



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60589

(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 ВИПАДІННЯ МАТКИ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ПЕРІОДУ

1

2

(21) 2003010165

(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 випадіння матки у жінок
клімактеричного періоду, який включає передню
кольпотомію, черезпіхвову екстирпацію матки без
придатків, фасціальну пластику сечового міхура,
передню й задню кольпорафію з леваторопласти-
кою разом із застосуванням свічок "Овестин" один
раз на добу протягом 10 днів до і після операції,
який відрізняється тим, що додатково після опе-
рації один раз на добу через день протягом 10 днів
до піхви вводять свічки "Фтор", а передню кольпо-
томію виконують шляхом циркулярного розрізу сли-
зової оболонки стінки піхви на відстані 1 см від

зовнішнього отвору цервікального каналу, яку
відсепаровують разом із стінкою сечового міхура
від передньої поверхні шийки матки до рівня матко-
во-міхурової складки, яку розсікають, а передню
кольпорафію та пластику сечового міхура роблять
після екстирпації матки шляхом вирізування та
відсепарування клаптика слизової оболонки перед-
ньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою на
відстані 1 см нижче зовнішнього отвору уретри та з
основкою по краю циркулярного розрізу стінки піхви,
дапі стінку сечового міхура відсепаровують від країв
цього розрізу до рівня матково-міхурової складки,
накладають кисетний шов на міхурово-піхвову
фасцію вздовж складки, яка утворилась між стінкою
сечового міхура та стінкою піхви, та одночасно
прошивають послідовно купіт крижово-маткових та
кардинальних зв'язок, а при затягуванні кисетного
шва занурюють стінку сечового міхура углиб отвору
кисета

Винахід належить до медицини, а саме до гіне-
кології і може бути використаний для лікування ви-
падіння матки у жінок клімактеричного періоду

У структурі гінекологічних захворювань ви-
падіння матки та піхви зустрічається у 1,7-28%, а 15%
гінекологічних операцій виконується саме з приводу
цієї патології, і рецидиви майже після всіх способів
хірургічного втручання складають від 2,3 до 33% [6,
8]. Це обумовлює той факт, що незважаючи на ве-
лику кількість методик операцій (декілька сотень)
всі вони мають певні недоліки і тому продовжується
пошук найбільш оптимального способу лікування
випадіння матки [6]. У хворих клімактеричного пе-
ріоду з цією патологією за рахунок зниження тону
схв'язочного апарату матки спостерігається зміщен-
ня та нахилених матки до заднього зв'язку з цим збі-
льшується внутрішньочеревний тиск і це приводить
до зміщення сечового міхура до низу. Значна роль у
цьому процесі належить недостатності м'язів тазо-
вого дна. Роз'єднуються крижано-маткові зв'язки,
що сприяє зміщенню вниз стінки прямої кишки. Все
це зумовлює різні порушення функції сечового мі-
хура та кишечника. Лікування цієї патології у жінок

клімактеричного періоду потребує поєднання опе-
ративного втручання разом із місцевим використан-
ням гормональних препаратів типу "Овестин" у ви-
гляді свічок до операції та у післяопераційному
періоді, тому що дефіцит естрогенів у них викликає
атрофічні уrogenітальні порушення. Застосування
"Овестину" знижує частоту порушень функції сечо-
вого міхура, сприяє зменшенню крововтрати під час
операції, покращує процеси загоєння післяопера-
ційних швів у піхві, бо "Овестин" містить естріол,
який викликає проліферацію клітин епітелію піхви,
нормалізує співвідношення нормальної та умовно-
патогенної мікрофлори піхви [9].

Головним завданням оперативного втручання
під час лікування випадіння матки є відновлення
порушень анатомічних взаємовідношень матки з
сечовим міхуром та кишечником, тому для корекції
функції цих органів необхідно виконувати одночас-
но декілька операцій.

