сполучають аспіраційно-інструментальний канал з навколишнім середовищем.

2. Уретероскоп за п.1, який відрізняється тим, радіальні отвори виконані на ділянці дистального кінця робочого органа, рівній 0,4-0,6 діаметра робочого органа від його дистального торця.

3. Уретероскоп за п.1, який відрізняється тим, що площа сумарного перетину радіальних отворів складає 50-70% площі перетину аспіраційно-інструментального каналу.

4. Уретероскоп за п.1, який відрізняється тим, що радіальні отвори виконані з нахилом у бік дистального торця робочого органа під кутом 30-50° до подовжньої осі аспіраційно-інструментального каналу.

РОЗЛАДИ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

Пат. № 47854, UA, МПК(2009) А61В 5/0488, А61N 1/36. Спосіб виявлення стану детрузора у хворих гіперактивним сечовим міхуром / В.О.Пирогов, П.В.Чабанов. (UA); ДУ «ІУАМНУ» (UA); № u200909315, 10.09.2009; Опуб.25.02.2010, Бюл. № 4.

Спосіб виявлення стану детрузора у хворих на гіперактивний сечовий міхур, що включає застосування урофлоуметрії та електроміографії, який відрізняється тим, що додатково визначають дві форми стану гіперактивного сечового міхура з гіпо- та гіпертонусом його детрузора і при показниках урофлоуметрії у чоловіків та жінок середньої швидкості сечовипускання нижче за 15 мл/сек і показниках електроміографії у чоловіків нижче за $40,0 \pm 1,2$ мкВ і у жінок – $33,5 \pm 0,8$ мкВ вважають детрузор у хворих на гіперактивний сечовий міхур в стані гіпотонусу, а при показниках урофлоуметрії у чоловіків і жінок середньої швидкості сечовипускання вище за 15 мл/сек і показниках електроміографії у чоловіків вище $40,0 \pm 1,2$ мкВ і у жінок вище $33,5 \pm 0,8$ мкВ вважають детрузор у хворих на гіперактивний сечовий міхур в стані гіпертонусу.

Пат. № 47973, UA, МПК(2009) А61В 5/20, А61В 5/488, А61N 1/36. Спосіб лікування хворих гіперактивним сечовим міхуром з гіпокінетичним детрузором / В.О.Пирогов, П.В.Чабанов (UA); ДУ «ІУАМНУ» (UA); № u200910972, 30.10.2009; Опуб.25.02.2010, Бюл. № 4.

Спосіб лікування хворих гіперактивним сечовим міхуром з гіпокінетичним детрузором, що включає медикаментозне лікування та електростимуляцію гіперактивного сечового міхура, який відрізняється тим, що додатково визначають тонус детрузора та при показниках урофлоуметрії у чоловіків та жінок – середня швидкість сечовипускання нижче 15 мл/сек., і при показниках електроміографії у чоловіків – детрузор нижче $40,0 \pm 1,2$ мкВ і у жінок нижче $33,5 \pm 0,8$ мкВ, вважають тонус сечового міхура гіпокінетичним і призначають препарат М-холінолітичної дії курсом 2 тижні з призначенням електростимуляції сечового міхура пластинчатими електродами, які розташовують на хрестець – над лоном, з частотою 70 Гц, модуляцією 100%, послідовно-пауза 4-6 сек., протягом 15 хв. курсом 2 тижні, курс лікування проводять 6 разів з інтервалом 1 місяць.

Пат. № 49735, UA, МПК(2006) А61В 5/20, 5/0488, А61 N 1/36. Спосіб лікування хворих гіперактивним сечовим міхуром з гіперкінетичним детрузором / В.О.Пирогов, П.В.Чабанов (UA); ДУ «ІУАМНУ» (UA); № u200911556, 13.11.2009; Опуб.11.05.2010, Бюл. № 9.- 5с.

