



УКРАЇНА

(19) UA (11) 32951 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СЛІНГОВИХ ЛІГАТУР ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СТРЕСОВОГО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

1

2

(21) u200800289

(22) 08.01.2008

(46) 10.06.2008, Бюл.№ 11, 2008 р.

(72) ГОРОВИЙ ВІКТОР ІВАНОВИЧ, UA, ЗАЙЦЕВ
ВАЛЕРІЙ ІВАНОВИЧ, UA, ДМИТРИШИН СЕРГІЙ
ПЕТРОВИЧ, UA, СМІЮХА ОЛЕКСАНДР АНАТО-
ЛІЙОВИЧ, UA(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA(57) Пристрій для проведення слінгових лігатур при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок, що має голку-троакар, який **відрізняється** тим, що оснащений другою голкою-троакаром, плексигласовим паралелепіпедом з отворами, через які проведені голки, і фіксаторами для утримання голок, а також повзунком для профілактики зміщення кінців голок.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема урології, а саме до хірургічного лікування стресового нетримання сечі у жінок шляхом виконання голчастого пубо-вагінального елінгу.

Відомий пристрій для проведення елінгових лігатур при виконанні пубо-вагінальної голчастої петльової гластики - спеціальна голка-троакар [Деклараційний патент України на винахід №59986 7A61B17/00, Бюл. №9, 2003р.].

Недолік даного пристрою полягає в необхідності виконання 4-х проколів тазового дна (по два з кожного боку від уретри) голкою-троакаром та необхідності виконання 4-х разів інтраопераційної цистоскопії для виключення пошкодження сечового міхура, що веде до збільшення тривалості операції.

В основу корисної моделі «Пристрій для проведення елінгових лігатур при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок» поставлено завдання шляхом використання спеціального пристрою зменшити кількість проколів тазового дна, інтраопераційних цистоскопій та терміну операції. Поставлене завдання здійснюється пристроєм, що має голку-троакар, і згідно з корисною моделлю обладнаний другою голкою-троакаром, плексигласовим паралелепіпедом з отворами, через які проведені голки, і фіксаторами для утримання голок, а також повзунком для профілактики зміщення кінців голок.

На кресленнях зображено пристрій для проведення елінгових лігатур.

Фіг.1. Загальний вигляд пристрою для проведення елінгових лігатур.

Фіг.2. Складові частини пристрою: плексигласовий паралелепіпед 1 з фіксаторами 3 для утримання голок, голки-троакари 2, повзунок 4.

Пристрій складається із плексигласового паралелепіпеда 1, в якому просвердлено два отвори діаметром 4мм на відстані 1-1,5см один від одного і через які проводять голки-троакари 2 та фіксують їх фіксаторами 3, повзунок 4. Дві голки-троакари мають довжину до 25см та товщину 3-4мм з отворами на загострених кінцях діаметром до 1мм. Повзунок усуває зміщення кінців голок при проведенні їх через тазове дно.

Пристрій застосовують наступним чином при виконанні пубо-вагінального елінгу. Жінка знаходиться на операційному столі в гінекологічному положенні. В надлобковій ділянці на 2см вище лобкового симфізу виконують поперечний розріз шкіри та підшкірної клітковини довжиною до 5см. За допомогою тупфера виділяють апоневроз прямих м'язів живота. Скальпелем висікають прямокутний фасціальний клапоть розміром 3,0×1,5см. У разі застосування синтетичної поліпропіленової смужки цей етап операції опускають. Через зовнішній отвір уретри в сечовий міхур вводять катетер Фолі №20 Ch та наповнюють його балон 15мл стерильного фізіологічного розчину. Розтинають передню стінку піхви, виділяють задню стінку уретри в середній частині її, а також парауретральний простір з боків від уретри. Проводять пристрій з надлобкової ділянки через апоневроз прямих м'язів живота, прямі м'язи живота, залонний простір, тазове дно в рану піхви з боків від уретри під контролем вказівного пальця лівої руки. Видаляють катетер Фолі, в сечовий міхур вводять уретроцис-

