



УКРАЇНА

(19) UA (11) 47125 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОПУЩЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ПІХВИ

1

(21) u200911266

(22) 06.11.2009

(24) 11.01.2010

(46) 11.01.2010, Бюл.№ 1, 2010 р.

(72) ГЛАДЧУК ІГОР ЗІНОВІЙОВИЧ, КОЖАКОВ  
ВІТАЛІЙ ЛЕОНІДОВИЧ, ПЕТРОВСЬКИЙ ЮРІЙ  
ЮРІЙОВИЧ(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

2

(57) Спосіб хірургічного лікування опущення пе-  
редньої стінки піхви з використанням сітчастого  
алотрансплантата за одночасного виконання гіс-  
теректомії з кульдопластикою, який **відрізняється**  
тим, що для фіксації проксимального краю ало-  
трансплантата використовують ту ж саму лігатуру,  
якою виконана кульдопластика та перитонізація.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до гінекології та урології, і може бути викори-  
стана для хірургічного лікування опущення перед-  
ньої стінки піхви одночасно з виконанням гістерек-  
томії та кульдопластики.

Пролапс тазових органів зустрічається у 38-  
44% жінок віком понад 40 років, що на тлі тенден-  
ції до старіння населення зумовлює актуальність  
цієї проблеми. Розповсюдженість опущення пе-  
редньої стінки піхви у структурі пролапсу тазових  
органів складає близько 60%. Разом з цим, у 20%  
жінок, яким показано виконання гістеректомії, ма-  
ють ту чи іншу форму пролапсу тазових органів.

Лікування пролапсу тазових органів у жінок є  
оперативним. Відомі наступні оперативні втручан-  
ня, які можуть вважатися аналогами:

Передня кольпорафія - оперативне втручання  
не є технічно важким, але дослідження віддалених  
результатів свідчить про велику кількість рециди-  
вів.

Пластика передньої стінки піхви з використан-  
ням сітчастого алотрансплантату - ця техніка дає  
кращі результати та меншу кількість рецидивів, ніж  
передня кольпорафія у класичному виконанні.

Вагінальна гістеректомія - видалення матки  
виконується крізь піхву без проведення додатко-  
вих розрізів на шкірі, що забезпечує швидку реабілі-  
тацію після операції та добрий косметичний ефект.

Кульдопластика - оперативна техніка, що до-  
зволяє зменшити частоту опущення та випадіння  
культи піхви після виконання гістеректомії та за-  
безпечує каркас для органів малого тазу.

Однак, поєднання виконання вищевказаних  
оперативних втручань для одночасного лікування  
патології матки та опущення передньої стінки піхви  
не відоме.

В основу корисної моделі поставлена задача  
удосконалення способу лікування опущення пе-

редньої стінки піхви шляхом одночасного виконан-  
ня гістеректомії з кульдопластикою, що сприяє  
покращенню ранніх та віддалених результатів  
оперативного лікування та дозволяє покращити  
якість життя хворих за рахунок зменшення часу  
анестезії та знаходження хворих у стаціонарі, крім  
того, покращує економічну ефективність комплекс-  
ної реабілітації цієї категорії пацієнтів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згід-  
но корисної моделі, проводять одночасне лікуван-  
ня опущення передньої стінки піхви з виконанням  
гістеректомії з наступною кульдопластикою, під  
час якого фіксація проксимального краю сітчастого  
алотрансплантату здійснюють тією ж самою ліга-  
турою, якою виконувалася кульдопластика з пері-  
тонізацією. За рахунок цього досягається фіксація  
імпланту, що запобігає зміщенню та забезпечує  
правильне розміщення сітчастого алотрансплан-  
тату субфасциальному просторі переднього вагі-  
нального сегменту.

Спосіб виконується наступним чином:

Для діагностики патології матки та піхви були  
використані наступні методи: ультразвукове дослі-  
дження матки та придатків, аспіраційна біопсія  
ендометрію, фракційне діагностичне вишкрібання  
слизової порожнини матки, кольпоскопія, оцінка  
ступеню пролапсу тазових органів за системою  
POP-Q.

Дослідження проведенні у 14 хворих. Вік хво-  
рих коливався від 38 до 57 років. У всіх хворих  
було діагностовано опущення передньої стінки  
піхви II-III ступеню (Aa:  $1,2 \pm 1,5$  [-3...+3]; Ba:  $2,1 \pm 1,3$   
[-1...+2]; C:  $-2,3 \pm 2,8$  [-5...+3] за POP-Q) а також бу-  
ли визначені показання щодо видалення матки.

Профілактична внутрішньовенна антибіотико-  
терапія починається перед введенням пацієнтки в  
наркоз. Після досягнення адекватної анестезії  
хвору розміщують у дорсальній літотомічній пози-

(19) UA (11) 47125 (13) U

ції із зігнутими у стегнах і розведеними ногами. Сідниці розміщуються біля самого краю операційного стола, ноги симетрично відведені. Пацієнтку переводять у позицію Тренделенбурга з невеликим кутом, щоб відсунути кишки від операційного поля. Висоту операційного стола регулюють для комфорту хірурга й асистентів.

