



УКРАЇНА

(19) UA (11) 59986 (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 ПУПКОВО-ВАГІНАЛЬНОЇ ГОЛЧАСТОЇ ПЕТЛЬОВОЇ ПЛАСТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК**

1

2

(21) 2003010077

(22) 03 01 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2000, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Горовий Віктор Іванович, Головенко Віктор Петрович, Кобзін Олександр Левкович, Сапсай Андрій Олександрович

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ М. ПИРОГОВА

(57) Спосіб пупково-вагінальної голчатої петльової пластики при хірургічному лікуванні стресового

нетримання сечі у жінок, що передбачає підняття та стиснення проксимального відділу уретри фасціальним клаптом із апоневрозу прямих м'язів живота, який відрізняється тим, що фасціальний клапоть невеликого розміру трансвагінально фіксують позаду проксимального відділу уретри двома лігатурами, що не розсмоктуються, до парауретральних тканин, а кінці лігатур за допомогою голки-троакара проводять в надлобкову ділянку, де зв'язують між собою над апоневрозом

Винахід відноситься до медицини, зокрема урології, і може бути застосований при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок.

Відомий спосіб хірургічного лікування стресового нетримання сечі у жінок – пубо-вагінальна петльова пластика (елінг) фасціальним клаптом із апоневрозу прямих м'язів живота полягає у тому, що проксимальний відділ уретри піднімають та одночасно стискають субуретральним фасціальним клаптом із апоневрозу прямих м'язів живота (Хинман Ф. Оперативная урология. Атлас Пер с англ. – М. ГЭОТАРД-МЕД, 2001 – С. 581 - 585). Проте недолками цієї операції є необхідність взяття фасціального клаптя із апоневрозу прямих м'язів живота значних розмірів (довжиною 7 – 9 см, шириною 1,5 – 2,5 см), що змушує виконувати такий же розріз передньої стінки живота в надлобковій ділянці, відкривати залобковий простір та проводити тунель затискачем в тазовому дні, відсутність фіксації клаптя до парауретральних тканин може приводити до його зміщення відносно уретри та недостатнього підняття передньої стінки піхви з проксимальним відділом уретри у високе залобкове положення.

В основу винаходу „Спосіб пубо-вагінальної голчатої петльової пластики при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок”

поставлено завдання шляхом використання невеликого фасціального клаптя з фіксацією його до парауретральних тканин з боків уретри двома лігатурами та виведенням їх кінців за допомогою голки-троакара в надлобкову ділянку зменшити травматичність втручання, виключити зміщення фасціального клаптя відносно уретри, а також підняти передню стінку піхви разом з проксимальним відділом уретри у високе залобкове положення. Поставлене завдання здійснюється способом, що передбачає підняття та стиснення проксимального відділу уретри фасціальним клаптом із апоневрозу прямих м'язів живота, в якому згідно з винаходом фасціальний клапоть невеликого розміру (3x1,5 см) трансвагінально фіксують позаду проксимального відділу уретри двома лігатурами, що не розсмоктуються, до парауретральних тканин, а кінці лігатур за допомогою голки-троакара проводять в надлобкову ділянку, де зв'язують між собою над апоневрозом. Це сприяє зменшенню травматизації тканин надлобкової ділянки та тазового дна, виключає зміщення клаптя відносно уретри, а також веде до підняття передньої стінки піхви з проксимальним відділом уретри у високе залобкове положення.

На кресленнях зображені етапи виконання пубо-вагінальної голчатої петльової пластики

Фіг. 1. Висічення прямокутного фасціального

(19) UA (11) 59986 (13) A

кляптя із апоневрозу прямих м'язів живота в надлобковій ділянці

Фіг 2 Розріз слизової оболонки передньої стінки піхви та виділення задньої стінки проксимального відділу уретри

Фіг 3 Проведення голки-троакара через апоневроз та прямий м'яз живота в залобковий простір, перфорація тазового дна та виведення кінця голки в рану передньої стінки піхви збоку від уретри

Фіг 4 Виключення пошкодження сечового міхура та уретри за допомогою уретроцистоскопа

Фіг 5 Фіксація фасціального кляптя до парауретральних тканин та проведення лігатур в надлобкову ділянку за допомогою голки-троакара

Фіг 6 Вигляд надлобкової рани після проведення лігатур

Фіг 7 Зашивання рани передньої стінки піхви

Фіг 8 Зв'язування кінців лігатур та зашивання дефекту апоневрозу прямих м'язів живота

