



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3504

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ФІКСАЦІЇ ПІХВИ З РЕПОЗИЦІЄЮ СЕЧОВОГО МІХУРА ПІСЛЯ ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ

1

2

(21) 2004032357

(22) 30.03.2004

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. № 11, 2004 р.

(72) Запорожан Валерій Миколайович, Гладчук Ігор Зиновійович, Щербіна Ганна Борисівна, Шитова Ганна Валентинівна, Проценко Олександр Олексійович

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб фіксації піхви з репозицією сечового міхура після трансвагінальної екстирпації матки, що полягає в тому, що фіксують апікальний відділ піхви до серединних відділів крижово-маткових зв'язок з відновленням цілісності f. Pubocervicalis,

який відрізняється тим, що після проведення нитки, що не розсмоктується, з порожнини піхви послідовно через тканини верхнього паракольпіуму, середину крижово-маткової зв'язки того ж боку, очеревину бокових та передньої стінок ректо-сигмоїдного відділу товстого кишечника та знову через ділянку крижово-маткової зв'язки протилежного боку, через розріз очеревини апікального відділу медіально розрізу слизової піхви в симетричній первинному уколу ділянці вільні кінці ниток проводять через кукси міхурно-маткових зв'язок відповідного боку, а кінці ниток затягують до ушивання розрізу слизової піхви таким чином, щоб увесь вузол знаходився під швом слизової стінки піхви.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до гінекології, і може бути використаний під час трансвагінальної екстирпації матки з приводу геніального пролапсу великого ступеню або із групи ризику виникнення постгістеректомічного пролапсу.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб фіксації кукси піхви під час трансвагінальної гістеректомії (метод Мак-Кола) полягає в тому, що нитки, що не розсмоктується, проводиться з порожнини піхви послідовно через слизову зв'язку задньо-бокового сектору апікального відділу піхви з подальшим проведенням в порожнині малого тазу через середину крижово-маткової зв'язки тієї же сторони. Продовжується проведення нитки послідовно через очеревину бокових та передньої стінок ректо-сигмоїдного відділу товстого кишечника та знову через ділянку крижово-маткової зв'язки протилежного боку. Після цього нитка виводиться через розріз очеревини апікального відділу та слизової піхви в симетричній первинному уколу області. Кінці ниток затягують після ушивання розрізу слизової піхви. (Rock J.A., Thompson J.D., TeLinde's operative gynecology, ed 8. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997; 1068-69).

Недоліками цього способу є те, що, по-перше, існує високий ризик виникнення лігатурної нориці

та запалення кукси, тому що вузол та вільні кінці нитки знаходяться в порожнині піхви. По-друге, під час виділення міхурно-маткового заглиблення перетинаються "ніжки" сечового міхура (міхурно-маткові зв'язки), які в подальшому займають більш дистальне положення під час ушивання кукси піхви, що порушує фізіологічне розташування міхура, а особливо його нижнього сегменту та існує ризик виникнення проксимального цистоцеле внаслідок порушення цілісності f. Pubocervicalis.

В основу корисної моделі поставлено задача вдосконалення способу фіксації кукси піхви після трансвагінальної гістеректомії з репозицією сечового міхура шляхом фіксації апікального відділу піхви репозиційно-сечового міхура здійснюють до надійної структури опірному апарату внутрішніх статевих органів жінки - крижово-маткових зв'язок з облітерацією заднього Дугласу та відновленням проксимальної фіксації f. Pubocervicalis, що дозволить запобігти розвитку постгістеректомічного пролапсу кукси, проксимального цистоцеле та післяопераційних гнійно-запальних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно корисної моделі, після проведення нитки, що не розсмоктується, з порожнини піхви послідовно через тканини верхнього паракольпіуму, через середину крижово-маткової зв'язки тієї же сторони,

(13) U

(11) 3504

(19) UA

очеревину бокових та передньої стінок ректо-сігмоїдного відділу товстого кишечника та знов через ділянку крижово-маткової зв'язки протилежного боку, через розріз очеревини апікального відділу медіальне розрізу слизової піхви в сім метричній первинному вколу області вільні кінці ниток проводяться через кукси міхурно-маткових зв'язок відповідної сторони, а кінці ниток затягають до ушивання розрізу слизової піхви таким чином, що-би весь вузол знаходився під швом слизової стінки піхви.