Операційне поле обробляють антисептичним розчином, обкладають стерильною білизною. Сечу із сечового міхура виводять за допомогою катетера. Хірург виконує контрольне бімануальне дослідження під анестезією для кращої орієнтації в необхідних хірургічних площинах. Ступінь опущення матки оцінюють під час захоплення шийки кульовими щипцями та тракції вниз і до переду. Малі статеві губи, щоб розширити вхід у піхву, фіксують до шпри пахових складок, а задню спайку статевих губ - до стерильної пелюшки, ізолюючи анус.

Техніка операції складається з таких кроків: Сагітальний розріз передньої стінки піхви з розсіченням підлеглої фасції.

Вагінальна гістеректомія [Циркулярний розтин піхви. Розкриття заднього листка очеревини. Пересічення крижово-маткових і кардинальних зв'язок. Дисекція сечового міхура. Розкриття переднього листка очеревини. Пересічення залишку кардинальних зв'язок, широких зв'язок, маткових судин і придатків. Видалення матки. Видалення придатків матки (за показаннями)]. Кульдопластика. Кольпосуспензія. Розміщення сітчастого алотрансплантату у поза очеревинному просторі.

Очеревину зашивали з використанням високого зтягуючого кисетного шва над ніжками придатків і зв'язок для впевненості щодо відсутності інтраперитонеальної кровотечі. Цей шов зав'язують перед зав'язуванням швів для кульдопластики або кольпосуспензії.

Фіксація переднього краю трансплантату до тканин по обидві сторони уретри на відстані близько 1 см від останньої. Фіксацію заднього краю трансплантату до кукси піхви виконують за запропонованим способом, а саме за допомогою лігатур, що використовувалися під час кульдопластики.

При виконанні вагінальної гістеректомії здійснюють інфільтрацію шийки матки 0,01%-м розчином адреналіну, електрохірургічну та механічну дисекцію, біполярну коагуляцію судин і зв'язок, що зменшує крововтрату, скорочує час операції та кількість післяопераційних ускладнень.

Приклад виконання способу:

Хвора К. 56 років звернулася до гінекологічного відділення у зв'язку зі скаргам що до відчуття чужорідного тіла у ділянці статевих органів, наявності кров'янистих виділень з статевих органів у невеликій кількості. Виділення відмічала протягом останніх 2-3 місяців, відчуття чужорідного тіла у ділянці статевих органів заявилося близько 2 років

тому. Анамнез життя: Протягом останніх років систематично виконувала тяжку фізичну працю, не палить, Менопауза з 46 років. При об'єктивному обстеженні: Живіт м'який, приймає участь у акті дихання, пальпація безболісна у всіх відділах. Вагінально: опущення передньої стінки піхви (Aa: +1; Ba: +3; C: +3; gh: 5; pb: 4; tvl: 9; Ap: -2; Ba: -5; D: 8 за POP-Q) Виконано обстеження: загальні аналізи крові та сечі, біохімічне дослідження крові, коагулограма - без відхилень від нормативних показників, цитологічне дослідження аспірату з каналу шийки матки - помірна дисплазія. Хворій запропоновано симультанну операцію з приводу усунення опущення передньої стінки піхви та видалення матки з придатками. Отримано інформовану згоду. Хворій виконана операція: Вагінальна гістеректомія з видаленням придатків. Кульдопластика за Макколом. Екстаперітонеальна пластика передньої стінки піхви з використанням сітчастого алотрансплантату. Післяопераційний період пройшов гладко. Хвора виписана з стаціонару на 7-у добу після операції. Протягом усього терміну спостереження (2 роки) ознак будь-яких ускладнень не виникло. Вагінальний профіль через 12 місяців після операції: Aa: -2; Ba -3; C: -5; gh: 5; pb: 4; tvl: 9; Ap: -2; Ba: -4; D: 8 за POP-Q.

Запропонований спосіб хірургічного лікування опущення передньої стінки піхви використаний у всіх вище вказаних 14 хворих. Термін перебування хворих у стаціонарі склав 7,3±2,7 доби. У післяопераційному періоді ускладнень відмічено не було. Термін нагляду за пацієнтками склав від 3 до 28 місяців.

Таким чином, у порівнянні з прототипом, запропонований спосіб хірургічного лікування опущення передньої стінки піхви є досить ефективним у порівнянні з прототипом та дозволяє підвищити якість та термін реабілітації хворих.

Література:

1. Incontinence / P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein; Ed. by P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury, A. Wein. Health publication, 2009.
2. Swift S.E. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care // American Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2000. - Серпень. - Vol.183, no.2. - Pp.277-285. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293780053840x>.
3. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society / P. Abrams, L. Cardozo, M. Fall et al // Neurourology and Urodynamics. - 2002. - Vol.21, no.2. - Pp.167-178. <http://dx.doi.org/10.1002/nau.10052>.
4. Запорожан В.М. Оперативна гінекологія: Прак. порадник. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2006. - 448с. ISBN 966-7733-91-2.