



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14297 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00
A61B 1/313

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЕНДОХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРУБНОЇ ОКЛЮЗІЇ

1

(21) u200510026
(22) 25.10.2005
(24) 15.05.2006
(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.
(72) Іванюта Лідія Іванівна, Дубенко Ольга Дмитрівна, Ракша Ірина Іванівна
(73) ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

2

(57) Спосіб ендокхірургічної корекції трубної оклюзії, що здійснюється шляхом мікрохірургічного способу корекції трубної непрохідності, який **відрізняється** тим, що лапароскопічно виконують мобілізацію та виведення маткової труби на передню черевну стінку через троакарний порт, де здійснюється необхідне мікрохірургічне втручання для відновлення прохідності маткової труби.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, зокрема до гінекології та ендоскопічної хірургії і може бути використаний у спеціалізованих клініках з ендоскопічним та мікрохірургічним обладнанням для лікування трубної неплідності.

Відомі способи хірургічної корекції трубної неплідності, які включають виконання сальпінгостомії та фімбріопластики. [1. "Лапароскопія в гінекології." Г.М.Савельєва, І.В.Федорова, 2000.] та накладання різноманітних модифікацій сальпінго - сальпінго амастомозів при лапаротомії. [2. Принципи мікрохірургії в лікуванні безпліддя. Под ред. Дж. З. Рейнъяк., Н.Х.Лоерсен Москва. Медицина 1986, с.147-151. "Оперативная гинекология. Під ред. В.И.Кулакова. Москва. Медицина, 1990 - С.].

Недоліком відомих способів є, те що лапаротомічний шлях має високу травматичність, сприяє розвитку спайкового процесу який при лікуванні неплідності значно знижує ефективність лікування і вимагає тривалого реабілітаційного періоду. Лапароскопічний доступ при відомих способах не виключає високу травматизацію фімбріального відділу, невимагає дотримання мікрохірургічних принципів і не дає можливості виконання таких тонких маніпуляцій, як сальпінго-сальпінго амастомоз при оклюзії в істмічній ділянці маткової труби. Найбільш близьким за технічною суттю способу, що заявляється, є спосіб хірургічної корекції трубної непрохідності. [А.С №55171 МПК7 А61В17/00]. Спосіб включає лише мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику, що виконується при лапароскопічній мобілізації ампулярної частини труби, яка виводиться на передню черевну стінку через троакарний отвір, а після операції

(сальнітостомії чи фімбріопластики) опускається в черевну порожнину.

Недоліком відомого способу є: виконання втручання при гідросальпінксах, тобто при деструктивних, декомпенсованих змінах найбільш функціонального фімбріального відділу маткової труби; проведення лише сальпінгостомії або фімбріопластики не виключає рецидивуючої трубної оклюзії, відсутність ранніх реабілітаційних заходів направлених на профілактику розвитку спайкового процесу та покращення трубної прохідності.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу ендокхірургічної корекції трубної оклюзії при неплідності шляхом поєднання ендокхірургічного та мікрохірургічного способів лікування трубної неплідності при оклюзії в будь-якій ділянці маткової труби, навіть при прогресуючій трубній вагітності, що у сукупності дасть можливість: зменшити травматизацію фімбріальної тканини, повноцінного відновлення або покращення трубної прохідності, запобігання розвитку спайкового процесу, а також дає змогу функціонально відновити мікроциркуляцію та транспортну функцію маткової труби, скоротити тривалість операції, на відміну від лапаротомічної мікрохірургії, та термін перебування хворої у стаціонарі.

Поставлена задача способу ендокхірургічної корекції трубної оклюзії вирішується шляхом мікрохірургічного способу корекції трубної непрохідності, згідно корисної моделі додатково виконують лапароскопію мобілізацію та виведення маткової труби на передню черевну стінку через троакарний порт, де використовується необхідне мікрохі-

(19) UA (11) 14297 (13) U

рургічне втручання для відновлення прохідності маткової труби.

