



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38729 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВИПАДАННЯ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

(21) 2000095226

(22) 11.09.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Мірович Євген Давидович

(73) Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького

(57) Спосіб хірургічного лікування випадання внутрішніх статевих органів шляхом проведення передньої кольпотомії, виведення в новоутворений отвір матки, круглих та широких зв'язок і відсікання їх від матки, який **відрізняється** тим, що відсічені зв'язки укорочують і пришивають до основи шийки матки, а матку занурюють назад у черевну порожнину.

Спосіб, що пропонується, відноситься до медицини, а саме до гінекології і може бути використаний для хірургічної корекції анатомо-функціональних порушень при випадінні внутрішніх статевих органів у жінок.

Випадіння внутрішніх статевих органів відбувається під впливом внутрішньочеревного тиску і зумовлене розтягненням підвішуючих і підтримуючих зв'язок матки. У цей час існує багато способів оперативного лікування даної патології. Всі вони направлені на зміцнення підвішуючого і підтримуючого зв'язкового апарату.

Відомий спосіб хірургічного лікування випадіння внутрішніх статевих органів шляхом лапаротомії, виведення матки з черевної порожнини і пришиття її до апоневрозу прямих м'язів живота. (1. Брауде І. Л. Оперативная гинекология. – М.: Медгиз. 1959. – С. 315-317).

Недоліком даного способу є те, що в подальшому у деяких хворих розвивається стійкий больовий синдром, викликаний фіксацією матки до передньої черевної стінки і заочеревним її розташуванням.

Відомий також спосіб хірургічного лікування випадіння внутрішніх статевих органів шляхом лапаротомії, укорочення круглих зв'язок за рахунок утворення з них петель і прикріплення їх до задньої поверхні матки, внаслідок чого матка фіксується і створюється її фізіологічне положення anteфлексію, перешкоджаючи подальшому опущенню. (2. Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З. Атлас гинекологических операций. – Л.: Медицина. 1973. – С. 97-102).

Істотними недоліками обох способів є те, що вони не усувають опущення перерозтягнутої піхви, в зв'язку з чим, крім лапаротомного хірургічного доступу, вимагають виробництва вагінального

етапу операції, спрямованого на зміцнення м'язів тазового дна, пластику стінок піхви і промежини.

Вказаних недоліків позбавлений, найбільш близький по технічній суті спосіб тому, що, спосіб хірургічного лікування випадіння внутрішніх статевих органів шляхом виробництва передньої і задньої кольпотомії, виведення в новоутворений отвір матки, перетину круглих, широких і маточно-крижаних зв'язок, параметрів, з проходжуваними в них маточними судинами, видалення матки і створення опори для органів черевної порожнини шляхом зшиття перетнутих зв'язок між собою. (3. Брауде І. Л. Оперативная гинекология. М.: Медгиз. 1959. – С. 304-305).

Недоліками даного способу є багатостадійність виконання операції, що збільшує її тривалість, травматичність, підвищує ризик поранення сусідніх органів, руйнування шийково-міхурних зв'язок, внаслідок чого відмічаються часті рецидиви опущення сечового міхура, а також необгрунтоване видалення матки, наявність якої не служить причиною її випадіння.

У основу винаходу поставлена задача створення способу хірургічного лікування випадіння внутрішніх статевих органів шляхом одноетапного укорочення підвішуючих зв'язок і фіксації матки з використанням вагінального хірургічного доступу.

Суть способу полягає в тому, що здійснюють передню кольпотомію, в новоутворений отвір виводять матку, круглі і широкі зв'язки, вказані зв'язки відсікають від матки, укорочують і пришивають до основи шийки матки, яку потім занурюють назад у черевну порожнину.

Новим в способі, є те, що відсічені круглі і широкі зв'язки пришивають до основи шийки матки, а матку занурюють назад у черевну порожнину. При цьому матка максимально підтягується догори, а пришиті до шийки зв'язки служать опорою для се-

чового міхура, тобто сукупність дій способу дає можливість одномоментного укорочення зв'язок і фіксації матки.

Реалізують спосіб таким чином. Шийку матки розкривають в дзеркалах, беруть на кульові щипці і максимально зводять донизу. На кордоні шийки матки і перехідної складки вагінального склепіння проводять поперечний розріз. Тупо відшаровують рихлу сполучну тканину шийково-міхурової перегородки до матково-міхурної очереви. Сечовий міхур відсутній догори і поперечним розрізом розкривають очеревину. Матку захоплюють щипцями і виводять в рану. Затискують, перетинають та перев'язують круглі і широкі зв'язки і також виводять з черевної порожнини, максимально натягуючи їх. Після чого матку занурюють назад у черевну порожнину, а виведені зв'язки в натягнутому стані підшивають до основи відсепарованої шийки матки. Надмірну тканину зв'язок відсікають. Надалі виконують пластику стінок піхви і м'язів тазового дна.