Спосіб лікування хворих гіперактивним сечовим міхуром з гіперкінетичним детрузором, що включає медикаментозне лікування та електростимуляцію гіперактивного сечового міхура, який відрізняється тим, що додатково визначають тонус детрузора та, при показниках урофлоуметрії у чоловіків та жінок середньої швидкості сечовипускання вище 15 мл/сек і при показниках електроміографії у чоловіків – детрузор вище $40,0 \pm 1,2$ мкВ і у жінок вище $33,5 \pm 0,8$ мкВ, вважають тонус сечового міхура гіперкінетичним і призначають препарат М-холінолітичної дії – Везикар по 5 мг 1 раз на день курсом 2 тижні з призначенням тормозного методу електростимуляції сечового міхура пластинчатими електродами, які розташовують на хребці – над лоном з частотою 30 Гц, модуляцією 50%, послідовно-пауза – 2-3 сек., протягом 15 хв., курсом 2 тижні, курс лікування проводять 6 разів з інтервалом 1 місяць.

Пат. № 55484, UA, МПК(2006) А61В 17/42. Спосіб лікування імперативного нетримання сечі у жінок / В.К.Чайка, Г.О.Железна, А.В.Чайка, О.М.Пилипенко, Ю.І.Катаєва, О.І.Сарбей (UA); Дон ДМУ ім.М. Горького (UA); № u201008523, 08.07.2010; Опуб.10.12.2010, Бюл. № 23.

1. Спосіб лікування імперативного нетримання сечі у жінок шляхом призначення курсу тренування м'язів тазового дна, який відрізняється тим, що перед курсом тренування м'язів тазового дна проводять курс місцевої гормонотерапії, вводячи впродовж 7 днів на ніч у піхву 0,03-10 мг естрогенвмісного препарату місцевої дії, після чого впродовж одного місяця виконують курс тренування м'язів тазового дна шляхом механотерапії з приладом «Колпексин», підбираючи його розмір за допомогою кольпоміметра, робочу частину приладу, яку вводять у піхву, намащують естрогенвмісним 1% вагінальним кремом й, утримуючи робочу частину приладу в піхві, виконують з максимальним зусиллям 25 механічних скорочень лонно-

куприкового м'язу один-два рази на день, здійснюючи одне скорочення впродовж 3-5 секунд і чергуючи його із розслабленням м'язів впродовж 6 секунд, причому курс лікування повторюють 3-4 рази на рік.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що як естрогенвмісний препарат місцевої дії використовують препарат, вибраний з ряду: вагінальні супозиторії Овестин, вагінальні капсули Колпотрофін, вагінальні таблетки Гінофлор, вагінальні таблетки Колпосептин.

3. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що як естрогенвмісний вагінальний крем для змащування використовують крем, вибраний з ряду: Овестин, Колпотрофін.

Пат. № 56759, UA, МПК(2006) А61В 17/42, А61Р 13/00. Спосіб лікування стресового нетримання сечі у жінок / Г.О. Железна, А.В. Чайка, К.В. Чайка, С.А. Дорошенко, Р.В. Жихарський (UA); Донецький НМУ ім.М. Горького (UA); № u201008545, 08.07.2010; Опуб.25.01.2011, Бюл. № 2.

1. Спосіб лікування стресового нетримання сечі у жінок шляхом хірургічного накладання вільної синтетичної петлі з проленової стрічки в середній частині уретри з виконанням доступу, вибраного з ряду: TVT, TVT-О, TOT, під інфільтраційною анестезією, який відрізняється тим, що після встановлення проленової стрічки виконують плазмоліфтинг, для чого парауретральню вводять суміш з 10-20 мл тромбоцитарного концентрату автокрові та 1 мл препарату Солкосерил.

2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що парауретральне введення суміші тромбоцитарного концентрату автокрові з Солкосерилом повторюють двічі-тричі на рік.

Пат. № 58393, UA, МПК (2006) А61В 5/00. Спосіб визначення резервуарної функції ортотопічного ілеального сечового міхура / О.І. Яцина, Е.О. Стаховський, Ю.В. Вітрук, Ю.Л. Чернієнко (UA); № u201011467, 27.09.2010; Опуб.11.04.2011, Бюл. № 7.

