



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61640 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВИПАДІННЯ ПІХВИ ПІСЛЯ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ

1

2

(21) 2003032441

(22) 21 03 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Григоренко Анатолій Петрович, Григоренко Петро Петрович

(73) ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ МІ ПИРОГОВА, Григоренко Анатолій Петрович, Григоренко Петро Петрович

(57) Спосіб оперативного лікування випадіння піхви після екстирпації матки, що включає фіксацію

верхівки ентероцеле з максимальним виведенням за межі статевої щілини і подальшим виділенням грижового мішка, який відрізняється тим, що з передньої та задньої стінок грижового мішка вирізають прямокутні куски слизової, нижня межа яких знаходиться на 3-4см нижче уретри, а верхня - на 2-3см нижче верхівки ентероцеле, по периферії прямокутників слизову зшивають безперервним швом, грижовий мішок занурюють круговим кисетним швом та відновлюють слизову піхви безперервним швом

Винахід відноситься до медицини, зокрема до оперативної гінекології і може бути застосований при випадінні піхви після абдомінальної та черезпіхвової гістеректомії

Післяопераційне випадіння стінок піхви та повний її виворот спостерігається в межах 1-2%. Лікування випадіння піхви (ентероцеле) виключно хірургічне з використанням абдомінального, черезпіхвового або поєднаного доступу

Традиційно усунення ентероцеле проводять розсіченням слизової піхви по середній лінії передньої та задньої стінок, сечовий міхур та пряму кишку відсепаровують. Розсікають дугласовий простір, очеревину ушивають по можливості вище, культи крижово-маткових зв'язок зближують вузловими кетгуттовими швами. Потім проводять типову передню та задню кольпоперінеорафію з леваторопластикою

В деяких випадках використовують крижово-остисту фіксацію культи піхви (Персианинов А.С. Оперативная гинекология - М. Медицина, 1971 - С. 322-323, Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология. Атлас Перс англ. - М. Медицина, 1999 - С. 263-270)

В більшості випадків виражений злуковий процес не дає можливості виділити сечовий міхур та пряму кишку з ентероцеле, є загроза травмування цих органів

В основі винаходу "Спосіб оперативного лікування випадіння піхви після екстирпації матки" поставлене завдання удосконалити оперативний спосіб лікування ентероцеле, максимально спрос-

тити техніку операції з паралельним зниженням частоти ускладнень, зберегти статеву функцію та покращити якість життя жінки

Поставлене завдання здійснюють способом, що включає фіксацію верхівки ентероцеле кульовими щипцями і максимальним виведенням за межі статевої щілини, згідно з винаходом. Із передньої стінки грижового мішка вирізають прямокутний кусок слизової, нижня межа якого знаходиться на 3-4см нижче уретри, верхня - на 2-3см нижче верхівки ентероцеле. Таким же чином вирізають прямокутний кусок слизової із задньої стінки. По периферії прямокутників слизову зашивають безперервним швом. Грижовий мішок втворюють круговим кисетним швом. Слизову піхви відновлюють безперервним швом. Після цього виконують кольпоперінеопластику

Приклад 1. Я., 58 років, поступила в відділення оперативної гінекології з діагнозом: Випадіння стінок піхви після абдомінальної екстирпації матки (в 1993 році), ревматизм неактивна фаза, комбінована мітральна вада, НК I, гіпертонічна хвороба І ст., варикозна хвороба нижніх кінцівок, виразкова хвороба шлунку в стадії ремісії

Підготовлена до планової операції

Під перидуральною анестезією та місцево гідропрепаровка 0,25% розчином новокаїну з адреналіном після обробки операційного поля антисептиками верхівка ентероцеле фіксована кульовими щипцями. Із передньої та задньої стінок грижового мішка вирізані прямокутні куски слизової, нижня межа яких знаходились на 3см нижче уретри, вер-

(19) UA (11) 61640 (13) A

хня - на 2см нижче верхівки ентероцеле. По периферії прямокутників слизова зшита безперервним вікриловим швом. Грижовий мішок занурений круговим кисетним вікриловим швом. Слизова піхви відновлена безперервним вікриловим швом. Із задньої стінки піхви вирізано трикутний кусок слизової. Пряма кишка занурена кисетним кетгуттовим швом. На леватори накладені подвійні кетгуттові вузлові шви. Слизова задньої стінки піхви відновлена безперервним вікриловим швом. На шкіру промежи накладено 3 лавсанових вузлових шва. КВ - 50. Час оперативного втручання - 60хв. Виписана із стаціонару в задовільному стані на 11 добу. Оглянута через рік після операції - рецидиву випадіння не спостерігається.

Приклад 2. А, 50 років, поступила в відділення оперативної гнекології з діагнозом ентероцеле після черезпіхвової екстирпації матки (в 1997 році), лігатурні нориці, ожиріння II ст., калькульозний холецистит, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, варикозна хвороба нижніх кінцівок.

Підготовлена до планової операції.

Під перидуральною анестезією та місцево гідропрепаровка 0,25% розчином новокаїну з адреналіном після обробки операційного поля антисептиками на верхівку ентероцеле накладені кульові щипці і максимально виведено за межі статевої щілини. З передньої та задньої стінок грижового мішка вирізані прямокутні куски слизової на 3см нижче уретри та на 2см нижче верхівки ентероцеле. По периферії прямокутників слизова зшита безперервним вікриловим швом. Грижовий мішок занурений круговим вікриловим кисетним швом. Слизова піхви відновлена безперервним вікриловим швом. Проведена висока задня кольпоперінеопластика з леваторопластикою. На шкіру промежи накладено 3 лавсанових шва, КВ - 50. Час оперативного втручання - 60хв. Виписана із стаціонару в задовільному стані на 10 добу. Оглянута через 10 місяців після операції - рецидив випадіння стінок піхви відсутній.