Приводимо конкретні приклади застосування даного способу:

1. Хвора Ш-до, 53 років, госпіталізована в гінекологічне відділення ЦМКЛ № 6 м. Донецька для оперативного лікування з приводу повного випадіння матки 10.01.2000 р. Після проведеної передопераційної санації піхви 18.01.2000 р. зроблена передня кольпотомія, матка, круглі і широкі зв'язки виведені в отвір в передньому склепінні, зв'язки відсічені від матки і пришиті до основи шийки матки. Після чого матка занурена в черевну порожнину і зроблена кольпо-леваторо-периноепластика. Тривалість операції 40 хв. Крововтрата 100 мл. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Виписана 29.01.2000 р. Контрольний огляд 28.05.2000 р.: Рана піхви зажила первинним натягненням. Шийка матки чиста. Склепіння піхви глибокі. Матка в положенні *anteflexio*, не збільшена, обмежено рухлива, безболісна, при натужуванні не зміщується. Придатки не визначаються.

2. Хвора Я-ва, 36 років, госпіталізовано 21.01.2000 р. для оперативного лікування з приводу повного випадіння матки, подовження шийки матки, опущення сечового міхура, стресового нетримання сечі, недостатності анального сфінктера. 27.01.2000 р. зроблена операція передня кольпотомія, клиновидна ампутація шийки матки, транспозиція сечового міхура, матка, круглі і широкі зв'язки виведені в отвір в передньому склепінні, зв'язки відсічені від матки і пришиті до основи шийки матки. Після чого матка занурена в черевну порожнину і зроблена пластика передньої і задньої стінок піхви, леватора і сфінктера анального

отвору. Тривалість операції 75 хв. Крововтрата 150 мл. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Виписана 10.02.2000 р. Контрольний огляд 13.06.2000 р. Промежина висока, сфінктер заднього проходу спроможний. Рана піхви зажила первинним натягненням. Кукса шийки матки чиста. Склепіння піхви глибокі. Матка в положенні *anteflexio*, не збільшена, обмежено рухлива, безболісна, при натужуванні не зміщується. Придатки не визначаються.

3. Хвора Н-ко, 42 років, госпіталізовано 24.02.2000 р. для оперативного лікування з приводу неповного випадіння матки, подовження шийки матки, опущення сечового міхура. 2.03.2000 р. зроблена передня кольпотомія, клиновидна ампутація шийки матки, транспозиція сечового міхура, матка, круглі і широкі зв'язки виведені в отвір в передньому склепінні, зв'язки відсічені від матки і пришиті до основи шийки матки. Після чого матка занурена в черевну порожнину і зроблена пластика передньої і задньої стінок піхви і промежини. Тривалість операції 70 хв. Крововтрата 150 мл. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Виписана 14.03.2000 р. Контрольний огляд 8.08.2000 р. Рана піхви зажила первинним натягненням. Кукса шийки матки чиста. Склепіння піхви глибокі. Матка в положенні *anteflexio*, не збільшена, обмежено рухлива, безболісна, при натужуванні не зміщується. Придатки не визначаються.

Використання заявленого способу хірургічного лікування випадіння внутрішніх статевих органів дає можливість зміцнення підвішуючого зв'язкового апарату вагінальним доступом з нанесенням істотно меншої операційної травми, відсутністю ризику поранення сусідніх органів, зниженням тривалості операції і об'єму крововтрати. Внаслідок даної операції матка максимально підтягується догори і фіксується в цьому положенні, а пришиті до шийки зв'язки служать опорою для сечового міхура. Вказані переваги способу хірургічного лікування випадіння матки підтверджені клінічними спостереженнями у 18 хворих. З числа прооперованих у 7 хворих проведено контрольний огляд через 4-7 місяців після операції. Рецидивів захворювання не відмічено.

Література:

1. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. - М. - Медгиз. 1959. - С. 315-317.
2. Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З. Атлас гинекологических операций. - Л.: Медицина. 1973. - С. 97-102.
3. Брауде И. Л. Оперативная гинекология. - М. : Медгиз. 1959. - С. 304-305.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
