

Спосіб відновлення дітородної функції належить до царини медицини, зокрема, до гінекології.

Близько 1-3% жінок, що перенесли операцію хірургічної стерилізації, а також з інших причин, потребують відновлення дітородної функції. Успіх трубного реанастомозу залежить від довжини і локалізації ділянки зруйнованої труби. Ефективність висока, якщо дефект труби розташований в перешийковій частині і довжина нормальної ділянки матки, що лишилася, перевищує 5 см. Деструкція труби менше виражена після кліпювання та стерилізації кільцями, найбільш виражена після електрокоагуляції. Виявлено, що в результаті реанастомозу вагітність настає у 80-90% випадків після кліпювання, у 70-80% випадків після накладення кілець і в 25-68% випадків після електрокоагуляції.

На IX та X Всесвітніх конгресах з безплідності та проблем запліднення була запропонована така класифікація оперативних втручань, що проводяться з приводу трубних та перитубарних причин безплідності. Дану класифікацію запропоновано використовувати для складання чіткої та зрозумілої хірургічної програми лікування оклюзії маткових труб. Запропонований винахід належить до 4, 5 розділів класифікації, а саме: сальпінгостомія (сальпінгонеостомія), тобто оперативне формування нового отвору труби; або формування трубноматкового інтрамурального (тубокорнуального) анастомозу.

У медичній практиці застосовується інтрамуральний анастомоз [Див. атлас Хірш Х., Кезер О., Інкле Ф. Оперативна гінекологія. - М.: ГЕОТАР Медицина, 1999. - С. 201-203 - тубокорнуальний анастомоз].

Операція показана при оклюзії труби, що передувє стерилізації. Для зменшення кровоточивості та поліпшення візуалізації ділянку маткового рога інфільтрують розчином вазопресину. Накладають цервікальний затискач і в порожнину матки вводять розчин індигокарміну. Потім скальпелем поетапно резектують ріг матки до розтину просвіту інтрамуральної частини труби і появи барвника (мал. 12-8). Виконуючи резекцію, розсічення проводять поетапно, поки на поверхні просвіту труби більше не залишиться фіброзної тканини. Далі розтинають просвіт дистального сегмента труби. Для простоти і точності зіставлення ранових поверхонь встановлюють провідник. Після процедури ушивання і накладення швів провідник видаляють.

Недоліками такого методу є неефективний остаточний результат, тобто вагітність зареєстрована лише у 50-60% випадків, операція дуже складна, вимагає високої кваліфікації хірурга, травматична, не безпечна.

Згідно з даними дослідників, частота вагітностей мінімальна (42%) після накладання ампулярного анастомозу і максимальна (75%) при істимічних анастомозах. Високий рівень вагітностей визначено в результаті пластики після стерилізації з накладенням клем чи кільця (більше 85%) і у випадках, коли операція проводилась у термін менше 5 років від моменту стерилізації. Найближчим рішенням є трубноматкова імплантація в області рога матки. Облітерований залишок труби розтинають гострим перфоратором Сілкона, який обертальними рухами проводять крізь стінку матки [Див. атлас Хірш Х., Кезер О., Інкле Ф. Оперативна гінекологія. - М.: ГЕОТАР Медицина, 1999. - С. 203. - Мал. 12-12.]. Далі фіксують сліпий кінець труби тонким зондом. Перед імплантацією слід встановити пластиковий провідник. Кінець провідника заводять в порожнину матки, (мал. 12-12). Дистальний кінець труби резектують до досягнення здорової тканини, потім розтинають по протибрижовому боку. Кінець труби фіксують двома швами 5-0, що розсмоктуються, один з яких накладають спереду, а інший - ззаду. Великою голкою ці тимчасові шви проводять через новостворений канал і крізь стінку матки таким чином, що два шви розташовують на передній стінці матки, а два - на задній, приблизно за 2 см від зовнішнього краю інтрамурального каналу (мал. 12-14). Потім поміщують у канал трубу, підтягуючи за стібки і здавлюючи її, після чого зав'язують вузлові шви. На серозну оболонку під ділянкою імплантації накладають вузлові шви (мал. 12-15). Після процедури провідник залишається.

Недоліками такого способу відновлення репродуктивної функції є: висока хірургічна травматичність репродуктивної системи, передопераційні ускладнення - алергія на проведення лікарської медикації, наркологічне забезпечення операції, ускладнення в ході операції - кровотеча, можуть бути невдалі хірургічні маніпуляції, бригадний метод проведення операції, післяопераційні ускладнення: інфекційні, спайкова хвороба, косметичний дефект шкіри, психотравма, велика кількість вказаних ускладнень від проведення хірургічного відновлення репродуктивної функції, збільшуючи відсоток негативного очікуваного остаточного ефекту відновлення.

Технічним (лікувальним) результатом винаходу є підвищення ефективності відновлення репродуктивності та зменшення травматичності.

