



УКРАЇНА

(19) UA (11) 10585 (13) A

(51) A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23 XII. 1993 р.Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ КОЛЬПОПОЕЗА

1

(21) 93007409

(22) 22.07.93

(24) 25.12.96

(46) 25.12.96. Бюл. № 4

(56) Давыдов Н.С. Брюшинный кольпопоз. Ленинград, 1977, с. 29.

(72) Чайка Володимир Кирилович, Матицина Любов Александрівна

(73) Донецький регіональний центр по охороні материнства та дитинства (UA)

(57) Способ кольпопоза, включающий выполнение разреза в области предполагаемого влагалища выше задней спайки, формирование туннеля между уретрой и прямой кишкой до брюшины прямокишечно-маточного пространства, выполнение разреза брюшины дугласова канала и подтягивание брюшины для создания ложа влагалища, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что разрез для создания ложа для будущего влагалища выполняют полулунным, повторяя форму задней спайки и отступя от нее на 2,5-3,0 мм в

2

сторону преддверия влагалища по нижнему краю предполагаемой локализации гимена, затем выполняют туннель до брюшины прямокишечно-маточного пространства с щадящим тупым расслоением клетчатки в боковых направлениях и отслоением брюшины прямокишечно-маточного кармана от кишки и по бокам, вводят мягкий катетер в мочевой пузырь, после чего удаляют рудиментарную нефункционирующую матку, причем вначале мобилизуют ее отсечением маточных труб, собственных связок яичников и круглых маточных связок, затем вскрывают брюшину пузырно-маточной складки, перевязывают сосуды, отсекают матку, низводят брюшину в ложе будущего влагалища, фиксируют ее к краю слизистой входа во влагалище, формируя купол влагалища со стороны брюшной полости, производят перитонизацию, наглухо изолируя брюшную полость от созданного влагалища, а влагалище тампонируют резиновым протектором на мазевой основе.

Изобретение относится к медицине, а именно к акушерству и гинекологии и может быть использовано при формировании искусственного влагалища у девушек с синдромом Рокитанского-Кюстера-Майера.

Синдром Рокитанского-Кюстера-Майера – аномалия развития, выражающаяся аплазией матки и влагалища при проявлении циклической деятельности яичников, функционирующих нормально [1,2]. У пациенток

с данным заболеванием – женский фенотип, женский генотип, женский паспортный пол. Влагалище и матка представлены тонкими соединительнотканными шнурами. Иногда в них имеются эндометриальноподобные элементы [3]. Яичники развиты и функционируют нормально, но нередко оказываются несколько больших размеров, чем у женщин с нормально развитым влагалищем и маткой [2].

(19) UA (11) 10585 (13) A

Сущность способа-прототипа заключается в следующем:

– производят линейный разрез слизистой входа во влагалище в поперечном направлении и создают канал путем рассечения седалищно-пещеристой мышцы, широкого отслаивания брюшины прямокишечно-маточного углубления (кармана) от кишки и по бокам, затем вводят корнцанг, туго тампонируют;

– после осмотра тазовых органов (фиг. 1), мягким зажимом захватывается середина рудимента матки. При подтягивании рудимента спереди становится более доступным для осмотра прямокишечно-маточное углубление. На дне прямокишечно-маточного кармана над корнцангом производят поперечный разрез брюшины длиной 4 мм, тампон удаляют. На передний, боковые и задний края разреза накладывают лигатуры, выводят их через образованный канал с помощью корнцанга и втягивают брюшинный цилиндр в ложе, созданное для влагалища, после чего создают дно брюшной полости, сшивая рудименты матки и брюшину крестцово-маточных связок. Швы накладывают по обе стороны от прямой кишки, оставляя между ними пространство не менее 4 см, но сшивают брюшину с передней стенкой кишки. Яичники и трубы должны оставаться в брюшной полости;

– соединяют отдельными кетгутовыми швами периферические края брюшинного цилиндра с краями разреза входа во влагалище.

В неовлагалище вводят тампон с синтомициновой эмульсией, который меняют на 4-й день, затем ежедневно до эпителизации места соединения брюшины со слизистой оболочкой влагалища.