Спосіб визначення резервуарної функції ортотопічного ілеального сечового міхура, що включає введення хворому до ілеального сечового міхура стандартного катетера, через який перфузують рідину з певною швидкістю і вимірюють об'єм наповнення неobladder, тиск в ньому та в уретрі, який відрізняється тим, що хворого розташовують в положенні напівсидячи під кутом 45°, потім розташовують другий катетер в уретрі таким чином, що внутрішній отвір каналу знаходиться в зоні сфінктера уретри, рідину до неobladder та уретри вводять зі швидкістю 20 мл за хвилину, фіксуючи тиск в сечовому міхурі і тиск в уретрі до тієї миті, коли показник тиску в міхурі дорівнюватиме та перевищуватиме показник тиску в уретрі, об'єм наповнення неobladder при цих умовах характеризує резервуарну функцію ортотопічного ілеального сечового міхура.

СЕЧОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

Пат. № 47619, UA, МПК(2006) А61К 36/00, А61Р 13/00. Спосіб лікування хронічного рецидивуючого уролітіазу у літніх пацієнтів / В.М.Лісовий, О.В.Кнігавко, А.В.Аркатов, В.Г.Кнігавко, Ю.П.Гніденко (UA); Харк НМУ (UA); № u200910026, 02.10.2009; Опуб.10.02.2010, Бюл. № 3.

Спосіб лікування хронічного рецидивуючого уролітіазу у літніх пацієнтів, що включає дослідження сечі на бактеріологічні, уреapлазмені та інші інфекції сечостатевого шляху та відповідну антибактеріальну корекцію, який відрізняється тим, що літнім пацієнтам додатково призначають препарати, що стимулюють вироблення статевих гормонів, або статеві гормони у відповідних дозах.

Пат. № 48091, UA, МПК(2006) А61К 9/22, А61Р 13/00. Спосіб неінвазивного виведення каменів сечоводів після дистанційної уретеролітотрипсії / М.І.Ухаль, Т.В.Стасюк, Р.В.Габчак (UA); Од ДМУ (UA); № u200908437, 10.08.2009; Опуб.10.03.2010, Бюл. № 5.

Спосіб неінвазивного виведення каменів сечоводів після дистанційної уретеролітотрипсії шляхом використання після дистанційної літотрипсії блокаторів α -1 адренорецепторів, який відрізняється тим, що пролонгований блокатор α -1 адренорецепторів Тамсулозин Окас призначають у дозі 4 мг за 1-3 дні до проведення дистанційної уретеролітотрипсії та у тій же самій дозі після уретеролітотрипсії протягом 5-10 днів.

Пат. № 49160, UA, МПК(2006) А61К 36/00, А61Р 13/00. Засіб для лікування та профілактики сечокам'яної хвороби / А.Г.Котов, О.П.Гудзенко (UA); № u200909393, 14.09.2009; Опуб.26.04.2010, Бюл. № 8.

Засіб для лікування та профілактики сечокам'яної хвороби, що містить траву хвоща польового, кореневища і коріння марени красильної, листя берези повислої, який відрізняється тим, що додатково містить квіти ромашки, коріння стальника польового, листя ортосифона тичинкового, плоди кропу пахучого та застосовується у формі 40-70% водно-спиртової настоянки при такому співвідношенні компонентів, мас. %:

трава хвоща польового 10,0-20,0
кореневища і коріння марени красильної 10,0-20,0
листя берези повислої 10,0-20,0
квіти ромашки 10,0-20,0
коріння стальника польового 10,0-20,0
листя ортосифона тичинкового 10,0-20,0
плоди кропу пахучого 5,0-15,0
40-70% водно-спиртовий розчин.

