



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60588

(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 ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ З НАЯВНІСТЮ ОПУЩЕННЯ СТІНОК ПІХВИ

1

2

(21) 2003010164

(22) 04 01 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Золотухін Микола Семенович, Бутіна Людмила Іванівна

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви, який включає передню та задню кольпотомію, черезпіхвову екстирпацію матки без додатків, фасціальну пластику сечового міхура, передню та задню кольпорафію з леваторопластикою, який відрізняється тим, що передню та задню кольпотомію виконують шляхом циркулярного розрізу слизової оболонки стінки піхви на глибину до прилеглої клітковини на відстані 1 см від зовнішнього отвору цервікального каналу, відсепаровують її від поверхні шийки матки спереду до рівня кардинальних зв'язок, а ззаду до рівня крижово-маткових зв'язок, які прошивають, пров'язують та розсікають, далі відшаровують стінку сечового міхура разом із міхуровою фасцією від передньої поверхні шийки матки до рівня матко-

во-міхурової складки очеревини, яку розсікають і потрапляють у черевну порожнину, між крижово-матковими зв'язками ножицями розсікають очеревину заднього склепіння піхви і через цей отвір задньої кольпотомії виводять з черевної порожнини до піхви міомну матку, при цьому виконують два надрізи по краю попереднього циркулярного розрізу стінки піхви розміром до 1 см кожний на відстані один від одного таким чином, щоб вони утворили основу майбутнього клаптика слизової оболонки передньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою на 1 см нижче уретри, який потім вирізають та відшаровують від прилеглої стінки сечового міхура, яку відшаровують від країв розрізу стінки піхви до рівня матково-міхурової складки, накладають кисетний шов на міхурово-піхвову фасцію вздовж складки, яка утворилася між стінкою піхви та стінкою сечового міхура, і одночасно прошивають культи крижово-маткових та кардинальних зв'язок матки, які залишилися екстраперитонеально після екстирпації матки, виконують фасціальну пластику стінки сечового міхура шляхом занурення її углиб отвору кисета при затягуванні кисетного шва, а до піхви після операції вводять один раз на добу упродовж 10 днів свічки "Фтор"

Винахід належить до медицини, а саме до гінекології і може бути використаний для лікування жінок клімактеричного періоду з наявністю міоми матки у сполученні з опущенням стінок піхви.

Міома (фіброміома, лейоміома) матки відноситься до найбільш розповсюджених доброякісних пухлин жіночих статевих органів, яка виявляється у 20-25% жінок репродуктивного віку та у 30-35% жінок, які досягли пременопаузального віку [1, 2]. Згідно з сучасними уявами міома матки не є істинною пухлиною, її слід розглядати як гормонально контрольовану гіперплазію елементів м'язів мезенхімального походження.

Провідним пусковим механізмом внаслідок якого комбіновані клітини гладком'язової тканини міометрія отримують здібність до проліферації є естроген, яка пов'язана з порушеннями мікроциркуляції. Це підтверджує той факт, що при експериментально відтворенні гіперестрогенії у миші відмічається зна-

чне порушення капілярного кровообігу з наступною гіпертрофією міометрія та розвитком міоми.

У період менопаузи відбувається вікова гіпотрофія міометрію і зменшення розмірів міоми матки, але це відбувається не завжди і тому при наявності міоми матки у клімактеричному періоді цей стан потребує лікування.

Відомий спосіб лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви є призначення андрогенів (метилтестостерону чи тестостерона пропіонату) [1]. Андрогени є природними інгібіторами синтезу естрогенів, пригнічують розвиток та дозрівання фолікулу, утворення жовтого тіла та сприяють його атрофії.

Але недоліками цього способу лікування є наявність серйозних побічних явищ (гіпертрофія, зміна голосу), що обмежує його застосування [2].

Ще одним відомим способом лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду є наявність

(13) A

(11) 60588

(19) UA

опущення стінок піхви є застосування гестагенів, які відносяться до похідних норстероїдного ряду (норкопут, примапют-нор) чи їх комбінацій з естрагенами. При цьому значний клінічний ефект спостерігається у кожній третій хворій [2].