Найчастіше використовують патогенетичне
обумовлений метод комбінованої двох етапної опе-
рації, яка складається, по-перше з пластики тазо-
вого дна та стінок піхви (через піхвовий етап) і, по-

(13) A

(11) 60589

(19) UA

друге укріплення матки чи її культи через черевну порожнину [6]

Існує багато способів укріплення матки через черевну порожнину, які виконують у літніх жінок

Відомий спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду шляхом вентрофіксації, коли після нижньосередньої лапаротомії матку виводять з черевної порожнини, верхній кут очереви зашивають і підводять під матку, а нижній - фіксують до передньої поверхні матки таким чином, що вона ніби то лежить на очеревині, паралельно черевній порожнині [2]

Недоліком відомого способу лікування є те, що коли матка фіксується до передньої черевної порожнини утворюються антифізіологічні умови для матки та навколишніх органів, тому після фіксації часто з'являються відчуття болю. Крім того після цих операцій часто виникають рецидиви, тому що не усувається провідна причина опущення та випадіння матки [7]

Ще один спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду, коли проводять вентроросуспензію матки завдяки скороченню круглих зв'язок матки шляхом підшивання їх до апоневрозу чи зшивання між собою [2]

Відомий спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду це укріплення матки у ділянці крижано-маткових зв'язок, апоневротичними клаптиками, які викроюють з апоневрозу зовнішніх косих м'язів живота і підводять до зв'язок екстраперитонеально [6]

Недоліками цих способів фіксації матки є те, що вони хоча і більш анатомічні, ніж попередній, але також потребують виконання лапаротомії, а потім вже виконується черехпихвовий етап укріплення тазового дна, який іноді виконують на декілька місяців пізніше і лікування випадіння матки фактично перетворюється на дві операції, що значно збільшує навантаження на організм. У жінок літнього віку у клімактеричному періоді дуже часто спостерігаються різні екстрагенітальні захворювання, при яких їм протипоказана лапаротомія або є захворювання, трофічні та рубцеві зміни шийки матки

Відомим способом лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду, який не потребує лапаротомії виконують шляхом черезпихвової екстирпації матки з наступним укріпленням культи піхви [7]

Недоліками перелічених способів є те, що вони не проводять укріплення опущеного сечового міхура та відновлення його порушеної функції. У жінок клімактеричного періоду випадіння матки супроводжується порушеннями функції сечового міхура, а саме неотриманням сечі, тому під час лікування випадіння матки потрібно виконувати укріплення тазового дна та проводити пластику сечового міхура і передньої стінки піхви

Відомий спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду, коли проводять укріплення сечового міхура тим, що передню стінку піхви розсікають овальним чи серединним розрізом, який починається на 1 см нижче уретри та продовжується до шийки матки, навколо якої роблять циркулярний розріз. Стінку піхви відсепаровують від підлеглого сечового міхура, який потім відсепаровують від передньої поверхні шийки матки до рівня переший-

ку матки. При цьому кардинальні зв'язки прошивають та розсікають. Виконують екстирпацію матки, а для укріплення тазового дна зв'язують культи зв'язок (круглих, власних, крижано-маткових, кардинальних) між собою, зашивають міхурово-пихвову фасцію кількома кисетними швами або роблять її дублюкатуру [8]

Недоліком цього способу є те, що після операції дуже часто виникають рецидиви - опущення сечового міхура та нетримання сечі, бо сечовий міхур не піднімається на початковий рівень, а тільки зашита фасція утворює недостатню опору для сечового міхура [9]

Відомий спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду з укріпленням стінки сечового міхура, коли кількома швами зашивають везікоцервікальну фасцію та фіксують її до стінки матки у області внутрішнього зева чи до шийки матки або інших навколишніх структур, а щоб зробити для сечового міхура опору під ним зшивають кардинальні зв'язки [3]

Недоліком цього способу лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду є наявність великої кількості швів, що збільшує запально-інфільтративні процеси у зоні оперативного втручання та післяопераційні ускладнення

Відомий спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду із корекцією нетримання сечі виконують за допомогою пубовальпального еліпсу чи уретровезікопексії, метою яких є фіксація патологічно рухомої уретри за допомогою апоневротичних клаптиків або мерсиленової сітки, які спеціальними голками-проводниками проводять між лоном і сечовим міхуром і фіксують до апоневрозу у надлобковій ділянці - операції по Берчу, Перейри, Олдріджа [5], або проводять укріплення шийки сечового міхура по Келі [2]

Недоліками всіх перелічених способів лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду та пластики сечового міхура та уретри є те, що вони складні у технічному виконанні, потребують спеціальних інструментів та високої кваліфікації хірурга-гінеколога, який повинен добре знати особливості топографії сечостатевої системи, володіти технікою урогінекологічних операцій. Тому ці операції можуть виконуватися тільки у великих спеціалізованих клініках, що значно обмежує можливості застосування цих способів при лікуванні випадіння матки. Крім того, після операцій може виникати інфравезікальна обструкція уретри із затримкою виділення сечі і тоді необхідно розсікати еліпс [4]