Спосіб здійснюється наступним чином. Хвора знаходиться на операційному столі в пневмологічному положенні. В надлобковій ділянці на 2см вище лобкового симфізу виконують поперечний розріз шкіри та підшкірної клітковини довжиною 4 - 5см. За допомогою тупфера виділяють апоневроз прямих м'язів живота. Скальпелем вискакують прямокутний фасціальний кляпоть розміром 3х1,5см, кладуть його в стерильну серветку, змочену фізіологічним розчином повареної солі. Через зовнішній отвір уретри в сечовий міхур вводять катетер Фолі №18 - 20 Ch та наповнюють його балон 15мл стерильного розчину фурациліну (1:3000). Роблять анестезію передньої стінки піхви повздожньо за ходом уретри 10 - 20мл 0,5% розчину новокаїну. Розтинають слизову передню стінку піхви та виділяють задню стінку уретри в ділянці проксимального відділу уретри. Проводять голку-троакар (довжиною 25см, товщиною 3мм та діаметром отвору в ній на загостреному кінці - 1,5мм) з надлобкової ділянки нижче та латеральніше нижнього краю дефекту апоневрозу прямих м'язів живота через тазове дно в піхвову рану з боку від уретри. При проведенні голки контролюють її правильне проходження за допомогою вказівного пальця лівої руки. Видаляють катетер Фолі, в сечовий міхур вводять уретроцистоскоп та проводять контроль проведення голки з метою виключення пошкодження сечового міхура та уретри. У разі пошкодження останніх - голку видаляють і виконують повторний прокол. При відсутності пошкодження - в отвір на кінці голки вставляють лігатуру, що не розсмоктується (суржилен, пролен, лавсан №1 - 2 за умовним розміром або №4 - 5 за метричним), довжиною 75см. Один кінець лігатури виводять в надлобкову рану, другим фіксують кінець

кляптя 2-ма обвивними швами до парауретральних тканин (стінки піхви та уретротазових зв'язок). За допомогою голки-троакара подібним чином проводять другий кінець лігатури в надлобкову рану. Проведення лігатури також контролюють за допомогою уретроцистоскопа. Кінець лігатури, який знаходиться ближче до шийки сечового міхура повинен бути розташований на апоневрозі прямих м'язів живота відповідно вище першого кінця лігатури. Таким чином, лігатура в середній частині її фіксує фасціальний кляпоть до парауретральних тканин, а два кінці її виводять в надлобкову ділянку. Подібним чином фіксують кляпоть з іншого боку уретри другою лігатурою та проводять кінці її в операційну рану надлобкової ділянки. Зашивають рану передньої стінки піхви похромованим кетгуттом №0 - 1 за умовним розміром. Підтягують лігатури в надлобковій ділянці, наповнюють через катетер Фолі сечовий міхур розчином фурациліну в об'ємі 250 - 300мл, катетер видаляють. Натискаючи на надлобкову ділянку контролюють зникнення виділення сечі із зовнішнього отвору уретри при підтягванні лігатур. Кінці лігатур зв'язують між собою над апоневрозом. Зашивають дефект апоневрозу прямих м'язів живота та шкіру шовковими швами. З гемостатичною метою в піхву вводять марлевий тампон на одну добу. Катетер Фолі видаляють на 3 - 5 добу після операції.

Приклад. Хвора С 75 років, історія хвороби №12991, знаходилась на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.Широкова з 6.08.2002 по 13.08.2002 з приводу стресового нетримання сечі. 11 ст. 11. 7.08.2002 виконана операція пубовіагінальна голчаста петльова пластика. Під час операції фасціальний кляпоть із апоневрозу прямих м'язів живота розміром 3х1,5см фіксували за краї позаду проксимального відділу уретри обвивними швами, що не розсмоктуються, до парауретральних тканин. Дві пари лігатур за допомогою голки-троакара вивели в надлобкову ділянку під уретроцистоскопічним контролем та зв'язали між собою над апоневрозом. Дефект апоневрозу прямих м'язів живота, надлобкову та піхвову рани зашили пошарово. Сечовий міхур дренивали катетером Фолі на 5 діб. Після видалення останнього хвора почала самостійно мочитись, утримуючи сечу в горизонтальному та вертикальному положеннях, при ходьбі та помірних фізичних навантаженнях.

Запропонований спосіб дозволяє зменшити травматичність втручання, профілактує зміщення фасціального кляптя відносно уретри, а також піднімає передню стінку піхви разом з проксимальним відділом уретри у високе за лобкове положення.