Недоліками перелічених консервативних методів лікування міоми матки у клімактеричному періоді з наявністю опущення стінок піхви є те, що їх застосування не усуває ризик виникнення онкопатології молочних залоз та ендометрія, що обумовлює необхідність перепланувати загальну тенденцію консервативного лікування за хворими з міомою матки у постменопаузі.

Крім того, існує багато екстрагенітальних захворювань, які спостерігаються у клімактеричному періоді і при яких застосування гормональної терапії протипоказано. Наявність міоматозно зміненої матки значних розмірів, наявність естрогенної стимуляції, яка підтримує плерпластичні процеси у гормонально-залежних тканинах в період постменопаузи свідчить про відсутність необхідної вікової інволюції в організмі жінки, що може бути небезпечним для її здоров'я. Існує думка, якщо в період менопаузи пухлина не регресує, необхідно виконати у цих жінок видалення матки, щоб уникнути високого ризику розвитку онкопатології репродуктивної системи і тому у жінок постменопаузального періоду число випадків оперативних втручань з приводу міоми матки складає 9,4% [4].

Відомий спосіб лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви, який використовують у літніх жінок з опущенням стінки матки - це проста екстирпація матки через черевну порожнину [3].

Але недоліком цього способу є травматичність абдомінального доступу, що обмежує його застосування у жінок з наявністю екстрагенітальної патології.

Недоліками всіх перелічених способів лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви, всі вони потребують додаткового виконання другої операції через піхву для укріплення тазового дна та пластики сечового міхура [4], а це збільшує травматичність лікування та ускладнює перебіг післяопераційного періоду.

Відомий спосіб лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви, який позбавлений цього недоліку - це черезпіхвова екстирпація матки у модифікації Мейо з кольпопренеорафією та леваторопластиком, який обраний нами як прототип. Його виконують наступним чином [3].

Надрізають слизову оболонку передньої стінки піхви у вигляді клиновидного клаптику з верхівкою на 1,5-2 см нижче зовнішнього отвору уретри та з широкою основою у напрямку до шийки матки та відсепаровують його від міхурової фасції, яку надрізають, а сечовий міхур потім відсепаровують від шийки матки до рівня пузирно-маткової складки очеревини, яку потім розсікають. Потім шийку матки відводять до лону і розсікають задню стінку піхви ножицями роблять задню кольпотомію. Кровотечу з судин у центрі розрізу зупиняють кількома кетгутівими швами.

Бокові стінки піхви розсікають скальпелем і роблять прямі розрізи від кутів ран переднього та зад-

нього склепіння піхви. Стінки піхви відшаровують доверху та вбік до рівня маткових судин. Кульовими щипцями захоплюють передню стінку матки та виводять її через отвір рани переднього склепіння.

На ребра матки послідовно накладають затискачі, починаючи з крижано-маткових та кардинальних зв'язок, а потім на маткові труби, власні зв'язки яєчника, круглі зв'язки матки, судинні пучки, які всі розсікають та відсікають матку. Тканини, які взяті на затискачі, зшивають кушнірським швом, який кріпкий, добре затягується та не потребує окремої пров'язки судин. Чи пров'язують усі зв'язки та судини окремо, а потім з'єднують їх. Для утворення опори для сечового міхура зв'язки матки фіксують до стінок піхви окремими матрациними швами. Слизову оболонку піхви зашивають окремими швами. Виконують задню кольпорафію та леваторопластику за загальною методикою.

Недоліками цього способу лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з опущенням стінок піхви є те, що під час передньої кольпотомії до етапу естирпації матки відшаровують стінку піхви, розрізують фасцію сечового міхура та відшаровують її, що збільшує тривалість операції, кровотечу з дрібних судин навколоміхурової клітковини та ризик травмування стінки сечового міхура, збільшену міомою матку виводять через отвір передньої кольпотомії, що збільшує стиснення при цьому сечового міхура, бо не розсічені крижано-маткові та кардинальні зв'язки обмежують її рухомість. Той факт, що зв'язки та судинні пучки спочатку розсікають, а потім прошивають та пров'язують, збільшує ризик виникнення кровотечі, якщо тканини вислизнуть із затискача, що збільшить крововтрату та тривалість операції. Тільки стінка піхви, до якої фіксують зв'язки матки як у способі прототипу не може бути достатньою опорою для опущеного сечового міхура, якщо він не піднятий на попередній рівень і не укріплений зашитою міхурово-піхвовою фасцією, а це збільшує ризик виникнення рецидиву опущення сечового міхура [5]. А відсутність використання у способі прототипу засобів, які б зменшували запальні процеси у ділянці післяопераційних швів піхви та покращували б їх загоєння збільшує ризик виникнення інфільтративно-запальних ускладнень після операції та віддалених наслідків.