Найбільш близький до пропонуємого способу лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду, який ми обрали як прототип виконують наступним чином [4]

1-й етап - В асептичних умовах відступають на 1,5 см від зовнішнього отвору уретри і виконують трикутний розріз передньої стінки піхви, який переходить у циркулярний розріз на шийці матки у основі утвореного трикутника. Стінку піхви тупим і гострим шляхом відсепаровують від підлеглих тканин. У сечовий міхур вводять катетер Фолея. Гострим шляхом виділяють уретру та шийку сечового міхура та сечовий міхур парауретралью тупо формують канали за лоном з обох боків

2-й етап. Виконують екстирпацію матки по зага-

льноприйнятій методиці

3-й етап На внутрішню фасцію таза на рівні шийки сечового міхура накладають обвивний шов. За допомогою спеціального провідника нитки проводять за лоном через попередньо сформований канал знизу доверху і виводять над апоневрозом у надлобковий ділянці. У парауретральні канали вводять по 1мл ціанакрилового клею після цього під цистоскопічним контролем нитки підтягують та зв'язують між собою підшкірно над апоневрозом.

4-й етап Виконують кольпоперинеорафію з леваторопластикою за загальноприйнятою методикою.

Крововтрата при цьому методі лікування становить 500мл. Постійний катетер Фолея залишають у сечовому міхурі на 5 діб. Самостійне виділення сечі відновлюється через 0,8 дня після вилучення постійного катетера, тобто через 6 діб після операції [4].

Недоліками способу є те, що відсепаровку трикутного клаптика стінки піхви від сечового міхура виконують раніше ніж етап черезпіхвової екстирпації матки протягом якої потім спостерігається кровотеча з дрібних судин та венозних сплелнь, які травмуються під час відсепаровки клаптика стінки піхви, а це збільшує крововтрату. Збільшується травматичність та тривалість операції під час формування парауретральних каналів за лоном з обох боків, що збільшує ризик травмування уретри чи сечового міхура з наступними ускладненнями, а виконання етапу уретровезиковапнопексії потребує використання спеціальних голок-проводників під контролем цистоскопа, який рідко існує у гінекологічних відділеннях і працюють з ним спеціально підготовлені фахівці. Отже застосовувати цей спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду можуть тільки лікарі, які достатньо володіють технікою операцій на урогенітальному тракті і тільки у спеціалізованих, технічно-оснащених гінекологічних відділеннях чи центрах, що зменшує його поширеність з приводу низької доступності для оволодіння технікою методу операції лікарями-гінекологами, а це обмежує можливості його використання у хворих. Відомо, що у жінок клімактеричного періоду внаслідок дефіциту естрогенів порушуються відновлювальні процеси у слизовій піхви [9], у способі прототипі це не враховано і жінкам як до операції, так і після неї не призначалися гормональні препарати та інші засоби, які покращують репаративні процеси у зоні операції.

В основу винаходу поставлено задачу у способі лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду шляхом зміни порядку виконання етапів операції та удосконалення її техніки, застосування нових лікарських протизапальних та репаративних засобів, забезпечити доступність та спрощення лікування, зменшення травматичності, крововтрати, тривалості операції, поліпшення перебігу післяопераційного періоду, покращання загоєння швів після операції, зменшення рецидивів та віддалених наслідків.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду, який включає передню кольпотомію, черезпіхвову екстирпацію матки без додатків, фасціальну пластику сечового міхура, передню та за-

дню кольпорафію з леваторопластикою разом із введенням до піхви свічок "Овестин" один раз на добу упродовж 10 днів до і після операції.

