



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **33587** (13) **A**

(51) **B6 A61B17/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІХВИ /КОЛЬПОПОЕЗУ/

(21) 99031398

(22) 10.06.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Кучер Микола Дмитрович, Балтайтис Юлій Вікторович

(73) Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця

(57) Спосіб лапароскопічної реконструкції піхви /кольпопоезу/, що включає лапароскопічну пластику піхви з використанням аутоотрансплантата, який відрізняється тим, що формують аутоотрансплантат з прямої кишки, використовуючи наявне вестибуло-ректальне співустя як елемент конструкції штучної піхви.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургії і гінекології, і може бути використаний при оперативному лікуванні агенезії або атрезії піхви.

Відомий спосіб лапароскопічної реконструкції піхви з використанням аутоотрансплантата з сигмовидної кишки (S. Ohashi et al.(1996) Laparoscopic reconstruction of vagina using sigmoid autograft Surg Enclose 10:1019-1021) [1], який виконується таким чином:

- накладають пневмоперитонеум;
- вводять чотири 12 мм троакара: один - над пупком, два - в бічних областях передньої черевної стінки на рівні пупка, четвертий - в надлобковій області;
- лапароскоп вводять через порт в надпупковій області, ті порти, що залишилися, використовують для введення ендохірургічних інструментів;
- з сигмовидної кишки виділяють аутоотрансплантат на судинній ніжці довжиною до 15 см, використовуючи лінійні ендостеплери для перетину сигмовидної кишки на рівні проксимального і дистального кордонів трансплантата;
- вільні кінці сигмовидної кишки після виокремлення аутоотрансплантата з'єднують між собою, накладаючи анастомоз "кінець-в-кінець" з допомогою циркулярного ендостеплера;
- з боку промежини хрестоподібно розтинають слизову переддвер'я піхви;
- під лапароскопічним контролем з боку промежини гострим і тупим методом розділяють з'єднувальну тканину між сечовим міхуром і прямою кишкою, формуючи тунель для штучної піхви;
- лапароскопічно розтинають тазову очеревину в проекції тунеля, тим самим завершуючи його підготовку;
- дистальний кінець аутоотрансплантата з сиг-

мовидної кишки зводять в сформований тунель і циркулярно фіксують до слизової оболонки розітненого переддвер'я, створюючи вхід в штучну піхву;

- проксимальний кінець трансплантата залишають вільним в порожнині малого тазу у вигляді сліпого мішка, на чому кольпопоез закінчують;
- лапароскопічні порти видаляють, фасціальні і шкіряні дефекти на місці введення троакарів вишивають за загальноприйнятою методикою.

Однак, даний спосіб має істотні недоліки:

а) його не можна застосовувати у випадках, коли природжена агенезія або атрезія піхви ускладнені вестибуло-ректальним співустям. Подібне ускладнення (посттравматична нориця) є типовим для даної патології і трапляється приблизно у половини хворих після перших спроб вступу в статевий контакт;

б) відновлення безперервності кишечника передбачає застосування циркулярного ендостеплера, вартість якого становить приблизно половину вартості всіх витратних інструментів для даної операції.

Задачею винаходу є: виконання кольпопоезу при наявності вестибуло-ректального співустя, попередження рецидиву ректо-вагінальної фістули, зниження травматичності втручання, а також підвищення економічності хірургічної технології.

Поставлена задача досягається тим, що:

1) втручання може бути повністю виконане лапароскопічно, без проведення лапаротомії;

2) штучну піхву формують з відключеної прямої кишки, використовуючи наявне вестибуло-ректальне співустя як елемент конструкції штучної піхви;

(19) **UA** (11) **33587** (13) **A**

3) методика, що пропонується, не вимагає застосування циркулярного ендостеплера одноразового використання, що дорого коштує.

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг. 1 - місця введення троакарів на передній черевній стінці.

Фіг. 2 - анатомічні взаємовідносини в зоні промежини і порожнині малого тазу при агенезії / атрезії піхви, ускладненої вестибуло-ректальним співустьям (1).

Фіг. 3 - формування тунелю в пресакральному просторі (1), перетин прямої кишки лінійним ендостеплером на рівні ректосигмоїдного відділу (2), відсікання прямої кишки в наданальній її частині на рівні нижнього кордону ректовагинального співустья (3).

Фіг. 4 - завершення кольпопоезу: підшиття окремих вузловими швами дистального кінця перетнутої прямої кишки до слизової переддвер'я піхви (1); відновлення безперервності кишечника: зведення сигмовидної кишки в пресакральному тунелі і циркулярна фіксація вільного краю сигми до кукси прямої кишки трансанально (2).