К числу основных недостатков способа следует отнести:

– нефизиологический линейный разрез слизистой входа во влагалище, который в дальнейшем не воспроизводит нормальную анатомию преддверия и входа во влагалище;

– сохранение рудимента матки, что в дальнейшем может способствовать возникновению опухолевых процессов;

– выполнение пространства между последним швом, наложенным на прямокишечно-маточные складки и крестцом не менее двух поперечных пальцев, рекомендуемое автором, создает возможность сообщения неовлагалища и брюшной полости;

– наложение шва на прямокишечно-маточные складки так, что в него подхватывают переднюю стенку прямой кишки и таким образом, по мнению автора, обеспе-

чивая "почти полную изоляцию брюшной полости от искусственного влагалища", что ведет, однако, к недостаточной герметичности и "крепости" дна брюшной полости и травмирует прямую кишку;

– чрезмерное расслоение клетчатки в боковых направлениях при проведении 1-го этапа операции, что приводит к ранению вен и мелких конечных артерий в районе внутренней срамной артерии и значительным кровотечениям.

С целью устранения указанных недостатков, а именно с целью снижения осложнений как в послеоперационном, так и в отдаленном периоде, а также получения более стойкого клинического эффекта, для создания ложа будущего влагалища разрез выполняют полулунным параллельно задней спайке, отступая от нее на 3 мм в сторону преддверия влагалища по нижнему краю места предполагаемого гимена, вводят мягкий катетер в мочевого пузырь, затем выполняют туннель до брюшины прямокишечно-маточного пространства щадящим тупым расслоением клетчатки в боковых направлениях и широкого отслоения брюшины прямокишечного кармана от кишки и по бокам, после чего удаляют рудиментарную нефункционирующую матку, вначале мобилизуя матку отсечением маточных труб, собственных связок яичников и круглых маточных связок, затем вскрывают брюшину пузырно-маточной складки, перевязывая маточные сосуды и отсекая матку, после этого низводят брюшину в ложе будущего влагалища, формируя купол влагалища со стороны брюшной полости, производят перитонизацию, наглухо изолируя брюшную полость от созданного влагалища, а влагалище тампонируют резиновым протектором на мазевой основе.

К числу существенных признаков способа, обеспечивающих положительный эффект относится:

– полулунная форма разреза для создания входа в формируемое влагалище, которая обеспечивает в дальнейшем нормальную анатомию преддверия и входа во влагалище;

– удаление рудимента бесполезной нефункционирующей матки, что в отличие от прототипа (по которому, ушивая дно брюшной полости, формируют купол влагалища таким образом, что передняя стенка прямой кишки является задней стенкой неовлагалища в верхней его части, при этом травмируется прямая кишка и ограничивается ее подвижность, т.е. она оказывается "привязанной" к куполу неовлагалища) обеспечивает исключение травмирования прямой

кишки, так как она не участвует в формировании купола неовлагалища, что стало технически осуществимо вследствие приема удаления рудимента матки;

– выполнение туннеля под формируемое влагалище таким образом, что расслоение клетчатки брюшины прямокишечно-маточного пространства производят щадящим образом. Брюшную полость, наглухо ушивая, надежно изолируют от созданного влагалища.

Сущность способа поясняется рисунками, где на фиг.1 изображены органы малого таза при аплазии матки и влагалища (синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера), где 1 – мочевого пузыря; 2 – рудимент матки с булавовидными утолщениями – 4; 3 – круглая маточная связка; 5 – яичник, 6 – маточная труба; 7 – прямая кишка.

На фиг.2 показан 1-й этап операции со стороны промежности, т.е. форма выполнения разреза и направление формирования канала под влагалище; на фиг.3 показан этап рассечения брюшины дугласова кармана; на фиг.4 показано выведение листков брюшины, после удаления рудимента матки в промежность; на фиг.5 показан конечный результат, т.е. созданное неовлагалище, а на фиг.6 для сравнения показан кольпопоз по способу-прототипу, где купол влагалища "привязан" к прямой кишке.

Способ осуществляют следующим образом.

I этап. Создают ложе будущего влагалища путем рассечения соединительно-тканной перегородки преддверия влагалища полулунным разрезом 9 параллельно задней спайки, отступая от нее на 3 мм в сторону преддверия влагалища (длина разреза 3 см). Потом создают тупым путем туннель 8 (в направлении 10, показанном на фиг.2) до брюшины прямокишечно-маточного пространства 11. При наличии соединительно-тканых перегородок (перемычек) последние пересекают острым путем. При образовании "туннеля" 8 для будущего влагалища тупым путем от мочевого пузыря 1 и прямой кишки 7 отсепааровывают клетчатку. Травмирование уретры и прямой кишки исключают благодаря предварительному введению мягкого катетера в уретру и расширителя Гегара № 9 в прямую кишку.