Пат. № 56009, UA, МПК(2006) А61В 17/22. Спосіб контактної уретеролітотрипсії / І.А.Деркач, А.Є.Лоскутов, Ю.Ю.Малінін, А.І.Сагалевич, О.В.Черніков, Е.В.Шапаренко (UA); № u201000010, 11.01.2010; Опуб.27.12.2010, Бюл. № 24.

1. Спосіб контактної уретеролітотрипсії, що включає антеградне введення літотриптора в сечовід через порожнинну систему нирки, фрагментацію конкременту літотриптором в місці стояння конкременту, наступне видалення фрагментів конкременту і літотриптора із сечоводу, який відрізняється тим, що введення літотриптора в сечовід виконують через середній бокал нирки.

2. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що введення літотриптора в сечовід та інші маніпуляції контактної уретеролітотрипсії виконують за допомогою нефроскопа.

3. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що введення літотриптора в сечовід та інші маніпуляції контактної уретеролітотрипсії виконують за допомогою уретероскопа, при цьому тубус нефроскопа використовують як нефростомічний канал.

4. Спосіб за п.1, який відрізняється тим, що перед фрагментацією конкременту в сечовід до місця стояння конкременту ретроградно через сечівник і сечовий міхур вводять катетер-балон, який роздувають перед фрагментацією конкременту.

Пат. № 56043, UA, МПК(2006) А61В 10/00. Спосіб прогнозування стану хворого на сечокам'яну хворобу, який має нефростому / С.П.Пасечніков, С.О.Возіанов, Н.О.Сайдакова, С.П.Дмитришин (UA); ДУ «ІУАМНУ» (UA); № u201006934, 07.06.2010; Опуб.27.12.2010, Бюл. № 24.

Спосіб прогнозування стану хворого на сечокам'яну хворобу, який має нефростому, що включає визначення кількісної оцінки у балах прогностично значущих показників з наступним розрахунком інтегрального коефіцієнта, який відрізняється тим, що додатково визначають у балах та виводять інтегральний коефіцієнт з факторів оцінки локалізації конкременту, наявності операції в анамнезі, характеру перебігу піелонефриту та його поширеності, ускладнень основного захворювання, супутньої патології, відповідність до стандартів обсягу обстеження, статі і місця проживання та при величині інтегрального коефіцієнту менше (<) +1,0 оцінюють стан хворого як з мінімальним ризиком розвитку гострих запальних хвороб нирок у хворих на сечокам'яну хворобу, які мають нефростому, а при величині більше (>) +1,1 – до підвищеного ризику.

Пат. № 57248, UA, МПК (2011.01) А61К 9/22, А61Р 13/00. Спосіб лікування каменів сечоводів у хворих з вторинним гідронефрозом / Т.В.Стасюк, М.І.Ухаль (UA); Одеський ДМУ (UA); № u201015292, 20.12.2010; Опуб.10.02.2011, Бюл. № 3

Спосіб лікування каменів сечоводів у хворих з вторинним гідронефрозом, що здійснюють шляхом використання дистанційної літотрипсії (ДЛТ), антибіотиків, блокаторів α -1 адренорецепторів та нестероїдних протизапальних препаратів, який відрізняється тим, що попередньо, за 10-14 діб до

ДЛТ, проводять перкутанне дренивання гідронефротично зміненої нирки і призначають гепарин протягом 5-7 діб по 2,5 тисячі одиниць 4 рази на добу та курантил протягом 10-14 діб по 25 мг 2 рази на добу.

Пат.№ 92984, UA, МПК(2006.01) А61К 35/413, А61Р 13/00, А61Р 3/10. Засіб для лікування сечокам'яної хвороби, кіст сечостатевої системи та цукрового діабету / О.М.Лисенко, О.О.Лисенко (UA); № а200908245, 05.08.2009; Опуб.27.12.2010, Бюл. № 24.

Засіб для лікування сечокам'яної хвороби, кіст сечостатевої системи та цукрового діабету, який відрізняється тим, що він являє собою жовч домашніх і диких птахів.