Спосіб здійснюється таким чином:

- накладають пневмоперитонеум за стандартною технологією, використовуючи максимальний тиск -12 мм рт.ст.;

- вводять чотири 11 мм троакари-порти: над пупком, в правій і лівій бічних областях передньої черевної стінки і над лоном - фіг. 1;

- хворому додається положення Тренделенбурга;

- ендоскопічним еластичним затиском Бекка захоплюють сигмовидну кишку 1, здійснюючи тракції наперед, праворуч і ліворуч, створюють натягнення очеревини над коренем мезосигми;

- ендоскопічними ножицями з електрокоагуляцією розтинають очеревину вздовж кореня мезосигми як з медіальної, так і з латеральної сторін, здійснюючи мобілізацію сигмовидної кишки;

- позаду прямої кишки створюють тунель в пресакральному просторі: ендоскопічними ножицями з електрокоагуляцією здійснюють дисекцію рихлої з'єднувальної тканини в межах фасції Вальдейерадо рівня прикріплення леваторів - Фіг. 3(1);

- ендоскопічним лінійним степлером перетинають товсту кишку на рівні ректосигмоїдного відділу - Фіг. 3 (2);

- зі сторони промежини здійснюють дивульсію анального сфінктера;

- трансанально перетинають пряму кишку на рівні нижнього краю вестибуло-ректального співустья; при перетині задньої стінки прямої кишки входять в тунель, сформований в пресакральному просторі - Фіг. 3 (3) - таким чином завершують формування аутотрансплантата з прямої кишки для кольпопоезу;

- вільний нижній край аутотрансплантата розміщують наперед і приєднують до слизової оболонки переддвер'я піхви на рівні нижнього краю вестибуло-ректального співустья по лінії відсікання стіки прямої кишки - Фіг. 4(1); таким чином вестибуло-ректальне ствустя перетворено в переддвер'я штучної піхви, сформованої з відключеної прямої кишки;

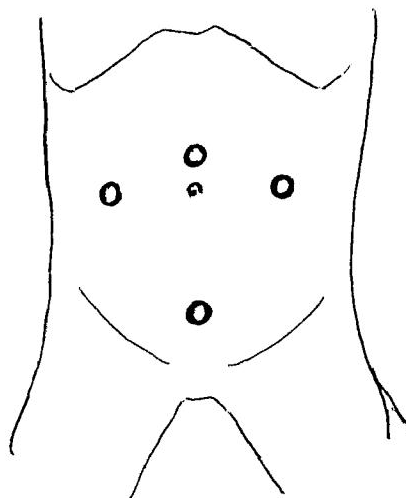
- відновлюють безперервність кишечника зведенням сигмовидної кишки в пресакральному тунелі і циркулярною фіксацією дистального кінця сигми до слизової оболонки короткої кукси прямої кишки / анального каналу;

- хворого повертають в горизонтальне положення;

- дефекти апоневроза і шкіри передньої черевної стінки в місцях введення троакарів зашивають.

Література:

1. S. Ohashi et al.(1996) Laparoscopic reconstruction of vagina using sigmoid autograft Surg Endosc 10:1019-1021



Фіг. 1

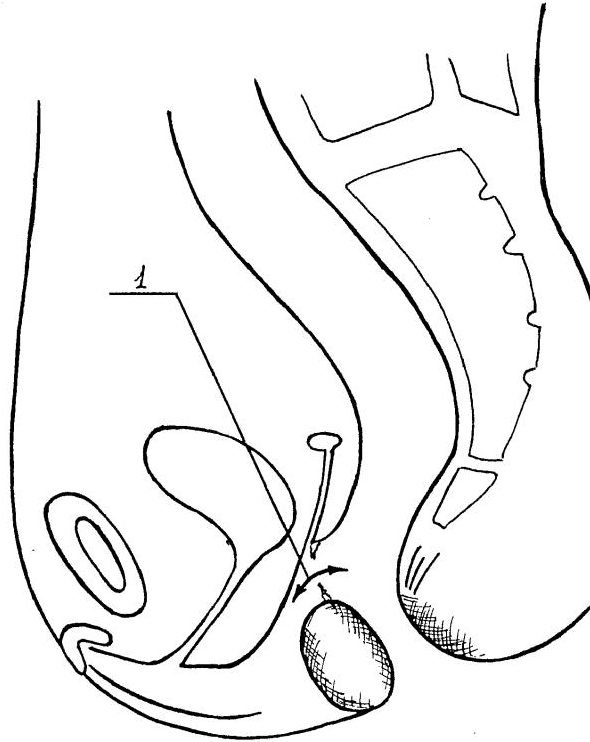


Fig. 2

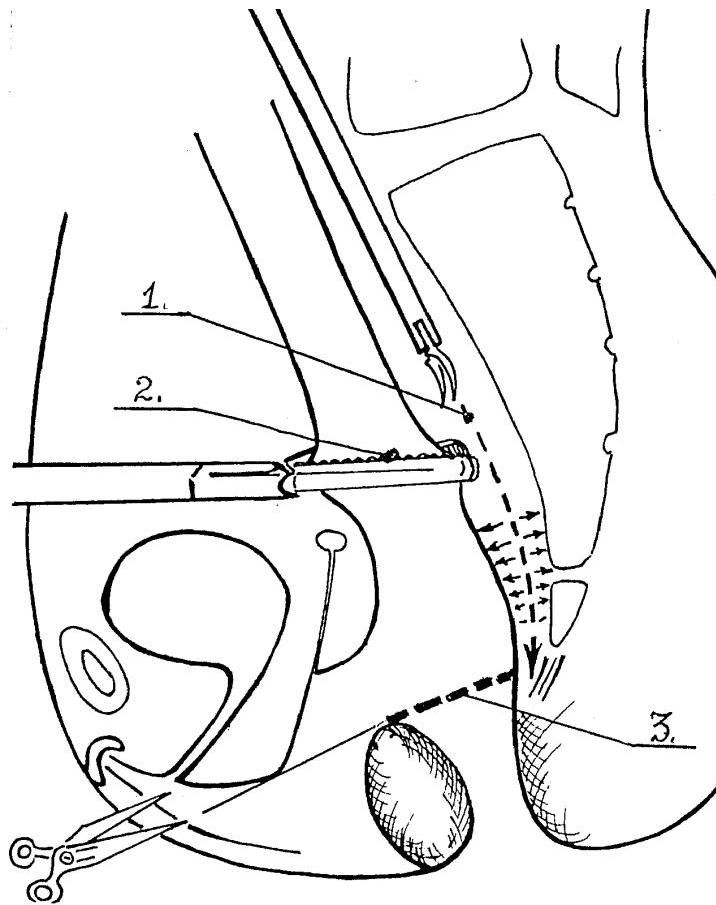
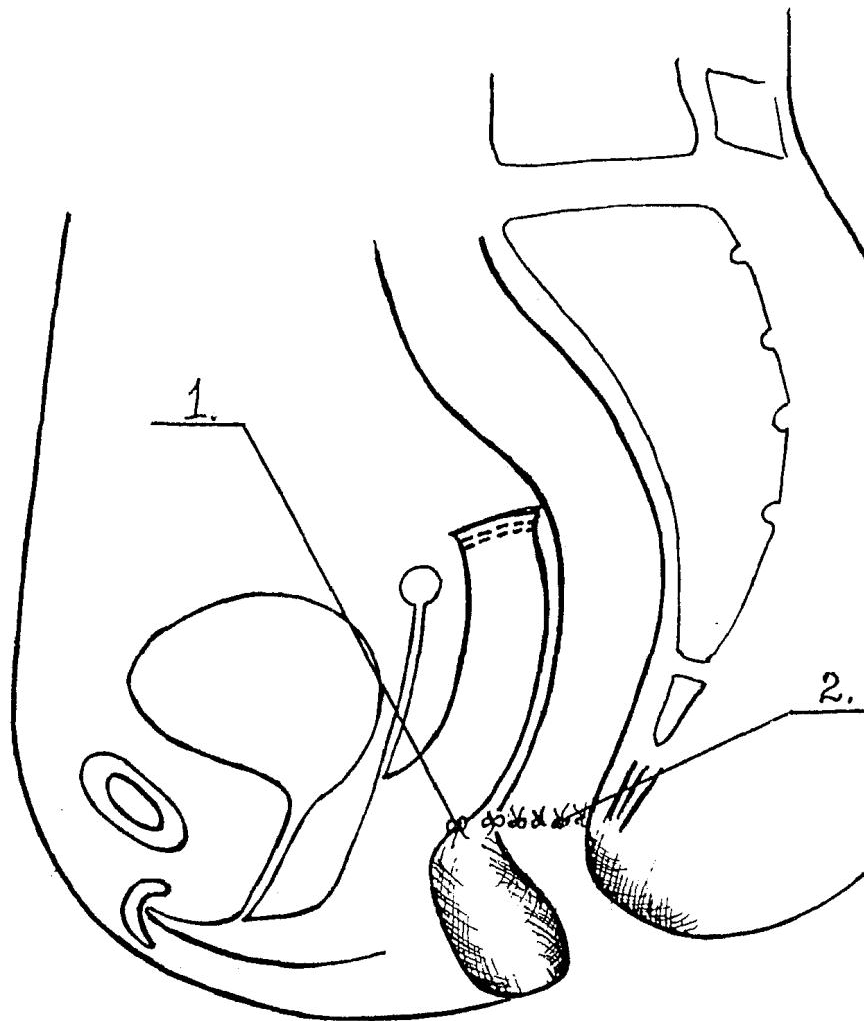


Fig. 3



Фіг 4

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 60x84 1/8.
 Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

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