В основу винаходу поставлено задачу у способі лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з опущенням стінок піхви шляхом зміни порядку виконання стадій операції, удосконалення техніки її виконання та застосування нових лікарських засобів з протизапальними та репаративними властивостями, забезпечити спрощення операції, зменшення травматичності та тривалості операції, крововтрати, інфільтративно-запальних змін у зоні операції, покращення загоєння післяопераційних швів та віддалені наслідки зменшення рецидивів.

Поставлене завдання вирішують тим, що у способі лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви, який включає передню та задню кольпотомію, черезпіхвову екстирпацію матки без додатків, фасціальну пластику сечового міхура, передню та задню кольпорафію з леваторопластиком.

Новим є те, що передню та задню кольпотомію спочатку виконують шляхом циркулярного розрізу

слизової оболонки стінки піхви на глибину до підлеглої клітковини на відстані 1 см від зовнішнього отвору цервікального каналу, відсепаровують її від поверхні шийки матки попереду до кардинальних, а позаду - до крижано-маткових зв'язок, які прошивають, пров'язують та розсікають, далі відшаровують стінку сечового міхура разом із міхуровою фасцією від передньої поверхні шийки матки до рівня матково-міхурової складки очеревини, яку розсікають і потрапляють у черевну порожнину, між крижано-матковими зв'язками ножицями розсікають очеревину заднього склепіння піхви і роблять задню кольпотомію через отвір якої і виводять з черевної порожнини до піхви міомну матку, перед тим виконують два надрізи по краю попереднього циркуляторного розрізу стінки піхви розміром 1 см кожний на відстані один від одного, щоб вони утворили основу майбутнього клаптику слизової оболонки піхви у формі трикутника з верхівкою на 1 см нижче уретри, який потім вирізують та відшаровують від підлеглої стінки сечового міхура, яку потім відсепаровують від краєвірозрізу стінки піхви до рівня матково-міхурової складки, накладають на міхурово-піхвову фасцію вздовж складки, яка утворилась між стінкою піхви та стінкою сечового міхура, а для укріплення одночасно прошивають культі крижано-маткових та кардинальних зв'язок матки, які залишилися екстраперитонеально після екстирпації матки, виконують фасціальну пластику стінки сечового міхура шляхом занурення її у глибину отвору кисету при зтягуванні кисетного шву, а до піхви після операції вводять один раз на добу упродовж 10 днів свічки "Фітор"

Між сукупністю суттєвих ознак винаходу та технічним результатом, якого досягають, існує причинно-наслідковий зв'язок

Перевагами цього способу лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви є значне зменшення травматичності оперативного втручання, бо вдається вилучити міомну матку через піхву та провести корекцію опущених стінок піхви та сечового міхура, укріпити тазове дно у межах однієї операції. Те, що крижано-маткові та кардинальні зв'язки розсікаються до моменту вилучення матки з черевної порожнини, а не після неї, як у способі прототипу, значно збільшує її рухомість і покращує виведення до піхви через отвір задньої кольпотомії, який більше ніж отвір передньої кольпотомії, через який виводять матку у способі прототипу. Крім того, при цьому під час виведення менше стискається та травмується сечовий міхур, стінка якого ще прикрита стінкою піхви, а у способі-прототипу передня стінка піхви вже відсепарована під час етапу екстирпації матки і протягом її виконання періодично відновлюється кровотеча з дрібних судин стінки сечового міхура, у той час як у пропонуємому способі, стінку піхви відшаровують від стінки сечового міхура після етапу екстирпації матки і дрібні судини відразу перетискаються під час наступного етапу операції - при зтягуванні кисетного шву, що значно зменшує кровотрату. Перевагою пропонуємої пластики сечового міхура є те, що опущений сечовий міхур відсепаровується від краєвірозрізу стінки піхви до рівня матково-міхурової складки очеревини і таким чином піднімають його на попередній рівень, а одним