Новим є те, що додатково після операції один раз на добу через день упродовж 10 днів до піхви вводять свічки "Фтор", в передню кольпотомію виконують шляхом циркулярного розрізу слизової оболонки стінки піхви на відстані 1см від зовнішнього отвору цервікального каналу, яку відсепаровують разом із стінкою сечового міхура від передньої поверхні шийки матки до рівня матково-міхурової складки, яку розсікають, а передню кольпорафію та пластику сечового міхура роблять після екстирпації матки шляхом вирізування та відсепарування клаптика слизової оболонки передньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою на відстані 1см нижче зовнішнього отвору уретри та з основою по краю циркулярного розрізу стінки піхви, далі стінку сечового міхура відсепаровують від країв цього розрізу до рівня матково-міхурової складки, накладають кисетний шов на міхурово-піхвову фасцію вздовж складки, яка утворилась між стінкою сечового міхура та стінкою піхви та одночасно прошивають поспільово культи крижано-маткових та кардинальних зв'язок, а при затягуванні кисетного шву погружають стінку сечового міхура у глибину отвору кисету.

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

Переваги цього способу лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду полягають в тому, що хірургічне лікування поєднується із застосуванням медикаментозних засобів, які покращують виконання операції і перебіг післяопераційного періоду. Застосування свічок "Овестин" до операції супроводжується благотворним впливом естріолу, який вони містять, на стан сечостатевої системи жінок, яке обумовлено наявністю в урогенітальному тракті естрогенпов'язуючого білку. Це сприяє профілактиці урогенітальної інфекції, стимулює відновлення епітелію, нормалізує співвідношення нормальної та умовно-патогенної мікрофлори та Ph піхви. А це забезпечує зменшення запальних процесів після операції у ділянці швів піхви.

Наявність естрогенних рецепторів не тільки у слизовій, а й у судинах та м'язах тазового дна обумовлює ефективність застосування свічок "Овестин" для профілактики та лікування нестримання сечі при випадінні матки у клімактеричному періоді та має велике значення для покращання кровопостачання, зменшення набряку та інфільтрації як під час підготовки до пластичної операції, так і у післяопераційному періоді [9]. Препарати естріолу викликають проліферацію клітин епітелію піхви і покращують регенерацію у рані [8].

З метою покращення загоєння післяопераційних швів піхви до комплексного лікування було включено свічки "Фтор", які згідно з інструкцією до використання, сприяють ефективному відновленню захисних функцій організму і активації обмінних реакцій і пропонуються використовувати в гінекології для лікування вульвовагінітів, ерозій шийки матки. Ці свічки містять біологічно-активні речовини (флавоноїди, каратіноїди, полісахариди, сапоніни, дубильні речовини, понад 30 мікроелементів), які одержані з лікарських рослин шляхом ліофільного

сушіння. Свчки "Фтор" є ефективним кровоспинним, знеболюючим, жарознижуючим засобом, мають бактерицидні та імуномодельючі здібності, нормалізують обмін речовин, кровотворення та кровообіг. Таким чином, при застосуванні свчок "Фтор" ми відразу позитивно впливаємо на провідні ланки перебігу загоєння післяопераційних швів.

Позитивно впливає на перебіг післяопераційного періоду і удосконалення техніки операції.

Те, що клаптик стінки піхви для передньої кольпорафії відсепаровують після закінчення етапу екстирпації матки, а не до нього як у способі прототипу, зменшує тривалість кровотечі з дрібних судин навколоміхурової клітковини, які травмуються при цьому, а той факт, що під час екстирпації матки стінка сечового міхура не оголена, як при методі прототипу, а знаходиться під стінкою піхви, зменшує його тупе травмування. Відсепарування сечового міхура від країв розрізу стінки піхви до рівня матково-міхурової складки піднімає опущену стінку сечового міхура на початковий рівень, що покращує її занурення у глибину отвору кисету, який накладають на міхурово-піхвову фасцію також на рівні міхурово-маткової складки, тобто значно вище рівня знаходження опущеного сечового міхура, таким чином ліквідується опущення стінки сечового міхура і відновлення його функції.

Методика фасціальної пластики сечового міхура, яка пропонується відповідно винаходу, значно зменшує тривалість операції і простіша у виконанні та супроводжується меншим травмуванням навколоміхурових тканин ніж при способі прототипу, а це покращує перебіг післяопераційного періоду і сприяє більш скорішому відновленню функції сечостатевої системи, а прошивання під час накладення кисетного шву крижано-маткових та кардинальних зв'язок матки утворює додатковий каркас разом з міхурово-піхвовою фасцією для укріплення тазового дна, що зменшує рецидиви випадіння.