II этап. После создания ложа будущего искусственного влагалища производят чревосечение: лапаротомиию по Пфанненштилю надлобковым разрезом.

1. Удаляют рудиментарную двуроговую матку поэтапно:

– мобилизируют матку отсечением маточных труб (собственных связок яичника и круглых маточных связок);

– вскрывают брюшину пузырно-маточной складки;

– клеммируют сосуды и перевязывают маточные сосуды с обеих сторон;

– отсекают рудиментарную двуроговую матку

2 Вскрывают брюшину дугласова кармана (маточно-прямокишечного углубления) со стороны брюшной полости после введения протектора в сформированное ложе влагалища разрезом до 3 см.

3 Края брюшины прошивают четырьмя лигатурами (проводниками) Ассистент вводит через сформированное ложе будущего влагалища зажим Микулича, захватывая кетгутовую лигатуру, низводят ее и листки брюшины 12 к образованному входу во влагалище 13, где фиксируют, пришивая к краям будущего входа во влагалище (преддверие влагалища) узловатыми кетгутовыми швами (лигатурами) На фиг 3 видно, что образованный купол влагалища 14 не связан с прямой кишкой 7 и таким образом не нарушается нормальная топографическая анатомия органов малого таза.

4 Для образования купола влагалища производят перитонизацию за счет *plica vesico-uterina*, круглых маточных связок, листков широких связок и крестцово-маточных связок, затем накладывают второй ряд – кетгутовый шов для укрепления сформированного купола влагалища.

5 Созданное таким образом влагалище тампонируют резиновым протектором на мазевой основе.

Пример. Больная Д., 18 лет. Д-з синдром Рокитанского-Кюстнера-Майера. Произведена операция брюшинного кольпопоза под эндотрахеальным наркозом. Выполнен полулунный разрез слизистой преддверия влагалища длиной до 3 см, отступая на 3 мм от предполагаемого нижнего края гимена. Сформировали канал между уретрой и прямой кишкой до брюшины прямокишечно-маточного углубления. Разрезом до 12 см произвели разрез по Пфанненштилю. Гемостаз. Ревизия органов малого таза: матка представлена в виде двух булавовидных фиброзно-мышечных тяжей, рудиментарная. Яичники 3,3x2x1,5 см обычной формы и структуры. Произвели мобилизацию матки отсечением маточных труб, собственных связок, вскрыта брюшина пузырно-маточной складки, клеммированы и перевязаны маточные сосуды с обеих сторон. Отсекли матку. В области прямокишечно-маточного углубления произвели разрез

брюшины в поперечном направлении длиной до 3 см. Края брюшины прошиты четырьмя лигатурами, переданы ассистенту, посредством зажима Микулича для ее низведения и фиксации ко входу во влагалище; пришиты узловатыми кетгутowymi швами. Для образования купола влагалища произведена перитонизация за счет круглых маточных связок, листков широкой связки, рfиса vesico-uterina, крестцово-маточных связок. Купол влагалища укреплен вторым рядом путем наложения кисетного шва на брюшину в месте сформированного купола влагалища. Течение послеоперационного периода гладкое. Смена тампонов – ежедневно. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Швы сняты на 7-е сутки. Созданное влагалище длиной до 11 см, шириной до 3,5 см. Выписана в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через год. Влагалище прежних размеров. Замужем. Регулярно живет половой жизнью. Влагалище хорошо растяжимо, рубцовых изменений и сужений в области входа нет.

По заявленному способу выполнено 13 операций. В таблице представлены результаты в сравнении со способом-прототипом.

Во время операций осложнений (патологической кровопотери, травмы прямой кишки и травмы мочевого пузыря) не было при выполнении операции по заявленному способу, в отличие от способа-прототипа, где осложнения составили 8%. Послеоперационных осложнений (нагноение операционной раны брюшной стенки, либо области входа во влагалище, тромбоз вен нижних

конечностей, парез кишечника, цистит, длительный субфебрилитет) в заявляемом способе отсутствовали. Для сравнения в способе-прототипе послеоперационные осложнения составили 17%. В заявляемом способе наблюдались явные преимущества в ведении послеоперационного периода: раннее вставание на 2-3 сутки после операции, т.е. на 7 дней раньше, чем при способе по Н.С.Давыдову; средний послеоперационный койко-день составил 14,5 в заявляемом способе (для сравнения: 20,7 при способе-прототипе, выписка больных производилась между 12-м и 18-м днями в заявляемом способе и между 15-м и 26-м днями при способе по Н.С.Давыдову). Половую жизнь пациентки начинали после оперативного лечения по нашей методике сразу после выписки из стационара, а при использовании способа по Н.С.Давыдову начало половой жизни рекомендовано через 5-8 дней после выписки из стационара, т.е. почти через месяц после оперативного лечения.