Спосіб виконується наступним чином.

Згідно загальних методик трансвагінальним шляхом видаляється матка. Нитка, що не розсмоктується, проводиться з порожнини піхви послідовно через тканини верхнього паракольпіуму в зоні кукси крижово-маткової зв'язки медіальне від лінії розрізу слизової піхви з подальшим проведенням в порожнині малого тазу через середину крижово-маткової зв'язки тієї ж сторони. На фіг. 1 зображене проведення шва (червона риска) з боку порожнини малого тазу (перший етап), де:

- 1 - слизова піхви;
- 2 - сечовий міхур;
- 3 - кругла зв'язка;
- 4 - маткова труба;
- 5 - власна зв'язка яєчника;
- 6 - розріз очеревини;
- 7 - крижово-маткова зв'язка;
- 8 - Rectum.

Продовжується проведення нитки послідовно через очеревину бокових та передньої стінок ректор-сігмоїдного відділу товстого кишечника та знов через ділянку крижово-маткової зв'язки 7 проти-

лежного боку. Після цього нитка виводиться через розріз очеревини 6 апікального відділку медіального розрізу слизової піхви 1 в симетричній первинному вколу області. Другий етап - проведення шва (червона риска) з боку порожнини піхви зображений на фіг.2, де:

- 1 - сечовий міхур;
- 2 - "ніжки" сечового міхура;
- 3 - розріз очеревини;
- 4 - розріз слизової піхви.

Вільні кінці ниток затягають після пері тонізації та до ушивання розрізу слизової піхви 4.

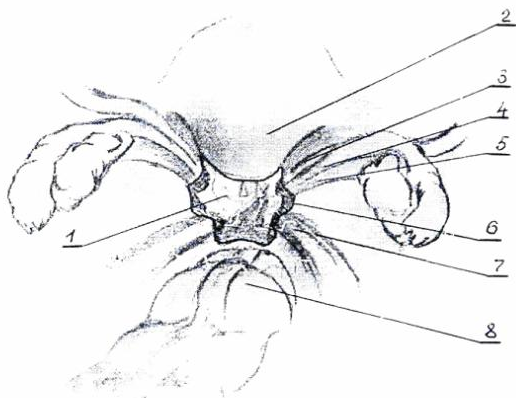
Приклад конкретного використання способу.

Хвора Б., 1940 р. народження, № історії хвороби 761.

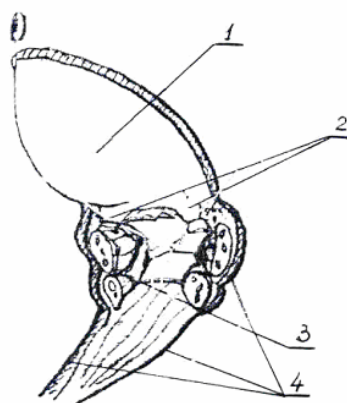
Діагноз: Повне випадіння матки. Ожиріння II ст..

Пацієнтці проведене оперативне втручання запропонованою методикою. Післяопераційний перебіг без особливостей. Функція сечового міхура, прямої кишки не змінена. Довжина піхви - 8,3 см. При натужуванні ознак пролапсу кукси піхви, ентоцелі - не встановлено. При повторному огляді через 3 та 6 місяців - культя піхви фіксована. Довжина піхви - 8,1 см, при натужуванні ознак цистоцелі, ентоцелі не встановлено. Функція сечового міхура та ректо-сігмоїдного відділу не порушена.

В порівнянні з прототипом, застосування запропонованого способу ушивання культи піхви підвищує надійність оперативного втручання, запобігає розвитку постгістеректомічного пролапсу внаслідок порушення опорного апарату передньої стінки та апікального відділу піхви.



Фіг. 1



Фіг. 2