кисетним швом вдається відразу утворити єдиний каркас, який одночасно укріплює і фіксує стінку сечового міхура до стінок таза за допомогою фасції та зв'язок. Це зменшує тривалість виконання операції, її травматичність (зменшується кількість швів, набряк та загальну реакцію навколо них), а результат оптимальний - стінка сечового міхура не деформується, а ніби то лежить на опорі з фасції, яку укріплюють і фіксують до стінок таза зв'язки матки. Доповнює позитивні якості техніки операції місцеве застосування свічок "Фітор" завдяки ефективному відновленню захисних функцій організму та активзації обмінних реакцій.

Згідно з інструкцією вони містять біологічно активні речовини, які одержані з лікарських рослин шляхом ліофільного сушіння. Вони містять флавоноїди, каратіноїди, полісахариди, сапоніни, дубильні речовини, понад 30 мікроелементів і тому є ефективним кровоспинним, знеболюючим, жарознижучим засобом, має імуномодулюючі та бактерицидні здібності, нормалізує обмін речовин, кровотворення та кровообіг. Застосування свічок "Фітор" також зменшує інфільтративно-запальні реакції у зоні оперативного втручання, покращує тут мікроциркуляцію та прискорює загоєння швів, що має велике значення у жінок клімактеричного періоду, бо покращує перебіг післяопераційного періоду та зменшує спайковий процес.

Всі переліковані переваги описаного способу лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви підтверджені клінічними спостереженнями у 21 жінки.

Спосіб лікування міоми матки у жінок клімактеричного періоду з наявністю опущення стінок піхви виконують наступним чином. Шийку матки захоплюють кульбовими щипцями та низводять до низу. Роблять циркулярний розріз слизової оболонки стінки піхви на глибину до підлеглої клітковини на відстані 1 см від зовнішнього отвору цервікального каналу та відсепаровують її від поверхні шийки матки попереду до кардинальних зв'язок, які прошивають, пров'язують та розсікають, а позаду до крижано-маткових зв'язок, які також прошивають, пров'язують та розсікають, це збільшує рухомість матки, на кінцях ниток залишають затискачі. Сечовий міхур разом з фасцією та стінкою піхви відшаровують від передньої поверхні шийки матки до рівня матково-міхурової складки, яку розсікають і таким чином потрапляють до черевної порожнини. Ножицями між крижано-матковими зв'язками розсікають очеревину заднього склепіння піхви і через цей отвір задньої кольпотомії виводять з черевної порожнини до піхви міомну матку за допомогою кульбових щипців, попередньо зробивши щоб збільшити отвір два надрізи по краю попереднього циркуляторного розрізу стінки піхви розміром до 1 см кожний на відстані один від одного таким чином, щоб вони утворили основу майбутнього клаптику слизової оболонки передньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою на 1 см нижче уретри для передньої кольпорафії, яку роблять вже після етапу екстирпації матки без додатків, який виконують наступним чином.

З обох боків круглу зв'язку матки та окремо власну зв'язку яєчника разом з трубою прошивають, пров'язують та розсікають, при цьому оголюються

судинні пучки, які також два рази прошивають, пров'язують та розсікають і відсепаровують від шийки матки. Матку відокремлюють від стінок піхви. Очеревину зашивають кисетним швом таким чином, що культі зв'язок залишаються екстраперитонеально.

Потім вирізують клаптик слизової оболонки передньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою на 1 см нижче уретри та з основою між попередніми надрізами по краю циркулярного розрізу та відсепаровують його від стінки сечового міхура, яку потім відшаровують від країв розрізу у стінки піхви до рівня матково-міхурової складки очеревини. Накладають шовковий кисетний шов на міхурово-піхвову фасцію вздовж складки, яка утворилась між стінкою піхви та сечовим міхуром та при цьому прошивають послідовно культі кардинальних та крижано-маткових зв'язок. Копи затягують цей кисетний шов, то одночасно стінку сечового міхура погружують у глибину отвору кисету, який зав'язують таким чином, що стінка сечового міхура ніби лежить на каркасі, який утворюють зшити одним кисетним швом міхурово-піхвова фасція та кардинальні і крижано-маткові зв'язки, які і укріплюють і фіксують стінку сечового міхура одночасно. Слизову стінку піхви зашивають безперервним швом за Реверденом починаючи з верхнього краю (під уретрою) та до низу.