Прослежены отдаленные результаты:

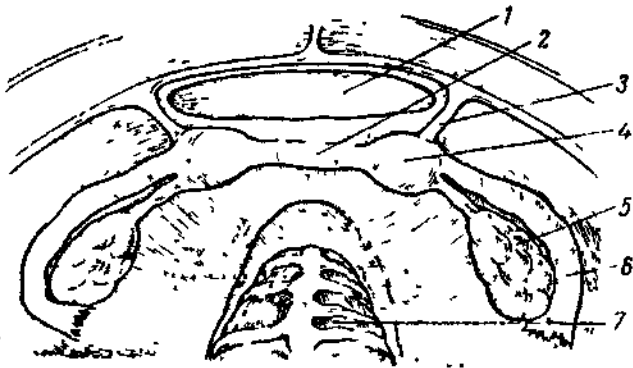
через три года осмотрены 3-е больных;
через два года – 4-о больных;
через один год – 6-о больных.

Все пациентки живут регулярной половой жизнью, 9 из них замужем. Влагалище у всех оперированных женщин хорошо растяжимо; сужений влагалища и рубцовых изменений входа во влагалище нет.

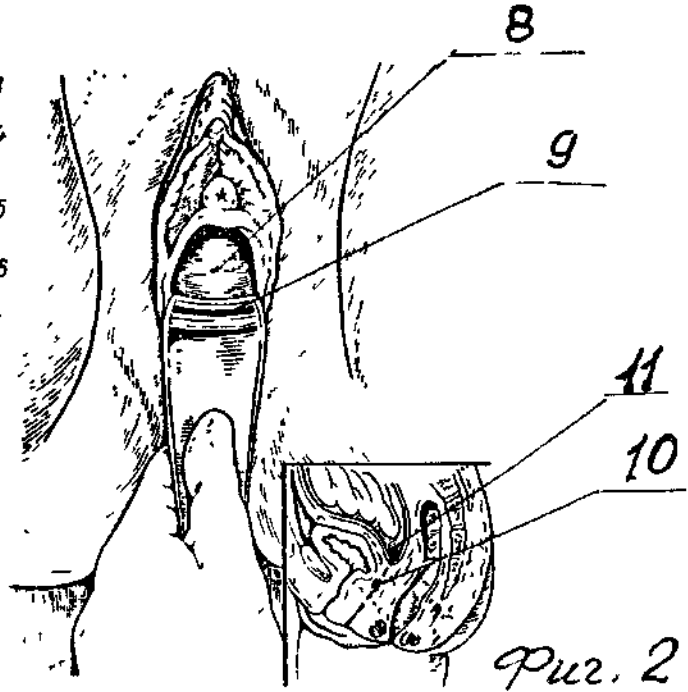
Таким образом способ обладает новизной и позволяет получить положительный клинический эффект, сформулированный в цели заявленного способа.

Сравнительная таблица заявляемого способа брюшного
кольпопозза и кольпопозза по Н.С.Давыдову