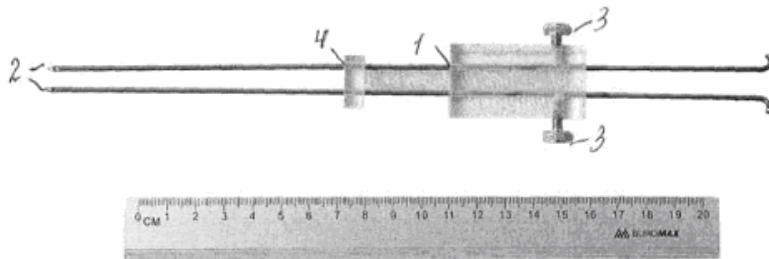
(19) UA (11) 32951 (13) U

тоскоп та проводять контроль проведення голок з метою виключення пошкодження сечового міхура та уретри. У разі пошкодження останніх пристрій видаляють і виконують повторний прокол. При відсутності пошкодження в отвір на кінці одної голки вставляють проленову лігатуру (№0-1 за умовним розміром USP) довжиною 75см. Ослабляють фіксатор на цій голці та видаляють голку із пристроєм разом із лігатурою. При цьому один кінець лігатури виводять в надлобкову ділянку. Другим кінцем лігатури фіксують фасціальний чи синтетичний клапоть двома обвивними швами до парауретральних тканин, а потім проводять кінець лігатури в отвір другої голки. Видаляють пристрій з голкою, при цьому другий кінець лігатури виводять в надлобкову ділянку.

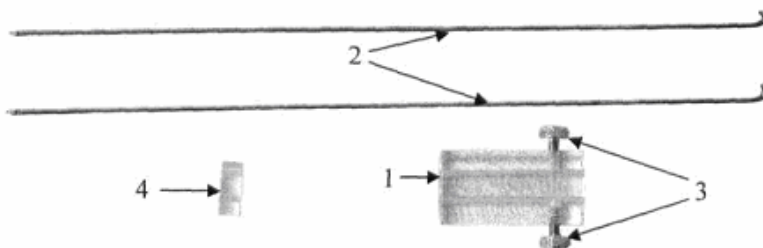
Подібним чином фіксують клапоть з іншого боку уретри другою проленою лігатурою з виведенням кінців її в надлобкову ділянку. Зашивають рану передньої стінки піхви та зв'язують проленові лігатури над апоневрозом прямих м'язів живота після проведення проби на утримання сечі. Зашивають дефект апоневрозу прямих м'язів живота (у разі використання фасціального клаптя), підшкірну

клітковину та шкіру. Сечовий міхур дренують катетером Фолі на 3-5 днів.

Приклад. Хвора М., 58 років, історія хвороби №10185 знаходилася на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова з 10.06.2007р. по 25.06.2007р. 14. 06.2007р. їй з приводу випадіння матки ІІІ ст., пролапсу передньої та задньої стінок піхви ІІ ст. та стресового нетримання сечі виконана операція: трансвагінальна гістеректомія, передня та задня кольпорафія з леваторопластиком, пубо-вагінальний фасціальний елінг. Під час операції з боку надлобкової рани через апоневроз та прямі м'язи живота, тазове дно в рану піхви були проведені голки запропонованого пристрою, фіксований фасціальний клапоть до парауретральних тканин та тазового дна проленовими лігатурами (№1 USP), які виведені за допомогою пристрою в надлобкову ділянку. Ускладнень (пошкодження сечового міхура, уретри, утворення тазової гематоми) при застосуванні пристрою не спостерігали. Довелось лише двічі (а не чотири рази) виконувати прокол тазового дна та інтраопераційну цистоскопію для виключення пошкодження сечового міхура, що зменшило термін виконання операції на 40 хвилин.



Фиг. 1



Фиг. 2