Отже, переваги пропонуємого методу у комплексі взаємно доповнюють один одне. Так, застосування свчок "Овестин", які містять естріон, покращує відшарування стінки піхви від підлеглих тканин та зменшує крововтрату при цьому, це доповнюється тим фактом, що відшарування клаптику стінки піхви від стінки сечового міхура виконують після етапу чрезпіхвової екстирпації матки, а це зменшує тривалість кровотечі з дрібних судин навколоміхурової клітковини, стінки сечового міхура, яка відразу зупиняється під час наступного етапу операції - зтягування кисетного шва, який накладають на міхурово-піхвову фасцію. Позитивним у способі є той момент, що при зтягуванні цього шву стінка сечового міхура не деформується, а тільки піднімається над зробленим фасціальним каркасом, який закріплюється до крижано-маткових та кардинальних зв'язок і таким чином попереджується подальший рецидив опущення стінки сечового міхура. Тобто менш травматичний (шляхом одного кисетного шву зашивається і фасція, і зв'язки), досить простий у виконанні спосіб пластики стінки сечового міхура забезпечує одночасно і фіксацію стінки сечового міхура і укріплення тазового дна при зменшенні тривалості операції та кількості швів, що у свою чергу зменшує інфільтративно-запальні процеси у зоні операції.

Застосування у післяопераційному періоді свчок "Овестин" чергуючи з свчками "Фтор" також зменшує запалення у зоні операції за рахунок підтримки нормальної мікрофлори піхви, підвищення імунітету, що обумовлює покращення загоєння післяопераційних швів у ділянці оперативного втручання, а це покращує перебіг післяопераційного періоду та, в свою чергу, зменшує утворення спайок та віддалені наслідки операції.

Всі перелічені переваги описаного способу лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду підтверджені клінічними спостереженнями у 70 жінок.

Спосіб лікування випадіння матки у жінок клімактеричного періоду виконують наступним чином. Шийка матки захоплюється кульовими щипцями та низводиться до низу. Виконується циркулярний розріз слизової оболонки стінки піхви на границі рухомої та нерухомої частини навколо шийки матки на відстані 1 см від зовнішнього отвору цервікального каналу та відсепаровується під контролем металевго катетеру разом із міхурово-піхвовою фасцією та стінкою сечового міхура від передньої поверхні шийки матки до рівня матково-міхурової складки очеревини, яку розсікають і таким чином потрапляють до черевної порожнини. Під час відсепарування прошивають, пров'язують та розсікають кардинальні зв'язки матки на кінці лігатур накладають затискач. Це покращує рухомість матки. Дно матки захоплюють кульовими щипцями та виводять з черевної порожнини до піхви через отвір передньої кольпотомії. Далі виконують усі етапи екстирпації матки без додатків [2]. Власну зв'язку яєчника, трубу, круглу зв'язку матки разом прошивають і пров'язують два рази та розсікають з обох боків і таким чином оголюють судинні пучки, які прошивають, пров'язують та розсікають на рівні внутрішнього зеву матки та відсепаровують від шийки матки. Прошивають, пров'язують та розсікають крижано-маткові зв'язки з обох боків та відсікають матку від задньої стінки піхви. Перитонізацію виконують за допомогою циркулярного шву, яким зашивають матково-міхурову складку очеревини та широкі зв'язки матки таким чином, що кульп всіх зв'язок залишаються екстраперитонеально та їх потім зв'язують між собою щоб закріпити тазове дно та зробити з них потім опору для сечового міхура.

Далі виконують етап передньої кольпорафії та фасціальної пластики сечового міхура. Для цього вирізують клаптик слизової оболонки передньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою на відстані 1 см нижче зовнішнього отвору уретри та з основою по передньому краю циркулярного розрізу стінки піхви і відсепаровують цей клаптик від підлеглої стінки сечового міхура, яку потім відсепаровують від країв зробленого розрізу стінки піхви знизу та з боків до рівня матково-міхурової складки очеревини. Накладають кисетний шов на міхурово-піхвову фасцію вздовж складки, що утворилась між стінкою сечового міхура та стінкою піхви і прошивають при цьому кульп крижано-маткових та кардинальних зв'язок. Фасціальну пластику стінки сечового міхура роблять шляхом занурення її у глибину отвору кисету під час зтягування кисетного шву. Стінку піхви зашивають безперервним кетгуттовим швом за Реверденом, починаючи від краю нижче