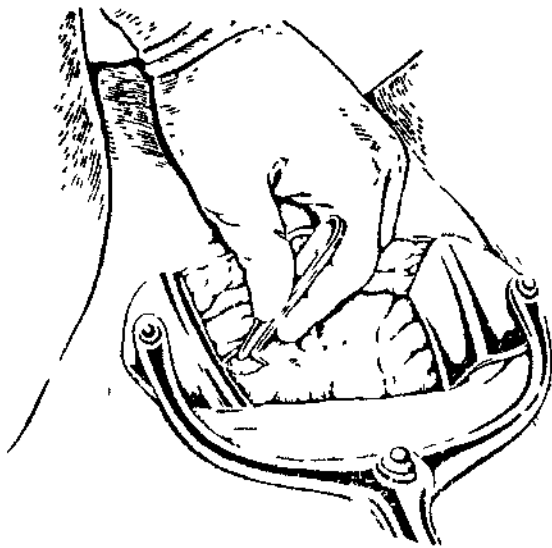
№ п/п	Показатели	Заявленный способ	Способ по Н.С.Давыдову
1	Осложнения во время операции: -патологическая кровопотеря (до 900,0 мм); -травма прямой кишки; -травма мочевого пузыря.	- - -	14(8%) 4(2,35%) 7(4,12%) 3(1,77%)
2	Послеоперационные осложнения: -нагноение операционной раны брюшной стенки; -тромбофлебит нижних конечностей; -парез кишечника; -цистит; -нагноение области входа во влагалище; -длительный субрентит неясной этиоло- гии.	- - - - -	29(17,09%) 4(2,35%) 1(0,59%) 7(4,12%) 9(5,30%) 2(1,18%) 6(3,53%)
3	Ведение послеоперационного периода.	Раннее вставание на 2-е суток после операции.	Больные поднимаются в вертикальное положение после 9-ого дня.
4	Перевязка больных.	На 2-е сутки после операции безболез- ненная смена резинового протектора после обработки неовлагалища "Олазо- лью"	Через 2 дня после операции первая сме- на марлевого тампона, производимая под наркозом.
5	Рекомендуемое время начала половой жизни.	Сразу после выписки пациентки из стационара.	Через 5-8 дней после выписки.
6	Время лечения: -средний послеоперационный койко- день; -выписка больных после операции.	14,5 между 12-м и 18-м днями	20,7 между 15-м и 26-м днями



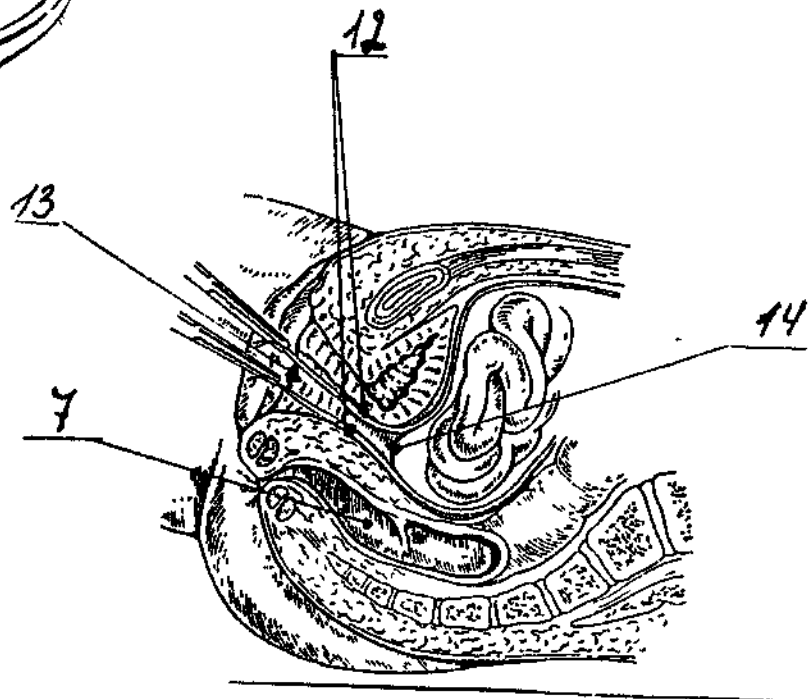
фиг. 1



фиг. 2

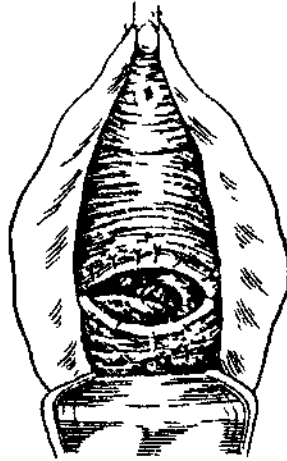


фиг. 3

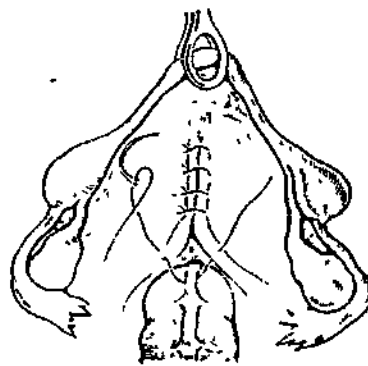


фиг. 4

10585



фиг. 5



фиг. 6

Упорядник

Техред М.Моргентал

Коректор О.Кравцова

Замовлення 4022

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655 ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