Між сукупністю ознак корисної моделі і технічним результатом, якого можна досягти його реалізації, існує причинно-наслідковий зв'язок.

Виведення маткової труби на передню черевину стінку через боковий троакарний порт дає можливість виконати найбільш тонкі мікрохірургічні втручання (сальпінгостомія, сальпінго-сальпінго анастомоз та (фібріопластику) на відміну від аналогічних ендовідеохірургічних (лапароскопічних) операцій, поліпшує їх візуалізацію та зменшує травматизацію тканини маткової труби.

Подовження троакарного розрізу також сприяє покращенню доступу, навіть до значних об'ємних утворень (сактосальпінкс великих розмірів). Дотримання мікрохірургічних принципів, таких як зволоження серветок, застосування гідроперитонеума - зменшують розвиток спайкоутворення в черевній порожнині, що за прототипом не передбачено.

Спосіб ендохірургічного лікування трубної непрохідності реалізується наступним чином. Після створення пневмоперитонеуму виконують лапароскопічний доступ за допомогою 3 троакарів: діаметром 10мм. центрального пупкового і правого здухвинного та лівого здухвинного з діаметром 5мм. Вводять античну систему в центральний порт, 2 інших використовують для затискання та маніпуляторів. Шляхом хромогідротубації виявляють характер та рівень оклюзії маткової труби. Через найближчий троакар трубу захвачують атравматичним затискачем за дистальну безсудинну ділянку мезосальпінксу і разом з троакаром виводять на передню черевну стінку, де фіксують мікрозатискачами та вологими (змоченими 0,02% розчином фурациліну) серветками. При необхідності / розріз подовжують до 3-5см.

В залежності від виявленої патології виконують мікрохірургічне втручання в необхідному об'ємі (сальпінгостомія, фібріопластика, сальпінго - сальпінго анастомоз) з застосуванням вузлових вікрилових швів 4/0. Після операції маткову трубу опускають в черевну порожнину під контролем лапароскопа. Виконують контрольну гідротубацію.

Гемостаз. Відмивання черевної порожнини аквапуратором від залишків крові, гідроперитонеум 3% розчином поліглюкіна. Через боковий троакарний розріз в черевній порожнині залишають дренаж на 48 годин, для наступного дворазового створення штучного асцити. Виводять троакари з маніпуляторами та лапароскопом. Зашивають троакарні рани однією лавсановою лігатурою, при подовженні розрізу - внутрішньошкірний вікриловий шов 4/0.

Конкретні приклади виконання способу, що пропонується.

Приклад 1. Хвора В., 23 роки історія хвороби №380/04. Д-з: Неплідність II - 3 роки, поєднана. Птенаміоз хронічний двобічний сальпінгіт (сактосальпінкси). Проведено корекцію непрохідності маткових труб запропонованим способом. Після операційний період без ускладнень. За результатами метросальпінгографії через 2 місяці після операції маткової труби.

Приклад 2. Хвора У., 24 роки історія хвороби №312/04 Д-з: Неплідність 1-4 роки, трубноперитонеальна. Хронічний двобічний сальпінгіт (сактосальпінкси). Спайковий процес органів малого тазу. Проведено корекцію непрохідності маткових труб запропонованим способом. Після операційний період без ускладнень. За результатами метросальпінгографії через 2 місяці після операції маткової труби.

Таким чином сукупність істотних переваг відкрито-закритого способу ендохірургічної корекції трубної оклюзії, дає можливість збереження та найменшого пошкодження здорової тканини маткової труби, практичну відсутність операційної крововтрати, запобігання розвитку спайкоутворення, скоротити термін стаціонарного лікування. Застосування даного способу підвищує ефективність хірургічного лікування трубноперитонеальної неплідності, дає можливість проведення органозберігаючих операцій; функціонально, повноцінно відновити не тільки прохідність маткових труб, а в подальшому репродуктивну функцію та реалізацію материнства.