Далі виконують задню кольпорафію та леваторопластику за загальною методикою [3]. Вирізують клаптик слизової оболонки задньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою у середині стінки та з основою по краю Бульварного кільця, розмір якого залежить від ступеня опущення задньої стінки піхви та відсепаровують його від підлеглої клітковини. Нижки m levator ani, які знаходяться у глибині бокових стінках піхви, прошивають трьома шовковими нитками починаючи з середини та у напрямку до краю Бульварного кільця, які зав'язують у такому ж напрямку. Слизову оболонку піхви зашивають безперервним швом за Реверденом до краю Бульварного кільця. На шкіру промежності накладають кілька шовкових швів. Сечу виводять катетером у сечовому міхурі на 2 доби після операції залишають постійний катетер, до піхви кожен день упродовж 10 днів після операції вводять свічки "Фтор".

Для виконання хірургічного етапу способу, що заявляється, використовують інструменти загальноприйняті у хірургічній гінекології. Для виконання терапевтичного етапу застосовують свічки вагінальної марки "Фтор" виробництва ПНЛФ "Фенікс", м. Харків (Україна) ТУ-У 01 040 87 220 20-00.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу.

1. Хвора Б., 51 рік, історія хвороби №5078/750. Надійшла до гінекологічного відділення міської лі-

карні №2 м. Маківки 26.06.2002р з діагнозом: Міома матки, опущення стінок піхви II ступеню.

26.06.02р виконана операція: Черезпіхвова екстирпація матки, передня та задня кольпорафія, леваторопластика. Тривалість операції 60 хвилин. Крововтрата 450 мл.

2. Хвора Г., 52 роки, історія хвороби №7523/1073. Надійшла до гінекологічного відділення міської лікарні №2 м. Маківки 23.08.2002р з діагнозом: Міома матки у пременопаузі, опущення стінок піхви.

23.08.02р виконана операція: Черезпіхвова екстирпація матки, передня та задня кольпорафія, леваторопластика. Тривалість операції 1 година 10 хвилин. Крововтрата 400 мл.

3. Хвора А., 53 роки, історія хвороби №7835/1138. Надійшла до гінекологічного відділення міської лікарні №2 м. Маківки 04.09.2002р з діагнозом: Міома матки, опущення стінок піхви III ступеню.

04.09.02р виконана операція: Черезпіхвова екстирпація матки, передня та задня кольпорафія, леваторопластика. Тривалість операції 1 година 5 хвилин. Крововтрата 400 мл.

Всі жінки були виписані на 8 добу після операції. Післяопераційний період проходив без ускладнень, не було жодного підвищення температури, самостійне виділення сечі відновилось на 2 добу після операції, самостійна дефекація на 4 добу після клізми. Шви на промежності зняті на 5 добу після операції, шви у піхві загоїлись первинним натягненням. Під час огляду через місяць інфільтрації у зоні операції не відмічено, спостерігалось повне відновлення функції сечового міхура з відсутністю відчуття болю.

Джерела інформації, прийняті до уваги при ви-явленні та оформленні заяви на винахід:

1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей - М. Медицина, 1990 - 544с.

2. Коханевич Е.В., Тимошенко Л.В. Миома матки // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України - 1999 - №5/6 - С 82-89.

3. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснополяский В.И. Оперативная гинекология. Руководство для врачей - М. Медицина, 1990 - 464с.

4. Сидорова И.С., Пиддубный М.И., Леваков С.А. Состояние молочных желез у больных с миомой матки в постменопаузе // Вестник российской ассоциации акушеров-гінекологів - 1999 - №1 - С 92-95.

5. Макаров О.В. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки и влагалища // Акушерство и гинекология - 2001 - №1 - С 59-60.