



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 55171

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРУБНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

1

2

(21) 2002075740

(22) 11 07 2002

(24) 17 03 2003

(72) Назаренко Ігор Олександрович

(46) 17 03 2003, Бюл. № 3, 2003 р.

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічної корекції трубної

непрохідності, який включає мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику, який відрізняється тим, що лапароскопічно виконують мобілізацію ампулярної частини труби, виводять її на передню черевну стінку через троакарний прокол, де виконують мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику, а потім спускають в черевну порожнину

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для лікування трубної безплідності.

Відомі способи хірургічної корекції трубної непрохідності, які включають виконання сальпінгостомії чи фімбріопластики шляхом ендовідеохірургічної /лапароскопічної/ операції [1].

Недоліком цих способів є те, що метод має високу травматичність, особливо при роботі з фімбріальними структурами і не відповідає технічному рівню мікрохірургії.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічної корекції трубної непрохідності, який включає мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику [2].

Недоліками цього способу є велика травматичність операції через необхідність виконання лапаротомії і велика тривалість післяопераційного стаціонарного лікування.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічної корекції трубної непрохідності, який за рахунок виконання мікрохірургічної операції на мобілізованій і виведеній на передню черевну стінку ендовідеохірургічним шляхом маткової труби забезпечив би зниження травматичності операції і скорочення термінів стаціонарного лікування в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб хірургічної корекції трубної непрохідності, який включає мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику, згідно винаходу, лапароскопічно виконують мобілізацію ампулярної частини труби, виводять її на передню черевну стінку через троакарний прокол, де виконують мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику, а потім низводять в черевну порожнину.

Виконання лапароскопічної мобілізації

ампулярної частини труби і виведення її на передню черевну стінку через троакарний прокол дозволяє виконати мікрохірургічну сальпінгостомію чи фімбріопластику без виконання лапаротомії, що і забезпечує зниження травматичності операції і скорочення термінів стаціонарного лікування після операції.

Спосіб виконують таким чином. Після накладання первинного пневмоперитонеума і введення лапароскопа через перші троакар в параумбілікальній області виконують введення другого і контрлатерально третього троакарів в здухвинних областях. За допомогою введених інструментів виконують ревізію органів малого тазу, розсікають спайки, мобілізуючи маткову трубу і яєчник. Потім шляхом хромідротубації уточнюють характер і рівень ураження маткової труби. Через найближчий троакар трубу захватують атравматичним зажимом за найбільш змінену ділянку підросальпінкса і після часткового видалення газу виводять на передню черевну стінку разом з троакаром, де маткову трубу фіксують рукою і відграничують від шкіри серветками. За допомогою оптичного збільшення і мікрохірургічної техніки трубу вскривають в безсудинній зоні, ідентифікують незмінену ділянку слизової і фімбрії, що збереглись. Якщо фімбрії збережені, виконують мікрохірургічну фімбріопластику, якщо фімбрії відсутні, то виконують сальпінгостомію по латеральній чи трансверзальній методиці вузлуватими швами пролоном 7-8/0 і залишають внутрішньотрубний мікроіригатор, який фіксують дексоном-вікрилом 7/0. За допомогою трипелюсткового ранорозширювача маткову трубу атравматично ошдждеть в черевну порожнину під контролем лапароскопа.

(13) A

(11) 55171

(19) UA

При необхідності аналогічним шляхом після додаткового нагнітання газу операцію виконують з протилежної сторони. Виконують контрольну хромідротубацію, контроль гемостаза, промивають малий таз теплим розчином Рінгера, залишаючи в черевній порожнині 200,0 реополіглюкіна. Ліквідують пневмоперитонеум, виймають троакари і ушивають пошарово апоневроз і шкіру, фіксуючи до шкіри внутрішньотрубний мікроіригатор атравматичними нитками 3-4/0.

Приклад Хвора Я, історія хвороби №1466, поступила у відділення мікросудинної та пластичної хірургії 19.03.02р після попереднього комплексного обстеження і лікування під наглядом гінеколога-репродуктолога. Діагноз: Хронічний двосторонній периаднексит. Спайкова хвороба малого тазу III ст. Оклюзія ампулофімбріальних сегментів маткових труб з двох сторін. Полікістоз яєчників. Вторинна безплідність.

