



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **64550** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЦИСТОЦЕЛЕ

1

2

(21) u201104767

(22) 18.04.2011

(24) 10.11.2011

(46) 10.11.2011, Бюл.№ 21, 2011 р.

(72) ТЕМЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ІВАНОВИЧ, ЧИНЬ-
БА ОЛЕГ ВАСИЛЬОВИЧ, ЯЦЕНТЮК ВІТАЛІЙ
ГРИГОРОВИЧ, КРАВЦОВ ДЕНИС ІГОРОВИЧ,
ЯЦЕНТЮК ВІТАЛІНА ВІТАЛІІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА

(57) Спосіб хірургічного лікування цистоцеле, що
включає зшивання залишків везиковагінальної
фасції, або зміцнення її протезом без фіксації до
нижніх дуг лобкових кісток, який **відрізняється**
тим, що після зшивання залишків везиковагіналь-
ної фасції краї синтетичної сітки фіксують до щіль-
них тканин нижніх дуг лобкових кісток.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до гінекології, і може бути використана в процесі хірургічного лікування опущення передньої стінки піхви (цистоцеле).

Відомі способи хірургічної корекції опущення передньої стінки піхви (передня кольпорафія) включають лише гофрування залишків везиковагінальної фасції, зашивання видимих дефектів або зміцнення її протезом без фіксації до опорних структур малої миски, пришивання країв сітки до везиковагінальної фасції (накладання латки) створює рухливість новоствореної ділянки відносно структур малої миски, але не попереджує прогресування пролапсу. [1]

Найбільш близьким по суті до запропонованого, а тому прийнятим нами за прототип є спосіб із застосуванням ендопротезу Prolift.

Використання ендопротезу Prolift полягає в наступному: після проведення всіх смужок, передній сегмент повинен вільно нести на собі розташовуватись під сечовим міхуром, маючи з латеральних боків контакт з сухожильною дугою фасції таза. Впевнившись в правильному розташуванні протезу, вшивають розріз піхви однорядним безперервним чи вузловим швом з застосуванням розсмоктуючого шовного матеріалу. Таким чином протез швами в опорних тканинах не фіксується, що дозволяє сполучній тканині при формуванні рубця зміщувати, скручувати, деформувати даний протез [2]. Застосування інертного матеріалу пролену знижує травматичність операції, перетворюючи її в малоінвазивне втручання, що являється невід'ємною перевагою даного методу.

Недоліком прототипу є недостатня клінічна ефективність, яка проявляється порушеннями функцій тазових органів із-за зміщення недостатньо

фіксованої кукси піхви з протезом, появою рецидивів від 20 до 30 % випадків. Такі порушення нерідко супроводжуються пролонгацією опущення переднього сегмента піхви разом з нефіксованою сіткою - протезом. Задачею запропонованого рішення є забезпечення більш ефективного, у порівнянні з прототипом, попередження рецидивів цистоцеле та дисфункції тазових органів в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується за рахунок того, що у відомому способі хірургічного лікування цистоцеле шляхом зшивання залишків везиковагінальної фасції, або зміцнення її протезом без фіксації до опорних структур малої миски, згідно з корисною моделлю, після зшивання залишків везиковагінальної фасції фіксують краї синтетичної сітки до щільних тканин нижніх дуг лобкових кісток.

Спосіб пояснюється кресленням. Де на фіг: показано: 1 - пропіленова сітка, 2 - дуги лобкових кісток.

Спосіб виконується наступним чином:

Хворим з цистоцеле першим етапом після сагітального розтину стінки піхви було зроблено латеральне відсепарування клаптів слизової піхви гострим та тупим шляхом. Особлива увага приділялась тому, щоб відсепарування виконувалось на межі м'язової та адвентиційної оболонки піхви. Таким чином, на слизовій піхви не залишалась лобково-міхурово-шийкова фасція.

У випадках дискретного розриву перегородки, якщо є можливість, виконують ушивання дефекту перманентним швом - капрон № 2-3. В інших випадках виконують зшивання залишків лобково-міхурово-шийкової фасції, в сагітальному напрямку та видаляють надлишки стінки піхви.

(19) **UA** (11) **64550** (13) **U**

Якщо вдається виділити окремо адвентиційний шар стінки піхви, то також в сагітальному напрямку виконують зшивання з формуванням дуплікатури лобково-міхурово-шийкової фасції. Найпростішим способом фіксації країв сітки є підшивання кутів сітки до збережених елементів лобково-міхурово-шийкової фасції в латеральних зонах передньої стінки піхви. Подібний спосіб можливий у випадку перерозтягнення фасції чи у випадку окремого дефекту при збереженні латеральній фіксації до сухожилкової дуги фасції таза. Якщо не вдається ідентифікувати та виділити лобково-міхурово-шийкову фасцію в разі значного чи рецидивного цистоцеле при значних дистрофічних змінах виконують кольпорафію з посиленням проленовим ендопротезом.

Латеральні краї сітки (1) фіксують до внутрішньої поверхні низхідних дуг лобкових кісток (2) окремими капроновими швами № 2-3. Передній і задній краї протеза фіксують окремими капроновими швами № 2-3 до лобково-міхурово-шийкової фасції. Далі поверхню протеза обробляють етанолом. Рану піхви зашивають безперервним вікриловим швом № 1-2.

Технічним результатом, який досягається запропонованим рішенням, є забезпечення більш

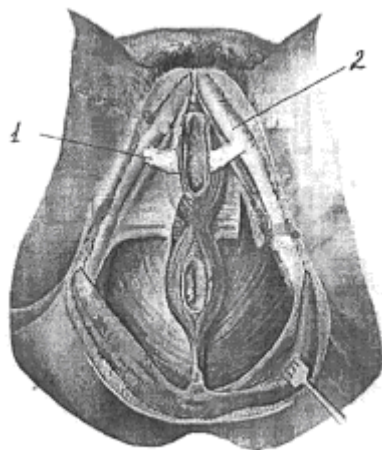
ефективного попередження рецидивів цистоцеле та дисфункції тазових органів в післяопераційному періоді.

Приклад 1. Хвора П., 45 років, знаходилась в Київській міській лікарні № 15 з діагнозом - опущення матки І ст. Цистоцеле. Хворій запланована та виконана передня кольпорафія з алопластиком за описаною методикою. Хвора виписана без ускладнень на 5-у добу. Через 6 місяців при контрольному огляді передня стінка піхви сформована та фіксована на фізіологічному рівні в порожнині малої миски.

Приклад 2. Під нашим спостереженням на протязі 2 років знаходилося 6 хворих з опущенням матки І-ІІ ст. у поєднанні з цистоцеле, яким виконана передня кольпорафія з алопластиком за описаною методикою. Під час останніх контрольних оглядів опущення стінок піхви та порушень функцій тазових органів не виявлено в жодному випадку.

Джерела інформації:

1. Хирш Х. А., Кезер О., Икле Ф. А. Оперативная гинекология. Москва "Медицина". 1999. - 649с.
2. Караськов А. М. Лечение выпадения женских половых органов с использованием синтетических материалов. Новосибирск, 2010. - С. 19.



Фіг.