уретри та донизу до кінця

Для задньої кольпорафії вирізують та відсепаровують клаптик слизової оболонки задньої стінки піхви у формі трикутника з верхівкою у центрі піхви та основою по краю вульварного кільця, розмір якого залежить від ступеня опущення задньої стінки піхви. Далі трьома шовковими нитками прошивають нижки m levator ani, які знаходяться у глибині бічних стінок піхви, починаючи з середини та у напрямку до краю Бульварного кільця. Потім вони пров'язуються у такому ж напрямку. Слизова задньої стінки піхви зашивається безперервним кетгуттовим швом за Реверденом починаючи з середини та у напрямку до краю Бульварного кільця. На шкіру промежності накладають шовкові лігатури, кількість яких залежить від розміру трикутного клаптику. Постійний катетер залишають у сечовому міхурі на 2 доби після операції. Крім того, до піхви один раз на добу вводять упродовж 10 днів свічки "Овестин" до операції кожен день, а після операції чергують через день із введенням свічок "Фтор".

Для виконання хірургічного етапу способу, що заявляється, використовують інструменти та апарати загальноприйняті у хірургічній гінекології. Для виконання медикаментозної частини способу застосовують вагінальні свічки марки "Овестин" виробництва фірми "Органон" (Нідерланди) та свічки вагінальні марки "Фтор" виробництва ПНЛФ "Фенікс" м. Харків (Україна) ТУ - УО1 040 67 220 20-00.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу

1. Хвора С, 73 роки, історія хвороби №8115 надійшла до гінекологічного відділення Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання 11.04.2000р з діагнозом: Неповне випадіння матки. Амбулаторне застосовувала свічки "Овестин" 10 днів, була прооперована 18.04.2000р. Операція черезпіхвова екстирпація матки без додатків, передня та задня кольпорафія, леватопластика. Тривалість операції 55 хвилин. Крововтрата 350,0мл. 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. Виписана 25.04.2000р на 7 добу після операції.

Шви у піхві загоїлись первинним натягненням. Через 1 місяць виконували огляд через піхву, інфільтрації післяопераційних швів не спостерігалось, а при проведенні дослідження з кашльовою пробою спостерігалось повне відновлення функції сечового міхура при відсутності відчуття болю.

2. Хвора Д, 70 років, історія хвороби №14000 надійшла до гінекологічного відділення Донецького

обласного клінічного територіального медичного об'єднання 05.07.2000р з діагнозом: Повне випадіння матки. Амбулаторне застосовувала свічки "Овестин" 10 днів, була прооперована 13.07.2000р. Операція черезпіхвова екстирпація матки без додатків, передня та задня кольпорафія, леватопластика. Тривалість операції 60 хвилин. Крововтрата 300,0мл. Післяопераційний період проходив без ускладнень, не було жодного підвищення температури, самостійне виділення сечі відновилось на 2 добу, самостійна дефекація на 4 добу після клізми. Виписана 21.07.2000р на 8 добу після операції.

Шви у піхві загоїлись первинним натягненням. Через 1 місяць виконували огляд через піхву, інфільтрації післяопераційних швів не спостерігалось, а при проведенні дослідження з кашльовою пробою спостерігалось повне відновлення функції сечового міхура при відсутності відчуття болю.

Джерела інформації, прийняті до уваги при виявленні та оформленні заяви на винахід

1. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов - 1999 - № 3 - С 87-89.

2. Давыдов С.Н., Хромов Б.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций - М. Знание М. - Запорожье. Знание, 1998 - 296с.

3. Деклараційний патент України №45940А Мірович Є.Д. "Спосіб хірургічного лікування цистоцеле" - 2002, Бюл. №4.

4. Ищенко А.И., Чумаков Ю.В., Слободянюк А.И. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки в сочетании с недержанием мочи при напряжении // Акушерство и гинекология - 2000 - №1 - С 32-36.

5. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии - М. Медицина, 1986 - 488с.

6. Краснополяский В.И., Буянова С.Н., Савельева И.С. Реабилитация больных с опущением и выпадением внутренних половых органов // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов - 1997 - №1 - С 105-110.

7. Кулаков В.А., Селезнева Н.Д., Краснополяский В.И. Оперативная гинекология - М. Медицина, 1990 - 464с.

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

9. Татарчук Т.Ф., Сельский Я.П., Поворознюк В.В. Принципы и методы коррекции гормональных нарушений в пери- и постменопаузе. Методические рекомендации - Киев, 2000 - 25с.