Після передопераційного загальноклінічного обстеження 21.03.02р була виконана операція по запропонованому способу. Під ендотрахеальним наркозом була введена внутрішньоматкова канюля, накладено пневмоперитонеум через голку Вереща, виконані троакари: доступи в черевну порожнину через проколи в параумбілікальний області та два - в здухвинних областях. За допомогою відеосистеми і двох маніпуляторів виконали ревізію органів малого тазу. Діагноз підтвердився повністю. Ендовідеохірургічним способом розіклали спайки в області правих, а потім лівих придатків. Ліва труба у вигляді підросальпінкса розміром до 1,7см в області ампули, діаметр правої труби до 1,5см з просвітом 0,1-0,2см, із якого виглядають дві частково збережені фімбрії. Обидва яєчники мілкокістозно змінені. Була виконана діатермокаутерізація яєчників за допомогою шпилькового електрода, мобілізація маткових труб, хромідротубація. Визначили вихід розчину метиленового синього краплями вздовж фімбрій з правої труби, зліва контраст в черевну порожнину не виходив, накопичуючись в ампулі маткової труби. Використовуючи максимальне збільшення за допомогою шпилькового електрода був поздовжньо розсічений купол ампули вправо, де всередині виявлено конгломерат злиплених фімбрій по нижньо-боковій поверхні і зміни слизової оболонки по передній поверхні. Через лівий троакар труба була захоплена атравматичним захимом за передню стінку в найбільш змінений зоні, підтягнута до входу в троакар і після зниження об'єму пневмоперитонеума виведена на передню черевну стінку разом з троакаром, де була захоплена рукою і відграничена від шкіри стерильним матеріалом. Під оптичним збільшенням до 20 крат з використанням бінокулярного дилоскопа, біполярної мікродіатермії і мікхірургічних інструментів фімбрії були виділені і звільнені з конгломерата, а краї передньої стінки купола розвернуті назовні до серозної оболонки труби одиничними швами із

скритими вузлами ниткою пролен 8/0, з розташуванням швів на 10 і 2 години. Потім в отвір черевної стінки введено трипелюстковий ранорозширювач з лапароскопічного набору і після розкриття отвору труба самопогрузла в черевну порожнину, а в отвір було введено троакар. З наступного права труба була захоплена за безсудинну зону підросальпінкса і аналогічним способом виведена на черевну стінку в правій здухвинній області. З використанням мікхірургічної техніки труба була розсічена до незміненої ділянки слизової, де після видалення змінених тканин підросальпінкса сформована термінальна трансверзальна мікхірургічна сальпінгостома за методом Крилова і Гінга. Використані скриті вузлуваті шви проленом 7-8/0. В просвіт труби було введено спеціальний катетер для внутрішньотрубного лаважа і електростимуляції, який був зафіксований ниткою на ріжучій голці дексон 7/0 за край серози труби. Труба була низведена в черевну порожнину, як описано вище, під контролем лапароскопа. Був виконаний контроль гемостаза, промивання черевної порожнини теплим сольовим розчином з залишенням в малому тазу 200,0 реополіглюкіна. Пневмоперитонеум був ліквідований, апоневроз ушити ниткою 3/0, шкіра - ниткою 4/0, катетер зафіксований до шкіри.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Проводили крапельне внутрішньотрубне введення лікарської антиадгезивної суміші протягом 72 годин з одночасною електростимуляцією по 10 хвилин на добу, після чого мікроіригатор видалено.

Рани зажили первинним натягом. Виписана із стаціонара на 4-у добу.

При контрольному обстеженні через 3 місяці /відеосальпінгографія з записом, гормональне обстеження, кимографічна пертурбація та інш./ після періоду реабілітації встановлено відновлення прохідності і функції труби без порушення функції яєчників.

За запропонованим способом прооперовано 3 хворих без застосування лапаротомії. Середній термін перебування в стаціонарі в післяопераційний період склав 3,8 піжко-дня, в той час, як у 3-х хворих, прооперованих за найближчим аналогом, де була виконана лапаротомія, середній термін післяопераційного перебування в стаціонарі склав 7 днів.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити травматичність операції і скоротити терміни стаціонарного лікування хворих.

Джерела інформації

1 В кн Лапароскопия в гинекологии. Серия "Высокие технологии в медицине". Под ред. Г.М. Савельева и И.В. Федорова. Москва: ГЭОТАР-Медицина, 2000, с.188-190.

2 В кн Принципы микрохирургии в лечении бесплодия. Под ред. Дж.З. Рейнъяк и Н.Х. Лозерсен. Москва: "Медицина", 1986, с.147-151, перевод с англ. - ближайший аналог.