5

59986

6

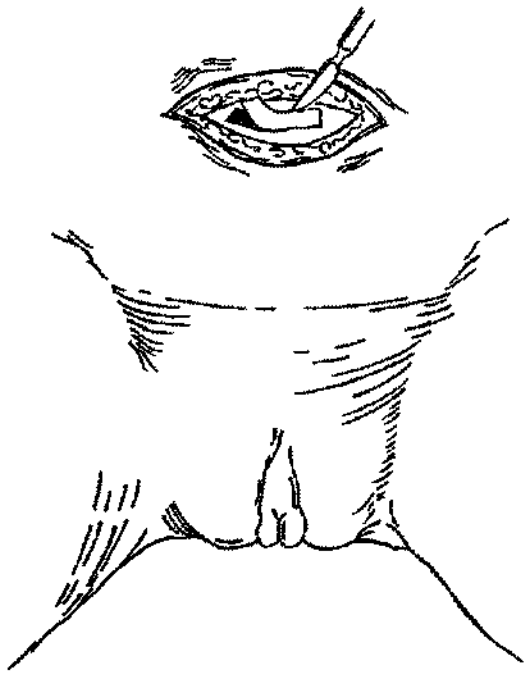


Fig. 1.



Fig. 2.

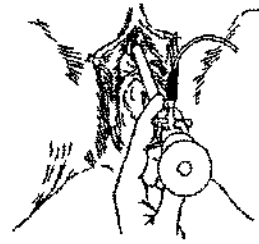
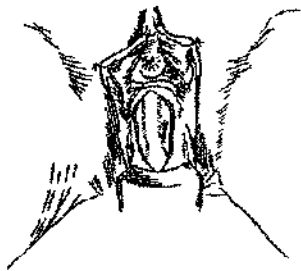
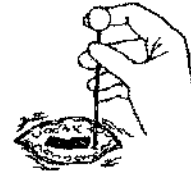


Fig. 3.

Fig. 4.

7

59986

8

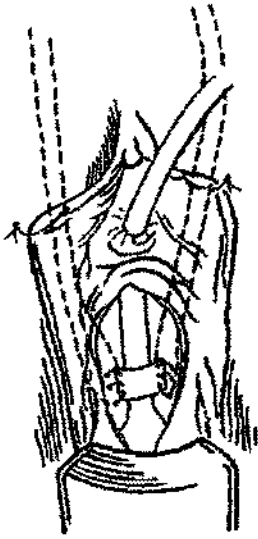


Fig. 5.

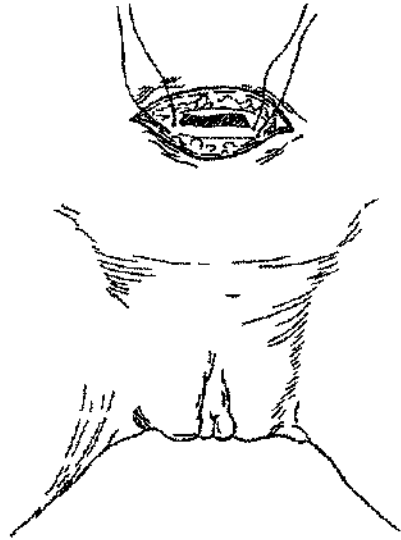


Fig. 6.

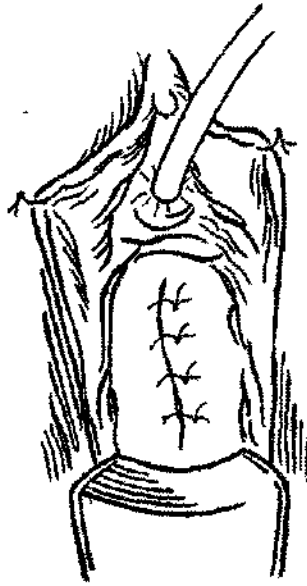
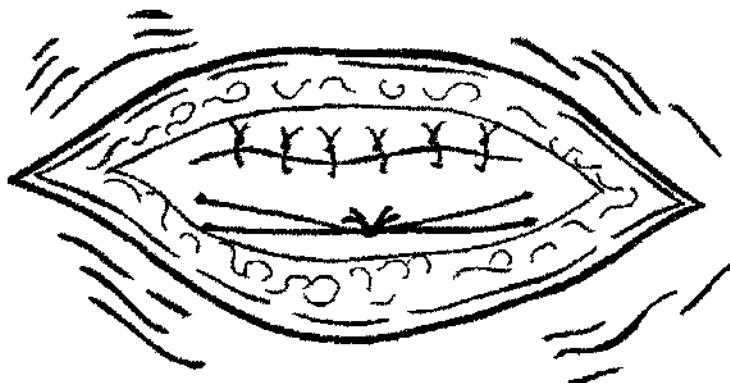


Fig. 7.



Фіг.8.