Цей результат досягається тим, що у способі відновлення дітородної функції, який полягає у здійсненні прохідності інтрамурального відділу маткової труби матки, проводять перфорування стінки матки зі створенням інтрамурального відділу маткової труби матки лазерним випромінюванням шляхом введення опромінювача через дугласів простір у просвіт перешийку маткової труби у напрямку порожнини матки і формування післяопераційного трубноматкового анастомозу в місці перфорації стінки матки, при цьому формування післяопераційного трубноматкового анастомозу в місці перфорування стінки матки здійснюється шляхом введення провідника з послідовною зміною його зі збільшенням діаметра провідника та подальшого видалення провідника з трубноматкового анастомозу.

Суть винаходу виражається у сукупності суттєвих ознак, достатніх для досягнення забезпечуваного винаходом технічного результату.

Суттєвою ознакою винаходу, що співпадає з ознакою прототипу, є здійснення прохідності інтрамурального відділу маткової труби матки.

Суттєвими відмінними ознаками способу є: а) проведення перфорування стінки матки зі створенням інтрамурального відділу маткової труби матки лазерним випромінюванням шляхом введення опромінювача через дугласів простір у просвіт перешийку маткової труби в напрямку порожнини матки; б) формування післяопераційного трубноматкового анастомозу в місці перфорації стінки матки, причому формування післяопераційного трубноматкового анастомозу в місці перфорування стінки матки здійснюється шляхом введення провідника з послідовною зміною його зі збільшенням діаметра провідника та подальшого видалення провідника з трубноматкового анастомозу.

Задача даного способу - дати можливість жінкам, що перенесли стерилізацію (можуть бути також інші ситуації) здійснити внутрішньоматкову вагітність при мінімальній психологічній та фізичній травматизації і високій

надійності проведення операції. Таку задачу не можуть виконати на теперішній час всі відомі способи відновлення репродуктивної функції жінки.

Суттєвими відмінностями пропонованого способу від відомих способів відновлення репродуктивної функції є нова сукупність дій та введення нової дії (формування післяопераційного трубноматкового анастомозу шляхом зміни провідника зі збільшенням його діаметра).

Спосіб відновлення дітородної функції у жінки полягає в створенні та формуванні інтрамурального відділу маткової труби в стінці матки шляхом лазерного розтину стінки матки в напрямі порожнини матки від перешийку маткової труби в порожнину матки. Тут анатомічним орієнтиром є найвужча частина маткової труби - перешийок. Вибір найкоротшої відстані від просвіту маткової труби до рога порожнини матки виконують під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) чи комп'ютерного томографа. Після утворення трубноматкового анастомозу вводиться фіксуючий провідник (пластиковий медичного призначення), який подається трансцервікально через порожнину матки в обидва роги. За допомогою ендоскопа провідник подається у просвіт ампули маткової труби. Другий кінець провідника фіксують швами до склепін шийки матки. Видалення даного провідника проводять після репарації тканин ранового каналу і остаточного формування анастомозу між порожнинами матки та маткової труби. Формування інтрамурального відділу здійснюється послідовною зміною провідника збільшеного діаметра шляхом природного введення одного провідника збільшеного діаметра в інший, з меншим діаметром, зі зміною попереднього і фіксуванням до шийки матки. Це має велике значення для постманіпуляційної санації (тобто видалення відторгнутої змертвілої тканини) новосформованого трубноматкового анастомозу. Діаметр провідника збільшують від 1 до 6 мм. Як опромінювач лазерного випромінювання використане новорозроблене світловолоконне обладнання, наприклад, медичний лазерний освітлювач за патентом № 2056872, світловодний інструмент для трансклеральної фотокоагуляції, свідоцтво на корисну модель № 11053, гінекологічний пристрій за патентом № 2017458 та ін.

Використання винаходу "Спосіб відновлення дітородної функції" згідно з прототипом та технічним результатом, а саме: підвищення ефективності відновлення репродуктивності та зменшення травматичності, дозволяє здійснити прохідність інтрамурального відділу маткової труби матки завдяки тому, що проводять перфорування стінки матки зі створенням інтрамурального відділу маткової труби матки лазерним випромінюванням шляхом введення опромінювача через дуглассів простір у просвіт перешийку маткової труби в напрямку порожнини матки і формування післяопераційного трубноматкового анастомозу в місці перфорації стінки матки, при цьому формування післяопераційного трубноматкового анастомозу в місці перфорування стінки матки здійснюється шляхом введення провідника з послідовною зміною його зі збільшенням діаметра провідника та подальшого видалення провідника з трубноматкового анастомозу. В цьому способі проводиться операція лазерним випромінюванням на м'які тканини з можливістю використання інтрамурального відділу, що дозволяє проводити операцію атравматично, з дуже високою надійністю; пропонується сформувати новостворений трубноматковий анастомоз таким чином, щоб він міг закритися (зарости) в постопераційний період, провести постманіпуляційну санацію. В даному способі використані запатентовані пристрої лазерного використання, апробовані в медичній практиці. Пропонований спосіб відновлення дітородної функції (внутрішньоматкової вагітності) є безболісним, надійним, атравматичним, може застосовуватись у широкій гінекологічній практиці, тобто повністю відповідає критерієві винаходу "промислова придатність".